

KÖZLEMÉNY BRANDT JÓZSEF TANÁR SEBÉSZETI KLINIKÁJÁ- RÓL KOLOZSVÁRT.

Az ostitis mastoideáról, betegek bemutatásával.

Höncz Kálmán dr., tanársegédttől.¹⁾

E két betegben van szerencsém a t. szakgyűlésnek az ostitis mastoidea két gyógyúlt esetét bemutatni, azután pedig referálni még hat ugyancsak szorosán ida tartozó esetről. Mielőtt azonban az eseteket bemutatnám, bátor vagyok vázolni röviden az e bajra vonatkozó ismeretek jelen állását.

A halántékcsonst csecsnyújtványa ritkábban idiopathikus lobok székhelye, inkább a dobúrból vagy a külfüljáratból átterjedő bántalmak miatt lobosodik meg másodlagosan. E lobok részint phlegmonosus lobok, részint periostitis és ostitis mastoidea alakjában jelentkeznek.

A csecsnyújtvány phlegmonosus lobjait először Voltolini írta le „Die acute Zellhautentzündung in der Supra- und Postauriculargegend“ című munkájában. Állítólag hülés következtében jönne létre s mindkét fél supra- és postauricularis tájait támadja meg. A fület magát eleinte megkiméli, későbbben azonban erre is átterjedhet a lob. A legintensívebb, szaggató fájdalmak kíséretében lép fel, melyek az arcra és fogakra is kisugároznak; ehhez láz és a fül mögötti tájak duzzanata és megvörösödése csatlakozik. Orvoslás nélkül genyedésbe megy át a folyamat és sülyedési tályogok és sipolyok képzésére ad alkalmat; a hosszas genyedés, állandó fájdalmak a beteget seny vessé tehetik. Néha a geny a füljárat felső vagy hátsó falát átfúrhatja, a midőn az onnan kiürülő geny könnyen az ostitis

¹⁾ Előadatott az Erdélyi Múzeum-Egylet orvosi szakosztályának 1891. szeptember 18-diki szakülésén.

externa vagy media képét mutathatja, mi azonban a tűkörrel és sondával való vizsgálat után könnyen kizárható.

A periostitis mastoidea ritkán áll elé elsődlegesen trauma vagy kimutatható ok nélkül, hanem többnyire másodlagosan a cellulae mastoideae vagy a külső halljárat lobjainak átterjedése által. A baj meglehetősen heves fájdalommal kezdődik, a mely vagy a csecsnyujtvány egy körülírt helyére szorítkozik, vagy annak egész tájára s nem ritkán a halántékesontra is kiterjed; többnyire hőemelkedés is jár vele. A pars mastoidea felett lévő bőr intensive megpirosodik, megduzzad és infiltrált lesz: a fülkagylók a fejtől elállanak. Ha a musc. sternocleidomastoideus felső része a lobba szintén belevonatik, akkor caput obstipum jön létre, miáltal az illetőnek alanyi nehézségei még inkább fokozódnak. Fluctuatio a folyamat tovahaladásánál többnyire kimutatható, nem ritkán azonban a geny jelenléte csupán a szövetek erős resistentiája és tésztaszzerű tapintata által árulja el magát. A szövetek nagy ellentálló képességéből megmagyarázható, hogy a geny önkéntes áttörése miért történik olyan későn.

A felsoroltakból kiviláglik, hogy a periostitis mastoidea tünetei a Voltolini leírta phlegmonosus lobtól lényegesen nem különböznek, a miért is e két kóralak elkülönítése csak akkor válik lehetségessé, ha bemetszés után a csonthártya leválása a csonttól kimutatható. Az elsődleges periostitis mastoidea rendszerint gyógyulással végződik, még pedig vagy oly módon, hogy a folyamat visszafejlődik, vagy a beállott genyedés beállta után a geny áttörésével. Nem ritkán apró corticalis csontrészetecskék válnak le. A másodlagos csonthártyagyulladás kimenetele a csontban székelő lobfolyamat lefolyásától függ.

Az ostitis mastoidea szintén ritkán jelentkezik elsődlegesen, hanem többnyire másodlagosan. Az elsődlegesen támadt lobok hülés és trauma következményei, a gyakrabban keletkező másodlagos lobok rendszerint a középfülből átterjedő loboknak köszönhetik létrejövetelüket.

Az ostitis mastoidea a csecsnyujtvány táján jelentkező többé-kevésbé heves s nyomásra erősödő fájdalmakkal kezdődik, a midőn külsőleg még változások nem észlelhetők. Egy néhány nap múlva a felette levő bőr pirosodni és feszülni kezd, mi a mellett szól, hogy a folyamat már a csonthártyára terjedett át.

A lefolyás ezután a periostitis mastoideánál leirt lefolyásnak felel meg. A geny vagy kifelé, vagy gyakrabban befelé a dobüreg felé tör át, a mi által a dobhártya perforációja jön létre, a mely Politzer szerint, rendszerint a hátsó felső negyedben meg is található.

Hőemelkedés kezdetben gyakran hiányzik, későbbben azonban a folyamat terjedésével az is jelentkezik. Az oly esetekben a lefolyás gyakran igen hosszadalmas, míg ellenben azon eseteknél, a melyekben az áttörés kifelé történik, a gyógyulás 2—3 hét múlva következik be. A kórismézése ezen eseteknek nem nehéz s legfeljebb periostitis mastoideával lehetne felcserélni, ha a csecсныujtvány feletti lágyrészek megpirosodtak és megduzzadtak.

Ha a genyedés a dobüregbe tört át, akkor az elkülönítést elsődleges és másodlagos ostitis közt csak a kezdettől fogva tett pontos észlelés különítheti el. Az elsődleges ostitis mast. rendszerint 2—3 hét alatt gyógyul, csak szövődmények és a genynek a dobüregbe áttörése hosszabbíthatják a folyamatot.

Az ostitis media acuta és chronica lefolyása alatt fellépő lobja a csecсныujtvány sejtes részeinek aránylag sokkal gyakoribb, mint elsődleges meglobosodásuk. Politzer a tankönyvében az állítja, hogy a középfülgenyedéseknél tetemvizsgálatkor a csecсныujtvány sejteiben is mindig talált lobos elváltozásokat, melyeket a genyedés lefolyta után is fel lehet ismerni a kötőszövet burjánzásáról.

A csecсныujtvány másodlagos lobjainak okaiként a hülésnek és traumának tulajdonítanak ismét szerepet. Gyakran azonban nagyobb mennyiségű folyadéknek a fülbe fecskendése után jön létre elhanyagolt idült középfül-genyedéseknél, mit a lobgerjesztőknek a sejtes részbe viteléből magyarázhatunk meg.

A lobgerjesztők természete felől Zaufal legújabb vizsgálatai szerint a streptococcus pyogenes és a diplococcus pneumoniae játszanak szerepet.

A csecсныujtvány lobja ezenkívül nem ritkán még gümőkórhoz, vörhenyhez, cukros húgyárhoz és syphilishez is csatlakozik. Leggyakoribb ok azonban a csecсныujtvány lobosodása alkalmával genyes, sajtos vagy eves anyagoknak az antrum mastoideumban való felhalmozódása.

A csecсныujtvány másodlagos lobjainak tünetei: fájdalom, láz és a csecсныujtvány felett levő lágyrészek megpirosodása és duzza-

nata. Az egyidejűleg fennálló fülfolyás csökken vagy megszűnik; a betegek kellemetlen alanyi érzetéről, szédülésről panaszzkodnak. E tünetek a leglelkiismeretesebb orvoslás daczára is fokozódhatnak és tályog képződésére szolgáltathatnak alkalmat. Ha a geny a dobúrbe tör át, gyógyulás jöhet létre; többnyire azonban a csecsnyujtvány cariesével és necrosiával végződik a folyamat.

A tályog felületes vagy mély fekvésétől függ annak áttörése kifelé, a külső fülhalljáratba, a koponyaúr és sin. transversus felé. Szerencsére többnyire kifelé, vagy a külfüljáratba tör át a geny. Kutaszszal való vizsgálatnál a processus mastoideus corticalisa kisebb-nagyobb terjedelemben carioticusan elváltozva találtatik, a mi által az az antrum mastoideummal való közlekedés többnyire kimutatható. Hessler külön álló empyemat vesz fel a csecsnyujtványban, a midőn is a közlekedést a dobüreggel kimutatni nem lehet.

Ha a geny a külső halljáratba tör át, akkor az áttörésnek helye a csontos rész hátsó felső falában székel. Ez az áttörés gyakran meglehetősen későn következik be önként, a miért is kívánatos tenni bemetszést minél korábban, hogy ez által a genynek szabad kifolyást biztosítsunk. A tályog felnyitása után kutaszszal cariotikus csontra akadunk. Kisebb csontrészetecskék, vagy néha egész terjedelmes sequesterek részint önként távolodnak el, részint pedig műlegesen távolítandók el. A sequester eltávolítása után a sebúr sarjadás útján csakhamar kitöltődik, mely sarjszövet azután csontosodó kötőszövevé alakul át. Külsőleg ezen lefolyt processus egy mély tölcseralakú behúzódott heg által árulja el magát. Ha a genynek és a sajtos anyagoknak kiürülése nincs biztosítva, az előbb vázolt gyors gyógyulás nem következik be, hanem helyette gyakran igen makacs sipoly képződik.

Bezold „Ein neuer Weg für Ausbreitung eiteriger Entzündungen aus den Mittelräumen des Ohres auf die Nachbarschaft und die in diesem Falle einzuschlagende Therapie“ című értekezésében egy néhány esetben a tályog áttörését nem a processus mastoideus külső felületén, hanem medialis oldalán az incisura mastoidea táján észlelte. A geny tova vezetése az izmok mentén történik és néha a mély nyak- és tarkó-izmok közé ömlik, mely esetben természetesen a lefolyás complicáltabb. Kirchner ily genysúlyedés után elől az áll alatt kemény, feszes daganatot észlelt, mely daganat a musc. bi-

venter maxill. irányában sülyedő genytől volt feltételezve. Kedvező esetben a geny a száj-garatürbe tör át. Kimerülés, a gerincoszlop-nak a bántalomba való bevonása, néha gégevizényő és említett geny-sülyedés sokszor halálra visznek.

Hasonlólag kedvezőtlen kimenetelt mutatnak azon esetek, a midőn a geny a koponyaür felé tör át. Meningitis, agytályogok, phlebitis és a sinus transv. thrombosisa vagy azok által keletkezett genyvérőség a kimenetelt laetalissá teszik.

A kórjóslat függ a lob intenzitásától, terjedelmétől, felületes vagy mély székhelyétől, valamint az egyidejüleg fennálló változásoktól a dobürben és a külfüljában. Tekintetbe jön még ezenkívül az egész szervezet állapota. A kórjóslat kedvező akkor, ha a geny felszívódásának lehetősége fenforog, valamint akkor is, ha a genynek lefolyása a dobúrból és külső halljából különben egészséges egyéneknél biztosítva van. Hessler „Über die acute Eiterung und Entzündung des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmischung der Zellen, ohne Eröffnung des antrum mastoideum“ czimmel ellátott értekezésében a kórjóslatot kedvezőtlennek mondja, ha caries fejlődik ki, ha továbbá kiterjedt mély tályogképzésnél a lob átterjed a koponyaüre, ha egyidejüleg a dobúr sarjszövettel vagy sajtos anyagokkal van kitöltve, különösen gümös és senyves egyéneknél. A genynek a dobürbe való kiürülését néha polypusok is gátolják meg. Czélszerű és idejekorán megkezdett orvoslás a folyamat lefolyását még a legsúlyosabb esetekben is kedvezővé teheti.

Az orvoslást is méltatva röviden, a következőket mondhatom: jeges borogatások, illetve a Leiter-féle hűsítő készülék alkalmazása, vérelvonás és a beszűrődött részeknek egészen a csontig való bemetszése, a tályogképződés és a csontszű kifejlődését sok esetben meggátolhatják. Brandt tanár úr a helybeli vérelvonásoktól privat praxisában szintén látott egynehány esetben tetemes javulást, illetve teljes gyógyulást.

Az említett mély bemetszést Wilde ajánlotta s róla Wilde-féle metszésnek is nevezik. E beavatkozás után a bekövetkező nagyobb mérvű vérzés a megbetegedett részek feszülését tényleg jelentékenyen kisebbíti s a lobfolyamat kifejlődése, valamint lobtermények létrejötte megakadályoztatik.

Egyidejüleg a felszívódást elősegítő szerek, ú. m. a jodtinctura

és higanykenőcs szintén alkalmazható, ügyelve azonban arra, hogy a dobüregben, illetve a csecsnyujtvány sejtjeiben genyes, sajtos, eves anyagok visszatartása ne jöhessen létre, mit ez úrök lelkiismeretes kifecskendése által érhetünk csak ~~g~~. E kimosás történhetik akár a külfüljáratból a Politzer féle dobcsövecskével, akár a tuba Eustachii cathéter segítségével Millingen utasítása szerint. Ha mind ez eljárások daczára a tünetek, rövid időre való enyhülés után, csakhamar ismét előállanak, ha a Marpurgótól is ajánlott Wilde-féle metzés sem hoz létre hosszasabban tartó javulást, illetve gyógyulást, akkor a csecsnyujtvány műleges megnyitása van javalva. A csecsnyujtvány e műleges megnyitását Petit végezte először, későbbben 1776-ban Jasser is végzett ily műtétet. Mivel azonban az eredmény egyáltalán nem volt kecsgetető, feledésbe ment e műtét, mindaddig, míg Schwartze és Eysell: „Über die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes“ és „Die chirurgischen Krankheiten des Ohres“ című tanulmányában e műtétet kellőleg méltányolva, azt mint becses és gyakran életmentő műtétet melegen nem ajánlotta. Jelenleg, ha a kellő javalat fennáll, már alig képzelhető sebész, ki összetett kézzel nyugodtan várja a geny önkéntes áttörését és kitegye e mellett a beteget egy esetleg szövödményképen könnyen hozzá csatlakozó meningitis, agytályag stb. kifejlődésének, Schwartze elévülhetetlen érdemeit kellőleg pártolták Politzer, Orne, Green, Toynbee, Duplay, Morpurgo és mások.

A csecsnyujtvány lobjainak rövid vázolósa után áttérhetünk már most két gyógyult esetünkre, kiknél a trepanatiót folyó hó 4-dikén végeztük. Mielőtt magokat a betegeket bemutatnám, van szerencsém a tisztelt szakgyűlésnek ezek kórtörténeteit röviden összefoglalva a következőkben adni:

I. eset. W. A., 49 éves, maros-ludasi, felvétetett szeptember 2-dikán. Diagn. Otitis mastoidea.

Kórelőzmény: Örökölhető betegség ki nem mutatható, 15 éves korában meghűlt egy hüvös este, mire másnap heves fájdalmakat érzett, melyek későbbben enyhültek ugyan, de két hónapig tartottak. Orvos rendelte higanykenőcs alkalmazása után fájdalmai egyre fokozódtak és a fül mögötti tájak duzzadtabbak lettek, úgy hogy más orvoshoz fordult, a ki füle mögött egy bemetszést tett, mire meglehetősen sok és bűzös geny ürült ki. Felmetzés után a fájdalmak

azonnal megszűntek, de az ejtett seb begyógyulni nem akarván, kórodánkat kereste fel.

Jelenállapot: A középtermetű, jól fejlett csont- és izomrendszerű férfibeteg légző, vérkeringési és emésztő szervei vizsgálatnál és működésükben eltérést mutatnak. Hallása mindkét fülön egyforma jó.

Eltérés: Bal fülkagyló mögött a csecznyujtvány táján a bőr pirosan elváltozott és egy 3 cm. hosszú vonalszerű heget mutat, melynek alsó részein egy 2 mm. átmérőjű nyílás van, melyből nyomáskor sárgás savószerű folyadék szivárog és nyomható ki. E nyíláson át a kutasz körülbelül 2 cm.-nyire tolható be, a midőn is cariotikus csontra ér. Az egész terület nyomáskor nem fájdalmas, kopogtatáskor azonban mérsékelt fájdalmakról panaszodik a beteg,

Műtét folyó hó 4-ikén. Lágyrészek kellő tisztítása és átvágása után a csonthártya felemeltetik, a csecznyujtványban lévő 2 cm. átmérőjű nyílás vésővel tágíttatik. A cariotikusan elváltozott részletek kaparó kanállal kikapartatnak, úgy hogy a csecznyujtvány sejtes részei mind eltávolíttatnak. Kikaparásnál kevés sűrű geny és bűzös sajtos tömeg, valamint két kisebb, szabadon fekvő sequester találtott, illetve ürített ki.

Lefolyása ez esetnek igen kedvező volt, dermatollal való orvoslás mellett igen szép, élénk piros, nagyszemcséjű sarjszövet képződött, mely az üreget két hét alatt teljesen kitöltötte. Láztalan lefolyás.

Ez eset kóroktanát tekintve, megtaláljuk azt, a mit a legtöbb szerző megenged, t. i. a hülést, mely ez esetben az elsődleges ostitis mastoideát idézte elő, a mi ritkaságánál fogva minden esetre figyelemre méltó.

II. eset. K. I., 24 éves, gazdász, nagyszalóki (Szepes m.). Felvételét szeptember 3-dikán. Diagn. Ostitis mastoidea.

Kórelőzmény: Családjában örökölhető betegséget nem említ. 14 éves korában fülfolyása kezdődött, mely orvoslásra elmúlt, de rendszeren ki-kiújult. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy fülfolyása július havában ismét előállott és azóta folyton tartott. Három héttel ezelőtt a folyás csökkenni kezdett, a midőn egyúttal heves fejfájások lepték meg, melyek antipyrin adagolására csökkentek. Felvétele előtt öt nappal a fülkagyló mellett feszülést érzett, mely foly-

tonosan nagyobbodott, párosulva folyton erősödő fülfájásokkal. Az alkalmazott jeges borogatások, higanykenőcs, fülcseppek és a fültájra alkalmazott 14 piócza vajmi keveset változtatott kinjain, úgy hogy kórodánkra vétette fel magát.

Jelenállapot: A középtermetű, jól fejlett csont- és izomrendszerű férfibeteg belszervei eltérést nem mutatnak. Külérezési működései, a bal fül csökkent hallóképességét nem tekintve, épek.

Eltérés: A bal fül mögött tenyéryi kiterjedésben a bőr pirosan elváltozott, igen meleg, a bal arczfélen vizenyösen beszűrődött, maga a daganat elterjedt, de pontos vizsgálatnál homályosfluctuatiót mutat közvetlen a csecsnyujtvány felett. Kisfokú fülfolyás. A Weber-féle kísérletnél a hangvilla rezgéseit a beteg oldalon jobban hallja. Hőmérsék este 38.6.

Tükörrel és otoscoppal való vizsgálat a vizsgálandó részletek dagadtsága és fájdalmassága miatt nem volt végezhető,

Műtét folyó hó 4-dikén. A műtét területe és környezete, a haj leborotválása után, kellelőleg fertőtlenített. A lágyrészek átvágása után geny nem ürült ki, csupán a kissé elődudorodó csonthártya bemetszése után. A geny aránylag nagy menaységű és szerfelet bűzös volt. Kutaszszal való vizsgálat után csakhamar be lehetett egy szűk nyílason az antrum mastoideumba jutni. E szűk nyílás vésővel tágitása után újból ömlött ki bűzös geny. Ezután a csecsnyujtvány sejtes része, melyben bűzös sajtömegek voltak, éles kanállal eltávolított. A mosásnál kitűnt, hogy az antrum mastoideum a középfülön át a külfüljáratall közlekedik. Sebűr dermatol porral behintetett és hydrophilgazeval kitömetett. Utána antiseptikus kötés.

Lefolyás: fájdalom, láz azonnal megszűnt, oedema az arczról eltűnt, tükörrel tett vizsgálat a dobhártya perforatióját mutatta a hátsó alsó negyedben. Otoscoppal vizsgálva egy fütyszerű hang hallható. Hangvillával vizsgálva, beteg fülön jobban hall. A genyszabad elfolyásáról gyakori mosásokkal, kötészváltoztatásokkal gondoskodtunk. Sebűr szép granulátióval telik, tetemesen összehuzódik, de jelenleg még — műtét után 14 nappal — a közlekedés a külfüljárat és az antrum mastoideum közt kimutatható.

A kórelőzményben genyes fülfolyást találunk, mely aetiologikus momentum az otitis mastoideát jelen esetben előidézte. A lobfolyamat tehát második esetünkben másodlagos volt, a mennyiben

valószínűleg a középfülben levő geny kiürítésének megakadályozása másodlagos lóbfolyamatot idézett elő a csecsnyujtvány sejtes részeiben.

Említett és bemutatott két betegen kívül még 6 más ide tartozó betegről tehetek említést, kik az utolsó 18 hónap alatt észlelésünk alatt voltak. Említett 6 beteg közül 5 szerencsésen meggyógyult; egy csupán csak incisióra, a több 4 pedig trepanatióval.

Azon esetben, melyben egyszerű incisio vezetett célhoz, a processus mastoideus cariesét nem constatálhattuk s így valószínűleg csak periostitis mastoideával volt dolgunk, mit különben a gyors gyógyulás is igazolt. Az a betegünk, a kinél a kimenetel halálos volt, a meningitis jellemző tüneteivel hozatott kórodánkra. Eszméletlenség, 39·8 fokú hőmérsék, e mellett 60 érverés percenkint, rángások az arc- és szemizmokban s az egész testen, időnként sóhajszerű lékezés, behuzódott has, makacs székrekedés a meningitis felvételét eléggé igazolták.

Az előbb említett cautelákat és műtéti eljárást ez esetben is követjük; a lágyrészek meghasítása után sok, igen bűzös geny távolodott. A processus mastoideusban egy 2 mm. átmérőjű nyílás találtatott, melyen át az antrum mastoideumba juthattunk. A nyílás nagyobbitása és a cariotikus részek eltávolítása után a füllel közlekedést lehetett kimutatni. A véghezvitt trepanatio után a beteg eszmél, kérdésekre — bár vontatottan — felel, láz szünik, de egyébként a tünetek nem változtak. Műtét után 8 nappal meghalt. A bonczolat a hozzátartozók ellenzése miatt nem volt megejthető.

Említett 6 betegünknel öt esetben az otitis mastoidea másodlagos volt, minthogy minden esetben genyes középfüllob volt. Azon betegünknel, a kinél periostitis mastoideát vettünk fel, az aetiologicus momentum nem volt biztosan megállapítható.