Diskussionen zum Vortrag 21

H. HEERMANN, sen.-Essen: Zur Fixierung des Operationsergebnisses — nicht zur Formung — gipsen wir das Ohr von außen ein [Arch. Ohr., Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 180 (1962)]. Eine spätere Verformung durch den Verband kann dann nicht mehr eintreten. Ein Hämatom haben wir danach nie beobachtet.

J. HEERMANN, jun.-Essen: Die Technik der Ohrmuschelkorrektur führen wir in ähnlicher Weise durch z. T. nach Erfahrungen, die ich an der Klinik Schmid in Stuttgart gesammelt habe. Wir verwenden jedoch keine Hautnähte wie Herr Wieland, die nach einigen Tagen (bei Kindern mit Geschrei) entfernt werden müssen. Sondern wir verwenden ausschließlich Cat-Nahtmaterial auch für die Hautnaht. Das hat sich vor allem bei Kindern sehr bewährt, da keine Nachbehandlung mehr erforderlich ist.

E. MORITSCH-Wien: Anfrage, wie sich der Autor im Bereiche der Cauda heliciis verhält: Wendet er seine beschriebene Technik oder aber die konventionelle Art der Excision eines linsenförmigen Knorpelteiles an?

H. WIELAND-Bielefeld (Schlußwort): Bei den von Herrn Mündnich erwähnten Knorpelbiegungen nach Schnitzung handelt es sich um die Arbeiten von Gibbson über das sogenannte cross-section zur balancierten Schnitzung von Rippenknorpelstücken für die Korrektur der Sattelnase. Im Gegensatz zum Ohr ist dieser Knorpel nicht elastisch sondern hyalin. Seine Biegungstendenz wird wahrscheinlich durch andere Kräfte — Quellung? — als die Zugwirkung der elastischen Fasern im Ohrknorpel verursacht.

Zur Ernährung des Knorpels muß das Perichondrium an der Hinterseite belassen werden. Dort wird nur der Hautstreifen excidiert.

Herrn Heermann möchte ich darauf hinweisen, daß die Einritzung der Knorpelvorderseite eine spontane Biegung des Knorpel nach hinten ergibt. Ein modellieren der Gipsverband für mehrere Wochen ist deshalb nicht notwendig. Die Ohrmuschel-form bleibt konstant so, wie am Ende der Plastik korrigiert wurde.

22. P. WILFINGSEDER-Innsbruck: Trachearekonstruktion durch Segmenttransplantation vom Nasenseptum

(Manuskript nicht eingegangen)

23. R. MEYER-Lausanne: Tracheaplastik

(Manuskript nicht eingegangen)

24. H.-J. KORNMESSEr-München: Rekonstruktion einer Kompressionsstenose der cervicalen Trachea mit Hilfe der Zügelplastik

(Manuskript nicht eingegangen)

25. H. J. DENECKE-Heidelberg: Trachealplastik mit gestielten Lappen und endoskopischer Kontrolle

Der Film zeigt die Rekonstruktion der Trachea im Bereich des Halses und des oberen Thoraxdrittels mittels gestielter fettreicher Hautlappen