

## XX.

### Kleinere Mittheilungen.

Mittheilungen aus dem Marienkrankenhause zu Hamburg.

Von

Dr. Danzel.

Vor einigen Jahren habe ich bei Gelegenheit des ersten Chirurgencongresses<sup>1)</sup> eine kleine Reihe von Fällen mitgetheilt, wie ich sie in meinem Krankenhause erlebt hatte. Nur als casuistische Mittheilungen konnten sie gelten und einen höheren Werth haben sie auch nie beansprucht, allein, da man mir damals sagte, solche Mittheilungen seien nützlich und zumal für den Praktiker erspriesslich, stehe ich nicht an auf dem einmal betretenen Wege fortzufahren. Uebrigens hat man allen Grund sich zu entschuldigen, wenn man sich unterfängt die Zahl der Eintagsfliegen zu vermehren, und sich mit in die lange Reihe der Producenten zu stellen, welche unsere Journale füllen. Aber ein Jeder ist mehr oder minder Kind seiner Zeit, und bei dem vornehmen Maulen kommt für die Wissenschaft auch nichts heraus; also wen es treibt, den lasse man gewähren.

Nun hat aber unsere Chirurgie in der That ihr goldenes Zeitalter! Wen die Lister'sche Verband-, ich darf wohl sagen, Heilmethode nicht begeistert und berauscht, der ist kein braver Mann. Ich weiss nur drei Errungenschaften unseres Jahrhunderts zu nennen, bei welcher Wissenschaft und Humanität sich so die Hand reichen: das Chloroform, die Constrictionsmethode und eben Lister. Aber dem Letzten gebührt die Palme, und tausend und aber tausend Geheilte singen sein Lob und preisen seine Wunder.

Auch ziemt es sich, wenn man einem Krankenhause vorsteht, von Zeit zu Zeit seinen Collegen Rechenschaft abzulegen und über das Erlebte zu referiren, denn der grosse Baum der Erfahrung muss durch unzählige grosse und kleine Wurzeln ernährt werden, wenn er gedeihen soll.

#### Corpusculum mobile genu.

Der erste Fall, welchen ich streng nach Lister behandelte, war zu gleicher Zeit ein Triumph für die neue Cur. Es handelte sich um ein

---

1) Vgl. die Verhandlungen des ersten Congresses 1872. S. 134—151 und Langenbeck's Archiv XV. S. 63.

Corpusculum mobile im linken Kniegelenk einer 36jährigen Frau. Alle Symptome dieses qualvollen Leidens waren vorausgegangen: der plötzliche, unleidliche Schmerz mit vollkommener Unbrauchbarkeit der Glieder nahm fast das Bewusstsein, und eine allmählich zunehmende Unsicherheit der betreffenden Extremität stellte sich ein. An der äusseren Seite des Schenkels, also ganz günstig, in der Region des Condylus externus femoris fand ich den Fremdkörper, aber anderen Tages war er verschwunden, um nicht wiederzukehren. Nun konnte Pat. das Bein überhaupt nicht mehr ansetzen und die Operation war nicht mehr aufzuschieben, zumal da sich das Fieber einstellte und das Kniegelenk zu schwellen anfangte: deutlich war eine Ansammlung von Exsudat in der Kapsel. Ich habe die unendlich grosse Casuistik dieses nicht seltenen Uebels nicht durchstudirt, sondern mich nur auf die Fälle beschränkt, welche in v. Langenbeck's Archiv in den letzten zehn Jahren veröffentlicht sind, das sind die Fälle von v. Langenbeck<sup>1)</sup>, Fock<sup>2)</sup>, Schede<sup>3)</sup> und Wilde<sup>4)</sup>, und aus diesen kann man ersehen, dass die Operation im Allgemeinen einen günstigen Erfolg gehabt hat, auch ohne Lister, aber wir lernen auch zu gleicher Zeit von Schede die Drainage des Kniegelenks! Jedem Chirurgen war von Alters her, vor Lister, die Eröffnung des Kniegelenks ein gefährvolles Unternehmen, haben doch erst die Erfahrungen des letzten Krieges uns gelehrt, dass Kniegelenkschüsse auch ohne Resection, oder gar Amputation, mit vollkommener Heilung behandelt werden können. Mein Fall war gewiss mit den besten Aussichten mit Lister anzugreifen, trotz der Entzündung.

Nachdem die Patientin chloroformirt war, wurde also unter Spray an der äusseren Seite das Gelenk mit einem circa 2 Zoll langen Längsschnitte geöffnet, nachdem vorher alle Lister'schen Cantelen mit fünfprocentiger Carbollösung angewandt waren. Es floss eine gelbliche, dünne Flüssigkeit aus, allein der Fremdkörper zeigte sich nicht, die Maus war entschlüpft, und erst der wohl carbolisirte ins Gelenk eingeführte Zeigefinger brachte das Corpusculum zu Tage: ein circa bohnergrosses mit einem Stiel an der äusseren Seite der Gelenkkapsel adhärentes, nicht knöchernes Conglomerat. Nachdem nun die Gelenkhöhle gut mit starker Carbollösung ausgespült war, wurde die Drainage ausgeführt und die Wunde mit Catgut genäht. Darüber das Protective, Borlintpolster, desinficirtes sogenanntes Guttaperchapapier, carbolisirte Binden, und endlich Fixirung des Beines in der Drahtschiene.

Am Abend nach der Operation war die Temperatur normal und der erste Wundschmerz verschwunden: Uebelkeit in Folge des Chloroforms war die einzige Klage meiner Patientin. Am anderen Morgen klagte sie über heftige Schmerzen, aber wo? im Rücken, das Liegen sei so lästig! Von Temperaturerhöhung, von Pulsfrequenz keine Rede. Dreimal wurde der Verband erneut, schon beim zweiten Male das Drainrohr entfernt und in 14 Tagen war Alles geheilt. Jetzt zeigt das Knie eine kleine strichförmige, verschiebbare Narbe und das Bein ist vollkommen brauchbar.

---

1) Bd. XIII. S. 33.

2) Bd. II. S. 163.

3) Bd. XVII. S. 353.

4) Bd. XII. S. 334.

### Exstirpation von Geschwülsten.

Meine weiteren Erfahrungen in der antiseptischen Verbandmethode bewegen sich auf dem Gebiete der Exstirpation von Geschwülsten, von Adenomen, Lipomen, scrophulösen Drüsen und Carcinomen, und sind, da sie weiter kein chirurgisches Interesse beanspruchen können, nur in so fern zu erwähnen, als bei ihnen allen durch Lister und die Drainage ohne Eiterung und Fieber schnelle und heitere Heilung erzielt wurde.

### Quetschung der Finger.

So heilte auch ein Fall von ausgebreiteter Quetschung der Hand bei einem achtjährigen Knaben. Es war einer von den intensiven Fällen, wie sie in Fabriken durch Maschinen und dergleichen vorzukommen pflegen, diesmal war es eine bei uns zu Lande sogenannte Zeugmangel, welche die Hand zermalmt hatte. Zwei Finger mussten amputirt werden, zwei andere, der kleine und der Zeigefinger, waren mehrfach fracturirt. Nachdem die Conformation beschafft war, d. h. die einzelnen Stücke, nach Entfernung mehrerer Splitter, an einander gepasst waren, wurde die ganze Hand mit in zwanzigprocentiges Carbolöl getauchter desinficirter Watte und der carbolisirten Gazebinde verbunden: Alles unter Spray. Die Finger wurden erhalten und die ganze Heilung verlief ohne Fieber. Diese Art des Verbandes eignet sich für dergleichen gequetschte Wunden der Hand vortrefflich: er kann lange liegen und ist vollkommen antiseptisch.

### Amputatio femoris.

Der Lister'sche Verband bewährte sich mir ferner bei einer Amputation des Oberschenkels eines Mannes von 43 Jahren, welche wegen unheilbarer Elephantiasis des Unterschenkels ausgeführt wurde. Dass der Patient, nachdem er die erste Woche fieberlos gewesen, dennoch in der dritten Woche nach der Operation starb, hatte einen ganz besonderen Grund. Die Amputation war unter der Constrictionsmethode ausgeführt, so zwar, dass nach der Unterbindung der grösseren Gefässe und sichtbaren Lumina die Wunde noch eine Zeit mit Carbolschwämmen comprimirt wurde, um auch jede Nachblutung auszuschliessen. Dies wurde freilich vollkommen erreicht, aber es musste unter diesen Umständen die Esmarch'sche Binde ziemlich lange liegen bleiben, und damit im Zusammenhang steht offenbar der später eingetretene Brand der Haut, jenseits der Catgutnähte des ausgeführten Zirkelschnittes. Der Kranke verlor den Appetit und wurde kachektisch aussehend; die Haut wurde schlaff, der Stumpf schmerzhaft und die Hautränder schwärzten sich, dabei klappte die Wunde und zeigte eine schlaffe, elende Granulation. Es wurde fast täglich genau nach Lister verbunden. In der zweiten Woche nach der Operation traten Schüttelfröste ein, diese wiederholten sich, es bildete sich eine Fluctuation in der Tiefe der Inguinalgegend, und obgleich der Abscess geöffnet und der Eiter entleert wurde, erholte sich der Kranke nicht, sondern er starb pyämisch.

### Dupuytren'sche Exostose.

Eine Dupuytren'sche Exostose<sup>1)</sup> der grossen Zehe wurde ebenfalls, nachdem dieselbe mit dem scharfen Löffel gehörig abgekratzt war,

<sup>1)</sup> Dupuytren, *Leçons orales* Tome II. p. 110 u. f. hat 5 Fälle dieses nicht so häufigen Uebels mitgetheilt.

antiseptisch verbunden; übrigens dauerte die Heilung, wenn gleich ohne Hindernisse und Complicationen, über drei Wochen. Meine Patientin war ein junges Mädchen von einigen zwanzig Jahren. Auch Dupuytren's 5 Fälle betreffen junge Frauenzimmer in den Zwanzigen.

#### Congestionsabscesse.

Und nun alte Abscesse und Congestionsabscesse! Sie sind der wahre Boden für Lister, ja ohne ihn ist kein Segen dabei. Nachdem von der alten Langenbeck'schen Ligatur, welche ich, als sein Schüler, noch mit gemacht habe, bis zur Jodinjction Alles vergeblich gewesen war, und endlich Stromeyer uns lehrte: „Die Congestionsabscesse solle man überhaupt nicht öffnen“, sie seien ein *noli me tangere*<sup>1)</sup>, heilen wir sie jetzt ohne alle Gefahr mit Lister. Der Fall, welchen ich im Auge habe, betrifft einen zwölfjährigen Knaben, welcher einen kopfgrossen Abscess auf der linken Hinterbacke in Folge einer ausgeheilten Kyphosis lumbalis trug. Nachdem durch einen Einschnitt die bedeutende Quantität dünnen Eiters entleert war, wurde die ganze Höhle sorgfältig ausgekratzt und dann mit fünfprocentiger Carbollösung ausgespritzt: Alles unter dem Spray. Nachdem drei fingerdicke, kräftige Drainröhren eingeführt waren, wurde mit dem Protective, dickem Borlintpolster und Carbolbinden verbunden. Fieber trat nicht ein, die Abendtemperatur blieb eine normale, allein anderen Tages waren die Verbandstücke so durchnässt, dass der Verband erneuert werden musste. Dies geschah in den ersten vierzehn Tagen täglich, dann allmählich immer seltener und in 6 Wochen war die grosse Höhle geschlossen. Uebrigens kommt es bei solchen Abscessen sehr darauf an, wo sie liegen, ob man sie nämlich gut und sicher verbinden kann; in meinem Falle liess sich das durch die täglich erneuerte *Spica inguinalis* sicher erreichen. Die Erneuerung des Verbandes geschah auch immer unter dem Spray, glücklicherweise traten durchaus keine Intoxicationerscheinungen ein. In der Privatpraxis behandelte ich ganz auf dieselbe Weise einen Congestionsabscess, welcher auf den Dornfortsätzen der Lendenwirbel seinen Sitz hatte, aber es gelang eine consequente Antisepsis nicht, weil der Verband sich leicht verschob und so nicht continuirlich abschliessen konnte. Jetzt, nach einem Jahre, ist die Wunde noch nicht geheilt und der Kranke siecht weiter.

#### Alter Abscess.

Hierher gehörend ist auch die folgende Heilung. Ein Mann von circa 28 Jahren, sonst vollkommen gesund, hatte vor circa einem Jahre einen Stoss auf die rechte Brust ungefähr in der Höhe der 6. und 7. Rippe erhalten. Nach einiger Zeit bildete sich eine schmerzlose Anschwellung, welche er, da dieselbe immer an Umfang zunahm, einem Wundarzt zeigte: dieser machte einen Einschnitt, es entleerte sich dünner Eiter, aber die Wunde heilte nicht, sondern sonderte beständig eine dünne, oft übelriechende Flüssigkeit ab. Als ich den Kranken sah, war er sehr bleich, mager und herabgekommen. Ich erwartete Rippencaries, allein meine Sonde kam nirgends auf rauen Knochen, aber sie reichte hoch hinauf. Nachdem der

1) Ich habe in einem Falle einen grossen Congestionsabscess in der Weiche 15 Jahre bestehen lassen. Endlich platzte er mit tödtlichem Ausgange.

Patient chloroformirt war, spaltete ich die äusseren Bedeckungen, von der fistulösen Kanalöffnung aus, ungefähr auf Handlänge. Auch jetzt zeigten sich nirgends entblösste Knochentheile, wohl aber drei fingerlange Kanäle, zwei nach oben und einer nach unten, welche von schlaffen Granulationen ausgefüllt waren, die bei der Berührung mit der Sonde stark bluteten. Diese Kanäle wurden sorgfältig gereinigt, indem sie zuerst mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und alsdann mit fünfprocentiger Carbollösung ausgespült wurden. Nachdem das geschehen war, wurden sie drainirt, alsdann die Schnittwunde mit vier Catgutnähten vereinigt und nach Lister verbunden. Ohne Reaction, ohne Fieber heilte Alles in circa 4 Wochen, und heute ist der Kranke wieder ebenso gesund und kräftig, wie vorher.

#### Ovariectomie.

Ich komme nun zu einer Ovariectomie<sup>1)</sup> bei einer 34 jährigen Frau, welche zweimal verheirathet, aber nur in der ersten Ehe mit zwei Kindern gesegnet war. Meine Patientin war übrigens eine gesunde und kräftige Frau. Die ziemlich grosse Geschwulst schien weder mit dem Uterus noch anderen Organen verwachsen zu sein. Die Punction war niemals gemacht worden.

Operation. Nachdem die Kranke chloroformirt war, wurde mit wohl-desinfectirten Händen und Instrumenten zuerst ein circa 5 Zoll langer Schnitt vom Nabel bis zu den Geschlechtstheilen gelegt, allein ohne Anwendung des Spray. Die Wegener'schen Bemerkungen<sup>2)</sup> über die grosse Abkühlung des Leibes, welche bei der Eröffnung der Bauchhöhle stattfindet, so wie die Furcht vor der Intoxication<sup>3)</sup>, welche offenbar bei einer eventualiter so lange Zeit dauernden Operation, wie es die Ovariectomie sein kann, nahe genug gelegt ist, hielten mich von der Anwendung des Spray ab. Nachdem die Geschwulst blossgelegt war, wurde die sich vorlegende grosse Cyste mit einem dicken Spencer-Wells'schen Trocar entleert. Fast wäre beim Einstich des Trocars ein grosses Malheur passirt, vor welchem mich auch nur die grosse Umsicht und Geschicklichkeit der mir assistirenden Collegen bewahrt hat. Die Canüle des Trocars stiess nämlich beim Einstich gegen die harte Wandung der Cyste und drang nicht mit dem Stilet ein, wodurch ein Theil des Inhaltes der Cyste nicht in den Gummischlauch, sondern direkt neben dem eingestochenen Stilet ausfloss. Wie gesagt, die Bauchhöhle wurde nur durch grosse Geschicklichkeit der Assistenz vor der so gefährlichen Verunreinigung geschützt. Es floss eine bräunlich gefärbte dickliche Flüssigkeit aus, allein die an den Bauchwandungen nicht adhärente Geschwulst folgte dem Zuge der eingesetzten Zangen nicht, theils weil noch zwei von der ersten getrennte Cysten zurückgeblieben waren, theils weil kein starker Zug ausgeübt werden durfte, indem

1) Vorgetragen in der wissenschaftlichen Versammlung des ärztlichen Vereins zu Hamburg.

2) Fünfter Chirurgencongress. Berlin 1875. S. 15.

3) Siebenter Congress. Berlin 1878 theilt Küster 26 solcher Carbolintoxicationen mit, von welchen zehn mit dem Tode endigten. Es herrscht überhaupt über die Anwendung des Spray keine Einmüthigkeit, wie Trendelenburg z. B. denselben da gar nicht anwendet (Siebenter Chirurgencongress. Berlin 1878. S. 89), wo die Wunde mit Carbolwasser ausgewaschen werden kann, dahingegen aber den Spray bei der Ovariectomie beibehalten hat.

die Geschwulst mit mehreren Strängen und weiter oben lamellös mit dem Omentum majus verwachsen war. Die einzelnen Adhäsionen liessen sich gut mit dem Finger trennen, allein wo das Netz in breiter Fläche mit dem Tumor verwachsen war, mussten beide sehr vorsichtig freipräparirt werden. Bei dieser Manipulation war das Netz unvermeidlich ziemlich bedeutenden Insulten ausgesetzt, so dass endlich ein nicht unbeträchtlicher Theil desselben, nachdem drei Catgutligaturen angelegt waren, abgeschnitten werden musste. Es konnte nunmehr die Exstirpation schnell vollendet werden. Der lange und nicht allzu dicke Stiel wurde in die Klammer gelegt, nachdem die grosse Bauchwunde mit carbolisirter Seide genäht war. Das Peritoneum wurde mitgefasst. Drainirt habe ich nicht, denn es war die Toilette der Bauchhöhle mit der grössten Sorgfalt besorgt, so zwar, dass dieselbe mit einer Anzahl wohl carbolisirter, gestielter Schwämme überall ausgetrocknet wurde und eine besonders gefährliche Verunreinigung der Peritonäalhöhle hatte auch nicht stattgefunden, sondern es konnte sich nur um Blutgerinnsel handeln. Ich folgte hierin v. Nussbaum's Erfahrung <sup>1)</sup>, welcher auch von der stetigen Drainirung zurückgekommen, dieselbe nur für bedeutsame Verunreinigungen der Peritonäalhöhle aufspart. Die Bauchwunde nähte ich mit Seide, weil ich die oft sehr schnelle Erweichung der Catgutnähte fürchtete, zumal da die Nähte bei etwa eintretender Peritonitis mit Meteorismus unter Umständen auch eine grosse Spannung aushalten müssen. Den Segen der Catgutnaht verkenne ich übrigens gewiss nicht, indem ich ihn noch kürzlich bei allen Nähten eines grossen alten Mastdarmscheidenrisses, welchen ich genau nach Hirschberg-Simon operirte <sup>2)</sup>, mit so vortrefflichen Erfolge anwandte, dass ich die Rectalnaht gar nicht durch etwaige Lösung der Fäden zu stören hatte. Das Rectum wurde nur mit Carbolwasser gereinigt, und die Nähte hatten sich von selbst gelöst. Was in diesem Falle günstig war, konnte bei der Ovariectomie verderblich werden.

Aber wir müssen unseren Verband vollenden: dicke Lagen Borlint nahmen die Bauchnaht auf und Alles wurde mit den grossen, breiten Spencer-Wells'schen Heftpflasterstreifen dachziegelförmig verschlossen. Die Heftpflasterstreifen schützen und stützen die Bauchwand ganz ungemein; sie beengen auch nicht und ihre Lösung dehnt und zerrt die Wunde auch nicht, denn die Lösung geschieht bekanntlich auf die Art, dass, wenn sich Durchfeuchtungen der Verbandstücke zeigen, nur die Mitte des Pflasterpanzers mit der Scheere vorsichtig ausgeschnitten wird. Die beiden Seiten bleiben intact und die neuen Streifen kommen wieder über die zurückgebliebenen Enden der alten zu liegen.

Am anderen Tage nach der Operation musste der Verband erneuert werden, denn in den Heftpflasterstreifen zeigten sich fleckige Stellen. Es geschah dies auf die eben beschriebene Weise, unter Spray. Nach 5 Tagen wurde der zweite Verband angelegt, zu gleicher Zeit wurden die Nähte entfernt. Am 12. Tage fiel die Klammer und am 18. Tage war Alles geheilt und die Patientin gesund, aber ich erneuerte meinen Heftpflasterverband und liess die Patientin noch 8 Tage liegen, um möglichst

1) v. Nussbaum's Bemerkungen zur Ovariectomie. München 1878. S. 17.

2) d. h. mit tiefen Mastdarm- und oberflächlichen Dammnähten.

keine Hernia ventralis zu erleben. Bei den ersten Gehversuche, und noch längere Zeit bis zur 4. Woche, wurde der Panzer getragen. Bis heute, 8 Monate nach der Operation, ist das Befinden, sowie die Narbe vollkommen nach Wunsch geblieben. Fieber, d. h. Temperatursteigerung etc. war überhaupt nicht vorgekommen.

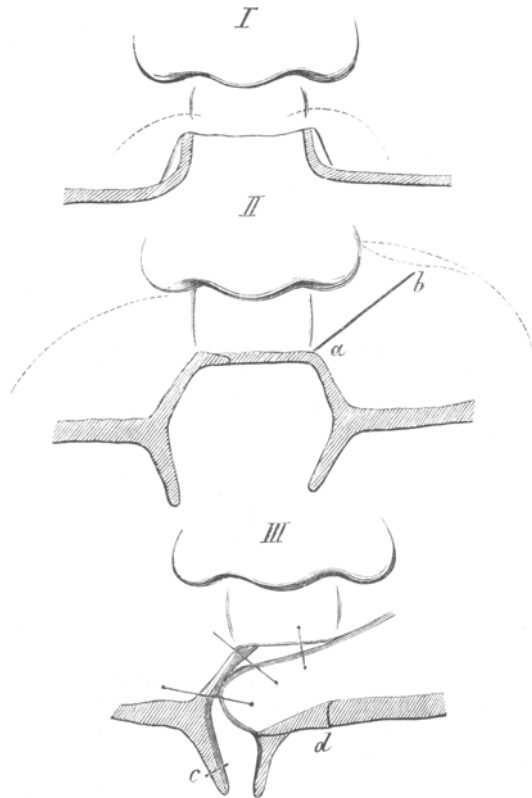
Sehen wir uns nun den exstirpirten Tumor an, so ist er eben das linke Ovarium und hat ungefähr den Umfang von zwei Mannesköpfen. Er besteht aus drei nicht mit einander communicirenden Cysten, von welchen die grösste (ungefähr von der Grösse einer nicht allzugrossen Melone), bei der Operation entleert war. Der Inhalt der Cysten war verschieden, theils mehr eitriger Natur, wie in der ersten, theils eine braunrothe Flüssigkeit. In zwei der Cysten fand man an der inneren Fläche der Wandungen ein zartes dem Markschwamm ähnliches, blumenkohlartiges Gebilde. Herr Dr. K. Jaffé, Assistenzarzt am allgemeinen Krankenhause, hat die Güte gehabt diese Excescenzen genau zu untersuchen und füge ich, mit seiner Erlaubniss, das Résumé seiner Arbeit mit den eignen Worten des Verfassers ein.

„Die mir übergebene Geschwulst aus der Ovarialcyste stellt mikroskopisch eine jener dendritischen Vegetationen dar, wie sie auf Schleimhäuten als „Blumenkohlgewächse“ beschrieben sind. Im Eierstockscystom wurden sie zuerst von Waldeyer als für eine besondere Kystomart charakteristisch erkannt, die er als „Cystoma proliferum papillare“ bezeichnete. Die mikroskopische Untersuchung des vorliegenden Tumors bestätigt jene Behauptung vollkommen. Er stellt eine gestielte papillöse Excescenz dar, an der sich deutlich 2 Schichten unterscheiden lassen. Die oberflächliche, innerste sind von Cylinderepithel bekleidete zottige Auswüchse; unter dieser Schicht liegt eine zweite, die aus zellenreichem Bindegewebe gebildet wird. Dasselbe ist jedoch ebenfalls papillös zerklüftet und von epithelbekleideten Interpapillarspalten durchsetzt, die dem Ganzen ein drüsenartiges Ansehen verleihen. Das Bindegewebe ist z. T. sehr jung, wie aus dem Ueberwiegen der theils spindelförmigen, theils mit vielen Ausläufern versehenen Zellen gegenüber dem Faserwerk hervorgeht. Dagegen findet sich im Innern der Geschwulst, bes. gegen den Stiel hin, ein echtes fasriges, zellenarmes Bindegewebe. Der ganze Grundstock zeichnet sich durch einen nicht unbedeutenden Gefässreichtum aus. Von Carcinom unterscheidet sich die vorliegende Neubildung durch den typischen, regelmässigen papillären Bau, der dazu auf die eigentliche Vegetation beschränkt ist, während der Stiel nichts mehr von einer alveolären Structur erkennen lässt. Die angefertigten Schnitte habe ich theils ungefärbt in Essigsäureglycerin untersucht, theils nach der Färbung mit Carmin und Hämatoxylin. Die letztern zeigen besonders deutlich das von zahllosen jungen Zellen durchsetzte Bindegewebe.

#### Hasenscharten.

Die folgende Mittheilung endlich, welche ich nicht unterdrücken möchte, obgleich sie von meinem Thema, ich meine dem Lister, abweicht, betrifft die Operation der Hasenscharte und zwar die Nachoperation derselben. Es ist bekannt und ganz natürlich, dass die meisten Nachoperationen verunglückter Hasenscharten schwieriger sind, als es die ersten waren. In einem solchen Falle, in welchem ich eine doppelte Hasenscharten-naht an der rechten Seite wieder geplatzt vorfand, erreichte ich eine ganz

anständige Lippe durch den Bogenschnitt, verbunden mit recht weit reichender Loslösung der Wange. Leider blieb ein kleiner Substanzverlust am Rande des rechten Nasenflügels, welcher nicht ganz leicht auszugleichen sein wird, indem der Oberkiefer ganz übermässig prominirt. Auf einen zweiten Fall, in welchem ich eine ganz andere Form des Defectes vorand,



Hasenscharte durch den Seitenschnitt und Hautverschiebung operirt.

wie das auf der dritten Figur dargestellt ist, und die verschobene Wangenhaut liess sich ohne Spannung theils nach oben, theils nach rechts vereinigen. Die beiden dünnen Hautlappen des rothen Lippenrandes wurden endlich, der eine ganz und der andere halb abgeschnitten, und die Lippe war gebildet. Der Fall heilte sehr gut, ohne allen Unterstützungsverband, welchen ich überhaupt nicht anwende, und wenn es auch kein classischer Mund geworden ist, so ist es doch jetzt, was es früher nicht war: ein ῥακος ὁδόντων.

1) Vgl. die schematische Zeichnung Fig. I. — Die folgenden zwei Abbildungen zeigen die Operationsmethode; nebenbei das Gesicht im Profil.

erlaube ich mir etwas näher einzugehn. Es war unter der Nase die Vereinigung erfolgt, aber der untere Theil der Lippe zeigte einen grossen Spalt, in welchem sich die Reste des rothen Lippenrandes, an beiden Seiten, in die Höhe gezogen hatten <sup>1)</sup>. Ich versuchte zuerst, nachdem zwei Langenbeck-Mirault'sche Lappen gebildet und beide Wangen bis zur punktirten Linie (vgl. Fig. 2) losgelöst waren, eine directe Vereinigung des Defectes zu erzielen, allein es war dies, selbst bei grosser Spannung, nicht möglich. Wo denn aber mehr Substanz hernehmen? Ich legte einen Schnitt schräg nach oben, bis ungefähr zum Anfange des linken Nasenflügels (Fig. II a b), und bis dahin dehnte ich auch die Loslösung der Wange vom Knochen aus. Nun liess sich die Haut ganz leicht verschieben,