

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1930**

20 (31.10.1930) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1930 Nr. 20

### Wandlungen und Erfahrungen in der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Von Prof. Herm. Nieden (Freiburg).

Vortrag gehalten im Ausschuss für ärztliche Fortbildung  
am 15. Juni 1930 in Baden-Baden.

(Schluß.)

Es erscheint fast als ein eigenartiger Zufall, daß auf dem gleichen Kongreß ein Vortrag gehalten wurde, der die Aera konservativer Richtung in der Tuberkulosenheilung einleiten sollte, die bis heute die Vorherrschaft behalten hat. Es war dies die Mitteilung von August Bier über sein neues Verfahren der konservativen Behandlung der Gelenktuberkulose durch Stauung. Die Art ihrer Anwendung darf ich als bekannt annehmen: Die Stauung soll so wirken, daß der arterielle Zufluß nicht gehemmt, dagegen der venöse Abfluß schwach gehemmt wird. Unter dem Einfluß der Stauung schwillt die Gelenkgegend an und wird ödematös. Die zutage liegenden Granulationen quellen glasig auf und werden dunkelblaurot. Eine derartige Stauung wird etwa 2—3 Stunden täglich angewendet.

Uebersehen wir heute, nach mehr als 35jähriger Anwendung der Stauungsbehandlung, die Meinungen über ihre Erfolge, so muß man mit einem gewissen Erstaunen feststellen, daß die Ansichten darüber kaum weniger geteilt sind, als in den Anfangszeiten. Einigkeit herrscht nur insofern, als allgemein der günstige Einfluß der Stauung auf die Schmerzen zugestanden wird, die schnell zurückgehen, sodaß selbst die Bewegungen zusehends freier werden. Auch das ist übereinstimmend festzustellen, daß durch die Stauung die Bildung von kalten Abszessen begünstigt wird. Bier selbst sieht darin einen Vorteil, andere halten eine derartig vermehrte Einschmelzung für unerwünscht. Wir selbst haben die Stauungsbehandlung nur als Hilfsmaßnahme bei der Freiluft- und Sonnenbehandlung benutzt und da besonders mit Rücksicht auf die analgetische Wirkung bei frischen Fällen.

Inzwischen ging das Bestreben, die Gelenktuberkulose in spezifischer Weise zu bekämpfen weiter und nachdem die Tuberkulintherapie bei der Lungentuberkulose in vorsichtiger und verbesserter Form von neuem aufgegriffen war, ging man auch wieder daran, die Gelenktuberkulose mit Tuberkulin zu bekämpfen. Größere Schwierigkeiten als die Dosierungsfrage bot die richtige Auswahl der Fälle. Wilms schlug vor, sich dabei nach dem Ausfall der Pirquetreaktion zu richten, wo diese stark ist, sei auf die Tuberkulinbehandlung zu verzichten, da der Körper über genügend Antikörper verfüge. Ist die Reaktion schwach oder negativ, so könne sie unter Berücksichtigung der Art der Tuberkulose für die Prognose verwertet werden.

Da heute die Tuberkulinkur wohl nur in Kombination mit andern Heilmethoden angewendet wird, so sind die Beobachtungen die Graf in Dürheim bei sonnenbestrahlten Patienten machte, von großem Interesse. Er konnte feststellen, daß bei solchen Patienten immer mit der Möglichkeit einer verminderten Tuberkulintoleranz gerechnet werden muß. Tuberkulinanwendung kommt daher bei ihnen nur dann in Frage, wenn das dringende Bedürfnis vorliegt, fehlende Heiltendenzen zu wecken oder ungenügende anzuregen.

Ob die in neuerer Zeit empfohlene Partialantigenbehandlung nach Deyke-Much mehr bietet als das Tuberkulin, läßt sich nach den wenigen Erfahrungen, die bei Gelenktuberkulose vorliegen, noch nicht beantworten; dagegen kann wohl die Friedmann'sche Behandlung mit lebenden Tuberkelbazillen von Schildkröten als abgetan gelten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auch auf unsere eigenen Versuche mit dem Mittel: Tanatophtisin bei chirurgischer Tuberkulose hinweisen, die sich auf eine etwa zweijährige Versuchsanwendung erstrecken. Das Mittel ist gerade hier in Baden bekannter geworden, da es in einem Freiburger Laboratorium hergestellt wird. Es handelt sich um phenolisiertes Serum, das anfangs von Pferden, jetzt von Ziegen gewonnen wird, die durch steigende Impfung mit tuberkulösem Käsematerial immunisiert sind. Die Wirkung stellt sich der Erfinder der Methode, Dr. Tannin, so vor, daß durch die Injektionen eine spezifische Anreicherung von Bindegewebe in den tuberkulösen Herden erfolgt. Die experimentell gut begründete Methode kann klinisch noch keineswegs als verwendungsreif bezeichnet werden. Unsere Versuche haben uns bisher keinen deutlichen Eindruck einer Erfolgswirkung gegeben, wenn wir auch andererseits keine Schädigungen beobachten konnten.

In diese vielfachen Versuche spezifischer Behandlung brach ein neues Verfahren ein, das mit überraschender Schnelligkeit sich die Anerkennung als wirksamste Methode zur Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose erworben hat.

Es ist das die zuerst durch Calot an der Meeresküste, durch Bernhard und Rollier im Hochgebirge durchgeführte Sonnenbehandlung. Sie hatte ihren Vorläufer in der von Halsted 1889 empfohlenen Freiluftbehandlung, bei der die Kranken Tag und Nacht auf den Veranden des Hospitals gelagert blieben. Ganz ähnlich und unabhängig von ihm hat auch Bernhard in St. Moritz schon damals die Freiluftliegebehandlung durchgeführt. Diese Art der Behandlung, die schöne Erfolge aufzuweisen hatte, wurde dann etwa um die Jahrhundertwende durch Bernhard und Rollier ergänzt durch die zielbewußte systematische Sonnenbestrahlung des ganzen Körpers. Die glänzenden Erfolge, die besonders Rollier schon bald darauf aus dem klimatisch sehr günstig gelegenen Leysin berichten konnte, machten einen so tiefen Ein-

druck, daß manche der überzeugtesten Anhänger operativen Vorgehens, wie Bardenheuer-Köln, sich zu einer völligen Abkehr von operativen Eingriffen entschlossen und der Sonnenbehandlung die Suprematie zuerkennen. Daß auch im Mittelgebirge, ja auf dem flachen Lande ähnliche Erfolge bei günstiger Form der Tuberkulose und genügender Widerstandskraft des Organismus zu erreichen sind, hat Bier in Hohenlychen zeigen können.

Da ich selbst Gelegenheit gehabt habe in etwa sechsjähriger Beobachtungszeit an meiner früheren Arbeitsstätte in Jena und ebenso seit zwei Jahren an meiner jetzigen Arbeitsstätte die Ergebnisse einer derartigen Freiluft-Sonnenbehandlung zu verfolgen, so gestatten Sie mir, mit einigen Worten darauf einzugehen.

Zwar sind die Erfolge, die man im Hochgebirge mit dieser Behandlung gemacht hat durch die zahlreichen Publikationen von Bernhard und Rollier so bekannt, daß es fast überflüssig erscheinen könnte, dies Thema eingehend zu erörtern; aber mir scheint, daß gerade die Erfahrungen im Mittelgebirge und Flachland für uns von größerem Interesse sind, da naturgemäß die Kuren in den Hochgebirgssanatorien nur für einen beschränkten Kreis Begüterter in Frage kommen, während gerade die breiten Schichten unserer Kranken auf die Verhältnisse unseres Landes angewiesen sind. Die Zahl entsprechender Heilstätten ist aber leider in Deutschland noch außerordentlich gering, z. T. haben sogar bestehende unter dem Druck der mißlichen wirtschaftlichen Verhältnisse wieder geschlossen werden müssen.

In Thüringen besaß die Jenaer Chirurgische Klinik eine besondere Abteilung von 90 Betten, die an einer sonnenreichen Stelle am Berghang gelegen war und im Sommer und Winter es gestattete die Patienten im Freien auf gedeckten Veranden unterzubringen und dort an Sonnentagen einer 6-8stündigen Bestrahlung auszusetzen. In Freiburg haben wir eine entsprechende Abteilung, die im Gegensatz zu Jena allerdings nur für Kinder eingerichtet ist, in dem Caritasheim Schloß Friedenweiler geschaffen, das bei 1000 Meter Höhe sehr günstige klimatische Bedingungen bietet. Die vorläufig dort noch fehlenden, sehr wichtigen Liegeveranden in Verbindung mit den Krankenzimmern dürften im Laufe dieses Sommers erstellt werden. Die Behandlung setzt sich aus einer kombinierten Sonnenbestrahlung mit sorgfältigen orthopädischen Maßnahmen und operativen Eingriffen zusammen. Daneben wird sowohl fortlaufend an gewissen Patienten die Stauungsbehandlung wie auch die medikamentöse Behandlung und neuerdings Ernährungsbehandlung geübt.

Die letztere besteht in der Sauerbruch-Hermannsdorfer'schen Kost, auf die ich noch zurückkommen werde. Was zunächst die Sonnenbehandlung betrifft, so haben wir bei dieser nur in sehr wenigen Fällen eine Ueberempfindlichkeit, die die Durchführung der Sonnenbehandlung unmöglich machte, feststellen können. Bei langsamer Gewöhnung mit stufenweiser Entblößung des Körpers, wurde die Behandlung durchweg gut vertragen, allerdings war regelmäßig eine Zunahme der Pulsfrequenz und gelegentlich auch Temperatursteigerung zu beobachten. Konstant zeigte sich eine stärkere Sekretion der Fisteln in den ersten Wochen der Sonnenbehandlung. Die Wirkung der Sonnenstrahlen auf die Haut im Bezug auf die Pigmen-

tierung ist für jeden überraschend, da bereits in den ersten Maitagen bei den meisten Patienten die bekannte Broncefärbung erreicht ist. Eine Uebereinstimmung im Grad der Pigmentierung und den Einfluß auf den tuberkulösen Prozeß läßt sich aber nicht immer konstatieren. Die Hebung des Körpergewichts und der Einfluß auf die Stimmung der Patienten ist durchweg ebenso erfreulich, wie wir es aus den Erfahrungen der Hochgebirgskuren kennen.

In den orthopädischen Maßnahmen stehen sich bekanntlich diejenigen Meinungen gegenüber, die entweder den größeren Wert auf die Entlastung der Gelenke oder auf die absolute Ruhigstellung legen und je nach dem den Streckverband oder den Gipsverband verwenden. Mit Rücksicht auf die sehr wichtige Behandlung der Haut legen wir auf eine völlige Fixierung nur im aktiven Stadium Wert, das gewöhnlich nach acht Wochen abgelaufen ist. Bei dieser Pflege der Haut unterstützt uns sehr wesentlich die alte Schmierseifenbehandlung. Mit Bewegungsversuchen beginnen wir ziemlich frühzeitig und nehmen sie in der ersten Zeit ausschließlich im warmen Bade vor. Wenn ich gegenüber diesen schwerwiegenden Vorteilen auch die Nachteile der Freiluft- und Sonnenbehandlung berühre, so geschieht es hauptsächlich deshalb, weil mir bisher dieser Punkt von den Anhängern der Methode vernachlässigt zu sein scheint. Zwar wird der soziale Nachteil der Methode von manchen hervorgehoben, gemeint wird damit in der Regel aber nur die lange Dauer der Behandlung und deren Kostspieligkeit. Ich sehe nach unseren Erfahrungen einen mindestens ebenso schweren Nachteil in einer anderen Richtung, und das ist die allmählich vor sich gehende psychische Veränderung unserer Patienten insofern, als sich bei vielen der jahrelang Bettlägerigen die völlige Unmöglichkeit zeigte, sie wieder in ihre alten Lebens- und Arbeitsverhältnisse zurückzubringen. Bei Kindern fällt natürlich dieser Nachteil fort, und ich glaube, daß auch in den Hochgebirgssanatorien mit ihren, den begüterten Kreisen entstammenden und meist den Geistesarbeitern angehörenden Patienten, ein solcher Einfluß sich nur wenig bemerkbar machen wird. Bei unseren z. T. aus sehr primitiven äußeren Verhältnissen stammenden Patienten, die durchweg den Kreisen der Handarbeiter angehören, liegen die Dinge aber ganz anders. Wir hatten versucht durch Unterricht und leichtere Beschäftigung eine gewisse Gewöhnung an die Arbeit ihnen zu bewahren. Die Zahl der sozialen Krüppel ist aber trotzdem recht bedeutend, und ich möchte gerade hierauf die Aufmerksamkeit derjenigen lenken, die allzu enthusiastisch der Sonnen- und Freiluftbehandlung heute das Wort reden.

Es liegt mir noch ob, auf einige besondere Methoden einzugehen, die z. T. neueren Datums sind, sodass sich über ihre Heilerfolge noch nichts endgültiges sagen lässt, oder die z. T. wie die Röntgenbehandlung schon lange praktisch verwendet werden, ohne dass über sie eine Uebereinstimmung erzielt wäre. Die letztere ist von uns selbst nur bei den verschiedenen Formen der Drüsentuberkulose, dagegen in den letzten Jahren bei Knochen- und Gelenktuberkulose kaum mehr verwendet worden. Es dürfte als feststehend gelten, daß die Röntgentiefenbestrahlungen keine zerstörende Wirkung auf das erkrankte Gewebe bezwecken und erreichen, sondern

nur einen Reiz auf dieses ausüben sollen, der die Abwehrvorgänge im Gewebe steigert und vermehrt. Es kommen deshalb auch nicht die grossen Dosen wie sie beim Carzinom in Betracht kommen, sondern nur kleinere Dosen zur Anwendung. Wir konnten umso eher auf die Wirkung der Röntgenstrahlen verzichten, da uns gerade für die Allgemeinwirkung die Sonnenbestrahlung zur Verfügung stand, die uns das wirksamere Mittel von beiden zu sein schien.

Die vorher bereits erwähnte Sauerbruch-Hermansdorfer'sche Behandlung die auf eine Abänderung des Mineralstoffwechsels abzielt, haben wir bisher in Jena bei Erwachsenen, hier im Schwarzwald nur bei Kindern angewendet. Während wir beim Erwachsenen recht beträchtliche Schwierigkeiten mit der Abneigung gegen die Kost zu kämpfen hatten, ist das bei den Kindern nicht der Fall. Fasse ich die bisherigen sicher noch nicht endgültigen Erfahrungen zusammen, so haben wir fast durchgehend eine Abflachung der Gewichtskurve feststellen können, die stärker war als sie der Entwässerung infolge der kochsalzarmen Ernährung entsprach. Diese Entwässerung erscheint uns als ein ganz wesentlicher Faktor der Ernährungsbehandlung, und hier liegen auch offenbar enge Berührungspunkte mit der von v. Bayer empfohlenen Trockenkost. Gegenüber den unzweifelhaften und verblüffenden Erfolgen bei Hauttuberkulose haben wir bisher bei den Knochen- und Gelenktuberkulosen nur wenig Einfluß auf den örtlichen Krankheitsprozeß feststellen können. Auch in Bezug auf Fisteln war der Erfolg ein geringer und reichte jedenfalls an die durch Sonnenbestrahlung erzielten Erfolge nicht heran. Zusätzlich geben wir noch Lebertran ohne Phosphorbeimengung, dem wir als Geschmackskorrigenz Zitronensaft hinzufügen.

Die Behandlung des Senkungsabszesses bedarf noch besonderer Erwähnung. Von der Punktion machen wir möglichst wenig Gebrauch, da bei sehr häufigen Punktionen doch eine Spontanperforation durch die Haut und damit die gefürchtete Mischinfektion unvermeidlich ist. Uns hat sich die Calot'sche Behandlung von geschlossenen Senkungsabszessen und hydroptischen Gelenken recht erfolgreich gezeigt. Bei dieser wird eine Lösung von:

Olium olivarum . . . . .	35,0
Aether sulf. . . . .	15,0
Kreosot . . . . .	2,5
Guajacol . . . . .	0,5
Jodoform . . . . .	5,0

injiziert und zwar davon ein Fünftel des vorher entleerten Abszeßinhaltes.

Diese Injektionen werden in 5tägigen Abständen 4-5 mal wiederholt. Die Lösung Calot 2, die zur Einschmelzung fungöser Massen dienen soll hat uns wenig Erfolg gezeigt; dagegen war die als Calot 3 bezeichnete Paste zur Fistelbehandlung sehr wirksam, sie besteht aus:

Campher Naphtol . . . . .	6,0
Campher Phenol . . . . .	6,0
Guajacol . . . . .	15,0
Jodoform . . . . .	20,0
Lanolin . . . . .	100,0

Die Masse wird im Wasserbad bis zur Verflüssigung erwärmt, dann flüssig in den Fistelgang eingespritzt, die Oeffnung durch einen Druckverband komprimiert und die Masse erstarren gelassen.

Immerhin soll man auch von diesen Dingen keine Wunderdinge erwarten und nicht vergessen, daß es einen scharfen Löffel gibt, der häufig Granulationsmassen in Fistelgängen kürzer und wirksamer beseitigt.

Gehe ich noch ganz kurz auf die operativen Eingriffe ein, so beziehen sich diese vor allem auf die umschriebenen tuberculösen gelenknahen Knochenherde der Erwachsenen, um jene vor einem Einbruch in das Gelenk zu bewahren; ferner auf Resektionen bei Fällen, die keine Besserung bei konservativer Behandlung zeigen, was namentlich im höheren Lebensalter nicht ganz selten ist. Allgemein kann ich sagen, daß wir bei Erwachsenen und nachweisbaren Knochenherden aktiver als früher geworden sind.

Von der Albe'schen Operation sehen wir ganz ab und teilen damit den Standpunkt der überwiegenden Mehrzahl der Chirurgen und Orthopäden, wie er auch auf dem letzten Chirurgenkongreß zum Ausdruck kam. Lediglich Herde an den Wirbelfortsätzen und an den Wirbelbögen werden operativ angegriffen.

Gestatten Sie mir zum Schluß auf einen Punkt einzugehen, den ich bereits vorhin erwähnte, und das ist die Unsicherheit unserer Diagnosenstellung bei der Knochen- und Gelenktuberkulose. Sie alle kennen die klinischen Symptome zur Genüge, auf die sich meist die Vermutungsdiagnose einer Gelenktuberkulose stützt. Die langsam einsetzenden Gelenkschmerzen ohne erkennbare Ursache, die mit einer allmählichen Verdickung des Gelenks einhergehen, den mehr oder weniger ausgedehnten Erguß, den Muskelschwund und allenfalls die leichte Behinderung der Beugung und Streckung. Viel wertvoller ist schon das Symptom der Kapselverdickung, das schon Franz König in den Vordergrund stellte. Aber Muskelschwund und Bewegungsstörungen mittleren Grades besagen nicht viel, ebenso kommen mäßige Grade von Kapselverdickung auch bei chronischen Reizzuständen der Gelenkhaut der verschiedensten Aetiologie vor. Trübung und Fibrinbeimengung im Punktat gelten vielfach als sehr tuberkuloseverdächtig, aber gerade in neuerer Zeit wurde mehrfach auf die Unzuverlässigkeit solcher Unterschiede hingewiesen. Es bleibt also die Verwertung des Röntgenbildes. Da Knochenzerstörung bei Frühfällen fast nie vorhanden ist, erschöpft sich der Röntgenbefund in der Hauptsache in der Beurteilung des Kalkgehaltes der Gelenkknochen. Welche Schwierigkeiten dabei auftreten können, wird Ihnen, meine sehr geehrten Herren, aus eigener Erfahrung geläufig sein, ich möchte Ihnen hier im Bilde einige Beispiele solcher differentialdiagnostischer Schwierigkeiten zeigen (Diapositive).

Es haben sich ganz ohne Frage bisher eine Reihe von Fällen der Tuberkulose beigesellt, bei denen keine Rede davon ist und die dann später oft als geheilte Tuberkulose aufgefaßt worden sind. Carré betonte einmal mit Recht, daß diese es sind, die die tadellos frei beweglichen Gelenke ergeben.

Wir müssen daher den Ausbau unseres diagnostischen Rüstzeugs mit allen Mitteln erstreben. Statistiken über Heilerfolge sind bis dahin noch mit Vorsicht zu bewerten. Unsere Hoffnungen richten sich besonders auf das bakteriologische Gebiet. Die Kulturversuche gewinnen gegenüber dem Tierversuch immer mehr an praktischer Bedeutung. Neben größerer Sicherheit haben sie auch den Vorzug in kürzerer Zeit ihr Resultat zu liefern. Recht vielversprechend haben sich

uns neuere Züchtungsverfahren, wie das von Hohn, erwiesen, daß sich nach unseren und nach den Erfahrungen Clairmonts, sowohl zeitlich als auch in Bezug auf Sicherheit, dem Tierversuch überlegen erwiesen hat. Ferner haben wir mit Erfolg das Tb-Protein Toenissen angewandt, das bei Erwachsenen zuverlässiger als Alt-Tuberkulin ist.

Meine Herren, dieser ganz fragmentarische Ueberblick über das große Gebiet hat Ihnen — wie ich hoffe — gezeigt, daß Schematismus in der Behandlung der Gelenktuberkulose zwecklos ist. Bei allen therapeutischen Bestrebungen darf man nicht vergessen, daß diese im wesentlichen den funktionellen Erfolg beeinflussen können, daß aber der Spontanheilung ihre Zeit belassen werden muß. Deshalb bleibt auch die organisatorische Frage nicht weniger wichtiger als die rein ärztliche und die Schaffung eigener Abteilungen zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, die an Kliniken und Krankenhäusern angegliedert wären, muß als dringend notwendige Zukunftsaufgabe bezeichnet werden. Hoffen wir, daß in Zukunft ein verständnisvoller Sinn für solche Bestrebungen sich geltend machen wird.

### Moderne Gesichtspunkte zur Diagnostik und Therapie des Genitalcarzinoms der Frau.

(Prof. v. Oettingen, Heidelberg.)

Meine Damen und Herren!

Ich möchte vorausschicken, daß ich, wenn ich vom Carzinom spreche, nur das Genitalcarzinom der Frau, in erster Linie das Uteruscarzinom, meine.

Es war eine Zeit lang der Gedanke lebendig, daß wir in der Therapie des Carzinoms so weit vorgestoßen seien, daß ein weiterer Ausbau kaum mehr zu erwarten sei, und wesentliche Fortschritte in der Bekämpfung des Carzinoms eigentlich nur noch von der Frühdiagnose erhofft werden dürften. Ich glaube, daß dieser Gedanke nur teilweise richtig ist. Ich hoffe, Ihnen zeigen zu können, daß die Therapie durchaus noch ausbaufähig ist, und wir von neuen therapeutischen Möglichkeiten Manches zu erwarten haben werden. Auf der anderen Seite ist aber gewiß nicht zu leugnen, daß die Diagnostik, insbesondere die Frühdiagnose eine wesentliche Rolle in der Bekämpfung des Carzinoms spielen muß.

Wenn wir uns zunächst mit der Diagnostik des Carzinoms überhaupt beschäftigen wollen, so ist zu sagen, daß die Diagnostik auch des schon entwickelten Carzinoms heute noch nicht befriedigen kann. Wir sehen immer wieder, daß die Methoden, die notwendig sind, das Carzinom festzustellen, nicht in der gewünschten Weise angewendet werden. Infolgedessen wird auch heute noch manches Carzinom verschleppt, welches — zur rechten Zeit diagnostiziert — heilungsfähig gewesen wäre, jetzt aber einer geeigneten Therapie unzugänglich geworden ist. Ich glaube, der Grund hierzu liegt darin, daß viele Ärzte, oft aus Zeitmangel, nicht immer exakt gynäkologisch untersuchen mit Spiegeleinstellung und genauer Besichti-

gung der dem Auge zugänglich zu machenden Organteile und genauer Abtastung derselben. Ueber diese Untersuchungsformen hinaus wird aber oft genug das Carzinom nur dann diagnostiziert werden können, wenn man in die Uterushöhle selbst eindringt und den Inhalt derselben der mikroskopischen Untersuchung zuführt. Dies geschieht mittels der diagnostischen Abrasio mit nachfolgender genauer mikroskopischer Analyse des ausgeschabten Materials. Alle diese Manipulationen verlangen Erfahrung und vor allen Dingen Zeit. Und so kommt es wohl, daß in vielen Fällen zunächst der Versuch gemacht wird, mit Secalepräparaten oder hormonalen Medikamenten die Blutung zu beeinflussen. Es vergeht überaus kostbare Zeit, in der das Carzinom täglich zum Unheil der Patientin wächst und erst zur Behandlung kommt, wenn ersichtlich geworden ist, daß die eingeschlagene Therapie offenbar unwirksam blieb, ja sich die Symptome unter der Behandlung gar verschlimmert haben.

Es muß also unter allen Umständen gefordert werden, daß bei jeder nicht ganz klaren unregelmäßigen Genitalblutung dieser ganze diagnostische Apparat in Bewegung gesetzt wird. Und wenn dies in der Praxis nicht durchführbar ist, vom Arzte die Erkrankte mit allem Nachdruck veranlaßt wird, einen Spezialisten aufzusuchen, der in diesem Sinne vorgeht.

Über dies hinaus beschäftigt uns aber der Gedanke, mit unserer Diagnostik doch noch viel frühere Stadien zu erfassen, in denen das Carzinom noch nicht zur vollen Entwicklung gekommen ist, sondern in seinen ersten Anfängen seine unheilvolle Tätigkeit zu entfalten sich anschickt. Ich denke hier an ein Stadium, das wir als das praecanceröse Stadium zu nennen gewohnt sind. Wenn ich in diesem Sinne an das Corpus-Carcinom denke, so finden wir unter einem großen Abrasionsmaterial nicht selten folgende Bilder: Die Schleimhaut zeigt einen auffallenden Drüsenreichtum. Die Auskleidung der Drüsen zeigt bezüglich der Zell-anordnung eine Mehrschichtung und beginnende Unruhe. Nirgends aber sieht man schon deutliche Zeichen des Carzinoms mit schrankenloser Wucherung. Beobachtet man solche Fälle weiter, so kann man bei wiederholten Abrasionen erleben, daß diese zelluläre Unruhe sich allmählich steigert und zum ausgesprochenen Bilde des Carzinoms wird.

Das Gleiche gilt für das beginnende Portiocarcinom. Wir interessieren uns in erster Linie für gewisse Veränderungen, welche man als „Leukoplakien“ zu bezeichnen pflegt. Es handelt sich hierbei um weibliche Flecken, die häufig schon mit dem bloßen Auge zu erkennen sind. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß es sich um gefäßlose Epithelverdickungen handelt, die zunächst noch keinen beunruhigenden Eindruck machen. Als Erster hat wohl v. Franqué jahrelang derartige Leukoplakien beobachtet und gesehen, daß sich aus ihnen im Ablauf von etwa 6—7 Jahren Carzinome entwickelten. Das war der Anlaß, sich mit der Diagnostik dieser Epithelveränderungen als praecancerösem Stadium eingehend zu beschäftigen.

(Fortsetzung folgt.)