

Cc 4728

VI.
1897.

Hasfalon és mellkason áthatoló lövés
ritka esete.

Dr. Lauschmann Gyula osztály-főorvostól.



VI. 1897.

KÜLÖNLENYOMAT A "GYÓGYÁSZAT" 1903. ÉVI 4. SZÁMÁBÓL.

Csak olvasóteremben használható

Hasfalon és mellkason áthatoló lövés ritka esete.

(Közlemény a fejevármegyei Szent-György-közkórházból.)

Dr. Lauschmann Gyula osztály-főorvostól.

Rendkívül érdekes és a hadi sebészet által nyújtott bő anyag alapján a gyógykezelés, a sérüléssel való elbánás tekintetében ma már teljesen tisztázott fejezetét képezik a sebészetnek a lövések, melyeknek további sorsa és lefolyása tudvalevőleg a löcsatorna irányból a lövedék alakjától és magatartásától, nemkülönben azon szerveknek természetétől függ, a melyek útjában a projektíl áthatott. A békés idők gyakorló orvosa nem kerül olyan viszonyok közé, hogy a csatatér sebesültjein önmaga, tessen tanulmányokat a lőtt sebek körül, hanem azon monographiákra van utalva, melyek a háborúk eredményeit orvosi szempontból bírálják és részletesen foglalkoznak a lövések vagy a különböző egyéb öldöklő fegyverek hatásával. De az az eredmény, a melyet az ily alapos gonddal összeállított gyűjtő-munkák feltüntetnek, közkincsét képezi az orvostudománynak, mely azután a tapasztalás és a rendkívül anyagból merített elveket és irányító pontokat átviszi a mindennapi gyakorlatba.

A gyakorló orvos is tehet azonban — legalább elvéte — önálló tapasztalásokat, hiszen az emberi test épsége ellen irányuló bűntények és a lövagiás mérkőzésnek újabban divatba jött mániája, a párbaj, módot nyújtanak arra, hogy a monographiák tanulmányozása alapján nyert

Cc 4728

R 80

R03

R14

162729



ismereteit saját felfogása és ítélete alapján érvényesítse egyes ritkán előforduló esetekben és azokhoz megjegyzéseket fűzőn.

Ha valahol áll az, hogy a betegség az egyén szervezete szerint módosul, úgy bizonyára a lövésekről szóló gazdag irodalomban találunk olyan eseteket, melyek a legváltozatosabb alakban jelentkeznek és hasonlóságot egyéb esetekkel szemben alig mutatnak. De az a kórrajz, melyet az alábbiakban közölni fogok, minden tekintetben nagyérdékű, hozzá hasonlót a rendelkezésemre álló irodalom áttekintése után sehol sem találtam és ép ezért a sérülés természete, nemkülönben a súlyos következményi állapotok daczára is beállott gyógyulás unikummá teszi nemcsak a magyar, hanem a külföldi orvostudomány lapjain is.

Az eset következő:

K. E., 30 éves, nőtlen, székesfejérvári elemi iskolatantató és hirdapíró, mult év szeptember 27-én F. J. tanárjelölt és hirdapíróval pisztolypárbajt vívott. A párbaj oka lényegtelen összeszólalás volt, és mert az ügyet békés uton elintézni nem sikerült, a sértés csekélysege daczára is pisztolypárbajban állapotok meg a segítők, annyival is inkább, mert F. J. — állítólag — jobb karját rendszeresen használni nem képes. A föltételek következők voltak: Egyszeri golyóváltás fegyverkovács által a helyszínen, megtöltött sima, légy nélküli pisztolylyal, öt-öt lépés avance, csütörtök lövésnek számít. F. J. golyója K. F. jobb oldalába furódva, a bal mellkasfélen távozott a testből, miként ezt a párbaj-orvosok, dr. Pataki és dr. Friss a helyszínen konstatálták. Első segélynyújtás és megfelelő kötés után sérültet a fejrmegeyi Szent-György-kórházba szállították, a melynek vezetésem alatt álló B) osztályán nyert elhelyezést. A dr. Révy kórházigazgató, e sorok írója, mint osztály-főorvos, dr. Pataki és dr. Friss párbajorvosok, nemkülönben dr. Riffer és dr. Roxer kórházi orvosokkal tartott orvosi tanácskozás a következőket állapította meg:

Sérült igen halavánv, nagy mértékben elesett, arczát hüvös veríték fedi, végtagjai kékesek, hidegek, a szivmüködés igen gyenge, ütőérlökés vékony, alig érezhető, ki-

hagyó. Ismételt kámfor- és aether-injectiók után némileg magához tér.

A jobb bimbóvonaltól négy centiméternyire kifelé, a nyolczadik borda magasságában, egy centiméternyi átmérővel bíró, teljesen köralaku, éles szélű, erősen vérző, köröskörül másfél centiméternyi, köralaku pörkkel környezett nyílás, mint kezdete a löcsatornának. A baloldali mellkasfélen, a hátsó hónaljvonalban, a hatodik bordaköznek megfelelőleg lenesényi, repedt szélű, szabálytalan alaku, erősen vérző, környezetében csekély mértékig roncsolt nyílás, mint a löcsatorna kimeneti végződése. A kimeneti nyílással szemben a bal felkar alsó harmadának belső felén egy korona nagyságu, kékes-vörös udvarral körülvett, egész a bőr alatti kötőszövetig terjedő bőr-roncsolás. A löcsatorna bemeneti és kimeneti nyílását összekötő képzeleti vonal a test hossz tengelyére a bemeneti nyílástól huzott harántvonallal 35°-nyi szöget képez. A bal mellkas fölött úgy elől, mint hátul a kopogtatási hang mindenütt éles, dobos, csupán a scapula alatt három ujjnyira kapható tompult dobos hang. A bordaközök elsimultak, a mellkasfél erősen kiboltosult, szivtompulat nincsen, a szivesúcslökés a bal szegymelletti vonalban körülírt helyen tapintható.

A körlefolys főbb ponjai következők:

Szeptember 29-én, tehát a sérülés után két nappal, erős rázó hideg mellett a hőmérsék 39°-ra emelkedik, a has igen puffadt, feszült, nagy fokban érzékeny, állandó és csillapíthatlan csuklás lép föl, a májtompulat pedig a nagyfoku meteorismus daczára a köldök alatt két haránt ujjnyira követhető. Ugyanakkor a bal mellkasfélen, a mely fölött előzőleg puha, sejtés, metallikus zörejektől kísért légzés volt hallható, a tüdő alsó lebenyének megfelelőleg a dobos hangot adó léggyülem daczára is tisztán kimutatható tompulat lép föl erős bronchiális légzéssel és bő rozsdavörös köpettel.

A lövés által okozott sérülés első következménye gyanánt tehát már a harmadik napon májlob, hashártyalob és tüdőlob lépett föl, a melyek együttes lefolysban a rendes klinikus tünetekkel nyolcz napig tartottak. A hashártyalobra jellegző állandó és csillapíthatlan csuklással együtt az említett lobosodások tartama alatt október 4-én igen erős gyomor- és bélvérzés lépett föl, a mely alkalommal hányás- és székeléssel másfél liternyi vér távozott. Ezen vérzés október 5-én még két ízben ismétlődött és

habár a vér mennyisége csekélyebb volt, az erőhatásra mégis lényegesen közrejátszott. A vérzések csak a hashártyalob tünetének, a csuklásnak alábbhagyásakor szüntek meg.

Okt. 8-án újabb complicatio gyanánt a szív fölött igen erősen kifejezett pericardialis dörzszöreje vált hallhatóvá, a mely a nagy ütőerek elágazására, nemkülönben az egész szív területére kiterjedt. Mellesleg megemlítem, hogy a szivhangok előzőleg és ezután is tiszták, kellően ékeltek voltak, csupán metallikus utóhangzás kísérte őket, a mely körülmény a mellkasban levő légyülem és a löcsatorna légoszlopának rezgéséből magyarázható. A szivburoklob izzadmányképződéssel nem járt és a többi lobosodással kapcsolatban lassankint visszafejlődött, november 1-én azonban a már öt nap óta láztalan és az említett lobosodások lezajlása után lábbadozó egyénnél a hőmérék újból 39°-ra szökik föl, szuró fájdalmak jelentkeznek a jobb mellkasfélen, a tüdő alsó lebenye fölött dobos hang, crepinitatio, majd teljes tompulat, mély hörgei légzés constatálható, a köpet bő, rozsdás, nyúlós, tapadós. Az új tüdőlob az egész jobb tüdőre kiterjed, azonban kilencz nap alatt krisissel végződik.

Ettől kezdve újabb lázak és újabb lobosodások nem zavarják többé a kórlefolyást. A lobtermények teljesen felszívódtak, a has a rendes alakot visszanyerte, a mellkasi légyülem eltűnt, a tüdő és a szív határai a rendes helyet foglalták el, a mellkas domborulata megszűnt, a kopogtatási hang mindenütt teljes, éles, nem dobos, a májtompulat visszafejlött és a bordák alatt tapintható, nem érzékeny. A löcsatorna is, melynek kimeneti nyílásán apró bordaszilánkok távoztak, ezen idő alatt teljesen behegedt, azonban egy hét múlva a bemeneti nyílás újból feltört, a honnan csekély szilánkokkal együtt gyűszünyi tiszta geny ürült ki. Az üreg azonban, mely a bordáig terjedt, kikanalazás után ép sarjakkal csakhamar kitelődött.

Sérült egyén december 6-án teljesen gyógyulva, minden következmény nélkül távozott a kórházból, hogy a sok lobosodás által elgyengült erejének teljes visszanyerése céljából három hónapot szabadságon töltsön. Azóta ismételtelen kaptam tőle levelet és mindegyikben állandó jólétét, a testi erő gyarapodását említi.

A kórlefolyás adatai alapján a löcsatorna irányát és a lövedék vándorlását következőképp állapíthatjuk meg: A löve-

dék a májba hatolt, ennek felső részén keresztül a rekeszizom átfurása után a bal tüdőbe tért és ezen keresztül hatolva, a borda zuzása mellett a hatodik bordaközben távozott, mialatt a bal felkar bőrét is roncsolta. Utjában zuzta a gyomorfalat és a vastagbél harántremeséjét, a melyeknek zuzódása a beállott hashártyalob által okozott csuklás miatt gyomor- és bélvérzést váltott ki. Hasonlóképp surolta a szivburkot, mely a sérülésre lobosodással reagált, míg a később, november 1-én föllépett jobboldali tüdőlob a sok lobosodás által elgyengült szervezetben a korábbi tüdőlobnak tovaterjedéséből származott.

A gyógykezelés, melynek indicatióit a dr. Révy igazgatóval naponként tartott orvosi tanácskozmány állapította meg, természetesen tisztán tüneti volt. A löcsatorna rendszeres sebészi kezelést igényelt, a mely a bemeneti és kimeneti nyílásnak antiseptikus kötözéséből állott, maga a csatorna ellenben, minthogy az egész kórlefolyás alatt ezen oldalról semmi complicatio nem mutatkozott, teljesen magára hagyatva, sarjadzás útján csakhamar elzáródott. Van azonban egy körülmény, a melyre a lött sebek gyógyításában némileg ki akarok terjeszkedni, mert esetünkben a megkísérlett szer nagyon is bevált. Ismert dolog, hogy lött sebeknél a bőr pörkölése és a bőr, a bőr-alatti kötőszövetnek üszkös szétmálása milyen lassan gyógyul, mennyi idő kell ahhoz, míg az üszkös részek kiválnak és mily hosszú időt vesz igénybe a sarjadzás, a be-
bőrözés.

Esetünkben a már előzőleg is, különösen égési sebeknél nagyon jó hatásúnak bizonyult naphthalánt alkalmaztuk, még pedig úgy, hogy két rész naphthalán, egy rész amyllum és egy rész zincum oxydatumból készített pépes kenőccsel főtük a bemeneti nyílás elüszkösödött bőr-részleteit. Már négy napi használat után megkezdődött az ellökődés, az elhalt részletek gyorsan leváltak, alapjukon élénk piros sarjadzás indult meg, és a heg csakhamar létrejött. Ilyen gyors eliminatiót, ilyen gyors sarjadzást az eddig használaton levő eljárások korántsem képesek

létrehozni és ép ezért a naphthalánnak ilyen irányu alkalmazása nagyon is célravezető. A közölt kórrajzot szintén fölvettem egyébiránt abba a kísérleti tanulmányomba, mely a naphthalánnak, mint gyógyszernek, kiváló használhatósága mellett bizonyít, és az eddig észlelt ötvennél több esetem rendkívül fontos gyógyszernek tünteti föl az égések, fagyások, üszkös sebek, renyhe külemü, lassan gyógyuló fekélyek therapiájában.

A leirt eset gyógykezelésében a legfőbb és legfontosabb dolog a lobellenes eljárás volt, mely a jégnek a hasra és a mellkasra való állandó alkalmazását tette szükségessé. A szivburoklob és a májlob ellen ezenkívül ichthyol kenőcsöt alkalmaztunk, míg a hashártyalobnak igen kínzó s a gyomor- és bélvérzések kiváltása miatt életveszélyes tünetét, a csuklást a narkotikus szerek nagy adagjaival, utóbb jódtinctura belsőleg való rendelésével csillapítottuk, a mely utóbbinak nagyon is szembetűnő volt a hatása. A vérzések ellen ergotin-befecskendéseket alkalmaztunk a bőr alá, még pedig az adagolásban a maximális dosist közelítettük meg. Nagyon természetes, hogy mindezen gyógyeljárások a megfelelő étrend és hygienikus viszonyok keretében érvényesültek, a testi és szellemi abszolút nyugalom kiváló gondoskodásunk tárgya volt és sérült egyénhez látogatót az első három hétben egyáltalán nem bocsátottunk.

Ilyen therapeutikus eljárás mellett az életveszélyes sérülés a sok complicatio daczára is gyógyulással végződött. A tanulság, melyet ez esetből merithetünk, első sorban annak a régi tételnek helyességét igazolja, hogy lövés után, ha az illető egyén azonnal meg nem hal, kedvező körülmények között és minden tényező közrejátszása mellett a gyógyulás lehetséges, bárminő utat vett is a projectil a szervezetben.

A közölt kórrajz szerint a májlob tisztán parenchymatosus volt, genyedésbe nem ment át, a szivburoklob szintén izzadmányképződés nélkül folyt le, a tüdőlob a mellkasi léggyülem daczára sem járt üszkös széteséssel, tályog-

képződéssel, hanem rendes módon kritikus lefolyást mutatott. Meg volt tehát a szervezet részéről a lobosodásokkal szemben szükséges ellenállás, de a kedvező kimenetel okát mégis csak abban találom első sorban, hogy a löcsatorna nem volt fertőzve és így idegen kórnevező anyagok a lobosodások területére nem juthattak.

A második tapasztalás ebben az esetben a légcserére vonatkozik, melynek typutusa a sok kóros állapot daczára sem változott. A baloldali tüdő teljesen ki volt zárva a légzésből, mert az egész mellkastelet kitöltő nagy pneumothorax miatt retrahálódni volt kénytelen, majd pedig meglobosodván, a légzésben egyáltalán nem vehetett részt. Maradt tehát légzőfelületnek a jobb tüdő, a mely szintén retrahálódott, hiszen a baloldali léggyülem a gátor-lemezeket jobb felé szoritotta, a sziv is a bal szegyszélig dislocálva volt, az erősen duzzadt máj és a nagy peritonitis miatt magas állásu és működésében lényegesen gátolt rekeszizom pedig alulról csökkenté a jobb tüdő akadálytalan működését. A nagyon is kicsiny légzőfelület azonban az oxydatiót rendszeresen és fennakadás nélkül végezte, nemcsak oedema nem lépett föl, hanem még a légzés sem vált felületessé, cyanosis pedig nem mutatkozott.

Az utolsó tanulság végül azt bizonyítja, hogy hasonló jellegű, súlyos sérülések föltétlenül kórházi kezelést igényelnek, még a legjobb módu társadalmi osztálynál is, mert az állandó orvosi felügyelet, a súlyosbodás esetén azonnal kéznél levő orvosi segítség és a megfelelő ápolás a beteg lakásán alig eszközölhető, ezek pedig együttvéve szolgáltatnak a többi tényező közrejátszása mellett lehetőséget a gyógyulásra.

162729

