Patienten auswärts voroperiert und dann zugewiesen waren, daß dazu am Magen bei jedem 4., an den Gallenwegen bei 40% frühere Eingriffe vorangegangen waren. Unter den Komplikationen dominieren Blutung, Ileus und Peritonitis mit kennzeichnenden Unterschieden in der Häufigkeit bezogen auf Magen, Leber, Gallenwegs- und Darmoperationen. Bei der stark abweichenden Symptomatik dieser Krankheitsbilder in der frühen postoperativen Phase ist im begründeten Verdachtsfalle die Situation operativ abzuklären. Im Durchschnitt erfolgte die Relaparotomie 7 Tage nach der Erstoperation, wobei sich das Schwergewicht der Indikationen mit zunehmendem Zeitintervall von der Blutung zum Ileus und zur Peritonitis verschiebt. Reinterventionen nach dem 8. Tag gehen fast ausschließlich zu Lasten von Passagebehinderungen, Drainagen meist subphrenischer Abszesse und Bauchdeckendehiszenzen. Als Zugangsweg dient die ursprüngliche Incision; jedenfalls hat man für adäquaten Zugang zu sorgen. Die hohe Gesamletalität von 47% unterstreicht die ernste Prognose. Dabei steigt mit zunehmendem Alter die Letalität kontinuierlich und erreicht jenseits des 7. Dezenniums über 80%.

Unter den Todesursachen steht die Peritonitis — überwiegend über eine Nahtinsuffizienz — mit $\frac{2}{3}$ der Fälle an erster Stelle. Dahinter rangieren mit weitem Abstand organspezifische Ursachen, wie Blutung infolge Koagulopathie, Leberkoma und der nicht beherrschbare Ileus in etwa gleicher Häufigkeit.

Unter den operativen Fehlern sind unbeabsichtigte iatrogene Läsionen bei schwierigem Situs oder infolge Unachtsamkeit und das Übersiehen vorliegender Krankheitsveränderungen als vordringlich zu nennen. Die Erfahrungen geben Anlaß, für eine freizügigere Indikation zur frühen Relaparotomie einzutreten. Vielfach ist jedoch ein Zweiteingriff etwa wegen Anurie oder Koagulopathie weder möglich noch ratsam. Hier ist die Entscheidung, die zweite Operation vorzunehmen oder zurückzustellen schwerwiegend, die Letalität extrem. Bei Komplikationen nach einer Laparotomie müssen wir uns die Frage der Reintervention unmittelbar vorlegen, die Entscheidung bald fällen, bevor der richtige Zeitpunkt verpaßt wird und im Zweifelsfalle für eine frühe Relaparotomie eintreten.

Präsident: Frau Dr. Kronberger-Schönecker! Darf ich Sie zu Ihrem Vortrag Chancen und Risiko bei dringlichen Zweit- und Mehrfachoperationen bitten. Ich begrüße die Dame mit besonderer Anerkennung.

Das Manuskript der Zusammenfassung zu dem Vortrag 303. *Chancen und Risiko bei dringlichen Zweit- und Mehrfachoperationen* von D. Kronberger-Schönecker* und K. Hiotakis-Graz/Österreich, wurde nicht vorgelegt.

304. Die Nahtinsuffizienz an der Oesophagusanastomose

R. HÄRING*, W. HAUCK, ST. JOHN, R. DE PENA PEREZ, B. STALLKAMP,
L. C. TUNG und J. WALDSCHMIDT

Suture Insufficiencies in Oesophageal Anastomosis

Summary. This is a report on 440 patients who underwent gastrectomy or resection of the cardia. Of these 57 (12.9%) died as a result of a suture insufficiency of the oesophageal anastomosis. Clinical features, diagnosis and treatment of the suture insufficiency are discussed. In the first place conservative treatment has