

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. F. J. TUDOMÁNYEGYETEM
SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KÓRODÁJÁBÓL.

Igazgató: DR. SZABÓ DÉNES, m. kir. udv. tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár.

Belső elvérzéssel fenyegető petefészek-perithelioma hasmetszéssel gyógyult esete.*

DR. GÓTH LAJOS kórodai I. tanársegédttől.

A petefészek edényeinek szövetelemeiből fejlődő daganatok nem éppen gyakoriak. GRAEFE 1904-ben az irodalomból — saját eseteit is beleszámítva — csak 51 endothelioma és 17 perithelioma esetet tudott összegyűjteni.¹ Azóta 2 endotheliomáról² és 2 peritheliomáról³ találok még feljegyzést. A peritheliomák ezen csekély számára való tekintettel minden újabb eset érdemes a feljegyzésre, de azt hiszem, hogy betegünknel (278—1906. felv. sz.) az eset klinikus sajátosságai, a statistika szaporításán kívül, különösebb érdeklődésre is érdemesek.

Múlt év nyarán a belgyógyászati kóroda a leírandó eset sürgős megvizsgálására szólított fel. Az előzményeket illetőleg közlik, hogy A. J.-né 24 éves parasztasszony első menstruációját

* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1907. évi december hó 7.-én tartott szakülésén.

¹ Arch. f. Gynaekolog. Bd. 72. P. 378.

² FEDERLIN: Ein Fall von Endothelioma ovarii etc. Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. III. Ebben a dolgozatban voltaképen egy endothelioma lymphaticum — tehát perithelioma van leírva. BARBOUR: Über Endotheliom. ovarii. Scott. med. and surg. journ. Deczember 1905. Ref. Zbl. f. Gynaekolog. 1906. P. 1244.

³ HEINRICIUS: Ein Fall von Endoth. lymphat. ovarii. A. f. G. Bd. 73. UFFREDUZI: Un caso di perithelioma dell'ovaio etc. La Gynaecologia Fasc. XII. P. 223. Ref. FROMMELS: Jahresbericht 1905. P. 452.

14 évvel kapta meg, ismétlődés 28 naponként 5 napi tartam mérsékelt mennyiséggel. Utolsó menstruatiójára nem emlékszik. II. P. Első 7, második öt év előtt, rendes időre, rendszeren, normális gyermekágyakkal. Kb. 3 hónap óta hasában daganatot vesz észre. Kezdetben terhesnek hitte magát, de vérzése nem maradt el. Állítólag az utóbbi öt nap alatt hasa tetemesebben nőtt.

Beteg 4 nap óta fekszik a belgyógyászati kórodán, a hol igen nagy ascites mellett egy kb. köldök magasságban fekvő, balottáló daganatot találtak, összefüggés a daganat és a genitale között a feszes hasfalakon át nem volt kimutatható. A kórismét a hasür rosszindulatú új képletéhez csatlakozó ascitesre tették. Minthogy azonban pontos áttapintás a nagy folyadékgyülem mellett lehetetlen volt, a beteg légszomja is aggodalmat keltő módon fokozódott, a hasat a szokásos helyen csapolták. A punctio alkalmával kb. 1500 gr. erősen véresen színezett folyadékot bocsátottak ki, mivel azonban a folyadék erősen vérrel kevertnek mutatkozott, kibocsátását megszakították és a sebet gaze-ragtapasz kötéssel zárták. A leírt beavatkozást gyorsan muló megkönnyebbülés követte, de nemsokára (kb. 1 óra múlva) beteg állapota ismét rosszabbodni kezdett, légszomja ismét fokozódott, pulsusa mindinkább szaporábbá vált s eme aggasztó tünetek miatt szőlítottak fel a beteg megvizsgálására.

A feltűnő nyugtalan, erős anxietás jeleit mutató beteg érverése percenként 126—132 között ingadozik, kicsi, könnyen elnyomható. Arcz igen halvány és ezt még a — főleg az ajkakon szembetűnő — cyanosis sem tudja elfedni. Cachexiás bőrszín nem észlelhető.

Has erősen megnagyobbodott, elterült.

Hasfal vizenyős. Haskerület köldök magasságában 98 cm. Kopogtatásnál has alsó részében, kb. tenyérynire symphysis felett húzódó ívig terjedően szabad folyadék tünetei mutathatók ki. Baloldalt a ragtapaszszal fedett punctiós-seb látható, melyből az elzárás ellenére is állandóan erősen véres folyadék szivárog. A környezete állítólag tapintásra érzékeny.

Külső nemi részek oedemások, a hüvelyben kevés nyákosvéres váladék. Portio vaginalis 1·0 cm. Méhszáj zárt harántrés.

Boltozat üres, Douglas felé feltűnően elasticus. Méhtest nehezen követhető, látszólag antefl. és vert. Has alsó részét egy kb. köldökig érő dudoros, feltűnően mozgékony képlet foglalja el. Utóbbinak összefüggése a méhvel nem tapintható ki (golyófogó a méh lehúzására, sajnos, nem volt kéznél), azonban a daganat fel- vagy lefelé való mozgatását a méh kifejezetten követi. Mellüri szervek nem mutatnak eltérést.

Ezek alapján a kórismét egy (legnagyobb valószínűséggel a petefészekből kiinduló) rosztindulatú daganatra kellett tenni. Tekintettel a fokozódó sápadtságra, légszomjra és az érverés tartós kibebbedésére, az is kétségtelennek látszott, hogy az állapotnak ezt a szemmel látható súlyosbodását egy belső vérzés kell hogy okozza. Eldöntetlen maradt azonban az, hogy a szóbanforgó vérzés milyen módon jött létre. Ha hitelt adhatunk a beteg ama bemondásának, hogy a has terjedelme az utóbbi 5 nap alatt tetemesen nőtt, a mellett nehézségei is arányosan fokozódtak, úgy nem zárkozhattunk el annak a lehetőségnek az elképzelése előtt sem, hogy a daganatból valami módon az utóbbi napokban vér ürült az ascites folyadékba és hogy a has megcsapolása a hasüri nyomás csökkentésével eme vérzés fokozott mértékben való kiújulásához vezetett. Azonban az anamnesisben nem találunk semmi olyan adatot, a mi a daganatból származó vérzés keletkezésében szerepet játszhatott volna (kocsányesavarodás tünetei, trauma stb.). Éppen ezért valószínűbbnek tartottam azt, hogy a kétségkívül fennálló belső vérzésnek *egy — a csapolás alkalmával keletkezett — sérülésből kell erednie*. Legvalószínűtlenebbnek tartottam azt, hogy a hasfal egy nagyobb edényének sértése adná ezt a vérzést.

A beteg fokozódó gyengülése sürgős segítséget tett kívánatossá és ezért azonnali hasmetszést ajánlottam. Propositionom elfogadtatván, beteget késedelem nélkül a laparotomiás termünkbe szállítjuk át s az objectiv és subjectiv előkészületekhez physicailag szükséges rövid idő múlva megkezdtem a laparotomiát:

Chloroformnarcosis. Hasmetszés a középvonalban, hasfalak zsírpárnája feltűnően vizenyősen beivódott. Has megnyitása után kb. 12 liter, erősen véresen színezett, a mélyebb részeken lát-

szólag nagyobb, részben vérből is álló folyadék ürül. A hashártyának úgy a hasfali, mint a zsigeri lemeze az edények erős belöveltsége miatt szinte haragos-vörös, azonban a felülete mindenütt sima, fénylő, sehol lepedéket nem mutat. A hasüregbe hatoló kéz megállapítja, hogy az új képletet a méh bal szélével széles kocsány köti össze. A daganat felső polusa a csepleszszel erősen összenőtt, egyébként szabadon mozgatható.

A csepleszt rögzített végétől távolabbra catguttal részletekben elkötjük és alsó részét a daganattal együtt eltávolítjuk. A hasseb széttárásánál látjuk, hogy a daganat bal felén, egy kb. 4 cm. hosszú, a hasfal punctiós sebével correspondeáló, elég bőven vérző repedés foglal helyet.

Daganat kiemelése a hasseb elé, a kb. 3 ujjnyi széles kocsányt 2 részletben selyemmel elkötjük és átmetszük. (Műtét tartama a daganat eltávolításáig 10 perc). A jobboldali, kb. diónyi, kiscystásan elfajult petefészket megfelelő ellátás mellett eltávolítjuk. Toilette. A hasüri folyadék utolsó részleteinek gondos kitapintása. A mélyebb részekből egyúttal apró, egészen szabad, nyilván a repedésből származó daganattörmeléket is távolítunk el. A hashártya punctiós sebet a hasüreg felől 2 catgut csomós varrattal zárjuk. Szemben a daganaton levő repedéssel, a beleken egy kb. gyermeklépnek megfelelő alakú és nagyságú, nem teljesen friss véralvadék látható. Metastasisok sehol sem találhatók, a pylorus letapintásnál egészségesnek bizonyul.

Hasvarrás 3 rétegben. Punctiós seb zárása bőr felől 1 csomós varrattal. Nyomókötés. Érverés műtét után 138.

A további kórlefolyás igen kedvező. Hányás nem lép fel. Érverés 5 órával a műtét után 128, de valamivel teltebb. 3 óránként borbeöntés. II. napon kísérletképen adott jeges tej hányást vált ki és ezért adását beszüntetjük. Pezsgő. IV. napon bő székelés, ettől kezdve erős táplálás. Legmagasabb hőmérsék (a VI. napon délután) 37.6°. Érverés a VII. naptól 100 alatt. X. napon összes varratok eltávolítása, reactionentes, per primam egyesülés. Beteg a XX. napon felkel és pár nap múlva gyógyultan hazamegy. Elboesátásakor a lapos, szinte behúzódot hasban folyadéknak semmi nyoma sem mutatható ki. A vég-

bélen át tapintott csomók kissé vastagabb szélűek, de érzéketlenek.

A műtéttel eltávolított daganat súlya 1640 gr. A vérbő metszés lap mindenütt egyenletes fakó-szürkés színű tömeget mutat. Ép petefészeknek megfelelő részek szabad szemmel nem ismerhetők fel. Több helyen kiterjedt necrosis látható, helyenként borsónyi-babnyi cystaszerű üregek láthatók, kevés, zavaros bennéssel.

A szövettani vizsgálat céljából a daganat különböző helyeiről metszettem le darabkákat, melyeket 4% formalinnal való rögzítés után, celloidinás beágyazásban, haematoxylina-eosinával festett metszeteken vizsgáltam.

A daganat különböző helyeiről nyert metszetek görcső alatt meglehetősen megegyező szerkezetet mutatnak. A legjellegzetesebb vonás gyanánt azt találjuk, hogy a daganatot voltaképpen olyan kisebb-nagyobb sejtesoportok alkotják, melyek kivétel nélkül egy-egy centralis véredény körül rendeződtek el. Ezen edényeket jól felismerhető endothelium béleli ki és bennük számtalan vörösvérttest ismerhető fel. A daganatsejtek — mintegy köpenyt alkotva — szorosan eme központi edényeket veszik körül és főleg a lumenek körül alkotnak szoros gyűrűt.

Nagyobb nagyításnál azt látjuk, hogy a daganatsejtek többnyire kerekdedek, gyakran ovalisok is, közti állomány nem ismerhető fel. A magvak nagyok, világosak, magoszlási alakok elég nagy számmal találhatók (látóterenként 2—3 és több is). Helyenként ezen sejteknek kötegei olyan mértékben szélesednek ki, hogy több látóteren át követhető, egyenletes daganat-szövetet alkotnak, melyet csak itt-ott szakít meg egy-egy hosszanti irányban futó, endotheliummal bélelt keskeny rés (hosszában metszett hajszálér).

Ha már most az éppen leírt szorosabban, vagy egymástól távolabb eső daganatsejteknek különböző csoportjait szemléljük, különösen azonban, ha azokat több metszeten át követjük, úgy azt látjuk, hogy ezen csoportok között egy határozottan rostos szerkezetű, kötőszöveti váz húzódik, a mely helyenként egészen alveolusszerű hézagokat alkot. Azonban a rákszövettől eltérőleg a daganatsejtek eme rostos kötőszöveti váznak a hézagaiba is

behatolnak, miáltal a daganatsejteknek és a kötőszövetnek olyan keveredése jön létre, a milyent AMANN szép rajzain¹ látunk.

A teljesség kedvéért megemlítem azt is, hogy a felület közelében körülírt helyen, a göreső alatt, normalis petefészek szövetet lehetett felismerni. A daganat leírásánál említett kis cystaszerű képleteknek falán sehol sem mutatkozik epithelium, a széleket csak necrosisos szövet alkotja, tehát egyszerűen lágyulási tömlőknek felelnek meg.

A mi ezekután a szövettani diagnosist illeti, a jellegzetes kép mellett alig foroghat fenn az iránt kétség, hogy a leírt daganat a petefészek edényeiből vette eredetét. Hosszadalmas ismétléseket elkerülendő csak arra utalok, hogy a daganatot olyan sejtcsoportok építik fel, a mely csoportok mindegyikének közepén egy véredény ismerhető fel. Minthogy pedig ezen edények endotheliuma mindenütt épnek bizonyult, a proliferatio eredéshelyét, a *peritheliumban* kell keresnünk. A daganatot ennél fogva *peritheliomának* kell tartanunk. Minthogy azonban — mint ismeretes — a peritheliumnak nevezett szövet nem egyéb, mint a véredényeket követő, perivascularis nyirokűrök falának endotheliuma, s így HERZ² szerint felesleges a peritheliomát mint külön daganatcsoportot izolálni, a leírt újjképletet ECKHARDT-tal³ *lymphaticus endotheliomának* minősíthetjük.

A mi végül esetünk klinikai sajátságait illeti, mindenekelőtt a beteg korát (24 éves) emeljük ki, minthogy a peritheliomák praedilectiós korának a 40—50. évet tartják⁴ és HACKE esetét (31 év) már mint kivételt emlegetik.⁵

Már előbb, a műtétnek a leírásánál, említettem, hogy a jobboldali, látszólag épnek imponáló petefészeket is eltávolítottam. Ezen elhatározás — tekintve a beteg fiatal korát — némi küzdelembe került ugyan, de ezen elővigyázatosság indokoltnak látszott, mivel a daganatot a műtétkor petefészek-ráknak kellett tartani. Egyébiránt akkor sem járhattam volna másképen el,

¹ Arch. f. Gyn. Bd. XLVI. Taf. XI. Fig. 5.

² VIRCHOW A. Bd. 36. id. MARCIA. Krankh. d. Eierstöcke 1899. 652. l.

³ Zeitschr. f. G. und G. XVI. 356. l.

⁴ HEINRICHs—MARTIN: Krankh. d. Eierstöcke 651. l.

⁵ GRAEFE l. c. 378. l.

ha a daganat szövettani szerkezetét ismertem volna. Mert igaz ugyan, hogy a petefészek-perithelioma mindkét oldalt való előfordulásának gyakoriságát a carcinomához képest csekélyebbnek tartják (2^o% APPELT¹), de azért még mindig maradnak fenn olyan intő példák, mint az ECKHARDT esete,² melyben góreső alatt a szabad szemmel épenk tetsző másik petefészek is kezdődő daganatképződés jeleit mutatta. Eme tapasztalatokra való tekintettel a jobb petefészek különböző helyeit, részben sorozatos metszetekben is — átvizsgáltam, de — benne egy kis luteintömlőt leszámítva, semmit, pathológiásat sem találtam.

A daganatnak műtéttel való eltávolítását természetesen jelenléte már egymagában is indicálta, azonban az a legnagyobb ritkaságnak tekinthető, hogy a hasmetszés közvetlen indicióját a belső elvérzés veszélye adja meg.

Ebből az alkalomból állást szeretnék foglalni a troiquartnak daganat miatt keletkezett ascitesnél való alkalmazása ellen, s ezt még akkor sem tartjuk helyesnek, ha a daganat klinice gyökeres műtétre alkalmatlannak látszik.

SZABÓ tanár ezen elvi álláspontjának jogosultsága nem csak az esetünkben közrejátszó véletlen melléksérülésben, hanem különösen az olyan — ismételten észlelt esetekben — találja meg igazolását, a melyekben más oldalról — az inoperabilitás felvételével — még ismételten is végezték a has csapolását, s mi, a midőn a beteg a folyadék megújuló felgyűlésével klinikánkat kereste fel, a próbalaparotomia alkalmával gyökeres műtétet tudtunk csinálni.

Egy próbalaparotomia ma már alig veszélyesebb beavatkozás, mint a csapolás és a mellett sokkal előnyösebb, mert tájékoztat az esetleges operálhatóság felől, minden — mégis csak jelentkező — melléksérülés biztos elkerülése mellett.

Azt az eljárást, hogy a műtétet alkalmával a punctiós nyílást úgy a hashártya, mint a bőr felől néhány öltéssel ellátam, sehol sem találom leírva, a gondolat azonban annyira közelfekvő, hogy nem érdemes méltatására több szót vesztegetni.

¹ Beiträge z. Geb. und Gyn. Bd. V. 394. 1.

² l. c. 353. 1.