VI.

Beiträge zur Technik der Rhinoplastik.

Von

Dr. Erwin Payr,

Privatdocent für Chirurgie und Assistent an der chirurg. Universitätsklinik zu Graz.

(Mit 5 Abbildungen.)

Die nachstehenden Zeilen enthalten einen Bericht über einen nicht ganz gewöhnlichen Defect der Weichtheilnase, der nach der Entfernung eines von der Schleimhaut der Nasenhöhle ausgegangenen Carcinomes entstanden war und die Nasenspitze, grosse Theile beider Nasenflügel und fast das ganze häutige und knorpelige Septum betraf.

Bei der plastischen Deckung dieses grossen Defectes wurde ein Verfahren in Anwendung gezogen, das nicht zu den gebräuchlichsten Arten der totalen oder partiellen Rhinoplastik gehört, sondern im Besonderen dem vorliegenden Fall angepasst wurde und, obwohl im Princip gewiss nicht neu, in dieser Art meines Wissens bisher nicht versucht worden ist.

Ich erlaube mir diese „practische Erfahrung“ in Kurzem, durch einige Abbildungen erläutert, mitzutheilen, da sie geeignet erscheint, bei manchen schwer zu deckenden partiellen Nasendefecten, die technischen Schwierigkeiten zu erleichtern.

Krankengeschichte: Ein 60 jähriger Mann hat seit 2 Jahren ein kleines Geschwür in der rechten Nasenhöhle im Vestibulum, im Winkel zwischen Nasenflügel und Septum cartilagineum, das sich nach aussen bis zum Uebergange der Schleimhaut in die Haut des Septums erstreckt. Dieses Geschwür, ursprünglich nicht mehr als erbsengross, wird zunächst für lupös gehalten und durch 2 Jahre hindurch von einem Rhinologen bald mit dem Galvanokauter, bald mit dem scharfen Löffel, bald endlich mit Aetzmitteln behandelt. Schliesslich durchsetzte es das ganze Septum cartilagineum, das häutige Nasenseptum, griff von der rechten Nasenhöhle auf die linke über und brach etwa 1 cm oberhalb der Nasenspitze nach aussen durch und erzeugte hier ein kraterförmiges, 20 hellerstückgrosses Geschwür mit aufgeworfenen, harten Rändern, einer beträchtlichen Infil-

trationszone in der Umgebung und graugrünem, schmutzigem Belage. In der Nasenhöhle ist die Schleimhaut in weitem Umfange vom Krankheitsprocesse ergriffen und jederseits ein $1\frac{1}{2}$ cm im Quadrate messendes Stück seitlich vom Septum cartilagineum ergriffen. Das ganze Septum bis tief in die Oberlippe hinein ist in eine harte, an ihrer Oberfläche grösstentheils exulcerirte Geschwulstmasse verwandelt und geht der Geschwürsprocess auch noch auf die Vorderfläche der Oberlippe über. Es sind also ergriffen der mediane Theil beider Nasenflügel, das häutige und knorpelige Nasenseptum bis etwa $2\frac{1}{2}$ cm nach aufwärts von der Oeffnung der Nasenlöcher, die Nasenspitze und der mediane Theil der Nase und ein Stück der Oberlippe, dem Uebergange des häutigen Septums in sie entsprechend. Eine genaue Besichtigung dieses Krankheitsprocesses ergab, dass es sich um einen von Schleimhaut der Nasenhöhle ausgehenden Tumor handle, der überall, wo er im Bereiche der Schleimhaut lag, exulcerirt war, an den von Haut bedeckten Stellen aber eine Verschwärung nicht nachweisen liess, mit Ausnahme der Durchbruchsstelle nach dem Dorsum der Nase zu. Dort, wo der Tumor bereits an der Oberfläche zerfallen war, war er kleinhöckerig zu nennen, an den Randpartien liessen sich deutlich epitheliale Pröpfe ausdrücken. Sowohl der Tumor selbst als auch seine nächste Umgebung ist sehr derb. Das Septum cartilagineum erweist sich bei der Untersuchung mit dem Nasenspiegel etwa $1\frac{1}{2}$ cm hinter dem Naseneingange durchbrochen und communiciren die beiden Nasenhöhlen durch eine runde, ca. $\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser haltende Oeffnung. Geschwellte Lymphdrüsen sind weder am Kieferwinkel, noch in der Regio submaxillaris oder submentalis zu finden. Sowohl klinisch, als auch histologisch, wie die nach der Exstirpation des Tumors vorgenommene Untersuchung ergab, handelte es sich zweifellos um ein primär im Vestibulum nasi rechterseits entstandenes, von der Schleimhaut ausgehendes Carcinom, das eine radicale Ausschneidung erforderte. Bei dieser Localisation des Tumors, seinen Beziehungen zum Septum cartilagineum, beiden Nasenhöhlen und endlich der Oberlippe, war es nicht allzu leicht, sich sofort für ein bestimmtes Verfahren zum Ersatze der zu entfernenden Theile zu entschliessen. Ganz nebenbei sei erwähnt, dass der Kranke dringend bat, die Stirnhaut nicht zum Ersatze des Defectes zu verwenden. Es wurde, da der Patient einen sehr kräftigen Vollbart trägt, der Plan gefasst, durch zwei lange, gestielte Hautlappen, deren Verlauf den Naso-labialfurchen entsprechen sollte und die sich bis über den Unterkieferrand gegen den Hals erstrecken sollten, den Defect plastisch zu decken. Mehrfache Messungen und Modelle ergaben, dass sich aus zwei derartigen Hautlappen, die mit ihrer Epidermis bekleideten Seite gegen die Nasenhöhle zu sehen sollten, reichlich Material gewinnen lasse, um den vorhandenen Defect zu ersetzen.

Die Operation wurde am 26. Mai 1900 in ruhiger Chloroformnarkose in folgender Weise ausgeführt:

Zuerst wird alles Krankhafte entfernt. Dies geschieht durch einen Querschnitt, der über die Mitte des Nasenrückens verläuft und an den sich an seinen beiden Enden je ein zur Längsachse der Nase parallel

laufender Längsschnitt anschliesst (s. Fig. 1). Die beiden Längsschnitte eröffnen die Nasenhöhle, und es wird nun unter Mitnahme des ganzen Septum cartilagineum von der Höhe des Querschnittes an der Tumor in toto entfernt und seine Ausläufer an der Oberlippe durch eine Keil-Excision mitgenommen. Dabei ist auch das ganze häutige Septum und die

Fig. 1.

Punctirte Linie
= Grösse des
Defectes von
aussen.

Lineäre Narbe
nach Entnahme
des Wangen-
lappens.

Fig. 2.

Vereinigungsnaht am Nasenrücken.

Aus gedoppel-
tem Lappen
bestehendes
neues Septum.

Vereinigungs-
naht an der
Oberlippe.

Basis des
Wangen-
lappens.

Primäre Ver-
einigung der
Substanzver-
luste an der
Wange.

Nasenspitze verloren gegangen, so dass nun ein grosser, rechteckiger bis in die Oberlippe reichender Defect resultirt, durch den man in beide, nun miteinander breit communicirende Nasenhöhlen hineinsieht und dessen Länge an der Aussenfläche der Nase bestimmt, ca. 3 cm, dessen Breite 2 cm misst. Die Deckung dieses Defectes hatte zweierlei Aufgaben zu

erfüllen, einerseits den Abschluss der eröffneten Nasenhöhlen gegen aussen in einer die Profilhöhe nicht beeinträchtigenden Weise, zweitens aber die Wiederherstellung eines Septums und den Ersatz des Defectes in der Oberlippe. Zu diesem Zwecke wurden rechter- und linkerseits zwei lange, zungenförmige $2\frac{1}{2}$ cm

Fig. 3.

Versorgung
der Basis des
Wangen-
lappens.

Wangenlappen
abgetrennt, vor
der Vereini-
gung mit dem
Reste des Na-
senflügels.

Fig. 4.

Wundfläche am Nasenrücken,
event. durch
Transplantation
oder gestielten
Lappen zu
decken.

Vereinigungs-
stelle von Na-
senflügelrest u.
Wangenlappen.

breite Hautlappen den Nasolabialfurchen entsprechend und bis zum Kieferrand reichend, gebildet, von ihrer Unterlage abgelöst und an ihrer Basis 1 cm nach aussen von den Nasenflügeln hängen gelassen. Es war trotz des Alters des Kranken fast überraschend, dass die beiden so gesetzten recht grossen Defecte der Wangenhaut sich ohne jegliche Spannung bis auf eine kleine dreieckige Fläche an der Basis der Lappen durch Knopfnähte linear

schliessen liessen, ohne dass eine Entstellung des Antlitzes resultirte (Fig. 2). Die beiden Lappen wurden nun so nach aufwärts und medial umgeschlagen, dass sie mit ihren Wundflächen aneinander gelegt und an ihrem unteren Rande in einer Ausdehnung von ca. 3 cm durch Knopfnähte allsogleich vereinigt wurden. Es wurde dadurch ein ziemlich resistenter, kleinfingerdicker Sporn gebildet, der in die eröffnete Nasenhöhle eingesenkt und am Boden der Nasenhöhle mit der durch die Abtrennung des Septums entstandenen Wundfläche, sowie mit der Oberlippe (Philtrum) durch Nähte vereinigt wurde (s. Fig. 2). Dadurch war folgendes erreicht: ein Septum, das wiederum die beiden Nasenhöhlen von einander schied,

Fig. 5.

überall gegen die Nasenhöhle zu mit äusserer Haut bekleidet; nach oben hin ein neues Dach für die rechte und linke Nasenhöhle, das nur in einer zweiten Sitzung mit den Schnittträgern der Nasenflügel vereinigt zu werden brauchte. An der Aussenseite war diese spornförmige Hautduplicatur natürlich wund und war beabsichtigt im Stadium der Granulationsbildung eine Ueberhäutung durch Transplantationen nach Thiersch zu erzielen. Die oberen Ränder der beiden median vereinigten Lappen werden an den quer über den Nasenrücken gehenden Schnitt (s. Fig. 1 u. 2) mit einigen Nähten angeheftet. Diese Stelle, sowie die Einpflanzung des gedoppelten Lappens in die Oberlippe stellen die beiden späteren, wichtigen Ernährungsbrücken für denselben dar. Es ist selbstverständlich, dass bei einem derartigen, zum ersten Male ausgeführten Verfahren trotz

genauer Beobachtung der allgemeinen für die Ausführung plastischer Operation geltenden Regeln nicht gleich alles genau nach Wunsch ging.

Einige Nähte am Boden der Nasenhöhle schnitten durch und ein Stückchen Ecke eines Lappens wurde nekrotisch; ich hatte den Fehler begangen, beide Lappen etwas zu lange genommen zu haben, wie auf Fig. 2 absichtlich dargestellt ist; die Lappen sollen sich viel näher an die Reste der Nasenflügel anlegen. — Solche technische Fehler werden sich hoffentlich vermeiden lassen.

Trotz dieser kleinen Zwischenfälle ging der Heilungsprocess gut von statten, und konnten vier Wochen nach der ersten Operation die beiden Lappen durchtrennt werden und ihre Durchschneidungsflächen mit der inzwischen granulirenden Wundfläche der Nasenflügel durch Nähte vereinigt werden (Fig. 3). Damit waren die beiden Nasenhöhlen geschlossen und durch ein aus gedoppelter Haut bestehendes Septum getrennt (Fig. 4). Der untere Rand der beiden Wangenlappen rollte sich stark nach aussen, seiner granulirenden Fläche entsprechend, um, und sorgte dadurch selbst für eine gehörige Formation der Umrandung der neugebildeten Nasenlöcher. Die Ueberhäutung der granulirenden Wundflächen der beiden Lappen am Nasenrücken ging so schnell von statten, dass die geplante Transplantation überflüssig wurde. Der kosmetische Effect dieses Eingriffes ist, obwohl kein idealer, doch ein sehr befriedigender zu nennen, indem die Nasenhöhlen völlig mit gesunder Haut ausgekleidet sind, das neugebildete Septum genügend hoch ist, die Nasenlöcher vollkommen normale Grösse und Formation besitzen und endlich das Profil der Nase nicht niedriger wurde (s. Fig. 5). Das einzige, was anfangs etwas störend wirkte, war die etwas unebene Aussenfläche der Nase, die durch spontane Heilung der granulirenden Flächen zu Stande gekommen war. Die solchen spontan überhäuteten Flächen eigenthümliche blauröthliche Färbung hat seither einen normalen Platz gemacht.

Ich habe mir erlaubt, dieses Operationsverfahren etwas eingehender zu schildern, weil ich der Ansicht bin, dass es nicht nur für die Deckung von Nasenflügeln und der Nasensecheidewand Brauchbares zu leisten im Stande ist, sondern weil ich glaube, dass es für partielle Nasendefecte, den unteren Theil des Organes, die ganze Nasenspitze, das Septum und beide Flügel betreffend in bequemerer und anderwärts weniger entstellender Weise zum plastischen Ersatze verhilft, als die hiefür meist verwendeten, gestielten Hautlappen von der Stirngegend. Insbesondere muss hervorgehoben werden, dass bei Mitnahme des Unterhautfettgewebes in die beiden Lappen dieselben nach ihrer Doppelung ein viel resistenteres Gebilde darstellen, als man sich vielleicht vorstellen würde.

Eine relativ grössere Dicke des Septums kann nach vollendeter Plastik durch eine Keil-Excision, falls man es für nöthig befinden sollte, leicht wieder corrigirt werden. Es ist bei dieser Art von plastischem Ersatze der häutigen und knorpeligen Theile der

Nase darauf zu achten, dass man das Septum von Anfang an höher nimmt, als es der Profilhöhe der Nase entspräche. Ebenso ist es sehr zweckmässig, die Vereinigung des oberen Randes der beiden miteinander vereinigten Hautlappen mit dem Defectrande der Nase sehr exact zu machen, um möglichst viele Ernährungsbrücken für das neu eingepflanzte Septum zu bilden. Die mediane Rinne, die sich bei der Doppelung der beiden Wangenlappen nach dem Dorsum zu in der Mittellinie bildet, ist nach einigen Tagen durch Granulationsgewebe ausgefüllt und verschwindet von selbst. Die Wundflächen der Lappen werden zweckmässig durch einige feine Catgutnähte vereinigt.

Dies Verfahren ist in seinen technischen Einzelheiten gewiss noch verbesserungsfähig und auch geeignet, für andere Defecte als den in unserem Falle vorliegenden zur Deckung benutzt zu werden.

Vor Allem würde ich in einem ähnlichen Falle versuchen, die nach aussen sehende Wundfläche beider Wangenlappen, soweit es für die Deckung des Defectes an Nasenspitze und Nasenflügeln in Betracht kommt, entweder sogleich mit Thiersch's Lappchen zu bepflanzen, oder was sich vielleicht noch mehr empfiehlt, durch einen seitlich von der Wangengegend unmittelbar neben der Nase entnommenen Lappen, der auf die Wundfläche der beiden aus den Nasolabialfalten geschnittenen Lappen gelegt wird, bedecken. Es würde dies den besonderen Vortheil bieten, dass eine neue und sehr ergiebige Ernährungsbrücke für die beiden ersten Unterfütterungslappen gewonnen würde, wenngleich die Verbindung, welche sich am oberen Rande des Nasenrückendefectes und an der Oberlippe, in welche ja das neugebildete Septum eingesenkt wird, für die Ernährung der Wangenlappen nach ihrer Abtrennung genügen.

Es würde dadurch eine ganz glatte, durch die Unterfütterung genau die richtige Form erhaltende schöne Hautkappe die Nasenspitze und die medianen Theile der Flügel bilden und dadurch das kosmetische Resultat ein noch besseres werden.

Das von mir in diesem Falle eingeschlagene Verfahren ist eine weitere Ausbildung eines ursprünglich von Thiersch¹⁾ gemachten Vorschlages zur Unterfütterung der Nase bei totaler Rhinoplastik; im Jahre 1879 empfahl Thiersch 2 Wangenlappen als Unterfütterung für einen später darauf zu legenden Stirnlappen mit einander zu vereinigen, um so einerseits ein Septum zu bilden, andererseits die Schrumpfung des Stirnlappens an seiner Innenfläche durch die Verwachsung mit den Unterfütterungslappen zu verhüten.

1) Thiersch, Ueber eine rhinoplastische Modification. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1879. I. Theil.

Uebrigens ist ein ähnlicher Gedanke schon früher, wenn auch nicht ausgeführt, so doch ausgesprochen worden, in dem Labat¹⁾ für den Ersatz der ganzen Nasenspitze vorschlug, 2 trapezförmige Hautlappen von der Wangenhaut zu benutzen. Diese Angabe findet sich in v. Szymanowsky's²⁾ Handbuch der practischen Chirurgie, das eine geradezu erstaunliche Fülle von Methoden und Vorschlägen für plastisch-chirurgische Bestrebungen enthält und manche als modern geltende Methode in etwas älterem Gewande erkennen lässt.

Dieser Gedanke Thiersch's (l. c.), der auf dem Gebiet der totalen Rhinoplastik durch das Bestreben, der neu zu bildenden Nase ein knöchernes Gerüst zu geben, überflügelt wurde, hat sich in verschiedener Weise für die partielle Rhinoplastik als befruchtend gezeigt.

Helferich³⁾ hatte einen bei einer Mensurverletzung entstandenen Defect der Nasenspitze und eines Flügels zu decken und legte auf den Substanzverlust einen der Wange in horizontaler Richtung entnommenen Lappen, mit der Hautseite gegen das Naseninnere und doppelte diesen Lappen durch einen 2. von der entgegengesetzten Nasenwangenseite und erzielte damit ein befriedigendes Resultat.

In Anlehnung an dieses Verfahren gab v. Hacker⁴⁾ ein sehr zweckmässiges Verfahren der Nasenflügelbildung an, bei dem ein der Nasolabialfalte entnommener Lappen mit der epidermisüberkleideten Fläche gegen die Nasenhöhle sehend, über den Defect gelegt wird und durch einen v. Langenbeck'schen Hautlappen von der anderen Nasenseite eine Deckung seiner Wundfläche erhält.

In neuester Zeit hat v. Hacker⁵⁾ darauf aufmerksam gemacht, dass der Langenbeck'sche Lappen zur Ueberkleidung bisweilen gar nicht nöthig sei, ja dass nicht einmal die Ueberpflanzung von Thiersch's Lättchen sich unbedingt empfehle, da auch ohne diese Deckung schöne Resultate erzielt werden und die Umrandung des Nasenloches durch die Schrumpfung des Lappens nach seiner granulirenden Seite eine sehr natürliche werde. Wenn es sich nicht um den

1) Labat, cit. bei Szymanowski.

2) Szymanowski, Handbuch der operativen Chirurgie. 1870. S. 334.

3) Helferich, Zur Methode der partiellen und totalen Rhinoplastik. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XXXVII. S. 617.

4) v. Hacker, Zur partiellen und totalen Rhinoplastik. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1897. Bd. XVIII. S. 545.

5) Derselbe, Die Verwendung gestielter mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrter Gesichtslappen zur partiellen Rhinoplastik. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1900. Bd. XXVIII. S. 516.

Defect eines ganzen Nasenflügels handelt, so wird die Basis des mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrten Lappens lateral vom Ansatz des Nasenflügels gebildet; von Hacker ging in einem Falle, wo es sich um Verlagerung eines narbig emporgezogenen Nasenflügels handelte, so vor. Ist der ganze Flügel zu ersetzen, so wird der Wangenlappen direct am Rande des Defectes nasenwärts umgeschlagen und entfällt die spätere Durchtrennung in der Nähe der Basis.

In unserem Falle, wo die laterale Hälfte beider Nasenflügel erhalten war, wurde in der erstgenannten Art vorgegangen.

Der Ersatz des ganzen Flügels ist einfacher, weil die Durchtrennung der Lappen an der Basis wegfällt; ihre Ernährung ist besser und sicherer, weil sie nie ganz von ihrem Mutterboden losgetrennt werden.

In unserem Falle sind die beiden, den Nasolabialfalten entsprechend entnommenen Lappen viel breiter und besonders länger genommen und ist durch die Verwendung eines doppelseitigen Lappens für sehr reichliches Material zum Ersatze des fehlenden gesorgt.

Bei Männern, die Vollbart tragen, kann man von einer Entstellung durch die Entnahme der Ersatzlappen überhaupt nicht sprechen, aber auch sonst fallen die vollständig linear zu gestaltenden Narben in beiden Nasolabialfurchen kaum störend auf. Durch die Ausdehnung der beiden Ersatzlappen bis zum n. über den Unterkieferrand, hat man es in der Hand, auch für recht grosse Defecte auszukommen.

Die Eignung von den Nasolabialfalten entnommenen Lappen für den Ersatz der Nasenspitze ist auch in allerneuester Zeit hervorgehoben und empfiehlt Lexer¹⁾ im Handbuch der practischen Chirurgie ein solches Vorgehen aus kosmetischen Gründen gegenüber den immerhin entstellenden Hautlappenbildungen aus Stirne, Nasenrücken oder seitlicher Wangengegend.

Eine weitere Bemerkung Lexer's empfiehlt für Defecte der Spitze und des häutigen Septum den Lappen so reichlich zu bilden, dass nach seiner Anheilung noch ein Fortsatz als Septum zu verwenden ist. Die Doppelung zweier mit den Wundflächen aneinanderliegender gestielter Lappen erscheint uns für grössere Defecte zu diesem Zwecke besonders geeignet und sind wir der Ansicht, dass sich dieser Vorgang für alle jene ausgedehnteren Defecte am häutig-knorpeligen Theil der Nase eignet, wenn das knöcherne Gerüst erhalten

1) Lexer, im Handbuch d. prakt. Chirurgie. I. Bd. S. 602.

ist. Obalinski¹⁾ benutzte ebenfalls einmal einen Wangenlappen mit medialem Stiele zum Ersatz der Nasenspitze.

Für den Ersatz einer der knöchernen Unterlage beraubten Nase leisten ja die auf massiver osteoperiostaler Unterfütterung basirten Methoden von König²⁾, Israel³⁾, Rotter⁴⁾, Schimmelbusch⁵⁾, v. Hacker (l. c.) u. A. Vorzügliches.

1) Obalinski, Zur Aufrichtung eingesunkener Nasen mittelst plastischer Operationen. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XXIV. S. 197.

2) König, Eine neue Methode der Aufrichtung eingesunkener Nasen u. s. w. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XXXIV. S. 165 und Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1886. II. S. 41.

3) Israel, Ueber einige plastische Operationen. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1887. II. S. 85 und Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XXXVI. — Zwei neue Methoden der Rhinoplastik. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. LIII.

4) Rotter, Plastische Operationen an Mund- und Nasenhöhle. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1889. I. S. 147.

5) Schimmelbusch, Rhinoplastik und Operation der Sattelnase. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1895. I. S. 134. II. S. 342. — Arch. f. klin. Chir. Bd. L.