



Fünzig Fälle

von

vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Tumoren desselben aus der Kngl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Königsberg (vom 18. Juni 1890 bis Ende 1893).

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

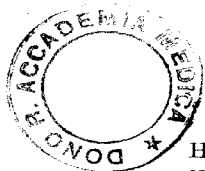
öffentlich vertheidigt

am Sonnabend, den 16. Juni 1894, Vormittags 12 Uhr,

von

Fritz Arlart,

prakt. Arzt.



Opponenten:

Herr **Franz Wahl**, prakt. Arzt.

Herr **Siegfried Sandmann**, prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.

Druck von **M. Liedtke**, Bergplatz 7.

1894.



Nachdem Czerny im Jahre 1879 seine vaginale Total-
extirpation des Uterus angegeben, hat sich dieselbe in kurzer
Zeit einen hervorragenden Platz unter den gynäkologischen
Operationen erobert und die Freund'sche Methode der
Totalexstirpation durch Laparotomie nur auf einzelne wenige
Fälle beschränkt, in welchen dieselbe noch ausführbar, eine
Entfernung des Uterus durch die Vagina jedoch nicht möglich
erscheint.

Vornehmlich indicirt wird die Totalexstirpation des Uterus
durch die malignen Tumoren dieses Organs, unter denen der
Krebs der Gebärmutter die erste Stelle einnimmt.

Da nun das Carcinom des Uterus in der Mehrzahl der
Fälle von der Portio vaginalis seinen Ausgang nimmt und im
Beginn nicht über die Grenzen derselben hinausgeht, so herrscht
unter den Gynäkologen noch ein Streit darüber, ob man in
jedem Fall von Krebserkrankung des Uterus die Totalexstir-
pation desselben ausführen soll, oder sich in den Fällen, in
denen sich das Carcinom nur auf die Portio zu beschränken
scheint, mit der weniger eingreifenden Operation der Portio-
amputation, sei es die infravaginale, sei es die Schröder'sche
supravaginale, begnügen darf.

Die infravaginale Amputation der Portio ist bei Carcinom
derselben wohl allseitig verlassen, oder wenigstens nur auf die
allerersten Anfänge krebsiger Erkrankung, die selten zur Ope-
ration kommen, beschränkt, da sich gezeigt hat, dass sie nur
sehr geringe Chancen endgültiger Heilung giebt. Entschieden
besser sind die Resultate der Schröder'schen Operation. Da

es sich jedoch in keinem Falle mit nur annähernder Sicherheit vorausbestimmen lässt, wie weit die carcinomatöse Erkrankung nach oben reicht, ob das Carcinom an der Grenze des Cervix Halt gemacht, oder ob zerstreute Herde krebssiger Infiltration bereits jenseits dieser Grenze sich finden, so ist auch diese Operation von den meisten Gynäkologen aufgegeben und an ihre Stelle für jede Krebserkrankung des Uterus die Totalexstirpation desselben gesetzt worden, ja Schauta*) lehrt sogar, je weniger weit das Carcinom fortgeschritten ist, um so eher solle man die Totalexstirpation machen, denn das seien die Fälle, in denen man am sichersten auf dauernden Erfolg rechnen könne.

In dem Folgenden gebe ich eine kurze Zusammenstellung der Krankheits- und Operationsgeschichten von fünfzig Patientinnen, bei welchen in der Zeit vom 18. Juni 1890 bis Ende 1893 in der Königl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Königsberg die Totalexstirpation des Uterus nach der vaginalen Methode wegen maligner Tumoren dieses Organs ausgeführt worden ist. Dieselben sind mir von Herrn Geh. Medicinal-Rat Professor Dr. Dohrn zum Zweck der Veröffentlichung gütigst überlassen worden.

Die meisten dieser Operationen sind von Herrn Geheimrat Dohrn selbst ausgeführt worden; in den Fällen, in welchen derselbe nicht operiert hat, sind die Namen der betreffenden Operateure jedesmal aufgeführt.

1. H. O., Arbeiterfrau, 49 Jahre alt, aufgen. 12. VI. 90. Pat. ist seit dem 14. Lebensjahre menstruirt, hat 8mal geboren, darunter einmal Zwillinge. Bei dieser Geburt musste das zweite Kind gewendet und extrahirt werden. Die übrigen Geburten verliefen normal. Seit zwei Jahren sind die Menses ausgeblieben.

Seit Weihnachten leidet Pat. an Blutungen, seit länger als 1 Jahr besteht Fluor albus; seit 3 Monaten merkt Pat., dass die Gebärmutter sich etwas senke; dabei stellten sich

*) Indikationen und Technik der vaginalen Totalexstirpation. Berlin 1891. S. 7.

Kreuzschmerzen ein. In der letzten Zeit will sie etwas abgemagert sein.

Status praesens: Brustorgane gesund, Abdomen etwas aufgetrieben. Aeusserere Geschlechtstheile klaffen. Der Scheidentheil ist in ein hühnereigrosses Blumenkohlgewächs aufgegangen, welches bei Berührung leicht blutet. Uterus nicht vergrössert, mobil. Parametrien und Douglas frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 15. VI. werden die carcinomatös zerfallenen Theile des Cervix mit dem scharfen Löffel entfernt, das blutende Gewebe mit dem Paquelin verschorft. Die Wunde wird mit Jodoformgaze ausgestopft, letztere am 17. VI. gewechselt.

Am 18. VI. wird die Totalexstirpation ausgeführt.

Der Uterusstumpf wird mit Kugelzangen beinahe bis zum Niveau des Scheideneinganges herabgezogen. Nach sorgfältigster Umstechung der abzutrennenden Gewebspartien wird zunächst das linke, dann das rechte Scheidengewölbe vom Uterus abgelöst, zuerst mit dem Messer, in der Tiefe mit dem Finger, darauf wird der Uterus hinten und vorn umschnitten und von der Blase sorgfältig abgetrennt. Eröffnung des Douglasschen Raumes, Hervorziehen des Uterus mit dem Finger, Abschiessen des Douglas durch einen eingeführten Schwamm, darauf Umstechung der vorderen Lamellen der breiten Mutterbänder in je drei, der hinteren in je zwei Absätzen. Abtragen des Uterus. Nach Herausnahme des Schwamms wird eine geringe Nachblutung durch Umstechung gestillt, die Wunde mit Jodoformgaze austamponirt.

Der Verlauf war ein durchaus günstiger. Am 2. Tage nach der Operation geringe Schmerzen der Wunde, Uebelkeit, Erbrechen, Appetitmangel. Am 5. Tage wird ein Jodoformgazestreifen, am 8. die übrige Gaze entfernt, die Scheide mit 10% Carbolsäurelösung ausgespült. Am 30. VI. konnte Pat. zum ersten Mal aufstehen, am 9. VII. wurde sie geheilt entlassen, nachdem sich die Unterbindungsfäden seit dem 2. VII. zum grössten Theil abgestossen hatten.

Ende Dezember 1890 soll bei Pat. Recidiv aufgetreten sein.

2. L. G., Chaussecaufseherfrau, 46 J., aufgen. 19. VI. 90. Pat. hat 7 normale Geburten und zwei Aborte durchgemacht, die letzte Entbindung fand vor 5 Jahren statt. Die Periode, die seit dem 14. Lebensjahre regelmässig in vierwöchentlichen Intervallen auftrat, wurde seit einem Jahre unregelmässig, hielt 14tägigen Rythmus ein und war sehr stark, ausserdem stellte sich in der blutfreien Zeit ein röthlich gefärbter Ausfluss ein, der die Pat. belästigte, jedoch nicht von Schmerzen begleitet war.

Status praesens: Brustorgane gesund. Leib nicht aufgetrieben, bietet nichts Besonderes. Aeusserere Geschlechtstheile

normal. Scheide weit. Der Scheidentheil ist in einen ungefähr hühnereigrossen Tumor aufgegangen, der bei Berührung leicht blutet und die charakteristischen Eigenschaften eines Blumenkohlgewächses besitzt. Die vordere Muttermundlippe ist erhalten, die hintere ist in den Tumor aufgegangen.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die ulcerirten Partien werden mit Chlorzink geätzt, die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt. am 21. VI. werden die gaugränösen Gewebsetsen mit dem scharfen Löffel entfernt, die Wundfläche mit dem Paquelin verschorft, die Scheide tamponirt. Pat. verliess am 23. VI. die Klinik und wurde am 12. VII. wieder aufgenommen.

Am 13. VII. wurde die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, bei der sich zeigte, dass das Carcinom bis dicht an die Blase hererreichte. Der Blutverlust war mässig. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze ausgestopft.

In den folgenden Tagen war das Befinden der Pat. durchaus zufriedenstellend. Am 21. VII. wurde ein Jodoformgazestreifen entfernt, am darauf folgenden Tage stellte sich eine leichte Temperatursteigerung ein, worauf am 23. VII. die übrige Gaze herausgenommen und die Scheide ausgespült wurde, wobei einige Fäden mitgingen. Am 25. VII. wieder ein Temperaturanstieg; Ausspülung der Scheide, in der sich viel übelriechendes Sekret angesammelt hat, Entfernung einiger loser Fäden. In den folgenden Tagen fiel die Temperatur allmählich ab, in den ersten Tagen fand sich noch immer trotz Carbolspülungen übelriechendes Sekret.

Am 8. VIII. wurde Pat. entlassen. Ausfluss gering, nicht übelriechend. In dem Trichter des Scheidengewölbes reichliche Granulationswucherungen.

Die Untersuchung des exstirpirten Uterus im hiesigen pathologischen Institut ergab ein Plattenepithelcarcinom der Portio.

Pat. hat sich später mehrmals in der Klinik vorgestellt, zuletzt am 10. IV. 92. Sie war damals völlig gesund, die Narbe im Scheidengewölbe glatt, keine Spur von Recidiv.

3. A. K., Siedemeisterfrau, 30 J., aufgen. 20. X. 90. Pat. hat viermal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. Nach dem letzten Wochenbett will sie längere Zeit wegen Knickung der Gebärmutter behandelt worden sein. Seit 6 Monaten leidet sie an starkem Fluor, auch sollen die Perioden stärker geworden sein. Seit 4 Wochen hat sie bei Ausspülungen Blut bemerkt. Der Ausfluss ist bisweilen übelriechend gewesen.

Status praesens: Abdomen und äussere Geschlechtstheile bieten nichts Abnormes. Sehr starker, übelriechender Fluor. Die Scheide ist ausgefüllt von einem von der Portio ausgehenden, leicht blutenden und zerfallenden Blumenkohlgewächs.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 23. X. wurde nach Umschnürung der Basis des Scheidentheils mit der Drahtschlinge die Neubildung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und die Wunde mit dem Paquelin verschorft. Nach Abstossung des Schorfes zeigt sich, dass das Carcinom auf die vordere Lippe beschränkt ist.

Am 2. XI. Totalexstirpation. Der Uterusstumpf wird nach Einlegung der Sims'schen Rinnen mit einer Museux'schen Zange herunter und nach rechts gezogen und nach sorgfältiger Umstechung das linke Scheidengewölbe durchschnitten. Es fand hierbei eine sehr heftige Blutung statt, die durch Umstechungen gestillt wurde. In derselben Weise wird der Uterus hinten, rechts und vorn, nachdem man sich durch einen männlichen Katheter über die Grenzen der Blase informiert, vom Scheidengewölbe abgetrennt. Das Uterusgewebe erscheint sehr brüchig, was die Operation ungemein erschwert. Der Douglas wird eröffnet, der Fundus durch die Oeffnung gezogen, dieselbe mit einem eingeführten Schwamm abgeschlossen. Darauf werden nach sorgfältigen Umstechungen zuerst die linken seitlichen, dann die vorderen, zuletzt die rechten peritonealen Befestigungen durchtrennt. Der entfernte Uterus imponirt durch die Grösse seines Corpus. Eine rechtsseitige Nachblutung macht noch zahlreiche Umstechungen nöthig. Tamponade des Wundtrichters mit Jodoformgaze.

Der Puls war am Ende der Operation und nach derselben sehr klein, das Befinden schlecht. In den ersten drei Tagen nach der Operation starkes Erbrechen und brennende Schmerzen in der Wunde. Am 4. Tage liess das Erbrechen nach und Pat. hatte auf eine Eingiessung Stuhl. Abends ein Schüttelfrost, während die Temperatur auf 39,2 stieg. Am 5. Tage wird ein Jodoformgazestreifen entfernt, dessen oberes Ende stark übelriechend ist. Darauf vorsichtiges Entfernen des ganzen Tampons. Dabei trat eine starke Nachblutung auf. Eine Ausspülung hatte keinen Erfolg, Tamponade mit Jodoformgaze. Am folgenden Tage wurde die Gaze entfernt, da in der Nacht wieder Blutungen aufgetreten waren, und eine Menge übelriechender Blutgerinnsel entfernt. Tamponade mit Penghawar-Yambee in Jodoformtuch. Oberflächlicher Decubitus an der linken Hinterbacke. Am 7. Tage Besserung des Allgemeinzustandes. Der Verlauf war nunmehr ein befriedigender, der Decubitus heilte schnell, Pat. konnte am 29. XI., nachdem die meisten Fäden abgegangen waren, geheilt entlassen werden.

Die Untersuchung des Uterus im hiesigen pathologischen Institut ergab neben einem Cervixcarcinom eine Endometritis des Uteruskörpers mit Betheiligung aller Elemente der Schleimhaut.

Die Patientin hat sich in der Folgezeit mehrmals vorgestellt. Am 21. VI. 92 bestand kein Recidiv.

4. A. G., Arbeiterfrau, 46 J., aufgen. 6. XI. 90. Pat. hat 6 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor neun Jahren. Seit Weihnachten bestehen Blutungen, die anfangs gering waren und periodisch auftraten, in letzter Zeit jedoch nie ganz aufhörten, ausserdem hat Pat. seit einiger Zeit über Kreuzschmerzen zu klagen.

Status: Ueber den ganzen Körper verstreute Narben, so eine etwa zweimarkstückgrosse, strahlige Narbe über dem Manubrium sterni, an der linken Tibia ein kleiner Knochen-defekt. Leistendrüsen und Drüsen am Halse etwas geschwellt. Brustorgane und Abdomen normal. Aeussere Genitalien stark varicös, an der rechten grossen Labie eine etwa taubeneigrosse Cyste. Scheide weit. Der Scheidentheil ist in eine kleinhöckerige, blutende, auffallend harte Wucherung aufgegangen, die den Muttermund rings umgiebt, nirgends auf das Scheidengewölbe übergreift. Der Uterus ist nicht vergrössert, frei beweglich. Das linke Parametrium erscheint straff, jedoch nicht verdickt, das rechte, wie der Douglas frei. Per rectum keine Drüsen fühlbar.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 7. XI. wurde die vorher erwähnte Cyste der rechten grossen Labie incidirt, am 9. XI. die Totalexstirpation in derselben Weise, wie bei den früheren Fällen geschildert, ausgeführt. Die Umstülpung des Uterus nach hinten liess sich wegen Adhäsionen im kleinen Becken nur sehr schwer bewerkstelligen. Der Puls war während und nach der Operation zufriedenstellend.

In den ersten drei Tagen nach der Operation bestand starkes Erbrechen und mässiges Fieber, dabei klagte Pat. über Schmerzen in der Wunde, am 13. XI. trat Tympanie auf. Am 14. XI. wurde eine Eingiessung gemacht, worauf Stuhl erfolgte. Der Verlauf war von nun an ungestörter, Pat. konnte am 23. XI. zum ersten Mal aufstehen und wurde am 6. XII. geheilt entlassen.

Die Untersuchung des exstirpirten Uterus ergab ein Plattenepithelcarcinom der Portio. Pat. hatte nach einer Mittheilung des sie behandelnden Arztes vom 10. V. 93 ein starkes Recidiv.

5. A. C., Bauunternehmerfrau, 38 J., aufgen. 13. XI. 90. Hat in 16jähriger Ehe 3mal geboren, zuletzt vor 9 Jahren. Vor 6 Jahren wurde eines suspekten Knotens wegen die linke, vor 5 Jahren aus demselben Grunde die rechte Brust entfernt. Die anatomische Untersuchung hat damals nichts für Carcinom sprechendes ergeben. Seit Mai d. J. besteht starker Fluor, von Mitte Juli bis Mitte August litt Pat. an

blutigem Ausfluss. Seitdem ist kein spontaner Blutabgang mehr erfolgt, nur nach Berührungen traten geringe Blutungen auf. In der letzten Zeit bestanden häufige Gebärmutterkoliken.

Status: Brustorgane, Abdomen bieten nichts Abnormes. Aeussere Geschlechtstheile und Scheide normal. Uterus retroflectirt, die hintere Lippe in ein leicht blutendes Geschwür verwandelt, das ein nicht übelriechendes Sekret absondert. Parametrien nicht verdickt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

16. XI. Totalexstirpation. Obgleich die Blase sehr weit herunterging und die Verbindung zwischen ihr und dem Uterus recht breit war, gelang es vollständig, eine Verletzung derselben zu vermeiden. Die bei der Abtrennung der Ligg. lata prolaborirten Ovarien wurden reponirt. Der Blutverlust bei der Operation war gering.

In den beiden ersten Tagen nach der Operation bestanden Schmerzen und Erbrechen. Später wurde das Allgemeinbefinden durch einen geringen, bald verschwindenden Blasenkatarrh und gegen Ende der Nachbehandlung durch eine intercurrente linksseitige Mittelohrentzündung beeinträchtigt. Die Wunde war am 12. XII. völlig vernarbt, Pat. wurde am 19. XII. geheilt entlassen. Die Untersuchung des exstirpirten Uterus ergab ein Adenocarcinom desselben.

Ueber das weitere Ergehen der Pat. ist nichts bekannt.

6. J. S., Bahnhofsfrauenthe, 37 J., aufgenommen 6. XII. 90. Pat. hat 9mal geboren und 4mal abortirt, zuletzt vor 4 Jahren. Vor 3 Jahren machte sie eine Unterleibsentzündung durch und wurde bis vor wenigen Wochen mit Beizungen, Tamponade und Scheidenspülungen behandelt. Sie klagt jetzt über unbestimmtes Unbehagen im Leib und hat auf den Tampons Blut bemerkt.

Status: An den Brustorganen und Abdomen nichts Abnormes. Aeussere Geschlechtstheile und Vagina normal. Die hintere Muttermundlippe ist in ein Geschwür aufgegangen, das ca. 2 cm weit auf das hintere Vaginalgewölbe übergreift. Der Uterus ist nicht vergrössert, frei beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die am 8. XII. vorgenommene Totalexstirpation verlief im Ganzen glatt, nur machte eine heftige Blutung, welche bei der Ablösung der Blase eintrat, ausser vielen Umstechungen eine fortlaufende Uebernähung mit Seide nothwendig.

Die Reconvalescenzenz war völlig befriedigend, Pat. stand am 14. Tage auf und verliess am 31. XII. die Klinik. Die Wunde war bis auf eine kleine granulirende Fläche verheilt. Pat. hatte im October 1891 ein Recidiv.

7. W. K., Zimmermannswittwe, 56 J., aufg. 12. I. 91. Pat. will erst seit ihrem 24. Jahre regelmässig menstruiert sein.

Sie hat 7mal geboren, zuletzt vor 13 Jahren. Seit 11 Jahren besteht Menopause. Seit 2 Jahren leidet sie an Fluor, seit Weihnachten an starken, unregelmässigen Blutungen. In letzter Zeit verspürte sie ziehende Schmerzen im Kreuz.

Status: Brustorgane, Abdomen, äussere Genitalien normal. Scheide mit Blut bedeckt. Portio kurz. An der hinteren Muttermundlippe eine bei Berührung leicht blutende Wucherung. Uterus frei beweglich.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Bei der am 17. I. ausgeführten Totalexstirpation zeigte sich, dass das Corpus uteri auffallend klein und weich war; die zur Orientirung eingeführte Sonde hatte die Wand durchbohrt. Da eine Abtrennung des Uterus von der Blase ohne Verletzung derselben nicht möglich schien, so wird er nahe an derselben durchstochen, nach beiden Seiten abgebunden und abgetrennt. Der Verlauf der Heilung war durchaus günstig. Es bestanden in den ersten Tagen geringe Schmerzen, die bald nachliessen. Pat. wurde am 4. II. geheilt entlassen. Am 23. VIII. 92 hatte Pat. ein Recidiv.

S. A. G., Amtsvorsteherfrau, 50 J., aufgen. 4. VII. 91. Seit 28 Jahren verheirathet, hat sie 7 normale Geburten und einen Abort durchgemacht. Seit Mitte vorigen Jahres besteht Menopause. Im December v. J. trat eine heftige Blutung auf, seit dieser Zeit bestehen unregelmässige Blutungen, die oft 10—14 Tage dauern, dabei hat Pat. heftige Schmerzen. Sie wurde mit der Diagnose Portiocarcinom, die durch mikroskopische Untersuchung bestätigt war, nach der Klinik geschickt.

Status: Die Portio ist carcinomatös degenerirt, das Corpus zeigt mässige Vergrösserung. Links, hinten und namentlich rechts hat die Wucherung auf das Scheidengewölbe übergegriffen. Vordere Vaginalwand und Parametrien frei.

5. VII. Totalexstirpation. Es gelang, vollständig im Gesunden zu operiren.

In den ersten Tagen nach der Operation grosse Schmerzen, am Abend des 8. VII. Temperaturanstieg auf 39,5, am 9. VII. wieder normale Temperatur. Von da ab ungestörter Verlauf der Heilung. Am 22. VII. wurde Pat. entlassen, die Wunde schien völlig geschlossen, die Secretion war gering. Ueber das fernere Befinden der Pat. ist nichts bekannt.

9. B. L., Kaufmannswittwe, 43 J., aufgen. 5. VIII. 91. Pat. hat 2mal geboren, zuletzt vor 13 Jahren. Seit 1½ Jahren ist die Periode stärker geworden und trat in 14 tägigem Rythmus auf. Seit einem Jahr wurden die blutfreien Intervalle immer kürzer, sodass Pat. jetzt mit geringen Unterbrechungen continuirlich blutet. Schmerzen haben nie bestanden.

Status: Pat. ist sehr anämisch. Die Portio ist durch carcinomatöse Wucherungen, die links bis hart an die tief

herabreichende Blase gehen, fast ganz zerstört. Uterus etwas vergrößert, mobil, Parametrien frei.

Obwohl die Totalexstirpation kaum mehr möglich erschien, weil die Blase bis dicht an die Infiltration heranreichte, wurde dieselbe doch auf Drängen der Pat. am 7. VIII. von dem Assistenzarzt Herrn Dr. Rosinski unternommen. Es wurde, da Museux und Kugelzange beständig ausrissen, durch die hintere Muttermundslippe ein starker Seidenfaden gezogen, mit dem sich der Uterus auch nur schwer genügend herabziehen liess. Die Operation begann, da hier die grösste Schwierigkeit zu liegen schien, mit dem Ablösen der Blase von der carcinomatösen Infiltration, was vollständig gelang. Die fernere Operation wurde durch das häufige Ausreissen der Zangen aus dem morschen Uterusgewebe und starker Blutung aus demselben sehr erschwert. Pat. war gegen Ende der Operation völlig collabirt und erholte sich nur schwer wieder.

Die Heilung verlief ohne Störung. Die Kräfte der Pat. hoben sich bald wieder, und sie konnte am 2. IX. entlassen werden. Die Wunde in der Scheide war fast verheilt, einzelne Fäden sassen noch fest.

Pat. ist bis jetzt völlig gesund und recidivfrei.

10. E. K., Schlosserfrau, 30 J., aufgen. 9. IX. 91. Hat 2 mal geboren, zuletzt vor 2 Monaten. Damals trat nach Ausstossung der Placenta eine sehr heftige Blutung auf, die nach Anwendung von Eis stand. Die Periode ist noch nicht wiedergekehrt, doch soll sich vor 4 Tagen eine Spur von Blutwasser gezeigt haben. 8 Tage vor der letzten Entbindung bemerkte die Hebamme Wucherungen am Muttermund und wies die Kranke nach der Klinik.

Status: Scheidentheil fast gänzlich zerstört, Muttermundsränder mit verdickten kleinen Knollen besetzt, Uterus frei beweglich, Parametrien nicht infiltrirt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

10. IX. Totalexstirpation. Die Operation wird durch die Brüchigkeit des Uterusgewebes, aus dem die Zangen beständig ausreissen, sehr erschwert. Blutverlust sehr gering. Pat. klagte in den ersten Tagen nach der Operation über Schmerzen im Kreuz und Unterleib, im Uebrigen glatte Heilung. Sie wurde am 28. IX. geheilt entlassen. Am 30. I. 92 stellte sie sich wieder vor. Die Narbe war glatt, kein Recidiv bemerkbar.

11. A. W., Kaufmannsfrau, 57 J., aufgen. 25. IX. 91. Pat. hat 7 mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren. Seit 11 Jahren besteht Menopause. Vor $\frac{3}{4}$ Jahren bemerkte sie Blutspuren und eitrigen Ausfluss und wandte sich an einen Arzt, der sie nach zweimonatlicher Behandlung nach der Klinik schickte.

Status: Aeusserere Genitalien gesund, Scheide weit. Hintere Muttermundslippe in eine mit papillären Excrenzen besetzte Wucherung aufgegangen. Uterus um 2 cm verlängert, mobil, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portiois.

Am 29. IX. wurde die Totalexstirpation in üblicher Weise gemacht. Der Blutverlust war bei derselben gering.

Der Heilungsverlauf war völlig glatt. Pat. wurde am 26. X. entlassen.

Sie stellte sich am 5. VII. 92 wieder ein, da sie ein Recidiv in der Narbe bekommen hatte. Bald nach ihrer Entlassung aus der Klinik hatten sich wieder Blutungen eingestellt. Dem Recidiv ist sie Ende Mai 1893 erlegen.

12. M. S., Arbeiterfrau, 50 J., augen. 25. IX. 91. Pat. hat in 22jähriger Ehe 4mal normal geboren, einmal abortirt vor 9 Jahren. Seit Januar befindet sie sich im Klimakterium. Von Ende August d. J. hat Pat. fast täglich Blutungen, dabei klagt sie über Leib- und Kreuzschmerzen.

Status: Die vordere Muttermundslippe mit schwammigen, leicht blutenden Wucherungen bedeckt. Uterus nicht vergrössert, leicht beweglich, Parametrien nicht infiltrirt.

Diagnose: Carcinoma portiois.

Am 26. IX. wird die Neubildung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit dem Paquelin verschorft. Am 2. X. wird, obwohl das Carcinom bis dicht an die Blase reicht, die Totalexstirpation vorgenommen. Die Ablösung der Blase gelingt ohne Verletzung derselben. Auf der linken Seite erscheint das Zellgewebe zwischen Scheidengewölbe und Portio etwas derb, was die Operation in geringem Grade erschwerte.

Am zweiten Tage nach der Operation Temperatur 38,5, Husten und Schmerzen über der linken Lunge. Dasselbst einzelne gicmende Geräusche. Vom 11. X. an liessen Husten und Brustschmerzen nach, Pat. konnte am 18. X. aufstehen und wurde am 24. X. entlassen.

Ueber ihr fernerer Befinden ist nichts bekannt.

13. J. N., Gerichtsassessorfrau, 41 J., augen. 19. X. 91. Hat in 10jähriger Ehe 5mal geboren, zuletzt im Juli vor. Jahr. Seitdem ist die Periode schmerzhaft, nach derselben bemerkte Pat. blutigen Schleim. Seit Anfang dieses Jahres bestehen Blutungen, auch gingen polypös aussehende Massen ab. Pat. wurde zu wiederholten Malen curettirt; die mikroskopische Untersuchung des dabei erhaltenen Gewebes ergab ein kleinzelliges Sarcom.

Status: Pat. ist sehr anämisch. Der Uterus entspricht an Grösse dem vierten Schwangerschaftsmonat. Er ist gut beweglich, die Parametrien sind frei.

Diagnose: Sarcoma uteri.

Die am 3. XI. unternommene Totalexstirpation wurde durch die Grösse des Organs sehr erschwert. An den ersten drei Tagen post op. bestand Erbrechen, Schmerzen im Kreuz und Unterleib, dann ungestörter Verlauf der Heilung. Entlassung am 26. XI. 91. Im Juli 1893 hatte Pat. ein Recidiv der Blase.

14. E. J., Besitzerfrau, 57 J., aufgen. 2. XI. 91. Pat. hat keimale geboren. Seit 7 Jahren besteht Menopause. Sie leidet seit 2 Jahren an unregelmässigen Blutungen und blutigem Schleimfluss, seit $\frac{1}{2}$ Jahr blutet sie fast unaufhörlich.

Status: Uterus um 5 cm vergrössert, frei beweglich, Parametrien frei. Portio schlank, an der vorderen Muttermundslippe ein kleines Knötchen. Aus dem Cervicalkanal entleert sich Blut. Pat. wird curettirt, die mikroskopische Untersuchung der erhaltenen Gewebsfetzen ergibt als

Diagnose: Adenoma malignum.

Am 9. XI. wurde die Totalexstirpation ausgeführt. Die Uterussubstanz war so brüchig, dass der Cervix beim festen Anziehen der Zangen vollständig abriess. Der Verlauf war befriedigend, Pat. wurde am 26. XI. geheilt entlassen.

15. A. S., Wirthstochter, 40 J., aufgen. 13. XI. 91. Opara. Seit 3 Jahren bestehen Blutungen, die mit der Zeit zunahmen, sodass Pat. jetzt fast beständig blute. In den blutfreien Zeiten besteht blutiger Schleimfluss.

Status: Introitus eng, Portio kurz. Uterus mobil, Parametrien intact. Nach Dehnung des Cervikalkanals fühlt man einen polypösen Tumor, der der Uterusinnenfläche breit aufsitzt. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens desselben ergibt

Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Vom 21. XI. bis 1. XII. machte Pat. einen Influenzaanfall durch, am 5. XII. wurde von Dr. Rosinski die Totalexstirpation gemacht. Nach Eröffnung des Douglas entleerte sich dabei etwa $\frac{1}{4}$ Liter ascitischer Flüssigkeit.

Pat. hatte in der ersten Zeit nach der Operation starkes Erbrechen und war sehr unruhig, im Uebrigen war der Verlauf glatt. Sie wurde am 21. XII. geheilt entlassen.

16. L. B., Wirthsfrau, 42 J., aufgen. 11. XII. 91. Pat. hat 5 normale Geburten durchgemacht, die letzte vor 7 Jahren. Seit einem Jahr leidet sie an Kreuz- und Leibscherzen und unregelmässigen Blutungen, seit 14 Tagen blutet sie unaufhörlich.

Status: Introitus und Scheide weit, das Gewebe um den Cervicalkanal an beiden Muttermundslippen, besonders der hinteren, geschwürig zerfallen. Uterus um 3 cm verlängert, frei beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die Totalexstirpation wurde am 16. XII. durch Dr. Rosinski gemacht. Da die hintere Muttermundslippe fast völlig von der Neubildung zerstört war, war es hier sehr schwer, im Gesunden zu operiren, namentlich auf der rechten Seite, zumal diese Partie fast garnicht herabgezogen werden konnte. Blutverlust ziemlich erheblich. Gegen Ende der Operation collapsirte Pat. und erholte sich nur schwer wieder.

In den ersten Tagen nach der Operation Erbrechen, später wurde das Allgemeinbefinden durch eine am 30. XII. mit hohem Fieber einsetzende Cystitis getrübt. In dem Harn fanden sich Haufen grosser polyedrischer Zellen, die den Gedanken einer carcinomatösen Erkrankung der Blase oder Nieren nahelegten. Pat. wurde am 10. I. entlassen. Ueber ihr ferneres Befinden ist nichts bekannt.

17. C. B., Zimmergesellenwitwe, 50 J., aufgen. 6. I. 92. Hat 6mal geboren, zuletzt vor 10 Jahren. Seit 3 Jahren stellt sich die Periode alle 2—3 Monate ein. Seit Oktober bestehen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, seit 5 bis 6 Wochen geht täglich Blutwasser ab.

Status: An der hinteren Muttermundslippe eine Erosion. Die mikroskopische Untersuchung eines hier excidirten Gewebstückchens ergiebt Carcinom. Uterus um 2 cm vergrössert, frei beweglich. Rechtes Parametrium normal, linkes schmerzhaft.

Nach Verschorfung der Erosion mit dem Paquelin am 10. I. wird am 16. I. die Totalexstirpation ausgeführt. Der Heilungsverlauf war glatt, Pat. wurde am 30. I. entlassen.

18. O. M., Schuhmacherfrau, 45 J., aufgen. 23. III. 92. Pat. hat 4mal geboren, zuletzt vor 18 Jahren. Seit dem vorigen Sommer hat sie über Schmerzen im Unterleib zu klagen. In der Poliklinik wurde eine Ulceration der Portio constatirt, die nach Gebrauch von Jodkali und einer Schmierung kleiner zu werden schien. Die mikroskopische Untersuchung eines an dieser Stelle excidirten Gewebstückes ergab Carcinom.

Status: Um den Muttermund, besonders nach vorn stark ausgebreitete Erhebungen, die sich durch blutreiche Farbe und grössere Härte vor ihrer Umgebung auszeichnen. Uterus beweglich, Parametrien frei.

25. III. Totalexstirpation durch Dr. Rosinski. Da ein Umstülpen des Uterus nach hinten nicht gelingt, wird derselbe durch das vordere Scheidengewölbe vorgezogen. Verlauf der Heilung ungestört, Entlassung am 13. IV. Im Juni 1892 war die Narbe glatt, ein Recidiv nirgends zu finden. Weitere Nachrichten fehlen.

19. M. L., Kutscherfrau, 43 J., aufgen. 25. III. 92. Hat 7mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Seit dem vorigen

Sommer trat die Periode alle 2 Wochen auf, später ganz unregelmässig, seit Anfang dieses Jahres blutete Pat. unaufhörlich. Schmerzen haben nie bestanden.

Status: Portio in ein wallnussgrosses Blumenkohlgewächs umgewandelt, das bei Berührung leicht blutet. Uterus kurz, derb, sehr mobil, Parametrien frei. Die Blase reicht bis zu 1 cm an die Neubildung heran.

Diagnose: Carcinoma portionis. 26. III. Totalexstirpation. Glatter Heilungsverlauf, Pat. wird am 10. IV. entlassen.

20. W. M., Bernsteinarbeiterin, 59 J., aufgen. 6. IV. 92. Pat. befindet sich seit ca. 14 Jahren im Klimakterium. Seit 3 Jahren hat sie Ausfluss bemerkt, der anfangs rein schleimig, später mit Blut vermischt war. Sie wurde im April 1891 in der Klinik und später in der Poliklinik mit Curettement und Ausspülungen behandelt, da eine im hies. pathol. Institut ausgeführte Untersuchung entzündliches Granulationsgewebe ergeben hatte. Eine neuerdings angestellte mikroskopische Untersuchung ergab Sarcoma uteri.

Bei der am 8. IV. von Dr. Rosinski ausgeführten Total-exstirpation musste wegen zu grosser Enge des Introitus der Damm incidirt werden. Beim Umstülpen des Uterus nach hinten riss die äusserst morsche hintere Wand desselben ein, und hirnähnliche, graurötliche Massen quollen aus dem Cavum uteri in den Douglas. Dieselben wurden, soweit möglich, mit Jodoformgaze ausgewischt, die Dammwunde nicht vernäht, um bequem den Verband wechseln zu können, falls eine Infektion durch die Massen dieses nöthig machen sollte.

Die Heilung verlief glatt, Entlassung am 28. IV. Pat. ist im Juli 1893 an Recidiv gestorben.

21. C. E., Arbeiterwittwe, 48 J., aufgen. 19. IV. 92. Pat. will seit 5 Jahren an unregelmässigen Blutungen leiden, dazu kamen seit 3 Monaten Schmerzen im Unterleib.

Status: Uterus um 3 cm verlängert, mobil, Parametrien frei. Aus dem Muttermund quillt etwas Blut heraus. Durch Curettement werden kleine Gewebsetsen zu Tage gefördert, deren mikroskopische Untersuchung die

Diagnose: Carcinoma uteri ergibt.

Bei der am 1. IV. vorgenommenen Totalexstirpation machte das Herabziehen des Uterus erhebliche Schwierigkeiten, da seine hintere Fläche mit der Umgebung Verwachsungen eingegangen war. Nach Eröffnung des Douglas wurden die Adhäsionen durchrissen und der Uterus nunmehr ohne grosse Mühe entfernt.

In den ersten fünf Tagen nach der Operation bestand sehr starkes Erbrechen, später war der Heilungsverlauf vollständig befriedigend. Pat. wurde am 31. V. entlassen.



22. L. K., Rentierswitwe, 51 J., aufgen. 23. III. 92. Die Mutter der Pat. soll an Unterleibskrebs gestorben sein. Pat. hat 3 mal, zuletzt vor 26 Jahren geboren. Die Periode war im August v. J. verschwunden, im Januar d. J. trat eine geringe, Mitte Februar und Anfang März heftigere Blutungen ein. In der blutfreien Zeit bemerkte sie weissen Ausfluss. Vor 12 Jahren wurde Pat. zweimal wegen Brustkrebs operirt.

Status: Uterus um 2 cm verlängert, frei beweglich, Parametrien frei. Die Untersuchung von Schleimhautfetzen, die durch Curettement erhalten waren, ergab:

Diagnose: Carcinoma uteri.

Pat. verliess die Klinik am 31. III., kam am 29. IV. wieder. Am 30. IV. wurde die Totalexstirpation gemacht. Die Reconvalescenz war ungestört, Pat. wurde am 21. V. entlassen. Am 15. XII. 93 stellte sie sich wieder vor, es war keine Spur von Recidiv zu finden.

23. E. M., Eisenbahn - Betriebs - Sekretärsfrau, 34 J., aufgen. 1. V. 92. Pat. hat 3 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 8 Jahren. Seit 8 Wochen ist die Periode stärker, tritt alle 14 Tage auf, in den Intervallen hat Pat. den Abgang von Blutwasser bemerkt. Schmerzen hat sie nie gehabt.

Status: Portio stark verdickt, beide Muttermundslippen aufgewulstet, zum Theil von knolligen Wucherungen zerstört, die bei Berührung leicht bluten. Uterus um 1 cm vergrössert, gut beweglich, Parametrien auscheinend frei. Die Blase reicht bis dicht an die Neubildung heran.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die am 4. V. ausgeführte Totalexstirpation wurde durch eine Infiltration des Gewebes um den Uterus sehr erschwert. Dieselbe schien nicht carcinomatös, sondern entzündlicher Natur zu sein. Heilung glatt, Entlassung am 18. V. Pat. ist im November 1893 an Recidiv gestorben.

24. M. B., Handelsmannfrau, 49 J., aufgen. 25. V. 92. Pat. ist schon Ende Juni v. J. ihres Leidens wegen in der Klinik gewesen. Es wurde ihr damals die Totalexstirpation empfohlen, worauf sie jedoch nicht einging. Sie hat 4 mal geboren, zuletzt vor 19 Jahren. Seit dem Sommer 1890 bestehen unregelmässige Blutungen.

Status vom 26. VI. 91: Uterus etwas vergrössert, frei beweglich. Aus dem Cervicalkanal entleert sich Blut. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement gewonnenen Schleimhautstücke ergab als

Diagnose: Adenoma malignum.

Pat. suchte am 25. V. 92 die Klinik wieder auf, woselbst am 29. V. die Totalexstirpation gemacht wurde. Am 15. VI.

wurde sie entlassen. Die Operationsgeschichte ist verloren gegangen. Pat. soll heute völlig gesund sein.

25. A. D., Chausseegelderheberfrau, 47 J., aufgen. 8. VI. 92. Pat. hat niemals concipirt. Wegen Blutungen und Schmerzen im Unterleib, die seit einem Jahr bestanden, war sie vom 19. IV. bis 17. V. in der Klinik, woselbst am 30. IV. ein subseröses Myom, das von der rechten Uteruskante ausging und mit dem rechten Lig. latum verwachsen war, durch Laparotomie entfernt wurde. Bei dieser Operation zeigte sich das Uterusgewebe sehr brüchig, wodurch der Verdacht einer malignen Erkrankung des Organs erweckt wurde, der sich verstärkte, als nach der Operation die Beschwerden der Pat. sich wohl etwas verminderten, jedoch nicht verschwanden. Es wurde ein Curettement vorgenommen und das dadurch gewonnene Gewebe mikroskopisch untersucht. Es ergab sich

Diagnose: Carcinoma uteri.

Am 9. VI. wurde die Totalexstirpation gemacht. Dieselbe war durch die Enge des Introitus und die Derbheit des rechten Parametriums infolge der früheren Operation sehr erschwert. Bei den Bemühungen, den Uterus herabzuziehen, riss der Cervix ab, und es gelang nur schwer, den Uterus durch Umstülpen nach vorn zu entfernen.

Nach der Operation stellte sich sehr starkes Erbrechen ein, ausserdem hatte Pat. geringe Schmerzen im Unterleib. Am zweiten Tage post op. erfolgte Ausfluss fäkaler Massen aus der Vagina, es musste bei der Operation also das Rectum verletzt worden sein. Da keine oder doch nur sehr geringe Zeichen peritonitischer Reizung bestanden, so musste man annehmen, dass sich oberhalb dieser Stelle bereits Adhäsionen gebildet hatten, es blieb der Verband deshalb liegen. In den folgenden Tagen wiederholte Collapse, vom 19. VI. an besserte sich der Zustand sehr allmählich. Am 18. VII. wurde, da die durch die Operation entstandene Rectovaginalfistel für directen Verschluss zu hoch lag, um dem unerträglichen Zustand der Pat. ein Ende zu machen, die Kolpokleisis gemacht. In den nächsten Tagen verfiel Pat. immer mehr, am 29. VII. trat unter den Erscheinungen der Inanition der Exitus letalis ein.

Sectionsbefund: Paravaginale Abscesshöhle, welche mit Vagina und Rectum communicirt, Peritonitis incipiens.

26. J. K., Maurerwittwe, 52 J., aufgen. 9. IV. 92. Pat. hat 2 Geburten durchgemacht, die letzte vor 19 Jahren. Ins Klimakterium trat sie vor 2 Jahren. Im Januar bemerkte Pat. Blutabgang. Seit dieser Zeit besteht geringer wässriger Ausfluss, der bisweilen blutig tingirt ist. Ende April stellten sich mässige Schmerzen im Unterleib ein.

Status: Portio kurz, Uterus beweglich, um 4 cm verlängert. Aus dem Muttermund entleert sich blutig gefärbter Schleim, der übelriechend ist. Parametrien frei. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement entfernten schwammigen Massen ergibt als

Diagnose: Carcinoma uteri. 15. VI. Totalexstirpation in üblicher Weise.

Der Heilungsverlauf war glatt, Pat. wurde am 5. VII. entlassen. Am 4. IX. 93 stellte sie sich wieder vor, sie hatte ein starkes Recidiv.

27. A. S., Schuhmacherfrau, 40 J., aufgen. 6. VII. 92. Pat. hat niemals concipirt. Seit einem Jahr besteht schleimiger Ausfluss, der später blutig untermischt war. Die Periode, die früher regelmässig in 4 wöchentlichen Intervallen wiederkehrte, tritt jetzt alle 3 Wochen auf und ist stärker geworden.

Status: Introitus und Scheide mässig eng, Portio verdickt. Um den Muttermund eine flache, leicht blutende Gewebswucherung. Uterus um 1½ cm verlängert, frei mobil, Parametrien intakt.

Diagnose: Carcinoma portionis. Am 8. VII. Total-exstirpation durch Dr. Rosinski. Die Reconvalescenz war völlig ungestört, Pat. wurde am 22. VII. entlassen.

28. A. U., Gutsbesitzerfrau, 45 J., aufgen. 14. VII. 92. Pat. hat 6 mal geboren. Sie wurde schon im vorigen Jahre mehrfach in der Klinik wegen starker Blutungen behandelt, zuletzt vom 19. VII. bis 23. VII. 91. Das Curettement hatte damals eine glanduläre Endometritis ergeben. Am 7. II. 91 war der stark hypertrophische Scheidentheil amputirt worden. Jetzt stellte sich Pat. wieder ein, da die Blutungen in letzter Zeit wieder sehr stark gewesen waren. Die Untersuchung der durch Curettement erhaltenen Gewebsfetzen ergab die

Diagnose: Carcinoma uteri.

Die am 17. VII. ausgeführte Totalexstirpation wurde durch die Grösse des Uterus, die geringe Nachgiebigkeit der Liggg. lata und ziemlich bedeutende Blutungen erschwert.

In den ersten Tagen nach der Operation klagte Pat. über starke Schmerzen in der Wunde, im Uebrigen war der Verlauf der Heilung völlig befriedigend. Pat. war Ende 1893 recidivfrei.

29. B. W., Kaufmannsfrau, 45 J., aufgen. 29. VII. 92. Pat. hat 2 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 12 Jahren. Im Mai d. J. war die Periode ausgeblieben, im Juni dauerte dieselbe 3 Tage, seit Anfang Juli blutet Pat. beständig. Pat. hat schon vor ihrer Erkrankung häufiger an geringen Blutungen gelitten.

Status: Vordere Muttermundslippe stark indurirt, hintere mit kleinen Knötchen besetzt. Uterus um $2\frac{1}{2}$ cm verlängert, lässt sich gut herabziehen. Parametrien frei. Das Endometrium zeigt Rauigkeiten und blutet sehr leicht.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 1. VIII. wurde von Dr. Rosinski die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt.

Die Reconvalescenz verlief ohne jede Störung, Pat. konnte am 20. VIII. entlassen werden.

Sie soll bis jetzt völlig gesund sein.

30. R. L., Arbeiterfrau, 48 J., aufgen. 22. VIII. 92. Pat. hat 6 mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Seit 2 Jahren besteht Menopause. Anfang Mai d. J. bemerkte Pat. ab und zu geringen Blutabgang. Der Ausfluss nahm allmählich zu und ist seit 6 Wochen sehr stark. Dazu gesellten sich in letzter Zeit geringe Kreuzschmerzen.

Status: Scheide weit, ausgefüllt durch einen apfelsinen-grossen Tumor, der von der hinteren Muttermundslippe ausgeht. Derselbe hat eine höckerige, vielfach zerklüftete Oberfläche und blutet leicht. Das Cavum uteri ist um 3 cm verlängert, der Uterus mobil, die Parametrien nicht verdickt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die Totalexstirpation wurde am 24. VIII. von Dr. Rosinski ausgeführt. Die Heilung war glatt, Entlassung am 6. IX. Ueber ihr ferneres Befinden fehlt jede Nachricht.

31. A. S., Malerwitwe, 48 J., aufgen. 13. IX. 92. Hat 2 Geburten durchgemacht, die letzte vor 16 Jahren. Seit mehreren Jahren hat Pat. über Kreuzschmerzen zu klagen. In den letzten 5 Jahren war die Periode immer sehr stark, das Blut oft missfarben, es enthielt häufig Stücke. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bestehen unregelmässige Blutungen.

Status: Introitus und Vagina mässig weit. Uterus um 3 cm verlängert, gut beweglich, Parametrien frei. Pat. wird curettirt, die mikroskopische Untersuchung der erhaltenen schwammigen Massen ergibt als

Diagnose: Carcinoma uteri.

Am 14. IX. wurde von Dr. Rosinski die Totalexstirpation gemacht. Der Uterus liess sich nur schwer herabziehen; seiner Grösse wegen war es unmöglich, ihn nach Eröffnung des Douglas nach hinten umzustülpen, er musste vielmehr gerade nach unten gezogen und so abgetrennt werden. Gegen Ende der Operation trat eine heftige Blutung ein, die nur mühsam durch Umstechungen gestillt werden konnte.

Pat. erholte sich nach der Operation nur schwer und hatte in der ersten Woche nach der Operation ziemlich erheblichen Wundschmerz und Fieber. Die fernere Reconvales-

cenzen war beeinträchtigt durch eine Phlegmone am rechten Unterarm, die sich nach einer Morphininjektion entwickelte. Entlassen wurde Pat. am 13. X. Ueber ihr ferneres Ergehen ist nichts bekannt.

32. L. C., Partikuliersfrau, 47 J., augen. 10. X. 92. Der Vater der Pat. ist an Magenkrebs gestorben. Pat. hat vor 5 Jahren im 4. Monat abortirt, vor 4 Jahren ein normales Puerperium durchgemacht. Vor einem Jahre bestand Fluor, der auf Anwendung von Alaunausspülungen verschwand. Seit der vorletzten Periode bestehen geringe Blutungen ohne Schmerzen.

Status: Portio verdickt, hintere Muttermundslippe von einer pilzartig gewucherten Neubildung eingenommen, die an der Oberfläche bröcklig ist und leicht blutet. Uterus leicht beweglich, sein Cavum um 2 cm verlängert, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 12. X. wurde nach vorausgegangener Auskratzung und Verschorfung der Neubildung mit dem Paquelin die Totalexstirpation vorgenommen. Da die Umstülpung des Uterus nach hinten nach Eröffnung des Douglas nicht gelang, so wurde die Peritonealtasche zwischen Uterus und Blase durchtrennt und das Organ durch diese Oeffnung entfernt.

Am 14. X. klagte Pat. über heftige Leibschmerzen, die nach der rechten Schulter austrahlten. Objectiv war nichts Abnormes nachzuweisen. Am nächsten Tage wurde das Befinden sehr schlecht, es bestanden starke Leibschmerzen, Erbrechen, Singultus, mässiges Fieber. Der Puls war klein und frequent, gegen Abend an der Radialis nicht fühlbar. Dabei bestand eine diffuse Auftreibung des Leibes, derselbe war gegen die geringste Berührung sehr empfindlich. In der Nacht zum 16. X. trat unter den Zeichen einer diffusen Peritonitis der Exitus letalis ein. Die Sektion wurde nicht gestattet.

33. S. A., Kapitänsfrau, 53 J., augen. 3. XI. 92. Pat. ist seit 11 Jahren steril verheirathet. Seit $2\frac{1}{2}$ Jahren besteht Menopause. Sie leidet seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an Schleimfluss, der ab und zu blutige Beimischungen zeigt. Im Juni d. J. traten Blutungen auf. Pat. wurde im September curettirt, worauf ihre Beschwerden, jedoch nur für kurze Zeit, aufhörten.

Status: Introitus eng, Scheide kurz. Uterus ziemlich stark vergrössert, wenig beweglich. Es besteht blutigseröse Sekretion. An den Parametrien ist nirgends eine pathologische Resistenz zu finden. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement gewonnenen Gewebsstücke ergab als

Diagnose: Sarcoma uteri.

10. XI. Totalexstirpation. Der Uterus liess sich wegen der Unnachgiebigkeit der Parametrien und des Scheidenge-

wölbes nur wenig herabziehen. Ganz besondere Schwierigkeiten entstanden der Operation durch die Enge des Introitus, welche den Ueberblick sehr erschwerte, sodass vieles nur unter Leitung des Fingers gemacht werden musste. Als der Cervix allseitig bis zur Höhe des inneren Muttermundes herausgeschält und der Douglas schon eröffnet war, riss er bei etwas schärferem Anziehen der Zangen vom Corpus uteri ab, und man hatte keine Möglichkeit, nunmehr den Uterus herabzuziehen, da jede in das morsche Uterusgewebe eingesetzte Zange sofort ausriss. Es wurde deshalb beschlossen, den Uterus durch Laparotomie zu entfernen, und nach nochmaliger, sorgfältigster Desinfection wurde diese Operation sofort angeschlossen. Gegen Ende derselben machte eine starke Blutung aus dem linken Parametrium, die direct nicht zu stillen war, eine feste Tamponade des Douglas und der Scheide nothwendig.

In den ersten 5 Tagen nach der Operation bestand starkes Erbrechen, Leibschmerzen, Auftreibung des Abdomens. Am 4. und 5. Tage bot Pat. das Bild allgemeiner Peritonitis. Vom 6. Tage ab besserte sich der Zustand der Pat. allmählich. Es war sehr schwer, die Tamponade der Scheide und des Douglas zu entfernen, da sich um die eingelegte Jodoformgaze feste Verwachsungen gebildet hatten. Am 10. XII. konnte Pat. entlassen werden.

Sie ist bereits im Februar 1893 einem Recidiv erlegen.

34. A. F., Kanzlistenfrau, 38 J., aufgen. 4. XI. 92. Pat. hat 7 Geburten, die letzte vor 3 Jahren, und 2 Aborte durchgemacht. Seit Juni besteht starker Fluor, dazu kam seit 2 Monaten mässiger Blutabgang. Schmerzen haben nie bestanden.

Status: Introitus und Vagina mässig weit. Beide Muttermundslippen sind in ein Blumenkohlgewächs aufgegangen, das bei Berührung leicht blutet. Uterus klein, gut beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die Neubildung wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die Wundfläche mit dem Paquelin verschorft und am 10. XI., obgleich die carcinomatöse Infiltration bis dicht an die Blase heranreichte, die Totalexstirpation vorgenommen, die anscheinend im Gesunden ausgeführt wurde. Die Blutung bei der Operation war ziemlich bedeutend.

Bis zum Mittag des folgenden Tages befand sich Pat. völlig wohl. Nachmittags klagte sie über starke Schmerzen im Leibe, der Puls wurde sehr klein und frequent. Dabei bestand kein Fieber, der Leib war nicht aufgetrieben. Gegen Abend liessen die Schmerzen allmählich nach, verschwanden schliesslich ganz, der Puls wurde unfühlbar, Pat. verfiel rasch

immer mehr. In der Nacht vom 11.—12. XI. 30 Stunden post op., kam sie ad exitum.

Die Sektion ergab als Todesursache allgemeine eitrige Peritonitis, ausserdem fand sich Carcinom der retroperitonealen Lymphdrüsen.

35. E. G., Gutsbesitzerfrau, 45 J., aufgen. 14. XII. 92. Pat. hat in 26jähriger Ehe 5 Geburten und 6 Aborte durchgemacht, zuletzt vor 12 Jahren. Seit 2 Jahren sind die Periodenblutungen stärker als früher und unregelmässig, das Blut von hellerer Farbe. Vor 14 Tagen hatte Pat. eine stärkere Blutung, ohne Schmerzen.

Status: Beide Muttermundslippen sind rüsselförmig gewuchert, die Wucherungen im Zerfall begriffen, bluten leicht. Corpus uteri zeigt keine Vergrösserung, das Organ ist leicht beweglich, die Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Nach sorgfältigster Desinfektion, die im Hinblick auf die vorangegangenen Todesfälle noch ganz besonders verschärft war, wurde am 19. XII. die Totalexstirpation gemacht. Es kam dabei zu einer geringen Nachblutung aus dem rechten Parametrium, die leicht gestillt wurde. In dem exstirpierten Uterus zeigte sich das Carcinom als ganz scharf begrenzter Knoten von Wallnussgrösse in der vorderen Wand des Cervix.

Nach der Operation hatte Pat. starkes Erbrechen und ziemlich heftige Schmerzen, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich immer mehr, am 3. Tage zeigte sich eine Auftreibung des Leibes, derselbe wurde am 4. Tage sehr empfindlich. Dabei war die Temperatur beständig subnormal, der Puls zuletzt sehr schlecht. Am 22. XII. trat der Exitus letalis ein.

Die Sektion wurde nicht gestattet.

36. W. W., Maurerfrau, 42 J., aufgen. 28. XII. 92. Pat. hat 4 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 12 Jahren. Vor 3 Jahren und im vorigen Jahre wurde sie wegen Blutungen in der hiesigen Poliklinik mit Curettements behandelt. Vor 4 Wochen trat wieder eine Blutung auf, die in wechselnder Stärke bis jetzt besteht.

Status: Portio kurz, dick, am Muttermund einzelne Erosionen. Uterusinnenfläche zerklüftet, blutet leicht bei Berührungen. Uterus um 3 cm verlängert, frei beweglich. Parametrien nicht verdickt. Ein Probe-curettement und mikroskopische Untersuchung der erhaltenen Schleimhautstücke ergibt als

Diagnose: Carcinoma uteri.

Am 20. I. 93 wurde die Totalexstirpation gemacht. Dabei fand sich im Douglas ein abgekapseltes Exsudat. Da der Uterus sich nur schwer nach hinten umwälzen liess, wurde er

nach Eröffnung der vesicouterinen Tasche nach vorn entfernt. Die Operation wurde durch die Grösse des Organs in erheblichem Maasse erschwert. Zum Tupfen wurden bei dieser Operation statt der vorher verwandten Schwämme sterilisirte Gazetücher benutzt.

Die Heilung war befriedigend, Pat. wurde am 12. II. entlassen. Am 7. II. 1894 stellte sich Pat. wieder vor. Die Narbe war glatt, nirgends fand sich eine Spur von Recidiv.

37. M. E., Forstassessorfrau, 32 J., aufgen. 4. VI. 93. Seit 3 Jahren verheirathet, hat Pat. 3mal geboren, zuletzt vor $\frac{1}{2}$ Jahr. 5 Wochen nach dieser Geburt trat die Periode wieder auf, hielt von jetzt ab 3wöchigen Rythmus ein und war sehr stark. Auch in der Zwischenzeit ging beständig etwas Blut ab.

Status: Introitus und Vagina mässig weit, die vordere Muttermundslippe wird von einem wallnussgrossen Tumor eingenommen, der stark zerklüftet ist und leicht blutet. Die Excision eines Stückchens ergiebt als

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 10. III. 93 führte Dr. Rosinski die Totalexstirpation aus. Die Heilung verlief ohne Störung, Pat. konnte am 27. III. entlassen werden.

Pat. war im Anfange des Jahres 1894 völlig gesund.

38. E. S., Fleischermeisterwitwe, 45 J., aufgenommen 24. III. 93. Pat. hat in 20jähriger Ehe 8 normale Geburten, einen Abort durchgemacht. Die letzte Geburt war vor neun Jahren. Seit 3 Jahren besteht geringer Fluor. Seit Mai vor. Jahres leidet Pat. an unregelmässigen, meist in 14tägigen Intervallen auftretende Blutungen, die nicht schmerzhaft waren. Nach ärztlicher Behandlung (Brennen mit Paquelin) sind dieselben geringer geworden, haben jedoch nicht völlig aufgehört. In der blutfreien Zeit findet Abgang von fleischwasserähnlicher Flüssigkeit statt. Schmerzen haben nie bestanden.

Status: Introitus und Vagina ziemlich eng, Portio pilzartig aufgetrieben, blutet sehr leicht. Das Scheidengewölbe ist auf der linken Seite etwas starr, der Uterus ist nicht vergrössert, frei mobil, Parametrien zeigen keine Verdickungen.

Diagnose: Carcinoma portionis.

27. III. Totalexstirpation in der üblichen Weise.

Der Verlauf war völlig ungestört, am 6. und 7. IV. wurde der grösste Theil des Verbandes entfernt, der oberste Theil desselben, der mit den Ligaturen fest verlöthet war, konnte erst herausgenommen werden, als Pat. am 12. IV. die Klinik verliess. Die junge Narbe an der Operationsstelle sah gesund aus. Am 2. X. 93 stellte sich Pat. wieder vor. Die Narbe war glatt, kein Recidiv zu finden.

39. H. B., Arbeiterfrau, 45 J., aufgen. 30. IV. 93. In 22jähriger Ehe hat Pat. 11 mal geboren. Seit 7 Monaten besteht eine Blutung mit Abgang von Stücken, zugleich hat Pat. über Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz zu klagen.

Status: Pat. sieht sehr anämisch aus. Brustorgane gesund, durch die schlaffen Bauchdecken fühlt man deutlich den vergrößerten Fundus uteri und die Ovarien durch. Introitus und Vagina weit, Portio verdickt. Uterus um 3 cm verlängert, anteflectirt, mobil, Parametrien frei. Aus dem äusseren Muttermund quillt reichlich dunkles Blut hervor. Pat. wurde am I. V. curettirt, die erhaltenen Gewebsetsen zur mikroskopischen Untersuchung vorbereitet, die am 6. V. die

Diagnose: Carcinoma uteri ergab.

II. V. Totalexstirpation.

In den ersten 4 Tagen nach der Operation bestanden geringe Schmerzen im Hypogastrium, später legten sich dieselben, und die Heilung nahm einen glatten Verlauf. Am 24. V. wurde die Jodoformgaze aus der Scheide entfernt, tägliche Vaginalspülungen gemacht, am 25. V. durfte Pat. zum ersten Mal das Bett verlassen, am 26. V. verliess sie die Klinik.

Ueber ihr ferneres Ergehen ist nichts bekannt.

40. F. B., Kaufmannsfrau, 45 J., aufgen. 4. V. 1893. Pat. hat 9 Geburten durchgemacht, darunter einmal Zwillinge. Seit 15 Jahren ist die Periode sehr unregelmässig, seit zehn Jahren blutet Pat. mit geringen Unterbrechungen fast dauernd. Sie klagt ferner über bedeutende Senkungsbeschwerden, gegen die auch die früher eingelegten Ringe nichts geholfen haben.

Status: Introitus weit, Damm nur 3—4 cm breit, am Frenulum eine alte Dammrissnarbe. Vordere Vaginalwand prolabirt, auch hintere schlaff und stark descendirt. Portio verdickt, derb, Uterus um ca. 2 cm verlängert, mobil, Parametrien frei. Aus dem Muttermund entleert sich Blut. Die Innenfläche des Uterus fühlt sich mit der Curette höckrig an. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement erhaltenen Gewebsetsen ergibt die

Diagnose: Carcinoma uteri.

Nach dem Curettement stand die Blutung, trat jedoch am 12. V. wieder auf.

Am 17. V. wurde die Totalexstirpation ausgeführt. Die Entwicklung des Uterus gelang nur schwer, da derselbe stark vergrößert und vorn adhärent war. Die Rekonvalescenz verlief völlig ungestört. Am 29. und 31. V. wurde allmählich die Jodoformgaze entfernt, dann Ausspülungen mit Borsäurelösung gemacht. Am 6. VI. stand Pat. zum ersten Mal auf und wurde am 9. VI. entlassen.

Ueber ihr ferneres Ergehen ist nichts bekannt.

41. E. Z., Schornsteinfegerfrau, 30 J., aufg. 22. V. 93. In 13-jähriger Ehe hat Pat. einmal abortirt und 5 normale Geburten durchgemacht. Seit 2 Jahren hat sie über starken übelriechenden Fluor und heftige Menstruationsbeschwerden zu klagen. Mitte vorigen Monats trat eine stärkere Blutung auf. Mit dem Periodenblut sollen öfters Stücke und Fetzen abgegangen sein.

Status: Introitus weit, Uterus um 2 cm vergrössert, mobil, am Muttermund Erosionen. Portio verdickt, blutet leicht. Aus dem Muttermund quillt Blut hervor. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement erhaltenen Gewebsstücke ergibt als

Diagnose: Carcinoma uteri.

Am 4. VI. wurde die Totalexstirpation gemacht.

Die Genesung war völlig ungestört, Pat. wurde am 2. VII. entlassen.

Im Januar 1894 fühlte sich Pat. vollständig wohl, ein Recidiv bestand nicht.

42. J. B., Eisenbahusekretärfrau, 42 J., aufg. 11. VI. 93. Pat. hat in 12-jähriger Ehe 9mal geboren und 3mal abortirt. Seit 3 Jahren klagt sie über starkes und unregelmässiges Auftreten der Periode. Seit 3 Monaten ist die Blutung sehr stark. Vor 14 Tagen ist Pat. curettirt worden, vorher sind Stücke und Fetzen mit dem Blut abgegangen. Schmerzen hat Pat. nie gehabt. Sie will in der letzten Zeit stark abgemagert sein.

Status: Pat. ist sehr anämisch. Brustorgane gesund, Abdomen bietet nichts Abnormes. Introitus weit, Portio verdickt, Erosionen am Muttermund. Cavum uteri um 2 cm vergrössert. Die Innenfläche des Uterus fühlt sich mit der Sonde höckrig an und blutet leicht. Der Uterus ist leicht beweglich, die Parametrien sind frei.

Diagnose: Carcinoma uteri.

13. VI. Totalexstirpation des Uterus.

Die Rekonvaleszenz verlief vollständig glatt, Pat. wurde am 4. VII. entlassen.

43. M. S., Monteurfrau, 34 J., aufgen. 10. VII. 93. Pat. hat vor 15 und 14 Jahren normale Entbindungen durchgemacht, vor 10 Jahren abortirt. Seit dem 18. vor. Monats haben sich die noch jetzt bestehende Blutung und der etwas übel riechende Ausfluss eingestellt.

Status: Introitus und Vagina mässig weit. Portio pilzförmig verdickt, von sammetartiger Oberfläche und speckiger Consistenz. Uterus von normaler Grösse, anteflektirt, mobil, seine Innenfläche höckrig und zerklüftet. Aus dem Muttermund quillt etwas Blut hervor. Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma cervicis et corporis uteri.

Am 12. VII. wurde die Totalexstirpation ausgeführt. Der Heilungsverlauf war vollständig normal. Pat. konnte am 25. VII. entlassen werden. Die Wunde war mit guten Granulationen bedeckt, secernirte noch.

44. M. P., Besitzerfrau, 34 J., aufgen. 11. VII. 93. Pat. hat in 11jähriger Ehe 5 Puerperien durchgemacht, das letzte vor 2 Jahren. Bis zum April d. J. war die Periode regelmässig, seit dieser Zeit bestehen unregelmässige Blutungen, die sich allmählich verstärkten, sodass Pat. jetzt fortdauernd blutet. Dabei hat Pat. über Kreuzschmerzen zu klagen. In der letzten Zeit ist übelriechender Ausfluss aufgetreten.

Status: Introitus weit, es besteht ein alter Dammriss, Schoide kurz und weit. Portio in einen gänseeigrossen Tumor aufgegangen, der sich scharf gegen das Scheidengewölbe abgrenzt. Seine Oberfläche ist eitrig belegt, blutet sehr leicht. Inmitten dieser Geschwulst liegt das Orificium externum. Uterus um 3,5 cm verlängert, frei beweglich. Parametrien intakt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

13. VII. Totalexstirpation.

Nach der Operation hatte Pat. starkes Erbrechen, sie war sehr unruhig, warf sich im Bett umher und versuchte aus demselben herauszuspringen. Die Temperatur, die am 3. Tage post op. 38,6 betrug, fiel am 4. zur Norm herab und wurde am 19. VII. subnormal.

Am 18. VII. zeigte sich eine Auftreibung des Leibes ohne besondere Schmerzhaftigkeit desselben, dabei bestand starker Singultus.

Am 19. VII. war der Leib hoch aufgetrieben. Besondere Schmerzhaftigkeit desselben war nicht zu konstatiren. Es bestand starkes Erbrechen, beständiger Singultus. Im Laufe des nächsten Tages steigerten sich alle Symptome, Abends Collaps, am Morgen des 21. VII. trat der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab als Todesursache eitrige Peritonitis.

45. W. T., Schuhmacherfrau, 48 J., aufgen. 7. VII. 93. Pat. hat in 22jähriger Ehe 2 mal geboren. Seit 2 Jahren ist die Periode unregelmässig, sie dauert fast immer 8 Tage und tritt stets mehrere, bis 8 Tage antepionierend auf. Vor vierzehn Tagen hatte Pat. eine starke Blutung, wobei ein faust-grosses Coagulum abging. Seitdem blutet sie dauernd.

Status: Introitus und Scheide weit. Portio verdickt, nirgends erodirt. Uterus frei beweglich, um 3 cm vergrössert, seine Innenfläche fühlt sich mit der Sonde rauh und zerklüftet an. Aus dem etwas hartrandigen Muttermund entleert sich übelriechender, dunkelblutrother Ausfluss. Die Parametrien sind frei.

Diagnose: Carcinoma uteri.

Am 14. VII. wurde die Totalexstirpation gemacht. Der Verlauf war befriedigend. Pat. wurde am 28. VII. entlassen. Es befanden sich noch einige Fäden in der Wunde, auch bestand noch geringe Sekretion.

46. F. P., Handelsmannsfrau, 44 J., aufgen. 4. X. 93. Hat 10mal geboren, zuletzt vor 3½ Jahren. Seit 1 Jahr blutet Pat. häufig, besonders nach der Cohabitation.

Status: Introitus weit, Portio verdickt, von sehr derber Consistenz, Erosionen am Muttermund. Die Sondirung ergiebt eine Vergrößerung des Uterus um 2 cm. Parametrien frei, Uterus gut mobil.

Diagnose: Carcinoma portionis.

11. X. Totalexstirpation.

In den ersten Tagen nach der Operation bestand geringes Erbrechen, später befriedigender Verlauf der Heilung. Pat. wurde am 5. XI. entlassen. Es bestand noch geringe Sekretion, einzelne Fäden lagen noch in der Wunde.

47. B. P., Zimmermannsfrau, 43 J., aufgen. 18. XI. 93. Hat in 23 jähriger Ehe 10 mal geboren, zuletzt vor 11 Jahren. Vor 6 Wochen hatte Pat. eine 4wöchentliche Blutung, die dann 8 Tage aussetzte, darauf sich wieder einstellte.

Status: Introitus mässig weit, Portio verdickt; an der hinteren Muttermundslippe blumenkohlartige, morsche, leicht blutende Wucherungen. Uterus um 3 cm verlängert, mobil, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

20. XI. Totalexstirpation. Operateur: Dr. Sperling.

Der Verlauf der Heilung war befriedigend. Entlassung am 11. XII.

48. L. P., Kinderwärterin, 55 J., aufgen. 15. XI. 93. Hat keinmal geboren. Pat. hatte vor 5 Jahren eine 7 Wochen anhaltende Blutung. Sie wurde damals curettirt, worauf die Blutung 3 Monate stand. Darauf stellten sich Schleimfluss und Blutungen ein. Es sollen damals Polypen abgetragen sein. Seit dieser Zeit steht Pat. in ärztlicher Behandlung, weil sie mit geringen Unterbrechungen fortwährend blutet. Sie hat keine Schmerzen, auch ist der Ausfluss nicht übelriechend.

Status: Introitus eng, Portio nicht verdickt. Muttermund grubchenförmig, aus demselben entleert sich blutiger Ausfluss. Uterus um 1 cm vergrößert, leicht beweglich, Parametrien frei. Bei der Sondirung fühlt man am Endometrium rauhe Vorsprünge. Die mikroskopische Untersuchung eines durch Curettement erhaltenen Gewebstückchens ergiebt als

Diagnose: Carcinoma uteri.

Die am 24. XI. vorgenommene Totalexstirpation wurde durch die Enge der Scheide sehr erschwert. Dazu kam noch der Umstand, dass das Gewebe des Uterus sehr morsch war, sodass die Zangen häufig aus demselben ausrissen.

Der Heilungsverlauf war glatt, Pat. wurde am 4. XII. entlassen.

49. B. G., Altsitzertochter, 44 J., aufgen. 11. XI. 93. Pat. hat niemals geboren. Anfang Februar d. J. war sie wegen unregelmässiger Blutungen, die seit ca. $\frac{3}{4}$ Jahren bestanden, in der Klinik. Es wurde damals ein Schleimpolyp entfernt. Seit 10—12 Tagen ist jetzt wieder eine Blutung eingetreten; der Ausfluss ist übelriechend. Zugleich haben sich Schmerzen im Unterleib eingestellt.

Status: Introitus eng, Portio etwas verdickt. Aus dem Cervicalkanal entleert sich reichliches schleimiges, zum Theil blutig tingirtes Sekret, das nicht übelriechend ist. Uterus nicht vergrössert, mobil, Parametrien frei. Die mikroskopische Untersuchung der durch Curettement entfernten Gewebsstücke ergiebt als

Diagnose: Carcinoma uteri.

25. XI. Totalexstirpation. Bei derselben war das rechte Ovarium prolabirt, es wurde durch die Peritonealwunde reponirt.

Der Verlauf der Heilung war durchaus günstig. Entlassung am 15. XII.

50. B. S., Arbeiterfrau, 44 J., aufgen. 6. XII. 93. Pat. hat 10 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 3 Jahren. Seit 2 Jahren leidet sie an blutigem Ausfluss. Ob die Periode noch vorhanden ist, weiss sie nicht, da sie fast beständig blutet. Dieser Beschwerden wegen suchte sie bereits am 24. X. 93. die Klinik auf, woselbst der folgende Status aufgenommen wurde:

Introitus mässig weit, Portio verdickt, derb, Erosionen am Muttermund. Uterus um 3 cm verlängert, frei beweglich, Parametrien frei. Aus dem Muttermund quillt Blut.

Es wurde ein Probecurettement gemacht. Die mikroskopische Untersuchung der gewonnenen Gewebsfetzen ergab als Diagnose: Carcinoma uteri.

Pat. weigerte sich, die Totalexstirpation an sich vornehmen zu lassen, und verliess am 9. XI. die Klinik, kam jedoch am 6. XII. wieder, und nun wurde am 10. XII. durch Dr. Sperling die Totalexstirpation in üblicher Weise ausgeführt.

Der Verlauf der Heilung war vollständig befriedigend, Pat. konnte am 15. XII. entlassen werden.

Von den vorstehenden 50 Fällen sind 45 = 90 % wegen Carcinom der Gebärmutter operirt worden, und zwar handelte es sich bei 28 Patientinnen um eine Erkrankung der Portio vaginalis, einmal (Fall 43) fand sich neben einem von der Portio ausgegangenen Carcinom ein solches des Corpus uteri; wegen Sarcom des Uterus wurde die Totalexstirpation 3mal, wegen malignen Apenoms 2mal ausgeführt. Die Unterscheidung der Fälle von Krebserkrankung des Uterus in solche des Corpus und des Cervix ist nicht scharf durchgeführt worden.

Die Operation ist in der Regel in der Weise ausgeführt worden, dass nach Durchschneidung des Vaginalgewölbes möglichst weit ab von der carcinomatösen Infiltration der Cervix stumpf, oder in den Fällen, in welchen dieses nicht möglich war, nach jedesmal vorausgeschickter sorgfältiger Umstechung mit dem Messer ausgelöst, dann der Douglas'sche Raum eröffnet und der Uterus nach hinten umgestülpt wurde. Die sich dann anspannenden Ligg. lata wurden in mehreren Absätzen umstochen und der Uterus von seinen peritonealen Verbindungen abgetrennt.

Zur Desinfection der Vagina vor der Operation wurde stets eine 1 % Sublimatlösung angewandt, zur Berieselung des Operationsfeldes während derselben diente eine 3 % Carbol-lösung, nach Eröffnung des Douglas kamen nur Tupfer zur Verwendung, in den ersten Fällen ausgekochte Schwämme, von Fall 36 ab sterilisirte Gazetücher. In den Fällen, in denen das Carcinom an der Portio grosse Wucherungen bildete, oder durch jauchenden Zerfall die Gefahr einer septischen Infection bot, ist stets der Operation eine Excochleation mit nachfolgender Cauterisation mit dem Paquelin entweder unmittelbar oder einige Tage vorausgeschickt worden. Um das Operationsfeld zugänglich zu machen, wurde die Vagina mit den Sims'schen Rinnen oder kurzen Simon'schen Specula auseinander gehalten, der Cervix möglichst weit herabgezogen.

Die Ablösung des Cervix wurde in der Weise ausgeführt, dass man mit ihr da begann, wo das Carcinom am meisten vorgeschritten war, man also die grössten Schwierigkeiten erwarten musste (cf. Fall 9), in den Fällen, wo an keiner Stelle sich eine besondere Schwierigkeit für die Ausführung der

Operation zu bieten schien, wurde in der Regel das Scheidengewölbe zunächst links, dann hinten, darauf rechts, zuletzt vorn an der Blase vom Uterus abgelöst und die breite Verbindung der letzteren mit dem Uterus bis zur Excavatio vesico-uterina sorgfältig durchtrennt. Es gelang in jedem Falle, eine Verletzung der Blase zu vermeiden, ebenso wurde in keinem der Fälle ein Ureter angeschnitten oder nachweislich in eine Umstechung gefasst. In einem Falle (No. 7), wo es nicht möglich schien, den Uterus von der Blase ohne Verletzung der letzteren abzulösen, wurde in der Weise verfahren, dass man seine vordere Wand möglichst nahe an der Blase durchstach und nach beiden Seiten hin abbänd, worauf er abgetrennt wurde.

Nach Eröffnung des Douglas, in den zur Verhütung eines Darmprolapses in den ersten Fällen ein Schwamm, später ein sterilisiertes Gazetuch eingeführt wurde, machte man den Versuch, den Uterus mit Hakenzangen und dem Finger nach hinten umzustülpen, um die Ligg. lata besser zugänglich zu machen. Meistens war es möglich, in dieser Weise zu operiren, in fünf Fällen (18, 25, 31, 32, 36) gelang es nicht, den Uterus nach hinten umzustülpen. Es wurde bei diesen die Excavatio vesico-uterina eröffnet und bei vier dieser Fälle der Uterus nach vorn entwickelt, in einem (31) liess sich auch dieses Verfahren der Grösse des Organs wegen nicht anwenden, es musste vielmehr in diesem Falle der Uterus gerade abwärts gezogen und so die Ligg. lata unterbunden werden.

Nach der Entfernung des Uterus wurde stets von einem Nahtverschluss der Bauchhöhle abgesehen, die Wunde vielmehr mit Jodoformgaze austamponirt. Dies geschah in der von Mikulicz angegebenen Weise, dass in die Wunde ein Trichter von Jodoformgaze eingeführt wurde, den man dann mit einzelnen Jodoformgazestreifen ausstopfte. Auf diese Art wird es möglich gemacht, durch Herausziehen der einzelnen Streifen der Wunde ein allmähliches Zusammenziehen zu gestatten, ohne dass man doch an den Adhäsionen, die sich in der Tiefe der Wunde bilden und sie gegen die Bauchhöhle abschliessen, direkt zieht und dieselben zur Lösung bringt. Die Unterbindungsfäden wurden vor Anlegung der Tamponade aus der

Scheide herausgeleitet und angezogen, um die durch die Ligaturen abgeschnürten Gewebstücke aus dem Bereich der Peritonealwunde zu entfernen, damit sie nicht nach ihrer nekrotischen Abstoßung zu Infektionsherden für das Bauchfell werden könnten.

Es ist stets nur in den Fällen die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt worden, in denen man mit Sicherheit erwarten durfte, noch im Gesunden operiren zu können. Vor allen Dingen ist darauf geachtet worden, dass das Beckenbindegewebe, namentlich die Gegenden um die Artt. uterinae, auf die ja das Carcinom mit Vorliebe zuerst überzugreifen pflegt, nicht von der carcinomatösen Erkrankung ergriffen waren. Abgesehen davon, dass in diesen Fällen die Operation durch die Starrheit und Ummachgiebigkeit der Ligamente des Uterus ungemein erschwert ist, hat man hier stets starke, schwer zu stillende Blutungen bei der Operation zu erwarten, ausserdem ist der Enderfolg der Operation immer mehr als zweifelhaft, da man hier nur sehr geringe Aussichten hat, alles Krankhafte zu entfernen. Man wird also der Kranken nur das Ende beschleunigen, oder doch trotz der aufgewandten Mühe nicht hinausschieben. Deshalb scheinen auch die neueren Methoden der Totalexstirpation, welche es erlauben, grosse Partien des Beckenzellgewebes und der Lymphdrüsen des Beckens zu entfernen, wenig empfehlenswerth*). Im Gegensatz zu Gusserow ist dagegen die Operation noch ausgeführt worden, wenn das Carcinom flächenhaft auf die Scheide überwuchert war, wenn nur die Parametrien frei waren.

Von den 50 operirten Fällen sind 5 = 10 % gestorben.

Bei der ersten der nach der Operation gestorbenen Pat. (Fall 25) war eine Laparotomie wegen eines subserösen Myoms 6 Wochen vor der Totalexstirpation ausgeführt worden. Bei dieser Operation zeigte es sich, dass das Uterusgewebe sehr brüchig war, wodurch der Verdacht einer malignen Erkrankung des Uterus erweckt wurde; durch Curettement wurde der Nachweis eines Uteruscarcinoms erbracht. Die Patientin

*) cf. Gusserow, Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankungen desselben. Berliner klinische Wochenschrift 1891, No. 47.

war durch die Laparotomie so sehr geschwächt, dass sie sich nur langsam und mühsam erholte. Als sie dann zur Total-exstirpation erschien, hätte die Operation ihres geschwächten Allgemeinzustandes wegen aufgeschoben werden müssen, doch erschien dieses der weit vorgeschrittenen malignen Erkrankung wegen nicht rätlich. Die Operation war sehr schwierig, weil während der Versuche, den Uterus durch das hintere Scheidengewölbe zu entfernen, der Cervix abbrach, so dass schliesslich die Absetzung des Organs durch die eröffnete vesico-uterine Tasche erfolgen musste. Bei der Operation war eine Rectovaginalfistel entstanden, die erst am Tage nach derselben bemerkt wurde. Man musste in der Folgezeit in der Auswahl der Speisen sehr vorsichtig vorgehen, um das überaus quälende Entleeren dünnen Stuhls durch die Scheide nach Möglichkeit zu verhindern. So wurde das Befinden der Patientin immer schlechter, und die Chancen für die Heilung der Kolpopleisis, die ausgeführt wurde, um dem unerträglichen Zustand der Patientin ein Ende zu machen, waren nur noch sehr gering. Sie starb 11 Tage nach dieser Operation unter dem Bilde der Inanition. Eine beginnende Peritonitis, welche bei der Sektion gefunden wurde, war wohl nicht genügend, um den Tod zu erklären, auch hatte dieselbe intra vitam keine Erscheinungen gemacht.

Im zweiten Falle (32), in dem die Sektion nicht gestattet wurde, handelte es sich unzweifelhaft um eine diffuse septische Peritonitis. In den ersten Tagen nach der Operation hatte Patientin über starke Schmerzen in der rechten Nierengegend geklagt, die über die Brust nach der rechten Schulter ausstrahlten. Diese Erscheinungen legten den Gedanken an eine rechtsseitige Ureterunterbindung nahe, umsomehr, als gerade auf dieser Seite eine während der Operation aufgetretene starke Blutung zahlreiche Unterbindungen und Umstechungen nöthig gemacht hatte. Doch sprach gegen diese Annahme der Umstand, dass die Urinsekretion in den ersten Tagen völlig normal blieb und eine Verminderung derselben erst am dritten Tage nach der Operation auftrat, während eine solche bei Unterbindung eines Ureters doch gerade in den ersten Tagen hätte schärfer hervortreten müssen, auch

liess dieselbe sich damals bereits durch den fieberhaften Zustand der Kranken erklären. In den nächsten beiden Tagen traten die Zeichen einer Peritonitis deutlicher hervor und unter denselben starb die Kranke.

Im dritten Falle (34) war der Tod, wie die Sektion ergab, an allgemeiner septischer Peritonitis erfolgt. Es muss auffällig erscheinen, dass eine Peritonitis ungefähr 30 Stunden nach der Operation zum Tode geführt hat, umsomehr, als die Symptome derselben so wenig in den Vordergrund traten, dass man an eine innere Blutung gedacht hatte. Was die Infektionsquelle anlangt, so waren gerade zu jener Zeit zahlreiche Wunderkrankungen vorgekommen, die stets mit hohem Fieber eingesetzt hatten. Diese Erscheinung zeigt sich auch in der vorliegenden Zusammenstellung. Im Fall 31 war nach einer Morphiuminjektion von der Einstichwunde aus eine ausge dehnte Phlegmone des rechten Unterarmes entstanden, die vorletzte Operirte (32) war an septischer Peritonitis gestorben, die letzte, die ca. $\frac{3}{4}$ Stunden vor dieser Patientin operirt worden war, lag an Bauchfellentzündung schwer krank darnieder, es musste sich also der Gedanke an einen Infektionsherd im Hause aufdrängen. Dieser wurde in zahlreichen damals aufgetretenen Fällen erysipelatös-phlegmonöser Entzündung bei neugeborenen Kindern auf der geburtshilflichen Abtheilung gefunden, die mit zwei Erkrankungen an typischem Gesichtserysipel in Zusammenhang gebracht werden mussten, welche einige Zeit vorher auf der geburtshilflichen Abtheilung stationirt waren.

Im vierten Fall (35), bei dem die Sektion nicht gestattet wurde, ist der Tod unzweifelhaft an septischer Peritonitis erfolgt. Derselbe ist insofern bemerkenswerth, als die Kranke beständig subnormale Temperaturen aufwies. Gleich nach der Operation war dieselbe $35,2^{\circ}$ und erreichte während der ganzen Dauer des Krankenbetts nicht 36° . Durch die Peritonitis lässt sich diese eigenthümliche Erscheinung nicht erklären, denn wenn bei derselben subnormale Temperaturen auch ein sehr häufiges Vorkommniss sind, so pflegen sie doch immer erst dann aufzutreten, wenn die Entzündung auf der Höhe angelangt ist. Nun hatte Patientin wohl eine Nach-

blutung, doch war dieselbe sehr gering, und auch an eine innere Blutung konnte man nicht denken, da eine solche, wenn sie ein so erhebliches Fallen der Temperatur zur Folge hatte, sicherlich schneller zum Exitus geführt hätte. Ausserdem widersprach der volle Puls direkt der Annahme einer Blutung. Was die Infektionsquelle betrifft, so ist eine Infektion von aussen in diesem Falle, wo die Desinfektion ganz besonders streng gehandhabt wurde, wohl mit einiger Sicherheit auszuschliessen. Es dürfte dieselbe wohl in einem Ueberfliessen infektiösen Cervixsekrets in die Bauchhöhle, vielleicht auch in dem Liegenbleiben eines nekrotisirten Unterbindungsstumpfes in der Bauchhöhle oder der Wunde zu suchen sein. Das letztere ist wohl weniger wahrscheinlich, da die peritonitischen Erscheinungen schon so bald nach der Operation eintraten.

Im fünften Fall (44) ist der Tod, wie durch die Sektion bestätigt wurde, ebenfalls an septischer Peritonitis erfolgt. Derselbe bot in seinem Verlauf nichts Bemerkenswerthes. Die Temperatur, die am dritten Tage nach der Operation fieberhaft gesteigert war, fiel am vierten zur Norm herab und wurde am sechsten subnormal, zugleich traten die Zeichen einer Peritonitis deutlich hervor. Es dürfte sich wohl in diesem Falle um eine Infektion durch einen nekrotisirten Ligaturstumpf gehandelt haben.

Was die einzelnen operirten Fälle betrifft, so hat nachweislich bei zwei derselben (22 und 32) bei den Eltern Carcinom bestanden, im ersteren Falle ist die Mutter der Patientin an Unterleibskrebs, im zweiten der Vater an Magenkrebs gestorben. Bei den übrigen Patientinnen finden sich keine sicheren Angaben über Hereditätsverhältnisse.

Bei einer Patientin war eine krebssige Erkrankung der Brustdrüsen vorangegangen, bei einer anderen ist dieses nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Im Fall 22 ist die Kranke 12 Jahre, bevor sie der Unterleibsbeschwerden wegen die Klinik aufsuchte, zweimal wegen Brustkrebs operirt worden, im Fall 5 waren wegen suspekter Knoten vor 6 bzw. 5 Jahren beide Mammæ abgesetzt worden, es heisst allerdings, es hätte sich damals nichts für Krebs Sprechendes bei der mikroskopischen Untersuchung ergeben.

Sechs der Patientinnen, bei welchen die Totalexstirpation ausgeführt wurde, hatten niemals geboren. Bei zwei derselben (20 und 30) handelte es sich um Sarkom des Uterus, bei einer (14) um ein malignes Adenom, bei einer (15) bestand ein primäres Corpuscarcinom. bei zweien (48 und 49) ist es aus den Krankengeschichten nicht zu erschen, ob ein Carcinom, das vom Uteruskörper ausging, oder ein Cervixcarcinom vorlag, jedenfalls war die Portio intakt. Bei den beiden letzten Fällen ist noch der Umstand bemerkenswerth, dass bei ihnen vor der letzten Erkrankung Polypen bestanden haben. Die erste Patientin giebt an, es seien ihr vor etwa 5 Jahren Polypen entfernt worden, ob es sich um fibröse oder Schleimpolypen gehandelt hat, ist nicht ersichtlich, bei der zweiten wurden $\frac{3}{4}$ Jahre vorher in der Klinik ein Schleimhautpolyp entfernt. In einem Falle (25) ist eine Complication eines Uteruscarcinoms mit einem subserösen Myom beobachtet worden.

Ein Zusammentreffen von Endometritis mit Carcinom des Uterus ist in zwei Fällen (3 und 28) sicher beobachtet worden. Im ersten Fall wurde bei der Untersuchung des exstirpirten Uterus im hiesigen pathologischen Institut neben einem Carcinom der Portio eine sehr stark hervortretende Endometritis mit Betheiligung aller Elemente der Schleimhaut gefunden, im zweiten Falle wurde die Patientin etwa ein Jahr vor der wegen Carcinom vorgenommenen Totalexstirpation wegen heftiger Blutungen mit Curettement in der Klinik behandelt. Die mikroskopische Untersuchung ergab damals eine glanduläre Endometritis. Bei dieser Patientin wurde der Scheidentheil, der stark hypertrophisch war, bei ihrem damaligen Aufenthalt in der Klinik amputirt. Dass sicher noch in vielen anderen Fällen eine Endometritis der carcinomatösen Erkrankung vorausgegangen ist, dafür spricht schon das bei diesen Fällen ganz sicher angegebene längere Bestehen von Blutungen, so giebt im Fall 31 die Kranke an, sie hätte bereits seit fünf Jahren über starke Blutungen zu klagen, im Fall 40 bestanden dieselben gar seit 10 Jahren. In diesem Falle fand sich ein Prolaps infolge eines alten Dammrisses.

In einem Falle (14) fanden sich luetische Narben, in einem zweiten (18) wurde eine Erosion am Muttermund für

eineluetische angesprochen und schien sich auch nach Schmierkur und Jodkaligegebrauch etwas zu verkleinern, eine darauf vorgenommene Excision eines Gewebsstückchens und mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Portiocarcinom handelte.

Die Operation wurde, wie schon erwähnt, in zwei Fällen (6 und 8) noch vorgenommen, in denen die Neubildung auf die Scheide übergegriffen hatte, ebenso in fünf Fällen (2, 9, 12, 23, 34), in denen das Carcinom bis dicht an die Blase heranreichte, sodass die Operation hier schwer im Gesunden auszuführen war. Bei diesen Fällen waren im Beckenbindegewebe abnorme Resistenzen nicht zu fühlen, es schien sich das Carcinom nur der Fläche nach ausgebreitet zu haben. Was die endgültigen Erfolge bei diesen Fällen betrifft, so ist über 8 und 12 keine Nachricht vorhanden, Fall 6 hatte nach 10 Monaten ein Recidiv, 23 ist nach 2 Jahren an Recidiv gestorben, 2 und 9 waren nach $1\frac{3}{4}$ bzw. $2\frac{1}{2}$ Jahren völlig gesund, 34 ist an septischer Peritonitis gestorben.

Die Operation wurde öfter durch die Grösse des Organs erschwert, jedoch machte dieselbe nie ein Abstehen von ihr nothwendig. In einem Falle (20) musste bei einer Nullipara wegen der ganz abnormen Grösse des Uterus und der Enge des Introitus eine Spaltung des Dammes vorgenommen werden. In diesem Falle riss bei den Versuchen, den Uterus nach hinten umzustülpen, die äusserst morsche, hintere Wand desselben ein, und die sarcomatösen, weichen, hirnnähnlichen Massen, die sich im Cavum uteri befanden, quollen in den Douglas'schen Raum hinein. Zwar wurden dieselben sofort mit Jodoformgaze ausgewischt, um jedoch bei einer etwa dennoch eingetretenen Infektion den Verband schnell und ohne durch die Enge des Introitus behindert zu sein, wechseln zu können, wurde in diesem Falle die Dammwunde nicht geschlossen. Der Verlauf war glatt und fieberlos.

Infiltrationen des Beckenzellgewebes, die vor der Operation nicht bemerkt worden waren, fanden sich in zwei Fällen (12 und 23), in beiden schien es sich nicht um Ueberwuchern des Carcinoms auf das Beckenbindegewebe, sondern um entzündliche Infiltrationen zu handeln. Adhäsionen im

kleinen Becken wurden dreimal gefunden (Fall 4, 21, 40), in einem Falle (15) entleerte sich bei der Eröffnung des Douglas etwa 1 $\frac{1}{4}$ l ascitischer Flüssigkeit, einmal (36) fand sich im Douglas ein abgekapseltes seröses Exsudat.

Durch abnorme Brüchigkeit des Uterusgewebes wurde die Operation in zahlreichen Fällen erschwert. Ganz besondere Schwierigkeiten boten sich im Fall 9, 14, 25, 33. Im ersten Fall liess sich der Uterus durch die in den Cervix eingesetzten Zangen nicht herabziehen, da dieselben beständig ausrissen, es musste vielmehr durch das Uterusgewebe ein starker Seidenfaden gezogen werden, an dem man den Uterus genügend herabbringen konnte. In den drei letzten Fällen riss der Cervix während der Operation ab. Während man im Fall 14 und 25 dennoch nach vielen Bemühungen den Uterus soweit herabziehen konnte, dass die Operation, wenn auch unter sehr schwierigen Verhältnissen, zu Ende geführt werden konnte, war es im letzten Fall nicht möglich, den Uterus vorzuziehen, da jede in ihn eingesetzte Zange sofort ausriss. Man musste sich also, wollte man die Operation nicht unvollendet lassen, dazu entschliessen, das Organ durch die Laparotomie zu entfernen, und in dieser Hinsicht ist der Fall so bemerkenswerth, da man nach fast völlig ausgeführter vaginaler Totalexstirpation, der Douglas war bereits eröffnet, durch ein plötzlich aufgetretenes, unvorhergesehenes Hinderniss gezwungen war, zu der Freundschens Methode der Uterusexstirpation seine Zuflucht zu nehmen. Die Operation verlief gut, nur gegen Ende derselben stellte sich eine Blutung ein, die durch Umstechungen nicht zu stillen war, und die eine feste Tamponade des Douglas'schen Raumes nothwendig machte. Patientin machte in der Folge eine schwere Peritonitis durch und erholte sich nur schwer wieder.

In zwei Fällen (5 und 49) kam es zu einem Prolaps der Ovarien während der Operation. Dieselben wurden im Gegensatz zu Schauta, der es empfiehlt, dieselben bei etwa eintretendem Prolaps zu entfernen, in beiden Fällen durch die Peritonealwunde reponirt, da sie nicht vergrössert erschienen und ein plötzlicher Eintritt ins Klimakterium bei dem Alter der Patientinnen, 38 resp. 44 Jahre, nicht wünschenswerth erschien.

Nach der Operation trat bei den meisten Patientinnen Erbrechen auf, das in einigen Fällen sehr stark war. In einzelnen Fällen bestand in den ersten Tagen nach der Operation leichtes Fieber, so in Fall 2, 3, 4, 8, 31. Es ist dieses Fieber wohl zum Theil als Resorptionsfieber, zum Theil aber auch in Verbindung mit dem in einzelnen Fällen ziemlich stark ausgeprägten Wundschmerz, als Zeichen einer durch den Contact mit dem Wund- und Scheidensekret bedingten lokalen Peritonitis aufzufassen. Eine diffuse Peritonitis trat fünfmal nach der Operation auf, in einem Falle kam dieselbe des vorher eingetretenen Todes der Patientin wegen nicht zur Ausbildung. Eine der an Peritonitis erkrankten Patientinnen (33) genas, die übrigen starben.

In einzelnen Fällen, so bei 3 und 35, traten Nachblutungen auf. Im ersten Falle waren dieselben sehr heftig, machten einen häufigen Verbandwechsel und feste Tamponade nöthig, im zweiten Falle war dieselbe gering.

Durch eine Cystitis, die mit hohem Fieber einsetzte, wurde das Allgemeinbefinden in zwei Fällen (5 und 16) erheblich beeinträchtigt. Im letzteren Falle fanden sich im Urin grosse polyedrische Zellen, die den Verdacht, es handle sich um Metastasen in Blase oder Nieren, erweckten.

Was die Endresultate der 50 Totalexstirpationen betrifft, so ist es nach den über das fernere Ergehen der operirten Kranken vorhandenen wenigen Angaben nicht möglich, einen genauen Bericht darüber abzustatten.

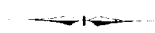
5 Patientinnen = 10% starben an den Folgen der Operation.

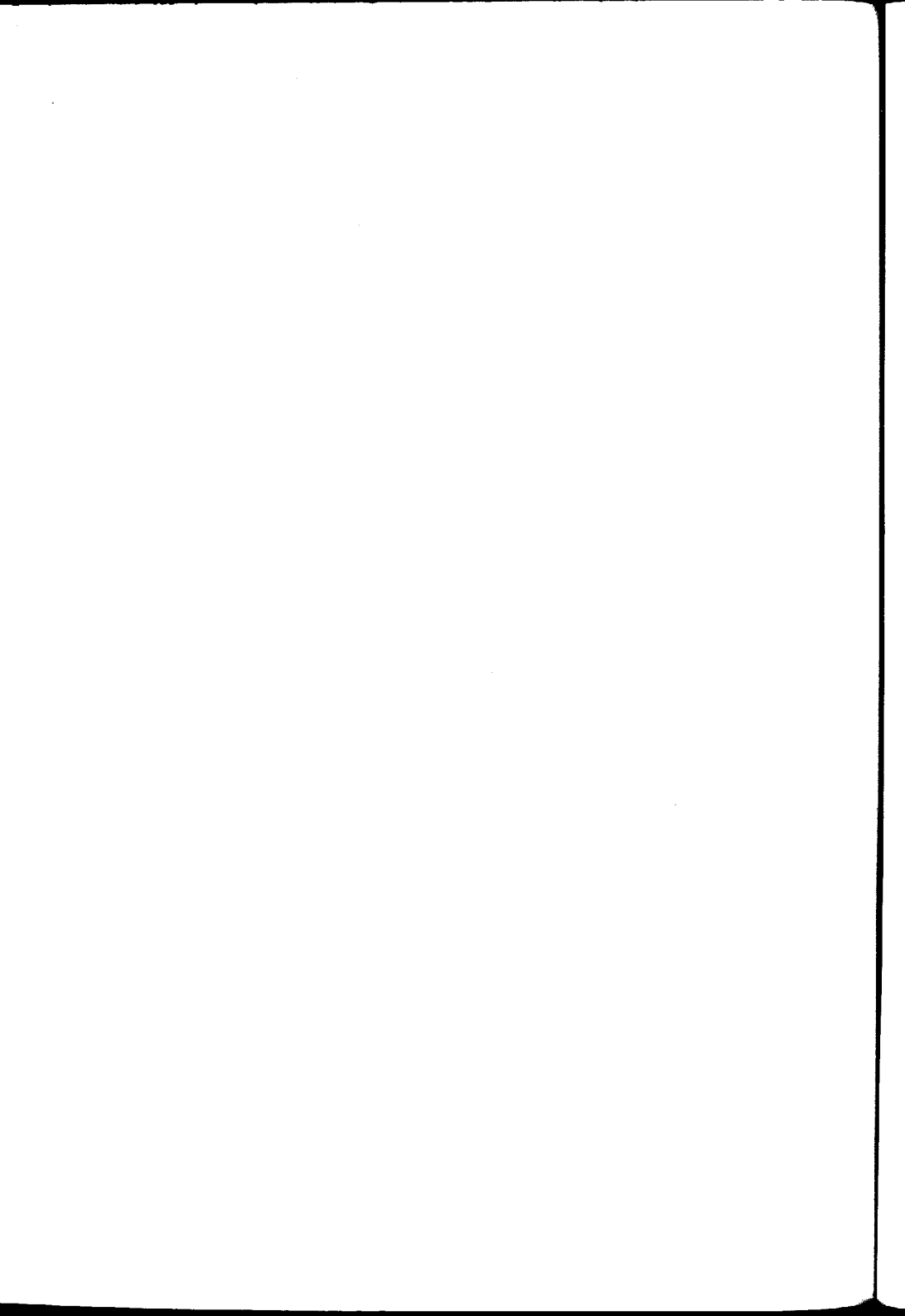
Von den übrigbleibenden 45 finden sich nur von 23 Angaben über ihr ferneres Befinden, und von diesen theilweise aus einer zu kurzen Zeit nach der Operation, als dass man daraus Schlüsse ziehen könnte. Die 3 wegen Sarkom des Uterus operirten Patientinnen sind sämmtlich an Recidiv erkrankt, eine (33) ist nach 3 Monaten, die zweite (20) nach 15 Monaten gestorben, die letzte (13) hatte nach 20 Monaten ein Recidiv der Blase. Von den wegen Carcinom Operirten

waren nach einem Jahr 11 gesund, 3 hatten ein Recidiv, im Laufe des zweiten Jahres erkrankten weitere 4, im Laufe des dritten eine an einem Recidiv.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Dohrn für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten und ebenso, wie dem Assistenzarzt Herrn Dr. Rosinski, für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung derselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Die Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom ist contraindicirt, wenn die Erkrankung auf das Beckenbindegewebe übergegriffen hat.
 2. Die intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten ist der partiellen Exstirpation derselben vorzuziehen.
- 



VITA.

Ich, Fritz Arlart, bin als Sohn des praktischen Arztes Dr. Friedrich Arlart in Stallupönen am 2. Juni 1870 geboren. Meine erste Schulbildung erhielt ich in der Stadtschule zu Stallupönen, später besuchte ich das Gymnasium zu Gumbinnen, das ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studierte darauf 9 Semester Medizin an den Universitäten Jena, Strassburg, Königsberg. Das Tentamen physicum bestand ich am 24. Februar 1890 zu Jena, das medizinische Staatsexamen am 26. Januar 1893 zu Königsberg, das Examen rigorosum am 11. Juni 1894.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

- in Jena: Bardeleben, Biedermann, Detmer, Fürbringer, Geuther, Häckel, Schäffer, Semon, Stahl, Ziehen;
- in Strassburg: Bayer, Freund, Kohts, Kuhn, Laqueur, Lücke, Naunyn, von Reeklinghausen, Wolff;
- in Königsberg: Braun, Caspary, Dohrn, v. Esmarch, v. Hippel, Jaffe, Liehtheim, Mikuliez, Neumann, Schirmer, Schneider, Stetter, Stieda, Treitel.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sei auch an dieser Stelle mein bester Dank gesagt.



16206