

шинстве случаев смертельное кровотечение подопытных животных. В случае сосудистого шва сделанного обычной шелковой нитью вследствие отсутствия специального шовного материала предлагается тщательная проверка поверхности шовного материала, так как находящиеся в обращении нити с подобным обозначением являются разнородными (пряденая — трощеная).

Dr. L. Szöllösy und Dr. G. Bartos

#### ÜBER DIE BEDEUTUNG DES NÄHMATERIALS FÜR DIE DAUERHAFTIGKEIT DER GEFÄSSNAHT.

Gefäßnähte wurden teils durch die Anwendung gesponnener seidener Fäden, teils mit Hilfe von gedrehter seidenen Fäden mit unebener Oberfläche angelegt. Nach der Anwendung gesponnener seidener Fäden kam es nicht zur frühzeitigen Nahtinsuffizienz, während im Falle von Anwendung gedrehter seidener Fäden deren Durchschneidung in den meisten Fällen zur Verblutung der Versuchstiere führte.

Falls beim Mangel an speziellem Nähmaterial gewöhnliche Seidenfäden angewendet werden, sollte deren Oberfläche sorgsam überwacht werden, weil unter derselben Bezeichnung verschieden hergestellte (gesponnene oder gedrehte) Fäden in den Handel gelangen.

---

Fővárosi Uzsoki utcai kórház II. sebészeti osztályának (f. o.: dr. Prikkel Andor) és prosecturájának (ig. f. o.: Farkas Károly az orvostudományok doktora) közleménye.

### Nem parasitás májtömlő esete

Írta: Prikkel Andor dr. és Podhragyay László dr.

A nem parasitás májtömlőket *Spellberg* (13) jól áttekinthetően így osztja fel: 1. Tömlős teratomák v. embriomák, 2. Áltömlők, 3. Nyirokér eredetű tömlők, 4. VÉRÉR eredetű tömlők, 5. Tömlős mirigydagánatok, 6. Csillószőrös hámmal bélelt tömlők (embryonalis csirszóródás), 7. A máj és vese együttes tömlős elfajulása (polycystás betegség), 8. Retentiós tömlők („nem parasitás májtömlő”) (4).

1856-ban *Michel J.* (9) 60 é. nő boncolásakor a májban mélyen ülő tömlőt látott. Ez az irodalomban az első eset, mely megfelel *Thöle* (14) követelményének, amely szerint nem parasitás soliter májtömlő diagnosisához műtéttel vagy boncolással kell megállapítani a cysta összefüggését a májjal és echinococcust ki kell zárni. *Michel* közlése óta eltelt 100 év alatt 195 esetet közöltek. *Eliason* és *Smith* (6) a philadelphiai General Hospital 8 év alatt felvett 211 046 betege között csupán két soliter nem parasitás májtömlő esetet talált.

A nem parasitás májtömlő minden életkorban előfordul. Láttak foetusban, újszülöttben is (3, 5, 10). Nők aránya a férfiakhoz 4:1. A jobb lebenyben kétszer gyakoribb. Nagysága cseresznyénytől a hasüreget teljesen kitöltő tömlőig terjedhet. *Burch* és *Jones* (2) esetében 17 liter folyadékot tartalmazott. A folyadék tartalom világos savós, barnás-zöldes lehet. Benne proteint, albumint, nem proteid nitrogent, mucint, C1-t, epefestéket, cholesterint, cukrot, hámsejt töredékeket találtak. Fs.: 1010—1022. A tömlő kötőszövetes fala szürkés-fehér,

sárgás-barna v. zöld. Környezetében és a falban is jól fejlett erek vannak. A falban általában három réteg különíthető el: külső sejtgazdag kötőszövetből álló, sok eret tartalmazó; középső vastagabb, sejtszegény kötőszövet; belső laza rostos sejtgazdag kötőszövet. A belfelszín lelapult köb-, hengerhámval bélelt (12). *Montgomery* többrétegű laphám bélést írt le a lumen egyes részleteiben. Lehet a belfelület hámfosztott. A fal elmeszesedett. Szomszédos szervekkel összenőhet. *Lehet többszörös is.*

A klinikai tünetek nem egységesek. Leggyakoribb: hányinger, hányás, passage zavarok, bélelzáródás, véres szék. Discomfort érzés. A nagy tömlőt ovarialis cystával is összetévesztették. A laboratóriumi vizsgálatok általában nem mutatnak kórosat. Rtg.: mutathatja az epehólyag, gyomor, duodenum, colon, jobb vese, ureter eltolódását, torsióját, meszes fal esetében a tömlőt. Szövödmény lehet: csavarodás, strangulatio, necrosis, vérzés, ruptura. Ez esetekben peritonealis izgalom tüneteit látjuk. A kórisme nehéz, műtét előtt ritkán sikerült. A boncoláskor talált esetekről általában élőben nem tudtak.

Kezelése sebészi: így aspiratiót, drainaget, marsupialisatiót, anastomosist a duodenummal, teljes kiirtást hajtottak végre. Halálozásról a szerzők ritkán szólnak (1). Az eddig között 195 esetben (*Geist*—7) 10 haláleset van (5,1%). Ebből 6 esik a 43 drainage v. aspiratioval kezelt csoportba (14%), míg a 68 részleges v. teljes excisióval kezelt esetben 2 (4,4%). 39 marsupialisatio kapcsán pedig 1 halálozás (2,6%) volt. Hazánkban *Makkai E.* (8) 1910-ben foglalkozott a nem parasitás eredetű májtömlőkkel és a tömlők lehetőség szerinti teljes eltávolítását ajánlotta.

Esetünk: 56 éves asszony. 20 év óta gyakran fáj a gyomra, hányingere volt, hányt. Utóbbi időben fogyott. Jobb bordaív alatt lúdtojásnyi resistentia tapintható. A rtg. vizsgálatkor a gyomor kiscsörgőbületén merev, kissé egyenetlen contur mutatkozott. Valószínűségi dg.: tu. ventriculi. A has megnyitásakor férfiökölnyi tojásdad, szürkés-fehér, vékonyfalú tömlő tűnt szembe. Ez a máj bal lebenyében az alsó szélnek megfelelően domborodott ki, szomszédságában a felszínen kiemelkedő, borsónyi hasonló elváltozást láttunk. A máj tokja itt csecsemőtenyéryni területen némileg megvastagodott. Az epehólyag, májon kívüli epeutak épek, szabadok. A tömlőt megcsapolva, fehér, híg, nyákos folyadékot nyertünk. Ezután a képletét nagyrészt eltávolítottuk, kivéve kb. 5 forintosnyi, a máj állományában ülő falrészletet. A tömlő belfelülete sima volt. A bennmaradt részlet belső rétegét könnyűszerrel elválaszthattuk és eltávolítottuk.

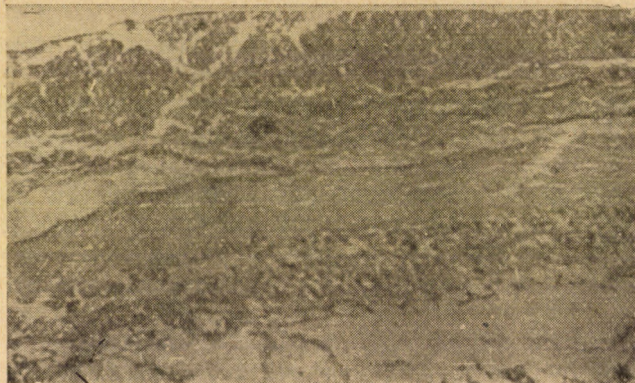
Kórszövettani vizsgálat: 3132/56. ksz. Férfiökölnyi, vékony falú ovális tömlőfal, melyen jó 5 forintosnyi folytonosságmegszakítás van; és egy borsónyi, részben máj-szövettel körülvett tömlőcske. A mikroszkópos képpen a fal három rétegű: külső laza rostos, érgazdag kötőszövetből álló; középső collagen rostos, nagyrészt hyalinisált, sejtszegény kötőszövet; és belső capillaris és praecapillaris nagyságrendű vérerekkel átjárt laza rostos kötőszövet. A lumen világos plasmájú henger-, köb-sejtekkel bélelt. E sejtek mucicarminnal pirosra, toluidin-kékkel piros-ibolyára, PAS r.-val élénk pirosra festődve, a nagy epeutakhoz hasonlóan nyákanyagot tartalmaztak. A májszövetben némileg megszorodott periportalisan kötőszövetet láttunk. Az epeutak normálisak.

A tömlőtartalomban fehérje, cholesterin jegecek voltak. *Echinococcusra utaló képleteket nem láttak.*

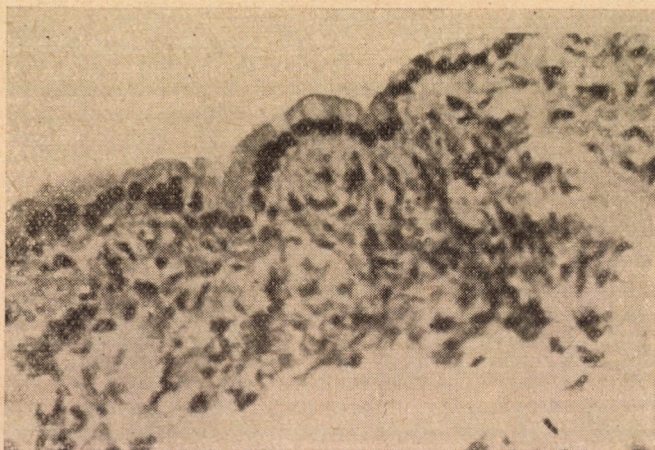
A vesék polycystás megbetegedésének kizárására elvégzett kiválasztásos *pyelographia ép kelyheket és medencét mutatott.*

E tömlős képlet, a fent említett retentios májcysta csoportba sorolható. Az intrahepaticus epeutak elzáródása az ismertetett beosztás értelmében oedema, gyulladás, hegesedés, vagy kő által jöhet létre. Ezt az epe és secretum fokozatos megszorodása követi. Az obstructio kifejlődés ellen azonban több alapos érv hozható fel. Így *Makkai* szerint az epeutak gazdag oldalági összeköttetése szinte elképzelhetetlenné teszi a tökéletes elzáródást. A közös epe-

vezeték v. nagyobb epeút ágak akár kő, akár parasita által való elzárásakor sohasem látható tömlőképződés. Ugyancsak nincs gyulladás után. Nincs tömlősődés a májszélek sorvadásakor, az ún. aberráló epeutak falának felépítése, eltekintve vaskos kötőszövetes környezetüktől, eltérő a fenti hármás rétegződésű faltól. Epeútelzáródást okozó tényezőt a legtöbb esetben nem is lehet



1. Haematoxylin-eosin: a tömlőfal hármás rétegezettsége: külső laza rostos, középső tömött, részben hyalinisált kötőszövet és belső laza rostos, nyálkahártya-szerű felépítés.



2. Haematoxylin-eosin: köbhám-bélés.

tett kimutatni. Ezért valószínűbb, hogy az elváltozás a veleszületett tömlős el-fajulásokhoz tartozik. A máj polycystás elváltozása (a vese hasonló betegségével együtt szokott fellépni), Norris és Tyson (11) sorozatmetasztet-reconstruc-tió 3 dimenziós technikával elért adatai szerint a következőképpen alakul ki: az epeutak korai generációi normálisan segmentatio, majd degeneratio után felszívódnak. Ha valamilyen (ismeretlen) ok miatt e segmentált részletek helyenkint megmaradnak, megcsavarodottá, cysticussá lesznek s egyre dilatálva

a soktömlős máj képe alakul ki. *Véleményünk szerint esetünkben is epeút fejlődési rendellenességről van szó.* A tömlőfal alaki felépítésében felismerhető hármias rétegezettség, a belső réteg nyálkahártyára emlékeztető szerkezete, ki-fejezett gyulladákos elváltozást v. más epeút elzáródást okozó tényező hiánya arra engednek következtetni, hogy fejlődési rendellenességgel, tömlőképző hajlamossággal állunk szemben.

*Összefoglalás:* Szerzők nem parasitás májtömlő ritka esetét ismertették. A szövettani kép alapján a kórfejlődésben epeút fejlődési rendellenességnek tulajdonítanak elsődleges szerepet. Esetük az irodalomban a 196. hasonló elváltozás.

#### IRODALOM

1. Beattie D. A. és Robertson H. D.: Lancet, 2 (1932) 674 — 2. Burch J. C. és Jones H. E.: Am. J. Obst. and Gynec. 63 (1952) 441. — 3. Mc. Caughan J. M. and Rassieur L.: Tr. West. S. A. 48, (1938), 209. — 4. Davis C. R.: Am. J. Surg. 35, (1937), 950. — 5. Edmondson H. A.: A. M. A. J. dis. Child. 91, 2, (1956), 168. — 6. Eliason E. L. és Smith D. C.: Clinics 3, (1944), 607. — 7. Geist D. C.: A. M. A. Arch. Surg. 71, 6, (1955), 867 (táblázatos irod. összefogl.). — 8. Makkai E.: O. H. 54, 8, (1910), 135. — 9. Michel J.: Gaz. des Hop. 29, (1856), 397. — 10. Montgomery A. H.: Arch. Surg. 41, (1940), 422. — 11. Norris R. F. és Tyson R. M.: Am. J. Path. XXIII. (1947), 201. — 12. Schack W.: Arch. klin. Chir. 125, (1923), 183. — 13. Spellberg M. A.: Diseases of the Liver. London, 1955. J. a. A. Churchill. p. 148. — 14. Thöle: Neue dtsh. Chirurg. 7, (1913).

A. Приккел — Л. Подхрадьау:

#### СЛУЧАЙ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

Авторами трактуется редкий случай непаразитарной кисты печени. На основе гистологической картины в патогенезе придается первичное значение пороку развития желчных путей. Этот случай является 196. подобным изменением в литературе.

Dr. A. Prikkel und Dr. L. Podhragyay

#### EIN FALL VON LEBERCYSTE NICHT PARASITÄREN URSRUNGES

Ein seltener Fall nicht parasitärer Lebercyste wird mitgeteilt. Auf Grund des histologischen Befundes dürfte es sich um eine Entwicklungsanomalie der Gallenwege gehandelt haben. Der beschriebene Fall ist der 196. in der Weltliteratur.