Perforation in größerer oder geringerer Entfernung oberhalb der Stenose kommen (Fall Kreuter u. a.).

Gerade diese schweren Fälle zwingen zur sofortigen Kolostomie, zur Beseitigung der Ileus-Lebensgefahr; die primäre Resektion wäre wohl immer tödlich. Ich habe in 5 Fällen von hochgradigem Ileus, hervorgerufen durch Sigmoidkarzinom, eine Colofistel dicht über dem Tumor angelegt und einen Monat später in einer Sitzung den tumortragenden Darmteil und die Fistel beseitigt (Zentralbl. 1913, Nr. 30). Zwei starben an Rezidiv $1\frac{1}{2}$ bzw. $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation, die übrigen drei, deren Operation 2—9 Jahre zurückliegt, befinden sich völlig wohl.

Bei leichter Stuhlverhaltung kann man primär reseziieren oder zunächst eine Colofistel anlegen. Wozu man sich entschließt, bedarf peinlicher Überlegung, indem der Zustand des Darmes genauestens berücksichtigt wird. Im Interesse des Pat. wird man meist zunächst eine Colofistel anlegen.

15. Krankenvorstellungen.

Von Sauerbruch-München.

I. Aus der Lungenchirurgie.

a) 58 jähriger. 1917 Atherom, infiziert, wird aufgeschnitten. Erysipel. R. Rippenfellentzündung. Nov. 1920 Grippe. Kein Auswurf. Fieber. Seit Jan. 1921 stinkender Auswurf. Kur in Meran ohne Erfolg. 1. VI.: Resektion der 3.—5. Rippe. Mikulicz-Tampon. Nachdem die Brustfellblätter verklebt sind, Eröffnen des Lungenabszesses bei den Verbandwechseln am 7., 8., 9. VI. mit dem Thermokauter.

b) 29 jähriger. 1916 Lungenerkrankung unbestimmter Art. 1918 täglich bis zu 11 stinkenden Auswurfes. Juli 1920 Thorakotomie von anderer Hand. Seitdem stark eiternde Fistel. 2. VI. 1921 Resektion der 5.—8. Rippe. Eröffnung des Lungenabszesses mit dem Thermokauter.

c) 24 jähriger. Mai 1916 Lungenschuß. Wiederholte Operationen. Dauernd Fieber. 1917 aus dem Heere als lungentuberkulös mit 100 Proz. Rente entlassen. Wandert von einer Lungenheilstätte zur andern. 1920 zweimal starkes Bluthusten. Wegen Bronchiektasen hierher gewiesen. 250 ccm täglich eitriges Auswurf. 6. IV. 1921 Thorakotomie l. Mit Thermokauter eine große Lungenabszeshöhle eröffnet, aus ihr ein 18,5 cm langes, 2 cm im Durchmesser aufweisendes Gummidrain entfernt. Auswurf hört sofort auf. Glatte Heilung. 11. V. 1921 Wunde völlig geschlossen. 9 Pfd. Gewichtszunahme.

d) 30 jähriger. Okt. 1916 Infanteriesteckschuß r.,

glatte Heilung. Etappendienstfähig. Dez. 1918 aus voller Gesundheit während des Schlafes Lungenblutung. Erneut Okt. 1920, ferner Jan. und Febr. bis 11. III. 1921. Operation. Geschoß sitzt 2 cm vom r. Hilus entfernt im Oberlappen. Spitze ragt in den r. oberen Hauptbronchus hinein. — Hämothorax, Empyem. — Schließlich geheilt entlassen.

e) 24 jähriger. Seit Sept. 1918 an r. Lungentuberkulose behandelt, zuletzt 9 Mon. in Davos. Zugang im März 1921 mit fibrös-kavernöser Tuberkulose des r. Oberlappens und 20—25 ccm täglichem Auswurf. Thorakoplastik am 18. IV. 1921 r.h.u., am 27. V. r.h.o. Jetzt geheilt. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Auswurf 2—5 ccm; nur noch nach Husten zähe trockene Rasselgeräusche über dem r. Oberlappen, der vorher reichlich klingendes feuchtes Rasseln zeigte.

f) 23 jähriger. Seit einer Grippelungenentzündung Husten, Auswurf mit vielen Tuberkelbazillen, Fieber, Nachtschweiße, 30 Pfd. Abnahme. Zugang im April 1921 mit zerfallender Tuberkulose, vorwiegend des l. Oberlappens mit haselnuß- bis apfelgroßer Kaverne und 20 ccm täglichem Auswurf. Thorakoplastik, 19. IV. l.h.u., 2. VI. l.h.o. Jetzt gut erholt, mit 2 ccm Auswurf; noch zähe trockene Rasselgeräusche.

g) 30 jähriger. Aus tuberkulöser Familie. 1914 Infanteriestreifschuß der l. Lunge. In Gefangenschaft schwere Arbeit trotz Husten, Auswurf, wiederholten Bluthustens bis Dez. 1917. Dann Lungen- und Rippenfellentzündung l. Mai 1918 bis März 1920 r. Kniefungus, versteift, ausgeheilt. Zugang im April 1921 mit vorwiegend fibrös-kavernöser Phthise des l. Oberlappens, 20 Pfd. Abnahme und 60 ccm Auswurf. Thorakoplastik, 20. IV. 1921 l.h.u., am 1. VI. l.h.o. Jetzt vorzüglich erholt. Kein Auswurf mehr. Über r. Oberlappen noch zähe Rhonchi, besonders nach Husten.

2. Aus der Unterleibschirurgie.

h) 53 jähriger. Am 4. XII. 1920 wegen Ulcus ventriculi collosum Resectio ventriculi (Billroth II). In der Nacht vom 23. zum 24. I. 1921 starkes Blutbrechen. 23. II. $\frac{1}{2}$ l Blut erbrochen. Langsame Erholung. Jetzt Wohlbefinden. 30 Pfd. Gewichtszunahme.

i) 16 jähriger. Seit mehreren Jahren stundenlanges Druckgefühl in der Magengegend, das nach Stuhlgang nachläßt. Dieser immer hart, zeitweise angehalten, einmal 6 Tage lang. Häufig saures Aufstoßen. Leib immer ziemlich stark aufgetrieben. Dez. 1920 unvollständiger Darmverschluß. Am 16. II. 1921 Megasigmoid quer durchtrennt; Enden blind verschlossen; Schenkel Seit-zu-Seit verschoben und anastomosiert. Wieder Stuhlbeschwerden und Schmerzen. 25. V. 1921 Relaparotomie: Resektion des einen ausgezogenen Blindsackes,

Einstülpung des Blindsackes des zuführenden Schenkels. Seitdem beschwerdefrei.

k) 25 jähriger. Seit August 1920 dünne, schleimige, häufige Stühle. Wiederholt „Darmkatarrh“, stärkste Abmagerung. Seit Dez. 1920 blutige Stühle. Zugang Ende Jan. 1921. Äußerste Abmagerung, Blässe und Mattigkeit. Oberhalb des Sphinkters derbknochige, wenig geschwürige Geschwulst. Mikroskopisch: *Adenocarcinoma recti*. 17. II. Anus praeternaturalis nach Madelung. 16. III.: Exstirpation des aboralen Mastdarmes, glatte Heilung. Sofortige und dauernde Gewichtszunahme.

l) 52 jährige. 20 Geburten. Seit 17 Jahren Schmerzen beim Stuhlgang. Später dabei Blut- und Schleimabgang. Gewichtsabnahme. Zugang 9. XII. 1920. 6 cm oberhalb des Anus höckerige wenig bewegliche Geschwulst. 20. XII. 1920 Anus sigmoideus mit Verschuß und Versenkung des aboralen Stumpfes. 7. II. 1921. Von unten her Exstirpation des aboralen Mastdarmes und Sigmoids (23 cm lang). — Jetzt völliges Wohlbefinden, verrichtet Hausarbeit.

m)¹⁾ 13 jährige. Vor 6 Jahren Sturz aus dem 1. Stockwerke; offener Bruch des 1. Oberschenkels. Starke Wundeiterung, Sepsis. Heilung mit Pseudarthrose. Vor 3 und 1½ Jahren Einpflanzungen aus dem Schienbeine, ohne Erfolg. 28. IV. 1921 Resektion der Pseudarthrose des Oberschenkelknochens. Amputation des Unterschenkels. Umkippen des Amputationsstumpfes und Vereinigung seiner ursprünglichen distalen Fläche mit der oberen Pseudarthrosenresektionsfläche, wodurch ein verlängertes Restglied erzielt wird.

Aus der chirurgischen Privatklinik von Hofrat Krecke
(München).

16. Über Pseudohernia ventralis lateralis traumatica.

Von Dr. Ludwig Detzel, Ass.-Arzt.

(Mit 2 Abbildungen.)

Lumbalhernien und Brüche der seitlichen Bauchwand werden vielfach identifiziert. Der Mangel genauer anatomischer Untersuchungen erschwert die Abgrenzung dieser Bruchformen; nur über die Bezeichnung der verschiedenen in Frage kommenden Regionen herrscht von anatomischer Seite keine Einigkeit. Aus Corning und Oskar Schultze ist das ohne weiteres ersichtlich. Während nach Corning die Regio lumbalis bis nach

1) Vgl. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 169.