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-

zahl. 10% dagegen zeigte eine schnellere Zeit zwischen $2\frac{1}{4}$ —3 Stunden. Ich führte daher den Begriff „Normalwert“ bei einer Senkungsgeschwindigkeit von 3 Stunden und darüber, „Grenzwert“ bei einer Senkungsgeschwindigkeit von $2\frac{1}{4}$ —3 Stunden — bei dem also die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Erkrankung vorlag — und „pathologischen Wert“ bei einer Senkungsgeschwindigkeit unter $2\frac{1}{4}$ Stunden ein.

20 inoperable Collumcarcinome hatten eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 10 Minuten und 50 Minuten, 17 operable Collumcarcinome eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 27 Minuten und 1 Stunde 40 Minuten, 3 operable Korpuscarcinome eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 18 Minuten und 1 Stunde 30 Minuten, 1 Urethracarcinom eine Senkungsgeschwindigkeit von 55 Minuten, 3 Ovarialcarcinome eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 41 Minuten und 55 Minuten, 3 Fälle von generalisierter Peritonealcarcinose eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 12 Minuten und 33 Minuten.

Für die Frage, ob ein Carcinomfall operabel ist oder nicht, läßt sich die Senkungsgeschwindigkeitsreaktion anscheinend nicht verwerten, da die Senkungsbeschleunigung keineswegs immer mit der Ausbreitung des Carcinoms gleichen Schritt hält.

Anders beim operablen Collumcarcinom. Es konnten Fälle mit makroskopisch unverdächtigem Ectropium auch bei Vorhandensein von Grenzwerten richtig als Carcinom diagnostiziert werden, ebenso solche Fälle, bei denen der Gesamtbefund das Bestehen einer Parametritis und pelveoperitonitischer Verwachsungen vortäuschte, sofern nur eine sachgemäße Kombination von Senkungsgeschwindigkeit, Leukocytenzahl und Färbeindex zur Beurteilung des Falles herangezogen wurde.

Beim operablen Korpuscarcinom gelang mit Hilfe der Senkungsgeschwindigkeit die Abgrenzung gegen unkomplizierte Pyometra senilis nicht. Ebenso schaffte die Senkungsgeschwindigkeit beim Ovarialcarcinom nicht die gewünschte Klärung, da Stieldrehung und geringste frischentzündliche Adhäsionen benigner Ovarialtumoren sofort eine erhöhte Senkungsgeschwindigkeit ohne besondere Leukocytose zeigten.

Die generalisierte Peritonealcarcinose dagegen konnte mit Hilfe der Senkungsgeschwindigkeit in einem Falle riesiger Cystenleber und -niere ausgeschlossen werden, obwohl der palpatorische Befund und die Kachexie der Patientin durchaus zu der Diagnose Carcinom paßte.

Die Senkungsgeschwindigkeit stellt also eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel besonders zur Erkennung zweifelhafter Carcinome dar, sofern zur Beurteilung eine sachgemäße Kombination mit Leukocytenzahl und Färbeindex vorgenommen wird.

Wir benutzten nun weiter die Senkungsgeschwindigkeit zur Feststellung der Rezidivfreiheit, da in der Tat nach Heilung eines operierten Carcinoms eine normale Senkungsgeschwindigkeit wieder einzutreten

scheint. Wir fanden in 15 Fällen eine normale Senkungsgeschwindigkeit frühestens 3 Monate nach der Operation. Anämie und Kachexie ließen dagegen diese Normalwerte nicht aufkommen. In 3 Fällen palpatorischer Rezidivfreiheit zweifelten wir diese auf Grund einer erheblichen Senkungsbeschleunigung an. Der Verlauf der Fälle gab uns recht: 2 starben bald an einer allgemeinen Aussaat des Carcinoms, bei dem 3. war erst 3 Monate nach festgestellter Senkungsbeschleunigung das Rezidiv auch palpatorisch nachweisbar. 6 radikaloperierte Fälle mit prophylaktischen Nachbestrahlungen zeigten frühestens nach 3, spätestens nach 7 Monaten Normal- bzw. Grenzwerte. Weitere 6 Fälle zeigten nach einem Jahr noch pathologische Werte, doch war die Tendenz einer langsamen Annäherung an Normalwerte unverkennbar. Wir kamen zu dem Schluß, daß die Senkungsgeschwindigkeit gerade bei der Feststellung der Rezidivfreiheit Ausgezeichnetes zu leisten verspricht, wenn sie auch bei interkurrenten Erkrankungen zuweilen im Stiche läßt. Bei weiterer Bewährung ist sie zur Feststellung einer wirklichen Rezidivfreiheit sehr wichtig und sollte als Nachweismittel derselben gefordert werden.

51. Herr Fr. Wolff-Breslau: **Hat der Krieg die Operabilität des Uteruskrebses verschlechtert?**

Bei der Durchsicht des Carcinommaterials der Frauenabteilung des städtischen Allerheiligenhospitals der Jahre 1910—1921 fand ich eine Operabilitätsziffer der Jahre vor dem Kriege von durchschnittlich 45%, während der Kriegsjahre von 50%. Dieses den *Winterschen* Angaben widersprechende Ergebnis glaubte ich auf einer Verschiebung des Krankenmaterials von den Ordenskrankenhäusern nach dem städtischen Krankenhaus infolge der Kriegsverhältnisse zurückführen zu müssen. Um ein klares Bild darüber zu gewinnen, regte ich eine Zusammenfassung des gesamten klinischen Zuganges an Uteruskrebsen in sämtlichen Krankenanstalten Breslaus an. Für die lebenswürdige Unterstützung, die ich an sämtlichen Krankenanstalten fand, möchte ich auch an dieser Stelle meinen besonderen Dank aussprechen.

Meine Zusammenstellung umfaßt die Jahre 1910—1921 mit insgesamt 2239 Fällen von Korpus- und Collumcarcinom, von denen 834 operabel, 1405 inoperabel waren. Sie leidet an dem Fehler jeder solchen Zusammenstellung, daß die Beurteilung der Operabilität von sieben verschiedenen Chefärzten erfolgt ist und daher nicht völlig einheitlich sein kann, ferner daran, daß die nicht unbedeutende Zahl von Krebsfällen von den nur Praxis ausübenden Fachärzten nicht mit berücksichtigt werden konnte. Trotzdem ergibt sie wichtige Aufschlüsse. Um größere Zahlen zu gewinnen, hielt ich es für vorteilhaft, die letzten 4 Vorkriegsjahre