Veränderungen in der Korrelation des endokrinen Drüsensystems bedingen, ist gegeben, durch nachweisbare Veränderungen in der Peripherie im Sinne der *Corneliusschen* Nervenpunkte, deren Bedeutung durch die *Albrechtschen* Untersuchungen experimentell bestätigt wurde, ferner durch die Beeinflussung des Zentrums, d. h. des Gehirns. Wenn man sich die biologischen Vorgänge in der Form eines gleichseitigen Dreiecks vorstellen darf, so fließen die toxischen Reize nach der Vorstellung *Landekers* 1. von der endokrinen Drüsenzentrale auf dem Umwege über das sympathische und parasympathische Nervensystem zu den peripheren, im Magenabschnitt und im Becken nachweisbaren Nervenpunkten und 2. sowohl direkt wie auch indirekt durch das Bewußtwerden der Summation gleichartiger Reizqualitäten zum Gehirn. Die Entscheidung bezüglich der Therapie ist also nicht gegeben durch Bevorzugung einer mehr psychotherapeutisch oder organotherapeutisch orientierten Behandlung, sie liegt vielmehr in der Zusammenfassung der therapeutischen Heilmethoden (Organtherapie, Nervenmassage, Psychotherapie) im Sinne der oben angedeuteten Gesichtspunkte, entsprechend dem von *Landeker* für solche und ähnliche neurogynäkologischen Krankheitsbilder wiederholt aufgestellten Postulat: „Es genügt nicht, die Nervengeleise zu verwischen, wenn man nicht gleichzeitig den Wagenverkehr ablenkt, der ihre Spur erneut verursacht.“

Herr **Dienst**-Breslau berichtet, daß er auch für die Hyperemesis auf Grund seiner Befunde, Antithrombin in zirkulierenden Blute und freies präformiertes Thrombin in Oxalatplasma, ferner Fibrinogenzunahme und Hyperleukocytose, das von ihm für die Schwangerschaftstoxikosen supponierte Thrombin ätiologisch verantwortlich machen zu müssen glaube. Seine Therapie besteht in Darreichung von Thyreoidin und Oroglandoltableten. Als ihm diese Mittel in einem Falle nicht zum Ziele führten, hat ihm in der letzten Zeit eine intraglutäale Injektion von 6 cem gekochten Serums einer Normalgraviden das trotzdem funktionell vollwertiges Antithrombin enthält, zum überraschenden Erfolge verholfen. Der Fall ist noch deshalb besonders interessant, als bei der betreffenden Kranken, die jetzt zum ersten Male im 2. Monat uterin schwanger ist, schon 14 Tage nach der letzten Periode die jetzige Schwangerschaft erkannt werden konnte, daran, daß die von *Dienst* inaugurierte Antithrombinprobe als Frühdiagnosticum der Schwangerschaft positiv ausfiel. Diese neueste Methode zur Erkennung der Schwangerschaft aus der Zunahme des Antithrombingehaltes im Serum hat schon einmal bei derselben Frau vor 2 Jahren Wunder getan. Dadurch konnte eine noch nicht 4 Wochen alte Extrauteringravidität bei ihr erkannt werden — die Periode war niemals ausgeblieben — die durch sofortige Laparotomie die Richtigkeit der Diagnose, verblüffend für den betreffenden Assistenten, ergab. Das abdominale Ostium der linken Tube ist offen, am medialen Teile eine bleistiftdicke, 5 cm lange pflaumen-große Anschwellung; das ungeplatzte Eipräparat ist sorgfältig aufbewahrt.

48. Herr Winter-Königsberg: Die Verschlechterung des Carcinommaterials. Vorgetragen durch *Benthin*-Königsberg.

Unter dem Eindruck der enormen Zunahme der inoperablen Fälle von Uteruskrebs in Ostpreußen und der von Jahr zu Jahr während des Krieges und der Nachkriegszeit steigenden Zahl verschleppter Fälle habe ich mich im Zentralblatt für Gynäkologie an unsere Öffentlichkeit gewandt, mit der Bitte, an den großen Zentren des gynäkologischen

Materials den Zustand des Uteruskrebses nach meinem Vorschlag zu prüfen, um festzustellen, ob auch an *anderen* Stellen unseres Vaterlandes das Krebsmaterial sich in *derselben Weise verschlechtert hat*, wie in dem vom Kriege so hart betroffenen Ostpreußen. Ich hielt diese Feststellung für wichtig, weil das *ganze Problem* der Krebsheilung in *erster Linie von dem Zustand abhängt*, in welchem wir das Carcinom in Behandlung bekommen. Sollte sich das Carcinommaterial wirklich anderswo annähernd so verschlechtert haben wie in Ostpreußen, so wären wir *um alle Früchte* unserer Aufklärungsarbeit gebracht.

Meiner Aufforderung zur Mitarbeit ist leider nicht in dem Maße entsprochen, wie ich es gewünscht hätte, aber immerhin liegen Berichte aus 28 Instituten vor, welche sich auf über 10 000 Uteruskrebse stützen, eine Zahl *so groß*, daß sie schon einige Schlüsse gestattet. Es haben sich 15 Universitätskliniken Deutschlands und 3 des Auslandes, 3 Hebammenlehranstalten und 7 Krankenhäuser an der gemeinschaftlichen Arbeit beteiligt; davon müssen zunächst ausscheiden: 2 Hebammenlehranstalten und 2 Krankenhäuser, weil das von ihnen eingesandte Material in dem Sinne meiner Nachforschung nicht verwertet werden konnte. Außerdem möchte ich die drei außerdeutschen Universitäten Prag, Wien und Graz zunächst ausschalten und mich auf das Material der 20 Kliniken und Krankenhäuser Deutschlands beschränken; sie liefern ein Material von ca. 7000 Uteruskrebsen.

Um nun ein Urteil über die Verschlechterung unseres Krebsmaterials zu gewinnen, habe ich als Ausgangspunkt das letzte Jahr vor dem Kriege — 1913 — genommen, und, mit Überspringen des Jahres 1914, wo der Kriegsausbruch alles in Unordnung brachte, die Jahre 1915—1920 damit in Vergleich gestellt. Leider konnte ich das Jahr 1921 nicht für die Gesamtstatistik verwerten, weil die Angaben sich nur auf ein halbes Jahr bezogen und außerdem zu ungleich waren. Ich habe dann alle Krebsfälle eines jeden Jahres zusammengezählt und um den Überblick zu erleichtern, sie in diese Kurven zusammengestellt. Ich verweise zunächst auf diese rote Kurve, welche die Inoperabilitätsprozente des Gesamtmaterials in jedem Jahre wiedergibt; sie steigen von 47% *im Jahre 1913 auf 64% im Jahre 1920, d. i. eine Zunahme um 17%*. Ich möchte erwähnen, daß meine Zahlen keinen wissenschaftlichen Beitrag über die Inoperabilität des Uteruskrebses bringen, sondern nur eine Schätzung des Zustandes unseres Krebsmaterials ermöglichen sollen. Ich habe deshalb auch auf eine Trennung von Collum- und Corpuscarcinome verzichtet und keine Forderung für die Definition des Begriffs der Inoperabilität aufgestellt. *Es ist zweifellos*, daß an einzelnen Orten durch *Änderung in den Aufnahmegrundsätzen und Verschiebung des Materials* während des Krieges etwas andere Zahlenverhältnisse als vor dem Kriege geschaffen sind; an dem Gesamteindruck kann dies bei der

Größe der Zahl nichts ändern. Ich halte diese enorme Steigerung der Inoperabilitätsprozente für eine Folge *der Verschleppung durch Ärzte, Hebammen* und durch die *Frauen* selbst in *dem Sinne*, wie es ja aus meinen früheren Untersuchungen und aus jedermanns Erfahrung sattsam bekannt ist. Ein Einwand gegen diese Deutung der Zahlen muß aber gemacht und entkräftigt werden: Das ist die Annahme, daß die Zunahme der inoperablen Fälle auf der erhöhten Einweisung inoperabler Fälle zu der damals mächtig Propaganda machenden Strahlentherapie beruht. Man könnte eine Bestätigung finden in der grünen Kurve, welche eine beträchtliche Zunahme des Krebsmaterials in den Jahren 1917 bis 1919 überhaupt zeigt. Es könnte eben diese Zunahme des Materials auf der vermehrten Zuweisung inoperabler Fälle beruhen. Dem widerspricht nun schon das Ergebnis des Jahres 1920, d. h. Steigerung der Inoperabilität bei beträchtlichem Absinken der Einweisungen überhaupt. Der Einwand wird aber vollständig hinfällig durch die schwarze Kurve, welche die absoluten Zahlen der operablen Fälle darstellt; sie nehmen von Jahr zu Jahr ab; von 424 vor dem Kriege bis auf 290 im Jahre 1920.

Diese Kurve hätte, wenn das Material gleichwertig geblieben wäre, ungefähr parallel gehen müssen mit der grünen, anstatt dessen senkt sie sich beträchtlich. Das Material muß also, infolge von Verschleppung, schlechter geworden sein. Noch sicherer kann man den Beweis führen, wenn man die Zahl der nachweisbar verschleppten Fälle gesondert betrachtet. Darüber liegen Zahlen vor aus meiner Klinik und aus Halle. Bei mir steigen die Zahlen der verschleppten Fälle von 6 im Jahre 1913 auf 27 im Jahre 1920; in Halle von 28,6% im Jahre 1913 auf 54% im Jahre 1918; Gießen meldet an allerdings kleinem Material das gleiche.

Es wäre gewiß für die Herren Kollegen interessant, etwas über den Vergleichswert Ihres eigenen Materials zu hören. Ich will aber nicht die Zahlen für alle Institute bringen, sondern möchte mich auf diejenigen mit besonders großer Spannung beschränken.

Zunächst die Mitteilung, daß sich das Material, gemessen an den Inoperabilitätsprozenten *ausnahmslos verschlechtert hat*, besonders hebe ich hervor Königsberg um 30%, Halle um 35%, Breslau (städtisches Krankenhaus) um 42%, Dortmund um 49%, Jena 55%, Marburg 62%, am besten stehen Kiel und Freiburg mit nur 6%, Tübingen, München und Würzburg mit 16%. Die Verschlechterung, gemessen an der Abnahme der operablen Fälle läßt sich weniger sicher beurteilen, weil die Zahl der operablen Fälle in den verschiedenen Jahren schwankt, also ein Maximum und ein Minimum hat; doch ist sicher, daß die Zahl in Jena, München, Königsberg, Halle beträchtlich abgenommen, in Kiel und Frankfurt gestiegen ist.

Es würde ja sehr reizvoll sein, das Material weiter zu gliedern und nachzuforschen, ob die Verschlechterung gleicherweise in Groß- und

Kleinstädten, in Städten und auf dem Lande sich bemerkbar macht und ob die einzelnen Bundesstaaten Deutschlands sich verschieden verhalten. Dafür genügen aber die eingesandten Beobachtungen doch nicht; dies muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. Nur das eine Überraschende möchte ich erwähnen, daß die Großstädte ein wesentlich schlechteres Material haben als die Kleinstädte. Von unseren Nachbarn möchte ich erwähnen, daß das Material dort keine merkbare Verschlechterung zeigt. Graz zeigt keine Veränderungen; Wien (*Halban* und *Kermauner*) sogar eine geringe und Prag eine auffallende Zunahme seiner operablen Fälle; den Gründen hierfür möchte ich nicht weiter nachgehen.

Ich glaube, bewiesen zu haben, *daß sich in Deutschland während der Kriegs- und noch mehr in der Nachkriegszeit das Krebsmaterial bedeutend verschlechtert hat*. Aber wenn auch, infolge der vielen hierbei mitwirkenden und sich durchkreuzenden Faktoren dieser Schluß falsch sein sollte, so steht *doch eine Tatsache fest*, daß im Jahr 1920 in dem mir eingesandten Gesamtmaterial 64%, also fast $\frac{2}{3}$ unserer Krebskranken inoperabel war; d. h. für eine aussichtsreiche Behandlung zu spät in unsere Hände kam, das ist eine unendlich traurige und bei der großen Häufigkeit des Uteruskrebses sehr ernste Tatsache.

Können wir daran etwas ändern?

Wir wissen, daß ein Bruchteil von Carcinomen schon inoperabel sind, wenn sie die ersten Symptome machen; ich schätze sie auf ca. 5%, diese sind für alle Zeiten verloren. Die übrigen ca. 95% sind im Prinzip greifbar. Wir wissen genau, warum die Mehrheit aller Carcinome in inoperablem Zustand zu uns kommen. Die Erfahrungen, welche hierüber wohl allerorten in Deutschland gemacht worden sind, haben die Richtigkeit meiner ersten Erhebungen ergeben. Es ist die *Sorglosigkeit* der Ärzte, die *Nachlässigkeit* der Hebammen, und die *Gleichgültigkeit* und andere *Hemmungen* bei den Kranken. Wesentlich *andere Momente* haben sich nicht herausgestellt. Wir wissen aber auch, meine Herren, wie man diesen Hindernissen, welche der Auswirkung unserer vorzüglichen operativen Technik und der hoffnungsvollen Strahlen-Therapie im Wege stehen, erfolgreich entgegentreten kann. Ich habe es bewiesen, durch mein Bekämpfungssystem in Ostpreußen, dessen augenblicklichen Erfolg ich dahin zusammenfasse

daß kein Arzt mehr ein Carcinom verschleppt hatte,

daß bei den Hebammen fast ein absoluter Erfolg erzielt wurde,

daß die Zahl der Frauen, welche frühzeitig sachgemäßen Rat erbaten, um das Doppelte gestiegen war.

Sie sehen die Erfolge auf dieser Tafel bildlich dargestellt. Die schwarze Kurve zeigt das richtige Verhalten der Ärzte, die gelbe Kurve das richtige Verhalten der Hebammen und die grüne Kurve das richtige Ver-

halten der Frauen; die rote Kurve die Operabilitätsprozente im Jahre 1898—1902 den Zustand des Carcinommaterials vor meiner Bekämpfung, 1903 den unmittelbaren Erfolg derselben und 1920 den jetzigen Zustand, welcher schlechter ist, als vor meiner Bekämpfung mit einziger Ausnahme der Hebammen, welche, allerdings nur zwei an Zahl richtig gehandelt hatten.

Die meisten Kollegen, welche in ihrem Tätigkeitsbezirk nach meinen Vorschlägen aufklärend und warnend vorangegangen sind, werden ähnliche Erfolge erzielt haben. Daß nicht alle Blüenträume reifen, liegt wohl weniger an dem System selbst, als an der Energie und Konsequenz, mit welcher es durchgeführt wurde. Mögen dem System auch noch Mängel anhaften, mögen auch die Schwierigkeiten groß sein, und mögen auch Schwierigkeiten immer wieder die Schwingen unseres Optimismus lähmen, es *gibt keinen anderen Weg zum Heil unserer Krebskranken als diesen*. Wir stehen vor der Alternative: Entweder nichts zu tun, und ca $\frac{2}{3}$ unserer krebskranken Frauen ins Unglück sinken lassen, oder abermals in den größten Zügen diesen vielseitigen Hindernissen zu Leibe zu gehen. *Sollen wir zweifeln, was wir tun sollen?* Können wir alle, kann die deutsche Gynäkologie untätig bleiben, wo wir das Schicksal so vieler Krebskranken *günstig beeinflussen können?* Ich glaube nicht, daß wir das vor den deutschen Frauen verantworten können.

Ich *schlage vor*, die Bekämpfung des Gebärmutterkrebses noch einmal allerorten mit größter Energie in die Hand zu nehmen, um — sei es nach meiner oder nach anderen zeitgemäßen Erfahrungen — die Kranken mit Uteruskrebs rechtzeitig zur Behandlung zu bringen. Ich wende mich mit diesem Vorschlag an die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie, weil ich sie für die geeignete Stelle halte, welche diesen Kampf organisieren kann. Der einzelne — so groß seine Autorität in seiner Provinz auch sein mag — stößt auf Widerstand und Hemmnisse, welche der Krebsbekämpfung schaden. Auch die provinziellen Fachgesellschaften, welche seinerzeit so energisch den Kampf gegen den Uteruskrebs geführt haben, sind zu wenig bekannt, um auf sicheren Erfolg ihres Unternehmens rechnen zu können. Die einzige Instanz, welche Autorität, Macht und Einfluß genug hat, um dieses Unternehmen mit Erfolg durchzuführen, ist die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie. Deshalb wende ich mich an unseren Kongreß in Innsbruck.

Es liegt mir vollständig fern, heute meine alten Vorschläge wieder aufzuwärmen oder neue zu machen; so weit sind wir noch nicht und eine etwaige Beratung und Beschlußfassung darüber ginge weit über den Rahmen von Zeit und Ort hinaus. Ich möchte Sie nur um Ihre Ansicht befragen oder besser Ihre Zustimmung darüber erbitten, daß wir noch einmal auf dem festen Grund unserer allerorts gemachten Erfahrungen

in ganz Deutschland nach meinen Vorschlägen dieser tückischen Krankheit, welche jährlich Zehntausende deutscher Frauen um Jahrzehnte ihres Lebens betrügt, zu Leibe gehen. Wenn Sie im Prinzip der Ansicht sind, daß wir abermals einen solchen Kampf gegen den Gebärmutterkrebs entfachen sollen, so beantrage ich zunächst eine *Kommission zu wählen*, welche die nötigen Grundlagen schafft, alle Kräfte mobilisiert und den Kampf hoffentlich mit bestem Erfolg zum Wohl unserer krebserkrankten Frauen leitet.

49. Herr Menge-Heidelberg: **Zur Carcinomstatistik.**

Man kann die meisten der neuen *Winterschen* Vorschläge zur Carcinomstatistik nicht unverändert akzeptieren. Menge schlägt Modifikationen vor, durch welche die noch große Zahl der Subjektivitätsmöglichkeiten aus der Statistik fortfallen soll. Besonders die Vergleichsstatistik, an welcher die Leistungsfähigkeit der einzelnen Behandlungsmethoden gemessen werden soll, muß ganz primitiv strukturiert sein und sich lediglich auf alle beobachteten Fälle und alle nach der durchgeführten Behandlung noch eine bestimmte Zeit am Leben gebliebenen Frauen stützen. Statt der unsicheren prozentualen Heilungsziffern sind jährlich objektiv feststellbare prozentuale Lebensziffern auszurechnen, von denen eine als Stichziffer auszuwählen ist, die man als Leistungslebensziffer bezeichnen kann. Menge opponiert vor allem gegen einige Abzüge und gegen die von *Winter* vorgeschlagene klinische Einteilung des Materials als Basis für die Vergleichsstatistik. Eine Gegenüberstellung nur der operablen Fälle bei der operativen Behandlung einerseits und der Bestrahlungstherapie andererseits wird niemals die wissenschaftliche Lösung des Problems bringen, ob die operative oder die Bestrahlungsbehandlung leistungsfähiger ist.

50. Herr Gragert-Greifswald: **Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten für die Diagnostik des Carcinoms und für die Feststellung der Rezidivfreiheit.**

Faracus und *Linzenmeier* haben das Vorhandensein einer beschleunigten Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit bewiesen; *Löhr* und *Giesecke* haben ein gleiches bei malignen Tumoren, speziell beim Carcinom beobachtet. Auf Veranlassung von Professor *Hoehne* legte ich mir die Frage vor, inwieweit die Senkungsgeschwindigkeit beim Carcinom diagnostisch verwertet werden könne. Bei Verwendung der *Linzenmeierschen* Methodik fanden wir zunächst bei 90% gesunder Frauen dieselben Zahlen wie *Linzenmeier*, also 3 Stunden als niedrigste Normal-