

A MÉH HÜVELYI RÉSZÉNEK TÚLTENGÉSE ÉS ANNAK KEZELÉSE.*)

Engel Gábor tanártól.

A méh hüvelyi részének megbetegedése — daczára elrejtett elhelyezkedésének — aránylag gyakran képezi tárgyát gyógykezelésünknek.

Mint részlete a méhnek, annak minden élettani működésében, mind kóros elváltozásaiiban részben passiv, részben activ szerepet viszen s ezenkívül önálló megbetegedésekben is aránylag gyakrabban szenved, mint a többi nemző-szervek. Az álképletek gyakori fejlődési helyei között is első sorban találjuk a hüvelyi méhrészletet; az álképletek eredésére és fejlődésére nézve — eltekintve a kevésbé biztos feltevéseket, mint pl. a Cohnheim-félét — jelenleg is azon nézetet valljuk, hogy oly testrészek, melyek külső behatásoknak inkább kitéve vannak, álképleti elfajulások iránt is fogékonyabbak; hasonló okból másnemű megbetegedések gyakoriságának magyarázatát nyerhetjük.

Eltéktintve a hüvelyi résznek álképleti megbetegedéseitől s azon műtétekről, melyeket azok eltávolítására végezni szoktunk, csak azon megbetegedésről és annak kezeléséről ohajtok szólni, melyet a hüvelyi rész túltengésének — hypertrophia port. vagin — nevezünk.

Schroeder — gyakorlati szempontból — a méh nyaki részletét három részre osztja fel; az alsó — valóban — hüvelyi résznek felső határát a mellső hüvelyboltozat, középső részének a hátulsó boltozat magassága határozza meg, az ezen felüli rész pedig a hüvelyfeletti.

A túltengés okozta megnagyobbodásban e részek egyenkint vagy együttesen részt vehetnek s ez utóbbi esetben az egész méh túltengését észlelhetjük.

*) Előadatott az Erdélyi Muzéum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya 1888. decz. hó 21-én tartott orvosi szakülésén.

Oly nőknél, kik nem szültek, a hüvelyi rész megtartja eredeti alakját, csak megnagyobbodott kiadásban, míg már szülteknél a méhszáj egyes ajkai különböző nagyság- és alakban mutatják képét a túltengésnek, melynek iránya inkább a szélességi méreteken kifejezettebb. A mellső ajk nagyobb mértékben túltengésével a méhszáj a hüvely hátsó oldala felé fordul s kifejlődik a tapirorr-szerű alak (col tapiroid) vagy mint Elischer egy leirt esetében, melynél a nyákhártya a méhszáj körül egy redőt képezett — disznó-orral alakot mutatnak a méhszáj-ajkak. Nem szült nőknél a hosszú kúp (conoid) vagy erigált penis alak a gyakori.

A fedő nyákhártya hol sima, hol nyomási, illetve dörzsölési kivédéseket mutat, melyeknek létrejöttében a legtöbb esetben található nyaki csatorna-hurut bőséges váladéka oki mozzanatul szolgál. A hüvelyboltozatok a vizsgáló ujjal néha alig elérhetőek, ha a méhrendes helyzetét megtartotta és a nyákhártya nem vesz részt a túltengésben. A hüvely-nyákhártya túltengése oly képet is nyújthat, hogy felületes vizsgálatra tévedésbe ejthet egy meglevő méhsúlyedés létezése iránt.

Nem szült nőknél a méh megtartja rendes magassági állását a medenczében, de tengelye irányában elhajlásokat szenved mell vagy hátfelé s mivel a megnyult hüvelyi rész a hüvelyben helyezkedve, annak irányát kénytelen követni, maga a méhtest a kerek szalagoktól mellfelé vonatva, előfelé dől — anteflexio uteri retroversi.

Nem vagyunk azon helyzetben, hogy minden esetre nézve a keletkezési okot megtaláljuk, s gyakran csak hozzávetőlegesen nyilatkozhatunk a túltengés származásáról. Valószínű — szüzeknél és nem szült nőknél — Martin feltevése, hogy a fejlődési szabálytalanság által van feltételezve, vagy külső behatások által létrehozva. Két esetemenél — szüzeknél — leesés és ugrás, tehát nagy testi rázkódás hozatott fel okúl, úgyszintén két esetben hasonló okból származott vetelés után keletkezett. Nem tagadható, hogy sok esetnél művi eszközölt nemi ingerlékenység is szerepet játszik mint a csikló és szeméremajkak túltengésénél.

Oly nőknél, kik már szültek, a szülés következtében származott méhnyak-berepedések, a hiányos visszafejlődés, elhajlások, vagy lobosdagok, melyek a szerv vérkeringésében zavart idéznek elő, tekinthetők alkalmi oknak úgyszintén mindazon kóros állapotok, melyek az idült

méhlob gyűjtő neve alatt ismeretesek. Ily esetek egy részét pangási túltengésnek is nevezhetjük, melyet pl. méhhátrahajlás mellett nem ritkán alkalmunk van észlelni. Mivel a climactericus évek után inkább másnemű — rozindulatú — túltengések kerülnek kezelésünk alá, bizonyítja azon feltevésünket, hogy az ivarérettség ideje alatt a méhet érő élettani, vagy kóros változások birnak lényeges befolyással a túltengések kifejlődésében.

A hüvelyi rész jelzett elváltozása a többi ivarszervek működésére is kihatással van. A méhszalagok vongáltatnak, a medence szervekben nyomási, vongálási fájdalmak jelentkeznek, melyek a havi tisztulás alatt néha tűrhetetlenekké fokozódhatnak. A hüvely folytonos izgatottságnak van kitéve azon dörzsölés által, melyet a nagyobbodott hüvelyi rész a test minden mozgásánál okoz, ezért tehát heveny, vagy félheveny hurut — bőséges váladékkal van jelen. A nyakcsatorna nyákhártyája a legtöbb esetben hurutos állapotban van, s úgy ennek, mint a hüvelynek váladéka a külső nemző részeket folytonos izgatottságban tartja. Jellegzetes az egyes ily bajjal szenvedők nyilatkozata, hogy folyton azon kinossá vált érzésük van, mintha erigált penis volna a hüvelyben. Gyakori a viszketési érzés, s túlbő váladék mellett a szeméremajkak kisebbedése, mely néha a czombok belső oldalán is — bőrlob alakjában látható. A végbél működése renyhe, daczára hogy gyakori a székelési inger. Ha a hüvelyi rész annyira megnyúlt, hogy a szeméremajkak között megjelenik, az izgatottságnak még kifejezettebb tüneteit találjuk; a coitus fájdalmas, sőt esetleg lehetetlen, a fogamzás kizárva. Legtöbbször e két utóbbi ok készteteti a szenvedőket orvosi segélyünk keresésére.

A betegek legnagyobb részénél — mire kezelésünk alá jutnak, a kedély nagyfoku lehangoltságát találjuk, nagy hajlamot melancholiára, s legtöbbször hysteria kifejezett tüneteit. Betegeink között többször találunk morphin élvezőket. Ily beteg a megkísérlett gyógykezelés különböző módjainak egész sorozatát mondja el baja felől, mely őt egyik orvostól a másikhoz kényszerítette, s diagnosticus tévedésnek mintegy jeléül nem ritkán méhtámasztóval — pessarium — ellátva jut hozzánk.

A hüvelyi rész túltengésének egyedüli czélszerű kezelése a túltengett, s így kórosnak nevezhető részletnek műtéti eltávolítása. Azon esetekben, midőn a méh felsőbb részletei is túltengést mutatnak, a

tulajdonképeni hüvelyi rész eltávolítása is képes kellő eredményt előidézni. Braun vizsgálatai szerint az eltávolítás után visszamaradott — túltengett — részletekben a gyermekágyi visszafejlődéshez hasonló folyamat jön létre s így kisebb műtéttel is nagyobb eredmény érhető el. Nem szükséges tehát, hogy az egész hüvelyi rész távolíttassék el, elegendő, ha akkora részletet veszünk el, hogy a hüvelyi résznek a túltengés folytán kitágult véredényei átmetszve legyenek; ez által a táplálkozási viszonyok megváltozván, a visszamaradó résznek visszafejlődése — aránylag rövid idő alatt — kellő arányban megtörténik. Hasonló eljárást, s annak eredményét látjuk a torokban levő mandulák kiirtásainál, azoknak csak egy részletét távolítjuk el, s a többi rész visszafejlődési folyamat által eléri az ohajtott megkisebbülést.

Műtéti eljárásunknál szem előtt kell tartanunk, hogy a fertőtlenítésnek minutiosus tisztaság által eleget tegyünk, az eltávolítás után a megmaradó hüvelyi részen képlő műtét által a természetes alakot visszanyerjük, egyúttal hogy a műtét által a méh élettani működéseinek zavarát elhárítsuk, s végre, lehető kevés vérveszteséggel végezzük teendőnket.

Jelenleg a hüvelyi résznek késsel végzett csonkítása felel meg leginkább kitűzött célunknak. Az előbbi eljárások, mint a hüvelyi résznek sodronykacs, galvanokausticuskacs, vagy hó étetővel (Paquelin) végzett eltávolítása, bár azok egyes jeles műtők, mint Spiegelberg, Byrne, Leblond, Braun által sikerrel végeztettek, most csak egyes esetekre szorítkozva vétetnek használatba. Ily esetnek tartom részemről, midőn előre ment méhkörüli lobok s azok következményei miatt a méh nyaki részletének a szeméremrésig való lehuzása nem kivihető, vagy hasonló lobos folyamatok ismétlődésére tekintettel veszélyes és a késsel végzendő műtevés a hüvely mélyében nagy nehézséggel jár. A kacsasal való eltávolítás utáni vérzés alig csekélyebb, mint a késsel végzett műtétnél, továbbá a képződő heg idővel képes a nyakcsatorna külső nyílását — méhszáját — annyira megszűkíteni, hogy az utólagos tágítás végzésére kényszeríthet, mit Braun is kénytelen volt néhány estében végezni, hogy a méhür vérgyülemét megszüntesse.

A kacsasal végzett műtevésnél a fertőtlenítés se vihető kellően keresztül, a visszamaradó csonk fertőzésre nem alkalmas felületet hagy hátra, melyet képlőleg nem lehet a szomszédos nyákhártyával fedni s varratokkal elzárni a küllevegőtől. A gyógyulási idő hosszan

tart a pörk leválásakor nagy utóvérzések léphetnek fel. Végül nem határozható biztosan meg, hogy a kacs mily magasságban vágja le a hüvelyi részt és a maradó csonkon mily alakú és kiterjedésű heg fog képződni.

A késsel való csonkítás mindezen hátrányok nélkül engedi czélunkat elérni. A túltengett hüvelyi rész annyira érzéketlennek mondható, hogy az egész műtét altatás nélkül végezhető, csak a méh lehúzása okoz kellemetlen érzést. Kisebb fokú túltengésnél vagy ha a hüvelyi rész szövete nem túlságos kemény, a hüvelyi részt függélyes irányú metszéssel eltávolítjuk, a metszett felületet vértől megtisztítván, a nyakcsatorna nyákhártyáját a csonk felett a hüvelyi nyákhártyával varratokkal egyesítjük (Hegar szegélyvarrata). A vérzést elkerülendő, Martin szerint a levágandó rész felett két egyenes tűt szúrunk egymást keresztezőleg át s azok felett egy gummi zsinórral leszorítást végzünk, így műtét alatt csak a levágott részből fog kevés vér ömleni s a csonknak nyákhártyával való képlő beborítását vérzés nélkül végezhetjük. Nehány esetemben a csonkítást olyképpen végeztem, hogy a hüvelyi részt Muzeux vagy golyófogóval lehetőleg lehúván a szeméremrésbe, a hüvelyboltozatok kezdeténél egy vászonszalaggal — mely egy kacsszorítóba sodrony helyett beillesztett — leszorítást végeztem, ezáltal csaknem vérzés nélkül történetett a csonkítás: a leszorító szalag által a méhet lehúva lehet tartani és így a lehúzó fogóknak a visszamaradó csonkba való akasztását elkerülni.

A csonkítást nem egy metszéssel végeztem, hanem körmetéssel a nyákhártya lett először felmetészve, mely után a levágandó részt még jobban lehúván, a hüvelyi rész szövete a nyákhártya metszésénél magasabban vágatott át körmetéssel; a nyakcsatorna nyákhártyájának átmetszése az eltávolítandó rész gyengébb húzása mellett végeztetett.

Igy sikerült elérni, hogy a csonkon egy homorú metszési felület maradjon vissza, melynek közepéből a nyakcsatorna nyákhártyája néhány mm.-re kiemelkedjék. A nyaki és hüvelyi nyákhártya összeillesztése és egyesítésével — mire átlag 8—10 varrat elégséges — az egész csonk sebfelülete borítva lett. Előnye az így végzett csonkításnak, hogy a nyákhártyaszélek könnyen egymáshoz illeszthetők és a varratok feszülésétől, átvágásától kevésbé tarthatunk.

A túltengés nagyobb fokánál az egyszerű lemetzés nem czélszerű, mert a csontkítási sebfelülete nem borítható kellően nyákhártyával, s ha fedetett is, a nyákhártya oly vongálást szenved, hogy a varratok kiszakadnak, a nyákhártyán részletes elhalások jönnek létre, továbbá kisebb utóvérzések léphetnek fel, melyek a nyákhártyát leválaszthatják s ez által a gyors hegedés nem sikerül.

Ilyen esetekben a Simon-Marckwald-féle köpenyes csontkítás végezhető sikerrel. A hüvelyi rész fogóval lehúztatván, a csontkítási magasságig, két oldali metszéssel egy mellső és egy hátsó lebenyre osztatik, ezután a mellső lebenyből az eltávolítandó rész ík-alakulag metszetik ki. Hasonló metszéssel a hátsó lebeny is csontkítva lesz. A vérzés kisebbitése és a lehúzott méh rögzítése végett előnyösebb először a mellső lebeny kimetszése. A nyert sebfelület a nyaki és hüvelyi nyákhártya egyesítésével boríttatik. A hátsó lebeny csontkításainál hasonlóan járunk el. Az oldalmetszéseknél visszamaradó sebfelületeken az egymáshoz találó hüvelyi nyákhártyát néhány varrattal egyesítve egy tojásdad alakú kellő tágságú méhszájat nyerünk. A varratok végezhetőek selyemmel, sodronnyal, sőt a catgut varrat — eltávolítására tekintettel — még előnyösebb. A varratok 6—7 napig maradnak, midőn Bandl-féle tükör bevezetése mellett könnyen kiszedhetőek. Czélszerű a beteget a varratok eltávolítása utáni napig ágyban tartani. A műtétnél egy segéd közreműködése elegendő.







