

vorgenommen worden, das viel bessere Resultate ergeben soll, als sie bislang möglich waren. In einem sogenannten Lignoidröhrchen befindet sich eine antikomplementär wirkende Substanz, die die Bakterizidie des Blutes aufhebt und somit leichter positive Resultate ergibt, als andere Methoden. Therapeutisch wurde schon am Tage nach der Operation eine Röntgentiefenbestrahlung der Leber unternommen. P. hatte sich zu dieser entschlossen, weil er aus der ausgezeichneten Wirkung der Röntgentiefenbestrahlung auf die Entzündungen der Parotis schließen zu können glaubte, daß auch das entzündete Lebergewebe ein geeignetes Objekt für die Röntgenbestrahlung abgeben würde. Tatsächlich schien dieselbe, wenigstens was das Allgemeinbefinden anlangte, gut anzusprechen. Außerdem wurde Staphylokokken-serum gegeben und der Rücken öfters mit grauer Salbe behandelt. Am 19. II. wurde die Operationswunde geöffnet, die Leber punktiert und ein Stückchen der Leber mit einem der Abszeßchen exzidiert und zur histologischen Untersuchung geschickt. Die Punktion der Leber förderte keinen Eiter zutage, nur Blut und etwas seröse Flüssigkeit, aus der Staphylokokken gezüchtet werden konnten. Die histologische Untersuchung des exzidierten Leberstückchens durch Prof. Dr. Materna ergab als Diagnose: »Multiple miliare Abszeßchen der Leber, meist schon in ausgedehnter narbiger Umwandlung begriffen.«

Am 20. II. wurde neuerdings eine Röntgentiefenbestrahlung nach Heidenhein und Fried gemacht (zwei Holzknechteinheiten) und nunmehr auch mehrmals eine aus dem im Blute gefundenen Staphylococcus hergestellte Autovaccine gespritzt. Die Schüttelfröste wiederholten sich fast täglich bis 23. II., am 25. und 26. II. blieben die Temperaturen unter 37,5, am 27. II. trat zum letztenmal ein Schüttelfrost auf mit einer Temperatur von 40,1°. Von da an begann eine ungestörte und rasche Rekonvaleszenz. Am 12. III. wird wieder eine Röntgenaufnahme gemacht. Dabei zeigt sich, daß die Wölbung und der Hochstand der Leber bedeutend abgenommen haben, die reflektorische Beweglichkeit hat sich gebessert. Knapp vor der Entlassung am 23. III. zeigt das Röntgenbild ein weiteres Abnehmen der Wölbung und normale respiratorische Verschieblichkeit des Zwerchfells. Am 23. III. wird der Pat. in häusliche Behandlung mit kleiner granulierender Wunde geheilt entlassen.

Der gewiß seltene Verlauf des Falles rechtfertigt kaum, ihn als einen Fall von multiplen Leberabszessen zu bezeichnen. Er kann eher in die Gruppe der sogenannten Leberphlegmone gerechnet werden, welchen Namen Roessle für die Fälle von diffuser eitriger Entzündung der Leber geprägt hat. Er hat mehrere ähnliche Fälle am Sektionstisch gesehen, darunter zwei Fälle, welche durch Staphylokokken bedingt waren.

Die Entstehung eines Leberabszesses nach einer entzündlichen Erkrankung der Hämorrhoiden wird öfters berichtet. Unter 79 Fällen, welche Kobler im Jahre 1901 in Virchows Arch. beschreibt, soll ein Fall aus vereiterten Hämorrhoidal-knoten entstanden sein. Obwohl die tiefen Hämorrhoidalvenen der Hauptsache nach ihr Blut nach der Vena cava hin ableiten, so bestehen doch reichliche Anastomosen durch den in der Schleimhaut des Rektums verlaufenden Plexus hämorrhoidalis mit der Vena hämorrhoidalis superior. Diese Verbindung ist nach der Ansicht des Anatomen Grosser in Prag, die er mir auf mein Ersuchen brieflich mitgeteilt hat, sicherlich ausreichend, um eine Infektion aus der Analgegend zur Leber zu leiten.

11) G. Döderlein (Berlin): Die Therapie des Carcinoma corporis uteri

A. Wir sind gewohnt, die Krebse des Gebärmutterkörpers klinisch für weniger bösartig zu halten, als die des Gebärmutterhalses, und beurteilen in Einzelfällen

die Heilungsaussichten beim Körperkrebs ziemlich günstig. Größere Zahlenreihen müssen uns aber doch bedenklich stimmen:

Korpuskarzinom

absolute Heilungen (5jährige Beobachtung)

	Operation	Strahlenbehandlung
Sammelstatistik Pankow bis 1924	41,07% (448 Fälle)	36,30% (688 Fälle)
Sammelstatistik Martius bis 1924	50 % (200 Fälle)	34 % (201 Fälle)

Auch der heute gerade im Druck erschienene neueste Sammelbericht von K. Nordmeyer aus der Göttinger Klinik (Martius) bringt trotz eines geringen Anstieges des Hundertsatzes geheilter Fälle von Krebsen des Gebärmutterkörpers keine wesentliche Veränderung der Gesamtzahlen.

Bei der operativen Behandlung der Korpuskarzinome, die noch immer deutlich bessere Ergebnisse aufweist als die Strahlenbehandlung dieser Krebse, liegen die Zahlen der absoluten Dauerheilung wohl etwa um 20% höher, als sie für die Behandlung der Krebse am Gebärmutterhals erreicht sind. Die Leistung kann aber doch nicht genügend befriedigen, wenn wir berücksichtigen, daß

1) die Korpuskarzinome viel langsamer fortschreiten als die Collumkarzinome,

2) die Radikaloperation beim Korpuskarzinom technisch einfacher ist, als beim Collumkarzinom.

B. Welches sind außer der Bösartigkeit des Leidens die Gründe für den Mißerfolg in einer noch zu großen Zahl von Fällen?

I. Wie unser Material zeigt, spielt die Verschleppung der Krankheit eine große Rolle:

Charité-Frauenklinik

Korpuskarzinome

1928—1935

Karzinomsymptome seit:

1 Monat	15 Fälle
2 Monaten	15 »
3 »	10 »
4 »	6 »
5 »	4 »
6 »	10 »
7 »	2 »
8 »	3 »
9 »	2 »
10 »	2 »
11 »	0 »
12 » und länger	21 » !
90 Fälle.	

Die Hälfte aller Frauen hat 5 Monate und länger gewartet, mehr als ein Fünftel 12 Monate und länger, bis sie zur Behandlung kamen. Das muß sich an den Heilungsmöglichkeiten ungünstig auswirken!

II. Beim Krebs des Gebärmutterkörpers können schon frühzeitig Metastasen vorhanden sein, die makroskopisch nicht erkennbar sind:

Charité-Frauenklinik
Korpuskarzinome
1928—1935

Ausbreitung auf das Collum uteri	2 Fälle
Metastasen in der Scheide	9 »
» in der Tube	3 »
» im Ovarium	3 »
» in lumbalen Lymphdrüsen	2 »
» im Lig. rotundum	1 Fall
	20 Fälle.

20:90 = 22% Metastasen.

Besonders auffallend ist die Häufigkeit der Scheidenmetastasen. Ihr Sitz ist ganz unbestimmt. Nur selten haben wir sie in der Narbe des Scheidengrundes angetroffen, wo sie als Implantationsmetastasen gedeutet werden könnten. Die Häufigkeit von Adnexmetastasen wird von anderen Autoren beim Korpuskarzinom bis zu 30% angegeben.

Da die Körperkrebs der Gebärmutter zuweilen auf den Halsteil übergreifen und von dort dann auf den Ausbreitungswegen des Collumkarzinoms metastasieren können, ist zur diagnostischen Lokalisation des Krebses die »getrennte Collum-Korpuscurettage« angezeigt.

III. Das durchschnittlich hohe Lebensalter der an Korpuskarzinom erkrankten Frauen erhöht natürlich die Verlustziffer. An unserer Klinik standen die Frauen vorwiegend im 6. und 7. Lebensjahrzehnt.

C. Die absoluten Heilerfolge, die bei dem so ungünstigen Collumkarzinom durch intensive klinische Arbeit im Laufe eines Dezenniums beträchtlich gebessert werden konnten, müssen sich auch bei den an sich günstiger gelegenen Korpuskarzinomen steigern lassen. Dazu ist nötig:

1) Intensive Förderung der Frühdiagnostik bei den Ärzten und Schärfung der Aufmerksamkeit bei den Kranken selbst. Die Krankheitssymptome sind ja doch beim Krebs des Gebärmutterkörpers noch viel typischer und alarmierender als beim Collumkrebs. Eine postklimakterische Blutung ist kaum zu übersehen. Wenn sie auch harmlose Ursachen haben kann, so ist es doch bestimmt richtiger, an dem Grundsatz: »postklimakterische Blutung = Karzinom« festzuhalten und nach dem Krebs im Uterus zu suchen, als in falschem Vertrauen auf gutartige Ausnahmefälle untätig abzuwarten.

2) Herabsetzung der primären Operationsverluste bei älteren Frauen durch Bevorzugung der vaginalen Operationsmethoden.

Charité-Frauenklinik
Korpuskarzinome
1928—1935

Gesamte Operationsmortalität	4:90 = 4,5%
Primäre Mortalität der vaginal Operierten	1:56 = 2 %
Primäre Mortalität der abdominal Operierten	3:34 = 10 %

Das vaginale Operieren erfordert natürlich eine besondere Übung. Die Technik ist bei unkomplizierten Fällen aber nicht so schwierig, daß nicht auch unsere Chirurgenkollegen sie erlernen könnten und anwenden sollten, wenn sie Karzinome der weiblichen Genitalorgane zu operieren gezwungen sind.

3) Prinzipielle Mitentfernung beider Adnexe und der proximalen Drittel der Lig. rotunda, auch wenn makroskopisch an den Adnexen nichts Krankhaftes zu erkennen ist.

4) Vermeidung möglicher Implantationsmetastasen in der Scheide durch Vernähung der Portio über einem in den Halskanal eingeführten Gazestreifen bei vaginaler Operation, durch Abklemmen der Scheide mit Winkerklemmen unterhalb der Portio bei abdominaler Operation.

5) Prinzipielle Nachbestrahlung der Scheide in allen Fällen. Eine Nachbestrahlung des Beckens, wie sie wiederholt empfohlen wurde, hat keinen Zweck. Das Korpuskarzinom gewinnt ja keine Beziehungen zum Beckenbindegewebe und zu den Lymphdrüsen des Beckens. Bei fortgeschrittenen Krebsfällen des Gebärmutterkörpers ist eine postoperative Nachbestrahlung auch des Oberbauches zu empfehlen.

6) Prinzipielle regelmäßige Nachuntersuchung aller wegen Korpuskarzinoms operierten und bestrahlten Frauen, wie es in den gynäkologischen Kliniken bei den Collumkarzinomkranken durchgeführt wird. Hierbei ist besonders auf Scheidenmetastasen zu achten, die, zeitig genug entdeckt, oft noch operativ zu entfernen sind.

Der Kampf gegen den Krebs muß mit allen Mitteln und an allen Stellen vorgetragen werden. Im Gebärmutterkörper ist das Leiden anatomisch ziemlich günstig lokalisiert. Darum sollten, bei stärkerer Anspannung der Kräfte als bisher, in der vorgeschlagenen Weise die Aussichten auf eine erwünschte Besserung der Heilerfolge günstig sein.

Aussprache. **H. H. Schmid** (Reichenberg) bemängelt, daß manche Chirurgen, wenn sie schon bei diesen meist älteren Frauen den Gebärmutterkrebs abdominal operieren, nur die supravaginale Amputation ausführen und den Gebärmutterhals dabei zurücklassen; solche unvollständigen Eingriffe müssen vollkommen abgelehnt werden.

Knaus: Ich kann dem Appell, den Herr Döderlein an die Chirurgen richtete, nicht beistimmen, sondern muß im Gegenteil die Chirurgen davor warnen, die gynäkologischen Radikaloperationen nach Freund-Wertheim und Schauta anzuwenden, weil sie so schwierig sind, daß sie nur von der Hand eines operativ höchst geschulten Gynäkologen in jeder Hinsicht befriedigenderweise ausgeführt werden können.

Reiprich: Die relative Seltenheit der Gebärmutterkörperkrebsse macht es notwendig, daß zur Aufstellung einer ausreichenden Statistik möglichst viele Kliniken ihre Ergebnisse bekanntgeben. Daher habe ich durch einen Doktoranden die Korpuskarzinome der Breslauer Universitäts-Frauenklinik vom 1. IV. 1920 bis 31. III. 1928 zusammenstellen lassen, die bisher noch nicht veröffentlicht wurden. Gesamtzahl 47, absolute Heilung (länger als 6 Jahre überlebend) 18 = 38%. Das Ergebnis entspricht also ungefähr dem Durchschnitt der absoluten Heilung bei der von dem Herrn Vortr. bereits kurz erwähnten neuesten Sammelstatistik aus der Göttinger Klinik, die bei etwa 2750 Fällen eine absolute Heilung von 39,7% errechnet. Ich habe den Eindruck, daß die Ergebnisse noch besser werden, wenn eine intensive Nachbestrahlung nach der Operation, insbesondere gerade der Vagina bzw. Vulva, erfolgt, wie sie von Herrn Döderlein soeben vorgeschlagen wurde.

Auch wir haben bereits in den letzten Jahren nach der Operation, insbesondere eine Radiumnachbestrahlung neben der Röntgentherapie mit anscheinend gutem Erfolge durchgeführt.

Schultze-Rhonhof: Die sehr interessanten Ausführungen vom Herrn Vortr. decken sich durchaus mit unseren Erfahrungen. Ich selbst stamme aus einer Schule, die viele Jahre hindurch alle Formen des Uteruskarzinoms grundsätzlich nur mit Radium- und Röntgenlicht bestrahlte. Als wir nach einigen Jahren unsere Ergebnisse pflichtgemäß überprüften, waren sie für das Collumkarzinom so gut, daß kein Anlaß zum Verlassen der Methode bestand. Anders verhielt es sich dagegen beim Körperkarzinom. Hier waren die Resultate so unbefriedigend, daß wir seitdem das Korpuskarzinom wieder operieren, wenn keine Gegenanzeige besteht. Ob die schlechten Strahlenergebnisse auf eine geringere Strahlenempfindlichkeit des Körperkarzinoms oder vielleicht doch nur auf eine noch nicht genügend ausgebauten Strahlentechnik zurückzuführen sind, kann heute noch nicht entschieden werden. Durch Umstellung der Methodik haben auch schon Menge und Dietel die Ergebnisse der reinen Strahlentherapie zu verbessern gesucht, doch ist ein abschließendes Urteil noch nicht möglich. Vorerst operieren wir wieder und zwar stets abdominal. Den von Herrn Döderlein aufgestellten Forderungen wird selbstverständlich entsprochen. Ich möchte ihn aber bitten, seinen Punkten noch einen mir außerordentlich wesentlich erscheinenden hinzuzufügen: Die Anwendung eines Anästhesieverfahrens, das die Narkose erspart. Das ist für den postoperativen Verlauf sicher von entscheidender Bedeutung. Wir verwenden die Sakralanästhesie; sie belastet die Kranke am wenigsten und setzt keine postoperativen Beschwerden. Grundsätzlich wird mit Röntgenlicht nachbestrahlt.

Schubert: Wiederholt habe auch ich nach vaginaler Totalexstirpation Metastasen in der Vagina auftreten sehen. Ich fasse dieselben als Impfmetastasen, hervorgerufen durch ausgetretenen Korpusasft, auf. Bei jeder vaginalen Totalexstirpation entstehen kleinste Läsionen in der Scheide, die dann die Möglichkeit einer Implantation von Krebspartikelchen geben. Ich führe daher seit Jahren, wenn mich der Zustand der Pat. nicht zum vaginalen Vorgehen zwingt, auch beim Korpuskarzinom stets die abdominale Totalexstirpation nach Wertheim aus, nehme dabei aber nur wenige Zentimeter Scheide mit. Diese ist im Verhältnis zu der Radikaloperation bei Portiokarzinom auf oberschlesische Verhältnisse bezogen, wo wir fast nur sehr weit vorgeschrittene Portiokarzinome an der Grenze der Operabilität sehen, eine sehr einfache. Ich habe bisher keinen Todesfall danach erlebt. Allerdings ist mein Material im Verhältnis zu den großen Kliniken ein kleines.

Schlußwort. Döderlein: Als Narkose bevorzugen wir bei allen gynäkologischen Operationen die Lumbalanästhesie. Zur Zeit wird an unserer Klinik Tropakokain in 10proz. Lösung verwendet. Bei richtiger Technik der Anästhesierung ist die Wirkung gut.

Wenn man beim Korpuskarzinom den operativen Eingriff auch auf die Vagina ausdehnen will, dann müßte die ganze Scheide bis zur Vulva mitentfernt werden, denn oft sitzen die Krebsmetastasen dicht hinter dem Scheideneingang oder am Harnröhrenwulst. Teilentfernung der Scheide hat wenig Zweck. Mir scheint die vorgeschlagene prinzipielle Nachbestrahlung der Scheide mit Radium weniger eingreifend und auf Grund günstiger Beobachtungen an einigen unserer Fälle von bestrahlten Metastasen der Scheide ebenso aussichtsreich zu sein, wie die operative Mitentfernung der ganzen Scheide. Ich möchte deshalb meinen Vorschlag einer prinzipiellen Scheidennachbestrahlung mit Radium wiederholen.

Die supravaginale Amputation beim Korpuskarzinom lehnen auch wir selbstverständlich ab.

Daß Herr Knaus die Krebsoperationen an den Genitalorganen der Frau den Gynäkologen vorbehalten wissen will, ist bestimmt richtig. Der Chirurg hat für diese Eingriffe selten die nötige Übung, ebenso wie sie dem Gynäkologen für chirurgische Spezialoperationen fehlt. Aber abgesehen davon, daß es unnötig ist, darüber zu diskutieren, wollte ich nicht so scharfe Pfeile auf unsere chirurgischen Kollegen abschießen, deren Gastfreundschaft wir heute hier genießen.

12) **Schultzik** (Breslau): Über einen Fall von Noma und kongenitalem Vitium

Die 46jährige Pat. wurde wegen Stomatitis und Verdacht auf Pneumonie eingeliefert.

Anamnestisch erfahren wir, daß sich die Stomatitis aus einem kleinen weißen Fleck dicht an einem hinteren Backenzahn entwickelte. Behandlung mit H_2O_2 -Spülung. Einige Zähne im Ober- und Unterkiefer wurden locker und fielen aus. Da Pat. nur flüssige Kost zu sich nehmen konnte, wurde der Allgemeinzustand immer schlechter. Krankenhausaufnahme erfolgte nach 4wöchentlicher häuslicher Pflege wegen Pneumonie. Von der früheren Anamnese ist bekannt, daß Pat. an einem kongenitalen Vitium leidet, das nie wesentliche Beschwerden machte und daher auch nicht behandlungsbedürftig war.

Aufnahmebefund: Kleine grazil gebaute Pat. von infantilem Habitus, völlig abgemagert, stärkster Muskelschwund, cyanotisch.

Mundhöhle: Gesamte Mundschleimhaut wie der harte und weiche Gaumen mit gangränösen nekrotischen Fetzen belegt. Die Nekrosen ergreifen besonders die rechte Tonsille und rechte Wangenschleimhaut und reichen, soweit die Inspektion des Mundes möglich ist, bis zur hinteren Rachenwand. Faulig stinkender Foetorex ore. Wangen stark geschwollen, cyanotisch. Pulmo: keine Pneumonie. Cor nach beiden Seiten verbreitert. Spitzenstoß nicht hebend, nicht verbreitert. Über sämtlichen Ostien systolisch diastolisches gießendes Geräusch, das es unmöglich macht, Töne zu differenzieren. Leber derb, glatt, bis zum rechten Beckenschaufelrand reichend. Milz handbreit über dem Rippenbogen palpabel. Leukocyten 5000. Mundabstrich: Staphylokokken +, Soor, Diphtherie —, WaR. —. 12 Stunden nach Krankenhausaufnahme befindet sich in der rechten Wangenmitte ein etwa erbsengroßer, blaurot bis blauschwarz verfärbter Fleck, der im Laufe der folgenden Stunden fast die ganze rechte Wangenmitte ergriffen hat. Auf der linken Wange hat sich eine ebensolche Verfärbung gezeigt. Hohe Temperatur. Der Mund kann nur wenig geöffnet werden. Einwandfreie Diagnose: Noma. Verschlechterung des Allgemeinzustandes rapide. 35 Stunden nach Aufnahme Exitus. Sektion: Lungen ohne Besonderheiten. Herz: Bei der Öffnung des Cor zeigt sich, daß das Septum der Ventrikel nur von der Spitze bis zur halben Kammer reicht, dann kommunizieren rechte und linke Kammer miteinander. Art. pulmon. ist bis auf einen federkiel dicken Gang unentwickelt. Zwischen Aorta und der sich plötzlich erweiternden Pulmonalis ist ein Gang etwa von der Weite einer normalen Pulmonalis; dies ist der Ductus Botalli. Die Vorhof-scheidewand zeigt ein hochgradiges offenes Foramen ovale. Beim Herausnehmen der Halsorgane zerreißt das zundrige, morsche Gewebe der Gaumenbögen. Uvula oedematös infiltriert. Tonsillen oberflächlich nekrotisch, schmierig belegt. Beim Blutkreislauf in diesem mißgebildeten Herzen gelangte das Blut bei der Ventrikelkontraktion durch den Septumdefekt zum Teil in den linken Ventrikel durch die hochgradigst stenosierte Pulmonalis und den stark erweiterten Ductus