

# Über die Ergebnisse der Schenkelbruchoperation

Assistenzarzt Dr. H. Winkler

 Springer

ISBN 978-3-662-28094-2 ISBN 978-3-662-29602-8 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-662-29602-8

## Über die Ergebnisse der Schenkelbruchoperation.

Von Assistenzarzt Dr. H. Winkler, Heidelberg.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Heidelberg. — (Direktor: Prof. M. Kirschner.)

Bei der operativen Behandlung der Schenkelhernie kommen zwei grundsätzlich verschiedene Operationsverfahren zur Anwendung. Das sog. *femorale Verfahren*<sup>1</sup> legt die Bruchpforte *distal* vom Leistenbande frei und erstrebt den Verschluss des Schenkelkanals auf diesem distalen Wege durch Annähen des Leistenbandes an das Periost des horizontalen Schambeinastes (Lig. Cooperi) oder den M. pectineus und die Pectineusfaszie. Das *inguinale Verfahren*, im allgemeinen nach *Lotheißen-Reich* benannt, legt die Bruchpforte *proximal* vom Leistenbande frei und erstrebt den Verschluss der Bruchpforte in der obigen Weise auf proximalem Weg.

*Lotheißen* (1898) eröffnet, um sich zu dem proximal vom Leistenband gelegenen Operationsgebiet Zugang zu verschaffen, den Leistenkanal wie bei der Operation nach *Bassini*, trägt aber den Bruchsack unterhalb des Leistenbandes ab und schiebt den Stumpf unter dem Ligament hoch. Der Pfortenverschluss erfolgt von oberhalb des Leistenbandes durch Naht der aus M. obliquus abdom. internus und M. abdominis transv. gebildeten Bauchmuskelpalte an das Schambeinperiost. — *Reich* (1912) geht wie *Lotheißen* vor, luxiert jedoch den Bruchsack von proximal in die inguinale Wunde, um ihn möglichst hoch abzutragen. Er erreicht hierdurch einen hohen Abschluß des Peritoneums ohne Trichterbildung. Bei der Naht der Bauchmuskulatur an das Schambein bezieht *Reich* das Leistenband in die Naht ein. Gleichzeitig verschließt er den Leistenkanal durch einige *Bassini*-Nähte.

An der Heidelberger Klinik wurde, soweit inguinal vorgegangen wurde, das Verfahren von *Reich* gebraucht. In der Berichtszeit, den Jahren 1927 bis 1936 wurden 82% aller Schenkelhernien auf *femoralem* und 16% auf *inguinalem* Weg operiert.

Die bisher im Schrifttum veröffentlichten Spätergebnisse beider Operationsverfahren geben kein klares Bild. Es werden bei beiden Verfahren Rezidivzahlen von 0 bis 63% mitgeteilt<sup>2</sup>. Wir haben daher die nach beiden Verfahren Operierten nachuntersucht. Hierbei wurden *alle* Fälle, auch die mit Einklemmung und mit Hernienrezidiven, verwertet.

<sup>1</sup> Aus terminologischen Gründen soll hier nur die Bezeichnung *Hernia femoralis* gegenüber der sonst häufigen Bezeichnung *Hernia cruralis* gebraucht werden, da *crus* vorzugsweise den Unterschenkel bezeichnet.

<sup>2</sup> Vgl. Statistik von *Meyer* 1916 in *Erg. Chir.* 9.

Wir versandten zunächst Fragebogen. Die Operierten, die bei der Antwort über kein Rezidiv klagten und mit dem Erfolg der Operation zufrieden waren, wurden als rezidivfrei angesehen. Alle anderen wurden persönlich aufgesucht und nachuntersucht. Die kürzeste Zeitspanne zwischen Operation und Nachuntersuchung betrug 1 Jahr, ein Zeitraum, der nach den Untersuchungen von *Taylor* zur Beurteilung des Dauerwertes der Operation als ausreichend zu betrachten ist, da 90% aller Rezidive innerhalb des ersten Jahres und 98% spätestens nach Ablauf des zweiten Jahres auftreten.

In der Berichtszeit wurden bei 341 Kranken 348 Schenkelhernien operiert. Bei einer Gesamtzahl von 48280 in diesem Zeitraum stationär behandelten Kranken nehmen die Kranken mit Schenkelbrüchen einen Hundertsatz von 0,8% ein. 27% der Hernien waren linksseitig, 73% rechtsseitig; in 7 Fällen bestand ein doppelseitiger Bruch. 67,1% unserer Kranken waren Frauen und 32,9% Männer. 125 Hernien kamen in eingeklemmtem Zustand zur Operation, das sind 36,9%. 8% waren bei der Aufnahme in die Klinik irreponibel. Da die Incarceration lebensgefährlich ist und zudem eine erhebliche Verschlechterung der Operationsprognose bedeutet, muß gefordert werden, daß jede Hernie im freien und Anfangszustand beseitigt wird (Abb. 1—3).

Anschließend an die Operation starben 23 Patienten, das sind 6,7% der Gesamtzahl der Operierten. Von den nichtincarcerierten Hernienkranken starben 2 = 0,9%, von den incarcerierten 21 = 16,8%. Diese hohe Sterblichkeit ist also die Folge der Incarceration, die in 21 von den 23 Fällen vorlag. Zudem standen diese Kranken alle im höheren Lebensalter; 11 hatten ein Vitium cordis. Von den 348 Operationen erfolgten 285 auf femoralem, 55 auf inguinalem Weg (*Reich*), 1 inguiofemorale, 7mal durch Laparotomie. Eine Plastik wurde niemals vorgenommen.

Der Grund für die Bevorzugung des femoralen Vorgehens liegt offenbar in der größeren Einfachheit des Verfahrens. Um die Schwierigkeiten des Luxierens des Bruchsackes bei bestehender Incarceration zu umgehen, empfiehlt

leb den Bruchsack lediglich zu entleeren, den Hals zu durchtrennen und den peripheren Teil zu belassen. Bei uns wurden alle längere Zeit incarcerated gewesenen Hernien auf femoralem Weg operiert. Hierdurch erklärt sich die bei der femoralen Methode errechnete erhöhte Sterblichkeit der eingeklemmten Bruchoperationen, wie sie aus der Tabelle zu ersehen ist. Aus der Tabelle geht auch hervor, daß die Radikalooperation der freien und der eingeklemmten Hernie hinsichtlich der Sterblichkeit und hinsichtlich der Prognose grundsätzlich verschieden zu beurteilen ist.

Unsere Umfrage und die Nachuntersuchungen erbrachten 275 verwertbare Fälle, der Rest konnte nicht mehr erreicht werden, weil diese Kranken verzogen oder gestorben waren. 243 sind rezidivfrei und mit dem Erfolg der Operation zufrieden, das sind 88,3%. 22 = 8% klagen über gewisse Narbenbeschwerden. Von den 32 bei der Nachuntersuchung festgestellten Hernien waren 26 Schenkelhernienrezidive, während die restlichen 6 Leistenhernien waren. In diesen 6 Fällen war femoral operiert worden. Die von Reschke gemachte Beobachtung, daß beim femoralen Verschluss durch straffes Anspannen des Leistenbandes der Leistenkanal eröffnet werden kann, scheint durch unsere Untersuchungen eine Bestätigung zu finden.

Die Gesamtrezidivbreite unter Einschluß aller Verfahren, des femoralen, inguinalen und der atypischen, beträgt 9,5%. Die Mortalität bei der Operation nicht eingeklemmter Schenkelbrüche ist etwa 0,9%, bei den incarcerateden dagegen 16,8%.

Die besseren Ergebnisse hatte bei unserem

Material das Reichsche Verfahren. Das ist auch theoretisch verständlich. Der Unterschied ist jedoch nicht groß, so daß auch weiterhin der femorale Weg seine Berechtigung hat, namentlich bei vorhandener Einklemmung.

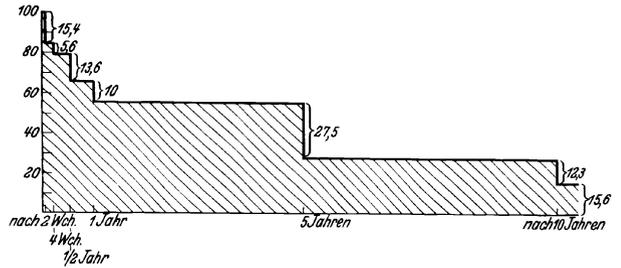


Abb. 1. Übersicht über die Dauer des Bestehens der Hernien vor der Operation.

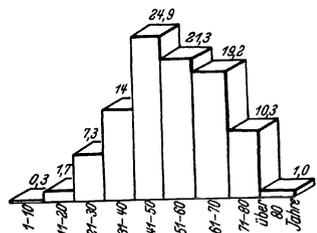


Abb. 2. Verteilung der Hernien auf die Altersklassen am Operations-tage.

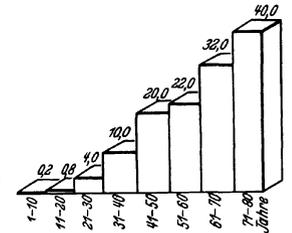


Abb. 3. Verteilung der Hernien auf die Altersklassen am Operationstage, bezogen auf die Zahl der Lebenden.

Literatur: Abrazanov, Z.org. Chir. 39, 738. — Bassini, zit. nach Meyer. — Bayley, Z.org. Chir. 45, 213. — Belchor, Z.org. Chir. 69, 711. — Bessin, Arch. klin. Chir. 175. — Brandao, Z.org. Chir. 12, 397. — Bresset, zit. nach Meyer. — Buckley, Z.org. Chir. 29, 127. — Burgdörfer, Volk ohne Jugend, Tabelle S. 116 — Aufbau und Bewegung der Bevölkerung. — Coley, zit. nach Meyer. — Coopernail, Z.org. Chir. 66, 107. — Divavin, Z.org. Chir. 47, 36. — Easton, Z.org. Chir. 59, 204. — Fabrizius, Zbl. Chir. 1894, 121. — Foss, Z.org. Chir. 60, 729. — v. Frey, zit. nach Meyer. — Garré, Küttner, Lexer, Handbuch der Praktischen Chirurgie 3: Hernien. — Gelpke, zit. nach Meyer. — Herzberg, Z.org. Chir. 66, 107; 72, 211. — Husted, Z.org. Chir. 56, 236. — Ivankov, Z.org.

Tabelle.

Art der Operation	Zahl	Incarceriert in Proz.	Mortalität in Proz.	Verwertbare Fälle	Rezidive		Leistenbruch nach Schenkelhernienoperation	
					Anzahl	Proz.	Anzahl	Proz.
Freie Hernie auf proximalem Weg . .	44	—	0,0	40	1	2,5 (± 2,4)	0	0
Freie Hernie auf distalem Weg . . .	171	—	1,1 (± 0)	140	9	6,5 (± 2)	4	2,8 (± 1,4)
Eingeklemmte Hernie proximaler Weg	11	20	*	7	—	*	0	0
Eingeklemmte Hernie distaler Weg . .	114	40	17,5 (± 4)	88	11	12,5 (± 3,4)	2	2,2 (± 1,4)

\* Infolge der geringen Zahlen lassen sich für Rezidive hier die Prozente nicht angeben.

- Chir. **39**, 737. — *Kirschner*, Operationslehre **5/2**: Bauchbrüche. — Arch. klin. Chir. **175**. — *Kummer*, zit. nach *Meyer*. — *Küster*, zit. nach *Meyer*. — *Leb*, Bruns' Beitr. **124**. — *Lotheißen*, Zbl. Chir. **1898**, 548. — *Marchetti*, Z.org. Chir. **17**, 222. — *Meyer*, Erg. Chir. **9** (1916). — *Mikuli*, Z.org. Chir. **39**, 737. — *Nortrop*, Z.org. Chir. **19**, 211. — *Panton*, Z.org. Chir. **22**, 312. — *Petrasevskaia*, Z.org. Chir. **42**, 268. — *Rauch*, Z.org. Chir. **52**, 400. — *Reich*, Bruns' Beitr. **73**, 104. — *Reschke*, Z.org. Chir. **17**, 301. — *Romsauer*, Z.org. **77**, 279. — *Socin*, Arch. klin. Chir. **24**. — *Soijaženinova*, Z.org. Chir. **47**, 43. — *Vakulenko*, Z.org. Chir. **43**, 647. — *Vvedensky*, Z.org. Chir. **39**, 738.