



ÜBER
SCHWANGERSCHAFT
KOMPLIZIERT MIT CERVIXCARCINOM.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON
Dr. **JOHANN VON SÄXINGER**
O. Ö. PROFESSOR DER GYNÄKOLOGIE UND VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-
FRAUKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

EMIL CLAUSS
APPROB. ARZT AUS PFORZHEIM.



TÜBINGEN 1890

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.



ÜBER
SCHWANGERSCHAFT
KOMPLIZIERT MIT CERVIXCARCINOM.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON
DR. JOHANN VON SÄXINGER
O. Ö. PROFESSOR DER GYNÄKOLOGIE UND VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-
FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

EMIL CLAUSS
APPROB. ARZT AUS PFÖRZHEIM.



TÜBINGEN 1890

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Herrn Prof. Dr. **v. Säxinger** spreche ich für die
gütige Ueberlassung der meiner Arbeit zu Grunde lie-
genden Fälle meinen verbindlichsten Dank aus.



Ueber Schwangerschaft kompliziert mit Carcinom des Cervix.

Seit dem Sommer 1885 kamen in der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik meines hochverehrten Lehrers, des Hrn. Prof. Dr. v. Säxinger, 4 Fälle von Schwangerschaft, kompliziert mit Cervixcarcinom zur Beobachtung. Hr. Prof. Dr. v. Säxinger hatte die Güte, mir dieselben zur Veröffentlichung zu überlassen.

Es lag in der relativen Seltenheit dieser schweren Komplikation der Schwangerschaft begründet, dass erst die Geburtshelfer und Gynäkologen der beiden letzten Dezennien derselben grössere Aufmerksamkeit zuwandten.

Die äusserst schwierige Aufgabe war zu erledigen, durch gewissenhafte statistische Nachweise zu zeigen, wie in Wirklichkeit der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei gleichzeitiger Carcinose des Uterus sei gegenüber den sich vielfach widersprechenden Ansichten der älteren Autoren.

Eine der zunächst in Betracht kommenden Fragen war die: Wird durch ein vorgeschrittenes Carcinom des Cervix die Möglichkeit der Conception beeinträchtigt? Die allgemein herrschende Ansicht gieng dahin, dass die Conception, wenn nicht unmöglich gemacht, so doch erheblich erschwert würde durch Verschluss des Cervicalkanals (carcinomatöse Wucherungen und Blutgerinnsel) oder (nach Spencer Wells) durch Vernichtung der Spermatozoen durch die jauchig zersetzten Krebssekrete. Am weitesten in dieser Frage geht wohl Mauriceau, (*Observ. sur la grossesse*, tom. II. Obs. 265) wenn er sagt: »Si cet ulcère (Krebs) y eût été auparavant, il est certain que la conception n'aurait pas pu s'y faire.«

Diesen Ansichten gegenüber stellt Cohnstein (*Archiv für*

Gynäkologie V. 1873. pg. 369) die Behauptung auf, der Krebs der Gebärmutter wirke geradezu begünstigend für die Conception. Er glaubt, dass die carcinomatöse Infiltration den bei Mehrgeschwängerten schon leicht geöffneten Muttermund noch weiter eröffne und dass Siebold u. a. richtig beobachtet hätten, wenn sie behaupten, dass die Krebssekrete durch Einwirkung auf die Nervenendigungen den Geschlechtstrieb steigerten. »Schwangerschaften«, so führt er aus, »kämen beim Gebärmutterkrebs gewiss noch häufiger vor, wenn nicht die Blutungen und Schmerzen bei Ausübung des Beischlafes, die stinkenden und eckelerregenden Ausflüsse die Cohabitation weniger erstrebenswert machten.«

Schröder (Schröder-Olshausen, Lehrbuch der Geburtshilfe, 10. Auflage 1888, pg. 413), Zweifel (Lehrbuch der Geburtshilfe, 1887, pg. 367) und P. Müller (Handbuch der Geburtshilfe, 1889, II. pg. 873) sind der Ansicht, dass für gewöhnlich Conception nur in den ersten Anfängen des Carcinoms erfolge. Diese Anschauung wird gestützt durch den von C. H. Stratz (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1886, XII. pg. 282) erbrachten statistischen Nachweis, dass von 1034 Krebskranken nur 12, also 1,16 % concipierten.

Hat die Conception bei bestehendem Cervixcarcinom stattgefunden, in welcher Weise wird der klinische Verlauf desselben durch die Schwangerschaft beeinflusst? Es war im Hinblick auf die Therapie wertvoll zu einem diesbezüglichen richtigen Resultate zu gelangen.

Die Behauptung Courty's (Traité pratique des maladies de l'utérus 1866, pg. 881) »la grossesse retarde la marche du cancer« hat keinen Anklang gefunden; nur Cohnstein (l. c. p. 373) glaubt, dass die lokalen und Allgemeinerscheinungen von Seiten des Krebses durch die Schwangerschaft abgeschwächt würden.

In den sonstigen Monographien und den Lehrbüchern finde ich die übereinstimmende Ansicht ausgesprochen, dass durch den gesteigerten Blutzufluss nach dem Uterus während der Gravidität das carcinomatöse Gewebe, besonders aber das gefässreiche gewisser Formen, eine rasche Ausbreitung erfährt.

Wir werden weiter unten sehen, dass dieser Umstand für die Therapie mit massgebend ist.

Welche Einwirkung aber hat das Carcinom auf die Schwangerschaft?

Es war von Kiwisch (Kl. Vortr., Krankheiten der Gebärmutter, 1845, pg. 452) behauptet worden: »War die Infiltration schon vor der Schwangerschaft einigermaßen beträchtlich, so hat sie immer Frühgeburt zur Folge.« Dieser Satz galt allgemein für richtig, bis Cohnstein durch seine treffliche Statistik (l. c. pg. 371) 1873 den Nachweis erbrachte, dass nur in etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle eine spontane Unterbrechung der Schwangerschaft erfolgt. Unter 100 Fällen kam es 68mal zur Geburt am normalen Schwangerschaftsende, zum spontanen Abort und zur spontanen Frühgeburt je 15mal; 2mal zu einer Spätgeburt (durch Wehenschwäche).

Verschiedene Noxen können die Schwangerschaft unterbrechen. In Betracht kommen zunächst die häufigen Blutungen, indem sie einen starken Kräfteverfall im Gefolge haben. Weiter ist anzuführen das Uebergreifen der Neubildung von der Cervicalschleimhaut auf die mit dem Ei in Verbindung stehende Mucosa. Scanzoni beschuldigt durch schlechte Säftemischung herbeigeführte Ernährungsstörungen des Eies, während Schröder das Hauptgewicht auf die Behinderung der physiologischen Ausdehnung des Uterus legt.

Dass hohes Fieber, gleichzeitige selbständige Erkrankungen der Uterusschleimhaut (Ruttledge, Inaug.-Diss. 1876, Fall VIII. pg. 48: »Endometritis decidualis chronica«), sowie operative Eingriffe zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen können, braucht kaum erwähnt zu werden.

Neben der Schwangerschaftsunterbrechung finden wir andere unangenehme Zufälle. Es ist ein Fall von spontaner Uterusruptur während der Schwangerschaft einer Krebskranken beschrieben.

Sehr häufig treten während der Schwangerschaft Blutungen aus der ulcerierten Oberfläche der Neubildung auf. Die Schmerzen im Kreuz sollen häufig durch die Schwangerschaft gemildert werden (nach Cohnstein).

Wir kommen jetzt zur Betrachtung des Geburtsverlaufes bei gleichzeitigem Cervixcarcinom.

Zwei Faktoren stehen einem normalen, günstigen Verlaufe im Wege. Zunächst kann die Neubildung durch Raumverengung den Durchtritt des Kindskörpers unmöglich machen, oder doch erheblich erschweren. Wichtiger noch ist die totale Unnachgiebigkeit des Muttermundes, wie sie häufig durch die carcinomatöse Infiltration zu Stande kommt. Bei starker Wehentätigkeit kommt es durch den Druck des vorangehenden Kindsteiles leicht zu Einrissen und damit zu gefährlichen Blutungen. Gibt bei fortbestehender Wehentätigkeit der Cervix nicht nach, so sind Uterusrupturen keine seltene Erscheinung.

Nach der Zusammenstellung von Hermann (P. Müller) kam die Uterusruptur infolge von Cervixcarcinom während 180 Geburten 11mal (6,1%) zu Stande.

Schröder (l. c. pg. 515) sagt u. a. über den Geburtsverlauf: »Der Druck bringt die Neubildung zur Mortifikation und der Tod erfolgt im Wochenbett an den Folgen der Gangrän. Mechanisch möglich ist übrigens die Geburt auch in scheinbar verzweifelten Fällen, da die den Cervix ersetzenden Massen vor dem Kindsteil ausgestossen werden.«

Nach Cohnstein (l. c. pg. 376) und Rutledge (l. c. pg. 18) ist der (durch Reibung an den höckerigen Massen zu erklärende?) frühzeitige Blasensprung ein recht häufiges Vorkommnis.

Selten sind diejenigen günstigen Fälle, in denen die Geburt ohne jeden unangenehmen Zwischenfall von statten geht. Am häufigsten noch wird dies beobachtet, wenn nur eine der beiden Muttermundslippen (besser die hintere!) ergriffen ist, die gesunde aber sich genügend zu dilatieren vermag.

Das Wochenbett ist selten von günstigem Verlaufe. Führen die Blutungen während der Geburt, die totale Erschöpfung infolge erschwerter Wehentätigkeit nicht zum Tode, so droht die Gefahr einer Gangrän der stark gedrückten carcinomatösen Massen und konsekutiver septisch-pyämischer Erkrankung.

Aus dem beschriebenen Verlaufe der Schwangerschaft, der Ge-

burt und des Wochenbettes bei bestehendem Cervixcarcinom ist leicht zu erkennen, dass die üble Prognose des Cervixcarcinoms überhaupt durch die Schwangerschaft bedeutend verschlechtert wird. Denn als Kuriosum wird der Fall v. Siebold (Meissner, Fortschritte des 19. Jahrhunderts, Bd. 2. S. 357), Heilung eines Uteruscarcinoms durch Schwangerschaft, doch wohl zu betrachten sein.

Nach P. Müller sterben von den Frauen (bereits) $\frac{1}{3}$ unentbunden während der Schwangerschaft. Von 126 Müttern starben nach Cohnstein (l. c. pg. 374) während der Geburt bezw. im Wochenbett $72 = 57,1\%$; $54 = 42,9\%$ erhalten sich vorübergehend.

Dies die Angaben über die Prognose für die Mutter. Wie steht es nun mit den Kindern? Etwa ein Drittel der Früchte, so haben wir oben gesehen, geht in den ersten Monaten durch Schwangerschaftsunterbrechung zu Grunde. Eine beträchtliche Zahl fällt dem frühzeitigen Tode der Mutter zum Opfer. Weit mehr kindliche Leben werden während der Geburt vernichtet.

Nach Cohnstein (l. c. pg. 374) wurden von 116 Kindern $42 = 36,2\%$ lebend, $74 = 63,8\%$ totgeboren. Demnach ist die Prognose für das Kind ungünstiger als für die Mutter.

Welche Aufgabe hat diesen prognostischen Ergebnissen gegenüber eine rationelle Therapie? Soll sie sich nur mit dem Zustande der lebensgefährlich erkrankten Mutter beschäftigen mit Hintansetzung des kindlichen Lebens oder soll sie von kindlichem Leben retten, was auf Kosten der Mutter in rücksichtsloser Weise zu retten ist?

Ich möchte schon an dieser Stelle vorausschicken, dass bis auf den heutigen Tag eine vollständige Einheit der Ansichten in der Behandlung dieser schweren Schwangerschaftskomplikation nicht erzielt wurde. Es lässt sich dies nach dem, was wir über den Verlauf gesehen, nicht anders erwarten. Jeder Fall ist so sehr Fall sui generis, dass nicht 2 gefunden werden können, die von demselben Gesichtspunkte des therapeutischen Handels aus betrachtet werden können. Der Geburtshelfer muss hier in höchstem Grade individualisieren.

Sehen wir zunächst, wie sich unsere Vorfahren eine erfolgreiche

Behandlung dachten. Wir finden da Quecksilberkuren und ausgedehnte lokale und allgemeine Blutentziehungen (Astwell, Guy's Hospital Reports, Vol. IV. S. 126; Siebold, Journ. f. G. Bd. 7. pg. 536; Sharpless, Froriep's Notizen 1826, Juniheft und G. W. Stein, die Lehranstalt f. Geb. zu Bonn 1823, pg. 163).

Später wurde für das therapeutische Vorgehen entscheidend der oben erwähnte Kiewisch'sche Ausspruch, die carcinomatöse Erkrankung des Cervix führe immer zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft. Daraus den Schluss zu ziehen, in diesem Falle der Natur durch die Kunst zuvorzukommen, zu einer Zeit, wo die Gefahren für die Mutter noch sehr gering waren, lag sehr nahe.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wurde schon durch Lee (Guy's Hospital Reports, April 1842) empfohlen. Scanzoni (Lehrbuch d. Geburtsh. 1867, II. S. 119) trat mit seiner ganzen Autorität für dieses Verfahren ein. Ablehnend verhielten sich von vorneherein diejenigen Forscher, die wie Courty und West glaubten, dass die Schwangerschaft den Verlauf des Carcinoms günstig beeinflusse.

Cohnstein verwirft den künstlichen Abort und die künstliche Frühgeburt, indem er sich auf den von ihm erbrachten Nachweis stützt, dass nur $\frac{1}{3}$ der Früchte durch frühzeitige spontane Unterbrechung der Schwangerschaft zu Grunde gehe. Man könne zu ihrer Verteidigung nur den Umstand anführen, dass beim Abort weniger Mütter stürben als bei der Geburt am natürlichen Schwangerschaftsende.

Ruttledge (l. c.) geht in der Ablehnung so weit, dass er die Einleitung des künstlichen Aborts als »Kindsmord« (!) bezeichnen zu müssen glaubt.

Der Hauptgrund, warum die jüngsten Forscher gerade sich im grossen und ganzen gegen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft aussprechen, ist der, dass sie glauben, mittelst der enorm verbesserten Operationstechnik in Zukunft bessere prognostische Resultate für Mutter und Kind erzielen zu können, als sie die statistischen Tafeln der vorantiseptischen und aseptischen Zeit aufweisen.

Interessant sind die Aussprüche einzelner Autoren über diesen Gegenstand.

C. H. Stratz (l. c. pg. 283): »die carcinomatösen Frauen sind meistens Mehrgebärende, die eine grössere Zahl Kinder von früheren Geburten als Waisen zurücklassen. Für diese früher geborenen Kinder dürften unter Umständen einige Monate mütterlichen Lebens schwer ins Gewicht fallen und wenn ich es auch nicht empfehle, so kann ich mir doch den Fall denken, indem man es vorziehen könnte, möglichst bald den künstlichen Abort einzuleiten.«

Schröder-Olshausen (l. c. pg. 264): »Niemals zu gestatten ist der künstliche Abortus bei Uteruskrebs, da die Geburt eines reifen und lebenden Kindes dabei möglich ist und es unverantwortlich wäre, ein kindliches Leben zu opfern, um ein sicher verlorenes mütterliches Leben noch einige Wochen zu fristen.«

P. Müller (l. c. pg. 875): »Man abstrahiert heutzutage mit vollem Recht auf eine noch dazu illusorische palliative Hilfe (künstl. Unterbrechung der Schwangerschaft) für die Mutter und zieht auch das Leben des Kindes mit in Berechnung.«

In der Tabelle von Cohnstein, (l. c. pg. 386) die 134 Fälle umfasst, findet sich ein Fall von künstlichem Abort (Fall 54 pg. 392, Mackenzie, Trans. of the obstet. Soc. L. S. 11, 1860) in der 14. Schwangerschaftswoche, (die Mutter erhält sich) 2 Fälle (pg. 386, 15 + 23) von künstlicher Frühgeburt (Jacobi, the American Journ. of obstetr. Mag. 1868, S. 83): Künstliche Frühgeburt im 8. Monat, Wendung und Exstruktion, die Mutter lebt. Entfernung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge nach der Entbindung. 2. Fall: Ashwell, Guy's Hosp. Reports IV. April 1837: Künstliche Frühgeburt durch Eihautstich, Perforation des Kindskopfes, Mutter stirbt nach 8 Tagen. (Kind tot operiert.)

Schliesslich finde ich noch einen derartigen Fall unter den von A. Gönner (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, X. 1884) mitgeteilten. Fall III, pg. 18: »Siebentgebärende, künstliche Frühgeburt mit ca. 35 Wochen wegen Carcinom des Cervix. Exstirpation 8 Tage post partum. Geheilt entlassen. Seither gesund, einmal spontan geboren.«

In 3 von den aufgeführten 4 Fällen erholt sich die Mutter wieder. Für das Kind war immer die Prognose ungünstig. Müsste ich mich nach Vorliegendem im Interesse des Kindes im grossen und ganzen gegen die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung aussprechen, so glaube ich doch mit Stratz (l. c.), dass hierüber von Fall zu Fall entschieden werden muss.

Ist nun im speziellen Fall keine Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vorhanden, in welcher Weise sollen wir dann während der Schwangerschaft therapeutisch eingreifen?

Einzelne Autoren schlagen vor, sich abwartend zu verhalten; palliativ-symptomatisch die ev. Blutungen und Schmerzen zu bekämpfen, die Patientin durch robrierende Kost und sorgfältige Pflege über die mutmassliche Zeit der Niederkunft hinaus am Leben und bei Kräften zu erhalten. Ein operativer Eingriff zur Beseitigung der Neubildung wäre als Abort begünstigend zu vermeiden.

Hauptsächlich A. Gönner spricht sich in dieser Hinsicht aus (l. c. pg. 8—10); er bezweifelt die günstigen Resultate der Operationslustigen.

Cohnstein (l. c. pg. 376) redet der expectativen Behandlung während der Schwangerschaft nur bei Erkrankung der hintern Muttermundslippe das Wort.

Die meisten Geburtshelfer und Gynäkologen verfahren in folgender Weise:

Wird bei gleichzeitiger Schwangerschaft die Diagnose mit Sicherheit (mikroskopische Untersuchung in Zweifelsfällen) auf Cervixcarcinom gestellt, so muss, solange eine vollständige Entfernung des Erkrankten, eine Operation im Gesunden möglich erscheint, ohne Rücksicht auf das kindliche Leben operiert werden. Ist hingegen die Geschwulst inoperabel, so muss die symptomatische Behandlung vor allem das Leben des Kindes im Auge haben.

Gusserow (Neubildungen des Uterus, pg. 215) bemerkt hierzu: »Nach alledem muss es als Pflicht des Arztes erscheinen, überall dort die gründlichste Entfernung der krebzig erkrankten Parteen auch bei einer Schwangeren vorzunehmen, wo einigermassen die

Aussicht vorliegt, im Gesunden operierend die Kranke ganz zu heilen oder wenigstens den Fortschritt der Krankheit wesentlich verlangsamten zu können.«

C. H. Stratz (l. c. pg. 282): »Ist das Carcinom operabel, so soll man in der Schwangerschaft operieren, selbst auf die Gefahr hin, dass durch die Operation Abort hervorgerufen wird.«

Schröder-Olshausen (pg. 414): »die Therapie muss schon in der Schwangerschaft eine mehr operative sein, als es bisher der Fall ist.«

Ludwig Kleinwächter (»die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft«, zweite Auflage, 1890, pg. 34): »die Fortschritte, welche die operative Gynäkologie in den letzten Jahren gemacht, hat auch die Therapie bei geschwängertem carcinomatösen Uterus gegen früher erheblich geändert, infolge dessen heute die Schwangerschaftsunterbrechung weit häufiger und in anderer Weise vorgenommen wird, als dies noch bis vor kurzem geschah.« Nach Kleinwächter muss, solange diese Operation ausreicht, die supra- oder infravaginale Amputation des Cervix gemacht werden. Genügt dies zur vollständigen Entfernung des Erkrankten nicht, so ist die Totalentfernung des Uterus vorzunehmen. Vor der Exstirpation durch die Scheide wird der künstliche Abort oder die künstliche Frühgeburt eingeleitet.

Auch die Freund'sche Operation mit oder ohne Verbindung mit der von Porro wird empfohlen.

Ein bekanntes Beispiel ist der berühmte Fall von Spencer Wells (Brit. med. J. Nov. 86, 1881), der im 6. Monat der Schwangerschaft den Uterus durch Laparotomie total entfernte. Bischoff (Schröder, 414) erzielte am Ende der Schwangerschaft durch die Verbindung der Freund'schen Operation mit dem Kaiserschnitt ein lebendes Kind.

Stichhaltige Einwände gegen dieses Verfahren bei operablem Carcinom in der Schwangerschaft finde ich nirgends erhoben, denn dass eine unreife Frucht gegen das wertvolle Leben der Mutter, wenn überhaupt Aussicht ist, dasselbe durch eine Operation zu retten, unbedingt zurücktreten muss, ist selbstverständlich. Ich glaube,



dass bei operablem Carcinom die Operation nur dann über die Geburt hinaus verschoben werden darf, wenn dieselbe kurz bevorsteht, so dass die Neubildung auch noch hernach gründlich beseitigt werden kann.

Ist aber an eine Radikal-Operation nicht mehr zu denken (leider sind ja diese Fälle viel häufiger) was ist dann zu thun? In dieser Frage finde ich einigen Widerstreit.

Diejenigen Autoren, die wie Gönner und Fehling (Handbuch der Geburtshilfe III. pg. 220) fürchten, dass jeder operative Eingriff zum Abort führe, plaidieren für das Zuwarten.

Es sind nun neuerdings eine Menge von Fällen veröffentlicht, die beweisen, dass ziemlich schwere operative Eingriffe nicht zu einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft zu führen brauchen. Siebold (Journ. Bd. 3. S. 51) beschreibt einen Fall, in dem er eine krebsig entartete Scheidenportion exstirpierte, ohne dass vor der Operation die Diagnose der Schwangerschaft gestellt war; es erfolgte kein Abort.

In 8 Fällen, die nach F. Benicke (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, I. Band 1877, pg. 340 u. f.) operativ behandelt wurden, erfolgte 3mal (spontaner) Abort.

Cohnstein, Stratz, Frommel (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, V. Band 1880. pg. 165 u. f.), Benicke, Müller, Schröder und Kleinwächter sprechen sich übereinstimmend dahin aus, dass man auch bei inoperablem Carcinome zur Stillung erschöpfender Blutungen, zur Beseitigung jauchigen Ausflusses und zur Verminderung starker Schmerzen wenigstens zugängliche Geschwulstpartieen entfernen solle; der Gefahr des Aborts stehe gegenüber der grosse Vorteil, dass durch die Beseitigung der erwähnten schweren Symptome das mütterliche Leben länger zum Vorteil des kindlichen erhalten bleibe.

Besteht aber für einen operativen Eingriff keine der erwähnten, direkten Indikationen, erscheint eine Abtragung der krebsigen Massen nur wünschenswert im Hinblick auf eine Erleichterung der Geburt, so wartet man zweckmässigerweise bis zur Ankündigung der nahe bevorstehenden Niederkunft mit der Operation.

Im Interesse einer günstigen Geburt werden dann nach Müller (l. c. 876) folgende Eingriffe gemacht: Abtragung polypenartig aufsitzender Partien mittelst der galvanokaustischen Schlinge; Excision von mehr diffuser Masse mittelst Messer und Scheere, Auslöfflung von weichen Partien zur Zerstörung, aber auch zur Blutstillung und provisorischen Vernarbung, Anwendung kaustischer Mittel oder Instrumente auf die Wundfläche u. s. w.

Nach welchen Gesichtspunkten hat der Arzt sein therapeutisches Handeln einzurichten, wenn er zu einer Geburt gerufen, ein bisher nicht diagnostiziertes Carcinom des Cervix vorfindet?

Wir haben oben bei Betrachtung des Geburtsverlaufes gesehen, dass das Carcinom in doppelter Beziehung ein Geburtshindernis abgibt. Einmal wirkt es raumverengend; sodann aber macht es häufig durch seinen Sitz (Infiltration) den Cervix und die Portio starr, unnachgiebig. Trotzdem vertrat die Lachapelle eifrig die zuwartende therapeutische Methode. Was an »spontaner Dilatation des Muttermundes«, so nahm sie an, durch den vorausgehenden Kindsteil nicht bewirkt werden könnte, wurde ersetzt durch spontane leichtere Einrisse. Man könne aber durch erweichende Mittel auf die Portio einwirken. Allerdings. Aber diese »leichten Einrisse« wurden in 12 von 47 Fällen (Cohnstein), also in mehr als 25% zu Uterusrupturen mit letalem Ausgange. Diese Zahlen heischen jedenfalls gründliche Aufmerksamkeit bei der sonst sicher zu empfehlenden exspektativen Therapie.

Es dürfte sich lohnen, nach Fehling (l. c. pg. 220), die Wehentätigkeit in ihrer Wirkung auf den Muttermund durch Bänder, Ausspülungen, vor allem aber durch Incisionen zu unterstützen.

Die Incisionen dürfen nach Cohnstein nicht gemacht werden, wenn der ganze Gebärmutterhals krebsig entartet ist oder weitere geburtshilfliche Operationen (Wendung, Anlegen der Zange) erforderlich sein sollten.

Ruttledge (pg. 50) glaubt, die Incisionen hätten ohne gleichzeitige starke Wehentätigkeit gar keinen Wert.

Andere, wie P. Müller incidieren bei »verzögerter Eröffnung.« Schröder empfiehlt, von den krebsigen Massen, um freie

Passage zu bekommen, soviel zu entfernen, als möglich ist und zwar mit Finger, scharfem Löffel und schneidenden Instrumenten.

Die Anwendung der stumpfen Gewalt (Finger) hat einen mächtigen Fürsprecher gefunden in R. Frommel (Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. V. 1880. pg. 172). Im Anschluss an einen von ihm (pg. 162) beschriebenen Fall Schröders, hält er besonders die Anwendung der stumpfen Gewalt empfehlenswert bei totem Kinde, um in diesem misslichen Falle die Sectio caesarea vermeiden zu können.

In den von Gönner (l. c. 12) aufgeführten Fällen, wurde 4mal im Beginn der Geburt die Geschwulst von der Scheide aus entfernt und darauf das Kind mit der Zange extrahiert.

Die Anlegung der Zange darf bei bestehendem Cervixcarcinom wegen der Gefahr der Uterusruptur nur in der schonendsten Weise vorgenommen werden; nach der Tabelle von Cohnstein überlebten diese Operation von den Müttern 75%, von den Kindern 50%.

Viel ungünstiger stellen sich nach demselben die Resultate der Wendung und Extraktion: Die entsprechenden Zahlen waren, für die Mütter 18,1%, für die Kinder 12,5%.

Eine spontane Geburt hat nicht zu Stande kommen können. Hat jetzt der Geburtshelfer nach Hinwegräumung der raumbeengenden carcinomatösen Massen, einen schonenden Zangenversuch gemacht, ohne damit auszureichen, muss aber die Frau entbunden werden, so stehen ihm nur noch 2 therapeutische Eingriffe zur Verfügung. Die Perforation bzw. Embryotomie und der Kaiserschnitt. Die erstere Operation kann nach der übereinstimmenden Ansicht aller Autoren nur bei totem Kinde in Betracht kommen. Denn die Perforation und Embryotomie vernichten das kindliche Leben mit so grosser Gefahr für die Mutter, dass der Kaiserschnitt, der das Leben des Kindes in den meisten Fällen rettet, unbedingt vorzuziehen ist.

Spiegelberg (Monatsschrift f. G. 11. S. 114) sagt: »Kann der Kindskopf überhaupt noch durch's Becken geführt werden, so wird er es gleich gut können, ob zerstückelt oder nicht.«

Fehling (l. c. pg. 231): »Vollständig zu verwerfen ist die Perforation des lebenden Kindes zu Gunsten der Mutter.«

Hier reden Zahlen am deutlichsten. Nach Cohnstein starben von 6 Frauen, bei denen Perforation, bezw. Embryotomie zur Ausführung gelangten, 4, also 66% (100% der Kinder!).

Dagegen: (Fehling) Von 17 Frauen, an denen der Kaiserschnitt ausgeführt wurde, starben 11 an den Folgen der Operation, also 64,7%; von den Kindern starben jedoch nur 3, also 17,6%!

Die Perforation oder Embryotomie des lebenden Kindes dürfte demnach nur noch in den Fällen gemacht werden, in denen die gut unterrichtete, geistesgesunde Mutter den Kaiserschnitt nicht zulässt.

Während am Anfange und in der Mitte dieses Jahrhunderts der Kaiserschnitt bei Cervixcarcinom verpönt oder doch nicht gerne gemacht wurde, selbst Scanzoni noch die Sectio caesarea zu Gunsten des Kindes für unerlaubt hält, sind die jüngeren Geburtshelfer im Vertrauen auf die Fortschritte der operativen Technik samt und sonders für diese Operation eingenommen. Hören wir einzelne Autoren:

Schröder (l. c. pg. 513) sagt: »Der Kaiserschnitt ist zu bevorzugen, wenn bei lebendem Kind sich nicht soviel Platz schaffen lassen sollte, dass die Extraction durch die Zange oder die Wendung ohne zu grosse Schwierigkeit vor sich geht.«

Gusserow empfiehlt den Kaiserschnitt »überall da, wo das Beckenzellgewebe von der Erkrankung mitergriffen ist.«

P. Müller (l. c. pg. 878): »Bleibt der widerstrebende Ring eng, unnachgiebig, so ist bei lebendem Kinde auf jede Extraction zu verzichten und die Sectio caesarea auszuführen.«

H. Fehling (l. c. pg. 221): »Gelingt bei hochgradiger carcinomatöser Infiltration des Cervix und parametranen Bindegewebes die Entbindung per vias naturales nicht bald und leicht, so soll der Kaiserschnitt nach Porro gemacht werden.«

R. Frommel (l. c. pg. 170) bekämpft die Ausführung der Porro'schen Operation bei Cervixcarcinom, da die Schnittfläche des Stieles gerade mitten in die carcinomatösen Cervix hineinfiele

und es bei der Starrheit der Krebsmassen unmöglich sei, den Cervix so in die Höhe zu ziehen, dass er in die Bauchwände einzuheilen wäre. Er empfiehlt die klassische Methode.

In dem schon oben erwähnten Falle von Spencer Wells wurde die Porro'sche in Verbindung mit der Freund'schen Operation ausgeführt.

Die Therapie des Wochenbettes hat in unserem Falle ihr besonderes Augenmerk auf die gründlichste Antisepsis zu richten; die zertrümmerten, ev. gangränösen Gewebsfetzen müssen entfernt werden; um dem drohenden, jauchigen Zerfalle der Carcinomteile vorzubeugen, empfiehlt G ö n n e r (l. c. pg. 13) eine Aetzung derselben mit 90% Karbolsäure nebst Tamponade.

An die Besprechung der wichtigsten Punkte in der Beurteilung und Behandlung der mit Carcinom des Cervix complizierten Schwangerschaft, werde ich die Krankengeschichten der mir zur Verfügung stehenden 4 Fälle anschliessen.

Fall I. K. D. aus Oberwolfach, 35 Jahre alt, von guter Konstitution, wird am 7. Juli 1885 in die Klinik aufgenommen. Sie war mit dem 14. Lebensjahre zum erstenmale menstruiert, hat 3mal geboren (die Kinder leben) und 2mal Fehlgeburt im 2. und 3. Monat gehabt. Bis vor 8 Tagen hat sie an unregelmässigen Blutungen gelitten.

Die äusserliche Untersuchung vom 9. VII. 85 ergibt:

Kleine, schlecht entwickelte Mammæ pendulæ mit wässrigem Kolostrum. Linea alba pigmentiert, alte und frische Striae, Fundus uteri 2—3 Querfinger über dem Nabel, Kopf in der linken Mutterseite, Rücken quer im Fundus, Steiss und kleine Kindsteile rechts, Herztöne schwer zu hören. Aeusserer Masse: 23,5 (st. 26), 29 (29), 31 (32), 19,5 (20) 84.

Innerliche Untersuchung:

Der Muttermund ist in einen zerklüfteten harten Tumor verwandelt, dessen Schleimhaut stellenweise excoriert ist. Das Scheidengewölbe ist frei, ebenso scheint die Gegend des innern Muttermundes noch nicht ergriffen zu sein. Nach der Untersuchung starke Blutung.

Diagnose: Schwangerschaft im 6. Monat, I. Querlage. Der Verdacht, dass der touchierte höckerige Tumor ein Carcinom sei, wird zur Gewissheit durch die mikroskopische Untersuchung eines Stückes.

Therapie: Einleitung der künstl. Frühgeburt.

7. VIII. Nachmittags 3 Uhr werden zwei dicke Laminariastifte in den für den Finger nahezu durchgängigen Cervicalteil eingelegt und bis zum andern Morgen liegen gelassen.

8. VIII. Es werden 3 Laminariastifte eingelegt. Dieselben liegen ohne Reaktion von seiten der Patientin bis abends. Dann wird ein elastisches Bougie eingelegt und 24 Stunden liegen gelassen ohne Wehen zu erzeugen.

9. VIII. Abends 7 Uhr werden wieder 3 Laminariastifte eingelegt.

10. VIII. Abends 8 Uhr wird ein elastisches Bougie eingelegt und bis zum andern Morgen liegen gelassen.

11. VIII. 11 Uhr vormittags 1 Kiewisch'sche Injection, 1 Stunde lang 33—34° R.

Nachmittags 2—3 Uhr, warmes Bad.

Nachmittags 3—4 Uhr, 2. Kiewisch'sche Injection.

Es entstehen kräftige Wehen; sie lassen aber gegen 2 Uhr Nachts nach und sind bis zum andern Tag verschwunden.

12. VIII. 10 Uhr vormittags: 3. Kiewisch'sche Injection. Nachmittags warmes Bad.

Dann: 4. Kiewisch'sche Injection. Der rechte Fuss liegt in der Scheide, der Unterschenkel füllt den Cervicalkanal nahezu vollständig aus. Die Wehenthätigkeit ist schlecht und wird auch durch eine Secaleinjection nicht gebessert. Herztöne nicht mehr zu hören.

13. VIII. 10 Uhr. 5. Kiewisch'sche Injection.

3 » 6. » »

Gegen $\frac{1}{2}$ 6 Uhr werden die Wehen plötzlich besser und es wird das Kind rasch bis zum Rumpf geboren. Steiss tritt gut in einer zweiten Steisslage durch.

Von nun an rückt die Geburt nur äusserst langsam vor sich. Um $\frac{1}{2}$ 7 Uhr gelingt es ohne besondere Schwierigkeit, die beiden

Arme zu lösen und den Kopf gerade zu stellen. Dabei zeigt es sich, dass der Cervicalteil nach allen Seiten tief eingerissen ist, besonders aber nach rechts und hinten. Hier drängt sich eine nahezu abgelöste Partie an den Kopf vor. Es werden deshalb nur äusserst schonende Extractionsversuche gemacht. Um 8 Uhr gelingt es, den Kopf mit dem Veit-Snellin'schen Handgriff zu extrahieren. Placenta folgt nach 10 Minuten nach. Mässige Blutung, Ausspülen der Scheide und der Gebärmutterhöhle mit 1 : 1000 (!) Sublimatlösung. Eine Spritze Secale.

Im Cervicalteil findet sich besonders nach hinten ein sehr tiefer Riss, durch welchen ein grosser Lappen beinahe abgetrennt ist.

14. VIII. Subj. Wohlbefinden, keine Blutung, Abdomen auf Druck empfindlich, Eisbeutel.

19. VIII. Das ganze Geschwür wird mit dem Pacquelin tüchtig zerstört und verschorft.

21. VIII. Subj. Wohlbefinden, wenig Schmerzen.

Patientin wird am 24. August 1885 entlassen.

II. Fall. M. B. aus Oberjettingen, 40 Jahre alt, wird am 14. Juli 1889 in die Klinik aufgenommen.

Sie hat ihre erste Periode im 16. Lebensjahre gehabt. Von 8 normalen Geburten überstand sie die letzte am 8. I. 88. Seit einem Vierteljahr fleischwasserähnlicher Ausfluss und mehrfache Blutungen, nicht besonders stark. Seit Donnerstag Mittag Wehen, Wasser ist schon vorher abgegangen; die Hebamme gibt an, den Muttermund geschlossen gefunden zu haben, Kopf vorliegend. Sie hat gestern zum Arzt geschickt, weil sich der Muttermund nicht geöffnet hat.

Gestern Mittag Schüttelfrost, nachher Schwitzen.

Heute bei der Aufnahme 38,2°. Aeusserliche Untersuchung vom 14. VII. 88. Magere, gracile Frau. Schläffe Mammæ pendulae. Warze und Warzenhof pigmentiert. Ektatische Venen. Schläffer Drüsenkörper. Fundus uteri 3 Querfinger unter dem proc. xiph.

Linea alba pigmentiert, zahlreiche alte Striae. Kopf fest im Beckeneingang, auffallend leicht durch die dünnen Bauchdecken und

das verdünnte untere Uterinsegment durchzufühlen. Rücken und Herztöne rechts. Kleine Kindsteile links im Fundus. II. Schädellage.

Innerliche Untersuchung. Carunculae myrtiformes, Weinhefenfarbe der Scheidenschleimhaut. Muttermund ca. Markstück gross. Nur die rechte Hälfte des Muttermundes ist annähernd normal anzufühlen. Links findet man durch tiefe Einrisse getrennte, ca. haselnussgrosse harte Krebsknoten, die bis in das linke Scheidengewölbe hineinreichen. Auch rechts ein kleiner harter Knoten zu fühlen. Beim Untersuchen tritt eine leichte Blutung ein. Kopf liegt fest im Beckeneingang vor. Kleine Kopfgeschwulst, Muttermund sehr fest, wenig dehnbar.

Diagnose: Schwangerschaft im 10. Monat, lebendes Kind in II. Schädellage. Carcinoma uteri. Verlauf.

14. VII. Die Frau kommt morgens 6 Uhr mit Geschirr von Oberjettingen an. Selten treten Wehen ein. Uterus ist aber immer stark gespannt. Der Kopf ist durch die dünnen Bauchdecken und das dünne untere Uterinsegment wie durch einen Schleier durchzufühlen. Es geht mit Meconium gemischtes Fruchtwasser und stark übelriechende Gase aus dem Uterus ab. Tympanites uteri. Puls 96. Wegen starker Schmerzen wird ein Stuhlzäpfchen mit Morphinum 0,02 gegeben. Ausserdem reichlich Wein.

Mittags 3 Uhr ist der Muttermund 3 Markstück gross, lässt sich aber bis zu 5 Markstück-Grösse dehnen. Er fühlt sich bis hoch hinauf derb und infiltriert an und ist durch zahlreiche tiefe Einrisse in mehrere Lappen getrennt. Im Cervix selbst findet man zerstörbares und bröckliges Gewebe, welches bei der Untersuchung leicht blutet. Ein besonders grosser Einriss geht links hinter der Symphyse hoch hinauf. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang, eine kleine Kopfgeschwulst ragt als Segment desselben in das Becken hinein. Bei der innern Untersuchung keine Schmerzhaftigkeit, dagegen verursacht die äussere Untersuchung, besonders das Durchtasten des sehr gespannten, dünnen, untern Uterinsegmentes besonders links erhebliche Schmerzen. Temperatur und Puls wie morgens. Herztöne deutlich rechts unterhalb des Nabels hörbar. Blase nicht dislociert, Herz- und Lungenbefund normal.

Da die Frau nun schon 8 Tage lang mit abgeflossenem Fruchtwasser kreisst, der grosse, harte Kopf noch immer beweglich über dem Beckeneingang steht, das untere Uterinsegment stark gedehnt und schon Tympanites mit Temperatursteigerung vorhanden ist und da als Complication ein Carcinom das Cervix sich findet, das stark infiltriert ist und mehrere tiefe Einrisse zeigt, so wird die Entbindung der Frau beschlossen.

Die in erster Linie in Betracht kommende Perforation wird wegen des carcinomatösen, eingerissenen Cervix und der absoluten Wehenschwäche nicht gemacht, da es sehr leicht möglich sein könnte, dass nach Perforation des Kopfes und angelegtem Cranioklast durch den Kopf oder die Schulter der carcinomatöse Cervix oder das stark gespannte Uterinsegment einreissen würde, wodurch eine schwer stillbare Blutung oder sogar eine Uterusruptur zu Stande kommen könnte. Die absolute Wehenschwäche könnte nach gemachter Perforation fortdauern und die Frau wäre dem Verblutungstode ausgesetzt.

In Anbetracht dessen wird beschlossen, den Kaiserschnitt zu machen, um durch diesen Eingriff die mehr oder weniger sicher eintretenden Gefahren einer Uterusruptur, eines Cervixrisses oder Verblutung aus den carcinomatösen Teilen zu verhüten und um die Frau, welche ohnehin durch das Carcinom über kurz oder lang verloren ist, durch ein sicheres Entbindungsverfahren noch eine Zeit lang am Leben zu erhalten.

Bei der Wahl der Operation kommt in diesem Falle das kindliche Leben nicht so sehr in Betracht, da die Frau arm ist und schon 5 lebende Kinder hat und kein weiteres Kind wünscht.

Die Frau wird mehrmals gebadet, die Scheide gründlich durch Sublimatausspülungen gereinigt und nach den weiteren üblichen Vorbereitungen zur Laparotomie, wird Nachmittags um 4 Uhr der Kaiserschnitt gemacht und zwar wegen des Tympanites uteri und der Endometritis nach Porro.

Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse, Trennung der Bauchdecken schichtenweise auf der Hohlsonde. Bauchdecken sind dünn, man gelangt rasch in die Bauchhöhle. Der

Uterus wird aus der Bauchhöhle nach vorne gewälzt und der obere Wundwinkel durch mehrere provisorische Nähte vereinigt, um einen Vorfall der Därme zu verhüten. Nach Umlegung des Gummischlauches unter den Kopf um das sehr dünne, gespannte untere Uterinsegment, wird der Uterus in der Mitte durch einen kleinen Schnitt, welcher mit dem Finger nach oben und unten erweitert wird, eröffnet. Der Schnitt geht durch die anliegende Placenta durch, weshalb eine stärkere Blutung entsteht. Das Kind ist mit-samt der Placenta leicht zu entwickeln. Es ist ein normal ent-wickelter Knabe (7,8: 9,2. 11,4. 12. 34. 33. Körperlänge: 50. Gewicht 3270). Eine geringe Asphyxie wird durch geeignete Be-handlung bald beseitigt. Das Kind ist voll von Meconium. Aus dem Uterus kommt ein aashaft stinkender Geruch. Es wird sorg-sam darauf geachtet, dass von dem Uterusinhalte nichts in die Bauch-höhle kommt. Es wird nun oberhalb der provisorischen Ligatur die definitive ungelegt und fest zugeschnürt. Als-dann werden ober-halb 2 Péan'sche Nadeln kreuzweise durchgestossen und der Uterus mit dem Messer abgeschnitten. Unterhalb der Ligatur wird das Peritoneum der Wundränder mit dem des Stieles durch mehrere Catgutnähte vereinigt, nachdem vorher in gewöhnlicher Weise tiefe, das Peritoneum mitfassende Seidenfäden eingelegt worden waren. Der Teil der Wunde unterhalb des Stieles wird jetzt geschlossen. Oberhalb des Stieles wird von einem Nähen des Peritoneums ab-gesehen, da hier dasselbe sehr blutreich ist und es beim Nähen zu einer Blutung kommt, welche erst durch mehrfache Umstechung gestillt werden kann. Es wird deshalb in gewöhnlicher Weise die Bauchwunde durch tiefe, die Serosa mitfassende, und oberflächliche Nähte geschlossen, der Stiel energisch mit Paquelin verschorft, mit Jodoformpulver eingepulvert und mit Jodoformgaze umwickelt.

Unter die Péan'sche Nadeln mehrere Holzwattepolster, teils um die Bauchdecken zu schützen, teils um den Stiel herauszuheben. Gummischläuche über die Nadeln gestreift. Holzwohwattverband. Dauer der Operation eine Stunde.

Schon am Ende der Operation atmet die Frau in langen Zwi-schenräumen und nach der Operation setzt die Atmung bei anhal-

tend gutem regelmässigen, kräftigen Puls ganz aus. Erst nach mehrstündigen Bemühungen gelingt es durch künstliche Atmung, verschiedenartige Hautreize, hauptsächlich durch den Induktionsstrom auf Herz und Gegend der Phrenici die Frau zu regelmässiger, spontaner Atmung zu bringen. Bis gegen 12 Uhr noch langsame Atmung, 6—7 Atemzüge in der Minute, dann häufiger. Wohlbefinden, kein Erbrechen, Frau trinkt gern und häufig Champagner mit Wein.

15. VII. Temperatur 38,0°, Puls 100. Der erste Tag nach der Operation ist ganz gut verlaufen. Patientin klagt nur über Durst, hat nirgends Schmerzen. Sie trinkt Champagner und Wein und erhält ausserdem Cognacklystiere.

16. VII. Da Patientin den Wein und Champagner nicht mehr ertragen kann, wird Thee gegeben, auch letzterer wird weggelassen, da Patientin Brechreiz bekommt. Heute Nacht nicht gut geschlafen, weil der Verband gedrückt und im Atmen gehindert hat; der Verband wird heute früh eingeschnitten und sehr locker gemacht, worauf die Atmung besser wird. Aus der Scheide kommt ein übelriechender Ausfluss. Wasserlassen geht spontan.

Im Laufe des Mittags klagt Patientin öfters über Schmerzen im Bauch, es hat sich ein leichter Meteorismus eingestellt, auf Druck sind die Bauchdecken jedoch nicht schmerzhaft. Auf eine kleine Dosis Morphinum subcutan lassen die Schmerzen nach und Patientin schläft.

Abends kommt aus der Scheide, spontan herausfliessend eine aashaft stinkende Flüssigkeit, weshalb sofort eine reinigende Ausspülung mit Kal. hyp. gemacht wird. Nachts gegen $\frac{1}{2}$ 12 Uhr wird wieder eine Morphinum-injection gemacht. Der Meteorismus hat zugenommen, das Atmen wird beschwerlicher.

17. VII. Heute früh ist die Achsenhöhlentemperatur 38,6°, Puls 108. Das Gesicht der Patientin sieht zerfallen aus, Patientin fühlt sich müde und matt, der Puls wird frequenter und schwächer, der Meteorismus hat noch mehr zugenommen. Klagen über Schmerzen im Bauch.

Wegen des übelriechenden Ausflusses wird Patientin in ein anderes Zimmer samt Bett verbracht.

Im Laufe des Mittags geht es allmählich immer weiter bergabwärts. Der Puls wird immer schlechter, die Atmung beschwerlicher und häufiger, nach und nach werden die Extremitäten kalt. Patientin ist öfters nicht bei sich. Gegen Abend sind Hände und Füße kalt, Patientin schläft immer fort, hie und da über Schmerzen im Bauch klagend. Morphininjection zur Erleichterung. Gegen 11 Uhr Nachts ist der Puls nicht mehr zu fühlen, Patientin schläft und atmet frequent, regelmässig und tief.

18. VII. Morgens $\frac{3}{4}$ 1 Uhr tritt der Tod ein; nach Eintritt werden reichliche Mengen grüner Flüssigkeit erbrochen.

III. Fall. Die 31jährige, V. para, B. M. aus Wendelsheim wurde am 11. X. 89 in die Klinik aufgenommen. Seit der letzten Geburt vor 2 Jahren hatte Patientin keine Periode mehr, sie stillte ihr Kind; die Periode trat erst wieder Ende Dezember 88 ein und war bis Ende April regelmässig. Seit Ende April, also seit über 5 Monaten blutet Patientin unregelmässig, hat starke Schmerzen im Kreuz und Bauch. Wenn die Blutung nachlässt, so ist ein stark übelriechender Ausfluss vorhanden. In der letzten Zeit will Patientin stark abgemagert sein. Seit einigen Wochen bemerkt sie, dass ihre Unterbauchgegend an Grösse zunimmt und anschwillt.

Status praesens: Grosse Patientin, wenig Panniculus adiposus, sieht anämisch, verblutet aus. Schleimhäute blass. Die Brustorgane bieten keinen besondern Befund.

Fundus uteri steht 2—3 Querfinger unter dem Nabel und hat das charakteristische Anfühlen eines schwangern Uterus. Aus der Scheide fliesst anhaltend Blut, besonders während der Untersuchung. Der ganze Cervix ist carcinomatös destruiert, die Oberfläche besteht aus weichem, bröcklichem, leicht blutendem Gewebe. Der äussere Muttermund ist nur schwer herauszutasten. Wegen einer ziemlich starken Blutung nach der Untersuchung muss heiss ausgespült und dann tamponiert werden. Die Scheide ist ringsum infiltriert, Douglasgegend schmerzhaft.

26. X. Nachts 11 Uhr treten spontane Wehen auf.

27. X. Der carcinomatös infiltrierte Vaginalteil beginnt allmählich zu verstreichen, der Muttermund ist für die Spitze des Zeigefingers durchgängig. Die Wehen sind sehr schmerzhaft, regelmässig und kräftig. Wegen einer leichten Blutung wird eine heisse Ausspülung gemacht.

28. X. Patientin hatte die ganze Nacht und den ganzen Tag anhaltende, sehr schmerzhaft Wehen. Morgens $\frac{1}{2}$ 6 Uhr erfolgt die spontane Geburt eines lebenden unreifen Knaben, der nach einigen Minuten stirbt; er hat geschrien und die Extremitäten bewegt. Die Grösse entspricht dem Ende des 5. Monats. Ziemlich grosse Kopfgeschwulst, Expressio placentaе nach Credé. Keine besondere Blutung. Sublimatausspülung.

Geburtsdauer $29\frac{1}{2}$ Stunden. Normales Wochenbett. Patientin wird am 5. XI. entlassen.

IV. Fall. Patientin C. C. aus Weissenstein, 38 Jahre alt, VI. para, wird am 17. II. 90 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese. Die Periode trat im 17. Jahre ein und war früher immer regelmässig 4wöchentlich 4-5tägig mit starkem Blutverlust und ohne besondere Schmerzen. Patientin ist 13 Jahre lang verheiratet und hat 6mal geboren, das letztemal vor 2 Jahren, die Geburten waren alle normal, die Kinder wurden gestillt und leben.

Ausgangs August letzten Jahres trat ohne nachweisbaren Grund plötzlich eine starke Blutung ein, nachdem sich seit der letzten Geburt vor zwei Jahren keine Blutung mehr gezeigt hatte.

Seit August, also seit nahezu $\frac{1}{2}$ Jahr blutet Patientin ununterbrochen fort, ohne dass die Blutung auch nur einen Tag ausgesetzt hätte. Beim Herumgehen geht das Blut tropfenweise ab. Beim Husten, an dem Patientin seit 14 Tagen leidet, kommt es jedesmal zu einer stärkeren Blutung. Bei jedem Hustenstoss fliesst Blut aus der Scheide ab, auch beim Stuhlgang, besonders bei harter Öffnung zeigt sich eine Scheidenblutung.

In der letzten Zeit war ein übelriechender Ausfluss vorhanden, der auch jetzt noch da ist. Schmerzen sind nicht besonders stark; seit ihrer Erkrankung bemerkt Patientin eine zunehmende Abmagerung, obgleich der Appetit immer gut ist.

Beim Wasserlassen hat Patientin Beschwerden, sie hat häufigen Drang zu urinieren; gibt sie dem Drange nach, so geht der Urin nicht sofort ab; erst nach längerem Warten gelingt es die Blase zu entleeren.

Status praesens: Patientin sieht blass und verblutet aus, die Schleimhäute sind anämisch. Aus der Scheide fliesst anhaltend, tropfenweise hellrotes Blut.

Der Fundus uteri steht 2—3 Querfinger unter dem Nabel; der Uterus ist nahezu kleinkindskopfgross und hat das charakteristische Anfühlen eines schwangeren Uterus; er ist prall, elastisch, dunkel fluctuierend.

Die vordere Muttermundlippe, ein Teil der vorderen und die beiden seitlichen Scheidenwände sind carcinomatös destruiert, in ein höckeriges, unebenes, bröckeliges und leicht blutendes Gewebe umgewandelt.

An der Stelle der früheren vorderen Muttermundlippe fühlt man eine kantenförmige geschwürige Vertiefung; unter derselben ist der für die Spitze des Zeigefingers geöffnete äussere Muttermund zu fühlen, die hintere Muttermundlippe ist ziemlich gut erhalten, fühlt sich infiltriert und derb an. Das hintere Scheidengewölbe zeigt keine besondere Veränderung. Der Uterus lässt sich bei der bimanuellen Untersuchung zwischen beide Hände bekommen. Nach der Untersuchung muss wegen der Blutung eine heisse Ausspülung mit nachfolgender Jodoformgazetamponade gemacht werden.

21. II. 90. Patientin klagt über wehenartige Schmerzen im Bauch und Kreuz. Bei einer innerlich vorgenommenen Untersuchung findet man am Muttermund keine Veränderung.

23. II. 90. Die Wehen sind wieder vergangen.

4. III. 90. Heute wird mit der Einleitung des künstlichen Abortus begonnen. Einführung eines Laminariastiftes in den Cervix.

5. III. 90. Nach Entfernung des Stiftes ist der Cervix geöffnet; Wehen sind nicht eingetreten. Es wird ein Bougie zwischen Eihäute und Endometrium eingelegt, das man den Tag über liegen lässt. Im Laufe des Tages nur seltene, schwache Wehen.

6. III. 90. Einlegen von 2 Bougies, welche die Wehen nicht verstärken.

7. III. 90. In den Cervix wird heute ein dicker Tupelostift eingeführt.

8. III. 90. Im Laufe der Nacht treten Wehen auf, die in grossen Pausen regelmässig sich wiederholen. Heute früh wird der stark aufgequollene Stift entfernt; es wird nun eine Ausspülung der Scheide mit mehreren Litern lauwarmen Thymollösung ($\frac{1}{2} \text{ ‰}$) gemacht, teils der Desinfection wegen, teils um die Wehen anzuregen.

Im Laufe des Mittags werden die Wehen kräftiger, und treten auch schneller nacheinander auf; gegen Abend geht das Fruchtwasser spontan ab; der Muttermund ist thalergross; über demselben fühlt man den kleinen Kopf.

Abends 6 $\frac{1}{4}$ Uhr erfolgt die spontane Geburt des Fötus: Ein Knabe, 22 cm lang und 175 gr schwer. Er machte mehrere Inspirationsbewegungen und bewegte die Extremitäten. Geschrien hat er nicht. Das Herz pulsiert nahezu $\frac{1}{2}$ Stunde lang.

Die Placenta konnte mit dem Credé'schen Handgriff expriert werden. Während und nach der Geburt trat keine nennenswerte Blutung ein. Desinficierende Ausspülung mit 1 Sublimatausspülung 1 : 3000.

Patientin erholt sich nach und nach.

Die 4 beschriebenen Fälle liefern eine interessante Illustration zu dem, was wir oben über den Verlauf und die Behandlung dieser »unheilvollen« Komplikation der Schwangerschaft gesagt haben.

Wir haben gesehen, dass es nach den statistischen Ausweisen etwa in $\frac{1}{3}$ der Fälle zur spontanen Unterbrechung der Schwangerschaft kommt. Wir haben unter unsern 4 Fällen einen solchen, den dritten. Was hier die Veranlassung gewesen sein mag, lässt sich schwer entscheiden. Am wahrscheinlichsten sind wohl die Blutungen zu beschuldigen.

Was die Therapie anbetrifft, so ist besonders der 4., wohl aber auch der erste Fall ausgezeichnet dazu angethan, die Ansichten der-

jenigen Autoren zu widerlegen, die glauben, die Behandlung unserer Komplikation nach starren Dogmen durchführen zu dürfen.

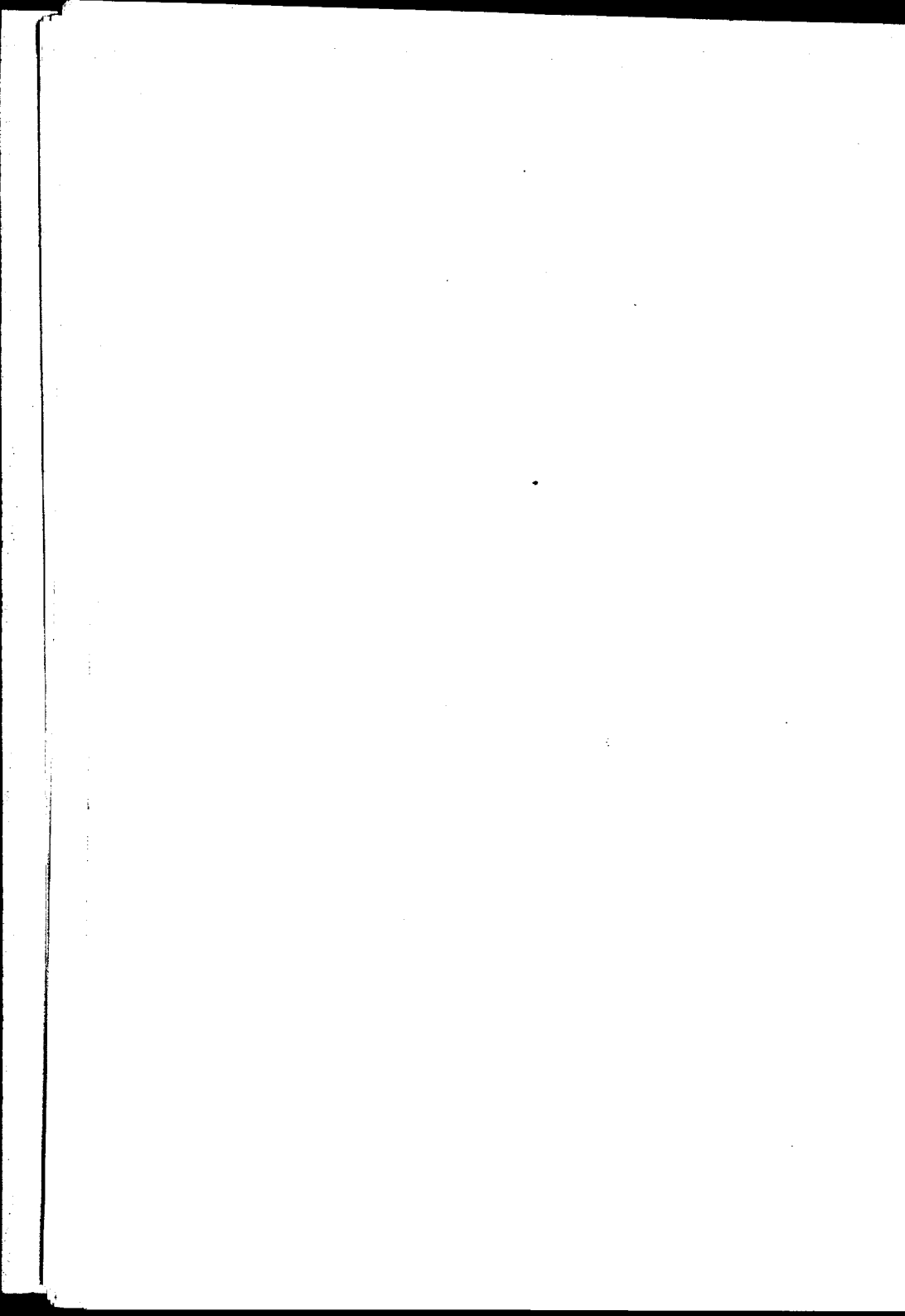
Wie hätte wohl unser wissenschaftlicher Heisssporn, der die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Carcinoma uteri geradezu als Kindsmord bezeichnet, den 4. Fall behandelt? Hätte er etwa gewartet, bis die schwer anämische Frau sich völlig verblutet gehabt hätte? An der Hand dieses Falles müssen wir auch dem Schröder'schen »Niemals zu gestatten ist der künstliche Abort bei Uteruskrebs« ein Nein entgegensetzen. Sicher ist in allen den Fällen von Schwangerschaft compliziert mit Carcinom die künstliche Unterbrechung derselben gestattet, in denen eine sonst zwingende Indication vorhanden ist. Unstillbare Blutungen sind aber eine solche.

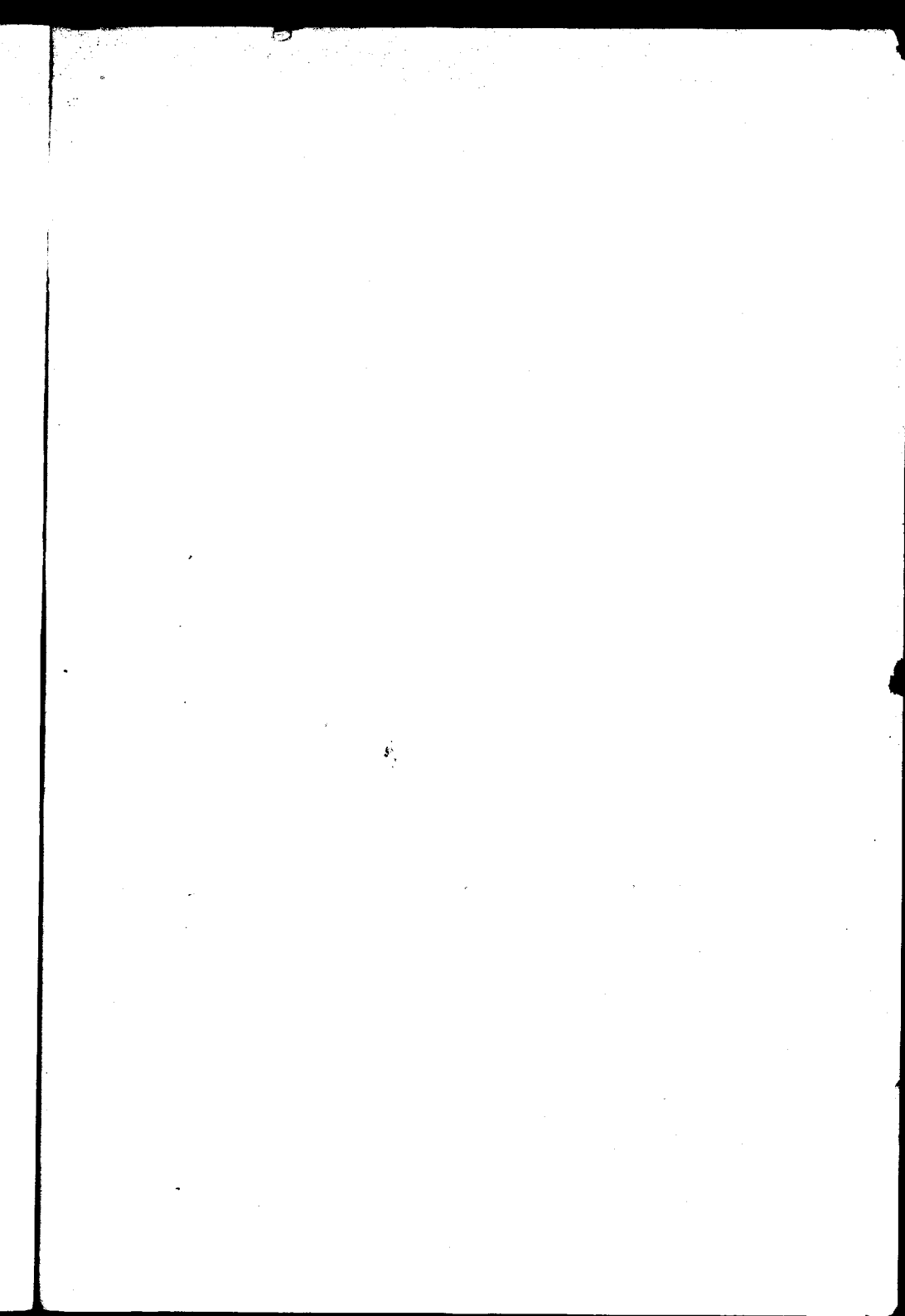
Beim 1. Falle wurde die künstliche Frühgeburt wohl auch deshalb eingeleitet, weil die kindlichen Herztöne von Tag zu Tag schwächer wurden; das Kind ist während der Geburt vollends abgestorben.

Besonderes Interesse verdient der zweite Fall. Der operationslustige Geburtshelfer wird in ihm nicht eine, sondern eine Mehrheit von Indicationen für die Sectio caesarea finden. Das Fruchtwasser längst abgelaufen, seit 8 Tagen bestehen Wehen. Der Kopf steht noch immer beweglich über dem Beckeneingang, das untere Uterinsegment ist stark gedehnt (der beste Boden für eine Ruptur!); Tympanites uteri hat Temperatursteigerung bedingt; die kindlichen Herztöne sind kräftig. Dass hierbei eine Perforation nicht in Frage kommen konnte, haben wir schon oben in der Besprechung der Therapie dargethan.

12127







~~19005~~