

Tina Tyrchan  
Dr. med.

## **Wiederherstellende Gesichtschirurgie im Ersten Weltkrieg 1914-1920**

Geboren am 26.11.1973 in Köln.  
Reifeprüfung 14.6.1993 in Köln.  
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1993/1994 bis WS 1999/2000.  
Physikum am 28.3.1996 in Köln.  
Klinisches Studium in Heidelberg.  
Praktisches Jahr in Köln.  
Staatsexamen am 19.6.2000 an der Universität zu Köln.

Promotionsfach: Geschichte der Medizin.  
Doktorvater: Prof. Dr. med. Wolfgang U. Eckart.

Diese Arbeit stellt die Möglichkeiten der Transplantatbenutzung im Rahmen der wiederherstellenden Gesichtschirurgie während des Ersten Weltkrieges vor.

Der Erste Weltkrieg stellte auch in medizinischer Hinsicht verschärfte Bedingungen: Neue Waffen bzw. Munition und Militärtaktiken führten nicht nur zu einer sehr großen Zahl von Verletzungen und Verletzten, sondern zeigte sich auch in der großen Zahl an im Gesicht getroffenen / verletzten Soldaten. Daraus resultierte erstmals die Notwendigkeit einer umfassenden Wiederherstellungschirurgie. Diese hatte das Ziel einer medizinisch-funktionellen wie auch einer human-ästhetischen Behandlung jenen zu bieten, „die das Vaterland heldenhaft verteidigt hatten“. Wichtig war hier von der ersten Frontlinie an eine optimale primäre Wundversorgung, reguliert durch Heeresleitungsdekrete, allgemein gültige Grundsätze zur Verletzungsversorgung, gute Transportbedingungen und flüssiges Zusammenspiel der verschiedenen Disziplinen (Ärzte, Zahnärzte und Spezialisten der Gesichtschirurgie).

Die Wiederherstellung des Unterkiefers war das Hauptaugenmerk der Chirurgen, da hier die funktionellen Probleme zwar im Vordergrund standen, die kosmetischen aber nicht zu vernachlässigen waren. Die zerstörten Knochenteile wurden durch gestielte Knochenverpflanzung aus dem verbliebenen Kiefer oder der Clavicula, in anderen Fällen durch freie Transplantate aus der Tibia, dem Beckenkamm, der Rippe, der Skapula oder dem Metatarsus ersetzt, manchmal auch durch Knochenhautlappen überbrückt.

Der Ersatz der Nase war hauptsächlich aus ästhetischen Gründen interessant. Hier erfolgte eine gestielte Knochenübertragung aus der Stirn oder der Ulna, die freie Verpflanzung aus der Tibia, dem Beckenkamm oder der Zehe. Sowohl beim Unterkiefer als auch bei der Nase mussten

gegebenenfalls Weichteile vor der Knochenübertragung oder gleichzeitig damit aufgefüllt werden. Das gleiche gilt für den Aufbau des Orbitalbodenrandes mit Knochen.

Knorpeltransplantate wurden zum Wiederaufbau des Nasengerüsts verwendet. Der gestielte Plastik aus dem Ohr oder Teilen der Nase stand die freie Transplantation vor allem aus der Rippe gegenüber. Zahlenmäßig am geringsten waren die Rekonstruktion des Ohres oder des Orbitalbodenrandes aus Knorpel, entnommen aus der Rippe oder dem Ohr. Der Versuch, Fremdmaterialien wie Metalle oder Elfenbein zur Einheilung zu bringen, blieb meist erfolglos.

Interessant ist nun neben dem Ablauf der Operationen zu sehen, wie unterschiedlich die Ansichten und Herangehensweisen der Chirurgen waren. Es ist leider nicht mehr möglich auszuwerten, welche Methode die beste war, da die Daten aus den Veröffentlichungen dies nicht hergeben. So bleibt eine Gegenüberstellung der Hauptstreitpunkte.

Das Lager spaltete sich zunächst einmal in Anhänger der gestielten Verpflanzung und in jene der freien Transplantation. Auch die Entnahmestellen für Knochentransplantate wurden kontrovers diskutiert. Vorteilen wie leichter Zugänglichkeit und fast beliebiger Größe der Tibiaspäne stand das Risiko der Spontanfrakturen entgegen, der Ummantelung der Rippe mit Periost stand die Gefahr eines Pneumothoraxes gegenüber. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf Verwendung im Kieferbereich, bei Wiederherstellung der Nase ging es um die Form des Knochens (Dach oder Spange) und die Gegenüberstellung der Benutzung von Haut aus Stirn oder Arm. Auch die Befestigungsmöglichkeiten der Transplantate an den Stümpfen waren so mannigfaltig wie die Ansichten darüber. Ein gutes Beispiel dafür, dass die Meinungen weniger durch Reflektion sondern häufig durch Festhalten an Erlerntem und Althergebrachtem entstanden, war die histologische Betrachtungsweise über den Ort des Knochenwachstums. Allerdings war das Interesse an der Arbeit Anderer vorhanden, Besuche anderer Krankenhäuser, Kommentare zu Artikeln und Diskussionsforen zeigen dies.

Die Operateure in den Frontlazaretten und in den nachgelagerten Krankenhäusern kannten durchaus die Methoden und Operationstechniken der „Kollegen“, entgegen der bisherigen Annahmen.

Der Erste Weltkrieg war eine „gute Gelegenheit“ für die Chirurgen, schon bekannte Techniken der Wiederherstellenden Gesichtschirurgie zu perfektionieren und darüber in zahlreichen Veröffentlichungen zu berichten, häufig waren das aber Fallbeschreibungen von denen ausgehend keine generalisierende wissenschaftliche Reflexion erfolgte. Auch wird sowohl in den Veröffentlichungen während des Ersten Weltkrieges als auch in denen nach dem Ersten Weltkrieg an keiner Stelle von grundlegend neuen Operationstechniken berichtet. Es gab zwar auf dem Gebiet der Verwendung von Fremdmaterialien stellenweise durchaus wissenschaftlichen Ansprüchen genügende Versuche an Tieren und entsprechende Berichte darüber; jedoch ist – bezeichnender Weise – im Nachhinein nicht darauf zurückgegriffen worden. Die Vertreter der einzelnen Schulen

sind ihren am Beginn des Krieges postulierten Meinungen treu geblieben, eine bahnbrechende Neuerung hat es nicht gegeben, ebenso wenig wie ein Konsens in der Behandlungsstrategie. Der „Krieg als Vater aller Dinge“ hat also auf diesem Gebiet nicht gegriffen.