

A Chron-betegség és előfordulása osztályunk 10 éves beteganyagában

Crohn 1932-ben írta le az ileoterminalis bélszakasz nem specificus gyulladását, amely kifehélyesedő conglomeratum keletkezését, hegesedést, és fistulák képződését okozza.

A megbetegedés korábban sem volt ismeretlen az irodalomban, de a közlemények különböző elnevezéseket használtak a hasonló megbetegedéseknél: ileitis terminalis, enteritis regionalis, ileitis regionalis, ileitis segmentalis. Mindezek az elnevezések ugyanazt a betegséget jelölik, ezért Braun és mtsai ajánlatára újabban enteritis regionalis (Crohn)-nak nevezik. Továbbiakban e. r.

Az e. r.-nak ma már kiterjedt irodalma van, azonban kevés újat írtak le a betegség tüneteiről, szövödményeiről és lefolyásáról Crohn és mtsai első ismertetése óta.

Előfordulás és localisatio

Az utóbbi években a betegség halmozódik. A német irodalomban kisebb számokról beszélnek, gyakori a latin-amerikai államokban. Crohn 1964-ig 1200 esetet gyűjtött, Brown további 100-at, ahol az elváltozás izoláltan a colonon helyezkedett el, Pollock 362, Betz 107, Kümmerle 46 betegről tesz említést (15). A hazai irodalomban elsőként Ádám (1) ismertetett 5 esetet. A későbbiekben Lazarits (17), Buday (2), Siklós (24), Löblovics (18) számoltak be a kórkép sebészi vonatkozásairól.

A betegség valamivel gyakoribb férfiaknál, mint nőknél. Leginkább 20—40 év között tapasztalható. Igen ritkán, de előfordulhat gyermekkorban is. A hazai irodalomban elsőként Mester (21) ismertetett gyermekek észlelt e. r.-t. Gyermekkorban a Prevot által 1937-ben és Goldentől 1945-ben leírt „ileitis non sclerotisans”-tól való elkülönítése okozhat problémát, ami végül is csak tartós megfigyelés alapján lehetséges (11).

Az elváltozás leggyakrabban az ileum alsó szakaszára lokalizálódik, de előfordulhat a gyomor-bél tractusban bárhol. Így Lick, valamint Gottlieb és mtsai a duodenumon, Brown és Comfort a gyomron, Henning és Hefferon az oesophaguson, mások a jejunumon, colonon, rectumon írtak le e. r.-os elváltozásokat (19). Egyedülálló esetként kell megemlíteni Maginot esetét, aki a choledochuson talált hasonló megbetegedést (cit. 19).

Az emésztőtractus különböző szakaszain való százalékos megoszlás van Patter (22) szerint: ileum: 53%, ileum és colon együtt: 37,5%, jejunum: 9,5%. Hasonló statisztikát közöl Stelzner (26), aki a colonon való izolált előfordulást 10%-ban adja meg.

A betegség kóroka és kórbonctana

A betegség eredete ma is ismeretlen. Egyes szerzők, így Felsen, a Shigella dysenteriát tartják kóroki tényezőnek, mint infectiós ágens. Mások

szerint keletkezésében az öröklésnek és az idegrendszernek van döntő szerepe, ugyanúgy, mint a colitis ulcerosánál.

A szövettani hasonlóság alapján néhány szerző a Boeck sarcoid különleges formájának tartja (20).

A lymphogranuloma inguinale virusa is szöbakerült, mint az e. r. kórokozója, de a Frei-féle intracutan reactio mindig negatív eredményt adott.

Okként felmerült a nyirokkeringési zavar, mely a nyirokutak elsődleges elzáródása következtében kialakult bélnyálkahártya sérülés és necrosis következtében hozná létre a betegséget. Ez a feltevés kísérletes tényen alapszik, melyet Mathes és Reichert (4) állított fel.

Crohn (4) a traumát is felveti okként, valamint talált familiaris halmozódást, melyet 1,8%-ban ad meg.

Hazánkban Faragó (5) közöl testvéreken fellépő megbetegedést.

A kórbonctani képre a chronicus gyulladás jellemző, mely kiterjed az egész bélfalra, beszűkíti azt, granulatiós szövetet hoz létre, összetapad a szomszédos bélkacsokkal. A sarjadzást kifehélyesedés követi, főképp a mesenterialis szélnél, melynek eredménye perforatio is lehet, legtöbbször azonban az összetapadt szövetek között fistulák keletkeznek.

A betegség kórlefolyása, tünetei és diagnosisa

A betegség lefolyását tekintve lehet acut és chronicus, utóbbi szövődmények nélkül és szövődményekkel.

A heveny formában lezajló e. r. görcsös ileocecalis fájdalommal, lázzal jár. Ilyenkor legtöbbször csak appendektomia közben derül ki, hogy az appendix ép. Előfordultak olyan esetek, amikor a beteget előzetes panaszok nélkül, perforatioval szállították sebészeti osztályra, ahol a műtét-nél tisztázták a diagnoszt.

Gyakoribb azonban a lappangó, lassú kezdet és a chronicus lefolyás. Ilyenkor bizonytalan hasi panaszok, hányás, hasmenés és testsúlycsökkenés jellemzi hónapokon keresztül a kórképet, míg végül a szövődmények stádiumában fistulaképződés, ileus, vagy perforatio következtében válik acuttá.

Manifest vérzés ritkaság, occult vérzés a fekélyek kialakulásával egyidőben rendszerint megjelenik.

A hidegrázás ritka, de az esetek 50%-ában subfebrilitas észlelhető.

Gyakori az anaemia, súlyosabb esetben hypoproteinaemia.

A diagnózis felállítása nehéz. Egyrészt a fizikális jeleken, másrészt a rtg-eltváltozásokon alapszik, — gyakran azonban csak intraoperative lehetséges. Kotter 18 e. r.-os betege közül pl. 10 más diagnossal került műtőasztalra, és csak a műtét közben állították fel a valódi diagnoszt (6 esetben appendicitis, 1 esetben cholecystitis, 3 esetben nőgyógyászati diagnoss alapján operáltak). Hivatkozik Kurpat-ra, aki hasonló statisztikát közöl (13).

Rtg-vizsgálatnál az egész gyomor-bél csatornát az oesophagustól a végbélíig nyálkahártya-reliefre vonatkozóan végig kell vizsgálni és közben a bél motilitását és működését is figyelembe kell venni. Korai szakban spasmus, nyálkahártyaduzzanat és a nyálkahártyarajzolat eltérése látható. Későbbiekben a gyulladás előrehaladásával egyre szabálytalanabb nyálkahártyarödöket, többé-kevésbé korlátozott, de meglevő rugalmasságot ta-

lálunk. Az ép nyálkahártyaszigetek polypushoz hasonlóan párnaszerű kiemelkedéseket okoznak.

A heges, scleroticus szakban a Kantor-féle „zsinórtünet” jellemző. A tünet lényege az ileum utolsó részének szűkülete, deformitása, melyen át a kontrasztanyag az ileum ép része és a coecum között csak vékony fonal alakjában látható (6,9).

Differentialdiagnostica

Az elkülönítés szempontjából számos kórkép jöhet szóba:

1. Acut appendicitis.

Gyakran lehetetlen a differentiálás, ezért is látni igen sok e. r. beteg hasán appendektomiás heget. Crohn (4) szerint lényeges, hogy appendicitis-nél ritka a hasmenés. Ha az appendicitis gyanúja felmerül, a műtétet el kell végezni. Amennyiben a műtétnél ép appendixet találunk, kérdés, hogy mi történjék a féregnyúlvánnyal? Egyesek szerint az appendektomia növeli a hasfali sipolyképződés lehetőségét (3). Kümmerle (15) szerint a féregnyúlvány eltávolítását attól kell függővé tenni, hogy a coecum részt vesz-e a folyamatban, vagy sem. Ha a coecum nem beteg, akkor az eltávolítás javasolt annál is inkább, mert így később nem okoz diagnosticus problémát.

2. Ileocecalis tbc.

Az elkülönítés itt is nehéz a klinikai és rtg tünetek hasonlósága miatt. Döntő lehet a tbc baktérium kimutatása. Ha a betegség antituberculosicus kezelésre reagál, a kórisme tisztázott.

3. Jobb oldali colitis ulcerosa.

A bővebb és gyakoribb hasmenés, az általános állapot gyorsabb romlása és a székletben található genny colitis ulcerosa mellett szól. Az irrigoscopiás vizsgálat ugyancsak tisztázhatja a diagnoszt. Reifferscheid (23) jellemzőnek tartja colitisnél a pozitív cortison-glukose tolerancia próbát, míg e. r.-nál a magas aminosavképzést.

4. Hodgkin kór.

A jellemző vérkép, vagy biopsia alapján különíthető el.

5. Actinomycosisnál a sipolyból kimutatott sugárgomba, illetve sipolyképződés előtt a hasfal deszkakemény beszűrődése adhat támpontot.

6. Benignus és malignus vékony- és vastagbél daganatok, sarcoidosis és periappendicularis infiltraturok okozhat még diagnosticai nehézségeket.

A betegség következtében fellépő szövődmények

A szövődmények főleg a gyomor-bél tractusra lokalizálódnak.

1. Subileus, ileus.

Crohn anyagában (4) 10%-ban fordul elő, másoknál ennél lényegesen több, kb. 35–40%-ban. Az ok a bélfal heges szűkülete. Néha mint első tünet jelentkezik, gyakoribb azonban az elhúzódó kialakulás.

2. Sipolyképződés.

A sipoly lehet külső, vagy belső. Belső sipoly Crohn (4) szerint 10%, van Patter (22) szerint 35%, Brown (19) szerint 11%-ban keletkezik. Jellem-

ző az ún. „rókavár”-szerű elágazottság, mely gyakran kis tályogokban végződik, máskor a szomszédos vékony-, illetve vastagbél kacsokba, vagy más hasi szervekbe terjed, így húgyhólyagba, uterusba, vaginába. A külső sipolyok leggyakrabban a jobb alhasra lokalizálódnak, főleg az appendektomiás hegére. A fistula kompletté válását fájdalommal és lázzal kísért hasfali tályogképződés előzi meg.

3. Anorectalis fistulák és fissurák.

Hosszú ideig állhatnak fenn egyéb panaszok nélkül és fedve az alapbetegséget. Előfordulásukat általában 20⁰/₀-ra becsülik.

4. Vérzés.

Massív vérzés ritka, az occult vérzés rendszerint megjelenik.

5. Szabad perforatio.

Ez a szövődmény Crohn (4) szerint igen ritka, mivel a betegség jellemzője a gyulladásos conglomeratum-képződés, mely megakadályozza a szabványos perforatiót. Krasemann (12) saját esetén kívül még kettőt talált, a hazai szerzők közül Buday (2) és Löblovics (18) ismertet egy-egy esetet.

6. Májtályog.

Ihász (7) a világirodalomban 4 esetet talált.

7. További szövődmények lehetnek:

A vena cava és a medencei vénák thrombosisa, polyarthritus, erythema nodosum, pyoderma, iritis (20).

A betegség gyógyítása

A kezelés lehet belgyógyászati és sebészi. Jelenleg elfogadott álláspont, hogy az e. r. acut, vagy szövődménymentes szakában a konzervatív kezelést kell előnyben részesíteni. Ha kezelés ellenére a folyamat további progressiót mutat, — subileus, ileus alakul ki, — a műtét indicált. Recidiva esetén is a belgyógyászati terapiát kell elsősorban alkalmazni.

A fistulaképződés stádiumában, mely általában 2—3 éve fennálló folyamatoknál jelentkezik, már csak a sebészi kezelés jöhet szóba, különösképpen másodlagos felülfertőződés esetén (26). Érdekes megfigyelést közöl William (28), aki 5 esetben beavatkozás nélküli spontán gyógyulást észlelt, — 50 év felett.

Belgyógyászati kezelés alapelvei:

Kalóriadús, rostszegény, fehérje és szénhidrát táplálék. Az allergiás reakciókat kiváltó táplálékokat mellőzni kell. Vitaminok adása javasolt a felszívódási zavarok miatt. A bélspasmust görcsoldókkal lehet csillapítani. Az anaemiát vaskészítményekkel, illetve transfusiókkal kezelik. Jó hatásról számolnak be Salazopyrin adásával kapcsolatban. Az antibioticumok csak a secundaer pyogen folyamatokat gátolják. Az ACTH és a steroidok fulminans folyamatokban jó szolgálatot tehetnek. A Salazopyrin-sulfapyridin és prednisonon kezeléssel nem befolyásolható esetekben, valamint műtét utáni recidiváknál ajánlják az immuno-suppressiv terapiát azathioprinnel. Kasper H. és mtsai (10) észlelése szerint azathioprin napi 100 mg adása mellett a beteg panaszai megszűntek, a jellemző kórbonctani elváltozás, a Crohn-féle granulatio — melyet több ízben ellenőriztek biopsziával — eltűnt a szövettani képből.

A sebészi kezelés alapelvei:

Alapos előkészítés a víz-, elektrolyt- és fehérjeháztartás egyensúlyának megteremtéséért, — infúziók, transfúziók és fehérje adásával, a keringő vér mennyiségének meghatározása mellett. Belsőfertőtlenítés Neomycinnel; amennyiben a beteg műtét előtt steroidokat kapott, azt a műtét után is folytatni kell.

Crohn (4) szerint indicált a műtét:

1. Ha a belgyógyászati kezelés eredménytelen, localisált e. r.
2. Hasfali fistulák.
3. Anorectalis laesiók.
4. Massiv vérzés.
5. Bélelzáródás esetén.
6. Ileostomia után.

Kümmerle (14) ezekhez az indikációkhoz hozzáteszi még, ha megkerülő anastomosis után is tovaterjed a folyamat.

Crohn szerint contraindicált a műtét:

1. Acut e. r. esetén. Ha a diagnosis laparotomia kapcsán történik, a hasat zárni kell egyéb beavatkozás nélkül.
2. Kiterjedt ileo-jejunitis esetén, ha a folyamat diffuse ráterjed az összes vékonybélre, vagy annak nagy részére.
3. Kombinált, nagykiterjedésű ileo-colitis esetén.
4. Mucosa típusú enteritis esetén.

A műtéti eljárások közül napjainkban a következők az elfogadottak:

1. Megkerülő műtét, a megbetegedett bélszakaszhoz vezető ileum kacsátvágásával.

2. A megbetegedett bélszakasz resectiója.

Jelenleg a legtöbb sebész a primaer resectio mellett foglal állást, azon elgondolásból, hogy a megkerülő műtét után a legtöbb esetben másodlagos resectio válik szükségessé. Ezt az álláspontot képviseli Reifferscheid (23), aki hozzáteszi az előzőekhez azt, hogy a mai műtéti technika mellett a resectiónak nincs nagyobb kockázata, mint a megkerülő anastomosisnak.

William (28) szerint gyakrabban végzik a megkerülő anastomosis Amerikában, míg Európában a resectio az elfogadottabb, melyet intraoperatív szövettani vizsgálattal együtt végeznek.

Acut ileusos állapotban a megkerülő anastomosis, mint a legkevésbé megterhelő beavatkozás az ajánlott. Egyes, igen súlyos ileusos esetekben végezhető csak ileostomia.

Az adatok Kümmerletől származnak (15).

Műtéttechnikailag lényeges a nagy recidiva hajlam miatt, mely az 1. sz. táblázatból is kitűnik, hogy a resectio messze az épben, legalább 15—20 cm-re a beteg bélszakasztól történjék. A kóros határát egyesek fagyasztott metszettel állapítják meg. Reifferscheid (23) a beteg bélszakasz felett 60 cm-rel resecál. Fontosnak tartja még a jó vérrellátás biztosítását a bél árkádjainak figyelembevételével, a széles anastomosis készítését és az oldal az oldalhoz anastomosis.

Az anastomosis formájának megválasztásában a különböző szerzők más álláspontot képviselnek. Crohn (4) vég a véghez, van Patter (22) vég az oldalhoz anastomosis ajánl.

Manapság legtöbbször az oldalhoz anastomosist végeznek, a colonra való ráterjedés esetén j. o.-i hemicolektomiát isoperistalticus ileo-transversostomiával.

A felső bélszakaszra localisálódó elváltozások esetén szintén a resectio a javallt eljárást. Így Lick (19) a duodenumban levő e. r.-os elváltozásnál duodeno-pancreatektomiát végzett.

A halálozás általában 2—5%.

1. táblázat

Szerző	Műtéti megoldás	Eset- szám	Halálozás %-ban	Recidiva %-ban
Crohn	Megkerülő anast.	232	3,4	29,0
1958	Resectio	116	9,5	32,1
Rhodas	Megkerülő anast.	51	4,0	47,0
1954	Resectio	125	8,8	9,2
v. Patter	Megkerülő anast.	70	4,0	57,0
1954	Resectio	260	1,0	62,0
Marschall	Resectio	267	3,0	30,0
Jackson	Megkerülő anast.	48	7,0	48,0
1958	Resectio	86	4,5	30,0
Catell	Megkerülő anast.	17	1,1	100,0
1958	Resectio	299	2,2	31,0
Waugh 1962	Resectio	257	1,3	20,0
Mörl	Megkerülő anast.	9	0,0	66,0
1965	Resectio	36	2,5	10,0
Kümmerle				
1968	Resectio	46	2,2	4,4

2. táblázat

A halálozás resectio után:

v. Patter	265 eset	2,3% halálozás
Crohn	116 eset	9,5% halálozás
Marschall	210 eset	1,9% halálozás
Vanderbrouke	47 eset	2,1% halálozás

A halálozás megkerülő anastomosis készítése után:

v. Patter	82 eset	1,2% halálozás.
-----------	---------	-----------------

• Az adatok Reifferscheid-től származnak (23).

A sebészi kezelés utáni recidiva

A szerzők nagyrésze igen magas recidiva százalékról beszél. Általában 35—40% között adják meg, egyesek, így pl. Kühn (14) 80%₀-ról ír. Stelzner (26) szerint csak 30%, mely általában az anastomosistól proximalisan jelent meg.

Amint az 1. táblázatból is kitűnik, nagyobb százalékban fordul elő kiújulás a megkerülő anastomosis után. Természetesen a kiújulás csak akkor vehető valódi recidivának, ha a műtét után rtg-nel is igazolt gyógyulás következett be, a beteg teljesen panaszmentes volt, majd újra jelentkezik az előzőhöz hasonló panaszokkal és rtg tünetekkel.

Eseteink

Azt a nézetet, mely szerint a betegség az utóbbi években halmozottabban fordul elő, mi is megerősíthetjük. Osztályunkon 1960-tól 1969-ig nem operáltunk e. r. dg-sal egyetlen beteget sem. 1969-től 1971-ig, azaz két év alatt 3 beteg került műtétre. A három beteg közül egy 20, egy 49, egy pedig 72 éves volt. A három eset közül egynél már műtét előtt sikerült a kórismét felállítani, míg a másik két esetben a diagnostikai problémákat csak a műtét, illetve a szövettani vizsgálat oldotta meg. A betegség lokalizációja, valamint a diagnostikai problémák miatt tartjuk érdemesnek két utóbbi esetünk ismertetését.

L. S. 49 éves férfi beteg 1970. ápr. 17-én került felvételre osztályunkra. Közvetlen jelen felvétele előtt egy másik sebészeti osztályon feküdt, ahol periappendicularis infiltratumot állapítottak meg, s konzervatív kezelés után utasítással kibocsátották. A beteg elmondja, hogy kb. két hónapja vannak bizonytalan jellegű, főleg a j. o.-i hasfélre localisálódó fájdalmai. Étvágytalan, széklete normális. Láza többízben volt, általában a fájdalmak fokozódásával egyidőben. Az utóbbi két hónapban 6 kg-ot fogyott. Felvételnél előredomborodó, hájas has, mely azonban betapintható. Kifejezett nyomásérzékenység az ileocecalis tájékon, ahol kb. ffiökölnyi érzékeny resistentia tapintható a mélyben. Defense nem észlelhető. Vizsgálati leletei: vizelet: neg., vvs: 4,7 M, Hgb: 96%₀, fvs: 14 200, kvalitatív vérkép: St 4%₀, Se 76%₀, Ly 18%₀, Mo 2%₀. Süllő: 97 mm/ó. Se. bi.: 0,72 mg%₀, thymol: 3 E/ml, As: neg. Vércukor 88 mg%₀. Széklet Weber ismételtén negatív.

A fenti status alapján a folyamatot mi is periappendicularis folyamatnak tartva, antibioticus kezelést kezdtünk el. Tetrán, majd Chlorocid adása ellenére a panaszok és a leukocytosis változatlan.

Irrigoscopiát végeztünk, mely szerint a coecum zsugorodott, deformált, magasabban helyezkedik el. Legkifejezettebben a dorsalis contourja egyenetlen, csipkézett szélű. A terminalis ileum kacsban duzzadtabb nyálkahártya-rajzolat és ismeretlen levegőgyülem mutatható ki. A rad. vélemény szerint az elváltozást periappendicularis abscessus, coecum tbc, esetleg Crohn betegség okozhatja. Tu. jelenléte biztonsággal nem zárható ki.

A fentiek alapján Neomycines előkészítés után exploratiót végzünk. A coecum a hátsó hasfalhoz fixált, lobos környezetű. Az appendix retrocecalisan felcsapott, környéke infiltrált, indurált. A kép periappendicularis infiltratumnak felel meg, ezért a hasüreget zárjuk.

Zavartalan postoperatív szak után a beteget emittáljuk és havonkénti kontrollokra rendeljük vissza, melyeken a beteg nem jelenik meg.

1971. jan. 6-án vesszük ismét fel osztályunkra. A beteg elmondja, hogy kibocsátása óta is fennállnak a régi panaszai, passage-zavarai vannak. A vizsgálati eredmények az előzőkkel megegyeznek. Változást csak a rtg-vizsgálat mutat: a

colon oralis szakaszán a lumen beszűkült, a conturok kirágódtak, szabálytalanok. A caecum nem ábrázolódik. A Bauhin billentyű és az ileum kb. 5 cm-es szakaszán a lumen ugyancsak beszűkült, a kontrasztanyag, vékony, kissé szabálytalan alakban folyik keresztül. A rad. vélemény szerint a folyamat az előző vizsgálathoz képest jelentős progressiót mutat, melynek következtében a caecum teljesen infiltrált és ez ráterjed a Bauhin billentyűre, ill. a terminalis ileumra is.

A fentiek alapján 1971. jan. 25-én előzetes Neomycines előkészítés után j. o.-i pararectalis relaparotomiát végzünk az előző műtéti heg kimetszésével. A caecumot laterál felé masszív tumoros infiltrationak imponáló elváltozás fixálja, mely ráterjed a caecumra és a terminalis ileumra, mely ezáltal a caecumra tapad. Az elváltozás környékén megnagyobbodott nyirokcsomókat nem találunk.

Tekintettel a folyamat progrediáló voltára és a passage-zavarra, j. o.-i hemicolectomiára határozott magunkat. Az ileumot a kóros szakasz felett kb. 15 cm-re, a colon transversumot a jobb és középső harmad határán scleitisálva, hemicolectomiát végzünk, majd isoperistalticus side-to-side ileotransversostomiát készítünk. Az anastomosis 3 ujjbegyet befogadó.

A közvetlen postoperatív szak zavarmentes. A műtét utáni 6. naptól kezdve a beteg subfebrilis, majd lázas. Varratritkításnál látjuk, hogy a draincső helyén hasfali suppuratio lépett fel. A sebet feltárva a láz megszűnik, majd naponkénti kötésekre sebe feltisztul és másodlagosan sarjad. A műtét utáni 35. napon távozik osztályunkról.

Histológiai vizsgálat: a caecum nyálkahártyája vaskos redőzetű. A falmegvastagodás a Bauhin billentyűre és a közvetlen szomszédos ileumra is ráterjed. Mikroskopiscusan a submucosa nyirokszövege megkevesbedett, nagyszámban tartalmaz plasmasejteket és eosinophyl leukocytákat. Az egyik metszetben szabálytalan szöveti rés mutatható ki, mely részt sarjszövet vesz körül, sipolynak felel meg és követhető a lumenig. Az izomfalban több helyen óriássejteket lehet megfigyelni. Az elváltozás idült proliferatív folyamat, a sipolyozás és az óriássejtek megjelenése, a típusos helyen való elhelyezkedés Crohn betegségre utal.

B. G.-né 72 éves nőbeteg. Belgyógyászati osztályról 1970. febr. 5-én vettük át. Elmondása szerint 2 éve vannak lázzal, hasmenéssel járó hasi fájdalmai. Felvétele előtt 1 évvel más kórházban kezelték enterocolitis chr. diagnossissal. Akkor az irrigoscopiát elvégezni nem tudták.

Vizsgálati leletei: Súlyl.: 81 mm/6. Vizelet: neg. Hgb: 83%, vvs: 4,5 M, RN: 33 mg%, Se. kreat.: 0,68 mg%. Széklet Weber: nyomokban pozitív. Vércukor: 141 mg%. Se. bi: 0,69 mg%, thymol: 4 E, As: neg. Se. fehérje: 6,4 g%, A/G: 3,75/2,6. Mellkas rtg: deformált mellkas. Világosabb tüdőmezők. Erdűsabb hilusrajzolat. Mk. oldalon perihilarisan, kifejezetten a j. basisban felszaporodott bronchovascularis rajzolat. Szív balra bő ujjal közelíti meg a lateralis mellkasfalat. Szívöböl kevésbé hangsúlyozott. — Irrigoscopia: a rectum-sigma határon körkörös, nagyfokú passage-akadályt fenntartó szűkület. A rectum felé domborodó félárnyékos telődés és körkörös beszűródés folytatásában, a harántul elfekvő, nehezen kiforgatható kanyarulatot alkotó sigma egészében végig spasticusan szűkült, igen vaskos rajzolat. — Rectoscopia: a rectoscopy kb. 12–13 cm-ig vihető fel. Itt a nyálkahártya vérbővebb, sérülékenyebb, az eszköz további felvezetését a lumen körkörös beszűkülése akadályozza. A szűkület merevnek látszik, a környeztet fixáltabbnak tűnik.

Az irrigoscopiás és rectoscopiás lelet alapján előzetes belgyógyászati és Neomycines előkészítés után feltételezett vastagbél tu. miatt exploratót végzünk. A kismedencébe tapintva kb. ffiökölnyi, porckemény resistentia tapintható a rectumnak megfelelően. A máj sima felszínű, benne metastasisra utaló elváltozást nem észlelünk. Abdomino-perinealis exstirpatiót végzünk. Műtét közben derül ki, hogy a tu. a j. o.-i tubával és az ovariummal is összekapaszkodott, ezért ezeket is eltávolítjuk. A műtétet a beteg jól tűri, zavartalan ébredés.

A műtét utáni 5. napon az előhelyezett belet megnyitjuk, a bélműködés megindul. Peroralisan táplálkozunk. Varratszedés után a median sebész felső pólusán ujjbegynyi dehiscencia alakul ki, melyen keresztül bőven ürül hígan folyó pus. Az antibioticus kezelés ellenére a b. rekesz felett pneumoniás infiltratum alakul ki, melynek következtében légzés és keringési elégtelenség tünetei mellett → resuscitációs kísérlet ellenére — a műtét utáni 18. napon exitál.

Histológiai vizsgálat: Az elváltozás idült proliferációs folyamat. Oriássejtes extravascularis granulációval járó, egyben vasculitises jelenségeket mutató allergiás granulatio. Az ismétlődő lobos jelenségeket mindenütt vízenyő kíséri, malignitásnak semmi jele.

Az első ismertetett esetben, tehát az ileocecalis tájra localisálódó és periappendicularis infiltratum tüneteit okozó e. r. okozott differentialdiagnostikai problémát. Csak a reoperatio, valamint az ekkor végzett szövettani vizsgálat döntötte el a kérdést véglegesen.

Második esetünkben az e. r. igen ritka megjelenési formájával találkozunk, a rectumban az összes e.r.-nak mintegy 2⁰/₀-a fordul elő (22). A rectum-sigma határon, a végbélnyílástól kb 13 cm-re elhelyezkedő, klinikailag malignus tumort utánzó elváltozás kórismézésében szintén a szövettani vizsgálatnak volt döntő szerepe.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző ismerteti és összegezi a Crohn betegségről alkotott állásfoglalásokat és nézeteket az általa összegyűjtött irodalom alapján. Felhívja a figyelmet a betegség utóbbi időben való gyakoribb előfordulására és a differentialdiagnostikai problémákra. Ez utóbbival kapcsolatban ismertet két esetet, melyben csak a *histológiai* vizsgálat segítségével sikerült a diagnózis véglegesen tisztázni.

IRODALOM

1. *Ádám L.*, Orvosképzés. 1935. 25. 1. — 2. *Buday P., Stefanics J.*, Seb. Nagygyűlés, Bp. Felsőoktatási Jegyzetell. V., 1962. 221. — 3. *Bugyi I.*, Gyakorlati Sebészet, Bp. Medicina. 1960. I. köt. — 4. *Crohn, B. B., Berg, A. A.*, J. Amer. med. Ass. 110. 1938. 32. — 5. *Faragó E.*, Orv. Hetil., 1967. 108. 1993. — 6. *Fogel, M.*, Magyar Radiol., 1957. 9. 206. — 7. *Ihász M., Füsi J., Réfi M.*, Orvosképzés. 1967. 42. 148. — 8. *Incze F.*, Seb. Nagygyűlés, Bp. Felsőokt. Jegyzetell. V. 1962. 216. — 9. *Kantor, J. L.*, J. Amer. med. Ass. 1934. 103. 2016. — 10. *Kasper, H.* és mtsai., Dtsch. Med. Wschr. 1970. 95. 1261. — 11. *Kovács K., Vadász Gy.*, Gyermekgyógyászat. 1959. 10. 91. — 12. *Krasemann, P. H.*, Zbl. Chir. 1965. 90. 593. — 13. *Kotter, A., Schmidt, A., Ewe, K.*, Zbl. Chir. 1969. 94. 740. — 14. *Kühn, H. A., Eisenreich, F.*, Dtsch. Med. Wschr., 1968. 93. 1369. — 15. *Kümmerle, F.*, Die Chirurgischen Erkrankungen des Dünndarms, Stuttgart. 1963. — 16. *Kümmerle, F., Schier, J.*, Der Chirurg. 39. 1968. 437. — 17. *Lazarits J., Major Zs.*, Orv. Hetil. 1951. 92. 1373. — 18. *Löblovics I., Besznyák I.*, Orv. Hetil. 1962. 103. 1461. — 19. *Lick, R. F., Hart, W., Heymann, H., Gürtner, Th.*, Der Chirurg. 1964. 35. 559. — 20. *Magyar I., Petrányi G.*, A belgyógy. alapvonalai. Művelt Nép Kiadó. 1956. II. köt. — 21. *Mester E.*, Orvosok Lapja, 1947. 31. 1. — 22. *van Patter, W. N.*, és mtsai. Gastroenterology. 1954. 26. 347. — 23. *Reifferscheid, M., Wolfram, E.*, Der Chirurg. 1962. 33. 164. — 24. *Siklós I.*, Seb. Nagygyűlés, Felsőokt. Jegyzetell. V. 1962. 221. — 25. *Stefanics J.*, Orvosképzés. 1962. 37. 411. — 26. *Stelzner, F.*, Dtsch. Med. Wschr. 1962. 87. 286. — 27. *Varró V.*, Gastroenterologia. B. Medicina. 1964. — 28. *William, K.*, Der Chirurg. 1968. 39. 326.

Зимани Т.:

Болезнь Крона и заболеваемость в 10-летнем контингенте больных нашего отделения

На основании литературных данных автор излагает и обобщает взгляды на болезнь Крона. Обращает внимание на более частое появление болезни в последнее

время и на проблемы дифференциальной диагностики. В связи с этим сообщает о двух случаях, при которых поставление окончательного диагноза было возможно только с помощью гистологического исследования.

Dr. T. Zimányi:

DIE CHRONISCHE KRANKHEIT UND IHR VORKOMMEN IM ZEHNJÄHRIGEN KRANKENGUT UNSERER ABTEILUNG

Aufgrund der von ihm gesammelten Angaben der einschlägigen Literatur erörtert Verfasser und gibt eine Zusammenfassung über die Stellungnahmen und Meinungen betreffs der Chronschen Krankheit. Es wird die Aufmerksamkeit darüber gelenkt, daß diese Krankheit in der letzten Zeit häufiger geworden ist, woraus sich differentialdiagnostische Probleme ergaben. Damit im Zusammenhang werden zwei eigene Fälle klargelegt, wobei sich die endgültige Diagnose nur noch mit Hilfe der histologischen Untersuchung feststellen ließ.