

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zweiundzwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Am Karlsbad 5.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

INHALT.

- Originalartikel:** I. Aus der Universitätsaugenklinik in Marburg: Ein weiterer Beitrag zur Blepharoplastik. Von Prof. Dr. W. Uthhoff.
 II. Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg: Ueber ein neues Tanninpräparat zur Adstringirung des Darmes. Von Priv.-Doc. Dr.-R. Gottlieb.
 III. Aus der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn: Therapeutische Erfahrungen über die Anwendung des Tannalbin als Darmadstringens. Von Primararzt Dr. R. v. Engel.
 IV. Bemerkungen zu einem Falle von primärem Lungencarcinom. Von Prof. Dr. H. Ribbert in Zürich.
 V. Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin: Bericht über die in den letzten 15 Jahren behandelten Fälle von Osteomyelitis. Von Dr. H. Stettiner.
 VI. Ueber einen Fall von Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung. Von Dr. H. A. Janssen in Maastricht.
 VII. Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Migräne. (Schluss.) Von Dr. Determann in St. Blasien.
 VIII. Feuilleton: Wiener Bericht.
 IX. **Standesangelegenheiten:** Berlin-Brandenburger Aerztekammer.
 X. **Correspondenzen und Erwidernngen:** Das Bedürfniss einer Curverwaltungs-Gesetzgebung. Erwidernng der Badecommission in Oeynhausen und Bemerkungen zu dieser Erwidernng von Sanitätsrath Dr. Lehmann in Oeynhausen. — Gründung eines ärztlichen Kriegskameradenbundes.
 XI. **Therapeutische Mittheilungen:** Verschiedenes.
 XII. Die Domicilfrage des Koch'schen Instituts für Infectionskrankheiten.
 XIII. **Kleine Mittheilungen.**

I. Aus der Universitätsaugenklinik in Marburg. Ein weiterer Beitrag zur Blepharoplastik.

Von Prof. W. Uthhoff.

Im Anschluss an meinen „Beitrag zur Blepharoplastik“ in No. 30 dieser Wochenschrift 1895 sei es mir gestattet, noch eine zweite Mittheilung zu diesem Kapitel zu bringen, die, wie ich glaube, nicht ohne Interesse sein dürfte. Es handelte sich in diesem zweiten Falle ebenfalls um den völligen Verlust des unteren Augenlides mitsammt der Conjunctiva palpebrae, der operative Weg aber, der dieses Mal zum Ziel führte, war ein anderer. Bei dem früheren Falle wurde das untere Lid durch einen gestielten Lappen nach Fricke, welcher entsprechend dem Samelsohn'schen Vorschlage mit einem grossen, viereckigen, schürzenförmigen Lappen aus dem oberen Lide, mit der Basis am Lidrande, unterfüttert worden war, wiedergestellt; dieses Mal gestaltete sich der Krankheits- und Operationsverlauf folgendermaassen:

Der 61jährige Patient F. B. aus B., welcher der Klinik durch Herrn Collegen Dr. Eilers zugeschickt wurde, litt seit mehreren Jahren an Carcinom des unteren Lides. Er konnte sich trotz ärztlichen Anrathens zu einer operativen Behandlung des Leidens nicht entschliessen, und so kam er schliesslich erst in einem vorgeschrittenen Stadium, nachdem das Lid mitsammt der Conjunctiva palpebrae schon völlig zerstört war, am 27. Februar 1893 zur Operation. Dieselbe bestand in ausgiebiger Entfernung der gesamten erkrankten Theile, welche sich in der Gegend des Canthus internus noch etwas über das Ligamentum palpebrae internum nach oben erstreckten. Die Deckung des grossen Defectes geschah durch eine Plastik mit gestieltem Lappen aus der Schläfe nach Fricke. Derselbe wurde absichtlich sehr gross genommen, so dass auch nach längerer Zeit, als schon starke Schrumpfung eingetreten war, derselbe doch noch den unteren Theil der Cornea deckte. Die Schrumpfung des eingepflanzten Lappens nahm mit der Zeit noch zu, und rollte sich derselbe wulstartig nach innen, so dass die obersten äusseren Theile desselben gegen den unteren Theil der Hornhaut gerichtet wurden. Da diese Theile der Haut aber eine Reihe von Haaren enthielten, so traten entzündliche Erscheinungen am Auge ein, es bildete sich im unteren Theil der Cornea eine dichte pannöse Trübung, kurzum der Zustand war für den Patienten sehr quälend, ja geradezu unerträglich, und er verlangte direkt einen weiteren operativen Eingriff zur Hebung dieser Beschwerden. Es wurde jetzt folgendes Verfahren von mir eingeschlagen. Das künstliche und wulstartig zusammengerollte untere Lid wurde zunächst vollständig vom Bulbus lospräparirt und alle narbigen Verwachsungen ausgiebig gelöst, hierauf wurde auch der obere narbige Rand des Lides in ganzer Länge angefrischt und nun die ganze innere Wundfläche des so abgelösten Lides mit einem grossen zusammenhängenden Stück Schleimhaut aus der Unterlippe des Patienten bekleidet. Ich muss hier bemerken, dass unser Kranker eine

ganz besonders grosse hängende Unterlippe hatte, welche diese Excision eines so grossen Stückes Schleimhaut ohne jede Deformität vertrug und den Patienten auch in späterer Zeit in keiner Weise behinderte, ja kosmetisch hatte dieselbe geradezu sehr günstig gewirkt. Der grosse horizontal verlaufende Schleimhautdefect auf der Innenfläche der Lippe liess sich nach Unterminirung der angrenzenden Partien ohne Schwierigkeiten durch direkte Vereinigung decken. Das excidirte Stück wurde von dem submucösen Fettgewebe sorgfältig befreit, auf dem Finger ausgebreitet und nun direkt auf die hintere Wundfläche des neugebildeten unteren Lides gebracht und an dasselbe mit feinen Seidensuturen so fixirt, dass die epitheliale Oberfläche zum Bulbus hin gerichtet war. Die Anheilung dieses grossen transplantierten Schleimhautstückes erfolgte ganz glatt. Das anfangs blasse Aussehen des Stückes machte allmählich einer stärkeren Röthung und leichten Verdickung Platz, die Schrumpfung war relativ gering, und nach 16 Tagen konnte Patient als geheilt entlassen werden. Fünf Monate später habe ich den Patienten wiedergesehen: er ist mit dem jetzigen Zustande seines Auges ganz zufrieden. Der untere Theil des wiederhergestellten Conjunctivalsackes hat sich relativ gut erhalten, wenn er natürlich auch kleiner ist als unter normalen Verhältnissen. Seine Tiefe beträgt, der Mitte des unteren Lides entsprechend 7—8 mm, nach den Seiten hin sich abflachend. Der Bulbus ist relativ gut geschützt, die pannöse Trübung des unteren Hornhauttheiles ist wesentlich zurückgegangen. Aus kosmetischen Rücksichten war noch ein längerer horizontaler keilförmiger Streifen aus der äusseren Haut des gewulsteten neugebildeten Lides excidirt worden. Auch die letzten noch über das Befinden des Patienten eingezogenen Erkundigungen lauten günstig.

Es liefert uns zunächst auch diese Beobachtung wiederum den Beweis, dass wir uns auf keinen Fall damit begnügen dürfen, bei völligem Verlust des unteren Augenlides mitsammt der Conjunctiva palpebrae dasselbe durch einen einfachen gestielten Lappen nach Fricke zu ersetzen.

So vorzügliche Resultate diese Methode liefert, wenn die Conjunctiva des Lides noch erhalten ist und nur die äussere Haut desselben des Ersatzes bedarf, so unzureichend ist der Erfolg, wenn eine solche Conjunctivalbekleidung auf der Innenfläche des neugebildeten Lides fehlt. Der Lappen wird sich wulstförmig zusammensetzen, sein oberer Theil wird sich nach innen wenden, gegen den Bulbus reiben und hier entzündliche Erscheinungen hervorrufen, da diese aus der Stirn oder Schläfe entnommenen Lappen nie frei sind von mehr oder weniger starken Härchen, welche auf den Augäpfel reizend einwirken; wir werden daher immer darauf bedacht sein müssen, nicht nur die äussere Haut des Lides, sondern auch die Bindehaut zu ersetzen.

Wie aus unserer Krankengeschichte hervorgeht, ist die Unterfütterung des nach Fricke neugebildeten unteren Lides mit Lippen-schleimhaut erst nach längerer Zeit und nachdem dasselbe wieder lospräparirt und angefrischt worden war, vorgenommen worden.

Ich habe in meiner ersten Mittheilung schon angeführt, wie de Vincentiis¹⁾ den umgekehrten Weg verfolgte, indem er zuerst den umschnittenen gestielten Lappen mit Schleimhaut auf seiner Rückseite bekleidete, dieselbe anheilen liess und nun erst den so gewonnenen, mit Schleimhaut unterfütterten Lappen nach einiger Zeit für die Lidbildung benutzte. Des weiteren habe ich an dieser Stelle noch besonders die Operationsverfahren von Eversbusch (Münchener med. Wochenschrift 1887, No. 1 u. 2 und ebenda 1890, S. 138) zu erwähnen, der nach Umschneidung des gestielten Lappens denselben soweit von der Unterlage loslöste, um ihn auf seiner Rückseite und ebenso die Stelle, wo er fortgenommen worden war, mit Epidermisschollen bekleiden zu können. Dann, nachdem ein Stück Silk zwischen Lappen und Unterlage gebracht war, wurde ersterer vorläufig wieder in seine frühere Lage gebracht, bis die Epidermisschollen angewachsen waren, und nun erst wurde der Lappen als Ersatz für das verloren gegangene untere Lid nach Anfrischung seiner Ränder implantirt. Später verwendete Eversbusch in der Weise anstatt der Epidermisschollen die Schleimhaut vom Oesophagus des Kaninchens und hat gute Resultate damit erzielt.

Ebenso machte Wölfler Versuche über Pflropfung von Mastdarm- und Scheidenschleimhaut auf die hintere Fläche gestielter Hautlappen zwecks Ersatzes eines in ganzer Dicke verloren gegangenen Lides (Ueber die Technik und den Werth der Schleimhautübertragungen, Langenbeck's Archiv für Chirurgie XXXVII, Heft 4). Er betont ganz besonders die Nothwendigkeit, dass man nur grössere, zusammenhängende, stiellose Lappen verwende, eine Aufpflanzung einer Reihe von kleineren Schleimhautstücken sei unter diesen Umständen unthunlich. Wölfler rath, auch die Schleimhaut in dünnen Schichten nach Thiersch zu transplantieren, und er verwendet bei seinen verschiedenen Versuchen die Schleimhaut von Prolapsus uteri, Prolapsus recti, vom Magen des Frosches, von der Blase des Kaninchens, vom Oesophagus der Taube. Alle diese verschiedenen Schleimhautstücke hatten. In zwei Fällen von Blepharoplastik beim Menschen benutzte er einmal die Schleimhaut von einem Prolapsus recti und das andere Mal Schleimhaut aus der menschlichen Vagina.

Auch Wölfler machte seine Operationen nicht in einer Sitzung, und es muss wohl als Regel aufgestellt werden, derartige operative Eingriffe in zwei getrennten Sitzungen vorzunehmen, da ein frisch losgetrennter und implantirter gestielter Hautlappen zu schlechte Ernährungsbedingungen für ein direktes Anwachsen ungestielter Haut- oder Schleimhautlappen oder aufgeplanzter Epidermisschollen bieten dürfte. Eine Zerlegung der Operation in zwei Abschnitte wird sich nothwendig erweisen, sei es nun, dass man zuerst die Unterfütterung des Lappens vornimmt und ihn später implantirt, oder umgekehrt dass man zuvor implantirte gestielte Lappen wieder loslöst, anfrischt und hierauf auf ihrer Innenfläche mit Schleimhaut oder Epidermisschollen bedeckt. Ersteres Verfahren dürfte für gewöhnlich vorzuziehen sein.

Ferner sei hier noch das Verfahren von Landolt (Nouveau procédé de blepharoplastie. Arch. d'ophtalmol. 1881, Bd. 1, S. 9, und De quelques opérations pratiquées sur les paupières. Arch. d'ophtalmol. V, 1885, S. 481, und jüngst noch Quelques cas de blepharoplastie. Société franç. d'ophtalmol. Congrès de 1895) erwähnt, um Liddefecte in ganzer Dicke zu ersetzen. Hiernach wird das obere Lid für die Bildung eines verloren gegangenen unteren mit herangezogen, indem zunächst die Reste der unteren Conjunctiva lospräparirt und nach intermarginaler Spaltung des oberen Lides zwischen die beiden Blätter desselben hinaufgezogen und dort befestigt werden. Sodann Anfrischung des unteren vorderen Randes vom oberen Lide, Abtragung des Cilienbodens und Anheftung an den Wundrand des an Stelle des unteren Lides gelegenen Defectes. Nach vier bis fünf Monaten quere Durchtrennung des so verlängerten oberen Lides und Anlegung einer neuen Lidspalte. Ein zweites Verfahren nach ähnlichem Prinzip benutzt Landolt, wenn es sich darum handelt, Stücke des oberen Lides in ganzer Dicke zu ersetzen.

Ein total fehlendes oberes Lid ersetzte Gradenigo durch Verwendung des erhaltenen ganzen unteren Lides, indem er den oberen Rand des unteren Lides anfrischte und mit den Rudimenten des oberen vernähte; später trennte er dann das untere Lid in der Gegend des Margo infraorbitalis total ab, eben von der Voraussetzung ausgehend, dass das untere Lid eher entbehrlich sei für den Bestand des Auges als das obere (Annali di Ottalmol. 1879, Discussion über einen Vortrag von Businelli).

Die neueste Mittheilung von Jordan (diese Wochenschrift 1895, No. 45) schlägt vor, bei partiellem oder totalem Verlust des

Augenlides in ganzer Dicke durch einfache Duplicatur des gestielten Hautlappens und Befestigung des eingeschlagenen Theiles an den äusseren ein unterfüttertes neues Augenlid in einer Sitzung zu bilden; er hat in zwei Fällen gute Resultate damit erzielt. Ein Uebelstand dürfte hierbei immer das Vorhandensein von mehr oder weniger feinen Härchen auf der für die Innenfläche des neugebildeten Lides verwendeten Haut sein, welche reizend für das Auge wirken und auf die Dauer nicht gut vertragen zu werden pflegen. Dieser Uebelstand besteht in relativ geringstem Maasse für die äussere Lidhaut selbst, und deshalb besonders wurde auch in unserem früheren Falle das Vorgehen nach dem Samelsohn'schen Vorschlage gewählt. Ich habe inzwischen Gelegenheit gehabt, acht Monate nach der Operation diese Patientin wiederzusehen, und nebenstehende Photographie ist bei der Gelegenheit aufgenommen worden. Das Resultat muss auch jetzt noch als befriedigend bezeichnet werden. Leichte entzündliche Erscheinungen bestehen im unteren Theil der Conjunctiva bulbi, denn ganz fehlen auch selbst auf dieser aus dem oberen Lide entnommenen und in den Conjunctivalsack eingepflanzten Haut feinste Härchen nicht, und von diesem Gesichtspunkte aus ist, soweit es durchführbar, die Pflropfung von Schleimhaut vorzuziehen.

Ich will es unterlassen, hier auf die Frage der Schleimhauttransplantation in den Conjunctivalsack überhaupt näher einzugehen.

Sie ist, wie aus obigen Ausführungen erhellt, auf dem Gebiete der eigentlichen Blepharoplastik bei Liddefecten in ganzer Dicke immer noch relativ selten ausgeführt worden, hat sich aber in verschiedenen solchen Fällen bewährt, und dass es selbst möglich ist, ein grosses Stück Schleimhaut zur Deckung der Innenfläche eines ganzen neugebildeten unteren Lides zu transplantieren und zur Verwachsung zu bringen, das hat auch unser jetziger Fall wiederum gezeigt.

Die Erfahrungen über Pflropfungen thierischer oder menschlicher Schleimhaut in den Conjunctivalsack sind hauptsächlich in unserer Litteratur über die Behandlung des Symblypharon niedergelegt worden (v. Stellwag, Illing, Bock, Wolfe, v. Wecker, Becker, Armaignac, Schmidt-Rimpler, Dufour, Feuer, Jecker, Fano, Imre, Klein, Noyes, Reymond, Leroy, Panas, Kaindl, Hirschberg, Samelsohn, Gasparini, Liebrecht u. a.) Wir dürfen wohl v. Stellwag (Illing, Wien. allg. med. Zeitschr. 1874, No. 32 und folgd. No. und Bock, Die Pflropfung von Haut- und Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. Wien 1884) und Wolfe (Glasgow med. Journ. 1873 und Transplantation conjonctivale du lapin à l'homme, Annal. d'oculist. T. 69, 1873) als diejenigen Autoren ansehen, welche sich um die Ausbildung und Einführung dieses Verfahrens besonders verdient gemacht haben. Ich verweise in dieser Hinsicht, sowie in Bezug auf die sonst zur Heilung des Symblypharon geübten Verfahren durch Einpflanzung von gestielten und ungestielten Hautlappen in den Conjunctivalsack (Port, Taylor, Chisolm, Browne, Silex, Snellen, Harlan, Samelsohn, Rogman, Gasparini, Kuhnt, Eversbusch u. a.) besonders auf die zusammenfassende Arbeit von Bock (l. c.) und aus der neuesten Zeit auf das treffliche Werk Czermak's, Die augenärztlichen Operationen (Wien 1893).

Es liegt ja in der Natur der Sache, dass die Verfahren, welche geeignet sind, auf operativem Wege das Symblypharon zu beseitigen, zum Theil auch unter den entsprechenden Modificationen des Verfahrens dazu dienlich sein können, ein unterfüttertes neues Augenlid zu bilden, wo es sich um völligen Verlust eines solchen handelt.



Lidplastik mit gestieltem Lappen, unterfüttert durch einen schürzenförmigen Lappen aus dem oberen Lide 8 Monate nach der Operation.

¹⁾ Blefaroplastica per cancro papillare. Att. d. R. Acc. med.-chirurg. di Napoli XLVI, 1892, S. 238.