

## EPISPADIA ÉS ECSTROPHIA VESICAE URIN. ESETE. \*)

*Dr. Höntz Kálmán egyetemi tanársegédttől.*

(Egy ábrával.)

A fejlődéstanból tudjuk, hogy a húgyhólyag az allantois hátramaradó részéből fejlődik, mely a középső csirlevélből két solid edénydús kinövés alakjában ered. Ezen két dombocska symmetrice fekszik a középvonal mindkét oldalán, összenőnek egymással s addig hosszabodnak, míg a cloaca falát nem érintik. Míg az ébrényből kinövő allantois hólyagcsa a chorion képződéséhez járul, addig a cloacával érintkező részből, az urachusból a húgyhólyag képződik.

Az urachus alsó részében orsószerűleg kitágul és képezi a húgyhólyagot, míg többi részeivel egy ürmenet alakjában a köldök-zsinórba szájadzik.

Az ébrényélet 4-ik hetében, midőn a bél- és az uro-genital szervek egy közös cloacába szájadznak, a majd még csak leendő gáton egy nyílás található, t. i. a cloaca külső nyílása. Ezen cloaca későbbben egy haránt irányú válaszfal által egy mellső és hátsó csőre osztatik. A mellső képezi a sinus urogenitalist, mely nőknél még egyszer, húgycsőre és hüvelyre lesz elválasztva, a hátsó a végbelet. Ezen osztást megelőzőleg a 6-ik hétben a symphysis pubis helyének megfelelőleg az u. n. nemi dombocska lép fel, mely lassanként kiemelkedik; alsó felületén egy a cloaca nyílás felé vonuló barázda az u. n. nemi barázda található. Mialatt az egyesült nemi dombocskában a glans kifejlődik, a meghosszabodó gát addig a cloaca mellső nyílását azaz a sinus urogenitalis nyílását a symphysis alsó széle felé tolja.

Rose szerint a húgycső maga is három részből képződik t. i. a hólyagnyakból a pars prostatica, a külső bőr betüremkedéséből a finemű magzatoknál a húgycső makktuyi részlete, — a bélső hátsó végének kitüremkedéséből pedig a húgycső többi része a prostataig.

A hólyag és a húgycső fejlődésének rövid vázolósa után átterhetek első sorban az epispadiára. Epispadia alatt értjük a húgycső falának vele született hasadását! Coset szerint ezen fejlődési hiba oly

\*) Bemutatott az orvosi szak 1891. január hó 31-én tartott ülésén.

módon jön létre, hogy a segnyilás képződése kezdetén a külső nemi részek fejlődésére szükséges és már fentebb említett nemi dombocs-kák a belső húgy és ivarszervek fejlődésével lépést nem tartanak. A húgycső azért a segnyilástól csakhamar eltávolodik, nemsokára a nemi dombocs-kák közé, azután pedig azok fölé jut, mi által a corpora cavernosák egyesülése lehetetlenné van téve.

Ez a húgycső abnormis helyzetét ugyan megmagyarázza, nem azonban felső falának hasadását; mindkettőnek egyidejű előjveteléből felvehetjük azt, hogy az abnormis irányt fentartó ok egyidejűleg oly módon is hat, hogy a húgycső különböző hosszban nem egyesül csővé, hanem csak mint vájulat marad fenn.

Egyes szerzők e fejlődési hiba létrejvetelét a húgycsőnek abnormis helyzete és hasadásában, mások a corpora cavernosák hiányos egyesülésében keresik.

A hasadás különböző terjedelmének megfelelőleg megkülönböztetnek: 1. Fissura incompletát (Dolbeau) v. epispadiasis glandis (Bergh) ha a hasadás csak a glansnak megfelelően van és 2. Fissura completát v. Epispadiasis penist, ha a hasadás a mony felső felületéig, sőt a pars membranaceáig terjed.

Esetünkben egy igen szép fissura completával van dolgunk, párosulva ecstrophia vesicaevel.

Ecstrophia vesicae urinariae névvel jelezzük a húgyhólyag mellső falának veleszületett hasadását, párosulva az egyidejű hasfal hasadásával. Ezen fejlődési hiba a hasfalak hiányos záródásában alapszik; miután a hasfalak a symphysis felett tökéletesen nem egyesülnek, az allantois a hasüregben teljesen el nem záródhatik és az urachus nem képződhetik; az allantoisból fejlődő hólyag melől egész hosszában hasadtan maradt s miután fala a hasfalak széleivel mindenütt össze nő, az pótolja a hasfal hasadását. Az urachus ilyenkor hiányzik és a köldök edényeivel együtt a hólyaghasadás felső szélén található. Miután a hólyag mellső fala hiányzik, a hátsó hólyagfal nyákhártyája elődudorodik s rendszerint ránczos megvastagodott s erősen belövelt s érzékeny. Az előesett hólyagrészletnek hosszátmérője rendszerint nagyobb, mint szélességi átmérője. — A hasfal hiányos képződésének következményei azonban nemcsak a hólyagra, hanem az urethrára, penisre, clitorisra és symphysisre is kiterjednek. A fancsontok nem egyesültek, tökéletlenül fejlettek s gyakran 10—15 cm.-nyire

állanak egymástól, legfeljebb rostos kötszövet által egyesítve. Hasizmok kifejtettek, csak az egyenes hasizmok állanak távolabb egymástól és a fehér vonal hiányzik. Nőknél ilyenkor az urethra és a clitoris teljesen hiányzik, néha a vagina elzáródott vagy szintén hiányzik.

Férfiaknál rendszerint ilyenkor epispadia van jelen, mely állapot már előbb említve volt. Férfiaknál e fejlődési rendellenesség gyakrabban fordul elő, mint nőknél. A húgy elválasztó és nemi szervek többi részei sok esetben egész normalisak, különösen a vesék és a húgyvezérek, — a méh, hüvely p-tefészek, — férfiaknál az ondóvezetékek, ondóhólyagsák dűlmirigy azonban némely esetben szintén hiányos fejlődést mutattak. Ezen fejlődési hiba létrejöttére nézve számosak a föltevések, számosak azért, mert a hólyag és szomszédos részeinek rendes fejlődésére vonatkozólag ez idő szerint még döntő vizsgálataink nincsenek.

Roose a fancsontok kimaradott egyesülését tekinti előidéző okul, Roose ellenben a fancsontoknak ezen nem egyesülését a hiányos hólyagképződés következményének tartja. Miután azonban a symphysis hiánya előfordul rendes hólyag és húgycső mellett is, Rose feltevése elejthető. Highmor, Duncan, később Märgelin és Velpeau az ecstrophia képződését annak tulajdonították, hogy a hólyag nagyobb mennyiségű vízgyülem által szét lesz szakítva, mi által nemcsak a hólyagfal, symphysis és genitáliák egyesülése, hanem a hasfal hasadása is föl-tételeztetik. Bartels a gátolt fejlődés okát a hasüregbe helyezi és kimaradt összenövésnek tulajdonítja. Miután a gerincoszlop egész normalis, a fejlődés gátját a bélsatornába helyezi oly módon, hogy az ébrényi élet negyedik hetében a középbél a végbéltől abnormisan szétválik.

Felsoroltakból láthatjuk, hogy a hólyag hasadás létrejöttének lényege még felderítve nincsen, annál is inkább, mert felsorolt hypothesisok a húgycső falának egyidejűleg előforduló hasadását egyáltalában nem magyarázzák meg. E kérdés tisztázása tehát a normalis fejlődés körében tett tapasztalatokra egyfelől, másfelől pedig a pontos anatómiai vizsgálatokra van utalva.

A hólyaghasadás által feltételezett zavarok még lényegesebbek, mint az epispadianál, miután a hólyag előfekvése által annak nyákhártyája a ruhanemű izgatása által, folytonosan bántalmaztatik, mi miatt azon exoriatiók könnyen létre jönnek, melyek a folytonosan áramló vizelet által igen fájdalmasakká válnak s nem ritkan fekélye-

sedésre szolgáltatnak alkalmat. Vérzések, melyek gyakran profusak, nem tartoznak a ritkaságok közzé. A vizelet kiválasztás többnyire folytonos, mi miatt a bőrön is excoriatiok lépnek fel és a vizelet bomlása által beteg maga körül nagy bűzt terjeszt, ritkán a vizelet időszakonként is ürítették több kevesebb mennyiségben, mely jelenség oly módon magyarázható meg, hogy a vizelet egyik vagy másik húgyvezérben felgyűl és csak azután ürül ki vékony sugárban. A vizelet kiválasztás különben a két uretheren át egymástól egészen függetlenül történik. A nemi functio zavara szintén fontos; férfiaknál a közösülés, immissio penis, és a mag rendellenes módon kiömlése által lehetetlenné van téve; nőknél Hasham, Oliver, Bonnet és mások az ilyen állapot daczára terhességet észleltek.

E bajokat ezelőtt gyógyíthatatlanoknak tartották és az egyes eljárások csupán csak az alkalmatlan vizeletcsepegés és következményeinek elhárítását czélozták, külön e czélra készített és a vizelet felfogására szolgáló készülékekkel és a gondos tisztántartás által. Az első therapeutikus ajánlatok 1830-ból erednek Delpech, Büngr és Frorieptől; az első tényleges gyógykísérlet Gerdytől ered, mely a hiány széleinek felfrissítésében és összevarrásában állott, fáradságát siker nem koronázta, — a genialis Diffenbach e bajjal szemben tehetetlennek vallotta magát, említett gyógykísérlet után azonban 1837-ben egy esetet ő is műtött különös eredmény nélkül. Diffenbach eljárása abban állott, hogy a vajúlat széleit felfrissítette és egészen a hátsó részig egyesítette, egyesülés csak a makkyúi részleteken jött létre, beteg másod ízben nem akarta magát műtétnek alávetni. Hasonló módon operált Bégin (1838.) és Blankin (1848.)

Azóta a művi beavatkozások szaporodtak és tökéletesebbek lettek, úgy hogy már manapság a beteg állapotán lényeges javulást idézhetünk elő, bár tökéletes normalis húgy kiválasztást még el nem értünk, miután a húgycső izomzatát helyettesíteni hatalmunkban nem áll.

1852. John Simon ismét oly módon próbálta meg szerencsését, hogy az urethereket a végbélbe ültette be; ugyan az az eszme vezérelte Jules Rout 1853., azonkívül azonban a hiányt még két — a scrotum és a hasfal felső részéből vett lebeny által akarta elenyésztetni, mi azonban neki a lebenyek gangraenája miatt nem sikerült. Demme későbbben mechanikai uton akart segíteni a fancsontok közéletése és a hólyag reponálása által, mit oly módon vélt elérhetőnek,

hogy a felfelé hajtott csökevényes penist egy pelotával rögzítette. Egy figyelemre méltó lépést tett Foncher, ki a nyákhártyából és bőrből készített lebenyeket, a nélkül azonban, hogy eredményt tudott volna felmutatni. Nelaton (1852.), Jobert de Lambal (1855.), Fallin (1862.), Dolbeau (1860.) és Verneuil (1868.) lebenykészítésekkel már több-kevesebb szerencsével dolgoztak.

Említett műtétek mindegyikében a vizelet elfolyása a csatornán át akadályozottnak mutatkozott, mit katheter alkalmazása által igyekeztek kikerülni. Thiersch (1869.) oly eljárást alkalmazott, mely egyéb előnyök mellett egy gáti sipoly képzése által a vizeletet a műtéti terrainumból távol tartotta. Thiersch műtétét több szakban végezte és rendszerint egy évig tartott. Két oldal-lebenyt vesz, melyek közül az egyik hiány az alsó, a másik annak felső részletét volna hivatva fedni. A lebenyek oly nagyságban vágatnak ki, hogy mind-egyik magában véve képes volna a hiány befedésére. A lebenyek különböző időben képezetnek; a második lebeny csak az első lebeny teljes odaforradása után vágatik ki és illesztetik az előbbi lebenyhez, mi által az előesett hólyag már most teljesen be van fedve. Ezek után áttér Thiersch az epispadia elenyésztetéséhez, mely feladatot ő három részre osztja. Először a makki részleten levő vájulatot alakítja át csővé és kivezető nyílását a makk hegyére helyezi, másodízben a penis háti vájulatából csinál csövet, azután következik a cső egyesítése, mit oly módon ér el, hogy a praeputiumot átszúrva, azt a makktyún át a két cső közzé helyezi és a felfrisített szélekkel egyesíti.

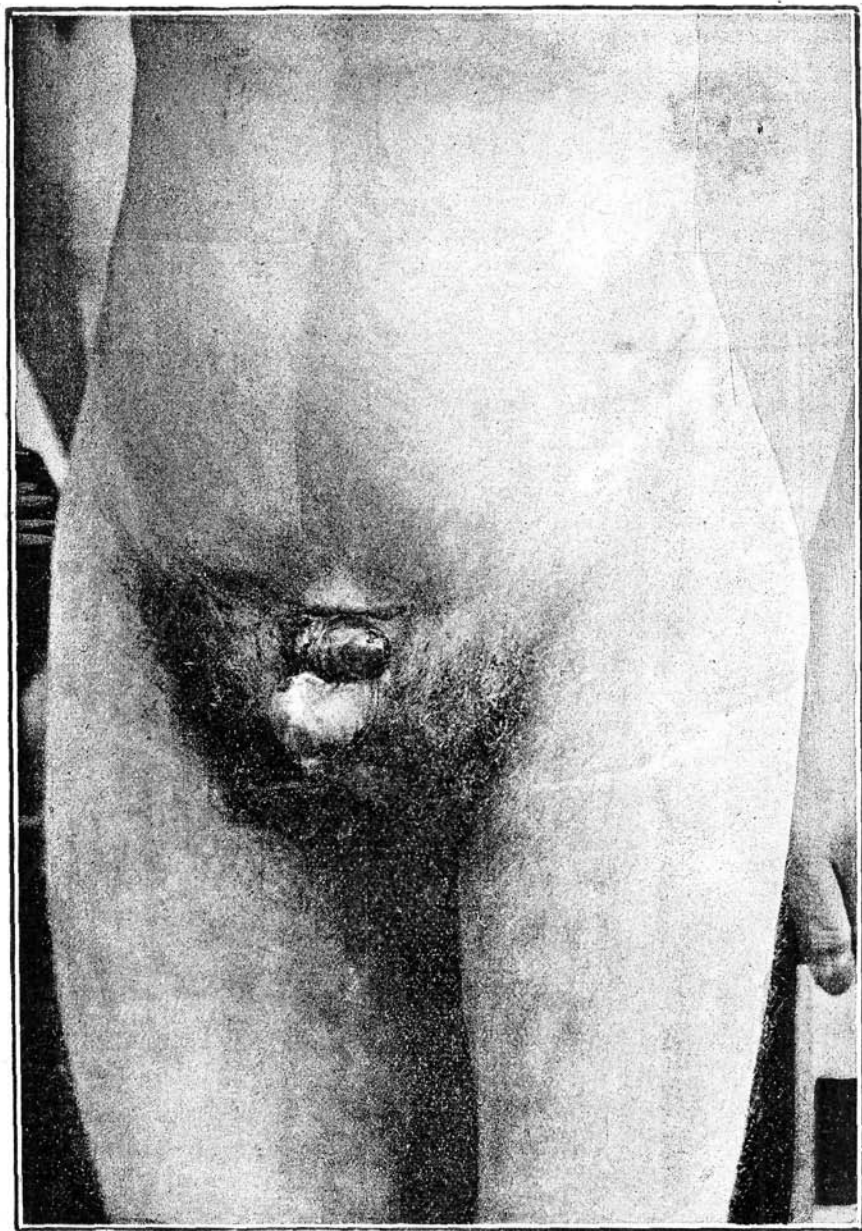
Ha az eddigi eljárások mind sikerültek, akkor áttér a még esetleges hólyaghiány és a képezett cső hátsó tölcseírszerű hiány befedésére, mit ismét a has bőrétől vett kettős lebeny átültetése által éri el. Ezzel egy hólyag és egy vele közlekedő cső képezetett, mely azonban záró izommal nem bír, de egy alkalmas compressorium által helyettesíthető. Thiersch betegei egészen 200 ccm. vizeletet voltak képesek tartani. Ha említett eljárásokat bírálat alá vesszük, akkor a Thiersch eljárását kell első helyre tennünk és olyannak declarálni, mely a betegeknek tetemes hasznot hoz, megmentve őket a folytonos vizeletcsepegéstől és az ez által feltételezett excoriatióktól.

Mielőtt a beteget in vivo demonstrálnám, e fényképet van szerencsém a t. szakgyűlésnek átadni. A megtekintésre szükséges időt betegünk kórtörténetének felolvasására fogom felhasználni.

Báthory András, 35 éves, ev. ref. nőtlen napszámos, dicső-szt.-mártoni (Kis-Küküllő) Diag. Epispadia et ecstrophia vesicae urinariae. Atyja él és egészséges; anyja ezelőtt 25 évvel ismeretlen betegségben, 5 testvére kicsi korában halt meg. Állítólag ilyen bajban egyik sem szenvedett volna. Ő maga beteg sohasem volt. Hozzátartozói elbeszélése szerint jelen baja születése óta áll fenn.

Jelen állapot: A has rendes teriméjű, váltakozó mélységű dobos hangot ad. Köldök nem létezik. A has alsó részletében mindkét oldalt jól kitapintható csontok érezhetők, melyek ott is végződnek; a fansontok egyesülése tehát ki nem mutatható, egymásközi távolsága 13 cmet tesz ki. A mony hossza 8·5 cm., kerülete 9·5 cm., mell és a has felé hajlott, kissé lapos. A corpora cavernosa mindenütt szorosan egymás mellett fekszenek, pontosabb vizsgálatnál azonban külön-külön kitapinthatók. Alsó felülete normalis, felső felületén azonban a következő rendellenességek láthatók: A húgycső nyákhártyája az egész penisen át szabadon előfekszik, csövő nincs átalakítva; vastagsága és szélessége (8 mm.) a pars cavernosa hátsó részének megfelelőleg legnagyobb. Az arteria dorsalis penis helyett a mony mindkét oldalán érezhető gyenge lüktetés. A penis gyökén három nagy mogyorónyi elődudorodás látható, mely élénk pirosas színű, felületes anyagihiányokat mutat, puha tapintatu és gyenge nyomásra fájdalmak közepette a hasürbe visszatolható. A kis ujj bevezetése fájdalmak közt 3 cmnyire sikerül. Betegnél folytonos vizeletcsurgás van jelen, mely két oldalt az uretherek beszajadásának megfelelőleg, függetlenül egymástól történik. Hátra fekve beteg vizeletét több ideig tarthatja, fennállva vagy a hasprés működtetése után a vizelet azonnal kiürül. A felfogott vizelet maga savi vegyhatású, fehérjét, cukrot nem tartalmaz, könnyen bomlik. Heréi meg vannak, de kisebbek. Beteg elbeszélése szerint monya időnként megmerevedik, midőn is az hosszabb és keményebb lesz; egyenesen a hasfala felé egyenesedik fel. Beteg állítólag sohasem közöszült, de ha penise megmerevedése után azt kezével egy ideig dörzsölte, kéjérzetek közepette, tőle egy fehér nyúlós anyag távozott el, a mi valószínűleg sperma volt. Kórodánkban való tartózkodása óta ilyen magömlése nem volt. Erectiói különben gyakran nincsenek, a nemi ösztön úgy látszik lefokozott.

Ezek után magát az esetet fogom bemutatni, mely kiváló érdekekkel bír több ok miatt, egyrészt azért, mert a penis oly hosszú, mint a milyent leírva seholsem találtam, másrészt pedig azért, mert a hasadás nemcsak a húgycső egész cavernosus részére terjed ki, hanem magára a pars membranacea-ra is, miután a mony csekély lehúzásánál a már a pars prostaticában levő colliculus seminalis látni lehet. E tény érdekessé teszi esetünket annál is inkább, mert Dolbeau szerint a hasadás a pars membranacea-n és prostaticán sohasem fordul elő.



*Ábra Dr. Hóntz Kálmán: Epispadia és ectropia vesicae urin. esetéhez.*