

mehreren Jahren von Herrn Prof. Vektor operirt worden ist (Franken-  
wäyer 1851), in Anwendung brachte, worauf die weit reichende Nekrosirung  
nach mehreren Monaten sistirte.

Die Mittel, welche hier zur Anwendung gekommen sind, machen keinen  
neuen Anspruch auf Zuehrheit. Der Chloralkali wurde besonders von Gwynne  
am Anfang dieses Jahrhunderts gegen Malignanzen, Contagien, lösartige  
Geschwüre etc. empfohlen, und man hegte eine Zeit lang von ihm die  
übertriebensten Hoffnungen; er Hess vielfach im Stiche, und so ist er  
nach und nach zum reinen Desinfektionsmittel herabgesunken. Auch das

### Nachtrag zu dem Vortrag des Herrn Dr. Vogt.

## Ueber Ausrottung einer Unterkieferhälfte

von

Dr. TEXTOR.

(Mitgetheilt in der Sitzung vom 20. Juli 1861.)

Johann Franz, damals 36 Jahre alt, aus Unterleinach, wurde am  
18. Juli 1850 wegen eines etwa zwei Fäuste grossen Gewächses der rechten  
Unterkieferhälfte in die chirurgische Abtheilung des Juliusspitals aufgenommen  
und am 22. Juli operirt. Nachdem derselbe durch Chloroform betäubt  
worden war, machte ich einen Einschnitt durch sämtliche Weichtheile des  
Gesichtes, welcher senkrecht dicht unter dem rechten Jochbogen etwa  $\frac{3}{4}$   
Zoll vor dem rechten Ohr begann, senkrecht bis auf den Knochen ein-  
dringend bis an den Kieferwinkel herabließ, am unteren Rande der Kinn-  
lade fortgesetzt wurde und etwa in der Mitte des Kinnes endigte. Die  
Weichtheile wurden vom Kiefer abgelöst und nach aufwärts und gegen  
die Mitte des Gesichtes zurückgeschlagen, die Mundschleimhaut an ihrer  
Umschlagsstelle theils vom Kiefer theils von dem Gewächse abgetrennt,  
der erste (vorderste) rechte Backenzahn, bis zu welchem das Gewächs  
reichte, ausgezogen, die Weichtheile von der inneren Seite und vom un-  
teren Rande des Kiefers losgetrennt, damit man den unteren Sägendecker  
des Osteotomes einführen konnte, und sodann durch die frische Zahn-  
lücke der Unterkiefer seiner ganzen Dicke und Höhe nach im Gesunden durch-

gesägt. Hierauf trennte ich die Weichtheile am untern Rande des Kiefers von aussen ab, so weit es ging, da aber der bedeutende Umfang des Gewächses es nicht erlaubte, an der Innenseite gehörig beizukommen, um dasselbe im Ganzen herauszunehmen, so schnitt ich dieselbe in der Mitte der Quere nach durch, entfernte so die eine Hälfte, drückte nun den wagrechteten Theil der Kinnlade nach unten, um den aufsteigenden Ast nach vorn zu leiten, und dem Gelenke leichter beizukommen, trennte den Ansatz des Schläfenmuskels, schnitt das Gelenkband der Quere nach ein, löste das Gelenkende, trennte sämtliche Weichtheile an der Innenseite des Knochens und schälte die Geschwulst, soweit sie sich unterhalb der Kinnlade erstreckte, vorsichtig aus den umgebenden Weichtheilen heraus und entfernte das Gewächs so vollständig bis auf einen kleinen Theil, den ich absichtlich zurückliess, da derselbe mit den grossen Gefässstämmen des Halses und Kopfes dicht verwachsen und nicht leicht davon abzutrennen war.

Die grosse Wundfläche wurde sodann gereinigt, vier Schlagadern unterbunden, die äussere Wunde durch zwölf Knopfnähte vollständig geschlossen. Darüber wurde ein Ballen Charpie mit einem Leinwandbauschen gelegt und mit einem Kopftuche befestigt. Der Mann war während der ganzen etwa drei Viertelstunden dauernden Operation in der Betäubung erhalten worden, da man ihn immer, wenn das Bewusstsein wiederkehren wollte, neuerdings einathmen liess. Als er zu sich gekommen war, klagte er wenig über Schmerzen. Es traten auch keine besonderen Erscheinungen ein, die Sache verlief sehr einfach. Der Verband musste nur des ausfliessenden Speichels wegen öfters gewechselt werden.

Am 25. Juli war die rechte Gesichtshälfte etwas angeschwollen, der Kranke befand sich aber sonst wohl und erhielt die Viertelkost. Am 27. eiterte die Wunde an einzelnen Stellen und es wurde deswegen die fünfte Kopfnahnt von oben herausgenommen. Die Anschwellung schwand in den folgenden Tagen, die Wunde wurde täglich zweimal verbunden. Am 30. fiel ein Unterbindungsfaden. Am 31. Juli wurden die Kopfnähte sämtlich bis auf zwei gelöst. Die Anschwellung ist bis auf die Kinngegend überall verschwunden, die Eiterung ist sehr mässig, der Kranke ohne Fieber und erfreute sich einer guten Esslust.

Am 2. August wurden die zwei letzten Knopfnähte entfernt, die Wunde ist überall vereinigt, nur in der Mitte derselben ist noch eine Stelle in der äusseren Haut offen, nach innen gegen die Schleimhaut ist sie auch hier geschlossen. Am 5. August war die Wange in ihrer Mitte noch etwas angeschwollen und die sehr gut aussehende Wunde nur in ihrer Mitte noch

nicht ganz übernarbt. Der Kranke erfreute sich eines guten Befindens, konnte den Mund natürlich gut öffnen, nur das Kauen ging noch etwas schwer, so dass er sich festere Speisen ganz klein zerschneiden muss. Am 9. August verliess er die Anstalt, um sich in seine Heimat zu begeben. Die ausgerotteten Massen wurden Herrn Professor Dr. *Virchow* übergeben, der sie für ein *Sarcom* erklärte.

Nach einem Paar Jahren sah ich den Mann zufällig in seiner Heimat wieder und jetzt hatte er eine etwa wallnussgrosse Geschwulst in der Nähe des Kinnes, welche aber vollkommen frei und beweglich in den Weichtheilen dieser Gegend sass. Bei einem zweiten Wiedersehen hatte sie die Grösse eines Borsdorfer Apfels erreicht, sass noch ebenso frei und beweglich. Ich rieth ihm, sich bald wieder ins Juliusspital zu begeben und sich noch einmal operiren zu lassen, wozu er aber keine rechte Lust hatte.

Ueber den weiteren Verlauf hat Herr Dr. *Vogt* sich ausgesprochen.

Jetzt ist an der Operationsstelle am Platze der rechten Unterkieferhälfte eine tiefe Aushöhlung, in welche man in der vollkommen normalen beharteten Haut die schöne linienförmige Narbe des oben beschriebenen Operationsschnittes in ihrer ganzen Ausdehnung verfolgen kann. Von einer wiedergebildeten Geschwulstmasse ist nirgends eine Spur zu entdecken. Eine Wiedererzeugung des ausgerotteten Knochens hat, wie zu erwarten, nirgends stattgefunden, da bei der Ausrottung des entarteten Knochens, wie in allen ähnlichen Fällen, absichtlich von der Erhaltung der Beinhaut Umgang genommen worden ist. Der Narbenstrang ist dünn. Die Schleimhaut vollkommen glatt. Die äussere Narbe gleichfalls glatt und ohne Fistel oder geschwürige Durchbohrung. Der Unterkieferknochen an der Durchsägungsstelle in der Höhe des rechten Eckzahns etwas verdickt. Eine Anschwellung der Unterkiefer- und Unterzungendrüse so wenig zu entdecken, als eine der Saugaderdrüsen des Halses. Das rechte untere Augenlid etwas nach aus- und abwärts gewandt, die Bindehaut des rechten Augapfels mit etwas stärker injicirten Gefässen durchzogen, das Auge etwas thränend (Folgen der Durchschneidung des Antlitznerven). Die Lider können nicht vollständig geschlossen werden. Die Bewegungen des Mundes sind vollkommen normal, da die Lippe nicht durchschnitten worden. Das Kauen und Zerbeißen härterer Speisen mit der noch vorhandenen linken Kieferhälfte geschieht natürlich schwerer und unvollständiger, als wenn der Kiefer noch ganz wäre.

Vorzüglich bemerkenswerth scheint mir, dass in diesem Falle das Wiederauftreten der ausgerotteten Geschwulst nicht, wie man nach bisherigen Ansichten hätte fürchten und erwarten müssen, an der Stelle, wo

ich absichtlich ein Stück der Aftermasse zurückgelassen hatte, an der Karotis beobachtet worden ist, sondern weit davon in der Nähe des Kinnes nah an der Durchsägungsstelle des Kiefers, und es ist auch jetzt noch heute am 20. Juli 1861 an dieser Stelle, die wegen der deutlich klopfenden Karotis sehr leicht aufzufinden ist, keine Spur dieses zurückgelassenen freilich sehr kleinen Stückes der ursprünglichen Geschwulst und keine Spur einer recidivirenden zu fühlen und zu sehen. Der vermeintliche Fehler gegen einen unter anderen Umständen immer heilig zu befolgenden allgemeinen Grundsatz der Operativ-Chirurgie hat also hier die schlimmen Folgen nicht gehabt, welche man davon befürchtet und die Handlung ist durch den Erfolg gerechtfertigt.

Bemerkungen über Tracheostomie im Allgemeinen.

Dr. HERMANN DEMME,

Privatdocent an der Universität Bonn.

(Mit 1 Tafel Abbildungen.)

Ueber Tracheostomie im Allgemeinen.

Während was die jüngste Literatur sehr wichtige und erhellende Beiträge zur vollkommenen anatomischen und klinischen Kenntnis der Tracheostomie gebracht, hatte sich dagegen die Pathologie der Trachea bisher noch wenig einer specialen Aufmerksamkeit zuwenden, und gewiss bedarf denn in der Praxis derartige Fälle vorzuziehen, hat die hier behandelte Fäule unserer Literatur nicht empfinden. Bis jetzt aber schied man sich noch an pathologische Metastasen vorzuziehen, als dass man an eine monographische Darstellung der Trachealaffektionen denken könnte. Unsere Aufgabe dürfte hienach vorläufig noch in der Sammlung wissenschaftlicher Trachealbeobachtungen bestehen. Mit dieser Voraussetzung habe ich mich zu der folgenden Mittheilung entschlossen.

Nu den wichtigsten und interessantesten Fällen, welche wir in der Trachea kennen, gehört ungewisslich die Verengung derselben. Sie ist allerdings keine selbständige Krankheit, sondern nur ein Zustand,