konstruktionen durch Transplantation der autologen Vena saphena magna durchgeführt. Eine Hypertension, Diabetes, Emphysem oder coronare Durchblutungsstörung bestanden bei mehr als 75%. Nur ausnahmsweise stellen diese Begleiterkrankungen eine Kontraindikation für eine Venentransplantation dar. Zur Rekonstruktion der verschlossenen Oberschenkelarterie entnehmen wir die Vena saphena magna des gleichen Beines und verbinden sie in umgekehrter Richtung, um die Funktion der Venenklappen auszuschalten, proximal und distal vom Verschuß mit der Arterie. Mit diesem Verfahren konnten Arterienocclusionen bis zu 65 cm Länge überbrückt werden.

Operatives Risiko und postoperative Komplikationen sind bei der Venentransplantation zur Arterienrekonstruktion minimal. Die postoperative Sterblichkeit betrug bei uns 0,5%. Von den letzten 215 operierten Patienten ist keiner mehr im Anschluß an den Eingriff verstorben.

Eine Nachuntersuchung von Patienten, deren Operation bereits mehr als 1½ Jahre zurückliegt, hat in 91% eine freie Durchgängigkeit der transplantierten Vene und damit eine normale oder wesentlich verbesserte periphere arterielle Durchblutung ergeben.

Durch die operative Behandlung mittels Venenverpflanzung konnte bei der chronischen arteriellen Durchblutungsstörung der Beine die jährliche Amputationsrate bei konservativer Therapie von 5% in unserem operierten Krankengut im Beobachtungszeitraum von 3½ Jahren auf 0,3% gesenkt werden.

(Das Manuskript für diesen Vortrag wurde nicht vorgelegt.)

216. Partieller und totaler autoplastischer Speiseröhrenersatz

H. PICHLMAIER*, F. SPELSBERG, R. GRUNDMANN,
TH. JUNGINGER und G. LIEBAU-München

Partial and Total Autoplastic Replacement of the Gullet

Summary. The large and small intestines and the stomach are suitable as oesophagus substitutes. On the other hand, we feel that artificial skin tubes are not to be recommended since carcinoma frequently develops in them according to the length of time they are in the human organism. Within 2 to 3 weeks intestinal transplants are supplied with capillaries from the immediate vicinity, which prevent necrosis of the transplant even when the original vascular petical is occluded. The artificial jejunum functions especially well, nevertheless on the premise that vagotomy pyloroplasty is also performed. The function of the cardia is maintained inspite of vagotomy and relaxation of the oesophagus, if we resect the upper and middle oesophagus. We should try to preserve the cardia whenever possible.

Zusammenfassung. Colon, Dünndarm und Magen eignen sich zum Speiseröhrenersatz, dagegen ist die Hautschlauchplastik abzulehnen, da häufig bei entsprechender Latenz Carcinome in der Ersatzspeiseröhre entstehen. Darmtransplantate erfahren aus der Umgebung innerhalb von 2–3 Wochen eine Capillarisation, die nach dieser Zeit auch bei Ausfall des ursprünglich ernährenden Gefäßstiels eine Nekrose des Transplantats verhindert. Funktionell besonders günstig ist die Jejunumplastik, sie setzt allerdings Vagotomie-Pyloroplastik voraus. Bei Resektion der oberen und mittleren Speiseröhre bleibt trotz Vagotomie und Entspannung des Oesophagus die Cardiafunktion erhalten.