

Oberfläche an, oder man behrte mit verschiedenen Werkzeugen den Auswuchs nach und nach ab, um der Säure nachtheiliche und grössere Fortwüchse zu verhindern, damit der Abtragungsvorgang beschleunigt würde, da er sich gewöhnlich sehr verzögert. Auf dieses Verfahren war man durch die Beobachtung gebracht worden, dass manchmal solche Auswüchse von selbst nekrotisiren und abfallen.

Ich habe vor Kurzem Gelegenheit gehabt, einen kindskopfgrossen solchen Knochenauswuchs wegzunehmen, welchen ich Ihnen hier vorlege. Mehrere der Anwesenden werden sich vielleicht noch erinnern, dass ich der Gesellschaft in der Sitzung vom 10. März 1855 ein damals 24 Jahre

# Ueber die Abtragung eines grossen kuglichen Knochenauswuchses des Augenhöhlentheils des rechten Stirnbeins

von

**KARL TEXTOR,**

Professor in Würzburg.

(Mit Tafel III-VI.)

Knochenauswüchse von verschiedener Grösse kommen in der Augenhöhlengend des Stirnbeins häufig vor und entwickeln sich entweder nur nach aussen oder auch gleichzeitig nach innen in die Schädelhöhle, wie man sich fast in allen anatomischen Sammlungen überzeugen kann. Wenn man auch in einzelnen Fällen solche Auswüchse zu entfernen unternommen hat, so sind diese Operationen doch nur selten gemacht worden. Entweder suchte man das ganze Gewächs mit einem Theil des Mutterbodens, in dem es wurzelte, wegzunehmen, förmliche Ausrottung desselben. Oder man begnügte sich, das Gewächs an seinem Stiele oder an seiner Grundfläche abzutragen, es grösstentheils zu entfernen. Dies that man, wenn es unthunlich schien, eine gänzliche Ausrottung vorzunehmen, weil man sich nicht getraute die Schädelhöhle zu eröffnen, um den Kranken nicht in Lebensgefahr zu versetzen. Oder endlich man begnügte sich den Auswuchs blosszulegen und ihn mit Aetzmitteln zu benetzen, um ihn zum Absterben zu bringen, worauf er sich von selbst abstössen sollte. Die flüssigen Aetzmittel (Säuren) wandte man entweder nur auf die entblösste

Oberfläche an, oder man bohrte mit verschiedenen Werkzeugen den Auswuchs mehrfach an oder durch, um der Säure mehrfache und grössere Berührungsf lächen zu verschaffen, damit der Absterbungsvorgang beschleunigt würde, da er sich gewöhnlich sehr verzögerte. Auf dieses Verfahren war man durch die Beobachtung gebracht worden, dass manchmal solche Auswüchse von selbst nekrotisirten und abfielen.

Ich habe vor Kurzem Gelegenheit gehabt, einen kindskopfgrossen solchen Knochenauswuchs wegzunehmen, welchen ich Ihnen hier vorlege. Mehrere der Anwesenden werden sich vielleicht noch erinnern, dass ich der Gesellschaft in der Sitzung vom 10. März 1855 ein damals 24 Jahre altes Mädchen, Anna Maria Bauer von Frammersbach (Verhandl. der ph. med. Ges. VI. Bd. Sitzungsberichte v. 1855 S. IX.) vorgestellt habe, bei welchem sich seit zwei Jahren ein faustgrosses Gewächs in der rechten Stirn- und Supraorbitalgegend entwickelt hatte, die das Auge stark nach unten gedrängt hat, deren Allgemeinbefinden und deren Geistesverrichtungen aber vollkommen ungestört waren. Das Gewächs war als eine haselnussgrosse rundliche Geschwulst im rechten Augenhöhlenrand zuerst bemerkt worden, welche rasch an Grösse zunahm, sich sehr hart anfühlte, aber unschmerzhaft war. Als die Kranke damals hilfessuchend sich mir vorstellte, war das Gewächs faustgross, knochenhart, undeutlich beweglich, übrigens unschmerzhaft und überall von der damals vollkommen gesunden Haut bedeckt. Ich erklärte der Kranken, eine Ausrottung des Gewächses sei möglich und ein günstiger Erfolg wahrscheinlich, doch nicht mit Bestimmtheit vorauszusagen und rieth ihr, sich in die chirurgische Klinik des Julius-Hospitals aufnehmen zu lassen. Sie versuchte das auch; allein die Aufnahme wurde ihr nicht bewilligt, worauf sie in ihre Heimat zurückkehrte. Seitdem war sie noch einigemal zu mir gekommen. Der Zustand war immer derselbe günstige, nur nahm das Gewächs an Grösse zu. Später vernahm ich auch von ihren Angehörigen, dass sich die bedeckende Haut entzündet habe, aufgebrochen sei, dass sich Eiter entleert und ein Knochenstück abgestossen habe, dem im Lauf der Jahre noch mehrere gefolgt seien.

Ich hatte mich erboten, in ihre Heimath zu kommen und sie dort zu operiren, wenn dies möglich zu machen sei. An der Armuth der Ihrigen und den Vorurtheilen ihrer Gemeinde scheiterte dieser Vorschlag und mehrere Jahre vergingen, ohne dass ich weiter etwas von der Unglücklichen mehr hörte.

Im Jahre 1863, als wieder eine erledigte Stelle in dem dahier bestehenden Pfründenhause der Unheilbaren zur Besetzung öffentlich ausgeschrieben worden, meldete sie sich unter den Bewerberinnen und ich be-

eilte mich sie zur Aufnahme vorzuschlagen. Am 6. Juni 1863 wurde sie in die Anstalt aufgenommen.

Damals war das Allgemeinbefinden ungestört, alle Verrichtungen in Ordnung. Das Gewächs hatte die Grösse eines Kindsköpfes, aber die bedeckende Haut war an vier Stellen durchbrochen, so dass der entblösste, gelbbraun aussehende Knochenauswuchs offen zu Tage lag. Das grösste dieser Löcher (Tafel III a) befand sich gerade vorn in der Mitte der Geschwulst und erstreckte sich senkrecht von oben nach unten, 4 bis 5 Zoll in der Länge.

Der Knochenauswuchs ragte etwa  $\frac{1}{2}$  bis  $\frac{3}{4}$  Zoll hervor. Das zweite kleinere und schmalere Loch fand sich auf der linken Seite (Bild IV) über dem linken Auge der Höhe der Stirne entsprechend; das dritte noch kleinere an der rechten Seite des Gewächses (Tafel V) auf der Höhe der rechten Schläfe oberhalb des nach unten verschobenen Augapfels, die Nase nach links und abwärts verdrängt, die Hautbrücken ziemlich gespannt, verdickt und geröthet. Durch die Oeffnungen ergoss sich von Zeit zu Zeit bald bald mehr bald minder bedeutende Eiterabsonderung und wurden zuweilen missfarbige braungelbliche oder schwärzliche nekrotische Knochenstückchen abgestossen. Die Hornhaut des rechten Auges war getrübt, Licht und Dunkel wurde noch unterschieden, das Sehvermögen war aufgehoben. Das ganze Gewächs war noch wenn auch weniger deutlich beweglich als früher. Die Operation war immer noch möglich und da keine Erscheinungen darauf hinwiesen, dass das Gewächs auch nach innen in die Schädelhöhle hineingewuchert sei, da das Allgemeinbefinden ungestört, die Esslust und Ernährung vollkommen regelmässig, so schien die Entfernung des Auswuchses gerechtfertigt, was ich der Kranken auch mittheilte und sie um ihre Zustimmung dazu fragte, sowie auch später ihre sie besuchenden Eltern. Als diese und sie selbst eingewilligt hatten, beschloss ich nach reiflicher Ueberlegung im Laufe des Sommers, als gleichmässige günstige Witterung eingetreten war, die Abtragung oder Ausrottung vorzunehmen.

Dienstag den 12. Juli 1864 Vormittags wurde die Operation unternommen, wobei mir die Herren Kollegen Regimentsarzt Dr. Schiller, Dr. Koch, Dr. Ludwig Seuffert und Dr. Anton Oidtmann hülffreich zur Seite standen.

Nachdem die Kranke durch auf Leinwand geträufeltes reines Chloroform vollkommen betäubt worden war, durchschnitt ich die über das Gewächs gespannten Hautbrücken so ziemlich in ihrer Mitte, trennte sie von dem Knochenauswuchse, mit dem sie nur durch lockeres Bindegewebe vereinigt waren, ab, schlug dieselben gegen die Gränzen des Auswuchses zurück und suchte nun am Umkreise des kuglichen und an seiner Ober-

fläche glatten aber lappigen blumenkohlähnlichen Auswuchses durch verschiedene Lücken mit dem Messer, mit Sonden und Hebeln einzudringen, um wo möglich zum Stiele, zur Basis desselben zu gelangen, um diese dann auf irgend eine Weise zu trennen. Es war aber unmöglich, irgend eine Säge, weder eine Stich- oder Messersäge, weder eine Kettensäge noch den Osteotöm hier anzuwenden, alle zugänglichen Lücken waren zu eng und zu wenig umfangreich. Deswegen beschloss ich die nunmehr ganz frei emporrage Geschwulst von ihrer Höhe gegen die Basis ihrer ganzen Länge und Dicke nach mit der Amputationssäge von *J. G. Heine* in zwei Hälften auseinander zu sägen, um so jede Hälfte für sich leichter wegnehmen zu können. Ich hoffte nämlich noch immer, dass das Gewebe des Knochenauswuchses ein lockeres, mehr schwammiges, netzartiges wäre, müsste mich aber bald vom Gegentheil überzeugen. Der Auswuchs war ausserordentlich hart und fest, wie Elfenbein, so dass ich bald ermüdete und mich bald von diesem bald von jenem meiner helfenden Kollegen ablösen liess. Da der bloss gelegte Auswuchs theils wegen seiner bräunlichen Stellen, theils durch seine Beweglichkeit den Eindruck eines abgestorbenen oder absterbenden Knochens (Sequesters) machte und bei seinem Blosslegen sich durch weissere, schwammige, weniger dichte, jüngere Knochenmasse schalenförmig an seinem Umkreise eingehüllt, ähnlich wie die neuerzeugte Knochenkapsel den abgestorbenen alten Knochen bei Nekrosis umgibt, fand, so beschloss ich zuerst diese nicht sehr mächtige neue Masse rings herum abzutragen, um die Entfernung des nekrotischen Auswuchses zu erleichtern, was mit *Raimboud's* Stichsäge geschah.

Noch war der Auswuchs nicht ganz auseinander gesägt, die Säge war ungefähr bis zwei und einen halben Zoll tief in die Basis eingedrungen, wie öfters Untersuchen mit dem Untersuchungsstäbchen, welches *Bernhard Heine* seinem Osteotome beigefügt hat, nachwies. Ich setzte *Heine's* Winkelhebel in die Sägfurche, allein die Hälften des Knochenauswuchses stunden noch felsensfest, dagegen ging jetzt an der einen Seite ein etwa zwei Zoll langer Abschnitt des gelappten Auswuchses und dann ein zweiter etwas kleinerer und bald darauf der ganze grosse Auswuchs, nicht etwa seine eine oder andere Hälfte los, denn beide hingen noch durch eine über einen Zoll dicke Partie an der Basis zusammen. Jetzt hatte ich eine faustgrosse, tiefe, buchtige Höhle vor mir, die blutig und mit einer granulirenden hochrothen Fläche ausgekleidet war. Diese Höhle war durch das Zusammenfliessen der Augen-Oberkiefer- und Nasenhöhle entstanden, da die begränzenden Wände durch das allmähliche Wachsen des Knochenauswuchses nach und nach zum Schwinden gebracht worden waren. Einzelne spitzige und scharfe Knochenenden und -Ränder

ragten noch aus ihr hervor, die ich theils mit der gewöhnlichen Splitterzange theils mit Lüt's Hohlmeisselzange ebnete. Die Blutung war nur gering, meistens aus dem Parenchym. Nur drei kleine Schlagadern mussten unterbunden werden. Nach der Blutstillung und Reinigung der Wundfläche versuchte ich die Wunde durch Annäherung der Hautbrücken zu vereinigen und zu decken; nur die mittlere und längste derselben liess sich nicht recht einfügen und ich sah mich daher genöthigt ein 1 $\frac{1}{2}$  Zoll langes Stück davon abzutragen. Auch ein blasenähnlich aufgetriebenes Stück der Nasen- oder Kieferhöhlenschleimhaut schnitt ich vorsichtshalber aus und vereinigte dann die Schnittränder der Haut mit der Knopfnah.

Etwa eine Stunde nachher befand sie sich in Folge der Chloroformbetäubung übel und erbrach ein Paar mal Magenschleim und während der Operation verschlucktes Blut. Auf ein Paar Brauspulver wurde ihr wieder besser.

Ueber die rechte Gesichtshälfte wurden kalte Umschläge gemacht.

Während der Nacht schlief sie ein Paar Stunden. Der Schmerz hat nachgelassen. Fieber trat nicht ein, wie überhaupt keine besondern Erscheinungen. Strenge Diät.

Eben so verliefen die folgenden Paar Tage. Das Allgemeinbefinden blieb gut, die Esslust stellte sich ein und sie erhielt auch reichlichere Kost.

Nur am 16. Juli klagte sie über Schmerz in der linken Schläfengegend, vielleicht weil sie fast beständig auf dieser Seite lag. Auch hatte sich etwas Eiter angesammelt.

Am 17. wurde sie von ihrem Vater und ihrer Schwester besucht, das Allgemeinbefinden war gut wie auch in den folgenden Tagen.

Am 19. war die Eiterung etwas stärker und es wurde von nun an die Wundhöhle mit Kamillenthee ausgespritzt.

Am 18., 20. und 29. fielen die Unterbindungsfäden. Am 20. wurde eine Knopfnah gelöst und im Laufe der folgenden Tage die übrigen, die unmittelbare Vereinigung war aber nur an einigen Punkten gelungen, an den meisten Stellen Eiterung eingetreten, so dass man die Wunde mit Kamillenthee bäh liess.

Am 22. stund sie ohne Erlaubniss Nachm. etwas auf, klagte aber am 23. über Unwohlsein und Kopfweh, welches aber bald wieder sich verlor. Die Wundhöhle füllte sich allmählich mit Fleischwärtchen, die Eiterung war manchmal bedeutender, manchmal gering. Man musste sie täglich verbinden und durch Einspritzungen von Kamillenthee reinigen. Das Allgemeinbefinden erhielt sich ungestört.

Ich werde nicht ermangeln, der Gesellschaft über den ferneren Verlauf zu berichten, sowie ihr nach vollendeter Heilung das Mädchen vorzustellen.

### Erklärung der Abbildungen.

Tafel III. Ansicht von vorn mit der grossen Hautlücke a, wodurch der nekrotisirende Theil des Knochenauswuchses hervorragt. b. Der umgestülpte Augenlidrand.

Tafel IV. Ansicht der linken Seite mit der kleineren Hautlücke, wodurch der nekrotisirende Theil des Knochenauswuchses vorragt.

Tafel V. Ansicht von der rechten Seite, wo das grosse Loch a und das dritte kleinste zu sehen ist, so wie das umgestülpte obere Lid b des rechten Auges, welches nach aussen und unten verdrängt ist.

Tafel VI. Abgetragener Knochenauswuchs. Die senkrecht durch den grössten Theil der Zeichnung sich hinziehende dunkle Linie versinnlicht den Sägenschnitt, welcher den Auswuchs seinem grössten Durchmesser nach spalten sollte. Die Zeichnung gibt den Auswuchs in  $\frac{4}{5}$  seiner wirklichen Grösse.



Lochow lith.

Würzburger medicinische Zeitschrift VI Band (1865).





Lochow lith.





Lochow lith.





