



Ueber einen Fall

von

lippenförmiger Wangenfistel.

.....

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medicinischen Facultät zu Marburg

vorgelegt von

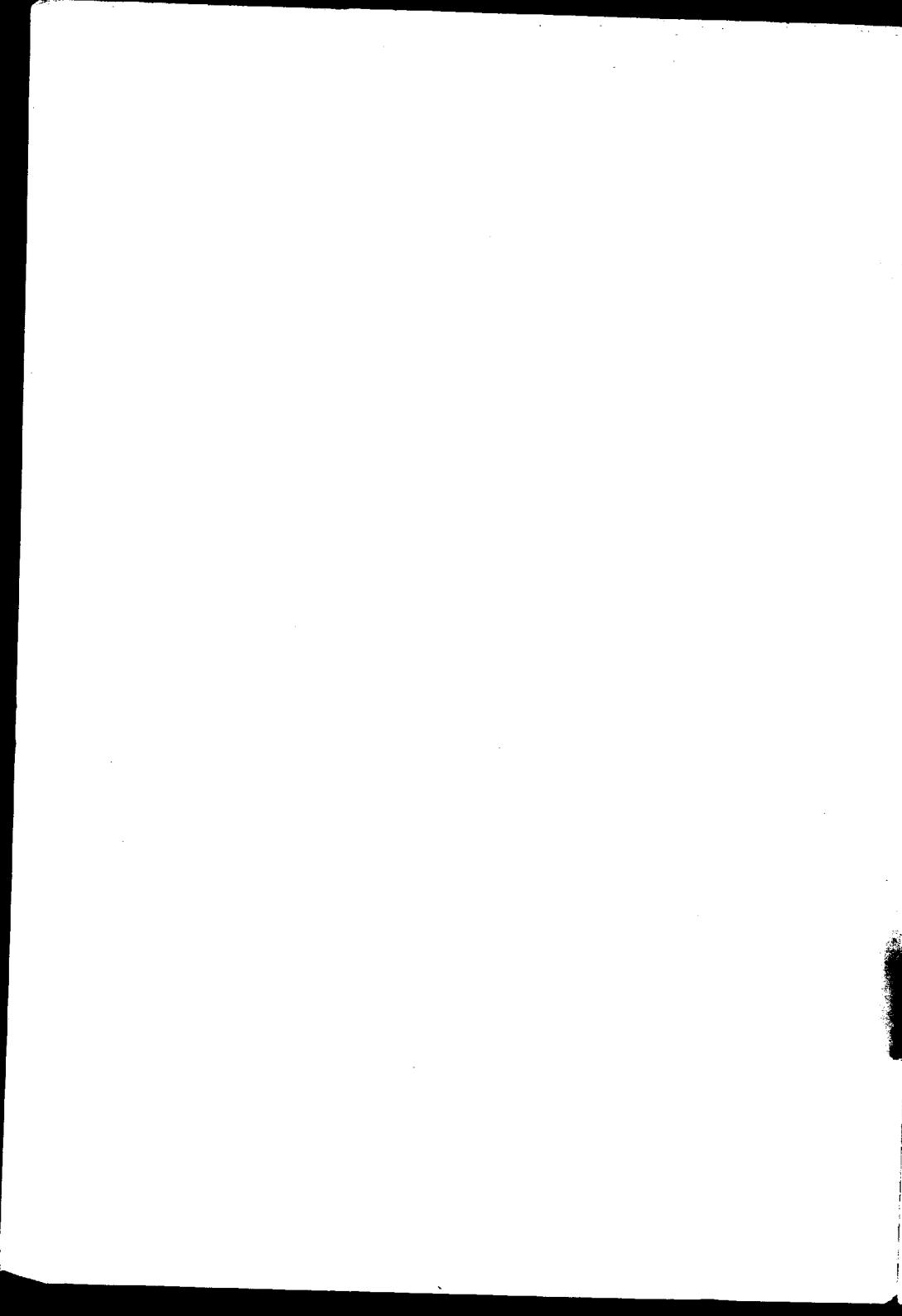
Richard Wittich,

approb. Arzt aus Lendorf.



MAINZ,

Druck von Joh. Falk III.



Auf der hiesigen chirurgischen Klinik gelangte im Laufe des vorigen Jahres ein Fall von lippenförmiger Wangenfistel zur Behandlung, der sowohl in Beziehung auf seine Entstehung, als auch seine Heilung so viel Bemerkenswerthes bietet, dass dessen besonderen und eingehenderen Darstellung eine Berechtigung wird zugesstanden werden können. Einestheils sind in Hinsicht auf seine Entstehung nur sehr wenig ähnliche Fälle bekannt, andererseits hat bei der Heilung dieser Fistel die von Herrn Geheimrath Prof. Roser aufgestellte Theorie der lippenförmigen Fisteln wieder eine Bestätigung erhalten.

J. Wiegand, Pferdeknecht, 40 Jahre alt, hat als Kind die Lungenentzündung überstanden, ausserdem ist er nie ernstlich krank gewesen. Am 5. April 1887 morgens hat Patient zuerst bemerkt, dass die Lider seines linken Auges angeschwollen waren. — Eine Ursache kann er nicht angeben. Die Schwellung nahm dann bis zum folgenden Tage immer mehr zu und es soll aus dem Auge eine eitrige Flüssigkeit abgesondert worden sein. Die Schwellung dehnte sich dann auf die ganze linke Gesichtshälfte aus.

Bei der Untersuchung des Patienten am 7./5. fällt besonders die Röthung und Schwellung der beiden linken Augenlider auf. Auf dem untern Augenlidge bemerkt man einige weissliche Stellen, die eine helle seröse Flüssigkeit secerniren. Am inneren Augenwinkel hebt sich ein helles Bläschen ab. Aus der fest geschlossenen Augenspalte tritt ein serös eitriges Secret hervor. Die geschwollenen Theile fühlen sich derb an. An der Wangenschleimhaut ist nichts pathologisches wahrnehmbar. Die Temperatur beträgt 39,3° C.

Es soll sich nun ein zunehmender Wangenbrand entwickelt haben. Am 11./5. bemerkte man an der Innenseite der linken Wangenschleimhaut dem letzten Backenzahn des Oberkiefers gegenüber eine ulcerirende eitrige Stelle. Am 15./5. bildete sich dann in der Gegend des linken Kieferwinkels an der äusseren Wange spontan eine Oeffnung, aus der sich eine reichliche Menge einer serös-eitrigen Flüssigkeit entleerte. Einige Tage später hat man dann bemerkt, dass diese Oeffnung mit der Mundhöhle communicirte.

Am 25./4. kam Patient in die chirurgische Klinik, in die Behandlung von Geheimrath Prof. Roser. Es war noch ziemlich starke Schwellung der ganzen linken Gesichtshälfte vorhanden. In der Mitte der Wange fand sich eine grosse und tiefe Brandstelle, nach unten

zu am Halse ein grosser Abscess. Letzterer ward incidiert und noch eine Gegenöffnung angelegt.

26./9. Die behaarte Kopfhaut oberhalb des linken Ohres zeigt stärkere Röthung und Schwellung. Die Geschwürsränder an der Wange sondern noch Eiter ab. Nekrotische Haut- und Fascientheile werden daselbst mit der Scheere entfernt. Aetzung am Rand mit Chlorzink und antiseptischer Verband. Temp. 38,1.

1./V. Der Abscess am Halse ist im Abheilen. Die Schwellung oberhalb des linken Ohres ist bedeutend stärker geworden, daselbst Fluktuation. Durch eine ausgiebige Incision wird eine grosse Menge dünnen Eiters nebst subkutanen Brandfetzen entleert. Geringes Ektropion des linken unteren Augenlides. Behandlung wie früher. Temperatur 37,9.

5./V. Die Incisionswunde über dem linken Ohr beginnt zu vernarben. Zwei kleine Furunkel an den Wangen werden incidiert. Die Eiterabsonderung an der Wangenöffnung lässt nach. Ueppige Granulationen am Rande, zwischen der inneren Schleimhaut und der äusseren Haut. Kein Fieber.

10./V. Die Schwellung des Gesichts ist jetzt fast ganz zurückgegangen. Die Incisionswunde oberhalb des Ohres ist vernarbt. Das Ektropion des linken unteren Augenlides ist stärker geworden. Am Rande der Wangenöffnung ist ein Schmälerwerden des Granulationssaumes und ein Entgegenstreben der äusseren Haut und der Schleimhaut des Mundes bemerkbar. Das Loch in der Schleimhaut hat jetzt in verticaler Richtung eine Länge von 4 cm. und in horizontaler von 3 cm.

In der Gegend des rechten Schulterblattes hat sich ein grösserer Carbunkel gebildet, welcher incidiert und verbunden wird. Patient gibt jetzt an, dass er in den letzten Jahren schon viel an ähnlichen Carbunkeln gelitten habe. 20./V. Die Eiterung an den Rändern der Wangenöffnung ist jetzt ganz geschwunden. Am grössten Theil der Peripherie ist nahezu die Vereinigung der äusseren Haut mit der Wangenschleimhaut erfolgt. Nur am oberen Rande sind noch reichliche Granulationen bemerkbar. Die ganze Oeffnung hat sich verkleinert. Bei der Aufnahme von Speisen dringen Theile derselben durch die Wangenöffnung nach aussen. Die Sprache ist etwas behindert. Es besteht mässige Kieferklemme.

Um diese Zeit war es, wo man überlegte, ob man nicht durch eine Operation eingreifen sollte. Nach Abstossung alles Brandigen hatte sich ein tiefer lochförmiger Substanzverlust an der Wange gebildet, der folgende Theile umfasste: 1) die Haut von dem Mittel-

punkt des unteren Augenlidrandes bis zum Kieferrand, seitlich von der Mundwinkelgegend bis zum Rand der Parotis; 2) das Bindegewebe der Backe sammt dem Musc. zygomaticus, dem ductus Stenonianus und dem entsprechenden Theile der Ohrspeicheldrüse und auch einem Theile der Masséter; 3) ein Stück des Buccinator und der Wangenschleimhaut. Die Oeffnung in letzterer war so gross, dass man die beiden letzten Backzähne des Ober- und Unterkiefers und ein Stück Zahnfleisch vom Oberkiefer vor sich sah.

Der Substanzverlust erschien auf den ersten Blick so beträchtlich, dass eine seitliche Resection des betreffenden Unterkiefertheiles zur Vermeidung der Kieferklemme und eines grossen lippenförmigen Lochs in der Wange in Aussicht zu stehen schien. Ein grosses Ektropion des unteren Augenlides musste auch erwartet werden, und es war deshalb zu überlegen, ob hier durch Einpflanzung etwas nützliches geschehen könnte. Es wurde jedoch beschlossen zunächst abzuwarten, zumal der Kranke sehr herabgekommen war und der Carbunkel über dem Schulterblatte noch keine Neigung zur raschen Verheilung zeigte.

10./VI. Die Narbenzusammenziehung an der Wange ist rasch in den Gang gekommen und die grosse Oeffnung hat sich zusehends verkleinert. Zwar hat das untere Augenlid sich weiter evertirt und die Wangenschleimhaut sich gegen das untere Augenlid hin berausgeworfen, aber die anderen Hauttheile sind von allen Seiten herangerückt und besonders das Loch in der Wangenschleimhaut ist beträchtlich kleiner geworden.

20./VI. Die Wangenfistel hat sich noch weiter zusammengezogen. Es ist grossentheils die lippenförmige Umsäumung eingetreten. Nur am oberen Rande ist Narbengewebe vorhanden. Die Beschwerden, welche die Wangenfistel verursachte, sind wesentlich geringer geworden. Der Carbunkel am Rücken ist geheilt. Der allgemeine Kräftezustand hat sich bedeutend gebessert. Patient wird auf sein Verlangen vorläufig in die Heimath entlassen.

Die Diagnose bei der hier beschriebenen Erkrankung lautete: „Gesichtscarbunkel.“ Da Patient Pferdeknecht ist, hatte man Anfangs Verdacht auf Rotz. Jedoch erlangte man weder durch angestellte Erkundigungen über die Möglichkeit einer solchen Infection, noch durch den weiteren Verlauf der Erkrankung eine Bestätigung hierfür. Noma ist einmal wegen des Alters des Patienten, dann aber auch weil hier die Wangenschleimhaut erst sekundär ergriffen worden ist, auszuscheiden. Am meisten würde noch Erysipelas mit Ausgang in Gangrän in Betracht zu ziehen sein, doch rechtfertigen

der später aufgetretene Carbunkel, sowie die Aussage des Patienten, dass er in den letzten Jahren oft an derartigen Geschwüren gelitten habe, die obige Diagnose.

Man befand sich früher in grosser Unklarheit über die Bildung und Heilung der lippenförmigen Fisteln. Es ist Herrn Geheimrath Roser geglückt, den ganzen Vorgang klar zu legen. Im Archiv für physiologische Heilkunde 1842 veröffentlichte er in der Abhandlung „Ueber eine besondere Art von Fisteln“ folgendes: „Eine gewisse Klasse von Fisteln z. B. die meisten Vesico-vaginalfisteln, die widernatürlichen After etc. zeigen das Besondere, dass sie nicht einen länglichen, röhrenförmigen Fistelgang darstellen, sondern nur eine kurze einfache Perforation der Wandung des inneren Behälters. Solche widernatürlichen Oeffnungen haben viel Aehnlichkeit mit einer Lippe. Wie der Lippenrand eine Verbindung der äusseren Haut mit der Schleimhaut darstellt, so sehen wir bei diesen Fisteln durch die Verwachsung der äusseren Haut mit der Schleimhaut des Darmes oder der Vaginal- und Vesicalschleimhaut eine Art Lippe gebildet, während dagegen bei den röhrenförmigen Fistelgängen ein längerer narbigter Canal gefunden wird, der die abnorme Communication zwischen innen und aussen vermittelt. Die lippenartigen Fisteln sind viel schwerer zu heilen als die röhrenförmigen Fistelgänge. Der Grund davon liegt gerade in dieser lippenähnlichen Verwachsung der inneren Schleimhaut mit den äusseren Bedeckungen: es findet sich hier ein ähnlicher Mechanismus, wie bei Dieffenbach's Operation der Mundverengerung, wo man, um die künstliche Oeffnung permanent zu erhalten, die äussere Haut mit der Mundschleimhaut zusammennaht. Nur so kann die Wiederverengerung verhütet werden, indem dies das einzige Mittel ist, um das Schrumpfen der Narbe zu verhindern. Derselbe Fall ist's bei der Anlegung des künstlichen Afters, wo man ebenfalls die Schleimhaut herauszieht und mit der äusseren durch Nähte verbindet. Von einer solchen künstlichen Oeffnung unterscheiden sich die lippenähnlichen Fisteln blos dadurch, dass bei ersteren die Verwachsung beider Membranen durch primäre Intention erzielt ist, während sie bei letzteren durch sekundäre Intention zu Stande kommt.“ In einer späteren Schrift „Ueber die lippenförmigen Fisteln“ (Archiv für physiolog. Heilkunde 1845) sagt er: „Die Formation der fistulösen Oeffnung beruht auf dem transversalen Zusammenwachsen der äusseren Haut mit der Schleimhaut vermöge der Narbenkontraktion und die Heilung und Schliessung derselben muss durch circuläres Schrumpfen der widernatürlichen Oeffnung herbeigeführt werden, auf ähnliche Art wie die Verengerung des

Mundes bei Geschwüren zu Stande kommt. Man muss die beiden Membranen durch eine breite Fläche granulirenden Gewebes von einander trennen, man muss ihr Wiederverwachsen hindern und dagegen die circuläre Schrumpfung befördern. Dies ist die rationelle Heilung der lippenförmigen Fisteln.“

Es ist wunderbar, wie lange es gedauert hat, bis man diese Theorie allgemein kennen gelernt und angenommen hat. Obwohl sie in der *Gazette médicale* vom 3./IV. 1841 in ihren Grundzügen bereits bekannt gemacht wurde, scheint man sie in Frankreich gerade am wenigsten gekannt und berücksichtigt zu haben. Mir liegt eine Schrift vor aus dem Jahre 1859 „*Examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes*“ par le Dr. A. Verneuil, chirurgien des hôpitaux etc. Es heisst darin z. B. „*Tous les auteurs, qui, de nos jours, traitent, de l'étiologie des fistules ne manquent pas de ranger parmi les causes les plus efficaces de ces lésions le passage continual des liquides sécrétés par les ouvertures accidentelles qui sont le point de départ des trajets fistuleux.*“ Der Verfasser glaubt für verwegen gehalten zu werden, dass er es wagt, diese Meinung, welche schon 18 Jahre vorher von Roser widerlegt war, anzugreifen. Roser sagt in seiner schon erwähnten Schrift vom Jahre 1842: „*Man ging gewöhnlich von der Voraussetzung aus, dass die Fisteln durch die entzündliche Verwachsung wuchernder Granulationen zum Schluss gebracht werden müssten und von dieser Voraussetzung war es die natürliche Consequenz, dass man die Excretionsflüssigkeiten, die sich der Adhaesion widersetzen, als das hauptsächlichste Hinderniss der Heilung betrachtete.*“ Damit ist aber die Erfahrung im Widerspruch, welche zeigt, dass eine grosse Menge von Urin- und Kothfisteln von selbst heilen, obgleich sie in beständiger Berührung mit diesen Excretionsstoffen gewesen waren. Es ist sogar etwas ganz gewöhnliches, dass solche Oeffnungen sich gegen den Willen des Chirurgen oberflächlich schliessen, worauf sodann neue Ansammlungen der Excreta sich bilden und nach aussen aufbrechen. Es kann also nicht die entzündliche Adhaesion sein, wodurch die spontane Schliessung der Fisteln erfolgt, sondern dieselbe ist von der Narbenzusammenziehung abzuleiten und nur durch diese zu erklären. Das Verschrumpfen der Narbe wird durch die Gegenwart der Excretionsstoffe nicht verhindert und so liegt in ihm das Mittel der Natur, um die Continuitätstrennungen der inneren Kanäle zu schliessen.“

Verneuil kommt nach langen Auseinandersetzungen zu dem Schlusse: „*Que les liquides excrétés ou le matières exérémentielles ne peuvent empêcher la cicatrisation secondaire des plaies et qu'ils*

sont par conséquent incapables à eux seuls d'amener la formation des fistules permanentes.“ Eine positive Erklärung der Bildung einer permanenten Fistel gibt er aber nicht. Er sagt zwar, dass er demnächst berichten will über: „certaines conditions anatomiques auxquelles on ne me paraît pas avoir accordé une part assez large dans la formation des orifices accidentels permanents; telles entre autres: la soudure des surfaces muqueuses et tégumentaires sur le contour des ouvertures; l'adhérence de ce contour à des parties résistantes et immobiles; le renversement total ou partiel des lèvres de l'orifice qui oppose l'une à l'autre des surfaces recouvertes d'épithelium ou d'épiderme et par conséquent non susceptibles d'adhésion, etc. Je montrerai sans peine alors que la plupart des fistules sont non point des plaies granulenses, mais de véritables orifices sans suppuration, dont le contour est formé par la conjonction intime de deux membranes tégumentaires.“

Roser hat aber den erwähnten anatomischen Verhältnissen gerade die grösste Bedeutung beigemessen bei der Bildung und Heilung der permanenten lippenförmigen Fisteln. Das, was Verner will über die Aetiologie der genannten Fisteln als neu bringt oder bringen will, ist in der Hauptsache absolut nicht neu. In den Schriften von Roser aus den Jahren 1842 und 1845 findet man die meisten dieser Punkte, wo nicht vollständig behandelt, so doch berührt. Ja, er hat damals schon den rationellen Weg zur Heilung derselben angegeben und die Gründe dafür beigebracht. Der Einfluss, welchen die Theorie der lippenförmigen Fisteln auf die neuere Chirurgie gehabt hat, ist heutzutage wohl anerkannt. Nicht nur auf die Heilung hat sich dieser Einfluss erstreckt, sondern auch auf die Kenntniss der genaueren Vorgänge bei vielen anderen Operationen, wie die plastische Mundbildung etc.

Ich kehre nun zu meinem speciellen Falle zurück. Am 18. VII. stellte sich Patient wieder in der chirurgischen Klinik ein, um sich weiter behandeln zu lassen. Der objektive Befund hat sich in der Weise geändert, dass das Ektropion noch stärker geworden, die Wangenfistel dagegen nur noch von der Grösse eines Zehnpfennigstückes ist. Der Rand ist überall lippenförmig umsäumt, aber nur am oberen Rande ist die Schleimhaut nach aussen hervorgetreten. Die Beschwerden sind noch dieselben wie früher, wenn auch geringeren Grades.

Die Frage, warum hat nach einem so grossen Substanzverlust der Wangenwand sich nur so eine kleine Wangenfistel gebildet? warum hat sich die Wangenschleimhaut so wenig und nur nach oben

herausgeworfen? beantwortet sich nach der mir mündlich mitgetheilten Meinung des Herrn Geheimrath Prof. Roser in foldender Weise: Es war zu beobachten, dass die Narbenschrumpfung vorzüglich in kreisförmiger Richtung und wenig in radiärer Richtung eintrat, und dies mag besonders damit zusammenhängen, dass das Loch im Buccinator sich zuerst und vorzugsweise verschrumpfte. Nur nach oben, wo vielleicht der Buccinator bis zum Rande durchlöchert war, fehlte die Buccinatorschrumpfung, dort also kam es zur stärkeren Eversion der Wangenschleimhaut. — Es ist wohl auch sonst zu bemerken, dass die Löcher der Muskeln viel Schrumpfung erfahren.

Da der Substanzverlust hier ein ziemlich bedeutender, würde wohl eine einfache Anfrischung der Ränder der Wangenfistel mit Vernähung und event. auch seitlichen Entspannungsschnitten nicht ausreichen, insbesondere da man das Ektropion und die drohende Kieferklemme im Auge haben musste. Es schien deshalb eine plastische Operation angezeigt, um das fortschreitende Ektropion und zugleich die Wangenfistel möglichst zu beseitigen. Die Operation wurde am 26./VII. von Herrn Geheimrath Prof. Roser vorgenommen. Er begann mit der Narbenmasse, welche zwischen dem Augenlidrand und dem herausgeworfenen Theil der Wangenschleimhaut sich befand, indem er dieselbe excidierte. Auch von der Wangenschleimhaut wurde ein dreieckiges Stückchen, die Basis des Dreiecks am Zahnfleisch herausgenommen. Am Augenlid wurden zwei Seitenschnitte parallel dem Augenlidrand geführt und durch die nötige Ablösung, von diesen Seitenschnitten aus, die beiden Augenlidhälften so mobil gemacht, dass man dieselben in Form von zwei viereckigen Lappen in der Mitte vereinigen und vernähen konnte. Die Vereinigung gelang zwar nicht ganz vollkommen, aber doch in befriedigender Weise; unten, wo die Narbe excidirt war, blieb eine Stelle von 1 cm. Breite unbedeckt. Diese Stelle wurde mit Jodoformmull verbunden.

3./VIII. Verbandwechsel. Die Hautlappen liegen glatt aneinander. Das Ektropion ist fast ganz beseitigt, das Loch in der Wange verkleinert und kaum sichtbar. 3./VIII. Es ist feste Vernarbung sämmtlicher Schnittwunden erfolgt. Das Ektropion besteht noch in geringem Maasse. An der Stelle, wo sich die grosse Wangenfistel befand, ist nur noch eine federkiel dicke Oeffnung. Dieselbe verursacht weder beim Sprechen noch beim Essen und Trinken Beschwerden. Am 5./VIII. wurde Patient dem ärztlichen Verein vorgestellt. Es bestand noch ein geringes Ektropion und eine kaum erbsengrosse Wangenfistel, aber der Kranke war durch diese Besse-

rung seines Zustandes so befriedigt, dass er wünschte, entlassen zu werden und dann auch am 8./VIII. in seine Heimath zu seiner Beschäftigung zurückkehrte.

Der jetzige (Mai 1888) Befund ist folgender: Das Ektropion des linken unteren Augenlides ist wieder etwas stärker geworden. Die kleine Oeffnung in der Wange hat sich noch mehr verengert, so dass nur mit Mühe eine ganz dünne Sonde hindurch gebracht werden kann. Sie verläuft von oben aussen nach unten innen und mündet dem letzten Backenzahn des linken Oberkiefers gegenüber. Hierselbst hat sich eine Schleimhautfalte über die Oeffnung hinweggelegt, welche dieselbe klappenartig verschliesst. Der Mann befindet sich vollständig wohl, ohne irgend welche Beschwerden und verzichtet deshalb auf eine weitere Operation.

Wangenfisteln durch traumatische Zerstörungen an der Wange sind besonders durch Schrotshuss aus grösster Nähe schon manchmal beobachtet, wenn der Jäger das Gewehr neben sich stehen hatte und aus Unvorsichtigkeit das Schloss angestossen wurde, so dass Entladung erfolgte. Geheimrath Prof. Roser hat zwei solche Fälle beobachtet, wo ein seitlicher Theil des Unterkiefers nebst der Wange zertrümmert wurde und bei der Heilung eine lippenförmige Umsäumung der Wunde mit der herausgekehrten Wangenschleimhaut entstanden war. Die Heilung wurde in beiden Fällen durch seitliche Lappenverschiebungen nach der Jäsch'schen Methode erreicht. In dem Handbuch der anatomischen Chirurgie von Roser, 8. Auflage, Seite 122 sind zwei Typen von Wangenbildung abgebildet, welche ebenfalls bei Wangenfisteln benutzt werden können. Natürlich muss man, da kaum ein Fall dem andern gleicht, die Schnitte und Nähte nach den individuellen Verhältnissen einrichten.

Ich füge nun aus der Literatur einige Krankengeschichten bei, zunächst einige, um deren Verlauf mit dem des vorliegenden zu vergleichen. Wenn die Entstehungsursachen auch theilweise andere sind, so finden sich doch viele Punkte in denselben, welche zu einem Vergleich mit der vorliegenden auffordern. Sodann werde ich noch einige andere folgen lassen, um durch dieselben zu zeigen, auf welche verschiedene Arten man Wangenfisteln geschlossen hat.

Seidler (Magazin für die gesammte Heilkunde von Rust. Berlin 1824).

25jähriger Reitknecht, welcher, bei einem höchst wahrscheinlich rotzkranken Pferde beschäftigt, seit 14 Tagen sich unwohl gefühlt,

aber erst seit 3 Tagen das Bett gehütet hatte. 31/7. Rosenartige Entzündung der linken und zum kleinen Theil auch der rechten Wange, nebst Nase und Oberlippe, im Umfange weich, blassroth, gegen die Nase hin dunkler, schmerzhafter. Daneben die gewöhnlichen Erscheinungen eines gastrischen Fiebers. 1/8. Röthe auf der rechten Wange mehr ausgebreitet, Nasenspitze stärker geschwollen, härter, dunkler. 2/8. Unter fort dauernder Steigerung des Fiebers Zunahme der Entzündung der äusseren Nase. Auf der Mitte der Nasenspitze eine dünne Kruste, nach deren Entfernung eine silber-groschengrosse, schwammige Geschwürsfläche mit einem fest anhaftenden weissen Ueberzug zum Vorschein kam, umgeben von einer deutlichen Demarcationslinie. 3/8. Nasenspitze eingefallen, mit einer harten Brandkruste bedeckt. Auf der Oberlippe und den angrenzenden Theilen der linken Wange einige erbsengrosse, mit weisslicher Flüssigkeit gefüllte Pusteln. 4/8. Beträchtliche Zunahme der Geschwulst des Gesichts und des Mundes bis zum Rachen hin, so dass das Schlingen und Athmen erschwert ist. Nase bis zur Mitte zerstört und eingefallen und mit einer brandigen Kruste bedeckt. Entstehung anderer Pusteln auf der linken Wange in der Nähe des Mundwinkels, zum Theil mit Borken sich bedeckend, unter diesen eine zerstörende Jauche hervorgiessend. 6/8. Fortgesetzt hohes Fieber. Ein feuchter Brand, der Noma sehr ähnlich, vernichtet die Ober- und Unterlippe und die angrenzende linke Wange und greift sogar bis auf das Zahnfleisch und die Zunge über. Das übrige Gesicht ausserordentlich geschwollen. Hervorbrechen ähnlicher Pusteln wie im Gesicht so auch auf der Brust. 7/8. Zunahme des Fiebers. Puls 130. Bewusstlosigkeit. Ausbreitung des Brandes. Ausfluss stinkender Flüssigkeit aus Mund und Nase. 8/8. Tod.

Rust (Magazin für die gesammte Heilkunde. 1829. Band 29).

30jähriges Mädchen kam am 7/8. 1828 in ärztliche Behandlung, nachdem sie bereits 14 Tage lang an einer Gesichtsrose krank gewesen. Die sich selbst überlassene, in Brand übergegangene Rose hatte bereits grosse Zerstörungen im Gesichte angerichtet, welche sich rechterseits von der Stirn bis zum Mundwinkel erstreckten und zwei Drittel der ganzen rechten Wange nebst dem angrenzenden Theile der Nase einnahmen; zugleich fand sich Zerstörung der Augenlider und sämmtlicher äusseren Umgebungen beider Augen. Das Gesicht bot einen erschrecklichen Anblick dar, da es stark geschwollen, schwarz von Farbe, seine Oberfläche von Fäulniss und Maden emporgehoben war. Unter Anwendung warmer Kataplasmen löste sich schon am folgenden Tage der ganze Mittelpunkt der Brandstelle ab,

wodurch ein grosses Loch in der Wange entstand, durch welches alle in den Mund genommenen Getränke und Speisen hervordrangen. In den folgenden Tagen lösten sich unter gleichzeitiger Besserung des Allgemeinbefindens die abgestorbenen Massen immer mehr ab, und es bildeten sich üppige Granulationen, denen durch Lapis Einhalt gethan werden musste, so dass 8—10 Tage später, als die Eiterung bereits bedeutend nachgelassen hatte, ein Versuch gemacht werden konnte, die Wundränder der Wangenöffnung zuerst durch Heftpflaster, sodann durch ein paar Knopfnäthe zu vereinigen, welches letztere aber trotz eines zweimaligen Versuchs nicht gelang, theils wegen der Grösse des Substanzverlustes, theils wegen der Unfolgsamkeit der Kranken, welche beim Verschlingen grober Nahrungsmittel die Vereinigung aufgerissen hatte. Besseren Erfolg schien der nach vollendetem Vernarbung gemachte Versuch zu gewähren, durch Abtragung der Narbenränder und Vereinigung mittelst der umschlungenen Naht die Wangenöffnung zu schliessen, indem bei Abgang des Berichts die Wunde bis auf eine kleine Stelle gut vereinigt war.

Jobert (Gazette de hôpitaux de Paris 1853).

Bei einem 18jährigen Burschen war von einem in seinem fünfzehnten Lebensjahre überstandenen typhösen Fieber mit brandiger Perforation der linken Wange und theilweiser Nekrose des Unterkiefers eine ovale Mundhöhlenfistel von 30 mm. Länge und 18 mm. Höhe zurückgeblieben, welche sich etwa 18 mm. vom linken Mundwinkel nach aussen und etwas nach unten befand. Am 20/4. 1853 Wundmachung der Ränder der Fistel und Loslösung von dem Knochen, worauf Vereinigung durch vier Stiftnäthe. Am 24. Entfernung der letzten Nadel und am 26. Wahrnehmung einer kleinen Fistelöffnung an der Stelle der zweiten Nadel, weshalb sogleich Wundmachung dieser Oeffnung und Schliessung durch eine neue Naht, allein auch hierdurch nur Verkleinerung nicht vollständige Schliessung der Oeffnung, welche letztere erst nach $3\frac{1}{2}$ wöchentlicher Behandlung durch Zusammenziehen der Fistelränder mit Heftpflasterstreifen und durch wiederholtes Aetzen mit Höllenstein zu Stande gebracht ward.

Pörnroth (Analecta clinica, Helsingforsiae 1851).

Grosses rundes Loch in der rechten Wange bei einem 20jährigen Jüngling, $1\frac{1}{2}$ " im Durchmesser haltend, dicht unter dem unteren Augenhöhlenrande gelegen, von callösen oder vielmehr knorpeligen, mit den darunter liegenden Theilen fest verwachsenen Hauträndern eingefasst. Man erblickt durch dieses Loch die Nasenhöhle nebst dem Septum, die Mundhöhle nebst Zunge und Gaumensegel. Die Ursache dieses Loches war eine vor fünf Jahren während eines



langsam verlaufenden Nervenfiebers entstandene Noma, welche unter unpassender Behandlung den Ausgang in Gangrän gemacht hatte. Ausser der Entstellung grosse Störung beim Essen und Sprechen. Abtragung der callösen Ränder in der Weise, dass das runde Loch in eine ovale, schräg vom Mundwinkel nach der Schläfe hin gerichtete Oeffnung verwandelt ward, deren Ränder überall in hinreichendem Umfange von den tieferen Theilen losgelöst und durch die blutige Naht vereinigt wurden. Zur Verminderung der Spannung wurde zu jeder Seite in einiger Entfernung ein bogenförmiger Schnitt durch die Haut gemacht. Die Heilung erfolgte ohne allen üblen Zufall. Kurz nachher Tod an Typhus abdominalis.

Klose und Paul (Zeitschrift für klin. Medicin von Günzberg. Breslau 1850).

Mundwangenfistel rechts 1" breit, $1\frac{1}{2}$ " hoch, nahe dem Mundwinkel. Operation: Ausschneidung der ganzen narbigen Ränder in Form eines Dreiecks, dessen Spitze nach dem Kiefergelenk und dessen senkrechte 1" hohe Basis nach dem Mundwinkel hin gerichtet war. Verlängerung der Basis nach oben. Ein Schnitt parallel dem oberen Wundrande unter dem unteren Augenlide. Loslösung des so gebildeten ovalen Lappens und Verschiebung nach unten und Anheftung an den unteren Wundrand mit 8 Nähten. Anfangs günstige Verheilung, nach einiger Zeit platzt die Wunde, die Unterkieferhaut zieht sich zurück. Der verschobene Wangenlappen bleibt an seiner Stelle und entwickelt sich innerhalb weniger Wochen zu einer vollen prominirenden Wange. Zur Schliessung der unterhalb derselben befindlichen kleinen Lücke wird nun ein ähnlicher oblonger Lappen vom Halse aus nach oben geschoben. Anheftung durch 8 Nähte an seiner oberen horizontalen und durch 6 an seinem senkrechten Rande. Der am Halse entstehende dreieckige Hautdefekt wird gleich dem früheren der Heilung durch Granulation überlassen. Die Anheilung gelingt bis auf einen kleinen Punkt am Mundwinkel, der später durch Betupfen mit Kantharidentinktur zum Schlusse gebracht wird.

Gräfe und v. Walth. Journ. Bd. 2.

Nach mannigfachen syphilitischen und gichtischen Leiden hatte Herr J. B. einen Defekt der rechten Wange zurückbehalten. Ein grosses Loch auf der rechten Seite des Nasenrückens und der Wange erlaubte in die Nase und Highmorrhöhle zu blicken. Gräfe hält die Wangenhaut in diesem Falle nicht für geeignet zum Ersatz und wählt die Stirnhaut. Nach genauer Vorzeichnung der Incisionen zur Verwundung der Ränder der Oeffnung unternahm Gräfe die genaue Ausmessung und Anfertigung des Maasses, welches er in allen Richtun-

gen um 2 Linien reichlicher bildete als der Defekt war. Dasselbe wurde auf die Stirn, etwas nach der linken Seite gelegt, um das ausgeschnittene Hautstück besser rechts beugen zu können; selbst die Stichpunkte wurden markirt. Die Loslösung und Anheftung des Lappens hatte nichts bemerkenswerthes. Der Lappen adhäirte nach einigen Tagen überall, mit Ausnahme einer kleinen Stelle am unteren Winkel. Nach 5—6 Wochen wurde die Trennung der Hautbrücke vorgenommen. Nach einigen Monaten war vollständige Heilung erzielt.

Roux (C. A. Maisonabe clinique sur les difformités dans l'espèce humaine. Paris 1834).

Benutzung eines schon einmal transplantirten Hautlappens zum Ersatz der Wange. Eine Frau hatte die linke Hälfte der Oberlippe, den Nasenflügel derselben Seite und einen Theil der Wange verloren. Die Oeffnung communicirte mit der linken Nasenhälfte und mit dem sinus maxillaris, denn es waren auch knöcherne Theile verloren gegangen und die weite Oeffnung gestattete fortwährend den Vorfall der Zunge aus der Mundhöhle. Sieben Operationen waren nöthig, um das Gesicht der Kranken wieder nach und nach zu verbessern. Bei der ersten Operation wurde ein Lappen aus der Unterlippe gelöst, bis zum Niveau der Oberlippe in die Höhe gehoben und mit dem Reste der Oberlippe vereinigt, so dass sie also neu gebildet war. Zweimal wurde, jedoch vergebens, der Versuch gemacht, die Wangenöffnung dadurch zu schliessen, dass man die Haut der Umgebung vom Grunde löste und herbeizog. Ebenso misslang der Versuch, ein Stück Haut von der Oberlippe in die Oeffnung zu verpflanzen, denn die Anheilung erfolgte nicht. Ein Ersatz aus der Hohlhand hatte gleichfalls keinen Erfolg. Da der Kranke einen Obturator nicht ertrug, kam Roux auf die Idee, den auf der Oberlippe verpflanzten Lappen noch einmal zu lösen und zur Schliessung der Oeffnung zu benutzen, wobei er bis nahe an die Orbita verpflanzt werden musste. Diesmal gelang die Anheilung und die Oberlippe ward nun noch einmal wie früher aus der Unterlippe gebildet.

Dieffenbach (Chirurgische Erfahrungen III. IV §. 165).

Nach Noma Verlust des grössten Theiles der linken Wange, der Hälfte der Unterlippe mit dem linken Mundwinkel, dreiviertel der Oberlippe und des linken Nasenflügels. Nach verschiedenen Operationen ist noch die Wangenfistel übrig: „Das Loch in der Wange hatte jetzt die Gestalt eines liegenden Ovals; es war noch viel zu gross, um es mit einem anderswo zu erlangenden Lappen ausfüllen zu können, überdies gewährte der in ziemlichem Umkreise der Oeffnung verschwielte Rand wenig Hoffnung, dass der Ableger auf die-

sem kalten Boden wurzte und gedeihe. Es war daher wohl richtig gedacht, wenn ich mich bemühte, das Loch auf andere Weise zu verkleinern und zugleich von der Narbe etwas zu entfernen. Dies erreichte ich beides dadurch auf das Vollständigste, dass ich zwei der härtesten, gefurchten Stellen aus dem Narbenrande in Gestalt eines **V** ausschnitt, die Haut zunächst etwas vom Grunde löste und die Vereinigung durch ein paar umschlungene Insektenadeln bewirkte. Die Vereinigung gelang an beiden Stellen und das Loch war dadurch ziemlich bedeutend verkleinert. Das Ausschneiden kleiner keilförmiger Stücke aus dem harten Rande wiederholte ich noch zweimal mit dem nämlichen glücklichen Erfolge. Die Oeffnung war nun schon wenigstens um ein Dritttheil verkleinert; aber weiter reichte dies Verfahren hier nicht aus, denn der kreisförmige Rand der Oeffnung war jetzt so angespannt, dass die Ränder auf keinerlei Weise einander mehr genähert werden konnten. Jetzt fing ich daher das Verpflanzen an. Ich löste am untern Kieferrande einen entsprechend grossen abgerundeten Lappen ab und befestigte ihn an die wundgemachten Ränder des Loches. Dann schloss ich die Wunde am Kieferrande ebenfalls durch einige Nähte. Einige Tage darauf, nach Wegnahme der Nähte hatte der Lappen sich an mehreren Punkten so weit mit der Wangenhaut vereinigt, dass kein völliges Absterben mehr zu befürchten war. Durch die eiternden Lücken floss der Speichel fortwährend aus der Mundhöhle. Nach 14 Tagen waren alle kleineren Oeffnungen zwischen der Wangenhaut und dem Lappen geschlossen, dagegen unten eine grössere, von der Grösse eines Groschens zurückgeblieben. Ich erwartete nun die völlige Ueberhäutung des Wundrandes und nachdem diese erfolgt war, suchte ich die harte Narbenmasse durch erweichende Umschläge zu einer abermaligen Verpflanzung vorzubereiten. Eine Annäherung oder gar Vereinigung der Ränder durch starkes Zusammenziehen war nicht möglich. Ich musste daher abermals ein kleines Hautstück aus dem oberen Theil der Wange loslösen und in die Oeffnung einsetzen. Es gelang diese Anheilung vollkommen und auch diese Lücke war geschlossen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Professor Dr. Roser bin ich für die gütige Ueberlassung des Falles, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben zu aufrichtigem Danke verpflichtet.

Ich, Richard Wittich, wurde geboren den 30. Januar 1860 zu Lendorf, Kreis Homberg, Regierungsbezirk Cassel, als Sohn des Oeconomen Johannes Wittich und dessen Ehefrau Elisabeth geb. Dreydorff. Den ersten Unterricht erhielt ich in meiner Heimath, dann besuchte ich die Gymnasien in Cassel, Fulda, Brilon und Recklinghausen. Auf letzterem legte ich Ostern 1882 das Abiturientenexamen ab. Ich widmete mich nun dem Studium der Medicin. Vorlesungen gehört resp. Kliniken besucht habe ich während meiner Studienzeit bei den Herren Professoren: Ekhardt, Hofmann in Giessen; Fischer, von Gerlach, L. Gerlach, Lommel, Rosenthal, Rees, Selenka in Erlangen; Gerhardt, Maas, Nieberding, von Scanzoni in Würzburg, Ahlfeld, Böhm, von Heusinger, Mannkopff, Marchand, Meyer, Schmidt-Rimpler, Roser in Marburg. Ostern 1884 bestand ich in Erlangen das Tentamen physicum und am 7. April 1887 vollendete ich in Marburg mein medicinisches Staatsexamen. Während des Sommers 1887 habe ich verschiedene praktische Aerzte vertreten und im Winter 1887/88 den Rest meiner aktiven Dienstpflicht als einjährig-freiwilliger Arzt in Giessen absolviert.

14622

