

KÖZLEMÉNY DR. SZABÓ DÉNES TNR. EGYETEMI SZÜLÉSZETI-
ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KÓRODÁJÁRÓL.

**Uterus bicornis durványosan fejlődött jobb szarvában létre-
jött terhesség egy esete.***

Dr. Malom Dezső kórodai tanársegédétől.

A durványosan fejlődött mellékszáruban létrejött terhesség egyike a legritkább eseteknek a szülészet- és nőgyógyászat körében. Az irodalomból a Kussmaul¹, Sängner², Himmelfarb³ összegyűjtései után csak 34 esetről van tudomásunk.

A közölt esetek lefolyása a legkülömbözőbb. Mig a magzat elhalása a tömlőben 24-szer következett be a terhesség első felében, addig 2 ízben a terhesség II. feléig lett kihordva, sőt 6-szor a végéig. A tömlő repedése 24-szer következett be, de ellentétben a tubaris terhességgel egyetlen egy ízben sem a III. hónap előtt. A repedés egy eset⁴ kivételével az anya halálát eredményezte. Lithopaedion képződés 3 ízben észleltetett: egyszer egy négy (Chiari); egyszer egy öt hónapos magzatnál (Pleffinger-Fritze), mely mint lithopaedion 50 évig volt a mellékszáruban minden tünet nélkül, mikor a magzat szétesése és az anya septicaemiája következett be; egyszer végül egy kiviselt magzatnál (Turner). Műteti eljárás tárgyát 7 eset képezte.

* Előadatott az E. M. E. orvos. term. tud. szakosztályának 1896. decz. 11-iki orvosi szakülésén.

¹ Von der Mangel, d. Verkümmerng etc. d. Gebärmutter. — Kussmaul. — Würzburg 1859.

² Centralblatt f. Gyn. 1883. No. 20.

³ Himmelfarb; Ueber Nebenhornschwangerschaft. — Münchener med. Wochenschr. 1888. No. 17 és 18.

⁴ Chiari. Wiener med. Wochenschr. 1875. No. 42. Ez esetről a magzat a tömlő repedésekor a (terhesség IV. havában) a hasúrbe jutott, hol lithopaedion képződés mellett körülbelül 15.—20 évig volt. Véletlen, bonczolatnál találtatott fel.

Az idevágó esetek ezen ritka volta teszi indokolttá az alábbiak közlését.

L. F.-né 25 éves ev. ref. vallású, illyefalvi szül. férjes földműves OP. 1896. nov. 2-án vétette fel magát a kolozsvári egyetemi szülészeti- és nőgyógyászati kórodára (felv. sz. 100—1896). Másfél év óta van férjnél, első havibaja 18 éves korában volt, mely után négyhetenként mindig rendszeren jelentkezett 4 napi tartammal, lefolyása normalis. Utolsó tisztulása 1 év előtt. Vérései kimaradása után gyakori hányás kinozta 4—5 hónapon át, mintegy 5 hó előtt emlőiből bő váladék volt kiszorítható. Terhesnek tartja magát. Magzat mozgásokat előbb állandóan érzett, azonban 3 hó óta megszűntek. A magzat mozgások megszűnte után 2 héttel vérzeni kezdett, vézése azonban inkább csak véresikkokkal kevert festett folyás volt, 2 hétig bővebben, 2 hétig pedig csak kis mennyiségben jelentkezett és e vérzés egész ideje alatt görcsöket érzett hasában, melyek szülési fájdalmakhoz hasonlítottak, a kereszt- és lágyéktájra sugárzottak ki. Vérézésében hárttyákat egy ízben sem vett észre. Jelenleg alhasában fájdalmakat érez, folyása van nemző részeiből. Más megbetegedést sem a jelenlegi, sem az azelőtti időre vonatkozólag nem említ. Orvosa — Dr. Flechtenmacher Károly (Brassó) — minthogy magára megszülni nem tud, utasította klinikánkra.

A 160 cm. magas, 62 klgr. testsúlyú nő jól táplált, jól fejlődött csont és izomrendszerrel bír, látható nyákhártyái rendesek. A mellkasi szervek, továbbá máj, lép, gyomor és bélhuzam semmi eltérést sem mutat. Vizelet rendes.

Emlők középnagyok, mirigyes tapintatúak, de váladékot nem adnak. Emlők bőrén harántúl lefutó csíkok (terh. hegek); bimbó udvarok sötétén festenyettek; Montgomery mirigyek.

Álló és fekvő helyzetben a has alsó részlete egyenletesen síma felülettel előre domborodik, köldök behúzódt, közép vonal barnán festenyzett. A has elődomborodását egy a medenczéből kiemelkedő kemény izomtapintatú képlet okozza, mely a proc. xyph. alatt tenyérnyire végződik gömbölyű felülettel, s mely a medenczéből kiemelhető úgy, hogy a symphysis és dag között a hasfalak mélyen benyomhatók. A daganat felülete mindenütt egyenletesen síma tapintatu és benne külön álló részek nem találhatók.

A széttárt szeméremrészről bővebb gennyes váladék ürül; introitus alig kékes. Portio vaginalis körülbelül $\frac{1}{2}$ cm.-nyi; méh-

száj csukott, lencsenyi. Méhtest látszólag kicsiny, a symphisishoz szorított, a medencze bal felében. Említett képlet a medencze bemenet síkjában jobb oldalt külön tapintható a méhtől és felemelésénél a portio csak kis mértékben emelkedik, a daganat húzását csak alig követi. Végbélen át történt vizsgálat eredménye ugyanaz.

Ezen vizsgálati eredmény mellett a diagnosis igen nehéz volt.

Az egész anamnäsis, sőt a nőnek határozott állítása a terhesség mellett szól, mely tekintve, hogy kicsiny sinistrovert. uterus tapintható a daganat mellett, ektopikus kell legyen. De ha extrauterin terhesség van jelen és pedig már a X-ik hónapon túl — akkor miért nem tapinthatók magzati részek? Ezen biztos terhességi jelek nélkül — nézetünk szerint — terhességet, főképen annak végén, gyanítani lehet, de határozottan felismerni alig szabad. A terhes tömlő falazata oly vastag és a magzat testéhez szoruló, hogy az egyes testrészek kítapintását teljesen meggátolja, leginkább a durvanyos mellék szarvnál lehet. Ilyenmő terhességre a valószínű jelek kapcsán kellett is gondolnunk — de ennek felvételénél a biztos jelek mellett még más fontos momentumok is hiányzottak, miket pedig annak a ma már eléggé jól körülírt diagnostikája megkövetel. Így pl. nem tapintottunk köteget, mely a daganattól a belső méhszáj tájára húzódná, nem tapintottuk a nem terhes szarvnak jellemző ívben hajlott alakját, csúcsban végződését — ellenben találtunk jól fejlett fundust.

Hasonló leletet, mint a milyent vizsgálatunk kiderített, adhatnak petelészek-daganatok, főleg a rossz indulatúak, ily irányú felvételnek ellene szól azonban betegünk ép, egészséges kinézése, a legtöbbször előjövő hasúri folyadék-gyülem hiánya, kora stb. Fibroma ellen szól a vérzések kimaradása, talán igen gyors növekedése (1 év) a daganatnak.

Egészen hasonlók a nehézségek a diagnosis megtétele körül, mint a milyenek voltak a Koeberlé és Wiener esetében, holott ez utóbbi szintén már a Sängner által közölt és eddig egyetlen diagnostisalt utáni időből származik, mikor tehát az ismérvek már szabatosan körülírtak, s melynél ezen felül még a tumor és tapintott méh közötti összefüggés is a belső méhszáj táján világosan felismertető volt ¹

¹ Dr. M. Wiener. Archiv. f. Gyn. XXVI. kötet 236 lap.

Igy biztosan megállapított diagnózis nélkül határoztuk el a hasmetszést a tumor eltávolítása végett, melyet dr. Szabó Dénes egyetemi ny. r. tanár 1896 nov. 21-én hajtott végre.

Metszés a lin. alba mentén köldöktől 3 ujj távolságra a symphysis fölött. A két ujj vastag zsírrétegből mérsékelt vérzés. Peritoneum felhasítása után egy sima felületű, kemény, fibroma benyomását tevő képlet lesz látható, mely szabadon mozgatható, de az igen feszes rectusok miatt az ejtett nyíláson át ki nem gördíthető, miért a hasseb köldök fölé tenyérynivel hosszabbítatik meg. A most kigördített daganat emberfej nagyságú, gömbölyű és teljesen tömör tapintatú, külső és alsó felületén tuba és ovarium látható; széles kocsánynyal függ össze a bal oldalt levő kicsiny méhvel, melynek — az ovarium rendesnél kisebb voltától eltekintve — ép adnexái vannak bal oldalt. A kocsány a visszamaradó méhvel párhuzamosan lefelé fut annak jobb szélén és a cervixxel látszik egyesülni, vastag, izom tapintatú, míg környi részében vékony, hártyaszerű (lig. latum lemezeinek felel meg). A kocsány alákötése selyemmel történik 3 részletben, mire Billrothba szorítva fölötte átmetszetik. A kocsány Billrothban volt részlete, izomszövet kimetszésével vékonyítva, az alákötések fölött catgut szücsvarrattal peritoneummal borítottatott. A középső alákötés laza, újbóli összeszorításnál elszakad, a helyébe bevitt új alákötés szurtesatornájából vérzés áll elő, mely egy negyedik alákötést tesz szükségessé az előbbieket alatt a szabad szél felé. Toilette után a csontkötés elsúlyesztetik. Egész műtét alatt (45 perc), leszámítva a has zsírpárnájából jövő és a másodszer bevitt középső alákötés szurtesatornájából keletkezett igen csekély vérzést, beteg majdnem semmi vért sem vesztett. A hasseb egyesítése két emeletben történt; az első (catgut szücsvarrat) a peritoneumot egyesíti, a második (selyem csomós varrat) a többi rétegeket együttesen Has-sebre dermatol lesz hintve, majd gaze és vatta nyomó kötés alá kerül.

Beteg kórtörténetéből a műtét utáni lefolyásra vonatkozólag a következőket közölhetem:

Hőmenet 37·0—37·5° C. között ingadozott, csak egy ízben (műtét utáni 4-ik nap d. u.) emelkedett 37·8°-ig, melynek azonban közelebbi oka kideríthető nem volt. Pulsus száma percenként észlelés alatt 80—96 között váltakozik, kivéve a két első napot, mikor

116-ig emelkedett. Műtét után három napig gyakori émelygés és hányás; nyelv kissé bevont fehéres lepedéssel, de nedves. Ezen három nap alatt puffadtnak érezi magát, szelek nem távoznak és a kötés szorításáról panaszol. 4-ik nap adott glicerín-csőrére szelek megindúlnak, egyszer széke van, hányingere és nyugtalansága megszűnik. Már a második nap estétől kezdve rendszeren étkezik. Állandóan önként vizek.

Hetedik napon első kötésváltogatás. Sebzés közepén a bőr legfelső rétegére vonatkozó babnyi szétválás helyén tiszta granulatio. Némely varrat kissé bemetsz, mely helyeken a bőr vörös — ezen varratok eltávolítása. Második kötéseserénél a 16-ik napon az összes varratok eltávolítottak (néhol bemetsztek). Vonalas egyesülés minden reactio nélkül.

Beteg a műtét utáni 24-ik napon teljesen jó közérzettel az ágyat elhagyja.

Az eltávolított, 2800 gr. súlyú, emberfejnyag, teljesen tömör izomtapintatú daganatot hosszában a legmagosabb pontjától a kocsány felé haladó metszéssel felhasítva, egy magzat vált láthatóvá, mely farlekvés II. állásban rendes tartással volt elhelyezkedve a tömlőben. A teljesen egymáshoz szorított testrészeken mindenütt szorosan odafeküdt a tömlő falazata. A megnyitáskor mintegy 2—3 evőkanálnyi sűrű barnás vörös, de teljesen szagtalan folyadék ürült, melyhez a még vérrel telt tömlő falaiból kevés vér keveredett. A tömlő egész alsó részletét vékony, de nagy kiterjedésű lepeny fődte, úgy hogy csak a felső részletek voltak szabadok. (Hasonló nagy kiterjedésű lepeny, mint a Wiener által közölt esetben.)

A tömlő magassága 220 cm., szélessége 150 cm. A falazat vastagsága a tuba fölötti tájon (fundus) 06 cm., az alsó részleten (kocsány tája) 16 cm. Tuba gazdag fimbriákkal ellátott 12 cm. hosszú, átjárható. Az igen lapos ovarium 4 cm. átmérő mellett csak 07 cm. vastag.

A magzat hossza (a tömlőben mérve) 485 cm., a jól hozzáférhető fej egyenes átmérője 108 cm., a biparietalis átmérője 92 cm. Magzat fején dús, sötét barna hajzat van, kutacsok, varratok a rendes viszonyokat mutatják, csontok látszólag jól fejlődöttek, máskülönben a magzat a maceratio tüneteit viseli.

A mikroszkopos vizsgálat eredményeit, dr. Buday Kálmán egyetemi tanár úr volt szíves a következőkben egybefoglalni:

»A tömlő-falnak azon a helyén, hol a placentát fel lehet ismerni, a legbelső réteg, mely a tömlő üre felé néz, mintegy 4·5 mm. vastag, chorion bolyhok, edényűrök és nagy decidua sejtek ismerhetők fel benne — azaz a placenta foetalis és materna rendes alkatrészei. Az ép viszonyoktól eltérés annyiban van, hogy magfestő szerekkel nem színeződik, jeléül annak, hogy teljesen elhalt; a chorion bolyhok számos helyen elmeszesedtek. A placenta felületét borító amnion hasonlóan elhalt, hámrétege teljesen hiányzik. A placenta és izomréteg között az átmenet nem oly fokozatos, mint rendszeren lenni szokott — a kettő között vastag kötőszöveti rostokból álló hártya képez katárt. Az elhalás az izomzatra már nem terjed ki, jól festődik, nyalábos szerkezetű — rajta egy belső és külső keskenyebb s egy középső szélesebb réteg elég jól megkülönböztethető. Az izomnyalábok közti kötőszövetben különösen a véredények körül gömbsejtes beszűrődés található.

A placenta határán készített metszeten a kép nagyjában hasonló. Az izomzat valamivel keskenyebb, de rétegei megkülönböztethetők. A nyákhártya 1·5 mm. vastag finomabb szerkezete már nem ítéhető meg — teljesen elhalt, egészben véve azonban compactabb a nyákhártya ezen része, az izomzat felé szintén rostos kötőszövetből álló réteggel van határolva. A nekrotikus szövetben barna-vörös haematoidin rögök vannak.

A tömlő fundusából nyert metszeten (a tuba beszajadásához legközelebb eső helyről) az izomnyalábok lefutása igen bonyolult, úgy hogy a 3 réteget nem lehet olyan pontosan megkülönböztetni, mint az előbbi két helyen. Az izomzat között aránylag sok a kötőszövet, mely itt is gömbsejtekkel infiltrált, sőt a kisebb véredények ürtere is ilyen gömbsejtekkel, leukocyákkal van tele — ez legkifejezettebben azon helyen, hol az izomzat a nyákhártyával határos van jelen. A nyákhártya e helyen nem mutat elhalást, mindenütt jól megfestődik. Felülete kissé szemölcsös, hasonlóan a cervix nyákhártyájához (*palmae plicat.*), felszínét alacsony hengerhám fedi; szövetét igen nagy, duzzadt, epithelszerű sejtek és kevés rostos közti állomány képezik, közben itt-ott hengerhámsejtekkel bélelt mirigyek. A duzzadt sejtek emlékeztetnek a decidua sejtekre, de nem oly sűrűn állanak egymás mellett, hanem lazábban; a nagy sejtek között igen bőséges gömbsejtű infiltratio van, mely kétségtelenül alterálta

a nagy sejtek egymáshoz való viszonyát. A deciduaszerű sejtek több helyen sok narancssárga pigmentet tartalmaznak. A nyákhártya kötőszövege közvellenül átmegy az izomzat interstitialis kötőszövegebe, a rostos réteg itt hiányzik s épen ezért a nyákhártya és izomzat határa nem oly éles, mint az előbbi 2 helyen.

A tömlő kocsányát képező izomzathól készített lapmetszeteken a nyakcsatorna görcsövi maradványát nem lehetett egyáltalán tellelni. tehát összeköttetés kifelé nem volt.

A magzat jobb czombcsontja 5 mm. hosszú, alsó végében 2 mm. átmérőjű csontmag, a porcok vörhenyesen beivódottak.

A szövettani lelet szerint tehát a magzat elhalásával a tömlő falnak az a része is elhalt, mely a placenta által képezetett. Az elhalás a környező izomzatban s a nyákhártya el nem halt részében lobos reactiót keltett s az említett rostos határhártya talán ilyen eltökölő gyúladás eredménye.*

A hosszú kürt, a terhes tömlő kocsányának eredése a cervix táján ép úgy kizárja a tubaris, mint az interstitialis extrauterin terhességet. Kétségtelenül kétszarvú méhvel (ut. bicornis) állunk szemben, melynek egyik (jobb oldali) szarvában jött létre a terhesség. E szarvat pedig *dürványosan fejlettnek* kell tartanunk, ha elfogadjuk Turner meghatározását, mely szerint a cervix felé kanalisatió nélküli szarv — rudimentär. Mert Kussmaul nézetét,¹ — hogy t. i. a canalisatió eredetileg megvolt, de a terhesség alatt létre jövő erőteljes decidua képződés és a hatalmasan táguló edények nyomása azt zárta — mint azt már Ruge² is hangsúlyozta — nem fogadhatjuk el, midőn kanalisatiót görcsői vizsgálatlaltal sem tudunk kimutatni; miért is esetünknel annak hiányát mint vele született állapotot tekintjük.

Ezek után a Ruge-Sänger féle meghatározást fogadva el, esetünket, mint: *uterus bicornis unicollis latere dextro rudimentarius excavatus gravidus* esetét fogjuk fel.

Az idevágó esetek legnagyobb számában a terhesség III. hónapján túl a szarv repedése bekövetkezett, esetünk a hetedik, hol a magzat végig ki lett hordva. Hogy miért nem reped meg a tömlő

¹ Lásd idézett munkáját.

² Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1878. II. kötet, 27—28. l.

minden esetben, annak másban magyarázatát nem kereshetjük, mint azt Werth és mások is hangsúlyozták, csak a tömlő falazat erőteljes kifejlődésében; úgy látszik minél erőteljesebb kifejlődést ér el ez a terhesség folyamán, annál valószínűbb, hogy a magzat a terhesség végéig ki lesz hordva. Igen érdekesekek az ide vonatkozó számadatok, melyek a falak fejlettségét mutatják; így pl. míg esetünkben a felső részleten 0.6 cm, az alsón 1.6 cm. — Werh. esetében¹ a felső részen 0.4 cm., az alsón 1.5 cm. — Wiener² esetében pedig fönt 0.4 cm. alul 1.8 cm. stb. a falak vastagsága.

Sajnos, hogy esetünkben a pete termékenyítésének módjára semmi bizonyost sem mondhatunk.

M nthogy a nyílt közlekedés a 2 szarv között teljességgel hiányzott, az ondó útja csakis a jól fejlett szarvon és tubáján át vihetett — ezt kétségtelennek tartjuk; de hogy az ondónak vagy megtermékenyített petének külső átvándorlásával állunk-e szemben, ez teljes homályban marad. Az eltávolított durványos szarv ovariumában corpus luteum nem volt található, ezért lehetséges, hogy a baloldali, visszamaradt ovarium szolgáltatta a petét vagyis transmissio ovuli externa esete forgott lenn. De viszont tekintve azon tényt, hogy a corpus luteum visszafejlődése a terhesség közepe táján kezdetét veszi s annak lezajlása után pár hónapra a corp. lut. többé már nem található fel,³ nem áll távol a feltevés, hogy a kiviselt magzat elhalása után, midőn a tovább fejlődés az összes genitáliák részéről véget ért, 3 hó alatt a corp. lut. eltűnése is bekövetkezett s az eltávolított jobboldali ovariumban ezért nem volt fellelhető. Ez esetben viszont az ondó külső átvándorlása játszódott le.

Tekintve a durványos szarv alsó részletének zárt voltát, fel kell tegyük, hogy esetünkben a menstruatio csak a kilelé kommunikáló bal szarvból történt, míg abban a jobboldali nem vett részt, mert ennek vérzései következtében haematometra jönne létre, mely pedig a teherbe jutást zárna ki (Sänger). A különben is egyedül álló nézetét Leopoldnak,⁴ mely szerint a durványos szarv kis üre-

¹ Archiv f. Gyn. XVII. kötet.

² Archiv f. Gyn. XXVI. kötet.

³ E Ziegler, Lehrb. d. spec. patholog. Anatomie. Jena 1892—826 lap.

⁴ Centralblatt f. Gyn. 1883.

gébe jutó csekély mennyiségű vért annak nyákhártyája felszívni s így a haematometra keletkezését meggátolni képes — alig képzelhetjük el.

Wiener¹ a rudimentumos szarvban fellépett terhesség diagnózisát állítja fel valahányszor a terhesség gyanú és valószínű jelei mellett annak végén eredménytelen szülőtájdalmak zajlottak le, s e mellett egy tumort tapint, mely a medenczéből felemelkedve nem a középvonalban foglal helyet, hanem valamely oldalra kissé eltolt s habár feszes (magzat részek nem tapinthatók), de a terhes méhnek alakját mutatja; belső vizsgálatnál pedig az ellenkező oldalra ívben hajló üres méhet talál, melylyel a nagy tumor a belső méhszáj táján függ össze többé-kevésbé vastag köteggel.

Esetünkben a fentirt jelek hiányoztak, tehát azok nem minden esetre jellegzetesek, de részünkről ezen jelek mellett is csak valószínű, de nem bizonyos diagnosist tennénk, minthogy a terhesség végén, annak kétségtelen diagnózisához a bizonyos jeleket nélkülözhetetlenek tartjuk.

¹ Archiv f. Gyn. XXVI. köt. 242 l.