

Eine Nachuntersuchung eines Jahrgangs in der zweiten Hälfte des folgenden Jahres ergab bei den als negativ beurteilten kein Vorliegen eines Karzinoms. Die Irrigoskopie stellt somit nach wie vor eine sehr wertvolle Untersuchungsmethode für die Diagnose eines Dickdarmkarzinoms dar. (Erscheint ausführlich andernorts.)

D i s k u s s i o n.

R. Oppolzer: Soviel mir bekannt ist, wurde auch von Prof. *K. Weiss* an der Wiener städtischen allgemeinen Poliklinik eine Überprüfung der Ergebnisse der Röntgenuntersuchung des Dickdarmes bei malignen Tumoren veranlaßt, weil auch ihm die schlechten Ergebnisse *Hartls* aus Linz bei uns nicht zuzutreffen schienen. Es erschien auch eine Arbeit von *Ellegast* und *Völkel* in der Wien. klin. Wschr. 69. Jg., S. 373 (1957) über diese Ergebnisse, die eben auch nur Fehlresultate unter 10% ergaben.

L. Schönbauer: Es muß natürlich der Magen-Darm-Kanal vollkommen entleert werden; das subaquale Darmbad ist sehr zu empfehlen, aber nur bei richtiger, sorgfältiger Anwendung. Wir haben derzeit einen Patienten in Behandlung und früher eine Patientin gesehen, bei der die Mukosa verletzt wurde und ein Teil des Darmbades ins rektorektale Gewebe gelangte.

Warum sollen bei der Hysterektomie die beiden Eileiter prinzipiell entfernt werden?

(Kurzreferat.)

Von

H. Knaus.

In zwei Arbeiten [Wien. klin. Wschr. Nr. 21 (1937) und Geburtsh. u. Frauenheilkunde 11, 984 (1951)] habe ich bereits auf die Notwendigkeit der prinzipiellen Entfernung der beiden Eileiter bei der abdominalen und vaginalen Hysterektomie hingewiesen und diese Forderung, angeregt durch selbstgemachte Beobachtungen, mit den folgenden Argumenten begründet:

1. Bei einer postoperativen Eiterung im subserösen Raum kann diese durch die zurückbelassenen Eileiter, deren uterine Enden in den subserösen Raum eingenäht werden, in die Bauchhöhle aufsteigen und dort eine Peritonitis auslösen.

2. Aus den in situ verbliebenen Eileitern bilden sich nach der Hysterektomie nicht selten Hydrosalpingen, die Beschwerden machen und damit zum Anlaß einer weiteren Operation werden können.

3. In einem der konservierten Eileiter kann sich (2 Beobachtungen, von denen beide letal endeten) zur Zeit der Hysterektomie bereits eine Tubargravidität etabliert haben oder noch dann zustande kommen (eine Beobachtung), wenn nach der Entfernung des Uterus die uterinen Enden der Eileiter in den Vaginalstumpf einheilen und so mit der Vagina eine offene Kommunikation herstellen.

4. Wird nach der vaginalen Hysterektomie das Peritoneum nur mit einer Tabaksbeutelnaht verschlossen, was ich ablehne, dann kann bei schadhafem Faden oder schlechtem Knoten diese Naht aufgehen und ein Prolaps der Eileiter in die Vagina erfolgen, die erfahrungsgemäß so zu bluten anfangen, daß sie operativ entfernt werden müssen.

5. Bei Verbleiben der Eileiter nach der Hysterektomie kann an diesen eine chronische Salpingitis tuberculosa übersehen werden und damit ein gefährlicher tuberkulöser Fokus die Patientin weiterhin bedrohen, oder es kann sich erst nach der Hysterektomie in den konservierten Eileitern eine Salpingitis tuberculosa zu entwickeln beginnen.

Diskussion.

R. Hofstätter stimmt Herrn *Knaus* in den wesentlichen Punkten zu und zeigt als Beispiel für die Gefährlichkeit anscheinend völlig normaler Tuben das mikroskopische Bild eines *C. a. tubae in situ*. Es bestanden bei der Patientin keinerlei Anzeichen einer bösartigen Erkrankung. Der zytodiagnostische Befund war harmlos. Auch bei der Laparotomie, die wegen eines rechtsseitigen Ovarialtumors (alte Endometriosezyste) vorgenommen wurde, war die Tube ganz unverdächtig, weder vergrößert noch verdickt noch verhärtet. Am projizierten Bild sieht man in einem kleinen Hohlraum, der durch Tubenschleimhautverklebungen nach allen Seiten abgeschlossen war, unregelmäßige Zellen mit sehr polymorphen und polychromatischen Kernen, die reichlich Mitosen erkennen lassen.

Prof. Dr. *H. Chiari* schließt den Befund (S.P. 664) mit den Worten: Dieser letztere histologische Befund spricht, obwohl die gewucherten atypischen epithelialen Formationen sich noch scharf gegen die Unterlage abgrenzen, für eine bereits maligne Wucherung derselben im Sinne eines *Carcinoma in situ der Tube*.

Ein solches Karzinom, das noch gar kein Tiefenwachstum hat, kann der Kliniker nicht erkennen und gilt auch heute noch als allergrößte Seltenheit.

Da kein Grund bestand, den Uterus und die ganzen Adnexe der anderen Seite zu entfernen und die Patientin (52 Jahre alt) unbedingt die Erhaltung des Uterus und mindestens eines Ovars wünschte, lag bei der Operation kein Grund vor, radikaler zu operieren. Seit der Operation im Jänner dieses Jahres weiter normale Menstruation, keinerlei Beschwerden, keinerlei blutige Abgänge. Die Dame ist also praktisch als gesund und von dem beginnenden Karzinom befreit zu betrachten.

Das *Carcinoma in situ* konnte nur durch die außerordentlich exakte, sich auf sehr, sehr viel Schnitte stützende Untersuchung der pathologischen Anatomen (Prof. Dr. *H. Chiari* und Frau Prof. Dr. *I. Obiditsch-Mayer*) gefunden werden.

F. Gerhardt: Ich habe im Krankenhaus Korneuburg sehr viele vaginale Hysterektomien gemacht und dreimal Tuben fisteln als Komplikation gesehen. Danach entfernte ich stets beide Tuben.

Die Gynäkologen an den Wiener Kliniken sagten mir, daß sie die Tuben deshalb nicht entfernen, weil die Ernährung der Ovarien durch die Unterbindung bei der Tubenentfernung gefährdet ist.

L. Schönbauer: Der *Ramus ovaricus* ist ein eigener Ast der Art. *uterina*, die die Muskelwand des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes erreicht, also an der Grenze zwischen Korpus und Zervix, ein ziemlich konstantes Verhältnis. Nun wendet sich die Arterie ziemlich unvermittelt nach aufwärts und gelangt, am Seitenrand des Uterus dahinziehend, bis zum Ansatz des *Ligamentum ovarii proprium* am Tubenwinkel, wo sie in ihre 3 Endäste zerfällt, die *Rami fundi*, den *Ramus tubarius* und den *Ramus ovaricus*. Dieser ist also leicht zu schonen.

Aus der II. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Stadt Wien-Lainz.
(Vorstand: Prof. Dr. *P. Moritsch*.)

Intraarterielle Hydergin-Injektion bei Durchblutungsstörungen des Darmes.

Von

Prof. Dr. *P. Moritsch*.

(Mit einer Tabelle.)

Die Entscheidung, ob eine Durchblutungsstörung des Darmes reversibel oder nichtreversibel ist, bedeutet oft längeres Zuwarten bei offenem Bauch, wenn wir z. B. eine inkarzerierte Darmschlinge in einem solchen Zustand vorfinden, sie in heiße Tücher packen, sie mit warmer Kochsalzlösung berieseln und nun zuwarten, ob die gewünschte Erholung eintritt. Die theoretische Vorstellung über das pharmakologische Verhalten von Hydergin, welches bei intraarterieller Einbringung die Endstrombahn eröffnen und die arteriovenösen Anastomosen verschließen soll,