

## HÜVELY- ÉS MÉHELŐESÉSEKRŐL, KILENCZ OPERÁLT ESET KAPCSAN.

*Ákontz Károly dr., egyetemi szülészeti tanársegédttől.*

Hogy a különböző orvoslati irányokat kellően méltányolhassuk, mindenek előtt ismernünk kell szabatosan ez irányokat.

Hasznos, sőt szükséges a csekélyebb eredménnyel kecsegtető orvosló módszerek ismerete is, de sokkal inkább az olyanoké, a melyekkel fényes eredményeket érhetünk el. Ilyenek a hüvely- és méhelőeséseinek műtételei. Ezeket Hegar<sup>1)</sup> is a gynäcologia leghasznosabb beavatkozásai közé sorolja. És mégis, az előesések gyakorisága daczára, e gyökeres orvoslással aránytalanul ritkán találkozunk, meggyőződésem szerint azért, mert ez orvosló módszer kedvező eredményei csak kevéssé ismeretesek.

Magyarországon is számos ilyen operációt végeznek, de azokról vajmi ritkán olvasunk. Természetes tehát, hogy kevés orvosnak és még kevesebb laikusnak van róluk tudomása.

Ez a tény indított arra, hogy síkra szálljak egy pár esettel oly mezőn, a melyen Simon, Hegar, Fritsch, Martin legujabban Lawson-Tait, Sängér, Tauffer és számos veterán gynäcologus egy-egy legio esettel a tér javarészét már elfoglalta. Csak a javarészét, mondom, mert maradt még ott elfoglalni, feldolgozni való másnak is. Ez volt a második körülmény, a mely néhány esetem tanulmányozására ösztönzött.

A prolapsus fogalom, a mennyiben a női nemzőrészekre vonatkozik, még ma is meglehetősen zavaros. Nem teszünk elég szabatos különbséget ama számos előesés között, a mely a hüvely kezdődő

<sup>1)</sup> Dr. A. Hegar, Dr. R. Kaltenbach. Die Operative Gynäkologie. 1886. Stuttgart.

kifordulásától kezdve a teljes méhsülyedésig nagy változatokban előfordul. Általánosságban elfogadhatjuk a „prolapsus“ kifejezést ama betegség jelzésére, midőn a női genitáliák egyik vagy másik része rendes helyéről többé-kevésbé a szeméremrés elé került. Azonban a bántalom név szerint való pontos megjelölése mindig kívánatos. Így pl. ha csak az elülső hüvelyfal van kifordulva, nevezzük prolapsus parietis vag. anterioris-nak; ha a hátsó hüvelyboltozat fordult ki, prolapsus fornicis vag. posterioris-nak. Ellenben ha a méh került részben vagy teljesen a szeméremrés elé, ezt prol. uteri partialis-nak, illetőleg totalis-nak hívjuk. Ily megjelölés teljes, tiszta képet fogván nyújtani, hozzá szoktat pontos vizsgálat útján pontos diagnosist állapítani meg. Már pedig csak úgy gyógyíthatjuk eredményesen e bántalmat.

A méhnek tulajdonkép nincs állandó rendes helyzete, mert ez a szomszéd hólyag és végbél teltsége fokához képest mondhatni minden perczen változik. Míg az üres hólyagra rá fekszik, addig a telt felegyenesíti s egy kissé fölemeli a méhet. A telt végbél mellfelé szorítja, de ha üres, akkor a rektatarok működése nyilvánul, s a portio a keresztcsonthez közelítettik.

A méh tehát a szomszéd szervek életműködése következtében jelentékenyen mozgékony. E mozgékonyt a méhszalagok korlátozzák. Ha rendesek a nemzórészek, egy szalag sincs megfeszülve, bizonyosságául annak, hogy ezek ilyenkor active nem szerepelnek. Rendes körülmények között a méhet a szomszéd szervek és főleg a medenczefenek tartja, támogatja. Az már kóros, ha a szalagok a méh fenntartása céljából működnek. (Fritsch).<sup>1)</sup>

Az ép medenczefenek az az erős akadály, a mely a méh sülyedésének első sorban útját állja.

A medenczefenek pubicalis és sacralis részletből áll.<sup>2)</sup> Előbbit a hólyag, húgycső, hólyag-peritoneum és az elülső hüvelyfal alkotja; utóbbit a végbél, a gát és a hátsó hüvelyfal. Az elülső részlet a fonsonttal meglehetősen lazán függ össze, a hátulsónak a kereszt- és farcsiksonittal erősebb az összeköttetése. A medenczefenek izmai

<sup>1)</sup> Dr. H. Fritsch. Die Lageveränderungen und die Entzündungen der Gebärmutter. Stuttgart, 1885.

<sup>2)</sup> Edwin B. Chargin, M. D. Essentials of Gynaecology. London, 1890.

közül minket főleg a levator ani és a mm. coccygei érdekelnek. E két izom az őket burkoló fasciákkal egyetemben alkotja az u. n. medencze-diaphragmát. A lin. innominátán erednek, ferdén le- és a medencze tengelye felé haladva, a hüvely és végbél két oldalára, valamint a farcsíkcsont csúcsára tapadnak ezek a diaphragmát alkotó képletek, és főleg a hüvely- és végbél rögzítésére szolgálnak. Nem kevesebb fontossága van a medenczefenek megalkotásában a diaphragma alatt, az ischio-rectalis árkokban található zsírszövetnek és gátnak is. Gát elnevezésén a hüvely és végbél között levő ékalaku, izmok, rostos és zsírszövet alkotta tömeget értjük.

Ha megfigyeljük a medencze boncztanát, azt találjuk, hogy a hüvely fennálló nőnél, ha a hólyag és végbél üres, mellülről hátra és egy kissé felfelé haladván, a medencze-fenek irányát követi; utóbbi csak kevéssé tér el a vízszintes síktól (Schröder).<sup>1)</sup> A méh hossz-tengelye evvel ellenkezőleg mellülről hátra- és lefelé irányul. A hüvely, illetőleg a méh tengelye ennél fogva mellfelé nyílt tompa, esetleg derékszöget képez.

A méh tehát hüvelyi részével egy kissé lejtős síkon, a medencze fenekén nyugszik. E síkról annál könnyebben csúszhatik le, minél meredekebb; más szóval, minél nagyobb az a szög, a mely alatt nehézkedési iránya e síkot érinti, másfelől pedig minél kisebb akadályra talál lecsúszása közben.

Ha a nemzórészek rendesek, a méh tengelye megközelítőleg derékszög alatt metszi a medenczefenek síkját. A nehézkedés törvényénél fogva ez a legkedvezőbb helyzet arra, hogy azt a lecsúszásban lehetőleg csekély ellenállás megakadályozza. Tapasztalás szerint a rendszeren rögzített hüvely erre egymaga elegendő. A hüvelyt egyfelől a hasúri nyomás, másfelől erős összeköttetései a szomszédsággal — a diaphragma pelvissel stb — jelentékenyen rögzítik. Ha azonban ezek az összeköttetések meglazulnak, akkor első sorban maga a hüvely süllyed és fordul ki. A süllyedő hüvely közvetlenül hat a méhre és lefelé vongálja, de közvetve is, a mennyiben alulról most már nem támogatja.

Még könnyebben jön létre az előesés, ha a hüvely bemenete körül található izomzat, a hüvely zárókészüléke is meg van sérülve.

<sup>1)</sup> Dr. C. Schröder. Die Krankheiten der Weiblichen Geschlechts-  
Organe. 1889.

Mind azok a tényezők tehát, a melyek a hüvelynek szomszéd-ságával való összeköttetéseit lazítják, elősegítik egyszersmind a méh süllyedését is.

E csoportba tartozik a terhesség, szülés és gyermekágy. Terhesség alatt megnyulik, fellazul a hüvely szomszéd-ságával együtt, sorvad a kis medence zsírszövege, az a szövet, a melynek lényeges szerep jut a hüvely rögzítésében és a medencefenék szilárd megalkotásában.

A szülés alatt még inkább kinyújtatik és tapadása helyéről — a fej forgása alkalmával — gyakran lehorzsolódik a hüvely. Szülés alatt a medence izmaiban, és a hüvely zárókészülékében is többféle, gyakran jelentékeny szakadás jöhet létre. Ezek néha nem terjednek át a hüvelyre is, és könnyen kikerülnek a figyelmünket. Leghátrányosabb, ha a lev. ani tapadásáról leválik. A helyesen vezetett gyermekágy reparálhatja a sérüléseket, de csak egyik-másik esetben. Ellenben czélszerűtlenül kezelt gyermekágyasnál még fokozódik e részek boncztani hibája.

A méh süllyedését elő fogják segíteni azok az okok is, a melyek a méh tengelyétől és a medencefenék lejtős síkjától alkotott szöveget növelik.

Más szóval, mindazon mozzanat, a mely a méhet felegyenesíti, vagy hátradőltti. Az egyenesen álló, vagy még inkább a hátradőlt méh tengelye többé-kevésbé a hüvely irányába esik, s ennél fogva a méh süllyedése sokkal könnyebben történhetik meg. A hasúri nyomás a rendszeren fekvő méhet a hólyagra, illetőleg evvel együtt a symphysishez szorítja s így bizonyos fokban rögzíti; a fennálló vagy hátradőlt méhet ellenben a medence tengelye irányában letolja.

A méhet felegyenesíti a telt hólyag, sőt adott esetben, ha pl. a nő hanyat esik, retroversióját is okozhatja.

Hasonló helyzetváltozást eredményezhet, csakhogy hosszabb idő alatt, huzamos hanyatfekvés a gyermekágyban. Ilyenkor az állandóan hátradőlt, súlyos méh visszafejlődése közben is megtarthatja e hibás helyzetét.

A prolapsusoknak a függesztő szalagok és a medencefenék elégtelensége is lehetnek okai.

A függesztő készülék lehet már fejlődésénél fogva hiányos, nem elég erős.

Freund<sup>1)</sup> ujszülötteknél azt észlelte, hogy a Douglas-redő a hüvely közepéig terjed le, és a mint a nemzórészek fokonként fejlődnek, úgy emelkedik magasabbra e hashártyaredő is. Néha azonban megtartja a hashártja ezt a kezdetleges lefutását. Ilyenkor mintegy bő lesz, nem rögzíti eléggé a méhet, és sülyedését kevésbé akadályozza.

Feltehető, hogy a hashártya hasonló lazasága a függesztő készülék más részletén is előfordul.

Másodlagosan elégtelenek a méhszalagok, ha betegségek következtében megnyulnak. S itt újra a terhesség, szülés és gyermekágy szolgáltatja a leggyakoribb okot.

Terhesség alatt, a mint ismeretes, jelentékenyen megnyulnak a szalagok s ha most a gyermekágyban nem fejlődhetnek kellően vissza, akkor kóros voltuk állandósul. Tényleg elég gyakran találkozunk nehéz munkával foglalkozó, egy-két napos gyermekágyassal! Hogy képzelhető el ezeknél a nemzórészek rendes visszafejlődése!?

A méh szalagjai, mint említém, csak hibás körülmények közt működnek; például ha a medenczefenek hiányos. Ilyenkor a méh alólrul nem nyer elegendő támaszt és csupán szalagjai tartják helyzetében.

A rendes alkatú szalagok csak hosszas vongálásnak és nyomásnak engednek, ellenben ha a függesztő készülék fellazult, kóros, csakhamar sülyed a méh. A szalagok elégtelensége egymagában nem annyira prolapsust, mint inkább méhelhajlásokat eredményez. (Hegar)<sup>2)</sup>

A méh állandó rendes helyzetéhez feltétlenül szükséges a medenczefenek épsége.

A gát épségekor a hüvely iránya majdnem vízszintes; ellenben gáthiányosság esetén a hüvely inkább függélyes lefutású, minek következtében a méh és a hüvely tengelye nagyobb szög alatt metszi egymást. Ennek kedvezőtlen voltáról már feljebb megemlékeztem. Hiányos gátnál a beszakadt résznek megfelelően az elülső hüvelyfal nem talál többé támaszt a hátulsón, ezért a tágult szeméremrésbe sülyed. A künn levő rész most csekélyebb nyomás alatt van, mint

<sup>1)</sup> W. A. Freund, Bericht über die Verhandlung der Gynäkologischen Section der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte Heidelberg Centrblt f. Gyn. 1889. Nr. 40. 691. l.

<sup>2)</sup> Dr. A. Hegar. l. f.

volt rendes helyén, a hüvelyben, e miatt vérpangás, ennek következményül pedig idült túltengés fejlődik ki rajta. A lob idővel felterjed a méhre is, és eredményezi a prolapsusoknál oly gyakran észlelhető túltengéseket.

Gátrepedések a hüvely zárókészülékét is megrongálják s így aztán a túltengett súlyos hüvely és méh előesésének semmi sem áll útjában.

A mint látjuk, egyedül a gátrepedés is okozhat prolapsust vég-eredményében.

Mennyivel könnyebben jöhet ez létre, ha gátrepedésen kívül a fentemlített káros tényezők karöltve működnek! Ha a hüvely összeköttetései lazák, ha a méh egyenes állásban van, vagy hátradőlve és szalagjai sem elég ellentállók.

Végül még egy tényezőről, a hasüri nyomásról kell szólanom, hogy a prolapsus kifejlődésének folyamata világosan és tisztán álljon előttünk.

Említettem, hogy a hasüri nyomás a rendszeren fekvő uterust rögzíti, ellenben az egyenesen álló vagy hátra dőlt méhet lenyomja a medence tengelye irányába. Ebből önként következik, hogy a hasüri nyomás fokozódásával az előesés veszélye is növekszik. Különösen kedvezőtlen körülmény, hogy éppen azok a tényezők, a melyek egymagukban is alkalmasok a prolapsus kifejlődésére okúl szolgálni, többnyire a hasüri nyomás fokozásával is járnak. Így pl. a tapadása helyéről lehorzsolódott elülső hüvelyfal magával vongálja a hólyag egy részét is, cystocoelet és a húgycső elgörbülését eredményezi. Ez aztán nehéz vizeléssel, a hassajtó fokozott működésével jár.

Éppen így a méh hátradőlése, a mely már magában kedvező a méh sülyedésére, gyakran a hasüri nyomás fokozódását is okozza. Mert a hátradőlő méh portioja nyomja a húgycsövet és nehezíti a vizelést, a fundusa pedig a végbelet nyomva, a székelést akadályozza.

A hasüri nyomás fokozása által hasüri daganat vagy vizgyülem is hozhat létre prolapsust.

Az éppen előadott oki mozzanatok közül rendszeren többet találunk egymással társulva. Gyakran azonban már egy is elég arra, hogy a nemzórészek függesztésében közreműködő különböző tényezők közt észlelhető szép harmoniát megzavarja és prolapsust okozzon.

Fritsch<sup>1)</sup> aetiologicus szempontból következően osztályozza az előeséséseket:

1. Másodlagos puerperalis előesések. A bántalom kezdete ez esetben az elülső hüvelyfal süllyedése, ennek következménye túltengés, valamint a méhnek vongálása és végre teljes előesése.

2. Elsődleges méhsüllyedés a kötélkek lazulása, súlyos uterus és retroversio következtében. Ily esetben a méh süllyed előbb és invertálja a hüvelyt. Cervix túltengés nincs. Az elülső peritonealis redő a méhvel együtt süllyed, a hátulsó kevésbé! A végeredmény itt is teljes prolapsus.

3. Prolapsusok, melyeknek oka vagy felülről ható nyomás (daganatok, ascites stb.) vagy alulról való vongálás. Ide tartoznak az alsó támasz hiányossága következtében előállott süllyedések (a fانسontok fejlődéshibái).

Némely esetben egész talányszerű az elsődleges előesés, midőn t. i. gyermekeknél vagy újszülötteknél találjuk.

Valószínű, hogy ily esetekben a Freund leirta hibás lefutású peritoneummal van dolgunk. Ilyenkor már csekély alkalmi ok is létre hozhatja az elégtelenül rögzített méh lesüllyedését. Quisling<sup>2)</sup> esetében a hasmenéstől és székeröltetéstől feltételezett, fokozott hasüri nyomás lehetett az alkalmi ok. Trélat<sup>3)</sup> bizonyos örökölt hajlamot vesz fel hasonló esetekben.

Vignard<sup>4)</sup> többször herniával egyetemben prolapsust is észlelt, mely esetekben öröklést tudott kimutatni.

A prolapsusok magyarázatánál sok gyakorlati haszna van a méhnyak Schröder szerint való beosztásának. Ő t. i. a méh nyakán három részletet különböztet meg. Az elülső fornix alatt levő részt vaginalisnak, a hátsó fornix felett levőt: supravaginalisnak, to-

<sup>1)</sup> Dr. H. Fritsch l. f.

<sup>2)</sup> N. Quisling. Prolapsus uteri completus bei einem neugeborenen Kinde. Nork. Mag. for Lægevid. 4. R. Bd. IV. 1889. Nr. 4. S. 265—271. és Centrbl. f. Gyn. XIV. Jahrg. 312. l.

<sup>3)</sup> Trélat. Prolaps der Weiblichen Geschlechtstheile Gaz. des hôpit. 1888. Nr. 2. és 4. Centrbl. f. Gyn. 1889. Nr. 14. 239. l.

<sup>4)</sup> E. Vignard. Ueber die Aetiologie des Prolapsus der Weiblichen Genitalorgane. Arch. de. tokol. 1889. Nr. 2. és Centrbl. f. Gyn. 1889. Nr. 23. 405. l.

vábbá a vaginalis és supravaginalis között fenmaradót mediärnek nevezi.

A legtöbb prolapsusnál méhnyak-túltengést is észlelünk. A túltengés eredetére nézve eltérők a vélemények. Némelyek a túltengést elsődlegesnek tartják és azt mondják, hogy a növekedő cervix fokozatosan invertálja a hüvelyt (Huguier);<sup>1)</sup> Fritsch<sup>2)</sup> szerint leghelyesebb a túltengést vérpangásra vinni vissza. E pangás majd a hiányos involutiónak, majd a dislocationnak, majd pedig a hüvelyben és a hüvely előtt levő nyomás-különbségnek a kifolyása.

Hibás a hüvely vongálását a túltengés okának tartani, mert vongálás csak sorvadást okoz. (Fritsch).

Előeséseknél a hüvely bemenete tág. Ez vagy a fokozatos nyújtásnak vagy gátrepedésnek az eredménye. A nem egyesült gátrepedés helyén fényes heget találunk, mely többnyire a hüvelybe a col. rug. post. egyik vagy mindkét oldalára is felterjed.

Ha a gát teljesen hiányzik, akkor a hátulsó hüvelyfal is csakhamar előesik. Az előesett rész meglobosodik és túlteng, egyrészt azért, mert folyton izgatva van, másrészt azért, mert a szeméremrés előtt csekélyebb nyomás alatt áll, mint volt rendes helyén, a hüvelyben. E lobosodás a méhre is felterjed s annak túltengését eredményezi.

Ha csakis a mediär részt éri a túltengés, akkor a méhfenék és a hátulsó boltozat körülbelül rendes helyén van. Ha azonban a supravaginalis rész is túltengett, akkor a fundus még mindig rendes helyén marad, de a hátulsó hüvelyboltozat már süllyedt. Ennek magyarázata a fornixok tapadási viszonyában keresendő. A hátulsó u. i. magasabban tapad az elülsőnél s ezért a portio alsóbb részletének lefelé növekedése azt helyzetében nem befolyásolja. A vaginalis rész önálló növekedése sem az uterust, sem a fornixokat nem dislocálhatja.

A peritoneum mellül a belső méhszáj táján csap át a hólyagra; az elülső hüvelyboltozatra azonban nem terjed, ezért ennek süllyedését nem is követi. Hátul a hüvelyboltozattal is össze van nőve, ezért evvel együtt változtatja helyzetét, s így a supravaginalis, valamint teljes előesésnél közvetlenül a hátsó ajk mögött található.

1) 2) Dr. H. Fritsch. l. f.

A hólyag alsó, valamint a húgycső felső részlete az elülső hüvelyboltozattal együtt sülyed. Ilyenkor a húgycső, a rendestől eltérően, lefelé görbül. A hátsó hüvelyfal sülyedését csak ritkán követi a végbél is, valószínűleg azért, mert lazán van hozzá kötve. Fritsch 22 készítmény közül csak egynél talált rectocelet. A portio túltengése néha oly jelentékeny, hogy a hüvelyboltozatok a méhszájjal együtt a szeméremrés előtt vannak, s a méhfenék mégis a rendes helyén érezhető. Máskor azonban a méh is csakhamar sülyed.

Más képe van a méh elsődleges előesésének. Itt a sülyedő méh egyszerre invertálja a boltozatokat; nyaka nincs túltengve, legfeljebb egészben tömegesebb és többnyire egyenesen vagy hátradólva található. A prolabált részletek rendszeren kifekélyesednek, nyálkahártyájuk eldurvul, sőt néger nőknél barnán festődik.

Prolapsusoknál a hüvely összekötetései rendszeren lazultak, a symphysisről úgyszólván le van horzsolva az elülső fal. A medenczepólyákban s az ezek között fekvő izmokban sokszor találunk kisebb-nagyobb szakadásokat. Ezeknek megfelelően a vizsgálódó ujjal nem találjuk a medenczefenékben a szokásos ellenállást, hanem könnyűszerrel a medencze falát tapintjuk. Ha a diaphragma pelvis ép, akkor az a végbél nyílását felfelé és előre a symphysis felé húzza.

Ellenben ha sérülések következtében hibásan működik, akkor az anus mélyebben és hátrább áll.<sup>1)</sup> Ily esetben a gát épsége daczára is prolapsus jöhet létre; viszont ép diaphragma huzamosan utját állja az előesésnek, ha a gát be is van repedve.

A levator ani főleg hátul és oldalt reped, elől inkább tapadása helyéről horzsolódik le.

A prolapsusok vagy hirtelen, heves tünetektől kísérve, vagy lassan, kevésbé heves tünetekkel jönnek létre.

Az előbbieket ritkák és az erős ideg- és hashártya-izgalom miatt kedvezőtlenebbek az utóbbiaknál.

A fokoként fejlődő előeséseknél keresztfájdalmakról és kellemtelen erőltetésről (tenesmus) panaszkodnak a nők. A tenesmus csak a teljes előeséssel szokott megszűnni. A húgycső, hólyag és egyéb medenczeképlet dislocatioja a nekik megfelelő tüneteket mutatják.

<sup>1)</sup> F. Schatz. Ueber die Zerreißen des muskulösen Beckenbodens bei der Geburt. Arch. f. Gyn. XXII. Bd. 1884. 298. 1.

Feltűnő, hogy néha nagy előesések a reponálás után több kellemetlenséget okoznak, mint azelőtt. Ezek régi prolapsusok, a hol a medencze szervei hozzá alakultak a kóros viszonyokhoz.

A diagnosishoz mindig részletesnek és szabatosnak kell lennie. E végből prolalalva és reponálva is meg kell vizsgálnunk az esetet, hogy a medencze összes képleteiről, valamint azok egymáshoz való viszonyáról tiszta képet nyerjünk. S ha így a prolapsus valódi okát felderítettük, akkor ennek megszüntetéséhez, az okszerű orvosláshoz foghatunk.

A nemzőszeri bántalmak és a gyermekágy czélszerű orvoslása ugyanegy az előesések prophylaxisával. A prolapsusok keletkezésére a hibás gyermekágyi visszafejlődésben találjuk a legtöbb kedvező momentumot. Ezért soha se mulasztjuk el a gáton és medenczefenékben létrejött szakadásokat egyesíteni, valamint a bővérű, túltengett hüvely, méh és függelékei kellő visszafejlődésére megfelelő gondot fordítani. Továbbá ügyeljünk arra is, hogy a gyermekágyas hibás fekvése következtében a méhe hibás állást ne kapjon. Ezért gyermekágyban a folytonos hanyattfekvés kerülendő. Szem előtt kell tartanunk továbbá, hogy a hassajtó erős működése hátráltatja a gyermekágyi visszafejlődést, de meg könnyen a nemzőrészek sülyedését is okozhatja.

Az előesések gyógyítása palliativ vagy radicalis úton, pessariumokkal, illetőleg operatioval eszközölhető.

A pessariumok — mint ismeretes — vulk. kaucsukból, gumiból, fémből stb. készült golyó, gyűrű, száнка s egyéb alaku eszközök, a melyek a hüvelybe helyezve, útját állják az előesésnek. Vannak nyeletlenek és nyelesek. Előbbiek a medenczefenekre támaszkodnak, utóbbiak kívülről rögzítettnek.

A pessariumoknak 3-féle hatása van: vastagságukhoz mérten emelik a méhet, 2. a portiot az introitustól távol tartják s ez által biztosítják a méhnek rendes helyzetét, 3. a hüvely nyílását bizonyos fokban elzárják s így az előesésnek útját állják (Fritsch).

Eredménynyel alkalmazható a gyűrű ott, a hol a méhet rendes helyzetében képes tartani. Okvetetlen szükséges erre a medenczefenek oly foku épsége, hogy a gyűrűnek kellő támaszul szolgálhasson. Jól

fekvő gyűrű alkalmazása esetén jelentékeny túltengések rövid idő alatt visszafejlődnek.

Legnagyobb hátránya a gyűrűnek az, hogy a betegség miatt már amúgy is tág hüvelyt idővel mind jobban kinyújtja. Tehát két élű fegyver, a mely csak a bántalom fokozásával szünteti meg ideig-óráig a prolapsust. Martin<sup>1)</sup> ezért csak öregeknél s olyanoknál használja, a kik a műtétel után megkivánt fekvésre alkalmatlanok. Legkevésbé tartom czélszerűnek a gyűrűt ott, a hol sok gynaekologus éppen alkalmazni szereti; értem a kezdődő prolapsusokat. Nem alkalmazom itt azért, mert fokozza a bántalmat, s így az előbb-utóbb elkerülhetetlen műtételt nehezebbé, bonyolultabbá és eredményét kedvezőtlenebbé teszi.

Hátrányuk továbbá még a jól alkalmazott gyűrűknek is, hogy kellően nem ellenőrizhetők, s így könnyen lobokat, átfuródásokat stb. okoznak. Volt alkalmam (9. sz. betegen) kivenni egy olyan gyűrűt, a mely évekig feküdt hibásan a hüvelyben, sarjadzással körül volt növe és nagyfoku parametritist tartott fenn. Az ily esetekre mondja Fritsch: „mit Hülfe von Schlosser und Schmied musste man schon derartige eingewachsene, verrostete, incrustirte Pessarien aus der Scheide entfernen.“

Töméredek kárt okoznak a pessariumok azért is, mert számtalanszor alkalmazzák tudatlan öreg asszonyok.

Ezért mondja Fritsch ugyancsak a pessariumokra, hogy kívánatos volna szabad elárusításukat megakadályozni, mint a mérgeket.

A gyökeres orvoslás célja, a „restitutio in integrum“ lehető megközelítése. Ezért adott esetben a beszakadt, hiányos medenczefenéket újra képezzük. A túltengett részeket resecáljuk és igyekszünk a hüvely meglazult összeköttetéseit és a petyhüdt méhszalagokat erősíteni.

A gátképzést, valamint a hüvely és méh resectioját kellő pontossággal végezhetjük; azonban a meglazult összeköttetéseket és szalagokat már csak közvetve és nem is elegendően igazíthatjuk meg.

<sup>1)</sup> Dr. A. Martin. Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten 1887. Wien und Leipzig.

Mindennek daczára elég kedvező eredményeket érhetünk el. Cohnnak<sup>1)</sup> a berlini klinikáról 1882-től 1887-ig gyűjtött adatai szerint 67.5% gyógyult véglegesen; ezeknél a műtétel után évek mulva sem újult ki a prolapsus.

A prolapsusok operatioja a következő részletekből, illetőleg ezek különböző combinatiojából áll:

- a) operálás a méhen, a túltengett nyak kimetszése;
- b) operálás az elülső hüvelyfalon: colporrhaphia anterior; és
- c) operálás a hátulsó hüvelyfalon és gáton: colpoperineorrhaphia.

Ez a valódi operatív irány, mert az előeséseknek újabban felkarolt másik gyógymódja, a Thure — Brandt<sup>2)</sup>-féle, nem véres úton igyekszik a bántalmat orvosolni.

E módszerről röviden csak azt említem fel, hogy a méhnek combinált, a hüvely és hasfalak felől való rendszeres emeléséből és a medenczefenek izmainak gymnasticájából áll.

A méhemelés czélja az, hogy szalagjainak csökkent rugalmasságát (tonusát) fokozzuk; a medenczefenek izmainak gyakorlásáva pedig ez izmoknak erősítésére törekszünk.

Egyfelől a függesztő készüléket, másfelől a támasztó képleteket javítjuk általa. Három esetemnél alkalmaztam ez eljárást, de csak kevés eredményt értem el vele, azt t. i., hogy az előesés nem oly könnyen jött létre, mint előbb. Nem is képzelem el, hogy e módszer végleges gyógyulásra vigyen ott, a hol az előesés oka nem csupán a tonus csökkenése, hanem egyéb is, pl. a medencze-fenek beszakadása.

Ilyenkor csak hasznos előkészítő beavatkozásnak tekintem ez eljárást, racionális orvoslásnak azonban az említett műtétet, vagy azok kombinatióját tartom.

A hüvelyes rész resectiója akkor van javalva, ha a méh, vagy a nyaka túltengett. A reponált méh vissza szokott ugyan fejlődni, mégis nem tanácsos ezt egyedül a véletlenre bízni, s nagyon czélszerű hasonló esetben a nyakból egy részt kimetszeni. Ezáltal elérjük azt, a mit legelőször Braun tapasztalt, hogy a méh involválódik, a kivágott résznél nagyobbal rövidül.

<sup>1)</sup> Cohn: Ueber die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperationen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV. Heft 2.

<sup>2)</sup> Dr. A. Resch. Thure-Brandts Heilgymnastische Behandlung Weibl. Unterleibskrankheiten. Wien, 1888.

Rendesen amputatióval kezdjük az operatiót. Ez lehet vagy a Hegar-féle egyszerű körkörös, vagy a Simon-féle ékalakú, vagy, ha nagyobb részletet akarunk kivágni, a Schröder-féle supravaginalis.

Colporrhaphia anteriort ott végzünk, hol az elülső hüvelyfal előesett és túl van tengve. Ez operciónak kettős célja van. A bő hüvelyfalnak reszcalása és az elülső hüvelyfalba egy erős hegnek beigtatása, a mely az újonan képzett hátulsó hüvelyfalra támaszkodva, képes lesz a hólyagot hordozni.

E célból az elülső hüvelyfalat vagy ovál vagy patkó alakjában (Sims) felfrissítjük s e sebfelületet a mediánvonalban egyesítjük. A sebfelület nagysága a túltengés nagyságától fog függni. Martin súlyt helyez arra, hogy a hüvely alsó része jól legyen szűkítve,

Gyorsan végezhetjük ez operatiót, ha a kimetszendő nyálkahártya-részt a Hegar-féle záró csipeszbe fogjuk, ez alatt a varratokat átszúrjuk, s a varratok és csipesz közt a nyálkahártyát levágjuk.

A varratok megkötése most már gyorsan megy.

Több időbe és vérbe kerül, ha e csipesz nélkül, késsel választjuk le a nyálkahártyát. Előnye e módszernek csak az, hogy a hólyagot kevésbé sérthetjük. Czélszerű módosítása az operciónak az is, ha két kisebb oldalsó óvált metszünk ki a nyálkahártyából. A hólyag ez esetben e két oldalsó heget kevésbé terheli, mint előbb a középső heget.

Az említett két műtétel után következik a harmadik, colpoperineorrhaphia. A három műtételt egy ülésben végezhetjük, mint én is tettem, hogy betegeim idejét kíméljem.

A colpoperineorrhaphiának is kettős célja van. Egyik az, hogy szűkítsük a hüvelyt és egy úttal hátulsó falába egy erős heget iktassunk.

Ez az erős heg az introitustól majdnem a portióig húzódik, a a hüvely általa jelentékenyen erősbül és így képes lesz a méhet támogatni. A műtétel másik célja az, hogy a hiányzó gátot kiegészítsük és a hüvely elégtelen zárókészülékét erősítsük.

Igy aztán a hüvely is újra normalis lefutású lesz E kettős cél elérhetjük, ha a hátulsó hüvelyfalat a comissurától felfelé, többé-kevésbé a frontalis síkban felsebezzük, s a sebfelületeket a velük összefüggő szövetekkel oldalról a középvonal felé húzva egyesítjük.

Mondhatni minden nevezetesebb műtőnek meg van a saját módszere, eltérés köztük főleg a felsebzés alakjában és módjában van.

Két főcsoportba osztom e műtételeket. Az egyiknél a hüvelyt felfrissítjük, nyálkahártyát vágunk ki belőle, s e módszert *felfrissítő*-nek nevezzük. A másikonál a sebfelület készítésére a hüvelyt lebeny alakjában leválasztjuk a végbélről s azért e módszer neve *lebenyes*.

A sok módszer közül eseteimnél a következőket alkalmaztam.

*Hegar*<sup>1)</sup> szerint a hátulsó hüvelyfal felsebzését háromszögben végezzük. A háromszög alapvonala a comissurán, csúcsa a portió közelében van, az oldalszárak innen széttérve haladnak lefelé. A közepén egyesített sebfelület hegje szintén háromszögű lesz s általa a végbél és hüvely között levő szövettömeg, a septum recto-vaginale, jelentékenyen vastagszik.

E módszer lényege: a portiótól a gátig húzódó erős heg által a hüvelyt szűkíteni és erősíteni.

*Fritsch*<sup>2)</sup> módszere a Hegarétól csak abban különbözik, hogy a háromszög oldalsó szárai kifelé homorúak, vagy az alsó harmadban megtörve kifelé nyíló tompa szöget alkotnak. Ez által elérhetjük azt, hogy a sebfelületek az introitus mögött kisebb feszítéssel egyesíthetők és hogy az új heg lehetőleg a hüvely normalis, mellfelé mérsékeltén concav lefutását kapja.

A harmadik módszer a *Martiné*<sup>3)</sup>. Martin physiologicus viszonyokkal számolva, a col. rug. post.-t, mint erős kötőszövetben dús részt megkíméli és ennek oldalán készít egy-egy sebfelületet a hüvely falának közepe tájáig. Ezeket önállóan egyesíti s csak azután készíti a gátot. E célból a col. rug. post. csúcsától kiinduló széttérő *két-*, és a meglevő gát szélén haladó *egy* metszéssel határolja a felsebzendő részt.

Ő is oldalról a középre húzott szövetekkel erősíti a hüvely hátulsó falát, de e mellett megtartja a hüvely természetes támaszát is, a col. rug. post.-t. E műtétel tulajdonkép a perineoauxesisből és két elythorrhaphia lateralis post.-ből áll. A többi hasonló (felfrissítő) módszert nem említem, hanem ezennel áttérek a lebenyes műtételekre.

1) Dr. A. Hegar 1. f.

2) Dr. Fritsch 1. f.

3) Dr. A. Martin 1. f.

Ezekre nézve jellemzőnek tartom, hogy a hüvelyt lebeny alakjában választjuk le s így nyerjük a kívánt sebfelületet.

E csoportba szoktak számítani oly műtételeket is, melyeknél a lebeny képzésén kívül nyálkahártyát is vágunk ki a hüvelyből. Ilyen pld. a gátrepedés operálása Langebeck szerint, a Bischoff-féle prolapsus-műtétel stb.

Ezek azonban inkább egy harmadik csoportba lennének sorozhatók.

Sänger<sup>1)</sup> ezelőtt egy pár évvel ismertette Németországban Vossnak gátvarró műtételét. Ezt most Lawson Tait-ről nevezik, mert ő javítva rajta, újabb időben ismertette és gyakorlatba hozta.

E tisztán lebenyes műtétel következően végezhető:

A végbélbe tolt bal mutató- és középujjunk ellenőrzése mellett a comissura és anus között lefelé domborodó metszést ejtünk a gáton s ezt két oldalra a nagy és kis ajkak találkozó pontja felé meghoszabítjuk. E metszést folytatjuk a septum recto-vaginale-ba, hogy a hüvelyt és a végbélet egymástól a szükséghez mért magasságig elválasszuk. Ha a sebszégeket felfelé, illetőleg lefelé megfeszítjük, akkor a nyert sebfelület legömbölyített rhomb alakú, hasonló a legtöbb friss gátrepedéshez.

Ezután a sebet felülete alatt haránt irányban vezetett; sodrony varratokkal egyesítjük. Az új gát hossza és magassága a gáton, illetőleg a septumban ejtett sebrész nagyságától fog függni. Ha a gáton ejtett metszés nem ívelt, hanem egyenes vonalú, akkor ennek két végétől felfelé a kis és nagy ajkak tapadó pontjaig egy-egy függélyes metszést is ejtünk; ilyenkor a sebfelület inkább hatszögletű.

Tait az egész felsebzést térdollóval végzi, a varráshoz sodronyt és nyeles tűt használ.

E műtéttel 10—20 percz alatt készen vagyunk és széles, erős gátat nyerünk általa, szövet kimetszés nélkül.

Teljes gáthiánykor a hüvely és végbél határán ejtjük a haránt metszést, az oldalmetszéseket a haránt metszésen túl 2 cmre megnyújtjuk. Ez esetben a metszés H alakú, a sebfelület pedig a hüvelyvégbél-lebeny megfeszítésekor 8 szögletű. Most is olyanformán varrunk, mint előbb.

<sup>1)</sup> Säger Vokmann's Sammlung klin. Vortäge Nr. 301. és Dr. Dirner G. A gátképzés új és egyszerű módszere. Orvosi heti szemle 1889. 4. sz.

Én a felsebzést mindig késsel, a varrást sodronnyal, de nyeletlen tűvel végeztem.

Prolapsusoknál e műtételt csak bizonyos módosítással használhatjuk.

Vagy kombináljuk a hátulsó hüvelyfal resectiójával, az elythrorrhaphiával, vagy pedig a hüvelyt oly módon szűkítjük, hogy magasabban választjuk le a végbélről, mint az egyszerű gátképzésnél. Akár a portióg is elválaszthatjuk a hüvelyt ily módon a végbéltől.

*Frank*<sup>1)</sup> ilyenkor a hüvelylebeny alatt a sebfelületet elsűlyesztett catgut-varratokkal, a gátot pedig önállóan egyesíti. E módosításhoz hasonló a *Grünwaldt*-é.<sup>2)</sup>

Ő is a gát felől halad a septumba és magas hüvelylebenyt készít, ezt medián ketté metszi, s így két háromszögű oldalsó lebenyt kap, melyekből egy részt lemetsz. A hüvely hátulsó falán most a Hegaréhoz hasonló 3 szögű sebfelület van, csak hogy itt a sebfelület oldalsó szélei szövetben dúsak, vaskosak és varrásra alkalmasabbak.

*Simpson*<sup>3)</sup> is hasonló háromszögű lebenyt készít a hüvely hátulsó falán, de azokból semmit sem vág le. A sebfelületet rétegenként esomós catgut öltésekkel, a lebeny szélét pedig sodronnyal egyesíti.

*Simpson* azonban a hüvely felől készíti fel a lebenyeket.

Állítólag erős, vastag sept. recto-vaginalet nyerhetni e módszerrel.

Az előesések orvoslására a méhnek teljes kiirtását, a totalis extirpációt is kombinálják az elythrorrhaphiával. Az eredmény azonban távolról sem oly kedvező, hogy ez eljárást gyökeres orvosló módszernek tarthatnók, a milyennek ezt *Dechambre*<sup>4)</sup> és *Lereboullet* állítja. Ily esetekben, tapasztalat szerint, a hüvely rövid idő múlva prolalál s ekkor méhsülyedés helyett enterocele vaginalissal lesz

1) *Dr. E. Sonntag*. Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie. Stuttgart. 1889. Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle. Freiburg i. B.

2) *Dr. O. Grünwaldt*, Eine modificatio der Dammoporation nach Lawson Tait. Centrbl. f. Gyn. XIV. Jahrg. 1890. 545. 1.

3) *Dr. E. Sonntag*., 1. f.

4) *A. Dechambre* és *L. Lereboullet*, Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Medicales. 5-ik serie. 2-ik Tom. 1886.

dolgunk, annak daczára, hogy betegünket életveszélyes műtétel esélyeinek tettük ki. (Baumgärtner, Müller.)<sup>1)</sup>

Egy esetben Hegar szerint, két esetben Fritsch szerint, egyszer Martin szerint operáltam. Két kezdődő prolapsust az egyszerű Lawson Tait operatióval gyógyítottam, egy másiknál a Tait műtételt elytrorrhaphiával combináltam. Két betegemet pedig Grünwaldt módszere szerint operáltam. A műtételt mindig chloroform-narcosisban végeztem.

Eseteim a következők:

### I.

Sz. A.-né, gazdatiszt neje, 38 éves. Egyszer rendesen szült, háromszor vetélt.

Elhízott nő, hasfalai nagyon vastagok, hasának körfogata a köldök magasságában 124 cm. Emberfejnyi köldök sérve van, a mely csak kis mértékben tolható vissza a hasürbe. A hátulsó hüvelyfalnak alsó részlete a szeméremrésben kis ökölnyi daganatot képez. Gátja ép. Hüvelye tág, az elülső fornix normalis, a hátulsó elsimulva, méhe a hasfalnak vastagsága miatt nem tapintható ki.

Prolapsusa egy év óta van.

Körisme: Prol. pariet. vaginae posterioris, 1889. szept. 4-én. Fritsch szerint colpoperineorrhaphiat végeztem a betegen. A felsebzés magassága 11 cm., alapja 7 cm. volt. A felsebzés és varrás is a nagy hasüri nyomás miatt részletekben, és csak nehezen történhetett. A jelentékeny feszülés alatt levő felsebzést sodronynyal varrtam össze. A műtétel 2 óra hosszat tartott. A lefolyás láztalan volt, V. nap könnyen székelt. VII. nap a gát varratait kiszedtem, XVI. nap a beteg gyógyulva ment haza.

Körülbelül két hónap múlva (X/28) jól érzi magát, járkálása, vizelése rendes; ekkor szedtem ki a hüvely-varratokat. A sebzés mindenütt per primam int. egyesült. Gátja 1-5 cmmel növekedett, hüvelye szűk, az egyesítés helyén erős heg érezhető.

Műtétel után egy évre a prolapsus még nem újult ki.

Jelen esetben azonban várható, hogy a nagy hasüri nyomás újra kiszorítja idővel a hüvely falát, s ha az összes föltételek meglesznek,

<sup>1)</sup> Baumgärtner, Müller. I. Bericht über die Verhandlung etc. Centbl. f. Gyn. 1889. Nr. 40. 691.

létrejön fokenként a teljes előesés. Huzamos gyógyulást csak az előesés okának, a nagy hasüri nyomásnak megszűnése után várhatunk.

## II.

*M. Zs.* 17 éves cseléd. Egyszer szült, ez alkalommal gátja az anusig, valamint a hüvelybe a col. rug. post. két oldalára és a kis ajkakra terjedőleg repedt. A friss gátszakadás összevarrása a nemzőrészeken támadt eczema miatt eredménytelen volt.

1891. május 6-án: a gát teljesen hiányzik, a húgycsődudor, valamint a hátulsó hüvelyfal alsó részlete diónagyságban a szeméremrésben látható. Hüvely szűk, méh rendes.

Kórisme: Ruptura perinei tot. invet. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. min. grad.

Ez esetben tisztán a gát ujjraképzésére szorítkoztam. A műtétet Tait szerint  $\frac{3}{4}$  óra alatt végeztem. 9 mély és 2 felületes sodronyvarratot tettem.

Operatio után már a harmadik napon, valószínűleg gondatlan csapolás miatt, cystitis keletkezett; ehhez később lázzal párosult enteritis csatlakozott. A hasmenések miatt nehezen tarthattam tisztán a sebet. Csak a XXV. napon szedtem ki a varratokat. A gátseb az anus szomszédságában per primam int., a hüvely felé azonban csak sarjdzással gyógyult. A hüvely zárókészüléke mindennek daczára annyira szűkült, hogy a bemeneten két ujjamat csak erőltetve tolhatom át.

Betegemet a cystitis miatt csak a XXX. nap engedtem felkelni. Azóta folytatja régi foglalkozását.

## III.

*K. S.-né* váltóór neje, 32 éves, 4-szer szült, a gyermekágyból rendszeren 3—4 napra felkelt. Prolapsusa 1883 óta van; eleinte gyűrűvel tartotta vissza, most azonban már nem használ a gyűrű, mert mindegyre kicsúszik. A szeméremrésbe nyomuló daganat fájdalmat okoz neki és munkálkodásában akadályozza.

1891. aug. 17-én: a szeméremrésben az elülső hüvelyfalnak alsó részlete egy kis ökölnyi daganatot képez; e daganat a hassajtó működésekor növekszik.

A comissura post. mögött a col. rug. post. csúcsa 1·5 cm-re felcsúszott, helyén fényes heg van; gát 1·2 cm. A méh elülső ajka egy kissé megnyúlt, a megfelelő fornix simább. A hólyag egy kis részlete a prolapsusban van.

Kórisme: Prolapsus. pariet. vag. ant., Cystocele min. grad. Rupt. perin. invet. II. gradus.

A műtételt 1891. aug. 31-én végeztem.

Előbb az elülső hüvellyel nyálkahártyájából, a húgycsödudortól kezdődő 5·5 cm. széles és 6 cm. magas ovált választottam le. A sebet három rétegben (etage) sublimatos borszeszszel átítatott catgut-el Schröder módja szerint, tovahaladó réteges szücsvarrattal egyesítettem.

Ezután Tait szerint a hátulsó hüvellyel a végbéltől 4 cm. magasan elválasztottam, s a rhombalakú sebet 7 sodrony varrattal egyesítettem. Az egész műtétel 70 percig tartott.

A gyógyulás reactio nélkül per primam int. folyt le. Az V. nap volt beöntésre először széke, a XV. nap kiszedtem a gát varratjait, a XIX. nap haza utazott. Okt. 26-án újra láttam, ekkor introitusa, valamint hüvelye rendes tágasságú, méhe rendes helyzetben volt. Egészen jól érezte magát.

Jelenleg 3—4 hónapos terhes, prolapsusa azonban nincs.

#### IV.

K. J.-né 30 éves, földműves neje. Először ezelőtt 13 évvel szült. Ez alkalommal emlő- és méhbaj miatt 8 hétig feküdt; második szülése is nehéz volt. Egy év óta nagyobb teher emelésekor teste reszket, vizeletét nem képes tartani, s úgy érzi, hogy „testében valami leereszkedik.” 1891. szept. 8-án a hátulsó hüvellyel diónyira a szemérem részben látható, erőlködéskor mindkét hüvellyel tojásnyira is kinyomúl. Méhfenék rendes helyén, méhnyak a fornixokkal mélyebben van, méh 8 cm. hosszú. Régi gát- és hüvelyrepedés.

Kórisme: Prol. pariet. vag. post. et ant. Elongatio colli supra-vag. min. grad. Ruptura perin. invet. II. gr.

Az operatiót szept. 10-én végeztem.

A megnyúlt méhajakból mintegy másfél cm.-nyit vágtam le, s a sebet sodronynyal varrtam össze. Az elülső hüvellyelből 5 cm. magas és széles ovált választottam le; ezt a sebet juniperus olajos catgut-el rétegenként egyesítettem.

Most aztán Hegár-csipesz segélyével a hátulsó hüvelyfalból a col. rug. post-tól jobbra  $4\frac{1}{2}$  cm. magas,  $3\frac{1}{2}$  cm. széles részletet, balra hasonlót, de kisebbet metszettem ki; egyiket sodronnyal, a másikat cat-gut-el varrtam. Végre Tait szerint az oldalsó függélyes metszéseket is alkalmazva, képeztem a gátot.

Lefolyás zavartalan volt: a gáton egy lencsényi területen sarjadzás, különben prima intentio. III. nap önként vizelt, IV. nap beöntésre széke volt. XIV. nap a sodronyok egy részét kiszedtem és a XVII. nap haza bocsátottam a beteget.

Okt. 15-én újra jelentkezett. Ekkor a többi varratokat is kiszedtem. A sept. recto-vaginaléja feszes, a hüvelye szűk; hátulsó falából mogyarónyi részlet a szeméremrésben látható. E részletet Hegár-csipeszbe fogtam és levágtam. A beteg távozása óta egészséges.

#### V.

H. J.-né 26 éves, földműves neje. Négy gyermeke volt. Azt panaszolja, hogy 4 év óta daganat nyomul a szeméremrésébe, s ez őt az utóbbi időben foglalkozásában és a vizelésben akadályozza.

Tényleg az elülső és hátulsó hüvelyfal a szeméremrésben férfi ökölnyi daganat alakjában látható. A méh nagyobb, hátra görbült, és teljesen előesett, a kifekélyesedett portio és méhszáj a legmélyebb pontot foglalja el. Ezenkívül a végbél és a hólyag egy kis része is a prolapsusban van. Régi gátrepedés.

Kórisme: Prol. ut. totalis. Recto-et vesicocele. Rupt. perin. invet. II. grad.

A műtétel előtt, egy-két napi szünetet tartva, öt ülésben Thure Brandt szerint emeltem a méhet és kezeltem a portio fekélyét. E kezelésnek annyiban volt eredménye, hogy a műtételkor a méhet nehezebben húzhattam ki, a fekély pedig teljesen gyógyult. 1888. aug. 30-án operáltam a beteget. A colporrh. ant-t Hegár-csipeszszel és sodrony-varrattal végeztem. A hátulsó hüvelyfalon és a gáton Martin szerint operáltam, a hüvelyben sodronnyal, a gáton selyemmel varrtam.

A műtétel 3 órát vett igénybe. Az első 6 napon állandóan cathetert hagytam a hólyagban, hogy az elülső hüvelyfal sebének nyugalmat biztosítsak. Legmagosabb hőmérséklet  $38.2^{\circ}$  C. volt

X. nap a gátból az utolsó varratot is kivettem. Az új gáton egy

a hüvelybe nyíló kis sipoly maradt vissza. A XIV. nap felkelt és a XIX-en haza ment a beteg. 6 hét múlva a hüvely-varratokat is eltávolítottam. Az új gáton levő sipoly alig gombostüfejnyi volt. Két év múlva a nő teherbe esett. ekkor a méh retroflexiója ellen Hodge pessariumot alkalmaztam.

Intézetünkben szült; a szülés alatt a hátulsó hüvelyfalán és a gáton nagyobb zúzódások jöttek létre. E zúzott részeket symmetricuson eltávolítottam s a sebeket úgy egyesítettem, hogy a sipoly is elzáródott.

## VI.

G. M.-né, 60 éves, földmives neje. Hatszor, állítólag, rendszeren szült. 12 éves prolapsusa most már a vizelésben és székelésben is nagyon akadályozza. A szeméremrés előtt férfi ökölnyi prolapsus. Benne a méh nyaka, a méhnek és hólyagnak egy része. A portio 4 krajczárnyi fekély. Visszahelyezés után a hüvelyfalak nagy redőket képeznek, az uterus nagyobb és hátra van görbülve. A gáton, hüvelyben és a diaphr. pelv-ben régi gyógyulatlan repedések láthatók.

Kórisme: Prol. pariet. vag. ant. et posterioris. Prol uteri part. Vesicocele. Rupt. perin. invet. II. gr. Rupt. diaphr. pelv.

Ez esetben is előzetesen 7 ülésben Thure-Brandt-féle masszaget végeztem, a fentebb említettem eredménynyel.

Az operatio 1889. okt. 26-án 2 órát tartott. Mellül oválisán, hátul Fritsch módszere szerint végeztem a felsebést. Csupán sodronnyal varrtam. A lefolyásnál érdekesnek tartom felemlíteni, hogy öreg betegem meglehetősen türelmetlen volt, már a III. nap megvetette az ágyát.

Különben sebei simán gyógyultak és a XX. nap haza bocsátottam.

Ez esetben nagyon érdekes továbbá az is, hogy a hüvelyvarratok eltávolítására csak egy fél év múlva jelentkezett. Az eredménynyel mindezek daczára mi is, de ő is teljesen meg voltunk elégedve.

## VII.

Özv. S K.-né, száraz dajka, 54 éves. Egyszer szült 35 évvel ezelőtt, a gyermekágyban 9 hétig volt beteg.

Méhe 10—12 éve lejár, 6—8 év óta méhperecczel sem tudja visszatartani az előesést; rendetlenül és sokat vérzik. Hátulsó hüvelyfala teljesen előesett, a végbél egy része érezhető benne; az elülső a hólyag egy segmentumával a symphysis közepétől van kifordulva.

A portio és hüvelyboltozatokon tallérnyi és kisebb fekélyek. A méh nyaka jelentékenyen megnyúlt, a méh 12 cm.-nyi, fundusa hátra és jobbfelé a medencezürben érezhető. Gátja alig egy cm.-nyi, rajta, valamint a hüvelyben, kiterjedt hegek. Méhéből véres folyás ürül.

Kórisme: Prol. pariet. ant. et post. Prol. ut. part. Elong. coll. supravag. Recto-Cystocele. Rupt. per. invet. II. gr. Endometr. haemorrhagica. 7 ülésben massáltam, azonkívül az endometritist kikaparással és jódtincturával gyógyítottam, s midőn a portio fekélyei is jórészt meggyógyultak, 1891. ápr. 10-én d. e. megoperáltam.

Az altatást gyenge szivműködés és hiányos légzés miatt gyakran abbahagytuk. A műtétel 2 és  $\frac{1}{4}$  óráig tartott.

Az elülső falból 9—10 cm. magas és 7—8 cm. széles ovált vágta ki. E kimetszés felfelé az elülső méhajakra is ráterjedt úgy, hogy abból ékalakú részt távolítottam el. Schröder ajánlatára ily módon combináltam az amputatiót a colporrhaphiával. A colpoperi neorrhaphiat Fritsch szerint végeztem. Felváltva cat-gut-tel és sodronnyal varrtam.

Lefolyás a VIII-tól a XII-ik napig, továbbá a XVI-tól a XX-ik napig lázas volt. Ez esetben is gondatlan csapolás előidézte cystitisből származtattam a lázat. A sebzések mind per primam int. gyógyultak.

Betegem a műtétel után 32 napig feküdt; elbocsátása után csakhamar szolgálatba állott. F. évi jan. közepén láttam utolszor. Ekkor a gátját szélesnek találtam, hüvelyzáró készüléke jól működik, a hüvely középtág, elülső fala azonban feltűnően megrövidült, méhe hátragörcbült és nagyobb volt. Erőlködésre a prolapsus újra előáll, de sokkal kisebb mértékben, mint az operatio előtt.

Méhét most pessariummal tartom rendes helyzetében.

### VIII.

P. A. földmives özvegye, 55 éves. Kétszer szült, 2-ik szülése. ezelőtt 31 évvel, nehéz volt, utána sokat vérzett. 15 éve nem menstrual. Egy év óta „lejár a méhe.”

Elülső és hátulsó hüvelyfala lúdtojásnyira előesvé, a méh szája a prolapsus legalsó részén. Hüvelyes rész és a méh nyaka sorvadtt, az utóbbi azonban megnyúlt; a méhfenekét sülvedve és hátra görbülve találtam. Méh hossza: 9 cm. Az elülső hüvelyfal összeköttetése a medenczefallal nagyfokban lazult. A medencze-diaphragma jobb felében jelentékeny szakadást találtam. A gáton gyógyulatlan régi repedés. A rectumnak csak kis része, a hólyagnak nagyobb szelvénye érezhető a prolapsusban.

Kórisme: Prol. pariet. vag. ant. et post. Prol. ut. part. Elong. coll. supravag. Rupt. perin (II. gr.) et diaphragmae pelv. invet.

A műtételt 1891. decz. 21-én három szakaszban végeztem. Először a hüvely boltozatokat oly magasan választottam le a méhnyakról, hogy mintegy 2—2 cm. magas éket vághassak ki az elülső és hátulsó ajakból. E sebeket selyemmel varrtam össze. Másodszor: Hegár-csipő segítségével 6, illetőleg 4 cm. átmérőjű ovalis sebfelületet készítettem az elülső falon. Ezt, valamint a colpoperineorrhaphiat tova haladó, réteges junip. cat-gut varrattal egyesítettem.

Az egész műtét egy órát tartott. A gyógyulás per. primam int. zavartalanul történt. Betegemet a XXI. nap elbocsátottam.

## IX.

Özv. L. Gy.-né, zsidó, 48 éves. Ötször szült, utolsó szülése 7 év előtt volt s ezóta méhe leereszkedik. Egy ideig gyűrűvel tartotta vissza, de mivel ez nagyfoku gyúladást okozott neki, 4 év előtt hozzám fordult tanácsért. Késsel kellett kivágnom hüvelyéből az erősen körülött Schultze-féle pessariumot. Ez alkalommal hosszabb ideig gyógyítottam a gyűrű okozta hüvelyfekélyeket és a parametritist is.

1892. február 13-án: hüvelyfalak csekély erőlködésre prolabálnak. Az elülső ajak tyúktojásnyi, a hátulsó valamivel kisebb; a két ajak oldalt a fornixokig berepedt, a fornixokon kiterjedt hegedések láthatók; a nyak megnyúlt. A méh 14 cm.-nyi, hátra dőlve, fundusa egy kissé süllyedt.

Hólyag kis részlete a prolapsusban. A medencze-diaphragmában repedések. Kórisme: Prol. pariet. vag. ant. et post. Prol. ut. part. Elong. calli supravag. et vaginalis. Cystocele. Rupt. diaphr. pelvis invet.

A műtétet ép úgy végeztem, mint a VIII. számú betegemnél. Ez esetben azonban csupán cat-gut-el varrtam. Betegem a XIV. nap haza ment.

Ezek voltak önállóan operált eseteim. Az alantiakban adott bírálati áttekintésemnél azonban támaszkodom e 9 eseten kívül még másokra is, melyeket Tauffer tnr. budapesti klinikáján gyakornok koromban láttam.

A prolapsusok gyógyítására nézve ez idő szerint főleg abban térnek el a műtők, hogy a colpoperineorrhaphiat miként, mily fel-sebzéssel végezzék, továbbá abban, hogy miként és mivel varrják a sebet? A műtétet idejére nézve csak annyiban találunk eltérést, hogy míg az egyik a legkisebb prolapsust is azonnal operálja, és a pessariumot csak nem operálható eseteknél alkalmazza, addig a másik nem siet a műtétellel, hanem kezdetleges előeséseknel csak méhperecet használ.

A colpoperineorrhaphia készítésénél újabban irtóznak a szövetkimetszéstől. Azt állítják! ugyanis, hogy szövetkimetszés után eredménytelen sebforradás esetében nagyfokú hegedések jönnek létre s ezek aztán útját állják minden újabb műtételnek.

Én a szövetek kimélését csak ott tartom helyesnek, a hol az előesett rész nincs túltengve, a hol úgyszólván rendes méretekkel van dolgunk.

Ellenben ott, a hol túltengett szövetekben kell operálnom, tapasztalatom szerint csak az a műtétel lehet helyes, mely a fölösleges, mondhatni ártalmas túltengést megszünteti.

Nem tudok gyógyulást elképzelni conservatív, szövetkimélő úton oly esetben, a midőn a hüvely stb. a rendesnek pl. kétszerese. Egyáltalán egyik módszert sem tartom olyannak, a mely jelentékenyen túltengett és reponált részek újra előesését huzamosan megakadályozhatná. Mert a reponált részek visszafejlődésében nagyon sokat nem bízhatunk!

Az I. II. V. VI. VII. VIII. és IX. számú eseteimnél csak szövetkimetszéstől vártam, és tényleg kaptam is eredményt.

Természetesen a szövetkimetszésnek a túltengéssel arányosnak kell lennie, mert különben vagy a túlságos nagy, vagy az elégtelen hegedés miatt lesz eredménytelen a műtétel.

VII. esetemben az elülső hüvelyfalán igen nagy felsebzést tettem. A túlságos nagy heg erősen rövidíti az elülső hüvelyfalat, a portiot állandóan közel tartja a symphysishez, s e miatt a méhnek óhajtott anteflexioja nem jöhet létre. Ugyanez esetben a hátsó hüvelyfalból keveset vágtam ki, kevésbé erősítettem a hüvely zárókészülékét. Ezeknek megfelelően az eredmény is hiányos. Az uterus retroflectálódik, nincs elég támasza a hátsó hüvelyfalán és a zárókészülékben, s ezért a fokozódó hasüri nyomás kiszorítja. Az elülső hüvelyfal rendszeres nyújtogatása után újabb colpoperineorrhaphiával akarom javítani ez esetet.

III. és IV. számú betegeimnél kezdődő előesések voltak; ezeknél túltengést alig észleltem, s ezért szövetszűrés nélkül is kedvező eredményt értem el.

A hátsó hüvelyfalán készítenő sebfelületre vonatkozólag úgy tapasztaltam, hogy esetenként hol az egyik, hol a másik alakú felsebzés végezhető célszerűbben és könnyebben.

I. számú betegemnél pl. egyáltalában nem tudtam elképzelni, hogy az másképpen is operálható lenne, mint a középen képezett háromszögű felsebzéssel. Ellenben az V. számú esetben a Martin-féle kétcsucsú felsebzést végezhettem célszerűen és könnyen. A prolapsusok operatiojánál mindig az adott esethez kell alkalmazkodnunk.

Eleve (apriori) sem helyeselhető, hogy mindig egy schema szerint operáljunk ott, hol tulajdonképp más-más műtétel végzendő. Egy-egy a hüvely középvonalában, máskor az oldalán, harmadik esetben csak a gáton találunk szakadásokat. Már most mindezeket egy és ugyanazon felsebzéssel racionálisan, ésszerűen aligha orvosolhatjuk.

Leghelyesebb, ha a felsebzésnél a hüvelyben vagy gáton található hegek vezérelnek. Ha ezeknek megfelelően sebünk, akkor könnyen helyre állíthatjuk a normalis viszonyokat.

Ezért egyszer a háromszögű, máskor a bilateralis symmetricus vagy asymmetricus felsebzéshez kell folyamodnunk.

A Lawson-Tait-féle és a vele rokon módszereknek sok előnyük van. Nevezetesen: igen egyszerűek, s ezért könnyen elsajátíthatók, továbbá gyorsan lehet e módszer szerint operálni. Körülbelül egyező viszonyok között a VII. számú esetemnél Fritsch szerint 2 és  $\frac{1}{4}$  órát tartott a műtétel, míg a VIII. számú betegnél Grünwaldt szerint egy óra alatt készen voltam vele.

A varró anyagra térve, Fritsch szavait idézem: „Die Zeiten, wo man weniger der Geschichlichkeit eines Operateurs, sondern seinem Nähmaterial oder Nadelhalter die Erfolge zuschrieb, sind vorüber!“

Tényleg a kifogástalan varrás és a tisztaság, nem pedig egyik vagy másik varró anyag biztosítja a seb gyógyulását. Egy és ugyanazon esetről is különféle fonállal hasonló jó eredményt értem el. Műtétéleimnél váltakozva ezüstözött sodronyt, sublimatos selymet és Küstner szerint juniperus olajjal präparált cat-gut-t használtam.

A sodrany a Hegár-féle csavaróval könnyen csomózható, és a mi fő, teljesen asepticus. Továbbá nem hygrophil és ennélfogva nem vezet fertőző anyagokat a sebfelületről annak mélyébe. E tulajdonságának köszöni azt a nagy előnyét, hogy huzamosan fekvé maradhat hátrány nélkül.

VI. számú betegemnél minden káros következmény nélkül egy fél évig voltak sodrany varratok a hüvelyben.

Hátránya a sodrany csak az, hogy ki kell a varratokat szedni, a mi néha elég nehézséggel jár.

E hátránya meg van azonban a selyemnek is, a nélkül, hogy a sodrany előnyeiben osztoznék.

Az aseptikus selyem u. i. csak addig marad ilyen, míg a sebfelület is az; mihelyt ezen fertőző csírák vannak, azokat csakhamar felszívja, s bevezetve a sebbe, veszélyezteti ennek gyógyulását. Ezért selyem fonalat nem lehet hosszasan a sebben hagyni.

Már pedig gátplasticánál gyakran erős oldal feszüléssel van dolgunk s ilyenkor a friss heget húzamosabban kell a varratokkal támogatnunk.

A cat-gut E. Küstner szerint ol. juniperivel és alkohollal kezelve asepticus és erősebb lesz, tovább maradt épen a szövetek közt s így biztosítja azoknak erős összetapadását. Még biztosabban aseptisálható tapasztalatom szerint a cat-gut, ha 1‰ sublimatos alkoholt veszünk az eltartására. Azonban ennek daczára mégis fertőztetheti a sebet épen úgy, mint a selyem, mert hasonlóan hygrosopicus.

A cat-gut-nek nagy előnye az, hogy a sebbe elsüllyeszthető (Werth), s így nagy sebfelületeket rétegenként egyesíthetünk vele.

Schröder ilyen módszere szerint egy cat-gut fonállal nagy sebfelületeket, két-három rétegben egymás felett, gyorsan, igen pontosan

és jelentékeny feszülés nélkül egyesíthetünk. E varrás-módnak czél-szerűségét többször tapasztaltam.

A különböző fonalak előnyeit következően szoktam kizsákmányolni: sodronnyal varrok ott, a hol a seb könnyen fertőződik, és a hol a varratot soká akarom benn hagyni. Főleg tehát a gáton és a végbélben.

Cat-gut-t ellenben ott alkalmazok, a hol a fertőzés veszélye csekély, a honnan a varratokat nehezen távolíthatom el, vagy a hol a varratokat elsüllyesztem.

A selyem varratok javallata az elmondottakból önként folyik. Előnye a cat-gut-tel szemben az, hogy főzéssel biztosan sterilizálható; a cat-gut aseptizálásánál ellenben vegyi szerekre vagyunk utalva, s mint ismeretes ez kevésbé megbízható.

A prolapsusok operálása ma már a legkevésbé sem veszélyes. Ezért a kezdődő előeséseket is operálandóknak tartom, a palliativ kezeléssel csak fokozzuk a bajt s egyúttal kedvezőtlenebbé teszszük a műtétel végleges eredményét.

Martinnak s másoknak százakra menő operált eseteinél az elő-esés vagy teljesen gyógyult, vagy legalább javult. Halálozások Hegarnál vannak feljegyezve, ezek azonban nem az antisepsis elvei szerint orvosoltattak. Saját eseteimnél végleges eredményről még most nem szólhatok, de az operatiók, egy kivételével, mind szépen sikerültek s ezért az elért eredmény tartósságában nem kétkedem.