

tate haben, die schlechtesten und umgekehrt. Als Gründe für das verschiedene Verhalten kommen vorläufig 2 Gesichtspunkte in Frage: Entweder ist die dem Münchener Material eigene Schwankung durch die Operabilitätsziffern, welche aber nicht speziell für die Altersklassen errechnet bekanntgegeben worden sind, bedingt, oder die Ursache ist darin zu suchen, daß in München vorwiegend mit Röntgen und zweizeitig in größerem Abstand, in Heidelberg aber einzeitig und fast ausschließlich mit Radium bestrahlt wurde. Von Einfluß könnte auch die in München angewandte Hypophysenbestrahlung sein.

B. Korpuskarzinome.

Es wurden geheilt im Alter von

36—45	46—55	56—65	66 Jahren und darüber	
71,4%	35,5%	24,3%	17,7%	der Frauen

Da unter 92 bestrahlten Korpuskarzinomen nur 8 inoperable sind, kann die Operabilität hier keine besondere Rolle spielen und sie wurde deshalb nicht angeführt.

Wir finden, daß bei dieser Art von Karzinom die Aussicht auf Heilung mit zunehmendem Alter sinkt, was keine Besonderheit bedeuten würde, wenn die Verhältnisse beim Kollumkarzinom nicht, wie früher gezeigt wurde, wesentlich anders lägen. — Es sind hier offenbar noch Faktoren im Spiele, welche unsern Gedankengängen ferner liegen, die aber vielleicht mit Hilfe eines größeren, in gleicher Weise verarbeiteten Materials ergründet werden können.

8. Behandlungsdauer und Kostenfrage.

Unter den nicht unbedingt zu einer Statistik der Erfolge gehörenden Fragen war es noch von Interesse, zu erfahren, auf wie viele Tage sich der Aufenthalt unserer Kranken in der Klinik durchschnittlich erstreckte. Er betrug in den Jahren 1914—1924 11,5 Tage, vom Tage der Radiumeinlage ab gerechnet. Für operativ behandelte Kranke darf man wohl einen Durchschnittsaufenthalt von mindestens 25 Tagen annehmen. Abgesehen von dem geringeren Kostenaufwand ist es im allgemeinen zweifellos ein Gewinn, wenn die Frauen so früh wie möglich in die Familie zurückkehren und, wenn auch nicht voll leistungsfähig, immer einmal „nach dem Rechten sehen“ können. Wenn es erlaubt ist, einen vergleichenden Kostenüberschlag für operative und Strahlentherapie zu machen, so würde sich etwa folgendes ergeben:

Operation		Bestrahlung	
25 Tage zu 5 RM	125 RM	12 Tage	60 RM
Operationsaufwand	10 RM	Zinsanteil	50 RM
	135 RM		110 RM

Wir haben für diese Berechnung eine Durchschnittszahl von 50 Kranken pro Jahr angenommen, einen Radiumbestand für 50 000 M. (ca. 200 mgEl) bei 5proz. Verzinsung. Radium und auch Mesothor sind praktisch wertbeständig. Die Bestrahlung bringt also, abgesehen von anderen, hier nicht zu erörternden, wirtschaftliche und soziale Vorteile mit sich. —

Sollte sich allerdings in Zukunft herausstellen, daß durch besondere Ernährung oder Behandlung, vor allem nach der Bestrahlung, welche einen längeren Klinikaufenthalt notwendig macht und im vorigen Abschnitt gestreift wurde, eine Steigerung der Erfolgsziffern zu erreichen wäre, so würde ein weitgehender Ausgleich in den eben behandelten Fragen zwischen Operation und Bestrahlung eintreten. Dann wäre es aber auch so weit, daß die Bestrahlungserfolge die operativ erreichbaren ganz einwandfrei übertrüfen, was eine Abkehr von den eingreifenden Operationsverfahren in allen Kliniken zur Folge haben müßte. Die Aussichten darauf sind jetzt schon sehr gute.

Literatur:

1. Voltz, F.: Die Strahlenbehandlung der weiblichen Genitalkarzinome, S. 14. Urban & Schwarzenberg, 1930. — 2. Zbl. Gynäk., 1930, VI, S. 363. — 3. Pfeleiderer: Münch. med. Wschr. 1930, III, S. 97. — 4. Feldweg: Zbl. Gynäk. 1930, XIII, S. 780. — 5. Mayer, A.: Münch. med. Wschr. 1921, S. 168. — 6. Kermauner, F.: In Halban-Seitz, IV, S. 775. — 7. Alamanni, R.: Riv. ital. Ginec. 1928, VII, S. 577, zit. nach Zbl. Gynäk. 1930, XVI, S. 1006. — 8. Lahm, F.: In Halban-Seitz, IV, S. 690. — 9. Theilhaber, F.: Z. Krebsf. 1910, VIII, S. 474. — 10. Hofmeier, M.: Lehrbuch der Frauenheilkunde. — 11. Gusserow: Neubildungen des Uterus. Handbuch von Billroth-Lücke, 1886. — 12. Wintz: zit. n. Halban-Seitz, IV, S. 864.

Aus der Chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing. (Chefarzt: Prof. Dr. R. Dax.)

Zervikale Dilatationsmethoden, zugleich ein Beitrag zur Abortbehandlung.

Von F. H. Bardenheuer.

Zur Dehnung der Cervix uteri sind je nach Art des therapeutischen Eingriffes verschiedene Techniken üblich. Gebräuchlich sind Metaldilatatorien, Quellstifte, Tamponade, Metreurynter, operative Erweiterungsverfahren durch Muttermunds bzw. Zervixinzision, digitale Dehnung, Fruchtkörper. Aus dieser Aufzählung ist bereits ersichtlich, daß grundsätzlich zu unterscheiden ist, ob es sich um Dilatation außerhalb der Schwangerschaft, in frühen Schwangerschaftsmonaten oder am Ende der Gravidität handelt. Im Rahmen dieser Zusammenstellung soll in der Hauptsache die Zervixdilatation bei Behandlung von Aborten und Frühgeburten besprochen werden.

Klinische Methoden und die der Praktiker sind gerade auf diesem Gebiete nicht stets die gleichen. Bei der außerklinischen Abortbehandlung hat sich im allgemeinen immer noch die Scheidentamponade bewährt. Ihr Nachteil liegt darin, daß es häufig durch den hinter der Tamponade gestauten Uterusinhalt zur Zersetzung und Infektion kommt. Dies ist mit Grund, weshalb die Tamponade nie länger als 12 Stunden liegen bleiben darf und niemals erneuert werden soll. Unter klinischen Verhältnissen wird man meist auf die Tamponade als ein zervixdilatierendes und wehenregendes Mittel verzichten.

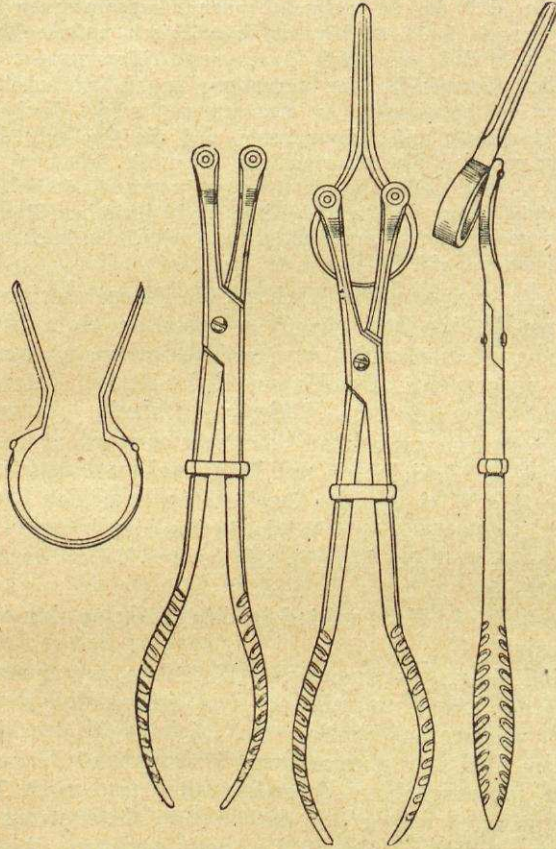
Anders verhält es sich mit den Quellstiften. Auch auf unserer Abteilung wurde vielfach bei Aborten, wenn die Ausräumung nicht in einer Sitzung erledigt werden konnte, davon Gebrauch gemacht. Ferner fand die Laminaria Anwendung bei Einleitung des künstlichen Abortus.

Die Erweiterung des Gebärmutterhalskanals geht bei der Laminariaanwendung schonend vonstatten. Zweckmäßigerweise legt man — nach vorheriger Dilatation mit Metaldilatatorien bis auf 5—7 mm — mehrere dünne Stifte nebeneinander ein. Bei einem einzigen entsprechend dicken Stifte quillt sonst das über den inneren Muttermund ins Uteruskavum hineinragende Ende derart, daß eine Entfernung des Stiftes Schwierigkeiten bereiten kann. Nachteil der Quellstiftdehnung ist seine zweifelhafte Keimfreimachung sowie, daß öfters mehrere Sitzungen erforderlich sind. Einem weiteren Nachteile (Abriegelung der Uterushöhle und Stauung ihres Inhaltes, einhergehend mit Zersetzung, Temperaturanstieg) versuchte man durch hohle Laminariastifte zu begegnen. Deren Bohrung ist jedoch so gering, daß eine wirksame Drainage nicht gewährleistet scheint. Um vollständige Erweiterung bis auf Fingerdurchgängigkeit zu erzielen, muß fast regelmäßig noch unmittelbar vor der Ausräumung eine Dilatation mit Hegar, Schroeder oder Jolly vorgenommen werden, die sich allerdings jetzt leicht erreichen läßt.

Vor einiger Zeit erschien nun eine kurze Abhandlung von Wolff [1] betitelt „Zur Ehrenrettung des Metranoiktors“. Es handelt sich um ein Instrument, das durch Federspannung eine rasche Erweiterung des Zervikalkanals bis auf Fingerdurchgängigkeit bewerkstelligt. Der Metranoikter wurde von Schatz [2] vor 50 Jahren bereits angegeben, wurde dann mehrfach wieder aus der Vergessenheit hervorgeholt, um ihr fast ebenso schnell wieder anheimzufallen. Hieraus könnte man den Eindruck gewinnen, daß dieses Instrument nicht wert sei, Bestandteil des ärztlichen Instrumentenschrankes zu werden. Diese Ansicht würde ich für verfehlt halten. Ich erblicke vielmehr den Grund dafür, daß sich der Metranoikter nicht durchsetzen konnte, darin, daß die verschiedenen ihn empfehlenden Veröffentlichungen [1—5] sämtlich nur in den gynäkologisch-geburtshilflichen Fachzeitschriften erschienen sind und dadurch dem größten

Teile medizinischer Praktiker vorenthalten blieben. Die Vorteile des Metranoikters als einem Dilatationsinstrument schienen nach dem Studium obenerwähnter Veröffentlichungen so einleuchtend, daß wir uns zu einer Nachprüfung entschlossen. Im folgenden sind unsere Erfahrungen und Ergebnisse der kritischen Nachprüfung niedergelegt.

Der Metranoikter wurde von uns in bisher 42 Fällen angewandt, und zwar 25mal bei Aborten, 5mal bei Interruptio und 12mal bei Dysmenorrhoe bzw. Probeaustastung des Uterus.



Metranoikter (entspannt) und Einführungsinstrument sowie Aufsicht und seitliche Ansicht des einlegungsbereiten Metranoikters. (Sanitätshaus Richard Woelk, Greifswald. Pr. 37 M.)

Das Instrumentarium besteht aus einem median gespaltenen, 55 mm langen und 5 mm dicken Stahlstift. An einem Ende sind die Stahlstifthälften durch eine kräftige Feder verbunden. Durch diese Stahlfeder wird bei geschlossener Stellung des Instrumentes den Stiften (Branchen, die intrazervikal zu liegen kommen) eine Spannkraft von 3–5 kg — je nach Stärke der Feder — erteilt. In geöffnetem Zustande sind die freien Enden der Branchen ca. 5 cm voneinander entfernt. Mit Hilfe eines besonderen Einführungsinstrumentes wird der Metranoikter gefaßt und werden dessen Branchen durch Druck geschlossen: der Metranoikter ist zur Einlage bereit!

Es ist zweckmäßig, ein ziemlich flaches, breites und kurzes hinteres Scheidenspekulum zu verwenden. Eine Muttermundsaßzange hakt die vordere Muttermundlippe an; folgt Reinigen der Portio und Desinfektion des Zervikalkanals durch kräftiges Auswischen mittels Wattestäbchen, die mit 1proz. Sublimatlösung getränkt sind. Falls nötig, wird erst noch der Halskanal mit Metalldilatoren bis auf 5 mm erweitert. Durch kräftigen Zug an der Portio wird dem Uterus eine Streckstellung verliehen, damit etwaige Verletzungen der vorderen oder hinteren Uteruswand beim Einführen des Instrumentes vermieden werden. Wenn die Stahlfeder des Metranoikters am äußeren Muttermund anstößt, lockert man langsam die Einführungszange, ohne jedoch einerseits mit dem Zuge an der Muttermundsaßzange und mit Gegendruck der Ringfeder gegen die Portio andererseits nachzulassen. Die Spreizwirkung soll langsam einsetzen; ist sie voll entfaltet, dann kann das Einführungsinstrument abgenommen werden, während die Ringfeder über den Damm hinweg in die Scheide geleitet wird, und zwar unter Druck gegen die Ringfeder in Richtung von unten nach oben schräg gegen die Bauchdecken zu. Auf diese Weise kommt die Spannfeder mit ihrer Basis auf die scheidennahe Wand des Mastdarms zu liegen. Hierdurch wird auch ein Herausgleiten des Metranoikters, ein Vorgang, der bei Nulliparen evtl. mal vorkommen könnte, der sich aber bei richtiger Technik stets vermeiden läßt, verhindert. Wir geben vor diesem kleinen Eingriff meist 0,02 cem Laudanum. Narkose war nie erforderlich.

Durch den Metranoikter werden nun reguläre Wehen unter starker Verkürzung der Zervix ausgelöst. In 6 bis 15 Stunden ist der Zervikalkanal von 5 mm bis auf gut Fingerdurchgängigkeit, oft für zwei Finger, erweitert. Bei eingelegtem Metranoikter ist — und dies ist einer der Hauptvorteile gegenüber anderen Dilatationsverfahren, wie Tamponade, Quellstifte etc. — der kontinuierliche Abfluß von Uterusausscheidungen gesichert. Fanden wir doch mehr als einmal Föt oder Plazenta durch die Branchen des liegengebliebenen Metranoikters hindurch in die Scheide hineingeboren vor!

Die Herausnahme des Metranoikters gestaltet sich sehr einfach. Portio wird angehakt, der Metranoikter sodann mit Hilfe der Einführungszange herausgenommen. Verschiedentlich entfernten wir auch den Metranoikter durch Zug an der Ringfeder, ohne Schaden davon zu sehen, doch ist es wohl denkbar, daß hierbei der äußere Muttermund infolge der starken Federkraft einreißen könnte. Schonender ist es jedenfalls, sich der Zange bei der Herausnahme zu bedienen. Jetzt kann die digitale Austastung folgen. Fast gleichzeitig pflegen wir 1 cem eines Hypophysenpräparates zu geben, nach beendeter Ausräumung oft noch 0,5–1,0 cem Gynergen.

Nach Aborten und Abrasionen messen wir der Nachbehandlung mit Stypticis zwecks Verhütung von Komplikationen und zwecks schnellerer Rückbildung des Uterus besonderes Gewicht bei. Wir geben auf die Dauer von 3–5 Tagen täglich 2 mal ein Sekale-Exklud-Zäpfchen [6], die ausgezeichnet wirksam sind und die Injektionen überflüssig machen. Die Diät sei leicht, kochsalz- und flüssigkeitsarm unter Vermeidung von Obst und Konserven, mehr nach der azidotischen Seite hin [7].

In gleicher Weise wie bei Aborten ist der Metranoikter zur Einleitung des künstlichen Abortes und der Frühgeburt brauchbar, ja wir möchten in dieser Hinsicht seine Anwendung als die Methode der Wahl hinstellen. Partus bzw. Ausräumung folgte innerhalb 3¼–16 Stunden nach der Einlage spontan bzw. manuell.

Zu guten Erfolgen verhalf uns der Metranoikter auch bei Behandlung der Dysmenorrhoe. Wir ließen ihn meist 5–12 Stunden liegen. Infolge der kontinuierlich wirkenden Spreizkraft der Branchen kommt es zu einer schonenderen und auch nachhaltigeren Dehnung des Halskanals im Gegensatz zu den bisher üblichen brüskten Dilatationsmethoden mit Metallstiften und Diszissionsmesser.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß der Metranoikter zur Vorbereitung der digitalen Probeaustastung des Uterus (z. B. bei Verdacht auf Karzinom, Myom, Polypen) sowie bei Vornahme der Hysteroskopie Anwendung finden kann.

Das ganze Verfahren sollte, ebensowenig wie z. B. die Laminariadilatation, ambulant durchgeführt werden, weil u. E. Bettruhe erforderlich ist. Gegen Anwendung des Metranoikters seitens des Praktikers im Privathause glauben wir dagegen keine Bedenken erheben zu müssen. Eine Nachprüfung dürfte der Methode neue Anhänger gewinnen.

Literaturangaben:

1. Wolff: Zbl. Gynäk. 1930, Nr. 11. — 2. Schatz: Arch. Gynäk. 1881. — 3. Daniel: Mschr. Geburtsh. 1903. — 4. Stephan: Arch. Gynäk. 116. — 5. Choulant: Inaug.-Diss., Greifswald 1920. — 6. Bardenheuer: Münch. med. Wschr. 1929, S. 1150. — 7. Bardenheuer: Münch. med. Wschr. 1929, S. 1205.

(Anschr. d. Verf.: München, Ruffinistr. 10.)

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Königsberg Pr.
(Direktor: Prof. W. Scholtz.)

Ueber die Wirkungsweise der gebräuchlichsten Depilatorien.

(Eva-Krem, Taky-Krem, Auripigment, Beiersdorfs Depilatorium, Atrix, Dulmin.)

Von Leo Abramson, Assistent der Klinik.

In den letzten Jahren hat die Nachfrage des Publikums nach Enthaarungsmitteln außerordentlich zugenommen und es sind mehrere Depilationspasten, sogenannte Depilatorien, z. B. Eva-Krem, Taky-Krem u. a. auf den Markt gekommen,