

Beiträge

zur

Rhinoplastik

von

W. LINHART,

Prof. der Chirurgie in Würzburg.

In der Frage, ob man bei totaler Rhinoplastik, Reste der alten Nase lassen und mitbenützen oder ganz entfernen soll, herrschen zwei verschiedene Ansichten:

Die eine, deren Vertreter viel zahlreicher sind, geht dahin, alle Reste der alten Nase zu entfernen und die neue, wie aus Einem Gusse zu bilden. Die andere Ansicht, welche eine viel geringere Zahl von Anhängern hat, will Alles erhalten wissen, was von der alten Nase vorhanden ist. Wenn man, wie diess gewöhnlich von den Anhängern der ersten Ansicht geschieht, an die wie Lappen zu beiden Seiten am Sulcus naso-labialis hängenden eingekrempten und aufwärts verzogenen hinteren Enden der Nasenflügel denkt, wie sie vorzüglich nach, die ganze Nase zerstörenden Ozaenen und nach Ablauf mancher Lupi vorkommen, so ist allerdings die erste Ansicht richtig, indem sich diese Reste immer einwärts krämpfen und nach oben ziehen, wodurch der Erfolg der Operation sehr geschmälert, ja ganz vereitelt werden kann. In einem solchen Falle, der im Jahre 1847 auf einer chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien operirt wurde, mussten nach vollständiger Anheilung der Nase die sich immer mehr und mehr einziehenden Nasenflügel extirpirt werden.

Die vorliegenden zwei Fälle werden jedoch zeigen, dass man bei unmittelbar nach Exstirpationen vorgenommenen Plastiken sehr gut und zum Vortheile der neuen, Reste der alten Nase benützen kann. Es gilt dies namentlich von der Nasenspitze, dem septum mobile und dem freien Rande des Nasenflügels; diese Theile können bei gar keiner Hautnase so gebildet werden, dass sie nicht etwas fremdartiges, plumpes hätten, das

selbst durch die sorgfältigsten und gelungensten, verschönernden Nachoperationen nicht verhindert werden kann.

Schatz Elisabeth, aus Himmelstadt, trat im April 1853 in die weibliche Pfründe des Juliushospitalen ein. Bei ihrem Eintritte litt sie an Schwerhörigkeit, senilem Emphysem mit Catarrh und chronischer Arthritis.

Allmählig bildete sich am Nasenrücken ein Epidermoidal-Cancroid aus, wegen dessen sie im September 1857 auf die chirurgische Klinik des Juliushospitalen transferirt wurde, um operirt zu werden.

Status præsens.

Patientin 64 Jahre alt, sehr lebhaft, zeigt nicht die geringste Störung des Allgemeinbefindens. Der ganze Nasenrücken (s. Fig. I.) von der glabella an wird von einem stellenweise ulcerirenden Cancroid eingenommen, welches sich auf die Seitentheile der Nase erstreckt; an der rechten Seite reicht es weiter gegen die Wange als links und lässt nach unten etwa $\frac{1}{2}$ Zoll die Nasenspitze und die Nasenflügel frei. Die Geschwulst ist vollkommen unbeweglich, die Haut zeigt dort, wo sie nicht ulcerirt ist, eine blaurothe Farbe.

Den 16. October 1857 machte ich zuerst die Exstirpation. Ich umschnitt die Geschwulst mit drei Schnitten. Der unterste ging horizontal von einem Nasenflügel zum anderen in solcher Höhe vom freien Rande, dass durch den gerade nach rückwärts dringenden Schnitt das Septum mobile vom vorderen unteren Rande des Nasenscheidewandknorpels abgetrennt wurde. Von den beiden seitlich die Entartung begrenzenden Schnitten, die an der glabella zusammenstießen, lief der rechte etwas weiter gegen die Wange und war schwach bogenförmig, weil die Degeneration rechts weiter gegen die Wange reichte.

Mit der Geschwulst nahm ich zugleich den ganzen knorpeligen Theil der Nase (die beiden dreieckigen und den Scheidewandknorpel) hinweg, rechterseits entfernte ich auch mit dem *Wattmann'schen* Hohlmeissel ein Stück vom Nasenfortsatze des Oberkiefers. Die drei schmalen Streifen (Fig. II.) bestehend aus den Rändern der Nasenflügel und dem Septum mobile hingen nach unten herab.

Nachdem die nicht bedeutende Blutung durch kaltes Wasser und leises Aufdrücken von Schwämmen gestillt war, machte ich aus Papier schnell ein Modell der künftigen Nase, breitete das Papierblatt, welches genau nach den Rändern des Substanzverlustes geschnitten war, auf der Stirne etwas schräg gegen die rechte Seite hin aus und umschnitt nun, durch das Papier geleitet, etwa 3—4 Linien (denn soweit konnte der abpräparirte Lappen sich contrahiren) entfernt von dessen Rande die Haut

und galea aponeurotica, rechts natürlich auch etwas vom Stirnmuskel durch. An der Stirnglatze, wo die Schnitte so convergirten, dass sie den etwa 1 Zoll breiten Stiel des Lappens zwischen sich fassten, liess ich dieselben wieder divergiren, den linken führte ich gegen den Kopf der Augenbraue, den rechten in der Mittellinie herab bis in den Substanzverlust (Fig. II.). Der durch die Nasenwurzel geführte Schnitt trennte hier die Haut bis an den Knochen (resp. Beinhaut). Die dadurch entstandenen Ecken an der Grenze des senkrechten Schnittes und des durch die Exstirpation gesetzten Substanzverlustes trennte ich durch Bogenschnitte ab. Der linke Rand des Lappens war dem rechten Rande des Substanzverlustes entsprechend, mehr gekrümmt als der rechte.

Nachdem ich nun rasch durch grosse Messerzüge den Lappen mit Zurücklassung des Periostes abpräparirte und die Haut zu beiden Seiten der Nasenwurzel etwas ablöste, um den Stiel des Lappens mit seiner wunden Fläche an die wunden (d. h. von der Cutis entblössten) Nasenbeine legen zu können, heftete ich den vorher an der wunden Fläche von Blutcoagulis gereinigten Lappen, zum grössten Theile mittelst der umschlungenen Naht an den Substanzverlust an, die hinaufgeschlagenen Ränder der Nasenflügel und die Nasenspitze vereinigte ich mit dem transplantirten Lappen auch durch die umschlungene Naht, wobei ich stets Acht hatte, dass die kleinen Carlsbader Stecknadeln nicht durch die Knorpel gingen. Ueber der Brücke (Drehungsstelle des Lappens) vereinigte ich die Stirnhaut durch einige Hefte der Knopfnah, den übrigen Theil der Stirnwunde bedeckte ich mit einem Leinwandläppchen, das mit Mandelöl getränkt war und liess, nachdem die Kranke zu Bette gebracht wurde, auf die Wunde der Stirne mässig kalte Ueberschläge machen um Blutaustritt und zu heftige Hyperämie zu verhindern. Am selben Abende wurden die kalten Ueberschläge weggelassen.

Verlauf.

Der Lappen röthete sich am zweiten und dritten Tage und schwoll etwas an. Die Hefte wurden grösstentheils nach 36, einige nach 48 Stunden entfernt. Hie und da eiterte ein Stichkanal, aber die Anheilung des Lappens per primam intentionem war eine vollständige. Schon am zweiten Tage gab die Patientin bei Versuchen über die Empfindlichkeit an der Hautnase jedesmal an, dass die Nase berührt werde, selbst wenn ich sie dadurch irre führen wollte, dass ich den umstehenden Herren sagte, ich wolle die Stirne berühren, in Wirklichkeit aber die Hautnase berührte. Nachdem, was ich über die Empfindung an transplantirten Nasen bis jetzt erfahren habe, möchte ich behaupten, dass die Erzählungen, nach welchen

die Operirten bei Berührung der Nase vorübergehend oder gar bleibend das Gefühl haben sollten, als ob die Stirne berührt würde, ganz erdichtet sind.

Die *Stirnwunde* heilte an der Glabella, wo der Stiel mit den entgegengesetzten Wundrändern durch die Knopfnahnt vereinigt wurde per primam intentionem.

Der übrige Theil heilte durch Granulation; es bedeckte sich wie gewöhnlich die Wunde mit einem gelben fibrinösen Exsudate, das allmählig von rothen Flecken und Streifen (Granulationen) durchbrochen wurde, die sich weiter und weiter ausbreiteten, während das Exsudat verschwand und von den Granulationen reichlich Eiter gebildet wurde. Nur in der Mitte der Wunde bildeten sich keine Granulationen, sondern das Periost vertrocknete hier zu einem braunen unempfindlichen Schorfe, der am Knochen festhing, der Schorf war rundlich und hatte etwa 8—9 Linien im Durchmesser, als derselbe am 5. und 6. Tage sich an seinen Rändern von den Granulationen erhob und unter demselben sich Eiter ansammelte, zog ich denselben mit einer Pincette ab, wornach der Knochen in derselben Ausdehnung, in welcher das Periost abgestorben war, blosslag und sich rau anfühlte. Bei Berührung war der Knochen unempfindlich, derselbe wurde im Laufe der folgenden Tage etwas missfärbig, trotzdem erfolgte aber keine Abstossung des blossen Knochenstückes, sondern es trat eine Rarificirung und endlicher Schwund der erdigen Bestandtheile ein, indem das Knochenstück mehr und mehr rothe Punkte, später rothe Streifen, endlich rothe Flecken bekam, und bald war die Stelle, wo der Knochen rau und missfärbig blosslag von den üppigsten Granulationen bedeckt, ohne dass auch nur das kleinste Knochenplättchen abgestossen worden wäre.

Nach etwa 2 Monaten war die Stirnwunde vernarbt.

Der Stiel des Lappens wurde gegen Ende der Heilung der Stirnwunde durchschnitten und von der linken Seite her ein keilförmiges Stück so herausgeschnitten, dass die scharfe Kante des Keiles in der Haut lag, die Basis in dem subcutanen Gewebe; dadurch legte sich die Haut an der Nasenwurzel flach nieder. Einige Knopfnähte vereinigten die durch die Excision entstandenen Wundränder.

Die Kranke wurde hierauf wieder in die Pfründe zurückgebracht, von wo aus sie häufig in die chirurgische Klinik kam, um sich zu zeigen. Der Lappen lag so schön auf, dass man die Vereinigungsränder des Lappens nur in der Nähe gut sehen konnte, auch die Farbe des Lappens wich von der übrigen Gesichtsfarbe nicht ab.

Patientin erfreute sich einer relativ guten Gesundheit, es zeigte sich nirgend eine Recidive. Am 14. September 1858 starb sie an Apoplexie.

Die Section wiess ein grosses intermeningeales Extravasat nach.

Am 22. Juni 1859 machte ich eine ganz gleiche Operation an *Elisabeth Morstein*, einer 57 Jahre alten verheiratheten Frau. Diese Operation unterschied sich von der eben beschriebenen bloss dadurch, dass das Cancroid und somit auch der durch die Plastik zu deckende Substanzverlust nur die linke Hälfte der Nase einnahm. Auch diese Geschwulst war unbeweglich und ich musste hier den ganzen dreieckigen Nasenkorpel sammt einem Theile des Nasenfortsatzes vom Oberkiefer exstirpiren, vom Nasenflügel konnte ich nur einen, kaum 3 Linien breiten Saum erhalten.

Die Exstirpation geschah ebenfalls in Dreieckform mit unterer Basis. Der untere Querschnitt ging etwas über die Mittellinie nach rechts.

Der Lappen wurde aus der Stirne genommen und zwar schräg nach links. Sein Stiel (Brücke) etwas über 1 Zoll breit, war gegen den Kopf der rechten Augenbraue gerichtet, also entgegengesetzt der Richtung des Stieles in dem erst beschriebenen Falle. Da die der Wange näher liegende Schnittwunde des Substanzverlustes, entsprechend der Ausdehnung des Cancroid's mehr gekrümmt geführt werden musste, so war auch der entsprechende rechte Seitenrand des Stirnlappens convexer geformt, als der linke, welcher dem, auf der Mitte des Nasenrückens laufenden gegen die Nasenspitze etwas nach rechts abweichenden Schnitte entsprach.

Die Seitenränder des Lappens wurden mit den ihnen gegenüberstehenden Hautwundrändern durch die umschlungene Naht, der Saum des Nasenflügels mit dem nun unteren Rande des transplantierten Lappens mittelst Knopfnähte vereinigt.

Die Nachbehandlung und der Verband der Stirnwunde waren ganz so, wie im erst erwähnten Falle.

Die Nähte wurden am 24. Juni sämmtlich entfernt; der Lappen war ganz per primam intentionem angeheilt.

Während der Heilung der granulirenden Stirnwunde zeigte sich dasselbe Phänomen, wie im ersten Falle, nämlich Absterben und Vertrocknen eines kleinen Theiles der Beinhaut; nach Abziehung des Schorfes lag der Knochen bloss, der auch hier nicht exfoliirt wurde, sondern auf dieselbe Weise mit Granulationen überzogen wurde, wie ich diess beim ersten Falle beschrieb.

Dieses Entblössen des Stirnbeines ohne Exfoliation des blossgelegten Knochens und das Emporwachsen von Granulationen, an den durch allmäligen Schwund der Knochenrinde sichtbar werdenden Gefässen, habe ich noch Einmal bei einem Manne, dem ich den grössten Theil des unteren Augen-

lides und der Wange durch einen Stirnlappen ersetzt, beobachtet. In keinem dieser 3 Fälle, sah ich irgend welche bedenkliche Zufälle.

Gegen Ende der Vernarbung der Stirnwunde schnitt ich den Stiel von rechts nach links quer ein und exstirpirte ebenfalls ein keilförmiges Stück derart, dass zwei krumme Schnitte ein schmales, mit seiner Längs-Axe der Axe der Nase entsprechendes ovales Hautstück umfassten, welches die scharfe Kante des aus dem Unterhautbindegewebe exstirpirten Keiles bildete.

Am 31. August 1859 wurde die Kranke entlassen.

Der transplantierte Lappen war dort, wo er den dreieckigen Nasenknorpel ersetzte, über der Nahtvereinigung mit dem Nasenflügel und Knorpel etwas wenig eingesunken, ohne dass dadurch eine auffallende Entstellung entstanden wäre.

Die linienförmige Narbe zwischen dem Lappen und dem Nasenflügel erschien dadurch etwas wenig vertieft, dass der transplantierte Lappen etwas wulstiger war als der Nasenflügel, aber es war keine auffallende Entstellung da, der Rand des Nasenloches sah doch noch schöner aus, als in den meisten Fällen von Rhinoplastik, wo der Nasenflügel durch Einschlagen des Cutislappens umrandet wird.

Wenn man die beigegebene Figur III., welche ein wohl gelungenes Portrait der Patientin ist, genau betrachtet, so wird man vor Allem die Umrandung der Nasenlöcher, und die Nasenspitze so gestaltet finden, dass jener fremdartige Eindruck, den die untersten Theile der am besten gelungenen Hautnasen immer darbieten fehlt; ganz besonders schön musste sich natürlich das Septum der Nasenlöcher präsentiren, welches in seiner Integrität erhalten wurde. Man sieht in der Figur III., wie rechts nur ein ganz dünner Saum des Nasenflügels erhalten werden konnte und doch die Form so schön ausfiel.

Ich muss daher das Erhalten der Ränder der Nasenflügel und des Septi mobilis in solchen Fällen, wie die zwei eben erzählten, als ein die schöne Form der Hautnase wesentlich förderndes Moment empfehlen. Ich brauche wohl kaum ausdrücklich zu erwähnen, dass das Erhalten der Nasenflügel nur da von Nutzen sein kann, wo man auch die Nasenspitze und das Septum mobile zu erhalten im Stande ist. Selbst wenn kleinere Verziehungen eintreten würden, wäre das Nasenloch und das Septum noch immer schöner, als an einer reinen Hautnase. Wer die Schwierigkeiten kennt, welche das Bilden der Nasenlöcher und des Septums verursachen, wird gewiss die Vortheile des eben beschriebenen Verfahrens anerkennen und in geeigneten Fällen dasselbe den vielen precären Künsteleien

vorziehen; die man zur Ausbesserung neugebildeter Nasen an den Löchern, der Spitze und dem Septum eronnen hat.

In der Figur III. fällt überdies auf, dass das innere Ende der rechten Augenbraue empor und etwas gegen die Mittellinie hingezogen ist, wodurch der Gesichtsausdruck ganz sonderbar geworden ist; an der rechten Hälfte nämlich drückt sich ein deprimirender Affect, Furcht, Angst, Schmerz u. dgl. aus, während die linke Gesichtshälfte einen ruhigen freundlichen Ausdruck hat. Diese Erscheinung war an der Kranken im Leben ganz eigenthümlich, wenn dieselbe lachte. Es ist diese ganze Erscheinung freilich so wenig auffallend gewesen, dass sie nur bei aufmerksamer längerer Beobachtung deutlich wurde.

Das Emporgezogensein der Augenbraue lenkt mich auf die Frage von der seitlichen Stellung der Stirnlappens. Bekanntlich hat *Lisfranc* zuerst, aus Besorgniss, dass wegen der bedeutenden Drehung des Stieles eines medianen Stirnlappens leicht die Ernährung des letztern beeinträchtigt werden könnte, den Lappen seitlich aus der Stirne genommen, d. h. den Lappen schräger gestellt. Diesem Verfahren hat man namentlich in Deutschland beinahe allgemein den Vorwurf gemacht, dass die nach der Vernarbung der Stirnwunde zurückbleibende Entstellung durch das Emporziehen der Augenbrauen vermehrt werde, und es scheint als ob man dieses für eine nothwendige Folge der schrägen Richtung des Lappens hielte und als ob bei einem gerade in der Mitte aufsteigenden Lappen keine Verziehung einer oder der anderen Augenbraue möglich wäre. Ich glaube, dass man bei obigem Vorwurfe gegen die schräge Stellung des Lappens etwas voreilig, ohne die Thatsachen genauer zu prüfen, geurtheilt hat.

Wäre das Emporziehen der Augenbraue eine so nothwendige Folge der Vernarbung der Stirnwunde, so müssten bei einem in der Mittellinie liegenden Lappen immer die inneren Enden (Köpfe) beider Augenbrauen emporgezogen werden, ob der Stiel des Lappens (Ernährungsbrücke) in der Mitte liegt oder seitlich abgebogen ist, ob man die Haut zwischen beiden Augenbrauen näht oder nicht; denn die Contraction der granulirenden Stirnwunde ist eine allseitig concentrische. Ich habe nun schon viele plastische Operationen: Nasen-, Augenlider-, Wangenbildungen gemacht, bei denen ich meistens schräge liegenden Stirnlappen benützte, so z. B. in 2 Fällen, wo ich das untere Augenlid, einen Theil der Nase und den grössten Theil der Wange bildete, wo ich bedeutend grosse Lappen nöthig hatte, und nie sah ich eine mir auffallende Entstellung mit Ausnahme dieses eben hier abgebildeten Falles, und auch bei diesem ist die Entstellung nicht gross. Ich glaube, dass auch in diesem Falle nicht die Vernarbung des Stirnlappens die Ursache war, wesshalb der Kopf der

Augenbraue empor und nach innen gezogen wurde, sondern das Schrumpfen und Verziehen der Ernährungsbrücke des Stieles selbst, mit dessen wundem Rande, ganz nahe an seiner Basis, ich die Augenbraue heftete. Diese Naht heilte per primam intentionem; da der breite Stiel etwas eingeschrumpft gegen die linke Seite hin gezogen wurde, so musste auch die Augenbraue nach oben und links folgen.

Sowohl aus der Beschreibung als auch aus der Figur II. ist ersichtlich, dass der Stiel des Lappens breit und so gerichtet war, dass er beinahe vollständig in der Axe des ganzen Lappens lag, d. h. nicht seitlich abgelenkt war, letzteres erleichtert die Drehung und lässt die wunde Fläche des Stieles besser an den Substanzverlust anlegen.

Was die Breite der Ernährungsbrücke betrifft, so mache ich dieselbe immer möglichst breit, nach dem allgemeinen Grundsatz, dass dadurch die Ernährung des Lappens desto gesicherter ist.

Ich habe zwar die Erfahrung gemacht, dass das Absterben des Lappens fast nie an der dünnen Brücke erfolgt, sondern meist unten wo der Lappen breit ist, und habe als Ursache des Absterbens meist entweder Druck von den Rändern der Nasenbeine oder der Spitze vom Reste des Scheidewandknorpels erkannt, oder einen bedeutenden Mangel an subcutanem Bindegewebe; aus letzterem Grunde nehme ich immer die galea aponeurotica, selbst etwas vom Stirnmuskel mit, weil diese Gebilde als der Cutis angehörig, wie das subcutane Bindegewebe überhaupt das wichtigste und meiste Ernährungsmaterial für das Corion abgeben.

Erklärung der Tafel.

Fig. I. zeigt die Patientin vor der Operation, die Lage und Ausdehnung des Cancroids.

Fig. II. ist eine zum Theil schematische Zeichnung des Substanzverlustes nach der Exstirpation und die Anlage des Stirnlappens.

Fig. III. die Patientin circa 11 Monate nach der Operation.

Das Bezeichnen der Einzelheiten an den Figuren hielt ich für überflüssig, da sich aus der Beschreibung alles von selbst ergibt.

Fig. III.



Fig. I.



Fig. II.



