

Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri / von M. Hofmeier.

Contributors

Hofmeier, M.

Publication/Creation

München : F. Straub, 1890.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/c4pmyvdf>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Zur Frage
der
Behandlung und Heilbarkeit
des
Carcinoma uteri.

M. Hofmeier

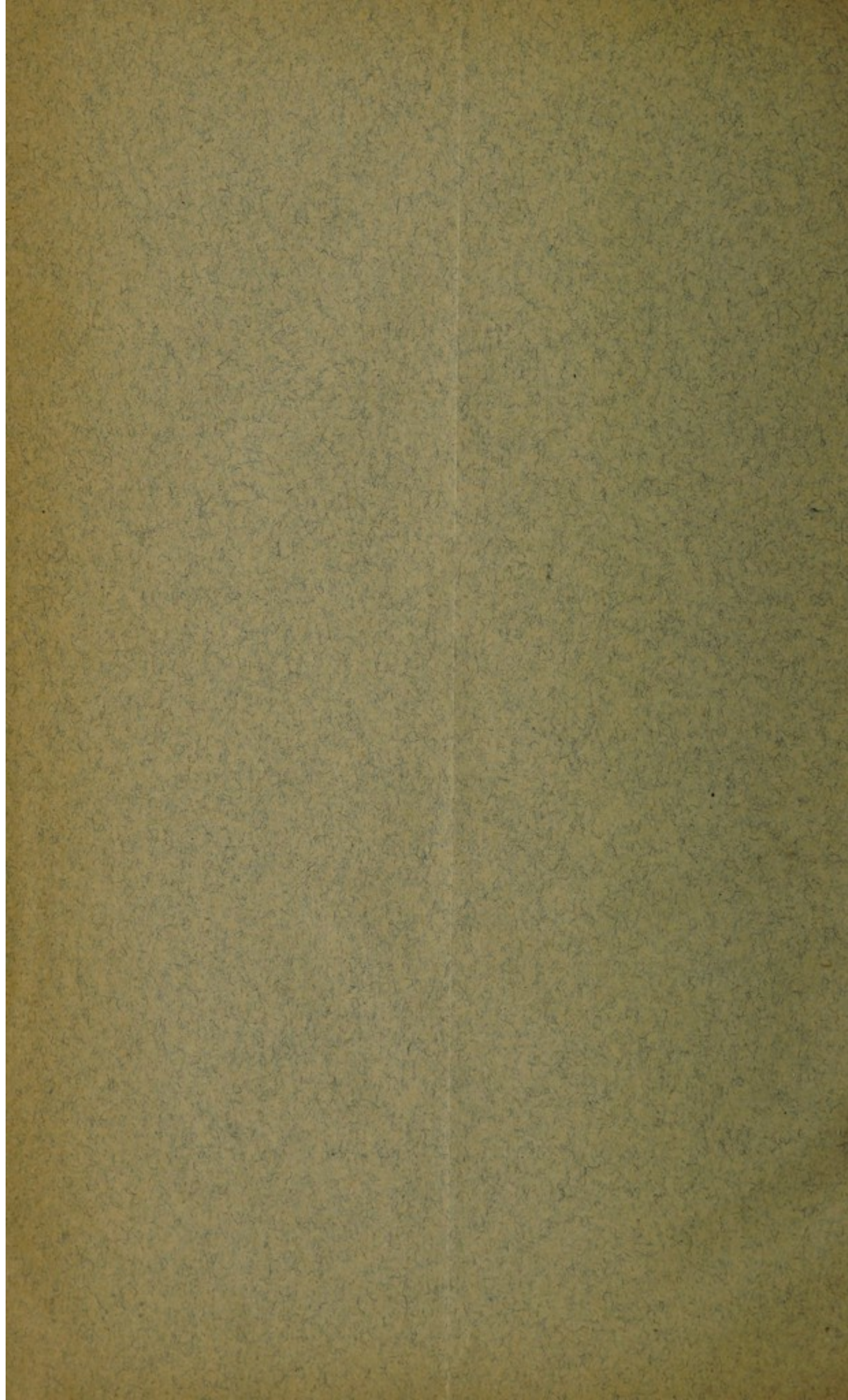
Von

M. Hofmeier.

Separatabdruck aus der Münchener Medic. Wochenschrift Nr. 42 u. 43.

München 1890.

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub.



Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri.¹⁾

Von *M. Hofmeier.*

Meine Herren! Die nächste Veranlassung, das obige Thema vor Ihnen zu behandeln, haben mir die mehr äusserlichen Thatsachen gegeben, dass ich vor einiger Zeit meine fünfzigste Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom ausführte und ferner, dass es gerade in diesen Tagen ein Decennium war seit der ersten von Schröder ausgeführten derartigen Operation, bei welcher ich ihm assistirte, die dann zusammen mit den Operationen von Czerny und Billroth den Anstoss zu der weiteren Ausbildung der Totalexstirpationen gegeben hat. Wenn auch eine Reihe deutscher Operateure (fremder wohl weniger) erheblich mehr Operationen der Art gemacht haben, so können die Erfahrungen von 50 Operationen, immerhin mit-sprechen und sie bilden einen gewissen Abschnitt, bei dem man sich fast unwillkürlich fragt: was hast du nun mit deinem Handeln geleistet? — Nur ein untergeordnetes Interesse hat heutzutage bei der Behandlung dieses Themas die Frage nach den augenblicklichen Erfolgen dieser Operationen, bezüglich nach der directen Gefahr derselben, indem aus den Veröffentlichungen der letzten 4 Jahre etwa hervorgegangen ist, dass in der Hand derjenigen Operateure, welche sie vielfach ausführten, die Ge-

¹⁾ Nach einem am 28. Juni 1890 in der physik.-medic. Gesellschaft in Würzburg gehaltenen Vortrag. Mit der Veröffentlichung desselben habe ich absichtlich so lange gewartet, bis die Verhandlungen des X. internationalen Congresses berücksichtigt werden konnten. Dies konnte allerdings bis jetzt wesentlich nur nach dem Referate des Centralbl. f. Gyn. erfolgen.

fährlichkeit soweit gesunken ist, dass z. B. Fritsch²⁾ 103 mit 10 Todesfällen, Kaltenbach³⁾ 60 mit 2, Leopold⁴⁾ 80 mit 4, Schauta⁵⁾ 65 mit 5, v. Ott-Petersburg⁶⁾ 30 mit 0 veröffentlichen konnten.

Was zunächst diesen Punkt anlangt, so habe ich selbst unter 56⁷⁾ Operirten 6 verloren. Charakteristischer Weise befanden sich unter diesen 6 Todesfällen je 2 auf einander folgende und zwar zwischen der 20. und 30. und der 40. und 50. Operation. Ich führe dies nur an als Beweis dafür, dass jedenfalls nicht die mangelhafte Technik oder Antisepsis an diesen Misserfolgen Schuld trug, sondern die in der Sache liegenden Gefahren, die selbst bei grösserer Erfahrung in diesen Dingen nicht ohne Weiteres auszuschneiden sind. Andere haben ähnliche Erfahrungen gemacht⁸⁾. Immerhin ist das Operationsresultat kein schlechtes, besonders wenn man noch in Rücksicht zieht, dass die 50 Ueberlebenden so ziemlich eine fieberlose Reconvalescenz durchmachten und am 10. — 14. Tage das Bett schon wieder verlassen konnten. Zusammen mit den oben genannten Resultaten anderer Operateure beweist dies wohl, dass es eine arge, wohl nur auf Unkenntniss beruhende Uebertreibung ist, wenn z. B. Byrne in einem sonst äusserst wichtigen Vortrag auf der letzten American Gynaecological Society im Jahre 1889⁹⁾ die Operation eine mörderische nennt und nicht vereinbar mit dem Gefühl von Pflicht und Verantwortlichkeit. Ich bin im Gegentheil der Ansicht, dass die deutsche Gynaecologie stolz darauf sein kann, dass hauptsächlich durch ihre Bemühungen diese Operation ihrer früheren Gefahren im Wesentlichen entkleidet ist.

Auf den technischen Theil der Operation hier ausführlicher einzugehen, ist nun nicht meine Absicht; um so weniger, da hierüber — mit Ausnahme kleiner Abweichungen — ziemlich Uebereinstimmung herrscht. Ich habe sämtliche Operationen

²⁾ Tannen, A. f. G., Bd. 37.

³⁾ Festschrift f. Hegar. Enke, 1889.

⁴⁾ Münchmeyer, A. f. G., Bd. 36.

⁵⁾ Münch. med. W. 1890, Nr. 33.

⁶⁾ Annal. d. Gyn. 1889.

⁷⁾ Seit dem Vortrage sind 6 weitere Kranke glücklich operirt.

⁸⁾ s. u. A: Mommsen, Inaug.-Dissert. d. Olshausen'schen Klinik, August 1890

⁹⁾ s. Transactions of the Am. Gyn. Soc. 1889.

nach den von mir in dem »Grundriss der gynäkologischen Operationen«, Wien, Deuticke 1888, dargelegten Grundsätzen ausgeführt: Sorgfältige Reinigung und Desinfection von Scheide und Uterus, Umschneidung der Portio, stumpfe Auslösung des Cervix, schnittweise Unterbindung der Parametrien bei gleichzeitigem Herabziehen des Uterus, provisorische Versicherung der Bauchhöhle durch einen desinficirten Schwamm, Verschluss der Bauchhöhle durch drei Nähte, von denen die beiden seitlichen die Scheidenwände, das Peritoneum und die invertirten Stümpfe fasst, die mittlere nur die beiden Scheidenwände und das Peritoneum. Die Resultate und der Verlauf lassen mir eine Aenderung dieser Technik nicht nothwendig erscheinen. Eine Zuhülfenahme blutstillender Klammern, die 48 Stunden liegen bleiben, kann unter Umständen sehr zweckdienlich sein.

Von viel grösserem Interesse und für die Zukunft der Operation bei Uteruscarcinom entscheidend ist die andere Frage, ob mit Einführung der Totalexstirpation ein wesentlicher Fortschritt in der operativen Heilbarkeit der Uteruscarcinome gemacht ist. Für Denjenigen, welcher die einschlägige deutsche Literatur der letzten Jahre verfolgt hat, scheint hierüber allerdings kaum ein Zweifel: alle Veröffentlichungen fast laufen auf eine unbedingte Verherrlichung der Totalexstirpation heraus. Kaum, dass sich hier und da eine schüchterne Andeutung findet, dass auch mit anderen Operationsverfahren sehr bemerkenswerthe Resultate erreicht worden sind oder zu erreichen sind. In dem Glanz der augenblicklichen Erfolge scheint sehr vielfach eine kritische Prüfung überflüssig, und mit halb mitleidigem Achselzucken wird von Denjenigen gesprochen, welche nicht unbedingt diesen ausserordentlichen Fortschritt anerkennen wollen.

Schon vor 3 Jahren, als ich mit recht mühsamer Arbeit die Resultate einer 10jährigen operativen Behandlung der Uteruscarcinome der Schroeder'schen Klinik zusammenstellte und mit wenigen Ausnahmen das Schicksal der Operirten über Jahre hinaus feststellte, habe ich zum ersten Male durch diese Arbeit für uns selbst und für Andere klar gestellt, mit welcher Aussicht auf einen längeren Erfolg die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses zu rechnen habe. Denn bei allen früheren Zusammenstellungen war niemals die Gesamtzahl der Operirten in ein bestimmtes Verhältniss gestellt zu der Zahl der Dauerheilungen.

Diese Resultate waren erzielt durch die früher ausgeführten infravaginalen, dann die supravaginalen Amputationen und dann seit 1880 mit der Ausführung der Totalexstirpation je nach den vorliegenden anatomischen Verhältnissen.

Schon damals konnte ich feststellen, dass die Endresultate unserer Totalexstirpationen des Uterus denen der partiellen Amputationen nachstanden. Vor 4 Jahren, zum Zweck eines Vortrages auf der Berliner Naturforscherversammlung, habe ich die Fälle abermals controlirt und ergänzt und kam zu dem Schlussresultat¹⁰⁾, dass nach partiellen Operationen am Uterus (ausgeschlossen die nicht wieder auffindbaren und die an der Operation verstorbenen Operirten) ganz ausserordentlich bessere Endresultate erzielt wurden, wie nach der Totalexstirpation.

Die folgende kleine Tabelle giebt die damals von mir erhobenen Resultate.

Tabelle I.

Geheilt p. Operation	Operationen	Gesammt- zahl	Recidive	Heilungen	Procent- satz
1. Jahr	Partielle	96	47	49	51
	Totale	33	13	20	63,6
	Summa	129	60	69	53,6
2. Jahr	Partielle	84	46	38	46
	Totale	29	22	7	24,1
	Summa	113	68	45	40
3. Jahr	Partielle	57	33	24	42,2
	Totale	23	17	6	26
	Summa	80	50	30	37,5
4. Jahr	Partielle	47	28	19	41,3
	Totale	10	10	—	0
	Summa	57	38	19	33,3

Ein Jahr nach der Operation also glänzender Erfolg der Totalexstirpation! im zweiten und dritten Jahr massenhafte Recidive; im vierten Jahr keine einzige Heilung mehr, während nach der partiellen Operation noch 3 Jahre nachher 42 Proc., und nach 4 Jahren 41,3 Proc. Heilungen constatirt wurden. Daraus war natürlich nicht zu folgern — und ich möchte es

¹⁰⁾ Z. f. G. u. G., Bd. 13.

nochmals besonders hervorheben, dass ich diesen unsinnigen Schluss nie gezogen habe — dass dies an der Operation als solcher läge, sondern daran, dass die für partielle Operationen geeigneten Carcinome prognostisch weit günstiger lägen, als die für eine Totalexstirpation geeigneten: mit anderen Worten allerdings, dass mit Einführung der Totalexstirpation eigentlich kein erheblicher Fortschritt in Bezug auf die Dauerheilung der vom Cervix uteri ausgehenden Carcinome gemacht sei. Denn um diese kann es sich natürlich nur handeln, da nur eine Meinung darüber bestehen kann, dass bei Carcinomen der oberen Abschnitte des Uterus die Möglichkeit der Heilung nur in einer Entfernung des ganzen Uterus bestehen kann. (Bei der späteren Vergleichung der Resultate können dieselben auch nur soweit in Betracht gezogen werden, als aus den Veröffentlichungen sich die Körpercarcinome und die Cervixcarcinome auseinander halten lassen.)

Diese, auf Grund unserer Operationsresultate damals von mir ausgesprochene Ansicht hat in Deutschland nicht viel Beifall gefunden und zunehmend scheinen die deutschen Gynaecologen von der alleinigen Ausführung der Totalexstirpation eine noch weitergehende Besserung der Dauerresultate zu erwarten. Schon damals habe ich ausgesprochen, dass ich erst dann den von mir eingenommenen Standpunkt als nicht zutreffend anerkennen könnte, wenn bei einer entsprechend grossen Anzahl von Total-exstirpationen allein ausgesprochen bessere Endresultate erreicht wären, als die von mir festgestellten, dass aber nur Thatsachen, nicht theoretische Reflexionen einen Anspruch auf Anerkennung finden könnten. Die Folgen für unsere Kranken sind zu ernste, als dass man aus theoretischer Voreingenommenheit oder Eigensinn sich der Wahrheit verschliessen dürfte.

Seitdem sind 4 Jahre vergangen, und es verlohnt sich wohl, an der Hand der seither veröffentlichten Thatsachen die Frage von Neuem zu prüfen; denn an »Thaten« haben die Anhänger der Totalexstirpation es seitdem nicht fehlen lassen; von dieser Seite liegt also genügendes neues Material vor. Leider sehr wenig neues von der anderen Seite. In der deutschen Literatur ist keine umfassendere Veröffentlichung über partielle Operationen und ihre Resultate mehr gemacht worden; ich selbst habe leider auch keine weiteren Erfahrungen sammeln können, da ich seit meinem Fortgang von Berlin dieselbe Erfahrung gemacht habe, wie Andere in umgekehrter Weise:

dass man nämlich an kleineren Orten relativ viel weniger frühe Stadien der Erkrankung zu Gesicht bekommt, wie in einer Grossstadt. Fast alle Fälle, bei denen ich überhaupt die Operation noch für angezeigt hielt, waren hart an der Möglichkeit der Ausführbarkeit; der einzige für eine partielle Operation wirklich günstig liegende Fall wurde von meinem Assistenten, Herrn Dr. Steffek, fast zufällig entdeckt und in meiner Abwesenheit operirt; in einem anderen Fall entzog sich die Kranke der Operation. Ich will auch gar nicht leugnen, dass ich unter dem Einfluss der zunehmenden Besserung der Resultate der Totalexstirpation mich unwillkürlich leichter dazu entschlossen habe, in einzelnen Fällen diese zu machen, wo ich früher die hohe Amputation gemacht hätte. Und dann — ich weiss nicht, ob es Zufall ist, oder ob wirkliche Unterschiede mitspielen — überwiegen in dem Material, welches ich in Giessen und in Würzburg gesehen habe, ganz entschieden bedeutend die Carcinome der Cervixschleimhaut über die der Portio. So kann ich leider einen eigenen neuen Beitrag in diesem Punkte nicht liefern. Auch in der auswärtigen Literatur liegt, wie es scheint, nur ein für diese Frage verwerthbarer Beitrag vor in einer Mittheilung von Verneuil (Bull. de la soc. d. Chir. Oct. 1888), den ich dem *Traité de Gyn.* von Pozzi (pag. 412) entnehme. Nach 21 mit dem Ecraseur ausgeführten infravaginalen Amputationen der Portio trat nur 9mal ein örtliches Recidiv auf; eine Patientin war erst zu kurze Zeit operirt; 10 Operirte blieben $1\frac{1}{2}$ — 5 Jahre von einem örtlichen Recidiv befreit.

In dem sonst so wichtigen und in Bezug auf die Grundsätze, nach welchen operative Eingriffe bei Uteruscarcinomen zu machen sind, so vielfach mit den von Schroeder und mir vertretenen Anschauungen übereinstimmenden Buch von John Williams (der Krebs der Gebärmutter, deutsch b. Hirschwald 1890) ist leider über die Dauererfolge seiner Operationen nichts mitgetheilt.

Was nun die in der Literatur bekannt gegebenen Endresultate nach der Totalexstirpation betrifft, so ist es leider — und ich sage dies ohne jeden Nebengedanken — nicht immer leicht, aus der Art der Veröffentlichungen ein klares Bild über die Dauererfolge zu bekommen, während es doch so ausserordentlich einfach wäre — z. B. in der von mir vorgeschlagenen Weise — ein tabellarisches Verzeichniss sämmtlicher

Operirten zu geben, in welchem man von Halbjahr zu Halbjahr das weitere Schicksal derselben verfolgen könnte. Prüfen wir nun der Reihe nach die vorliegenden Endresultate der Total-exstirpationen, soweit man sie bis jetzt übersehen kann. (In Betracht für eine solche vergleichende Kritik kommen selbstverständlich nur die Carcinome am Cervix uteri.)

Aus Kaltenbach's Mittheilung geht Folgendes hervor: nach Abrechnung von 1 Todesfall und von 2 der weiteren Controlle entgangenen Fällen blieben zur Beurtheilung des Dauerresultates über 1 Jahr: 26 Operirte. Von denselben hatten innerhalb des ersten Jahres bereits 18 ein Recidiv, 8 blieben gesund. Ganz abgesehen davon, dass — wie ich schon früher statistisch nachgewiesen habe und wie es auch aus einigen neueren Mittheilungen hervorgeht — nach der Totalexstirpation im zweiten Jahre nach der Operation noch in einer grossen Anzahl der Fälle Recidiv auftritt, ist das Heilresultat nach dem ersten Jahr $8:18 = 30$ Proc. Heilungen und 70 Proc. Recidive.

Eine wesentlich bessere Prognose scheint aus der Statistik von Martin hervorzugehen (Berliner Klin. Wochenschr. 1887, Nr. 5), basirt auf 94 Fällen von Totalexstirpation. Nach Ausscheidung der Verstorbenen, der zu frisch Operirten und der nicht weiter zu Verfolgenden, ebenso der wegen Carcinoma corporis Operirten, blieben 31 wegen Cervixcarcinomen Operirte, von denen nach Verlauf eines Jahres noch 19 gesund waren und nur 12 Recidiv zeigten. Indess ist hier wohl zu bemerken, dass aus der ganzen Zusammenstellung von vornherein 28 ungünstige Fälle ausgeschieden sind, welche natürlich mit eingerechnet werden müssen, wenn ein Vergleich mit anderen Statistiken möglich sein soll, denn solche von vornherein ungünstig liegende Fälle werden jedem Operateur vorkommen und sind in anderen statistischen Angaben ebenfalls mit inbegriffen. Rechnet man von diesen 28 Operationen die des letzten Jahres (8) und die gleich p. oper. Verstorben (5) ab, so bleiben 15 Operirte übrig, bei denen gleichfalls bald ein Recidiv auftrat, und dann sind nicht von 31 Operirten nach einem Jahr 19 gesund und nur 12 recidivirt, sondern 19 Heilungen zu 27 Recidiven: d. h. 41 Proc. Heilungen und 59 Proc. Recidive.

Erheblich günstiger in dieser Beziehung scheinen die Resultate von Leopold, veröffentlicht von Münchmeyer (Arch. f. Gyn. Bd. 36) zu sein. Ich sage absichtlich »scheinen«,

denn es gilt von dieser Veröffentlichung gerade das oben Gesagte: Trotz eifrigen Studiums und bestem Willen ist es mir kaum möglich gewesen von den wirklichen Verhältnissen ein klares Bild zu gewinnen. Ueber die ersten 42 Operationen bis März 1887 ist (Arch. f. Gynäkol. Bd. 30) von Leopold selbst referirt; Münchmeyer berichtet jetzt über die weiteren Resultate zweier Jahre: 38 weitere Operationen bis März 1889. Nun sagt zwar Münchmeyer: »Die 62 noch lebenden Frauen wurden brieflich um ihr Befinden gefragt«, aber leider fügt er nicht hinzu, ob dies auch zum Zweck seiner Zusammenstellung bei den ersten 42 Operirten von Neuem und sicher wiederholt wurde. (Es war nämlich damals auch schon auf diese Art von ihnen Nachricht eingezogen.) Es kann dies sicher ja nur ein lapsus calami sein; aber ich werde gleich bemerken, warum die ausdrückliche Anführung dieser Thatsache doch sehr wünschenswerth gewesen wäre. Münchmeyer führt nämlich an, dass von diesen 42 länger wie 2 Jahr Operirten, im März 1889 noch 27 oder 64,5 Proc. sicher recidivfrei seien. Nun führt Leopold von diesen selben 42 Operirten bereits an, dass mit Ausnahme von 5 Gestorbenen und 11 im letzten Beobachtungsjahr (März 1886 bis März 1887) Operirten von 26 Patientinnen 18 mindestens 1 Jahr recidivfrei befunden wären. Es müssten nun also nicht nur diese 18 Operirten sämmtlich weitere 3 (!) Jahre gesund geblieben sein, sondern auch von den nächsten 11 Operirten (Fall 32—42) müssten 9 zwei (!) Jahre ohne Recidiv geblieben sein, wenn die Zahl Münchmeyer's (27) zutrifft. Das Letztere: (von 11 Operirten 9 Gesunde) ist schon nicht möglich, da eine dieser 11 (Nr. 39) gestorben ist, und bei zwei anderen (Nr. 34 u. 36) von Leopold selbst bereits ein Recidiv constatirt wurde. Es muss also später von den 26 ersten Patientinnen ausser den 18 von Leopold bereits genannten, noch eine weitere 2 Jahre gesund geblieben sein. Dies kann wohl nur Fall 31 betreffen, der bei der ersten Arbeit erst 8 Monate operirt war und nicht mit verwerthet zu sein scheint. Es würde sich also hieraus das bis jetzt unerhörte Resultat ergeben, dass von Allen bis zum März 1887 Operirten in den folgenden zwei Jahren keine Einzige weiter an Recidiv erkrankt ist! — Wenn nun von diesen 42 Operirten im März 1889 noch 27 »recidivfrei« waren, so fragt man sich, was das Schicksal der übrigen 15 wohl gewesen ist, da über die etwaigen Recidive nichts gesagt ist. Von diesen 15 sind 3 gleich p. oper.

gestorben (Nr. 10, 12, 39), 2 an Psychosen (6, 17), eine an Phthisis pulm. (16), eine ohne bekannte Todesursache (19), zusammen 7. An Recidiv können also nicht mehr erkrankt sein als $15 - 7 = 8$ — dieselbe Zahl von Recidiven, welche Leopold bereits im März 1887 feststellte. Auch aus dieser Analyse ergibt sich also die gleiche erstaunliche Thatsache, dass bei Keiner der bis März 1887 Operirten in den folgenden zwei (!) Jahren ein Recidiv beobachtet ist! Es muss auch sonst Keiner dieser Operirten in diesen zwei Jahren etwas Besonderes zugestossen sein, denn die als besondere Todesursachen von Münchmeyer bezeichneten (2 Psychosen, 1 Phthisis) finden sich auch bereits in der Leopold'schen Arbeit. Dabei mag noch ausdrücklich erwähnt sein, dass von den 18 von Leopold als gesund Bezeichneten nicht weniger wie 12 nur »laut Nachricht« gesund sind. Aus diesen Darlegungen ergibt sich ohne allen Zweifel, dass die von Münchmeyer im März 1889 mitgetheilten Resultate ganz genau dieselben sind, wie sie Leopold für sämtliche bis März 1887 Operirte schon zu dieser Zeit feststellte! Hierach muss der Wunsch wohl berechtigt erscheinen, dass Münchmeyer ausdrücklich bemerkt hätte, ob er das Schicksal dieser ersten 42 Operirten auch sicher wieder neu controllirt hat; denn die obigen Thatsachen widersprechen allen sonstigen Erfahrungen über Carcinome!

Aber die Zahlen von Münchmeyer führen zu noch weiteren Schlüssen. Er führt (p. 430) an, dass von 51 (also bis März 1888) überlebenden Operirten bei 13 ein Recidiv beobachtet sei (6 Körpercarcinome mit 2, 10 Cervixcarcinome mit 4, 35 Portiocarcinome mit 7 Recidiven). Nach seinen Ausführungen auf p. 426 sind aber überhaupt bei sämtlichen 76 Ueberlebenden nur 13 Recidive zur Beobachtung gekommen (10 Todesfälle, 3 an den Lebenden); daraus würde die weitere höchst auffallende Thatsache hervorgehen, dass vom März 1887 (Leopold's Veröffentlichung) bis zum März 1889 bei 51 Operirten Ueberlebenden und darunter 17 im letzten Jahr Neuoperirten, nur 5 Recidive bei den 21 Operirten des letzten Beobachtungsjahres (März 1888–89), dann aber weiter kein einziges zur Beobachtung gekommen sei! Leopold selbst berechnet nach seinen eigenen, schon so günstigen Erfahrungen den Procentsatz der Recidive des ersten Jahres auf 21,6! — Nehmen wir nun noch die Aeusserung Münchmeyer's hinzu (p. 429), dass »von 14 Frauen, bei

denen mehr oder weniger starke Infiltrationen der Parametrien gefunden wurden, nur 3 einen Rückfall hatten« (mit Ausserachtlassung der letzt operirten Fälle), so glaube ich nicht viel Widerspruch zu finden, wenn ich sage, dass die Erfahrungen über Carcinom in Dresden andere sind, wie anderwärts, selbst wenn man einen unverhältnissmässig grossen Procentsatz günstiger Fälle annimmt. Nach den gegebenen Notizen ist dies übrigens nicht einmal der Fall. Sollte nicht den Berichten der Kranken oder über die Kranken ein zu guter Glaube entgegengebracht sein? Aus den dargelegten Gründen — dass bei 42 wegen Carcinom Operirten sich im Laufe der nächsten zwei Beobachtungsjahre gar nichts gegen das damals gleich festgestellte Resultat geändert haben soll — möge man es mir nicht verübeln, wenn ich neben die von Münchmeyer gegebene Zahl aus dem Leopold'schen Institut ein »?« setze.

Am Anspruchsvollsten in Beziehung auf ihre Folgerungen und ihre grundsätzliche Verwerfung der partiellen Operationen tritt eine neueste Veröffentlichung von Tannen aus der Breslauer Klinik auf. Auch hier sind allerdings von der Statistik von vornherein einige Fälle ausgeschlossen, bei denen — nach den Worten des Autors — die Totalexstirpation wegen Zurücklassung fühlbarer Krebsknoten eine unvollkommene war, wodurch der Vergleich mit anderen Statistiken wieder erschwert wird. Wenngleich die hier in Betracht kommenden Zahlen nicht gross sind, machen sie das Resultat doch ungenau. Zur Rechtfertigung seines Standpunktes: der Verwerfung jeder Partialoperation geht der Autor von der erst zu beweisenden Prämisse aus, dass die Totalexstirpation besser vor Rückfällen schütze und stellt zum Beweise dessen folgende vergleichende Tabelle auf:

Tabelle II.

I. Partielle Operationen (Hofmeier)	Rückfallfrei	II. Totale Exstirpationen (Unsere Tabelle)
51 Proc. (49 : 47)	1 Jahr	57 Proc. (37 : 28)
45,2 » (38 : 46)	2 »	47 » (23 : 26)
42,0 » (24 : 33)	3 »	48,7 » (19 : 20)
41,3 » (19 : 27)	4 »	45 » (14 : 17)

Bei der Zusammenstellung dieser Zahlen muss nun wohl dem Autor selbst der Gedanke gekommen sein, dass die hier festgestellten Unterschiede zwischen den Resultaten der Total- und der Partialoperationen wirklich zu geringe sind, als dass sich daraus die absolute Ueberlegenheit der Totalexstirpation über die partielle

folgern liesse, denn er schliesst hier: »Die Zusammenstellung zeigt, dass die Totalexstirpation wenigstens so sicher vor Rückfällen schützt, wie die partiellen Operationen!« Dies braucht allerdings meiner Ansicht nach nicht erst mit grossen Statistiken bewiesen zu werden, da der gesunde Menschenverstand im Allgemeinen wohl ausreichen wird, ohne weiteren Beweis zu glauben, dass die Entfernung eines ganzen Organs keine schlechteren Heilresultate geben wird, wie die nur eines Theiles desselben. Der ganze Standpunkt erscheint überhaupt in der Arbeit von Tannen verschoben, wenn er meint, ein Vergleich zwischen den Resultaten beider Operationen, wie ich ihn aufgestellt, sei zwar ziffermässig richtig, in Wahrheit aber unrichtig, da das verwerthete Material nicht gleichwerthig sei. Einen solchen »Vergleich« habe ich nie aufgestellt und würde ihn nie aufstellen, weil ich ihn für unsinnig halten müsste: ich habe an unseren Operationsresultaten zahlenmässig nachgewiesen, welche Erfolge mit Anwendung der Totalexstirpation und der Partialoperationen — je nach der anatomischen Lage des Falles — zu erreichen sind, und habe bewiesen, dass der beste Theil unserer Erfolge durch Partialoperationen erreicht sei, und dass diese deshalb für die Mehrzahl der operirten Fälle genüge. Von einer Folgerung, »dass die partiellen Operationen bedeutend mehr vor Rückfall sicherten, als die totalen«, kann also wohl keine Rede sein!¹¹⁾

¹¹⁾ Wenn übrigens Herr Tannen in seiner Begeisterung für die Totalexstirpation wieder mit der Einwendung kommt, dass die partiellen Operationen mindestens ebenso gefährlich seien, und dass eine Frau ohne Gebärmutter günstiger gestellt sei als eine mit hoch abgeschnittenem Scheidentheil, weil sie bei etwa eintretender Conception eine schwere, vielleicht lebensgefährliche Entbindung durchzumachen habe, so hätte ein etwas eingehenderes Literaturstudium ihm leicht zeigen können, dass ich genau dieselben theoretischen Bedenken an der Hand der literarisch bekannten Thatsachen schon einmal in einer Erwiderung von Brennecke (Berl. klin. W. 1886, Nr. 23) eingehend widerlegt habe. Den dort angeführten, in der Literatur bekannten Fällen von glücklichen Entbindungen nach Amputation des Cervix wegen Carcinom füge ich einen neuen aus der erwähnten Arbeit von Byrne (l. c. pag. 89) hinzu: »Mrs. H., aged thirty-two, had well marked cancer of cervix, which was removed by galvano-cautery in February 1878. During the first year she returned for examination, but all at once ceased to report. Three months ago she made her appearance at my clinic in St. Mary's Hospital, stating that she had been a resident of Ohio for the last ten years, had given birth to four children during that time etc. etc. The surrounding tissues

Die aus seiner Tabelle gezogene Erkenntniss hält aber den Autor doch nicht ab, auf der nächsten Seite zu wiederholen, dass seine Gründe wohl genugsam für die Verwerfung der partiellen Operationen sprächen, und schliesslich in Thesenform den Satz aufzustellen, dass alle partiellen Operationen zu verwerfen und statt ihrer allein die vaginale Totalexstirpation zu machen sei. Meiner Ansicht nach ist der zu ziehende Schluss gerade umgekehrt, nämlich der, dass mit partiellen Operationen fast genau dieselben guten Dauerresultate erreicht sind, wie mit der Totalexstirpation allein. Mit anderen Worten heisst dies natürlich nichts Anderes, als dass im Wesentlichen nur diejenigen Formen und Stadien des Gebärmutterkrebses eine Aussicht auf dauernde Heilung bieten, bei welchen man mit partiellen Operationen auskommen kann. Dieser Eindruck wird noch wesentlich verstärkt durch ein näheres Studium der von Tannen mitgetheilten Einzelheiten. Ohne den Dingen irgendwie Gewalt anthun zu wollen, kann man nach der Beschreibung ohne Weiteres sagen, dass die Fälle mit länger festgestellter Heilung auch für eine supravaginale Amputation recht geeignet gewesen wären. In hohem Grade auffallen muss die grosse Anzahl der Portiocarcinome im Verhältniss zu den Cervixcarcinomen.

Ausser diesen ausführlichen Mittheilungen über die End-

were soft and normal and no evidence of pelvic disease could be detected«. Ich kann also nur wiederholen, was ich an jener Stelle gesagt habe, und ich meine, es könnte für die deutsche gynäkologische Literatur nur vortheilhaft sein, wenn manche Autoren ihre mit grosser Sicherheit vorgetragenen Schlüsse mehr auf »bewiesene« als auf »gegläubte« oder theoretisch angenommene Thatsachen gründen möchten. Das Gleiche gilt von der von Herrn Tannen von Neuem hervorgehobenen Gefährlichkeit der partiellen Operationen. Da an der Breslauer Klinik derartige Operationen nicht gemacht werden, woher hat dann Herr Tannen seine Erfahrungen über deren Gefährlichkeit? Ganz abgesehen von den seinerzeit von mir gegebenen, vom Autor selbst angeführten Zahlen (7,4 Proc. für die Gesamtzahl aller Operirten, auch aus der ersten Zeit, 4 Proc. für die letzten 50, 0 Proc. für die letzten 34 Operationen) verweise ich ausdrücklich auf die in der angeführten Dissertation von Mommsen aus der Berliner Frauenklinik veröffentlichten Zahlen. Von 138 Totalexstirpationen der letzten 4 Jahre starben 18 = 13 Proc.; von 82 supravaginalen Amputationen der letzten 7 Jahre starben 2 = 2,3 Proc. Hoffentlich wird jetzt endlich einmal der immer wieder vorgebrachte, der Natur der Sache nach eigentlich unmögliche, Einwand der grösseren oder gleichen Gefährlichkeit der supravaginalen Amputationen aufhören!

resultate liegen noch zwei kurze, aber bedeutsame Mittheilungen vom X. Internat. Congress vor, zunächst von Olshausen, welcher von 40 in den letzten Jahren Operirten nach 2 Jahren noch 19 oder 47½ Proc. gesund fand. Von 56 aus früherer Zeit Operirten waren (nur ?) noch 6 recidivfrei, was er durch eine zu weit gehende Indicationsstellung erklärt. Ferner theilte Schauta mit, dass er 47,3 Proc. Heilungen nach 2 Jahren bei seinen Operirten constatiren konnte. Bei diesen beiden Autoren sind allerdings die Carcinomformen nicht auseinander gehalten.

Meine eigenen Resultate, soweit sie etwa aus jenen 56 Operationsfällen zu entnehmen wären, sind leider für die Beantwortung dieser Frage der Dauerheilung nicht zu verwerthen, da ich in Folge meines mehrmaligen Wohnungswechsels die meisten Operirten aus dem Auge verloren habe. Soweit ich wieder etwas erfahren konnte, stellt sich das Resultat nach Abzug der p. oper. Verstorbenen so, dass von 25 Operirten nach Verlauf eines Jahres noch 15 gesund waren, 10 an Recidiv erkrankt. Von den 15 Gesunden erkrankten im Verlauf des zweiten Jahres noch 5 am Recidiv, von den meisten Anderen habe ich nichts in Erfahrung bringen können; bei drei derselben ist die völlige Gesundheit 3 und 3½ Jahre sicher festgestellt. Hierunter ist mindestens eine — jene Kranke, deren im II. Monat schwangeren Uterus ich auf dem Titelblatt des Grundrisses der gynäkologischen Operationen abgebildet habe — bei welcher wahrscheinlich eine einfache Amputation dasselbe Resultat herbeigeführt hätte, wenn nicht die bestehende Schwangerschaft mich damals die Totalexstirpation vorziehen liess. Auch bei 2 wegen Carcinom des Körpers Operirten ist bei der einen jetzt 4 Jahre, bei der anderen 2 Jahre ein völliger Gesundheitszustand ganz sicher festgestellt.

Soweit die Erfahrungen über diese Frage in der deutschen Literatur.

Im Ausland hat die Totalexstirpation bekanntlich von vornherein zunächst wegen ihrer Gefahren, dann wegen ihrer Unwirksamkeit — allerdings meist theoretischen — Widerstand gefunden. In Frankreich hat sie in den letzten Jahren entschieden gewonnen, wie es scheint, seitdem durch die Anwendung der Richelot'schen Klammern etwas national Französisches in die Technik aufgenommen ist, und sie hat besonders in Pozzi (l. c. pag. 409 ff.) einen sehr begeisterten Anhänger gefunden. In

Russland hat sie jetzt ebenfalls festen Fuss gefasst (siehe Sajajitzki, Verh. d. X. intern. Congr. pag. 108). In England und Amerika ist ihre Berechtigung fast nur für die Carcinome des Corpus zugegeben. Die Verwerfung der Operation ist zum Theil eine geradezu fanatische. Gerade aus dem letzteren Lande dürften übrigens Diejenigen, welche die Totalexstirpation des Uterus für den bei Carcinom allein berechtigten Eingriff halten, eine etwas abkühlende Belehrung erfahren durch den mehrfach erwähnten Aufsatz in den Transactions of the American Gynaecological Society von John Byrne: A digest of twenty years experience in the treatment of uterine cancer by galvano-cautery. Die dort mitgetheilten Erfahrungen beziehen sich im Ganzen auf 367 Fälle, von denen allerdings fast die Hälfte wegen der starken Fluctuation der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten nicht weiter verfolgt werden konnte. Wenn ich zum Vergleich hier nur die Fälle heranziehe, welche sicher als Portio- und Cervixcarcinome anzusehen waren, so waren dies zusammen 140, von denen 47 sich der Beobachtung entzogen; 2 starben nach der Operation; bleiben also verwerthbar 91. Von diesen 91 sollen innerhalb zwei Jahren nur 13 ein Recidiv gezeigt haben; 9 Kranke waren erst innerhalb der letzten 2 Jahre operirt: bleiben also 71 oder 77 Proc. (!), welche über 2 Jahre bis zu 18 Jahren gesund geblieben sein sollen. Diese Resultate erscheinen zunächst so auffallend, dass man sich mit Recht fragen könnte, ob die Diagnose wohl auch immer berechtigt war. Doch möchte ich daran erinnern, dass schon vor 10 Jahren von Pawlik, Wiener Klinik, aus der Braun'schen Klinik ausserordentlich günstige Heilresultate nach dem Gebrauch der Galvanokaustik mitgetheilt sind, und dass bei Gelegenheit der Zusammenstellung der Schroeder'schen Operationsresultate ich seinerzeit¹²⁾ eine Anzahl ausgezeichnete Erfolge nach Anwendung des Glüheisens constatiren konnte, so auffallend gut, dass Schroeder sich damals veranlasst sah, von Neuem den Versuch zu machen, die blutige Operationsmethode mit der Behandlung durch das Glüheisen zu verbinden: ein Versuch, der aber bald wegen seiner technischen Schwierigkeiten wieder aufgegeben wurde. Auch Fraenkel (X. Internat. Congress) theilte jüngst wieder eine solche Heilung von 8 Jahren Dauer nach galvanokausti-

¹²⁾ Z. f. G. u. G.. Bd. 10.

scher Amputation mit; ebenso sind in der Literatur noch zahlreiche andere zu finden (s. Pozzi, l. c.).

Wenn man nun diesen letzten Gesichtspunkt einmal ganz bei Seite lässt, so stellen sich die Erfahrungen über die Endergebnisse der operativen Behandlung des Carcin. cervic. nach den neuesten Mittheilungen folgendermaassen dar:

Kaltenbach (Totalexstirpation)	nach 1 Jahr Heilungen	30 Proc.
Fritsch (dto)	» 2 »	47 »
Leopold (dto) incl. Carcin. corpor.	» 2 »	64,4 »
Martin (dto)	» 1 »	41 »
Schauta (dto) incl. Carcin. corpor.	» 2 »	47,3 »
Olshausen ¹³⁾ (dto) incl. Carcin. corp.	» 2 »	47,5 »
Schröder-Hofmeier (Partialext.)	» 2 »	45,2 »

Ich brauche kaum hinzuzufügen, dass von »Heilungen« natürlich nur soweit die Rede sein kann, als darunter Freisein von einer örtlichen Erkrankung verstanden ist.

In dieser Uebersicht fällt zweierlei wesentlich auf: 1) die ausserordentliche Gleichheit in den erreichten Heilungsziffern; (nur die Leopold'sche Ziffer ist wesentlich und bis jetzt allein höher). Wenn es erlaubt ist, aus dieser Thatsache einen Schluss zu ziehen, so dürfte es der sein, dass der Procentsatz der prognostisch günstigen Fälle von Carcinoma cervic. bei einem grösseren Material überall ziemlich gleich ist. 2) dass (mit einziger Ausnahme der Leopold'schen Zahlen) mit der grundsätzlichen Bevorzugung der Totalexstirpation allein keine erheblich günstigeren Resultate erreicht sind, als mit den Partialoperationen: mit anderen Worten, dass die Dauerheilungen nach der Totalextirpation im Wesentlichen sich auf solche Fälle beschränken, bei welchen wahrscheinlich auch die partiellen Operationen genügt hätten zur Herbeiführung desselben Resultates. Alles Uebrige verfällt in mehr oder weniger kurzer Zeit dem Recidiv. Ich bin weit davon entfernt, hier die Frage des Genaueren untersuchen zu wollen, ob unter diesen Umständen bei solchen Fällen die Totalexstirpation zu machen sei oder nicht; ich für meine Person halte sie mit Kaltenbach, Fritsch, Schauta u. A. aus Gründen, auf welche ich hier nicht weiter eingehen

¹³⁾ In der Dissertation von Mommsen ist der Procentsatz der nach 2 Jahren constatirten Heilungen der Cervix- und Portio-Carcinomen allein für die Zeit vom Mai 1887 bis Juli 1888 bei einer Zahl von 50 überlebenden Operirten auf 17 = 34 Proc. angegeben (ohne dass hierbei Total- und Partial-Operationen auseinander gehalten wären).

will, auch hier häufig für einen sehr segensreichen Eingriff. Indess der Thatsache sich verschliessen, dass wir mit ihr in der Dauerheilung des Carcin. cervic. nicht viel weiter gekommen sind, wie früher, oder die mehr weniger verhüllten und unverhüllten Andeutungen verschiedener Autoren, dass es sich bei den Dauerheilungen nach Partialoperationen um diagnostische Irrthümer handle¹⁴⁾, heisst doch, sich die Augen mit beiden Händen zuhalten!

Zugegeben selbst, dass bei der so grossen Verbesserung der augenblicklichen Resultate der Operation und mit Rücksicht auf das Alter der meisten dieser Kranken es praktisch ziemlich gleichgültig ist, ob der Uterus zum Theil oder ganz entfernt wird: wissenschaftlich kann es, wie ich früher schon betont habe, »nicht gleichgültig sein zu wissen, dass gewisse Formen des Carcinom am Cervix bis zu einer gewissen Zeit ein rein örtliches und durch eine örtliche Operation zu beseitigendes Leiden sind«. Ja, ich möchte noch weiter gehen und sagen, dass es auch prognostisch und praktisch nicht gleichgültig ist, sich diese Erkenntniss vor Augen zu halten, denn sie beweist, dass nicht von einer weiteren Ausdehnung der Operation oder des Operationsfeldes eine noch weitere Besserung der Dauerresultate zu erhoffen ist. Darum stehe ich auch allen Versuchen, eine solche durch Ausräumung der Parametrien oder Eröffnung des kleinen Beckens von hinten her zu erreichen, äusserst skeptisch gegenüber. Nur von einer frühzeitigen Diagnose allein kann die Besserung erhofft werden,

¹⁴⁾ Die Autoren der letzteren Categorie verweise ich ausdrücklich, soweit ihre Zweifel meine Veröffentlichungen etwa betreffen, auf die von mir gerade zu diesem Zwecke gegebene ausführliche Wiedergabe der Untersuchungsbefunde im 13. Bd. d. Z. f. G. u. G. An derselben Stelle habe ich auch in derselben Weise die zur Beobachtung gekommenen Recidive, besonders ihrer Verbreitung nach, zusammengestellt, und es muss sehr sonderbar erscheinen, wie die Herren Abel und Landau in der Vorrede zu ihrer sonst so verdienstlichen Uebersetzung des Buches von Williams es als ein besonderes Verdienst dieses Autors hervorheben, dass er als erster die Verbreitungswege des Recidivs berücksichtigt habe, wo der Autor selbst auf pag. 74 und 75 ausdrücklich auf meine Befunde des Längeren verweist. Die Bestätigung, welche meine damaligen Befunde und principiellen Anschauungen über diesen Punkt durch seine anatomischen Untersuchungen gefunden haben: dass nämlich die Recidive sich nicht nach dem Uterusstumpf, sondern nach dem Beckenbindegewebe zu verbreiten, scheint mir sehr werthvoll.

und in dieser Beziehung kann nicht genug hervorgehoben werden, welche Verantwortung die in der Praxis stehenden Collegen tragen, indem sie das Publicum auf die Bedenklichkeit gewisser Symptome aufmerksam machen und darauf dringen, dass zum Mindesten bei Zeiten eine bestimmte Diagnose gestellt wird¹⁵⁾. In dieser Beziehung ist es von höchster Wichtigkeit, dass die von mir vor 4 Jahren festgestellte Thatsache jetzt durch reiche weitere Erfahrungen von anderen Seiten bestätigt ist, dass fast 50 Proc. der nicht zu fortgeschrittenen Carcinome des Uterus durch die Operation — sagen wir vorsichtig — zunächst einmal auf zwei Jahre von ihrem Leiden befreit werden können¹⁶⁾.

Derjenige Punkt nun, welcher mich am ehesten — und nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen allein — veranlassen könnte, dieses Ziel auch bei günstigen Fällen von Portio-Carcinomen nur durch die Totalexstirpation zu erreichen unter Verwerfung jeglicher partiellen Operationen, wäre der anatomische Nachweis, dass zugleich mit scheinbar beginnenden Carcinomen des unteren Uterusabschnittes sich in irgendwie nennenswerther Häufigkeit maligne Erkrankungen des oberen Abschnittes fänden, welche wir bei einer eventuellen Amputation zurücklassen würden. Dieser Punkt spielt in der neueren gynaecologischen Literatur über diesen Gegenstand überall eine ziemliche Rolle, auch wenn man von der Entdeckung des Sarcoma mucosae uteri mit gutartigem Charakter durch C. Abel absieht.

Es ist nun recht interessant, an diesem Punkt zu verfolgen, wie leicht — oft ungenaue — Einzelbeobachtungen bei richtiger literarischer Verwerthung sehr bald zu Schlüssen führen können, die dann als allgemein anerkanntes Dogma in die Literatur übergehen. Erst ist es »ein« Fall, dann kommt eine ähnliche Beobachtung dazu. Nun heisst es schon, »wie eine Reihe von Beobachtungen zeigt«, und in der nächsten

¹⁵⁾ Wie viel leider in dieser Beziehung noch gefehlt wird, ist einmal zahlenmässig festgestellt in der erwähnten Dissertation von Momm-
sen: Von 64 Carcinomkranken waren 17 (!) von ihren ersten ärztlichen Berathern nicht untersucht, bei 6 weiteren trotz Untersuchung das Leiden nicht erkannt!

¹⁶⁾ S. auch die Mittheilung von Fleischlen: »Zur Radikalheilung des Carcin. uteri«. Deutsche med. W. 1890 Nr. 30, der über 22 Operationsfälle von P. Ruge und sich selbst referirt, von denen 9 Kranke 1—5 Jahre nach der Operation gesund blieben.

Veröffentlichung ist es schon eine »allgemein anerkannte Thatsache«, die ohne weitere Nachprüfung unwidersprochen hingenommen und nachgesprochen wird.

Da mir die genannten anatomischen Verhältnisse praktisch sehr wichtig erscheinen, habe ich mir die Mühe genommen, die viel angeführten Einzelbeobachtungen zu sammeln und lasse sie hier in wörtlichen Citaten folgen, damit ein Jeder sich selbst daraus seine Schlüsse ziehen kann. Ich finde in der Literatur auch von Denen, welche am weitgehendsten diese Thatsachen für ihre Anschauungen verwerthen, bis jetzt nur 10 derartige Fälle verzeichnet, welche ein gleichzeitiges Vorkommen von maligner Erkrankung der Uterusschleimhaut bei Carcinom am Cervix beweisen sollen; dazu einen elften in der angeführten Arbeit von Flaischlen¹⁷⁾.

Fälle von doppeltem Carcinom am Uterus.

1) Binswanger (Centralbl. f. Gyn. 1879, Nr. 1.): »In einem anderen Fall handelt es sich um ein noch wenig weit vorgeschrittenes Carcinom der Vaginalportion; die Cervicalschleimhaut und diejenige des unteren Uterinabschnittes zeigte sich stärker geschwellt, aber frei von carcinomatöser Erkrankung, nur die Schleimhaut des Fundustheils war an der carcinomatösen Erkrankung mitbetheiligt.«

2) Schauta: 47jährige Frau; seit 10 Monaten Blutung; in der Scheide ein apfelgrosser Tumor, von der Portio vagin. ausgehend, scheinbar nach oben gut begrenzt. Totalexstirpation. Eröffnung des Uterus ergab, dass die Degeneration hinaufging als compacte Infiltration bis an's Orific. intern., dasselbe sogar überschritten hatte und Ausläufer in's gesunde Gewebe des Uterus schickte. (Prag. med. W. 1887, Nr. 28.)

3) Schauta (Prag. med. W. 1887, Nr. 28): 54jährige Frau litt seit langer Zeit am Uteruskatarrh, seit 8 Jahren in Behandlung von Gynäkologen. Klimacterium seit 8 Jahren, vor 14 Tagen leichte Blutung. Kleiner, senil atrophischer Uterus, senile Scheide, Katarrh. An der Portio erbsengrosses Knötchen, wie eine Excoriation des Cervix. Dieses Knötchen blutete leicht und sprang über das Niveau der Umgebung etwas hervor.

Mit Rücksicht auf das Alter Verdacht auf Carcinom und Excision des Knötchens. Herr Prof. Chiari constatirte beginnendes Oberflächenepithelcarcinom. Nach der Totalexstirpation fand man einen nussgrossen Knoten im Fundus, von dem Knötchen am Cervix durch vollkommen normales Gewebe getrennt. Im Fundus Plattenepithelkrebs mit grossen Plattenepithelkugeln.

¹⁷⁾ Schauta führt in dem mehrfach erwähnten Vortrag 17 derartige Fälle an, eingeschlossen eine eigene neue Beobachtung, konnte mir aber leider auf meine briefliche Anfrage auch nicht mehr nennen, als die von mir erwähnten, da er über seine literarischen Notizen im Augenblick nicht verfügte.

4) P. Ruge (Z. f. G. u. G. Bd. 12, pag. 202): 34jährige Frau, bisher ohne Beschwerden. Cervixcarcinom, vollkommen auf die Schleimhaut des Cervix und nächste Umgebung beschränkt; nach oben hin erreicht es nicht den inneren Muttermund. Totalexstirpation. Es fand sich p. operat. im Fundus uteri ein von der Schleimhaut ausgehendes, noch nicht zerfallendes Carcinom, das von dem im Cervix befindlichen Carcinom durch eine breite, den inneren Muttermund umgebende Zone vollkommen getrennt ist.

5) Krysky (Z. f. G. u. G. Bd. 12, pag. 1): 50jährige Multipara, seit 10 Jahren profuse Blutungen, zunehmend; mit dem Wachstum der Geschwulst kommen an der Portio verdächtige Verhärtungen zum Vorschein. In unmittelbarem Zusammenhang mit der Portio eine allseitig bewegliche, harte, 11 cm die Symphyse überragende Geschwulst. Mikroskopische Diagnose aus einem excidirten Stück der Portio: Drüsenkrebs der Portio, von der Seite des Cervicalcanals entwickelt, mit dem Plattenepithel nirgends in Berührung.

Freund'sche Operation; nachherige Untersuchung des Uterus ergibt einen Drüsenkrebs von genau denselben Erscheinungen, wie am Cervix, der die ganze Schleimhaut zerstört hat. (Von einer isolirten Erkrankung nichts erwähnt!)

6) O. Piering (Z. f. Heilkunde Bd. VIII. Centralbl. f. Gyn. 12, pag. 676): In dem 6,3 cm langen Uterus fand sich im Fundus eine nahezu hühnereigrosse und mehrere kleinere in's Cavum vorragende Geschwülste, die schon auf dem Durchschnitt dem freien Auge den Charakter des Plattenepithelkrebses darboten. Gleichzeitig an der hinteren Muttermundslippe mehrere erbsengrosse Carcinomknötchen von gleicher Beschaffenheit. Die ganze Corpusschleimhaut mit geschichteten Plattenepithelzellen bekleidet.

7) Stratz (Centralbl. f. Gyn. 1888, Nr. 50): 33jährige Frau; geringe Blutung; beginnendes Carcinom an der Uebergangsstelle der Portioschleimhaut in den Cervix (später als minimal bezeichnet). Ferner »war Carcinom zu constatiren in einer oberhalb des inneren Muttermundes gelegenen Partie, welche sehr brüchig war und bei der Operation einriss«.

8) Abel (Klin. Wochenschr. 1889, Nr. 3): 62jährige Frau, 10 Entbindungen; Menopause seit 11 Jahren; seit 1/2 Jahr Blutungen und zunehmende Schwäche.

»Portio erscheint normal, der äussere Muttermund geschlossen; Portio sowie Uterus atrophisch. Cervix auffallend hart. Bei der Palpation des Cervix weicht der äussere Muttermund auseinander; man fühlt den unteren Abschnitt des Cervicalcanals mit weichen, markigen Massen angefüllt, die sich in reichlicher Menge mit dem scharfen Löffel herausnehmen lassen. Totalexstirpation. Hintere Wand des Cervix in eine kraterförmige Höhle verwandelt, die fast die ganze Dicke der hinteren Wand zerstört hatte, sich aber ziemlich scharf gegen das gesunde Gewebe unterhalb des inneren Muttermundes abgrenzt. Die vordere Lippe nicht ergriffen. Jenseits des inneren Muttermundes an der hinteren Wand, in der Nähe des Fundus, ein circa erbsengrosses Knötchen, welches etwa 1/4 cm über die Oberfläche emporragt. Während nun die übrige Schleimhaut sich im Zustande chronischer Entzündung befindet, stellt das Knötchen mikroskopisch

ein ausgesprochenes Carcinom von alveolärem Bau dar, welches genau dem Krebs in der Cervix entspricht.«

9) Abel-Landau (Arch. f. Gyn. Bd. 35): 34jährige Frau; Totalexstirpation; vordere Muttermundslippe geschwürige Fläche mit zottigen Wucherungen; Erkrankung oberflächlich, kaum $\frac{1}{4}$ cm in die Tiefe gehend. Am Cervicalcanal nichts Auffallendes. Jenseits der Orif. intern. Schleimhaut in toto verdickt, stellenweise mit warzigen Vorsprüngen. Dicke der Schleimhaut 4—7 mm. Farbe auf Durchschnitten markig grau, mattglänzend. Mikrosk.: Cervixschleimhaut nicht carcinomatös; Körperschleimhaut in diffuser Weise ergriffen; ausserordentliche Vermehrung der Drüsen; vom Zwischengewebe nur an den verdickten Stellen grössere Mengen, zeigt die von den Autoren als diffuses Sarcom bezeichneten Zellformen. Drüsen überall vermehrt, Epithel nirgends normal, überall in mehrfachen Lagen und mit vorspringenden Leisten. Je mehr nach dem Inneren der Drüse, desto mehr verändern die Epithelien ihre Cylinderform, um eine dem Plattenepithel ähnliche anzunehmen. Am Beachtenswerthesten sind diejenigen Stellen, an denen die Drüsengrenze gegenüber dem anderen Gewebe nicht mehr zu erkennen ist; man sieht die Züge grosser epitheloider Zellen im Zwischengewebe liegen. Unmittelbar über dem inneren Muttermund ein umgrenztes Knötchen in der Nähe der Schleimhaut, von einer Zone stark kleinzellig infiltrirten Gewebes umgeben. Es besteht aus Strängen vom Cylinderepithel, die wirr durcheinander gehen, einzelne Lücken zwischen sich lassend, ohne Stützgerüst. Das Bild entspricht genau dem von Ruge als Drüsenkrebs, von Wyder als malignes Adenom beschrieben. (Ausdrücklich als Adeno-Carcin. p. 236 bezeichnet.)

10) 44jährige Frau; Totalexstirpation. Das von der Portio ausgehende Carcinom hat das Cervixgewebe bis zu 1 cm vom inneren Muttermund entfernt zerstört. Vom inneren Muttermund zum Fundus etwa 8 mm breiter Streifen gesunder Schleimhaut. Von da ab erhebt sich die ganze Schleimhaut wie ein Wall bis zu einer Dicke von nahezu 8 mm ohne deutliche makroskopisch erkennbare Grenze gegen die Musculatur. Diese Wucherung geht gleichmässig bis zum Fundus; Farbe markig grau.

Mikrosk.: Alveolär-Carcinom der Portio; der obere Theil des Cervix ist intact; Körperschleimhaut zeigt Veränderungen entzündlicher Natur, erweiterte und vermehrte Gefässe, an den Drüsen nichts Bemerkenswerthes. Dann (?) aber wird die Schleimhaut emporgehoben und zwar durch eine Drüsenwucherung, die unter der eigentlichen Schleimhautbegrenzung beginnend eine für sich abgesonderte Bildung darstellt und noch durch eine Schicht Musculatur von der übrigen Schleimhaut getrennt ist. Bereits makroskopisch oder mit Lupenvergrösserung kann man diese Stelle erkennen. Sie besteht aus Drüsen, die theilweise so dicht nebeneinander stehen, dass kein Stützgerüst mehr übrig ist, und aus alveolären Räumen, die nicht mehr als Drüsen anzusprechen sind, sondern als Cysten mit einem niedrigen, cubischen, unregelmässigen Epithel ausgekleidet, das stellenweise das Aussehen von Plattenepithel hat. Jenseits des Buckels, über welchem die Schleimhaut nicht erheblich verdickt ist, findet sich an ihr eine bedeutende Zunahme der Dicke wesentlich bedingt durch

erhebliche Vermehrung der Drüsen und Wucherung der Epithelien, die mitunter sich entgegen wachsen und feste Brücken bilden, mitunter selbst das ganze Lumen ausfüllen. Das interglanduläre Gewebe zeigt grossen Zellenreichthum, zahlreiche Capillaren und theilweise versprengt im Gewebe grosse epitheloide Zellen (als Adenoma destruens bezeichnet pag. 236).

11) Fleischlen (Deutsche med. Woch. 1890, Nr. 30, Fall 13): S. B., 30 Jahre alt, Multipara; Ulcus incipiens am Cervix. Mikroskop ergiebt Carcinom; die ausgekratzte Schleimhaut des Endometrium zeigt an mehreren Stellen carcinomatöse Veränderungen. Totalexstirpation; Recidivfrei 10 Monate.

Durchmustern wir kritisch die Fälle nach einander, so ist leider die so überaus wichtige Beobachtung von Binswanger so kurz gehalten, dass man über manche recht wesentliche Punkte daraus keine Klarheit gewinnt, z. B. über Sitz und Grösse des Carcinom am Cervix und gleichfalls des am Corpus beobachteten. Auf eine diesbezügliche briefliche Anfrage bei Herrn Collegen Binswanger theilte er mir freundlichst Folgendes mit: »Ich erinnere mich noch genau, dass das Corpuscarcinom nur im Fundus uteri sass und nur eine geringe Flächenausdehnung hatte; es konnte leicht übersehen werden, da es gegenüber dem ausgedehnteren Cervixcarcinom zurücktrat. Ob letzteres die Aussen- oder Innenfläche der Portio umfasste, weiss ich nicht mehr«.

Weitere Bemühungen, über dies Präparat im pathologischen Institut in Breslau selbst noch etwas in Erfahrung zu bringen, ergaben leider ein negatives Resultat. Volle Anflklärung darüber aber ergab mir eine gelegentliche persönliche Besprechung mit Herrn Collegen Freund, aus dessen operativer Praxis das beschriebene Präparat stammt. Herr Freund war so liebenswürdig mir nicht nur seine persönliche Ansicht, sondern auch seine Notizen und seine Zeichnung zu dem Fall zu übergeben, der übrigens seinerzeit von Toeplitz (Bresl. ärztliche Zeitschr. 1879, Nr. 3) noch veröffentlicht ist. Uebereinstimmend ergiebt sich aus diesen Notizen und der Zeichnung, dass es sich in diesem vielgenannten Fall um ein Carcinom der Schleimhaut des Cervix, nicht um ein solches der Portio handelt, wie überall angeführt ist. Nach der Ansicht von Freund, welche durch die gleich angefertigte Zeichnung vollauf unterstützt wird, ist der Irrthum zum Theil in Folge einer ungenauen Verwendung der Bezeichnung »Portio«, zum Theil durch das Vorhandensein eines ausgesprochenen Ectopium

entstanden. Aus dieser endlich ermöglichten anatomischen Richtigstellung der Mittheilung von Binswanger folgt, meine ich, unbestreitbar, wie vorsichtig man in der Verwerthung solcher nicht genau beschriebener Einzelbeobachtungen sein sollte. Es war die erste Beobachtung von scheinbar gleichzeitiger carcinomatöser Erkrankung der Portio und der Mucosa corporis; ihm haben sich sämtliche späteren Beobachtungen angeschlossen, und es ist nahe daran, dass daraufhin die Anschauung sich verallgemeinert, dass das Carcinom an der Portio sich nicht so ganz selten mit einem solchen der Körperschleimhaut zusammen vorfindet!

Der erste Fall von Schauta ist sofort auszuschliessen, indem es sich hier nicht um zwei von einander isolirte Erkrankungensherde handelte, sondern um einen Fall von Carcin. portionis, welches continuirlich im Cervix nach oben vorgeschritten war. Der zweite Fall (nussgrosses Carcinom im Fundus, erbsengrosses, excoriirtes Knötchen an der Portio) dürfte nicht anfechtbar sein.

Der Fall von P. Ruge betrifft eine gleichzeitige Erkrankung der Cervix- und Körperschleimhaut; welcher von beiden Herden der grössere war, ist nicht zu entnehmen. Analog ist der von Fleischlen mitgetheilte Fall von beginnendem Carcinoma cervicis und gleichzeitiger Erkrankung der Mucosa corporis, welch' letztere übrigens, wie es scheint, nur mikroskopisch nachgewiesen werden konnte.

Der Fall von Krysinsky stellt einfach eine adenomatöse Erkrankung der Uterusschleimhaut dar, welche sich auf die Cervixschleimhaut fortgesetzt hatte; von isolirten Erkrankungsherden ist nirgends die Rede. (Durch eine briefliche Anfrage bei Herrn Skutsch in Jena konnte ich auch leider keinen genaueren Aufschluss über diesen Punkt bekommen, als dass das continuirliche Uebergehen des Krankheitsprocesses als wahrscheinlich bezeichnet wird.)

Der Fall von Piering (hühnereigrosser Knoten im Fundus, erbsengrosse Knötchen an der hinteren Lippe) scheint ebenfalls unzweifelhaft ein Fall von mehrfachen Krankheitsherden zu sein. Ebenso der Fall von Stratz, obgleich gerade dieser sehr ungenau beschrieben ist (»minimales« Carcinom an der Uebergangsstelle von der Portioschleimhaut in den Cervix, oberhalb des Muttermundes »auch« Carcinom). Dabei mag bemerkt sein, dass der Schlusssatz »das Carcinom hatte die ganze

Wand von der Schleimhaut bis zum Peritoneum zerstört«, welcher sich nach dem Bericht der Herren Abel und Landau (A. f. G. Bd. 35, pag. 225) hier finden soll, sich weder in dem Bericht im Centralblatt, noch in dem mir übersandten Originalbericht, sondern nur in der Phantasie der Herren Referenten befindet.

Was nun die Diagnose in den von Abel und Landau beschriebenen Fällen von gleichzeitiger maligner Erkrankung der Mucosa uteri bei Carcinom der Portio anbetrifft, so sei es gestattet, um einem Jeden selbst das Urtheil zu ermöglichen, hier zunächst die Anforderungen zu wiederholen, welche diese Autoren selbst an solche Diagnosen stellen. Fall 8 ist von ihnen als ein Fall von »circumscriptem Cervixcarcinom und gleichzeitigen isolirten Krebsknoten im Fundus uteri« bezeichnet, Fall 9 als Adenocarcinom (l. c. p. 236), Fall 10 als Adenoma destruens (malignum. l. c. p. 236). Hören wir zunächst, welche Anforderungen die Herren für die Diagnose eines Carcinoms am Uterus stellen, so acceptiren sie wiederholt (A. f. H. Bd. 34 u. 38) die Definition Friedländer's: »Praktisch können wir daher die von Friedländer aufgestellten Anforderungen für die Diagnose einer malignen Neubildung vollinhaltlich annehmen«. Die Bösartigkeit des Processes ist dann erwiesen, wenn derselbe schrankenlos durch verschiedene Gewebe hindurchwuchert, während eine gutartige Neubildung auf das Gewebe, von dem sie ausgeht, beschränkt bleibt. — Ohne die Erkrankung in der Musculatur nachgewiesen zu haben, können wir in den meisten Fällen die Krebsdiagnose nicht sicher motiviren«. »Eine sogenannte beginnende Neubildung aber, mag dieselbe ein Carcinom sein, das noch keins ist etc., können wir anatomisch nicht diagnosticiren. Diese problematischen Diagnosen lehnen wir rundweg ab«. Und L. Landau äussert sich (Volk. Vortr. 338 p. 6): »Handelt es sich um die Feststellung heterotoper Processe, wie das Carcinom ist, so ist die Untersuchung blosser Schleimhaut ungenügend; man muss die Muscularis mitnehmen, um eventuelle Destructionsprocesses mikroskopisch nachweisen zu können.«

Man vergleiche mit diesen Anforderungen die Beschreibungen der beiden ersten Fälle (8 u. 9). Der erstere Fall ist von ihnen noch an einer anderen Stelle literarisch verwerthet: A. f. G. Bd. 38 p. 273. An dieser Stelle findet sich noch folgender Zusatz: »Nachdem unmittelbar nach der Operation die Höhle der Ge-

bärmutter geöffnet war, bemerkte man auf einem zufälligen mikroskopischen Schnitte, dass jenseits des innern Muttermundes« etc. Also: ein nur »durch einen zufälligen, mikroskopischen Schnitt entdecktes, 0,25 mm über die Oberfläche emporragendes Knötchen. Ueber den Sitz desselben ist nichts gesagt, doch kann man nach dem folgenden Ausdruck »die übrige Schleimhaut« wohl nicht zweifeln, dass es in der Schleimhaut gesessen hat. Histologische Einzelheiten sind nicht weiter angeführt. Wie aber die Autoren nach ihren strengen Anforderungen an die Diagnose »Carcinom« mit seiner schrankenlosen Durchwucherung benachbarter Gewebe, diese mikroskopisch entdeckte kleine Schleimhautverdickung als Carcinom bezeichnen können, erscheint zunächst räthselhaft, ebenso wie der Ausdruck »welches genau dem Krebs in der Cervix entspricht«. Worin entspricht? In dem Sitz? In dem histologischen Verhalten? Oder worin sonst?

Selbst übrigens zugegeben, dass diese kleine Verdickung, welche einmal als »erbsengross«, einmal als durch »zufälligen mikroskopischen Schnitt entdeckt« bezeichnet wird, Carcinom gewesen wäre, so würde nur die Casuistik der gleichzeitigen malignen Erkrankung der Cervixschleimhaut, nicht die der Portio mit einer solchen der Körperschleimhaut vermehrt sein: ein Punkt, der von erheblichem Interesse ist.

Ähnliches gilt von dem zweiten Fall: bei Carcinom der Portio werden Veränderungen der Mucosa uteri beschrieben, welche ausdrücklich als Sarcom gedeutet sind; daneben Proliferationsvorgänge am Epithel, welche an anderer Stelle (besonders A. f. G. Bd. 38) als absolut gutartig, im Zusammenhang mit den Veränderungen des Zwischengewebes stehend, gedeutet werden. Das wahrhaft Verdächtige ist augenscheinlich auch hier nur »ein umgrenztes Knötchen über dem innern Muttermund in der Nähe der Schleimhaut«, welches mikroskopische Bilder gab, »wie sie von Ruge als Drüsenkrebs, von Wyder als Ademona malign. beschrieben sind«. Da nun die Definitionen dieser beiden Autoren in Bd. 34 A. f. Gyn. von Abel-Landau auf das Lebhafteste bestritten und durch neue ersetzt sind, so muss es sehr auffallend erscheinen, dass sie hier die von ihnen als durchaus unrichtig bezeichneten diagnostischen Merkmale anwenden, ohne selbst eine eigene Meinung zu äussern. Wie gross war das Knötchen? War es makroskopisch oder mikroskopisch wahrnehmbar? Wie lag es genau zur

Schleimhaut? Welcher Art besonders waren die histologischen Veränderungen? Für die Auffassung dieses Befundes als »Adenocarcinommetastase« ist die gegebene Beschreibung absolut ungenügend. Warum geben die sonst mit Abbildungen so freigebigen Autoren nicht ein kleines authentisches Bild dieser so wichtigen Befunde? Der Begriff des Adenocarcinom Ruge's, ebenso wie die Abbildungen dieses Autors, werden doch von ihnen (A. f. G. Bd. 34, pag. 188) absolut verworfen!

Hören wir schliesslich, welche Anschauungen die Autoren über das Adenoma destruens s. malignum bezüglich über seine Diagnose haben (A. f. G. Bd. 34, pag. 177): »In letzterer Beziehung ist zunächst von vornherein festzustellen (Wyder gegenüber), dass ein Merkmal der Malignität: »die Heterotopie« beim Uterus darum eine gewisse Einschränkung erfahren muss, weil schon in der Norm, noch mehr bei chronischer productiver Entzündung sich Drüsen in den oberen Schichten der Musculatur finden«. pag. 179: »Ganz wesentlich (für das Adenoma benignum) erscheint uns der von Wyder beschriebene II. Punkt, dass nämlich zwischen den Drüsenschläuchen eine gewisse Menge verhältnissmässig unveränderten Inter glandulargewebes liegt. In der That wird man dieses Zeichen, wenn es vorhanden ist, als für ein klinisch benignes erachten müssen«. pag. 181: »Wir sind überhaupt der Ansicht, dass wir einem Adenom, so lange es auf die Schleimhaut begrenzt ist, den Charakter der Malignität nicht zusprechen könnten«. Und ihre eigene Definition des Adenoma destruens lautet: »Die Drüsenneubildung, die Aufhebung der normalen Form, das Auftreten von unter sich und der Norm abweichenden Epithelformen, das Zugrundegehen der Inter glandularsubstanz bleibt nicht auf die Schleimhaut beschränkt, sondern bildet Metastasen zunächst in der Musculatur. Grosse Strecken derselben, von der Schleimhaut durch normale Musculatur getrennt, werden von der Neubildung infiltrirt, die unter dem Mikroskop Drüse an Drüse von der oben geschilderten Form zeigt«. Vergleicht man die geschilderten Befunde mit den obigen Anforderungen, so fällt zunächst auf: »An den Drüsen der Schleimhaut nichts Bemerkenswerthes (weder in der Form, noch im Epithel, noch im Zwischengewebe«; »dann« (?) aber wird dieselbe durch eine makroskopisch oder mit Lupenvergrösserung wahrnehmbare Bildung emporgehoben, die »von der Schleimhaut durch eine Schicht Musculatur ge-

trennt nur aus Drüsen besteht, die theilweise so dicht nebeneinander stehen, dass kein Stützgerüst übrig geblieben ist, und aus alveolären nicht mehr als Drüsen, sondern als Cysten mit kubischem Epithel anzusprechenden Räumen.

Das ganze Gebilde war also jedenfalls ziemlich mikroskopisch. Bei der völlig normalen Beschaffenheit der Schleimhaut selbst spricht für die Malignität nach Ansicht der Autoren augenscheinlich die »Heterotopie« und das »Fehlen des Stützgerüsts.«

Sollte nun dieser Fall von *Adenoma destruens* bei *Carcin. portionis* wohl nicht derselbe sein, welchen die Autoren bereits im 34. Bd. des A. f. G. pag. 186 unter dem gleichen Titel abbilden? Die Patientin ist allerdings vom 34. zum 35. Band um 2 Jahre älter geworden (von 42 auf 44), auch ist, wie die folgende Abbildung (genaue Copie ihrer einen Abbildung, (etwa 14fache Vergrößerung) zeigt, von einem Schwund des Stützgerüsts, so dass »Drüse an Drüse liegt, durchaus nichts zu sehen, und doch kann es kaum anders sein. Denn sie wür-



Adenoma destruens nach Abel-Landau. Vergr. etwa 14:1. (Arch. f. G., Bd. 34, pg. 186.)

den doch sonst diesen als *Adenoma destruens* bei *Carcin. portionis* bezeichneten Fall in der späteren Arbeit wohl erwähnt haben, die ausschliesslich sich mit den Veränderungen der *Mucosa corporis* bei *Carcin. portionis* beschäftigt; auch stimmen sonst alle angegebenen Merkmale völlig überein. Dass diese abgebildeten Bildungen aber ein »*malignes*« Adenom seien, entspricht weder ihren eigenen Anforderungen, noch denen Anderer, da die Heterotopie an sich ja, wie die Autoren mit Recht bemerken, durchaus nichts beweist.

Aus diesen Darlegungen scheint mir zur Genüge hervorzugehen, dass die drei von Abel und Landau als gleichzeitige maligne Erkrankung der Körperschleimhaut bei Portiocarcinom gedeuteten Fälle sich nur auf mikroskopische Deutungen stützen, welche nicht einmal den Anforderungen genügen, welche die Autoren selbst als diagnostisch maassgebend bezeichnen. Keiner dieser 3 Fälle kann darauf Anspruch machen unbezweifelt als solcher in der Literatur weiter angesehen zu werden, wenigstens so lange nicht, bis genauere Beschreibungen und Abbildungen darüber vorliegen, da ja die Autoren überall hervorheben, dass »ihre« mikroskopischen Diagnosen maligner Prozesse sich von den bisher gültigen wesentlich unterscheiden, und da sie z. B. (*Arch. f. Gyn.* 34, p. 182) zwei Abbildungen (eines von *Carcin.* und eines von chronischer Endometr.) neben einander stellen und meinen, dass beide Bilder sich zum Verwechseln ähnlich seien. Wie leicht könnte also auch hier eine Verwechslung untergelaufen sein! Wenn die anderen mikroskopischen Bilder zu der gegebenen Beschreibung ebenso passen, wie die des *Adenoma destruens*, so werden die drei Fälle wohl nicht weiter als maligne Erkrankungen der *Mucosa corporis* bei *Carcinoma portionis* figuriren dürfen.

Nach Ausschaltung dieser 3 Fälle, sowie des ersten von Schauta und des von Krysinski bleiben dann noch 6 sicher erscheinende Fälle, wo gleichzeitig und getrennt von einander an zwei verschiedenen und durch gesundes Gewebe getrennten Stellen des Uteruscarcinom nachgewiesen ist. (Binswanger, P. Ruge, Stratz, Piering, Schauta, Fleischlen.) Von diesen ist in den Fällen von Binswanger, Ruge und Fleischlen ein ausgesprochenes Carcinom der Schleimhaut des Cervix bei gleichzeitiger Erkrankung der Körperschleimhaut; auf diese Fälle komme ich gleich zurück.

In den Fällen von Stratz »*minimales*« Carcinom der Ueber-

gangsstelle von Portio zum Cervix, von Schauta und Piering um »erbsengrosse« Knötchen an der Portio bei zweimal etwa nuss-grossem und einmal hühnereigrossem Carcinom der Körperschleimhaut. Wenn man nun auch ganz es dahingestellt sein lassen will, ob in den betreffenden Beschreibungen der Ausdruck »Portio« in dem Sinne gebraucht ist, dass darunter der mit Plattenepithel bekleidete Theil derselben verstanden ist, worauf es für die pathologisch-anatomische Auffassung recht wesentlich ankäme, so ist soviel ausser Zweifel, dass in allen 3 sicher die Erkrankung in der Körperschleimhaut die weit vorgeschrittenere war, und es drängt sich der Gedanke von selbst auf, ob nicht diese kleinen Knötchen an der »Portio« einfach Metastasen des bereits längere Zeit bestehenden Carcinoms im Corpus uteri waren. Dass solche Metastasen vorkommen, wird allgemein angenommen. Reichel in seinem Aufsatz über das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom des Uteruskörpers und des Eierstocks (Z. f. G. u. G. Bd. XV) führt aus der chirurgischen Erfahrung hiefür mehrere Beispiele an, und wir wissen ja auch vom Uteruscarcinom, dass es locale Impfmetastasen machen kann. Diese Annahme anatomisch oder klinisch zu beweisen, dürfte wohl unmöglich sein; indess muss es doch viel wahrscheinlicher erscheinen, dass ein längere Zeit bestehendes Carcinom des Körpers eine erbsengrosse Metastase auf der Portio herbeiführen kann, als umgekehrt ein solches Knötchen eine nuss- oder eigrosse Metastase im Corpus. Wenn man diese Erklärung als die wahrscheinliche annimmt — und meiner Ansicht nach ist sie es — so würde noch heute die von Ruge-Veit auf Grund ihrer anatomischen Studien aufgestellte, von Schroeder auf Grund seiner klinischen Erfahrungen angenommene Anschauung unerschüttert dastehen, dass bei Carcinom der Portio, d. h. ausgehend von der Aussenseite der Portio, bis jetzt noch keine gleichzeitige und getrennte carcinomatöse Erkrankung der Schleimhaut im Corpus uteri beobachtet ist, bezüglich vorkommt: eine Anschauung, welche zum Mindesten ein hohes anatomisches Interesse in Anspruch nehmen würde.

Praktisch könnte man ja sagen, es sei gleichgültig, welcher von beiden Carcinomherden der primäre, welcher der secundäre sei; dass beide zusammen vorkämen und dass man den einen leicht übersehen könnte, müsse genügen, stets die Totalexstirpation des Uterus vorzunehmen. Ich glaube nun nicht, dass es so schwierig wäre, auf eine gleichzeitige maligne Erkrankung des Uteruskörpers

anfmerksam zu sein, und dass man derartige Fälle so leicht übersehen könnte. Soweit die angeführten Krankengeschichten darüber Aufschluss geben, ist in hohem Maasse auffallend, dass trotz dem geringen Krankheitsbefund der Portio schon (längere Zeit?) objective Symptome bestanden. Wenn wir die alltäglich zu machende Erfahrung berücksichtigen, wie weit die meisten Portiocarcinome bereits vorgeschritten sind, bevor sie die ersten Symptome machen, so müsste ein derartiges Zusammentreffen uns unter allen Umständen veranlassen, die Uterushöhle genau zu untersuchen. Man könnte dann sehr leicht der Gefahr entgehen, eine zu wenig ausgedehnte Operation zu machen. Und in diesem Sinne kann ich auch den so viel citirten Satz von Fritsch nicht unterschreiben, dass die Beobachtung auch nur eines Falles von gleichzeitiger Erkrankung der Portio und der Mucosa corporis an sich genügen würde, um stets die Total-exstirpation bei Carcinom der Portio nöthig zu machen.

Dass bei Carcinomen der Cervixschleimhaut, wie in den Fällen von Binswanger, Ruge und Fleischlen, immer die Totalexstirpation vorzuziehen sei, ist ein auch von Schroeder ausgesprochener und befolgter Grundsatz¹⁸⁾, schon deshalb, weil diese Carcinome die viel grössere Neigung haben, in der Continuität der Schleimhaut nach oben fortzukriechen und ihre Grenze nach oben nicht festgestellt werden kann. Immerhin scheinen die hier mitgetheilten Fälle bis jetzt die einzigen sicher bekannten, wo zwei völlig getrennte Krankheitsherde bestanden. Derartige Fälle sind also vom anatomischen und praktischen Standpunkte aus durchaus von denen zu trennen, bei welchen sich maligne Erkrankungen der Körperschleimhaut neben solchen der Portio vagin. finden.

Welche Vorsicht in der Deutung auch solcher Befunde übrigens anzuwenden ist, zeigt am besten das von Gottschalk am 14. Februar 1890 in der Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft in Berlin demonstirte Präparat, welches als neuer Beweis den obigen Fällen angereiht werden und deren Gewicht für die Totalexstirpation verstärken sollte, welches aber dann in der nächsten Sitzung der Gesellschaft als ein Fall von Endometritis gedeutet werden musste.

Die hier mitgetheilte Reihe von Fällen vermehrt um den

¹⁸⁾ Sitzung der geburtshüfl. Gesellsch. zu Berlin vom 28. October 1885. Z. f. G. u. G., Bd. XII, p. 227.

von Flaischlen ist genau dieselbe, auf welche C. Abel und Th. Landau fussend sich mit der ihren Arbeiten eigenen unfehlbaren Sicherheit dahin aussprachen (A. f. G. Bd. 35 p 222), dass sie »nun ein für allemal das immer noch von Ruge festgehaltene Vorurtheil gebrochen hätten, als kämen krebssige Veränderungen auf der Schleimhaut des Uteruskörpers beim Portiokrebs nicht vor«. Eine etwas eingehendere und, wie ich denke, objective Analyse dieser Fälle hat gezeigt, dass es so ganz leicht doch nicht ist, mit dem Schutt der alten, von C. Ruge mit Eigensinn festgehaltenen Vorurtheile aufzuräumen! Und so wenig es den Herren Abel-Landau in diesem Punkte — der malignen sarcomatösen oder carcinomatösen Erkrankung der Mucosa uteri bei Carcinoma portionis — bis jetzt geglückt ist, die auf reichen anatomischen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen beruhenden Anschauungen umzustürzen, so wenig gelungen können auch ihre weiteren Umwälzungsbestrebungen auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie des Uterus bis jetzt angesehen werden. Noch wenigstens ist meiner Ansicht nach nicht die Zeit gekommen, wo wir mit dem Geisterchor aus Faust klagend rufen müssten:

Wehe, Wehe!
Du hast sie zerstört
Die schöne Welt
Mit mächtiger Faust!
Ein Halbgott hat sie zerschlagen!

Wenn diese zum Theil mit ziemlicher Mühe und im Ganzen nicht angenehmen kritischen Untersuchungen dazu beitragen würden, statistische Angaben über gewisse Gegenstände etwas vorsichtig aufzunehmen oder doch wenigstens vor ihrer literarischen Weiterverwerthung die materiellen Grundlagen gewisser Anschauungen etwas eingehender zu prüfen, als es leider vielfach geschieht, so würde ihr Zweck voll erreicht sein.

