

## XLVII.

**Beitrag zum plastischen Verschluß der Leistenbruchpforte.**

(Mitteilung aus der III. Chirurgischen Abteilung des St. Stephan-Spitals in Budapest.)

Von

Dozent, Primarius Dr. Eugen Pólyay.

(Mit 3 Textfiguren.)

Die Leistenbruchpforte ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch direkte Vereinigung der sie umgebenden Gebilde sehr leicht zu verschließen, obwohl die Muskulatur des Leistenkanals sehr oft äußerst schwach entwickelt ist. Der Musculus rectus bildet hierfür nach breiter Aufschlitzung seiner Scheide (Bergér, Halstedt, Wölfler, Herzenzel) ein ausgezeichnetes plastisches Material. Besonders dann, wenn der Bruch vorher noch nicht operiert war und die die Bruchpforte umgebenden und sie bedeckenden Muskeln und Fasziengebilde intakt sind, gelingt es immer die Bruchpforte nach Aufschlitzung der Rektusscheide auch bei der größten Diastase verlässlich und exakt zu schließen. Bei rezidiven Brüchen kam ich mit diesen Verfahren bisher ebenfalls immer aus und der in dieser Arbeit beschriebene Fall ist der erste, wo ich die Bruchpforte in dieser Weise nicht verschließen konnte, und wo ich deshalb zu einem komplizierteren plastischen Verfahren greifen mußte.

Es handelte sich um die Rezidive eines bereits siebenmal operierten Leistenbruches, welche gut zweifaustgroß und mit papierdünner narbiger Haut bedeckt war und in ihrer Umgebung mehrfache fistulöse Gänge aufwies. Nach Exstirpation des Bruchsackes samt der bedeckenden Haut und der Fistelgänge blieb in der Bauchwand der durch kallöses Narbengewebe und den horizontalen Schambeinast begrenzten Bruchpforte entsprechend ein handtellergroßer Defekt zurück, welcher sich auf sämtliche das Peritoneum deckende Schichten der Bauchwand erstreckte, so daß im Bereich der Bruchpforte das Peritoneum vollkommen unbedeckt blieb. Zur Deckung dieses Defektes schien am meisten ein dem Oberschenkel entnommener, aus Haut, Fascia lata und der proximalen Hälfte des Musculus sartorius gebildeter Lappen am meisten geeignet, welcher durch einfache Drehung in den Defekt zu bringen war und den Ersatz der Muskulatur durch den Musculus sartorius, den der Aponeurose durch die Fascia lata und des Hautdefektes durch die Haut des Oberschenkels ermöglichte. Ich machte bereits früher bei der Operation großer Schenkelhernien die Erfahrung, daß der Musculus sartorius ein ausgezeichnetes plastisches Material zum Verschluß der Bruchpforte bietet, und daß seine vollkommene Durchtrennung mit keiner Störung der Funktion des Oberschenkels einhergeht, und deshalb habe ich schon im Jahre 1905 die Verwendung des in seiner ganzen Dicke quer durchtrennten Sartorius zur plastischen Ausfüllung

<sup>1)</sup> Orvosi Hetilap 1905, Nr. 7. Zentralblatt für Chir. 1905 Nr. 18.

großer Schenkelbruchpfosten empfohlen, während d e G a r a y<sup>1)</sup>, welcher schon vorher die Verwendung des Sartorius zum myoplastischen Bruchpfostenverschluß empfahl, nur einen Lappen des in seiner Längsrichtung gespaltenen Sartorius zu diesem Zwecke benützte. Seitdem haben den Sartorius S t r e i ß l e r<sup>2)</sup> bei einem rezidivierenden Leistenbruch und J a c o b o v i c i<sup>3)</sup> und G o m o i u<sup>4)</sup> bei Leistenbrüchen mit schwacher Entwicklung der Muskulatur zum Verschluß der Leistenbruchpfoste verwendet. Mein Fall war insofern komplizierter als die von diesen Autoren beschriebenen Fälle, daß in diesem auch ein Defekt der Haut und



Fig. 1.

der Aponeurose zu ersetzen war, was in den oben erwähnten Fällen nicht not tat. Das in meinem Falle angewendete Verfahren führte zu einem guten Resultate und ich kann es deshalb für ähnliche Fälle wärmstens empfehlen. Die Einzelheiten meines Falles sind die folgenden:

H. S., 54 Jahre alt, Landarbeiter. Aufgenommen im St. Stephanspital am 13. Jan. 1912. Wurde wegen eines rechtseitigen Leistenbruches an verschiedenen Abteilungen bereits siebenmal operiert, das letztemal im Jahre 1909. Damals entstand eine große Eiterung, welche mehrere Kontrainzisionen nötig machte, von denen auch noch jetzt Fisteln bestehen. Rezidiv nach 1 Jahr. Seitdem wächst der Bruch fortwährend. Breite Narbe, welche von der Mitte des Darmbein-

<sup>1)</sup> Semaine Medicale 1906.

<sup>2)</sup> Beiträge zur klin. Chir. 69, 109.

<sup>3)</sup> Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 107, 1911.

<sup>4)</sup> Zit. ibidem.

kammes bis an die Medianlinie reicht und in ihrer medialen Hälfte in die etwa zweifaustgroße, mit verdünnter und narbiger Haut bedeckte, bis zur Mittellinie reichende Bruchgeschwulst übergeht (Textfig. 1). In der Umgebung dieser Bruchgeschwulst befinden sich mehrere kleine Narben, von denen einige eine sezernierende, kleine Granulationsfläche aufweisen. Im Liegen geht der Bruchinhalt zurück, und dann können wir mit unserer ganzen Hand durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle gelangen und in dieser Weise feststellen, daß diese Bruchpforte medial durch den schwieligen, lateralen Rand des sehr schmalen *Musculus rectus*, unten durch den queren Ast des Schambeins, lateral und oben von einer narbigen Schwiele begrenzt wird. Das *P o u p a r t* sche Band ist nirgends durchzufühlen. Wir beschränkten uns zuerst auf die Auskratzung der Fistelgänge und aus einem dieser wurde ein *Silkwormfaden* herausgeholt<sup>1)</sup>. Die Fistelgänge heilten langsam und Patient verließ Ende März 1912 ohne Radikaloperation das Spital, kehrte aber am 12. Dezember 1912 zurück und gab an, daß er infolge der vom Bruch verursachten Schmerzen vollkommen arbeitsunfähig ist. Deshalb entschloß ich mich zur Radikaloperation, trotzdem daß noch zwei sezernierende Fistelgänge da waren und führte dieselbe am 17. Dezember 1912 aus.

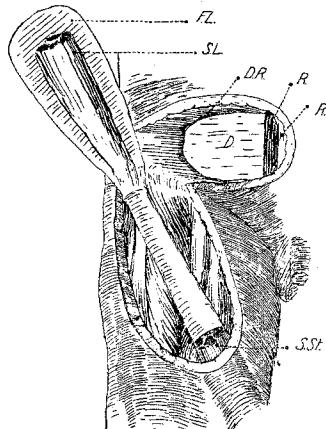


Fig. 2.

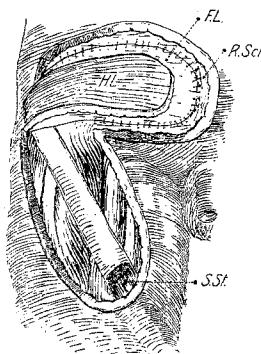


Fig. 3.

*D*=Bauchranddefekt, *FL*=Fascienlappen, *SL*=Sartoriuslappen, *HL*=Hautlappen,  
*DR*=Narbiger Defektrand, *R*=Rektus, *R.Sch.*=Rektusscheide, *SSt*=Sartoriusstumpf.

Äthernarkose. Die narbig verdünnte Haut der Bruchgeschwulst wird samt den Öffnungen der Fistelgänge umschnitten. Die Fistelgänge werden in toto existirpiert. Am blinden Ende dieser Fistelgänge finden wir von Eiter umgebene Silkfäden, außerdem zeigt sich bei der Präparierung noch ein abgekapseltes Abszeßchen, welches ebenfalls einen *Silkwormfaden* enthält. Die Granulationen werden ausgekratzt und die Stelle mit Jodtinktur bestrichen. Der Bruchsack ist mit dem Darm vielfach verwachsen, so daß die Lösung der Adhäsionen sich sehr schwierig gestaltet, am Darm entstehen mehrfache Serosadefekte, welche sorgfältig übernäht werden. Nach Reposition des Bruchdarmes wird der etwa handtellergroße Defekt des Parietalperitoneums durch Zusammenziehung mittels einer Tabaksbeutelnahrt beseitigt. Nun liegt das Bauchfell in der Ausdehnung eines Handtellers frei zutage; den Rand des Defektes bilden unter der Haut narbige Schwielchen und der horizontale Schambeinast. Die normalen Gebilde, welche den Leistenkanal ausfüllen, Muskeln und Aponeurose, fehlen im Bereich des Gebietes gänzlich, das *P o u p a r t* sche Band fehlt ebenfalls vollkommen. Die narbig veränderte Scheide des bedeutend verschmälernten *Musculus rectus*

<sup>1)</sup> Anamnese und Status präsens dieses Falles sind bereits in meiner Arbeit „Die Ursachen der Rezidive nach Radikaloperation des Leistenbruches“ (Archiv für klin. Chir., Bd. 99, H. 3) mitgeteilt (Fall 18).

wird geschlitzt und der Rektus hervorgeholt. Doch ist nicht daran zu denken, daß der große Defekt durch die Vereinigung der Nachbargebilde geschlossen werden könnte. So entschloß ich mich, den Defekt aus dem Oberschenkel zu ersetzen; es wird zuerst ein großer viereckiger Lappen aus der Oberschenkelhaut umschnitten, dessen Stiel in der Gegend der Spina anterior superior sitzt, und dessen Längsachse schräg in der Richtung einer von der Spina anterior superior zum medialen Oberschenkelknorren gezogener Linie anliegt. Indem wir sehr darauf achten, daß dieser Hautlappen nicht abgehoben wird, schneiden wir nun unter Abziehung der Ränder des am Oberschenkel befindlichen Hautschnittes aus der Fascia lata einen Lappen, dessen Ränder die Ränder des Hautlappens mit 1 bis  $1\frac{1}{2}$  Querfinger überragen. Nun wird die Fascia lata beiderseits bis zur Sartoriusscheide abpräpariert, dieselbe an ihrer medialen und lateralen Seite aufgeschlitzt, der Sartorius aus seiner Scheide gehoben und in der Gegend der Mitte des Oberschenkels quer durchschnitten. Der Sartorius ist gut entwickelt, dick und breit, so daß er nach einer gelinden Auseinanderziehung seiner Fasern, wodurch seine Dicke nur sehr wenig einbüßt, den ganzen Muskeldefekt gut ausfüllt. Nun wird die ganze Wundfläche nochmals mit Jodtinktur bestrichen, der Sartorius in den Defekt gelegt und dasselbst mit Catgutknopfnähten an dem Rektus, das Schambein und den oberen Rand des Bauchwanddefektes befestigt. Dann nähte ich den Lappen aus der Fascia lata an den medialen Rand der aufgeschlitzten Rektusscheide und nach Abpräparierung der Hautwundränder an die Obliquusaponeurose und Schenkelfaszie ebenfalls mit einigen Catgutnähten. Endlich wird der Hautdefekt durch den Lappen aus der Schenkelhaut ersetzt, die große Wundfläche am Schenkel wird mit Hautlappchen nach Thiersch transplantiert. Fig. 2 und 3 zeigen die verschiedenen Phasen der Operation.

Die ersten Tage nach der Operation Temperaturerhöhungen von 37.8 bis 38.2; seit 29. Dezember vollkommen fieberfrei. Der Hautfasziennuskellappen heilte tadellos ein, die Wunde einigte sich per primam nur unter dem Lappen floß ein wenig eitriges Sekret heraus, welches nach Ausstoßung einzelner Catgutfäden sistierte. Von den nach Thiersch transplantierten Hautlappchen heilte auch nur ein Teil an. Verließ das Spital am 24. Februar 1913 vollkommen geheilt, der Hautfasziennuskellappen hielt fest, die Bauchwand wölbt sich weder beim Stehen noch beim Husten hervor, sämtliche Beschwerden behoben<sup>1)</sup>.

---

## XLVIII.

### Studie zur Atiologie des Scharlachs.

Von

Dr. Kornel Preisich,

Privatdozent, Oberarzt des St. Ladislaus-Infektionsspitals in Budapest.

Untersuchungen und Experimente, welche ich im Laufe vieler Jahre durchgeführt habe, weiter Beobachtungen an vielen Tausenden Scharlachkranken reiften in mir Erfahrungen, welche geeignet sind, zur Kenntnis des Scharlachvirus beizutragen, deshalb möchte ich kurz meine Untersuchungen und Experimente mitteilen.

Vor ungefähr 10 Jahren unternahm ich die Bereitung eines Heilserums gegen Scharlach; mein Grundgedanken war dabei folgender: Die Scharlachnephritis wird als spezifisch skarlatinöse Nachkrankheit betrachtet, welche entweder durch

<sup>1)</sup> Vorstellung in der kgl. Gesellschaft der Ärzte in Budapest am 8. Februar 1913.