Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Berlin.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier.)

Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren.¹⁾

Von Dr. Kurt Schultze, Assistenzarzt der Klinik.

M. H.! Wir würden nicht nach erst dreimonatlicher Beobachtungszeit dies noch keineswegs endgültig abgeschlossene Thema schon jetzt wieder zur Sprache bringen, wenn wir nicht Erfahrungen gemacht hätten, die unsere Hoffnungen recht enttäuscht, ja das Vertrauen auf die neue Behandlungsmethode uns stark erschüttert hätten. Da es uns lehrreich wäre zu erfahren, ob anderweitig ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind, wollen wir kurz über einige unserer Kranken berichten, und zwar wollen wir heute nur auf die Fälle von Mammacarcinom eingehen, einmal weil diese Fälle zeitlich am weitesten zurückliegen und zum andern sich zur Demonstration am besten eignen, weil der Krankheitsherd frei zutage liegt.

Wir haben bis jetzt vier Fälle von Mammacarcinom der Fulgurationsbehandlung unterzogen, alles schwere, bereits inoperable, meist rezidierte Fälle. Wir können die Beobachtungen anderer Untersucher bestätigen, daß die Fulguration zunächst einen günstigen Einfluß auf das Carcinom ausübt:

Schmerzen und Jauchung ulzerierter Geschwulstmassen werden verringert und dadurch das Allgemeinbefinden gehoben, wenn auch nicht in allen Fällen.

Auffallend ist das gute, frischrote Aussehen der granulierenden Wunden, die eine auffallende Tendenz zur Narbenschrumpfung und Epithelisierung zeigen. Als Palliativum zeigte sich somit die Fulguration als ein schätzenswertes Mittel und ist vielleicht dem Röntgen- und Radiumlicht, den Aetz- und Brennmitteln gleichzustellen.

Aber der Kernpunkt der Frage ist doch der: Kann das Carcinom durch die Fulguration in seiner Malignität beeinflusst und unter Umständen wirklich geheilt werden? Oder wuchert unter den eine Heilung vortäuschenden, gut aussehenden Granulationen der verhängnisvolle Zerstörungsprozeß des Krebses doch weiter fort?

M. H.! Gerade diesbezügliche trübe Erfahrungen veranlassen uns heute, Ihnen zur eigenen Kritik einige unserer Kranken vorzustellen.

Zunächst muß ich Ihnen über eine Kranke berichten, die leider vor einigen Tagen verstorben ist. Es war eins der malignesten Carcinome, die wir je gesehen haben.

Eine 35jährige Frau, deren beide Eltern an Krebs gestorben waren, bemerkte im vorigen Sommer im Anschluß an eine puerperale Mastitis einen zunächst langsam wachsenden Knoten. Im Oktober traten Knoten in der Achselhöhe auf. Am 7. Januar d. J. wurde der auf der Unterlage bewegliche Tumor operiert unter radikaler Ausräumung der Achselhöhle.

Bereits nach neun Wochen kam Patientin mit ausgedehnten Rezidiven wieder in die Klinik: In der rechten Supra- und Infraclaviculargrube und in beiden Achselhöhlen finden sich zahlreiche harte Knoten. Längs der Hautnarbe zahlreiche Hautmetastasen. Leichtes Oedem des rechten Armes. Am 26. März wurde in gründlicher Radikaloperation alles makroskopisch Erkrankte entfernt und sämtliche, breit offenen Wunden im ganzen 40 Minuten lang fulguriert.

Nach elf Tagen wurden sämtliche, jetzt schön granulierenden Wunden nochmals im ganzen 30 Minuten lang fulguriert. Die „Heilung“ ging äußerlich gut vonstatten, jedoch nach knapp vier Wochen waren bereits ausgedehnte Rezidive in der rechten Supra- und Infraclaviculargrube, in beiden Achselhöhlen und mehrere harte Knötchen in der Umgebung der granulierenden Wunden festzustellen. Jetzt ging der allgemeine Verfall der Patientin rapide vonstatten; von Verbandwechsel zu Verbandwechsel konnte man die Ausbreitung des Prozesses feststellen: beide Arme und die linke Brust wurden durch enormes Oedem elephantiasisch verdickt, eine förmliche Aussaat von Hautmetastasen entstand, linksseitig entwickelte sich ein pleuritische Exsudat, und genau sechs Wochen nach der Rezidivoperation erlag Patientin unter dem Bilde unaufhaltsamer Kachexie ihrem Leiden. Die Obduktion ergab außer den klinisch nachweisbaren Tumoren zahlreiche metastatische Knoten auf dem parietalen und visceralen Blatt der Pleura und im Mediastinum und carcinomatöse Infiltration auch der linken Brust. Ich gebe Ihnen hier

einige schematische Zeichnungen des jeweiligen Befundes und einige Photographien herum, an denen Sie das erschreckend schnelle Fortschreiten des Krankheitsprozesses erkennen können.

Die zweite Patientin (Demonstration) wurde im Juni vorigen Jahres wegen rechtseitigen Mammacarcinoms radikal operiert, im März dieses Jahres stellte sie sich mit einem Rezidiv in der Klinik wieder ein: In der Hautnarbe zwei derbe Knoten, die rechte Supraclaviculargrube durch einen etwa hühnereigroßen, derben Knoten vorgetrieben. Beide Achselhöhlen frei.

Am 27. März wurde die Supraclaviculargrube radikal ausgeräumt, die Hautknoten extirpiert und Fulguration von 30 Minuten Dauer angeschlossen. Nach zehn Tagen wurden die sehr gut aussehenden Granulationsflächen excochleiert und das Wundbett wiederum 30 Minuten lang fulguriert.

Jetzt sehen Sie die Operationswunden gut vernarbt, das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich gehoben. Die rechte Supraclaviculargrube erscheint etwas vorgetrieben, doch lassen sich Knoten nicht palpieren, wohl aber fühlt man eine bohnen große, harte Drüse am hinteren Rand des rechten Sternocleidomastoideus. (Ende August zeigt sich in der Supraclaviculargrube eine feste, fast unverschiebbliche Tumormasse, die langsam, aber stetig an Größe zunimmt.)

Die dritte Patientin (Demonstration) wurde im Februar vorigen Jahres auswärts wegen rechtseitigen Mammacarcinoms radikal operiert. Im Juli desselben Jahres bemerkte Patientin einen langsam wachsenden, harten Knoten in der Hautnarbe, derentwegen Patientin seit Februar dieses Jahres in unserer Poliklinik wöchentlich einmal je 10 Minuten geröntgt wurde, aber ohne Erfolg. Bei der Aufnahme am 26. März d. J. zeigte sich in der Hautnarbe ein harter, gänzlich unverschieblicher, flacher Knoten von Markstückgröße sowie unter der rechten Clavicula eine pflaumengroße, minimal bewegliche Drüse.

Am 28. März wurde die Operation vorgenommen, eine Drüsenskette von der Achselhöhle bis zur Supraclaviculargrube radikal extirpiert und ebenso das Hautrezidiv weit im Gesunden entfernt. Fulguration von 30 Minuten.

Der Heilungsverlauf wurde durch ein fünf Tage nach der Operation einsetzendes, innerhalb neun Tagen abklingendes Erysipel unterbrochen, das sich über die ganze rechte Schulter, Brust, Rücken, Arm und Hand erstreckte. Im weiteren Verlauf erholte Patientin sich bald.

Sie sehen jetzt an der Patientin, deren Allgemeinbefinden unter einer leichten Gewichtszunahme sich sichtlich gebessert hat, eine noch einmarkstückgroße, gut granulierende Fläche. Unterhalb dieser Granulationsfläche können Sie aber deutlich eine neue erbsengroße, verschiebbare Drüse palpieren. (Nachuntersuchung im Monat September ergab zunehmende Knötchenbildung und allgemeine Verschlimmerung.)

Die vierte Patientin (Demonstration) kam am 30. März d. J. zum ersten Male in unsere Behandlung. Ein faustgroßer, heißer, sehr schmerzhafter Abszeß der rechten Achselhöhle hatte die indolente, sehr unsaubere Patientin veranlaßt, zum ersten Male ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es handelte sich, wie Sie aus beiliegender Photographie ersehen können, um eine sekundäre Infektion der Achseldrüsen, ausgehend von dem verschmutzten, ulzerierten, in Form des cancer en curasse gewucherten, flachen Krebs der rechten Brust.

Nach breiter Exzision der den Abszeß überspannenden Haut wurde zunächst das Abklingen der Eiterung abgewartet und am 2. April die Radikaloperation vorgenommen. Zunächst 30 Minuten lange Fulguration der ganzen ulzerierten Brust, dann Totalexstirpation der gesamten erkrankten Partien, die den Rippen und der Interkostalmuskulatur brethart aufsitzen, mit Messer und scharfem Löffel. Sodann wird das große, reichlich zwei Handflächen große Wundbett nochmals 30 Minuten lang fulguriert. Die Wunde wird vollkommen offen gelassen.

Der Wundheilungsverlauf war bei ungestörtem Allgemeinbefinden ein guter.

Die sehr schön frischrot granulierende Wundfläche hat auffallend gute Tendenz zur Verkleinerung und Ueberhäutung, heute, zehn Wochen nach der Operation, haben wir nur noch eine knapp handtellergröße Wundfläche.

Doch bemerken wir seit über 14 Tagen eine reichliche Aussaat harter, zu ulzerösem Zerfall neigender Knötchen in der Haut, die sich von der Granulationsfläche aus nach dem Rücken zu erstreckt und in stetem Fortschreiten begriffen ist. (Nachuntersuchung im Monat September ergab bei gutem Allgemeinbefinden noch zahlreiche Hautknötchen, doch kein weiteres Fortschreiten des Prozesses.)

Schluß. Unsere „Erfolge“ sind also keineswegs glänzend und ermutigend, und es wäre im Interesse der Sache nur zu

1) Vortrag in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, 15. Juni 1908.

wünschen, daß andere Beobachter über günstigere Erfolge berichten könnten.

Es ist ja eine bekannte Erfahrung, daß ein und dieselbe Methode in der Hand verschiedener Autoren wesentlich verschiedene Resultate liefern kann. An unserer Klinik hat die operative wie die Fulgurationsbehandlung in der Hand ausschließlich eines Assistenten gelegen, und ich werde an anderer Stelle ausführlich über meine Fälle, über den von mir verwandten Apparat und die Technik berichten. Vielleicht spielt auch die Verschiedenartigkeit der Apparate eine Rolle bei den erzielten Resultaten.

Bedenken wir nun einerseits, daß unsere histologischen Untersuchungen weder eine wesentliche Tiefenwirkung noch irgendeine Spur einer elektiven Wirkung auf die Carcinomzellen nachweisen konnten, wie bereits von uns auf dem letzten Chirurgenkongreß¹⁾ berichtet und auch von anderer Seite dann bestätigt wurde, und lassen wir andererseits diese traurigen Krankheitsbilder Revue passieren, so können wir jedenfalls keine großen Erwartungen mehr auf die Fulguration setzen, fühlen uns vielmehr verpflichtet, unsererseits von einem ziemlich kompletten Mißerfolg zu berichten.