

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	13 (1915)
Heft:	2
Artikel:	Ueber die Behandlung des Gebärmutterkrebses
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-952138

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Schweizer Hebammme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühl & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausg. 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Zellenberg-Lardy,

Privatdozent für Geburtshütse und Gynaecologie.

Schwanengasse Nr. 14, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2.50 für die Schweiz

Mt. 2.50 für das Ausland.

Insetrate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petritze.

Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Über die Behandlung des Gebärmutterkrebses.

Der Gebärmutterkrebs ist, wie Sie wissen, eines der schrecklichsten Leidens, die eine Frau befallen können. Die Krankheit beginnt meist ziemlich unauffällig mit unregelmäßigen Blutungen oder auch nur einem blutig-wässrigen Fluss, oft verstärkten Regelblutungen und leider ohne Schmerzen. Diese Schmerzlosigkeit des Beginnes ist die Ursache dafür, daß viele Frauen, die davon befallen sind, längere Zeit keinen Arzt aufsuchen und, wenn sie es tun, meist schon so schwer erkrankt sind, daß die Hilfe zu spät kommt. Der Krebs besteht in einer nicht normalen Wucherung gewisser Zellen des Organismus, der Epithelzellen, welche die oberste Schicht der Schleimhäute darstellen. Wir finden den Krebs hauptsächlich an Körperstellen, an denen irgend welche Reize häufig einwirken, oder wo die Schleimhaut von einer Art aufhört und eine andere anfängt; immerhin können auch andere Stellen befallen werden. Solche Hauptstellen sind die Lippen, die Zunge, die Stelle der Speiseröhre, wo diese durch die darüber verlaufende und sich in die zwei Bronchien teilende Lufttröhre eine quer Leiste bildet, der Mageneingang und der Magenausgang, die Blinddarmgegend, wo der Dünndarm in den Dickdarm übergeht, und der Mastdarm. Dann ferner der Kehlkopf und endlich der Hals und der Scheidehinter der Gebärmutter; aber auch der Gebärmutterkörper. Wir haben uns hier nur mit den Krebsarten der Gebärmutter zu befassen.

Die Behandlung des Krebses ist nun lange Zeit sehr im Argen gelegen. Jahrhunderte lang wußte man überhaupt nur wenig dagegen vorzugehen; meist begnügte man sich damit, die Befallenen einfach ihrem Schicksal zu überlassen undwendete höchstens schmerzstillende Mittel an, die die Qualen der armen Opfer verringerten, wenn das letzte und schmerzhafte Stadium eintrat. Noch vor nicht vielen Jahren war es gängig und gäbe, bei vorgeschrittenem Krebs der Gebärmutter zu versuchen, durch Auskratzungen und Verschorfungen der krebsigen Massen die blutende Stelle so ausgiebig wie möglich zu zerstören, so daß, wenn möglich, eine gewisse Wucherung des umgebenden Bindegewebes eintreten konnte und dadurch wenigstens die Saugung und die so rasch zur Abschwächung führende Blutung etwas verringert würden. Dann wurden auch gewisse innere Medikamente gegeben, z. B. ein Extrakt des Schöllkrautes (*Chelidonium majus*), das wohl mehr schmerzstillend wirkte, als auf die Geschwulst. Bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen kam es dabei auch wohl ausnahmsweise einmal vor, daß ein solches Geschwür gänzlich fortgekrafft wurde und Heilung eintrat; aber doch nur in einer ganz geringen Zahl der Fälle. Andererseits kam es bei diesen Auskratzungen und Verschorfungen mit dem Glüheisen auch wohl zu einer Zerstörung der Zwischenwand zwischen Scheide und Blase, oder Scheide und Mast-

darm; und da dies davon herrührte, daß der Krebs eben diese Wand schon durchstrenge hatte, so waren lästige und nicht zu heilende Blasen- oder Mastdarmhodenstufen die Folge. Auch ohne Eingriff kam es zu solchen Fistelbildungen, eben weil der Krebs in die Nachbarorgane hineinwucherte und die Scheidewand zerstörte.

Neben diesen unheilbaren Krebsgeschwüsten und -geschwüren (eine Geschwulst ist eine Vergrößerung einer Körpergegend; ein Geschwür schweizerdeutsch: Geschwär ist ein Substanzerlust; der Krebs ist am Anfang eine Geschwulst, später zerfällt diese oberflächlich und es entsteht ein Geschwür. Man muß diese beiden Ausdrücke auseinanderhalten; immer hört man den Ausdruck Geschwär für Geschwulst gebraucht.) sahen die Ärzte allerdings auch solche, die noch nicht so weit vorgeschritten waren und die noch heilbar schienen. Sobald nun infolge der Arbeiten von Lister, dem Bahnbrecher auf dem Gebiete der keimfreien Operationskunst, und seiner Nachfolger, man gelernt hatte, bei Operationen die Gefahr der Infektion zu verringern, und man infolgedessen imstande war, auch größere operative Eingriffe ohne fast absolute Lebensgefahr der Patienten auszuführen, ging man auch in der Frauenheilkunde darauf aus, auf chirurgischem Wege die Heilung verschiedener Leiden zu versuchen. Eierstockgeschwüste wurden entfernt, dann begann man auch die Gebärmuttergeschwüste, die Fasergeschwüste zu extirpiieren und natürlich machte man sich an die Operation des Gebärmutterkrebses. Man ging anfangs meist von der Scheide aus, indem man zuerst das vordere Scheidegewölbe eröffnete, die Blase von dem Gebärmutterhals loslöste und dann den Bauchfellüberzug zwischen ihr und der Gebärmutter eröffnete; dann öffnete man das hintere Scheidegewölbe und zugleich das Bauchfell des Douglas'schen Raumes, das ja der Scheide dort anliegt. Zwischen beiden Dehnungen wurden dann die seitlichen Partien, die Parametrien und die breiten Mutterbänder, in denen die Gebärmutterschlägader und die Eierstocksgänge verlaufen, abgebunden und durchtrennt und so die Gebärmutter aus allen ihren Verbindungen gelöst und entfernt. Diese Operation von der Scheide aus führte weniger leicht zu Bauchfellentzündung als die Eröffnung des Bauches von oben und war für die damalige Zeit ein großer Fortschritt.

Die besten Resultate zeigte diese Scheideoperation in den Fällen, in denen es sich um einen Krebs des Gebärmutterkörpers handelt. Die Ursache davon ist, daß diese Form von Krebs ziemlich spät erst über die Gebärmutter hinausgreift und auch die Lymphdrüsen erst später ergriffen werden. Infolgedessen waren auch Heilungen nicht selten und die Operation leistete für die damaligen Verhältnisse Befriedigendes. Weniger gut waren schon die Erfolge bei Krebs des Scheideanteiles und am schlechtesten bei Krebs des Gebärmutterhalses. Hier kam man oft nicht einmal bei der Operation in

völlig gesundes Gewebe, sondern mußte teilweise in der krebsig entarteten Partie operieren. Ferner waren bei diesen Formen die Lymphdrüsen in der Nähe meist schon sehr früh krebsig erkrankt und da man diese nicht entfernen konnte, weil man nicht bis zu ihnen gelangt, so wucherte die Geschwulst in ihnen fort und nach kürzerer oder längerer Zeit gingen die Frauen doch an ihrer Krankheit zu Grunde. Um nun weiter nach den Seiten gehen zu können, gab damals ein Operateur namens Schuchart eine weitergehende Methode an, die darin bestand, den Zugang durch die Scheide zu erweitern durch beidseitige tiefe Scheidendammeinschnitte, ähnlich wie man sie bei Geburten auf der einen Seite zur Vermeidung zu großer Dammanisse zu machen pflegt. Die Schnitte begannen in der Scheide an der unteren Grenze der kleinen Schamlippen und führten im Bogen um den Mastdarm herum nach hinten. Dadurch wurde es möglich, bei der Operation das Gewebe neben dem Mutterhals bis an die Beckenwand auszuräumen. Aber die Drüsenträne war dadurch nicht gelöst. Da wurde von Wertheim in Wien eine neue Epoche eröffnet mit der sogenannten Radikaloperation des Gebärmutterkrebses von oben von der Bauchhöhle aus. Hier wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle die Gebärmutter mit ihren zugehörigen Drüsen und dem Beckenbindegewebe bis zur Beckenwand hin in einem Stücke ausgelöst, und schließlich hängt die ganze Masse nun noch an der Scheide. Diese wird dann auch von oben mit einer Klammer unterhalb der krebsigen Partie abgeklemmt und unterhalb der Klammer durchgeschnitten. Dadurch soll vermieden werden, daß Teile von der zerfallenen eiterig jauhigen Geschwürsoberfläche in die Bauchhöhle gelangen und diese infizieren. Eine Hauptpflege muß bei dieser Operation sein, die beiden Harnleiter nicht zu verlegen, da die ja von den Nieren herkommen der hinteren Beckenwand entlang ins kleine Becken ziehen und sich, zu beiden Seiten des Gebärmutterhalses vorbei, zur Blase begeben. Oft und viel kam es zu solchen Harnleiterverlegungen, und wenn es nicht gelang, den verletzten Harnleiter in die Blase einzunähen so mußte meist die dazu gehörige Niere entfernt werden.

Wenn nun auch in den Fällen, in denen die Operierten bei dieser außergewöhnlich eingreifenden und schweren Operation mit dem Leben davонkommen, die Heilungschancen größer waren, als bei der früheren Methode von der Scheide aus, so waren doch die Verluste an Menschenleben anfangs ziemlich groß. Vielfach bildete sich trotz aller Vorsicht eine Bauchfellentzündung aus, die aber kam daher, daß eben solche längere Zeit schon eiternde Krebs bis in ihre Tiefe hinein, ja bis in die benachbarten Gewebe hinein, mit Bakterien infiziert waren. Wenn man dann bei der Operation dorthin gelangte, so wurden diese Bakterien auf das Bauchfell und in dem Beckenbindegewebe weiter verschleppt. Dabei waren die Patientinnen meist

schwächliche, durch ihre Krankheit schon heruntergekommene Individuen, die der Infektion nicht mehr viel Widerstand entgegenzusetzen hatten. Die Erfahrung ergab ferner, daß trotz der weitgehenden Ausräumung der Drüsen oft Rückfälle vorkamen und die Frauen doch später an Krebs starben. Man war gezwungen, die Operation, die man anfangs bei jeder Krebskranken ausführte, zu beschränken auf die weniger fortgeschrittenen Fälle. Unter diesem Eindruck arbeitete Schauta wieder eine neue Scheidenoperationsmethode aus. Er nahm den Schuchartschen Schnitt wieder auf und zeigte, wie man auch von dieser Seite sowohl den Harnleiter genau präparieren und vor Verletzungen schützen kann und selbst nicht zu weit entfernte Drüsen mitbekommt. Natürlich beschränkte sich auch bei diesem Eingriff das Indikationsgebiet auf wenig vorgebrachte Fälle.

Um einen Überblick zu erhalten über die Erfolge der verschiedenen Methoden, hat man als Grenze der Heilungsdauer 5 Jahre angenommen, d. h. wer von den Operierten nach 5 Jahren noch am Leben und krebsfrei war, wurde als geheilt betrachtet. Dabei muß auch die Sterblichkeit an der Operation selber berücksichtigt werden; diese ist bei der früheren Scheidenoperation im Durchschnitt zirka 11 %, bei der erweiterten Operation von der Bauchhöhle aus zirka durchschnittlich 19 %. Wir entnehmen diese Zahlen, wie auch die folgenden der operativen Gynäkologie von Döderlein und Krönig.

Ferner unterscheidet man zwischen absoluter Heilungszahl, das ist die Zahl der nach 5 Jahren geheilten Frauen, unter der Gesamtzahl der an Krebs erkrankten einer bestimmten Periode, während die relative Heilungszahl die Zahl ist, die angibt, wie viele der Operierten nach 5 Jahren noch krebsfrei waren. Die Operabilitätszahl gibt an, wie viele der gesamten an Krebs erkrankten Frauen mit Aussicht auf Erfolg operiert werden konnten.

Als Beispiel diene die Statistik aus der Leipziger Frauenklinik von Prof. Zweifel. Er operierte in einem bestimmten Zeitabschnitt von 222 krebskranken Frauen 115 = 51,8 %. Die Operationssterblichkeit betrug 9,5 %. Nach 5 Jahren lebten noch und waren krebsfrei geblieben 52 Frauen, das ist 45,2 %, was die relative Heilungsziffer bedeutet. Auf die Gesamtzahl der erkrankten Frauen ergibt dies eine absolute Heilungsziffer von 23,4 %. Wir sehen also, daß von je 100 an Gebärmutterkrebs erkrankten Frauen nur 23 geheilt wurden und dies ist dabei schon als ein vorzügliches Resultat zu bezeichnen, indem derselbe Operateur früher bei der einfacheren Operation von der Scheide aus nur 9,7 % absolute Heilungsziffer aufzuweisen hatte.

Vorerst fällt uns auch auf, daß eine so große Zahl, 49 %, bei ihrem Eintritt in die Klinik schon nicht mehr operierbar waren, also der Krebs so weit schon vorgebritten war, daß man sie nur noch mit den unvollkommenen oben erwähnten Mitteln, Glühen und scharfen Löffeln, behandeln konnte. Dies ist in erster Linie dem Umstand zuzuschreiben, daß die meisten dieser Frauen erst in einem späten Stadium ärztliche Hilfe nachsuchten. Je früher der Krebs erkannt und in Behandlung genommen wird, desto eher ist Heilung möglich und desto leichter die Operation bei dazu noch wenig geschwächtem Körper der Patientin. Viele Frauen werden von Kurpfuschern, an die sich viele wenden, so lange hingehalten, bis der Krebs nicht mehr operierbar ist.

Wenn wir eine Reihe von Statistiken zusammenziehen, so finden wir im Durchschnitt eine Operationsmöglichkeit von zirka 55,2 %; eine absolute Heilungsziffer von 17,4 % und eine relative Heilungszahl von 29 %. Die erweiterte Scheidenoperation ergibt nicht sehr weit von diesen abweichende Zahlen; aus einer kleineren Anzahl Statistiken läßt sich berechnen

eine Operationsmöglichkeit von 55,4 %; eine absolute Heilung in 18,5 % und eine relative Heilung in 36 %. Dabei starben an der Operation durchschnittlich 11,4 %.

Wenn nun schon diese Zahlen gegenüber früherer Zeit einen sehr schönen, anerkennenswerten Fortschritt bedeuten, so sind sie noch weit entfernt, befriedigend zu sein. Solange noch die Hälfte der krebskranken Frauen ohne Heilungsaussicht zu Grunde gehen müssen und solange noch nicht ein Drittel der Operierten geheilt werden kann, muß die ärztliche Kunst beschämte Machlosigkeit bekennen und weitere Wege suchen, um zum Ziele zu gelangen und einer möglichst großen Zahl Kranker zu helfen. Man begann an die Lösung dieses Problems von verschiedenen Seiten heranzugehen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Im Januar 1907 ward ich gerufen zu einem erstgeborenen Frauen, 19 Jahre alt. Die Geburt endigte mit Zangenhilfe ziemlich gut. Ein zarter Knabe erfreute die jungen Eltern mit nettem Gediehen. Bald nach Geburt trat ein Blutschwämme am Fuß zu Tage und wurde ärztlicher Rat eingeholt (Abwarten ob Vergroßerung eintrete, was dann der Fall war). Im achten Monat wurde Operation vorgenommen und tags darauf starb das Kind an einer Darmverschlingung. Ergebnis der Sezierung.

Im Juli 1908 erfolgte die zweite Geburt, ein normales, gesundes Mädchen, das durch Brustnahrung gut gedieh und jetzt zur Schule geht.

Wiederum zwei Jahre später erschien auch durch regelmäßige Geburt ein Schwesterchen. Zustand der Wöchnerin bis zur dritten Woche ganz gut, man trug sehr Sorge um sie, gute Pflege und Ernährung. Eines Morgens erlitt die Frau plötzlich einen Schlaganfall, der dann von den Ärzten als "Embolie" erklärt wurde, die nur teilweise eingetreten. Die Gefühlsnerven waren gelähmt, nicht aber die Bewegungsnerven. Die Lähmung war genau halbseitig. Kopf rechtsseitig, Körper linksseitig, doch ganz empfindungslos und schlaff hängend, doch konnte Arm und Bein von der Patientin gehoben werden. Das Bewußtsein kehrte bald nach dem Anfall (zwei Stunden) wieder. Die Nahrungsaufnahme ging mit Schwierigkeiten vor sich, der Schlund war eben noch gelähmt. Es erfolgte mehrere Tage künstliche Ernährung durch Klüttier, Ei und Fleischbrühe. Es war eine mühevole Behandlung und der Zustand der Frau so trostlos. Zwei Ärzte gaben sie auf und ein zugezogener Nervenexperten gab noch Hoffnung auf Genesung. Die Temperatur stieg nur einmal auf 39,8. Da befürchtete man eine Gehirnentzündung und wehrte durch Eisumwicklungen ab. Wieder besserte es zu Aller Erstaunen. Nach Verlauf von einem Monat konnte die Frau am Stocke gehen, dann machte sie eine Kur von sechs Wochen in Baden (Soolbäder) und ganz ordentlich schritt sie bei ihrer Heimkehr zu mir zu einem Besuch. Sie stand wieder ihrem Haushilfen vor und der Pflege ihrer Kinder. Die Gesundheit der Frau war in den zwei folgenden Jahren ganz leidlich und man hoffte, daß dieselbe von weiteren Schwangerchaften verschont bleiben möge. Doch ging es auch ihr wie so vielen andern Leidensschwestern. Die Mutterschaft ging auf fünf bis sechs Monate, dann trat eine Frühgeburt ein. Bei meinem Entreffen im Hause war die Frau im Bett und eine schaurige Einrichtung bestand. Allein in der Wohnung, wurde sie von der Geburt überrascht, rutschte noch ins Bett und konnte sich dann durch Rufen bemerkbar machen. Die Frucht (faulrot), Blut, Stuhl, Fruchtwasser, alles war im Bett vorhanden. Schnell nahm ich es weg und reinigte allgemein. Blut ging

keines ab, aber die Nachgeburt machte nicht Müne zu kommen. Der Arzt mußte dieselbe Stückweise entfernen. Es kam zu einer Ohnmacht, doch wieder verließ das Wochenbett fieberfrei und in kurzer Zeit ging die Frau wieder der gewohnten Arbeit nach. Zum Glück standen die Leute in guten Verhältnissen, sodaß sich die so vielfache Patientin stets genügend schonen konnte.

Im Juli 1913 gab's eine normale Geburt, eines kleinen Mädchens, auch die Plazenta kam spontan, das Stillgeschäft trat in Funktion und wir hofften für diesmal gut entlüftet zu sein. Am 10. Tage durfte man erlauben aufzustehen und Alles ging gut. Nachmittags machte ich noch einen Besuch und atmete erleichtert auf und sah getrost in die Zukunft. In derselben Nacht um 3 Uhr läutete es. Der Ehemann der Frau kam mit Bericht, dieselbe klage über heftige Schmerzen im Leibe, die Pflegerin stehe ratlos da. Schnell eilte ich hin. Die Frau badete in kaltem Schweiße vor furchtbaren Schmerzen. Der Arzt kam schnellstens und gab Opium, er konstatierte Darmbruch und brachte die ob dem Nabel sichtbare Erhöhung zurück. Die Schmerzen ließen einige Stunden nach, doch bald kehrten sie wieder, sodaß die Überführung ins nächste Krankenhaus stattfinden mußte zur Vornahme einer Operation. Der Auto ging's mit der Bedauernswerten fort. Ein Eingriff stand aber nicht statt, denn nach genauer Kontrolle hieß es dort, es wäre die Gallenblase, die sich entzündet hätte und die Schmerzen verursachte; nach dreiwöchentlichem Aufenthalt dafelbst konnte die Frau heimgeholt werden; der Zustand hat sich nie wiederholt.

Auch das Kindchen blieb am Leben, trotz dem jähren Nahrungswechsel und ist heute ein gärunteres lebhaftes Springerchen.

Den 20. Dezember 1914 ist nun zum Schluß meines Berichtes noch zu den drei Mädchen ein kräftiger Knabe gekommen. Die werten Kolleginnen werden es gewiß begreifen, daß meine Freudentgefühle klein waren als es offenbar wurde, daß ich wieder die Ehre haben werde, beruflich zu tun in dem Hause. Doch auch hier bewahrheitete es sich wieder, daß Gottes Kraft in dem Schwachen mächtig ist.

Die Geburt des Kindes ging schnell von statthaften, doch die Nachgeburt spukte wieder und mußte vom Arzt gelöst werden. Der Verlauf des Wochenbettes war fieberfrei und gut und diesmal blieb es bei dieser einen Widernärtigkeit. Die Frau sowie ihre 4 Kinder erfreuen sich zur Zeit guter Gesundheit.

Es ist dieser Lebenslauf einer Frau mit den manniugischen nur möglichen ungünstigen Zufällen, hoffentlich ein sel tener; in meiner Praxis von 10 Jahren ist er der inhaltsreichste. Mitteilen möchte ich noch, daß die Frau aus gesundem Stamm hervorgeht. Ihre Mutter, zur Zeit noch eine rüstige Matrone, gab 19 Kinder das Leben, wovon 11 am Leben blieben und 52 Enkel sind da, die ihre Liebe ausfüllen, und 6 Urenkel. In heutiger Zeit gewiß ein Unikum.

M. N.

Aufforderung.

Wir ersuchen diejenigen Mitglieder,
welche die Nachnahme für die Zeitung
nicht eingelöst haben, den Betrag mit
Fr. 2.62 unverzüglich der Buchdruckerei
:: Bühl & Verder zuzusenden. ::
:: Die Zeitungskommission. ::