

HÄMATOMETRA A KETTŐS MÉH JOBB FELÉBEN. ¹⁾

Dr. Ákontz Károly egyetemi szülészeti tanársegédttől.

A nemző-életműszerek fejlődési hibáinak pontos észlelése és leírása adott alkalommal kötelességünk, mert hasonló esetek összege adja a fejlődés tudományával foglalkozó kutatónak azt az értékes anyagot, melynek teljes feldolgozása a fejlődési hibákat burkoló homályt idővel eloszlathatja.

Jelen esetemnél, mint ritkábban előforduló kóralaknál, még klinikailag is elég érdekes momentumot találok úgy, hogy közlését e szempontból is indokoltnak tartom.

Csak Müller Jánosnak ²⁾ a nemző-életműszerek fejlődésére vonatkozó vizsgálatai óta lehetett a genitáliák hibás képződéseit fejlődéstani és nem — mint az előtt történt — morphologicus alapon magyarázni.

Ilyen geneticus alapon osztályozza és tárgyalja anyagát Kussmaul ³⁾ klasszikus munkájában annyi szakértelemmel és oly világosan, hogy a legújabb hasonló irányu kutatásoknak még ma is e munka képezi kiindulási alapját.

Ez úttörő munkák óta tekintjük a genitáliák hibás képződéseit fejlődési abnormitásoknak, a fejlődés megakadásának az embryonalis élet különböző szakában.

Egy lépést tettünk tehát a kóros állapot magyarázatához, de e fejlődési fennakadás végső okát illetőleg még ma is csak a „ludus

¹⁾ Előadatott az orvos-természettudományi szakosztály 1890. október hó 24-én tartott orvosi szakülésén.

²⁾ Johannes Müller: *Bildungsgeschichte der Genitalien*. Düsseldorf. 1830.

³⁾ Adolf Kussmaul: *Von dem Mangel, der Verkümmerng und der Verdoppelung der Gebärmutter ect.* Würzburg. 1859.

naturae“ álláspontjára kell helyezkednünk és bevallhatjuk, hogy ismereteink e téren csekélyek.

Fürst¹⁾ a méh fejlődését öt szakaszra osztja. Az első szakasz a magzati élet nyolczadik hetéig terjed. Ez idő alatt kezdődik a nemi elkülönülés. A Wolff-féle testek a nő magzatnál, a Müller vezetékek a fiu magzatnál sorvadnak. Jellegző ez időszak végére, hogy a Müller vezetékek közt levő sövény eltünése még nem kezdődött meg.

A második szakasz a nyolczadik héttől a tizenkettedikig terjed. A nemi elkülönülés most még teljesebb. A Müller vezetékek összenövése magasabbra terjedt és a tizenkettedik hét végén a sövény teljesen eltűnt. A kloaka pedig végbél-nyílásra és sinus urogenitalisra különödött.

A harmadik szakasz a tizenkettedik héttől a huszadikig terjed. E szakasz végén a méhszarvak teljesen egyesültek és a kürtök megalakultak, valamint a külső nemi részek is készek.

A negyedik szakasz a huszadik héttől a magzati élet végéig terjed. Ez idő alatt a változások főleg a hüvely és méh nyálkahártyáira szorítkoznak és a méh mindinkább körte alakú lesz.

Az ötödik szakasz a születéstől a pubertásig terjed, midőn főleg a méh testében növekszik és falai vastagodnak.

A méh fejlődési hibáinak számos változata, árnyalata fordulhat elő. E különböző alakok létrejötte függ attól, hogy a fejlődés melyik szakában hat valamely körülmény változtatólag a rendesnek ismert fejlődési típusra?

Kussmaul²⁾ nyolcz főcsoportba osztályozza a női nemző életműszerek fejlődési hibáit. És pedig:

I. Csökevényes, hiányosan fejlett méh — uterus defectus, ut. unicornis ect.

II. A méh vagy mint teljesen kettős, vagy csak mint részben kettős szerv fejlődött ki. Az előbbihez sorolja az: ut. didelphyst, ut. duplex bicornist és az ut. septust. Az utóbbihoz az: ut. bicornis uncollist és az ut. subseptust.

III. A magzati és gyermeki méh — uterus foetalis és infantilis.

¹⁾ Livius Fürst: Ueber Bildungshemmungen des Utero-vaginal kanales. Monatschr. f. Geburtsk. Bd. XXX.

²⁾ U. az.

IV. A méh üreg teljes vagy részleges hiánya — atresia.

V. A méh ferdesége vagy elgörbülése, a Müller vezetékek vagy a széles szalagok aránytalan kifejlődése által okozva.

VI. A méh ferde állása, a méh-kürtök különböző hossza.

VII. A méh összenövése és a szomszéd élet-műszerekbe való nyílása.

VIII. A méh korai kifejlődése.

Kussmaulnak ez a beosztása az embryo fokozatos fejlődésére van alapítva. Ha a fejlődés korábbi szakában érvényesül az akadályozó ok — a gátló momentum — akkor létre jönnek a sorozatban előbb álló alakok; ha pedig a fejlődés megakadása az embryonalis élet egy későbbi szakában történik, akkor a sorozatnak hátrább álló alakjaival találkozunk.

Azonban a közölt esetek némelyikéből arra kell következtetnünk, hogy az az ismeretlen gátló momentum gyakran ugyanegy esetben a fejlődés különböző idejében, ismételve nyilvánul. Ekkor aztán létre jönnek az összetett alakok. Ilyen az eset, mikor pl. a Müller vezetékek nem egyesülhettek és létre jön a kettős méh; de egyszerűen az egyik méhfélben hiányos az üreg képződés is, azaz atresia van jelen. Az ilyen esetek aztán szükségessé teszik a fő-osztályok közé alsóbb osztályoknak igtatását.

Schroeder ¹⁾ a kettős genitáliáknál előforduló féloldali elzáródásokat kórboncztanilag következőleg osztályozza:

I. Mindkét Müller-vezeték külön fejlődött ki, de az egyik hymen nincs átfúródva.

II. Az egyik vezeték nem nyílt a sinus-urogenitalisba, ezért ezen az oldalon a hüvely a bemenet mögött el van záródva.

III. A féloldali Müller-vezeték nincs teljesen kifejlődve, ennek megfelelőleg a hüvely közepe táján vakon végződik.

IV. A hüvely egyes és pedig vagy azért, mert a Müller-vezetékeknek hüvelyt alkotó része egyé olvadt, vagy mert az egyik vezeték obliterált. Az uterus már kettős, de az egyik fél elzáródott.

V. A méh egyszarvú, a másik szarv csak csökevényesen fejlett és kivezető nyílása nincs.

¹⁾ Dr. C. Schroeder und M. Hofmeier: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 1889.

Az én következő esetem, mint látni fogjuk, ez osztályozás negyedik pontja alá sorolandó: Simonka Nasztázia 15 éves hajadon, 1888. szeptember 13-án ama panaszszal jött a kolozsvári egyetemi szülőházba, hogy mintegy év óta 4—5 hetenkint alhasi fájdalmi és ugyanilyenkor vizelési nehézségei vannak. Tisztulása még nem volt. Felvételekor állítólag három nap óta nem vizelt. És tényleg vizsgálatnál az erősen kitágult hólyagban két liter bűzös, sötétsárga vizeletet találtam. A hymen ép. A mellső hüvelyboltozatot egy ökölnyi, a kis medenczének kivált jobb felében székelő, daganat félgömb alakjában lenyomja. A hátulsó hátra és bal felé van kinyúlva. Méhszájat biztosan sehol sem tapintottam.

Ez alkalommal, mert ismételt vizelet-rekedés nem mutatkozott, anyja őt csakhamar haza vitte.

1889. június 11-én ismét felkereste intézetünket. Távozása óta állítólag kétszer volt, de csak kis mértékben, tisztulása. Panaszolja továbbá, hogy a daganat hasában jelentékenyen nőtt, időnkint igen fájdalmas és ismételve vizelési nehézségeket okozott.

Többszöri beható vizsgálatra ez alkalommal a következőket találtam:

A rendesen fejlett, de halovány és sovány beteg alhasának jobb fele elődomborodik. Ennek megfelelően a hasban egy gyermek fejnyi ruganyos, sima, mozgatáskor kissé fájdalmas, a kis medenczébe be-terjedő daganat van. Az alhas balfelében két-három diónyi-tojásnyi az előbbi tumortól függetlenül mozgatható, képlet érezhető.

Belsőleg: a mellső hüvelyboltozat félgömb alakban erősen lenyomul, ruganyos; a hátulsó fel- és balfelé, a hüvely bemenettől mintegy 14 cmnyire terjed. A mellső fornix elődomborodását a hasban és kismedenczében székelő daganat eredményezi, melyben homályos fluctuálás is érezhető.

A méh száját sem újjal sem tűkörrel feltalálnom nem sikerült.

Pravaz fecskendezővel a hüvely felől próbacsapolást végeztem; a kiszivott folyadék barna, kátrányszerű folyékony vér volt.

Ezek alapján a hāmatometra kőrisméjét biztosan megállapítottam tartottam.

Feltűnő volt azonban a daganatnak excentricus elhelyezkedése; ez egyszerű hāmatometránál nem szokott előfordulni. Valamint nem

tudtam kellőképp magyarázni a bal medenczefélben levő, a fő daganattól függetlenül mozgatható képleteket.

E két körülménynél fogva a gyógyítást — az operatiót — kellő óvatossággal kezdettem meg. A beteget 1889. június 17-én narcotizáltam és a hüvely felől egy vékony troicart-ral csapoltam a daganatot. Tartalmát azonban csak részben bocsátottam ki ez alkalommal, hogy az ily módon nyert kedvezőbb viszonyok mellett, a radicalis műtét végzése előtt magamat pontosan tájékozhassam. A kibocsátott egy liternyi folyadék kátrányszerű folyékony vér volt.

Kilencz napig egészen jól érezte magát betegem. Láztalan volt és a hüvelyéből kevés barnás folyadék ürült. Ekkor azonban heves alhasi görcsök jelentkeztek 39- és esténként magasabb láz és szapora érlökés kíséretében. E fájdalmak olyanok voltak, mint a milyeneket betegem körülbelől egy fél év óta időszakonként már több alkalommal-, legutóbb 4 hét előtt is érzett.

Két és fél napig tartottak e fájdalmak és a láz.

És ez idő alatt a hasi daganat ismét csaknem akkora lett, mint a csapolás előtt volt. A harmadik nap délutánján a hüvelyen át egy liternél több, a kibocsátotthoz hasonló folyadék ürült ki, mire a daganat jelentékenyen megkisebbedett és a lázak végkép kimaradtak.

Ezt a két és fél napig tartó rohamot valószínűleg a tisztulás okozta, midőn is a már elzáródott csapolási nyílás mögött a vér ujjal meggyűlt.

További eljárásom abból állott, hogy a punctio nyílását asepticus laminariakkal fokozatosan tágítottam, a retentionális ürt drainiroztam és naponta desiniciáltam. A gyógyulás ezután zavartalanul folyt. Julius 19—20-án csekély vérzése — valószínűleg tisztulása volt a betegnek.

Midőn a mesterséges nyílás ujjnyira ki volt tágítva combinált — hüvely végbeli — vizsgálatlalt a következőt találtam :

Hüvely felső része haránt irányban feltűnően tág. Mutató ujjam a nyíláson át egy kis tojásnyi, helyenkint mogyorónyi s nagyobb mellék üregekbe folytatódó fő-üregbe jut. A fő-üreg a középtől jobbra foglal helyet, egyik melléküreg a jobb fancesont mögött majdnem a jobb medencze falig terjed. Felfele a fő-üreg gyürüszzerű összehúzó-dást mutat. E felett egy kis tojásnyi jól mozgatható tömörebb, tőle jobbra egy kisebb hasonló, vele ujjnyi kocsánnyal összefüggő képlet

érezhető. A méhkutató a gyűrűszerű szükületen át fel-, és jobbfelé a mesterséges nyílástól számítva 7·5—8-cmnyire halad. Gombja a hasfalán át érezhető. Az öblös üregnek fala 0·5—1 cm. vastag, a bélése sarjszövet.

Nyilván való tehát, hogy az öblös üreg: a kitágult cervix; a felső határán levő szükült rész: a belső méhszáj; az e felett érezhető tojásnyi képlet: a méh, illetőleg a pete-fészek a kitágult kürttel.

Ugyan ez alkalommal a balra kinyujtott hüvelyboltozatban egy alig érezhető puha, kis emlőbimbónyi képletet és rajta egy lencsényi bemélyedést találok. E képlet folytatásakint a bal medenczefélben egy hengerszerű felfelé elvékonyodó tojásnyi tömör test van. E test és a jobboldali méh közé a vizsgáló kéz több ujja mélyen behalad, úgy, hogy a két képlet közt némi összefüggés csak a legalsó részben vehető fel. Tükrön át a nyílás széleit fellazultaknak és helyenkint szürkés-csapadékkal bevontaknak látjuk. A bal fornixban érzett képlet egy kis portionak, a lencsényi behúzódás méhszájának ismerhető fel. Rajta keresztül a souda könnyen halad fel- és balfelé mintegy 7 cmnyire, gombja a hasfalán át érezhető.

A kezdetben bonyolultnak látszó kép végre tehát teljesen felderítve állott előttem.

Egyes hüvely mellett jelen van két méhfél. A két fél közt némi — valószínűleg kötőszöveti — összefüggés csak a nyaki táj alsó részében található. A jobb méhfél hiányosan van fejlődve, mert külső méhszája nem képződött; a baloldali azonban rendesen fejlődött ki.

Vagyis jelen van egyfelől uterus duplex separatus seu didelphys, másfelől a jobb méhfél szájának az atresiája, melyhez később hämatometra és hämatosalpynx lateralis csatlakozott. Esetem ezek szerint kettős — összetett — fejlődési rendellenesség.

A Müller-vezetékek alsó — hüvelyt alkotó — része teljesen egyesült, míg az uterussá fejlődő része egészen önállóan, különválva fejlődött tovább. Ezenkívül a jobb méhfélnél az üreg képződés is hiányos, t. i. a külső méhszáj zárva maradt.

Az uterus didelphysnek az ébrényi élet nyolczadik hete előtt kell képződnie, mert később — a kilencedik hétben — a méh-szarvak már részben egyesültek, tehát a két Müller vezetéknek az ut. didelphysre jellegző külön, önálló kifejlődése már nem lehetséges

(Fürst, Kussmaul)¹⁾. Az atresiának képződése azonban valamivel későbbre — a nyolczadik és tizenkettedik hét közti időre — teendő. Mert míg a nyolczadik hét előtt méhüreget csak ritkán találunk s épen ezért atresiáról nem szólhatunk, addig a tizenkettedik hét után az üregképződés már teljesen be van fejezve, tehát a méh elvesztette azt a jellegzetes alakját, mely atresiára hajlamos (Puech)²⁾. A kettős genitáliáknál jelenlevő egyoldali hämatometrát a németek „lateralis“-nak, a francziák Puech nimes-i nőgyógyász után hämatometra complexának nevezik.

Complexának azért nevezi Puech, mert míg egyik szarvban retentio van jelen, addig a másik szarvból többnyire rendes a havi-
vérzés.

A kórisme megállapítására ez az egyik legfontosabb körülmény. Egy másik nem kevesebb jelentőségű mozzanat: a nyitott szarv portiojának viszonya és viselkedése a retentionalis daganattal szemben. Hasonló esetekben az ép portio vaginalist az elzáródott és kitágult szarv oldalra szorítja és a méhszáját patkó alakban kinyújtja.³⁾

Betegmennél azonban a bal méhszáját csak később, az elzárt méhfél megnyitása után sikerült feltalálnom.

A tisztulás sem adott kellő alapot a diagnosis-ra. Mert a 15 éves betegnek, daczára, hogy egy év óta moliminái vannak, tisztulása még nem volt. Az első és második vizsgálat közti idő — 9 hónap — alatt állítólag csak kétszer és csak nagyon kevés vérzése lett volna. Betegem csekély intelligentiájánál fogva ezt az állítását nem értékesíthetem kellően. — A tisztulásról, valamint a méhszájról felemlített e körülmények, azt hiszem, alkalmasak voltak arra, hogy kettős méh jelenlétére ne gondoljak.

Kivételesen ugyan fordul elő oly eset, a hol az egyik méhfél — pl. a nyitott — később fejlődik ki annyira, hogy a tisztulásban részt vehet. De az már ritkaság, hogy a két méhfél kifejlődése közt ily jelentékeny idő különbség legyen, mint esetemben. Betegmennél a jobb méhfél már 1887. utolsó hónapjaiban tisztult, legalább a reten-

1) l. előbb.

2) Dr. Albert Puech: Des Atrésies complexes des Voies génitales de la femme ect. Annales de Gynécologie, 1875. T. III. és IV.

3) P. Müller: Handbuch der Frauenkrankheiten 1885. Bd. I. 545. lap.

tio tüneteinek kezdetét ekkora teszi, ellenben a bal méhfél — ha a beteg állítását valónak veszem — csak 1889. első hónapjaiban.

Rendszeren egyidejűleg kezdődik meg mind a két szarvban a tisztulás.

Annak mentségére, hogy kezdetben esetemet teljesen magyarázni nem tudtam, azt hiszem, e felemlített körülmények elegendők. Elégtételem pedig az, hogy elég gyakran találkozunk az irodalomban példákkal, a hol az eset egészen téves értelmezése hibás diagnosist és a beteg vesztét eredményezte. ¹⁾

A diagnosist illetőleg feltétlenül alá kell írnom Puechnek következő állítását: ²⁾

„En apparence rieu n'est plus facile que de reconnaître l'existence d'une atrésie complexe, en réalité rieu n'est plus sérieusement difficile quand ou n'est pas prévenu de sa possibilité.“

Tényleg egyoldali atresiánál — mondja ő tovább — a bántalom okozta subjectio zavarok semmi pathognomonicusat nem mutatnak. Sőt annyira változók és zavarók, hogy nem csoda, ha a kórisme oly gyakran hibás, vagy egyáltalán csak a tetemen ismerjük fel a bántalmat.

Scanzoni ³⁾, valamint Schroeder ³⁾ is igen nehéznek tartja a kórisme megállapítását azon esetekben, hol az egyik méhfél van elzáródva. Breisky ⁴⁾ biztos kórismézés szempontjából az előzetes csapolást tartja szükségesnek.

Minél magasabban van az elzáródás a tubákban, annál hamarabb képződik vérömlény, tehát annál kiméletesebben kell a vizsgálatot, meg az operációt végeznünk.

A bántalom gyógyítása a meggyült vér kibocsátásával, a hiányzó nyílás készítésével és ennek állandósításával érhető el.

A műtét első tekintetre jelentéktelennek látszik, de tényleg komoly veszélyei vannak. Mert könnyen sérthetjük a mellék szerveket, vagy megrepedhet a kitágult kürt, de infectio és ennek folytán halálos peritonitis is veszélyezteti az operált életet. E körülmények folytán

¹⁾ Puech: l. előbb T. IV. p. 40.

²⁾ Dr. F. W. v. Scanzoni: Lehrbuch d. Krankh. d. weibl. Sexualorgane. 1867. Bd. I. p. 77.

³⁾ L. előbb.

⁴⁾ Breisky: Krankheiten der Vagina. 1879.

a gyógyulás is kedvezőtlen. Puech 26 esetében 8 halálozás fordul elő. A halálozás még gyakoribb, ha az elzáródás a méhszáján van, Puech 4 esete közül csak egy gyógyult. Az újabb irodalomban aránylag több gyógyult esetet találunk, mit a körültekintőbb diagnostikának és az operatív technika haladásának kell tulajdonítanunk.

Néhány műtő a gyógyítás érdekében kívánatosnak tartja, a mennyiben lehet még a pubertas előtt végezni az operatiót.

Hirschsprung¹⁾ ezért minden újszülött genitáliájának rendszeres vizsgálatát ajánlja.

Hugier²⁾ és még más francia műtő épen ellenkezőleg csak akkor operált, midőn már a kürt megrepedt.

Azonban általánosan elfogadott elv: a kórismezés után minél előbb kibocsátani a meggyült vért. A bántalom kezdeti időszakában ugyanis ritkán van a kürt is kitágulva és kevésbé találunk összenövéseket a méh és szomszédsága közt; mind oly körülmények, melyek a műtét sikerét lényegesen befolyásolják.

Ma már túlhaladott álláspont az önkéntes gyógyulásra, az elzárt szervnek kifelé való áttörésére várni.

A folyadékot lassan kell kibocsátanunk, hogy a hasüri feszülésben hirtelen csökkenés ne álljon be, vagy hogy az esetleges összenövések ne vongálódjanak. Így aztán főleg a kitágult kürt repedését kerülniük ki.

A troicart szemben az incisióval legalkalmasabb arra, hogy a folyadékot tetszésünk szerint lassan bocsássuk ki. Méh-szájzáródásoknál Schroeder is ezt ajánlja.³⁾ A nyílás állandósításáról méhszájatresziáknál szerintem csak később lehet gondoskodni. Akkor t. i., ha a folyadék teljes kiürülése után, a többé kevésbé normalis viszonyok mellett, magunkat kellően tájékozhatjuk s nem tarthatunk attól, hogy az aránylag nagyobb beavatkozással valamely irányban árthatunk.

A nyílás állandósítása céljából Schroeder,⁴⁾ Martin⁵⁾ és mások

¹⁾ Dr. A. Hegar és dr. Kaltenbach: Die operative Gynäkologie. 1886.

²⁾ G. Bernutz: Conférences Cliniques sur les Maladies des Femmes. Paris, 1888.

³⁾ Dr. Schroeder K.: A női ivarszervek betegségei. 1876. 56. lap.

⁴⁾ Las Casas dos Santos: Missbildungen des Uterus. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XIV.

⁵⁾ F. Kinderlen: Missbildungen der weibl. Genitalorgane. Zeitschr. f. Geb. u. G. Bd. XV.

a környezetből ép nyálkahártyát varrnak a sebbe, vagy — kivált hüvelyzáródásoknál — egy nagyobbacska részt vágnak ki a sövényből.

Én e kissé nehézkes és e miatt veszedelmesebb, de a gyógyulásra teljes garantiát még sem nyújtó eljárás helyett, esetemben a nyílást lámináriákkal tompán tágitottam és ezt ismétlem a szükséghez mérten mindaddig, míg a nyílás állandósúl. Betegemnél ismételve tágitni távoztása óta nem volt szükség.

Esetemen okulva, ezt a Breisky által is ajánlott eljárást kielégítőnek és egyszerűségénél fogva czélszerűnek is tartom. Továbbá különös suly fektetendő az operationál az asepticus eljárásra.

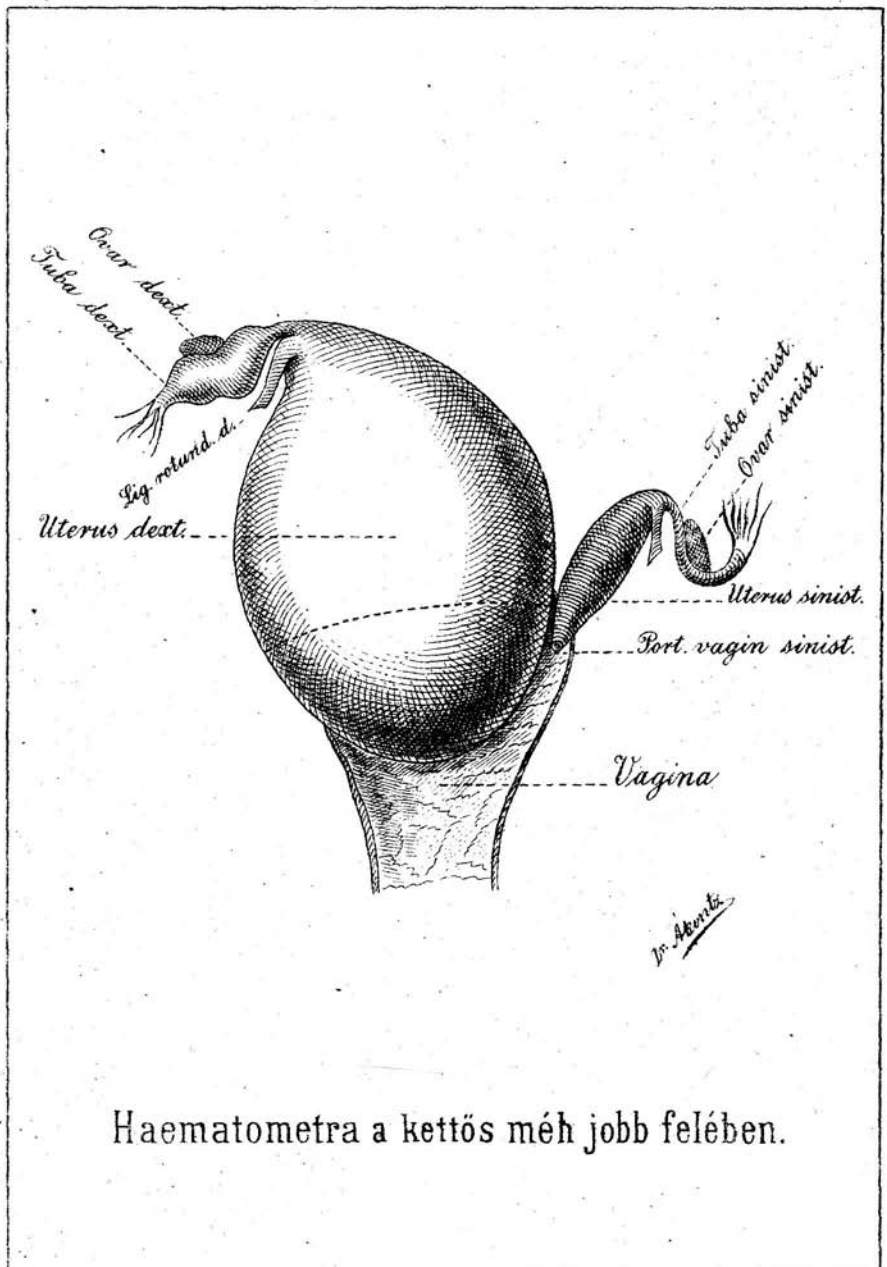
Az abdominalis sebészet megtanított arra, hogy a hashártya jelentékeny ingereket — vér, idegen test stb. — minden nagyobb visszahatás nélkül eltúr, csak legyenek ez ingerek asepticusok. Találunk is tényleg példákat az újabb irodalomban, ahol a hämatosalpynx, vagy pl. Chiari ¹⁾ esetében a méhterhes mellékszárva a hasüreg felé megrepedt és mégis meggyógyult a beteg. Valószínűleg azért, mert a kiömlött folyadék nem volt fertőző.

Végül megemlítem, hogy betegem távoztása óta — 1889. aug. hó — teljesen egészséges. Négy hetenkint van tisztulása, a vérzés 7 napig tart és igen bő. Mult év december havában férjhez ment és mint az 1890. szeptember 11-én megejtett vizsgálat mutatja, valószínűleg 2 hó óta terhes. A fogamzás a bal szarvban történt. A jobb szarv portiója, mint a hüvelybe kiemelkedő duzzanat érezhető s körül veszi a mesterséges méhszájat, melyen át a sonda könnyen halad 6.5—7 cmnyire a jobb szarvba.

E leirt esettel egyező fejlődési abnormitást a rendelkezésemre álló irodalomban csak egyet találtam, a Freudenbergét. ²⁾ E beteget Schroeder tanár operálta ismételve, legutolsó műtete a hüvely nyálkahártyájának a mesterséges méh szájába varrásából állott. A beteg azonban az operatio után fellépett peritonitis következtében meghalt.

¹⁾ Las Casas dos Santos: Missbildungen des Uterus. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIV.

²⁾ F. Freudenberg: Zeitschr. f. Gyn. und Geb. Bd. V.



Haematometra a kettős méh jobb felében.