Ueber die Carcinome der Nasenhöhle ... / von Willy Frick.

Contributors

Frick, Willy, 1869-
Universität Bonn.

Publication/Creation

Bonn : Joseph Bach Wwe, 1892.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/y9qgtwxr

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

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

7

Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn.

Ueber die Carcinome der Nasenhöhle.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doktorexamen

der medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

vorgelegt

im Dezember 1892

von

Willy Frick.

BONN 1892.

Buchdruckerei Joseph Bach Wwe.

Ueber

die Carcinome der Nasenhöhle.

Meinen Eltern .

in dankbarer Liebe gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30587293

In der Nasenhöhle kommen sowohl epitheliale, drüsige, als auch vom Bindegewebe ausgehende Geschwülste vor, die ersteren auf dem Boden der Schleimhaut und deren Drüsen, die anderen von dem submukösen Bindegewebe, dem Knorpel, dem Knochen ausgehend.

Die der Zahl nach häufigsten Geschwülste sind die verhältnissmässig gutartigen, sich der Hypertrophie eng anschliessenden, meist gestielten Tumoren, welche man unter dem Namen der Schleimpolypen zusammenfasst. Sie entspringen im oberen Teil der Nasenhöhle und sind auf Grund des von den Blutgefässen aus reichlich serös durchtränkten, areolären Bindegewebes als ödematöse, weiche Fibrome aufzufassen. Von diesen Fibromen sind die im unteren Teil der Nasenhöhle vorkommenden papillösen Wucherungen zu trennen, die sich namentlich durch Beteiligung des Drüsengewebes mit seinem Epithel an dieser Wucherung, durch papillöse Degeneration der Mukosa und starken Gefässreichtum auszeichnen.[1])

Sehr selten sind rein fibröse Polypen, breit aufsitzende Fibrome, Enchondrome und Osteome der Nasenhöhle.

Von den gutartigen epithelialen Wucherungen im Innern der Nase ist zu erwähnen das harte Papillom oder das Epithelioma papillare. Es bedarf zu seiner

[1]) C. Hopmann. Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut. Virchow's Archiv. 1883. Bd. 93. S. 237.

Entwicklung eines ganz bestimmten Mutterbodens, indem es nur an der Haut und auf Schleimhäuten mit geschichteten Pflasterepithel auftritt. Damit ist ihm in der Nase unter sonst normalen Verhältnissen ein nur beschränktes Territorium zugewiesen. Das vereinzelt beobachtete Auftreten an Stellen der Nasenschleimhaut, die normaler Weise kein Plattenepithel tragen, setzt eine gewisse Veränderung des Mutterbodens voraus und weist uns zugleich auf einen Zusammenhang mit einer Nasenerkrankung hin, die mit Umbildung des Epithels einhergeht. Es ist dies die Rhinitis atrophicans foetida (Ozaena), für welche Schuchardt auf Anregung von Volkmann eine Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel feststellte.[1]) Bisher sind erst 5 einschlägige Beobachtungen der Litteratur überliefert worden.

Den ersten Fall eines harten Papilloms teilt uns Hopmann mit.[2]) Es handelt sich hier um eine Patientin, die schon seit frühster Jugend an Ozaena gelitten hat. Im 29. Lebensjahr trat am rechten Naseneingang eine leicht blutende, blassrötliche, papilläre Geschwulst auf, die am Septum und Flügelknorpel festsass. Im Juli 1885 wurde dieselbe excidiert und ergab sich als zottiges Papillom, hauptsächlich aus Plattenepithel bestehend. Ein Recidiv ist nicht beobachtet worden.

Ein zweiter Fall von Hopmann[3]) betraf ein mächtig gewuchertes Papillom in der rechten Nasenhöhle eines 44jährigen Landwirts, welches von der Siebbeinschleim-

---

[1]) Ueber das Wesen der Ozaena. Volkmanns klinische Vorträge 340.

[2]) Volksmanns Sammlung klin. Vorträge. Heft 315. Ref. Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie 1889. Bd. 39. S. 300.

[3]) Virchows Archiv. 1883. Bd. 93. S.234. Fall 15. u. Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie. 1889. Bd. 39. S. 301.

haut ausgegangen war. Es wurde am 10. Februar 1882 entfernt, recidivierte jedoch noch 3 Mal. Seit Februar 1883 befindet sich Patient ganz wohl und kann als definitiv geheilt betrachtet werden. Die blassrötlich, schmutzig weissen Massen bestehen teils aus grossen, kolbenförmigen Zapfen, teils aus kleinen, blumenkohlartigen Papillen, die dichtgedrängt in grosser Zahl nebeneinander stehen. Die Epithelzapfen, welche man unter dem Mikroskop in das feinfibrilläre Stroma eindringen sieht, bestehen aus ausserordentlich grosszelligem, polygonalem oder auch ovalem Plattenepithel mit schön ausgebildeten Kernen.

Der 3. Fall von Michel[1]) betrifft ein epithelreiches, mit spärlichen Bindegewebszellen versehenes Papillom, das vom vorderen Teil der unteren Muschel ausgegangen war. Wegen seiner zu allgemein gehaltenen Schilderung bietet derselbe jedoch weniger Interesse.

Den 4. Fall beschreibt Büngner.[2]) Es handelte sich um eine sehr ausgeprägte, übermässig gewucherte Warzengeschwulst der oberen Nasenhöhle bei einem 63jährigen Landwirt. Die Geschwulst war von ausgesprochen horniger Beschaffenheit und war auf dem Boden einer voraufgegangenen Psoriasis nasi von der Schleimhaut des Septums ausgegangen und mit einer seit den Pubertätsjahren des Patienten bestehenden Ozaena vergesellschaftet. Bei der Untersuchung ergab sich, dass die untere Grenze der Anheftung des Tumors vorn $1^1/_2$ cm über dem Introitus lag, sodass die Geschwulst nur wenig in die Pflasterepithel tragende Schleimhaut hineinragte.

[1]) Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums. Berlin 1876. S. 68. Ref. Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie 1889. 39. S. 302.

[2]) Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie 1889. 39. S. 299.

Die radikale Entfernung dieses Tumors vollzog von Volkmann nach medianer Spaltung der Nase. Nach Entfernung der Geschwulst kann man auf der Schleimhaut neben vielen nur durch die Ozaena veränderten Stellen die allmähliche Entwicklung der Neubildung aus geringfügigen psoriasartigen Anfängen erkennen, Diese stellen sich als kleine weisslich graue, glänzende Flecke dar, die sich kaum über das Niveau der Schleimhaut erheben. Es sind Epithelhypertrophien mit verhornter Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut ergiebt, dass sich das Cylinder- und Flimmerepithel des ganzen oberen Nasenhöhlenabschnittes vollständig in Plattenepithel umgewandelt hat. An den schwer erkrankten Stellen erkennt man, dass die Papillen an Zahl bedeutend vermehrt und zu beträchtlicher Grösse herangewachsen sind. Das die Papillen bedeckende Epithel ist bedeutend verdickt und an seiner Oberfläche verhornt. Nach 4 Monaten schon machte ein beträchtliches Recidiv eine zweite Operation erforderlich. Nach Entfernung einer kleinen Geschwulst, die sich später noch einmal entwickelt hatte, blieb Patient dann recidivfrei.

Ferner sind noch harte Papillome in der Litteratur erwähnt, bei denen es jedoch sehr fraglich ist, ob sie wirklich in die Kategorie derselben gehören. So die Fälle von Butlin (Internationales Centralblatt für Laryngologie. 1886. No. 11 S. 479. Ref. Kahn Wiener klin. Wochenschrift 1890. 49), Aysaguer (ebendaselbst S. 533), Verneuil (Internat. Centralblatt für Laryng. 1887. S. 46.) Cozzolino (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1889. No. 3 S. 66) und Noquet (Revue mensuelle de laryngologie 1889. No. 13 S. 369).

Einen 5. gut beschriebenen Fall von hartem Papillom

verdanken wir Kahn[1]), welcher dasselbe an einem 45jährigen Mann beobachtete. Es verstopfte die ganze linke Nasenhöhle und war, wie sich später herausstellte, von der mittleren Muschel ausgegangen. An der Oberfläche des Tumors findet sich ein mächtiges Lager geschichteten Pflasterepithels. Die Papillen sind stark entwickelt und sind meist mit ihrer Epitheldecke bis zur Spitze dicht aneinander gelagert. Auch hier liegt der Gedanke an eine vorbereitende Epithelmetaplasie sehr nahe. Leider konnte jedoch die Prüfung der Nasenschleimhaut daraufhin nicht mehr vorgenommen werden, da sich Patient der weiteren Untersuchung entzog.

Diesen sowohl in histologischer Beziehung, als auch zum Teil wenigstens durch ihre gestielte Form therapeutisch gutartigen Neubildungen gegenüber stehen die entschieden malignen Tumoren der Nasenhöhle, die häufigeren Sarkome (Fibrosarkome, Rundzellensarkome, Spindelzellensarkome, Melanosarkome, Gliosarkome) und die bei weitem selteneren Carcinome. Es versteht sich von selbst, dass Carcinome, die von der äusseren Haut oder benachbarten Höhlen ausgegangen und die Nasenhöhle erst sekundär ergriffen haben, hier in dieser Arbeit gar keine Erwähnung finden.

Die primären Carcinome der Nasenhöhle findet man nur sehr selten beobachtet. Die ersten Fälle erwähnt im Jahre 1820 Palletta.[2]) Die Geschwülste hatten zum Teil das Siebbein vollständig zerstört und waren in das Gehirn eingedrungen. Nähere Angaben über den Bau derselben finden sich jedoch nicht. Ebenso ungenau sind die Mit-

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1890. 49.

[2]) Exercitationes pathologicae. Mediolani 1820. S. 1. ff.

teilungen von Neumann,[1]) Watson,[2]) Mackensie.[3]) Verneuil[4]) unterscheidet im innern der Nase zwei Arten von Epitheliom, das „épithélioma ordinaire“, das nach ihm im unteren Teil der Nasenhöhle sitzt, und das „épithélioma glandulaire“, welches seinen Sitz weiter nach oben hat. Von beiden sagt er, dass es bösartige Tumoren sind. Bei der Operation soll man sich vor grossen Resektionen nicht scheuen. Duplay[5]) erwähnt kurz einen Fall von Nasenkrebs, der in 14 Jahren trotz 3 Operationen die ganze Nase, den Gaumen, die Oberkieferfortsätze und die Augäpfel zerstört hatte.

Hieran will ich die genauer beschriebenen Fälle von Carcinomen im Innern der Nase anreihen, glaube aber dabei das Hauptgewicht auf diejenigen Berichte legen zu müssen, die uns eine eingehende makroskopische und miskroskopische Beschreibung des Tumors geben.

I.

Carcinom der Nasenscheidewand, beobachtet von Syme. 1842. Nach Casabianca (Thèse de Paris 1876) und nach Claverie handelte es sich um einen „polype cancéreux de la cloison des fosses nasales.“

---

[1]) Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde 1858. IV. 17 Ref. Claverie. Étude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Thèse de Bordeaux 1886. p. 21.

[2]) Diseases of the nose 1876 S. 287 nach Schmiegelow. Tumeurs malignes primitives du nez. Revue mensuelle de laryngologie 1885 No. 8 p. 422.

[3]) Diseases of throat and nose 1885 S. 392 nach Centralblatt für Chirurgie 1885.

[4]) Gazette des hôpitaux 1885 No. 34 p. 269.

[5]) Duplay-Reclus. Traité de chirurgie Tome IV. p. 881.

A. Lawson, 47 Jahre alt: seit einem Jahre eine langsam zunehmende Geschwulst im rechten Nasenloch, die die Atmung behindert. Von Zeit zu Zeit sehr starke Blutungen. Die bräunliche, weiche Geschwulst fängt bei der geringsten Berührung an zu bluten. Die ganze Anamnese lässt keinen Zweifel zu, dass es sich um eine Neubildung carcinomatöser Natur handele. Der prominierende Teil der Geschwulst wird exstirpiert. Da die Blutungen mit der Zeit noch stärker geworden sind, so kehrt Patient mit dem Wunsche zurück, unter allen Umständen der Radikaloperation unterzogen zu werden. Nochmalige genaue Untersuchung. Die Geschwulst beschränkt sich auf den unteren Teil der Nasenhöhle, die Nasenbeine sind nicht aufgetrieben. Spaltung der Oberlippe bis zur Mitte des Nasenlochs; die Geschwulst sitzt auf dem knorpeligen Teil der Nasenscheidewand auf. Excision des betreffenden Teils mit der Neubildung. Naht des Lippenschnittes. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors liegt nicht vor, sodass wir keine Gewähr dafür haben, dass es sich sicher um eine carcinomatöse Neubildung handelte.

II.

Billroth. Zottenkrebs. (Billroth. Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin 1855.)

J. Schuh, 41 Jahre alt, kam am 30. November 1853 in das Krankenhaus, um sich einen Nasenpolypen extrahieren zu lassen. Er gab an, dass Dieffenbach ihm im Jahre 1843 einen Polypen aus der Nase genommen habe, und dass ihm auch von Langenbeck in den Jahren 1849 und 1850 gleiche Geschwülste aus der rechten Nasenhöhle extrahiert seien. Welcher Natur diese Gebilde gewesen sind, liess sich nicht ermitteln. Patient war ein

mässig kräftig gebauter Mann, mit schmutzig gelblicher Gesichtsfarbe und sehr blassen Schleimhäuten; er klagte über Verstopfung des rechten Nasenloches. Dieses fand sich völlig erfüllt mit Massen von weiss gelblichen Wucherungen, welche besonders die Choanen erfüllten und hinter dem Velum palatinum grosse Geschwülste bildeten. Diese wurden mit der Polypenzange entfernt. Sie waren nicht gestielt, sassen auch nicht an einer genauer zu begrenzenden Stelle auf, sondern hafteten überall an der Schleimhaut, ohne sich von dieser zu isolieren. Die Massen waren so weich, dass sie sich nur in Fetzen entfernen liessen. Bei nochmaliger genauer Untersuchung konnte nichts krankhaftes mehr wahrgenommen werden. Patient verliess die Anstalt. Ende Februar 1854 kam er wieder und klagte von neuem über Verstopfung des rechten Nasenloches. Sein Aussehen war ein sehr kachektisches, er war bedeutend abgemagert. Das rechte Auge zeigte sich in geringem Grade hervorgetrieben. Patient klagte zugleich über heftige, bohrende Schmerzen im Vorderkopf. Lymphdrüsen waren im Bereich des Kopfes und Halses nicht angeschwollen. Da Patient sich nicht gleich zu der vorgeschlagenen Operation entschliessen konnte, reiste er nach Haus, unterzog sich jedoch Mitte März der Operation in einem anderen Berliner Krankenhause. Patient starb einige Tage darauf in Folge einer akuten Meningitis. Bei der Sektion fanden sich noch Reste der Geschwulst vor, die die innere obere Wand der Orbita einnahmen und den rechten processus nasalis ossis frontis und das rechte Labyrinth des os ethmoides vollkommen zerstört hatten. Geschwülste in anderen Organen waren nicht aufzufinden. Die Untersuchung der durch die Operation vom 30. November 1853 entfernten Geschwulstmassen zeigte, dass sie sich in vielen Stücken

anders verhielten, wie die gewöhnlichen Nasenpolypen. Sie hatten einen traubenartigen Bau, waren aus unendlich vielen kleinen Beeren und Kügelchen zusammengesetzt, von denen sich mehrere zu grösseren Läppchen vereinigten. Die Konsistenz war etwas fester als die der Schleimpolypen. Der Durchschnitt ergab stets eine mehr unebene Fläche, auf der man viele einzelne, weisse Körner unterscheiden konnte. Von der Schnittfläche liess sich ein milchiger Brei abstreifen. Das intermediäre Gewebe war äusserst spärlich entwickelt. Obgleich diese Geschwülste unmittelbar nach der Extraktion ohne Zusatz von Wasser untersucht wurden, fand sich trotzdem bei leichtem Abstreifen der Oberfläche hier kein flimmerndes Epithel. Der oben erwähnte, milchige Brei bestand einzig und allein aus Zellen, deren allgemeiner Typus der eines cylindrischen Epithels war, wobei jedoch viele Uebergangsformen zu mehr rundlichen Zellen vorkamen, selbst zu Formen, die denen des Plattenepithels völlig entsprachen. Bei der Untersuchung der Längs- und Querschnitte des Tumors unterscheidet man ein sehr starkes Epithellager von 0,04 mm Durchmesser; in dieses ragen spitzige Fortsätze vor, die sich bei stärkerer Vergrösserung als Papillen mit schön ausgebildeten Gefässschlingen ergeben. Zwischen einem Netz einer leicht streifigen und mit vielen Gefässen durchzogenen Bindegewebsmasse liegen hellere Räume, welche durch spitzige ebenfalls gefässhaltige Fortsätze mannigfach in der Form verändert werden. Das Ganze bietet das Bild des areolären Baues. Die Untersuchung mit starker Vergrösserung giebt noch folgende Aufschlüsse: die verzweigten Papillen enthalten Gefässschlingen. Der Mehrzahl von ihnen fehlt eine eigentliche Papillarsubstanz, welche den Gefässen als Träger dient. Alle die Gefässe umgebenden Zellen liessen sich vielmehr durch fortwährendes

Abspülen so vollkommen von den Schlingen entfernen, dass diese völlig isoliert dalagen. Es ist dieses nie der Fall bei den ausgebildeten Papillen der Schleimhaut oder der äusseren Haut und kommt hier wohl auf Rechnung der jungen Entwicklung, indem die Bildung von Gefässschlingen wahrscheinlich das Primäre ist, und die Papillarsubstanz sich erst durch Anlagerung um dieselben bildet. Das Stroma, von dem die Gefässe ausgehen, besteht aus einem langfaserigen Bindegewebe, welches viele und zum Teil starke Gefässe in sich trägt. Die Massen, die in die Hohlräume eingelagert waren, bestanden lediglich aus teils rundlichen, teils polygonal zusammengedrückten Zellen, 0,025 mm im Durchmesser, mit fein granuliertem Inhalt, dunklen Kontouren und einem deutlichen Kern. Die Untersuchung der Mitte März 1854 entfernten Geschwulstmassen gab im ganzen dieselben Resultate. Die bei der Sektion vorgefundenen, tiefergreifenden Teile, welche die Knochen bereits zerstört hatten, waren von einer gröberen Konsistenz. Nach dem ganzen Verlauf des Falles und nach den Ergebnissen der Untersuchung scheint es Billroth unzweifelhaft, dass es sich hier um eine Geschwulst handelt, die sich in der Schleimhaut primär entwickelt hat und durch Weiterverbreitung auf den Knochen das Ende herbeiführte. Er rechnet sie zu der Rubrik der Zottenkrebse.

III.

Billroth. Zottenkrebs.

Ein kräftiger Mann von 45 Jahren, dem schon einmal vor 4 Jahren Polypen aus der rechten Nasenhöhle entfernt wurden, kam am 25. Januar 1854 in die Klinik wegen Verstopfung der rechten Nasenhöhle. Es wurden mehrere der unteren Muschel aufsitzende kleine Polypen extrahiert. Die einigermassen erhaltenen Stücke hatten eine kolbige

Form mit einigen stecknadelkopfgrossen Beeren, namentlich an der Basis der Kolben. Auf dem Durchschnitt zeigte sich eine unebene, aus weissen Kügelchen zusammengesetzte Fläche; die Mitte war mehr eben. Die mikroskopische Untersuchung zeigte hier mit grosser Bestimmtheit flimmerndes Epithel auf der Oberfläche. Im übrigen war das Verhalten ebenso wie in dem 1. Falle von Billroth, nur dass die Mitte der Geschwulst mehr aus einem kernhaltigen Bindegewebe bestand. Der papilläre Typus, die Wucherung der Gefässschlingen war hier womöglich noch deutlicher ausgesprochen als in dem vorher erwähnten Falle.

IV.

Karl Wedl. Zottenkrebs. (Grundzüge der pathologischen Histologie. Wien. 1854. S. 667.)

In Herrn Prof. Schuhs Klinik wurde ein exquisites Exemplar von Zottenkrebs exstirpiert, welches an der Nasenschleimhaut haftete und in die Highmorshöhle hineinragte. Die ungefähr wallnussgrosse Geschwulst sass auf den Knochen auf, sodass einige Teile der letzteren fortgenommen werden mussten. Das Gefüge war im allgemeinen locker, an mehreren Durchschnittsstellen der areoläre Gewebstypus ganz deutlich zu erkennen. Zahlreiche abgerundete Hervorragungen, solitär oder zu mehreren gruppiert, papillöse Gebilde. Sie bestanden aus jungen Zellgewebselementen, die an derberen, papillösen Gebilden schon in wellenförmig verlaufende Bindegewebsfibrillen mit einem sehr zarten, elastischen Fadennetze umgewandelt erschienen. An einem zottenlosen Teile der Geschwulst konnte medullarer Saft ausgedrückt werden, der in beginnender fettiger Entartung begriffene, grösstenteils rund-

liche, wohl auch mit Fortsätzen versehene Zellen in sich fasste. Es kamen endlich auch platte, vieleckige und langgezogene Zellen vor.

V.

M. Gosselin. Drüsenkrebs. Polype épithélio-glandulaire de la fosse nasale. (Gazette des hôpitaux. 1865. No. 12. p. 46.)

Patient, 58 Jahre alt, zeigt im innern der Nase einen weichen, leicht blutenden Tumor, welcher schon zwei Mal exstirpiert worden war. Derselbe hat sich wieder gebildet und die vorderen und inneren Nasenwände völlig zerstört. Exophthalmus ist vorhanden. Die Geschwulst prominiert unter der Haut in der Gegend der Nasenwurzel. Die Nasenhöhle ist völlig ausgefüllt. Patient sehr schwach. Entfernung des Tumors mit Resektion der Nasenbeine, sowie der aufsteigenden Aeste des Oberkiefers. Die Neubildung sass breit auf der Siebbeinplatte auf; sie bestand meist aus Epithelzellen mit etwas Bindesubstanz.

VI.

Waldeyer. Carcinoma medullare septi narium. (Virchow's Archiv. 1872. Bd. 55. S. 93).

50jährige Frau. Exstirpation einer stark wallnussgrossen Geschwulst, welche von der Nasenscheidewand ausgegangen war. Der Tumor zeigt den typischen Bau eines Carcinoms mit sehr grossen Krebskörpern bei geringer Entwicklung des Stromas, trägt also einen medullaren Charakter. In den Grenzgebieten der Geschwulst kann man fast auf jedem Schnitt den Zusammenhang der Krebskörper mit den stark gewachsenen interpapillären Zapfen des Rete Malpighii erkennen.

VII.

Verneuil. Épithélioma, de la cloison: (citiert von Bouheben. Thèse de Paris 1873. De l'exstirpation de la glande et des ganglions sousmaxillaires. Ref. Barzilay. De l'épithélioma des fosses nasales. Thèse de Paris 1885, p. 14 und von Casabianca. Thèse de Paris 1876. Ref. Claverie, p. 49).

Charles Pascal, 52 Jahre alt, stellt sich am 7. Mai 1873 zur Untersuchung. Vor 2 Jahren bemerkte Patient im linken Nasenloch eine kleine knopfgrosse Geschwulst, die ihn bald in der Atmung behinderte. 14 Tage später Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. $1^1/_2$ Jahr darauf Ulceration der Geschwulst, eitriger Ausfluss aus der Nase. Nach 2 Monaten lässt sich Patient den Tumor und die geschwollenen Drüsen der linken Seite excidieren. Hierbei stellt Verneuil die Diagnose auf Epitheliom der Nasenscheidewand mit sekundärer Infektion der Lymphdrüsen. Kurz darauf Recidiv, neue Operation. 14 Tage nach derselben starb Patient. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die vorher gestellte Diagnose.

VIII.

Péan. Epitheliom der Nasenscheidewand; (citiert von Casabianca. Thèse de Paris 1876. Ref. Barzilay p. 12 und Claverie p. 50.)

Jeanne K . . ., 64 Jahre alt, kommt am 3. Juni 1876 ins Hospital St. Louis. Vor 5 Monaten hat Patientin zuerst einen Polypen in der Nase bemerkt. In den ersten beiden Monaten Beeinträchtigung der Atmung, Stockschnupfen, Kopfweh. Vom dritten Monat an nahmen die Beschwerden bedeutend zu. Geschmack und Geruch fast aufgehoben. Die Geschwulst hatte sich bedeutend ausgedehnt und kam am rechten Nasenloch zum Vorschein

Bei der Untersuchung fand Péan eine weiche, rötliche, an der Nasenscheidenwand mit kleiner Basis aufsitzende Geschwulst, die so zu sagen gestielt war. Der Nasenrücken war etwas aufgetrieben. Péan erkannte sogleich den Tumor als ein vom Septum ausgehendes Epitheliom. Er excidierte die Neubildung mit dem betreffenden Teil des Septums. Anfang April hatte die Geschwulst recidiviert. Patientin atmete nur schwer, klagte über heftige Kopfschmerzen; Geruch, Appetit und Schlaf waren vollständig aufgehoben. Ihre Kräfte nahmen von Tag zu Tag ab. Das rechte Nasenloch war wiederum vollständig verstopft. Auf dringenden Wunsch der Patientin wurde am 3. Juni zur zweiten Operation geschritten. Die Nasenbeine, die aufsteigenden Oberkieferfortsätze, das Septum, der Alveolarfortsatz bis zu einer Tiefe von 3 cm und ein Teil des Gaumens mussten reseciert werden. Seit dem 6. Juni geht es der Patientin bedeutend besser. Kein Recidiv mehr angegeben. Die Untersuchung des Tumors durch M. André ergab, dass es sich wirklich um ein Epitheliom handelte.

IX.

Pepper. Epitheliom. (Philad. med. Times 29. III. 1879. Ref. Barzilay p. 28.)

Frau W . . . ., 76 Jahre alt, konsultierte Pepper im Jahre 1876 zum 1. Male. Sie klagte über einen Katarrh der hinteren Nasenhöhle. Seit April 1877 hat sie dort die Empfindung eines Fremdkörpers, der sie oft zu Anstrengungen veranlasst, sich desselben zu entledigen. Hierbei Entleerung einer schleimig-blutigen Masse aus der Nase. Bei der Untersuchung fand man eine rundliche, fest elastische Geschwulst, die hinter dem Velum hervorragte. Sie sass mit fester Basis am hinteren Teil der

rechten Nasenhöhle auf. Nach zweimonatlichen Injektionen von Ergotinlösung ging die Geschwulst zurück, wuchs jedoch bald darauf wieder sehr stark. Patientin war sehr stark abgemagert und völlig entkräftet. Unaufhörliche, heftige Kopfschmerzen, Abnahme der Sehkraft auf der rechten Seite. Am 15. Dezember 1877 erlag die Kranke. Die Untersuchung des Tumors liess denselben als gelapptes Epitheliom mit starker Epithelentwicklung erkennen.

X.

Henry Morris. Adenocarcinom. Adenocancerous Polypus. (Medical Times 1881, I. p. 617).

Thomas C., 45 Jahre alt, am 26. Mai 1880 aufgenommen mit breitem Polypen im linken Nasenloch von der vorderen bis zur hinteren Apertur. Vor 4 Jahren schon ein Polyp entfernt. Danach Recidiv mit sehr starken Blutungen, die zuweilen 1 Liter betrugen. Bald darauf eine zweite Operation und mehrere Extraktionen von Polypen. Jetzt vorn im linken Nasenloch eine gelatinöse Masse sichtbar. Reichlicher, übelriechender Ausfluss. Patient sieht bleich aus. Am 1. Juni wurde die Geschwulst nach Spaltung der Oberlippe und Umschneidung des Nasenflügels zum grössten Teil exstirpirt. Sie war sehr weich und bröckelig und blutete heftig. Sie hatte das ganze Nasenloch vom Boden bis zum Dach ausgefüllt und den Knorpel der Nasenscheidenwand völlig zur Seite gedrängt. Weiter oben hatte der Tumor das Septum zerstört und war in das rechte Nasenloch eingedrungen. Die Geschwulst sass der Siebbeinplatte auf. Am 16. Juni wurde Patient als geheilt entlassen, kehrte jedoch am 11. Januar 1881 wieder zurück. Linkes Nasenloch wieder völlig verstopft, häufige Blutungen aus demselben. Ende Dezember hatte Patient zuerst das

Recidiv bemerkt. Am 15. Januar wurde die Geschwulst wiederum exstirpiert, konnte jedoch wegen drohender Perforation in die Schädelhöhle nicht ganz rein entfernt werden. Nach dieser zweiten Operation fühlte sich Patient am 1. Februar ganz wohl. Der Tumor war weich, gelatinös, von weisslicher Farbe. Ein dünner Schnitt bot dem blossen Auge einen zottigen oder blättrigen Anblick, und mit dem Mikroskop sah man, dass derselbe aus Schleimhautfalten bestand, die durch eine faserige, fibröse Zwischensubstanz mit einander verbunden waren; nach der äusseren Seite hin trug er Flimmerepithel. Nach Morris' Ansicht handelte es sich um ein Adenocarcinom.

XI.

Morris. Medullares Carcinom. Medullary naso-pharyngeal cancer. (Med. Times 1881. I. S. 646).

Marie F., 58 Jahre alt, wurde ihm mit einer bösartigen Naso-pharyngealwucherung zugeschickt, welche das rechte Nasenloch völlig ausfüllte. Ihre Mutter war an Abdominalkrebs gestorben, ebenso waren 4 mütterliche Vorfahren an Krebs zu Grunde gegangen. 7 Monate vor der Aufnahme bemerkte Patientin zuerst eine Verstopfung des rechten Nasenlochs und frühzeitig fand sich auch der Gaumen geschwollen. Bald starker Ausfluss und heftige Kopfweh. Bei der Aufnahme zeigt sich Patientin als schwache, kachektische Frau. Ein harter, solider Tumor drängt den weichen Gaumen nach der rechten Seite. Die Geschwulst füllt die rechte Nasenhöhle aus, ragt jedoch nicht aus der vorderen Nasenöffnung heraus. Uebler Geruch aus der Nase. Geruchsempfindung rechts aufgehoben. Sprache nicht normal. Am 26. Mai wurde nach Spaltung der Oberlippe, Umschneidung des Nasenflügels bis zur Orbita hin und

Durchsägung des Alveolarfortsatzes der Tumor mit dem grösseren Teil des Oberkiefers exstirpiert. Am 31. Mai hatte die Geschwulst recidiviert, am 16. Juli starb Patientin infolge der Kachexie. Die Untersuchung des Tumors ergab, dass man es mit einem medullaren Carcinom zu thun hatte.

XII.

Delstanche et Marique. Plattenepithelkrebs. Épithélioma à cellules pavimenteuses. (La presse méd. Belge 1884. Ref. Barzilay p. 16 und Claverie p. 54).

Josef Aertsens, 53 Jahre alt, stellt sich im Oktober 1881 im Hospital St. Jean vor. Er klagt über ausgesprochene Taubheit und andauernden Stockschnupfen, der ihn zwingt, stets durch den Mund zu atmen. In seinem 20. Lebensjahre erlitt Patient einen Fall aus einer Höhe von 12 m, der ihn jedoch nur 14 Tage an das Krankenhaus fesselte. Die erlittene Gehirnerschütterung hatte gar keine Folgen für ihn hinterlassen. Nach 4 Jahren fiel Patient in der Trunkenheit mit dem Hinterkopf gegen eine Schwelle. Er blutete damals stark aus einer Wunde am Hinterkopf und aus der Nase. Dieses Nasenbluten ist um so auffallender, als Patient damals gar keine Verletzung im Gesicht erlitten hatte, sodass die Annahme einer Verletzung im Innern der Nase infolge des Gegenstosses gerechtfertigt erschien. Diese Blutungen wurden nur mit Mühe gestillt. Seit der Zeit bemerkte Patient andauernd einen dumpfen Schmerz in der Stirngegend etwas oberhalb der Nasenwurzel, und daher datiert auch der oben geklagte Stockschnupfen, dem sich bald Gehörsstörungen zugesellten. Ausserdem soll er jetzt Wutanfällen und Geistesstörungen unterworfen sein.

Bei der Untersuchung zeigt sich ein chronischer, hochgradiger Ohrkatarrh. Das Gehör ist völlig aufge-

hoben. Aus der Nase fliesst eine blutige Masse, untermischt mit bräunlichen, schleimig-eitrigen Brocken von üblem Geruch. Der Durchtritt der Luft durch die Nase ist links völlig, rechts bedeutend behindert. Das rechte Nasenloch ist gänzlich durch die stark hypertrophierte Nasenschleimhaut verschlossen; links dagegen erblickt man 2 cm. von der vorderen Nasenöffnung einen blassroten Tumor von der Konsistenz des Lebergewebes. Die Geschwulst sitzt weder auf dem Nasenboden, noch am unteren Teil des Septums, noch auf der unteren Muschel auf. Die Lympfdrüsen des Halses sind nicht geschwollen. Um die Diagnose zu sichern, wurden einige Stückchen der Geschwulst extrahiert. Die mikroskopische Untersuchung derselben durch Dr. Marique ergab, dass es sich um einen charakteristischen Fall von Carcinom (Épithélioma) handelte. Patient verweigerte es, sich der Operation zu unterziehen, wurde jedoch schliesslich durch die Verschlimmerung seines Zustandes dazu gezwungen, sich in das Hospital St. Pierre aufnehmen zu lassen. Im März 1883 sah Delstanche den Patienten wieder. Die Neubildung hatte eine enorme Ausdehnung erreicht. Sie erfüllte nicht nur den ganzen Naso-pharyngealraum, sondern war durch den harten Gaumen durchgebrochen, und füllte auch die ganze Mundhöhle hügelförmig bis beinah zur Zunge herunter aus, sodass die Atmung sehr behindert war. Um dem Patienten einige Erleichterung zu verschaffen, wurde der Teil der Geschwulst, der im Munde sass, entfernt. Diese Operation musste im Laufe von drei Wochen zweimal wiederholt werden. Ende März starb Patient. Bei der Sektion ergab sich, dass der bräunliche Tumor aus mehreren Lappen bestand. Seine Oberfläche war mit einem eitrig-fibrinösen Belag bedeckt. Die Konsistenz war an einigen Stellen fest, an anderen

käsig. Die mikroskopische Untersuchung liess zahlreiche abgeflachte, meist polygonale Zellen mit deutlichen Kernen erkennen, zwischen denen die Bindesubstanz nur mässig entwickelt war. Diagnose: Plattenepithelkrebs. (Épithélioma à cellules pavimenteuses.)

XIII.

Schaeffer. Carcinom der Nasenhöhle. (Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 23. S. 324 und Ref. Schmiegelow, Revue mensuelle de laryngol. 1885. No. 8. S. 422.)

M . . ., 45 Jahre alt, liess sich 1876 untersuchen. Epithelialkrebs des oberen Teils der linken Nasenhöhle. Exstirpation. Patient starb 1877.

XIV.

Schaeffer. Epithelialkrebs. (Ebendaselbst.)

Patient A . . ., 28 Jahre alt, Epithelialkrebs, ausgegangen von der Schleimhaut der unteren linken Muschel. 1879 behandelt; 1880 Recidiv. 1881 Tod.

XV.

Schaeffer. Epithelialkrebs. (Ebendaselbst.)

Patient M. W . . ., 57 Jahre alt; weiche Polypen in beiden Nasenhöhlen; ausserdem rechts Epithelialkrebs, der im oberen Teil einen mehr medullaren Charakter trägt. 1884 Tod.

XVI.

M. Terrillon. Épithélioma des fosses nasales (citiert von Barzilay. p. 25).

L. J., 59 Jahre alt, stellt sich am 23. Nov. 83 vor. Im März bemerkte er eine Verstopfung des linken Nasenlochs. 2 Monate später schnaubte er ein bohnengrosses Stück Fleisch aus. Starke Blutung. Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass das linke Nasenloch völlig verstopft ist. Die Geschwulst ist sehr bröckelig

und lässt sich deshalb nur stückweise entfernen. Die mikroskopische Untersuchung durch M. Dubar stellte fest, dass der Tumor ein Epitheliom war.

XVII.

Barzilay. Cylinderepithelkrebs. Épithélioma de la fosse nasale ganche. (Barzilay. Thèse de Paris. 1885. p. 8.)

S . . ., 51 Jahre alt, Tagelöhnerin, ist wegen eines Nasenepithelioms am 6. Sept. 1884 aufgenommen. Ihre Mutter ist an einer Geschwulst der Leber gestorben. Patientin leidet seit Jugend an Schnupfen und häufigem Nasenbluten. Die jetzige Erkrankung nahm ihren Anfang vor 9 Monaten. Damals verspürte Patientin Schmerzen in der Nase am Nasenrücken; gleichzeitig war etwas blutiger Ausfluss vorhanden. Bald fühlte sie in der linken Nasenhälfte eine kleine Geschwulst, welche am 4. Jan. 1884 entfernt wurde. Nachdem ist diese Exstirpation 4 mal wiederholt worden. Jetzt hat sich die Geschwulst wiederum von neuem gebildet. Status praesens: Beträchtliche Difformität des linken Nasenflügels. Die Geschwulst ragt zum linken Nasenloch heraus; sie ist schwärzlich, ulceriert, eitrig, von jauchigem Geruch. Die Insertion befindet sich wahrscheinlich an der Innenseite. Im Munde und Rachen ist nichts Abnormes zu fühlen. Links ist eine geschwollene, submaxillare Lymphdrüse zu fühlen. Die Diagnose wird auf Epitheliom der linken Nasenhöhle gestellt. Am 15. September wird die Operation durch M. Kirmisson ausgeführt. Nach der Resektion des aufsteigenden Oberkieferastes ist die linke Nasenhöhle mit dem Tumor, der auf dem Septum aufsitzt, völlig freigelegt. Die Geschwulst wird radikal exstirpiert. Ebenso werden die geschwollenen Drüsen entfernt. Am 6. Oktober konnte Patient in das Hospital

verlassen. Die histologische Untersuchung des Tumors von M. Nepveu ergab folgende Resultate. Die Geschwulst setzt sich vollkommen aus Epithelzellen zusammen, die an der Oberfläche sehr zusammengedrängt, weiter tiefer regelmässig geordnet, den Anblick von Cylinderepithel gewähren. In den benachbarten Partien der Schleimhaut lässt sich das Fortschreiten der Geschwulst erkennen. Die dicke Epithellage dringt in das Bindegewebe vor, in dem man eine Unmenge junger Zellen bemerkt. Die Schleimhautdrüsen sind vergrössert, ihre Epithelien haben sich vermehrt und liegen in mehreren Reihen übereinander. Um die Drüsen herum findet sich eine Infiltration neugebildeter Zellen. Mitte Dezember hatte die Geschwulst am Boden der Nase recidiviert. Patientin war sehr kachektisch. Sie starb am 7. Januar.

XVIII.

Schmiegelow. Cylinderepithelkrebs. (Revue mens. de laryngol. 1885. No. 8. p. 424.)

Charles B . . ., 51 Jahre alt, liess sich am 9. Dezember 1884 wegen eines Nasenleidens untersuchen. Vor 3 Monaten bekam er einen heftigen Schnupfen mit reichlichem Ausfluss. Diese Erscheinung verschwand rechts sehr bald, während links der Ausfluss eine eitrige Beschaffenheit mit üblem Geruch annahm. In der Nase bildeten sich starke Borken, die die Atmung durch das linke Nasenloch unmöglich machten. Die Beschwerden nahmen namentlich in den letzten 14 Tagen sehr zu. Zugleich bemerkte Patient eine leichte Abmagerung in der letzten Woche. Das linke Nasenloch ist von dunklen Krusten ausgefüllt, unter welchen halbweiche, blutige Borken mit eitrigem, übelriechendem Sekret liegen. Nach Entfernung derselben scheint die Schleimhaut etwas hyperaemisch, sonst ganz gesund zu sein. Alle übrigen

Partien der Schleimhaut jedoch sind in eine unregelmässige, ulcerierte, leicht blutende Fläche verwandelt. Die untere Muschel ist zum Teil zerstört, zum Teil umgebildet in eine nussgrosse Geschwulst, die die Nasenhöhle partiell ausfüllt. Nach Entfernung derselben zeigen sich auch die oberen Teile der Nasenhöhle in ulcerierte Massen umgewandelt. Die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwulst, die Schmiegelow und M. Rasmussen anstellten, liessen dieselbe als einen typischen Cylinderepithelkrebs erkennen. Am 10., 11., 12., 19. Dezember wurden die Massen entfernt und bald darauf konnte Patient entlassen werden.

XIX.

Ad. Jalaguier et A. Ruault. Cystisches Cylinderzellencarcinom. Épithélioma cystique à cellules cylindriques. (Archiv de laryngol. 15. déc. 1887. No. 2. p. 49.)

Patientin L. . . . ., 42 Jahre alt, liess sich am 22. Januar 1887 in das hôpital de la Pitié aufnehmen. Sie hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut. Sie hat 4 Kinder gehabt, von denen 2 in jungem Alter starben. Im Jahre 1878 begann sie über heftiges Kopfweh in der Stirngegend zu klagen. Das Nasensekret nahm einen schleimigen oder einen blutig-schleimig-eitrigen Charakter an und roch stark nach faulen Eiern. Nach 3 Wochen hatten diese Beschwerden sich von selbst gebessert, jedoch fing nun die rechte Nasenhöhle an, sich zu verstopfen. Bald konnte gar keine Luft mehr dieselbe passieren. Bei starkem Schnauben hatte Patientin das Gefühl, als ob sie unter dem Nasenknochen selbst einen beweglichen Körper habe. Sie hatte nie über Schnupfen oder Nasenbluten zu klagen. Patientin regte sich leicht auf, bekam dann konvulsivische Zuckungen und weinte viel. Der Schlaf wurde von Tag zu Tag schlechter. Nachdem dieser Zustand

9 Jahre angedauert hatte, liess sich Patientin in das Hospital aufnehmen. Bei der Untersuchung fand sich hinter dem Gaumensegel ein wenig rechts von der Mitte ein rundlicher, weisslich roter Tumor. Bei der Inspiration bekam man die Geschwulst mehr zu Gesicht als bei der Exspiration. Das Gaumensegel war normal, die linke Nasenhöhle völlig frei, die rechte dagegen während der Expiration völlig verstopft. Beim Berühren fühlte sich die Geschwulst elastisch an. Sie schien mit einem breiten Stiel der oberen Fläche des Gaumensegels, oder in der Nähe der hinteren Nasenöffnung aufzusitzen. Sie war weder an der hinteren Pharynxwand noch an der Schädelbasis fixiert. Zog man sie etwas nach vorn, so sah man an ihrer Oberfläche mehrere kleine, weissliche, durchscheinende Massen, die eine Traube bildeten. Die vordere Rhinoskopie liess im hinteren Teil der Nasenhöhle eine weiche, gelatinöse Masse erkennen, die sich bei der Expiration durch die Nase etwas nach vorn senkte. So bot sie das Bild eines Schleimpolypen. Das Septum war ein wenig nach links verdrängt, die linke Nasenhöhle völlig frei und normal. Die hintere Rhinoskopie zeigte den hinteren Teil der rechten Nasenhöhle durch mehrere milchweisse Polypen verstopft, die auf dem unteren Teil des Fusses der Hauptgeschwulst inserierten. Dieser Fuss senkte sich in den mittleren Nasengang und verlor sich dort. Wahrscheinlich handelte es sich also um Myxome. Als der Fuss des Haupttumors gerade durchtrennt war, machte Patientin eine plötzliche Bewegung, wobei die Geschwulst in den Schlund fiel und verschluckt wurde. Am 29. Januar wurde der Rest der Geschwülste sowie der Fuss der Hauptgeschwulst, welcher noch stehen geblieben war, entfernt. Nach der Operation war das Befinden der Patientin ein gutes. Die Kopfschmerzen

hatten nachgelassen, der Schlaf war bedeutend besser wie zuvor. Patientin verliess das Hospital und ist bis zum 15. November nicht wieder in dasselbe zurückgekehrt, sodass anzunehmen ist, dass sich noch kein Recidiv gezeigt hat. Die histologische Untersuchung des Tumors übernahm Dr. A. Gombault. Dieselbe ergab folgendes: die Geschwulst ist völlig cystisch. Die Cysten, deren Grösse sehr wechselt, sind von derbem Bindegewebe umgeben. An manchen Stellen ähnelt die Schnittfläche der Geschwulst einem Wespennest, an anderen, an denen die Cysten kleiner sind, sieht sie fleischig, schwammig aus. Die Cysten enthalten eine durchsichtige, zähe Flüssigkeit. Da die Wandungen der grossen Cysten zu dünn sind, so werden die feineren Schnitte durch die fleischigeren Partien der Geschwulst gelegt. Jedoch lassen auch diese mit dem blossem Auge noch kleine Cysten erkennen. Etliche haben einen Durchmesser von 2 mm. Sie haben folgende Eigenschaften. Der feste Teil der Geschwulst wird von einem lockeren, stark vaskularisierten Bindegewebe gebildet. Dieses Gewebe verdichtet sich nach den Cysten zu immer mehr und bildet schliesslich selbst die Cystenwand. Diese ist mit Cylinderepithelzellen ausgelegt, die in einer Reihe angeordnet sind. Die Wandungen der grösseren Cysten tragen eine grössere Anzahl von Zellhaufen. Das Lumen ist jedoch auch hier von regelmässig geordneten Cylinderzellen umgeben. Die Gefässe des intermediären Bindegewebes sind zahlreich; es finden sich sowohl kleine Arterien, als auch Venen, meist mit Blut gefüllt. An etlichen Stellen findet man grosse blutige Netze, die in das Gewebe eingedrungen sind. Hier zeigen die roten Blutkörperchen völlige regelmässige Kontouren, sodass es sich um traumatische Blutungen, die während der Operation stattgefunden haben, handeln kann. An anderen Stellen finden

sich kleine Häufchen von Embryonalzellen in das Bindegewebe eingelagert. Endlich finden sich noch lichtbrechende Häufchen von verschiedener Grösse, meist jedoch nicht die einer Epithelzelle übertreffend. Diese Häufchen sind rund oder länglich, lassen sich mit Picro-carmin gelb, mit Methyl violett-blau färben. Auf Jod reagieren sie nicht, sodass es sich nicht um Amyloid handeln kann. Da sie sich in Aether nicht lösen, können sie auch nicht aus Fett bestehen. Sie bilden sich auf 2 Arten.

1. Sieht man isolierte Tröpfchen dieser lichtbrechenden Substanz, Gruppen von 4—5 dieser Tröpfchen, etwas weiter Tröpfchen, die im Begriff sind, sich aufzulösen.

2. Trifft man scharf umgrenzte Häufchen, weiss oval, deren Centrum sich mit Carmin rosa färben lässt. Folglich wird es sich hier bald um eine direkte Umwandlung der Zellen, bald um eine Auflösung oder Sekretion derselben handeln, deren Produkt in den Maschen des Bindegewebes cirkuliert und sich an etlichen Stellen anhäuft. Da sich dasselbe nirgends in dem Epithelüberzug findet, so wird es sicher nicht von den Epithelzellen herrühren. Am reichlichsten findet man dasselbe in der Umgebung der Cysten, sehr selten in den Cysten selbst. Unwahrscheinlich ist, dass bei diesem Process Mikroorganismen mit im Spiele sind, da man sonst bei den verschiedenen Färbemethoden ihre Gegenwart entdeckt haben würde. Die Oberfläche des Tumors ist mit geschichtetem Cylinderepithel bedeckt, welches auf eine bindegewebige Membran sich aufbaut. Die Schleimhaut scheint nicht verändert. Es handelt sich um einen cystischen Cylinderepithelkrebs, épithélioma cystique à cellules cylindriques.

Im Anschluss an diese Beobachtungen füge ich die Tumoren der Nasenhöhle an, welche in der Litteratur als Adénomes cylindriques beschrieben worden sind, die

mir jedoch, nach dem Verlauf, als auch nach einigen histologischen Beschreibungen zu urteilen, vielmehr zu den Cylinderzellenkrebsen zu gehören scheinen. Zu erwähnen ist bei diesen Fällen, dass die Diagnose auf carcinomatöse Neubildungen im Innern der Nase hier als ziemlich zweifelhaft hingestellt werden muss.

Das Adénome cylindrique wurde zuerst von Robin[1]) erwähnt. Die Neubildung hatte sich auf die benachbarten Knochen verbreitet und so durch eine Meningitis den Tod des Patienten herbeigeführt. Robin sagt von seiner Geschwulst, dass die Zellen bis zu einer Tiefe von 2 cm im Knochen das Charakteristische des Cylinderepithels der Nasenschleimhaut und des kernhaltigen Epithels der Schleimdrüsen bewahrten; jedoch waren sie unregelmässiger als normal. Ferner schreibt er von diesen Geschwülsten, dass sie eine grosse Aehnlichkeit mit den Carcinomen haben, schnelles Wachsthum, frühzeitige Ulceration, Fortschreiten der Geschwulst auf die benachbarten Organe, dass sie sich jedoch wesentlich von denselben unterscheiden durch vollständige Ausheilung nach gänzlicher Excision der Neubildung. Dasselbe bestätigt der Fall von Verneuil[2]), welcher nach partieller Resektion des Oberkiefers und totaler Entfernung des Tumors kein Recidiv beobachtete. Puglièse[3]) beschreibt einen Fall von Adénome sehr ausführlich, in dem sich die Geschwulst mit der Zeit in ein Carcinom umgewandelt hatte. Leider ist es mir nicht möglich, das Nähere hierüber anzugeben, da mir die Dissertation selbst nicht

---

[1]) Gazette des hôpitaux 1852, Nr. 12, p. 46.

[2]) Duplay-Reclus. Traité de chirurgie Tome IV, p. 878.

[3]) Puglièse. Essai sur les adénomes des fosses nasales. Thèse de Paris 1862. Ref. Barzilay. De l'épithélioma des fosses nasales. Thèse de Paris 1885, p. 45.

zugänglich gewesen ist. Robin beschreibt den Bau dieser Tumoren, sowie die oben erwähnte Umwandlung folgendermassen:

Die Drüsen der Schleimhaut sind ausgedehnt durch eine breiig flüssige, schmutzig graue Masse, die jedoch nicht so milchig wie Krebssaft ist. Das Drüsenepithel ist hypertrophiert, die einzelnen Zellen lösen sich leicht, sind von unregelmässigerer Form als normal. Der Inhalt der Drüsen besteht aus Zellen, welche in spärliches Serum gebettet sind. Es finden sich viel kernhaltige Zellen vor. Auf der Schnittfläche zeigt der Tumor eine grauliche Verfärbung. Beim Druck fliesst das erwähnte Serum ab, an einzelnen Stellen treten weisse Pfropfe hervor, schleimartig, aus unregelmässigen Zellen bestehend. Es hat sich, wie es das Mikroskop zeigt, nicht nur Cylinderepithel in den Drüsen gebildet, sondern die Zellen des hypertrophischen Epithels haben sich aufgelöst, und in dem Nachbargewebe ist es zur Bildung von Epithelzellen gekommen. Er nennt diesen Vorgang Epithelinfiltration des Gewebes (infiltration des tissus par l'épithélium). Jetzt atrophiert das Gewebe, es kommt zur Ulceration, die bald in die Tiefe greift. Die frühzeitige Excision dieser Geschwülste ist dringend geboten, weil eben die Gefahr besteht, dass sie sich später in ein Carcinom umwandeln. Wahrscheinlich gehört hierher auch noch ein Fall, den Engel[1]) im Jahre 1885 veröffentlichte, bei dem es sich um einen „Drüsenpolypen mit stark ausgedehnten, mit reichlichem Schleim erfüllten Drüsenschläuchen" handelte. Dieser wurde bei einer 42jährigen Frau (Minna Bittner) gefunden. Dieselbe litt $4^1/_2$ Jahr an Schleimpolypen des linken Nasenganges, die nach etlichen Operationen stets wieder recidivierten.

[1]) Wiener med. Blätter 1885, Nr. 34.

Bei ihrer Aufnahme am 18. Januar 1883 sah man durch das linke Nasenloch eine drüsige, blassrote Masse. Auch der ganze Nasenrachenraum bis hinab zum Rand des weichen Gaumens war von einer derberen Geschwulst erfüllt. Am 20. Januar wurde der Tumor nach Abtragung des linken Nasenbeins, eines Teils des Nasenfortsatzes des Oberkiefers entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das oben erwähnte Resultat. Am 21. Juli 1883 zeigte Patientin jedoch schon ein böses Recidiv, dessen operative Entfernung sie verweigerte. Patientin starb am 25. Dezember 1883.

Dieses sind die Fälle von primären Carcinomen im Innern der Nase, welche die Litteratur aufweist, und die mir zugänglich gewesen sind. Leider war es mir nicht möglich, die diesbezüglichen Angaben, die Lang[1]), van Harlinger[2]) und Duret[3]) machen, zu Gesicht zu bekommen.

Ich will nun hieran einen Fall von Plattenepithelkrebs der Nasenhöhle anschliessen, welcher in der Bonner chirurgischen Klinik von Herrn Prof. Trendelenburg beobachtet und operiert worden ist.

XX.

Peter Heinrich Pfeiffer, Weber aus Bergisch-Gladbach, 53 Jahre alt, wurde am 5. Mai 1892 in die chirurgische Klinik zu Bonn aufgenommen. Seit 3 Jahren hat Patient über Verstopfung beider Nasenhöhlen, zumahl jedoch links zu klagen. Seit dieser Zeit leidet er auch an permanentem Stockschnupfen. Es bildete sich bald eine Geschwulst in der Nase, welche in kurz auf einander

[1]) Maligne Tumoren der Nasenhöhle. Kaiserl. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1889.

[2]) Epithelioma of the nose. Philad. Med. Times 13 III. 1875.

[3]) Journal des sciences méd. de Lille 2, VI. 1887, pag. 207.

folgenden Operationen im Krankenhause zu Mülheim a. Ruhr offenbar nur teilweise entfernt wurde und dann wieder recidivierte. Seit vorigem Sommer hat Patient öfter blutigen Ausfluss aus der Nase bemerkt, der zuweilen mit weissen Körnern untermischt war, die nach seiner Angabe wie Weizenmehl aussahen. Vor einigen Wochen wurden in hiesiger Ohrenklinik einige Stückchen aus der recidivierten Geschwulst excidiert, deren mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Carcinom handele. Seit 20 Jahren leidet Patient andauernd an Kopfschmerzen. Es findet sich im linken Nasenloch eine weiche, höckrige, blassrötliche Geschwulst, die fast bis zum orificium exteruum der Nase herabreicht und einen vollkommenen Verschluss der Luftwege linkerseits hervorgerufen hat. Mit der Sonde kann man zwischen Tumor und Septum weit in die Höhe gelangen, was lateralwärts nicht gelingt.

6. Mai 1892. Temporäre Resektion des linken Nasenbeins und des Oberkieferfortsatzes nach Langenbeck. Entfernung einer höckrigen, von dem Siebbein mit einem Stiele ausgehenden, rötlichen Tumormasse. Die gleichen Massen werden aus dem linken Antrum Highmori entfernt. Daneben finden sich einige Schleimpolypen. Tamponade der Nase mit Jodoformgaze. Wunde durch Nähte geschlossen.

In den ersten 3 Tagen Abendtemperaturen bis 39,3 ohne subjektive Beschwerden.

10. Mai: Entfernung des Tampon, keine Retention; seitdem kein Fieber.

13. Mai: Nähte entfernt. Alles vernarbt.

14. Mai: Patient wird entlassen; klagt noch immer über Kopfschmerzen, namentlich links. Passage im Nasenloch frei.

Die mikroskopische Untersuchung eines Längsschnittes durch den Tumor, bei dem die centralen Partien natürlich dem Fuss und seiner Fortsetzung in die Hauptmasse des Tumors, die peripheren dagegen dem epithelialen Ueberzug desselben gleichkommen, ergiebt folgendes:

Die ganze centrale Partie, die sich in den Stiel weiter fortsetzt, mit welchem die Geschwulst auf der Siebbeinplatte festgesessen hat, besteht aus einem sehr lockeren Bindegewebe, welches zahlreiche Gefässe in sich erkennen lässt. Nach der Peripherie zu geht dieses, an manchen Stellen von noch normaler Epitheldecke überzogene Bindegewebe allmählich in Krebsgewebe über. Es findet sich zunächst in dem Bindegewebe eine kleinzellige Infiltration. Etwas weiter nach aussen finden wir die Epithelzapfen, welche an den verschiedenen Stellen mehr oder weniger entwickelt, in das Bindegewebe hineinwachsen. An den ausgeprägtesten Stellen finden sich derartige Epithelzapfen schon abgeschnürt, d. h. richtige typische Krebszellennester. Die Zellen sind alle als Plattenepithelien zu erkennen. Noch weiter nach der Peripherie, d. h. also an der Oberfläche der Geschwulst, erkennt man eine schmale Zone, in der die Zellen verhornt sind.

Es hat sich also hier um einen Fall von Plattenepithelkrebs im Innern der Nase, vom Schleimhautüberzug des Siebbeins ausgegangen, gehandelt.

Schreiten wir jetzt dazu, uns im Anschluss an diese Berichte ein einheitliches Bild von den Carcinomen im Innern der Nase zu machen, so ist vor allem das noch zu erwähnen, dass wir nicht allen oben beschriebenen Fällen dieselbe Bedeutung beilegen können, dass vielmehr eine nicht geringe Anzahl derselben uns im Unklaren darüber lässt, ob wir es überhaupt mit einem Carcinom,

und dann mit welcher Form desselben wir es in dem betreffenden Falle zu thun haben. Es wird uns also auch hier wiederum geboten sein, uns hauptsächlich an die Mitteilungen zu halten, die uns nicht über die Natur der Neubildung im Zweifel lassen. Betrachten wir nun die oben erwähnten Fälle genauer, so werden wir sehen, dass wir dieselben in zwei Hauptgruppen zu teilen haben, von denen die eine die Cylinderzellencarcinome, die andere die Plattenepithelcarcinome umfasst.

Das Cylinderzellencarcinom, von dem die bisherigen Beobachtungen 18 Fälle aufzuweisen haben (9 ?), ist wohl diejenige Krebsform, welche sich in der Nasenhöhle am ersten erwarten lässt, da ja die ganze Auskleidung derselben bis auf den vordersten Teil, welcher Plattenepithel trägt, ausschliesslich aus Flimmer- oder Cylinderepithel besteht. Es wird bezeichnet als Epitheliom, Zottenkrebs, medullares Carcinom, Adenocarcinom und einfacher Cylinderzellenkrebs; in einem Falle handelte es sich um ein cystisches Cylinderzellencarcinom. Wahrscheinlich gehören hierher, wie schon oben erwähnt, doch auch noch einige der Fälle, die als Adénome cylindrique beschrieben worden sind.

Das Plattenepithelcarcinom wird sich aus oben dargestelltem Grunde wesentlich seltener in der Nase entwickeln, wie denn auch die Litteratur bisher nur einen sicheren Fall desselben aufzuweisen hat. Der zweite Fall ist der in der Bonner Klinik von Herrn Professor Trendelenburg operierte. Die Erklärung, wie sich diese Krebsform im Innern der Nase entwickeln kann, also an Stellen, die gar kein Plattenepithel tragen, ist wohl darin zu suchen, wie es auch schon gelegentlich der harten Papillome erwähnt worden ist, dass vor der Entwicklung der Neubildung eine Epithelmetaplasie stattgefunden hat.

Es hat sich, sei es durch andauernde Schädlichkeit, z. B. starkes Schnupfen, wie Herr Prof. Trendelenburg in seiner Privatpraxis einen Fall von carcinomatöser Neubildung am Septum bei einem sehr starken Schnupfer beobachtet hat, sei es direkt durch Ozaena oder Psoriasis, wie es in dem einen Fall von hartem Papillom sich zugetragen hatte, das Cylinderepithel in Plattenepithel verwandelt. Auf diesem so umgewandelten Mutterboden kann sich dann der Plattenepithelkrebs entwickeln. So scheint es auch in dem von Delstanche et Marique beschriebenen Falle stattgefunden zu haben. Patient hatte sich durch einen Fall wahrscheinlich eine Verletzung der inneren Nase zugezogen, litt seitdem 29 Jahre lang an häufigen Blutungen und andauerndem Stockschnupfen, sodass es wohl denkbar ist, dass durch diesen so lange auf die Schleimhaut ausgeübten Reiz das Epithel die oben besprochene Umwandlung erlitten hat. In dem letzten, von mir hinzugefügten Fall müssen wir eine ähnliche Veränderung der Schleimhaut annehmen, da sich sonst das Auftreten eines Plattenepithelkrebses, von der Schleimhaut des Siebbeins ausgehend, nicht erklären lässt. Eine andere Art des Auftretens eines Plattenepithelcarcinoms im oberen Teil der Nase wäre die, dass sich derselbe aus einem sehr lange bestehenden harten Papillom entwickelt, eine Möglichkeit, der ich schon gelegentlich der Besprechung der harten Papillome Erwähnung gethan habe. Dies würde jedoch auf dieselbe Erklärung wie oben herauskommen. Dass Carcinome sich sehr gerne auf Schleimhäuten, die atrophische Processe durchgemacht haben, entwickeln, erhellt auch aus dem Umstand, dass Magenkrebse sehr häufig nach einem Catarrhus ventriculi atrophicans auftreten. Untersuchungen jüngster Zeit haben sogar dargethan, dass der Mangel freier Salzsäure

im Magensaft bei Cárcinoma ventriculi nicht dem Krebs als solchem, sondern dem begleitenden catarrhus ventriculi atrophicans zuzuschreiben ist.[1])

In aetiologischer Beziehung hat die Durchsicht oben beschriebener Fälle keine Anhaltspunkte gegeben, wie denn überhaupt die Aetiologie der Tumoren, besonders aber der bösartigen, bis jetzt noch sehr dunkel ist. Von einiger Bedeutung scheint das Alter auf die Entwicklung der Nasenkrebse zu sein. In den 20 Fällen waren die Patienten im höheren Alter, (41—76 J.), bis auf eine Beobachtung von Schaeffer, in der der Patient erst das 28. Lebensjahr erreicht hatte. Ob es sich aber hier sicher um ein Carcinom handelte, ist fraglich. Von den übrigen waren:

6 zwischen 40 und 50 Jahre,
10 „ 50 „ 60 „
2 über 60 Jahre.

Bei einem Falle fehlte die Angabe des Alters. Das Geschlecht scheint auf die Entwicklung der Neubildungen gar keinen Einfluss zu haben. Unter den bisherigen Beobachtungen finden sich 13 Männer und 6 Frauen. In einem Falle fehlte wiederum die Angabe des Geschlechts. Eine gewisse Rolle scheint jedoch hierbei die Erblichkeit zu spielen, wie dieses besonders aus dem Falle 11 von Morris hervorzugehen scheint, in welchem die Mutter der Patientin, sowie 4 mütterliche Vorfahren an Krebs zu Grunde gegangen waren. In der Beobachtung 17 von Barzilay war die Mutter der Patientin an einer Geschwulst der Leber gestorben. Oft beschuldigen die Patienten einen Schlag auf die Nase oder ein sonstiges Trauma

[1]) Th. Rosenheim. Berliner klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 51, 52. nach Büngner-Langenbeck's Archiv für kln. Chirurgie. Nr. 39. 1889. S. 299.

als Anfang ihrer Krankheit. Ich glaube jedoch, dass auf diese Momente nicht allzuviel Gewicht zu legen ist. Relativ leicht scheinen sich Carcinome in der Nase nach oft wiederholten Polypenextraktionen zu entwickeln, wie überhaupt nach häufig wiederkehrenden oder lange andauernden Reizen, der die Schleimhaut bei chronischen Affektionen z. B. ausgesetzt ist. In 4 von den beobachteten Fällen findet sich denn auch die Angabe, dass die Patienten schon früher sich Nasenpolypen haben operieren lassen müssen.

Was die Symptome dieser Tumoren betrifft, so zeigen sie zunächst alle Erscheinungen der übrigen Nasengeschwülste. Behinderung der nasalen Atmung, welche die Patienten zwingt, stets mit offenem Munde zu atmen, Herabsetzung, ja sogar Aufhebung des Geruchvermögens. Dazu gesellt sich später eine mehr oder weniger ausgesprochene Schwerhörigkeit. Besteht das Carcinom erst etliche Zeit, so tritt bald ein neues Symptom hinzu, ein im Anfang klarer, schleimiger Ausfluss aus der Nase, der sich bald mit Blut und Eiter untermischt und schliesslich einen jauchigen Charakter annimmt. In den meisten Fällen stellen sich bei Zeiten auch Blutungen aus der Nase ein, welche entweder von Zeit zu Zeit spontan, oder aber bei Berührung des Tumors eintreten. Der Grad dieser Blutungen kann ein ganz verschiedener sein. Nicht so ganz selten treten auch Schmerzen im Innern der Nase auf, welche vereint mit der Atemnot dem Patienten den Schlaf völlig rauben können. Hat die Geschwulst an Ausdehnung sehr zugenommen, so treten in den meisten Fällen auch Difformitäten an der Nase auf, Schiefstand des Septums, Auftreibung der einen Nasenhälfte oder der Nasenwurzel u. s. w. Zuweilen, jedoch durchaus nicht in allen Fällen, treten sekundäre

Schwellungen der submaxillaren Lympfdrüsen auf. Letzteres Symptom ist nur in 2 Fällen bisher beobachtet worden.

Die Carcinome sind meist halbweiche, knollig lappige oder rundliche Geschwülste von weissem, markig-gallertigem oder blassrötlichem Aussehen. Sie sitzen meistens mit breiter Basis auf der Nasenschleimhaut und sind nur in den seltesten Fällen gestielt. In der Litteratur finden sich 2 solcher Fälle erwähnt, zu denen noch der neu hinzugefügte Fall hinzukommt, bei welchem der Tnmor mit einem Stiel der Siebbeinplatte aufsass. Wohl in der grössten Mehrzahl der Fälle gehen die Carcinome von dem oberen Abschnitt der Nasenhöhle aus, sei es von der lamina cribrosa, sei es vom oberen Teil des Septums oder der äusseren resp. unteren Nasenwand. Nur selten entwickeln sie sich im unteren Nasenhöhlenabschnitt, an der unteren Muschel oder dem unteren Teil des Septums. Von den 20 erwähnten Carcinomen gingen:

3 von der Siebbeinplatte selbst aus,
11 von dem oberen Teil der Nasenhöhle
(hiervon 5 vom Septum),
2 (?) von der unteren Muschel;

in 4 Fällen fehlt die Angabe des Ausgangspunktes der Geschwulst.

In ihrem weiteren Verlauf nehmen diese Tumoren zunächst an Grösse zu. Bald fangen sie an, sich in das Nachbargewebe hinein zu erstrecken und dasselbe vollständig zu zerstören. So bringen sie das Septum, die Nasenknochen, das Siebbein, den harten Gaumen u. s. w. nicht so ganz selten zum Schwund und brechen dann in die andere Nasenhöhle, nach aussen, in die Schädelhöhle, Augenhöhle (Exophthalmus) oder selbst in die Mundhöhle

durch. Schon frühzeitig neigen sie zu ausgedehnten Ulcerationen, die dann den oben beschriebenen schleimig-eitrigen, fauligen Ausfluss aus der Nase verursachen.

Die Diagnose auf Carcinom der Nasenhöhle wird sich im wesentlichsten auf das vorgeschrittenere Alter des Patienten, auf die mehr oder minder grossen Zerstörungen, welche die Geschwulst angerichtet hat, ferner auf die etwaigen Nasenblutungen, Ausfluss aus der Nase von üblem Geruch, andauernde Kopfschmerzen, eventuelle Schmerzen in der Nase, Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen stützen.

Nicht so ganz unbedeutend wird auch die Ausgangsstelle für die Beurteilung der Geschwulst sein, da wir ja wissen, dass das Carcinom sich mit Vorliebe im oberen Teil der Nasenhöhle entwickelt. Das Fehlen eines Stiels der Neubildung allein wird die Diagnose nicht besonders fördern, da andere Neubildungen (Sarkome, luetische Affektionen) dieselbe Art des Aufsitzens auf der Schleimhaut zeigen. Dennoch wird dieselbe dazu dienen, bei noch anderen Symptomen, die für Carcinom sprechen, die Diagnose zu sichern. Es wird nicht immer leicht sein, im Anfangsstadium die Carcinome von den gewöhnlichen Schleimpolypen zu unterscheiden. Jedoch wird die rosarote Farbe der Geschwulst, die leichteren Blutungen und endlich die auftretenden Ulcerationen bald das Vorhandensein eines einfachen Polypen als unwahrscheinlich hinstellen. Ferner ist der Polyp gestielt, das Carcinom, wie erwähnt, meist nicht; der Polyp geht meist von der äusseren Nasenwand aus, das Carcinom dagegen von der Siebbeinplatte, dem Septum. Eine eventuelle Drüsenschwellung dürfte die zweifelhafte Diagnose auf einen malignen Tumor ganz sicherstellen. Von dem Adenom unterscheidet sich das Carcinom durch sein viel schnelleres

Wachstum, durch die häufigeren Blutungen und die eventuellen grösseren Schmerzen. Ferner sind die Zerstörungen, welche das Carcinom anrichtet, bedeutend erheblicher als die des Adenoms. Ganz sicher wird man nach mikroskopischer Untersuchung eines kleinen Stückes des Tumors sein. Die Papillome lassen im Gegensatz zu den Carcinomen das umliegende Gewebe meist lange intakt, verursachen keinen übelriechenden Ausfluss und exulcerieren sehr selten; die Blutungen, die sie vielleicht verursachen, sind nicht so reichlich. Sehr grosse Schwierigkeiten kann die Differenzial-Diagnose zwischen Carcinom und Sarkom bieten und wird immer erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden können. Im Allgemeinen ist das Wachsthum des Carcinoms langsamer als das des Sarkoms. Endlich kann noch in einer Reihe von Fällen eine Verwechslung mit entzündlichen, syphilitischen und tuberkulösen Wucherungen im Innern der Nase stattfinden. In dem einen Fall schafft jedoch der Erfolg oder Nichterfolg einer antiluetischen Behandlung, in dem anderen die histologische Untersuchung der tuberkulösen Gebilde den gewünschten Aufschluss.

Sobald die mikroskopische Untersuchung festgestellt hat, dass es sich um ein Carcinom der Nasenhöhle handelt, ist die Prognose natürlich sehr zweifelhaft, ja sogar ungünstig. Denn selbst, wenn der Tumor frühzeitig erkannt und möglichst radikal entfernt worden ist, treten doch meistens Recidive auf, die schliesslich den Tod des Patienten herbeiführen. Dazu kommt noch, dass sehr oft die Geschwulst schon die Schädelbasis ergriffen hat, wenn der Chirurg zur Operation schreitet, sodass dann eine vollständige Exstirpation des Tumors wegen der drohenden Perforation in die Schädelhöhle unmöglich ge-

worden ist. Der Tod tritt entweder infolge einer Meningitis oder der allzugrossen Krebskachexie ein. So traten in 6 der vorher beschriebenen Fälle Recidive auf, von denen 5 den Tod des Betreffenden herbeiführten. In 3 Fällen trat der Tod gleich nach der Operation ein, in einem Falle erlag Patient dem Carcinom, welches kurz vorher nach Ergotininjektionen bedeutend zurückgegangen war. Einmal wurde im Laufe eines Jahres kein Recidiv beobachtet. In den übrigen Beobachtungen ist nichts über den weiteren Verlauf angegeben.

Was nun zum Schluss die Therapie angeht, welche in den einzelnen Fällen zur Anwendung gelangt ist, so wurden, wie schon erwähnt, in einem Falle Ergotininjektionen gemacht, welche auch für eine kurze Zeit eine Grössenabnahme der Geschwulst bewirkt haben sollen. Aehnliche palliative Behandlungen sind die mit Arsen und chlorsaurem Kali, mit welch' letzterem Terrier[1]) sehr gute Erfolge bei einem Nasencarcinom erzielt haben will. Einen einigermassen sicheren Erfolg wird man jedoch nur durch den chirurgischen Eingriff erzielen können. Und zwar wird es sich dabei stets darum handeln, die Geschwulst möglichst früh und möglichst radikal zu exstirpieren, was jedoch nicht so ganz selten durch die weite Ausdehnung des Tumors bedeutend erschwert, wenn nicht völlig unmöglich gemacht sein wird.

In den meisten bisher beschriebenen Fällen musste das Operationsfeld durch Voroperationen freigelegt werden. Zuweilen genügte hierzu die einfache mediane Spaltung der Nase; in anderen Fällen mussten jedoch weitergreifende temporäre Resektionen am Oberkiefer u. s. w. vorgenommen werden. Hierbei wird es stets darauf ankommen, die Schnitte so zu legen, dass man die Aus-

[1]) Plicque, annales des maladies de l'oreille 1890, Nr. 3.

gangsstelle und das Verbreitungsgebiet der Geschwulst zum Zwecke möglichst reiner Entfernung gänzlich frei vor sich liegen hat. Jetzt wird man diese temporären Resektionen nach Langenbeck, v. Bruns oder Ollier ausführen.

Zum Schluss spreche ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Trendelenburg für die gütige Ueberlassung dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozent Dr. Eigenbrodt für die mir freundlichst gewährte Unterstützung meinen wärmsten Dank aus.

Tabelle der Carcinome der Nasenhöhle.

Autor.	Geschlecht.	Alter.	Diagnose.	Ausgangspunkt.	Anamnese.	Befund.	Operation.	Erfolg.
1) Syme	m.	47	Carcinom ? ? (polype cancéreux).	Septum	Seit 1 Jahr langsam wachs. Geschwulst in r. N. Blutung.	r. N. vollständig verstopft.	Radikalexstirpation.	?
2) Billroth	m.	41	Zottenkrebs	obere Teil der N.	1843, 1849 und 50 Nasenpolypen extrahiert. Kopfweh.	30. XI. 53 r. N. ganz verstopft.	Radikaloperation.	Recidiv. operiert. Tod an Meningitis
3) Billroth	m.	45	Zottenkrebs	untere Muschel	Vor 4 J. Polypen extrahiert.	25. I. 54 Verstopfg. der r. N.	Extraktion der Massen.	?
4) Wedl	?	?	Zottenkrebs	?	?	?	Exstirpation.	?
5) Gosselin	m.	58	Epitheliom. (Polype épithélio - glandulaire). ?	Siebbeinplatte	Geschwulst schon zweimal exstirpiert.	Weiche leicht blutende Geschwulst in beiden N. Exophthalmus.	Radikaloperation.	?
6) Waldeyer	f.	50	Carcinoma medullare	Septum	?	Wallnussgrosse Geschwulst.	Radikaloperation.	?
7) Verneuil	m.	52	Epitheliom (Épithélioma) ?	Septum	Seit 2 J. Tumor in l. N. Atmung behindert. Eitriger Ausfluss. Drüsen geschwollen.	l. N. völlig verstopft. Submaxillare Lymphdrüsen geschwollen.	Excision d. Tumors und der Drüsen.	Recidiv operiert. Tod nach 14 Tagen.

8) Péan	f.	64	Epitheliom. (Épithélioma) ?	Septum	Seit 5 Mon. Polyp. Atmung behindert. Geruch u. Geschmack aufgehoben.	Weicher, rötlicher Tumor, mit kleiner Basis aufsitzend, fast gestielt.	Radikalexcision.	Recidiv operiert, seitdem kein neues
9) Pepper	f.	76	Epitheliom. ?	obere Teil d. r. N.	Seit 77 Gefühl eines Fremdkörpers i. d. N. Schleimig-blutiger Ausfluss.	Rundlicher, fest elastischer Tumor i. der r. N.	Ergotininjektionen. Tumor geht zurück, wächst bald wieder sehr stark.	Tod am 15. 12. 77.
10) Morris	m.	45	Adenocarcinom (Adenocancerous polypus).	Siebbeinplatte	Vor 4 J. Polyp entfernt. Recidiv. Starke Blutungen. Dieses operiert., sowie mehrere spätere Polypen extrahiert.	Im l. N. gelatinöser Tumor. Ausfluss. r. N. sekundär ergriffen. Septum perforiert.	Radikalexstirpation. Wegen drohender Gefahr, in die Schädelhöhle zu perforieren, mussten einige Reste stehen bleiben.	?
11) Morris	f.	58	Carcinoma medullare.	obere Teil d. r. N.	Mutter u. 4 mütterliche Vorfahren an Krebs gestorben. Seit 7 Monaten Verstopfung der r. N. Ausfluss. Kopfweh.	Harter, solid. Tumor im r. N. Uebler Geruch aus der N.	Radikalexstirpation.	Recidiv, operiert. Tod nach $1^1/_2$ Mon.
12) Delstanche et Marique	m.	53	Plattenepithelkrebs (Épithélioma à cellules pavimenteuses)	obere Teil der N.	Vor 25 J. innere Verletzung der N. Seitdem Schmerz in der Stirngegend.	Blutig-eitriger Ausfl. l. N. völlig durch blassroten Tumor verstopft. Im r. N. bedeutende Hypertrophie der Schleimhaut.	Verweigert. Tumor perforiert in die Mundhöhle. Diese Teile mehrere Male excidiert.	Tod.

Autor.	Geschlecht.	Alter.	Diagnose.	Ausgangspunkt.	Anamnese.	Befund.	Operation.	Erfolg.
13) Schaeffer	m.	45	Epithelialkrebs (carcinom - épithélial) ?	obere Teil d. l. N.	?	1876 obere Teil der l. N. verstopft.	Excision.	Tod 1877.
14) Schaeffer	m.	28	Epithelialkrebs ?	untere l. Muschel	?	?	1879 Exstirpation.	1880 Recidiv operiert. Tod 1881.
15) Schaeffer	m.	57	Medullares-Carcinom ?	?	?	?	?	Tod 1884.
16) Terillon	m.	59	Epitheliom. (Épithélioma) ?	?	Vor 6 Monaten Verstopfung des l. N.	L. N. völlig verst. Tumor bröckelig.	Exstirpation.	?
17) Barzilay	f.	51	Cylinderzellenkrebs.	Septum	Mutter an Lebergeschwulst gestorben. S. Jugend Schnupfen u. Nasenbluten. Seit 19 Mon. Schmerzen in der N. Ausfluss. 5mal Tumor aus der N. entfernt.	Schwärzlich, ulcerierter Tumor ragt zur l. N. heraus. L. submaxillare Lymphdrüsen geschwollen.	Radikaloperation Drüsen excidiert.	Recidiv. Tod nach 2 Mon.

18) Schmiegelow	m.	51	Cylinderzellenkrebs.	?	Seit 3 M. Schnupfen mit Ausfluss; l. bald eitriger Ausfluss.	L. N. von dunklen Borken ausgefüllt. Unter diesen weiche, blutige Borken mit übelriechend. Sekret. Die ganze Schleimhaut in unregelmässige ulcerierte Fläche verwandelt. Unt. Muschel zerstört.	Excision der krebsigen Massen.	?
19) Jalaguier et Ruault	f.	42	Cystisches Cylinderzellencarcinom. (Épithélioma kystique à cellules cylindriques).	r. hintere Nasenöffnung	Seit 1878 Kopfweh, blutig-eitriger Ausfluss. Bald r. N. verstopft. So 9 J. lang.	L. N. völlig frei. R. N. während der Exspiration völlig verstopft. Tumor sitzt mit breitem Stiel an der hinteren r. Nasenöffnung auf.	Totale Exstirpation.	Während 1 J. kein Recidiv.
20) Trendelenburg	m.	53	Plattenepithelkrebs	Siebbeinplatte	Seit 3 J. Luftmangel in beiden N. Tumor schon mehrere Male entfernt. Blutiger Ausfluss. Seit 20 J. Kopfweh.	L. N. durch weichen, höckrigen, blassroten Tumor verstopft. Geschwulst gestielt.	Temporäre Resektion nach Langenbeck. Radikale Exstirpation.	Bis Dez. 92 kein Recidiv.

Literatur.

1) Schmiegelow. Tumeurs malignes primitives du nez. Revue de laryngol. etc. 1885. No. 8. p. 421.
2) Plicque. Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. Annales des maladies de l'oreille etc. 1890 No. 3. p. 141.
3) Palletta. Exercitationes pathologicae. Mediolani 1820. p. 1 ff.
4) Waldeyer. Virchows Archiv. Bd. 55. S. 93.
5) Neumann. Oestereich. Zeitschrift für praktische Heilkde. 1858. IV. 17. Ref. Claverie S. 21.
6) Robin. Gazette des hôpitaux 1852 p. 46.
7) Gosselin. Gazette des hôpitaux 1865 p. 46.
8) Bouheben. Thèse de Paris 1873. De l'exstirpation de la glande et des ganglions sousmaxillaires. Ref. Barzilay p. 14.
9) Péan cité par Casabanca. Thèse de Paris 1876 p. 67. Ref. Barzilay p. 12. A. Claverie p. 50.
10) Puglièse. Essai sur les adénomes des fosses nasales. Thèse de Paris 1862. Ref. Barzilay p. 45.
11) Pepper. Philad. Med. Times. 29. III. 1879. Ref. Barzilay pag. 28.
12) Morris. Adeno cancerous polypus. Medic. Times 1881 I. 617 und 646.
13) Delstanche & Marique. La presse méd. Belge 1884 et Annales des maladies de l'oreille etc. 1884. Juli No. 3. Ref. Claverie p. 54 et Barzilay p. 16.
14) Engel. Wiener med. Blätter 1885. No. 34. p. 1052.
15) Verneuil. Gazette des hôpitaux 1885. No. 34. p. 269.
16) Barzilay. De l' épithélioma des fosses nasales et son traitement chirurgical. Thèse de Paris 1885.
17) Jalaguier & Ruault. Arch. de laryng. et rhinol. 15. Déc. 1887.

18) Duplay-Reclus. Traité de chirurgie IV. p. 878 et 881.
19) Billroth. Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin 1855.
20) Wedl. Grundzüge der path. Histologie. Wien 1854. p. 667.
21) Büngner. Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie. 39. 1889. p. 299.
22) Volkmanns kinische Vorträge 315. Ref. Langenbecks Archiv 39. S. 300 ff.
23) Kahn. Wiener klin. Wochenschrift 1890. 49.
24) Hopmann. Virchows Archiv 1883. Bd. 93. S. 237 ff. und 234 Fall 15.
25) C. Michel. Die Krankheiten der Nasenhöhle. Berlin 1876. S. 68. Ref. Langenbecks Archiv 39 S. 302.
26) Schaeffer. Deutsche med. Wochenschrift 1882. No. 23 u. Ref. Schmiegelow. S. 422.
27) Claverie. Étude sur les tumenrs malignes primitives des fosses nasales. Thèse de Bordeaux 1886.
28) Mackensie. Diseases of the throat and nose. 1885 p. 392. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1885.

Unzugänglich waren mir:

29) Lang. Maligne Tumoren der Nasenhöhle. Kaiserliche Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1889.
30) van Harlinger. Epithelioma of the nose. Philad. med. Times 13. III. 1875.
31) Duret. Journal des sciences méd. de Lille. p. 207. 2. IV. 1887.

Vita.

Geboren wurde ich, Willy Frick, evangelischer Konfession, am 14. August 1869 in Berlin als Sohn des Kaufmanns Heinrich Frick und seiner Gattin Bertha, geb. Sèchehaie. Ich besuchte das Collège-royal-français zu Berlin, welches ich Herbst 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Bis zum Herbst 1890 weilte ich darauf in Bonn, wo ich mich dem Studium der Medizin widmete und am Schlusse meines 4. Semesters das Tentamen physicum bestand. Im Winter 1890/91 genügte ich in Greifswald meiner militärischen Dienstpflicht im 3. Bataillon des Infanterie-Regiments Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pommersches) No. 42. Nachdem ich im Sommer 1891 die Universität München besucht hatte, kehrte ich nach Bonn zurück und legte am 3. Dezember das Examen rigorosum daselbst ab.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Greifswald: Grawitz.

In München: Bollinger, Bauer, Seitz, Herzog, Oeller, Ziemssen.

In Bonn: Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Fuchs, Geppert, Herz, Kekulé, Kettler, Kocks, Kochs, Köster, Krukenberg, Leo, Ludwig, Nussbaum Pflüger, Pelman, Schiefferdecker, Schultze, Strasburger, Saemisch, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit.

Allen diesen Herren sage ich meinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

1. Bei Carcinomen der Nasenhöhle ist die frühzeitige Radikalexstirpation dringend geboten, da nur auf diese Weise ein gewisser Erfolg erzielt werden kann.

2. Es wird in einzelnen Fällen sehr schwer, wenn nicht ganz unmöglich sein, gummöse Neubildungen der Nasenhöhle von Carcinomen derselben zu unterscheiden.

3. In verzweifelten Fällen von Trigeminus-Neuralgien hat sich die Unterbindung der Carotis ganz besonders bewährt. Dieselbe dürfte namentlich in den Fällen zur Anwendung gelangen, in welchen die Compression der Carotis eine Linderung des Leidens herbeiführt.

4. Gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren ist die Bepinselung der Portio mit Jod von gutem Erfolg gewesen.