

**Ueber dies Endresultate der Carcinome des Gesichters mit Ausschluss der Lippencarcinome ... / vorgelegt von Rudolf Ohren.**

**Contributors**

Ohren, Rudolf.  
Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

**Publication/Creation**

Berlin : L. Schumacher, 1888.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/twdphtnd>

**License and attribution**

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

7

Ueber die Endresultate  
der  
**Carcinome des Gesichtes**  
mit Ausschluss der Lippencarcinome.

---

Inaugural-Dissertation

verfasst

und der hohen medicinischen Facultät

der

**Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

zur

**Erlangung der Doctorwürde**

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe**

vorgelegt von

**Rudolf Ohren**

aus Velbert (Rheinland).

Referent: Hofrath Professor Dr. **Schönborn.**

Berlin 1888.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Separat-Abdruck aus v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXVII. Heft 2



# Seinen lieben Eltern

als Zeichen tiefempfunderer Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.



Seinen lieben Eltern

als Zeichen tiefster Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser

Nachdem die Zeit, in der das Carcinom nicht nur im Volke, sondern auch in medicinischen Kreisen als ein „noli me tangere“ betrachtet wurde, glücklich vorüber ist, nachdem sich vielmehr heutzutage mehr und mehr die Anschauung geltend gemacht hat, dass dasselbe im Anfang stets ein locales Leiden und als solches durch eine locale Therapie heilbar ist, müssen wir uns dessen klar bewusst zu werden suchen, wie weit unsere Fortschritte in der Carcinombehandlung gediehen sind, welche Erfolge wir von derselben erwarten dürfen und welche Hoffnungen wir für die Zukunft hegen berechtigt sind.

Die letzten Jahrzehnte haben uns bereits ein ziemlich reichliches, statistisches Material gebracht, welches zur Beantwortung dieser Fragen dienen sollte. In seiner genauen und ausführlichen Statistik der Carcinome aus dem Jahre 1878 berechnet v. Winiarter aus einer Zusammenstellung sämtlicher Krebse überhaupt 9,21 pCt. Heilungen und 39,88 pCt. Recidive. Dabei sind übrigens von sämtlichen Operirten 17,21 pCt. Todesfälle in Folge der Operation nicht mit in Rechnung gezogen. Das Heilungsergebnis jenen Operationen, nach welchen die Patienten am Leben geblieben, gestaltet sich noch viel günstiger, wenn man die Fälle ausschliesst, deren Ausgänge nicht in Erfahrung gebracht werden konnten; dann erhält man 40,94 pCt. Heilungen und 55,90 pCt. Recidive, während 3,14 pCt. frei von Carcinom an Krankheiten anderer Art gestorben sind.



Um aber ein genaueres Bild von den Endresultaten der Carcinome zu bekommen, ist es erforderlich, dieselben zu unterscheiden und einzeln je nach ihrem Sitz und ihrer Natur zu betrachten. Denn einerseits ist es natürlich nicht gleichgültig, ob ein für die Lebensfunctionen des Körpers direct nothwendiges Organ oder ein für dieselben minder werthvoller oder nicht erforderlicher Theil desselben von Krebs befallen und zerstört wird, andererseits aber zeigt die Natur des Krebses nicht immer und überall den gleichen malignen Charakter.

Im Allgemeinen gelten mit Recht die Schleimhaut- und Drüsen carcinome als weit gefährlicher, wie die der äusseren Haut. Die mildeste Form der Krebsbildung sehen wir am häufigsten im Gesichte auftreten, welches überhaupt der Lieblingssitz aller Haut carcinome ist. Doch auch hier können wir wiederum bedeutende Unterschiede in dem Grade der Malignität wahrnehmen, auch hier müssen wir uns oft genug davon überzeugen, dass der Krebs seine deletären Wirkungen nicht nur in loco, sondern auch auf den ganzen Organismus und das Leben des damit behafteten Individuum geltend macht. Zweckmässiger Weise können wir von den Gesichtscarcinomen wieder eine Gruppe ausscheiden, die sich sowohl durch die Häufigkeit des Vorkommens, als durch den genau localisirten Sitz und die grössere Malignität von den übrigen Krebsen des Gesichtes deutlich abhebt, die Lippenkrebse. Schliessen wir diese von unserer Betrachtung aus und versuchen wir im Folgenden durch eine statistische Zusammenstellung von Fällen, deren jedesmaliger Ausgang genau eruiert sein muss, festzustellen, was wir prognostischer Beziehung von den Carcinomen der übrigen Gesichtregionen zu erwarten haben, speciell welches die Erfolge unserer heutigen therapeutischen Bestrebungen sind.

Der Güte des Herrn Hofrath Prof. Dr. Schönborn verdanke ich eine Reihe von Fällen dieser Art, welche im Julius-Hospital zu Würzburg in den Jahren von 1877—1887 zur Behandlung kamen.

Es wäre natürlich verfehlt, wollte ich aus den Angaben der Krankengeschichten: „geheilt entlassen“ etc. meine Schlüsse betreffend Resultate dieser Carcinome aufbauen. Ich habe mich vielmehr bemüht, mich von dem Schicksal der in ihre Heimath entlassenen Patienten zu informiren, und es ist mir in der grossen Mehrzahl der Fälle gelungen, eine genügende Auskunft zu erhalten. Wer



sich auch meine Angaben meist auf das Gutachten eines Laien gründen, so glaube ich, dass hierdurch doch wenige oder gar keine Fehlerquellen bedingt sind, da es sich ja hier gewöhnlich um so palpable Veränderungen handelt, dass auch ein Laie die gestellten Fragen gewiss beantworten kann.

Schwieriger ist es, wenn es sich bei Todesfällen von früher Operirten und bis zum Tode local Geheilten darum handelt, zu ermitteln, ob der Tod in Folge von Carcinomentwicklung in inneren Organen erfolgt ist. Auf diese Fälle ist besondere Rücksicht genommen.

Das Auftreten der Recidive war leider nicht in allen Fällen der Zeit nach genau zu präcisiren. Von einem Theil der Kranken konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Bei Einigen konnte ich mich durch eigene Anschauung von ihrem gegenwärtigen Zustande überzeugen.

Es möge nun hier gleich eine kurze tabellarische Zusammenstellung dieser 72 Fälle folgen. Es schien am zweckmässigsten, dieselben gleich entsprechend ihrem definitiven Ausgang nach folgenden Gesichtspunkten zu ordnen: Es enthält

- Tabelle I. die Kranken, welche bald nach der Operation gestorben sind,
- „ II. die Kranken, welche an localem Recidiv gestorben,
- „ IIa. die Kranken, welche frei von localem Recidiv an Carcinom innerer Organe gestorben,
- „ III. die Kranken, welche mit localem Recidiv leben,
- „ IIIa. die Kranken, welche, wegen Recidiv operirt, jetzt recidivfrei sind,
- „ IV. die Kranken, deren Schicksal unbekannt geblieben,
- „ V. die Kranken, welche bis Mai 1887 resp. bis zu ihrem Tode ohne Recidiv waren,

und zwar sind in Tabelle V die Kranken geordnet nach der Dauer der Heilung: in Fall 1—9 beträgt dieselbe mindestens 3 Jahre,

„	„	10—16	„	„	„	2	„
„	„	17—24	„	„	„	1	„
„	„	25—29	„	„	noch nicht	1	„

### Tabelle I.

Bald nach der Operation gestorben.

Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation:		Todesursache.	Zeit des Todes.
			Zeit.	Art.		
Seuburger, L., Oeconom.	68.	Rechte Schläfengegend.	18. 10. 81.	Exstirpation.	Delirium.	26. 10. 81.
Schneider, Michel.	59.	Link. Wangen- u. Halsgend.	13. 6. 84.	Exstirpat. u. Plastik aus dem Rücken.	Acuter Gelenkrheumatismus.	18. 6. 84.
Stöhr, Josef, Liebmacher.	69.	Rechte Schläfengegend.	3. 3. 86.	Exstirpation.	Inanition.	4. 3. 86.



No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit.	Art.
1.	Winssheimer, Joh. Tagelöhner.	69.	Recidiv am linken inneren Augenwinkel und oberen Lide.	19. 1. 77.	Excision
2.	Beukert, Anna.	72.	Linke Schläfengegend.	18. 9. 78.	Exstirpation Plastik
3.	Schreck, Johann, Förster.	68.	Wange.	4. 8. 79.	Exstirpati
4.	Dützel, Georg.	56.	Wange und Oberkiefer.	2. 12. 79.	Exstirpatio. F maxillae sup. bulbi. Pla
5.	Bandorf, Nicol., Waldhüter.	68.	Linke Nasenhälfte.	25. 2. 80. und 13. 3. 80.	Exstirpation Plastik
6.	Schoener, Margarethe.	74.	Linke Wange (auf den Oberkiefer übergehend).	26. 5. 80.	Exstirpation m Oberkieferres Plastik
			Recidiv in regione retro-maxill.	25. 11. 81.	Exstirpation d cinoms und d Lymphdrü
7.	Sailer, Johann.	58.	Rechte Schläfengegend.	1. 12. 80, 3. 2. 81, 29. 3. und 24. 4. 81.	Exstirpation Plastik Exstirpation Enucleatio
8.	Schneider, Adam.	66.	Glabella et Dorsum nasi.	26. 1. 81.	Exstirpation Plastik.
9.	Freudenthal, Lazarus, Oekonom.	48.	Rechte Wange. Recidiv in loco und in den Halsdrüsen.	1. 5. 82. 11. 7. 83.	Exstirpati Exstirpation Plastik
10.	Häussner, Elise.	63.	Linke Wange.	8. 8. 82.	Exstirpation Plastik
11.	Reichert, Sabine.	58.	Nase und Oberlippe.	12. 5. 84.	Exstirpation, und Rhinop
12.	Weidner, Barbara.	31.	Rechtes Ohr.	17. 4. 84.	Exstirp. eines der Ohrmuschel des knorpel. ganges
13.	Kirchner, Eva.	74.	Stirn (Mitte).	26. 11. 84.	Exstirpation, nation, Eröffn Sinus fron
14.	Reich, Katharine.	72.	Linkes unteres Augenlid (mit Uebergang auf das obere u. auf die Wange).	11. 2. 85.	Exstirpation Plastik



le II.

ben.

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv.		Zeit des Todes.
		Beginn	Sitz.	
g d. Operationswunde. ab die Operat. des ent- Ectropiums nicht zu. ränder verheilten p. pr. ute Granulationen auf der Wundfläche. heilung p. pr. int.	27. 1. 77.	Kurz nach der Operation.	Innerer Augen- winkel.	5. 5. 77.
	28. 10. 78.	Nach einem halben Jahre.	in loco.	November 1880.
	20. 8. 79.	Nach 2 Jahren.	in loco.	30. 5. 84.
ne Eiterung. Die mei- unden heilten p. pr. i. in kleines Stückchen t wurde gangränös. heilt entlassen.	5. 1. 80.	Anfang 1882.	In der Narbe. (Pat. wurde als inoperabel remittirt.)	5. 7. 83.
	6. 4. 80.	Nach 1 Jahre.	in loco.	7. 6. 86.
heilt entlassen. (Ge- Facialislähmung.)	22. 6. 80.	—	In regione retro- maxill.	—
efacialis und accessor. durchtrennt.) Geheilt entlassen.	14. 12. 81.	?	In den Halsdrü- sen und im äuss. Gehörgänge (in- operabel, 14. 3. 1882).	7. 7. 82.
—	18. 12. 80.	?	in loco.	—
uswärts operirt.)	—	?	—	29. 8. 81.
geheilt entlassen.	25. 3. 81.	Continuirlich.	In der Wunde.	23. 8. 82.
heilt entlassen.	—	—	—	—
geheilt entlassen	24. 7. 83.	Continuirlich.	In der Wunde.	4. 12. 83.
heilt entlassen.	13. 9. 82.	10 Wochen nachher.	In der Narbe und unter dem Auge.	20. 6. 83.
Recidiv entlassen.	17. 8. 84.	Continuirlich.	Im harten Gaumen.	6. 9. 84.
heilt entlassen.	26. 5. 84.	Nach einem halben Jahre.	in loco.	30. 11. 86.
geheilt entlassen.	14. 2. 85.	Nach 3 Monaten.	in loco (19. 9. 85 inoperabel).	1885 December.
heilt entlassen.	8. 4. 85.	„Bald darauf.“	in loco.	8. 7. 86.



No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit	Art.
15.	Gigerich, Michel, Oekonom.	65.	Kinngegend (mit Ueber- gang auf den Unterkiefer).	28. 3. 85.	Exstirpat. des T. und der affic. D. Resect. eines kieferstück
16.	Hartmann, Joh., Bauer.	73.	Linke Parotisgegend. Recidiv in loco.	31. 8. 85. 20. 4. 86.	Exstirpation, Excision (ausw.)
17.	Ils, Katharine.	65.	Rechtes Ohr (äusserer Gehörgang) und Stirn (rechts und links).	12. 9. 85.	Excision des auricul. Auskr. d. äuss. Gehörg. Excision der frontis.

Frei von localem Recidiv					
1.	Börger, Katharine.	58.	Stirn.	19. 5. 79.	Exstirpation Trepanation
2.	Wagenhäuser, Johann.	58.	Regio parotidea.	15. 3. 81.	Exstirpation
3.	Seuffert, Jacob, Tagelöhner.	76.	Rechte Wangenseite (mit Uebergang auf den Kiefer und den Masseter).	2. 10. 85.	Exstirpation. des Alveolar- d. Unterkiefer- tur des Unter- Plastik

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit.	Art.
1.	Feulner, Andreas, Privatier.	55.	Linke Wange (mit Uebergang auf den Oberkieferkiefer).	18. 8. 80.	Exstirpation, pa- Oberkieferrese-
			Recidiv am linken Auge.	1883.	Exstirpation
2.	Müller, Caspar, Bauer.	66.	Linke Orbita, Nase, Wange.	9. 5. 83.	Exstirpation und des Margo infra- Enucleat. bulbi.
3.	Goldstein, Barbara.	53.	Linke Seite des Nasen- rückens. Recidiv an der linken Orbita und Nase.	16. 12. 83. 26. 3. 84.	Exstirpation und Exstirpation. A- lung des Margo in Rhino-Melopl.



Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv.		Zeit des Todes.
		Beginn.	Sitz.	
Geheilt entlassen.	7. 4. 85.	„Kurz darauf.“	in loco.	26. 4. 86.
Geheilt.	5. 9.	Nach 1/2 Jahre.	in loco.	—
Nicht geheilt“.	—	—	—	5. 9. 86.
Geheilt entlassen.	18. 10.	„Kurz darauf.“	Im Ohre.	1/2 Jahr später.

## IIa.

an inneren Organen gestorben.

an der Wundränder p. prim. int.; auf die offenen Flächen Reverdin'- Transplantationen	28. 7. 79.	Juni 1881 erste Beschwerden.	Pylorus; kein locales Recidiv.	21. 6. 82.
Geheilt entlassen.	11. 4. 81.	Nach einem halben Jahre.	? „ähnliches Ge- wächs im Leibe“.	16. 5. 82.
Geheilt entlassen.	23. 11. 85.	Nach etwa einem halben Jahre.	Wahrscheinlich Carcinom des Oesophagus.	6. 1. 87.

## III.

noch lebend.

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv.		Bemerkungen.
		Beginn.	Sitz.	
an p. prim. int. in ger Ausdehnung.	1. 9.	Anfang 1883.	Am linken Auge.	Carcinom üb. die ganze linke Ge- sichtshälfte aus- gebreitet.
—	—	Continuirlich.	In der Wunde.	Heftige Kopf- schmerzen. Inoperabel.
Geheilt entlassen.	18. 7. 83.	Anfang August Anfang October	an der Ur- sprungsstelle. am harten Gaumen.	— Inoperabel.
Geheilt entlassen.	30. 1. 84.	Mitte März.	Linke Orbita.	—
Geheilt.	28. 4. 84.	—	Linkes Nasen- und Stirnbein.	—



No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit.	Art.
			Recidiv an der Nase.	5. 6. 84.	Exstirpation. Abm- lung des Supraorb- randes.
4.	Braun, Adam.	66.	Rechtes Ohr.	20. 5. 86.	Exstirpation. N.
			Recidiv in loco.	Ende Octb.	(Auswärts operi-
5.	Gröhn, Elise.	53.	Rechte Stirn- und Su- praorbitalgegend.	9. 10. 86.	Excision. Plast
6.	Reuss, Georg, Bauer.	69.	Nase.	26. 2. 81.	Exstirpation. Pla
			Recidiv. Rechte Paro- tisgegend und rechter Tragus.	25. 2. 85.	Exstirpation. Abtr des unteren Dritte
7.	Gossmann, Marie.	66.	Rechter Nasenflügel.	18. 7. 85.	Excision. Rhinop
				Wegen Recidiv op	
1.	Wiessmann, Elise.	62.	Nasenwurzel und linker innerer Augenwinkel.	10. 7. 84.	Exstirpation. Pla
				März 1887.	mit dem Glüheise
2.	Bauer, Georg, Gastwirth.	46.	Linke Nasenhälfte und link. unteres Augenlid.	21. 10. 85.	gebrannt (auswä Exstirpation, N.
			Recidiv am unteren lin- ken Augenlid u. Augen- winkel.	30. 4. 87. 28. 5. 87.	Exstirpation. Pl Exstirpation eines tischen Stückes au transplantirten L

**Tabelle IV.**

Ausgang unbekannt.

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.		Heilungs- verlauf.	Entl.
				Zeit.	Art.		
1.	Häussler, Kunigunde.	65.	Gegend des Jochbeines.	11. 5. 77.	Exstirpation und Cauterisation der Wunde.	D. Schorf löste sich nach eini- gen Tagen. Mit gut granulird. Wunde entl.	22. 77
2.	Halm, Johann.	61.	Wangen- gegend.	26. 9. 78.	Exstirpation.	Geheilt ent- lassen.	8. 78



Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv.		Bemerkungen.
		Beginn.	Sitz.	
Geheilt.	14. 6. 84.	Nach 1/2 Jahr.	Linke Orbita.	Kachektischer Zustand. Inoperabel.
Geheilt.	22. 5. 86.	Anfang October.	in loco u. in den Lymphdrüsen.	Patient hat „viel Frost und kann das Zimmer nicht verlassen“.
—	—	Nach 6 Wochen.	in loco.	Pat. liegt seit 20 Wochen zu Bett. Heftige Kopfschmerzen.
Geheilt.	?	Nach 6 Wochen.	in loco.	—
Geheilt.	17. 3. 81.	Ende 1884.	Rechte Parotis- gegend u. rechter Tragus.	Operabel.
Geheilt.	21. 3. 85.	Anfang 1887.	Rechter Stirn- höcker.	Operabel.
Geheilt.	1. 8. 85.	„Kurz darauf“.	Neben der Narbe.	Operabel.

### IIIa.

1887 recidivfrei.

Geheilt.	30. 7. 84.	Nach 2 Jahren.	Am oberen und unter. Rande des Transplantationslappens.	Die recidivfreie Zeit seit der letzten Operation beträgt erst einige Wochen.
Geheilt.	—	—	—	
Geheilt.	17. 11. 85.	Nach 1 Jahre.	in loco.	
Geheilt.	—	—	—	

Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.		Heilungsverlauf.	Entlassen.
			Zeit.	Art.		
Quetlitz, Babette.	62.	Rechte Wange.	8. 11. 80.	Exstirpation, Meloplastik.	Gangrän des Lappens.	?
Wagner, Wilhelm.	?	Nasenflügel.	31. 8. 81.	Exstirpation, Plastik.	Geheilt entlassen.	7. 9. 81.
Franken- iner, Elise.	55.	Rechte Wange (Recidiv) und linke Mamma.	3. 1. 82.	Exstirpation des Gesichtskrebses u. einer Lymphdrüse in der Regio submaxillar. Exstirp. mammae. Toilette der Achselhöhle.	Geheilt.	18. 1. 82.



No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.		Heilungsverlauf.	Ent
				Zeit.	Art.		
6.	Maier, Helene	52.	Nase.	31. 3. 82.	Exstirpation.	Heilung p. p. i.	22.
7.	Eehalt, Margarethe.	63.	Nase.	27. 6. 82.	Exstirpation, Plastik.	?	
8.	Taustig, Katharine.	69.	Linke Stirnseite.	28. 4. 83.	Exstirpation des Carcinoms sammt Periost. Abmeisselung einer Knochenlamelle am Sinus front.	Geheilt.	9
9.	Röm, Anna.	58.	Wange.	23. 5. 83.	Excision mit dem Paquelin.	Ambulant behandelt (?).	

Bis Mai 1887, r

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.		
				Zeit.	Art.	
1.	Oehrlein, Michel, Bauer.	40.	Linke Wange.	29. 5. 77.	Exstirpation,	
2.	Reinhard, Nicol., Wagner.	74.	Augenlider, seitliche Nasengegend u. Wange.	22. 6. 78.	Exstirpation. des Margo-infra Plastik	
3.	Schirber, Baltas., Polizeidiener.	64.	Ganzes unteres Augenlid, links.	13. 1. 79.	Exstirpation.	
4.	Emmerling, Michel, Bauer.	44.	Wange.	10. 2. 79. 26. 4. 80.	Nachoperation. Exstirpation.	
5.	Gans, Johann, Tagelöhner.	58.	Rechtes unteres Augenlid und innerer Augwinkel.	18. 8. 80.	Exstirpation. plastik	
6.	Guenther, Adam, Wirth.	62.	Linker Nasenflügel.	23. 5. 81.	Exstirpation. plastik	
7.	Foerster, Christoph.	32.	Stirn.	18. 10. 81.	Exstirpation.	
8.	Bauer, Melcher.	72.	Linke Nasenhälfte.	8. 10. 82.	Exstirpation.	
9.	Maier, Josef, Winzer.	42.	Rechtes unteres Augenlid, Nase, Wange.	29. 12. 82.	Excision und	
10.	Rauch, Veit.	64.	Rechte Schläfengegend.	16. 11. 80.	Exstirpation. tion. Plastik.	
11.	Bauer, Johann.	77.	Rechtes unteres Lid und Nasenrücken.	13. 9. 84.	Exstirpation. plasti	
12.	Kümmel, Johann, Schneider.	48.	Linke Wange unter dem Auge.	10. 1. 85.	Exstirpation. (Conjunctiva	
13.	Weber, Jacob, Bauer.	58.	Linke Schläfen- und Parotisgegend.	18. 3. 85.	Exstirpation. eines Stückes zygomaticus.	



Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.		Heilungsverlauf.	Entlassen.
			Zeit.	Art.		
Breitenbach, Sebastian, Tagelöhner.	53.	Regio infra-maxillaris (et glandul. et Os inframaxill.).	12. 6. 83.	Exstirpation, part. Resection, Plastik.	Fast geheilt entlassen.	23. 6. 83.
Haerth, Anton, Tagelöhner.	62.	Nase (Recidiv). Recidiv am linken Nasenloch, der Oberlippe und l. Wange.	15. 9. 83.	Exstirp., Plastik.	?	?
			17. 1. 84.	Exstirpation des Recidivs sowie des Zwickels an dem transplantierten Lappen.	?	?

e V.

em Tode recidivfrei.

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Heilungsdauer.	Bemerkungen.
Geheilt.	13. 6. 77.	10 Jahre.	—
Geheilt.	14. 7. 78.	9 Jahre.	—
Lappen heilte nicht ganz am inneren Augenwinkel an. Eiterung.	—	—	Pat. starb an „Wassersucht“ 19. 4. 84.
Fast geheilt.	4. 3. 79.	5 Jahre.	—
Geheilt.	1. 5. 80.	7 Jahre.	—
Geheilt.	19. 11. 80.	6 Jahre.	Pat. starb an „Hirnschlag“ 8. 12. 86.
Geheilt.	?	6 Jahre.	—
Geheilt.	28. 11. 81.	4 Jahre.	Pat. starb an „Lungensucht“ 15. 7. 85.
Geheilt.	30. 10. 82.	4 Jahre.	—
Geheilt.	24. 1. 83.	4 Jahre.	—
Geheilt.	?	2 Jahre.	Pat. starb 23. 2. 83 ohne Recidiv. „Er klagte über Kopfsausen und hartes Schnaufen“.
Geheilt.	27. 9. 84.	2½ Jahre.	Ectropium des rechten unteren Augenlides.
Geheilt.	23. 1. 85.	2 Jahre.	—
mit granulierender Wundfläche entlassen.	17. 4. 85.	2 Jahre.	Geringe Facialislähmung.



No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit.	Art.
14.	Kress, Georg, Bauer.	60.	Linke Wange (Perforation in die Mundhöhle).	27. 4. 85.	Exstirpation. P
15.	Klein, Michel, Bauer.	75.	Linke Seite der Stirn.	28. 4. 85.	Exstirpation
16.	Schwab, Andreas, Bauer.	74.	Linker Nasenflügel.	8. 5. 85.	Abtragung mit Paquelin
17.	Laudenbach, Anna.	60.	Stirn.	21. 3.	Exstirpation. Tre
				19. 5. 82.	ossis frontis. F
					Reverdin'sche
					plantation
18.	Hölzer, Philipp, Müller.	48.	Rechtes unteres Augenlid.	10. 7. 85.	Exstirpation. F
19.	Rudolf, Caroline.	48.	Rechter Nasenflügel.	15. 7. 85.	Exstirpation.
					plastik.
				6. 8.	Nachoperation z
					besserung der r
20.	Baldauf, Elise.	59.	Linke Schläfengegend.	17. 7. 85.	Excision
21.	Hamann, Antonie.	64.	Linke Naso-Orbital- gend.	5. 8. 85.	Excision. Pl
22.	Clement, Georg.	63.	Linker innerer Augenwinkel.	14. 8. 85.	Exstirpation. l
23.	Manger, Adam.	70.	Nase.	13. 11. 85.	Exstirpation (kri
					Nasenscheidewar
					abgetragen). l
24.	Goetz, Nicolaus, Schiffer.	66.	Linkes Ohr.	25. 11. 85.	Exstirpation. l
25.	Diener, Andreas, Bauer.	73.	Rechtes Ohr.	22. 3. 80.	nungsschnitt. al
26.	Gramlich, Johann.	78.	Rechte Schläfengegend.	28. 7. 81.	Exstirpati
27.	Huth, Gregor.	67.	Rechte Schläfengegend.	10. 11. 82	Excision und l
					(Periost mit en r
28.	Arnold, Johann, Tagelöhner.	52.	Rechte Schläfengegend.	29. 7. 86.	Exstirpati
29.	Schenk, Johann, Weber.	64.	Rechter Nasenflügel.	19. 8. 86.	Exstirpation. l

Im Anschlusse an diese Tabellen mögen kurze Excerpte aus den Krankengeschichten folgen; leider waren solche nur von 30 Fällen vorhanden.

Fall I, 2. M. S., 59 Jahre alt. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren mit einem kleinen Knötchen vor dem Ohre. Im letzten Jahre rapidcs Wac-  
thum. — An der linken Wangen- und Halsgend eine Geschwulst von 12  
13 Ctm. Grösse, welche sich über das Niveau der Haut 1—3 Ctm. erhebt  
mit der Fascie verwachsen. Consistenz: lipomweich. Die Oberfläche besteht  
aus lauter Knötchen; sie secernirt überall Eiter. — Nirgends Drüsenschwel-  
lung. Allgemeinbefinden gut. — 13. 6. 84 Exstirpation. Die Neubildung



Heilungsverlauf.	Entlassen.	Heilungsdauer.	Bemerkungen.
Geheilt.	13. 5. 85.	2 Jahre.	—
Geheilt.	4. 5. 85.	2 Jahre.	—
Geheilt.	9. 5. 85.	2 Jahre.	—
—	—	1½ Jahre.	Pat. starb an „Wassersucht“ Herbst 1883.
Geheilt.	?	—	
Geheilt.	28. 7.	1½ Jahre.	—
—	—	—	—
Geheilt.	12. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	25. 7. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	18. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	23. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	7. 12. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	3. 12. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	30. 3. 80.	4 Monate.	Pat. starb an „Halschwindsucht“ 5. 8. 80.
Geheilt.	21. 8. 82.	10 Monate.	Pat. starb an einer „fiebrhaften Krankheit“ 26. 6. 82.
Geheilt.	2. 12. 82.	5 Monate.	Pat. starb an „Altersschwäche“ 9. 5. 83.
Geheilt.	7. 8. 86.	10 Monate.	—
Geheilt.	30. 8. 86.	8 Monate.	—

sichte nirgends tiefer, als bis auf die oberflächliche Halsfascie. Deckung des Defectes mit einem grossen Hautlappen aus dem Rücken. — 16. 6. Die obere Hälfte des Lappens, welche gangränös ist, wird abgetragen. — 17. 6. Pat. klagt über heftige Schmerzen in der Hüfte, die nach dem Fusse ausstrahlen; lässt Urin und Stuhl unter sich. Hohes Fieber. Tags darauf ebenfalls Schmerzen in dem rechten Hand- und Ellenbogengelenke. — Acuter Gelenkrheumatismus. — Pat. stirbt in tiefem Coma.

Fall II, 11. S. R., 58 Jahre. Beginn der Erkrankung vor etwa 10 Jahre mit einem Hirsekorngrossen Knötchen an der Nasenspitze. In der letzten Zeit rapides Wachsthum und Zerfall besonders der mittleren Partien; seitdem auch Schmerzen. Weder Heredität noch sonst ein ätiologisches Moment



nachweisbar. — Tumor von fast runder Gestalt, sitzt pilzförmig auf der etwa bis zum Ende der Nasenbeine erhaltenen Nasenstumpf auf und erstreckt sich auf die Oberlippe, beinahe bis an die Mundschleimhaut. Der ganze Tumor ist ulcerirt und in der Mitte trichterförmig vertieft. Oberhalb des selben zeigt dieselbe eine röthlich-blaue Infiltration. Die Ränder des Tumors sind ziemlich dick. Derselbe verbreitet einen furchtbaren Geruch. Keine Drüsenschwellung. Schmerzen. — 12. 5. 84. Zuerst Exstirpation des auf der Oberlippe sitzenden Tumortheiles, wobei auch die Schleimhaut der Oberlippe in der Mitte fortgenommen wird. Cheiloplastik (2 Lappen aus der Wangengegend). Excision des Nasentumors, wobei Theile des Septums und des unteren Proc. nasalis mit entfernt wurden. Rhinoplastik aus Stirn und Wangen beiderseits. — Nicht fieberloser Verlauf. Es bildete sich an der linken Nasenseite ein kleiner, mit der Nasenhöhle communicirender Abscess. Zunahme der Eiterung, sowie des Geruches aus Mund und Nase. Kopfschmerzen. — 29. Geschwulst am vorderen Rande des harten Gaumens, nicht fluctuirend. Excision: kein Eiter, also Recidiv. Furchtbar stinkender Ausfluss aus der Nase, der sich zum Theil in den Mund entleert. Beständig Kopfschmerzen. — 17. 8. 84. Pat. ungeheilt entlassen. — 6. 9. 84 gestorben.

Fall II, 12. B. W., 31 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 7—8 Monaten als kleines Knötchen in der Gegend des Tragus. Keine Heredität nachweisbar. — Eine flache Ulceration am rechten Ohre. Antitragus theilweise zerstört. Die Concha um den Meatus auditorius externus ebenfalls in ein oberflächliches Geschwür verwandelt. Geringe Eitersecretion. Umgebung entzündlich geröthet, hart und gewulstet. Der knorpelige Gehörgang zum grössten Theil afficirt, der knöcherne intact. Kein Ausfluss aus dem Ohre. Keine Schmerzen. Keine Drüsenschwellung. — 17. 5. 84. Exstirpation der Neubildung mit Entfernung des knorpeligen Gehörganges. — 3. 6. Pat. entlassen. Wunde äusserlich überall verheilt; innen aus dem Gehörgang noch etwas eiternd. — Keine vollständige Heilung. Nach einem halben Jahre Recidiv. Pat. unterzog sich keiner neuen Operation. Der Krebs dehnte sich fast über die ganze Kopfhälfte aus. „Gehirn angefressen“. — Tod 30. 11. 86.

Fall II, 13. E. K., 74 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 8—9 Jahren als kleines Knötchen mitten auf der Stirn. Später Ulceration. Seit einem halben Jahre schnelleres Wachsthum und Schmerzen. Keine Heredität. Geschwulst mitten auf der Stirn etwa 10 Ctm. lang, 7 Ctm. breit, 2—3 Ctm. prominirend, ellipsenförmig. Nirgends Fluctuation. Die ganze Tumorbildung ist von unregelmässiger, knolliger Form; in der Mitte eine etwa Dreimarkstück grosse Ulceration, ziemlich reichlich Eiter secernirend. Die submaxillären Lymphdrüsen zeigen rechts eine ganz geringe Anschwellung gegenüber der linken. Die Geschwulst ist mit der unterliegenden Fascie und in der Mitte mit dem Knochen fest verwachsen. — 26. 11. 84. Excision und Abmeisseln des in der Mitte des Geschwüres erkrankten Knochens, wobei der Sinus frontalis in seiner ganzen Ausdehnung blossgelegt wird. Die hintere und Seitenwand des Sinus frontalis wird, obwohl anscheinend gesund, mit dem scharfen Löffel gereinigt. Deckung mit einem etwa 10 Ctm. langen und halb so breiten Lappen aus der Stirn. Dieser heilte primär ein. — 14. 2. 85. Pat. mit



ganz geschlossenem Defect entlassen. — Nach ungefähr 3 Monaten Recidiv in loco. Knoten, Ulceration, starke Eiterung mit stinkendem Geruch. Als sich Pat. am 19. 9. 85 abermals zur Operation stellte, musste sie als inoperabel remittirt werden. Tod 14 Tage darauf.

Fall II, 17. K. J., 65 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren als leichte Excoriationen an der Stirn und zu gleicher Zeit an dem linken Tragus. Keine Schmerzen. Allgemeinbefinden gut. — Geschwürsfläche im vorderen unteren Theile der rechten Ohrmuschel. Ränder hart, infiltrirt, ziemlich steil gegen das Geschwür hin abfallend. Der Tragus, Antitragus und die vordere Hälfte des Ohrläppchens zerstört, ebenso der knorpelige Gehörgang. Ohrmuschel auf der Unterlage verschieblich. Keine Drüsenschwellung. Auf der rechten Stirnhälfte eine flache, mit Krusten bedeckte Excoriation, 2 Ctm. unterhalb der Haargrenze. 2 Ctm. nach aussen und oben vom äusseren Augenwinkel ein Linsengrosses, mit Kruste bedecktes Knötchen. Auf der linken Stirnhälfte in gleicher Höhe eine  $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Ctm. grosse Ulceration, von breitem, aufgeworfenem Rande umgeben. — 12. 9. 85 Excision des Carcinoma auriculi, Auskratzung des äusseren Gehörganges. Theilweise Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der oberen Halsgegend. Ovaläre Excision der Stirncarcinome. — 18. 10. geheilt entlassen. Kurz darauf Recidiv am Ohre. Starke Eiterung. Kopfschmerzen. Tod  $\frac{1}{2}$  Jahr darauf.

Fall IIa, 1. K. B., 58 Jahre. Pat. stiess sich vor 5 Jahren eine kleine Warze an der Stirn ab. Es bildete sich ein kleines Geschwür, das nicht heilen wollte, sich langsam vergrösserte. Letzten Winter bedeutend schnelleres Wachsthum. — An der Stirn, oberhalb und seitlich nach rechts von der Nasenwurzel ein flaches, etwa Fünfmaststückgrosses, bis zur behaarten Kopfhaut reichendes Geschwür mit speckigem Grunde und zum Theil wallartig aufgeworfenen Rändern. Das Geschwür lässt sich auf seiner Unterlage nicht verschieben. Keine Drüsenschwellung. — 19. 5. 79 Exstirpation der Neubildung mit Trepanation eines etwa Maststückgrossen Knochenstückes, so dass die Dura mater blossliegt, welche durch 2 kleine, oberflächliche Schnitte verletzt ist. Deckung des Defectes durch 2 seitliche Lappen. Einlegung zweier Drainröhren. Pat. nach der Operation wohl; keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, kein Fieber. Die Wundränder verheilen überall p. pr. int. Reverdin'sche Transplantationen zur schnelleren Verheilung der Wundflächen. — 28. 6. 79 geheilt entlassen. — Pat. blieb local geheilt bis zu ihrem Tode, 21. 4. 82. Sie starb in Folge carcinomatöser Verengerung resp. vollständiger Verschlussung des Pylorus. Die ersten Beschwerden stellten sich ein Juni 1881, verschlimmerten sich von Monat zu Monat, so dass Pat. 1 Jahr später in sehr kachektischem Zustande zu Grunde ging.

Fall IIa, 2. J. W., 58 Jahre. Seit 5—6 Jahren bestand ein kleines Knötchen hinter dem rechten Ohre, welches sehr langsam wuchs. Seit Anfang dieses Jahres rapides Wachsthum und Ulceration auf der Oberfläche. In der letzten Zeit auch reissende Schmerzen. — Hinter und etwas unter dem rechten Ohre, sich bis an den Unterkieferwinkel nach vorn erstreckend, eine etwas über Hühnereigrosse Geschwulst. Dieselbe sitzt pilzförmig auf der sie umgebenden Haut auf. Oberfläche uneben, höckerig, exulcerirt. Die Ge-



schwulst lässt sich über dem Proc. mastoideus etwas, wenn auch wenig verschieben. — 15. 3. 81 Exstirpation. Die Geschwulst reicht viel weiter in die Tiefe, als nach der Verschiebbarkeit zu schliessen war; besonders dring ein Zapfen sehr tief in den Raum hinter dem Unterkiefer ein und kann wegen der reichlichen Blutung nur schwer entfernt werden (Vena jugularis extern unterbunden). Auch einige harte Lymphdrüsen werden entfernt. Ein kleiner Theil der Wunde wird vernäht. — 11. 4. 81. Pat. mit gut granulirender Wunde entlassen. Vollständige Heilung. Kein locales Recidiv. Pat. erkrankte  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation und starb nach des damaligen Arztes Aussage „in Folge eines ähnlichen Gewächses im Leibe“ am 16. 5. 82.

Fall IIa, 3. J. S., 76 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 20 Jahre aus einem Wärrchen der rechten Wangenseite, welches sehr langsam ulcerirte. Schmerzen traten erst ein, als die Mundschleimhaut perforirt wurde. — Unregelmässig viereckiger Substanzverlust der rechten Wangengegend, circa 4—5 Ctm. lang und 3—4 Ctm. hoch. In der Tiefe des Defectes eine längliche Perforation der Mundschleimhaut von  $1\frac{1}{2}$  Ctm. Länge. Geschwür innig mit der Mitte des horizontalen Unterkieferastes verwachsen. Hinten hat dasselbe auf den Masseter übergegriffen. Unmöglichkeit den Mund zu öffnen (Kieferklemme). Pat. schiebt sich die Speisen durch eine grosse Zahnlücke in der linken Mundhälfte. Schleimhaut 1 Ctm. um die Perforationsstelle mässig derb infiltrirt. Keine Drüsenschwellungen. — 3. 10. 85 Exstirpation. Resection eines 4—5 Ctm. grossen Stückes aus dem Alveolarrande des Unterkiefers, wobei der Unterkiefer fracturirt. Knochennaht. Der vordere Theil des Masseter wird entfernt. Der colossale Defect wird durch einen etwa 8 Ctm. langen und 6 Ctm. breiten Hautlappen aus der rechten und vorderen Halsseite gedeckt. Ein Theil der Gland. submaxill. wird als verdächtig exstirpirt. — 23. 11. 85. Fractur noch nicht geheilt. Pat. kann gut kauen. Wunde am Halse noch Zweimarkstückgross. Allgemeinbefinden gut. Pat. entlassen. — Die Wunde verheilte vollständig. Nach einem halben Jahre traten allmähliche Deglutitionsbeschwerden ein, die sich schnell steigerten. Pat. konnte schließlich selbst keine Flüssigkeiten mehr herunterschlucken (Oesophaguscarcinom). Er starb an Inanition 6. 1. 87.

Fall III, 2. C. M., 66 Jahre. Beginn der Affection vor einem halben Jahre mit einem Linsengrossen Knötchen links neben der Nase, etwa 1 Ctm. nach oben und aussen von der Nasolabialfalte, welches sehr bald ulcerirte. Ein Bruder seines Vaters soll an einem Wangenkrebs gestorben sein. — Geschwür am linken unteren Augenlide, das sich nach rechts bis zum Nasenrücken, nach links bis in die Gegend unterhalb des Proc. zygomaticus streckt. Starke Eitersecretion. Keine Drüsenschwellung. — 19. 5. 83 Exstirpation. Abmeisselung des Infraorbitalrandes. Enucleatio bulbi. Deckung der Orbita und der linken Nasenhälfte mit 2 Lappen aus Wange und Stirn. — 18. 7. 83 Pat. vollständig geheilt entlassen. — Pat. bemerkte kein Recidiv bis zum August 1885. Knoten an der Stelle, wo die erste Geschwulst aufgetreten. Seit October 1885 auch eine Geschwulst im Munde. Heftige Schmerzen, weshalb Pat. am 30. 11. 86 wieder in's Spital eintritt. Unterhalb des Infraorbitalrandes befindet sich links eine 2 Ctm. im Durchmesser



haltende, dunkelblaurothe, deutlich fluctuirende, auf Druck Eiter entleerende Geschwulst, welche  $\frac{1}{2}$  Ctm. prominirt. Alveolarfortsatz des Oberkiefers verdickt. Die Geschwulst im Munde erstreckt sich bis in die Mittellinie, ist überall von intacter Schleimhaut bedeckt, mit Ausnahme einer Stelle am Tuber maxill. sinist., wo aus einem 2 Ctm. grossen Substanzverlust Eiter abgesondert wird. Am Innenrande des Unterkiefers fühlt man je eine geschwollene, harte, nicht schmerzhaft Lymphdrüse von etwa Haselnussgrösse. — Pat. wurde als inoperabel remittirt; er lebt noch.

Fall III, 3. B. G., 53 Jahre. Beginn der Affection vor einem halben Jahre als kleines Knötchen. Keine Schmerzen. — Ueber dem linken Nasenrücken vom inneren Lidwinkel bis zur knöchernen Grenze der Nase sich ausbreitende, Markstückgrosse Geschwulst mit überwallenden Rändern, ganz oberflächlich sitzend, von harter Beschaffenheit, drüsiger Oberfläche. Keine Drüsenschwellung. Die Augenlider der linken Seite etwas ödematös. — 16. 12. 83 Exstirpation. Deckung des Defectes durch einen Lappen aus der linken Stirnhälfte. — 30. 1. 84 Pat. geheilt entlassen. — 21. 3. 84. Pat. zeigt ein Recidiv. Seit 14 Tagen Röthung und Schwellung an der operirten Stelle. Seit 8 Tagen besteht der Tumor, welcher die linke Orbita pilzförmig bedeckt, an der Oberfläche ulcerirt und mit Eiter bedeckt ist; ca. 3—4 Ctm. im Durchmesser, fast kreisrund, breitbasig aufsitzend. Die linke Nasenhälfte ist ebenfalls von Tumormassen eingenommen. Geschwür riecht stark. Consistenz ziemlich weich, entleert auf Druck durch eine Fistel Eiter. Drüsen in der Umgebung nicht fühlbar. — 26. 3. 84 Exstirpation. Das ganze untere Lid mit der Schleimhaut wird fortgenommen, ein Theil des linken Nasenbeines und der untere knöcherne Orbitalrand abgemeisselt, so dass die Highmorshöhle offen liegt. Rhino-Meloplastik (Lappen aus der Wangen- und Schläfengegend). — 28. 4. geheilt entlassen. — 5. 6. 84. Recidiv am Canthus internus, etwa Haselnussgross auf der Conjunct. bulbi aufsitzend. Sehvermögen erhalten. Exstirpation. Abmeisselung des Ansatzpunktes. Der Tumor ging aus von der Stelle, wo das linke Nasenbein mit dem Supraorbitalrande zusammenstösst. — 13. 6. 84. Pat. geheilt entlassen. — Nach einem halben Jahre neues Recidiv. Knoten unter dem linken Auge. Ulceration. Eiterung. Pat. lebt noch in kachektischem Zustande. Inoperabel.

Fall III, 4. A. B., 66 Jahre. Vor circa einem Jahre bemerkte Pat. ein Knötchen an der Spitze des rechten Ohres, welches bald ulcerirte, sich ausbreitete und von einem Arzt excidirt wurde. Die Wunde heilte gut. Vor circa 2 Monaten an der alten Stelle wieder ein Knötchen, welches ebenfalls schnell ulcerirte und allmähig weiterfrass. — Geschwür mit verdickten, knorpelig harten Rändern am oberen Ohrrande, 1 Ctm. lang,  $\frac{1}{2}$  Ctm. breit. Keine Drüsenschwellung. — 20. 5. 86. Excision mit der Scheere. Naht. Pat. geheilt entlassen 22. 5. 86. — Die Wunde heilte gut. Anfang October „stellten sich wieder Drüsen und Geschwulst ein“. Pat. wurde auswärts operirt. Jedoch schon im December traten hinter dem Ohre wieder „mehrere Geschwüre und Knollen“ auf. Noch nicht wieder operirt. Pat. hat „viele Schmerzen, Frost und kann das Zimmer nicht verlassen“.



Fall IIIa, 1. E. W., 62 Jahre. Beginn der Affection vor 9—10 Jahren. Nach einem Trauma entstand eine kleine Pustel, welche sich dann mit einer Kruste bedeckte. Geringe Eiterung. Der Schorf erneuerte sich immer wieder. Die kleine Geschwürsfläche begann vor 4 Jahren langsam, seit einem Jahr stärker zu wachsen. — Zwischen innerem linken Augenwinkel und Nasenrücken ein unregelmässig flaches, oberflächliches Geschwür mit geringer Eiterbelag, verschieblich über dem Knochen; die Ränder nicht verdickt. Kein Drüsenschwellung. Conjunctiva bulbi und die Thränenkarunkel frei. — 10. 7. 84 Excision. Plastischer Ersatz aus der Haut der rechten Nasenseite. — 30. 7. Pat. geheilt entlassen. — 2 Jahre später trat ein ähnliches Geschwür am oberen und unteren Rande des transplantierten Lappens auf. Im März 1888 wurde dasselbe von dem dortigen Arzte mit dem Glüheisen ausgebrannt. Die Wunde ist geheilt.

Fall IV, 8. K. T., 69 Jahre. Vor einem halben Jahre entwickelt sich über dem linken Auge ein aus einem kleinen Knötchen hervorgehendes Geschwür, das sich langsam vergrösserte. — Neubildung vom unteren Rande der linken Augenbraue sich 5 Ctm. nach oben erstreckend, annähernd viereckig, mit bläulich verfärbtem, wallartig aufgeworfenem Rande. Umgebung 1 Ctm. weit infiltrirt. Oberfläche in der Mitte geschwürig zerfallen. Geschwür nicht verschieblich über dem Knochen. Keine Drüsenschwellung. — 28. 4. 88 Excision. Die Neubildung ist zwar mit dem Periost, nicht aber mit dem Knochen verwachsen. Nur am inneren Augenwinkel wurde eine Knochenlamelle abgemeisselt. — 9. 7. Mit einer kleinen, gut granulirenden Wundfläche entlassen. Weitere Nachrichten fehlen.

Fall V, 2. N. R., 74 Jahre. Vor 3 Jahren bildete sich eine kleine Erosion an der Stelle, wo die Brille an der linken Nasenseite drückte. Pat. führt die weitere Verbreitung der zuerst ganz kleinen Geschwürsfläche zurück auf Vergiftung durch Grünspan (Brille mit Messingfassung). — Ein über Dreimarkstückgrosser, granulirender Substanzverlust in der linken Nasoorbita-gegend. Das untere Lid ist vollständig zerstört, die Conjunctiva bulbi mit ziemlich starken Excrescenzen liegt in weiter Ausdehnung bloss; das obere Lid ist in seiner medialen Hälfte ebenfalls zerstört. Nach abwärts reicht das Geschwür etwa 2 Querfinger breit über den Margo infraorbitalis. Es ist die Unterlage fest adhärent, zeigt eine unregelmässige, zerklüftete Oberfläche. Die regionären Lymphdrüsen nicht geschwollen. Cornea stark getrübt. Sehevermögen geschwächt. — 22. 6. 78 Exstirpation. Resection des Margo supra- und infraorbitalis. Enucleatio bulbi. Deckung des Defectes durch einen oberen Lappen aus der Stirn und einen seitlichen aus der Wangenhaut. — 14. 7. Pat. tritt aus. Die Lappen sind überall gut eingeeilt, nur besteht noch eine Fistel an der Spitze des Wangenlappens. Gute Granulationen. — Vollständige Heilung. Indessen besteht heute noch eine kleine Fistel derselben Stelle, aus der sich zeitweise eine eiterige Flüssigkeit entleert. V. Recidiv ist nichts nachzuweisen. Pat., 84 Jahre alt, ist noch wohl und rüstig.

Fall V, 4. B. S., 64 Jahre. Beginn der Erkrankung vor  $\frac{5}{4}$  Jahre mit einem Knötchen im unteren Augenlide, das vor 4 Monaten ulcerirte. Der Vater des Pat. starb mit 68 Jahren, nachdem er  $\frac{1}{2}$  Jahr vor seinem To-



wegen eines Wangencarcinoms operirt worden war. — Das untere Augenlid, sowie die äussere und innere Commissur sind in eine zerklüftete Geschwürsfläche verwandelt. Dieselbe ist zum Theil mit Krusten bedeckt, zum Theil secernirt sie schmutzigen Eiter. Die Conjunct. bulbi im Stadium der leichten Entzündung. Cornea frei. Sehkraft nicht herabgesetzt. — 13. 1. 79 Exstirpation des Lides mitsammt der Conjunct. palpebr. Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der hinteren äusseren Wangengegend und einen kleinen Lappen aus der Seitenwand der Nase. — 10. 2. Nachoperation zur Verbesserung der Form. Das obere Lid, welches mit dem Wundrande an der Nase verwachsen ist, wird abgelöst. Zur Hebung des unteren Lides wird aus der Wange ein dreieckiger Lappen lospräparirt und mit der Spitze im inneren Augenwinkel vernäht. — 4. 3. 79 Pat. fast geheilt entlassen. — Es trat vollständige Heilung ein. Pat. starb ohne Recidiv 18. 4. 84 „an Wassersucht“.

Fall V, 4. M. E., 44 Jahre. Vor 13 Jahren Verletzung der rechten Wange mit einem spitzen Strohalm. Die sich bildende Kruste wurde immer wieder abgekratzt. Das Geschwür nahm allmählig einen malignen Charakter an. — Auf der rechten Wange ein 2 Fingernägel grosser Theil offener Geschwürsfläche mit unterminirten Rändern, an dem medialen Theil mit Borken bedeckt. Geschwür leicht verschieblich, wenig schmerzhaft. — 26. 4. 80 Excision. Wangenschleimhaut bleibt erhalten. Plastik (Bogenschnitt gegen die Ohrgegend hin). — 1. 5. 80 geheilt entlassen. Pat. lebt ohne Recidiv.

Fall V, 12. J. K., 48 Jahre. Beginn der Erkrankung vor  $2\frac{1}{2}$  Jahren am linken unteren Augenlidrande. Pat. führt sie auf ein Trauma zurück. Die Wunde wurde häufig aufgekratzt und heilte nicht. Nach und nach entstand daraus dieses Geschwür. — Auf der linken Wange,  $\frac{1}{2}$  Ctm. unter den Cilien, ein unregelmässiges, 1 Ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür, mit gewulsteten, harten Rändern, im Innern zerfallen und vertieft, auf dem unterliegenden Knochen gut verschieblich. Keine Drüsenschwellung. — 10. 1. 85 Excision. Periost in der Mitte freigelegt. Conjunctiva geschont. Deckung mit einem Lappen aus der Schläfengegend. — 23. 1. 85 Pat. geheilt entlassen; lebt bis heute ohne Recidiv.

Fall V, 13. J. W., 58 Jahre. Die Entstehung der Affection wird auf ein Trauma vor 15 Jahren zurückgeführt. Erst vor 3 Jahren bemerkte Pat. in der Narbe die Entwicklung eines Knötchens, welches ulcerirte und sich langsam vergrösserte. — Grosser Substanzverlust in der linken Schläfengegend, welcher sich fast vom Canthus externus bis hinter das Ohr erstreckt,  $9\frac{1}{2}$  Ctm. lang, 6—7 Ctm. breit. Der vordere Rand des Ohres ist mit in's Geschwür hineingezogen; der äussere knorpelige Gehörgang ist in der Nähe des Tragus etwas afficirt; auch die Haut hinter dem Ohre geschwürig zerfallen. Ränder sehr derb, etwas gewulstet. Der Knochen scheint nirgends mitbetheiligt zu sein. Keine Drüsenschwellung. — 18. 3. 85 Exstirpation. Deckung des Defectes mit einem aus Stirn- und Kopfhaut genommenen Lappen. — 17. 4. Lappen überall p. pr. int. eingeheilt. Pat. mit gut granulirender Wunde entlassen. Geringe Facialislähmung. — Pat. bis heute ohne Recidiv.



Fall V, 14. G. K., 60 Jahre. Vor 18 Jahren Schnitt mit dem Rasirmesser in eine kleine Warze der linken Wangengegend. Die kleine Wunde wollte nicht heilen. In letzter Zeit schnellerer Zerfall des Geschwüres. — Ziemlich rundes, 6 Ctm. im Durchschnitt haltendes Geschwür der linken Wangenhaut, ziemlich reichlich Eiter secernirend, mit harten, verdickten, callösen Rändern; mit dem Jochbein verwachsen. Perforation in die Mundhöhle. In dieser, gegenüber dem linken oberen ersten Molarzahne, eine kleine, derbe Granulationsgeschwulst. Keine Drüsenschwellung. — 27. 4. 85 Exstirpation. Abmeisselung einer viereckigen Knochenlamelle vom Jochbeine, wo der Tumor mit dem Periost verwachsen war. Deckung des sehr grossen Defectes mit einem Lappen aus der linken Stirnhälfte, welcher 10 Ctm. breit war und bis zur Medianlinie reichte. — 13. 5. Lappen p. pr. int. eingeheilt. Mit gut granulirender Wundfläche entlassen. — Vollständige Heilung. Kein Recidiv.

Fall V, 15. M. K., 75 Jahre. Entstehung der Erkrankung vor 6 bis 7 Jahren aus einem kleinen Knötchen. In den letzten 2 Jahren schnelleres Wachsthum. — Geschwür an der linken Stirnhälfte über dem Supraorbitalrande, 4 Ctm. breit,  $4\frac{1}{2}$  Ctm. hoch, von unregelmässig viereckiger Gestalt. Ränder etwas gewulstet, ziemlich derb. Umliegende Haut geröthet. Geschwulst nicht mit dem Knochen verwachsen. Die regionären Lymphdrüsen nicht geschwollen. — 28. 4. 85 Exstirpation. Keine Plastik. — 4. 5. Pat. mit gut granulirender Wunde entlassen. — Die Eiterung dauerte noch einen Monat lang. Vollständige Heilung. Kein Recidiv.

Fall V, 16. A. S., 54 Jahre. Beginn der Affection vor ca. 6 Jahren. Seit einem halben Jahre schnelleres Wachsthum und Beginn der Ulceration bedingt, wie Pat. angiebt, durch vieles Ziehen und Kratzen an der Geschwulst. — Wallnussgrosse, ziemlich tief ulcerirte, reichlich Eiter secernirende, gestielt auf dem linken Nasenflügel aufsitzende, elastisch weiche Geschwulst. Der Stiel ist ziemlich dünn. Umgebung etwas geröthet und entzündlich infiltrirt. Die Geschwulst selbst unregelmässig kugelförmig, an der Oberfläche höckerig. Keine Drüsenschwellung. — 8. 5. 85 Abtragen der Geschwulst mit dem Paquelin. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 17. A. L., 60 Jahre. Vor ungefähr einem Jahre bildete sich auf der Mitte der Stirn ein kleines hartes Knötchen, das allmählig grösser wurde und auf der Höhe ulcerirte. — Dicht über der Glabella eine Fünfmarkstückgrosse Geschwulst, ca. 5 Ctm. über die umgebende Haut erhaben, maulwallförmig aufgeworfenem, mässig hartem Rande. Oberfläche theils mit Eiter und Schmutz, theils mit Krusten bedeckt, uneben und vielfach gebuchtet. verbreitet einen penetranten Geruch. Geschwür mit der Unterlage fest verwachsen. — 21. 3. 82 Exstirpation. Resection eines circa Zweimarkstück grossen Stückes aus dem Stirnbeine. Zur Deckung des Defectes werden zwei seitliche Lappen lospräparirt, über den Defect gezogen und vernäht. Verheilung der Wundränder p. pr. int. — 19. 5. Reverdin'sche Transplantation auf die Wundflächen. — Vollständige Heilung. Pat. starb Herbst 1888 ohne jede Spur eines localen Recidivs an „Wassersucht“.



Fall V, 18. P. H., 48 Jahre. Beginn der Affection vor 2 Jahren. Langsames Wachsthum. — An dem rechten unteren Augenlide eine etwa  $3\frac{1}{2}$  Ctm. lange und  $2\frac{1}{2}$  Ctm. breite, knorpelharte Geschwulst, die an einer nasal gelegenen Stelle ulcerirt ist. Ueber dem Knochen leicht verschieblich. Ectropium des unteren Augenlides. Conjunctiva des linken Auges ein wenig injicirt. Keine Drüsenschwellung. Carunkel und Plica semilunaris etwas verdickt, in der Consistenz aber nicht verändert. — 10. 7. 85 Excision und plastischer Ersatz nach Dieffenbach. Reactionsloser Wundverlauf. — 28. 7. Fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv. Conjunctiva bulbi zeitweise stark geröthet. Zeitweises Jucken und Thränen des Auges. Sehkraft geschwächt.

Fall V, 19. C. R., 48 Jahre. Vor 8 Jahren wurde Pat. von ihrem Kinde am rechten Nasenflügel gekratzt. Die sich bildende Kruste wurde häufig entfernt. Der Defect erreichte nach einem 6jährigen Zeitraume die Grösse eines Daumennagels. In den beiden folgenden Jahren rapides Wachsthum. — Der rechte Nasenflügel geschwunden. Der Rand des ovalären Defectes verläuft vom rechten äusseren Nasenlochwinkel ein wenig über die Nasolabialfalte auf die Wange, geht dann 1 Ctm. unterhalb des Nasenbeines quer über den Rücken, beschreibt einen kleinen Bogen auf dem linken Nasenflügel, um an der Spitze der Nase mit einer derben Infiltration zu enden. Keine Drüsenschwellung. — 15. 7. 85 Exstirpation. Rhinoplastik nach Dieffenbach (Lappen von der anderen Nasenseite her). — 6. 8. Nachoperation zur Verbesserung der Form. — 12. 8. Pat. fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 20. E. B., 59 Jahre. Pat. hatte schon als Kind eine Fünfpfennigstückgrosse Warze an der linken Schläfengegend. Vor 15 Jahren sprang dieselbe auf und nässte. Es entstand ein kleines Geschwür, welches zeitweise sehr schmerzte, allmählig grösser wurde. — Zwischen äusserem Augenwinkel und Tragus in der Mitte ein Markstückgrosses, trichterförmig vertieftes Geschwür mit aufgeworfenem Rande. Keine Drüsenschwellung. — 17. 7. 85 Excision. Vereinigung des oberen und unteren Wundwinkels. — 24. 7. Pat. mit einer kleinen granulirenden Wunde entlassen. — Wunde nach 3 Wochen vollständig geheilt. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 22. G. C., 63 Jahre. Vor  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Jahre bemerkte Pat. am inneren linken Augenwinkel ein Knötchen, welches bald zu ulceriren begann, sich langsam und schmerzlos vergrösserte. — Flaches, unregelmässig vier-eckiges Geschwür von  $1\frac{1}{2}$ —2 Ctm. Durchmesser in der Gegend zwischen linker Nasenwurzel und Conjunctiva palpebrarum. Geschwürsgrund mit Granulationen spärlich besetzt, sondert dickes Secret ab. Die Ränder etwas erhaben, derb. Conjunctiva bulbi frei. Mässiges Thränenträufeln, Conjunctivalkatarrh. Geschwür auf der Unterlage verschieblich. Keine Drüsenschwellung. — 14. 8. 85 Exstirpation. Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der Stirn. — 23. 8. Pat. mit gut verheilten Wundrändern entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 23. A. M., 70 Jahre. Beginn der Affection vor 4—5 Jahren als Knötchen auf dem Nasenrücken. Schnelleres Wachsthum seit Herbst 1885.



Geschwür von unregelmässig viereckiger Gestalt, mit aufgeworfenen Rändern 3 Ctm. breit, 2 Ctm. hoch, nimmt den Nasenrücken und die Nasenflächen zum Theil auch die Nasenflügel (besonders links) ein, hängt mit der knorpeligen Nasenscheidewand zusammen. Keine Perforation in's Naseninnere. 2 Lymphdrüsen der linken Seite geschwollen, eine Haselnussgross in der Nähe der Submaxillaris, die andere Erbsengross nach vorn von derselben. — 13. 11. 85 Exstirpation der Geschwulst sammt Nasenschleimhaut und Septum Rhinoplastik (2 seitliche Lappen mit oberen Stielen aus Nase und theilweis Wange). — 7. 12. 85 Pat. geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 24. N. G., 66 Jahre. Beginn der Affection vor 3 Jahren als Knötchen am linken Tragus. Seit einem halben Jahre Ulceration und schnelleres Wachsthum. — Flaches Geschwür in der Gegend des linken Tragus von 1 Ctm. Durchmesser, mit unregelmässig gewulsteten Rändern auf der Unterlage verschieblich. Gehörvermögen normal. Keine Drüsenanschwellung. — 25. 11. 85 Exstirpation. Entspannungsschnitt. Naht. — 3. 12. Pat. fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 28. J. A., 52 Jahre. Beginn der Affection vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahre mit einer Borke von Hirsekorngrösse, die abfiel und sich immer wieder erneuerte. Es entstand ein kleines Geschwür, welches Eiter secernirte und sich langsam ausdehnte. — Viereckiges Geschwür der rechten Temporalgegend mit unterminirten Rändern, deren unterer dem oberen Rande des Jochbogens parallel läuft und 3 Ctm. vom Tragus beginnt. Längsdurchmesser 5, Querdurchmesser 2 $\frac{1}{2}$  Ctm. Ränder knorpelhart; nach dem Ohre hin ist die Haut blasenförmig emporgehoben, dunkelroth verfärbt; auf Druck entleert sich ein hämorrhagisch-purulent Secret. Geschwür auf der Unterlage gut verschieblich. An der rechten Parotisgegend, gerade vor dem Tragus ein kleines Knötchen in der Haut, oberhalb der Fascia parotideo-masseterica. Lymphdrüse von knorpeliger Härte. Sonstige Metastasen fehlen. — 29. 7. 86 Exstirpation. Deckung des ziemlich grossen Defectes (8—5 Ctm.) durch Unterminiren der Ränder mit der Scheere und Verschiebung der benachbarten Haut. Heilung p. pr. int. — 7. 8. 86 Pat. geheilt entlassen. — Bis heute ohne Recidiv.

Fall V, 29. J. S., 64 Jahre. Eine Warze wurde öfter aufgekratzt. Seit 7 Jahren begann dieselbe stärker zu wachsen. Es entstand ein kleines Geschwür. Die ulcerirte Fläche vernarbte an einzelnen Stellen, brach aber immer wieder auf. — Auf dem rechten Nasenflügel eine etwa Markstückgrosse Geschwulst, prominirend, auf der Oberfläche ulcerirt, von exquisit papillärem Bau, nicht schmerzhaft auf Druck, knorpelhart, auf der Unterlage etwas verschieblich. Schleimhaut der Nase intact. Keine Drüsenanschwellung. — 1. 8. 86 Exstirpation. Knorpel zeigte sich intact, wurde deshalb nicht mit entfernt. Plastischer Ersatz aus der Haut derselben Nasenseite. — 30. 8. Pat. mit vollkommen eingetheiltem Lappen entlassen. Gute Granulationen auf der Wundfläche. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.



Die tabellarische Uebersicht unserer 72 Fälle von Gesichtskrebs zeigt bezüglich der Endresultate folgendes summarische Ergebniss:

1. Es starben bald nach der Operation . . .	3 Kranke.
2. " " an localem Recidiv . . .	17 "
3. " " an Carcinom innerer Organe . . .	3 "
4. " leben mit localem Recidiv . . .	7 "
5. " " resp. starben ohne Recidiv . . .	31 "
6. Keine späteren Nachrichten liegen vor von	11 Kranken.
<hr/>	
72.	

Bevor wir nun auf die Betrachtung dieser Fälle und die Kritik des Werthes vorstehender Zahlen für die Feststellung der durch unsere heutige Therapie erzielten Endresultate der Gesichtscarcinome eingehen, ist es nöthig, um in den verschiedenen Fällen die verschiedenen Ausgänge und die verschiedenen Resultate gegenüber anderen Carcinomen verstehen und würdigen zu können, die in Rede stehenden Gesichtskrebse einer kurzen Besprechung zu unterziehen.

Zugleich sei es gestattet, die Zahl dieser beobachteten Fälle dazu zu benutzen, einen kleinen statistischen Beitrag zu liefern zur Beantwortung einiger Fragen, welche zwar nicht direct prognostische Bedeutung, wohl aber eine für das Krankheitsbild des Gesichtskrebses allgemeine Wichtigkeit haben; ich meine die Fragen in Bezug auf Häufigkeit des Vorkommens, genauere Localisation, eventuelle Heredität, Alters-, Geschlechts- und Standesdisposition.

An der Haut des Gesichtes können wir nach Thiersch, der zuerst die epitheliale Natur der Neubildung und die unmittelbaren Beziehungen der neugebildeten Epithelien zu den normalen Epithelzellen klar erwiesen hat, zwei in der Art ihres Auftretens wie auch im klinischen Verlaufe recht verschiedene Formen des Carcinoms unterscheiden, die flache und die tiefgreifende.

Wenn wir diese Carcinome nach ihrer Prognose beurtheilen wollen, so ist gerade diese Eintheilung von entscheidender Bedeutung. Die Lippenkrebse, welche, wie oben gesagt, durchgehends eine weit grössere Malignität besitzen, als die übrigen Gesichtskrebse, verdanken dieselbe vorzüglich dem Umstande, dass sie vorwiegend der tiefgreifenden Form angehören. Diese ist an Nase, Wange, Augenlid, Schläfe, Stirn weit seltener. Hier finden wir am häufigsten die gutartigste, die flache Form der Krebsbildung. Dieselbe kann unter Umständen viele Jahre lang bestehen, ohne



das Leben des Individuums direct zu gefährden oder nennenswert zu schädigen. Aus diesem Grunde hat man dieses Geschwür lange Zeit nicht unter dem ominösen Namen eines Carcinoms gelten lassen, sondern ihm als „Ulcus rodens“ eine gewisse Selbständigkeit verliehen und als einen besonderen chronisch-entzündlichen Process alter Leute oder als einen Lupus senilis betrachtet. Erst wenn ein solches Geschwür nach der Operation recidivirte, hielt man es für Krebs. Seitdem an dem alten Dogma der Unheilbarkeit des Carcinoms bereits vor einer Reihe von Jahren stark gerüttelt worden ist, und seitdem durch Mikroskop und genauere klinische Beobachtung bestimmte, für Krebs charakteristische Merkmale gewonnen sind, kann es heute kaum mehr einem Zweife unterliegen, dass auch dieses sogenannte Cancroid stets eine echte carcinomatöse Neubildung darstellt. Diese flache Form des Gesichtskrebses zeichnet sich vor Allem durch die ausgesprochene Tendenz aus, sich mehr in der Fläche, als in der Tiefe auszubreiten. Sie zeigt sich im Anfang lange Zeit fast nur als flaches Geschwür mit flachen oder wenig verdickten Rändern, dessen nächste Umgebung nach Form, Farbe und Resistenz kaum Anomalien darbietet. Sie bildet immer nur eine oberflächlich liegende Schicht epithelialer Neubildung, welche auf dem senkrechten Durchschnitte sich mit einer ziemlich ebenen Contour gegen das Stroma der Umgebung absetzt.

Der tiefgreifende Epithelialkrebs hingegen lässt eine solche scharfe Abgrenzung nicht wahrnehmen, seine epithelialen Massen breiten sich in beträchtlicher Tiefe in Form unregelmässiger Anhäufung aus. Die aus diesen Neubildungen hervorgehenden Geschwüre zeigen bald die Tendenz, kraterförmig in die Tiefe zu zerfallen, bald fungusartig emporzuwuchern. In der Nachbarschaft entstehen neue dicke Knoten, die ziemlich rasch aufbrechen und mit dem Muttergeschwüre nach Unterminirung der dazwischen liegenden Hautborken sich in Verbindung setzen. Aus dem käsigen stark secernirenden, oft scheusslich stinkenden Grunde lassen sich dicke, schalige, käsige Epithelmassen ausdrücken. Binnen kurzer Zeit werden nicht nur Haut und Weichtheile, sondern auch Knochen zerstört, die regionären Lymphdrüsen werden befallen und in einzelnen, allerdings wenigen Fällen kommt es zu Metastasen in inneren Organen.



Viel langsamer ist der Wachstums- und Destructionsprozess des flachen Gesichtskrebses, der nicht in Knotenform, sondern continuirlich vom Rande aus fortschreitet. Infection der Lymphdrüsen ist sehr selten. Metastasen in inneren Organen sind noch nicht nachgewiesen worden. Die Zerstörung im Gesichte kann eine colossale Ausdehnung gewinnen, bevor überhaupt die Patienten darunter zu leiden beginnen. Der Grund eines solchen Geschwüres ist häufig ganz flach, zuweilen körnig, oft papillär, derb und fester als beim tiefgreifenden. Je flacher und trockener der Grund erscheint, desto gutartiger ist der Krebs. Mitunter kommt es bei diesen sehr flachen Hautcarcinomen in den Rändern, ja selbst in den Geschwürsflächen zu oberflächlicher Vernarbung, während in der Tiefe der Krebs fortschreitet. Durch diese narbige Schrumpfung wird die Haut der Umgebung oft in Falten herangezogen, so dass die Geschwürsfläche sehr viel kleiner erscheint, als sie in der That ist und als sie sich nach der Exstirpation durch die Grösse des Defectes zeigt. Diese narbig-atrophirenden Gesichtskrebse sind indessen nicht sehr häufig.

Man darf sich durch den Namen des flachen Hautkrebss leicht zu der Anschauung verleiten lassen, dass die Neubildung immer nur in der Haut weiterwandere. Nach einiger Zeit greift sie auch in die tiefliegenden Theile über. Besonders häufig sieht man nach localen Reizungen, wie sie oft durch ungenügende Verletzungen gegeben sind, diese relativ gutartige flache Form einen Zeit maligneren Charakter annehmen. Auf der Stirn wird oft der Schädel und selbst die Dura mater mitergriffen. An der Nase und den Augenlidern wird die Wand der Stirnhöhlen, der Siebbeinhöhle, der Orbita durchbrochen, von der Ohrgegend aus kann das ganze Felsenbein durchwachsen und, wie in einigen Fällen beobachtet wurde, das Gehirn „angefressen“ werden.

Was nun die genauere Localisation der Gesichtskrebse angeht, fällt, da wir die Lippenkrebse von unserer Betrachtung ausgeschlossen haben, damit der häufigste Sitz des Hautcarcinoms überhaupt, seine Prädilectionsstelle an der Unterlippe. Von 1111 aus verschiedenen Statistiken zusammengestellten Fällen von Gesichtscarcinom entfallen 609 allein auf die Lippen, 502 vertheilen sich auf die übrigen Regionen. Diese sind nun in sehr verschiedener Weise dabei betheiligt. Nach den Statistiken von Thiersch,



Billroth, Weber, von Bergmann, von Winiwarter und Trendelenburg gestaltet sich die Häufigkeitsskala folgendermaassen:

	Thiersch.	Billroth.	Weber.	von Bergmann.	von Winiwarter.	Trendelenburg.	Summa.
Nase . . . . .	6	11	13	16	30	81	157
Wange . . . . .	6	} 6	13	} 22	24	57	} 143
Kinn . . . . .	2		—		2	11	
Augenlider . . . . .	3	4	12	23	36	43	121
Stirn . . . . .	3	} 8	} 6	5	9	22	} 81
Schläfe . . . . .	6			4	6	12	
Ohr . . . . .	1	—	—	4	7	16	28

Wenn sich auch in der Reihenfolge der einzelnen Regionen geordnet nach der Erkrankungshäufigkeit, bei den verschiedenen Autoren nicht geringe Differenzen ergeben, so springt doch aus der Gesammtzahl das bedeutende Ueberwiegen der Carcinome der Nase, Wange und Augenlider über die der Stirn, Schläfen- und Ohrgegend gleich in die Augen (421:109). Ein ähnliches Bild giebt unsere Tabelle, welche folgendes Häufigkeitsverhältniss der Erkrankung der einzelnen Regionen aufweist:

	Männer.	Frauen.	Summe.
Nase . . . . .	10	9	19
Wange . . . . .	14	5	19
Augenlid . . . . .	9	1	10
Schläfe . . . . .	7	3	10
Stirn . . . . .	2	5	7
Ohr . . . . .	3	2	5
Kinn . . . . .	1	—	1
Unbekannt . . . . .	1	—	1
	47	25	72

In den einzelnen Fällen bestimmt häufig der Sitz einer Wunde, ein Trauma, eine Narbe etc., aus welchen sich das Carcinom entwickelt, den Ort der krebsigen Degeneration. Im Uebrigen scheint dieselbe an der Nase häufiger von den Nasenflügeln, als vom Nasenrücken auszugehen. Von den Augenlidern ist unstreitig das untere Lid sowie der innere Augenwinkel bevorzugt, während der Ausgangspunkt vom oberen Lide selten ist. Es ergibt sich



somit ein auffallender Unterschied in der Empfänglichkeit gewisser Regionen für die Carcinomentwicklung.

Auch nach dem Geschlecht und dem Stande der Individuen ist eine Verschiedenheit der Disposition zu derselben constatirt. Wenn das weibliche Geschlecht gegen Unterlippenkrebs eine ziemlich weitgehende Immunität besitzt, so ist es gegen die übrigen Gesichtskrebse nicht so sehr gefeit, wenngleich das männliche Geschlecht immer noch ein weit grösseres Contingent zu diesen Erkrankungen stellt. Von 357 Gesichtscarcinomen (ausgeschlossen die Lippencarcinome) bei von Winiwarter und Trendelenburg kommen 223 auf das männliche, 134 auf das weibliche Geschlecht. Unter unseren 72 Patienten befinden sich 47 Männer, 25 Frauen. In Uebereinstimmung mit anderen Statistiken kommen auch nach unserer Tabelle die Carcinome der Stirn wesentlich häufiger bei Frauen, als bei Männern vor.

Der grösste Theil der an Gesichtskrebs Erkrankten rekrutirt sich aus der Landbevölkerung, und zwar gilt dies noch mehr, als für die Lippenkrebse, für die Carcinome der übrigen Gesichtsregionen. Leider können wir aus unseren Fällen nicht den Beweis durch Zahlen für diese Thatsache liefern, da bei den weiblichen Kranken durchgehends keine diesbezüglichen Angaben vorhanden sind, und dieselben auch bei vielen männlichen Kranken fehlen.

Wenn im Allgemeinen der Krebs eine Erkrankung des höheren Lebensalters darstellt, so gilt dies besonders von den Gesichtscarcinomen. Nach von Winiwarter fällt die grösste Zahl der zur Beobachtung kommenden Gesichtskrebse zwischen das 45. bis 60. Lebensjahr und es kommen auf diesen Zeitraum fast eben so viele Erkrankungen, wie auf alle übrigen Jahre zusammen. Vor dem 30. Lebensjahre treten dieselben nur ganz vereinzelt auf.

Trendelenburg hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass diese Zahlen kein richtiges Bild von der relativen Häufigkeit des Vorkommens in den verschiedenen Lebensaltern geben. „Da weniger Individuen von 70 Jahren gleichzeitig am Leben sind, als Individuen von 50 Jahren, so werden natürlich Carcinome seltener bei 70jährigen, als bei 50jährigen zur Beobachtung kommen.“ Nach einer das Zahlenverhältniss der Individuen in den verschiedenen Altersklassen berücksichtigenden Berechnung hat er die relative Häufigkeit der Gesichtskrebse in einer Curve graphisch



dargestellt. Dieselbe erreicht ihren Culminationspunkt erst im Bereiche des 70.—75. Lebensjahres. Die Disposition zur Erkrankung an Gesichtskrebs steigt also bis in das hohe Alter und zwar besonders rasch zwischen dem 40. und 60. Jahre. Eine zum Vergleich dargestellte Curve, berechnet aus 4769 Carcinomen überhaupt, erreicht dagegen schon im 6. Decennium ihren Höhepunkt.

Von unseren 72 Fällen können wir über das durchschnittliche Alter der Patienten zur Zeit des ersten Auftretens des Carcinoms leider keine statistischen Angaben machen, da über die Hälfte von den Krankengeschichten mangeln. Zur Zeit, als sie sich der ersten operativen Behandlung unterwarfen, standen die Patienten in einem Alter, welches aus folgender Tabelle ersichtlich ist:

	Lebensjahr:					Summe
	30.—40.	41.—50.	51.—60.	61.—70.	71.—80.	
Männer . . . .	1	7	10	19	10	47
Frauen . . . .	1	1	8	11	4	25
Im Ganzen .	2	8	18	30	14	72.

Die meisten Kranken standen somit beim Eintritt in die Klinik im Alter von 60—70 Jahren, nach einer Durchschnittsberechnung im Alter von 62,1 Jahren.

Von dem Bestehen der Erkrankung bis zur ersten Operation geben die kurzen Bemerkungen in den 30 zu Gebote stehenden Krankengeschichten eine Anschauung. Die Zeit zählt meist nach Jahren und zwar nicht nur nach 2—3, sondern oft nach 8—10 Jahre. Indessen sind die Fälle, in denen die Patienten, gezwungen durch das rapide Wachsthum und den frühzeitigen tiefgreifenden Zerfall der Neubildung, schon vor Ablauf eines Jahres ärztliche Hülfe aufsuchen, nicht gerade eine grosse Seltenheit. Wir finden der unter den 30 Kranken nicht weniger als 5. Andererseits kommen auch mehrere Fälle vor, wo 15—20 Jahre seit Bestehen des Geschwüres verliefen, bis es zur Operation kam.

Was die Frage der Heredität der Gesichtscarcinome angeht, so scheinen die Patienten, nach den vorhandenen Krankengeschichten zu urtheilen, über diesen Punkt regelmässig examinirt worden sein. Indessen liegen aus diesen 30 Krankengeschichten nur zwei anamnestiche Angaben vor, welche auf hereditäre Belastung eventuell schliessen liessen. In dem einen Falle (V, 3) starb



Vater, nachdem er  $\frac{1}{2}$  Jahr vor seinem Tode wegen Wangencarcinom operirt worden war; in dem anderen Falle (III, 2) soll der Bruder des Vaters (!) mit den vierziger Jahren einen Wangenkrebs bekommen haben, welchem er erlag. Diese beiden Fälle können jedenfalls nicht zur Annahme einer hereditären Prädisposition drängen.

Wir kommen nun zur Beantwortung der Hauptfrage unserer statistischen Untersuchungen, zur Prognose der Carcinome des Gesichtes mit Ausschluss der Lippen-carcinome.

Eine genaue Statistik über die durchschnittliche Lebensdauer bei diesen Krebsen, falls sie nicht therapeutisch behandelt werden, zusammenzustellen, ist heutzutage sehr schwierig, denn man trifft in civilisirten Ländern doch nur äusserst wenige Kranke dieser Art, die nicht operirt oder wenigstens durch Aetzmittel behandelt worden sind.

Uebrigens ist wohl bei keinem Carcinom die Prognose individuell so verschieden, wie gerade bei den in Rede stehenden. Es erklärt sich dies, wie oben gesagt, aus dem verschiedenen Malignitätsgrade, je nach Art und Sitz desselben. Ausserdem ist natürlich auch die Dauer des Bestehens und die Grösse und Ausbreitung der krebsigen Degeneration prognostisch von grosser Wichtigkeit. Entsprechend werden die zu therapeutischem Zwecke getroffenen Massnahmen im einzelnen Falle sehr verschieden grosse Eingriffe darstellen. Die Behandlung in der Klinik bestand bei unseren Fällen fast ausnahmslos in der Entfernung der Neubildung durch das Messer. Medicamentöse Mittel wurden nicht versucht, weder local, noch innerlich. Zweimal (IV, 9 und V, 16) geschah die Abtragung des Carcinomatösen mit dem Paquelin.

Die Ausbreitung und der Sitz des Carcinoms war in einigen Fällen der Art, dass nach der Excision gleich die Naht der Wundränder folgen konnte. In der weit überwiegenden Mehrzahl derselben aber musste der Exstirpation ein mehr oder weniger ausgedehnter plastischer Ersatz des Defectes folgen. Wie oft die Operation sich nicht allein auf die Entfernung erkrankter Weichtheile, sondern auch auf die Abmeisselung bereits afficirter Knochen- und Knorpelpartieen erstreckte, ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

- |    |                       |       |                           |
|----|-----------------------|-------|---------------------------|
| 1. | Resectio maxill. sup. | 1 mal | (Fall II, 4).             |
| 2. | " " " part.           | 2 "   | (Fall II, 6 und III, 1).  |
| 3. | " " " infer.          | 2 "   | (Fall II, 15 und IIa, 3). |



4. Resectio cranii part. . . . . 5 mal (II, 13; IIa, 1; IV, 8; V, 7 und V, 11).
5. „ part. proc. zygomat. . . . . 1 „ (Fall V, 17).
6. „ „ marg. infraorbit. . . . . 3 „ (Fall III, 2; III, 3; V, 2).
7. Abtragung des Septum narium und des unteren Theiles des Proc. nasal. 2 „ (Fall II, 11; V, 26).
8. Extirpation eines grossen Theiles des äusseren Gehörganges . . . . . 1 „ (Fall II, 12).
9. Auskratzung des äusseren Gehörganges . . . . . 1 „ (Fall II, 17).

Vorstehende Zusammenstellung lässt zugleich durch die Angabe der Gruppe, zu welcher jeder einzelne Fall gehört, den jedesmaligen Ausgang erkennen. Bemerkenswerth ist es, dass die Gruppen mit Ausgang in Recidiv hierbei am meisten vertreten sind, was natürlich nicht auffallen kann, da der grössere operative Eingriff auf grössere Ausdehnung des Carcinoms und tiefgreifender Zerstörungen schliessen lässt.

Der Akt der Operation an sich hat indessen nur in einem einzigen Falle den Tod des Kranken bedingt. Ein 69jähriger Greis (I, 3) starb am Tage nach der Operation, ohne dass dieselbe besonders schwerer Art gewesen zu sein scheint, an Inanition.

Die beiden anderen Kranken der Tabelle I erlitten zufällige Complicationen. Der eine (I, 1) starb nach 8 Tagen an Delirium, der zweite (I, 2) am 5. Tage an acutem Gelenkrheumatismus. Solche Todesfälle sind streng genommen nicht auf Kosten der Operation zu rechnen.

Bei allen anderen Patienten war der Ausgang der Operation ein günstiger. Trotz recht schwerer, umfangreicher Operation mit Eröffnung der Hirnhöhle und Fortnahme des Kiefers bei nicht selten mangelhafter Hautbedeckung ist kein Todesfall direct der Operation zur Last zu legen. Weder Bronchopneumonie, noch eiterige Zellgewebsentzündung traten auf; kein Patient wurde septisch oder pyämisch; keiner hat während seiner Kurzeit ein Erysipel durchzumachen gehabt; eine Thatsache, die gegenüber Statistiken aus früherer Zeit kaum glaublich erscheint und die fast lediglich der antiseptischen Behandlung zu danken ist.

Welches ist nun der definitive Erfolg unserer operativen Behandlungsweise?

Rechnen wir die drei bald nach der Operation gestorbenen Patienten und die 11, über deren Schicksal uns keine positiven Nachrichten vorliegen, ab, so sind von den übrigen 58 im Ganzen



an localem Recidiv erkrankt 26. — Ob wir die 3 Fälle der Tabelle IIa. gleichfalls zu den Recidiverkrankungen rechnen sollen, darüber können wir mindestens zweifelhaft sein. Wenn wir bedenken, dass die Fälle von Gesichtscarcinom, bei denen später Krebs innerer Organe beobachtet wurde, äusserst selten sind, so müssen wir bei der Beurtheilung vorliegender 3 Fälle vorsichtig sein. Alle 3 Patienten blieben bis zu ihrem Tode ohne jede Spur eines localen Recidives.

Wir sehen zur Genüge aus den übrigen Fällen, wie gerne es zu frischen Neubildungen kommt, sobald nur geringe Tumorreste zurückgeblieben sind; wir sehen, wie selten selbst bei ziemlich ausgedehnten Zerstörungen Metastasen in den regionären Lymphdrüsen auftreten und wie eher hier die Degeneration bedeutend an Umfang zunimmt, bevor Anzeichen vorhanden sind, dass Keime von hier weiter verschleppt worden sind. Diese Erwägung kann uns von vornherein nicht für die Annahme geneigt machen, z. B. im Fall IIa, 1 das Pyloruscarcinom, welches mit Sicherheit constatirt wurde, als Metastase aufzufassen, zumal Patientin erst zwei Jahre nach der operativen Entfernung des Stirncarcinoms die ersten Beschwerden ihres neuen Leidens verspürte. Dagegen steht der Auffassung, dass das Pyloruscarcinom eine primäre, mit dem Gesichtskrebs in keinem ursächlichen Zusammenhange stehende Erkrankung war, nichts Hinderliches im Wege, wenn wir das zeitliche Aufeinanderfolgen der beiden Erkrankungen als zufällig ansehen. Wäre umgekehrt der Krebs der Stirn dem des Pylorus gefolgt, so würde kaum ein Chirurg an Metastase denken. Bei den beiden anderen Fällen kann leider nur mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines Carcinoms innerer Organe gemacht werden. Der eine Patient (IIa, 2) erkrankte  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation und starb 1 Jahr und 2 Monate nach derselben nach Aussage des damaligen Arztes in Folge eines ähnlichen Gewächses im Leibe“. Der andere (IIa, 3) starb, nach den Aussagen der Angehörigen zu schliessen, an Carcinom des Oesophagus zu Grunde, 14 Monate nach der Operation.

Die Zeit, nach welcher das neue Carcinom, falls wir ein solches annehmen wollen, auftrat, die lange Dauer des Bestehens des Gesichtskrebses bis zur Operation, seine grosse Ausdehnung und die Affection der Lymphdrüsen lassen in diesen beiden Fällen die Annahme einer Metastase eher als gerechtfertigt erscheinen.



Uebrigens dürfen wir auf die Thatsache, dass Metastasen in inneren Organen nach Gesichtskrebs selten beobachtet sind, nicht ein allzu grosses Gewicht legen; dieselbe findet vielleicht ihre natürliche Erklärung darin, dass man selten Gelegenheit hat, sich durch die Section von dem Verhalten der inneren Organe zu überzeugen indem Todesfälle nach Operation des Gesichtscarcinoms selten sind und die betreffenden Leute es vorziehen, das Ende ihres Leidens zu Hause abzuwarten.

Abgesehen von diesen 3 Fällen, die kein sicheres Urtheil darüber gestatten, ob die spätere Erkrankung als secundärer Krebs aufzufassen sei oder nicht, giebt keiner der übrigen Anlass, Metastase in einem inneren Organe auch nur zu vermuthen.

Um so mehr tritt die locale Recidivfähigkeit unserer Carcinome hervor. Von 58 Patienten, über deren späteres Schicksal Nachrichten einliefen, erkrankten, wie oben gesagt, 26 = 44,8 pCt. an localem Recidiv; 29 = 50 pCt. blieben bis Mai 1887 resp. bis zu ihrem Tode recidivfrei. Dieses Zahlenverhältniss giebt natürlich kein richtiges Bild von der wirklichen Neigung zu Recidivkrankung. Durch statistische Untersuchungen ist festgestellt und kann durch unsere erhärtet werden, dass nach Ablauf von 3 Jahren gewöhnlich keine Recidive mehr eintreten, so dass man die Kranken nach diesem Zeitraume wohl als dauernd geheilt zu betrachten pflegt. Von unseren 29 recidivfreien Patienten starben intercurrent vor Ablauf dieses 3jährigen Zeitraumes 5; von den 24 welche bis zur Zeit unserer Nachforschungen noch ohne jedes Recidiv lebten, sind 15 nach obiger Annahme noch nicht über die Möglichkeit eines Recidivs hinaus. Eine definitive Heilungsdauer über 3 Jahre finden wir also nur bei 9 Patienten.

Unter den 26 Recidivkrankungen befinden sich 17 Patienten (Tabelle II), welche an ihrem Recidiv gestorben sind; 7 (Tabelle II) welche mit Recidiv leben, und 2 (Tabelle IIIa), welche nach wiederholter Operation jetzt recidivfrei sind.

Das Recidiv entstand entweder in der Wunde selbst, oder der Narbe oder deren nächsten Umgebung, nur in einigen Fällen zugleich in den regionären Lymphdrüsen. Bei Thiersch finden wir eine sehr zweckmässige Unterscheidung regionärer, continuirlicher und infectiöser Recidive. Erstere entstehen aus einer krankhaften Disposition der ganzen Gegend; die continuirlichen si-



solche, die sich aus zurückgelassenen Keimen entwickeln; die infectiösen beruhen auf Contagion oder Verschleppung. Von Infectionsrecidiven haben wir zwei wahrscheinliche, einen zweifelhaften Fall, und ist darüber bereits oben das Nöthige gesagt.

Als ein unzweifelhaftes Beispiel regionären Recidivs kann der Fall III, 6 gelten. Patient wurde im Februar 1881 wegen eines Carcinoms auf der Nase operirt und vollständig geheilt. In demselben Monat des Jahres 1885 kam er abermals in's Spital mit einem Ulcus rodens der rechten Parotisgegend und des rechten Tragus. Nach dem Sitz und der Zeit der Entwicklung dieses letzteren zu urtheilen, kann es nicht als auf zurückgebliebenen Tumorresten oder Verschleppung carcinomatösen Materiales basirend betrachtet werden. Nach gründlicher Entfernung alles Krankhaften und abermaliger vollständiger Heilung zeigt er heute, 2 Jahre nach der letzten Operation, wiederum ein Ulcus rodens von geringer Ausdehnung in der Gegend des rechten Stirnhöckers. Wir müssen annehmen, dass es sich bei diesem Kranken — er ist ein 55jähriger Bauer — um eine Neigung, speciell, wie es scheint, der rechten Gesichtshälfte zu oberflächlicher carcinomatöser Degeneration handelt. Man bezeichnet also in solchen Fällen eine Erkrankung als regionäres Recidiv, die streng genommen kein Recidiv des Wortes ursprünglicher Bedeutung, sondern eine primäre Neubildung derselben Art an einer anderen Stelle darstellt, welche nicht durch die erste bedingt ist. Die Neubildung kann ebenso gut gleichzeitig an verschiedenen Stellen primär auftreten, und wir haben dann die relativ seltenen Fälle von „multipler Carcinombildung“. Auch hierfür haben wir ein Beispiel: II, 17 (siehe die Krankengeschichte).

Wir haben oben gesagt, dass im Allgemeinen eine recidivfreie Zeit von 3 Jahren genügt, um die Möglichkeit eines Rückfalles auszuschliessen. Wenn diese allerdings etwas willkürliche Grenze doch nicht als durchgehends richtig erweist, wenn wir auch nach 5 und 10 Jahren Recidive auftreten sehen, so kann uns das weniger Wunder nehmen in der Erwägung, dass diese so spät nach der Entfernung der ersten auftretenden Neubildungen keine eigentlichen, sondern sogenannte regionäre Recidive sind. Gegen diese kann auch die ausgiebigste operative Entfernung keine dauernde Hilfe schaffen, es müsste denn die ganze anatomische Region von



vornherein geopfert werden; dies geht wohl beim Peniscarcinom nicht aber bei dem des Gesichtes. Somit können wir in der That keinem Kranken mit Gesichtskrebs eine sichere Gewähr dafür geben dass er durch unsere operative Behandlung gegen ein neues Auftreten desselben Leidens geschützt ist.

Ein continuirliches Recidiv können wir verhüten, sobald wir der Indication genügen, alles Krankhafte zu entfernen. Dies ist aber in vielen Fällen sehr schwierig, oft ganz unmöglich. Wir dürfen überzeugt sein, dass bei jedem unserer Patienten alles Entartete, so weit es sich mit freiem Auge als krank oder verdächtig erwies, und noch wenigstens mehrere Millimeter darüber hinaus exstirpiert wurde; abgesehen vielleicht von einzelnen Fällen, in denen sich während der Operation die Unmöglichkeit einer vollständigen Entfernung alles Degenerirten herausstellte. Nichtsdestoweniger sind von unseren 26 Recidiven bei Weitem die Meisten unzweifelhaft als continuirliche aufzufassen. Dafür spricht der Sitz an der Stelle des früheren Tumors oder doch dessen nächsten Umgebung sowie die durchgehends relativ kurze Zeit, nach welcher sie auftraten. In diesen Fällen lagen jedenfalls Ausläufer der Entartung jenseits der Operationslinie, welche mit freiem Auge nicht zu erkennen waren, und die auch mikroskopisch nur an gehärteten und in geeigneter Weise behandelten Präparaten zu entdecken sind.

Es ist von grösstem Interesse, zu wissen, wie lange Zeit nach der Operation das erste Recidiv eintrat. Wir können diese Frage exact leider nicht beantworten, da die betreffenden Angaben ungenau und nicht immer zuverlässig sind. In einem Falle (II, in welchem der Patient mit Recidiv eintrat, ist die Zeit der ersten Operation völlig unbekannt. Im Uebrigen können indessen folgenden ungefähre Zeitangaben als richtig gelten:

Das erste Recidiv trat auf:	
vor Ablauf dreier Monate . . . . .	11 n
Tabelle II. No. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17 = 8 mal,	
"    III. " 3, 5 = 2 mal,	
"    IIIa. " 2 = 1 mal,	
ca. 1/2 Jahr später . . . . .	4
Tabelle II. No. 2, 12, 16 = 3 mal,	
"    III. " 4 = 1 mal,	
ca. 1 Jahr später . . . . .	4
Tabelle II. No. 5, 6, 9 = 3 mal,	
"    III. " 7 = 1 mal,	
ca. 2—3 Jahre später . . . . .	5
Tabelle II. No. 3, 4 = 2 mal,	



Tabelle III. No. 1, 2 = 2 mal,  
 IIIa. „ 1 = 1 mal,  
 nach 3 Jahren . . . . . 1 mal,  
 Tabelle III. No. 6.

Bei den 17 Patienten, welche an Recidiv gestorben sind, trat das erste also 8 mal noch vor Ablauf von 3 Monaten ein. Sämmtliche Operirte wurden aus dem Spital entweder „geheilt“ oder „fast geheilt“ mit gut granulirender Wundfläche entlassen. Nur bei einer Patientin (II, 11) trat noch während ihres Aufenthaltes im Spital Recidiv auf, mit welchem sie als inoperabel entlassen wurde. Ausserdem zeigte sich das Recidiv 3 mal in der noch unvernarbten Wunde. In keinem Falle der Tabelle II. trat dasselbe nach 3 Jahren auf. Der einzige derartige Fall ist der schon oben als regionäre Recidivkrankung angesprochene, der Tabelle III, No. 6.

An ihrem ersten Recidiv starben, ohne dass es zu einer abermaligen Operation gekommen wäre, 12 Patienten; von den übrigen der Tabelle II, welche zum zweiten Male operirt wurden, erlagen dem zweiten Recidiv 4, bei einem kam es zur dritten Operation.

Unter den Kranken der Tabelle III befinden sich 3 mit erstem, 2 mit zweitem und 1 mit drittem Recidiv. Davon sind einer abermaligen operativen Behandlung mit Aussicht auf Erfolg zugänglich (Fall mit erstem (III, 7) und einer mit zweitem Recidiv (III, 6); als inoperabel können sicher gelten die Patientin mit drittem (III, 3), der Patient mit zweitem (III, 1) und einer mit erstem Recidiv (III, 2).

In den 11 Fällen, in welchen auf die zweite Operation ein zweites Recidiv folgte, war die Dauer des Intervalles stets eine sehr kurze. Dreimal schritt die krebsige Degeneration von der noch unvernarbten Wunde aus weiter vor. Durchschnittlich betrug die Heilungsdauer, so weit sich dies aus den Angaben ersehen lässt, 2—3 Monate.

Der Fall III, 6, in welchem das zweite Recidiv erst nach einem Jahre auftrat, ist eine grosse Ausnahme und wird durch die Annahme eines regionären Recidives, wie oben erörtert, erklärlich.

Von den 3 Patienten, welche bei Vorstellung des zweiten Recidives noch operabel waren, starb der eine 4 Monate nach überstandener Operation, der zweite lebt mit inoperablem drittem Recidiv, welches kurze Zeit nach Entfernung des letzten eintrat, in mangelhaftem Zustande (III, 3); der dritte wurde erst vor einigen Wochen als geheilt entlassen.



Hieraus ergibt sich somit die von Thiersch besonders betonte Thatsache, dass das Intervall zwischen Operation und Recidiv mit jeder folgenden Operation kürzer wird. Während nach der ersten Operation meist eine Zeit von 1—2 Jahren bis zum Auftreten des Recidives verstreicht, liegt zwischen dem ersten und zweiten Recidiv meist nur ein Zeitraum von wenigen Monaten, während das dritte sich fast unmittelbar an die Operation anschliessen pflegt.

Was nun den weiteren Verlauf des Carcinoms anlangt, nachdem das Recidiv eingetreten, so hat das Carcinom in den Fällen der Tabelle II. durchschnittlich in 2 Jahren nach der Operation zum Tode geführt. Diese Zeitdauer ist auffallend lange und wird in unseren Fällen besonders bedingt durch drei, welche sich durch ihren eminent chronischen Verlauf auszeichnen (Tod nach der ersten Operation in  $3\frac{1}{2}$ ,  $4\frac{3}{4}$  und  $6\frac{1}{4}$  Jahren). Im Uebrigen ist die verhältnissmässig lange Lebensdauer mit Recidiv für Gesichtskreislipome charakteristisch. Wo es nicht zur Operation des ersten Recidiv kam, war das Intervall bis zum Tode durchschnittlich noch grösser (es betrug 2 Jahre und 2 Monate), während bei den nach wiederholter operativer Behandlung Gestorbenen der Tod durchschnittlich bereits 16 Monate nach der ersten Operation eintrat. Diese Differenzen werden wir indessen nur durch die grössere Malignität der betreffenden Carcinome der letzteren Fälle, die in kurzer Zeit wiederholte Operationen erforderten, erklären dürfen. Die Zeit von der letzten Operation bis zum Tode betrug bei den wiederholt operirten durchschnittlich nur 5 Monate. Mit jedem Recidiv vermindert sich somit die Aussicht auf operative Heilung.

Wenden wir uns nun zu jenen Kranken, welche durch unsere Kunst zum Theil dauernd von ihrem Leiden befreit worden sind, zum Theil wenigstens bis zur Stunde unserer Nachforschungen reconvalescent bis zu ihrem Tode noch ohne jede Spur eines Recidives waren.

Die Zahl dieser Kranken insgesamt beträgt 29, davon leben 21, es starben 8. Zu den 21 am Leben befindlichen kommen noch hinzu die beiden Fälle der Tabelle IIIa, welche zwar von Recidiv befallen, aber durch wiederholte operative Behandlung jetzt recidivfrei sind. Indessen beträgt die Dauer der Heilung seit der letzten Operation bei beiden erst einige Wochen, so dass wir sie zur Feststellung des definitiven Ausgangs in keiner Weise verwerthen können.



Wie bereits oben bemerkt, sind von den übrigen 21 augenblicklich Geheilten 15 noch nicht über die Möglichkeit eines Recidives hinaus, wenn wir an der Annahme einer dreijährigen Heilungsdauer als Probezeit für die definitive Heilung festhalten. In 15 Fällen besteht jetzt die operative Heilung seit ca. 10, 9, 7, 6 und 4 Jahren (Tab. V, 1, 2, 4, 6, 8, 9). Von den übrigen noch lebenden Patienten sind ohne Recidiv seit mindestens 2 Jahren 7 Kranke (Tab. V, 11—16); seit mindestens 1 Jahre 7 Kranke (Tab. V, 18—24). Die beiden Patienten V, 28 und 29 sind gesund seit 10 und 8 Monaten.

Unter den intercurrent Gestorbenen befinden sich drei, bei welchen die durch unsere Therapie erzielte Heilungsdauer erst nach 3 Jahren durch eine andere Todesursache abgebrochen wurde. Der erste (V, 3) starb frei von Recidiv nach 5 Jahren an „Wassersucht“, der zweite (V, 5) nach 6 Jahren an „Hirnschlag“, der dritte (V, 7) nach 4 Jahren an „Lungensucht“. Von den übrigen 5 lebten einer über 2 Jahre, zwei ca. 1 Jahr, ohne von ihrem früheren Leiden etwas zu bemerken. Die beiden anderen starben ebenfalls ohne Recidiv nach 4 und 5 Monaten.

Ein definitives Heilresultat von mindestens 3 Jahren weisen also im Ganzen nur 9 Fälle auf.

Eine 2jährige Heilungsdauer finden wir in  $9 + 7 = 16$  Fällen. Über 1 Jahr geheilt sind  $16 + 8 = 24$  Patienten. Bei den übrigen Kranken der Tabelle V beträgt die Zeit der Heilung erst 4 bis 3 Monate, bei den 2 der Tabelle IIIa erst einige Wochen.

Das Schicksal aller Operirten gestaltet sich also folgendermaßen:

1. Bald nach der Operation gestorben	3 Kranke	=	4,2 pCt.
2. An Recidiv gestorben	20	=	27,8 „
3. Mit Recidiv lebend	7	=	9,7 „
4. Schicksal unbekannt	11	=	15,3 „
5. Intercurrent gestorben ohne Recidiv	8	=	11,1 „
6. Frei von Recidiv.	23	=	31,9 „
<hr/>			
72 Kranke.			

Wenn nun auch nicht alle bis jetzt ohne Recidiv lebenden Patienten als definitiv geheilt anzusehen sind, so kann man andererseits doch auch annehmen, dass ein Theil Derjenigen, über deren Schicksal nichts bekannt ist, geheilt geblieben sind. Ausserdem ist ein Theil der intercurrent Gestorbenen ein sicheres definitives Heilresultat auf. Zu No. 2 obiger Zusammenstellung „an Recidiv



gestorben“ sind auch die 3 oben besprochenen Fälle der Tabelle II (an Carcinom innerer Organe gestorben) mit eingerechnet. Zude dürfen wir den Procentsatz dieser Rubrik auch deshalb nicht s hoch anschlagen, als sich unter den betreffenden Kranken mehrer befinden, bei denen das Recidiv jedenfalls nicht als einzige Todesursache anzuschuldigen ist. So war z. B. in einem Falle die officie angegebene Todesursache: „Krebs am Auge und Lungenleiden“.

Wenn wir das hohe Alter dieser Leute bedenken, welches zu Zeit ihres Todes im Durchschnitt 65 Jahre betrug, so dürfen w mindestens vermuthen, dass das Recidiv in manchen Fällen d Lebensende nur um ein Geringes eher herbeigeführt hat, und d dasselbe Recidiv bei einem jüngeren Individuum zur Operation g kommen eventuell geheilt worden wäre.

Es ergibt sich somit im Allgemeinen aus unseren Unte suchungen, dass das Gesichtscarcinom besonders insofern ein grössere relative Gutartigkeit gegenüber anderen Carcinomen besitzt als sein Wachsthum und seine Ausbreitung in der Regel nur gar langsam vorwärts schreitet, sein Bestehen selbst nach Jahren d Allgemeinbefinden der Patienten nicht nennenswerth schädigt. Lymphdrüseninfection sowie Metastasen in inneren Organen se selten sind. Demgegenüber ist das Auftreten von Recidiven relat häufig, was einigermaassen auffallend erscheint. Folgende Erwägu aber macht dasselbe leichter erklärlich. Das Carcinom beste lange Zeit als kleines, flaches Geschwür oder Knötchen bei ind lenten Leuten meist aus der Landbevölkerung und findet in Fol dessen wenig Beachtung. Dann tritt plötzlich, entweder oh wahrnehmbare Veranlassung oder besonders nach äusseren Insulte ein rapides Wachsthum ein, es werden auch die tiefliegenden The ergriffen, und bevor sich die Patienten zur Operation entschliesse hat der Krebs eine bedeutende Ausdehnung gewonnen, die Abgre zung gegen gesundes Gewebe ist in der Tiefe und besonders dem Knochen schwer zu erkennen; wichtige Functionen der kranken und der ihnen benachbarten Theile setzen dem Mess ziemlich enge Grenzen, und so ist die Unmöglichkeit, alles Kra hafte zu entfernen, sehr häufig gegeben.

Eine dauernde Heilung würde gerade bei den Gesichtscarcinom wegen ihrer relativen Gutartigkeit gewiss viel häufiger erre werden, wenn man bei der Exstirpation von der ganzen Umgeb



ine grössere Partie entfernen könnte, als es in der Regel möglich resp. thunlich ist. Es ist besonders bei der Operation eines Gesichtskrebses der von Thiersch gegebene Rath wohl zu beachten, die Neubildung mit einem breiten Saume gesunden Gewebes, ohne Rücksicht darauf, wie sich der Substanzverlust gestalten möge, zu extirpiren. In zweiter Linie erst kommen die Rücksichten auf das äussere Erscheinen des Kranken.

Die Prognose der Carcinome des Gesichtes wird sich also dann günstig gestalten, wenn sich einestheils die Patienten möglichst frühzeitig zur Operation stellen, — alle Versuche, durch oberflächliche Aetzungen dem Uebel Einhalt zu thun, müssen unterbleiben, da durch dieselben nur der richtige Zeitpunkt verläumt und der klinische Charakter des Geschwüres verschlimmert wird, — wenn anderentheils möglichst ausgedehnt operirt werden und das Carcinom allseitig mit einem möglichst breiten Saume gesunden Gewebes extirpirt werden kann.



