

AZ EPIPLOITIS PLASTICÁRÓL.*

Irta: PROCHNOW FERENC dr.

Az epiploitis plastica alatt értjük a nagy cseplesznek azt a körülírt vagy elterjedt gyulladását, amely egyszer lassabban, máskor gyorsabban kifejlődő daganatszerű képződménnyé alakítja át azt. Nem különleges fertőzésnek az eredménye, nincsen semmi oki kapcsolatban a tuberculosissal, a luessel, az aktinomykosissal, valamint a nyirokszervek, ill. nyirokutak gyulladásos-daganatos (lymphogranulomatosis) betegségeivel. Nem a különféle hasüregi szervekből kiinduló hashártyagyulladás velejárója, hanem többé-kevésbbé önálló megbetegedés. Kórbonctani képe, szöveti szerkezete aszerint alakul, hogy keletkezésében minő okok és feltételek szerepelnek.

Az epiploitis plastica elnevezés francia sebészekről származik. *Lucas Championnière* (1895), majd *Mencière, Guinard, Monod, Roche* stb. hívták fel a figyelmet erre a betegségre, mint a sérvműtétek utáni szövődményre. Már ők hangsúlyozzák, hogy ennek valószínű oka a cseplesz műtéti traumája; a cseplesz csonkolása, ill. az állományában elhelyezett lekötések, varratok hozzák létre ennek a szervnek körülírt, plastikus gyulladását. A német irodalomban *Schnitzler* foglalkozott először ezzel a kérdéssel, majd *Braun*, aki a századfordulón már 5 saját és 27, az irodalomból gyűjtött ilyen eset alapján számol be a német sebészkongresszuson. *Schloffer* újra felhívja 1908-ban a figyelmet erre a sajátságos műtét utáni szövődményre; sokan ezért az ő nyomán *Schloffer-féle daganatnak* nevezik ezt a betegséget. Az azóta eltelt 40 esztendő alatt sokan foglalkoztak e betegséggel különféle szempontból. Közleményeikből nemcsak a ritka esetek klinikai jelentkezéséről, lefolyásáról értesülünk, hanem egyúttal azokban sok értékes adatot találunk e betegség kórtani és kórbonctani vonatkozásairól is (*Sauget, Walther, Lederer, Zesas, Holländer, Heiler, Peterhanwahr, Aimes, Elischer, Vigyázó, Silhol, Czirer, Czeyda-Pommersheim, Nylander, Horn, Kovács, Reeb,*

* A Szegei Orvos Szakszervezet tudományos ülésén, 1945 okt. 11-én tartott bemutatás nyomán.

Lazarevic stb.). Legutóbb nagyobb összeállítás alakjában *Oppolzer* számol be erről a betegségről.

Az ma már bizonyossá vált, hogy ez a betegség nemcsak műtétek után támad. Mivel e betegség okát nem ismerjük, tehát az esetek osztályozása, eltekintve a traumától (műtéti, egyéb), mint egyik feltételtől, vagy a klinikai jelentkezés, lefolyás, vagy a kórbonctani kép alapján történik. *Sauget* (1899) felosztása szerint van epiploitis pl. simplex, simplex adhaesiva és purulenta. *Peterhunwahr* (1915) felosztja ezeket az eseteket 44 eset figyelembevételével: 1. műtét utániakra, 2. olyanokra, amelyek egyes hasüregi szervek gyulladásai kapcsán támadtak. Mindkét csoportbeli lehet egyszerű gyulladós, hyperplastikus, purulens, abscedáló. *Siihol* (1927) már három osztályba sorozza az eseteket: 1. szokványosra (appendicitissel, cholecystitissel, adnexitissel kapcsolatban), 2. trauma után fejlődőkre (műtéttel és egyéb traumával kapcsolatban), 3. az ismeretlen eredetűre és a specificusra (tbc., aktinomykosis stb.). *Czeyda—Pommersheim* (1931) két saját esete, valamint az irodalomban közölt 80 eset szemléjében felosztja a lobos csepleszdaganatokat elsődlegesekre és másodlagosokra. Az utóbbiakhoz tartoznak a műtétek utáni, idegen testek körül kifejlődő, leszorítás vagy csavarodás következtében létrejövők. Mindkét csoportbeliek kórbonctani képe lehet egyszerű gyulladós, hyperplastikus, vagy tályoggá alakuló. Lehetnek ezek körülírtak vagy elterjedtek. A műtétek utáni epiploitis pl-ák csaknem kivétel nélkül ellágyulók és körülírtak, az elsődlegesek ezzel szemben majdnem kizárólagosan egyszerű gyulladást, vagy hyperplastikus átalakulást mutatnak és elterjedők. A bécsi I. sz. sebészeti klinika 40 éves beteganyagából gyűjtött 5 eset, valamint az irodalmi szemle alapján a következő felosztást végzi *Oppolzer*, főleg klinikai aetiologiai szempontból: 1. Az első csoportba sorolja a műtét utániakat (e. pl. postoperativa). Ezek lehetnek: *a)* sérvműtétek utániak, *b)* vakbélműtétek utániak, *c)* nőgyógyászati műtétek utániak, *d)* a felső hasban végzett műtétek utániak (pl. epekő-, gyomor-, bélműtét). 2. A másodikba tartoznak azok, amelyek szinte spontán támadnak. Ezek lehetnek: *a)* e. pl. spontanea hernialis, *b)* e. pl. e torsione, *c)* e. pl. e permigratione, *d)* e. pl. per continuitatem, *e)* e. pl. thrombotica; aszerint, hogy a lobos csepicszdaganat sérv jelenléte mellett keletkezik, vagy a cseplesz csavarodása miatt támad, avagy a hasüri szervekből idegen test távozik a szabad hasüregbe, ill. a gyulladás ráterjed a csepleszre. Végül csepleszben támadó keringési zavar — thrombosis. embolia — is okozhatja az epiploitis pl.-t. 3. Ide tartoznak azok a külső vagy belső erőművi hatásra létrejövő csepleszdaganatok, amelyek kelet-

kezésében a trauma okozta vérzés, szövetszakadás, vagy bélfalsérülés esetén a bakterium invasio is szerepelhet.

A klinikai megjelenési alakját illetőleg általában ismerjük a chronikus epiploitis pl.-t, amely rendszerint a műtét utániakra jellemző, (Schnitzler—Braun-féle typus), valamint az acut epiploitis pl.-t, amely appendicitises rohamra, cholecystitisre, ileusra, pankreas-nekrosisra emiékztet s rendszerint a csepleszben lefolyó keringési zavarra, ill. thrombosisra, emboliára vezethető vissza, (Küttner—Schmidien-féle typus). Természetesen vannak subacut lefolyású esetek is.

Kétségtelen az, hogy az irodalmi szemle alapján legkevésbé ritkák azok az esetek, amikor a lobos csepleszdaganat sérvműtétek után keletkezik. *Czeyda—Pommersheim* összeállítására szerint az esetek 67.5%-a tartozik ebbe a csoportba. Észlelték appendicitis acuta műtete után is (*Strauss, Lindquist, Mac Whorter, Hušnagl-Läwen, Lewisohn* pedig idült vakbélgyulladás műtete után írták le eseteiket. A nőgyógyászati műtétekkel kapcsolatban is számos közlést ismerünk (*Braun, Pontner, Nylander, Kalmanovski, Lamas* stb.). E csoporton belül ritkaságok közé tartozik az az epiploitis pl., amely epekőműtét, vagy gyomor-bélműtét után keletkezik. (*Czeyda—Pommersheim, Steiger, Schmidt, Strauss, Oppolzer*).

A műtét utáni csepleszdaganatok kórbonctani és szövettani képre általában jellemző: a csepleszdaganat nagysága tojástól gyermekfejnyi, felszíne dudoros, szemcsés, többé-kevésbé szivós tapintatú, de ellágyulást is mutathat, metszetén egyes vagy többszörös tályogok láthatók, a tályogok közepén a fonalak foglalnak helyet. A daganat tulajdonképpen sarjadzások zsír-szövetnek felel meg, ennek tapintata és színe aszerint változik, hogy a gyulladásos folyamat milyen mértékű. Szöveti képet uralja a különböző mértékben felszaporodó sarjadzások kötőszövet, ebben különféle típusú sejtek foglalnak helyet, neutrophil és eosinophil leukocyták, lymphocyták, plasmasejtek és nagy habos sejtek is, az idegen testek körül epitheloid és óriássejtek helyezkednek el. A tályogok körül, miliaris jelleggel is, kereksejtes védősáncot látunk. Egyes esetekben a kötőszövet fibrosus-hyalinos regressiót is mutathat.

A mi esetünk a ritkább epiploitis pl.-ák közé tartozik. Nevezetesen epeműtét után keletkezett subacut klinikai lefolyás mellett. Ritkasága miatt részletesen ismertetem az alábbiakban:

K. J.-né, 37 éves fűszerkereskedő felesége, szegedi lakos, 1946. III. 18-án vétetett át a belgyógyászati klinikáról, (Igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár.) *Körelőzményében*

előadja, hogy évek óta vannak az étkezéstől függetlenül fájdalmai a jobb bordaív alatt, görcsös rohamai is voltak, másfél év előtt 4 hétig tartó sárgaság is követte a görcsöket. Mivel panaszai a kezelés ellenére sem szűntek meg, 1945.-ben a belgyógyászati klinikát keresi fel, ahol cholecystitist állapítottak meg. Az itteni kezelés is csak némileg befolyásolta panaszait, úgyhogy jelen év márciusában újból a belgyógyászati klinikát keresi fel, ahol kivizsgálták és műtét céljából átteszik a sebészeti klinikára.

Jelen állapot: jól fejlett és táplált nőbeteg. Puha, jól áttapintható has, a jobb bordaív alatt a rectus széle mellett a mélybe tapintva, körülírt nyomásérzékenységet érzünk; mély belégzés alkalmával ugyanott kb. tojásnyi, nem éles szélű resistentia állapítható meg. A máj széle, a lép nem tapintható. Fehérvérsejtszám: 7.000. Vizelet: Ø. Gyomorbennék kémiai vizsgálata: normális savviszonyok. Cholecystographia nem telődő epehólyagot mutat, kőárnyék nélkül. Mellkasi szervek röntgen-vizsgálatának adatai: a jobb rekesz igen kevésbé tér ki, a bal egyáltalán nem, sinusa lenőtt. A szív íveltbb contourokat mutat, keményebb aorta árnyék. Gyomor-röntgenvizsgálat adatai: normotoniás, Rieder-typusú gyomor, mélypont 8 ujjal a crista alatt; elég szabályos, a nagy görbület felé kissé zavarosabbá váló relief-kép, végig síma contourok, ép bulbus. Érzékenység a has kp. vonalában, a gyomortól mediálisan a felhasban; 2 óra múlva a gyomor, duodenum üres. A passage a vastagtagbélben szabad, csupán erős ptosist lehet megállapítani, a flexura hepatica-nak megfelelően a colon erős szöglettörést mutat.

A műtétet 1946 március 26.-án végezzük aethernarkosisban. Behatolás felső középső metszésből. A máj alsó széle a bordaív magasságában. Az epehólyag tájkára a cseplesz lapszerint lenőtt, ezt felszabadítva, kitűnik, hogy az epehólyag zsugorodott és a máj-állományával szívósan összekapaszkodott az epehólyag ágyának megfelelően. Gondos izolálás után sikerül az epehólyagot kifejteni környezetéből és a ductus cysticus lefogása, ill. átvágása után eltávolítani. A cysticus sebén keresztül megnyitjuk a choledochust és abból több kölesnyi kövecskét távolítunk el, a choledochust átfecskendezve és a sphincter Oddi-t kitágítva, az epevezeték sebét elsőlegesen egyesítjük. A májagyat peritonizáljuk és ide vékony gumicsövet fektetünk. A hasfalat rétegesen zárjuk.

A műtét utáni kórlefolyás síma volt. Láztalan lefolyás mellett 1946 április 8.-án távozott. Távozása utáni 5. napon jelentkezik azzal a panasszal, hogy a jobb bordaív alatt, illetőleg a jobb rectus széle mellett fájdalmakat érez; 37.5° körüli lázai is vannak, étvágytalan, széke szorulásos. A beteget megvizsgálva kitűnik, hogy a fáj-

dalmasnak mondott helyen, a mélyben homályos resistencia tapintható kb. fél gyermektenyérfnyi területen. Ezt a resistenciát a műtét utáni csepleszletapadással hozzuk oki kapcsolatba és a betegek ágynyugalmat, valamint felmelegedő borogatásokat rendelünk diéta utasítások mellett. Ezután öt nap múlva újból jelentkezik a beteg azzal a panasszal, hogy a jelzett területnek megfelelően a fájdalmai még inkább fokozódtak, a lázasság is emelkedett, gyakran van este 38.5° láza is. Az újabb vizsgálat alkalmával kiderül, hogy a jelzett helyen a resistencia fokozódott, most már nagyságban meghaladja a gyermektenyérfnyi felületet is. Megfigyelés és kezelés céljából a beteget felvesszük a klinikára. Nyolc napi megfigyelés és tartózkodó kezelés (felmelegedő borogatások alkalmazása, sulfathiazol-kezelés stb.) eredménnyel nem jár, a resistencia még inkább kifejezetté válik, az esti hőmérséklet 38° körüli, a fehérvérsejtszám 12.600, a vvtestsüllyedés két óra alatt 117 mm., úgyhogy műtétre határozzuk el magunkat. A műtét előtti diagnózisunk az volt, hogy az epehólyag ágya körül tályog keletkezett és a környező szervek, valamint a cseplesz letapadása hozta létre a resistenciát. Felmerült az a gondolat is, hogy esetleg bentrekedt kisebb törlő körül támadt a körülírt gyulladás; azonban ennek valószínűségét kizárta az, hogy alagcsövezett esetről volt szó, ilyenkor a bentrekedt törlő a cső helyéneket megfelelően sipolyt szokott fentartani. A műtétet aethernarkosisban végeztük j. oldali pararectalis metszésből április 30.-án. A hashártyához érve, kiderül, hogy az hárttyáson letapadt a csepleszhez; miután a fali hashártyát részint élesen, részint tompán kb. tenyérfnyi területen felszabadítottuk, látjuk hogy a cseplesz állománya teriméjének többszörösére megvastagodott, színe vöröses-barna, tapintata részint kemény, infiltrált, részint körülírtan felpuhult. E kb. tenyérfnyi csepleszrészletnek gondos izolálása után jodgformsíkok segítségével, a szabad hasüreg felé, bemetszéseket ejtünk a cseplesz állományába; borsónyi-zölddiónyi tályogok nyílnak meg, amelyekből nem büzös, sárga geny ürül. A cseplesz egy darabját szövettani vizsgálat céljából kimetszük és a sebet majdnem teljesen nyitva hagyjuk. A műtét után a beteg állapota lassan javul, a sebből 3 héten át bő váladék távozott, majd megindult a sarjadzás és a másodlagosan gyógyult sebbel a beteg június 11.-én távozott. A beteg utoljára 1947 március 16.-án jelent meg ellenőrző vizsgálaton. A második műtét óta teljesen jól érzi magát, 19 kilót hízott; étvágya igen jó, széke naponta van. Vizsgálatkor a második műtét helyének megfelelően kb. 2 cm. széles, 10 cm. hosszú diastasis tapintható. A beteg a sérv megelőzésére állandóan haskötőt visel.

A szövettani vizsgálatot *Korpássy Béla* dr., egyetemi tanár volt szíves elvégeztetni és véleményét a következőkben megadni: „A zsírszövetben fibrosus kötegek és kereksejtes infiltratio mellett sejtűs granulatiós szövet észlelhető, melyben egymagvú sejtek mellett eosinophil és kisebb számban neutrophil leukocyták is észlelhetők. Specificitás felvételére nem volt alap.”

Epilpitis pl. esetünket tehát a postoperatív, ill. másodlagos jelzővel lehet megjelölnünk a *Peterhanwahr, Oppolzer* és *Czeyda—Pommersheim* által adott osztályozás szerint. Esetünkben érdekes az, hogy jóllehet a csepleszben lekötések nem alkalmaztunk, mégis az plastikus, ill. ellágyuló gyulladással válaszolt. Úgy látszik, hogy az összenövés oldása kapcsán támadt szövetkárosodás is elegendő ok volt az epilpitis pl. keletkezésére.

Esetünkkel kapcsolatban felmerül most már a kérdés, hogy mi az oka, avagy melyek a feltételei a műtét utáni epilpitis pl.-ának. Már említettem volt a közlemény bevezetésében, hogy a francia sebészek a sérvműtétek után támadó epilpitis pl. okaként a cseplesz csonkolása kapcsán végzett lekötések tekintik, különösen akkor, ha a cseplesz vízenyős, csemósan megvastagodott; ilyenkor ugyanis a cseplesz szövete nehezen tűri a lekötések által okozott szövetkárosodást és kifejlődik a tályogos, ellágyuló alakja az epilpitis pl.-ának. A varrat mint idegen test szintén létrehozhat reactiv, proliferatív vagy ellágyulásra hajlamos gyulladást; az azonban egyáltalán nem felel meg az igazságnak, hogy a catgut inkább okoz epilpitis pl.-át, mint a selyem. Valószínű azonban, hogy a varrat elsődleges vagy másodlagos fertőzése is szerepet játszik keletkezésében. Éppen *Latteri* hangsúlyozza, hogy a varróanyag fertőződése nagy mértékben valószínűsíti ezt a szövödményt. Az is kiderült főleg *Nylander*, majd újabban *Marcus* állatkísérleti eredményeiből, hogy az epilpitis pl. inkább kisebb virulentiájú baktériumok hatására fejlődik; az utóbbi kimutatta, hogy különösen a sarcinák és proteusok szerepelnek kóroktanában; a staphylococcusoknak, streptococcusoknak, ill. enterococcusoknak alárendelt jelentőségük van. *Marcusnak* sem sikerült e szövödmény specificus kórokozóját valamelyik bakteriumban megtalálni. A fertőzés útja lehet közvetlen pl. a nem teljesen csiramentes varróanyag behelyezésével kapcsolatban, de lehet, hogy a fertőzés a véráram útján következik be; ennek a felfogásnak hirdetői: *Boeckel, Reynier, Roche*. Mindenesetre adott fertőzés esetén fontos az az elősegítő tényező a gyulladás kifejlődésében, hogy a varratok feltételei alkalmasabbá válnak nagyobb darab cseplesz iktatódik ki a keringésből, ami ebben a csepleszrészletben súlyos keringési zavart okoz. *Haberer* és

Schmieden felhívják a figyelmet arra, hogy a cseplesz csonkolása esetén csak kis szövetrészleteket kössünk le és ne alkalmazzunk ú. n. tömeges lekötéseket. Vannak azonban az irodalomban olyan esetek is leközölve, amelyekben a sérvműtéttel kapcsolatban cseplesz csonkolást, ill. annak állományában lekötéseket nem végeztek és mégis kifejlődött ez a szövődmény. *Metge, Braun, Rozin, Schwarz* eseteikre vonatkozólag megállapítják, hogy a cseplesz torsioja, lenövése okozta pangás, esetleg thrombosis és embolia is elegendő adott esetben az epiploitis pl. keletkezéséhez. De nemcsak sérvműtétek, hanem egyéb műtétek — appendicitis, cholecystitis, gynaekologiai műtétek (cysta ovarii, adnexitis chr., méhrák és myoma uteri stb.), gyomor- és duodenumfekély átfürödés stb. — utáni epiploitis pl.-ák is hasonló módon jöhetnek létre. *Oppolzer* ezzel kapcsolatban arra is felhívja a figyelmet, hogy ezen műtétek után így is keletkezhet epiploitis, pl.: a hashártyavarratok, vagy nem a csepleszben elhelyezett varratok leválnak és ezeket a cseplesz mintegy elnyeli; a második műtét alkalmával ilyenkor a csepleszdaganat közepén, tályogban helyet foglaló levált ligaturák könnyen megtalálhatók.

Hogy a has felső részében végzett különböző műtétek után oly ritkán fordul elő az epiploitis pl., annak *Oppolzer* szerint leg-egyszerűbb az a magyarázata, hogy egyrészt ezek a műtétek a cseplesztől távol folynak le, másrészt a diagnosztikában nem is gondolnak erre a szövődményre. Rendszerint eltokolt tályog, bentfelejtett törelő, vagy a hasfal ú. n. *Schloffer*-féle daganata a diagnosis. Ha ilyenkor a tartózkodó kezelés nem vezet eredményre, akkor a második műtét helyesbíti a diagnosist. Így folyt le saját esetünk is és mivel mi a csepleszben ligaturákat nem alkalmaztunk, fel kell vennünk azt, hogy a cseplesz helyi keringési zavara tette lehetővé csökkent virulentiájú fertőzés mellett a csepleszdaganat keletkezését. *Vigyázonak* kutyákon nyert kísérleti eredményei is arra mutatnak, hogy a keringésből kiiktatott csepleszdarab úgy makroszkopikus képében, mint a szövettani alakjában teljesen megfelel a műtét utáni epiploitis pl.-ának. Azt is kimutatta *Vigyázó*, hogy ezen elváltozás kialakulásához nem szükséges a cseplesz intra-peritonealis elhelyezkedése; ha ugyanazon kísérleti feltételek mellett nem a hasüregben, hanem a *Talma-Drumond*-féle műtétnek megfelelően a hasüregen kívül helyezte el a csepleszt, akkor is kialakult az epiploitis pl.-ára emlékeztető elváltozás. El kell fogadnunk tehát azt a véleményt, hogy adott esetben a cseplesznek egyszerű keringési zavara is elegendő feltétel, ill. ok a műtét utáni e szövöd-

mény előállítására, anélkül, hogy a fertőzésnek nagyobb szerepet kellene tulajdonítanunk.

Nyitva marad természetesen az a kérdés, miért fordul elő oly aránytalanul ritkán ez a szövődmény, jóllehet a hasi műtétekkel kapcsolatban szinte mindennapos a cseplesznek mechanikus-traumás károsodása akkor, amikor azt a mütő megfogja, elhárítja a feltárás alkalmával vagy esetleg zúzza is. Emellett a cseplesz csonkolás igazán nem tartozik a ritka műtétekhez. Legegyszerűbbnek látszik ennek megértésében annak felvétele, hogy a cseplesz éppen a bő nyirok- és vérérhálózat révén sokszor szinte spontán kiheveri a mechanikus úton létrejövő károsodásokat, mint pangást, megtöretést stb. Valószínű azonban az is, hogy ez a szövődmény constellatiós betegség, tehát több feltétel szükséges keletkezéséhez. A feltételek optimalitása azonban — úgy látszik — ritka eshetőség. Valószínű, hogy általában akkor jön létre ez a szövődmény, ha a cseplesz keringési zavara megfelelő mértékű pangásban nyilvánul meg, azután a cseplesznek csökkent virulentiájú fertőzése és az idegen test (varrat), mint a további két feltétel, ill. tényező — úgy minőségi, mint mennyiségi értelemben — valóra váltja a cseplesztumor kifejlődését. Lehet, hogy mindezen feltételek csak akkor determinálják az epiploitis pl.-át, ha a beteg erre hajlamos. (Gondoljunk csak ebből a szempontból, a keloidok keletkezésére.) A hajlam forrása gyökerezhet természetesen az alkatban is. E fogalmazás szerint az epiploitis pl. tulajdonképpen hyperergiás reakciónak felel meg. Nem az egyik vagy másik, avagy mind a három tényező egyidejű jelenléte determinálná ezt a szövődményt, hanem az a szerkezeti vagy alkati adottság (tulajdonság), amely fokozott lobkészségben, ill. ennek az átlagosnál sokkal nagyobb mértékű szöveti reakciójában nyilvánulna meg. Ez a reakciókészség pedig, úgy látszik, ritka szerkezeti, ill. alkati adottság.

Az ú. n. postoperatív vagy másodlagos epiploitis pl.-ák mellett, ha még ritkább előfordulási gyakorisággal is, ismerünk olyanokat, amelyeket *Czeyda—Pommersheim* elsődleges, *Oppolzer* spontán keletkező, *Silhol* pedig idiopathikus jelzővel jelölnék meg, ill. különítenek el az előbbitől. *Oppolzer* a casuistika alapján alcsoportokra osztja az ú. n. spontán keletkező csepleszdaganatokat. Az első osztályba soroltakat nevezi *epiploitis pl. spontanea hernialisnak*. A sérvkapun ki- és bejáró, időnként leszorítást is szenvedő csepleszben stasis, thrombosis, vagy embolia támad, majd vizenyő, infarctus, sőt torsio is, és kialakul a lobos csepleszdaganat. Különösen a jobboldali lágyék- és combsérvekkel kapcsolatban szokott előfordulni, valamint köldöksérvek szövődményeként, kövér egyé-

neken. Tehát, ha adott esetben epiploitis pl.-ára gondolunk, akkor a sérvkaput mindig tüzetesen vizsgáljuk meg. Második osztályba sorozza *Oppolzer* azokat, amelyek csavarodás kapcsán keletkeznek: *Epiploitis pl. e torsione*. A régen fennálló, nagy reponibilis sérvek esetén hirtelenül csavarodást szenved el a cseplesz, vagy annak kocsányosan lefűződött része, vagy esetleg egész teriméjében. A csavarodott cseplesz nagyságától függően változik a klinikai megjelenési alakja. Minél nagyobb csepleszrészlet iktatódik ki a keringésből, annál hevesebb — a hasi katastrófhákhoz hasonló — kórkép támad. Természetesen az elsőleges elváltozás a cseplesznek már meglévő gyulladáshoz megvastagodása, a csavarodás csak mintegy felszínre hozza, megnövelve a cseplesz teriméjét, ezt a daganatot. Ép cseplesz torsiója után, amikor a cseplesz teljesen kiiktatódik a keringésből, nem fejlődhet epiploitis pl. A harmadik csoportba tartozik: az *epiploitis pl. e permigratione*. Ha a gyomor-, bélhuzamból, vagy az epehólyagból idegen testek vándorolnak ki a szabad hasüregbe, akkor az idegen testek körül a cseplesz elhárítóan letapad és lobos csepleszdaganat fejlődik. *Nylander* részletesen foglalkozott ezzel az alakkal; szerinte a cseplesz fokozott reakcióját nem a fertőzés, hanem az idegen test jelenléte szabályozná. Az irodalmi adatok szerint a cseplesztumor legtöbbször lenyelt és a bélfalon átvándorolt halszálka körül támad, de egyéb állati csontokat (főleg csirke) is találtak már a daganatban (*Lützow, Ostrovskij, Elischer, Ginzburg* és *Beller* stb.). A casuistikus irodalomban találunk eseteket, amikor paraziták (*ascaris* lárvák, *clonorchis sinensis*, *echinococcus*), valamint férgek (*taeniák, oxyuris*, amely a tubán keresztül vándorolt a hasüregbe) körül támad a cseplesztumor. *Appendicitis perforativa* kapcsán a szabad hasüregbe jutott bélsárga az okozója (*Sonnenburg*). *Körte, Nylander* közlése szerint gyomor- és duodenumfekélyek átfürödése alkalmával a növényi táplálék egyes alkatrészei is bejuthatnak a szabad hasüregbe és ott ezek körül letapadva a cseplesz, epiploitis pl. fejlődhet. Adott esetben tehát, ha erre a betegségre gondolunk, végeztessünk röntgenvizsgálatot; a röntgenfelvételen az idegen testek egy része (tük, csontok, halszálkák) árnyékot ad és tisztázza a daganat kórszármazását. A negyedik csoportba tartoznak azok, amelyeket *epiploitis pl. per continuitatem* gyűjtőnév alatt foglal össze *Oppolzer*. Az irodalomban kevés számú eset ismeretes. Valamely hasüregi szerv gyulladásával kapcsolatban fejlődik ki lassan, fokozatosan, hetek-hónapok múltán. Különösen elhúzódó lefolyású *appendicitisek, adnexitisek, cholecystitisek, ritkábban diverticulitisek* kísérője (*Lederer, Thomsen, Lindquist, Walter, Sandow, Güttig, Mauclair*,

Zeller, Knoflach, Zoeppritz, Johannsen, Lazerevic stb.). Nálunk *Kovács (Debrecen)* foglalkozott két eset kapcsán ezzel a szövőd-ménnyel különféle szempontból. Hangsúlyozza, hogy ez az ú. n. spontán alakja a lobos csepleszdaganatnak csak látszólagosan fordul elő ritkán, általában félreismerik, a kórisme rendszerint adnexitis, parametritis, periappendicitis productiva, esetleg rosszindulatú daganat. Egyik közölt esetében a lobos csepleszdaganat adnexitis tbc.-val látszott összefüggésben lenni; a csecsemőfejnyi daganat szöveti vizsgálata azonban úgy a specificus gyulladást, mint a rosszindulatúságot biztosan kizárta. Mivel a 31 éves betegnek luese is volt, *Kovács* kiemeli, hogy esetleg ezzel lehetne összefüggésbe hozni a lobos csepleszdaganatot, habár ezt biztosan állítani nem lehet. A másik esetében a csepleszdaganat annyira összekapaszkodott a belekkel, a méhhez, ill. a méhfüggelékkel, hogy pontos leletet nem tudott felvenni a nemi szervek elváltozásairól, s mivel a rosszindulatú daganatot inoperabilisnak vélte, csupán próbakimetszést végzett. A szövettani vizsgálat idősült lobos csepleszdaganatot állapított meg. Az ötödik osztályba sorozza *Oppolzer* azokat az igazán ritkán jelentkező epiploitis pl.-ákat, amelyek a cseplesz vénáinak súlyos keringési zavarát jelentő thrombosis alapján támadnak. *Berger* közölt egy esetet. A heveny, vérzéses csepleszdaganat oka, mint a boncolás igazolta, a v. gastroepiploica thrombosisa volt, az arteriában embolus nem volt; a lépben, szívben infarctust találtak. Esetében a csavarodás ki volt zárható és sérve sem volt a betegnek. *Nario* végzett az ilyen esetek kórszármazásának tisztázására állatkísérleteket. Alakította a cseplesz elvezető venáit, ill. 30%-os salicyloldattal massiv thrombosit és elzáródást hozott létre a v. gastroepiploicában; e feltételek mellett olyan csepleszdaganatok támadtak, amelyeknek szövettani képe teljesen megegyezett a szokványos epiploitis pl. képével. Végül a harmadik főcsoportba sorolja *Oppolzer* azokat, amelyeket valamilyen erőművi behatás hozna létre. Rendszerint a hasfalat éri a trauma, mint ütés, rugás, tompa tárggyal való sértés stb., amellyel kapcsolatban bevérzés keletkezik a csepleszben és ez is oka lehet a lassan-fokozatosan kifejlődő epiploitis pl.-ának. Ilyen eseteket írnak le *Desbonnets, Sowlles, Oppolzer*. Hogy a fertőzés ezekben az esetekben is létrejöhessen, az kétségtelen; és pedig egyrészt a véráram útján, másrészt pedig enterogen úton; a cseplesz sérülésével egyidejűleg elszakad a bél hártvás borítéka és a bélfalon átvándorolhatnak a különféle kórokozók.

Habár *Oppolzer* a fent vázoltak szerint részletes beosztás alapján tárgyalja az epiploitis pl. eseteket, mégis meg kell jegyez-

nem, hogy a csoportosítás elvileg nem fedi teljesen a tényeket. Csak azért, mivel a lobos csepleszdaganat nem műtét után keletkezik, nem lehet ezektől elkülönítve, mint spontán létrejövöket osztályozni; ugyanígy nem tarthatjuk teljesen helyesnek azt a megjelölést, amelyet *Czeyda-Pommersheim* javasol: azért, mivel egy részük nem műtét után jön létre, nem lehet elsölegesnek nevezni az epiploitis pl.-ákat. Nem kell bövebben indokolnom azt, hogy az epiploitis pl., amely a sérvkapu chronikusan érvényesülő mechanikus hatására támad, nem lehet sem spontán sem elsöleges elváltozás. Ugyanígy bírálendő el az a cseplesztumor, amely valamely gyulladáshasi szerv körül keletkezik, vagy a hasüregbe kivándorolt idegen test elhatárolása kapcsán. Mindenesetre legnehezebb feladat a torsió és thrombosisos eseteket osztályozni, de bizonyosnak látszik, hogy ezek egyrészt nem elsölegesek, másrészt pedig nem spontán létrejövök. A torsió eseteket tekintve valószínű, hogy a cseplesz gyulladáshasi elváltozása az elsöleges, s ez valamilyen belső vagy külső trauma hatására szenved el a csavarodást. Így a csavarodás nem oka, hanem csak következménye az epiploitis pl.-ának. A cseplesz részleges csavarodása és következményei (stasis, thrombosis stb.) csak akkor okoznak valószínűleg ilyen szerű elváltozást, ha a cseplesz nem teljesen ép. Végül azt is tudjuk az idevágó irodalmi adatok tanulmányozásából, hogy csepleszcsavarodás általában csak akkor jöhet létre, ha a cseplesz erre szöveti felépítése, szerkezete alapján ársponált, amellet, hogy valamilyen közvetlen vagy közvetett úton beható trauma feltétlenül szükséges a keletkezéséhez. A csepleszcsavarodást szinte spontán létrejövök beállító Payr-féle haemodynamikai elméletet egyáltalán nem igazolja a tapasztalat. Most már a thrombosisos esetek megítélése a legnehezebb. De ha ezek, mint ritka szövödmények, cardialis elégtelenség következtében támadnak, akkor rendszerint gyorsan halálhoz vezető viharos hasi katastropha képében jelentkeznek, s így az elkülönítésük csak elméleti értékű. Ha az ép cseplesz egyik részletének vénáiban támadó thrombosis vezet be az epiploitis pl.-át, akkor ezt később nagyon nehéz megállapítani, másrészt említettük volt, hogy éppen a műtét utáni csepleszdaganatok keletkezésében is fontos tényező a thrombosis okozta helyi keringési zavar, különösen akkor, ha a csepleszben csonkolás ill. varratok elhelyezése nem történt.

Ezeket a fejtegetéseket tartva szem elött, a következökben részletesen óhajtanám bemutatni azt az osztályozását az epiploitis pl.-áknak, amely a kóroktani adatokat és a kórhonctani elváltozásokat veszi alapul és így ennek a ritka szövödménynek, illetve betegségnek egységes csoportosítását teszi lehetővé.

I. *Epiploitis plastica postoperativa circumscripta.*

1. simplex, 2. complicata (cum corpore alieno).

Mindkét alcsoport lehet fertőzős, ha baktériumokat az üregek tartalmában ki lehet mutatni. A két alcsoportot tulajdonképpen csak az különíti el, hogy az első osztályban az ellágyuló csepleszben nincsenek elsüllyesztett varratok. A csepleszdaganat rendszerint körülírt. Szöveti képében egyszerű gyulladós, hyperplastikus, purulens, vagy abscedens.

II. *Epiploitis plastica consecutiva circumscripta seu diffusa.*

- | | | |
|---------------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Traumatica | 2. Adhaesiva simplex | 3. Adhaesiva complicata |
| a) hernialis | a) periappendicularis | (cum corpore alieno) |
| b) egyéb | b) pericholecystica | |
| | c) periduodenalis | |
| | d) periadnexitica | |
| | e) peridiverticularis | |
| | f) pericolitica | |

A trauma hatására, valamely hasüregi szerv gyulladása után, vagy a szabad hasüregbe jutott idegen test körül *következményesen* támad az epiploitis pl. A trauma oka lehet a cseplesznek állandó sérülése a sérvkapun való ki- és bejárás miatt; vagy a hasfalat érő tompa ütés, rúgás stb., amely után vérzés keletkezik. A második osztályban pontos tájolást is végzünk. Természetesen ezek lehetnek aseptikusak, vagy fertőzöttek is. Végül a harmadik osztályba soroztuk azokat a rendszerint fertőzős csepleszdaganatokat, amelyekben az idegen test megtalálható. Lehetnek körülírtak, de elterjedők is és jelentkezhetnek egyszerű gyulladós, hyperplastikus, purulens és abscedáló formában. Végül ritka esetben, különösen a traumás eredetűek, meg is csavarodhatnak.

III. *Epiploitis plastica thrombotica.*

1. Massiva haemorrhagica diffusa.
2. Partialis seu circumscripta.
3. E torsione.

Ez a csoport egyes alakjaival általában csak elméleti értékű. Az első alcsoportba azokat soroltam, amelyek klinikailag hyperacutan folynak le hasi katastropha képében, s mivel a thrombosis oka súlyos keringési zavar, rendszerint rövid idő alatt halálosan is végződnek. A cseplesz elváltozásaira jellemző az elterjedő vérzés, infarctusok, elhalások, véres hasüri folyadékok. Ezek nagyon

ritkán fordulnak elő. A második alcsoportba azokat az eseteket soroltam, amikor a cseplesz egyes venáiban körülírt keringési zavarral járó thrombosis támad, természetesen minden különösebb ok nélkül; trauma vagy keringési zavarra utaló tünetek nem állapíthatók meg. Klinikailag hashártyaizgalom lép előtérbe, tehát érthető, hogy heveny appendicitis vagy heveny cholecystitis miatt kezelik vagy operálják meg a beteget és a műtét kapcsán derül ki a cseplesz megbetegedése; benne a helyi keringési zavarnak megfelelően infarctust, vagy zsírnekrosist találunk. Végül a harmadik osztályba soroltam azokat az eseteket, amikor a cseplesz elváltozása olyan csavarodás következtében jön létre, amely az ép cseplesz csekély részletére szorítkozik, a csavarodás nem okoz teljes keringési zavart és így lassan-fokozatosan kifejlődhet az epiploitis pl. Mindenesetre éppen a fent mondottak alapján az ilyen eredetű epiploitisek nagyon ritkán fordulhatnak elő.

IV. *Epiploitis plastica diffusa idopathica seu spontanea, seu primaria.*

Ebbe a csoportba tartoznak azok a valóban ritka esetek, amelyekben: 1. traumát semmilyen formában sem tudunk kimutatni, 2. a cseplesznek ténylegesen önálló megbetegedése; a cseplesz nem tapadt le valamilyen hasi szerv körül és nem határol el valamilyen idegen testet a szabad hasüregben, 3. kimutathatóan fertőzésmentes (bakterium lelet negatív), 4. ráterjed az egész nagy csepleszre, esetleg a kis csepleszre is, 5. hasvízkórral jár, 6. szöveti képében a hegszövet jut túlsúlyba; a kötőszövet rostok között a zsírszövetnek csak a nyomait lehet felfedezni; a kisebb erek ürtere szabad, faluk megvastagodott, a nagyobb venákban rögösödés is van, epitheloid és óriássejtek nincsenek. Egy ilyen esetet észlelt, operált meg és közölt le *Czeyda-Pommersheim*. A műtétet peritonitis tbc. diagnózisával végezte, a hasüregi folyadékban a Rivalta-próba pozitív volt, az üledékben sok lymphocytá. Valószínű, hogy az epiploitis pl. ezen alakjait gümős hashártyagyulladásnak kórismézik és így ritkán kerülhet pontos észlelésre.

Sajnos, az általam javasolt felosztás sem teljes, mert a klinikai lefolyásra nem voltunk tekintettel. Igaz, a heveny, elhúzódó, időült megjelölésnek sok értelme, illetve nagyobb jelentősége nincsen. Általában a műtét utáni epiploitis pl.-ák lassan-fokozatosan — mint esetünkben is — fejlődnek, de nagyon változatos megjelenési idővel. A panaszok egyik esetben a műtét után majdnem közvetlenül, a másik esetben napok múlva a látszólagos gyógyulás után s végül más esetekben hetek-hónapok múlva jelentkeznek.

Leírtak már olyan eseteket is, amikor a sérvműtét után évekkel fejlődött a lobos csepleszdaganat. Bizonyosnak látszik végül az is, hogy abban az esetben, mikor a műtét után hamarosan fejlődik ki az epiploitis pl., akkor a fertőzésnek van döntő szerepe s ilyenkor a magasabb láz, a kifejezett leukocytosis, az erősen gyorsult véresejsüllyedés is emellett bizonyít. A hosszú lappangási idővel rendelkező esetekben jogosultnak látszik az a felvétel, hogy ezt az epiploitis pl.-át inkább az idült lefolyás jellemzi. A sérvkapunak állandó, illetve folytonosan ismétlődő mechanikus ártalma a csepleszben fokozatosan-lassan teremti meg azokat a feltételeket, amelyek gyulladással tumor képződéséhez vezetnek. Természetesen ha az ilyen cseplesz csavarodást szenved el, akkor mint heveny hasi folyamat kerül észlelésre és rendszerint téves kórismével történik a műtét. A hasfalat ért tompa trauma és az epiploitis pl. kifejlődése között pár nap (*Desbonnets* esete), 6 hét (*Sowles* esete), illetve 3 hét (*Oppolzer* esete) telt el; a beteget az első esetben appendicitis acuta, a másodikban gyomorfekély átfűrődása, a harmadikban extraventricularis daganat kórisméjével operálták meg. A hasüregi szervek gyulladásához társuló epiploitis pl. idült lefolyású. Rendszerint az alapbaj már meggyógyult, amikor a csepleszdaganat lassan-fokozatosan kifejlődik. Az átfűrődásos, idegentest esetekben kifejlődő epiploitis pl.-ák kórképére jellemző lehet az a kórelőzményben megállapítható adat, hogy a csepleszdaganat megjelenését megelőzően hetekkel, esetleg hónapokkal hirtelen görcsös fájdalmak léptek fel, hányinger, hányás, részleges szél- és székrekedés kíséretében. Ebből a perforatio tényére, illetve idejére is következtethetünk. A thrombotikus epiploitis pl.-ák hirtelen támadnak, tehát heveny hasi tünetek mellett kerülnek észlelésre, ugyanígy azok az esetek, mikor esetleg a cseplesztumor megcsavarodik. Végül az önálló, elsődleges csepleszdaganat kifejezetten idült lefolyású megbetegedés.

Az epiploitis pl. a valóban ritka megbetegedésekhez, illetve műtét utáni szövődményekhez tartozik. A diagnosis tehát csak akkor sikerülhet, ha gondolunk erre és a kórismét igazolja is a műtéti lelet. Amint a postoperatív esetek diagnostikáját illeti, itt vagyunk aránylag a legkönnyebb helyzetben. Minden tapasztaltabb sebész tudja ugyanis azt, hogy a szövődményes esetekben végzett műtét után, amikor hasüregi szádlást is alkalmazott, az alagső körül a cseplesz letapad. Ez az ún. reactiv epiploitis tehát ilyen esetekben mindennapi esemény. Ebből a reactiv epiploitisból akkor alakul ki a plastikus csepleszdaganat, amikor a homályos resistentia szinte a szemünk láttára daganatszerű képletté fejlődik,

de a nyomásérzékenységet mindig megtartja. Ritkább az a fejlődési forma, hogy a resistentia összekapaszkodik a hasfallal is plazstronszerűen, vízenyössé teszi a hasfali bőrt is s ha beavatkozás nem történik, akkor ez hasfali tályoggá is alakulhat, majd a szabadba sipolyunyíláson át ürülhet a tartalma. Amíg a műtét után hamarosan fejlődő epiploitis pl. minden esetben rögzített, addig a műtét után hosszabb intervallummal jelentkező epiploitis pl. mint jól mozgatható, tojásdad alakú, kissé dudoros felszínű daganat állapítható meg; a hasüregben azonban szabad folyadék nincsen. E betegség vagy szövödmény egyéb tünete nem jellegzetes, mert azok mértéke és foka nagy változatosságot mutat. Subfebrilitás általában minden esetre jellemző; kisebb lázak (37.5—38°) is előfordulnak; a magasabb láz (38.5—39°) tályog mellett bizonyít. A fehérvérsejtszám, valamint a balra tolódás sincs mindig összhangban a tapintható elváltozással. Bizonyos viszont, hogy minden esetben igen gyorsult a vérsejtsüllyedés. E lobos csepleszdaganat azonban mechanikus úton is okozhat tüneteket, összenyomván a beleket, vagy adhaesiók révén megtörvén azokat. Az erre utaló tünetek lassan-fokozatosan fejlődnek ki, görcsszerű fájdalmakról, székszorulást felváltó hasmenésekről, puffadásokról, hányásról, csuklásról is panaszkodhatnak a betegek. Hirtelen támadhat hányás, valamint teljes szék- és szélrekedés, de ez rendszerint spontán, illetve a beöntésekre megoldódik; nagyon ritkán fordul elő teljes, mechanikus ileus.

Ha tehát a fent vázolt tünetek észlelése mellett biztosan ki zárhatjuk azt a lehetőséget, hogy a hasüregben idegen test rekedhetett bent, akár a műtét közben, akár a kötözések alkalmával. akkor elsősorban is gondoljunk epiploitis pl.-ra. A bélstenosist okozó esetekben természetesen feltétlenül meg kell vizsgálnunk a passaget röntgen-ernyő alatt, akár irigioskopiás vizsgálattal is.

A nem műtét utáni esetekben a helyes diagnosis a legnagyobb ritkaság. Még talán leginkább akkor sikerülhet az, ha szabad sérvkapu mellett jól mozgatható, körülírt, kissé fájdalmas terimenagyobbodást tapintunk. Ilyenkor a diagnosis: epiploitis pl. consecutiva hernialis traumatica. Az összenövések eseteiben, amikor különféle hasüregi szervek körül fejlődik a csepleszdaganat, a felismerés szinte lehetetlen. Az anamnesis legtöbbször alig ad felvilágosítást, s mivel lassan-fokozatosan, idültén fejlődik a cseplesztumor és az elterjedő jelleggel bír, rendszerint rosszindulatú daganat kórisméjével történik a műtét. De a műtét alkalmával sem sikerül sokszor a helyes diagnosis felállítása. *Czeyda-Pommersheim, Oppolzer* bélresectiót is végeztek, mivel nem tudták

a daganat származását megállapítani; *Kovács* pedig inoperabilisnek tartotta a daganatot és csak próbakimetszést végzett. Ha a bélből kivándorolt, vagy azon átfúródott idegen test körül támad a csepleszdaganat, akkor a diagnosist megkönnyítheti egyrészt az a kór-előzményben megállapítható adat, hogy a betegnek hónapokkal megelőzőleg hirtelen görcsei, fájdalmaí támadtak hányás kíséretében, másrészt a pontos röntgenvizsgálat. Ez egyrészt kimutathatja a daganatnak a bélel való összefüggését, másrészt pedig síma felvételen az idegen testet. Parazitás esetekben természetesen igen fontos tünet az eosinophilía. A thrombosisos esetekben is téves diagnosissal történik a műtét. Masszív thrombosis esetén rendszerint pancreatitis haemorrhagica acuta, gyomorfekélyperforatio stb. a kórisme; kisebb thrombosisok esetén pedig appendicitis acuta, cholecystitis acuta, ileus, esetleg diverticulitis (Meckel-, vagy Graser-diverticulitis). A külső trauma hatására támadó esetekben a diagnosis — mint fentebb részleteztük — téves. Az ú. n. elsőleges csepleszdaganat esetekben pedig általában peritonitis tbc.-re gondolnak, mint *Czeyda-Pommersheim* esete is bizonyítja.

Mi a teendő az epiploitis pl. esetekben? — A tapasztalat szerint, amit számos irodalmi adat is támogat, a műtét utáni lobos csepleszdaganat spontán is visszafejlődhet, *Braun* és *Peterhanwahr* összeállítása szerint az esetek 50%-ban. A legújabb irodalomban is találunk ilyen megfigyelés közlését *Krotoski*, *Nevermann* tollából. A konservatív kezelésben dicsérik a meleg borogatásokat, a forrólég-kezelést, a thermophort (*Eiselsberg*); a felszívódást meggyorsíthatja a szürke kenőcs helyi alkalmazása és a belsőleg adagolt jódkáli (*Hochenegg*, *Nevermann*); a röntgenbesugárzástól és diathermiás kezeléstől látott jó eredményt *Krotoski*. Esetünkben a sulfathiasol-kezelés nem vált be, valószínű, hogy a penicillin-kezelésnek sem lehet különösebb hatása, mivel az ilyen epiploitis pl.-ák kórokozói nem a strepto- és staphylococcusok.

Saját esetünk alapján mindenesetre azt kell hangsúlyozva kiemelnünk, hogy az az epiploitis pl., amely ilyen felszívódást elősegítő kezelésre szinte spontán gyógyul, nem is tartozik a valódi cseplesztumorokhoz, hanem ez csupán az ú. n. reactiv epiploitisnek felelne meg. Nehéz természetesen ezt a tételt az ex juvantibus megfigyelés alapján igazolni, azonban a spontán gyógyulás — legalább is a fenti elméleti, pathologiai fejtegetések alapján — csak akkor következhet be, ha a szervezet ú. n. hyperergiás reakciója hiányzik. Ez pedig — éppen e szövödmény ritka előfordulása miatt — a döntő tényező az egyéb feltételek (thrombosis, pangás, idegen test) mellett. Másként áll a spontán gyógyulás kérdése akkor,

ha az ellágyuló, tályoggá átalakuló csepleszdaganat áttör valamelyik üreges hasi szervbe, vagy pedig a hasfalon át a szabadba. Ilyen eseteket közöltek *Forgue, Kaimanovski, Schnitzler* stb.

Esetünkben a gyógyulást beavatkozással biztosítottuk. Fel-tárás után bemetszéseket és kimetszést végeztünk. Ennek jó hatása a geny kiürülésében, a szövetheszülés csökkenésében nyilvánult meg; s mivel szélesen kitamponáltuk a csepleszt, lehetővé vált az elhalt részek gyors elhatárolódása és kilökődése. Ezzel a kezeléssel jó eredményt értek el *Schnitzler, Reynier, Holländer, Monod* stb. is. Ilyen esetekben ügyelni kell arra, hogy a szabad hasüreget ne tárjuk fel és a vastagbelet meg ne sértsük, az utóbbi ugyanis az igen kellemetlen bélsársipolyok képződésére vezethet.

Az idült lefolyással jelentkező, daganatnak imponáló esetekben a műtéti kezelés arra irányul, hogy a daganatot eltávolítsuk. Mozgatható, könnyen kocsányosítható, a környezettől minden nehézség nélkül kiszabadítható daganatok eltávolítása nem nehéz sebészeti feladat. Ha azonban az elterjedő csepleszdaganat a környezettel összekapaszkodott, sőt bélszűkületet is okoz, avagy az átfúródott idegentest körül a bélhez letapadt, akkor már sokkal nagyobb a beavatkozás. A beteg általános állapotától, valamint a csonkolandó bélszakasz lefutásától függ a beavatkozás módja. Egyszakaszos műtétet végzünk jó általános állapot mellett vékonybéllel, vagy a felhágó vastagbéllel összekapaszkodott csepleszdaganat esetében; ha azonban a beteg általános állapota nem kielégítő, vagy a colon bal oldali részével kapaszkodott össze a daganat, akkor a kirekesztés vagy a daganat előhelyezése mellett kell döntenünk. Igen nagy összenövések esetén — mint *Kovács* esete is igazolja — amikor kifejezett bélszűkület nincsen, megelégedhetünk a próbakimetszéssel. Az elsöleges, elterjedő, csak a csepleszre szorítókozó daganatok eseteiben *Czeyda-Pommersheim* ajánlatára el lehet távolítanunk az egész csepleszt is jó eredménnyel. Az epiploitis pl. thrombotica esetekben a hasmetszés csupán a téves diagnosist helyesbítheti; még kisebb thrombosisok esetén sem ajánlatos a cseplesz csonkolása, mivel ezzel szinte önmagunk állítjuk be azokat a feltételeket, amelyek újabb thrombosis keletkezését segítik elő. A csepleszcsavarodásos esetekben — különösen elhalás esetén — el kell távolítanunk a csavarodott csepleszrészletet.

ZUSAMMENFASSUNG.

Auf Grund eines Falles, in dem nach einer wegen Gallensteinen durchgeführten Cholezystektomie und Choledochotomie dieses seltene Krankheitsbild sich subacut entwickelte, wird die Pathologie dieser Erkrankung besprochen. Der Verfasser schlägt bei dieser Gelegenheit eine neue Einteilung vor. Die Klinik dieser Komplikation wird ebenfalls behandelt.

SUMMARY.

The author publishes the case of a patient on which this status developed after cholecystectomy and choledochotomy performed because of biliary stones. He makes known pathology of this rare complication proposing a new distribution. He also offers clinical data upon this uncommon malady.

Irodalom :

Aimes A.: Progres méd. 47 79 (1920). — *Berger*: Arch. Surg. 36 417 (1938). — *Boeckel J.*: Rev. Gynéc. 1897. — *Braun H.*: Zbl. Chir. 1900 102. — Verb. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1908 I. 232. — *Czeyda-Pommersheim F.*: Orvosképzés 21 30 (1931). — *Czirer L.*: Orv. Hetilap 1928 1184. — *Dabasi E.*: Rinsc. med. 7 85 (1930). — *Desbonnets*: Gaz. Hop. 39 (1930). — *Eiselsberg A.*: Wien. kl. Wschr. 1907 234. — *Elischer E.*: 1925 542. — *Ginzburg L. a. Beller A. I.*: Ann. Surg. 86 928 (1927). — *Guinard A.*: Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1899 63. — *Gütig*: Bruns Beitr. 140 370 (1927). — *Haberern J. P.*: M. S. M. 1908 516. — *Haller M.*: These de Paris. 1912. Ref. Zbl. Chir. 1913 802. — *Hochenegg J.*: Wien. kl. Wschr. 1907 234. — *Holländer E.*: Zbl. Chir. 1913 688. — Zbl. Chir. 1924 619. — *Hufnagl H.*: Zbl. Chir. 1929 2508. — *Kálmánovskij S.*: Ref. Z. org. Chir. 32 833. — *Klímkó D.*: Orvosképzés 19 187 (1929). — *Knoflach J. G.*: Dtsch. Z. Chir. 225 436 (1931). — *Kovács F.*: Orv. Hetil. 1935 1111. — *Krotoski*: Polski Przegl. Chir. 7 (1935). — *Lamas A.*: Ann. Fac. Med. Montevideo 13 1 (1918). — Ref. Z. org. Chir. 44 266. — *Läwen A.*: Zbl. Chir. 1930 218. — Zbl. Chir. 1938 911. — *Lazerevic V.*: Arch. kl. Chir. 194 703 (1931). — *Lederer*: Zbl. ges. Chir. 1 11 (1908). — *Lewisohn*: Surg. Clin. N. Amer. 3 2 (1923). — *Lindquist S.*: Acta chir. Scand. 54 91 (1921). — *Lucas-Championnière J.*: Bull. ét mém. d. la Soc. de Chir. de Paris 1895 195, ibidem 1900 No. 17. — *Lützow-Holm G.*: Ref. Z. org. Chir. 19 428. — *McWhorter G. L.*: Surg. Clin. N. Amer. 8 545 (1928). — *Mauclaire*: Arch. gén. Chir. III. 9 (1909). — *Manninger V.*: M. S. M. 1922 251. — *Marcus*: Mitt. d. Grenzg. d. Chir. u. Med. 44 619 (1937). — *Matolay Gy.*: B. O. Ujság 1925 1205. — *Menciére*: Gaz. Méd. et Chir. 37 459 (1897). — *Motge E.*: Zbl. Chir. 1926 1574. — *Monod C.*: Bull. et mém. d. la Soc. d. Chir. de Paris. 25 144 (1899). — *Nario C. V.*: Bol. Ins. Clin. quir. Univ. Buenos Aires 10 132 1934. Ref. Z. org. Chir. 73 455. — *Neuvermann H.*: Zbl. Gynäk. 1923 1009. — *Nylander*: Arch. path. Inst. Helsingfors (Jena). 7 (1933). — *Oppolzer R.*: Arch. kl. Chir. 195 489 (1939). — *Ostrovskij M.*: Ref. Z. org. Chir. 84 575 (1937). — *Peterhan-*

wahr L.: Arch. kl. Chir. 106 355 (1915). — *Porzelt W.*: Zbl. Chir. 1930 400. —
Ranzi E.: Wien. kl. Wschr. 1929 472. — *Reeb*: Gynéc. 33 69 (1934). — *Reynier*:
 9. Congr. fr. de Chir. La semaine méd. 1895 457. — *Roche*: These de Montpellier.
 1896. — *Rozin*: Vestn. Chir. 75 72 (1932). — Ref. Z. org. Chir. 62 198. — *Sauget*:
 These de Méd. Paris. 1899. — *Schloffer H.*: Arch. kl. Chir. 88 1 (1909). —
Schmieden V.: Berl. kl. Wschr. 1913 20. — Zbl. Chir. 1913 688. — *Schnitzler*:
 Wien. kl. Rundschau 1899 No. 1—3. — Wien. kl. Wschr. 1907 331. — *Silhol J.*:
 Presse méd. 1927 1206, 1220. — *Sonnenburg*: Zbl. Chir. 1913 689. — *Sowles H. K.*:
 New England J. Med. 199 554 (1928). — *Steiger W.*: Med. kl. 1922 1279. —
Steiner P.: Gyógyászat 1909 782. — *Strauss K.*: Dtsch. med. Wschr. 1935 1108. —
Szenes A.: Arch. kl. Chir. 140 559 (1926). — *Thomsen*: Ref. Z. org. Chir. 63
 231. — *Vigyázó Gy.*: Gyógyászat 1926 897. — *Walther*: Bull. et Mém. de la
 Soc. Chir. Paris. 1905 No. 9, et 14. — *Zesas D. G.*: Dtsch. Z. Chir. 98 563 (1909).
 — *Zeller F.*: Zbl. Gynäk. 1924 2226. — *Zocppritz M.*: Dtsch. Z. Chir. 98 141 (1909).