

A BAL HOMLOKÖBÖL NYILT TÖRÉSE. 1)

Dr. Turcsa János cs. és kir. I. oszt. ezredorvostól.

Ezen eset az erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1890. január 17-én tartott ülésén be lett mutatva és az Orvosi hetilap f. évi 4-ik számában röviden közöltetett.

Mivel azonban akkor a homloköböl még nyitva volt, a mennyiben a kerekded sebnyílás átlag 1·5 cm. átmérővel birt, továbbá szövődmények fellépésétől még mindig lehetett tartani, az eset részletes ismertetését illetőleg újbóli bemutatását a remélhető teljes gyógyulás bekövetkeztére tartottam fenn.

A beteg bemutatása a jelzett időben, eltekintve attól, hogy a sértés addig mindennemű szövődmény nélkül folyt le, azért is birt érdekléssel, mert a sebnyíláson át az egész homloköblöt még igen szépen át lehetett tekinteni.

Mielőtt a sértés ily kedvező kimenetelére befolyást gyakorolt tényezők méltatásába bocsátkoznék, szükségesnek tartom a kórtörténeti adatokat röviden ismételni.

Oltén D. köztüzér a helyben állomásozó cs. és kir. 24-ik számú nehéz üteg-osztály 3-ik ütegében 1889. november 18-án d. e. bal homlok táján saját lova által meg rugatott. Az előhívott napos orvos a koponya nyílt törését és kis foku agyrázkodást állapítván meg, sértettet, egy jodoform kötés alkalmazása után, a helybeli katonakórházba szállította, hol is a következő jelen állapot találtatott: Erős testalkatu egyén erősebb fájdalmacról panaszol a homloktájon; láták egyenlően tágak, fényre elég jól hatnak vissza. Mellkasi és hasúri szervek vizsgálata rendes viszonyokat mutat. Érlökés telt, 75 perczenként. Hőmérsék 37·2 C°.

1) Az eset bemutatott az orvos-természettudományi szakosztály 1890. január 17-én és december 18-én tartott orvosi szaküléseiben.

A kötés eltávolítása után a homlok bal felén, a szemöldív külső végén kezdődő, ferdén be- és felfelé, a homlok közepe felé vonuló 6 cm. hosszú és 2 cm.-nyire tátongó, beszakadozott szélű és lebenyszerűen levált folytonosságban megszakítása látható a lágyrészeknek.

A mélyben a csont körülbelől a leirt folytonosságban megszakítás terjedelmének megfelelőleg, hajóorryszerűen be van horpadva és úgy a felső, mint az alsó törszél, több helyen berepedezett.

Miután nagy erő hatott be a koponyára, tehát az agynak nagyobb fokú sértésétől (agyi véredények szakadása, vérzés és ennek következtében fellépő agynyomástól) joggal lehetett tartani, továbbá a koponyacsontok sértése kiterjedésének pontosabb meghatározása meghatározása tekintetéből is, a berepedt csontok mielőbbi eltávolítása határozottatott el.

A műtét — a jelzett körülmények szem előtt tartásával — még az nap d. u. 3 órakor, chloroformbódulatban, végre lett hajtva és pedig olyanformán, hogy az ép részén a homlokcsontnak, a felső törszélnek megfelelő hosszúságban, véső és kalapács segélyével, a csonthártya előzetes lefejtése után, egy 2 mm. széles barázda vésetett, mely a csont héj és velő állományát áthatolván, lehetségessé tette egy kis hegyes horog segélyével a behorpadt csontlemez felső szélé alá juthatni és azt kiemelni. A többi behorpadt csontlemezek csipesz segélyével lettek kiemelve, miután a csonthártyáról leollóztatták. Összesen 4 csontlemez eltávolítása után, a homlok bal felén egy 6 cm. hosszú és 4 cm. széles folytonossághiány támadott, melyen át a homloköböl üréét jól át lehetett tekinteni. Miután ezen vizsgálatnál úgy a hátsó, mint az alsó falzata (a balszemgödör boltozata) a homloköbölnek épnek mutatkozott, a törszélek véső és csontollóvali lesimítása és a homloköbölnek kellő deszinficiálása és jodoform organtinali kitömése után, a sebszélek egy része varratok által egyesítettet, a külső sebzúgba pedig egy rövid alagsó helyeztetvén, rendes antisepticus kötés alkalmaztatott.

Megjegyzem még, hogy a csontlemezek könnyebb eltávolítása, illetőleg tágabb műtéti tér nyerhetése szempontjából a lágyrészek, a seb belső szögletéből folytatólagosan, olló segélyével, még 3 cm-nyire átmetstettek.

A körlefolyást illetőleg a következőket jegyezhetem meg. A hőmérsék, mely reggel és délután, naponta pontosan méretett, a

sértés utáni 5-ik napot kivéve, melynek reggelén 38° C-ra emelkedett, minek oka a homloköböl belső zúgában maradt jodoform-organin tömesz által feltételezett váladék rekedésben rejtett, mindig a rendes határok között mozgott. Az egyén fejfájásokról nem panaszkodt, jó kedélyű; étvágya, székürülései stb. rendesek. A láták mindig egyenlően tágak voltak és jól hatottak fényre vissza. Érlökés telt, átlag. 74—78 között váltakozott.

A seb gyógyulása, a minden harmadik napon váltott jodoformkötés alatt, igen szépen haladott, úgy, hogy f. évi január közepe táján, tehát a sértés utáni 60-ik napon, a lágy részek minden oldalról már szépen a csonthoz tapadtak, a homloköböl egészséges sarjszövevel borítódott be, a nyílás pedig kerekded, átlag 1.5 cm. átmérőjű lett. A sebváladék többnyire hig és nyákos volt. Ha az egyén orrhurutot kapott, akkor sokkal bőségesebb lett a váladék, úgy, hogy ilyenkor gyakorabbi kötés váltás igényeltetett.

Január végétől kezdve a seb, mely addig meglehetősen gyorsan gyógyult, mind a mellett, hogy az orrüreggeli közlekedés folyton szabad volt, úgyszólván csak milliméterenként, tehát alig észrevehetően kisebbedett, melynek oka a lágyrészeknek a csonthoz történt erős, heges odatapadásában keresendő.

A gyógyulás gyorsítására igen czélszerű lett volna a sebszélek felújítása vagyis a heges részletek kellő terjedelemben eltávolítása és a sebszélek egyesítése, azonban, mivel az egyén mindennemű műtéti beavatkozás ellen tiltakozott, nem maradt egyéb hátra, mint az izgató-pokolkó ecsetelés, szürke tapasztszali fedés, főleg pedig a várárkózi eljárás.

*

Ezek után áttérhetünk azon körülmények tárgyalására, melyeknek a leirt eset kedvező befolyását köszöni.

Itt először tekintetbe kell vennünk a sértés helyét. Kísérletek ugyanis kimutatták, hogy főleg a diploériteg vastagsága gátolja a belső lemez törését, mert minél vastagabb ezen réteg, annál nagyobb a külső és belső lemez közti távolság.

Tudjuk már most azt, hogy a homloktáj középső részének diploéja léggel telt ürök, a homloköblök által helyettesítetik. Ez tehát azon része a koponyának, a hol a külső és belső lemez között legnagyobb a távolság. Felnőtteknél a homloköböl körülbelül 4 cm.-nyire

terjed az incisura nasalis fölé, oldalt pedig a felső szemgödör szél belső és középső harmadának találkozási helyéig nyulik — rendes körülményeket szem előtt tartva, — mert lehet két ilyen terjedelmű is, vagy egészen elenyésző, úgy, hogy alig terjed a szemgödör szél belső harmadáig.

Sértettnél a homloköblök igen jól fejlődtek, mondhatni a rendesnél sokkal terjedelmesebbek.

Továbbá nem szabad felednünk, hogy — a legnagyobb valószínűség szerint — az öblök hátsó fala vagyis a koponya csont belső lemeze (tabula vitrea) nem tört el.

Azon körülményt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a homloköblök az orrüreggel közlekedik, így tehát a levegő belőle, összenyomatás esetén, az utóbbi ürön át távozhatik; végre, hogy a külső lemez — a jelen esetben — több helyen berepedt, így tehát az erő — rugás — kihatása a koponya távolabbi részeire meglehetősen mérvben csökkent.

Az elősoroltakból tehát érthető, miért nem lépett fel sértettnél, mind a mellett, hogy a koponyára oly nagy erő hatott be, semminemű szövődmény az agy és burkai részéről.

*

A homloköblök sértésének irodalmát illetőleg a következőket említhetem fel.

Régebben a homloköblök átható sebzéseit komolyaknak tartották és pedig részint azért, mert a Schneider-féle hártya sértése, melynek fontos sympathicus befolyást tulajdonítottak az egész belső életre, könnyen életveszélyessé válhatott, részint pedig a miatt, mert a külső bőr a homloköblök nyákhártyájával összenőhetvén, nehezen gyógyuló sipolyokat eredményezne.

Jelenleg tudjuk, hogy a homloköblök nyákhártyájának sértése mellékes és hogy a veszély főképp az agy és hártýáinak közeli szomszédságában rejlik. Igaz ugyan, hogy a homloköblökben fellépő lobok és genyedések csak ritkán terjednek át annak hátsó falára és az agyhártyákra, mindazonáltal a lehetőség nincs kizárva. Sőt van néhány olyan eset is feljegyezve, melyekben a lob a homloköblökből, anélkül, hogy annak hátsó fala elroncsoltatott volna, áttért az agyhártyára.

Már Böger tudta, hogy a homloköblök mellő falának nagyobb-foku roncsolása és kiterjedtebb herepedése rendszeren az öblök sorva-

dását vonja maga után. A homloköböl kitelik sarjszövettel, falai közelednek egymáshoz és végre egy behúzódott heg keletkezik. Mindez természetesen hosszabb időt igényel.

Esetünkben a gyógyulás hasonló módon folyt le.

Vannak továbbá az irodalomban esetek említve, midőn ily sértesek után, nagyobbfoku fekélyedések, sőt csontszú léptek fel a homloköbölben.

A homloköbölbe jutott idegen testek: golyók, vasdarabok, néha évekig minden különösebb tünet nélkül elülnek, máskor azonban gnyedésekre, csontszúra és különböző agytünetekre adnak alkalmat. Az amerikai seressionista háboruból több ilyen eset van feljegyezve.

A gyógyeljárást illetőleg már azon időben, midőn még minden repedésénél a koponyának a trepanhoz folyamodtak, nem lékelték a homloköböl mellső falát, ha az csak be volt horpasztva. A berepedt és levált csontrészeteket azonban minden esetben el kell távolítani, mivel a gyógyulást csak lassítják. Ha sipoly képződött a homloköböl falán, akkor a sebszéleket fel kell újítani s ha az így nem záródna, legcélszerűbb Langenbeck eljárását követni, mely abban áll, hogy a csonthoz nőtt heges sebszéleket kimetszük és a sipoly csontos széleit gombos késsel Iesimítjük és felújítjuk. Ezután a sebszélektől megfelelő távolságban a lágyrészekbe egyenközü bemetszéseket teszünk, a bősávokat a hozzájuk tartozó csonthártyával a csonttól leemeljük, a sipoly fölött egymáshoz közel hozzuk és varratokkal egyesítjük. Langenbecknek sikerült egy esetben, melyben egy lövés által mindkét homloköböl megnyitattott, ilyen eljárással tökéletes, csontos gyógyulást eredményezni.

IRODALOM:

Dr. von Bergmann «Die Lehre von den Kopfverletzungen» (Deutsche Chirurgie von Rillroth und Lueske) és Dr. von Mosetig Moorhof. Handbuch der chirurgischen Technik.
