

vom seitlichen Hals und von der vorderen Thoraxwand. Auch Schleimhaut-transpositionsflappen aus dem collaren und thorakalen Anteil der Trachea werden zur Epithelisierung der Defekte mit herangezogen. Nach Excision der Narben im Bereich der oberen Thoraxapertur dienen die gestielten Haut-Fettlappen außer zur Defektdeckung vor allem zur Protektion der großen Thoraxgefäße. Sie verhindern weiterhin, daß die großen Halsgefäße durch Narbenzug nach medial verzogen werden und verhüten eine absteigende Mediastinitis, wenn sie entsprechend mit den Trachealstümpfen bzw. mit den Trachealresten vernäht worden sind. Da das Tracheallumen durch das zur Gefäßprotektion mitverpflanzte Fettgewebe zu eng wird, wird dieses 4—6 Wochen später subcutan reseziert. Danach wird eine umwickelte Kanüle mit Mikulicz-Tampon in die Trachea als intratrachealer Verband eingelegt. Der endgültige Trachealverschluß wird dann vorgenommen, wenn jegliche Narbenschumpfung beendet ist und das Tracheallumen danach weit genug erscheint. Dabei wird die im Thorax auf den Gefäßen liegende Haut unter Belassung von etwas Fettgewebe beiderseits lateral vorsichtig von den Gefäßen abpräpariert und zur Bildung der vorderen Trachealwand nach innen geschlagen und vernäht. Auch die collare Trachea, die bei der Zugangsoperation mit eröffnet wurde, wird auf diese Weise verschlossen. Dabei wird darauf geachtet, daß beim Übergang von der thorakalen Trachea zum rekonstruierten Trachealabschnitt keine Nischen entstehen. Der beim Trachealverschluß hinter dem Sternum entstehende Hohlraum wird mit einem gestielten Fettlappen von der Brust aufgefüllt, damit sich dort kein Serom mit anschließender Narbenkontraktur entwickeln kann. Anschließend wird die äußere Wunde durch Hautverschiebung über der Trachealplastik verschlossen. — Bei später durchgeführten tracheoskopischen Kontrollen zeigt sich, daß auf diese Weise eine befriedigende Weite des Tracheallumens erzielt werden kann. Die Stabilität der Wände ist gewährleistet, was sich beim Verschluß des Endoskoprohres im Inspiridium zeigt: Es entsteht beim in- und expiratorischen Unterdruck kein Kollaps der neu gebildeten Trachealwände.

26. F. FALK, W. MOOTZ und J. SCHÖNDORF-Homburg (Saar): Die Technik der Tränensackoperation nach Falk

(Manuskript nicht eingegangen)

27. M. E. WIGAND-Würzburg: Endaurale Mastoidektomie mit Gehörgangsplastik

(Manuskript nicht eingegangen)