

DISKUSE

PORANĚNÍ ČELISTNÍ DUTINY SVĚTELNOU RAKETOU

MUDr. Josef PLESKAČ, orl. odd. nemocnice v Jihlavě

V 6. čísle VZL z r. 1959 byl uveřejněn článek MUDr. Zdeňka Kresy „Zástřel zadních sklípků čichových a dutiny klínové“. V závěru článku uvádí autor: „V dostupné literatuře se nám nepodařilo nalézt obdobný případ poranění vedlejších dutin světelnou raketou.“ Tato věta mě přiměla k tomu, abych zveřejnil poranění, které jsem ošetřoval před 15 lety a jehož vzácnost se mi tehdy (v porevolučních dnech bohatých na nejrozmanitější střelná zranění) nejevila dost přesvědčivou.

Dne 23. 5. 1945 ve večerních hodinách chtěl příslušník pardubického požárního sboru na naléhání svého syna předvést dětem vystřelení rakety ze služební pistole. Při nabíjení pistole v periferní čtvrti města vyšla předčasně rána a náboj — hořící raketa — vodorovným přízemním letem zasáhl do obličeje asi ve vzdálenosti 8 m stojícího a přihlížejícího J. T., nar. 26. 8. 1926, cukráře, t. č. zaměstnaného v Pardubicích. 19letý poraněný upadl, ale ihned se zvedl, vědomí neztratil a byl přivezen krvácející na orl. oddělení tamní nemocnice, kam byl přijat pod čís. oš. 5266/45.

Zraněný byl jen mírně šokován. Do chorobopisu jsem tehdy zaznamenal: Na pravé straně obličeje, v místě fossa canina, zeje v kůži přibližně kruhová rána o průměru asi 4 cm, poměrně hladkých spálených okrajů. Rána krvácí a z její hloubi vyčnívá okraj kovového raketového náboje. Kolem rány je edém, sahající až na oční víčka pravého oka a na bradu, který je způsoben částečně krvácením do podkožního vaziva.

Vestibulum oris je ve výši horní přechodní řasy široce otevřeno a komunikuje s kožní ranou v rozsahu od 8/ až po 2/. Slizniční rána je nepravidelných okrajů, plná úlomků kostních, zuby v uvedeném rozsahu buď chybí nebo jsou zuráženy či uvolněny. Z proc. alveolaris pravé poloviny horní čelisti zbývá pouze vnitřní (palatinální) lamela kostní adheující k periostu tvrdého patra. Tato lamela je ale rovněž odlomena a dislokována poněkud mediálně. Náboj je pevně zaklíněn do kostí pravé poloviny horní čelisti, především do rozdrčené laterální stěny dutiny čelistní. Byl opatrně a s námahou vyňat. Náboj měl podobu válcovité nádoby ze slabého mosazného plechu, která měla rozměry asi 25 mm × 30 mm a obsahovala neúplně shořelé zbytky zápalné směsi. Dno směřovalo do hloubky rány, otevřená část ven. Revize dutiny po extrakci náboje ukázala všude nekrotickou, zčernalou, spálenou tkáň, která

byla vystříhána. Kostní úlomky rovněž odstříhány a uvolněné zbytky zubů vytaženy. Pravostranné antrum High. tím bylo široce otevřeno, jeho dutina vyčištěna. Ústní sliznice na okrajích rány ve vestibulu zarovnána a stehy zakládány z úst celá sešita. Nato po sestřížení spálených okrajů kožní rány byla kůže tváře stažena 4 stehy s ponecháním otvoru pro drén, který zaveden do dutiny vysypané Dipronem plv. Obligátní endonasální drenáž nebyla provedena, protože rozsáhlý kožní defekt v obličeji nebylo možno sešít p. p. bez vyloučení značného tahu za stehy; perkutánní drenáž skýtala možnost promptnějšího a účinnějšího zvládnutí předpokládané infekce a byla jakousi zálohou pro ev. revizi rány; vytváření endonasální komunikace znamenalo rozšiřovat beztak již rozsáhlé zranění („nezraňovat více než je třeba“); vzhledem k závažnosti poranění byl kosmetický efekt naprosto podřadného významu, protože vzniklou jizvu bylo možno později snadno plasticky odstranit.

Zraněný dostal profylaktickou dávku ATS, antigangrenózní sérum, Dipron liq. i. m. a Coagulen i. m.

Druhého dne 24. 5. bylo nutno podvázat v hloubce rány krvácející artérii. Teplota stoupla na 38,1 °C, další dny klesala a 27. 5. byla již normální. Drén i stehy byly vytaženy a kožní rána, mírně hnisavě secernující, se zahojila per secundam během 14 dnů, slizniční rána se zhojila per primam dříve.

Konečný kosmetický efekt byl dobrý. Konfigurace obličeje se nezměnila, zbyla pouze tužší, poněkud vtažená jizva ve tváři rozměrů asi 25 mm × 5 mm. Postižený byl doporučen do péče stomatologa k protetické úpravě defektu chrupu.

Případ byl zajímavý tím, že poměrně rozsáhlý chirurgický zákrok, kterému byl poraněný podroben, bylo možno provést bez anestézie. Téměř všechny okraje rány byly necitlivé, takže exscise, egalizace, sekvestrektomie i sutura nebolely. Bylo to jistě následkem působení tepla i rozdrčení přírodních nervových vláken 2. větve n. trojklanného. Rána se zhojila poměrně rychle bez použití tehdy ještě nedostupných antibiotik, mimo jiné také asi proto, že prostředí bylo vlastně sterilizováno žhavým kovem, sterilní chirurgické ošetření následovalo bezprostředně a stávající i předpokládané nekrózy byly radikálně odstraněny.