Die Behandlung der Cancroide des Gesichts (mit Ausschluss der Lippencarcinome) und das Auftreten der Recidive ... / vorgelegt von Richard Stoeckle.

Contributors

Stoeckle, Richard.
Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

Publication/Creation

Würzburg : Verlagsdruckerei, 1899.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/vu67h5sc

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

2

Die Behandlung der Cancroide des Gesichts

(mit Ausschluss der Lippencarcinome)

und das Auftreten der Recidive

nach den Ergebnissen der Würzburger chirurgischen Klinik 1887—1897.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medicinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Chirurgie, Medicin und Geburtshülfe

vorgelegt von

Richard Stoeckle

aus Aichach (Oberbayern).

Verlagsdruckerei Würzburg.

1899.

Referent:

Herr Geheimer Medicinalrat Hofrat Prof. Dr. Schönborn.

Seinen

lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30596932

Von allen Neubildungen, die am Menschen beobachtet wurden, kommen am Gesichte eine beträchtliche Anzahl vor; so stellt das vom Epithel ausgehende Carcinom ein grosses Contingent dazu und gehört zugleich neben den Carcinomen des Uterus und der Mamma zu den am häufigsten vorkommenden bösartigen Geschwülsten. Von den 9554 von Gurlt zusammengestellten Carcinomfällen kamen 3401 auf den Uterus und seine Adnexa, 1314 auf die Mamma, 1259 auf die äusseren Teile des Gesichtes und 1887 auf das ganze Gesicht (die Gesichtshöhlen, Kiefer, Parotis etc. mitgerechnet); also fast $^1/_5$ aller Carcinome käme auf das Gesicht überhaupt und fast $^1/_7$ auf die äusseren Teile desselben.

Mit von Winiwarter teile ich nun die Gesichtscarcinome ihrem Ausgangspunkte nach in zwei grosse Gruppen ein: die Carcinome der äusseren Haut des Gesichtes und die der Mundhöhlenschleimhaut. Das Lippencarcinom, das besser seiner histologischen Herkunft nach zu den Schleimhautkrebsen zu rechnen ist, ist aus meiner Statistik ausgeschlossen.

Ohren hat im Langenbeck'schen Archiv Bd. XXXVII 2 eine Arbeit veröffentlicht: „Über die Endresultate der Carcinome des Gesichtes mit Ausschluss der Lippencarcinome." Zur Verfügung standen ihm die im Juliusspitale zu Würzburg in den Jahren 1877—1887 unter v. Bergmann und Maas zur Beobachtung gekommenen 72 Fälle. Über das Ergebnis dieser Arbeit werde ich später zu berichten haben. Vorliegende Arbeit soll eine Fortsetzung der obigen genannt werden und ist im

wesentlichen die Einteilung der Tabellen mit einigen geringfügigen Abänderungen beibehalten worden. In den Jahren 1887—1897 kamen hier 86 Fälle von Gesichtscarcinom zur Beobachtung, wobei zu bemerken ist, dass die Operationen, die vor dem 1. Januar 1887, sei es hier im Spital oder auswärts, ausgeführt wurden, keine Berücksichtigung finden, da es sich lediglich darum handelt, festzustellen, was für Erfolge in der Zeit von 1887—1897 erzielt wurden.

Es wäre natürlich niemanden gedient, wenn ich mich mit dem „Geheilt entlassen" der Krankengeschichten begnügt hätte und daraus schliessen wollte. Vielmehr gelang es mir, mich nahezu vollständig über das Schicksal der in ihre Heimat entlassenen Leute zu orientieren. Die ehemaligen Patienten, die in der Umgebung Würzburgs ansässig waren bezw. noch sind, suchte ich selbst auf und erkundigte mich bei ihnen persönlich nach ihrem Befinden, bezw. forschte ich bei ihren Angehörigen nach. Über weiter entferntere Patienten zog ich durch Laien Erkundigungen ein; die Antworten über das Auftreten der Recidive sind im allergrössten Teile sehr genau eingetroffen. Waren ehemalige Patienten frei von localem Recidiv an Carcinom anderer Organe gestorben, so wird das genau berücksichtigt werden. Die angegebenen Todesursachen verdienen ebenfalls alle Glaubwürdigkeit.

Behufs leichterer Übersicht über die nun folgenden Tabellen, sei es mir gestattet, gleich eine kurze Zusammenstellung der vorliegenden 86 Fälle vorauszuschicken.

So finden sich in:

Tabelle I	die Kranken,	welche	ohne Recidiv bald nach der Operation gestorben sind.
„ II	„	„	welche bald nach der Recidivoperation gestorben sind.
„ III	„	„	welche mit Recidiv gestorben sind.
„ IIIa	„	„	welche an Carcinom anderer Organe gestorben sind.

Tabelle	IV	die Kranken,	welche mit localem Recidiv leben.
„	IVa	„ „	welche wegen Recidiv operiert, jetzt recidivfrei sind.
„	V	„ „	welche bis zu ihrem Tode recidivfrei waren.
„	VI	„ „	welche bis Mitte Mai 1898 absolut recidivfrei sind.
„	VII	„ „	deren Schicksal unbekannt ist.
„	VIIa	„ „	die bei ihrem Eintritt ins Spital inoperabel waren.

Um über die Behandlung der Gesichtscarcinome sprechen zu können, möchte ich die Tabellen über die Ergebnisse voraus-stellen, um dann später an der Hand der einzelnen Fälle über die Operationen berichten zu können.

Tabelle I.

Patienten ohne Recidiv bald

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Zeit der Operation
1	Wiessmann Elisabeth, Bauerswitwe	68	Linker innerer Augenwinkel	11. 7. 89.
2	Wörner Bernhard, Landwirt	80	Gegend des Jochbogens	10. 9. 89.
3	Hornung Johann, Ökonom	75	Nase	Ende Februar 90.
4	Gans Susanna, Ökonomenswitwe	55	Linke Wange	10. 6. 91. 6. 7. 91.
5	Albert Anna, Schneidermeistersgattin	52	Linke Nasenhälfte	11. 7 94.
6	Zeller Franziska, Schreinersfrau	76	Augenlider und Regio infraorbitalis dextra	8. 2. 97.

ach der Operation gestorben.

Art der Operation	Todesursache	Zeit des Todes
xstirpation und Implantation nach Thiersch	Degeneratio cordis	17. 7. 89. Pat. trat mit Recidiv ins Spital ein.
xstirpation und partielle Resektion des Oberkiefers, Eröffnung des Antrum Highmori.	„Lungenentzündung"	22. 9. 89. Pat. trat mit Recidiv ins Spital ein.
xcision und Plastik aus der Stirngegend	Septomeningitis purulenta	1. 3. 90.
xstirpation mit Resektion des Oberkiefers und Eröffnung des Antrum Highmori nucleatio bulbi. Plastik von der Stirne und Implantation nach Thiersch	Degeneratio flava cordis. Embolia pulmonum	21. 7. 91. Pat. trat mit Recidiv ins Spital ein.
xstirpation, Entfernung des linken Os nasi und des Siebbeins. Eröffnung des Antrum Highmori, der Stirnhöhle und Keilbeinhöhle. Plastik von der Stirne aus	Meningitis purulenta convexae partis et basis cerebri. Destructio carcinomatosa sellae turcicae et tuberculi. Abscessus lobi frontalis dextri	5. 8. 94.
xstirpation mit Enucleatio bulbi, Eröffnung des Antrum Highmori und Bloslegung der Dura mater. Tamponade	Cachexia senilis universalis. Carcinomatosis durae matris. Meningitis ausgeschlossen.	6. 3. 97.

Tabelle II.

Bald nach einer

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Hessdörfer Martin, Ökomom (Pat. trat mit Recidiv ein.)	48	Rechtes oberes und unteres Augenlid und rechter Nasenflügel	4. 9. 87.	Exstirpation und Plastik von der Wange und Schläfe aus.
				5. 12. 87.	Vergrösserung der Lidspalte
				1. 6. 88.	Verbesserung der Lidspalte mittelst neuen Lappens
				25. 1. 89.	abermalige Verbesserung der Lidspalte
			Recidiv am Naseneingang	18. 3. 89.	Exstirpation mit Abmeisselung einiger Knochenlamellen
			Unterhalb des Septum narium	5. 8. 90.	Exstirpation mit Abmeisselung einiger Knochenlamellen
			Rechter Oberkiefer	6. 2. 91.	Exstirpation mit Enucleatio bulbi und Entfernung des Nasenbeins, der Concha superior und der unteren Partie der Orbita
2	Weber Jakob von Remlingen (Pat. trat mit Recidiv ein.)	62	Linke Schläfe	26. 6. 89.	Exstirpation und Implantation nach Thiersch
				18. 5. 94.	Exstirpation
3	Kühl Georg, Hausmetzger	72	Linkes Ohr	8. 8. 94.	Exstirpation und Entfernung geschwellter Drüsen am Halse
				19. 9. 94.	Exstirpation
			Recidiv in der linken Halsgegend	22. 10. 94.	Exstirpation des Tumors mit spontanem Einreissen der bereits arrodierten Arteria subclavia und vertebralis

ecidivoperation gestorben.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv		Zeit des Todes	Todesursache
		Beginn	Sitz		
eheilt mit instlicher Lidspalte	31. 12. 87.	da Patient das rechte Auge nicht richtig öffnen kann und wegen einer Conjunctivitis sucht Patient Hülfe am:			
heilt	24. 6. 88.	infolge aufgetretenen Entropions und Conjunctivitis:			
heilt	6. 2. 89.	?	hintere Partie der rechten Nasenöffnung		
st geheilt	7. 4. 89.	$1^1/_4$ Jahr darauf	in der Narbe		
heilt	17. 8. 90.	4 Monate darauf	in der Narbe des Transplantationslappen auf dem rechten Nasenflügel		
—	—	—	—	13. 2. 91.	Carcinoma maxillae superioris, Meningitis acuta purulenta.
heilt	20. 7. 89.	nach 4 Jahren	in der Narbe		
ormal	—	—	—	1. 6. 94.	Herzschwäche.
st geheilt	22. 8. 94.	bald darauf	in der Narbe		
aktionslos	—	4 Wochen darauf	in der Operationsnarbe am Hals		
ormal	—	—	—	27. 10. 94.	Lungenoedem.

Tabelle III.

Mit Recidi

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Rottmann Barbara, Waschfrau	72	Rechtes Ohr und Wange, linker Nasenflügel und Halsgegend	1. 12. 87.	Exstirpation des Carcinom am Halse, am linken Nasenflügel, am rechten Oh letztere mit Plastik
2	Weber Jakob, Ökonom aus Obersinn	67	Nasenrücken u. Unterlippe	9. 12. 87.	Exstirpation mit Entfernu des knorpeligen und kn chernen Teiles der Nase u der vorderen Wandpart der link. Stirnhöhle. Plast
			Recidiv am rechten inneren Augenwinkel	18. 2. 88.	Exstirpation mit Entfernu des Oberkieferfortsatzes d Stirnbeins und des Stir fortsatzes des Oberkiefe und des rechten Thräne beins, Eröffnung der Nase und Stirnhöhle
3	Öhrlein Michael, Landwirt	60	Regio sub cantho int. des linken Auges, der Unterlippe und beide Gesichtshälften	13. 11. 88.	Exstirpation des Tumors a Augenwinkel, des Ulcus a der Unterlippe und d Ulcerationen im Gesic (Plastik und Thiersch'sch Implantationen). Entfer ung der metastatischen T moren in der glandu submaxillaris und mental links
			Recidiv in der linken Fossa canina und der Fossa submaxillaris	10. 7. 89.	Exstirpation und Implanta tionen nach Thiersch. Au räumung der fossa sub maxillaris links und En fernung einer Drüse unte dem M. sterno-cleido-ma stoideus
4	Bock Johann, Waldaufseher	72	Linker Nasenflügel	1. 8. 90	Exstirpation und Plastik Thiersch'sche Transplanta tionen
			Linkes Ohr	17. 12. 92.	Excision und Naht

estorben.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv Beginn	Recidiv Sitz	Zeit des Todes	Ursache des Todes
st geheilt entlassen	16. 5. 88.	14 Tage darauf	in der Narbe vom Ohr zum Hals	8. 2. 89.	Verblutung infolge Arrosion eines Halsgefässes.
ormal	—	12. 2. 88 mit Schmerzen	an der Narbe am Canthus internus des recht. Auges		
it Verdacht auf Recidiv wird Patient auf Wunsch entlassen	26. 3. 88.	bald darauf	an der alten Stelle	15. 10. 88.	? »das eingesetzte Stückchen Haut war vollkommen zerstört«.
eheilt	24. 12. 88.	5 Monate darauf	am untern Pol des Transplantationslappens		
uf Wunsch als fast geheilt entlassen uf der Oberlippe kleine Ulcerationsfläche	27. 7. 89.	bald darauf	Nasolabialfalte	15. 8. 89.	Kachexie.
eheilt	29. 8. 90.	$1^1/_2$ Jahre darauf	linke Ohrmuschel		
eheilt	7. 1. 93.	1 Jahr darauf	in loco	September 96	? »das linke Ohr war vollständig zerstört«.

Tabelle III.

Mit Recidi

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
5	Lechner Andreas, Ökonom	76	Kinn	9. 10. 90.	Exstirpation mit Abmeisselu einer Unterkieferlamelle
6	Stark Margarethe, Bauerswitwe	64	Canthus externus des rechten Auges	10. 3. 91.	Exstirpation und Plastik
				12. 12. 91.	Vergrösserung der Lidspalte
7	Herbert Dorothea, Bäckersfrau	68	Beide Nasenflügel und Stirne	20. 7. 91.	Exstirpation des kleinen U cus an der Stirne
				29. 7. 91.	Cauterisation der Ulcerationen an der Nase
			Recidiv auf der rechten Wange	27. 8. 91.	Cauterisation
			Rechte Wange und Oberlippe	3. 12. 91.	Excision des Tumors de Oberlippe und des Tumor der Wange mit Plastik
8	Mehling Kathar., Wagnersfrau	75	Linke Supraorbitalgegend	12. 1. 93.	Exstirpation und Implanta tionen nach Thiersch
9	Schuler Sebastian, Ökonom	65	Linke Schläfengegend	13. 2. 93.	Exstirpation mit Resektion des Proc. zygomat. Plastik
			Linke Parotisgegend	11. 11. 95.	Exstirpation mit Resektion des Capitulum mandibulae am Collum und Meissel resektion des proc. mastoid Plastik
10	Rossdeutscher Barbara, Häckerswitwe	66	Stirne und Canthus int. des rechten Auges	20. 4. 93.	Exstirpation des Ulcus in Augenwinkel (Plastik) und Cauterisation an der Stirne
				6. 5. 93.	Cauterisation an der linken Nasenseite und am untern Augenlid
11	Müller August, Taglöhner	37	Rechte Wange und Ohr	10. 5. 93.	Exstirpation u. Implantationen nach Thiersch

gestorben.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv Beginn	Recidiv Sitz	Zeit des Todes	Ursache des Todes
geheilt.	21. 10. 90.	1 Jahr darauf	in der Gegend des Kehlkopfes	22. 5. 92.	Verblutung infolge Arrosion eines Gefässes.
mit Blepharophimosis geheilt	25. 3. 91.				
gebessert entlassen	9. 1. 92	2 Jahre darauf	in loco	27. 1. 98.	Herzschwäche.
—	—	bald darauf	unter dem rechten untern Augenlid		
n poliklin. Behandl. entlassen	5. 11. 91.	1 Monat darauf	in der Cauterisationsnarbe		
geheilt	16. 12. 91.	nach 8 Tagen	in der Narbe an der Wange	12. 4. 96.	Herzschwäche.
geheilt	28. 1. 93.	bald darauf	rechte Gesichtshälfte	20. 9. 96.	? »Krebsleiden ganz pestartig«.
geheilt	3. 3. 93.	$2^1/_2$ Jahre darauf	in der Narbe vor dem Ohre		
mit Facialisparese entlassen	26. 1. 96.	bald darauf	in loco	23. 7. 96.	durch »Verhungern«.
geheilt	30. 5. 93.	2 Jahre darauf	rechtes Auge	25. 12. 97.	?
geheilt	5. 6. 93.	bald darauf	in loco	7. 2. 95.	? Halsdrüsen inficiert.

Tabelle III.

Mit Recid

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
12	Eitel Kilian, Dienstknecht	52	Rechte Parotisgegend	6. 7. 93.	Exstirpation und Plastik
			Rechte Parotisgegend und Halsgegend	3. 2. 94.	Exstirpation, Tamponade
			Ohr und Fossa supraclavicularis	17. 11. 94.	Exstirpation des Tumor Ohr mit Abmeisselung Proc. mastoid. und des pr condyl. des Unterkief und des Proc. styloid. Plas Exstirpation der Drüse der Fossa supraclavicula
				14. 1. 95.	Verbesserung der Lappenfo
13	Seuferling Kathar., Taglöhnersfrau	74	Kinngegend, beide Wangen und Nase	12. 4. 94. 25. 6. 94.	Exstirpation der Cancroide am Kinn, an den Wang und Nase
			Nasenspitze, linker Nasenflügel, Stirne	7. 7. 97.	Exstirpation der Cancro und Auslöffelung verdä tiger Stellen
14	Schraut Andreas, Bäcker	48	Linkes Ohr	6. 7. 94.	Exstirpation (mit Ablösu der Ohrmuschel) des Parot tumors und eines Drüse tumors am Halse. Thiers
15	Kempf Barbara, Pfründnerin	75	Regio in fraosbitalis	27. 5. 95. 21. 6. 95.	Exstirpation u. Plastik „ Implantation nach Thiersch Verbesserung der Lappe form
16	Hammer Barbara, Bauerswitwe	72	Rechte Wange und Nase	24. 7. 95. 9. 8. 95.	Exstirpation und Plastik Keilexcision am Lappen
17	Haelbig Anna, Schneidersfrau	60	Linke Schläfengegend	21. 8. 95.	Exstirpation und Implantati nach Thiersch

estorben.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv Beginn	Recidiv Sitz	Zeit des Todes	Ursache des Todes
t Facialisparese entlassen	26. 7. 93.	4 1/2 Monate darauf	in loco und in der Narbe am Halse vom Transplantationslapp. herrührend		
heilt	31. 3. 94.	1 1/2 Jahre darauf	in der Narbe am äusseren Gehörgang, und in der Fossa supraclavicularis		
—	—	3 Monate darauf	in der Narbe am Ohr		
				29. 7. 95.	Metastasen der Milz.
heilt	23. 7. 94.	2 1/2 Jahre darauf	in verschied. Narben des Gesichts		
heilt	28. 7. 97.	4 Monate darauf	im ganzen Gesicht	12. 2. 98.	Lungenentzündung.
poliklinische Behandlung entlassen	16. 8. 94.	bald darauf	in loco	Dezember 94.	Meningitis.
heilt	16. 7. 95.	1/2 Jahr darauf	in der Narbe	26. 11. 96.	Herzschwäche.
heilt	15. 8. 95.	4 Wochen darauf	in der Narbe an der Nase	11. 12. 97.	»Das Carcinom verbreit. sich auf die ganze linke Gesichtshälfte«.
geheilt entlassen	8. 9. 95.	bald darauf	in der Narbe	20. 9. 96.	Herzschwäche.

Tabelle IIIa.

An Carcinom ander

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Schulz Georg, Gemeindediener	63	Rechte Parotisgegend	23. 8. 94.	Exstirpation. Der Ner facialis wurde durchschnitt Unterbindung des Duc Stenonianus
			Linke Nasenseite und Wange	4. 12. 94.	Excision beider Cancroi Plastik
			Rechte Wange (Recidiv)	5. 2. 95.	Exstirpation des Parotistur und des Tumor am Kie winkel. Entfernung Muscul. masseter
			Hals	15. 5. 95. Untersuchung	Tumor unter dem M. ster cleido-mastoideus und der Regio epigastrica
2	Mühlig Joseph, Spengler	73	Unteres linkes Augenlid	16. 5. 96.	Exstirpation mit Abmeissel des vorderen Teiles Orbita und Plastik. I plantationen nach Thiers

rgane gestorben.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv Beginn	Recidiv Sitz	Zeit des Todes	Ursache des Todes
it geringer Facialisparese geheilt	1. 9. 94.	$1^1/_2$ Monate darauf	neues Cancroid auf der link. Wange		
f Wunsch als fast geheilt entlassen	18. 12. 94.	continuierlich	Narbe am rechten Unterkieferwinkel		
heilt entlassen	23. 2. 95.	1 Monat darauf	Schwellung am Hals		
—	—	—	—	2. 6. 95.	Tumor metastaticus glandularum mesenter., cordis, glandularumque lymphat. colli. Peritonitis.
f Wunsch als fast geheilt ntlassen	27. 5. 96.	$1^1/_2$ Jahr darauf	Augenhöhle	5. 3. 98.	»Magenkrebs«.

Tabelle IV.

Mit loca

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	B. G., Gastwirt	48	Recidiv am linken unteren Augenlid und inner. Augenwinkel	30. 4. 87.	Exstirpation und Plasti
				28. 5. 87.	Excision eines Lappenw
			Recidiv am linken unteren Augenlid	2. 12. 88.	Excision, Naht
			Recidiv in der linken Nasenwangenfurche	27. 11. 89.	Excision, Naht
			Recidiv in loco	27. 12. 89.	Excision, Naht
			do.	18. 6. 93.	Excision, Naht
			do.	Mai 1897	Excision, Naht
2	Lyr Barbara, Waldhütersfrau	66	Rechtes unteres Augenlid	16. 7. 89.	Exstirpation, Eröffnun Antrum Highmori. P Implantation nach Th
				1. 8. 89.	Excision einer Indurati der Wange und eines penwulstes
3	Wagner Balthasar, Ökonom	69	Rechte Ohrmuschel	28. 7. 90.	Excision mit teilweiser fernung der Ohrmusc
4	Albert Georg, Müller	64	Linke Wange u. Ohr	5. 10. 92.	Exstirpation, Implan nach Thiersch
5	Schneider Michael, Ökonom	57	Regio infraorbitalis rechts	28. 3. 93.	Exstirpation, Plastik, In tationen nach Thiers
6	Stubenrauch Lorenz, Privatier	72	Linkes Ohr	17. 12. 94.	Exstirpation mit Entfe der Ohrmuschel und meisselung einiger La am Processus masto Plastik
				19. 1. 95.	Implantation am Schädel
7	Klein Konrad	77	Linke Regio infraorbitalis	23. 12. 97.	Exstirpation und Plastik

ecidiv lebend.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv		Bemerkungen.
		Beginn	Sitz	
heilt	14. 7. 87.	?	in der Narbe	Patient trat mit Recidiv ein.
heilt	19. 12. 88.	?	do.	—
heilt	16 12. 89.	bald darauf	do.	—
heilt	31. 12. 89.	?	do.	—
heilt	25. 6. 93.	?	do.	—
heilt	—	—	do.	Pat. stellt sich mit dem Recidiv eben zur Operation vor.
heilt	21. 8. 89.	3 Jahre darauf	do.	»Pat. fühlt Schmerzen in den Armen, Beinen und Kreuz«.
t geheilt	23. 8. 91.	bald darauf	do.	zugleich Borkenbildung an beiden Wangen, Nase und linkem Ohr.
heilt	18. 10. 92.	2 Monate darauf	in loco	»Die Wucherung hat sich über die ganze Wange ausgebreitet«.
heilt	11. 4 93.	14 Monate darauf	do.	Bulbus vollständig »ausgefault«; in der Orbita ist der Knochen sichtbar; die ganze rechte Gesichtshälfte ist erkrankt.
f Wunsch als fast geheilt entlass.	28. 1. 95.	$2^1/_2$ Jahre darauf	do.	»Reissen und Wühlen im Kopfe. Die Gegend vom Ohr zum Hals geschwellt und druckempfindlich. Essen sehr beschwerlich; Sprache flüsternd«.
eilt	15. 1. 98.	bald darauf	do.	»Die Erkrankung scheint sich auf die Gehirnhaut auszudehnen. Unsicherer Gang. Fieberhafter Zustand«.

Tabelle IVa.

Wegen Recidiv operier

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Johanni Katharina, Bauersfrau	43	Nasenrücken	18. 5. 88.	Exstirpation und Plastik
			Recidiv an der Nasenspitze	7. 11. 88.	Excision, Naht
			Recidiv am Septum	14 3. 89.	Excision, Naht
			Recidiv am Septum	7. 11. 89.	Excision, Plastik und plantationen nach Thier
2	Martin Michael, Ökonom	59	Regio supraorbitalis dextra	30. 5. 91.	Excision, Naht
			Recidiv an der Stirne	1895 (auswärts)	Exstirpation im Krankenh zu Langenburg
3	Albert Michael, Taglöhner	51	Linker äusserer Augenwinkel	9. 7. 93.	Excision d. Thränendrüse, N
			Recidiv in loco	7. 4. 97.	Exstirpation, Plastik
			Recidiv über dem linken obern Augenlid	16. 2. 98.	Exstirpation, Plastik
4	Meckel Eva, Taglöhnersfrau	43	Rechter innerer Augenwinkel	1894 (Poliklinik)	Exstirpation
			Recidiv in loco	4. 3. 97.	Exstirpation und Plastik Implantationen n. Thier
				25. 3. 97.	Excision der Lappenbrück
5	Brendlein Barbara, Kutschersfrau	59	Linkes oberes Augenlid	8. 1. 95.	Exstirpation, Plastik und plantationen nach Thier
				4. 2. 95.	Excision der Lappenbrück Verlängerung der Lidsp
			Recidiv an beiden Augenlidern	15. 3. 98.	Exstirpation mit Enucle bulbi und Ausräumung Orbita, Plastik, secun Implantationen n. Thier
6	Urban Marie, Privatière	59	Rechtes Ohr	18. 7. 95.	Exstirpation (poliklinisch)
			Recidiv am rechten Ohr	8. 5. 96.	Excision der alten Narbe, N
			„ „ „ „	13. 12. 97.	Excision der unteren Hä der Ohrmuschel und vorderen Wand des Me auditorius ext.
				6. 5. 98. poliklinisch	Excision an der Stelle Ohrläppchen

bis Mitte Mai 1898 recidivfrei.

Heilungsverlauf	Entlassen	Recidiv		Bemerkungen	Heilungsdauer
		Beginn	Sitz		
geheilt	16. 6. 88.	bald darauf	in der Narbe am untern Pol des Transplantationslappens		
geheilt	17. 11. 88.	3 Monate darauf	am Septum		
geheilt	24. 3. 89.	5 Monate darauf	in der Narbe am Septum		
geheilt	20. 11. 89.	—	—	seither recidivfrei	$8^1/_2$ Jahre.
geheilt	3. 6. 91.	4 Jahre darauf	in der Narbe		
geheilt	—	—	—	do.	3 Jahre.
fast geheilt	15. 7. 93.	5 Monate darauf	in der Narbe		
geheilt	12. 5. 97.	8 Monate darauf	in der Narbe des Lappens		
geheilt	25. 2. 98.	—	—	do.	4 Monate.
bis auf eine kleine Stelle geheilt	—	continuierlich	in der Narbe		
geheilt	23. 5. 97.	—	—	do.	1 Jahr.
geheilt	18. 3. 95.	$2^1/_4$ Jahre darauf	in der Narbe		
geheilt	25. 4. 98.	—	—	do.	3 Wochen.
geheilt mit Facialisparese	—	$^3/_4$ Jahr darauf	in der Narbe		
fast geheilt	17. 5. 96.	$1^1/_3$ Jahr darauf	in der Narbe		
fast geheilt	23. 12. 97.	$3^1/_3$ Monate darauf	in der Narbe		
geheilt	—	—	—	do.	10 Tage.

Tabelle V.

Bis zum To

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Firsching Andreas, Maurer	74	Rechtes Ohr	9. 4. 88.	Exstirpation mit Entfern der Ohrmuschel
2	Hock Eva, Dienstbote	70	Linke Nasenseite	13. 12. 88.	Exstirpation mit Entfern des Nasenknorpels lin Plastik. Implantationen Thiersch
				8. 2. 89.	Excision der Lappenbrück
3	Greger Georg, Weber	76	Rechte Wange	25. 6. 91.	Exstirpation mit Durchschn dung des N. facialis u des Ductus Stenonian Naht
4	Arnold Joh. Mich., Taglöhner	52	Linke Schläfe	28. 3. 92.	Exstirpation, Implantation nach Thiersch
5	Kirchner Johann, Maurer	79	Nasenspitze	6. 4. 95.	Exstirpation und Plastik, Entfernung des Knorpel
6	SchönemannKath., Steinhauerswitwe	81	Linke Schläfe	12. 6. 95.	Exstirpation und Implan tionen nach Thiersch
7	Stier Bernhard, Ökonom	77	Rechtes unteres Augenlid, rechtes Ohr u. Fussrücken	3. 6. 96.	Exstirpation mit Abtragu des vorderen Teiles Orbita und Eröffnung Antrum Highmori. Plast
			Recidiv auf der recht. Nasenseite	13. 7. 96.	Exstirpation und Plastik
8	Oppmann, Ökonom	73	Linker Nasenflügel u. Nasenseite	6. 6. 96.	Exstirpation, Plastik, Impl tationen nach Thiersch
				12. 6. 96.	Excision an der Lappenbrüc

recidivfrei.

Heilungsverlauf	Entlassen	Heilungsdauer	Zeit des Todes	Todesursache
auf Wunsch als fast geheilt entlassen	19. 5. 88.	$2^5/_6$ Jahre	Februar 1891	»Lungenentzündung«.
geheilt	21. 2. 89.	5 Jahre	22. 2. 94.	Marasmus senilis.
mit Facialisparese entlassen	9. 8. 91.	2 Jahre 2 Monate	23. 10. 93.	»Altersschwäche«.
geheilt	13. 4. 92.	8 Monate	21. 12. 92.	»Lungenleiden«.
geheilt	17. 5. 95.	2 Monate	24. 7. 35.	»Eingeklemmter Bruch«.
geheilt	15. 7. 95.	9 Monate	8. 6. 96.	»Altersschwäche«.
fast geheilt	14. 4. 96.	6 Wochen darauf Recidiv in der alten Narbe.		
geheilt	29. 8. 96.	3 Monate	29. 11. 96.	?
geheilt	20. 6. 96.	$1^2/_3$ Jahre	2. 3. 98.	»Lungenentzündung«.

Tabelle VI.

Bis Mitte Mai 189

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
1	Wirsing Kathar., Bauersfrau	66	Linke Nasenseite	30. 3. 87.	Excision, Naht
2	Krampert Margar., Taglöhnersfrau	49	Rechte Nasenseite	22. 6. 87.	Exstirpation, Plastik
3	Goldstein Johanna, Hausbesitzerin	56	Stirne	8. 1. 89.	Excision, Naht
4	Schneider Cyriak., Maurer	54	Nasenrücken	16. 1. 89.	Exstirpation, Plastik und Ir plantationen nach Thiersc
5	Hanselmann Mgd., Bauerswitwe	72	Nase	19. 7. 89.	Exstirpation, Plastik und Ir plantationen nach Thiersc
6	Schmitt Walburga, Ökonomenstochter	60	Linkes unteres Augenlid und linke Nasenseite	13. 6. 90.	Exstirpation mit Entfernun des vorderen Teiles d Orbita, Enucleatio bulb Eröffnung des Antrum Higl mori, Plastik und Implan tationen nach Thiersch
7	Pecht Eva, Bauersfrau	43	Rechter Nasenflügel	6. 10. 90.	Exstirpation, Plastik und In plantationen nach Thiersc
8	Rudolf Karolina, Fabrikarbeitersfrau	54	Nase	13. 4. 91.	Exstirpation, Plastik, Implan n. Th.
9	Kob Rufine, Bauersfrau	38	Linkes unteres Augenlid	29. 3. 92.	Excision, Naht
10	Ebert Georg, Ökonom	55	Septum der Nase	4. 8. 93.	Exstirpation unter Spaltun der Nase
11	Riechlein Johann, Ökonom	45	Kinn	6. 8. 93.	Exstirpation mit Abmeisselun einiger Knochenlamelle Plastik. Implant. n. Th.
12	Köberlein Michael, Wechselwärter	61	Rechte Wange	3. 2. 94.	Excision, Naht
13	Zeissner Johann, Ökonom	30	Linker innerer Augenwinkel	11. 12. 94.	Exstirpation, Naht
14	Riemüller Barbara, Bauersfrau	46	Nasenspitze	21. 1. 95.	Exstirpation, Naht
15	Hemmerich Marg., Witwe	66	Rechter innerer Augenwinkel	21. 3. 95.	Exstirpation, Plastik
16	Kunzmann Andr., Ökonom	63	Linke Wange	14. 3. 95.	Exstirpation, Plastik

recidivfrei.

Heilungsverlauf	Entlassen	Heilungsdauer	Bemerkungen
geheilt	7. 4. 87.	11 Jahre 1 Monat	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	16. 7. 87.	10 Jahre 9 Monate	—
geheilt	22. 1. 89.	9 Jahre 4 Monate	—
geheilt	17. 2. 89.	9 Jahre 3 Monate	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	21. 8. 89.	8 Jahre 10 Monate	—
geheilt	5. 7. 90.	7 Jahre 10 Monate	—
geheilt	25. 10. 90.	7 Jahre 6 Monate	—
geheilt	22. 7. 91	$6^3/_4$ Jahre	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	6. 4. 92.	6 Jahre 1 Monat	—
geheilt	11. 8. 93.	4 Jahre 9 Monate	—
geheilt	3. 9. 93.	4 Jahre 8 Monate	—
geheilt	12. 2. 94.	4 Jahre 3 Monate	—
fast geheilt	16. 12. 94.	3 Jahre 5 Monate	—
geheilt	11. 2. 95.	3 Jahre 3 Monate	—
geheilt	30. 4. 95.	3 Jahre 15 Tage	—
geheilt	4. 5. 95.	3 Jahre 10 Tage	—

Tabelle VI.

Bis Mitte Mai 189

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation	
				Zeit	Art
17	Nöt Katharina, Salzsiederswittwe	68	Nasenspitze	14. 6. 95.	Exstirpation, Naht
18	Beck Michael Jos., Ökonom	69	Rechter Nasenflügel	6. 6. 95.	Exstirpation, Plastik
19	Link Elisabeth, Maurersfrau	63	Nasenspitze	28. 1. 96.	Exstirpation, Impl. n. Th.
20	Markert Johann, Ökonom	58	Rechte Wange	8. 2. 96.	Exstirpation, Plastik
21	Schmidt Josef, Händler	56	Linkes oberes Augenlid	6. 2. 96.	Ausräumung der Orbita (Enu cleatio bulbi)
22	Albert Margarethe, Müllersfrau	51	Nase	28. 3. 96.	Excision mit teilweiser Re sektion des Knorpels, Impl n. Th.
23	Schmidt Bernhard, Ökonom	50	Linke Wange	5. 6. 96.	Exstirpation, Plastik, Impl n. Th.
24	Will Barbara, Taglöhnersfrau	50	Stirn	19. 12. 96.	Exstirpation, Naht
25	Barthelmess Konr., Ökonom	57	Linker Nasenflügel	18. 1. 97.	Exstirpation mit Entfernun des Knorpels; Plastik
26	Feudel Luise, Nagelschmieds-witwe	57	Rechte Schläfe	18. 5. 97.	Exstirpation, Abtragung de vorderen Randes der Ohr muschel, Impl. n. Th.
27	Rippstein Adam, Fischer	65	Beide Wangen	13. 5. 97.	Exstirpation und Plastik, Impl n. Th.
28	Heinle Margarethe, Witwe	63	Nase	17. 8. 97.	Excision, Plastik, Impl. n. Th
29	Erhard Margareth., Büttnersfrau	50	Rechte Wange	26. 8. 97.	Exstirpation, Plastik, Impl n. Th.
30	Bathel Dorothea, Bauersfrau	52	Nase	15. 8. 97.	Excision und Impl. n. Th.
31	Sauer Maria, Bauersfrau	43	Stirn	14. 12. 97.	Exstirpation, Plastik, Impl n. Th.
32	Stahl Johann, Ökonom	68	Linker innerer Augen-winkel	29. 11. 97.	Exstirpation, Plastik, Impl n. Th.
				18. 12. 97.	Bildung der Lidspalte

recidivfrei.

Heilungsverlauf	Entlassen	Heilungsdauer	Bemerkungen
geheilt	26. 6. 95.	2 Jahre 11 Monate	—
geheilt	3. 7. 95.	2 Jahre 10 Monate	—
geheilt	8. 2. 96.	2 Jahre 3 Monate	—
geheilt	19. 2. 96.	2 Jahre 3 Monate	—
geheilt	26. 2. 96.	2 Jahre 3 Monate	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	19. 4. 96.	2 Jahre 1 Monat	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	23. 6. 96.	1 Jahr 10 Monate	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	24. 1. 97.	1 Jahr 4 Monate	—
geheilt	2. 2. 97.	1 Jahr 3 Monate	—
geheilt	5. 6. 97.	11 Monate	—
fast geheilt	5. 6. 97.	11 Monate	Pat. trat mit Recidiv ein.
geheilt	2. 9. 97.	$8^1/_2$ Monate	—
geheilt	18. 9. 97.	8 Monate	—
geheilt	16. 10. 97.	7 Monate	—
geheilt	5. 1. 98.	5 Monate	—
geheilt	17. 1. 98.	4 Monate	—

Tabelle VII.

Ausgang unbekannt.

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Operation		Heilungsverlauf	Entlassen
				Zeit	Art		
1	Gass Karoline, Taglöhnerin	66	Linker innerer Augenwinkel	13. 12. 88. 25. 1 | 89. 27. 3. |	Exstirpation und Plastik Verbesserung der Lappenform	geheilt	9. 4. 89.
2	Breunig Alois, Auszügler	73	Rechter Nasenflügel	15. 4. 93. 3. 5. 93.	Exstirpation, Plastik Excision der Lappenbrücke	geheilt	6. 5. 93.

Tabelle VII a.

Inoperabel.

Nr.	Name, Stand	Alter	Sitz des Carcinoms	Untersuchung		Todestag	Todesursache
				Zeit	Befund		
1	Forster Maria, Polizeisoldatens-Witwe	63	Rechte Wange, Oberlippe und Mundwinkel	15. 11. 90.	Bulbus fehlt; Tumor im rechten Oberkiefer und harten Gaumen	10. 11. 90.	Erschöpfung.
2	Fischer Valentin, Landwirt	64	Linke Parotisgegend	8. 11. 92.	der Tumor reicht bis an die Mundschleimhaut	25. 2. 93.	»Das Leiden soll sich auf d. Herz gezog. haben«.
3	RosenbergerMich., Gärtner	69	Rechtes Ohr	28. 11. 95.	Ohrmuschel und äusserer Gehörgang total zerstört	19. 10. 95.	Herzschwäche. Path. anat. Diagnose: Miliartuberkulose.

Genauere Excerpte aus den den Angaben zu Grunde liegenden Krankengeschichten finden sich in einem besonderen Anhang der Arbeit.

Was die Endresultate unserer 86 Fälle nun anbelangt, so können auf Grund obenstehender Tabellen folgende Ergebnisse verzeichnet werden:

1.	Es starben bald nach der Operation (Tab. I u. II)	9 Kranke.
2.	„ „ mit localem Recidiv (Tab. III) . . .	17 „
3.	„ „ an Carcinom anderer Organe (Tab. IIIa)	2 „
4.	„ leben mit localem Recidiv (Tab. IV)	7 „
5.	„ „ bezw. starben recidivfrei (Tab. IVa, V u. VI)	46 „
6.	Keine Nachrichten erhalten von (Tab. VII) . .	2 „
7.	Inoperabel waren (Tab. VIIa)	3 „
		86 Kranke.

Bevor ich zur Kritik dieser Endresultate übergehe, möchte ich zunächst Einiges über den Begriff »Recidiv« vorausschicken. Für gewöhnlich wird im chirurgischen Sinne der Begriff »Recidiv« nur dann gebraucht, wenn ein durch Operation beseitigtes Leiden an der nämlichen Stelle, sei es nun in der Narbe oder in deren direkten Umgebung bald darauf wieder auftritt. Als Recidiv muss man nun nach dem histologischen Befunde auch diejenigen Fälle bezeichnen, bei welchen es zu zwei verschiedenen, durch einen langen Zeitraum von einander getrennten Perioden an derselben Stelle zur Carcinomentwicklung gekommen ist. Wenn wir eine vollkommene Heilung des Carcinoms erst nach drei recidivfreien Jahren annehmen, so sind wir dazu berechtigt, weil die allermeisten Fälle von Recidiven schon binnen eines Jahres, ja noch früher auftreten. Zum Auftreten eines Recidives ist notwendig, dass nach der Operation Gewebe zurückgeblieben ist, das, wenn es auch noch nicht als eigentliches Carcinomgewebe erkennbar ist, doch schon in der Wiederentwicklung zum Carcinom begriffen ist. In der entsprechenden Zeit wird nun dieses an der alten Stelle als carcinomatöses Gewebe nachweisbar und wir sagen dann, das Carcinom habe recidiviert.

Diese Art von Recidiv nennt Thiersch eine continuierliche. Eine zweite Abteilung der Recidive sind nach Thiersch die regionären Recidive, d. h. sie entwickeln sich vollständig neu in der nächsten Umgebung des primären Sitzes und rühren nicht von zurück gebliebenen Keimen her, sondern werden dadurch bewirkt, dass die gleichen anatomischen Veränderungen, welche der Krankheit am ursprünglichen Sitze disponierend vorhergingen, nun in einem späteren Zeitraume auch in seiner Umgebung zu Stande gekommen sind. Endlich unterscheidet Thiersch noch das Infektions- oder Transplantationsrecidiv, bei welchem die Krebszellen entweder durch den Lymphstrom fortgeführt werden oder nach den neuesten Anschauungen bei der Operation selbst übertragen werden. — Hueter nimmt an Stelle dieses letzteren Recidives das sogenannte dyskrasische Recidiv an, weil ein solches Recidiv keine locale Erkrankung mehr ist, sondern dafür den Beweis liefert, dass die ursprünglich locale Erkrankung nunmehr in ein anderes Stadium getreten ist, mit anderen Worten den ganzen Organismus befallen hat, constitutionell geworden ist. —

Bei meiner Aufstellung der Recidivtabellen muss ich mich hauptsächlich an die Art der regionären Recidive halten, da ja den Gesichtscarcinomen eine grosse Multiplität zuerkannt ist.

Eine eigene Bewandtnis hat es, wie dies bei Betrachtung der Tabellen auffällt, mit dem Auftreten von Recidiven in der Narbe, nach Rindfleisch einem Gewebe minoris vitae, die bei der vorhergegangenen Operation gesetzt wurde. Nach Virchow ist Narbengewebe ein prädisponierendes Moment zur Geschwulstbildung: »Denn eine Narbe besteht aus einem Gewebe, welches in der Regel unvollkommen gebildet ist; gewöhnlich entspricht die Narbe in ihrer Textur nicht vollständig der typischen Einrichtung des Teils, sie gibt nicht in aller Vollständigkeit die Bildung wieder, welche eigentlich an Ort und Stelle sein sollte.« Wie man sich aber die Entwicklung von Geschwülsten, insbesondere Carcinomen, auf der Basis eines solchen atypischen Gewebes zu denken hat, darüber lässt er sich nicht weiter aus; desto mehr beschäftigt diese Frage die pathologischen Anatomen von

Heutzutage. — Merkwürdig ist jedenfalls, dass die Carcinome meist erst nach längerer Zeit im Gegensatz zu den Sarkomen, die bald nach Vernarben einer Wunde, d. h. in einer Zeit auftreten, wo die Gewebe noch gefässreicher und die Epithelschicht noch verhältnismässig dünn ist, in den Narben entstehen, d. h. zu einer Zeit, in welcher für die Neubildung die entgegengesetzten Lebensbedingungen, wie Gefässarmut und Trockenheit des Gewebes im Gegensatz zum normalen Gewebe, derbere und festere Narbenepithelschicht und zuweilen dicke Hautschuppen vorhanden sind.

Im Anschluss daran sei es mir gestattet, über den derzeitigen Stand des Streites zwischen Hauser, Ziegler, Ribbert und andern betreffs der Krebsentwicklung das Wichtigste zu referieren. Ribbert widerlegt, gestützt auf zahlreiche Untersuchungen, die bekannte Thiersch'sche Lehre über die Histogenese des Krebses. Seiner Ansicht nach soll am Anfang der Krebsentwicklung kein primäres Tiefenwachstum des Epithels stattfinden; vielmehr sei das Primäre eine subepitheliale Bindegewebswucherung, durch welche auf verschiedene Weise eine Verlagerung von Epithel in das Bindegewebe herein erfolge. Diese passive Verlagerung des Epithels sei das Wesentliche bei der Krebsentwicklung, indem hiedurch eine Loslösung des Epithels aus dem physiologischen Verband stattfinde. Eine primäre krebsige Entartung des Epithels wird von Ribbert bestritten. — Wie aus einem Vortrag Zieglers, gehalten vor kurzem im Freiburger Ärzteverein, zu entnehmen ist, ist Ribbert der Ansicht, dass die Entstehung aller Geschwülste darauf zurückzuführen sei, dass einzelne Zellen oder Zellgruppen aus ihrem normalen Verbande losgelöst werden und nunmehr, dem normalen hemmenden Einfluss der Umgebung entzogen, ein unbeschränktes, selbstständiges Wachstum eingehen. Diese Loslösung kann sowohl in der Embryonalzeit als auch späterhin, z. B. durch ein Trauma oder durch entzündliche Gewebsveränderungen bewirkt werden. Die krebsige Wucherung des Epithels bei der Untersuchung kleinster, in der ersten Entwicklung befindlicher Tumoren will Ribbert stets darauf zurückführen, dass Epithelzellen durch Traumen oder durch entzünd-

liche Processe und Bindegewebswucherungen in der Nachbarschaft aus ihrem normalen Verband vollkommen abgelöst oder wenigstens von demselben soweit abgedrängt werden, dass sie nun nicht mehr unter dem Einfluss der unter normalen Verhältnissen ihnen zukommenden Nachbarschaft stehen.

Es muss zugegeben werden, dass für die Erklärung der Histogenese des Carcinoms der äusseren Haut, speziell auch des Gesichts, die Ribbert'sche Theorie viel Verlockendes hat. Die häufigen, zu chronischer Hyperämie und Bindegewebsentwicklung führenden Reize, welche prädisponierte oder bisher intakte Stellen des Gesichtes treffen, sind nur zu häufig und von mancherlei Art.

Desto auffälliger und meiner Ansicht nach mit ausschlaggebend für die Ungültigkeit der primäreu Bindegewebswucherung und passiven Epithelverlagerung ist die Thatsache, dass unter gleichen Bedingungen (Alter, Lebensweise etc.) auch bei demselben Individuum auf qualitativ und quantitativ gleiche Reize Carcinomentwicklung folgt oder eben auch nicht.

Es ist bekannt, dass als Beweis für die primäre Degeneration der Epithelzelle die Metastasenbildung geltend gemacht wird. Es ist weiterhin bekannt und geht auch aus dieser Statistik hervor, dass die Carcinome der äusseren Haut, speziell die des Gesichts, seltener und später benachbarte Lymphknoten carcinomatös infizieren. Diese letzte Thatsache aber als Beweis von dem passiven Verhalten des Epithels beim Beginn des Hautcarcinoms anzuführen, ist meiner Ansicht nach nicht statthaft, da, wie es scheint, die Carcinomzelle der Haut eher der regressiven Metamorphose (Verhornung etc.) verfällt als die Carcinomzelle drüsiger Organe, welche bei aufgehobener Funktion eine desto energischere Vitalität entfaltet.

Es ist also für mich die Lehre von der Carcinomentwicklung nach Thiersch und Waldeyer auch für die Hautkrebse giltig und durch Ribberts wissenschaftliche Gegner (Ziegler, Hauser, Hansemann) richtig vertreten.

Kehren wir zu unserm Thema wieder zurück, so finden wir in den meisten Fällen zu gleicher Zeit Schwellung der regionären und teilweise auch entfernteren Lymphdrüsen. Das Carcinom wird exstirpiert, ebenso die inficierte Drüse; es kann dabei vorkommen, dass eine Gruppe oder auch nur eine einzige Drüse bereits carcinomatös erkrankt ist, aber so geringfügig geschwellt, dass sie makroskopisch nicht bemerkbar ist und infolge dessen zurückgelassen wird. Wird nun, wie von Winiwarter sagt, das primäre Carcinom exstirpiert, so entfällt zu gleicher Zeit ein Reiz, der auf die Lymphdrüsen eingewirkt hat und sie in einem gewissen Irritationszustande erhielt. Es ist nun wohl denkbar, dass in der Lymphdrüse, wenn der Reiz fehlt, auch die Weiterentwicklung des Carcinoms einen Stillstand erleidet, oder wenigstens ganz allmählich vor sich geht. Der Patient scheint ganz geheilt zu sein, trägt aber in sich ein latentes Drüsenrecidiv herum. Auf einen neuen Reiz der Lymphdrüsen, ganz gleichgültig welcher Art, fangen die im Knoten enthaltenen Carcinomzellen infolge lebhafter Nahrungszufuhr wieder an aufzuleben; das Carcinom entwickelt sich weiter und das Recidiv, das von jetzt ab langsamer oder rascher wächst, ist fertig. Die Drüse kann von selbst nicht carcinomatös werden, vielmehr muss eine Infection vorhergegangen sein; diese kann jedoch nur von der ersten Erkrankung herrühren, da bei der zweiten kein inficierender Tumor vorhanden ist. Auf diese Weise wird von Winiwarter das Auftreten von Drüsenrecidiven und Metastasen am besten erklärt. — Im speziellen Teile wird auf die Häufigkeit des Vorkommens von begleitenden Drüsenschwellungen, seien sie regionär oder in entfernteren Partieen des Körpers und auf die Metastasenbildung, besonders hingewiesen werden.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen will ich zur Lokalisation der Gesichtskrebse übergehen, wobei die Carcinome der Lippen, welche deren Lieblingssitz sind, wie oben erwähnt, unberücksichtigt geblieben. Die 601 Fälle von Gesichtscarcinomen nach den Statistiken von Thiersch, Billroth, Weber, Bergmann, Winiwarter, Trendelenburg und, was jedenfalls

vergleichshalber nicht uninteressant ist, den Ergebnissen an hiesiger chirurgischer Klinik von 1877—1887 nach Ohren, verteilen sich auf die einzelnen Gesichtspartieen folgendermassen:

	Thiersch	Billroth	Weber	Bergmann	Winiwarter	Trendelenburg	Ohren	Summa
Nase	6	11	13	16	30	81	19	176
Wange	6	6	13	22	24	57	19	163
Kinn	2		—		2	11	1	
Augenlider	3	4	12	23	36	43	10	131
Stirne	3	8	6	5	9	22	7	98
Schläfe	6			4	6	12	10	
Ohr	1	—	—	4	7	16	5	33
								601

Die Erkrankungshäufigkeit der einzelnen Regionen ist nach den verschiedenen Autoren eine sehr unterschiedliche; doch sieht man ganz klar und deutlich, dass die Carcinome der Nase, Wange und Augenlider im Verhältnis zu den übrigen ganz bedeutend in den Vordergrund treten (470 : 131). Ein ähnliches Verhältnis (63 : 23) bringt auch unsere Zusammenstellung:

	Männer	Frauen	Summa
Nase	11	17	28
Wange	12	5	17
Kinn	2	1	3
Augenlider	7	8	15
Stirne	1	5	6
Schläfe	5	3	8
Ohr	7	2	9
	45	41	86

Wie die Bevorzugung einzelner Gesichtspartieen zu Tage tritt, so ist die Disposition zur Carcinomentwicklung auch dem Geschlechte und dem Stande nach eine verschiedene. Obwohl das weibliche Geschlecht von Lippenkrebsen, da die ätiologischen Momente häufig fehlen, weitgehend verschont ist, so ist doch nach den Statistiken von Winiwarter und Trendelenburg das weibliche Geschlecht ziemlich stark vertreten. Von 357 Gesichtscarcinomen (ausgeschlossen die Lippencarcinome) bei Winiwarter und Trendelenburg treffen 223 auf das männliche, 134 auf das weibliche Geschlecht; nach Ohren (Würzburg) sind in den Jahren 1877—1887 von 72 Patienten 47 Männer und 25 Frauen. In meiner Statistik verteilen sich die Fälle auffallender Weise nahezu gleich auf beide Geschlechter.

Eine allgemeine Beobachtung ferner ist es, dass das Carcinom nur in höherem Lebensalter vorkommt, wenngleich in letzter Zeit dieser Satz nicht mehr ganz stichhaltig ist, da zu verschiedenen malen diese Neubildung auch bei jugendlicheren Individuen vorgekommen ist und noch vorkommt. Was die Altersdisposition zur Erkrankung betrifft, so giebt eine Zusammenstellung von Winiwarter Aufschluss.

	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85
Kranke	1	5	3	7	10	16	28	22	27	15	15	10	4	1
davon														
Männer	1	4	2	4	6	12	22	19	22	12	12	10	2	1
Weiber	—	1	1	3	4	4	6	3	5	3	3	—	2	—

Die höchste Zahl der Erkrankungen fällt demnach zwischen das 46—50. Lebensjahr, um dann zu sinken und zwischen dem 56. und 60. Jahr wieder zu steigen und zwar bei beiden Geschlechtern in der gleichen Weise. Meine Statistik ergiebt folgende Resultate:

	30—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85
Männer	1	1	1	5	5	6	8	5	7	6	—
Frauen	—	1	4	4	5	6	4	9	6	1	1
Summa	1	2	5	9	10	12	12	14	13	7	1

Es zeigt sich also, dass innerhalb der letzten 10 Jahre die grösste Anzahl der Erkrankungen im allgemeinen zwischen das 66. und 70. Lebensjahr fiel. Bei den Männern liegt der Culminationspunkt zwischen dem 61.—65. Lebensjahr, um im nächsten Quinquennium zu fallen und im 71.—75. nochmals zu steigen; bei den Frauen wird der Höhepunkt der Häufigkeitsskala im 66.—70. Lebensjahr erreicht.

Nach Trendelenburg geben diese Thatsachen für sich allein betrachtet keineswegs ein richtiges Bild der relativen Häufigkeit des Vorkommens in den verschiedenen Lebensaltern.

Da weniger Individuen von 70 Lebensjahren gleichzeitig am Leben sind, als Individuen von 50 Jahren, so werden natürlich Carcinome seltener bei 70jährigen als bei 30jährigen zur Beobachtung kommen, auch in dem Fall, dass der Procentsatz der von Carcinom Befallenen ein gleicher oder bei den 70jährigen vielleicht sogar ein grösserer ist, als bei den 50jährigen, was bei meiner Statistik annähernd der Fall ist. — Die Altersangaben der Patienten betreffend, wurde dasjenige Lebensjahr herausgegriffen, in dem stehend die Kranken während der Jahre 1887—1897 die spitälische Hülfe aufsuchten.

Wann auf der einzelnen prädisponierten Stelle die Carcinomentwicklung begonnen hat, das lässt sich natürlich nicht genau bestimmen. Nimmt man zunächst diejenigen Fälle vor, in denen auf einer prädisponirten Stelle (Warze, Naevus, Bläschen etc.), nicht auf dem Boden eines Traumas, das Carcinom sich entwickelt

hat, so hat die Entwicklung des Carcinoms auf diesen prädisponierten Stelle nach folgender Zusammenstellung stattgefunden:

Aus Knötchen, Bläschen und dergleichen entwickelte sich ein Carcinom innerhalb:

1	Monates . .	1 mal	(VI_{11}),
1/4	Jahres . .	2 „	(III_8, VI_{12}),
1/2	„ . .	1 „	(I_6),
3/4	„ . .	1 „	(III_5),
1	„ . .	3 „	(III_4, IVa_3, $VIIa_1$),
1 1/4	„ . .	1 „	(V_3),
1 1/2	„ . .	3 „	(III_1, VI_5, VI_{10}),
2	Jahren . .	7 „	(III_{12}, IV_4, IVa_6, VI_4, VI_{14}, VI_{19}, VII_1),
2 1/2	„ . .	1 „	(III_2),
3	„ . .	4 „	(VI_7, VI_{17}, VI_{26}, VI_{29}),
4	„ . .	2 „	(IVa_2, VII_2),
5	„ . .	1 „	(VI_{25}),
6	„ . .	4 „	(III_{15}, IV_6, V_2, VI_{27}),
7	„ . .	3 „	(I_2, VI_3, VI_{15}),
8	„ . .	2 „	($IIIa_2$, IV_2),
10	„ . . .	2 „	(I_5, VI_9),
15	„ . .	1 „	(III_{10}),
25	„ . .	1 „	(I_4),
35	„ . .	1 „	(III_{11}).

Aus einer Warze in 8 Fällen, wie folgt, innerhalb

2	Jahren . . .	1 mal	(IVa_1),
3	„ . . .	2 „	(VI_{13}, VI_{21}),
4	„ . . .	1 „	(VI_{31}),
5	„ . . .	1 „	(III_7),
10	„ . . .	2 „	(IVa_5, VI_1),
34	„ . . .	1 „	(VI_2).

Aus einer Flechte (Lupus?) soll in 3 Fällen, IV_3, V_6 und III_{16} nach 1, 2 bzw. 6 Jahren das Leiden entstanden sein; im Anschluss an Erysipel in 2 Fällen, III_7 und VI_{25} nach 5 bezw. 14 Jahren; im Anschluss an Lupus in Fall III_{11}.

Auf Borkenbildung beruhte das erste Stadium in 9 Fällen; die Entwicklungsdauer betrug

$^1/_2$ Jahr	. . .	2 mal	(I_3, III_7),
1 „	. . .	1 „	(VI_{32}),
2 Jahre	. . .	1 „	(V_5),
$2^1/_2$ „	. . .	1 „	(V_4),
7 „	. . .	1 „	(VI_{16}),
10 „	. . .	1 „	(IV_7),
12 „	. . .	1 „	(III_6),
25 „	. . .	1 „	(III_{13}).

Ulceration wurde in 9 Fällen von den Patienten zum ersten Male bemerkt vor

$^1/_4$ Jahr	. . .	1 mal	(II_3),
$^3/_4$ Jahre	. .	1 „	(VI_{18}),
$1^1/_2$ „	. .	1 „	(VI_{28}),
3 „	. .	2 „	(III_9, VI_{23}),
6 „	. .	1 „	(II_1),
8 „	. .	1 „	(VI_{21}),
10 „	. .	1 „	(III_{25}),
13 „	. .	1 „	(V_8).

13 Cancroide wurden durch ein Trauma veranlasst und brauchten zu ihrer Entwicklung

2 Jahre	in 4 Fällen		($IIIa_1$, IV_5, V_1, $VIIa_2$),
3 „	„ 2	„	(IVa_4, VI_{30}),
4 „	„ 2	„	(VI_6, VI_{20}),
5 „	„ 1	Fall	(V_7),
6 „	„ 1	„	(II_1),
14 „	„ 1	„	(VI_8),
15 „	„ 1	„	(II_2),
20 „	„ 1	„	(III_3).

Durch ein Trauma wurde das Wachstum eines bereits bestehenden Knötchens in 2 Fällen (VI_{31} und VI_{32}) beschleunigt.

Unbekannt, aus was sich das Carcinom entwickelt hat und wie lange es dazu brauchte, ist ein Fall ($VIIa_3$).

Die angeführten Traumen bestehen darin, dass z. B. ein Arbeiter sich durch einen Holzsplitter verletzte; im Falle VI_6 wurde die Patientin von einem Ochsen mit dem Horne, 2 Jahre darauf von einer Ziege ebenfalls mit dem Horne, 1 Jahr darauf von einem Knechte mit dem Ellbogen immer an die nämliche Stelle gestossen; in einem Fall schnitt sich Patient beim Rasieren und ähnlichem.

Über die alte Theorie über Carcinomentwicklung schreibt Tendelenburg sehr witzig, man habe sich früher zu sehr daran gewöhnt, bei jedem Carcinom zunächst an die verirrten Epithelkeime zu denken, die in ihrer Einsamkeit und Langeweile auf dumme Streiche kämen. — Nach Rindfleisch's Elementen der Pathologie entwickelt sich die Geschwulst eben an einer Stelle, wo von Geburt aus eine Warze, ein Muttermal oder dergleichen eine minder strenge Fesselung des Wachstumstriebes verraten hat.

In zwei Fällen (V_8 und VI_{14}) finden wir Angaben über hereditäre Belastung, die Rindfleisch als örtliche Schwäche des Entwicklungsplanes definiert, welche von dem Erzeuger auf den Erzeugten übergegangen ist. In ersterem Falle starb ein Bruder des Patienten an Kehlkopfkrebs, im zweiten starb der Vater an Gesichtskrebs.

Eine Hauptfrage, wie die Carcinome des Gesichtes an hiesiger chirurgischer Klinik behandelt werden, soll nun zur Beantwortung kommen.

Das alte Verfahren mit medicamentöser Behandlung sowohl innerlich als äusserlich finden wir als absolet schon längst beiseite gestellt. Statt den früher gebräuchlichen Ätzungen mit Höllenstein und dem Cauterisieren mit dem Glüheisen ist in nahezu sämtlichen Fällen das Messer zur Exstirpation der Neubildung benutzt worden, wenngleich noch in zwei Fällen die Ulcerationen cauterisiert wurden, so in Fall III_{10} mit dem Galvanokauter, in Fall III_7 erst mit dem Paquelin'schen Thermokauter und später mit dem Galvanokauter.

Bei der Exstirpation der Cancroide mit dem Messer wurde das Princip gewahrt; das Messer, das mit den carcinomatösen

Massen in Berührung gekommen ist, weiter, wie z. B. bei der Lappenbildung während der gleichen Operation nicht mehr zu verwenden, um ja auf diese Weise keine Carcinomkeime zu verschleppen, Vor allem wurde bei der Operation darauf gesehen, das Cancroid soweit als möglich im Gesunden zu umschneiden, und erst in zweiter Linie auf die Grösse und Form des so entstehenden Defektes Rücksicht genommen. Ferner wurde möglichst weit in die Tiefe gegangen, verdächtiges Periost resp. Knochen mit Meissel bis in unverdächtiges Gebiet hinein abgetragen; wurden Hohlräume eröffnet, so wurden die darin befindlichen Gewebe entfernt; die benachbarten inficierten Drüsen herausgenommen; kurzgesagt, es wurde möglichst radikal operiert.

Um den Defekt zu decken, genügte bei 20 Operationen die Vereinigung der Wundränder durch Knopfnaht; in andern Fällen wurde zur Bildung gestielter Lappen aus benachbarten gesunden Gegenden geschritten; die so entstehenden Defekte wurden, wenn angängig durch Naht vereinigt, oder nach der Thiersch'schen Methode gedeckt.

Die Lappen wurden folgendermassen entnommen:

aus der Haut der Stirne 25 mal (Fall I_3, I_4, I_5, III_2, III_3, III_{15}, III_{16}, IV_2, IVa_1, IVa_3, IVa_4, IVa_5, V_2, V_7, V_8, VI_2, VI_4, VI_5, VI_6, VI_8, VI_{15}, VI_{16}, VI_{32}, VII_1 u. VII_2),

„ „ „ „ andern Nasenseite 5 mal (Fall III_4, $IIIa_1$, IVa_1, V_5 u. VI_{18}),

„ „ „ „ Schläfe 5 mal (Fall III_6, $IIIa_2$, IV_7, IVa_3 u. VI_{31}),

„ „ „ „ Wange 7 mal (Fall III_7, III_9, IV_5, VI_7, VI_{20}, VI_{25} u. VI_{27}),

„ „ „ des Halses 2 mal (Fall III_{12} u. VI_{11}),

„ „ „ der Seitenwandbeingegend 2 mal (Fall III_{12} u. IV_6),

„ „ „ „ Schläfe und Stirne zusammen 1 mal (Fall V_7),

„ „ „ „ Wange „ „ „ 3 mal (Fall I_2, II_1 u. VI_{23}),

„ „ „ „ Stirne, Schläfe und Scheitelgegend 1 mal (Fall III_1),

„ einer nicht angegebenen Stelle 1 mal (Fall VI_{29}).

Es wurde im Ganzen also 52 mal der durch die Operation gesetzte Defekt durch gestielte Lappen gedeckt.

Waren die Defekte klein oder die Umgebung zur Lappenbildung ungeeignet, so wurden nach der Methode von Thiersch Epidermisstreifen vom Oberschenkel implantiert. Dieses Verfahren kam in 15 Fällen zur Anwendung, teils primär, nachdem die Wundfläche circa $^1/_4$ Stunde komprimiert wurde, teils secundär, d. h. nach Ablauf von ein paar Tagen, eventuell nach längerer Zeit nach vorausgehendem Anfrischen der Granulationsfläche mit dem scharfen Löffel. Die Epidermisstreifen wurden mittelst des Transplantationsmessers abgelöst. Dasselbe wurde in einem Falle (III_{11}) auch dazu benutzt, um bei dem Lupuscarcinom nach Entfernung desselben eine möglichst glatte Fläche zu bekommen, damit die Epidermisstreifen glatt aufgelegt werden konnten. — In der Vorimplantationszeit überliess man die durch Lappenbildung gesetzten Defekte spontaner Epithelisierung, d. h. man wartete ab, bis sie sich mit Granulationen und Epidermis bedeckten. Die Stellen, an denen Epidermis entnommen wurde, wurden mit Borwachssalbe behandelt. — Eine Störung des primären Wundverlaufs trat in 11 Fällen ein, und zwar zwei Fälle (III_9 u. VI_8) durch Erysipel auf beiden Gesichtshälften und in 9 Fällen durch Gangrän der Lappen, sei es infolge von Druck der Nähte oder der Ernährungsstörung der Lappenenden in grösserer oder geringerer Ausdehnung.

Folgende Zusammenstellung möge zeigen, wie oft es notwendig wurde, bereits erkrankte Knochenpartien*) zu entfernen.

1. Resectio maxill. sup. 1 mal (Fall I_4),
2. „ „ „ part. 7 „ (Fall I_2, I_5, I_6, $IIIa_2$, IV_2, V_7, VI_6),
3. „ „ inf. 2 „ (Fall III_9 u. III_{12}),

*) Die Angabe von der Entfernung von Knorpelpartien wurde absichtlich unterlassen, da bei den meisten etwas weiter vorgeschrittenen Nasencancroiden fast immer ein Stück Knorpel entfernt werden musste.

4.	Resectio proc. mastoid.	2 mal	(Fall III_9 u. III_{12}),
5.	„ „ zygomat.	1 „	(Fall III_9),
6.	Entfernung des grössten Teiles des Nasengerüstes	1 „	(Fall I_5),
7.	Eröffnung des Antrum Highmori . . .	6 „	(Fall I_2, I_4, I_5, IV_2, V_7 u. VI_6),
8.	„ „ sinus sphenoidalis . . .	1 „	(Fall I_5),
9.	„ „ „ frontalis . . .	1 „	(Fall I_5),
10.	Auskratzung des meatus audit. ext. . .	1 „	(Fall III_{12}),
11.	Abtragung der Wände des meatus audit. ext.	3 „	(Fall IV_6, V_1, u. VI_{26}).

Wie oft ein sehr funktionsreiches Organ, der Bulbus exstirpiert wurde, ist jedenfalls auch von Bedeutung. Dies geschah in 6 Fällen (I_4, I_6, II_1, IVa_5, VI_6 u. VI_{25}) mit gründlicher Ausräumung der Orbita von allen Weichteilen. — Neue Lidspalten mussten in den Fällen II_1, III_6 u. VI_{32} gebildet werden. Facialisparesen resultierten aus der Operation in den Fällen III_9, III_{12}, $IIIa_1$, IVa_6 u. V_3, wobei die Parotis entfernt und der Ductus Stenonianus durchtrennt wurde.

Was die inficierten Lymphknoten anbelangt, wurden solche in 20 Fällen konstatiert und wenn nötig entfernt; in 3 Fällen (II_3, III_3, III_{14}) mussten auch weiter entferntere Lymphknoten, z. B. unter dem M. sterno-cleido-mastoideus und in der fossa supraclavicularis entfernt werden.

Der Akt der Operation hat direkt oder indirekt in 9 Fällen (Tab. I u. II) den Tod der Kranken bedingt; drei davon sind der Meningitis purulenta anheimgefallen (I_3, I_5 u. II_1). Trotzdem in hiesiger Klinik nach den strengsten Vorschriften der Asepsis operiert wird, ist eben bei solch tiefgehenden Operationen, wenn die Schädelbasis bereits vom Tumor oder bei der Operation perforiert ist, wegen der Unmöglichkeit der vollständigen Antiseptik, die Prognose dubia oder infausta zu nennen. Bei zweien lässt sich aus der Krankengeschichte und dem Obduktionsbericht

schliessen, dass die Meningitis durch die carcinomatöse Zerstörung der tiefer liegenden Gewebe bedingt war, so z. B. in Fall I_5 wurde eine destructio carcinomatosa sellae turcicae et tuberculi, sowie 2 Finger breit nach innen im Gehirn ein abscessus lobi frontalis dextri diagnosticiert. Bei Fall I_3 kann nichts angegeben werden, da weitere Berichte fehlen. Fall I_6 starb an allgemeiner Schwäche, bei der Obduktion fand man, dass die Dura mater carcinomatös durchwuchert war. Meningitis war ausgeschlossen. Fall I_1, I_4 u. II_1 gingen infolge Herzschwäche nach 7, 10 bzw. 12 Tagen zu Grunde; Fall II_3 starb an Lungenödem, Fall I_2 an Lungenentzündung, die Patient auf der Heimreise acquiriert hatte.

Nachdem die Behandlungsweise ausführlich erörtert ist, müssen wir uns zunächst fragen, welch definitiver Erfolg erzielt wurde? Wenn wir die 9 bald nach der Operation gestorbenen Patienten, und die 2, deren Schicksal unbekannt geblieben, sowie die 3 inoperablen Fälle von der Gesamtsumme abrechnen, so stellt sich, was die Recidiverkrankung anbelangt, heraus, dass von den übrigen 72 Patienten 32 an lokalem Recidiv erkrankten, wobei auch die 2 an Metastasen Gestorbenen mitgerechnet sind, da sie ausserdem ein lokales bzw. regionäres Recidiv zeigten.

Dass ein Patient, Fall 1 von Tabelle IIIa, an Metastasenbildung gestorben ist, ist anzunehmen; denn es steht uns der Obduktionsbericht zur Verfügung, in dem Tumores metastatici glandularum mesentericarum et cordis et glandularum lymphaticarum colli diagnosticiert sind.

Im Falle V_7 finden wir ein dem im Gesichte sitzenden ähnliches Leiden am linken Fussrücken, das seit 3 Jahren besteht, und eine Veränderung der Haut am Talo-Cruralgelenk. Jedenfalls haben wir es hier mit einem multiplen Carcinom zu thun.

Trendelenburg schreibt bezüglich der Metastasenbildung, dass es dem flachen Hautkrebs und dem tiefer greifenden Epithelialcarcinom gemeinsam ist, dass sie viel seltener Metastasen in inneren Organen machen, als andere Carcinome, z. B. die der Mamma, wenn auch solche Metastasen vielleicht häufiger vorkommen als bekannt ist. Todesfälle nach Operationen des Ge-

sichtscarcinoms sind selten und man hat daher selten Gelegenheit sich durch Sektion von dem Verhalten der innern Organe zu überzeugen.

Bevor wir zu den Endresultaten eigentlich übergehen, müssen wir zunächst anführen, wann und ob innerhalb der Jahre 1887 bis 1897 Recidive zur Beobachtung kamen. In den Tabellen sind nur jene Operationen verzeichnet, die in obengenanntes Dezennium fallen; die Operationen, welche entweder hier im Spital oder auswärts vor dieser Zeit ausgeführt wurden, finden sich in der »Casuistik« bei den einzelnen Fällen (I_1, I_2, I_4, III_3, III_7, III_{16}, $IIIa_1$, $IIIa_2$, IV_1, IVa_1, V_4, V_7, $VIIa_1$, $VIIa_2$, $VIIa_3$).

Sehr hervor tritt die locale Recidivfähigkeit meiner Fälle; von den 72 Patienten, über deren späteres Befinden Aufschluss erhalten wurde, sind 32 = 44,44 % local erkrankt und 40 = 55,56 % blieben recidivfrei. Nach Ohren betrug die Recidivfähigkeit in den Jahren 1877—1887 48,2 %; recidivfrei blieben 51,8 %; woraus wir sehen können, dass die Erfolge bereits günstigere sind. Dieses Zahlenverhältnis gibt eigentlich kein richtiges Bild von der wirklichen Neigung zu Recidiverkrankungen. Durch statistische Untersuchungen ist festgestellt, dass nach Ablauf von 3 Jahren gewöhnlich keine Recidive mehr auftreten, sodass man die Kranken nach Ablauf dieser Zeit wohl als dauernd geheilt zu betrachten pflegt. Nur zwei Fälle (II_2 und IVa_2) machen in unserer Zusammenstellung eine Ausnahme, indem das Recidiv nach 4 Jahren erst eingetreten ist und zwar bei beiden Fällen in der Operationsnarbe. Von den 40 recidivfrei gebliebenen Patienten starben intercurrent vor Ablauf der dreijährigen Frist 8; bei einer Patientin (V_2) waren bis zu ihrem Tode 5 Jahre ohne Recidiv verstrichen. Von den übrigen 32 sind nach obiger Anschauung 16 = 50 % als dauernd geheilt zu bezeichnen; die übrigen 16 schweben also noch in Recidivgefahr.

Unter den 32 Recidiverkrankungen befinden sich 17 Patienten, die mit dem Recidiv gestorben sind (Tabelle III), 2 die an Carcinom anderer Organe gestorben sind (Tabelle IIIa), 7 die

mit localem Recidiv leben (Tab. IV) und 6, welche nach wiederholter Operation jetzt recidivfrei sind (Tab. IVa).

Als typisches Beispiel eines localen Recidivs kann Fall IV_1 betrachtet werden. Patient wurde im Jahre 1885 wegen eines kirschgrossen Carcinoms auf der linken Nasenhälfte in der Nähe des Augenwinkels operiert. Zwei Jahre darauf (1887) musste sich Patient einer Recidivoperation unterziehen, bei der es nötig wurde, den Defekt durch einen Hautlappen von etwa 3 : 4 cm Grösse zu decken. Ein Jahr darauf musste carcinomatös degeneriertes Narbengewebe entfernt werden. Vor Ablauf eines Jahres zeigte sich schon wieder ein Recidiv, das am 27. XI. 89 exstirpiert wurde; kurz darauf 27. XII. 89 war eine neue Operation nötig geworden. Stück für Stück wurde die alte Narbe noch infolge von abermaligem Auftreten von Recidiven in den Jahren 93 und 97 entfernt. — Patient stellt sich eben wieder mit einem 8. Recidiv vor, um sich davon befreien zu lassen. Von allen Recidiverscheinungen ist diese der hohen Zahl wegen die auffallendste, immer und immer ist die Narbe, die von der Lappenbildung herrührt, Sitz des Carcinoms. Der geringe Grad der Malignität des Carcinoms in diesem Falle lässt sich daraus erklären, dass Patient, der sich selbst gut beobachtet, sofort die Klinik aufsucht, wenn er bemerkt, dass eine Spur von Recidiv aufgetreten ist.

Als typisches Bild eines regionären Recidivs kann Fall III_4 gelten. März 90 wird Patient wegen eines Cancroids am linken Nasenflügel operiert, $1^1/_2$ Jahre darauf zeigt sich ein Cancroid am linken Ohr; ob hier bereits ein primäres Cancroid latent war oder ob es durch Verschleppung von Krebszellen auf dem Wege der Lymphbahnen zu Stande kam, kann nicht angegeben werden.

Nicht minder wissenswert als, ob überhaupt Recidive aufgetreten sind, ist auf jeden Fall, wann die Recidive nach der Operation aufgetreten sind.

Nur ein Recidiv in loco bzw. der Narbe trat nach der Operation auf und zwar wie folgt:

vor Ablauf von 3 Monaten	15 mal
Tab. II Fall 3	1 mal

Tab. III Fall 1, 2, 7, 11, 14, 16, 17 7 mal
„ IIIa „ 1 . . . . . 1 „
„ IV „ 3, 4, 7 . . . . . 3 „
„ IVa „ 1, 4 . . . . . 2 „
„ V „ 7 . . . . . 1 „

ca. $^1/_2$ Jahr später . . . . . 5 mal
Tab. II Fall 1 . . . . . 1 mal
„ III „ 3, 12, 15 . . . . . 3 „
„ IVa „ 3 . . . . . 1 „

ca. $^3/_4$ Jahr später . . . . . 1 mal
Tab. IVa Fall 6 . . . . . 1 mal

ca. 1 Jahr später . . . . . 4 mal
Tab. III Fall 4, 5 . . . . . 2 mal
„ IIIa „ 2 . . . . . 1 „
„ IV „ 5 . . . . . 1 „

ca. 2—3 Jahre später . . . . . 7 mal
Tab. III Fall 6, 9, 10, 13 . . . . 4 mal
„ IV „ 2, 6 . . . . . 2 „
„ IVa „ 5 . . . . . 1 „

ca. 4 Jahre später . . . . . 2 mal
Tab. II Fall 2 . . . . . 1 mal
„ IVa „ 2 . . . . . 1 „

Ein zweites Recidiv stellte sich nach der 1. Recidivoperation ein:

vor Ablauf von 3 Monaten . . . . . 6 mal
Tab. II Fall 3 . . . . . 1 mal
„ III „ 2, 7, 9 . . . . . 3 „
„ IVa „ 1, 3 . . . . . 2 „

ca. $^1/_2$ Jahr später . . . . . 2 mal
Tab. II Fall 6 . . . . . 1 mal
„ III „ 13 . . . . . 1 „

ca. 1 Jahr später . . . . . 4 mal
Tab. II Fall 1 . . . . . 1 mal
„ III „ 4, 12 . . . . . 2 „
„ IVa „ 6 . . . . . 1 „

Ein drittes Recidiv trat nach der 2. Recidivoperation auf

vor Ablauf von 3 Monaten . . . . . 3 mal
Tab. III Fall 7, 12 . . . . . 2 mal
„ IIIa „ 1 . . . . . 1 „
ca. $^1/_2$ Jahr später . . . . . 2 mal
Tab. IVa Fall 1, 6 . . . . . 2 mal

Innerhalb welcher Zeit die 8 Recidive in Fall IV_1 aufgetreten sind, darüber kann wegen Mangelhaftigkeit der Angaben nichts berichtet werden. — Von den in den Tabellen aufgezeichneten Recidiven sind 46 Narbenrecidive, 10 Recidive in loco, aber ohne nähere Bezeichnung an der Stelle des alten Leidens, zu nennen. Regionäre Recidive sind Fall II_1, II_3, III_3, III_4 und III_7.

An einer anderen Stelle des Gesichtes zeigte sich nach der ersten Operation das alte Leiden wieder in den Fällen III_8 und $IIIa_1$ und zwar in beiden Fällen vor Ablauf von 3 Monaten.

Wenn wir einen Gesamtüberblick über diese Recidive werfen, so sehen wir, dass das 1. Recidiv am häufigsten innerhalb drei Monaten auftritt; die nächste Häufigkeitsziffer finden wir nach 2 Jahren. Durch unsere Zusammenstellung wird wiederum ein neuer Beweis dafür gebracht, dass Recidive nach Ablauf von drei Jahren selten sind, wie dies 2 Fälle zeigen. Ferner fällt auch auf, dass die Zwischenräume zwischen 1., 2. und 3. Recidiv immer kürzer werden, welche Thatsache von Thiersch sehr betont wird. Zum allergrössten Teile zeigen sich die Recidive in den Operationsnarben; dass bei der Plastik Krebszellen übertragen wurden, davon ist in den vorliegenden Fällen nichts bekannt. Bei einem Patienten (III_2) trat während seines Spitalaufenthaltes ein Recidiv auf, das sofort operiert wurde.

Ohne dass es zu einer abermaligen Operation gekommen war, starben

mit dem 1. Recidiv 11 Patienten (II_2, III_1, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, $IIIa_2$),
„ „ 2. „ 7 „ (II_3, III_2, 3, 4, 9, 13, 16),
„ „ 3. „ 4 „ (II_1, III_7, 12, $IIIa_1$).

Die meisten davon starben an allgemeiner Schwäche, einige an Meningitis (II_1, III_{14}), Verblutung infolge Arrosion von Gefässen ($III_{1, 5}$), Lungenentzündung (III_{13}), Peritonitis ($IIIa_1$); ein Patient starb den Hungertod (III_9), bei einem Fall (III_2) wurden bei der Obduktion Metastasen in der Milz gefunden.

Der Tod der Patienten von Tab. III und IIIa erfolgte nach der letzten Operation vor Ablauf

von 1 Jahr	in 8 Fällen	($III_{2, 3, 14}$, $IIIa_1$, $III_{9, 12, 13, 17}$),
„ 2 Jahren	„ 4 „	($III_{1, 11, 15}$, $IIIa_2$),
ca. 2—3 Jahre später	„ 3 „	($III_{5, 10, 16}$),
ca. 4—5 Jahre später	„ 3 „	($III_{6, 7, 8}$).

Wir sehen, dass die Aussicht auf operative Heilung sich mit jedem Recidiv ungünstiger gestaltet.

Wenden wir uns nun zu den Patienten (Tab. IV), die mit localem Recidive behaftet gegenwärtig noch am Leben sind. Die Angabe des Ortes der Recidive wurde in den meisten Fällen mit »an der alten Stelle« beantwortet. Bei 3 Fällen ($IV_{3, 4, 7}$) trat das Recidiv bald nach der Entlassung aus dem Spital auf; bei den übrigen betrug die Zwischenzeit 1—3 Jahre. Als inoperabel ist Fall $IV_{5, 6}$ u. $_7$ zu betrachten, wenn man die furchtbaren Zerstörungen bedenkt wie speziell in Fall $_5$.

Die Heilungsdauer der bis zum Tode recidivfrei gebliebenen Patienten schwankt zwischen 2 Monaten bis zu 5 Jahren. Die Todesursachen waren in 1 Falle Altersschwäche, in 3 Fällen Lungenentzündung, in 1 Falle eine incarcerierte Hernie und in 1 Fall unbekannt.

Nun kommen wir an Hand der Tabellen zu den nach der Operation recidivfrei gebliebenen Patienten. Wir finden hier 18 Fälle, die mit einer Heilungsdauer von mindestens 3 Jahren als definitiv geheilt zu betrachten sind, wie folgt VI_1 bis $_{16}$ incl. und IVa_1 u. $_2$, und zwar kann als höchste Ziffer der Heilungsdauer die erfreuliche Zahl von 11 Jahren zweimal angegeben werden. In den übrigen 20 Fällen wird es die Zukunft lehren, ob und wie die Behandlung von Erfolg begleitet ist, was jedenfalls im Interesse der Patienten zu wünschen wäre. Es erübrigt sich nur noch, die

Zeit der Heilungsdauer zusammenzustellen; dieselbe beträgt wie folgt:

1 Monat	in den Fällen	IVa_{5} u. $_{6}$ . . . . . 2 mal
2—6 Monate	in den Fällen	IVa_{3}, $VI_{32, 31}$ . . . . . 3 „
$^1/_2$—1 Jahr	„ „ „	$VI_{30, 29, 28, 27, 26}$, IVa_{4} . 6 „
1—2 „	„ „ „	$VI_{25, 24, 23}$ . . . . . 3 „
2—3 „	„ „ „	$VI_{22, 21, 20, 19, 18, 17}$, IVa_{2} 7 „
3—4 „	„ „ „	$VI_{16, 15, 14, 13}$ . . . . . 4 „
4—5 „	„ „ „	$VI_{12, 11, 10}$ . . . . . 3 „
6—7 „	„ „ „	$VI_{9, 8}$ . . . . . 2 „
7—8 „	„ „ „	$VI_{7, 6}$ . . . . . 2 „
8—9 „	„ „ „	VI_{5}, IVa_{1} . . . . . 2 „
9—10 „	„ „ „	$VI_{4, 3}$ . . . . . 2 „
10—11 „	„ „ „	$VI_{2, 1}$ . . . . . 2 „

Die Endresultate aller Operationen können also folgendermassen zugleich im Vergleich mit denen von 1877—87 verzeichnet werden:

		1877—1887		1887—1897	
		Kranke	%	Kranke	%
1.	Bald nach der Operation gestorben	3	4,2	9	10,47
2.	Mit Recidiv gestorben	20	27,8	19	22,10
3.	Mit Recidiv lebend	7	9,7	7	8,13
4.	Schicksal unbekannt	11	15,3	2	2,32
5.	Beim Eintritt inoperabel	—	—	3	3,49
6.	Intercurrent ohne Recidiv gestorben	8	11,1	8	9,30
7.	Frei von Recidiv	23	31,9	38	44,19
		72	100 %	86	100 %

Die Lehre, die, um mit Winiwarter zu reden, aus meiner Statistik hervorgeht, in therapeutischer Hinsicht ist: Das Carcinom soll operiert werden, solange man überhaupt hoffen kann, alles Krankhafte entfernen zu können, und um eben dies zu können, soll möglichst ausgedehnt um das Krankhafte herum operiert werden. Es soll also bei der Operation nicht lange überlegt werden, wie wird der Defekt gedeckt, sondern es soll soweit als

möglich alles makroskopisch Krankhafte entfernt werden. Mittelst der Lappenbildung, sowie der Thiersch'schen Methode, flache Defekte mit Epidermisstreifen zu decken, sowie den modernen Principien der Asepsis und Antiseptik wird es sicherlich jedem Operateur gelingen, die gesetzten Defekte zur Heilung per primam oder secundam intentionem zu bringen. Ferner sollen die Patienten bei ihrem Austritte aus der ärztlichen Behandlung angewiesen werden, sich selbst zu beobachten, und sobald sie das Geringste bemerken, nicht lange zögern in der dem Laien eigentümlichen, thörichten Scheu vor dem Messer des Chirurgen und sich behufs abermaliger Operation vorstellig machen. Schliesslich soll jedes ätiologische Moment, wie Warzen etc. von vorneherein, wenn es dem Arzte zur Beobachtung kommt, sei es durch Ätzmittel oder, was besser ist, mit dem Messer entfernt werden. Denn nirgends bewährt sich der alte Spruch besser als in diesem Falle:

»Principiis obsta, sero medicina paratur.«

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Hofrat Prof. Dr. Schönborn für die gütige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Adolf Dehler für die freundliche Unterstützung bei der Ausarbeitung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Casuistik.

Fall I 1. W. E. 68 J. Beginn der Erkrankung vor 14 Jahren nach einem Trauma mit einer stecknadelkopfgrossen Geschwulst am Canthus internus des linken Auges mit mässiger Sekretion. Immerwährendes Wachstum, daher Excision und Plastik (10. 7. 84). Zwei Jahre später ein ähnliches Geschwür am obern und untern Rand des transplantierten Lappens, das im März 87 auswärts cauterisiert wurde. 1 Jahr darauf Recidiv in der Gegend des inneren linken Augenwinkels mit Krustenbildung; die Lappenhaut zeigt verschiedene exkoriierte Knötchen. — 11. 7. 89. Das gesamte Bild des ulcerösen Prozesses wird excidiert; die Verwachsung an der Aussenseite des linken knöchernen Nasengerüstes gelöst. Da die Stirnhaut infolge disseminierter Knötchenbildung zur Plastik ungeeignet erscheint, wird der Defekt primär nach Thiersch vom rechten Oberschenkel her gedeckt. Wundverlauf normal. — 17. 7. 89. Exitus: Degeneratio cordis.

Fall I 2. W. B. 80 J. Vor 7 Jahren Beginn der Erkrankung auf der linken Wange mit einer »entzündeten Stelle«, die sich von Zeit zu Zeit abschürfte. Seit 1 Jahr rascheres Wachstum und Schmerzen; daher auswärts Operation mit vollständiger Heilung. Bald darauf trat in der Gegend des linken Processus zygomaticus eine 2,5 cm breite und 3 cm sagittal messende Ulcerationsfläche auf, mit rotem feinkörnigen Grund, scharfen Rändern und mässig eitriger Sekretion. — 10. 9. 89. Umschneidung des Carcinoms; Abmeisselung der Facialwand des Oberkiefers mit Eröffnung des Antrum Highmori. Plastik mittelst eines Wangen-Schläfenlappens. — 19. 9. 89. Defekt gut granulierend. Lappen eingeheilt. — 22. 9. 89. Patient starb kurz nach seiner Heimkehr an Lungenentzündung.

Fall I 3. H. J. 75 J. Beginn der Erkrankung vor $^1/_2$ Jahr mit Borkenbildung im rechten Nasenloch und Verstopftsein der Nase. Salbenbehandlung erfolglos. — Rötung beider Nasenflügel. An der unteren Fläche des Septum narium rötliche Ulcerationen mit Borkenbildung. Die Ulceration geht eben auf die Oberlippe über. — Excision und Plastik von der Stirne her Ende Februar 1890. — Exitus 1. 3. 90. Obduktionsbericht: An der Stirne liegt der Knochen etwa Handteller gross frei; der entsprechende Hautlappen zur Rhinoplastik verwendet. Wundränder reaktionslos. Septomeningitis purulenta.

Fall I 4. G. S. 55 J. Mit 25 Jahren bemerkte Patientin auf der linken Wange ein Knötchen, das aufging und bald verschwand; so jedes Jahr, wobei zahlreiche Knötchen auftraten und gegen die Nase hin sich verbreiteten.

Nach Cessierung der Menses bildete sich ein Tumor unter der Haut, der im November 89 entfernt wurde. Eine Stelle der Narbe war ständig von einer Kruste bedeckt. Seit März p. a. stetiges Wachstum. — Drüsen geschwellt. An der Wange zwischen den zwei Narben ein ca. 20-Pfennigstück grosses Ulcus mit Schorf bedeckt und harten Rändern. Das Geschwür dringt durch die Wange bzw. Lippe bis in die Mundhöhle; eine Ulceration am Alveolarfortsatze des Oberkiefers an Stelle des fehlenden Eckzahns. Vom Grunde dieses Ulcus ein Tumor ausgehend; die Wange ist mit dem Oberkiefer verwachsen. — 10. 6. 91. Exstirpation mit Opferung der ganzen Wangenhaut und Resektion des Oberkiefers, Eröffnung des Antrum Highmori, Ausräumung des peribulbären Gewebes. Der Stamm der arteria maxillaris interna wurde verletzt. Plastik mittelst eines Lappens von der Stirn (Periost geschont). Das linke Auge wird zunächst vom Lappen bedeckt. Heilung p. p. i., secundäre Implantationen nach Thiersch. — 21. 7. 91. Enucleation des phthisischen Bulbus. Exitus. — Degeneratio flava cordis, Embolia pulmonum, Emphysema; Atrophia lienis hepatisque.

Fall I 5. A. A. 52 J. Beginn der Erkrankung vor 10 Jahren während der letzten Gravidität mit einem Stecknadelkopf grossen Knötchen am oberen Teil der linken Nasenhälfte mit Sekretion. Seit 4 Jahren allmähliches Wachstum und Übergreifen auf die rechte Nasenhälfte und die beiden Augenlider. Salbenbehandlung erfolglos. — Axillardrüsen, Submaxillaris rechts und links und Drüse am Rande des M. sternocleido-mastoideus geschwellt. — Über der Nase ein Defekt vom Canthus int. des rechten Auges bis zur Mitte des Margo infraorbitalis der linken Orbita mit aufgewulsteten Rändern. Grundfläche mit einigen Granulationen und geringer Eiteransammlung. Linkes oberes Augenlid von Granulationen bedeckt. — Exstirpation (11. 7. 94) mit Entfernung des unteren und oberen linken Augenlides, Bloslegung des Bulbus, da das peribulbäre Fettgewebe carcinomatös ist. Entfernung des linken os nasale und der Lamina papyracea des linken Siebbeins; Eröffnung des Antrum Highmori und des sinus frontalis nach Entfernung der Orbitaldecke, ferner Eröffnung des sinus sphenoidalis. Auch vom os nasale rechts und vom os lacrimale links und dem os frontis wurden Teile entfernt. Bloslegung der Basis des Vorderlappens des Gehirns mit Entfernung eines Teiles der Dura mater. — 12. 7. Kopfschmerzen; 16. 7. Delirien, fieberfrei bis 27. 7. Nach zwei Tagen wieder normale Temperatur. — 4. 8. Excision eines Wulstes an der Lappenbrücke. — 5. 8. Exitus. Obduktionsbericht: Meningitis purulenta; abscessus lobi-frontalis rechts; Destructio carcinomatosa sellae turcicae et tuberculi.

Fall I 6. Z. Fr. 76 J. Beginn der Erkrankung vor $^1/_2$ Jahr mit einem kleinen Knötchen. — Drüse in der fossa supraclavicularis geschwellt. Die mediale Hälfte beider Lider des rechten Auges in einen Tumor verwandelt, der gegen das rechte os nasale und den Margo infraorbitalis rechts verschieblich ist. Einwärtssehen beschränkt. — 8. 2. 97. Exstirpation mit Enucleatio

bulbi, Abtragung des Bodens der Orbita, Eröffnung des Antrum Highmori, Abtragung der Facialwand des Oberkiefers, Auslöffelung des sinus sphenoidalis und Abtragung der Decke der Orbita. Die Dura mater liegt frei. Wundverlauf normal; bis Anfang März zunehmende Demens. — 6. 3. 97 Exitus unter den Erscheinungen von Herzschwäche. Sektion 8. 3. 97: Dura carcinomatös. Cachexia senilis universalis, Degeneratio fusca cordis.

Fall II 1. H. M. 48 J. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren mit einem Geschwür im innern rechten Augenwinkel. Januar 1882 Operation in der Augenklinik; 7 Monate darauf Recidiv in der Operationsnarbe, 7—8 mal Auslöffelung. — Am rechten inneren Augenwinkel und oberen Augenlid ist das Narbengewebe geschwürig zerfallen, der Zerfall ist bereits auf das untere Augenlid ausgedehnt. Eine zweite Ulceration am rechten Nasenflügel. Patient kann das rechte Auge nicht öffnen. — 4. 11. 87 Exstirpation mit Abmeisselung am Nasenbein und unteren Orbitalrand, die Hälfte der Augenlider bleibt zurück. Plastik mittelst eines Lappens von der rechten Wangen—Schläfengegend her. Der Wangendefekt bleibt offen. — 5. 12. 87. Verbesserung der Lidspalte. Defekt an der Wange gut granulierend. — 31. 12. 87. Patient geheilt entlassen. — Da Patient Beschwerden hat beim Öffnen der Augenlider und zugleich Conjunktivitis aufgetreten ist, verlangt er eine abermalige Verbesserung der Lidspalte. — 1. 6. 88 Excision der medialen zwei Drittel des unteren Lides, da die daran befindlichen Haare eine Keratitis erzeugt haben. Plastik von der Stirne her. Ektropion beseitigt. Patient am 24. 6. 88 geheilt entlassen. — Bald darauf kann Patient das rechte Auge nicht mehr vollständig schliessen; Entropium des unteren Lides; die Conjunktiva secerniert Eiter. — 25. I. 89 abermalige Verbesserung der Lidspalte. 26. 2. 89 gebessert entlassen. — 10—12 Tage darauf Recidiv in der hinteren Partie der Nasenöffnung. 18. 3. 89 Exstirpation des Tumors mit Abmeisselung von Knochenlamellen; secundäre Naht. 7. 4. 89 geheilt entlassen. — 1 Jahr darauf Recidiv in der Narbe an der rechten Nasenöffnung. — Unterhalb des Septum narium eine kleine harte Ulceration. — 5. 8. 90. Excision mit Abmeisselung einiger Lamellen vom processus nasalis. 17. 8. 90 geheilt entlassen. — 4 Monate darauf Recidiv im Lappen am rechten Nasenflügel. Kleine Ulceration mit Borken; darunter ein ca. $^1/_2$ cm breiter, harter Knoten. — 6. 2. 91 Excision des auf der Nase befindlichen Knotens, der Tumor greift in die Tiefe. Entfernt wird: der Bulbus mit den beiden Lidern, das rechte Nasenbein, die Concha superior und Teile des Siebbeins, Teile des Oberkiefers. Gründliche Ausräumung der Orbita. — 7. 2. 91. Patient klagt über Kopfschmerzen. — 10. 2. Kontrakturen an den Extremitäten. Sensorium getrübt. Incontinentia alvi et urinae. — 13. 2. 91 Exitus: Acute purulente Meningitis.

Fall II 2. W. J. 58 J. Die Entstehung der Affektion wird auf ein vor 15 Jahren erlittenes Trauma zurückgeführt. Erst vor 3 Jahren bemerkte Patient in der Narbe die Entwicklung eines Knötchens, welches ulcerierte und

sich langsam vergrösserte. — Grosser Substanzverlust in der linken Schläfengegend, welcher sich fast vom Canth. ext. bis hinter das Ohr erstreckt; der vordere Rand des Ohres ist mit ins Geschwür hineingezogen. Der äussere knorpelige Gehörgang ist in der Nähe des Tragus etwas affiziert; auch die Haut hinter dem Ohre geschwürig zerfallen. Die Ränder des Geschwürs sind derb und gewulstet, das Geschwür selbst gegen den Knochen verschieblich. Keine Drüsenschwellung. — 18. 3. 85 Exstirpation. Deckung des Defektes mit einem aus Stirn und Kopfhaut entnommenen Lappen. — 17. 4. 85. Lappen überall gut eingeheilt. Patient mit gut granulierender Wunde und geringer Facialislähmung entlassen. — Recidiv nach 4 Jahren: Die Narbe brach oberhalb des Ohres auf. Auf dem durch Plastik gebildeten Lappen eine circa 3-Markstück grosse Ulceration, die nicht über der Haut erhaben, mässig secerniert und gegen den Knochen überall verschieblich ist, ausser am Processus zygomaticus des Oberkiefers. — 26. 6. 89. Excision mit Ablösung von Knochen. Dachziegelförmige Deckung des Defektes mit Streifen nach Thiersch, die zum grössten Teile anheilten; 20. 7. 89 geheilt entlassen. — Recidiv nach 4 Jahren, die Narbe brach abermals auf. — Auf der linken Seite des Kopfes ein Defekt, der von unten in der Höhe der Mitte des Ohres beginnend bis etwa über die Höhe der Tubera frontalia nach oben sich erstreckt. Nach vorn geht er fast bis an den Rand der Orbita, nach hinten bis an den processus mastoideus. Die Ränder sind scharf von der Umgebung geschieden. Boden des Defektes teils mit Granulationsgewebe, teils mit Narbensträngen bedeckt. 18. 5. 94 Exstirpation. Wundverlauf normal. — 28. 5. 94. Im Urin Albumen. Zunehmendes Ödem in der Malleolengegend beiderseits. — 1. 6. 94. Collaps, Tod infolge von Herzschwäche.

Fall II 3. K. G. 72 J. Seit März 1894 eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr; Patient wurde mehrmals in hiesiger Ohrenklinik behandelt, wobei »faules Fleisch« ausgeschnitten wurde; die Wunde wurde cauterisiert. — Seit 3 Wochen Geschwulst hinter dem linken Ohr. Drüsen in der linken Supraclaviculargegend geschwellt. — An der hinteren inneren Seite der linken Ohrmuschel eine kleine mit Borken besetzte Geschwulst; hinter der linken Ohrmuschel in der Gegend des proc. mastoid. eine stark geschwellte Drüse. — 8. 8. 94 Excision des Tumors und der zum Teil im Innern eingeschmolzenen Drüsen, die auch noch mannigfach mit der Vena jugularis communis, Carotis communis und dem Plexus brachialis verwachsen waren. Naht. 22. 8. 94 als fast geheilt entlassen. — Recidiv bald darauf. In der Narbe hinter dem Ohr eine erbsengrosse granulierende Stelle. Darunter ein kirschgrosser Tumor, wenig verschieblich. Die Narbe ist adhärent. — 19. 9. 94 Exstirpation des Tumors und Excision der Narbe mit Entfernung von Muskelbündeln des M. sternocleido-mastoideus, splenius und cucullaris. Naht und Drainage. 4 Wochen darauf in der alten Narbe am Hals eine 1-Markstück grosse, circumskripte gegen die Unterlage verschiebliche Induration zu fühlen. — 22. 10. 94 Ex-

cision mit Abpräparieren von der Vena jugularis externa, Carotis communis und dem Plexus praeclavicularis. Der Tumor muss aus der Fossa supraclavicularis herausgehoben werden; dabei wurde die vom Tumor arrodierte A. subclavia durchgerissen, ebenso ein grosser Ast derselben und eine A. vertebralis oberhalb ihres Abgangs aus der Subclavia. Umstechung der blutenden Gefässe. Tamponade. — 24. 10. 94. Clonische Zuckungen und Stellungsanomalie der linken Hand. Collaps 27. 10. 94. Tod infolge Lungenödem und Gangrän des linken unteren Lungenlappens.

Fall III 1. R. B. 72 J. Beginn der Erkrankung vor $1^1/_2$ Jahren mit einem erbsengrossen Knötchen am rechten Tragus, welches geschwürig zerfiel und sich auf die Wange ausdehnte, später auch auf die Ohrmuschel. Vor 5 Wochen bildete sich ein Knötchen auf dem linken Nasenflügel und eines noch etwas nach aussen davon, ferner eine Warze an der linken Halsgegend, die sehr rasch wuchs. — Patientin hatte vor 10 Jahren Erysipel, von dem eine braune verfärbte Stelle an der linken Wange zurück blieb. Vor 1 Jahr hatte Patientin einen Schlaganfall, auf den sie das rasche Wachstum im letzten Jahre zurückschiebt. — An der rechten Wange vom Tragus bis zur Mitte des Jochbogens ein rundlicher flacher Hautdefekt, der gegen den meatus auditorius ext. zu höckerig wird und sich in denselben fortsetzt. Über dem rechten äussern Augenwinkel eine Stecknadelkopf grosse Wucherung, auf der Stirne mehrere kleine Defekte. Auf dem linken Nasenflügel eine erbsengrosse mit Krusten bedeckte Stelle. Die ganze Gesichtshaut zeigt disseminierte Fleckenbildung. An der linken Halsseite, der Mitte des M. sternocleido-mastoideus entsprechend eine 3 cm hohe und an der Basis 1 cm breite Hautgeschwulst; an deren Basis kleine dunkle und hellrote Höcker; die Geschwulst selbst mit der Haut leicht verschieblich. Drüsen nicht geschwellt. — 1. 12. 87 Exstirpation des Carcinoms am Hals (Naht), des Ulcus rodeus am linken Nasenflügel, Umschneidung des Carcinoms des rechten Ohres und der angrenzenden Wangenpartie. Entfernung fast des ganzen Ohres; der fast Handteller grosse Defekt durch einen vorderen halbmondförmigen und hinteren mehr viereckigen Lappen gedeckt, ersterer aus der Stirnschläfengegend, letzterer aus der Scheitelgegend. Oberhalb des Ohrenrestes wurde ein kleiner Teil des Lappens gangränös. — 16. 5. 88 Patientin als fast geheilt entlassen. 14 Tage darauf Schwellung und Geschwulstbildung vom Ohr gegen den Hals zu. Tod am 18. 2. 89, nachdem die Neubildung ein Halsgefäss arrodiert hatte.

Fall III 2. W. J. 67 J. Beginn der Erkrankung im Sommer 1884 auf dem Nasenrücken mit einer erbsengrossen Prominenz, welche 1886 die Grösse einer Haselnuss, 1887 die einer Welschnuss erreichte. Im Mai h. a. brach die Geschwulst auf und dehnte sich die Ulceration auf beide Nasenseiten aus; starke Sekretion; seit 8 Tagen intensive Schmerzen infolge einer Erkältung. — Auf dem Nasenrücken bis zum Nasenbein hin ein rautenförmiger Defekt der nach rechts bis zur Nasen-Wangenfurche herabzieht (3,5 cm lang und 4 cm

breit). Die Geschwürsfläche ist mit infiltrierter Haut umgeben. Der innere rechte Augenwinkel scheint etwas herabgezogen. Auf der Unterlippe in der Medianlinie sitzt ein hornartiges Gebilde; an der Umschlagstelle des Lippenrot zur Schleimhaut nach innen wird eine Infiltration gefunden. Die Drüsen am Mundboden sind geschwellt. — 9. 12. 87 Umschneidung des Carcinoms an der Nase. Es müssen von den Nasenbeinen fast alles, der ganze knorpelige Teil des Nasenrückens, die knorpelige Partie des Septum, sowie die vorderen Partien der unteren und mittleren Muscheln entfernt werden. Der Defekt prominiert nicht mehr über die Furche der Wangen und Augen, und wird durch einen grossen Stirnhautlappen gedeckt. Excision des Lippencarcinoms. Naht. Der Lappen heilte in toto ein; der Stirndefekt zeigt gute Granulationen. Seit 12. 2. 88 klagt Patient über Schmerzen in der Narbe am Canthus int. des rechten Auges, wo Schwellung und Härtung nachweisbar ist. 18. 2. 88 Excision des haselnussgrossen Recidivs. Oberkieferfortsatz des Stirnbeins, vordere und untere Wand der rechten Stirnhöhle, der Stirnfortsatz des Oberkiefers und des Os lacrymale werden entfernt. Ausschabung der Nasenhöhle. Tamponade. — Ende Februar macht sich eine Einziehung des rechten Nasenflügels bemerkbar, bald darauf Schwellung der linken Nasenseite. — 9. 3. 88 Incision mit Eiterentleerung. 26. 3. 88 Patient auf Wunsch entlassen. — Bald nach der Heimkehr begann der rechte Nasenflügel aufzubrechen. »Das eingesetzte Stückchen Haut war vollkommen weggefressen.« Exitus 15. 10. 85.

Fall III 4. B. J. 72 J. Seit April 89 hat Patient am linken Nasenflügel ein kleines Blätterchen, welches nach einer Läsion sich mit Borken bedeckte und stark nässte und in die Tiefe ging. — Am linken Nasenflügel ist ein Defekt von 1 cm Länge und Breite, daran anschliessend eine etwas grössere Ulcerationsfläche mit schwarzen Borken. Die Ränder sind hart, die Umgebung leicht gerötet und infiltriert. — 1. 3. 90 Exstirpation unter Entfernung des linken Nasenflügels bis zur knöchernen Nase hin. Bildung eines Lappens aus der Haut des rechten Nasenflügels. Deckung dieses Defektes mit Epidermisstreifen vom rechten Oberschenkel. — 29. 8. 90 verlässt Patient das Spital mit gutem kosmetischen Resultate. An der Nase stellte sich kein Recidiv mehr ein; jedoch $1^1/_2$ Jahre später trat am linken Ohr ein Bläschen auf, das nässte und Borkenbildung zeigte. — An der linken Ohrmuschel befindet sich über dem Ohrläppchen ein 5-Pfennigstück grosses Geschwür mit erhabenen und hart infiltrierten Rändern, gelblichen Borken und etwas Sekretion. — 17. 12. 92 Excision und Naht. Heilung p. p. i. — 7. 1. 93 Patient auf Wunsch entlassen. Das Ohr hat seine reguläre Form beibehalten. Ungefähr ein Jahr darauf stellte sich ein Recidiv ein, so dass im Laufe der Zeit das linke Ohr ganz zerstört war. »Eiter floss nach innen.« Patient starb im September 96 wahrscheinlich an Meningitis.

Fall III 5. L. A. 76 J. Patient bemerkte vor 8 Monaten einen spontan aufgetretenen, nussgrossen harten Tumor in der Unterkinngegend, der vor

14 Tagen aufbrach und übelriechendes Sekret entleerte. — Die Haut der Unterkinngegend zeigt über der Spina mentalis einen Defekt von ca. 3 qcm mit harten Rändern, der Grund des Defektes liegt im Unterhautzellgewebe und zeigt schmierigen Belag. — 9. 10. 90 Exstirpation mit Abmeisselung einer Lamelle des Unterkiefers. 21. 10. 90 geheilt entlassen. — Recidiv 1 Jahr darauf in der Kehlkopfgegend; die erkrankte Gegend erreichte die Grösse einer Handfläche. Patient verblutete sich.

Fall III 6. St. M. 64 J. Vor ca. 12 Jahren bildete sich auf der Haut am äusseren rechten Augenwinkel ein kleines Krustchen, das sich spontan abstiess und wiederkam; allmählich wurde es zu einem Geschwür, das sich sehr langsam ausbreitete und in die Tiefe ging. Seit 1 Jahr kann Patientin das obere Augenlid nicht mehr heben. — 10. 3. 91 Exstirpation und Plastik von der Stirne her; der Canthus externus des rechten Auges, sowie die lateralen Hälften beider Augenlider sind ersetzt. Der die beiden Lider bedeckende Lappen wurde eingekerbt, entsprechend der Lidspalte und die Wundränder nach Thiersch bedeckt. — Am 11. 11. 91 kommt Patientin wieder um von ihrer Blepharophimosis geheilt zu werden. Infolge obiger Plastik ist die Lidspalte um die Hälfte verkleinert und kann nicht mehr geöffnet werden. — 12. 12. 91. Die Lidspalte wird verbessert und der Rest der Conjunktiva mit der äussern Haut vernäht; der in der Conjunktiva entstandene Defekt auf dem Bulbus mit einem Hautstreifen nach Thiersch gedeckt, welcher gut anheilte. Patientin am 9. 1. 92 mit Strabismus convergeus auf dem rechten Auge entlassen. Die Implantationen an der Stirne sehr schön eingeheilt. — 1 Jahr darauf in der Narbe am rechten Auge Recidiv. — Exitus 27. 1. 98 an Herzschwäche.

Fall III 7. H. D. 68 J. Pat. hatte 2 mal Erysipelas capitis. Beginn der Erkrankung vor 5 Jahren mit einer Warze neben dem linken Nasenflügel; da dieselbe ständig juckte, suchte Pat. sie abzukratzen; ständiges Wachstum mit Borkenbelag; seit ca. 3 Monaten die nämliche Erscheinung auf der anderen Seite. Vor 6 Jahren wurde Pat. in einer Privatklinik wegen Lippencarcinoms operiert. — Der linke Nasenflügel ist zum Teil zerstört und narbig retrahiert, so dass der linke Mundwinkel in die Höhe gezogen wird. Der rechte Nasenflügel ist in seinen oberen Partien infiltriert und mit braunen Borken bedeckt. An der Stirne auch ein kleines Ulcus. — 20. 7. 91 Excision des Ulcus an der Stirne; Naht. — 29. 7. 91. Die flachen Ulcerationen an beiden Nasenflügeln werden ausgiebig nach Paquelin kauterisiert. — 27. 8. 91 unterhalb des rechten unteren Augenlides Recidiv; Kauterisation mit dem Galvanokauter. 5. 9. 91 in poliklinische Behandlung entlassen. — 1 Monat darauf will Pat. sich erkältet haben und hernach in der Kauterisationsnarbe am rechten unteren Augenlid (27. 8. 91) eine flache Ulceration bemerkt haben, die wucherte. An der Oberlippe rechts von der Medianlinie in der Narbe eine warzenförmige Prominenz mit Borkenbildung. — 3. 12. 91 Exstirpation beider Tumoren mit Deckung des Defektes am Auge mittelst eines Lappens von der Wange her;

letzterer Defekt wird nach Thiersch implantiert. 16. 12. 91 Pat. geheilt entlassen. — Nach 8 Tagen brach die Narbe am linken Nasenflügel auf. — Pat. starb am 12. 4. 96 an Herzschwäche.

Fall III 8. M. K. 75 J. Vor 6 Monaten bildete sich an der linken Stirnseite eine kleine Geschwulst, die bei Läsionen blutete und hernach Borken bildete. Seit 6 Wochen ist sie nahezu doppelt so gross. Zu derselben Zeit begann auch eine bisher kleine Warze über dem rechten oberen Augenlid zu wachsen und stechende Schmerzen zu verursachen. — Am äusseren Rande der linken Augenbraue hängt an einem etwa 2 cm breiten Stiel pendelnd eine pilzförmige Geschwulst (7 cm lang, 5 cm breit, 2—3 cm dick) auf die linke Wange herab. Die Haut des Stieles ist gegen den Knochen verschieblich. Die Oberfläche des Tumors ist ulceriert, der Tumor selbst von weicher Konsistenz. Auf der linken Wange, wo der Tumor aufliegt, ein nässendes Ekcem. Fast genau an der correspondierenden Stelle der anderen Seite sieht man eine flache ulcerierte Prominenz, die gegen den Knochen verschieblich, jedoch auf Druck empfindlich ist. — 12. 1. 93 Excision beider Tumoren; die Defekte werden nach Thiersch gedeckt. — 28. 1. 93. Die Implantationen sind gut angeheilt. Pat. entlassen. — Bald nach der Operation Recidiv an der rechten Seite »ganz pestartig«. Exitus 20. 9. 96.

Fall III 9. Sch. S. 65 J. Beginn der Erkrankung vor 3 Jahren mit einem nässenden Defekt der Haut an der Stirne; allmähliches Wachstum. — In der Regio temporalis dextra ein grösstenteils ulcerierter, harter Tumor, der nach vorne bis zum Rand des Jochbeins, nach unten bis in die Höhe des margo infraorbitalis, nach hinten bis in die Gegend des Stammes der A. temporalis. Der Tumor geht diffus in die Haut über. Am Angulus mandibulae eine infiltrierte Drüse. — 13. 2. 93. Excision des Carcinoms; am processus zygomaticus war das Periost verdächtig, daher Resection eines 2,5 cm langen Knochenstückes. Plastik von der Wange her, Implantationen. — 3. 3. 93 Pat. mit kosmetisch tadellosem Resultate entlassen. — Seit August 95 bemerkte Patient eine kleine Geschwulst vor dem rechten Ohre mit sehr raschem Wachstum. — Die Geschwulst sitzt unter den Implantationen in der Praeauricalregion und hebt sich scharf ab, und reicht vom Tragus und dem vorderen Ansatz der Ohrmuschel nach vorne bis zum Körper des Os zygomaticum, nach unten bis zum Kieferwinkel. Der Tumor ist gegen die Unterlage nur schwer verschieblich; auf dem Tumor sitzt noch eine kleine Geschwulst, in Form eines flachen Höckers zu fühlen, der gut abhebbar ist. Pat. am Kauen etwas behindert. Keine Facialislähmung. — 11. 11. 95 Circumcision des Tumors mit Ablösung des äusseren Gehörganges. Resektion des capitulum mandibulae inf. am Collum. Meisselresektion des Warzenfortsatzes. Plastik vom Hinterkopfe her. Implantantionen nach Thiersch. — 19. 11. 95. Das obere Drittel des Lappens zeigt oberflächliche Gangrän und wird entfernt. Der Wundverlauf wurde gestört durch Erysipel auf beiden Gesichtshälften. Die im-

plantierten Streifen lösen sich ab. — 26. 1. 96 Pat. mit Facialisparese entlassen. Die Defekte zeigen gute Granulationen. — Bald nach dem Austritte stellte sich das alte Leiden wieder ein; Pat. starb am 23. 7. 96 den »Hungertod, da er nichts mehr zu sich nehmen konnte«.

Fall III 10. R. B. 66 J. Beginn der Affektion vor 15 Jahren mit einer kleinen Pustel unter dem rechten Auge. Allmähliches Wachstum. — Auf der Stirne zeigen sich an verschiedenen Stellen braungelbe Borken. Vom inneren Lidwinkel des rechten Auges ausgehend ist die mediale Hälfte des unteren Lides ganz von einer seichten Geschwürsfläche eingenommen, die bis auf die Seitenwand der Nase übergreift. — 20. 4. 93 Excision und Deckung des Defektes mittelst Lappens von der Schläfengegend her. Implantationen. Das mediale Drittel des unteren Lides sowie Thränensack muss entfernt werden. — 6. 5. 93 Cauterisation einiger verdächtiger Stellen auf der linken Nasenseite und am unteren Augenlid. — 3 5. 93. Lappen gut eingeheilt, ebenso die Implantationen; die Cauterisationsstellen gut vernarbt. — 2 Jahre darauf stellte sich das alte Leiden in der rechten Gesichtshälfte wieder ein. Pat. starb am 25. 12. 97.

Fall III 11. M. A. 37 J. Im Alter von 2 Jahren hatte Pat. bereits neben dem rechten Auge eine Stecknadelkopf grosse Geschwulst von rotblauer Farbe, die allmählich anwuchs; seit dem 10. Lebensjahr wurde Pat. mit Höllenstein geätzt. — Im Bereich der rechten Gesichtshälfte ist die Haut ausgedehnt verfärbt und schilfert stellenweise ab. Auf der rechten Wange befindet sich eine neue um etwa 1 cm prominente Geschwürsfläche, die vom Ohr dem Unterkieferrand entlang geht, die rechte Lippenspalte umgreift und von da bis zum Jochbogen reicht. Das Geschwür gehört nur der Wangenhaut an. Keine Beschwerden, Drüsen unter dem M. sterno-cleido-mastoideus und in der Fossa supraclavicularis leicht geschwellt. — 10. 5. 93. Das Carcinom wird mit einem Transplantationsmesser abgetragen, um eine möglichst glatte Fläche zu bekommen; in der Fossa canina musste etwas tiefer gegangen werden; der Masseter wurde in ganzer Ausdehnung blosgelegt. Am Ohr wurde ein Stück des Ohrläppchens excidiert. Der Lupus wurde mit dem scharfen Löffel und Transplantationsmesser entfernt. Deckung des Defektes ausserhalb der Haargrenze mit Epidermisstreifen vom rechten Oberschenkel; an den behaarten Stellen blieben die Haarwurzeln stehen, daher liess man den Defekt zugranulieren. — 5. 6. 93. Die Transplantationen überall eingeheilt. Pat. entlassen. — Das alte Leiden stellte sich sehr bald im Gesicht wieder ein, überzog den halben Kopf. Pat. starb am 7. 2. 95 an »Krebs der Lymphdrüsen, des Halses und Rückens«.

Fall III 12. E. K. 52 J. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren mit einer kleinen Geschwulst hinter dem rechten Ohr, seit $^1/_2$ Jahr plötzliches Wachstum. — Hinter dem Ohr bis zum Warzenfortsatz hinauf ein unregelmässiger Tumor von derber Consistenz, der sich nach vorne in die Parotis

gegend fortsetzt. Die regionären Drüsen am Halse sind geschwellt. — 6. 7. 93 Excision mit Plastik aus der hinteren rechten Halsgegend. — 26. 7. 93 Pat. geheilt entlassen. Facialislähmung rechts. — $4^1/_2$ Monate darauf trat in der Parotisgegend wieder eine bis zur Nussgrösse anwachsende Geschwulst auf; sie war derb und gering verschieblich. In der Mitte des Halses in der Operationsnarbe eine Fingerkuppen grosse, derbe, mit der Haut fest verwachsene Geschwulst. — 3. 2. 94 Excision des Narbenrecidivs am Halse und einer Drüse am Kieferwinkel und des Tumors in der Parotisgegend. — $1^1/_2$ Jahre darauf bildete sich im rechten äusseren Gehörgang und hinter dem rechten Ohr je eine Geschwulst; letztere, ungefähr von Birngrösse, drängt das Ohr stark ab; aus dem Gehörgang ragen gelbbraune Geschwulstmassen hervor. — 17. 11. 94 Exstirpation. Das Ohr wurde dabei nach oben geklappt. Der Processus mastoideus und condyloideus des Unterkiefers, ferner der processus styloideus werden mit dem Meissel reseciert. Auslöffelung des Gehörgangs. Plastik mit einem Lappen aus der Seitenwandbeingegend, der um 180^0 gedreht wurde und einen Ausschnitt für das Ohr hatte. Naht. Exstirpation einer Drüse in der fossa supraclavicularis rechts. — 14. 1. 95 Verbesserung des Lappens und Implantationen nach Thiersch am Schädel. — 3 Monate darauf Recidiv in der alten Narbe am Ohr, das sich bis in den Rachen erstreckt. Pat. starb im Spital 29. 7. 95 an allgemeiner Carcinomatose.

Fall III 13. S. K. 74 J. Beginn der Erkrankung vor 25 Jahren mit Borkenbildung auf der linken Wange; seit 2 Jahren auch auf dem Nasenrücken und linken Nasenseite; vor $^1/_2$ Jahr trat eine solche Borke auch am Kinn auf, die zu einem in die Tiefe gehenden Geschwür ausartete. — Auf dem ganzen Gesichte Borkenbildung. In der regio submentalis rechts ein 1-Markstück grosser Defekt mit unregelmässigen Rändern und schmierigem Bodenbelag. — 12. 4. 94 Excision des Cancroids, Naht. Die warzenartigen Prominenzen werden am 25. 6. im Gesicht mit dem Messer bzw. scharfen Löffel entfernt. 23. 7. 94 Pat. geheilt entlassen. — $2^1/_2$ Jahre darauf bemerkte Pat. verschiedene Recidive in den alten Narben. — Der linke Nasenflügel ist Sitz eines Taubenei grossen, nässenden Tumors. Über dem linken Arcus superciliaris und am linken Mundwinkel kleinere Substanzdefekte. — 7. 7. 97 Excision des Ulcus rodeus am linken Mundwinkel. Abtragung der Granulationsgeschwulst am Nasenflügel. Ausschabung der übrigen Stellen. Pat. 28. 7. 97 entlassen mit vernarbten Wunden. — 4 Monate später trat das Leiden im Gesicht wieder auf. Pat. starb am 12. 2. 98 an Lungenentzündung.

Fall III 14. Sch. A. 48 J. Beginn der Erkrankung vor 10 Jahren mit einem linsengrossen Geschwür am linken Ohr, das im November 93 excidiert worden sein soll. — Anfang 94 wurde eine Drüse unter dem Ohr excidiert. — Regionäre Drüsen geschwellt. 8 cm langer und 3 cm breiter Defekt hinter der linken Ohrmuschel. Im Verlauf des M. sternocleido-mastoideus eine gut bewegliche Geschwulst, ein weiterer Tumor vor dem Tragus des Ohres.

6. 7. 94 Umschneidung des Carcinoms mit Ablösung der Ohrmuschel; Exstirpation der Parotis und Submaxillaris und der geschwellten Drüsen am Hals. Naht. — 2. 8. 94 Deckung des Defektes an der Stelle des Ohres nach Thiersch. — 16. 8. 94 Heilungsverlauf normal. Pat. entlassen. Öffnen des Mundes erschwert. — Bald darauf Recidiv. Pat. starb im Dezember 94 an Meningitis.

Fall III 15. K. B. 75 J. Beginn der Affektion vor 6 Jahren mit einer Geschwulst am rechten unteren Augenlid, die sich auf die Oberkiefergegend ausdehnte und zur Grösse einer halben Nuss anwuchs, sich mit Borken bedeckte und Eiter secernierte. — 27. 5. 95 Exstirpation und Plastik von der Stirne her; die Lappenbrücke wird am 21. 6. 95 excidiert. Implantation nach Thiersch. Heilung p. p. i. 16. 7. 95 Pat. vollständig geheilt entlassen; nach $1^1/_2$ Jahr Recidiv in der Narbe. Tod am 26. 11. 96 infolge von Herzschwäche.

Fall III 16. H. B. 72 J. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren mit einer immer grösser werdenden Flechte, welche abheilte. Frühjahr 94 wurde Pat. in Bischofsheim wegen einer kleinen Geschwulst auf der Nase operiert. Seit diesem Frühjahr eine blaurote Geschwulst in der Narbe. — Über dem Nasenrücken und beiden Nasenflügeln ist eine Geschwulst ausgebreitet; die Haut darüber ist gerötet. — 24. 7. 95 Exstirpation mit Bildung eines Hautlappens von der Stirne her. — 9. 8. 95 Keilexcision am Lappen. — 15. 8. 95 Pat. mit gut eingeheiltem Lappen entlassen. — 4 Wochen darauf trat ein Recidiv in der Narbe auf der Nase auf und verbreitete sich auf die linke Seite des Gesichtes. — Tod am 11. 12. 97.

Fall III 17. H. A. 60 J. Beginn des Leidens vor 6 Monaten mit Borkenbildung auf der linken Schläfengegend, wo eine 5-Markstück grosse Geschwulst sitzt. Die obere Grenze ist die Haargrenze, die untere die Höhe des Jochbogens, nach vorne das obere Augenlid. Die Drüsen am Hals sind geschwellt. 21. 8. 95 Excision des Cancroids; das Augenlid bleibt geschont. Secundäre Implantationen nach Thiersch. Pat. am 8. 9. 95 als fast geheilt entlassen. — Bald darauf Recidiv auf den Implantationen. Pat. starb an Herzschwäche 20. 9. 96.

Fall IIIa 1. Sch. G. 63 J. Vor 2 Jahren wurde Pat. wegen einer Geschwulst in der rechten Schläfengegend operiert. Vor 4 Monaten bemerkte Patient eine Geschwulst in der rechten Parotisgegend mit allmählichem Wachstum. Die Grenzen sind der Tragus, das Corpus ossiszygomatici, Angulus mandibulae und Höhe der Lidspalte. Derbe Consistenz, überall Fluctuation; Verschieblichkeit gegen die Unterlage. — 23. 8. 94 Exstirpation mit doppelter Unterbindung des Ductus Sthenonianus und der Carotis ext. N. facialis zweimal durchschnitten. Naht. Wunde p. p. i. geheilt; mit geringer Facialisparese 1. 9. 94 entlassen. — $1^1/_2$ Monate darauf trat ein Knötchen mit Borkenbildung an der linken Wange auf. — Auf der linken Nasenhälfte über dem

untern Rand der knöchernen Nase eine Hautprominenz mit Borke, ebenso etwas nach unten aussen entfernt eine ähnliche. — 4. 12. 94 Excision beider Cancroide. Plastik mittelst eines Lappens, der seine Basis am rechten Nasenflügel hat. Implantation nach Thiersch. — 18. 12. 94 Lappen gut eingeheilt. — Schon beim Austritt will Pat. am rechten Kieferwinkel ein Knötchen bemerkt haben, mit Wachstum, ebenso eine Schwellung der Parotisgegend. — An Stelle der rechten Parotis eine verschiebliche, kirschgrosse Geschwulst. Am Kieferwinkel rechts eine eben solche. — 5. 2. 95 Excision; Entfernung des M. masseter. Naht. — 23. 2. 95 Heilung p. p. i. — 1 Monat darauf stellt sich Pat. mit einem Tumor in der Magengegend vor. — 2 6. 95 Exitus; pathol. anatom. Diagnose: Tumor metastaticus carcinomatos. glandd. mesenteric, cordis glandd. que lymphat. colli. Peritonitis.

Fall III a 2. M. J. 73 J. Beginn der Erkrankung vor 8 Jahren mit einem Bläschen am linken unteren Augenlid, das geschwürig zerfiel. 1888 Operation in hiesiger Augenklinik (Blepharoplastik). $1^1/_2$ Jahr darauf Recidivoperation, 1 Jahr darauf eine abermalige. Vor $^1/_4$ Jahr entstand ein Recidiv in loco; das linke untere Augenlid ist bis auf das mediale Viertel vollständig zerstört. Das Geschwür ist hart gerändert und mit dem Knochen verlötet. — 16. 5. 96 Exstirpation mit Abmeisselung des vorderen Teiles der Orbita. Plastik von der Schläfengegend her und Implantationen nach Thiersch. Lappen und Implantationen gut eingeheilt. — Pat., 27. 5. 96 geheilt entlassen, starb am 5. 3. 98 an Magenkrebs, nachdem sich noch im letzten Vierteljahr das alte Leiden in der Augenhöhle zeigte.

Fall IV 1. B. G. 48 J. Über B. G. existiert keine Krankengeschichte, da er Privatpatient im hiesigen Spitale war.

Fall IV 2. L. B. 66 J. Beginn der Erkrankung vor 8 Jahren mit einer Stecknadelkopf grossen Geschwulst in der Nasenwangenfurche, die erst seit 2 Jahren sehr rasch wuchs und secernierte. — Das untere Augenlid rechts und die rechte Nasenhälfte ist Sitz einer Ulceration von ca. 5-Markstückgrösse. Ränder wallartig aufgeworfen; Geschwürsfläche mit leicht blutenden Granulationen überzogen. Sklera und Conjunktiva des Bulbus stark injiciert. Drüsen nicht geschwellt. — 16. 7. 89 Exstirpation mit Entfernung der erkrankten Conjunktiva des Bulbus und unteren Augenlides, des oberen Randes des Oberkiefers, so dass das Antrum Highmori eröffnet wird. Nach Auslöffelung desselben wird der ganze Defekt durch einen Stirnlappen gedeckt. Der Stirndefekt wird nach Thiersch implantiert. — 1. 8. 89 Keilförmige Excision der Umschlagsstelle der Lappen und myrthenblattförmige Excision einer indurierten Stelle der Wange. — 21. 8. 89 Patient geheilt entlassen. Das rechte Auge kann willkürlich geschlossen werden. Implantationen leicht verschieblich. — Pat. lebt mit localem Recidiv (seit 93) unterhalb des rechten Auges. »Pat. fühlt Schmerzen in Armen und Beinen und im Kreuz.«

Fall IV 3. W. B. 69 J. Beginn der Affektion vor 1 Jahr mit einer Flechte an der rechten Ohrspitze; infolge eines Traumas wurde das Leiden bösartig. — Der obere Rand des rechten Ohres ist Sitz einer himbeerartigen Ulceration mit eitrigem Sekret; keine Drüsenschwellungen. Auf dem Nasenrücken, rechtem Nasenflügel und beiden Wangen gelbgrüne Borken, auf deren Behandlung jedoch Patient verzichtet. — 28. 7. 90 Excision des Cancroids; der Helix fällt ganz weg. Naht. Heilung p. p. i. 23. 8. 91 Pat. mit einer ganz kleinen, oberflächlichen Wunde entlassen. — Bald darauf stellte sich in der Narbe ein Recidiv ein; die Borkenbildung schreitet weiter vor.

Fall IV 4. A. G. 64 J. Beginn der Erkrankung vor zwei Jahren vor dem linken Ohr mit einem kleinen Knötchen; seit $^1/_2$ Jahr geschwüriger Zerfall und Wachstum. — Vor dem linken Ohr ein 2,5 cm im Durchmesser haltendes Geschwür mit wallartigen Rändern und wenig verschieblich gegen den Knochen. Drüsen nicht geschwellt. Excision 5. 10. 92 mit Entfernung des vorderen Randes der Ohrmuschel. Deckung des Defektes durch die Thiersch'sche Methode. Heilung p. p. i. 18. 10. 92 Pat. geheilt entlassen. — 2 Monate darauf trat ein Recidiv ein »in der implantierten Stelle und hat sich bis zum linken Auge ausgedehnt und hat den Mund krumm gezogen«.

Fall IV 5. Sch. M. 57 J. Pat. wurde vor 9 Jahren von einem Ochsen unterhalb des rechten Auges gestossen, was die Entwicklung einer erbsengrossen Geschwulst zur Folge hatte, die sich seit Winter 92 vergrösserte. — In der Regio infraorbitalis befindet sich eine auf den linken Nasenflügel übergreifende, flache Ulceration von körniger Oberfläche und infiltrierten Rändern. Drüsen nicht geschwellt. — 28. 3. 93 Excision, der freie Rand des unteren Lides bleibt erhalten. Deckung des Defektes durch einen Lappen von der Wange und Implantationen nach Thiersch. — 11. 4. 93 Lappen und Implantationen gut eingeheilt, Entlassung. — Circa 14 Monate darauf Recidiv in der alten Stelle; das Leiden dehnt sich über die ganze rechte Gesichtshälfte aus. »Der Augapfel ist vollständig sichtbar; ebenso liegt der Knochen in der Augenhöhle frei.«

Fall IV 6. St. L. 72 J. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren mit einer Geschwulst hinter dem Ohr, die verschwand und wiederkam; seit 1 Jahr Entleerung von Sekret. — In der linken Temporo-Occipitalgegend ist eine ulcerierte Fläche, die das ganze Ohr umgreift. Die hintere Ohrmuschelfläche ist durch Narbengewebe mit dem Schädel fixiert. Die Geschwürsfläche ist gegen den Schädel nicht verschieblich. — 17. 12. 94 Excision mit Loslösung aller Weichteile vom Knochen und Abmeisselung einiger Lamellen am processus mastoideus. Plastik von dem linken Seitenwandbein her. Die Spitze des Lappens wird gangränös. 19. 1. 95 secundäre Implantationen. 28. I. 95 Wunden vernarbt. Pat. entlassen. — Nach $2^1/_2$ Jahren »Reissen und Wühlen« in der Narbe. Im Herbst 97 suchte Pat. das Spital wieder auf, wurde aber als inoperabel abgewiesen. Die Muskelpartien von den Ohren herab zum Hals

geschwellt und sehr empfindlich. Essen sehr beschwerlich. Sprache flüsternd, rasende Kopfschmerzen.

Fall IV 7. Kl. B. 77 J. Beginn der Erkrankung vor 10 – 11 Jahren, unterhalb des linken Auges mit einem allmählich sich ausbreitenden Schorf. — Status fehlt. — 23. 12. 97 Lappenbildung von der Schläfe aus. Implantationen nach Thiersch. 15. 1. 98 geheilt entlassen. — Recidiv gleich nach der Rückkehr in die Heimat an der früheren Stelle. »Der Prozess scheint sich auf die Gehirnhaut auszudehnen. Eiter fliesst aus dem linken Auge. Pat. führt einen unsicheren Gang und phantasiert. Das Augenlicht links fast erloschen.«

Fall IVa 1. J. K. 43 J. Beginn vor 2 Jahren mit einer Warze auf der linken Nasenseite, die 86 ein Arzt abschnitt. 1 Jahr darauf an derselben Stelle wieder eine Warze, die geätzt wurde, jedoch bald geschwürig zerfiel. — Am Nasenrücken eine mit Borken bedeckte ca. 2,5 cm lange Ulcerationsfläche. Drüsen nicht geschwellt. — 18. 5. 88 Excision; Deckung des Defektes mittelst eines Stirnlappens. Der Defekt an der Stirne durch Naht verkleinert. 16. 6. 88 mit gut granuliertem Stirndefekt entlassen. — Bald darauf Recidiv in der Narbe am unteren Pol des Transplantationslappens. Gerade über dem Apex nasi in der Narbe eine kleine Ulceration und in der Narbe der rechten Seite ein kleines Knötchen. 7. 11. 88 Excision beider Ulcera. Naht. Mit geringem Schiefstand der Nase entlassen 17. 11. 88. — 3 Monate darauf Recidiv am Septum cartilagineum; 2 Knötchen; Septum auffallend vorgewölbt. — 14. 3. 89 Excision, Naht. 24. 3. 89 mit wesentlicher Difformität der Nase entlassen. — 5 Monate darauf Recidiv unter Rötung des Septum cutaneum nasi. Seit 4 Wochen Geschwür an der gerötеten Stelle, von welcher reissende Schmerzen ausstrahlen. In der Mitte des Septum cartilagineum ist eine weisslich verfärbte Stelle mit Borke; die Umgebung davon ist infiltriert. — 7. 11 89 Excision des Septum cartilagineum und der Nasenspitze. Plastik mittelst eines Lappens, dessen Basis auf dem Nasenrücken sich befindet (Drehung um 180°). Der so entstandene Defekt wird nach Thiersch'scher Methode gedeckt. — 20. 11. 89 Pat. geheilt entlassen. Seither recidivfrei.

Fall IVa 2. M. M. 59 J. Beginn der Affektion vor 4 Jahren mit einem kleinen Knötchen auf der Stirne, das Pat. aufkratzte. Es bildete sich allmählich ein trockenes Geschwür. — Regionäre Drüsen nicht geschwellt. Auf der Stirne rechts 2 cm oberhalb der Augenbrauen eine frontal 2 cm, sagittal 1 cm im Durchmesser haltende harte, scharfgeränderte, ca. 2 mm tiefe Ulceration. — 30. 5. 91 Excision mit Fortnahme des anscheinend gesunden Periosts, Naht. — 3. 6. 91. Pat. mit linearer Narbe entlassen. 4 Jahre darauf Recidiv an derselben Stelle, und unter dem rechten Auge. Pat. wurde 95 am Oberamtskrankenhause in Langenburg gründlich operiert, seitdem ist Pat. recidivfrei.

Fall IVa 3. A. M. 51 J. Vor 1 Jahr bildete sich am oberen Lid des linken Auges eine kleine Geschwulst, die langsam wuchs und seit 5 Monaten schmierigen Eiter entleert. — Am äusseren Winkel des linken Auges eine kleine Geschwulst, welche nicht über den vorderen Lidrand hervorragt und aus zwei bohnengrossen Teilen besteht. Die Sekretion ist gering. — 9. 7. 93 Excision der Geschwulst und der Thränendrüse. Naht. 15. 7. 93 Pat. geheilt entlassen. — 5 Monate darauf Recidiv in der Narbe. — Im linken äusseren Augenwinkel ein etwa Kirschkern grosses Cancroid, das auf das untere Augenlid übergegriffen hat. 7. 4. 97 Exstirpation mit Entfernung beider lateralen Teile der Lider. Plastischer Ersatz durch einen gestielten Lappen von der linken Schläfe her. 12. 5. 97 Pat. mit gut eingeheiltem Lappen entlassen. — 8 Monate darauf Recidiv am linken obern Augenlid. — In der Narbe sitzt ein Knoten, der das Öffnen des Auges behinderte. Die Haut ist wenig verschieblich. Die künstliche Lidspalte hat sich wieder geschlossen. — 16. 2. 98. Oberes Lid ganz abgetragen und von dem bei der letzten Operation gebildeten unteren Lid wird die lateralste Partie entfernt. Plastik und Implantationen nach Thiersch. Lappen p. p. i. eingeheilt. — 25. 2. 98 Austritt. Das neu gebildete obere Lid hängt herab; infolge dessen kann Pat. nicht aus dem linken Auge sehen. Seither recidivfrei.

Fall IVa 4. M. E. 43 J. Vor 3 Jahren erlitt Pat. ein Trauma, das die Bildung eines Grindes im rechten inneren Augenwinkel zur Folge hatte. Excision 1894 in der Poliklinik. Die Wunde schloss sich nicht ganz, der Grind wuchs weiter. — Von der Gegend des Canth. int. des rechten Auges bis auf den Nasenrücken her mehrere prominente Borken in einer Ausdehnung von ca. 5-Markstück-Grösse. — 4. 3. 97 Excision, Plastik von der Stirne her; Implantationen nach Thiersch. 25. 3. 97 Excision der Lappenbrücke. 15. 5. 97 Formverbesserung des Lappens. — 23. 5. 97 mit gutem Resultate entlassen; seither recidivfrei.

Fall IVa 5. B. B. 59 J. Seit 10 Jahren hat Pat. am linken inneren Augenwinkel eine warzenähnliche Geschwulst, die seit 2 Jahren zunahm. — Regionäre Drüsen sind nicht geschwellt. Linkes oberes Augenlid gänzlich von der Geschwürsfläche eingenommen, auch die Innenseite des unteren Lides. Die Conjunctiva bulbi entzündlich gerötet. — 8. 1. 95 Excision des oberen Lides bis auf den Tarsus; Excision der inneren Fläche des unteren Lides. Die Sehne des M. obliquus sup. wird entfernt. Plastik von der Stirne her. Implantationen nach Thiersch. — 4. 2. 95 Excision eines Wulstes an der Lappenbrücke und Verlängerung der Lidspalte. Die periphere Hälfte des Lappens zeigt Gangrän. Silbernaht am 6. 2. 95 erforderlich. 18. 3. 95 Pat. geheilt entlassen. — $2^1/_4$ Jahr darauf Recidiv zu beiden Seiten der Narbe; am oberen Lid derbe Infiltrationen und oberflächliche Ulcerationen; ebenso am äusseren Augenwinkel. Praeauricularlymphknoten infiltriert. — 15. 3. 98 Exstirpation mit Enucleatio bulbi und gründlicher Ausräumung der Orbita. Plastik

aus der Schläfengegend; da letzterer Defekt langsam granulierte, sekundäre Implantation. Pat. am 25. 4. geheilt entlassen; seitdem recidivfrei.

Fall IVa 6. U. M. 59 J. Beginn des Leidens mit einer »blatternähnlichen Stelle« am rechten Ohrläppchen, vor 2 Jahren. 18. 7. 95 wurde dieselbe in der Poliklinik entfernt; es zeigte sich bald darauf Facialislähmung. Vor ungefähr 14 Tagen bekam Pat. im Anschluss an Witterungswechsel Schmerzen in der Narbe. — Vor und hinter dem rechten Ohrläppchen an circumscripten Narbenstellen Borkenbelag; dicht hinter dem Angulus mandibulae ein kirschgrosser, derber Knoten, leicht adhärent. Regionäre Drüsen sowie die am M. sterno-cleido-mastoideus geschwellt. — 8. 5. 96. Die alte Narbe wird elliptisch umschnitten. Exstirpation der Drüse unter dem Kieferwinkel. Naht. 17. 5. 96 mit gut granulierender Wunde in poliklinische Behandlung entlassen. — Recidiv $1^3/_4$ Jahre darauf und zwar in der Narbe. — Status fehlt. — 13. 12. 97 Exstirpation des Cancroids mit Entfernung der halben Ohrmuschel und Abtragung der Haut am Meatus auditorius externus; Naht. 23. 12. 97 in poliklinische Behandlung entlassen. — $3^1/_2$ Monate darauf Recidiv in der Narbe. 8. 5. 98. Poliklinische Excision eines bohnengrossen Geschwürs an der Stelle des Ohrläppchens.

Fall V 1. F. A. 74 J. Pat. erlitt vor 2 Jahren ein Trauma am rechten Ohr; die Wunde zeigte keine Neigung zur Heilung. — Die ganze hintere Fläche der Ohrmuschel ist von einem Geschwür bedeckt. Der Gehörgang ist durch Granulationen verdeckt. — 9. 4. 88 Ablösung des ganzen Ohres. — 19. 4. 88. Trotz Einlegung eines Zinnnagels in den äusseren Gehörgang hat sich letzterer verschlossen, da der Nagel durch die Granulationen immer herausgedrängt wurde. Pat. starb im Februar 91 an Lungenentzündung und blieb bis dahin recidivfrei.

Fall V 2. H. E. 70 J. Beginn der Affektion vor 6 Jahren mit einem Knötchen in der Mitte des linken Nasenflügels, das innerhalb 4 Jahren sich auf den ganzen Nasenflügel ausgebreitet hatte, auf Salbenbehandlung abheilte, jedoch nach einem halben Jahre wieder kam und sich auf den Nasenrücken und rechten Nasenflügel und Wange ausdehnte. — In der unteren Hälfte des Nasenrückens eine Ulceration, die den ganzen linken Flügel ergriffen hat; ebenso den rechten Flügel. Die Ränder der Ulceration sind scharf und erhaben. Die ganze Ulceration ist glänzend und wenig secernierend. — 13. 12. 88 Exstirpation mit teilweiser Entfernung des linken Nasenknorpels. Plastik von der Stirne her, Thiersch. — 30. 1. 89 Lappen gut eingeheilt, die Implantationen ebenfalls. — 8. 2. 89 Excision der Lappenbrücke. — 21. 2. 89 Pat. geheilt entlassen; er starb recidivfrei am 22 3. 94 an Marasmus senilis.

Fall V 3. G. G. 76 J. Beginn des Leidens mit einem Knötchen vor ca. $1^1/_4$ Jahren; vor 8 Wochen entleerte sich dünne Flüssigkeit. — In der Mitte der rechten Wange ist ein Geschwür mit wallartigen Rändern; frontaler Durchmesser 2 cm, sagittaler 3 cm. Gelblich-grauer Bodenbelag. — 25. 6. 91

Excision des Tumors. Durchschneidung des Ductus Sthenonianus. Ödem. — 9. 8. 91 Pat. mit guten Granulationen entlassen. Pat. starb am 23. 10. 93 an Altersschwäche, recidivfrei.

Fall V 4. A. J. M. 52 J. Vor 5 Jahren bildete sich auf der linken Wange ein Blätterchen, das sich allmählich zu einem Geschwür umbildete. (Pat. wurde 29. 7. 86 wegen eines ähnlichen Leidens auf der linken Schläfe operiert.) — Die Gegend des Jochbeins ist mit Borken bedeckt. — 28. 3. 92 Excision. Implantation nach Thiersch. 13. 4. 92 Pat. geheilt entlassen. — Recidivfrei an Lungenleiden den 21. 12. 92 gestorben.

Fall V 5. K. J. 79 J. Beginn des Leidens vor 2 Jahren mit einer kleinen Kruste auf der Nasenspitze, welche beim Abfallen auf ihrem Grunde Eiterung zeigte. — Status fehlt. — 6. 4. 95 Umschneidung des Cancroids. Lappenbildung aus der Nase; Zwickelbildung zur Septumplastik; teilweise Excision des Knorpels. 17. 5. 95 Pat. geheilt entlassen. — 24. 7. 95 Tod infolge eines »eingeklemmten Bruches«, recidivfrei.

Fall V 6. Sch. K. 81 J. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren mit einer Flechte an Stirn und Vorderhaupt. Gleichzeitig bildete sich vor dem linken Ohr eine Warze, die excidiert wurde; daneben entstand gleichzeitig eine weitere Wucherung, die rasch an Volumen zunahm. — An der linken Schläfe ein nahezu Handteller grosses Geschwür, nach vorne bis linken äusseren Augenwinkel, nach abwärts bis zum unteren Rande des Jochbeins reichend. Die Ränder des Geschwürs sind gezackt und erhaben. Der Grund ist schmierig und secerniert übelriechende Flüssigkeit. Ausserdem hat Patientin an zahlreichen Stellen der Stirne warzenförmige Prominenzen, aus einzelnen stalaktitenförmigen Epithelhörnern bestehend. — 12. 6. 95 Exstirpation mit Entfernung der obersten Fasern des M. temporalis. Sekundäre Implantationen nach Thiersch. 15. 7. 95 Pat. mit gut geheilten Implantationen entlassen. — Tod am 8. 6. 96 an Altersschwäche; ein Recidiv des Cancroids trat nicht auf.

Fall V 7. St. B. 77 J. Patient wurde vor 5 Jahren wegen eines ähnlichen Leidens in der Gegend der rechten Nasenseite operiert. Vor einem halben Jahre bemerkte er in der alten Operationsnarbe eine Promenienz der Haut, »die sich entzündete« und Borken bildete. Dünnflüssiges Sekret; allmähliches Wachstum. Seit ca. 3 Jahren entwickelte sich am linken Fussrücken ein ähnliches Leiden. — Unterhalb des Margo infraorbitalis bis zur Naso-Labialfalte ein Defekt der Haut mit Borkenbelag. In der Operationsnarbe am Nasenrücken stellenweise hornartige, graue Epithelbeläge. Am Rande des rechten Helix ebenfalls hornartige Auflagerungen. Ferner am Dorsum pedis sin. findet sich eine grünlich graue, unregelmässig geformte, fest aufsitzende Borke mit erhabenen Rändern; in ihrer Mitte granulationsähnliches Gewebe mit schmierigem Belag. Eine weitere Veränderung der Haut zwischen beiden Malleolen an der Vorderseite des linken Talo-Cruralgelenks. — 3. 3. 96 Exstirpation des Nasencarcinoms; der Nasenflügelknorpel, ein grosser Teil des

unteren Augenlides, der Margo infraorbitalis und der Boden der Orbita und das Orbitalfettgewebe werden entfernt und das Antrum Highmori eröffnet. Plastik mittelst eines Lappens von der Schläfen- und Stirnhaut. Implantationen nach Thiersch. — 8. 3. 96 Gangrän des medialen Randes des Lappens am Nasenrücken wegen der starken Spannung. Abtragung dieser Partien. 14. 4. 96 Patient mit einigen granulierenden Stellen entlassen. — Etwa 6 Wochen darauf Recidiv in der Narbe. — Eine carcinomatöse Neubildung findet sich im Bereich der oberen Hälfte des rechten Nasenflügels, welche nach aussen auf das innere Viertel beider Augenlider, nach abwärts auf die Wangen übergreift. 13. 8. 96 Exstirpation; Deckung des Defektes von der Stirne aus. Implantationen nach Thiersch. 29. 8. 96 geheilt entlassen. — Bis zum Tode (29. 11. 96) recidivfrei.

Fall V 8. O. 73 J. Ein Bruder soll an Kehlkopfkrebs gestorben sein. Beginn des Leidens vor 12—14 Jahren mit einem kleinen Geschwür auf der linken Nasenseite, stets eiternd, langsam wachsend; erst seit 4 Jahren stark wuchernd. — Unter dem Kinn geschwellte Drüsen. Im Bereich der oberen Hälfte des Nasenflügels links eine pilzförmige, prominente Geschwulst. Die Oberfläche ist zerklüftet; der Tumor (verschieblich) reicht von der Mittellinie der Nase bis an den linken inneren Augenwinkel. Etwas oberhalb der Nasenspitze auch ein kleines Knötchen. — 6. 6. 96 Exstirpation des Cancroids. Lappen von der linken Stirne her. Implantationen nach Thiersch. Heilung p. p. i. — 12. 6. 96 Excision der Lappenbrücke. 20. 6. 96 geheilt entlassen. — 2. 3. 98 starb Patient recidivfrei an Lungenentzündung.

Fall VI 1. W. K. 66 J. Beginn der Erkrankung vor 10 Jahren mit einer Warze auf der linken Nasenhälfte. 1878 Excision. 5 Jahre darauf Recidiv in Form eines Knötchens, das seit 4 Wochen secerniert. — Links 3 cm unterhalb des innern Augenwinkels gegen die Mitte der Nasenfläche zu eine derbe, gegen die Unterlage gut verschiebliche, erbsengrosse Geschwulst. — 30. 3. 87 Excision, Naht. Pat. 7. 4. 97 geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 2. K. M. 49 J. Vor 2 Jahren Beginn der Affektion mit Aufkratzen einer Warze, die seit dem 15. Lebensjahr bestanden haben soll, dabei Entleerung einer serösen Flüssigkeit. Geschwüriger Zerfall; seit vorigem Herbst steht das Wachstum still. — In der Nasen-Wangenfalte ein Zweimarkstück grosses Geschwür, das vom Canthus internus des rechten Auges bis zum Nasenflügelansatz reicht, mit scharfen Rändern, ziemlich flach verlaufend. Die Umgebung ist gerötet. — 22. 6. 87 Exstirpation mit Lappenbildung von der Stirne her. 16. 7. 87 geheilt entlassen — bis heute ohne Recidiv.

Fall VI 3. G. H. 56 J. Beginn der Erkrankung vor 6—8 Jahren mit einem Knötchen, das bei Läsionen blutete. — Die Glabella zeigt genau in der Mittellinie eine dreieckige, flache Ulceration, mit der Basis an der Nasenwurzel. Am rechten Arm über der Spitze des M. deltoides eine Pigmentansammlung in histolog. normalem Gewebe, die Blutungen veranlasste.

8. 1. 89 Excision des Cancroids an der Stirne. Periost war freigeblieben. Naht. — 22. 1. 89 geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 4. Sch. C. 54 J. Beginn der Affektion vor 2 Jahren mit einem Knötchen auf dem Nasenrücken. Ostern 87 Excision; $^1/_2$ Jahr darauf trat ein Recidiv in der Narbe auf, das nach und nach in Eiterung überging. — Die untere Hälfte des Nasenrückens ist Sitz einer Ulceration mit aufgeworfenen Rändern und granulierendem Boden, mit schmutzigem Sekret. Es besteht eine Communication mit der Nasenhöhle. — 16. 1. 89 Excision, Ablösen des knorpeligen Septums vom knöchernen. Lappenbildung von der Stirne her. Implantationen nach Thiersch. 8. 2. 89 Verbesserung der Lappenform. 17. 2. 89 geheilt entlassen mit vorzüglichem kosmetischen Erfolg. — Seither recidivfrei.

Fall VI 5. H. M. 72 J. Beginn der Erkrankung vor $1^1/_2$ Jahren mit dem Aufbrechen einer Pustel, die lange Zeit bestand und abfiel, wieder kam und zunahm. Die Nasenspitze und die Hälfte des linken Nasenflügels ist Sitz der prominierenden Ulceration; reichliche Sekretion. Verschieblichkeit gegen die Unterlage. — 19 2. 89 Exstirpation mit Schonung des grössten Teils des Septums. Deckung des Defektes mittelst eines Stirnlappens. Der Stirndefekt wird durch Naht verkleinert und nach Thiersch gedeckt. — 21. 8. 89 geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 6. Sch. W. 60 J. Das Leiden wurde veranlasst durch 3 Traumen; von dem ersten blieb eine Fistel zurück. — Im linken inneren Augenwinkel ein tiefes, trichterförmiges Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Das obere Augenlid ist noch vollständig mit ergriffen. Der Bulbus ist nach links oben aussen geschoben; seine Beweglichkeit gering. Die tiefste Stelle des Geschwürs ist nach unten innen vom Bulbus aus. — 13. 6. 90 Exstirpation mit Enucleatio bulbi, Entfernung des Os nasi, lacrymale, der Conchen, der Siebbeinzellen, des unteren Orbitaldaches; Eröffnung des Antrum Highmori und Entfernung der Schleimhaut desselben. Lappenbildung von der Stirne her. Der Stirndefekt wird nach Thiersch implantiert. 5. 7. 90 geheilt entlassen — seither ohne Recidiv.

Fall VI 7. P. E. 43 J. Vor 3 Jahren trat ein Knötchen auf, das langsam wuchs und ulcerierte. — An der Wurzel des rechten Nasenflügels eine flache Ulceration mit unregelmässigem Rande. Die Schleimhaut ist in den untersten Partien des Naseninnern noch erkrankt; Sekretion mässig. — 6. 10. 90 Excision. Geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 8. R. K. 54 J. Beginn der Erkrankung vor 14 Jahren infolge eines Traumas. Vor 6 Jahren (15. 7. 85) wegen eines Cancroids operiert. Rhinoplastik nach Dieffenbach. — 5 Jahre darauf Recidiv am Übergang des Septums zur Oberlippe. 13. 4. 91 Exstirpation des Tumors und Plastik von der Stirne her. Implantationen nach Thiersch. Normaler Wundverlauf zweimal durch Erysipel gestört. — 22. 7. 91 geheilt entlassen. Seither ohne Recidiv.

Fall VI 9. K. R. 38 J. Vor ca. 10 Jahren trat ein Knötchen auf, das die Grösse einer Haselnuss erreichte. Von Zeit zu Zeit entleerte sich Eiter. — Exquisite Pityriasis versicolor an Brust und Rücken. Am linken unteren Augenlid in der Falte zwischen Nase und Auge ein warzenartiger prominierender Tumor, mit Borkenbelag. Auf der Vorderseite des Halses zwei Stecknadelkopf grosse gestielte aufsitzende Knötchen. — 29. 3. 92 Excision des Tumors am Auge und am Halse. Naht. — 6. 4. 92 geheilt entlassen, seither recidivfrei.

Fall VI 10. E. G. 55 J. Beginn der Erkrankung vor $1^1/_2$ Jahren mit dem Herauswachsen eines Knötchens aus der Nasenhöhle; seit 3 Wochen Atembeschwerden. — Aus der rechten Nasenhöhle ragt 2 cm weit eine himbeerartige Geschwulst hervor, die nach innen bis zum Septum narium osseum reicht. Die Oberfläche derselben ist zerklüftet. — 4. 8. 93 Exstirpation nach Spaltung der Nase; das knorpelige Septum bleibt erhalten. — 11. 8. 93 geheilt entlassen; seither ohne Recidiv.

Fall VI 11. R. J. 45 J. Vor 1 Monat bemerkte Pat. eine kleine, juckende, über das Niveau der Haut erhabene, trockene Stelle. — In der Kinngegend, links vom unteren Kieferrand, eine gegen die Lippen hinziehende, runde, derbe, erhabene Geschwulst mit höckeriger Oberfläche, die gegen den Knochen schwer verschieblich ist. — 16 8. 93 Exstirpation des Tumors mit Abmeisselung einiger Knochenlamellen. Plastik vom Halse her. Die Implantationen am Halse heilten infolge der Kehlkopfbewegungen nicht an. — 3. 9. 93 Pat. mit guten Granulationen entlassen. Bisher recidivfrei.

Fall VI 12. K. M. 61 J. Beginn der Erkrankung vor 3 Monaten mit einer Stecknadelkopf grossen Erhebung der Haut, in der Mitte eine schwarze Verfärbung. — Auf der rechten Wange, dicht neben dem Nasenflügel, ein 20-Pfennigstück grosser, stark prominenter Tumor mit wallartigen Rändern. — 3. 2. 94 Excision und Vereinigung der Wundränder durch Naht. 12. 2. 94 Pat. geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 13. Z. J. 30 J. Beginn der Affektion vor 3 Jahren mit einer warzenähnlichen Geschwulst, die seit 2 Jahren eitert. — 2 cm unterhalb des linken Auges, der Basis der linken Nasenhälfte noch anliegend eine erbsengrosse, warzenähnliche, krustöse Geschwulst mit mässiger Eitersekretion. Verschiebbarkeit gegen die Unterlage. — 11. 12. 94 Excision, Naht. 16. 12. 94 geheilt entlassen — seither ohne Recidiv.

Fall VI 14. R. B. 46 J. Vater an Gesichtskrebs gestorben. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren mit einem Knötchen, das Borken bildete. — Schwellung der Axillardrüsen. An der Nasenspitze eine kleine infiltrierte Hautpartie. — 21. 1. 95 Excision, Naht. Infolge der Spannung Gangrän der Wundränder. — 11. 2. 95 mit gut granuliertem Defekt entlassen — bis heute ohne Recidiv.

Fall VI 15. H. M. 66 J. Vor ca. 7 Jahren trat eine kleine Erhebung im rechten inneren Augenwinkel auf, die seit $^1/_2$ Jahr schneller wuchs, mit geringer Eiterentleerung. — Schwellung der Axillardrüsen. — Am inneren rechten Augenwinkel ist eine 1-Markstück grosse nach abwärts reichende, erhabene Neubildung, die auf ihrer Unterlage verschieblich ist. Borkenbelag. — 21. 3. 95 Excision. Lappenbildung aus der Stirnhaut. Implantation nach Thiersch. 10. 4. 95 Verbesserung des Lappens im Augenwinkel. 30. 4 95 geheilt entlassen. — Bisher ohne Recidiv.

Fall VI 16. K. A. 63 J. Seit 7 Jahren eine kleine Kruste, die abfiel und immer wiederkam; seit $^1/_2$ Jahr vergrösserte sie sich. — Unterhalb des linken Auges eine gelbliche Kruste mit geröteter Umgebung. — 14. 3. 95 Excision und Lappenbildung aus der Stirne. Implantationen nach Thiersch. 4. 5. 95 geheilt entlassen — seither frei von Recidiv.

Fall VI 17. N. K. 68 J. Beginn der Affektion vor 3 Jahren mit einer kleinen Geschwulst von stetigem Wachstum. — Auf der Nasenspitze gegen den linken Nasenflügel hin ein 20-Pfennigstück grosser Hautdefekt mit Borkenbelag und gezackten Rändern. — 14. 6. 95 Excision. Naht nach einem Entspannungsschnitte der Wundränder. — 26. 6. 95 geheilt entlassen — bisher ohne Recidiv.

Fall VI 18. B. M. 69 J. Beginn der Erkrankung vor $^3/_4$ Jahren mit einem kleinen Geschwür mit Borkenbelag am rechten Nasenflügel, allmähliches Wachstum. — Drüsen am Halse geschwellt. — Auf dem rechten Nasenflügel eine ca. 20-Pfennigstück grosse Ulceration (trichterförmig) mit schmierigem Bodenbelag, harten Rändern. Das Geschwür droht in die Nasenhöhle zu perforieren. — 6. 6. 95 Abtragung des ganzen rechten Nasenflügels, Lappenbildung von der linken Nasenseite her. Die Implantationsmethode nach Thiersch wird vom Pat. verweigert; derselbe auf Wunsch 3. 7. 95 entlassen. Seither ohne Recidiv.

Fall VI 19. L. E. 63 J. Beginn der Affektion vor 2 Jahren mit einem Stecknadelkopf grossen Gebilde; baldige Perforation, Eiterentleerung, Borkenbildung und Ausbreitung. — Glandula submentalis geschwellt. An der Nasenspitze und am linken Nasenflügel Ulceration mit zerklüfteter Oberfläche und Borkenbelag. — 28. 1. 96 Exstirpation. Implantationen nach Thiersch. 8. 2. 96 geheilt entlassen. Bisher ohne Recidiv.

Fall VI 20. M. J. 58 J. Beginn des Leidens vor 4 Jahren im Anschluss an einen Rasiermesserschnitt; in der Narbe bildete sich eine warzenähnliche Geschwulst, die langsam wuchs. — In der rechten Naso-Labialfalte ein 1-Markstück grosser, rundlicher zerklüfteter Tumor, der teilweise mit Granulationen bedeckt ist. Die Labialdrüsen der Oberlippe sind geschwellt. — 8. 2. 96 Excision des Tumors mit Bildung eines Lappens aus der rechten Wange. Implantationen nach Thiersch. — 19. 2. 96 Pat. geheilt entlassen. Bisher ohne Recidiv.

Fall VI 21. Sch. J. 56 J. Seit 16 Jahren Phthisis bulbi. Beginn der Affektion vor ca. 8 Jahren mit einer warzenähnlichen Wucherung auf dem Bulbus mit eitriger Sekretion. Pat. wurde wegen Schmerzen in der Supra- und Infraorbitalgegend am 4. 10. 95 in Stuttgart operiert. — 6 Wochen darauf soll die Neubildung bereits die Lidspalte auseinander gedrängt haben. — Unter dem rechten oberen Lid eine zerklüftete Geschwulstmasse mit purulentem Sekret. Der Tumor folgt den Bewegungen des linken Bulbus gewissermassen accomodativ. Vom rechten Bulbus ist nichts mehr zu sehen. Rechte Praeauriculardrüse geschwellt. — 6. 2. 96 Subperiostale Ausräumung der Orbita, bis das Foramen opticum sichtbar wird. Jodoformgazetamponade. — Die Wunde granuliert gut. — 26. 2. 96 Pat. geheilt entlassen; bisher recidivfrei.

Fall VI 22. A. M. 51 J. Patientin hatte mit 36 und 37 Jahren Gesichtsrose. Im Anschluss daran bildete sich auf dem linken Nasenflügel ein kleines Knötchen, das Schuppen bildete. Später entwickelte sich ein ähnliches Gebilde auch auf dem rechten Nasenflügel. Borkenbildung beiderseits. Vor 7—8 Jahren wurden beide Cancroide kauterisiert; bald darauf aber trat ein Recidiv ein auf der rechten Nasenhälfte, das excidiert wurde. Im März 95 trat abermals ein Recidiv auf. — Auf dem rechten Nasenflügel, der rechten Nasenseite und linken Nasenflügel 3 flache Geschwüre mit Borkenbelag und unregelmässigen Rändern. — 28. 3. 96 Entfernung der Geschwürsflächen. Implantationen nach Thiersch. — 19. 4. 96 Pat. geheilt entlassen — seither kein Recidiv.

Fall VI 23. Sch. B. 50 J. Beginn der Affektion vor 3 Jahren mit einem kleinen Geschwür an der linken Wange, das Januar 96 auswärts ausgekratzt wurde. 3—4 Wochen darauf Recidiv in der Narbe mit ständiger eitriger Sekretion. — In der Gegend der fossa canina des Oberkiefers ein tiefes, mit unregelmässig gestalteten Rändern umgebenes, bis auf den Knochen reichendes Geschwür. — 5. 6. 96 Exstirpation des Geschwürs; nur das Periost am Jochbein wird entfernt. Lappenbildung aus der Wangen- und Schläfengegend. Implantation nach Thiersch. — 9. 6. 96 Spitze des Lappens gangränös. Abtragung derselben. — 23. 6. 96 geheilt entlassen; seither ohne Recidiv.

Fall VI 24. W. B. 50 J. Beginn der Affektion vor 3 Jahren mit einem Wärzchen auf der Stirne, das auf Druck weisse bröckliche Massen entleert. Allmähliches Wachstum. — Über dem Margo supraorbitalis rechts eine halbkugelige, 1-Markstück grosse, harte, höckerige Prominenz der Haut mit scharfen Rändern. Lateralwärts eine ähnliche Geschwulst. — 19. 12. 96 Excision der Cancroide. Naht. Heilung p. p. i. — 24. 1. 97 geheilt entlassen. Seither ohne Recidiv.

Fall VI 25. B. K. 57 J. Beginn des Leidens vor 5 Jahren mit einer Pustel, die nach Ätzungen öfters abfiel, aber immer wiederkam. — An dem

linken Nasenflügel neben der Wangenfurche ein zwei Linsenkerne grosser Defekt mit Schorf und indurierter Umgebung. — 18. 1. 97 Excision des Cancroids samt dem Knorpel. Lappen von der Wange her. Der Lappendefekt wurde zusammengezogen. — 2. 2. 97 Pat. geheilt entlassen — seither recidivfrei.

Fall VI 26. F. L. 57 J. Beginn der Affektion vor 3 Jahren mit einer haselnussgrossen Geschwulst am linken Ohr, welche allmählich in einen grossen Hautdefekt überging. — Vor dem linken Ohr, dicht oberhalb des Processus zygomaticus eine 3-Markstück grosse, fast nicht verschiebliche, mit Borken bedeckte Hautstelle; die Umgebung ist gerötet. Der Substanzverlust greift auch auf die Ohrmuschel über. Die Ränder sind unregelmässig. — 18. 5. 97 keilförmige Umschneidung und Abtragung des vorderen Randes der Ohrmuschel und der vorderen Wand des äusseren Gehörganges. Implantation nach Thiersch. — 5. 6. 97 geheilt entlassen; seither frei von Recidiv.

Fall VI 27. R. A. 65 J. Vor 6—7 Jahren wurde Pat. wegen eines Knötchens an der linken Wange auswärts operiert; nach 5 Jahren recidivierte es und wurde abermals entfernt; bald nach der Operation trat Speichelfluss auf; seit vorigem Jahr bemerkte Pat. eine Markstück grosse Geschwulst am rechten Kieferwinkel. — An der linken Wange ein thalergrosses Geschwür mit wallartigen Rändern. In der Mitte desselben liegt der eröffnete Ductus Sthenonianus, aus dem klare Speichelflüssigkeit sich entleert. Das Geschwür nimmt die Gegend des Jochbogens und die untere Hälfte des Oberkiefers ein. An der rechten Wange in der Gegend des Angulus mandibulae ein mit Borke bedecktes Hautcancroid. — 13. 5. 97 Exstirpation beider Cancroide und Deckung des Defektes durch Lappenbildung. Implantation nach Thiersch. — 8. 6. 97 Pat. in poliklinische Behandlung entlassen, seither recidivfrei.

Fall VI 28. H. M. 63 J. Das Leiden hat sich aus einer Warze entwickelt; seit $1^1/_2$ Jahren geschwüriger Zerfall. — Etwas rechts vom Nasenrücken eine Borke mit leichter Ulceration; rechts unten davon am Beginn der Naso-Labialfalte eine kirschgrosse, leicht blutende Geschwulst mit harten Rändern. — 17. 8. 97 Excision beider Cancroide. Sekundäre Implantationen. — 2. 9. 97 Pat. geheilt entlassen, bisher ohne Recidiv.

Fall VI 29. E. M. 50 J. Beginn der Affektion mit einem roten Flecken unter dem rechten Augenlid vor 3 Jahren. Allmähliche Geschwulstbildung. — Status fehlt. — 26. 8. 97 Exstirpation, Plastik, Implantation. — 18. 9. 97 geheilt entlassen — bisher recidivfrei.

Fall VI 30. B. D. 52 J. Beginn des Leidens im Anschluss an ein vor 3 Jahren erlittenes Trauma mit einem hornartigen Auswuchs an der Nasenspitze, der sich öfters abschilferte, seit 1 Jahr Wachstum der Geschwulst. — Über der Nasenspitze eine mit Borken besetzte 2 Pfg. grosse Ulceration mit harten, erhabenen Rändern. — 15. 7. 97. Excision, Plastik, Implantation. — 16. 10. 97 geheilt entlassen, seither ohne Recidiv.

Fall VI 31. S. M. 43 J. Beginn des Leidens vor 4 Jahren mit einem warzenähnlichem Gebilde; langsames Wachstum; seit 3 Jahren infolge eines Traumas Eiterung und Zerfall. — Im Bereiche der linken Augenbraue eine 2-Markstück grosse, mit Borken bedeckte Geschwulst mit harten Rändern. Regionäre Drüsen geschwellt. — 14. 7. 97. Excision mit Plastik von der Schläfengegend, Implantationen vom Arme her. Geringe Gangrän am Rande des Lappens. 5. 1. 98 mit Keloidbildung entlassen, bisher recidivfrei.

Fall VI 32. St. J. 68 J. Beginn der Affektion vor 1 Jahr mit einer Borke. Infolge eines Traumas trat geschwüriger Zerfall auf. — An der Stelle des linken Canthus int. ein scharfrandig gewulsteter, leicht ulcerierter, unregelmässiger Defekt, der das innere Drittel beider Lider zerstört hat und auf die Nase übergegangen ist. Regionäre Drüsen geschwellt. — 29. 11. 97 Excision mit teilweiser Entfernung beider Lider. Lappen von Stirne. Implantation nach Thiersch. — 18. 12. 97. Lidspaltbildung. — 17. 1. 98 geheilt entlassen, bisher ohne Recidiv.

Fall VII 1. G. K. 66 J. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren mit einem kleinen Knoten unter dem linken inneren Augenwinkel, der sich langsam vergrösserte und vor $1^1/_2$ Jahren platzte und helle Flüssigkeit secerniert. Dann rascheres Wachstum. — Unter dem linken Canthus internus sitzt im unteren Lid eine wallartige, ulcerierte Prominienz, die nach dem Nasenrücken hinzieht. — 13. 12. 88. Exstirpation, teilweise Entfernung beider Lider und der Siebbeinzellen. Plastik von der Stirne her. Gangrän an den Augenlidern. — 25. 1. und 27. 3. 89. Verbesserungen am Lappen. — 9. 4. 89. Wunde gut granuliert; geheilt entlassen. Pat. ist nicht mehr aufzufinden.

Fall VII 2. B. A. 73 J. Beginn der Erkrankung vor 4—5 Jahren mit einem kleinen Knötchen am rechten Nasenflügel, langsames Wachstum. — Am rechten Nasenflügel und in der rechten Fossa canina eine festaufsitzende, prominente Geschwulst, leicht ulceriert, mit Borken bedeckt. — 15. 4. 93. Exstirpation mit Plastik von der Stirne her. Implantation nach Thiersch. — 3. 5. 93. Excision der Lappenbrücke. — 6. 5. 93 geheilt entlassen. Pat. ebenfalls nicht auffindbar.

Fall VII a 1. F. M. 63 J. Beginn der Erkrankung vor 1 Jahre mit einem kleinen Knötchen auf der rechten Wange. April 90 wurde Pat. in einer Privatklinik operiert und mit Fistel entlassen. — Drüse in der Fossa inframaxillaris geschwellt. — Über dem Ramus ascendens des Unterkiefers in der Höhe des Ohrläppchens eine trichterförmig eingezogene, reichlich Eiter secernierende Fistel. Die ganze Wangenhaut ist mit dem Unterkiefer verlötet. Unterhalb des linken ödematösen Augenlides ist eine Ulceration, welche noch die ganze obere Lippe zerstört hat. Im Defekte liegt der seiner Zähne beraubte Oberkiefer vor. Die ganze rechte Gesichtshälfte ist aufgetrieben und teilweise ulceriert. Aus der Nasenhöhle wird jauchiges Sekret entleert. — 15. 11. 90. Untersuchung in Narkose. Es fehlt der Bulbus. Vom Processus alveolaris des rechten Ober-

kiefers steht noch die mediale Fläche. Der harte Gaumen ist zu einem Tumor verwandelt. Die Wandung der rechten Nasenhälfte ist verloren gegangen. Tod am 10. 12. 90 an Erschöpfung.

Fall VIIa 2. F. V. 64 J. Pat. wurde vor 2 Jahren in Heidelberg wegen eines Cancroides der linken Temporalgegend operiert. Vor 4—5 Wochen hat Pat. eine Geschwulst in der Operationsnarbe bemerkt, welche sich rasch vergrösserte. Schmerzen hat Pat. besonders in der Wärme. — In der linken Temporalgegend eine 6 cm sagittal und 8 cm frontal messende, leicht vertiefte, weisslich gefärbte, stark sich abschilfernde Hautpartie (frühere Implantation). Parotisgegend stark geschwellt. Deren Haut normal. Ohrläppchen abgedrängt. Öffnen des Mundes etwas erschwert. Der Tumor reicht bis an die Mundhöhlenschleimhaut und ist knollig. Am vorderen Rand des Sterno-Cleidomastoideus ein Strang infiltrierter Drüsen. 8. 11. 93 Pat. inoperabel entlassen, starb am 25. 2. 93. »Das Leiden soll aufs Herz gezogen sein.«

Fall VIIa 3. R. M. 69 J. Pat. wurde 94 wegen eines Cancroids hinter dem Ohr im Spital operiert (Krankengeschichte nicht vorhanden); seit 9 Monaten in der Narbe am Ohr Recidiv. Das Geschwür griff in die Tiefe und secernierte sehr stark durchs Ohr, Mund und Nase. 28. 9. 95. In der Gegend hinter dem rechten Ohrläppchen auf der Hinterseite der Ohrmuschel ein Defect mit Borken. Pat. gibt an, er habe das Gefühl, dass ihm der Kopf zerspringen würde, wenn der Ausfluss des Sekretes auf irgend welche Weise gehemmt würde. 19. 10. 95 Exitus — Miliartuberculose.

Litteratur.

Billroth-Luecke: Deutsche Chirurgie. — Trendelenburg: Verletzungen und chirurgische Erkrankungen des Gesichtes.

Winiwarter: Beiträge zur Statistik der Carcinome. 1887.

Ohren: Über die Endresultate der Carcinome des Gesichtes mit Ausschluss der Lippencarcinome. Langenbecks Archiv Bd. XXXVII 2. 1887.

Heimann: Über Carcinomrecidive. Inaug.-Diss. München 1888.

Kolkmann: Über das Narbencarcinom. Inaug.-Diss. Bonn 1891.

Hauser: Referat über 100 Carcinomfälle. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 1898. Bd. IX. Nro. 6/7.

Ziegler: Über die Genese der Geschwülste. Münchener medizinische Wochenschrift 1898, Nro. 10.

Ribbert: Zur Geschwulstfrage. Münchener medizinische Wochenschrift 1898, Nro. 25.