

Описана редкая патология — болезнь Мондора. В последнем полугодии было обнаружено 7 случаев. Указанная болезнь менее известна врачам, поэтому может представлять проблему с диагностической точки зрения.

Dr. A. Salamon:

ÜBER DIE MONDORSCHKE KRANKHEIT

Die Mondorsche Krankheit zählt zu den seltenen Krankheitsformen. Verfasser stellt 7 Fälle dar, die während einer halben Jahres auf der Abteilung beobachtet wurden. Die Krankheit ist im allgemeinen ärztlichen Bewusstsein wenig bekannt, deshalb stellt diagnostische Probleme dar.

Műtéti hegek endosalpingiosisa

(Adatok a cystadenoma papillare ovarii histogenesiséhez)

Írta: Martzy István dr. orvosezredes és Verő Tibor dr.

Endosalpingiosison a petevezető nyálkahárnyájának heterotopiás megjelenési alakjait értjük. A szó képzése az endometriosiséval analog, mindkettő Sampson-tól származik. Az endometriosis elnevezést ő kezdetől fogva a mai értelmezésben használta, endosalpingiosisnak azonban eleinte a petevezető műtéti eltávolítása után visszahagyott csonk endometriosisát nevezte. Későbbi munkáiban mindinkább kiterjesztette az endosalpingiosis elnevezés használatát azokra a heterotopiákra, amelyek szövettanilag nem a méh, hanem a petevezető nyálkahártyáját utánozták. Sok ilyen esetet észlelt hasfali műtéti hegekben, amelyeknek nagy jelentőséget tulajdonított implantációs elméletének igazolására.

Legfőbb támadások ezt az elméletet ugyanis éppen a hasfali hegek endometriosisai létrejöttének magyarázatánál érték. Sokan észleltek heg-endometriosisot olyan hasműtétek után is, amelyeknél a méh üregének a megnyitására, vagyis az endometrium érintésére nem került sor; ezek histogenesisében a méhnyálkahártyarészek mechanikus továvitele és implantációja természetesen nem játszott szerepet. Sampson azzal érvelt, hogy a petevezető abdominális szájadékán állandóan bejutnak a hasüregbe levált endosalpinx hámsejtek, s műtétnél ezek kerülnek a hassebbe. A peritoneumról vett kaparékban sorozatvizsgálatokkal ilyen levált sejtrészeket minden esetben ki tudott mutatni. A határ pedig szerinte általában elmosódik az endometriosis és endosalpingiosis között, hiszen mindkettő származása közös. Metaplasia révén egyik a másikba

gyakran átalakul, így az adott esetben szövettanilag nem is dönthető el, vajon a heterotopias szövet a méh vagy a petevezető nyálkahártyájából származik-e.

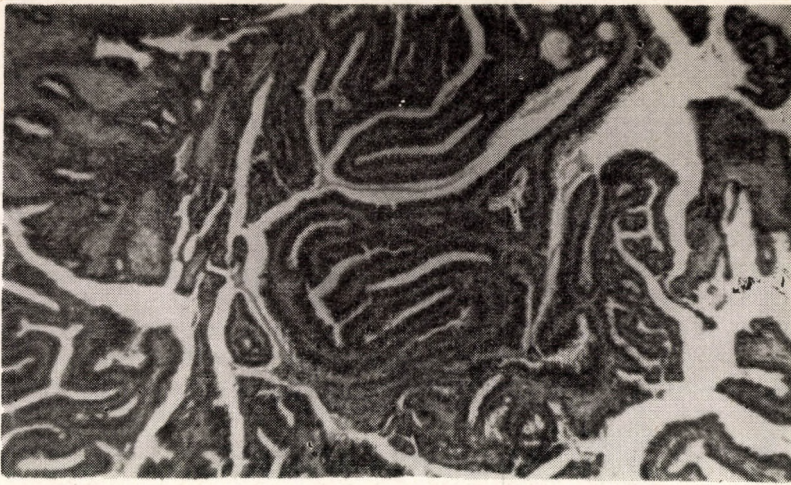
Az utánvizsgálatok *Sampson* véleményét általában nem erősítették meg. Elsősorban míg endometriosisal mindenütt gyakran találkoztak, endosalpingiosis esetről alig számoltak be; hasfali hegekben még kevésbé észlelték (csak *Everett* számolt be ilyen előfordulásról). Az implantációs elmélet érvényét olyan távoli lokalizációjú endometriosis esetek gyengítették, amelyeket azzal már nem lehetett megmagyarázni. Az endometriosis továbbá főleg klinikai diagnosis lett; az ektopias szövetnek a menstruációban való részvétele az ismert következményekkel annyira kiemelte jelentőségét, hogy az endosalpingiosis már ezért is teljesen háttérbe szorult. Alig említik néhányan az endometriosis légiónyi irodalmi adata mellett. Máig is zavart okoz *Sampson* említett kétféle értelmezése; így *Brewer* 1958-ban megjelent tankönyvében endosalpingiosis és „postsalpingectomy endometriosis” között egyenlőségjelet alkalmaz és meg sem említi az elváltozás elnevezésében is megadott nyilvánvaló szövettani kritériumot. *Novak* és *Novak* könyve röviden, a petefészek endometriosisának változataként említi. Leírja, hogy ilyenkor teljesen hiányzik a méhnyálkahártya ismert szöveti szerkezete és helyette endosalpinxra emlékeztető magas, helyenként csillószőrös hengerhám látható. Más lokalizációkról nem tesz említést. *Goodall* monográfiájában ritka előfordulására keres magyarázatot. A kismencedei hashártya valamilyen resistentiáját tételezi fel, mellyel az a tuba-nyálkahártya implantatioját meggátolja. Mindig enyhe catarrhalis petevezetőgyulladásal együtt találta; a folyamat ilyenkor csak a nyálkahártyát érintette s annak hypertrophiáját okozta. *Jeffcoate* tankönyvében a rövid ismertetés mellett figyelmet szentel a salpingitis isthmica nodosa és tuba-endosalpingiosis között fennálló szoros összefüggésnek; az adenomyosis uteri-vel analog módon itt az *endosalpingiosis interna* elnevezést tartja helyénvalónak.

Magyar és német nyelvű tankönyvekben, monográfiákban az endosalpingiosisról nem találtunk említést.

Közleményében *Philipp* a petevezető „salpingiosis”-ával foglalkozik, melyet a tubáris meddőség egyik előidéző tényezőjének tart. *Powers* és *Hooker* egy esetet írnak le egy 64 éves asszonyról, akinek mindkét petefészkében endosalpingiosist találtak. *Bianco* 562 műtéttel eltávolított petefészkét vizsgálta szövettanilag; e sorozatban 2 esetben talált ektopias endosalpinxot. *Sinykin* egy 46 éves asszony esetét közli, akinek műtétjénél jobboldali serosus cystadenoma mellett a jobb petefészekben és petevezetőben, valamint a kismencedei hashártyán endosalpingiosis góccokat tudott kimutatni.

A Magyar Néphadsereg 1. sz. Kórháza sebészeti osztályán két esetet észleltünk egymás után.

Az első (H. M. 636/1962.) 48 éves nőbeteg volt, aki 1962. II. 6-án került felvételre. 15 éves kora óta 28 naponként jelentkező, 4—5 napig tartó normális mensesei voltak. Két normális szülésen esett át, vetélése nem volt; anamnesise eseménytelen. Rutin laboratóriumi leletei normális adatokat mutattak. Fején és hátán, valamint a gáton öt év óta lassan növekedő daganatot vett észre, ezek eltávolítása végett jelentkezett. A fej és a hát bőréből eltávolított tumor típusos atheromának bizonyult. A gáton kb. babnyi nagyságú alig érzékeny cystosus resistentia foglalt helyet a régi baloldali episiotomia területében. Az elsődlegesen gyógyult heg nem mutatott elszíneződést vagy más elváltozást a tumor felett sem. Excisio alkalmával a tumort felmetszve, abból sárgás színű, savós jellegű bennék ürült. Szövettani vizsgálatnál látható, hogy a cysta falát rostos kötőszövet alkotja és magas hengerhám béleli. Ugyanilyen típusú hengerhám borítja a lumenbe nyúló bohólyszerű növedékeket is, amelyek a tuba átmetsetére emlékeztető képet alkotják (1. sz. ábra).



1. sz. ábra

Felismerhető a hengerhám cuticulája, néhol merocrin jellege. A stroma sejtszegény, finom rostos kötőszövet. Csillószorós sejt nem mutatható ki, erre a problémára még visszatérünk.

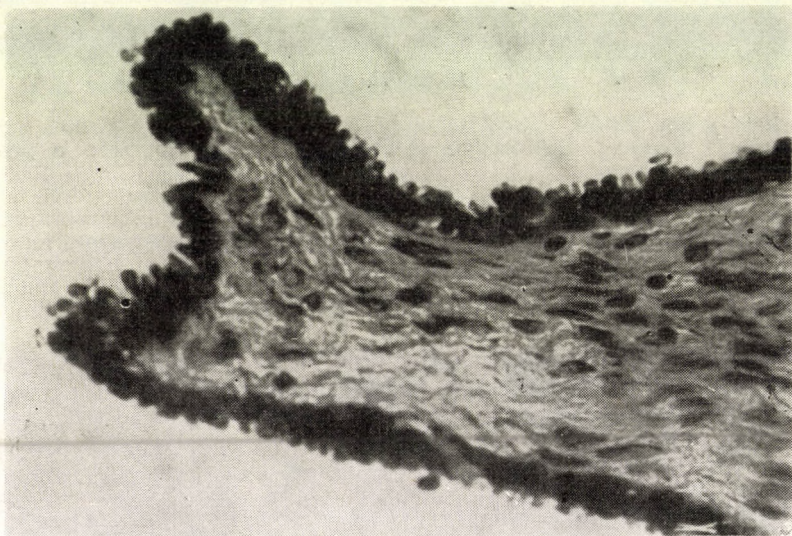
A másik beteg (Sz. L. — 39 éves — 1611, 2081/1962.) először 1962. IV. 11-től 20-ig állott kezelés alatt. A régebbi anamnesis s a rutin laboratóriumi leletek negatívak voltak. Öt év óta fennálló típusos aranyeres panaszok miatt került műtétre; ez alkalommal Recamier szerinti tágítás után három helyen bőrnodusok eltávolítására került sor égetéssel. Zavartalan gyógyulás következett. Hat hét után a beteg kiújuló végbélpanaszai miatt ismét visszakerült a sebészeti osztályra, ahol



2. sz. ábra

egy újabb nodus kiirtása és két helyen fellépő fissura ani égetése vált szükségessé. Műtét közben tűnt fel, hogy az egyik előző resectio elsődlegesen gyógyult hegének külső végénél — a bőr és nyálkahártya határán — lencsényi nagyságú subcutan tumor keletkezett. Kis bőrmetszésből ezt is eltávolították; felmetszéskor kevés sárgás színű savós jellegű folyadék volt található benne. Szövetteni vizsgálatnál az előzővel szinte teljesen azonos képet láthattunk. A lumenbe nyúló sejtszegény, finom rostos kötőszöveti stromával bíró papillákat cuticulás, helyenként merocrin típusú részletet tartalmazó magas hengerhám borítja. A kép itt is erősen emlékeztet a petevezető átmetszetére; a 2. sz. ábrán nagyobb nagyításban mutatunk be egy részletet.

Mindkét daganat műtéti hegben keletkezett; ez jellemző ektopiás lokalizáció. Endometriosis-többször (Goldfarb, Macafee stb.) leírtak episiotomiás hegben is, de endosalpingiosist még nem észleltek itt. A heterotopiák polymorphismusa általános tapasztalat; ritkaságnak tekinthető, ha pl. egy endometriosis gócban a méhnyálkahártya összes szövetelemét egyaránt meg lehet találni. Mivel azonban eseteinkben éppen csillószőrös sejteket — a petevezető legjellegzetesebb sejtfejlését — nem találtunk, más lehetőségre is gondolnunk kellett. A szeméremtesten és gáton hasonló szöveti képet hydradenomák — syringocystomák — is mutatkozhatnak, bár ezek köb- és kereksejtes réteget is tartalmaznak, amik itt nem láthatók, továbbá a bőrből jobban kiemelkednek. Mint a subcutis daganatai, a bőrrel szorosabb összefüggésben állanak, műtéti hegektől viszont függetlenek. A következő ábra azonban még jobban eltereli a gyanút e valószínűségről (3. sz. ábra). Itt egy petefészekben talált típusos papillaris cystadenoma



3. sz. ábra

egy részletét láthatjuk. A papillákat az eseteinkben észleltekkel teljesen azonos jellegű cuticulás, helyenként merocrin részletet tartalmazó egysoros magas hengerhám borítja. A kötőszövet itt is finoman rostos és sejtzegény. A petefészekdaganatban talált szövetrészlet azonossága az általunk észlelt tumorok szöveti szerkezetével ez utóbbinak verejtékmirigyből való származását — a már említett egyéb szempontoktól függetlenül is — valószínűtlenné teszi.

Az eddig leírt kevés endosalpingiosis esetben azok keletkezését meg lehetett magyarázni a Sampson-féle implantációs elmélettel. A petevezetők abdominális szájadékát ugyanis azoknál nyitottnak találták és a kismencedei lokalizációkban el lehetett képzelni a levált hengerhámsejtek tovaterjedését és implantációját. A mi eseteinkben — a gáton — ez természetesen már nem képzelhető el. Kitűnően alkalmazhatjuk eseteink keletkezésének magyarázatára a Heim által kifejtett coelomahám-metaplasia elméletét, amellyel sokan (pl. Novak) eldöntöttnek tekintik az endometriosis histogenesise körül kialakult éles vitát. Ez a koncepció — a mellett, hogy az endometriosisok összes lokalizációjában kielégítő magyarázatot ad azok keletkezésére — arra is rávilágít, miért fordul elő az oly gyakran a kismencedében és miért ritkább másutt. Az

embryonális mesenchymából származó primitív peritoneum (ez azonos a coelomahámmal; a felnőtt szervezetben a petefészek felszíni — germinális — hájja felel meg ennek) nyilván a legmagasabb potenciával bír az endometriummal vagy endosalpinxszá való differenciálódásra, hiszen e szervek normálisan is belőle fejlődnek (a Müller-cső a coelomahám egy lefűződéséből keletkezik). Ez a tény kézenfekvővé teszi a kismencedei endometriosis gyakoriságát. Ahol azonban a mesenchyma fejlődése egy fokkal előbb, nevezetesen a blastema stádiumában eltér, ez a multipotencia már csak alacsonyabb fokú lehet (l. gát, végtagok, tüdő, pleura stb. endometriosisainak ritka eseteit). Ez a gondolatmenet az endosalpingiosisoknál is követhető, hiszen az eddig leírt néhány eset mind kismencedei elhelyezkedésű volt; ahhoz, hogy itt is ritkán észlelték, alábbiakban fűzünk még megjegyzést. A mi eseteinkben — a gáton —, ahol alacsonyabb a mesenchyma pluripotenciája a metaplasziára, érthetővé válnak mindezek alapján, miért nem fordulnak elő csillószerű sejtek, mint a petevezető legmagasabb fokban differenciált szövetelemei.

Nehéz kérdés, hogy mi szolgálthat ingert a pluripotencia érvényesülésére, tehát a heterotrop szöveté váló differenciálódásra. Sokan említenek kémiai ingert (*Novak, Goodall*), amelyet gyulladás képviselhet. A műtéti hegek endometriosisa felveti a mechanikus inger szerepét; szerintünk itt más tényezőnek is közre kell játszani (pl. ki nem mutatott fertőzés), hiszen ha a mechanikus inger egymaga is elegendő lenne, úgy ilyen eseteknek sokkal gyakrabban kellene előfordulniuk. A mi eseteinkben a műtét fontos szerepe demonstrálható a ki nem mutatható más tényezők szerepének lehetősége mellett. Különösen a második esetben szembe tűnő ez, ahol hat héttel egy műtét után az endosalpingiosis szövet a hegben már kialakult. (Endometriosisra vonatkozóan az irodalomban közölt legrövidebb idő, amely valamely műtét és a heterotropia hegbeli kialakulása között eltelt, négy hét volt.)

A bemutatott ábrák a petefészek papillaris cystadenomájára vonatkozóan is felvetnek néhány gondolatot. Ez a daganatfajta szövettanilag igen polymorph. Különböző típusú henger- és köbhámmal együtt gyakran található benne endosalpinxra jellemző részletek is, mindkét sejtípussal. Német nyelvterületen ezért nevezik e tumort általában inkább cilioepitheliális papillomának. *Kaufmann* kórtani szakkönyvében úgy fogalmazza ezt, hogy a tumor néha „endosalpingiomá”-ra jellemző részletet is tartalmaz. A daganat histogenesisét tisztázottnak tartják; e szerint ma vitathatatlan, hogy a petefészek felszíni hájából származik. *Novak* ennek számos bizonyítékát sorolja fel. Azt is tudjuk, hogy ez a hámszövet differenciálatlan, eredeti alakban megmaradt coelomahám. Ha tehát a heterotopiák keletkezésére a Heim-féle coelomatosis elméletét fogadjuk el, a fentiek értelmében csak fogalmazás kérdéséről van szó, ha azt a merésznek tűnő kijelentést tesszük, hogy a papillaris cystadenoma endosalpingiosisnak felelhet meg. Ennek bizonyítása esetén más megvilágításba kerülne az endosalpingiosis gyakoriságának kérdése is, mely annyi probléma okozója. A csillószerű sejtek gyakorisága e tumorban pedig a coelomahám magasfokú differenciálódó képességével magyarázható.

A Müller-csőből származó harmadik szervnek, a méhnyaknak a nyálkahártyáját is megtalálták már heterotopiás elhelyezkedésben (*Salles, Senra, Torzsay—Kiss*). Úgy látszik, érdekes lenne ilyen endocervicosis esetek további kutatása és azok szöveti képeinek a pseudomucinosus cystadenomákkal való összehasonlítása. E gondolatra a fentiekkel való analogia vezet

ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők ismertetik az endosalpingiosisra vonatkozó kevés irodalmi adatot. Bemutatják két esetüket, amelyek lokalizációi az irodalomban eddig egyedül állóak. Kifejtik az endosalpingiosis histogenesisére vonatkozó véleményüket és a petefészek papilláris cystadenomái keletkezésének magyarázatára is felvetnek néhány gondolatot.

Ez úton mondunk köszönetet az esetek rendelkezésre bocsátásáért dr. Langer Gyula o. ezds.-nek, a mikrofotogrammmok elkészítéséért és a szövettani véleményekért dr. Liszкаи László o. örgy.-nek és értékes szakvéleményéért Prof. dr. Kellner Bélának, az Onkopathologiai Intézet igazgatójának.

IRODALOM

1. *Bianco R.* Tumori — Milano 1956. 42. 4. — 2. *Brewer J. I.* Textbook of Gynecology. The Williams Wilkins Co Baltimore 1958. — 3. *Everett H. S.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1931. 22. 1. — 4. *Goodall J.* A study of Endometriosis, Endosalpingiosis and Endocervicosis. Lippincot, Philadelphia 1943. — 5. *Goldfarb W. S.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1953. 66. 191. — 6. *Gori R. M.* Bol. Soc. Obst. Gynec. 1945. 24. 29. — 7. *Gori R. M.* Obst y Gynec Latino-am. 1948. 6. 242. — 8. *Jeffcoate T. N. A.* Principles of Gynecology. Butterworth et Co London 1957. — 9. *Kaufmann:* Handbuch der Pathologie. — 10. *Macafee C. H.* Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1954. 61. 349. — 11. *Martzy I., Verő T.* Zschr. für Ärtzl. Fortb. 1964. 58. 159. — 12. *Novak E., Novak E.* Gynecologic and Obstetric Pathology. W. B. Saunders Co, Philadelphia et London, 1958. — 13. *Phillipp* Zschr. Geburtsh Gynäk. 1961. 156. 114. — 14. *Powers E. G., Hooker O. N.* Texas State Journ. Med. 1948. 44. 457. — 15. *Salles A. A.* Ann. Brasil. Gynec. 1945. 19. 43. — 16. *Sampson J. A.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1928. 16. 461. — 17. *Sampson J. A.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1930. 20. 443. — 18. *Sampson J. A.* Tr. Am. Gynec. Soc. 1930 55. 48. — 19. *Sampson J. A.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1932. 24. 497. — 20. *Sampson J. A.* Am. Journ. Obst. Gyn. 1945. 50. 597. — 21. *Senra A.* An. Brasil. Gynec. 1945. 7. 16. — 22. *Sinykin M. B.* Minnesota Med. 1960. 43. 759. — 23. *Torzsay—Kiss J.* Zbl. für Gyn. 1940. 64. 2257. — 24. *Verő T., Liszkai L.* Magy. Nőorv. Lap. 1962. 4., I. Nemzetközi Nőgyógy. Kongr. Pécs. 1962. IX. 5—8. — 25. *Verő T.* Orv. Hetil. 1964. 105. 35.

Полковник мед. службы д-р И. Марци, д-р Т. Верё:

ЭНДОСАЛЬПИНГИОЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ (данные к гистогенезу cystadenoma papillare ovarii)

Дается обзор немногочисленных литературных данных в отношении эндосальпингиоза. Излагаются 2 собственных случая по локализации, единственной в литературе. Авторы сообщают о гистогенезе эндосальпингиоза и выдвигают некоторые предположения для объяснения происхождения папиллярных цистаденом яичников.

Dr. I. Martzy, Oberst d. Med. D., Dr. T. Verő:

ENDOSALPINGIOSE DER OPERATIONS- NARBEN (Beiträge zur Histogenese des Cystadenoma papillare ovarii)

Die weigen fachliterarischen Daten bezüglich auf die Endosalpingiose werden kurz zusammengefasst. Verfasser stellen zwei eigene Fälle dar, die hinsichtlich ihrer Lokalisation in der Literatur bisher einen eigenartigen Platz verdienen. In bezug auf die Histogenese der Endosalpingiose bringen sie ihre eigene Meinung zum Ausdruck, fernerhin werfen sie etliche Gedanken um die Entstehung des papillären Cystadenoms im Ovarium zu erklären, auf.