

## A RETROPERITONEALIS ÉS MESENTERIALIS DAGANATOKRÓL.\*

Írta: PROCHNOW FERENC dr.

A hashártya mögötti és a bélfodorban helyet foglaló daganatok gyűjtőfogalma alá azokat soroljuk — *Lexer, Göbell, Schmid H. H.* javaslata alapján —, amelyek szigorúan a retroperitonealis térben, vagy a mesenterium lemezei között fejlődnek és önállóságukra jellemzően nem az itt elhelyezkedő, már differenciált szervekből — vese, mellékvese, pankreas, duodenum, stb. — veszik eredetüket. Vannak daganatok, amelyek csak az egyik térben — retroperitoneumban vagy a mesenteriumban — foglalnak helyet, viszont előfordulhatnak olyanok is, amelyek növekedésük közben átburjácognak az egyik térből a másikba. Ezeket *Schmid H. H.* szerint átmeneti alakoknak is nevezhetjük. Ebbe a csoportba nem sorolhatjuk azokat a daganatokat, amelyek a kis és nagy csepleszben, a ligam. gastrocolicumban helyezkednek el, jóllehet ezek is peritonealis kettőzetben foglalnak helyet. *Hürtel* vizsgálatai szerint a retroperitonealis tér tulajdonképpen 8 rekeszre osztható, és pedig mindkét oldalt a subphrenikus rekeszre és az oldalsó hasi rekeszre, a jobb és bal oldali intramesenterialis térre, valamint jobb oldalt a máj alatti rekeszre a bursa omentalis előtti udvarral, és bal oldalt a bursa omentalisra. *Viethen* functionalis vizsgálattal — az ú. n. Carelli-féle pneumoradiographiával — teszi érzékelhetővé a hashártya mögötti teret. A befúvás után ugyanis három rekeszben, és pedig a két oldalsó és a középső térben helyezkedik el a levegő. A középső részt hátul a gerincoszlop, elül a radix mesenterii határolja; ebben a térben foglal helye a duodenum, a pankreas, a v. cava caudalis, az aorta, az idegek, a nyirokerek, cysternák; a két oldalsó részt felül és hátul a fascia lumbodorsalis, alul a csípőtányér határolja, ez az oldalsó tér mindkét oldalt lefelé szűkülve a promontorium alatt 3 harántujjal hegyes szögben végződik. Itt foglalnak helyet a vesék, a mellékvesékkal, valamint erek és idegek is.

\* A Szegedi Orvos Szakszervezet tudományos ülésén, 1946. okt. 11-én tartott bemutató nyomán.

Az itt fejlődő daganatok osztályozása ma már több-kevesebb sikerrel járt, annak a kb. 700 esetnek szemléjében, amelyekről a világ szakirodalmában beszámoltak. A formalis genesis tisztázása azonban nem jelenti azt, hogy e daganatok causalis genesisét ismernők. Még ma is jó- és rosszindulatú daganatokról, valamint a daganatot felépítő szövettípus alapján ektodermalis, mesodermalis és endodermalis daganatokról szólunk; előfordulhatnak teratoid daganatok, valamint teratomák is, amelyek szerkezetében két, ill. három csíralemez szövetelemei ismerhetők fel. Egy másik felosztás alapján tömör és ürös, ill. tömlős daganatokról beszélhetünk; végül vannak olyanok is, amelyek ú. n. áldaganatoknak — vérzéses (traumás), parasitarius cysták stb. — felelnek meg.

Valószínű, hogy az első tömlős bélfodordaganatot 1506-ban *Binivienius* ismertette (*Gale és Keeley*), az viszont bizonyos, hogy az első retroperitonealis daganatot — közlemény formájában — *Gregorius Horstius*, nürnbergi orvos tette ismertté 1662-ben; a fiatal asszony nagy hashártya mögötti lipomáját terhességnek tartotta és a halála utáni sectio derítette ki az igazságot (*Schmid H.*). *Morgagni* 1762-ben már értekezésben számol be a bél daganataival kapcsolatban a bélfodor daganatairól is; bizonyos osztályozásra való törekvést találunk *Portal* (1803), valamint *Lobstein* (1829) műveiben; *Virchow* a múlt század derekán megjelent művében — *Die krankhaften Geschwülste* — már fejezetet szentel e daganatok ismertetésére. *Rokitansky*, *Winíwarter*, *Killian* is foglalkoztak e daganatok kérdéseivel. Az első gyűjtőmunka megjelenése a francia *Augagneur* nevéhez fűződik, aki már 90, az irodalomban is közölt eset alapján írja meg értekezését 1884-ben; a javasolt osztályozást azonban *Frentzel* (1892) nem fogadja el. A századforduló körül megszapornodnak a casuisticus közlemények; *Dowd* 1900-ban 145 esetről ír összefoglaló művet; jelentős közlemények jelennek meg *Heinricius*, *Dutton Steele*, *Lexer*, *Göbell*, *Klemm*, *Spaeth*, *Henschen* stb. tollából. Nagy gyűjtőmunkákat ismerünk: *Monnier és Prutz* (1913 — 250 eset), *Liebermann v. Wahlendorf* (1921 — 165 eset), *Schmid H. H.* (1923 — 267 eset), *Higgins és Lloyd* (1924 — 245 eset), *Miller* (1935 — 400 eset) szerkesztésében. A magyar irodalomból ismerjük *Genersich*, *Kubinyi*, *Pólyu*, *Herczel*, *Róna*, *Mato-lay*, *Páll*, *Salacz*, *Fátyol*, *Júki*, *Zoltán*, *Nánay* casuisticus közleményei mellett *Huzella* pathologiai munkáját a mesenterialis chyluscystákkal kapcsolatban.

A retroperitonealis daganatok egy ritkább alakját a következőkben ismertetem:

Naplósz.: 298/1946. Dr. S. I.-né 66 éves, ügyvéd özvegye. Felvétetett: 1946. március 29-én. *Körelőzmény:* Már hat év óta érez fájdalmakat a hasa jobb felében, amelyek hol tompa jellegűek voltak, hol pedig a derekába, hátába és ágyékába sugároztak ki. Panaszait akkor gyomor- és bélsüllyedéssel hozták kapcsolatba és diatétis kezelésben részesült, valamint haskötőt hordott. 1945. év februárjában észrevette, hogy lúdtojásnyi daganat nő a jobb alhasában. A belgyógyászati klinikát (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár) keresi fel, ahol a vizsgálatok hashártya mögötti daganatot állapítottak meg és sebészi konzilium alapján műtétet ajánlottak. A beteg azonban a műtétbe nem egyezett bele, s kb. egy év óta otthoni ápolásban részesült. A daganat közben fokozatosan nőtt, a felvétele előtti hónapokban súlyából sokat veszthetett; állandó hányingerei miatt nem tudott táplálkozni; csak kevés folyadék, főleg tej maradt meg a gyomrában. Vizeleti panaszai is voltak, többször úgy érezte, hogy elakad a vizelete, majd fájdalmas görcsök jelentkeztek, amelyek azután gyakori és hő vizezés kíséretében oldódtak; széke csak beöntésre van. Az utolsó két hónapban úgyban fekvő beteg. Magam úgy kerültem a beteggel kapcsolatba, hogy hozzátartozói felkértek, vizsgáljam meg őt a lakásán és amennyiben alkalmasnak tartom műtétre, úgy végezzem el azt. A beteget igen rossz, majdnem cachexiás állapotban találtam; teljesen el volt erőtlenedve. A vizsgálat alkalmával kitént, hogy az alhasban jobb oldalt, a kismedence felé is leterjedő, de balfelé a középvonalat is meghaladó, nagy göbökből álló, de síma felszínű hatalmas daganat foglal helyet; az összehúzódott izomtapintatú daganat alapjával összekapaszkodottnak látszott; felette dobos kopogtatási hangot lehetett kiváltani, a hasüregben szabad folyadék nem volt kimutatható. A lábakon, a bokák körül kistokú anasarka. A hozzátartozóknak azt mondtam, hogy a beteg a megfelelő előkészítés után alkalmas műtétre; valószínűnek tartottam, hogy a daganatot még gyökeresen el lehet távolítani.

*Jelen állapot:* Kp. fejlett, igen sovány nőbeteg. A bőr és látható nyhártyák színe halvány. A has vizsgálati leletét már közöltem. A vizsgálatok eredményei: röntgen-irigoskopiás vizsgálat kimutatja, hogy a daganat nincsen összefüggésben a vastagbéllal. A két oldali ureterkatheterismussal, ill. pyelographiával a veséktől el volt különíthető a daganat. Vértkép: vvtsz.: 3,200.000, hgl.: 75%, ívsz.: 6100, vvt. sülly.: 1 óra alatt 65 m/m.

A beteget transfúzióval és strophantin-kúrával készítjük elő s március 23-án operálom meg lumbalis érzéstelenítésben. Behatolás alsó-középső hasmetszésből: a peritoneum megnyitása után látjuk, hogy az emberfejnyi daganat a hashártya mögötti térben foglal helyet; nincsen összefüggésben a méhvel. A daganat főleg a j. o. fossa iliaca-nak megfelelően helyezkedik el, de leterjed a kismedencébe és a b. o.-j oldalsó térbe is. A b. o. tuba ökolnyi nagyságú és vizes folyadékkal pukkadásig telt. Bal oldalról kezdjük meg a daganat kihámozását. Az áthajlási redőjének megfelelően bemetsszük a peritoneumot és a tumort, amely síma felszínű, összehúzódott izomtapintatú, nagy göbökből áll, lassan-fokozatosan kihámozzuk. Ez aránylag könnyen sikerül, mivel a tokon kívül való rétegre jutunk. Mindenesetre vigyáznunk kellett mindkét oldalt az uteterekre, valamint a nagy erekre. Minden sérülés nélkül fejezzük be a műtétet, és a tumor ágyát teljesen fedjük a peritoneum szűkítésével. A b. o. hydrosalpyngyet, valamint a megtört és környezetével összekapaszkodott appendixet is eltávolítottam. A beteg a műtétet kitűnően tűrte, az érverésszám nem haladta meg a 100-at, s szabályos, rythmusos maradt. A műtét utáni lefolyás teljesen síma volt és a beteg elsőslegesen gyógyult sebbel távozott.

A daganat (l. 1. sz. ábrát)  $45 \times 34 \times 23$  cm. nagyságú, súlya: 6450 gr. Mint a képen jól látható, meglehetősen differenciált, síma felszínű göbökbe áll. Átmetszete szürkésvörös, szívós, kaparékot nem ad. A szöveti vizsgálatot *Korpássy Béla* egyet. ny. r. tanár úr volt szíves elvégeztetni és a következő leletet adni:

„Szövettanilag sejtdús daganatszövet ismerhető fel, mely egymásba fonódó kötegekből áll. E kötegeket, v. nyalábokat pálcikaszerűen megnyúlt sejtek építik fel, melyek egy-egy nyalábban egymással párhuzamosan, s igen sűrűn hegyezkednek el. A Van Gieson-szerint festett készítményekben a leírt nyalábok nagyobb része sárgára színeződött, azaz síma izomelemeknek felel meg. Ily

1. ábra.



izomrostok között vékonyabb kötőszövetes rostok is találhatóak. Az egyes daganatsejtek általában egyformák, feltűnőbb nagyságbeli különbségeket nem mutatnak, nem ritkák azonban közöttük a magoszlások.

A leírtak alapján *myofibromáról* van szó, melyet a rosszindulatúság határán álló daganatnak kell tartanunk.“

A beteg 1946. október 20-án, hosszas kérésünkre, jelent meg ellenőrző vizsgálaton. Előadja, hogy panaszai teljesen megszűntek, naponta kijár a városba, ügyei intézése céljából. Étvágya megjött és 10 kg.-ot hízott. A betegnek mondtottuk, hogy röntgen-therápia céljából keresse fel a kémikai röntgen-intézetet, azonban ő ezt nem tartotta fontosnak és jól érezvén magát, nem járt el röntgen-besugárzásra.

A beteg hozzátartozója 1947. június elején felkeresett azzal a kéressel, hogy a beteget vizsgáljam meg; habár különösebb panaszai nincsenek, mégis észrevették, hogy utóbbi időben nincsen jó színben és kissé soványodott. Sikerült a beteget a klinikára „becsalni“ és a vizsgálatokat elvégezni. A has egyszerű áttapintása alkalmával, az epehólyag vetületének megfelelően porckemény, kb. lúdtöjásnyi daganat tapintható, amely a máj vetületébe kopogtatással követhető, a légzési mozgásokat kissé követi; valószínű, hogy nem retroperitoneális elhe-

lyezkedésű, hanem az epehólyagból indul ki. Mivel az első műtét kapcsán az epehólyagot megtapintottam és azt épnek találtam, érthetetlen volt ez a tapintási lelet. E mellett j. o., a kis medence határán, kb. a linea terminalisnak megfelelően, kb. kis almányi, ernyedt izomtápiantatú daganat volt érezhető. Ez környezetével, alapjával összekapaszkodottnak látszott és mivel felette a kopogtatási hang dobos volt, bizonyosra volt vehető, hogy ez lokális recidívának felel meg. Urologiai vizsgálat: j. o. az ureterkatheter akadálytalanul felvezethető; pyelographia kimutatja, hogy a j. vese mélyebben helyezkedik el, az ureter többszörös megtöretést mutat és a felső része erősen tágult, a vesemedence pedig egyenlőtlenül telődik. B. o. normális elhelyezkedésű, nagyságú vese, ill. vesemedence állapítható meg. Vérvizsgálat: vvt.sz.: 3.320.000, fvssz.: 6.600, hgl.: 65%, vvt. súlly.: 1 óra alatt 121 m/m.

E lelet alapján műtétet javasolok, amelybe a beteg beleegyezik. Megfelelő előkészítés (transfusio, strophantin-kúra) után iv.-ás evipannarkosisban operálom meg a beteget j. o. ferde lumbalis metszésből 1947. június 19-én. A vese feltárása könnyen sikerül. Látjuk, hogy az kissé megnagyobbodott, a vesemedence és ureter felső szakasza kétszeresére tágult; a linea terminalisnak megfelelően kb. kis almányi, ernyedt izomtápiantatú daganat ül, amely alapjához rögzített és körülveszi teljesen az ureter e szakaszát. A hydronephrosist tehát ez okozta. A jobb oldali hypochondriumban ülő daganat megtekintésére a peritoneumot behasítjuk és akkor látjuk, hogy az epehólyagnak megfelelően tojásnyi, göbös felszínű, porckemény daganat foglal helyet, amely a májjal összekapaszkodott. Ezt a daganatot rákosnak tartjuk és a májjal való összekapaszkodása miatt inoperabilisnak. Felmerült most az a kérdés, vajon eltávolítsuk-e a retroperitonealis daganatot, ill. kiújulását, mivel az epehólyagrak jelenléte ellenjavalta ezt. Meggondolva mégis azt, hogy a daganat növekedése miatt teljes ureter elzáródás, vagy pedig pyonephrosis támadhat, ami igen szomorú kérés elé állítja a beteget, elhatároztam, hogy eltávolítom a daganatot a jobb oldali vesével együtt. Ez némi nehézségbe ütközött, mivel a daganat környezetével, különösen az a. iliaca communissal össze volt kapaszkodva. Sikerült azonban minden melléksérülés nélkül a daganatot a vesével együtt eltávolítani.

Az eltávolított vese és daganat szöveti vizsgálatát *Korpássy Béla dr.* egyet. tanár úr volt szíves elvégeztetni és a leletet a következőkben megadni:

„Vizsgálatra kaptunk előírászerűen felvágott, 185 gr. súlyú vcsét, 12 cm. hosszú ureter-csonkkal. A vese metszlapja rendkívül halvány, sárgás-szürkés-rozsaszínű, különösen a kéreg. A vesekelyhek rendkívül tágak. A vesemedence a normálisnál tágabb. Ureter ceruza vastagságú. A vesemedence nyálkahártyája szürkés-rózsaszínű, tágult erekkel, az ureter kiindulása körüli területen összefolyó pontszerű vérzésekkel. Szövettanilag a vesecsatornácskák lumenében — mégpedig mind a velő, mind a kéreg állományban — polymorph-magvú leukocytáknak halmazai figyelhetők meg. Az interstitiumban főleg egymagvú sejtekből álló diffúz beszűrődés. Lymphocyták néhol nyiroktüszőre emlékeztető nagyobb halmazokat képeznek.

További vizsgálatra kaptunk még diónyi, dudoros felszínű, 25 gr súlyú szürkés-sárga, puha tapintatú csomót, melynek metszlapja szürkés-fehér köteges szerkezetet mutat, kölesnyi, szürkés-sárga pontokkal és tágult véreerekkel. Szövettanilag a köplet sejtűs daganatszövetnek bizonyul, amelynek szerkezete általában megegyezik a korábbi leletünkben leírttal. Egyes helyeken a pálcika alakú sejtek kifejezett polymorphismusa figyelhető meg, számos többmagvú óriássejttel és magoszlásokkal.“

A műtét utáni lefolyás teljesen síma volt s a beteg elsölegesen gyógyult sebbel távozott június 30-án.

Esetünk nemcsak a daganat ritka előfordulása miatt érdekes, de a klinikai lefolyása miatt is. A beteg, önmagával mit sem törödve, belenyugszik, hogy hasában a daganat lassan-fokozatosan nő, majd mikor teljesen leromlik, veti magát alá műtétnek. Az eltávolított daganat szöveti lelete alapján várható volt a kiújulás, amely 14 hónap alatt be is következett. (A retroperitonealis daganatok, jóllehet szövettanilag teljesen jóindulatúak, mégis ki szoktak úju'ni.) További érdekessége az, hogy a betegnek az utolsó évben egyidejűleg ephólyagrákja is támadt, amely természetesen ezzel a daganattal közvetlen összefüggésben nem lehet.

Az irodalom adatai szerint az ilyen nagy retroperitonealis daganatok leginkább zsírszövetből állanak; ritkák ugyan a tiszta lipomák; gyakoribbak a keverték: lipofibromák, a fibro-lipomyomák, esetleg lipo-fibro-myxomák. *Liebermann v. Wahlendorf* 1921.-ig 165 esetet gyűjtött össze az irodalomból. *Schmid H.* már említett gyűjtőstatisztikája szerint (267 összes eset) csak 4 fibromyoma volt 1923-ig ismeretes. Az utolsó 20 évben megjelent sok közlemény egyikében sem találtam utalást erre a daganatféleségre. Valószínűleg azért, mivel ezek — mint a mi esetünk lefolyása igazolta —, rövidebb-hosszabb idő után rosszindulatúan, sarcomásan elfajulnak. Ezért inkább mint fibro-, ill. fibromyo-sarcomák kerülnek észlelésre. Ezt természetesen esetünkben még nem lehetett megállapítani, az első vizsgálatok alapján, a recidiva szöveti képe már igazolta a teljes rosszindulatúságot. Most már arra a kérdésre, vajon az első műtét alkalmával a nem látható, de visszahagyott szövetrészlet el volt-e rosszindulatúan fajulva, avagy csak később történt-e ez meg, nehéz válszolni. Mindenesetre két megfigyelés mellett szól, hogy ez lassan-fokozatosan később fejlődött ki. Az egyik az, hogy a daganat a műtét alkalmával könnyen ki volt hámozható, a másik pedig az, hogy a betegnek azóta ephólyagrákja is támadt. Valószínű tehát, hogy ebben az esetben a szervezetnek a daganatképződéssel szembeni resistenciája is megváltozott; nemcsak lokális rosszindulatú elfajulás, kiújulás képében, de ettől távol elsöleges ephólyagrák is fejlődött.

De az irodalmi adatok szerint nemcsak kötőszövetből, illetőleg izomszövetből kiinduló daganatok hajlamosak a rosszindulatúságra, hanem a tiszta lipomák is. Egyik tünete ennek az, hogy határtalanul növekednek. *Waldeyer* 31 és ½ kilós lipomát talált boncolás alkalmával, újabban *Gohrbandt* (1925) 22 kilós, *Mc*

*Laughlin* és *Sharpe* (1938) 56 fontos, *Turner* (1940) 17 és  $\frac{1}{2}$  kilós műteti esetet ismertettek. A régebbi irodalomban is találunk adatokat, amelyek szerint e lipomák rövidebb-hosszabb idő után kiújulnak, anélkül, hogy szövétileg a rosszindulatúság legkisebb jelét is megállapíthatná a kórboncok. Ilyen eseteket ismertetnek *Cocuzzi*, *Heinricius*, *Johnstone*, *Tillmann*, *Hosemann* és *Lang* esetében a kiújulás 6 és  $\frac{1}{2}$  év múlva következett be; *Aschoff* intézetében a legpontosabban vizsgálták a daganat szövétét és egy metszetben sem sikerült a rosszindulatúságra utaló sejtfeleséget kimutatni, jóllehet a beteg cachexiában halt meg. *Tomoda* esete is érdekes, mivel a 4 és  $\frac{1}{2}$  év után kiújult tiszta lipoma szöveti szerkezete megváltozott; a második műtéttel eltávolított daganat fibromyolipomának bizonyult, de a rosszindulatúság legkisebb jele nélkül. *Most* ennek ellentmondó esetet (49 éves nőbeteg) közöl; a kezdetben tiszta lipoma a recidivák során sejtdús fibromává, majd rosszindulatú, a beteg halálát okozó sarcomává alakult át.

E tulajdonságát ismerve a retroperitonealis lipomáknak, *Bérier* és *Kalima* azt javasolja, hogy malignus lipomáknak nevezzük el azokat. *Schiller* ajánlja a tumorképző lipomatosis, vagy lipofibromyomatosis elnevezést.

A retroperitonealis daganatok tömör alakjai — mesodermalis eredettel — inkább a női nem betegsége. *Schmid H.* statisztikája szerint 135 tisztán retroperitonealis daganat közül 106 nőbetegre és csak 29 vonatkozott férfibetegre; leggyakrabban a 30—60 életévek között fordul elő, de észlelték már minden életkorban; *Bork—May* esete egy éves leánygyermekre vonatkozott; *Eiselsberg* operált betege 70 éves asszony volt. *Schmid H.* statisztikája szerint a lipomák lassabban nőnek és későbbben kerülnek a betegek orvos elé; mert amíg a lipómások kórelőzménye átlagosan 2 évre és 3 hónapra terjedt; addig a fibromyomás betegeké átlagosan 1 évre és 9 hónapra. E statisztika szerint mindkét oldalt — bal és jobb oldalt — kb. egyforma gyakorisággal jelentkeznek; viszont ritka az egyidejű kétoldali elhelyezkedés; tisztán a középső térben elhelyezkedő és itt növekedő daganatok ritka eseteit közlik *Witzel*, *Haberer*.

Az ektodermalis eredetű vagy neurogen daganatok pathológiájával legújabbán *Kehrer* foglalkozik 49, az irodalomból gyűjtött eset szemléljében. A betegek 63%-a nő; a daganatok általában a praesacralis, praesacralis, praecoccygealis sympathikus idegekből, ill. ganglionokból veszik eredetüket. Két alak különböztethető meg: 1. az éretlen ganglioneuroma vagy neuroblastoma gangliocellulare, amely igen rosszindulatú és a 18 éven aluliakon fejlődik; 2. a sokkal érettebb ganglioneuroma simplex, amely a 18 éven felü-

liek betegsége. Egy ilyen esetet (22 éves nőbeteg) ismertet részletesen *Salacz* is.

A rosszindulatú tömör daganatok az ú. n. retroperitonealis sarcomák. Szöveti képükben az alapszövet felismerhető, ritkábbak az éretlen sarcomák kerek-, orsó- vagy óriássejtes alakjai. Igen ritka a perithelialis sarcoma (*Mátyás*). *Frank* szerint ezek nem tartoznak klinikailag a legrosszabb indulatúakhoz, mivel áttételeket általában ritkán (3.75%-ban) okoznak. *Judd* és *Larson* a Mayo-klinika anyagából 1924—1932 évek között 46 sarcoma esetet (32 férfi-, 14 nőbeteg) közöl; a sarcoma legtöbbször a vese rostos tokjából — 19 esetben — indult ki, tehát ezek, mint a közlemény bevezetésében említettem, nem is tartozhatnak a valódi hashártya mögötti daganatokhoz.

A tömör daganatok mellett a tömlős vagy ürös daganatok sokkal ritkábban fordulnak elő a hashártya mögött. Ezekről a mesenterialis cystákkal kapcsolatban részletesen is fogok szólni s most csak azt említem meg, hogy itt az a tömlős daganat a leggyakoribb, amelyet urinogen cystának neveznek. *Hansmann* és *Budd*, ill. *Milletti* összefoglalása szerint ezek a daganatok majdnem kizárólag nőknél fejlődnek; eredetüket ugyanis a Wolff-féle vezetékéből veszik, amely a női nemben teljesen elsovad. Ha tehát ennek a vezetéknek csökevénye vagy esetleg a Gartner-járat durványa burjánzásba megy át, akkor olyan ürös — nagyon ritkán solid — daganatok fejlődnek, amelyek egy- vagy többrekeszesek. A tömlők fala köb- vagy hengerhám bélést mutat, a közti kötőszövetes vázban glomerulusokat és tubulusokat lehet találni. Tartalmuk hígán folyó, vagy nyúlós, gyakran a vérzések miatt barnás színű folyadék. Szerencsére, ezek környezetükből könnyen kihámozhatók; legtöbbször a pankreással vannak csak szorosabb viszonyban.

Megemlítem, hogy e térben áldaganatok, különösképpen echinococcus, esetleg cysticercus cysták is előfordulhatnak, perirenalis vérzések után pedig ú. n. vércysták is. E térben ritkán, de előadódhatnak áttételek is. A bőr és szem melanomái, ovarialis cystocarcinomák, hasi szervek carcinomái okozhatnak itt áttételeket, sőt az emlőrák is eljuthat a pleura közvetítésével áttétel alakjában a retroperitoneumba.

A mesenterialis daganatok egy ritkább alakját a következőkben ismertetem:

Naplósz.: 768/1946. N. K., tanító, 55 éves. Átvettük a belgyógyászati klinikáról (igazgató: Purjesz Béla egyet. ny. r. tanár) 1946. június 24-én. A beteg kb. két hónap előtt észrevette, hogy a bal alhasában fájdalmas daganat növekszik. Ezzel kapcsolatban étvágya csökkent, szédült, feje fájt; a székelése és vizeletése



rendben. Testsúlyából 8 kg.-ot veszített és ezért felkereste a belgyógyászati klinikát, ahol pontosan kivizsgálták és műtét céljából áttették a sebészeti klinikára. A has vizsgálata alkalmával kiderül, hogy a kb. ökölnyi daganat bal oldalt, a köldök alatt helyezkedik el; légpárna tapintatu, a légző mozgásokat nem követi, ingaszerűen mozgatható. Mivel a bél-passage röntgenvizsgálata kimutatta, hogy a daganat a bélhuzammal összeköttetésben nincsen, valószínű diagnózis: csepleszből kiinduló, vagy mesenterialis elhelyezkedésű, tömlős daganat.

A beteget július 9-én operáltam lumbalis érzéstelenítésben. Alsó-középső hasmeíszésből behatolva kiderül, hogy az ökölnyi, feszes tapintatú daganat a vékonybél mesenteriumában ül, a két lemez között; a bél mesenterialis szélétől 3 cm.-re, az ilcoecalis beszájadzástól orálsan 1 méterre. A daganat jól körül-

2. ábra.



határolt tömlőnek felel meg és ezért úgy távolítom el, hogy a mesenterium lemezére rámeíszve, azt kihámozom, a nélkül, hogy a másik lemez, ill. ér megsérült volna. A lemezt továbbutó varrattal egyesítve, a hasüreget rétegesen zárom.

Az eltávolított daganat (l. 2. sz. ábrát) ökölnyi —  $10.5 \times 8 \times 6.5$  cm, méretű —, síma felszínű, feszesen telt. A tömlő fala hártványos, tartalma túroszerűen összeálló anyag, ill. kissé zavaros savószerű folyadék. A szöveti vizsgálatot *Körpássy Béla* egyet. ny. r. tanár úr volt szíves elvégeztetni és a leletet a következőkben megadni:

„Szövettanilag megállapítható, hogy a tömlő belfelületét lapos endothel-sejtek egy sora béleli ki. A fal egyébként rostos kötőszövetből áll, amelyben kisebb nagyobb lymphocytá-halmazok találhatók. *Kórisme: chyluscysta.*”

A beteg símán gyógyult és július 18-án távozott. 1946. októberében jelent meg ellenőrző vizsgálaton, Elmondja, hogy a műtét óta teljesen jól érzi magát s 10 kilót hízott.

Amíg a retroperitonealis térben inkább tömör daganatok fejlődnek, addig a mesenterium lemezei között helyet foglaló daganat-

tek inkább tömlősek. *Matolay* összeállítására szerint 300 tömlős daganatra csak 100 tömör jut. A tömör daganatok, szöveti szerkezetük szerint, lehetnek: lipomák, fibromák, myomák, myofibromák, xantholipomák, valamint érettebb és éretlen sarcomák. Az érdaganatok, mint haem- és lymphangiomák, makroszkoposan a tömör daganat küllemét is mutathatják.

Mivel esetünk chyluscystának bizonyult, kissé részletesebben foglalkozom a mesenterialis tömlős daganatok pathológiájával és klinikájával.

A mesenterialis tömlős daganatok osztályozása ma már szigorúan aszerint történik, hogy az milyen szövettípusból származni látszik elnevezéssel látta el. Azóta számos, különféle beosztású a törekvések (*Augagneur, Frentzel* stb.), amelyek a cystákat tartalmuk, elhelyezkedésük avagy klinikai megjelenésük alapján igyekeztek csoportosítani.

*Henschen* (1905) volt az első, aki a szöveti kép alapján választotta az egyszerű retentiós cystákat a daganatos cystáktól és ezeket lymphangioma cavernosum et cysticum chylosum intestinalis elnevezéssel látta el. Azóta számos, különféle beosztású csoportosítást találunk az irodalomban, hogy csak *Klemm, Hinz, Monnier, Huzella, Sudhoff, Naumann, Neukirch, Carli, Milletti* stb. munkáit említsem meg. *Milletti* (1940) felosztását elfogadva, a mesenterialis tömlős daganatok három osztályba sorolhatók: 1. valódi daganatokra, 2. parazitás cystákra, 3. pseudocystákra.

A valódi daganatok első csoportját képezik: a) *Teratomák*. Ezek mind a három csiralemez elemeiből tevődnek össze, vagy embryonalis vagy érett szöveti jelleggel. b) *Teratoidok*. Ezek szöveti képében csupán két szövet elemei ismerhetők fel. Ide tartoznak a dermoidok és epidermoidok. Habár vannak, mint *Milletti* is, akik az egyszerű dermoidokat az *epithelcysták* osztályába sorolják. A teratoma nagyon ritka; *Milletti* az irodalomból csupán 65 esetet tudott összegyűjteni; *Mecrey* és *Frazier* 1937-ben 37 eset szemlélésében foglalkozik e daganattal, klinikai szempontból. Nők és férfiak egyformán szerepelnek a statisztikában; általában a 30. életév előtt jelentkeznek; és pedig az esetek 40%-a az első, az esetek 34%-a a harmadik életévüztében. Nehéz elkülöníteni a rosszindulatú daganatoktól. A műtéti halálozás nagy és hamar kiújulnak. *Judd* és *Fulcher*, a Mayo-klinika nagy anyagában, az 1931. évig csupán 7 dermoidcysta esetet találtak; kb. 100.000 betegre jut — a klinika betegforgalma alapján — egy mesenterialis dermoidcysta. A teratomák kórszármazásának tisztázására újabban számos elméletet ismertünk meg; ezek tárgyalására most nem térhetek ki, csak any-

nyit közlök, hogy újabban mindinkább tért hódít az a felfogás, hogy a coeloma multipotens sejtjeiből is keletkezhetnek, fejlődési rendellenesség során. c) *Mesodermalis cysták*. Ezek az urogenitalis apparatus embryonalis származékaiból, csökevényeiből veszik eredetüket és általában *urinogen cystáknak* nevezik. Előbb részletesen szólottam róluk. d) *Endodermalis cysták*. Ezek eltévedt embryonalis bélcsírok alapján fejlődnek a Meckel-diverticulum környékén, igazolva azt, hogy a ductus omphaloentericus hiányos záródása kapcsán jönnek létre.

Ezek a tömlős daganatok tehát könnyen elkülöníthetők — éppen a szöveti kép alapján — a mesenterialis valódi daganatok *második* csoportjától, amelyet a lymphatikus cysták alkotnak. Ezeknek két alosztályuk van: a) *egyszerű serosus*, vagy *chylosus lymphatikus tömlődaganat*, b) *a lymphangioma* vagy *chylangioma*, amely lehet simplex, ill. capillaris, cavernosus és cystikus (*Wegner*).

Az egyszerű — serosus vagy chylosus — tömlős daganat tulajdonképpen retentiós cysta. Habár sokszor nehéz a szöveti kép alapján ezt biztosan megmondani. Előfordulhat ugyanis az, hogy a valódi daganat másodlagosan — pl. pangás folytán — tömlővé alakul át. Mindenesetre a szöveti kép alapján az egyszerű chyluscystára is jellemző az, hogy belülről endothel fedí a tömlőt, a kötőszövetes falában pedig izomelemek és lymphadenoid szövet is felismerhető. *Naumann* összefoglalása (1927) szerint vagy úgy keletkeznek, hogy a hozzávezető nyirokutak kitégúlnak (*Rokitansky, Winiwarter, Killian, Enzmann*) vagy úgy, hogy az elvezető utakban pangás támad. E pangás oka lehet a ductus thoracicust összenyomó daganat (pl. carcinoma, *Virchow*), a vezeték congenitalis szűkülete (*Winiwarter*), esetleg obliteratiója (*Werth*). A trauma okozta d. thoracicus szakadás is okozhat pangást, lymphorrhoea kíséretében. Végül a bélben, ill. a nyirokcsomókban lezajló gyulladások — dysenteria, typhus, tbc., — eredményeképpen úgy bennük, mint a vasa efferentiák eltömeszelése révén itt cysták keletkezhetnek (*Virchow, Rokitansky, Lion, Colby, stb.*).

Ezeket a pathologiai megfigyeléseket azonban a kísérletek nem támasztják alá. Éppen *Cohnheim* mutatott rá, hogy a nagy nyirokutak kísérletes lekötése után nem cysták, hanem csak varicosus tárgulatok jönnek létre. Ezt igazolja *Gross* is a d. thoracicus kísérletes lekötése után. *Dowd* pedig az emberi pathológiából ismertet ilyen eseteket a d. thoracicus lekötésével kapcsolatban.

Valószínű tehát, hogy az egyszerű, mechanikus úton támadó pangás önmagában nem elégséges ok a chyluscysta keletkezéséhez;

nyílt kérdés, hogy milyen feltételek, ill. körülmények szükségesek ahhoz, hogy valódi cysta támadjon.

A retentiós cysták a szöveti vizsgálat alapján természetesen jól elkülöníthetők a lymphangiómáktól. Ezek *Wegner, Sudhoff* szerint a nyirokszövet — mesoplast — sui generis daganatai. A szöveti képből egyszer homoioplastikus neoplasiát (részek keletkeznek a solid nyirokendothel burjánzásban) vagy heteroplastikus neoplasiát (nyirokcapillárok beburjánoznak a sarjszövetbe) találunk. Később pangás és tágulás folytán másodlagos cavernák, ill. cysták keletkezhetnek. Ez az alakja a chylosus cystáknak ritka. *Milietti* szerint alig 15 eset ismeretes az irodalomban.

A chyloscysták minden korban előfordulhatnak. *Huzella* halott újszülöttben fedezte fel. Csecsemő-korban is észlelték (*Tugendreich*); fiatal gyermekkorban (*Cabouat*); de az öreg korban is; *Pagenstecher* betege 71 éves férfi volt. — Főleg a vékonybél mesenteriumában, és pedig az ileum fodrában helyezkednek el (*Rotter, Mauro*). Előfordulhat azonban a mesocolonban (*Berger*), valamint a jejunum mesenteriumában is (*Walters és Priestley, Henriksen*). Ülhet közel a gyökhöz, a bélhez közelebb, vagy az árkádok között. Nagysága tág határok között váltakozik, — cseresznyétől-emberfejig. Alakja rendszerint gömb, tojásdad, vagy hurkaszerűen elnyúlt, esetleg lopótök. Gyakoribb az egyes, ritkább a többes számú előfordulás. Maga a cysta egy vagy több rekeszes. A mesenterium lemezei között növekedve, vagy az elülső vagy a hátsó lemezhez ragaszkodik, de ismerünk eseteket, amikor a két lemezt egészen elvékonyította (*Klemm, Speckert* stb.). Növekedése közben nyomhatja a gyöki vénákat, következményes pangással és oedemával, vagy ha a bélhez közel fejlődik, akkor ezt vékonyítja el, s végül gyűrűszerűen is körülölelheti a belet, s így teljes elzáródást okozhat. Elterpeszkedhetik széles alapon, de ki is emelkedhetik kocsányképződés révén, csavarodásra való hajlammal (*Moynihan, Gusslerow*). A tartalmuk lehet híg serosus folyadék, vagy nyirok, esetleg tejfel- vagy tejszerű váladék. *Henschen* vette észre először, hogy ilyen chylusszerű folyadék akkor is képződik, ha a cysta falát alkotó sejtek zsírosan, ill. hyalinosan elfajulnak és leválnak; úgy megtekintésre, mint chemiailag ezt a váladékot alig lehet elkülöníteni a valódi nyiroktól. A vegyhatása lehet savi (*Naumann*) vagy lúgos (*Fátyol*); nagyobb mennyiségű fehérjét, zsírt, cholesterint is tartalmaz, néha cukrot is (*Fátyol*), *Kálló* vizsgálatai szerint nagy mennyiségben zsírbontó lipasét. Többszörös cysták, vagy többrekeszes cysták esetén elő-

fordulhat, hogy az egyik cysta vagy rekesz serosus, a másik chylosus váladékkal telt (*Henschen*).

A *második* osztályba tartoznak a *parasitarius cysták*. Ezek lehetnek echinococcus vagy cysticercus tömlők, az utóbbiak sokkal ritkébbak. *Milletti* szerint az izolált mesenterialis echinococcus tömlő aránylag ritkán fordul elő; 40 esetet tudott összegyűjteni 1940-ig az irodalomból.

A *harmadik* osztályba tartoznak a *pseudocysták* vagy *cystoid* daganatok, éspedig: 1. vércysták, 2. traumás, 3. gyulladáisos, 4. degeneratív, 5. elfolyósodásos, 6. széteséses cysták.

Harmadik esetünk a következő:

Naplószám: 542/1946. F. B., 24 éves gyógyszerész szigorló azzal a kéréssel keres fel, hogy epeköves panaszai miatt operáljam meg. Állítása szerint már fél év óta vannak typosos görcsei, a fájdalmak a jobb lapockájába is kisugároznak, roham után egy ízben sárgasága is fejlődött. Állítása szerint kezelőorvosa epeköbetegséget állapított meg. A beteg közepesen fejlett, sovány; bőr és látható nyhártyák színe kp.-n vértelt; a jobb bordái alatt az epehólyag vetületének megfelelően ökölnyi, rugalmas terimenagyobbodás tapintható, amely légzőmozgásokat alig követi, a máj széle nem tapintható. A szív és tüdők részéről fizikális eltérést nem találunk. A máj functionális vizsgálata enyhe májkárosodást mutat. A vérzési idő: 3 perc, véralvadási idő: 10 perc.

A beteget aethernarkosisban operáltam meg 1946. május 10-én. Narkosisban megvizsgálva a beteget, kitűnt, hogy a tumor a hasfal ellazulása miatt semmiképpen sem felelhet meg az epehólyagnak; ez ugyanis mélyen az alapjához volt rögzítve. A behatolás felső-középső hasmetszésből történt és a fali peritoneum megnyitása után legnagyobb meglepetésemre részint folyékony, részint alvadt vér ürült elég nagy mennyiségben. A daganat a colon transversum mögött foglalt helyet az alsó ileumkacs felső mesenterialis részében, az art. ileocolica lefutása mellett bal oldalt; nagysága jó két ökölnyi, tapintata puha, a tokja meg volt repedve, innen származhatott a vérzés. Határa elég éles szélben végződött: környezetében több babnyi-borsónyi nyirokcsomó. A daganat hovatartozóságát nem volt nehéz eldönteni: lymphosarcomának tartottam. Most már az volt a kérdés, vajjon a röntgentherapiában bízza zárjuk-e a hasat; vagy távolítsuk-e el a daganatot. A daganat ugyanis, mint a vérzés mutatta, széteső állapotban volt; a röntgen-besugárzás hatására sem csökkenhet az arrosiós vérzés veszélye, e mellett a szétesés következtében szóródások is támadhatnak. A műtét ellen szólt az, hogy ilyen esetekben gyökeres műtétet csak formailag lehet végrehajtani, valószínű ugyanis, hogy a mesenterialis nyirokszervek daganatos beszűrődése már ott is megtörtént, ahol ezt még kikapítani nem lehet. Úgy gondoltam azonban, hogy inkább akkor használok a betegnek, ha a daganatnak és környékének eltávolításával megmentem az arrosiós vérzés veszélyétől. A műtét utáni röntgen-kezelés pedig, ha e daganat sugárérzékeny, természetesen megakadályozhatja a kiújulást is, habár a tapasztalat szerint az ilyen betegek minden röntgen-besugárzás ellenére — 1—2 éven belül meghalnak. A gyökeres műtétet úgy végeztem, hogy a daganatot, a hozzátartozó mesenteriummal, valamint 1 méter és 20 cm. hosszú béllel együtt eltávolítottam. A bél-passage helyreállítására oldallagos ileostomiát végeztem. A beteg a műtétet jól tűrte.

Másnap azonban súlyos collapsus és gyomoratonia támadt; amelyet érthetővé tett az, hogy a mesenterium sympathikus idegei súlyos traumát szenvedtek el a resectio alkalmával. Sikertelen azonban a beteget transfúziókkal a shock állapotából kiemelni, majd tüneti kezelésre megszűnt a gyomoratonia is. A beteg elsősorban gyógyult sebvel, kissé megerősödve május 31-én távozott. Az eltávolított daganat szöveti vizsgálata, *Korpássy Béla* egyet. ny. r. tanár úr véleménye szerint, lymphosarcomát állapított meg.

A beteg felgyógyulása után Budapesten részesült röntgen-therápiában. További sorsáról annyit tudtam meg, hogy kezdeti javulás után állapota rosszabbodott és az 1946. év telén meghalt.

A retroperitonealis és mesenterialis daganatok a klinikus szempontjából két nagy csoportra oszthatók. Az első csoportot azok a betegek alkotják, akik a lassan növekvő daganat látható és tapintható tüneteivel jelentkeznek az orvosi rendelőben, — ezek általában hashártya mögötti elhelyezkedésűek; s a második csoportba pedig azok tartoznak, akiket a hasi catastropha többé-kevésbé kifejezett kórképével szállítanak be sebészeti intézetbe. Ileus, gyomor-, bélátfürödés, kocsányesavarodott ovarialis cysta valószínű diagnózisát az elvégzett műtét részben igazolja is, mivel az egyik esetben a mesenterialis daganat obstructiós, vagy strangulatiós ileust, a másik esetben szétesése következtében bélátfürödést okozott, a harmadik esetben a cysta beékelődött, lezorítást szenvedett, vagy esetleg megcsavarodott.

Az idült lefolyású daganatok (általában a retroperitonealis daganatok) fejlődését jól követhető és megállapítható tünetek kísérik. Kezdetben általános panaszok (álmatlanság, fejfájás, fáradtság-érzése) mellett jellemző az ágyék tájon, hasban vagy esetleg a medencében érzett tompa vagy szűrő jellegű fájdalom, amely lefelé is kisugározhat. A térszűkítő folyamat következtében a mobilis szervek kitérnek, a rögzített szervek pedig nyomás alá kerülnek. A beteg ennek megfelelően nyomást, teltséget érez hasában, amit úgy is kifejez, hogy érzése szerint valami a hasában nincsen rendben. Ezt követik a dyspepsiás panaszok, étvágytalanság, hányinger, hányások, valamint székszorulás is. A vesére és az ureterre gyakorolt nyomás következtében látjuk az idült vagy intermittáló jellegű hydronephrosis tüneteit. A v. cava caudalisba ömlő vénákra kifejtett nyomása következtében a lábon, ill. bokák körül anasarka, viszértágulat és varicocele (különösen bal oldalt) támad. A portális vérkeringés zavara miatt haemorrhoidalis csomók, a parumbilicalis vénák tágulata fejlődhet, amit követ a hasvíz — tiszta transsudatum — felszaporodása. Ha a daganat felfelé növekszik, akkor a rekeszekre gyakorolt nyomás miatt nehéz légzés, szívdobogás kíséretében keletkezik. Észlelték a kis meden-

cében növekvő daganat nyomása következtében létrejövő méh- és hüvelyelőesést is (*Cocuzzza, Doran, Gardner—Adami* stb.). Igen súlyos neuralgiával jár a spinalis idegek összenyomása, a mesenterialis sympathikus idegek izgalma révén heves kolikás fájdalmak lepők meg a beteget, s a szűkszorulást hasmenés váltja fel. Ganglionneuromák növekedésük közben okozhatnak benuulásos incontinentia urinae et alvi-t is (*Busse-Kredel, Rapp*, stb.).

Már rátekintéssel felismerhetjük a daganatot, különösen ha az egyenlőtlenül növeli meg a has körfogatát. A tapintással többé-kevésbé tiszta képet kapunk a daganat nagyságáról, alakjáról, összeállásáról, helyzetéről, környezetéhez való viszonyáról, elmozgathatóságáról. Fontos adatokat szolgáltathat a kopogtatás és hallgatóság (*Tillaux*).

A vizsgálatot tervszerűen kell végeznünk. Ha bimanual's vizsgálattal nem tudjuk eldönteni, hogy a daganat összefüggésben van-e női nemi szervekkel, akkor *Douglas* ajánlatára, narkosisban, Trendelenburg-helyzetben, megismételjük ezt. Legtöbbször sikerül a daganat elkülönítése a nemi szervektől. A retroperitonealis daganatok nagy része alapjához rögzített, a lipomák egy része ú. n. elasztikus rögzítettséget mutathat (*Josephson*). Oldalirányban inkább elmozgathatók, mint cranio-caudalis irányban. A mesenterialis daganatok, ha nincsenek összekapaszkodva a környezettel, igen élénk inga mozgást mutatnak, utánozva a cseplész daganatait. A tumorok tapintata nagy változatosságot mutathat: lehet légpárna, rugalmasan téft, ernyedtt, vagy összehúzódott izom, porckemény; felszíne lehet síma, finoman szemcsés, vagy durván göbös, esetleg síma felszínű, de jól differenciált göbökből állhat. A nagysága nagy változatosságot mutathat. A cysták előforulhatnak többes számban egymás mellett, különféle nagyságban. A lipomák általában álhullámzást mutathatnak, de jellegzetes lehet ez a tünet a széteső daganatokra, pl. sarcomákra is. Nagy fokban váltható ki a hullámzás az ú. n. vércysták felett. Kopogtatással a belekhez való viszonyát tisztázhatjuk, a vérerekben gazdag daganatok felett pedig surranást hallhatunk (*Monnier, Szenes* stb.).

A valószínű diagnózis megerősítésére elvégezzük egyrészt az urológiai vizsgálatokat, másrészt a bélpassage, ill. a vastagbél levegőbefúvásos és irigoskopiás röntgen-vizsgálatát. *Stapp* és *Böger*, *Schlieter* megállapításai szerint ezek révén az ú. n. „tumor abdominis“ diagnózisát 90%-os biztonsággal helyesbíthetjük. A Carelli-féle pneumoradiographia nem tudott polgárjogot nyerni a diagnosztikában, veszélyei miatt, jóllehet igen fontos adatokat szolgáltathat.

Két tünet megfigyelése is fontos útbaigazítást adhat. Az egyiket *Hesse* észlelte és közölte először. A retroperitonealis daganat nyomása kezdetben a sympathikus lumbalis ganglionokra izgató hatású, a peripherián tehát a bőrhőmérséklet csökken, az izzadás fokozódik, és lúdbőr képződik (pylomotoros reflex); később a sympathikus ganglionok a tumor nyomása következtében bénulnak, a peripherián tehát a bőrhőmérséklet emelkedik, a bőr száraz és síma. Ezt a tünetet észlelték eseteikben *Durst, Fronstein, Zaičeva, Herzberg, Vassiljev, Giern, Mátyás* stb. A másik tünetet *Berceanu* és *Aurian* írják le: ha térd-könyök helyzetben vizsgáljuk a beteget, akkor ép viszonyok között mindkét oldali lumbalis tájon besüppedés látszik; ha az árok egyik oldalán mélyebbé válik, akkor a tapintható daganat retroperitonealis, mivel ez ilyen helyzetben előre süllyed és távolodik az ágyéki izomzattól. Intraperitonealis daganat esetén a bemélyedés szintje nem változik.

Egészen röviden foglalkozom a daganatok elkülönítő kórisméjével. Az urológiai vizsgálatokkal, valamint a bélpassage röntgenvizsgálata révén ma már jól elkülöníthetjük a retroperitonealis daganatokat a vese-dystopiától, a vese és mellékvese, valamint a vékony- és vastagbél daganataitól. A mesenterialis tömlős daganatok elkülönítésében nehézséget okozhat elsősorban is a pankreascysta, habár a vér és vizelet diastase-tartalma, a hyperglykaemia fontos útbaigazítást adhat. A cseplesz tömlős daganataitól sokszor nagyon nehéz az elkülönítés; talán ezek még kevésbé rögzítettek és kifejezetten mutatják az ingaszerű mozgást. Az urachus cysták a kp. vonalban helyezkednek el, rögzítettek és gyakran sipollyal, ill. vizeleti panaszokkal járnak. Az echinococcus tömlő dignosisát megkönnyítheti az anamnesis, az eosinophilia és a pozitív reakciók (cután-próba, complementkötés). Az ovarialis cysta diagnosisát a bimanualis vizsgálat döntheti el; ennek kocsánya ugyanis lefelé, a kis medencébe nyúlik és összefüggésben van a méhvel; a mesenterialis cysta ezzel szemben felfelé is könnyen kimozgatható és kocsánya felfelé követhető. A mesenterialis tömör daganatok pontos kórisméje rendszerint a laparotomia után dől el; a rosszindulatú tömör daganatok — sarcomák — természetesen már a has vizsgálata alkalmával is elkülöníthetők; gyorsan nőnek, rögzítettek, a környezetükkel össze vannak kapaszkodva, rendszerint hasvíz is kimutatható.

Amíg a tömlős daganatok kórjósolata jónak mondható; kiírtásuk után nem szoktak kiújulni, addig a tömör daganatoké már komoly. Egyrészt minden szöveti jóindulatúság ellenére is kiújulhatnak, pl. a lipomák, másrészt pedig a fibromák, myofibromák



rosszindulatúan el is fajulhatnak. Bizonyos szempontból kedvező a kórjóslat; egyrészt a tapasztalat szerint a kiújulások műtétei is sikerrel kecsegtethetnek (*Tomoda, Giërp*), másrészt e daganatok nem igen hajlamosak metastasis képzésére (*Frank*).

A retroperitonealis és mesenterialis daganatok gyógyítása gyökeres műtéttel történik. Ma már csak történelmi értékű az az eljárás, amely csapolás útján igyekezett a cysta tartalmát lebo-csájtani, s a cysta üregébe gyulladást okozó, tehát falait összenövésre ingerlő oldatot (jod-, lugol-oldat stb.) befecskendezni (*Augagneur, Küster, Sarvey, Winîwarter* stb.). Retroperitonealis daganatok esetén, ha azok egyik vagy másik oldalon helyezkednek el, legcélszerűbb a lumbalis metszésből történő behatolás. Kétoldali retroperitonealis daganatok, valamint mesenterialis daganatok esetén alsó-középső hasmetszésből végezzük a behatolást. A sebész rátermettsége és tapasztalata dönti el, hogy adott esetben elvégezhető-e a gyökeres műtétet vagy sem. Hashártya mögötti daganatok eltávolításával kapcsolatban szóba jöhet a vese eltávolítása is, mesenterialis daganatok eseteiben pedig a bélconkolás. A mesenterialis cysták ideális megoldása az érsérülés nélkül végrehajtott kibuktatás (*Peterson*). Nehéz feladat a sebész számára a többszörös mesenterialis cysták műtéti megoldása. Lehet gyökeres műtétet végezni nagyobb mesenterium-részlet, tehát bélszakasz feláldozásával (*Naumann*), de lehet a Payr-féle műtét mellett dönteni. Ez két szakaszban történik; az első ülésben a megfelelő bélrészletet kiiktatjuk, előhelyezzük és a cysták és a bél lumene között sipolyt készítünk, a második ülésben a kiiktatott belet egy felső bélszakaszba szájaztatjuk. Ha a daganat összekapaszkodott a nagy erekkel, akkor tömlős daganatok esetén marsupialisatiót kell végeznünk (*Frentzel, Speckert, Terillon* stb.), tömör daganatok esetén pedig meg kell elégednünk a próba-kimetszéssel.

A retroperitonealis és mesenterialis daganatok műtéti közvetlen halálózása tág határok között váltakozik. Ha a daganat ileust, peritonitist okozott, akkor a halálózási százalék nagy; *Warfield* 50%-ban, *Gale* és *Keeley* 60% körül állapítja meg nagyobb számú eset figyelembe vételével. Ha a daganat nem járt még szövödménnyel, akkor a halálózás elsősorban attól függ — retroperitonealis daganatok esetén —, hogy az milyen szerkezetű, minő nagyságú és miként határolható el a környezetétől. *Frank* 106 eset alapján a következőkben mutatja be a halálózást: fibromák, lipomák, cysták után: 0, myxomák után: 18.9%, neuromák után: 22%, sarcomák után: 28%, teratomák után: 36%. *Warfield*

a mesenterialis cysták halálózását a következőkben szemléltet.: az enucleatio halálózása: 9%, a bélcsokolással kapcsolatos kiírtásé: 27.3%, az egyszerű marsupialisatio után: 16.6%. *Schmid H. H.* 1923-ban a retroperitonealis daganatok halálózását az 1913—1923. években 7½%-ban állapítja meg; de valószínű, hogy ezek a daganatok inkább lipomák, fibromák és sarcomák, mint myxomák, vagy teratomák, ill. neuromák. *Warfield* statisztikája az 1932. évben, *Frank* összeállítása pedig az 1938. évben készült; megállapíthatjuk tehát, hogy a jóindulatú daganatok műtéti halálózása ma már nem nagyobb, mint az ovarialis cystáké; azonban a rosszindulatú daganatoké, valamint a szövődményekkel járó eseteké még ma is aránytalanul nagy. A halálózás csökkenését csupán a korai műtéttől várhatjuk.

A műtét utáni röntgen-besugárzást általában javalljuk, habár ennek értékéről megoszlanak a vélemények. *Most*, *Sudhoff* véleménye szerint a kötőszövetes daganatok kevésbé sugárérzékenyek, mint a nyirokszövetből vagy hámszövetből állók. *Desaive* azt hangoztatja, hogy retroperitonealis daganatok esetén a sebész csak próba-kimetszést végezzen, szerinte a röntgen-besugárzással az esetek nagyobb részében gyógyulást lehet biztosítani. Véleményével azonban egyedül áll, a daganatok eltávolítását minden sebész fontosnak tartja. *Frank* tapasztalatai alapján a korai műtét javallata mellett tör lándzsát, de fontosnak tartja a műtét utáni röntgen-besugárzást is; csak a lipomák, ill. fibromák műtéti eltávolítása után jelöli meg azt feleslegesnek.

#### ZUSAMMENFASSUNG.

An Hand von je einem Falle von retroperitonealem Myofibrom, mesenterialer Chyluscyste, sowie mesenterialem Lymphosarkom, werden Pathologie und Klinik der retroperitonealen und mesenterialen Geschwülste besprochen. In allen 3 Fällen sind die Geschwülste operativ entfernt worden und es trat Heilung ein.

#### SUMMARY.

Each one case of retroperitoneal myofibroma, mesenterial chylecyst and mesenterial lymphosarcoma in published and clinical and pathological aspects of these tumours are discussed. In these 3 cases the tumours has been removed and the patients were relieved.

## Irodalom :

*Augagneur*: Thèse d'agrégation. Paris. 1884. — *Becker J.*: D. med. Wschr. 1929 I. 603. — *Berccanu D. et Aurian C.*: Rev. chir. 35 18 (1932). — Ref.: Z. org. Chir. 38 710. — *Berger*: idézve *Matolay* által. — *Bériel*: Lyon chir. 4 537 (1910). — *Bork—May*: Arch. kl. Chir. 63 928 (1901). — *Busse—Kredel*: Virchows Archiv 151 66 (1898). — *Cabouat P.*: Mém. Acad. Chir. 62 373 (1936). — *Carli C.*: Clinica 6 218 (1940). — *Cocuzzza*: La cl. Chir. 18 2, 357 (1910). — *Cohnheim J.*: Vorlesungen ü. Path. Berlin. 1882. — *Colley F.*: Brit. med. journ. 1906 953. — *Desaive P.*: Rev. belge Sc. méd. 9 501 (1937). — *Doran*: Lancet 2 155 (1902). — *Douglas*: Surgical diseases etc. 1899 728. — *Dowd C. N.*: Ann. of. surg. 1900 okt. — *Dutton Steele*: Ann. journ. med. scienc. 119 311 (1900). — *Durst H.*: Münch. med. Wschr. 1934 II. (1930). — *Eiselsberg A.*: Wien. kl. Wschr. 1890 438. — *Enzmann R.*: Inaug. Diss. Basel, 1883. — *Esau P.*: Zbl. Chir. 1933 2556. — *Fátyol Cs.*: Z. f. Geburtsh. 112 144 (1936). — *Frentzel A.*: D. Z. f. Chir. 33 129 (1892). — *Frank R. T.*: Surgery 4 562 (1938). — *Gale J. W. a. Keeley J. L.*: Amer. J. Surg. n. s. 40 647 (1938). — *Gardner—Adami*: Montreal med. journ. 1900. — *Genersich A.*: Orvosi Hetilap 1897 51. — *Gierp K.*: Zbl. Chir. 1940 120. — *Gohrbandt E.*: Arch. kl. Chir. 142 168 (1926). — *Göbell R.*: D. Z. f. Chir. 61 1 (1901). — *Gross H.*: D. Z. f. Chir. 138 348 (1916). — *Gusscrow*: Charité Annalen 15 613 (1890). — *Haberer H.*: Arch. kl. Chir. 110 266 (1918). — *Hansmann G. H. a. Budd J. W.*: J. amer. med. Assoc. 98 6, 17 (1932). — *Härtel F.*: Ergebn. d. Chir. u. Orth. 25 66 (1932). — *Heinricus*: D. Z. f. Chir. 56 579 (1900). — *Henriksen E.*: Bull. Hopkins Hosp. 81 369 (1937). — *Henschen K.*: Inaug. Diss. Zürich, 1905. — *Herczel M.*: B. O. U. 1911 Sebészet 13 1. — *Hesse E.*: Presse méd. 1937 I. 492. — *Higgins T. T. a. Lloyd E. J.*: Brit. journ. surg. 12 95 (1924). — *Hinz R.*: Arch. kl. Chir. 91 543 (1910). — *Hosemann G.*: Arch. kl. Chir. 155 336 (1929). — *Huzella T.*: M. O. A. 1918 115. — *Jáki Gy.*: Orv. Hetilap 1936 418. — *Johnstone*: Brit. med. Journ. 1907 950. — *Josephson*: Hygiea 2 401 (1895). — *Judd E. a. Fulcher D. H.*: Surg. clin. N. Amer. 13 835 (1935). — *Judd E. a. Larson L.*: Surg. clin. N. Amer. 13 823 (1935). — *Just E.*: D. Z. f. Chir. 242 785 (1934). — *Kalima*: Mitt. a. d. gynäk. kl. Engström. 10 219 (1913). — *Kálló A.*: Frankf. Zschr. f. Path. 48 305 (1935). — *Kehrer E.*: Arch. f. Gyn. 158 582 (1934). — *Killian G.*: Berl. kl. Wschr. 1886 407. — *Klemm P.*: Virchows Arch. 181 541 (1905). — *Kubinyi P.*: Zbl. Gynäk. 1904 1454. — *Küster*: Mschr. f. Gebhk. 47 145 (1918). — *Lang W.*: Arch. kl. Chir. 155 349 (1929). — *Lexer E.*: Arch. kl. Chir. 61 648 (1900). — *Liebermann v. Waldendorf*: Arch. kl. Chir. 115 751 (1921). — *Lion V.*: Virchows Arch. 144 239 (1896). — *Lobstein*: Traite d'anatomie Path. Paris. 1829. — *Matolay Gy.*: Orvk. 1926 Verebely kf. 40. — *Mauro M.*: Arch. ital. Chir. 38 161 (1934). — *Mátyás M.*: Arch. kl. Chir. 190 816 (1937). — *Mecrey jr. P. M. a. Frazier W. D.*: Arch. surg. 35 358 (1937). — *Mc Laughlin jr. Ch. W. a. Sharpe I. C.*: Amer J. Surg. N. s. 41 512 (1938). — *Miller L. A.*: Amer. J. dis. Childr. 50 1196 (1935). — *Milletti M.*: Boll. Soc. Emiliano-Romagnolo d. Chir. 6. 210 (1940). — *Monnier L. u. Prutz W.*: D. Chir. Lief. 46 338 (1913). — *Morgagni*: idézve *Schmid H. H.* által. — *Most A.*: Arch. kl. Chir. 189 571 (1937). — *Moynihan B.*: Ann. of. surgery 1879 July. — *Nánay A.*: Orvk. 1935 Verebely kf. 206. — *Naumann H.*: Arch. kl. Chir. 147 314 (1927). — *Neukirch B.*: Arch. kl. Chir. 161 730 (1930). — *Pagliani F.*: Arch. ital. Chir. 14 173 (1935). — *Pagenstecher*: Die kl. Diagnose der Bauchgeschwülste. I. F. Bergmann. Wiesbaden. 1911. — *Payr F.*: Münch. med. Wschr. 1920 1455. — *Páll G.*: Orv. Hetilap 1933 27. — *Peterson E. W.*: Ann. Surg. 96 340 (1932). — 112 80 (1940). — *Pölya J.*: B. O. U. 1907 Seb. 33. — M. S. M. 1907 436. — *Portal*:

idézve *Schmid H. H.* által. — *Rankin F. a. Major S. G.*: Surg. etc. 54 809 (1932). — *Rapp*: Bruns'Beitr. z. kl. Chir. 87 576 (1913). — *Rokitansky C.*: Lehrbuch d. path. Anatomie. 1855—1861. Wien. — *Róna D.*: M. S. M. 1912 65. — *Röiter*: Berl. kl. Wschr. 1895 401. — *Salacz P.*: Orvk. 1935 Tóth k. sz. 212. — *Sarvey*: idézve *Neukirch* által. — *Schiller*: idézve *Tomoda* által. — *Schliefer I. G.*: Acta med. U. R. S. S. 2 192 (1939). — *Schmid H. H.*: Arch. f. Gyn. 118 490 (1923). — *Spaeth F.*: Münch. med. Wschr. 1898 1083. — *Speckert J.*: Arch. kl. Chir. 75 998 (1905). — *Stepp W. u. Böger A.*: Münch. med. Wschr. 1933 II. 1362. — *Sudhoff W.*: Arch. kl. Chir. 129 551 (1924). — *Szenes A.*: D. Z. f. Chir. 144 228 (1918). — *Terillon O.*: Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 17 375 (1891). — *Tillaux*: Rev. d. Therap. 1880 479. — *Tillmann*: Hygiea 1891 277. — *Tomoda M.*: Zbl. Chir. 1937 999. — *Tugendreich*: idézve *Sudhoff* által. — *Turner G.*: Rev. clin. espan. 1 527 (1940). — *Vertán E.*: Zbl. Chir. 1936 86. — *Viethen H.*: Arch. kl. Chir. 174 116 (1933). — *Virchow R.*: Die krankhaften Geschwülste. 1864. Berlin. — *Waldeyer*: Virchows Arch. 32 543 (1868). — *Walters W. a. Priestley J.*: Surg. Clin. N. Amer. 14 639 (1934). — *Warfield jr. I. O.*: Ann. surg. 96 329 (1932). — *Wegner G.*: Arch. kl. Chir. 20 641 (1876). — *Werth*: Arch. f. Gynäk. 16 655 (1874). — *Winzwarter, A.*: Jbericht d. Rudolph-Spitals, 2 321 (1877). — *Witzel*: D. Z. f. Chir. 24 326 (1886). — *Zalceva A.*: Vrač Delo 16 87 (1933). — *Zoltán L.*: M. S. M. 1937 257.