

Litteratur über Facialisdehnung zu studiren. Trotz der Häufigkeit des Facialiskrampfes ist die Casuistik der genannten Operation sehr gering, offenbar bedingt durch die schlechten Resultate. Wenn nun auf Grund von drei glücklich verlaufenen, zum Theil sehr mangelhaft mitgetheilten Fällen in neuerer Zeit die Facialisdehnung wieder empfohlen wird (Zesas, Wiener med. Wochenschr. 1885, No. 28), so erscheint die Veröffentlichung von neuen, besonders von gut beobachteten Fällen gerechtfertigt. In diesem Sinne beschreibe ich den folgenden, mir von Herrn Professor Kraske zur Verfügung gestellten Fall.

Frau M., 31 Jahre alt, früher im wesentlichen gesund, erkrankte im Sommer 1882 plötzlich ohne nachweisbare Ursache mit den Symptomen eines typischen, rechtsseitigen, klonischen Facialiskrampfes. Eine leichte Störung des Allgemeinbefindens besserte sich rasch vollständig, der Krampf erreichte nach etwa acht Tagen die bei der Aufnahme im October 1887 bestehende Ausdehnung und Stärke und hatte jeder Behandlung getrotzt. Patientin giebt an, dass sie in der ersten Zeit durch einen kräftigen Fingerdruck auf die Gegend vor dem rechten Ohr den Krampf zum Stillstand gebracht habe. Später hatte dieses selbstgefundene Mittel keinen, auch nur vorübergehenden Erfolg. Eine augenärztliche Behandlung, bestehend in Cocain einträufelungen in den rechten Conjunctivalsack, verbunden mit subcutanen Morphinumjectionen in der rechten Parotisgegend und Faradisation und Galvanisation des Facialis, blieb ohne Erfolg. Im Sommer 1887 wurde eine energische Jodpinselung der rechten Parotisgegend vorgenommen und mehrere Male wiederholt, ebenfalls ohne Erfolg.

Bei der Aufnahme (October 1887) der gut genährten, ziemlich kräftig gebauten Frau befindet sich die gesammte rechte Gesichtsmuskulatur in einem klonischen Krampf, der bei geistiger Erregung, Sprechen u. s. w., am heftigsten ist und dann vorübergehend tonischen Charakter annimmt. Nur im Schlaf hören die Zuckungen auf. Dabei keine Complicationen. Keine Druckpunkte im Trigeminsgebiet, keine cariösen Zähne. Keine sensiblen, trophischen oder vasomotorischen Störungen. Eine Untersuchung des Auges, des Ohres, der Brust- und Bauchorgane giebt negative Resultate. Eine elektrische Untersuchung ist wegen der unwillkürlichen Zuckungen unmöglich. Patientin fühlt sich ausserordentlich belästigt und geht bereitwilligst auf den Vorschlag einer Operation ein.

In Morphinumchloroformnarkose, welche im Toleranzstadium die Zuckungen zum Schwinden bringt, wird (29. October 1887) ein Hautschnitt geführt, der in der Höhe der Gehörgangsöffnung, etwa 1 cm vor derselben beginnend, parallel dem aufsteigenden Kieferastrande etwas über den Rand des horizontalen Kieferastes nach unten verlängert wird. Nach Durchtrennung der Haut und oberflächlichen Fascie kommt man in ein schwieliges, derbes Gewebe, in welchem die Orientirung sehr schwer fällt, und nur undeutlich das Parotissgewebe erkennbar ist. (Folgen der erwähnten früheren Behandlung mit Morphinumjectionen und Jodpinselungen.) Bei der Durchsuchung des Operationsfeldes mit zwei anatomischen Pincetten werden in bestimmter Höhe Zuckungen des Mundwinkels ausgelöst, mit deren Hülfe ein etwa 2 mm dicker, horizontaler Nervenfaden gefunden wird. Nach kräftiger Dehnung auf einem Arterienhaken wird ein Seidenfaden unter dem Nerven durchgezogen (um bei einer etwa zu wiederholenden Dehnung den Nerven sofort wieder auffinden zu können), und die Wunde klaffend mit Jodoformgaze verbunden.

Nach vollständigem Erwachen aus der Narkose sind die Zuckungen im oberen und mittleren Gebiet fast vollständig verschwunden, und wenige Stunden (etwa vier) nach der Operation wird festgestellt, dass an Stelle des Krampfes eine Lähmung getreten ist. Beim Versuch, das Auge zu schliessen, bleibt ein breiter Spalt, der Augapfel rollt nach oben und innen. Frontalis und Corrugator supercilii sind vollständig gelähmt. Die Nasenlippenfalte ist rechts verstrichen, der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer, wie der linke. Im Gebiet des unteren Facialis besteht eine deutliche Parese. Die Zuckungen haben hier zwar nicht ganz aufgehört, wie im oberen und mittleren Gebiet, kehren jedoch viel weniger häufig wieder, wie früher. Wundverlauf fieberlos, am vierten Tage Verbandwechsel. Keine Reaction. Keine Speichelabsonderung. Seidenfaden entfernt. Jodoformverband. Im oberen und mittleren Facialisgebiet sind die Zuckungen dauernd verschwunden, die Lähmungen im mittleren und unteren Gebiet ausgeprägter, die Zuckungen im unteren Gebiet noch seltener geworden. Oft herrscht jetzt minutenlange Pause. Eine elektrische Untersuchung ergiebt eine einfache Herabsetzung der direkten und indirekten Erregbarkeit für beide Stromesarten, am deutlichsten im oberen und mittleren Gebiet. Die direkte mechanische Erregbarkeit ist nachweisbar erhöht, der Krampf im unteren Gebiet noch besser geworden.

Am 8. November wird Patientin nach Hause entlassen, kommt am 10. November zum Verbandwechsel wieder, die Wunde granulirt vollständig. Die Lähmung ist noch stärker geworden, besonders fällt eine Zunahme des Lagophthalmus auf. Eine elektrische Untersuchung (vierzehn Tage nach der Operation) ergiebt im oberen und mittleren Gebiet eine hochgradige Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit bei indirekter und direkter Reizung, dabei keine deutliche qualitative Aenderung. Im Gebiet des unteren Facialisastes, wo die Zuckungen jetzt ganz selten geworden sind, besteht ebenfalls nur eine quantitative, aber wenigstens starke Aenderung. Einen Monat nach der Operation ist keine wesentliche Aenderung der Lähmungserscheinungen zu finden, der Krampf im unteren Gebiet hat sich noch weiter gebessert. Im oberen und mittleren Gebiet sind die Zuckungen dauernd geschwunden, hier besteht jetzt deutliche Mittelform der Entartungsreaction. Die Wunde ist mit mässig breiter, noch ziemlich gerötheter Narbe geheilt. Der Lagophthalmus macht der Patientin nur geringe Beschwerden, die Cornea zeigt keine Veränderungen. Sieben Wochen nach der Operation bestehen ganz leichte Zuckungen im unteren Gebiet noch immer, allerdings nur in längeren Zwischenräumen, bis zu mehreren Minuten, sich wieder-

III. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Freiburg. Ueber Facialisdehnung bei klonischem Facialiskrampf.¹⁾

Von Dr. med. Robert Schott in Stuttgart.

Ein Fall von Facialisdehnung bei typischem Facialiskrampf, welcher auf der Klinik des Herrn Professor Kraske operirt wurde, gab mir als ehemaligem Assistenten Veranlassung, die

¹⁾ Der Redaction eingereicht am 9. November 1889.

holend. Im mittleren und oberen Gebiet ist die Lähmung etwas zurückgegangen, das Auge kann bis auf einen kleinen Spalt geschlossen werden.

April 1888, fünf Monate nach der Operation, zeigte sich die Patientin wieder, und zwar mit einem vollständigen Recidiv. Sie giebt an, dass die Lähmung sich immer mehr verloren habe, die Zuckungen allmählich wieder-gekehrt seien, und seit etwa Anfang März derselbe Zustand, wie vor der Operation, bestehe.

Fassen wir das Mitgetheilte zusammen, so haben wir bei einer früher gesunden, 31jährigen Frau einen fünf Jahre bestehenden, rechtseitigen, klonischen Facialiskrampf ohne nachweisbare Ursache. Nach mehrfacher erfolgloser Behandlung wird als letztes Mittel eine Dehnung des Facialis vorgenommen. Unmittelbar nach der Operation tritt an Stelle des Krampfes eine Lähmung mittleren Grades. Im oberen und mittleren Gebiet schwinden die Zuckungen gänzlich, und hier ist auch die Lähmung eine stärkere, wie im unteren Gebiete, wo der Krampf sich allmählich, jedoch nicht vollständig bessert. Die Lähmung nimmt ungefähr den Verlauf einer peripheren Facialislähmung mittleren Grades mit Mittelform der Entartungsreaction. Mit dem Schwinden der Lähmung tritt der Krampf wieder auf, und etwa vier Monate nach der Operation besteht ein vollständiges Recidiv.

Unser Fall stimmt mit der Mehrheit der seit Einführung der Facialisdehnung bei Gesichtskrampf durch Baum im Jahre 1878 veröffentlichten Fälle sowohl in Bezug auf Verlauf, wie Operationsresultat überein. Nach der Dehnung tritt in den meisten Fällen an Stelle des Krampfes eine mehr oder weniger schwere Facialislähmung darbietend. Mit der Besserung der Lähmung kehren die Zuckungen wieder, und nach mehreren, bis zu neun, Monaten hat sich das Recidiv eingestellt. Dieses kann ein vollständiges sein; wenigstens wird von einer Besserung nichts berichtet in den Fällen: Sturge (4), Putnam (5), Bernhardt (6), Godlee (8) und (9), Putnam (12), Gray (18), Bernhardt (19) und (7), Kaufmann (20). Hierzu ist auch unser Fall zu rechnen.

Oder es bleibt eine Besserung bestehen, die man als Resultat der Operation betrachten kann, aber wohl nicht immer als solches betrachten muss. Hierher gehören die Fälle von Baum (1), Schüssler (2), Bernhardt (15), Gray (17), Eulenburg (3), Hofmann (13). Auch bei unserer Patientin war, als ich sie zum letzten Mal einige Wochen vor Pfingsten 1889, also etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation, wieder sah, eine geringe, aber deutliche Besserung festzustellen, eine einmalige Beobachtung, die in der Wohnung der Patientin, also bei günstigsten Verhältnissen, gemacht wurde. Die Patientin selbst sowohl, wie ihr Mann konnten keine deutliche Besserung finden, da der Zustand nicht immer gleich sei. Das Recidiv kann auch schon nach kürzerer Zeit eintreten. In einem Fall von Bernhardt (6) schon am anderen Morgen, in einem Fall von Kaufmann (20) nach fünf Tagen.

Nur drei Fälle mit positivem Resultat sind, leider sehr ungenau, beschrieben. Nach Bernhardt (Archiv für Psych. Bd. 15 p. 777) hat Southam im Jahre 1881 einen Fall operirt, bei dem die Lähmung nach 16 Wochen geheilt war, und die Krämpfe nach zwei Jahren und 1 Monat nicht wiedergekehrt sind. Zesas berichtet in der Wiener medic. Wochenschr. 1883, No. 2 und 1885, No. 27/28 über einen im November 1882 operirten, bis Juli 1885 ohne Recidiv gebliebenen Fall. Derselbe betraf einen 37 Jahre alten Mann, welcher seit acht Jahren an einem durch Erkältung entstandenen Facialiskrampf der rechten Seite litt. Nach der Operation trat keine Lähmung ein, am 5. Tage wurden die Anfälle geringer, am 4. Januar 1883 konnte Patient geheilt entlassen werden und blieb geheilt bis Juli 1885. Ueber das elektrische Verhalten wird erst in der Mittheilung vom Jahre 1885 berichtet, dass der elektrische Strom „keinen Unterschied zwischen der gesunden und der vorher afficirten Seite wahrnehmen lässt“, dabei aber nicht angegeben, wie lange nach der Operation dieser Befund erhoben wurde. Auffallend ist das Ausbleiben einer Lähmung, im Gegensatz zu dem Fall von Southam. In seiner zweiten Mittheilung referirt Zesas über einen von Navratil im Jahre 1881 operirten Fall (14), der ebenso günstig wie der Fall von Southam verlief. Nach drei Tagen verschwanden die Zuckungen und kehrten nicht wieder. Ob eine Lähmung eingetreten, wird nicht berichtet.

Ebenso unbrauchbar ist ein Referat von Kurella (23) im Centralblatt für Nervenheilkunde, Jahrg. 88, über einen von Salzmann operirten Fall. „Nach der Dehnung (1 cm lang?) hörten die Anfälle auf und kehrten seither nicht wieder.“

Einige Fälle sind zu kurze Zeit beobachtet und deshalb für eine Beurtheilung des Werthes der Facialisdehnung bei Facialiskrampf noch nicht verwertbar. Hierher gehören die Fälle von Sinkler (21) und Keen (22). Bei letzterem Falle bestand nach 5 Monaten noch die im Anschluss an die Operation eingetretene Lähmung mit EaR, im ersten noch nach $4\frac{1}{2}$ Monaten. In beiden Fällen keine Wiederkehr der Zuckungen. Gerade unser Fall lehrt, dass man, wenn bei einer wegen Facialiskrampf vorgenommenen

Facialisdehnung mit dem Verschwinden der Zuckungen eine Lähmung eintritt, den Erfolg der Operation erst nach Ablauf der Lähmung beurtheilen kann. Die Beobachtungszeit wird je nach der Intensität der Lähmung eine verschiedene sein müssen. Hat man, wie in unserem Fall, eine Lähmung mit Mittelform der Entartungsreaction, so wird man vor Ablauf von 5 Monaten kein Urtheil über den Erfolg erhalten.

Bemerkenswerth an unserem Falle erscheint die Beobachtung, dass die Wirkung der Dehnung im Gebiete des unteren Facialisbereiches im Vergleich zu derjenigen im oberen und mittleren eine auffallend geringere, und das elektrische Verhalten ein damit übereinstimmendes war. Die einfachste Erklärung giebt die Annahme, dass bei unserer Patientin überhaupt nicht der Stamm, sondern der obere Ast gedehnt wurde, entsprechend der anatomischen Theilung in zwei Aeste vor der Bildung des grossen Gänsefusses. Der obere Ast würde dann die Zweige für das obere und mittlere Facialisgebiet enthalten. Dabei wurde der untere anatomische Ast auf eine Art von indirekter Dehnung beeinflusst, und die Wirkung im unteren Gebiet musste schwächer ausfallen. Diese Erklärung scheint mir näher zu liegen, als die Annahme, dass zwar der Facialisstamm gefunden wurde, aber der untere Ast wegen seines stärker geschwungenen Verlaufes weniger kräftig, wie der mehr horizontal verlaufende obere Ast gedehnt worden sei. Wenn man die durch die früheren Injectionen bedingten, oben erwähnten Veränderungen des Operationsfeldes in Betracht zieht, welche unseren Fall für Beurtheilung der Technik der Operation ungeeignet erscheinen lassen, möchte ich nicht mit Sicherheit entscheiden, ob der etwa 1 cm vor dem vorderen Umfang der äusseren Gehörgangsöffnung und etwa in der Höhe des unteren Umfanges derselben gefundene Nervenast der Facialisstamm oder der obere Ast gewesen ist.

Rechnen wir unseren Fall dennoch als Dehnung des Facialisstammes, so haben wir für eine ziffernmässige Beurtheilung des Werthes der Operation nach Abzug der ungenügenden fünf Fälle (14, 21, 22, 23 und 10; letzterer ein Fall von Southam, bei dem das Resultat unbekannt geblieben ist) noch 19 Fälle zu verwerthen. Unter diesen waren 2 Heilungen ($10\frac{0}{0}$) Fälle 11 und 16. Von einer Besserung wird 6 mal berichtet ($32\frac{0}{0}$): Fälle 1, 2, 3, 13, 15, 17. Die übrigen 11 Fälle sind vollständige Misserfolge ($58\frac{0}{0}$).

Demnach ist die Facialisdehnung bei klonischem Facialiskrampf von zweifelhaftem Werth und gewöhnlich nur vorübergehendem Erfolg. Die fast immer an Stelle des Krampfes eintretende Lähmung bietet eine gute Prognose. Bei genügender technischer Fertigkeit und guter Antisepsis ist die Operation nicht sehr schwierig und ungefährlich.

Litteratur:¹⁾

- 1) Baum, Berl. klin. Wochenschr. 1878, No. 40. — 2) Schüssler, Berl. klin. Wochenschr. 1879, No. 46. — 3) Eulenburg, Centralblatt für Nervenheilk. 1880, No. 7. — 4) Allen Sturge, Med. Times and Gazette 1880, 27. Nov. — 5) Putnam, Archives of Med. New-York 1881, Febr. — 6) u. 7) Bernhardt, Zeitschr. für klin. Med. 1881, No. 3; theilt ausser Referaten über die Fälle 1–5 zwei neue mit. — 19) Bernhardt, Archiv für Psychiatrie Bd. XV, 1884, p. 777 berichtet über einen eigenen Fall und fünf aus England und Amerika: Godlee (8 u. 9), Southam (10 u. 11) Putnam (12). — 13) Hofmann, Archiv für Psychiatrie Bd. XII, 1882, p. 259. — 14) Navratil, nach Zesas, Wiener med. Wochenschr. 1885, No. 27. — 15) Bernhardt, Deutsche med. Wochenschr. 1882, No. 9 u. 29. — 16) Zesas, Wiener med. Wochenschr. 1882, No. 2 und 1885, No. 27 u. 28. — 17) u. 18) Gray, nach Neurolog. Centralblatt 1884, Juni, p. 255. — 19) Bernhardt, Archiv für Psychiatrie Bd. XV, 1884, p. 777. — 20) Kaufmann, Centralblatt für Chirurgie 1885, No. 3. — 21) Sinkler u. 22) Keen, nach Virchow-Hirsch 1886, p. 204. — 23) Salzmann, nach Centralblatt für Nervenheilkunde 1888, p. 547.

¹⁾ Die Zahlen geben die chronologische Reihenfolge der einzelnen Fälle.