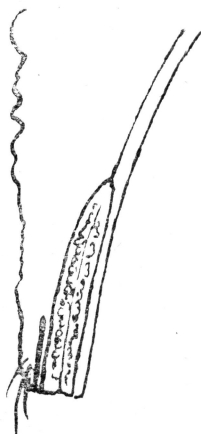


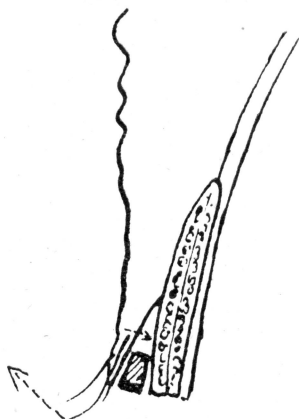
Ékalakú intermarginalis nyálkahártyaátültetés trichiasis ellen.¹

Írta: KREIKER ALADÁR dr. egyetemi tanár, Debrecen.

A szemhéjműtétek eredményességének elbírálása általában három szempont alapján történhetik. A *functionalis eredmény* azt jelenti, hogy a szemhéj működése minden irányban helyreállott: jól zár, jól mozog, a pillaszőrök helyzete normalis stb. Ez az élettani épség tökéletessé akkor válik, ha az anatómiai szerkezet is helyreáll. A második a *kozmetikai szempont*, amelynek az arcon nagy a jelentősége.



1. ábra.



2. ábra.

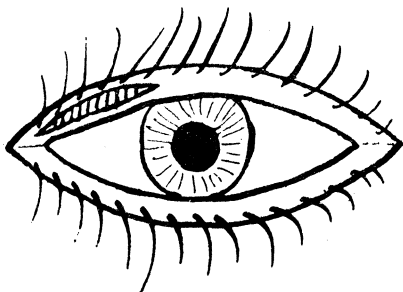
sége. És az arcnak is legérzékenyebb része a szem, valamint a szem környezete. Ismeretes, hogy a szem környékének eltakarása egymagában felismerhetetlenné teheti az arcot. Tudjuk, hogy a pillaszőrök hiánya, ez a lényegében véve jelentéktelen hiba, nagyon feltűnővé és torzítóvá válhatik. A harmadik fontos szempont a *recidivamentesség*. A műtétnak lehetőleg olyan viszonyokat kell teremteni, hogy a következményes heges zsugorodás lehetőségét már eleve kizárja.

Ha ezeknek a szempontoknak az alapján bíráljuk el a trichiasis ellen rendelkezésünkre álló műtéti módokat, majd mindegyiken találhatunk valami kifogásolni valót.

¹ Egy, a debreceni Orvosegyesületben tartott bemutatás nyomán.



Ha a műtét lényege a pillaszőr sor kiirtása, vagy eltolása (*Flarer, Stellweg, Jaesche-Arlt*), akkor a következményes hegesedés ismét bőrt húz a tarsusnak az intermarginalis vonalban fekvő széléhez. Maga a bőr, vagy a bőrben lévő szőrök válhatnak érintővé, tehát a recidiva könnyen és gyorsan bekövetkezik. Ha marginoplastikát végzünk, és plasztikai anyagul nyeles, vagy nyeletlen bőrsíkot használunk (*Waldhauer, Spencer, Watson, Machek, Burchardt*), akkor a helyzet alig jobb. Maguk a pillaszőrök nem képesek ugyan újra trichiatikus helyzetbe kerülni, de az intermarginalis tarsalis szélhez újra csak bőr csatlakozik, azaz az intermarginalis felszín első felét bőr alkotja, amely szarut termel, és



3. ábra.

amelyben szőrök nőnek. A műtét és áthelyezés okozta izgalom még azt is eredményezheti, hogy az esetleg életben maradt lanugoszálak érintő szőrökké fejlődhetnek ki.

Ezért javasolta *Van Millingen* azt, hogy az eltolt pillaszőr sor és a szemhéj széle közé nyálkahártyát ültessünk. Műtétének eredménye funkció és recidivamentesség szempontjából kielégítő. A kozmetikai eredmény azonban gyakran kívánni valót hagy hátra, mert a szemhéj szélén meg tapadt szájnyálkahártya maradandó vörös szegélyt alkot.

A trichiasis lényege tulajdonképpen az intermaginalis felszín elülső felének elpusztulása. Ennek a felszínnek megfelelő anyaggal történő újraalkotása minden szempontból kielégítő eredménnyel kecsegtet. Ha a szájból vett nyálkahártyát az intermarginalis vonalban helyezzük el, akkor a *Van. Millingen*-műtét egyetlen hátrányát is kiküszöbölhetjük.

A műtét kiviteli módja a következő: Intermaginalis metszést ejtünk pontosan a tarsus intermarginalis felszínének elülső éle mentén. Ezzel a hegesen odahúzódtott bőrt felszabadítjuk (1. ábra).

Az így nyert sebvonalba az alsó ajak belső felszínéről vett nyálkahártyacsíkot helyezünk be. A nyálkahártyacsík megfelelő hosszú és 1,5–2 mm széles. Bizonyos mennyi-

ségű submucosus szövetet is rajta hagyunk, mert ezzel támasztékot adunk a nyálkahártya hámfelszínének, és nagyobb seb felszíneket teremtünk az összetapadás és összenövés számára. Ezt a csíkot ékszerűen betoljuk az intermarginalis seb vonalba. A két seabajkban lévő feszülés elengedő erejű ahhoz, hogy a betolt csíkot biztosan megfogja. A fibrinosus összetapadás is hamarosan bekövetkezik, annyira, hogy a csík pár percnyi igazgatás után már erősen tart új helyén (2. ábra). A szem zárásakor pedig ezenkívül a másik szemhéj intermarginalis felszíne is hozzáfekszik és ezzel is biztosítja az átültetett csík helyzetét.

A szemre vaselines kötést helyezünk, és 24 órára a másik szemet is zárjuk, hogy a szemhéj nyugalma a kötés alatt teljesen biztosítsuk.

A műtétnek a hatása nagyobb, mint amekkorát az intermarginalis felszín újraképzése alapján várhatnánk. A pillaszőrsort nemcsak elemeli, hanem meglehetősen kiadósan kifelé is fordítja. Ennek az okát abban lehet keresni, hogy az intermarginalis metszés mélyében a behelyezett csík fölött holt tér keletkezik. Az ebben létrejövő heges zsugorodás a pillaszőrök telepét a csík fölött fel és a tarsus felé húzza. A pillaszőr sor az átültetett csík fölött mint kétkarú emelő helyezkedik el. A bőrben fekvő rész húzása tehát a szőr szabad végét fokozatosan és mindjobban kiemeli. (L. a nyílak irányát a 2. ábrán.)

A debreceni szemklinikán ezt a műtétet eddig hét esetben végeztük el. Hatszor teljes, egyszer pedig partialis trichiasis ellen. Ezen utóbbi esetben tulajdonképpen részleges, csupán a szemhéj, külső harmadára szorítókozó trachomás entropiumról volt szó. (L. 3. ábra.)

Az eredmény minden esetben tökéletes lett. A betegre reátekintve, a műtétnek semmi nyoma nem látszik. Csupán akkor válik láthatóvá az átültetett nyálkahártya, ha a szemhéjat kifordítjuk. Az első eset már kb. egyéves.

A műtét technikai kivitele könnyű, mert varratokat nem szükséges a vékony csíkba behelyezni. A szájnálkahártya rendkívül nagy életképessége pedig úgyszólván minden esetben biztosítja a sikert.

Az „intermarginalis plastika“ gondolatának elsője Thier-é, aki 1895-ben bőr beültetését ajánlotta az intermarginalis vonalba, azonban műtete több okból nem terjedt el. Eltekintve a bőr alkalmatlan voltától, a kiviteli mód is körülményes volt. A szemhéjról vett ráncos bőrnek semmi szilárdsága, turgora nincs, így többszörösen varratokkal kellett megtámogatni, kielégítő tartást azonban még így is alig kapott. Ennek következtében már a transzplantatum helyben és életbenmaradása is valószínűleg mindig veszélyben forogott.

BEDRECEMI EGYEMMI KÖNYVTÁR

Lelt.

6.354-1967