

III. Ueber Oberkieferresection mit möglicher Schonung der Weichtheile¹⁾.

Von Dr. L. Heusner,

Oberarzt des Krankenhauses zu Barmen.

Zur Resection des Oberkiefers ist eine ganze Reihe von Operationsmethoden und Schnittführungen angegeben worden, welche aber sämmtlich noch insofern zu wünschen übrig lassen, als durch sie mehr oder weniger erhebliche Verstümmelungen und Entstellungen herbeigeführt werden. Durch den Velpeau'schen Schnitt, welcher vom Mundwinkel zur Mitte des Jochbogens verläuft, werden fast alle zum Musculus orbicularis oculi und zur Oberlippe führenden Zweige des Nervus facialis getrennt, ausserdem grosse Aeste der Maxillaris externa, und sehr leicht auch der Ductus Stenonianus durchschnitten. Schonender ist der Langenbeck'sche Schnitt, welcher vom Nasenloch in abwärts gerichtetem Bogen zum Jochbogen hinzieht; doch wird auch durch diesen die Schlussfähigkeit des Auges durch Verletzung des Facialisgebietes beeinträchtigt und eine hässliche Narbe erzeugt.

Die Methoden von Dieffenbach, Wilms und Küster, welche den Oberkiefertheil des Gesichts in der Mittellinie durch die Nase, oder neben derselben spalten und nach Bedarf einen Schnitt unter dem Auge nach dem Jochbogen hinzufügen, vermeiden in mehr oder weniger vollkommener Weise Beschädigungen der Facialisäste, sind aber, falls keine glatte Primärheilung eintritt, in kosmetischer Beziehung auch nicht unbedenklich. Alle gebräuchlichen Verfahrensweisen nehmen, soweit ich übersehen kann, keine Rücksicht auf den Nervus infraorbitalis.

Ich kann Ihnen nun die Photographie einer Kranken herurreichen, die ich nach einer neuen Methode operirt habe, wodurch, wie ich glaube, die erwähnten Uebelstände auf das geringste Maass zurückgeführt werden.

Nach vorausgeschickter Tracheotomie und Einlegung einer Tamponkanüle wird ein Schnitt längs des unteren Augenhöhlensrandes geführt, ähnlich, nur etwas länger, als er zur Resection des Nervus infraorbitalis gewöhnlich angelegt wird. Dieser etwa $3\frac{1}{2}$ cm lange Schnitt — der einzige welcher überhaupt nothwendig ist — hat den Vorzug, dass er die Weichtheile an einer Stelle trennt, wo sie sehr dünn sind, wenig Blut und auch nur wenige Fasern des Nervus facialis enthalten.

Als zweiter Operationsact folgt jetzt die Aufmeisselung des Canalis infraorbitalis behufs Freilegung und Auslösung des Nervus und der Arteria infraorbitalis, zu welchem Zwecke die Weichtheile nebst Periost der Orbita eine Strecke weit zurückgeschoben werden müssen. Den dritten Theil der Operation bildet die Losschälung der weichen Bedeckungen des Oberkiefers vom Knochen, und zwar beginnt man mit der Abtrennung des Zahnfleischrandes unter der Oberlippe bis zum Orbitalrande hinauf unter Schonung des Nervus infraorbitalis, entblösst sodann, theils vom Munde und theils vom Infraorbitalschnitt aus, den Oberkiefer bis zum Nasenrücken und Siebbein einerseits und bis auf den Jochbogen und das Tuber maxillare andererseits und endigt mit Abhoblung der Weichtheile des Gaumens in der gewöhnlichen Weise. Den vierten und letzten Theil der Operation bildet die Loslösung des Oberkiefers aus seinen knöchernen Verbindungen. Hierbei wird zuerst der Processus nasalis getrennt, indem man von der Infraorbitalwunde aus mit Hülfe einer starken gekrümmten Nadel eine Kettensäge durch die Lamina papyracea in die Nase und zum Nasenloch herausführt, dann den Knochenfortsatz durchsägt, während die darüber liegenden Weichtheile durch ein Raspatorium geschützt werden. Hierauf wird auch der Jochbogen subcutan durchtrennt, indem die Kettensäge vom äusseren Winkel der Infraorbitalwunde durch den Unteraugenhöhle spalt zum Munde herausgeführt wird, bei welchem Acte der Mundwinkel mit einem breiten Haken sehr stark emporgehoben und vor der Säge geschützt werden muss. Jetzt wird auch der Processus palatinus durchschnitten, und zwar mit einer feinen Stichsäge vom Nasenloch her, wobei man wieder die Weichtheile unter

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Section für Chirurgie der 61. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

dem Nasenloch durch starkes Herabziehen mit einem Wundhäkchen vor Verletzung sichert. Durch einige Schläge mit Hammer und Meissel auf den Infraorbitalrand lässt sich jetzt der Kiefer aus seinen Verbindungen mit dem Thränenbein und Processus pterygoideus losbrechen, worauf man ihn aus dem Munde hervorzieht und mit Hülfe einer starken Scheere vollends ablöst. Nach Stillung der Blutung werden die Operationsgebiete nochmals durchmustert und etwa stehen gebliebene Geschwulstreste mit Messer, Knapperrange oder Glüh Eisen nachträglich ausgerottet, wozu die beiden vorhandenen Operationsöffnungen vollkommenen Raum gewähren.

In unserem Falle stellte es sich leider heraus, dass die Neubildung bereits den Processus pterygoideus zerstört und die seitliche Schlundwand tief durchwachsen hatte, weshalb wir auf eine vollkommene Exstirpation verzichten und uns mit Auslöf felung der Geschwulstmassen bis in die Nähe der Carotis begnügen mussten. Auch das Involucrum des Gaumens war zerstört und musste wegfallen. Die Gaumenwunde wurde mit Jodoformgaze austamponiert. Die Heilung verlief rasch und fieberlos und war am 17. Tage nach der Operation soweit fortgeschritten, dass die Kranke nach Hause entlassen werden konnte. Das Auge, welches anfangs etwas offen stand, erlangte einige Zeit nach der Entlassung seine Schlussfähigkeit wieder; das Gefühl an Wange und Oberlippe war und



blieb intact. Etwa 14 Tage nach der Entlassung hat die Kranke sich auf meinen Wunsch photographiren lassen und mir die herumgereichte Photographie zum Geschenke gemacht. Ich muss dazu bemerken, dass der Photograph die allerdings sehr glatt verheilte kleine Narbe unter dem linken Auge, wie es scheint aus Schönheitsrücksichten, auch wegretouchirt hat; wenigstens ist auf dem Bilde nichts davon sichtbar. Das erwartete Recidiv trat leider bald genug ein und raffte die Kranke kaum $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation hinweg; allein dieser unglückliche Ausgang kann nicht auf Rechnung des Operationsverfahrens kommen. Er wäre auch bei jeder anderen Methode unvermeidlich gewesen.