

A KOLOZSVÁRI EGYETEMI SZÜLÉSZETI KÓRODÁBÓL.

A GÁTREPEDÉSEKRŐL.

Engel Gábor tr. egyet. m. tanártól.

A terhesség vége felé a lágy szülőutak — a medence szervekben levő nagyobb anyag forgalom következtében — a meglazulásnak egy bizonyos fokát érik el, mely mintegy előkészítésül szolgál azon nagyobb fokú kitáguláshoz, melynek a szülés alatt kitéve lesznek. Ezen meglazulásnak daczára a lágy szülőutak részéről oly akadály képeztetik, melynek legyőzésére a kitoló erők hosszabb időre terjedő működése szükséges. Az akadály legyőzetik az által, hogy a magzat a szülőrészeken átnyomatik s azok — a magzat térfogatának megfelelőleg — tágulni kénytelenek, ha pedig tágulási képességük vagy a tágulási idő tartama elégtelen, akkor folytonosságukban való megszakításuk által jutnak oly kitágultsági állapotba, melyben megszűnnek akadályul szolgálni.

A méh nyaki részletének beszakadások által történő tágulásáról minden szülés után meggyőződhetünk s ennek elkerülésére nem birunk óveljárással. A hüvely vékony és felette ruganyos falakkal bírván, sérülés nélkül türi el a nagy fokú tágítást, míg a külszemérem — heterogen szövetekből alkotva — gyakran csak nagyobb repedések által jut a kellő kitágulási állapotba. A külszemérem egyes részei közül a gát nem bírván csontos alappal, inkább van alávetve a tágulásnak és így a berepedéseknek.

Vannak azonban óvó eljárásaink, melyeknek követése mellett a berepedést elkerülni vagy kedvezőtlen körülmények mellett mérsékelni tudjuk. Eljárásaink a következő feltételeknek igyekeznek megfelelni: 1) a magzat feje a legkedvezőbb — tehát legkisebb — kerületével haladja át a szemérem rést; 2) az áthatolás a kitoló erők

apadási szakában történjék; 3) mint kitoló erő csak a méh összehúzódásai szerepeljenek, a hassajtó működése pedig hatályon kívül helyeztessék; 4) a gát a leendő nagy kitágulásra előkészítve legyen; 5) a kezünk által végzendő támogatás a méh összehúzódások erejének hatását ellenőrizze s egyuttal időt adjon a gát tágulási képességének kellő kifejlődésére.

A gátrepedéseket klinikai betegségnak nevezhetjük, mert mágangyakorlatunkban a legritkábban fordul elő, hogy szülés alatt létrejött gátrepedés egyesítése végett hívassunk gyermekágyashoz. Mint Valenta megjegyzi 26 évi szülészeti gyakorlatában nem hivatott friss gátrepedés egyesítéséhez. A legtöbb baba az ápoltjánál származott repedés eltitkolását saját tekintélye iránti kötelességnek tartja. Míg ezen ferde felfogás uralkodik s míg nőink orvos jelenlététől — szülésük alatt — idegenkednek, a gátsebek s azok kezelése csak kórodai szempontból bír gyakorlati értékkel.

Ha a kórodai kimutatásokat olvassuk, meglep azon feltűnő különbség, mely a repedések gyakoriságában található, miből arra kell következtetnünk, hogy a repedés fogalmára nézve az egyes kórodákon különböző felfogással bírnak. Csak ennek tulajdoníthatjuk, hogy pl. Ritgen 757 szülésnél egy repedést sem talál, míg Snow Beck 112 először szülőknél 75 gátrepedést jegyez fel, Schroeder először szülőknél 34,5%, többször szülőknél 90%-ra teszi gyakoriságukat. Az itteni kórodán az utolsó öt év alatt 830 szülésnél 75 repedés észleltetett, mi 9%-nak felel meg; 484 először szülő volt, ezek közül 66 szenvedett repedést (13,6%); 221 másodszor szülő közül 9 (4,0%).

E számadatokat kedvezőknek mondhatjuk, összehasonlítva más kórodák adataival; így pl. Budapesten 26,14%, Drezdában 25%-ot tesz ki először szülőknél a repedések gyakorisága. Többször szülőknél nem észleltünk repedéseket.

Szüléseink száma esekély arra nézve, hogy jelentékenyebb következtetéseket vonjunk le, azonban vannak egyes észleleteim, melyekben némi magyarázatát vélem a nálunk észlelhető kedvezőbb viszonyoknak. Szülőnőink legnagyobb része a népesség azon rétegéből kerül ki, mely az izom erőt igénybe vevő — szabadban végzett — durvább munkával foglalkozik, mi a test összes izmainak rugalmasságára kedvező hatással van. Azt vélem, ez befolyással lehet a gát izmainak tágulási képességére nézve is. Mert a mely gát részé-

ről nem találunk hajlamot a tágulásra, annak berepedését előre jósolhatjuk. A szülönöket előre oktatjuk, hogy felszólításunkra — nyitott szájjal — röviden lihegjenek, óhajtván ez által, hogy midőn a szeméremrés tágulása a legnagyobb fokot eléri, a hássajtó nyomása hatályon kívül helyeztetve csak a méhösszehúzóerők működjenek mint toló erő s így a gátnak elegendő ideje legyen a kitágulásra. Sok gátnak megmentését köszönhetjük ezen eljárásnak, valamint a gát támogatás azon módjának, melyet kórodánkon követünk s mely a következőből áll: jobb kezünk úgy helyezkedik el a gáton, hogy a tenyér kisujji oldala (párnája) a végbél előtti részt támasztja meg, fájdalom alatt hüvelykünk a jobb, közép és mutató ujjunk a bal nagy szemérem ajkra illeszkedve azokat le és hátra felé huzza, miáltal a gát közepe mintegy kiemelkedik — meglazul — és a tágulásnál ruganyossági képességét jobban kifejtheti, mint ha egész tenyerünk nyomást gyakorolna a gátra. Bal kezünk ujjait úgy osszuk el a fej már látható részén, hogy általuk a két falcsont támasztatik meg és közelítetik egymáshoz. Nyugtalan szülőknél szükséges balkezünket a czombok közt juttatni a fejhez, miáltal a medenczét rögzítve, a nő esetleges mozgását — mely támogatásunk célját meg-hiusíthatná — megakadályozhatjuk. Oly gátnál, mely merevsége miatt kevés hajlandóságot mutat a tágulásra, szülés előtt vagy alatt 1—2 meleg ülőfürdőt adunk, e mellett vaselinnel bekenet ujjainkat a gát szélébe akasztván azt néhányszor — fájdalom alatt — hátrafele simítjuk.

Gátbemetszést (episiotomia) egy esetben sem alkalmaztunk. Habár ujabban szép kimutatással birunk a lipcei kórodából a bemetszések gyakorlati hasznáról, azért nem tudunk megbarátkozni azon gondolattal, hogy gátmetszést végezzünk talán oly gátnál is, melynek — ha elegendő idő nyújtatott a kitágulásra — épségben tartására a lehetőség meg van. Mert a bemetszés tulajdonképen egy művileg készített repedés, melyet utólagosan egyesíteni kell. Az egyesülés lehetősége pedig úgy a metszett, mint a repedt sebekre nézve egyenlő kilátásúnak tekinthető, mivel a repedt seb széléit csak akkor egyesítjük, ha azokat óllózás által egyenletessé tettük. S mi a mentésünk, ha bemetszés daczára a gáton repedés származik? Legfeljebb az, hogy az nem a gát közepén, hanem a bemetszés alapján keletkezett. Ha egyszer oly bemetszés vagy repedés történt, mely egye-

sítést kíván, akkor mindegy, ha az egy vagy két cm-re terjed is. Nagyobb gátrepedések elkerülésére pedig azon csekély bemetszés, mely jelenleg gyakorlatban van s mely legfeljebb a mellső izomkötegeket lazítja meg — biztosra mondhatjuk — csekély jelentőséggel bír.

A lipcei kórodán*) ezer előszörszülőnél bemetszés végeztetett az esetek 25·9%-ában, gátrepedés történt 10·4%-ában, repedés a bemetszés dacára 2·9%-nál; gátsérülés tehát összesen 39·2%-ban. Mily feltűnő aránytalanság a mi eljárásunk mellett előfordult gátrepedések gyakoriságával egybe hasonlítva.

A repedések okaira nézve — eseteinket tekintve — a következőket jegyezhetem meg: fogó műtét folytán keletkezett 3, utójára jövő fejnél 3, szemcsés hüvelylob, függölyök mellett 8, a szülő nyugtalansága miatt 6, a támogatás hiánya miatt 2 esetben. Ezekhez sorakozik még néhány eset, melyeknél a végbél körüli és a gáton lefutó visszerek aranyeres kitágulásokat mutattak s bár ily eseteknél szülés alatt a gát elegendő ruganyosságot mutat, a tapasztalat arról győz meg, hogy a legnagyobb tágulás pillanatában az ily gátak könnyen és nagyobb terjedelemben szakadnak be. Ezért a tágult végbél nyílás körüli visszéresomókat a gát minőségének megítélésére — előszörszülőknél — jelentőséggel bíróknak tartom.

A gátseb egyesítésére kizárólag selyem varratokat alkalmaztam és pedig 54 esetben csomós, 13 esetben szűcsvarratot; 8 esetben nem történt egyesítés.

Az egyesítésnél a következő szabályok szem előtt tartását tartom szükségesnek: 1) az egyesítés szülés után rövid időre történjék; 2) a sebszélek ollózás által egyenlítettessenek ki, ha valamely oldalon a repedés feljebb terjedő, az ellenkező oldalon annak megfelelő seb rész készítettessék, mivel a teljes egyesülés feltétele, hogy a gátszéli fedetlen sebfelület ne maradjon, mert az könnyen fekélyedésre és az egyesülés szétválására vezet; 3) a varratok mélyek, az izomzatot egészen felölelők és egymástól 1 cm-re fekvők legyenek, szűkség esetén a hüvelybe is alkalmaztassanak; 4) eltávolítandók a 3-ik nap lefolyása után, mert ez idő alatt a gyors egyesülésnek be kell következnie, a további bennhagyás a szűresatornák genyedését idézi

*) Archiv f. Gyn. XXIV—I.

elő, sőt a sebszélek fekélyedését is; 5) az első napok alatt a szülő-részek teljes nyugalomban maradjanak s azokra carbolos vagy gyenge sublimat oldattal borogatások legyenek alkalmazva.

Az egyesítés eredménye 57 esetben teljes egyesülés, 10 esetben a sebszélek szétválása volt. Ezek közül 3 eset a szücsvarrattal egyesítésre esik, melynél a fonalvég csomózása nem nyújt elég biztosítást a sebszélek összetartására, ezért mostan a fonalvéget sörét ráhuzásával rögzitem. Előnye a csomós varrat felett könnyű eltávolításában áll.

Eredményeink kielégítőeknek mondhatók, mert míg a budapesti első kórodán 70 %, Drezdában 81 %, Bonnban 79%^o a teljes egyesülés, nállunk 85 %-ot tesz ki.

Az egyesítést legjobb közvetlen szülés után végezni, azonban a később végzett egyesítéstől is várhatunk sikert, így 2 esetben 6 óra, 1 esetben 8 óra és magán gyakorlatomban egy esetben 12 órával szülés után végeztem a varrást — utóbbi esetnél végbélig terjedő repedésnél — jó eredménnyel. Hat nő — azok közül, kiknél egyesítés történt — ismételen szült újabb repedés létrejötte nélkül.

A sebészileg nem kezelt és így hegképződéssel gyógyult gátrepedések következményeit felette sötét színekben találjuk feltüntetve a szakkönyvekben, úgy hogy azt kell hinnünk, miszerint egy gátrepedést szenvedett nő — idővel fellépő — hüvely fal, méhsülyedés vagy előesés nélkül el sem képzelhető.

A gyakorlat másról győz meg. Sok esetét találjuk ugyan a méhelőesésnek hol a gát kitágult ugyan, rugalmasságát elvesztette, de rajta repedésnek nyoma sincs, míg más esetben végbélig terjedő repedés mellett a méh és a hüvelyfalak rendes helyükön maradnak meg. Igaz ugyan, hogy az előesések leggyakrabban oly nőknél jönnek elő, kik már szültek így Scanzoni 114 esetéből csak 15 nő volt, ki nem szült; Weinberg*) a Martin kórodájáról 174 esetből csak 6-ot talált; ezért magát a szülést, nem pedig a gátrepedést tekinthetjük hajlamosító oknak az előesés létrehozatalában.

Szülés alatt a farcsikizom, végbélemelő- és húgycsőemelő izmok által alkotott medence-rekesz (diaphragma pelvis) — mely alulról a medenceüreg élettani elzárását képezi — nagy vongálásnak,

*) Ueber prolaps. uteri. Diss. Berlin. 1869.

sőt repedéseknek lehet alávetve, minek folytán később a hassajtó nyomásával szemben kevésbé tudván ellenállást nyújtani a méhet sem képes helyzetében megtartani s az — a méh szálagoknak a terhesség és szülés által feltételezett lazultsága is hozzájárulván — a medence kimenet felé nyomul. Az ép gát akadályul szolgálhat ugyan a lenyomulásnak s egy ideig helyettesíti a medenczerekesz feladatát, de végre az is enged a hassajtó nyomásának s ekkor a méhsüllyedés vagy előesés egy kifejezett állapotát láthatjuk magunk előtt.

A méh ily helyzetváltoztatásának nagyobb fokait az alsóbb néposztály nőinél találjuk gyakrabban, mivel azoknál a terhes munka mellett a hassajtó a meglazult medence-rekeszre gyakoribb és nagyobb nyomásokat végez. Ily nők a gyermekágyban alig pár napig feküdvén, már kezdik terhes munkájukat, midőn még a medenczerekeszervekben a visszafejlődés alig vette kezdetét.

Részemről tehát azt hiszem, hogy az előesés mechanicájában a gátnak másodlagos szerep jut s a gátrepedésnek hátrányát abban találom, hogy annak palliativ kezelését nehezíti vagy éppen lehetlenné teszi. Nem hagyhatom említés nélkül elhanyagolt gátrepedéseknek káros behatását a házas élet zavartalan folyamára, mely — elgondolható okokból — képes egy nőnek talán egész életét lelkileg épp úgy zavarni, mint testileg talán egy méhelőesés. Habár Dieffenbach ismert jellemzése csak a legnagyobb fokú eseteknél bír a valóóság értékével, az általam említett tapasztalat létezéséről a mindennapi élet elég sokszor meggyőzhet.
