

6. Herr **P. Caffier-Berlin**: Die *Stoekelsche* Klinik sieht in der von uns vielgeübten Kolposkopie mit ihrer 10fachen Vergrößerung des Betrachtungsobjektes eine wertvolle Bereicherung unserer Waffen im Kampf gegen das Carcinom, da sie es uns erleichtert, den Carcinomverdacht frühzeitig zu hegen oder abzulehnen. „Wunder“ leistet die Kolposkopie nicht; die klinische Carcinomdiagnostik auf rein kolposkopischer Basis (praecanceröse Stadien) muß bestritten werden. Gerade die frühzeitige Carcinomdiagnostik steht und fällt mit der Probeexcision und histologischen Untersuchung, die nur in ganz bestimmten Fällen (z. B. glanduläre Erosion) durch die Kolposkopie als überflüssig geworden zu betrachten ist. Nur die histologische Untersuchung schreitet über den Carcinomverdacht hinaus und sagt uns endgültig, ob ein Carcinom vorliegt oder nicht, vorausgesetzt, daß dieses Ergebnis von einem in gynäkologischer Histologie erfahrenen Untersucher stammt. Es genügt nicht, daß einer Facharzt für Pathologie ist, um seine Diagnose als stichhaltig anzusehen, wie wir aus reicher eigener Erfahrung wissen, da wir bei jedem außerhalb unserer Klinik diagnostizierten Carcinomfall das Präparat anfordern, ehe wir die Behandlung einleiten. Die Dinge können sehr schwierig sein, und manche Epidermisierung wird fälschlich für ein Carcinom gehalten, gelegentlich auch von sehr erfahrenen Allgemeinpathologen. Die Folge ist Radikaloperation mit „Dauerheilung“; wo Entsprechendes oft vorkommt, hat es der gynäkologische Operateur leicht, gute Erfolgsstatistiken vorzulegen. Bei der außerordentlichen Wichtigkeit dieser Sache ist es an der Zeit, daß wir Gynäkologen verlangen, daß sich der Fachpathologe ausgiebig mit unserer Materie beschäftigt hat, bevor er sich für kompetent hält, ein Urteil darüber abzugeben, oder wir müssen unsere eigenen, in gynäkologischer Histologie versierten Assistenten haben.

Beim Therapieproblem möchte ich besonders darauf hinweisen, daß man bei kleinem Material vorsichtig mit der statistischen Bewertung seiner Erfolge sein sollte. Wer ein wirklich großes Krankengut überblickt, wird immer wieder feststellen, daß die Spitzenleistungen einzelner Jahrgänge den Durchschnitt um bis zu 10% überragen, aber auf die Dauer nicht zu halten sind. Es gibt auch hier „gute und schlechte Jahre“. (Wir hatten in den 7 Jahren von 1926—1932 in Berlin 1314 Neuzugänge an *Collumcarcinom* mit einer absoluten Heilung von 28,9% bei elektiver Therapie. 1932 blieben von 200 Fällen 77 dauergeheilt [= 38,5% absolute Heilung]. Auch eine relative Heilung der Operierten [vaginal-radikal] von etwa 58% ist zu erreichen, wie unser Leipziger Material von 150 Fällen [58%] und ein Berliner Jahrgang von 75 Fällen [57,3%] beweisen. Der Durchschnitt am 7jährigen Berliner Gesamtmaterial von 399 Operierten beträgt trotzdem nur 45,9%.)

Zur Herabsetzung der Infektionsgefahr ziehen wir die *Ruge-Philippische* Virulenzprobe heran. Ist sie positiv, so operieren wir erst, nachdem sie durch eine kleine Radiumvorbestrahlung (240 mgh) negativ geworden ist.

Im Gegensatz zur elektiven Therapie des *Collumcarcinoms* operieren wir das *Corpuscarcinom* prinzipiell, meist durch vaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen, wenn nicht eine absolute Kontraindikation vorliegt.

Beim *Vulvacarcinom* sind wir von der Radikaloperation abgekommen, da sie von den meist älteren und fettreichen Frauen schlecht vertragen wird. Wir gehen den Primärtumor mit Radium an oder exstirpieren ihn und räumen die Leistendrüsen jederseits isoliert aus. Es ist immer wieder erstaunlich, wie oft die makroskopisch vergrößerten Drüsen dabei mikroskopisch ohne Carcinom gefunden werden.

Alle Carcinomfälle werden, soweit es sich nicht um sehr junge Frauen mit wenig ausgedehntem Lokalbefund oder um ganz alte Frauen handelt, röntgennachbestrahlt.

7. Herr **Knaus-Prag**: Welchen Standpunkt ich in der Therapie des Gebärmutterhalskrebses einnehme, habe ich in meiner jüngsten Arbeit im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 42 dieses Jahres genauestens auseinandergesetzt. Ich bekenne

nich zur kombinierten Therapie, alles was operabel ist, wird operiert, der größere Rest mit Radium und Röntgen bestrahlt. In der operativen Behandlung unterteile ich das Krankengut zum Teil für die *Schautasche* Operation und zum Teil für die abdominelle *Wertheimsche* Operation. Diese Auswahl erfolgt nach sorgfältigster Prüfung der lokalen Verhältnisse und nach dem Allgemeinbefinden der Patientin. Mit dieser sorgfältigen Auswahl ist es mir gelungen, die primäre Mortalität nach 330 Radikaloperationen auf 1,5% herabzudrücken. So ist mir die letzte Patientin nach einer *Wertheimschen* Operation im Juli 1938 gestorben.

Ich wende die operative Therapie des Gebärmutterhalskrebses auch deshalb an, weil ich der Ansicht bin, daß die intensive Bestrahlung eines beginnenden Carcinoms bei jugendlichen Frauen den verstümmelnderen Eingriff darstellt als die Radikaloperation mit Zurücklassung der Ovarien. Ich habe mit dieser Behandlung junger Frauen vorzügliche Dauererfolge zu erzielen vermocht.

Allerdings muß ich darauf hinweisen, daß die vollkommene Beherrschung beider Radikaloperationen eine sehr schwere Aufgabe darstellt, die eine äußerst selbstkritische Schulung durch mindestens 6—10 Jahren zur Voraussetzung hat. Mit dieser sorgfältig ausgewählten, also individualisierten Therapie bin ich aber auch imstande gewesen, die relativen und absoluten Heilungsziffern wesentlich heraufzusetzen. So konnte ich bei meinen operierten Fällen eine relative Heilung von 55%, eine relative Heilung bei den beginnenden Fällen von 75,4% und eine absolute Heilung von 35,9% und eine absolute Leistungsziffer von 38% erreichen.

Ich bin eben dabei, in Zusammenarbeit mit dem Gauärztführer des Sudetenlandes Verfügungen ergehen zu lassen, daß von nun ab das weibliche Genitalcarcinom nur mehr von Gynäkologen und nicht von Chirurgen in den Provinzkrankenhäusern behandelt werden darf.

8. Herr *Schultze-Rhönhof*-Breslau: Einzelfälle (Hinweis auf einen solchen Sonderfall), in denen das Collumcarcinom unzuweckmäßig, ja gelegentlich sogar sinnwidrig angegangen worden ist, sind gewiß bedauerlich. Sie sind aber, so lange es wirklich nur bei Einzelfällen bleibt, nicht entscheidend für die Ergebnisse einer rationalen Carcinomtherapie schlechthin. Weitaus bedenklicher ist, daß jetzt verschiedentlich, offenbar aus rein organisatorisch-wirtschaftlichen Gründen die Strahlenbehandlung der Carcinomkranken den großen Kliniken entzogen wird. So ist uns kürzlich z. B. von einem Kollegen mitgeteilt worden, daß er künftig alle Kassenpatientinnen nicht wie bisher der Klinik, sondern einem im Bezirk praktizierenden Strahlentherapeuten zuweisen müsse, obwohl dieser nicht in der Lage ist, die gleichzeitig notwendige Radiumtherapie durchzuführen. Solche Verordnungen häufen sich jetzt. Sie erscheinen mir besonders wenig glücklich, wenn der Strahlentherapeut nicht einmal Gynäkologe ist, ganz abgesehen davon, daß meines Erachtens die Radium- und Röntgentherapie in eine Hand gehören. Dieser Frage sollte die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie ihr Augenmerk zuwenden, um generelle Abhilfe zu schaffen.

Zum Vortrag des Herrn *Reichenmiller* darf ich bemerken, daß auch wir beim Uteruskörpercarcinom in der abdominalen Totalexstirpation des Uterus unter Mitnahme beider Adnexe mit nachfolgender Röntgentiefenbestrahlung die Methode der Wahl erblicken. Bei meinem Lehrer *Menge* bestrahlten wir anfänglich auch das Corpuscarcinom ausschließlich, bis uns eine Bilanz etwa im Jahre 1923 zeigte, daß die Ergebnisse der Strahlentherapie — ganz im Gegensatz zum Collumcarcinom — beim Corpuscarcinom schlecht sind. Seitdem operieren wir das Corpuscarcinom, und die Ergebnisse sind besser geworden. Diese Überlegenheit des operativen Vorgehens lehrt mich auch jetzt wieder mein Breslauer Krankengut. Auch jetzt haben wir Vergleichsfälle durch die Kranken, die entweder den Eingriff ablehnen oder bei denen eine allgemeine Gegenanzeige gegen die Operation besteht. Die Ergeb-