

V. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald. Eine schwere Schussverletzung des Gesichts.¹⁾

Von Dr. A. Buschke, erstem klinischen Assistenzarzt.

Dem Patienten, den ich Ihnen vorzustellen die Ehre habe, werden Sie wohl schwerlich ansehen können, in welchem Zustande grauenhafter Verstümmelung derselbe am 2. Februar in die chirurgische Universitätsklinik eingeliefert wurde.

Der 20jährige Försterssohn N. hatte am 1. Februar versucht, durch einen Schrotschuss unter das Kinn seinem Leben ein Ende zu machen. Durch die eingedrungene Ladung war eine enorme Zerstörung angerichtet worden, von der Sie sich annähernd eine Vorstellung machen können auf Grund der Photographie, die ich Ihnen herumreiche. Indess giebt sie das Bild der Zerstörung nicht völlig wieder, weil sie erstens naturgemäss aus äusseren Rücksichten erst circa 14 Tage nach der Aufnahme, als bereits eine erhebliche Besserung vorhanden war, aufgenommen wurde, und weil sie zweitens den scheusslichen Wundbefund nicht wiederzuspiegeln imstande ist. Wir konnten am Tage der Aufnahme Folgendes constatiren: Nach Entfernung der deckenden Tücher und Verbandstücke zeigte sich an Stelle des Gesichts nur ein Gemengsel von Schmutz, Blutgerinnseln, Fleischfetzen etc., aus denen erkennbar nur das rechte Auge hervorlugte. Nachdem vorsichtig die groben, oberflächlichen Verunreinigungen entfernt waren, ergab sich, dass vom Gesicht intact war die Stirngegend, die Gegend des rechten Auges, des rechten Jochbeins und der rechten Nasenhälfte. Alles übrige war verwandelt in ein Convolut regellos umherhängender Fleischlappen, denen hier und da Knochenreste mit Zahntrümmern anhafteten; die Wundflächen waren bedeckt mit einem grünlichen, aashaft stinkenden Belag. Das linke Auge war unter den stark geschwellenen, fast unkenntlichen, blaugrünen Augenlidern unsichtbar. Die durch unregelmässige Risse in einzelne Abtheilungen zerlegten Lippen umrahmten ein Loch, welches der Mund- und Nasenhöhle entsprach, in welchem eine anatomische Orientirung vor der Hand unmöglich war. Denn es war angefüllt mit einem Wulst von Blutgerinnseln, Schleimhautfetzen, Knochen- und Zahntrümmern, Nasen- und Mundsecret, und dies alles in aashaft stinkender Zersetzung begriffen. Am unteren Umfang dieses Loches ragte zwischen den auseinandergeborstenen Unterkieferhälften nur die stark zerrissene Zungenspitze hervor, die Zunge hing, um trivial zu reden, dem Patienten buchstäblich aus dem Halse heraus. Nachdem die stinkenden Massen vorsichtig aus der Mund- und Nasenhöhle entfernt waren, konnte man sich mit einiger Mühe in dem Terrain der Zerstörung anatomisch orientiren. Es zeigte sich, dass die Ober- und Unterlippe links abgerissen waren, wo sie in die linke Wange übergehen. Sie hingen wie ein Vorhang vor dem rechten Unterkieferrande herab. Vom Unterkiefer war das Mittelstück herausgerissen und als solches erkennbar nicht mehr zu finden. Der Mundboden war zerrissen, die Zungenspitze zerfetzt, im übrigen die Zunge erhalten. Vom Oberkiefer war der ungefähr dem Os intermaxillare entsprechende Theil mit einem Theil des harten Gaumens zerstört, ebenso der Stirnfortsatz des Oberkiefers links zum grössten Theil, die untere und mittlere linke Nasenmuschel, das knorpelige Nasenseptum, ein Theil des knöchernen Septums, das linke Nasenbein. Die Highmorshöhle links lag breit offen, die Nasenhöhle communicirte mit der Mundhöhle. Die linke Orbita war glücklicherweise unverletzt geblieben, das Auge schien intact, nur die Augenlider waren stark geschwellen und hämorrhagisch infiltrirt. Der linke Nasenflügel war gerade in der Nasenfurche abgerissen und nach rechts umgeklappt. Der Patient war bei Bewusstsein und verlangte zu trinken.

Nachdem, soweit es möglich war, die Umgebung der Wunde, die Mundhöhle, die Wundflächen gereinigt waren, wurden die Wundlappen mit Jodoformgaze und kleinen feuchten Compressen bedeckt, welche täglich mehrmals erneuert wurden. Patient wurde mit der Schlundsonde ernährt.

Das Gespenst, das in den ersten Tagen zumeist drohte, war naturgemäss die Aspirationspneumonie. Derselben wurde durch Lagerung des Patienten, Mundreinigungen, durch die Sondenernährung möglichst vorgebeugt. Es traten in den ersten Tagen leichte abendliche Fiebersteigerungen auf, die indess 38,2 nicht überschritten.

Nach circa acht Tagen hatte sich der Allgemeinzustand und der Localbefund schon sehr gebessert; die Wundflächen begannen sich zu reinigen, Patient nahm selbst Nahrung aus einer Schnabeltasse, deren Schnabel durch ein Drainrohr verlängert war, so dass die flüssige Nahrung bis an die Pharynxwand geleitet werden konnte.

Nach circa 14 Tagen, am 17. Februar 1893, war der Wundbefund so, dass wir an einen plastischen Verschluss wenigstens der Weichtheil-

defecte schreiten konnten; es war dies um so wichtiger, als die Lippen schon sehr zu schrumpfen begannen. Wegen des starken anatomischen Derangements und der daraus resultirenden Gefahr des Verschluckens wurde ohne Narkose operirt: Zuerst wurde die Ober- und Unterlippe wieder an ihrer linken Ansatzstelle angenäht und auf diese Weise gewissermaassen das Centrum für die ganze plastische Gruppierung der Weichtheile geschaffen. Es gelang erst ziemlich schwer und mit ziemlich starker Spannung, die Lippen wieder anzunähen: durch die Schleimhaut wurden sechs Nähte und acht durch die Haut gelegt. Dann gelang es leichter, den Nasenflügel anzunähen und die anderen unregelmässigen Weichtheilrisse in der linken Wange durch Naht zu schliessen.

Fig. 1

Fig. 2.



Vierzehn Tage nach der Verletzung.

In geheiltem Zustande.

Nehls, Richard. Schrotschuss aus grösster Nähe. Tentamen suicidii.

Es blieb schliesslich nur noch das ziemlich grosse Loch am Mundboden; dasselbe wurde nicht völlig geschlossen, sondern eine circa markstückgrosse Oeffnung gelassen, welche dem Abfluss der Wundsecrete dienen sollte. In diese Oeffnung führte ich einen Jodoformgazestreifen ein, welcher gleichzeitig die Zunge etwas nach oben drückte und auf diese Weise verhindern sollte, dass die Zunge unter das Niveau des Unterkiefers sank.

In die Nasenöffnungen wurden mit Jodoformgaze umwickelte Drainröhren gesteckt.

Unter feuchten Verbänden war nach circa zehn Tagen alles bis auf einzelne kleine Granulationsstellen geheilt. Der Jodoformgazestreifen wurde entfernt, ebenso die Drainröhren. Täglich wurde Mund- und Nasenhöhle gründlich gereinigt, und Patient musste sich nun systematisch im Schlucken und Sprechen üben. Trotzdem der Ansatz der Kieferöffner durch die Zertrümmerung des Unterkiefermittelstückes verloren gegangen war, konnte Patient doch jetzt schon den Mund activ etwas öffnen, und im weiteren Verlaufe besserte sich dies immer mehr. Die Unterkiefer rückten einander immer näher, bis sie sich schliesslich berührten. Vom Oberkiefer stiessen sich noch kleine Sequester los, es besteht jetzt noch eine Nekrose am Gaumenfortsatz links. Die Communication mit der Nasenhöhle ist noch vorhanden. Das linke Auge hat normale Sehkraft.

Vor der Hand sind wir mit dem erhaltenen Resultat zufrieden; vielleicht gelingt es nach völliger Ausheilung der Wunden, Lostossung der Sequester auch für die Verbesserung der Sprache und Verbesserung der kosmetischen Verhältnisse durch Prothesen resp. kleine plastische Nachoperationen etwas zu leisten.

NB. Bei der Entlassung am 30. März war das Loch am Mundboden völlig geschlossen. Die Zunge stand im Niveau der Zahnreihe des Unterkiefers, Patient konnte sich leidlich verständlich machen. Am 1. Mai stellte sich Patient wieder vor: Das Aussehen des Gesichts hatte sich sehr gebessert, die Verziehung der Nasenspitze nach links war geringer. Die Sprache war sehr deutlich.

¹⁾ Vortrag mit Demonstration im Greifswalder medicinischen Verein.