



Ein Beitrag zur Lehre  
vom  
**Narben-Carcinom.**

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe**

der

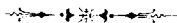
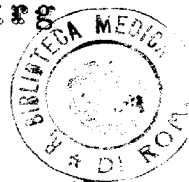
Hochlöblichen medicinischen Facultät

der

**Universität Marburg**

vorgelegt von

**Albert Nithack,**  
approb. Arzt.  
aus Berlin.



**Marburg.**

Druck von Joh. Aug. Koch.  
1887.



Drei in der Marburger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von Narbencarcinom gaben uns Veranlassung, die Entstehungsbedingungen dieser für die Lehre vom Carcinom so bedeutungsvollen Geschwulstform in Betrachtung zu ziehen.

Wir lassen zunächst die Beschreibung zweier Fälle von Lupuscarcinom folgen:

1. Fall von Carcinom auf Lupusnarbe nach 21jährigem Bestehen von Lupus bei einem 25jährigen Manne. Nach der Exstirpation Auftreten von Recidiven und exitus lethalis im c. 15. Monat nach Entwicklung der Krebsgeschwulst.

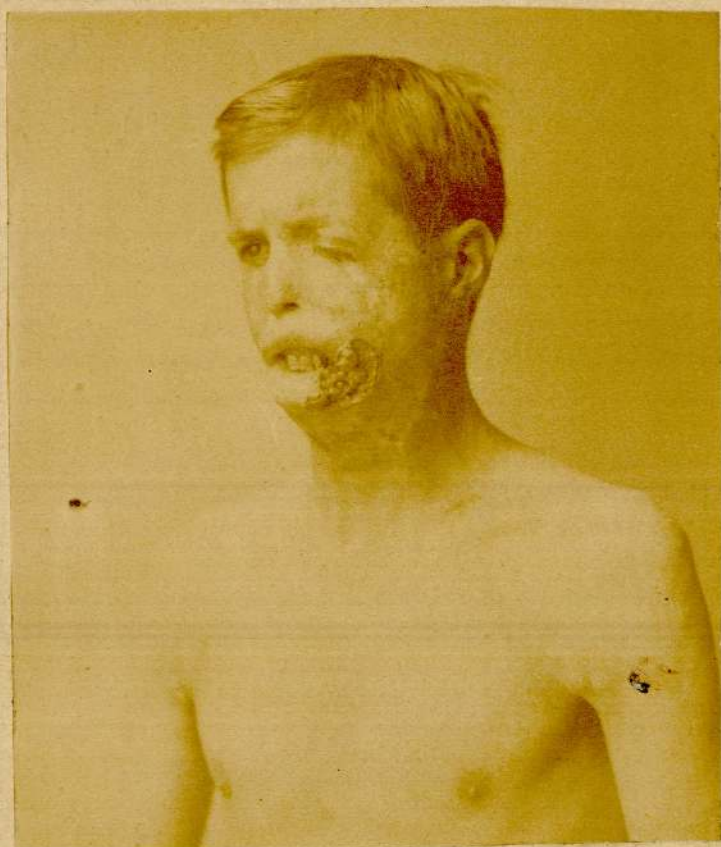
Hierzu die Abbildung.

Der Arbeiter Roppel, 25 Jahre alt aus Weiterode, entstammte kranken Eltern. Seine Mutter, die noch am Leben ist, soll von häufigem Blutsturz befallen sein. Der Vater starb nach Jahre langem Brustleiden. Verschiedene Krankheiten sollen bei den sechs Geschwistern vorgekommen sein. Eine Schwester des Grossvaters habe eine der des Patienten ähnliche Krankheit im Gesicht gehabt, worüber leider nichts Genaueres angegeben werden konnte. Nachdem Patient in seinem 3. Lebensjahre Scharlach durchgemacht, entstand in seinem 4. Jahre auf der linken Wange ein Ausschlag, der, anfangs nur ein „Fleck“, in der Mitte verheilte, aber vom Rande aus weiter ging. Bald traten mehrere solcher Stellen auf, ausser im Gesicht noch am Halse, Brust und linken Oberarm. Er war nur vorübergehend in ärztlicher Behandlung. Niemals war er ganz frei von geschwürigem Ausschlag; nach Vernarbung älterer Partien traten

stets neue Knötchen auf, von denen einzelne sich zurückbildeten, deren Mehrzahl dagegen aufbrach. geschwürige Stellen bildete und um sich frass.

Im Frühjahr 1886 nun entstand, wie Patient angiebt, von selbst, an der linken Wange nahe dem Mundwinkel, und zwar auf einer Stelle, die nach Wechsel zwischen Vernarbung und Aufbruch endlich „trocken“ geblieben und mit Narbe bedeckt war, ein Knoten, der einer gewöhnlichen Hautwarze sehr ähnlich sah und von ihm auch dafür gehalten wurde. Indess vergrösserte sich derselbe zusehens, verursachte ihm heftige Schmerzen, brach auf und veranlasste häufige profuse Blutungen; sodass der Kranke sich am 30. September 86 in die chirurgische Klinik aufnehmen liess.

Bei der Aufnahme trug der Patient besonders auf der linken Seite im Gesicht, am Hals, Brust und am linken Oberarm bis zur Mitte hin neben reichlichen in die Fläche ausgedehnten grösseren noch kleinere Narben, die den von Pocken zurückgelassenen nicht unähnlich sahen. In Folge grösseren Substanzverlustes sind die Nasenflügel stark verkürzt sowie das Ohrläppchen fast ganz geschwunden. Vom linken Mundwinkel aus erstreckte sich auf die Wange bis zur Höhe der Oberlippe und Mitte des Unterkiefers nach oben und aussen, und bis zum Unterkieferrand und Mitte des Kinnes nach unten und bis zum Zahnfleisch des Unterkiefers hin ein mit schmierig-eitrigem Belag versehener ulcerirter Tumor. Aus dem Grunde desselben erhoben sich Wölbungen mit zahlreichen Buchten, während er im Centrum einen tiefen Krater hatte. Das Secret war jauchig, äusserst übelriechend. Der stark gewulstete Rand flachte sich allmählig nach aussen hin zu seiner Umgebung ab, die ihn mit narbiger Haut scharf umgrenzte. Die ganze Umgebung war hochgradig indurirt. Die Lippen waren stark geschwollen und klaffend ektropionirt, sodass es dem Patienten nicht möglich war, die Zähne des Oberkiefers zu bedecken. Die linke Gesichtshälfte, in der sich noch einige frische Lupus-





knötchen zeigten, war in ihrer Totalität geschwollen; beide Augenlider waren nach dem äusseren Winkel hin herabgezogen, das untere vom Canth. extern. bis etwa zur Mitte hin ektropionirt.

Die Diagnose lautete auf „Carcinom auf lupösem Boden.“

Am 10. October 86 wurde der Tumor excidirt und sogleich zur Verhütung der Kieferklemme, die in Folge des durch die Geschwulstbildung und Operation gesetzten Haut- und Schleimhautdefectes sicher entstehen musste, die prophylactische Resection eines c. 3 cm. langen Stückes aus der Mitte des horizontalen Unterkieferastes hinzugefügt. Nachdem dann zur plastischen Deckung des etwas über 6 cm hohen und 7 cm. breiten Defectes ein Hautlappenschnitt (ähnlich dem Jaeschkeschen Schnitt zur Bildung der Unterlippe) nach oben über die Wange und ein zweiter unten bis zur Mitte der seitlichen Halspartie geführt war, und die Hautlappen von ihrer Unterlage abpräparirt waren, liessen sich die Wundränder aneinander nähen. Nur ein Theil der Stelle, von welcher der obere Lappen hergeholt war, blieb dem Zugranuliren überlassen. Die Ernährung geschah anfangs durch die Schlundsonde, später konnte er selbst trinken, und nach drei Wochen war es ihm möglich, den Mund c. 3 cm. hoch zu öffnen. Am 25. November verliess er anscheinend geheilt die Klinik.

Anfang Januar dieses Jahres nun erbat der Kranke von Neuem seine Aufnahme wegen eines Recidives an der Schleimhautfalte. Die Wundränder waren wieder aufgebrochen und zeigten ein dem oben beschriebenen gleiches Geschwür, das rapide um sich griff, mit ebenso übelriechendem Secret. An eine radicale Exstirpation konnte nicht mehr gedacht werden, und so ging er, nachdem ihm wegen hochgradiger Schmerzen noch die Resection des aufsteigenden Kieferastes nebst Auslöffelung der bis zum Schlund reichenden Carcinommassen gemacht war, Mitte März in seine Heimath, wo er am 8. Juli seinem Leiden erlag.

Pathologische Anatomie:

Macroscopisch stellt sich der exstirpirte länglich ovale Tumor von 6 cm. Länge und 7 cm. Breite im Ganzen dar als ein Geschwür, das sich über das Niveau seiner Umgebung erhebt. Bandartig wird es von dem Hautraude scharf umsäumt. Mit tiefgreifenden Buchten und starken Vorwölbungen und Defecten. An einzelnen Stellen ist das Aussehen trotz der starken Zerklüftung deutlich blumenkohlähnlich.

Microscopische Untersuchung der excidirten Hautpartie:

Lupusgewebe ist nirgends mehr aufzufinden. Dagegen zeigt sich eine reichliche kleinzellige Infiltration. Der eigentliche Geschwürsgrund wird durch eine erhebliche Geschwulstmasse gebildet. Diese besteht aus verzweigten Epithelsträngen, die zwischen sich ein bindegewebiges Stroma erkennen lassen und in der Peripherie weiter in die Umgebung hineinragen.

2. Fall von Carcinom in den Narben von 36 Jahre altem Lupus. Heilung.

Der 45jährige Arbeiter Krombach aus Offheim erkrankte ebenfalls schon in der Kindheit an Lupus. In seinem 9. Lebensjahre entstanden bei ihm am Damm kleine Knötchen, die aufbrachen, vernarbtten, aber stets neu entstehende im Gefolge hatten. Allmähig traten solche Knötchen an der Vorderseite des r. Oberschenkels auf sowie an der unteren Partie des Abdomens, während der linke Oberschenkel frei blieb. Nachdem Patient vorübergehend in ärztlicher Behandlung war, meist aber „Hausmittel“ angewandt hatte, kam er am 14. August 1881 in die chirurgische Klinik zu Marburg.

Die Lupusgeschwüre hatten nunmehr ungefähr den sechsten Theil der ganzen Körperoberfläche befallen: Der rechte Oberschenkel, die rechte Glutäal- und Perinealgegend, die r. Schultergegend und noch andere handgrosse Hautpartieen waren erkrankt. Lupus exulcerans und exfoliatus wechselten mit papillomatösen Wucherungen und narbigen

Parteien ab. Namentlich die Inguinal- und Scrotalgegend waren bedeckt von blumenkohlartigen Excrencenzen, welche interpapilläre Abscesschen enthielten. Die Behandlung bestand in der Abtragung der papillomatösen Parteien mit der Scheere und in mehrfach wiederholten Auslöffelungen und Chlorzink-ätzungen der eigentlich lupösen Parteien.

Bei der im Juli 84 erfolgten Entlassung des Patienten war ungefähr die Hälfte des Lupus getilgt: Nur an einigen Stellen breitete sich der Lupus exfoliatus noch aus.

Im Januar 85 bemerkte der Patient in der Mitte der Innenseite des Oberschenkels eine kleine „Warze“. Da diese an Dimension zunahm und dem Patienten Schmerzen verursachte, erbat er im März 85 seine abermalige Aufnahme. Seit dieser Zeit ist er bis zur Gegenwart noch in der Klinik.

Am 18. März wurde der Tumor zur Untersuchung mit der Scheere abgetragen. Man war nämlich im Zweifel, ob es sich wieder nur um gutartige papillomatöse Wucherung handeln möge. Die microscopische Untersuchung und die schnelle Entwicklung eines continuirlichen Recidivs bewies aber, dass es sich um ein Carcinom gehandelt hatte, und es wurde deshalb im April zur radicalen Exstirpation im Gesunden geschritten.

Im Juli 1886 musste abermals eine schnell wachsende carcinomatöse Warze, die an demselben Bein handbreit weiter oben sass, exstirpirt werden.

Jetzt zeigt der Patient folgendes Bild:

Ungefähr ein Sechstel der gesammten Körperoberfläche ist von Lupus resp. von Lupusnarben bedeckt. Am Abdomen, ungefähr von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse in seiner ganzen Breite reichliche ausgedehnte Narben. Der linke Oberschenkel ist frei. Der rechte trägt bis zum Knie herab zahlreiche grosse Narben und an einigen kleinen Stellen frische Ulcerationen. Ausgebreitete frische Lupuseruptionen finden sich noch am Damm, an der rechten Hüfte und Hinterbacke und an der rechten Schulter.

### Pathologische Anatomie:

Macroscopisch ergiebt sich der exstirpirte Tumor als eine flache, rundliche Erhebung, die eine zerklüftete Oberfläche zeigt. Zahlreiche kleine, dichte Erhabenheiten, die von Buchten durchzogen sind, geben ihm ein grobapilläres Aussehen. Von der umgebenden Haut wird die Grenze durch einen scharfen Rand gebildet. Auf dem Durchschnitt besitzt die Geschwulstmasse eine Dicke von  $\frac{1}{2}$  cm, und besteht aus dicht gedrängt stehenden weisslichen Zapfen, zwischen denen feine Septa als Bindegewebe erkennbar sind. Der erhaltene Rand der Cutis umfasst das Ganze mit scharfer Umsäumung.

Ein gleiches Aussehen zeigen macroscopisch auch die anderen exstirpirten „warzenförmigen Tumoren.“ Sie entsprechen ebenfalls einem plattgedrückten pilzförmig die Umgebung wenig überragenden Kugelabschnitt mit etwas unregelmässiger Basis. Die Oberfläche ist bei ihnen indess noch ausgeprägter warzig höckrig als bei den ersten.

### Microscopische Untersuchung:

Auch hier ist nichts mehr von Lupusgewebe zu entdecken. Besonders stark tritt in der Umgebung der Gefässe die kleinzellige Infiltration auf, welche in so reichlichem Maasse angeordnet sich vorfindet, dass sie an einzelnen Stellen förmliche Knötchen bildet. Ziemlich dicke Zapfen, bestehend aus Epithelzellen, ziehen sich mehr oder weniger verzweigt in meist gerader Richtung in die Umgebung, während letztere selbst unverändert ist.

Wir haben somit an diesen Patienten zwei charakteristische Beispiele von auf Lupus-Narben entstandenem Carcinom. Zur Differentialdiagnose sei noch Folgendes bemerkt.

Wie auch in dem letzteren der oben beschriebenen Fälle kann die Diagnose zuweilen sehr schwierig sein, sodass wir wohl im Zweifel sein können, ob wir es mit Carcinom oder gewissen anderen Erkrankungen zu thun haben.

In diesem Sinne sagt Esmarch, „man könne aus manchen Krankengeschichten zur Evidenz nachweisen, dass selbst sehr geschickte und berühmte Chirurgen ulcerirte Gummata oder Tuberkelgeschwüre der Zunge als Zungenkrebse, syphilitische Geschwüre der Lippen als Lippenkrebse und gummöse Verschwärungen und Wucherungen der Rectumschleimhaut als Mastdarmkrebse extirpirt haben. Mir selbst ist es mehr als einmal passirt, dass mir sehr tüchtige Aerzte derartige Fälle zur Operation zuschickten, die ich dann, weil ich sie als syphilitische Erkrankungen erkannte, durch Quecksilber- oder Jodkur heilen konnte.“ Als Beispiel hierfür berichtet E. über einen 61jährigen Mann, dem einer seiner Schüler aus der Wange ein „Cancroidgeschwür“ extirpirt hatte, das aus einer lange bestehenden Warze hervorgegangen war. Nach einigen Monaten waren Recidive aufgetreten und hatten eine grosse Ausdehnung gewonnen. Der Geschwürsgrund war speckig, missfarbig, die Ränder scharf, die Umgebung kupferartig geröthet. Das Microscop zeigte nur Granulationsgewebe. Der Patient hatte vor mehr als 40 Jahren einen kleinen Schanker am Penis, welcher durch innere Mittel zur Heilung gekommen war; sodann hatte die Tochter seit Jahren an Ozaena zu leiden. Hier wandte, bei diesem Patienten, E. die Inunctionskur an und erzielte völlige Heilung nach Verreibung von „250 Gramm“ grauer Salbe.

„Um so leichter“, sagt E. weiter, „kommen derartige Irrthümer vor, als es wohl keineswegs allgemein bekannt ist, dass ulcerirende Gummiknoten bisweilen sehr lange Zeit nach der ersten Infection auftreten können und ohne dass in der Zwischenzeit secundäre Symptome sich gezeigt hätten. Ich habe in mehreren Fällen mit Bestimmtheit nachweisen können, dass das syphilitische Gift mehr als 40 Jahre lang in dem Körper der Patienten geschlummert hatte.

Esmarch betont sodann, wie leicht ein späterer Zustand jener „bei uns selteneren Form von Sycosis parasitaria, welche durch Pilzwucherung im Haarboden herbeigeführt

werde, zur Verwechslung mit Carcinom verlocke. Es entstehen nämlich bei dieser Sycosis parasitaria bisweilen in der Unterkinn- und Wangengegend aber auch an anderen Körperstellen so ausgebreitete knollig fungöse, eine stinkende Jauche absondernde Wucherungen, dass man auf den ersten Blick einen recht bösartigen Hautkrebs vor sich zu haben glaubt.“ Um derartigen Irrthümern vorzubeugen, kommt E. wiederholt dazu, die microscopische Untersuchung dringend anzurathen.

Wohl noch bei Weitem mehr als die eben angeführten kann uns eine andere Erkrankung veranlassen, sie mit Krebs zu verwechseln, nämlich das entzündliche Hautpapillom, welches von W. Roser eben deshalb genauer und mit scharfer Charakteristik beschrieben wurde.

Wir halten es für geboten, an der Hand von Rosers Beschreibung näher auf diesen Gegenstand einzugehen.

Nach Roser ist dies Hautpapillom „eine entzündliche Wucherung der Hautpapillen mit Formation interpapillärer Abscesse und mit entzündlicher Verwachsung der kolbig geschwollenen Papilleneenden.“

Ueber das Wesen dieser Erkrankung giebt uns Roser folgende Beschreibung:

„Man beobachtet zuweilen circumscribte Hautentzündungen, am häufigsten im Gesicht, sowie an Hand und Fuss, welche schnell eine ausgezeichnete Wucherung und Vergrößerung der Hautpapillen herbeiführen. Wer die Krankheit nicht kennt und sie etwa erst auf der Höhe ihrer Entwicklung zu Gesicht bekommt, kann wohl geneigt sein, ein Carcinom zu diagnosticiren, wie es denn auch vorkam, dass uns solche Kranke als Carcinom-Patienten von ärztlichen Collegen vorgestellt oder zugeschickt wurden. Untersucht man die Kranken solcher Art näher, so erkennt man eine deutliche Vergrößerung von Hautpapillen, häufig in der Art, dass zwischen den Papillen an ihrer Basis kleine Eiteransammlungen, die man ausdrücken kann, also interpapilläre Abscesse, sich bilden. Daneben beobachtet man das Verwachsen oder

Verschmelzen von solchen vergrößerten Papillen an ihrer Spitze; man kann alsdann eine Sonde hinter der Verwachsung durchschieben. Wer nicht recht Acht giebt, begeht auch wohl den diagnostischen Fehler, dass er eine vielfache Hautperforation, dem Carbunkel ähnlich, zu sehen meint, während der kleine Kanal oder die vielen kleinen Kanälchen, hinter denen man die Sonde einschieben kann, nur durch Verwachsen der angeschwollenen Papillenspitzen, also durch Formation von Papillenbrücken zu erklären sind.“

Das Auftreten des entzündlichen Hautpapilloms ist sowohl ein „acutes“, wie auch ein „subacutes.“ „Beim acuten Vorkommen bildet die Krankheit einen gewissen Uebergang zu ekzematösen und sogar carbunkulösen Formen der Hauterkrankung. Am auffallendsten sind diese Uebergänge an der behaarten Kinn- und Wangengegend zu sehen. Man sieht Fälle von Kinn-Eczem, wo die Hautoberfläche ganze Knoten und Platten bildet, die bei näherer Betrachtung nur aus gewucherten, kolbig geschwollenen Papillen und aus interpapillären Abscesschen bestehen.“

Je nach dem Sitze der Entzündung unterscheidet Roser folgende Formen, in denen sich diese Erkrankung äussert:

Zunächst das „Eczem“, wenn die Entzündung nur die „Oberfläche der Haut, die Papillenenden“, betrifft. Das Papillom kommt zu stande, wenn die Papillen selbst beträchtlich anschwellen; und es entsteht das interpapilläre Abscesschen, wenn „die interpapillären Räume zum vorzüglichen Sitz der Exsudation werden.“ „Dringt die Entzündung noch etwas weiter in die Tiefe, und steigert sich bis zum fibrinösen Erguss, so kann eine Form entstehen, die dem oberflächlichen fibrinösen Carbunkel sehr ähnlich wird. Zwischen den interpapillären Abscessen des entzündlichen Papilloms und den vielfachen Hautperforationen des oberflächlichen Carbunkels ist aber die Unterscheidung auch deswegen von Werth, weil beim Carbunkel die Haut selbst zerstört wird, beim entzündlichen Papillom höchstens die Papillen verloren gehen.“

Da nun, wie auch Roser hervorhebt, die Papillome auch in Folge „spezifischer Ursachen, wie bei Lupus und bei Condylomen“ vorkommen können, so kann man, wie es uns in dem mitgetheilten Fall: Krombach, erging, wohl im Zweifel sein, ob man ein Carcinom vor sich hat oder das entzündliche Hautpapillom; besonders, wenn das ganze Auftreten sich so gutartig anlässt. Zur Sicherstellung der Diagnose muss uns in solchen Fällen vor Allem das Microscop dienen; versäumten wir aber die microscopische Untersuchung, so würde uns nach nicht zu langer Zeit, wenigstens in den meisten Fällen, der Verlauf über die Natur der Krankheit aufklären; denn das entzündliche Papillom heilt entweder bei Beobachtung von Reinlichkeit von selbst oder es weicht oberflächlicher Abtragung mit der Scheere und Behandlung mit austrocknenden und desinficirenden Verbänden.

Wenden wir uns nun der ätiologischen, der schwierigsten Frage des Narbencarcinoms zu, so müssen wir bekennen, dass hier leider noch lange nicht der Standpunkt erreicht ist, der uns die gesuchten wichtigen Aufschlüsse zu geben vermag. Uns sind jedoch einzelne Momente gegeben und zwar besitzen wir einen negativen Anhaltspunkt, dessen Bedeutung für die Aetiologie wir nicht unterschätzen dürfen. Wir wissen jetzt so gut wie sicher, dass ein Carcinom nicht auf gesundem Boden entsteht, dass ihm vielmehr stets eine Störung des normalen Hautwachsthums vorausging, nach dessen meist jahrelangem Bestehen es erst zur Entwicklung des Tumors kommt. Mit besonderer Vorliebe entsteht das Carcinom nach chronischen Hautkrankheiten, wie Lupus, Psoriasis buccalis et linguae, trockene senile Seborrhoe und selbst nach Acne vulgaris. Es kann sich anschliessen an Traumen der verschiedensten Art, wie Quetschungen, offene oder vernarbte Wunden, Verbrennungen u. v. A.; auch verschiedene Geschwüre, offene Sequesterladen, Zahnfisteln, syphi-



litische Geschwüre u. a. Ebenso die Hautaffectionen, die in Folge mannigfacher Einwirkung von Chemikalien, wie Tabaks-saft, Russ, Paraffin, Carbonsäure, Arsen u. a. entstehen, lassen auf ihrer Basis nicht selten das Carcinom zur Entwicklung kommen.

Zum Beleg, wie man sich in neuester Zeit den Zusammenhang zwischen chronischen Hautreizen und Carcinom-entwicklung denkt, citiren wir folgende Ansichten:

Ueber die Entstehung des Carcinoms bei Psoriasis buccalis et linguae haben wir besonders von Schuchardt und Nedopil eingehende Mittheilungen. Nach Schuchardts Beschreibung fängt zuweilen im mittleren Lebensalter die Schleimhaut der Zunge und der Mundhöhle an, meist in einzelnen Flecken „milchig getrübt“ zu werden, besonders bei starken Rauchern, wie auch die hierzu beschriebenen Fälle meist bei aussergewöhnlich starken Rauchern statt hatten. Es bilden sich dann einzelne Plaques, die aus „hornigen Epithelwucherungen“ bestehen. Während nun diese Zustände mehrere Decennien („30 Jahre“) hindurch ohne Schaden ertragen werden können, bilde sich doch auch zuweilen ein Carcinom.

Esmarch betont, dass diese Psoriasis buccalis et linguae oft zum Zungenkrebs führe, und zwar nicht selten auf „syphilitischem Boden.“

Eine eigenartige Erkrankung, die nicht selten zu Carcinom führt, ist die „trockene senile Seborrhoe.“ Die „seborrhagischen Flecke“ entstehen zunächst als schuppenartige Auflagerungen von gelblicher bis bräunlicher Färbung und sind fettig anzufühlen. Ihren Sitz haben sie meist im Gesicht. Gewöhnlich sind sie linsengross, diffus oder confluirend. Wir sind mit dieser ganzen Erkrankung noch nicht genügend bekannt, und in dem Sinne betont Schuchardt mit Recht, dass noch zu wenige microscopische Untersuchungen darüber vorliegen. Ueber das Wesen dieser Krankheit sind die Ansichten der Autoren verschieden; während die Einen die „krankhaft gesteigerte Secretion der Talgdrüsen“ als wesentliches Moment ansprechen, sehen die Andern die ganze Krank-

heit bestehen in einer „umschrieben gesteigerten Epidermisproduction mit secundären Entzündungen in der Cutis.“ Letzterer Ansicht müssen wir uns anschliessen, indem wir die Talgdrüsenerkrankung theils als nebensächlich, theils auch als secundär eingetreten erachten; obgleich auch Esmarch zu dem zweiten der vier von ihm bekannt gegebenen Fälle von „Krebsgeschwür auf Atherom“ sagt, „die microscopische Untersuchung zeigte, dass auch hier die Krebswucherung von einer Hyperplasie der Talgdrüsen ausgegangen war.“

Im Anschluss hieran führt Schuchardt noch eine, wenn auch weniger häufige, so doch interessante Dermatitis an mit Ausgang in Carcinom, und erwähnt hierzu:

„Sehr bemerkenswerth in diesem Sinne ist auch die eigenthümliche, von Kaposi als „Xeroderma pigmentosum“ bezeichnete Hautkrankheit, welche stets angeboren ist und welche in einer eigenthümlichen Atrophie der Haut mit merkwürdigen Pigmentverschiebungen besteht, und welche ferner durch die Complication mit im jugendlichen Alter und meist acut und multipel auftretenden Epithelialcarcinomen ausgezeichnet ist. Es kommen bei dieser Affection warzenähnliche Bildungen vor, welche vollkommen den bei der senilen Seborrhoe entstehenden Verrucae seniles gleichen und die Krebsbildung scheint vielfach von diesen auszugehen.“

Eine ausführliche Beschreibung der nach Paraffin- Theer- und Russeinwirkung entstehenden Dermatitis mit dem endlichen Uebergang in Carcinom wird uns nach dem Vorgang mehrerer englischer Chirurgen besonders von Volkmann gegeben:

„In der That,“ sagt Volkmann, „entwickelt sich der Schornsteinfegerkrebs nach der übereinstimmenden Schilderung der eben genannten Autoren aus längere Zeit und oft jahrelang bestehenden platten papillären Bildungen, oder warzigen mit Borken bedeckten Knoten, die vorwiegend am Scrotum und keineswegs selten multipel vorkommen. Manche dieser Bildungen sind trocken, andere feucht und dann zuweilen

stark secernirend. Und während die feuchte Form in einzelnen Fällen grössere, fast blumenkohlartige Gewächse liefert, bedecken sich die trockenen zuweilen mit so starken Epidermisschorfen, dass geradezu hauthornartige Bildungen entstehen. Meistentheils wird von mehreren solchen Warzen, die sich gleichzeitig oder im Verlauf längerer Zeiträume bei einem und demselben Individuum bilden, nur die eine oder die andere carcinomatös, und zwar immer erst dann, wenn sie sich bereits längere Zeit in einem stärkeren Reizungszustande befunden, lebhafter secernirt und geblutet oder der sie deckende Schorf häufig abgerissen und abgescheuert wurde. Nicht selten werden jedoch auch hintereinander zwei und selbst mehr Warzen carcinomatös. Curling selbst giebt die Abbildung eines Präparates aus dem London-Hospital Museum, wo gleichzeitig drei carcinomatöse Knoten oder wenigstens im Uebergang zum Carcinom befindliche Warzen getrennt von einander am Scrotum sitzen.“

Folgender Fall von Russkrebs, über den wir Näheres mittheilen wollen, kam in der Marburger Klinik zur Behandlung:

„E. Salzmänn, ein 50jähriger Schornsteinfeger bemerkte vor 3 $\frac{1}{2}$  Jahren eine kleine erbsengrosse Warze in der linken Leistengegend. Er behauptet, dass er in früherer Zeit weder an dieser noch an einer anderen Körperstelle solche Warzen gehabt habe; er will weder am Scrotum noch an anderen Hautstellen wunde, rissige Stellen bemerkt haben; trotzdem dass dieselben dem Russ fortwährend exponirt waren und er keine besonderen Vorsichtsmassregeln der Reinlichkeit anwandte. Die Warze juckte sehr und veranlasste ihn zu häufigem Kratzen. Patient hat dann eine Zeit lang ein Bruchband getragen, weil er namentlich beim Heben einen Bruch an der betreffenden Stelle gerade unter der Warze hervortreten fühlte. Er konnte aber das Bruchband nicht lange liegen lassen, weil die Warze zu grosse Schmerzen verursachte. Seit jener Zeit ist die Warze constant gewachsen, und während des letzten Jahres haben sich häufig ganz pro-

fuse Blutungen eingestellt. Patient findet sich am 17. Februar zur Operation ein. Der gestielte Tumor, der einem flachgedrückten Ei an Grösse und Form verglichen werden könnte, (der Stiel mass 3 und  $3\frac{1}{2}$  cm., die Geschwulst selbst  $4\frac{1}{2}$  und 6 cm. im grössten und kleinsten Durchmesser), und die Geschwulst war nirgends ulcerirt, tief zerklüftet, ganz blumenkohlartig. Der Stiel selbst enthielt keine Geschwulstelemente; auch wurden keine Drüsen inficirt gefunden. Die microscopische Untersuchung bestätigte, dass es sich um ein Carcinom handle; aus grossen Plattenepithelzellen bestehende Zapfen senkten sich in die Tiefe.“

Dieser Fall wurde von K. Roser im Centralblatte für Chirurgie 1886 Nr. 16 schon beschrieben, Roser bemerkt noch über denselben:

„Wir finden hier ein merkwürdiges Zusammentreffen mehrerer Momente, die für die Entstehung des Carcinoms verantwortlich gemacht werden könnten. Patient hat eine Warze in der Haut entstehen sehen; in dieselbe hat sich Russ hineingesetzt und der Druck des Bruchbandes mag weiterhin noch mechanisch gereizt haben. Ob auch die Warze schon als Russwarze aufzufassen war, lasse ich dahingestellt. Die Wahrscheinlichkeit spricht für diese Annahme, denn der Patient behauptet aufs Bestimmteste, dass dieselbe schnell entstanden sei.“

Ueber das Entstehen von Carcinom bei Lupösen liegen zahlreiche Beobachtungen vor. Wir haben eingangs der Arbeit zwei derartige Fälle beschrieben. Der Vorgang ist im Grossen und Ganzen derselbe. Nachdem die Patienten lange Zeit hindurch, — wie in unserem ersten Falle 21 Jahre, im anderen 36 Jahre lang — an Lupus zu leiden hatten, von dem sie, abgesehen von geringer, vorübergehender Besserung, in den meisten Fällen nie geheilt wurden, entsteht eine warzenähnliche Erhebung. Diese zeigt bald ein soweit

anderes Verhalten als die den Patienten längst bekannten Lupusknötchen, die sie nach kurzer Zeit auch weit an Grösse übertreffen, dass sie dieselben aufmerksamer und ängstlich machen. Es währt dann auch nicht lange, und das Carcinom mit seinem charakteristischen Verhalten ist zur Entwicklung gekommen.

Noch nicht völlige Uebereinstimmung herrscht bis jetzt darüber, ob die Entwicklung nur ausschliesslich auf der Lupusnarbe oder auf dem noch nicht verheilten Lupusgeschwür resp. auf beiden vor sich gehe. Während u. a. v. Langenbeck der Ansicht ist, dass hier die Narbe in Betracht komme, behaupten mehrere Autoren, wie v. Volkmann, Lang, Pedraglia, Schütz, Winternitz, Bayha u. a. auch die Möglichkeit der Carcinomentwicklung auf offenen Lupusgeschwüren. Trendelenburg bemerkt hierüber: „Meist wächst die Geschwulst aus einer von abgeheiltem Lupus herstammenden Narbe hervor und das Carcinom ist dann eben ein „Narbencarcinom;“ und weiter: „Nun kommt es aber auch vor, dass das Carcinom sich in noch nicht verheiltem Lupus, in offenen Lupusgeschwüren entwickelt.“

Indem wir die letztere Entstehungsweise als möglich zugeben, müssen wir doch betonen, dass bei unseren beiden Patienten das Carcinom mitten in der Narbe entstanden ist, und dass die microscopische Untersuchung der excidirten Geschwülste keine Spur von Lupus mehr erkennen liess.

Zu dem Verhalten, das gewisse Narben zeigen, sagt Trendelenburg: „Eine den Brandnarben und den Lupusnarben, sowie überhaupt allen sich über grössere Flächen der Haut ausdehnenden Narben gemeinsame Eigenthümlichkeit ist es, dass sie leicht seichte Einrisse und flache Abschrüfungen erleiden, die sehr schwer wieder zuheilen. Mitunter geben die Kranken direct an, dass solche wunde Stellen längere Zeit bestanden, als sie die Geschwulst bemerkten.“

Dass in dieser „Eigenthümlichkeit,“ wie sie Trendelenburg nennt, ein bemerkenswerthes, ätiologisches Moment liegt zur Entwicklung der malignen Geschwulst, ist ausser Zweifel. Worauf beruht sie aber? — Sehen wir uns zur Beantwortung dieser Frage derartige Narben näher an, so finden wir, dass diese nicht dem Begriff entsprechen, den wir sonst mit denselben verbinden. Wir sehen an ihnen, nachdem sie schon ungewöhnlich lange Zeit zu ihrer Entstehung brauchten, in den meisten Fällen keine feste Narbensubstanz mit praevalirendem Bindegewebe. Vielmehr haben wir es dabei, weil der Vernarbungsprocess nicht durch Narbenschumpfung unterstützt wurde, häufig mit einer mehr oder weniger reichlich vascularisirten Epitheldecke zu thun, die wir eigentlich kaum „Narbe“ nennen dürfen. Verfasser sah z. B. in letzter Zeit ein Mädchen von 13 Jahren, das wegen Zahnleidens zu ihm kam, mit abgelaufenem Lupus. Es erstreckte sich die betroffen gewesene Partie vom linken Ohrläppchen circa 6 cm. nach abwärts in die Länge und circa  $2\frac{1}{2}$  cm. in die Breite und machte sich durch die Röthe sowie durch geringe Erhabenheit über das Niveau der Umgebung auffallend. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahren sollte dieser Zustand bestehen und das Mädchen als geheilt gelten. Mit der Pincette liess sich diese „Narbe“ als dünne rothe Decke leicht, ohne etwaiges Losreissen über die ganze Partie abheben.

Ein Hauptfactor, welcher als besonders einflussreich auf die Entstehung des Carcinoms erscheint, wird in verschiedenen Reizungen gesehen. Wir verstehen darunter jeden Eingriff, der eine Störung der normalen Function des Epithels an der Applicationsstelle zunächst bewirkt. Diese Reize brauchen nicht erheblicher Natur zu sein, sondern verlangen nur eine gewisse Dauer resp. Wiederholung und sind ihrem Charakter nach mechanisch oder chemisch oder können auf beide Arten zugleich einwirken.

So sind mechanischen Reizen zuzuschreiben z. B. die Entstehung von Zungen- oder Zahnfleischkrebs bei langdauernden resp. wiederholten kleinen Läsionen der betreffenden Organe durch scharfe Zahnstummel; ferner der Lippenkrebs bei Rauchern, wobei allerdings die chemische Einwirkung des Tabakssaftes, herrührend aus der Pfeife sowohl wie von Cigarren, wahrscheinlich mit von Bedeutung ist. Als chemische Reize kommen besonders in Betracht: die Secrete, welche Ulcera aller Art, wie Lupus, Unterschenkelgeschwüre, alte Sequesterfisteln, Zahnfisteln, wie auch chronische Choryza u. s. w. absondern. Auch die Hautsecrete sind hierfür anzusprechen, besonders wenn sie mit Staub gemischt längere Zeit haften bleiben. So sieht v. Volkmann „die Disposition zum Gesichtskrebs überhaupt durchaus in ungenügender Reinlichkeit und mangelhafter Pflege der Haut. Es kommt zu schlechter Desquamation, Bildung seborrhagischer Herde auf der Haut und Reizung durch die Producte des sich zersetzenden Hauttalges.“ „Diese kleinen Anomalien,“ fährt Volkmann fort, „sind nun in den niederen Ständen um so bedenklicher und tragen den Keim weiterer folgenschwerer Störungen in sich, als hier erfahrungsgemäss eine geregelte Hautkultur nicht existirt, andererseits auf die Heilung kleiner einmal entstandener Schrunden, Borken oder dgl. gar keine Sorgfalt verwendet wird. Im Gegentheil beobachtet man bei den gewöhnlichen Leuten ganz regelmässig, dass sie durch sinnloses Aufkratzen und Abreissen jener Borken etc. ihren Zustand nur noch verchlimmern und die Haut in allerhöchstem Grade reizen.“

Auf mechanische und chemische Reizungen wird das Entstehen des Theer- und Paraffinkrebses, wie auch des Schornsteinfegerkrebses zurückgeführt. Den Einwurf besonders von Seiten Bardeleben's, dass es nicht erwiesen wäre, „ob wirklich die Einwirkung des Russes die Entwicklung des Epithelialkrebses an der ungewöhnlichen Stelle zur Folge habe, oder ob nur mechanische bei dem Schornsteinfegerhandwerke vorkommende und demselben eigenthümliche Insulta-

tionen des Scrotums die eigentliche Ursache seien“, wird von Volkman n widerlegt. Letzterer weist darauf hin, dass in den Braunkohlentheer- und Paraffinfabriken die gleiche Affection vorkommt.

Die grosse Leistungsfähigkeit des Epithels kennen wir aus seinen normalen Functionen. Wir können täglich Gelegenheit nehmen, zu beobachten, wie schnell dasselbe jedwede Läsion auszugleichen und seine Verluste neu zu ersetzen im Stande ist.

Verfasser hatte Gelegenheit, einen Mann zu beobachten, der 57 Jahre alt von Carcinoma Recti befallen wurde. Dieser hatte (in Folge reichlichen Biergenusses?) Jahre lang stets Diarrhoeen gehabt, die nicht mit Obstipationen wechselten und ihm keine Beschwerden verursachten. Wie er sonst durchaus gesund und von kräftiger Constitution war, zeigte auch der Darm keinerlei Krankheitssymptome, keine Haemorrhoiden, auf welche gefahndet wurde. Nur wurde öfters nach den Diarrhoeen ein geringer Abgang von Epithelien durch das Microscop constatirt. Die Ursache für das Entstehen des Rectumcarcinoms bei diesem Patienten konnte wohl den chronischen Diarrhoeen zugeschrieben werden, die einen chronischen Reiz durch kleine sich stetig wiederholende Epithellostrennungen verursachten und bei der Regeneration die Wucherung im Gefolge hatten.

Diese Reize, welche nicht „permanent“, wie einige Autoren verlangen, zu sein brauchen, nur von Neuem eintreten müssen, bevor die Wirkung der vorigen vollständig reparirt ist, sind nicht allein befähigt, eine Hyperplasie der Epithelzellen in hohem Grade zu begünstigen, sondern wir müssen geradezu in ihnen direct die erste Anregung zu derselben sehen. Diese Proliferation der Epithelzellen hängt in dem Maasse von jenen Reizen ab, dass wir sie proportional ansehen zu der Intensität und der Dauer des Reizes. Natürlich in gewissen Grenzen, über welche hinaus statt erhöhter Bildungsfähigkeit die Necrose einträte. Dabei ist eine grosse

Rolle der begleitenden Entzündung zuzuschreiben; wie auch vielerseits schon betont wurde, dass entzündliche Vorgänge mit der Geschwulstentwicklung in nächster Beziehung stehen. Wir gedenken hierbei der Virchow'schen Reizungstheorie zur Entstehung der Carcinome. Eingehend und mit einer gewissen Charakteristik dieser gedachten Reizung bemerkt hierüber Waldeyer: „Es ist mir bei meinen Untersuchungen immer aufgefallen, dass in den jüngsten Entwicklungszonen der Krebse eine so reichliche Vascularisation des Gewebes mit Anhäufung farbloser Blutkörperchen statt hatte, fast wie in einem entzündeten Gewebe. Sollte nicht die so bewirkte reichlichere Ernährung der Gewebe und die dadurch hervorgerufene Lockerung des bindegewebigen Substrats der Wucherung und dem Vordringen der Epithelzellen Vorschub leisten. Sollten nicht auf diese Weise chronisch-entzündliche Prozesse lokaler Art, namentlich wiederholte Reizungen, die zu umschriebenen Entzündungen Veranlassung geben, endlich zur carcinomatösen Degeneration überleiten können. Diese Fragen sind gewiss der ernstesten Prüfung werth und wir könnten vielleicht für die Prophylaxis der Krebsgeschwülste einige heilsame Früchte daraus gewinnen; zumal schon eine Reihe anderer namentlich klinischer Erfahrungen auf einen gewissen Zusammenhang chronisch entzündlicher Reizung und carcinomatöser Degeneration hinweist.“

Diese Vorgänge sind bei fast allen Carcinomen, soweit wir sie verfolgen können, dieselben. Wir sehen, wenn auch nicht immer, so doch meist nach einer oder noch während einer Vorerkrankung, wodurch einige Gewebstheile weniger widerstandsfähig werden und hinter anderen zurückbleiben, einen dauernden, oft wiederholten Reiz die Heilung verhindern oder die kaum begonnene wieder zerstören. Gleichgültig ist dabei, ob dies auf einem narbigen oder geschwürigen Boden vor sich geht. Die Bezeichnung „Narbencarcinome“ ist einmal zur Gewohnheit gemacht; sie nehmen indess keinerlei Sonderstellung ein unter den übrigen Carcinomen.

Wenn wir im Anfang des Capitels, wo wir der Aetio-  
logie näher traten, eine Anzahl von Erkrankungen und Zu-  
ständen beschrieben, in deren Folge Carcinomentwicklungen  
beobachtet sind, so glauben wir keineswegs, damit das Re-  
pertoire erschöpft zu haben. Vielmehr sind wir der Meinung,  
dass eine ausreichende Aufzählung kaum zu geben ist. Wenn  
Schindler am Schlusse seiner Arbeit sagt, es können „auf  
jeder Narbe unter gewissen Bedingungen maligne  
Tumoren entstehen“, so schliessen wir uns der Ansicht  
mit einer Erweiterung an: Nicht bloss eine gewisse grosse  
Reihe von Erkrankungen und Zuständen können Epitheliom-  
entwicklungen im Gefolge haben, sondern alle diejenigen,  
welche unter gewissen Bedingungen, d. h. unter chronischen  
Reizen, die Vorstufe des Carcinoms, die Epithelwucherung,  
herbeiführen.

Wir wissen, dass sich wie das Carcinom auch dessen  
Schwestergeschwulst, das Sarcom, auf krankem Boden bei  
vorhandenen Reizzuständen gern entwickelt. Es gehören  
derartige Fälle nicht in den Kreis unserer Betrachtung, in-  
dess ein charakteristischer Fall aus der Roser'schen Klinik,  
wo Sarcom und Carcinom in derselben Narbe  
zur Entwicklung kamen, scheint uns der Mittheilung  
werth zu sein.

Der 37jährige Tagelöhner Johannes N e e b e aus Lischeid,  
fiel in seinem 19. Jahre mit den Beinen in den Trichterofen  
einer Kalkbrennerei und erlitt dabei eine starke Verbrennung  
besonders des rechten Beines bis eine Hand breit unter dem  
Knie. Nach langer Kur überzogen sich die Brandstellen  
allmählig mit glatter, glänzender Decke, welche aber immer  
wieder aufbrach. Im Herbst 86 wurde Patient aufmerksam  
auf eine wallnussgrosse Geschwulst, die weich und glätt sich  
erhob, c. 6 cm. vom Malleol. intern. nach oben entfernt. Das  
rapide Wachsen derselben, sowie häufiger werdende Blutungen  
und Schmerzen veranlassten am 5. Mai 87 seinen Eintritt  
in die Klinik, wo am Tage darauf die Amputation vor-  
genommen wurde.

Die betreffende Notiz im Journal des Marburger pathologischen Instituts lautet folgendermassen:

„Amputirter Unterschenkel (amputirt im unteren Drittel des Femur). Ein grosser Theil der Haut an der vorderen Fläche, sowie der inneren und äusseren, dem unteren Theil der hinteren in glatte straffe Narbe verwandelt, welche ziemlich fest auf dem Knochen adhärirt; der ganze mittlere Theil, besonders in der Gegend der tibia aufgetrieben, fühlt sich prall und derb an; Haut im Bereich der Narbe namentlich an den Rändern fleckig pigmentirt. Malleolengegend ebenfalls stark aufgetrieben, derb. Fuss in starker Calcaneus-Stellung, augenscheinlich durch Narbencontraction aufwärts gezogen. Abstand vom oberen Fussrand bis First sehr gross,  $15\frac{1}{2}$  cm. lang. Die ganze Mitte ist vorn durch eine sehr umfangreiche ulcerirte Geschwulstfläche von grobhöckeriger Gestalt eingenommen, deren Ränder pilzförmig über den Rand des Geschwürs hervorragen, von oben nach unten 14 cm. lang,  $10\frac{1}{2}$ —11 cm. breit. Die Neubildung erhebt sich in der Mitte etwa 2 cm. über das Niveau der Haut. Im Centrum tritt ein besonderer hühnereigrosser dunkelrother mehrlappiger Wulst noch stärker hervor. Die Oberfläche im Uebrigen blass, die erhabenen Stellen röthlich wie granulirend, die tieferen Theile und die Furchen zwischen den einzelnen Erhabenheiten mit zähem, schmierigem, gelblichem Belag von fibrinös eitriger Beschaffenheit. Die Neubildung erstreckt sich auf die innere wie äussere Fläche des Unterschenkels. An die letztere schliesst sich mehr abwärts eine flache granulirende Partie an bis zum Malleol. hin 12 cm. lang und 8 cm. breit, die nach aussen in eine flache weissliche Narbe übergeht. Das Aussehen dieser Fläche ist nicht das einer gewöhnlichen Granulationsoberfläche, sondern etwas mehr faserig; bei näherem Zusehen erscheinen in einer durchscheinenden blassröthlichen Grundsubstanz zahlreiche blassrothe, unregelmässige Fleckchen, wie eingelagerte kleine Zapfen. Bei Drehung des Fusses um die Achse des Unter-

schenkels kommt eine geringe Beweglichkeit des Knochens in der Mitte der Neubildung zum Vorschein.

Auf dem Durchschnitt (sagittal) in der Mitte der tibia zeigt sich letztere in ihrem ganzen mittleren Theil in grosser Ausdehnung durchbrochen durch die in die Tiefe gewucherte Geschwulstmasse. Tibia 38 cm. lang, das obere Ende 21, untere 12 cm, gleichzeitig sind die beiden Fragmente etwas nach vorn geneigt, besonders das untere. Der Fuss in der beschriebenen Weise gegen die tibia herangezogen, die Knochen der tibia stark verdickt, die Compacta oberhalb des Tumors 1 cm. dick. Basis der Geschwulst am Knochen c. 12 cm.

Sowohl vom oberen als unteren Knochenrande aus erstreckt sich eine augenscheinlich neu gebildete Knochenmasse von ziemlicher Consistenz aber porös in die Geschwulstmasse hinein; sodass die Knochenwucherung zum Theil aus der hinteren Compacta herausgewachsen scheint. Zwischen dieser neugebildeten Knochenmasse besonders nach abwärts erstreckt sich durchscheinende blassgraue etwas faserige Geschwulstmasse, die auch den ganzen Zwischenraum zwischen den Knochensegmenten in einer Breite von 5 cm. ausfüllt und im hinteren Umfang sogar noch in die Muskulatur übergeht. Die Mitte entspricht einer Art kraterförmiger Vertiefung an der Oberfläche. Im Uebrigen hat die Geschwulstsubstanz eine etwas faserige Beschaffenheit und wesentlich zur Oberfläche aufsteigende strahlige Anordnung.

Muskeln der Wade fast durchweg stark fettig, am wenigsten der gastrocnemius; die tieferliegenden durchaus gelb, aber noch deutlich streifig, sonst völlig durch Fettgewebe ersetzt. Winkel zwischen Fussrücken und tibia durch straffes Gewebe zum grossen Theil ersetzt.“

Die von Herrn Professor Marchand ausgeführte microscopische Untersuchung ergab die zuerst beschriebene grössere Geschwulst als Sarcom, die andere als Epitheliom. Man wird wohl annehmen dürfen, dass in diesem Falle das Sarcom zuerst und nachher erst das Carcinom entstanden sei. —

Ueber einige Ursachen, auf welche das Entstehen des Carcinoms mit ziemlicher Bestimmtheit zurückführbar war, berichtet Volkman folgendermassen:

„Was die Ursachen der Carcinomentwicklung bei den einzelnen Patienten anlangt, so liessen sich nur bei 15 von den sämtlichen 56 Gesichtskrebsen bestimmte ätiologische Momente nachweisen. Zweimal wurde mit Bestimmtheit angegeben, dass die Neubildung sich unmittelbar an eine heftige Contusion anschloss. Viermal hatten lange bestandene Warzen die Disposition dazu gegeben, welche einmal durch Erblichkeit erhöht wurde, indem die Mutter der Patientin ebenfalls einem Gesichtscarcinom erlegen war, während ein anderes Mal mehrfache Insultationen der Warze besonders hervorgehoben wurden. Die übrigen 9 Male hatten allerhand chronische Reizzustände bestanden, oder es hatten sehr oft wiederholte mechanische Schädlichkeiten leichtester Art eingewirkt. So ging einmal einem Carcinom des Oberkiefers und Siebbeins ein Jahre lang dauernder chronischer Schnupfen voraus. Einmal entwickelte sich das Cancroid aus Lupus; einmal an der Stelle, wo früher eine Zahnfistel bestanden hatte. Eine der Patientinnen hatte sehr grosse Comedonen am Nasenflügel, die sie sehr oft und wenig schonend ausdrückte.“

In der Frage des Entstehens des Carcinoms haben wir nunmehr drei Postulate gefunden, zunächst einen krankhaften Zustand, einen chronischen entzündlichen Reiz und im Anschluss daran eine Epithelwucherung. Diese letztere ist aber noch kein Carcinom, sondern erst die Vorstufe zu demselben.

Wir müssen in den meisten Fällen eruiren können, woher die Entwicklung ihren Anfang nahm; und können häufig den Vorgang bis zu jener Vorstufe verfolgen. Dieser Zustand der Epithelwucherung kann zunehmen, indem, nach der von Thiersch u. A. ausgesprochenen Weise, das leistungsfähigere Epithel in das weniger widerstandsfähige Gewebe als in einen „locus minoris resistentiae“ hineinwuchert; oder

er kann jahrelang, kann immer so bestehen bleiben und ist dann nur eine unschuldige Hyperplasie. Indess plötzlich kann zu dieser die charakteristische Malignität treten und sie zum Carcinom stempeln. Woher diese kommt, wissen wir noch nicht zu sagen; wir sehen sie auftreten und zugleich dem heteroplastischen Aufbau ein anderes Verhalten, einen typischen, destruirenden Verlauf geben. Kennen wir einmal diese Quelle, haben wir diesen Ursprung erforscht, erst dann sind wir vielleicht in der Lage, eine andere Einteilung der ätiologischen Momente aufzustellen; erst dann können wir dahin kommen, zwischen allgemeinen und lokalen Ursachen zu unterscheiden und ersteren auch eine Rolle anzuerkennen. Bisher sind wir aber genöthigt, nach dem Vorgang von Virchow, Hulke, Boegehold u. A. uns vorwiegend an lokale Ursachen zu halten.

Die auf oben beschriebenem Wege entstandenen Vorstufen des Carcinoms besitzen mit letzterem, abgesehen von dem klinischen Verhalten, eine sehr grosse Aehnlichkeit, indem selbst der histologische Bau keine Unterscheidung möglich macht, so dass manche Autoren an eine Verwandtschaft zwischen dem Carcinom und einigen ähnlichen Erkrankungen denken. So spricht besonders Esmarch für einen derartigen Zusammenhang mancher bösartiger Neubildungen, namentlich solcher, die unter Anwendung grosser Dosen von Jodkali verschwinden, mit erworbener oder ererbter Lues. Er stützt diese Annahme ebenfalls auf die Schwierigkeit, welche Producte der tertiären Lues den pathologischen Anatomen bei Unterscheidung von Carcinom bereiten.

Dass auf syphilitischem Boden ein Carcinom zur Ausbildung kommen kann, haben wir oben schon erwähnt, dennoch haben aber Lues und Carcinom keine Verwandtschaft; wir sehen ganz ebenso wie syphilitische Hautaffection auch nicht zu selten nach Lupus eine Epithelproliferation auftreten, welche, ohne Krebs zu sein, sich in ihrer Structur durchaus nicht vom Epithelialkrebs unterscheidet. Busch hat darauf

hingewiesen, und wir besitzen selbst einen Beleg dafür in einem Fall aus der Marburger Klinik. Es handelt sich um eine 41jährige Frau, welcher der Arm amputirt werden musste, weil derselbe in Folge mehrfacher Anklosen und (durch Lupusnarben entstandener) Fingercontracturen unbrauchbar geworden war. Das Journal des pathologischen Instituts trug die Notiz: „Amputirter rechter Arm, im rechten Ellenbogengelenk anchylosisch, die Haut ödematös. Besonders an der Streckseite eine Anzahl flacher Geschwüre von verschiedener Grösse mit infiltrirten Rändern und Grunde. Auf dem Durchschnitt zeigt sich das Unterhautzellgewebe stark ödematös, das Gelenk völlig verknöchert.“

Die vom Verfasser angefertigten microscopischen Präparate zeigten überall deutlich das Eindringen von Lymphkörpern in die Epidermis; und zwar war dies ganz besonders reichlich der Fall an einer Partie, wo das Granulationsgewebe nur mit dünner, schwacher Narbenmembran bedeckt war. Ganz ausgesprochen fand sich auch das tiefe Eindringen von Epithelschläuchen weit in das Granulationsgewebe hinein; ganz so wie Krebszapfen, von denen sich diese durch nichts unterscheiden liessen. Und dennoch war das Vorliegende noch kein Carcinom, es fehlte ihm noch gänzlich das typische klinische Verhalten des letzteren.

Einen ähnlichen Fall von „epitheliomartigem Lupus“ beschreibt Schütz aus der Bonner Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten; dieser, von Schütz zwar als Carcinom angesehen, ist, wie wir unten sehen werden, nach der Auffassung anderer Autoren, und auch nach unserer Anschauung, keineswegs dafür anzusprechen.

Ueber den Zusammenhang zwischen Lupus und Carcinom citiren wir des Weiteren die Ansichten verschiedener Autoren:

Schütz sondert nach Anregung von Seiten Lang's streng diejenigen Fälle von Carcinomentwicklung auf Lupus-

narben von denen auf floridem Lupus. Bei letzterer Form beschreibt er, in wie verschiedener Art sich die Erkrankung äussern kann, und geht dabei vom Lupus selbst aus. Die Auffassung Rindfleisch's von der epithelialen Natur des Lupus nur für den L. erythematosus gelten lassend, sieht er, wie jetzt wohl allgemein geschieht, „nach Virchow's und Auspitz Klarlegungen“ den echten Lupus Willani als zum Bindegewebe gehörig an. „Bei den jüngsten Anlagen des Lupus,“ führt er weiter aus, „sieht man unter normaler Hornschicht, normalem Rete Malpighii und Papillarkörper mitten im Corium um erweiterte Gefässe runde nestartige Infiltrationen von kleinen, runden, grosskernigen Zellen, wie sie im Granulationsgewebe angetroffen werden. Diese jüngsten Stellen lupöser Erkrankung zeigen das wahre Wesen des Lupus. Gerade in ihnen werden mit Vorliebe die als Erreger des Lupus betrachteten Tuberkelbacillen gesehen. Alle weiteren Veränderungen, welche im Laufe seiner Fortentwicklung der Lupus erfährt, bez. erfahren kann, sind sekundärer Natur, so insbesondere die Veränderungen, welche die Epithelschicht bei entwickeltem lupösen Process mehr oder weniger jedesmal erfährt.“ „In älteren Stellen,“ fährt Sch. weiter unten fort, „erscheint in einer grossen Zahl von Fällen die das lupöse kleinzellige Gewebe überdeckende Schicht des Epithels dünner als unter normalen Verhältnissen, gewissermassen durch die sich ausbreitende kleinzellige Infiltration des Coriums arrodirt, Zustände, welche bei der ulcerösen Form des Lupus, beim eitrigen Zerfall oberflächlich liegender Lupusknötchen bis zum stellenweise vollständigen Fehlen des Epithels sich steigern können. In einer andren Zahl von Fällen geht, wie Friedländer, Waldeyer, Thoma u. a. es schon ausgesprochen, das Epithel Wucherungen verschiedenen Grades ein, was nach Kaposi um so leichter geschehen kann, als das morsche, hinfallige Lupusgewebe diesen Vorgängen nur geringen Widerstand entgegenzusetzen im Stande ist. Die regelmässig nebeneinander stehenden unverzweigten Rete-

zapfen können sich enorm verlängern, so dass sie wie lange, schmale Säulen die über ihnen liegende Hornschicht zu stützen scheinen. Häufig werden die Retezapfen nicht nur nach der Tiefe, sondern auch der Breite nach umfänglicher, teilen sich buchtig in ihrem kolbigen Ende, entsenden förmliche Ansläufer und lassen auch letztere mit benachbarten zu grossen Lagen epithelialer Zellen konfluieren. Solche Lupusformen gewähren auch makroskopisch das Bild papillöser Wucherungen und werden daher oft als Lupus papillosus bezeichnet. Gehen diese Wucherungen des Epithels mit Verhornungsprocessen einher, bilden sich die bekannten zwiebelschalig geschichteten Kugeln von Epithelzellen, so wird eine solche Geschwulst mit Recht epitheliomartig genannt werden können. Finden sich weiche, protoplasmatische, proliferationsfähige Epithelien in den Epithelschläuchen zu Nestern vereinigt, so ist pathologisch-anatomisch an dem Charakter eines echten Carcinoms nicht zu zweifeln, und müssen auf lupösem Untergrund wachsende Geschwülste dieser Art als eine Mischung von Lupus und Carcinom angesehen werden.“

Hierzu beschreibt Schütz zwei Fälle, von denen nur der letztere als Lupuscarcinom gelten kann. Der erstere dagegen, dem das typische klinische Verhalten des Carcinoms gänzlich abging, war, wie wir oben schon erwähnten, ein reiner Lupusfall. Wir können die Anschauung nicht theilen, können nicht den epitheliomartigen Lupus als Carcinom ansehen, noch weniger als „Mischung“ von Carcinom und Lupus. In demselben Sinne spricht sich auch Edmund Lesser als Ref. d. F. aus.

Der Entstehung des Carcinoms gerade auf der Lupusnarbe schreibt auch Schütz keine „spezifische Ursache“ zu; sondern stellt sie völlig gleich derjenigen auf anderen Narben. So sagt er mit Recht: „Im Gegentheil kann man aus dem ebenfalls häufigen Vorkommen bösartiger Epitheliome auf den genetisch verschiedenartigsten Narben schliessen, dass die

Entwicklung von Carcinom auf ehemaligem Lupus für die Lupusnarbe nichts Specificisches abgiebt, sondern dass langdauernde entzündliche Reizung, wie sie durch zerrende Narben (Langenbeck), durch überfließendes Secret (Lewin) und dergleichen hervorgerufen wird, der Grund ist zur epithelialen Wucherung und malignen Ausartung des Narbengewebes.“

Bayha behandelt gerade die Frage der verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Lupus und Carcinom als besonders wichtig. Er schliesst bei Untersuchung dieser Frage die Carcinombildung auf Lupusnarben aus, sie denjenigen auf anderen Narben ebenfalls gleichstellend, und zieht nur diejenige auf floridem Lupus in näheren Betracht. Wie Volkmann u. a. weist auch Bayha die Versuche einiger Autoren, gewisse Lupusformen mit Krebs zu identificiren, entschieden zurück. Ihre Anschauungen stützten sie auf die histologische Aehnlichkeit, welche durch lupöse Infiltrationen hervorgerufene Epithelwucherungen mit dem Epitheliom zeigten.

Bayha legt es nahe, die Krebsentwicklung auf Lupus als eine „mehr oder weniger zufällige Complication“ anzusehen, und führt als Beispiel einige oben von uns erwähnte Carcinome an, wie das auf Psoriasis buccalis und den Theer- und Paraffinkrebs. Indess die Reizung als Ursache erscheint ihm nicht genügend: „Es drängt sich die Frage auf,“ führt er aus, „ob nicht die Structurverhältnisse des Lupus selbst den Uebergang in Carcinom begünstigen. Sehen wir ganz ab von der Ansicht einzelner früherer Untersucher, welche den Lupus als eine epitheliale Wucherung auffassten, so besteht jedenfalls zwischen den gewöhnlichen Formen des Lupus und dem Carcinom keine Structurverwandtschaft, da der echte Lupus seiner zelligen Natur nach zum Bindegewebe gehört.“ Nunmehr die histologischen Veränderungen des Epithels in Betracht ziehend berührt B. den „epitheliomartigen Lupus,“ wie ihn Busch nannte. Diesem spricht er aber ebenfalls die Krebsnatur entschieden ab und

sieht mit Recht nur diejenigen Fälle als Lupuscarcinome an, „in denen auch die klinischen Erscheinungen und die Malignität des Verlaufs den Uebergang in Carcinom beweisen.“ Deshalb lässt er auch die von Thoma beschriebenen 2 Fälle, „in denen ausdrücklich angegeben ist, dass die Epidermiskugeln verhornte Zellen enthielten, während wir beim echten Krebs Nester von proliferirenden Epithelzellen verlangen,“ nicht als Carcinome gelten; ebensowenig den schon des öfteren erwähnten Fall von Schütz.

Nur auf die Fälle von „reinem Lupuscarcinom“ bei seiner Untersuchung den Schwerpunkt legend, will Bayha den Zusammenhang beider Neubildungen nicht so auffassen, als ob directe Uebergänge von Lupusgewebe zu Krebsgewebe zu Stande kommen, „vielmehr“, führt er aus, „liegt es am nächsten, die Auswachsungen der interpapillären Einsenkungen in den Lupus hinein als Ausgangspunkt des Krebses anzusehen. Hierfür spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit der histologische Befund in einem Fall von Lupuscarcinom der Tübinger Klinik, sofern derselbe zwischen der atypischen Epithelwucherung und dem ausgebildeten Epithelialkrebs alle Uebergänge erkennen liess.“ Diese Uebergänge beruhen nach B. darauf, „dass immer mehr die Wucherung einen in die Tiefe greifenden infiltrirenden Charakter annimmt und dabei mehr und mehr sich von dem normalen histologischen Typus entfernt. Die grösseren Krebsnester im subcutanen Gewebe mit ihren grossen polymorphen Zellen, die zu kleinen runden dichtgedrängten Nestern zusammengeordnet sind, mit äusserst spärlicher Zwischensubstanz, lassen von dem Typus des Deckepithels in ihrer Anordnung kaum noch etwas erkennen.“

Winternitz bemerkt hierüber: „Eine Entwicklung von Carcinom aus Lupuselementen wurde nicht gesehen und ein Zusammenhang nur insoferne angenommen, als die bei Lupus so häufigen Epithelhyperplasien (Hebra, Busch) die Entstehung eines Carcinoms begünstigen und dieses „in das von Lupus erweichte Gewebe viel leichter und schneller ein-

dringen und somit in viel kürzerer Zeit grosse Ausbreitung erlangen kann, als es sonst der Fall ist.“ (Lang).

Entschieden spricht sich B. v. Langenbeck aus, indem er Lupus und Carcinom für zwei verschiedene Leiden erklärt. Eine Auffassung, der wir uns ganz anschliessen, sowohl was die Entwicklung auf der Lupusnarbe wie auf dessen Geschwüren betrifft; denn wie bei Syphilis und Lupus, so könnten wir bei einer grossen Anzahl von Krankheiten diese Zustände der Epithelwucherung finden, sie sind eben die Folgezustände, die sich unter der Einwirkung längere Zeit hindurch, meist Jahre lang häufigst wiederholter Reize entwickeln. Trendelenburg bemerkt übrigens ganz treffend: „Daraus, dass ein Carcinom sich auch entwickelt in noch nicht vernarbtem Lupus, in offenen Lupusgeschwüren, könnte man eine besondere Verwandtschaft zwischen Lupus und Carcinom zu folgern geneigt sein. Ein solcher Schluss würde auf sehr schwachen Füssen stehen. Denn sehen wir uns nach analogen Fällen an den Extremitäten um, so begegnen wir auch hier dem Auftreten von Carcinom in chronischen Geschwüren, und zwar in Geschwüren, die mit Lupus nichts zu thun haben.“ Wir müssen noch dabei ins Auge fassen, dass wir die bezeichneten Zustände, welche zu gewisser Zeit ohne schon Carcinom zu sein, mit diesem doch gleiche Structur haben, sich entwickeln sehen auch auf bis zur Zeit des Eintritts chronischer Reize völlig intaktem Ort, also wohl nur veranlasst durch Reizungen

Was den Entwicklungsort des Narbencarcinoms betrifft, so sehen wir, dass im Anschluss an Lupus dasselbe häufigst im Gesicht auftritt, dem Lieblingssitz des Lupus, wie auch Trendelenburg hervorhob; und zwar besonders gern an der Nase, am Ohr und Wange.

Winternitz giebt das Verhältniss des von Lupuscarcinom Befallenseins zwischen Gesicht und anderen Körperstellen als „ungefähr 5 : 1“ an.

Bayha hat dementsprechend zusammengestellt, dass von 11 Fällen von Carcinom auf Lupusnarben

„4mal die Wange,  
1 „ die Orbita  
2 „ die Nase  
1 „ der r. Ellenbogen“

bezeichnet waren.

Hierzu käme von unseren Fällen aus der Roser'schen Klinik noch:

1 mal der Mundwinkel mit Wange  
1 „ Oberschenkel.

Als Sitz des Carcinoms, welches auf floridem Lupus zur Entwicklung kam, finden wir nach Bayha's Zusammenstellung:

„11 mal die Wange  
2 „ „ Schläfengegend  
1 „ das Gesicht  
1 „ „ Ohr  
1 „ die Nase  
4 „ „ Oberlippe  
1 „ den Oberarm“

angegeben.

Ebenso haften die seborrhagischen Carcinome meist im Gesicht. Die auf alten Geschwüren und Narben entstehenden Carcinome können am ganzen Körper eine Entwicklungsstätte finden; doch kommen sie zumeist an den Extremitäten und der Kopfschwarte zur Ausbildung, als den exponirtesten und deshalb allerlei Läsionen am meisten zugänglichen Orten.

Nur kurz berühren wollen wir die Eigenthümlichkeit des Russkrebses, mit Vorliebe das Scrotum zu befallen; Wir sehen die erhöhte Disposition in dem anatomischen Bau des Scrotums begründet, und dürfen den Russkrebs auch

an anderen Körperstellen erwarten; wie uns englische Chirurgen an Beispielen zeigten; so referirt Curling den durch Cusak beschriebenen Fall von Russkrebs an der Hand einer das Schornsteinfegergewerbe betreibenden Frau. Earle theilt einen Fall mit von Russkrebs ebenfalls an der Hand eines Gärtners, welcher seine Pflanzen zum Schutz gegen Gartenschnecken mit Russ zu bestreuen pflegte.

Das Narbencarcinom pflegt erst nach erreichter Pubertät zur Entwicklung zu kommen. Speciell vom Lupuscarcinom wissen wir, dass es mit Vorliebe jugendliche Individuen heimsucht; gleich nach der Pubertät und in den mittleren Jahren sehen wir es häufig.

Nach einer Zusammenstellung Bayha's von auf Lupusnarben entstandenem Carcinom „treffen

auf das Alter von 30—40 Jahren 1 Fall,

40—50 „ 4 „

50—60 „ 4 „

60—70 „ 1 „ „

wozu wir unsere Fälle, 1 im 26. und 1 im 48. Jahre einreihen würden. Nach Bayha fällt „wie bei den übrigen Gesichtskrebsen die grösste Disposition zwischen das 40.—60. Lebensjahr.“ Carcinomentwicklungen auf floridem Lupus finden wir nach Bayha

„auf das Alter von 20—30 Jahren 4 Fälle,

30—40 „ 3 „

40—50 „ 7 „

50—60 „ 6 „

60—70 „ 1 „

fallen.“ „Das frühe Auftreten der Lupuscarcinome“, bemerkt Bayha, „ist bei der geringen Anzahl dieser Fälle eine um so interessantere und auffälligere Thatsache, da die Gesichtskrebse in der Regel erst im höheren Alter sich entwickeln. Wörner z. B. fand unter 300 Lippenkrebsen, die für viel

maligner gelten als die Gesichtskrebse, nur einen der schon im 25. Jahre entstanden war.“

Es ist zu beachten, dass bis jetzt kein einziger Fall bekannt wurde, wo ein Carcinom bei einem noch vor der Pubertät stehenden Individuum sich entwickelt hätte. Ueber einen Fall wohl im frühesten Alter von den bisher mitgetheilten berichtet Lossen. Es handelte sich um einen Gesichtskrebs auf der Basis von Acne faciei bei einem Mädchen von 18 Jahren, das noch nicht menstruiert hatte.

Die Narbencarcinome metastasiren gewöhnlich erst spät; man schreibt ihnen deshalb, und weil sie häufig nur langsam wachsen, keine grosse Malignität zu. Ueber den klinischen Verlauf des Lupuscarcinoms dagegen gehen die Ansichten der Autoren auseinander.

Busch schreibt den auf lupösem Boden entstandenen Epitheliomen eine eigene Stellung zu, die er begründet findet in der längeren Dauer des Verlaufs sowie in leichter Heilbarkeit.

Winternitz ist der Meinung, dass die Prognose sich „allmählig günstiger gestalte, als anfangs unter dem Eindruck der bis zur Inoperabilität vorgeschrittenen Fälle sich ergab.“ Diesen Schluss zieht er aus mehreren geheilten Fällen, wie sie von Hebra, Volkmann, Kaposi, Schütz und ihm selbst beschrieben wurden. Der letztere äussert sich über diese Frage folgendermassen: „Die allgemein verbreitete Annahme, dass das Lupuscarcinom ausnahmslos rapid zur Krebsdyskrasie führe, scheint nach diesen Fällen nicht immer einzutreffen. Das was pathologisch-anatomisch unzweifelhaft zum Carcinom gehört, entbehrt mitunter der klinischen Bösartigkeit. Die Fälle, namentlich von Lupuscarcinom, welche man nach dem Vorgange W. Busch's als epitheliomartigen Lupus bezeichnen kann, geben keine durchaus

schlechte Prognose, sondern können sich klinisch wie gewöhnlicher Lupus verhalten. Aber auch das Lupuscarcinom mit echten proliferationsfähigen Krebszellennestern kann mitunter, wie es auch beim Krebs vereinzelt vorkommt, langsames Wachstum zeigen oder nach operativer Beseitigung in Heilung übergehen.“ Dass wir hierin Schütz's Auffassung nicht folgen können, haben wir oben bemerkt, wo wir auch den Fall, auf welchen er seine Ausführung über den durchaus dem Lupus gleichen Verlauf hauptsächlich stützt, absolut nicht als Krebs ansahen, ebenso wie Lesser und Bayha. Wir können einen Fall, der nur histologisch dem Carcinom ähnlich ist, sonst aber keine von seinen Eigenschaften im klinischen Verhalten aufweist, nicht zum Carcinom zählen; denn, wie wir schon oben erklärten: die Malignität ist das Characteristicum des Krebses, mag sie nun grösser oder geringer sein, und später oder früher auftreten.

Bayha erklärt gerade das Lupuscarcinom für besonders maligne, sowohl was dessen Entwicklung auf der Lupusnarbe wie auch auf den Lupusgeschwüren angeht. Erstere gehören auch nach ihm der „tiefgreifenden Form“ an. Die scheibenförmigen Knoten kommen schnell zum Zerfall. „Sie führen rasch ausgedehnte Zerstörungen herbei, nach operativen Eingriffen recidiviren sie schnell und endigen in weit kürzerer Zeit als die gewöhnlichen Epithelialcarcinome lethal.“

Besonders den auf floridem Lupus entstandenen Carcinomen spricht Bayha die Eigenthümlichkeit zu, „ganz frappante Bösartigkeit“ zu zeigen. Er bemerkt dazu: „Meist entwickelt sich mitten im lupösen Gewebe eine rasch wuchernde, an ihrer Basis oft halsartig eingeschnürte, rundliche, an der Oberfläche zerklüftete und Jauche secernirende Geschwulst, die zugleich tief in das unterliegende Gewebe bis auf den Knochen eindringt. Damit verbunden ist eine bedeutende Störung des Allgemeinbefindens; unter Fieberbewegungen, Schlaflosigkeit und Abmagerung führt der

Process rasch zum Tode, wenn nicht durch frühzeitige und gründliche Entfernung der Neubildung Hülfe geleistet wird.“

In gleicher Weise spricht sich Trendelenburg aus. „In allen Fällen gehörte die Geschwulst der weichen tiefgreifenden Form an. Meist sind es rasch wuchernde an ihrer Basis kreisrunde, scheibenförmige, weiche Knoten, die sich bald pilzförmig über das Niveau des Gesichts erheben, auf der Oberfläche jauchig zerfallen und schliesslich einen unregelmässig kraterförmigen Defect mit knolligen zerklüfteten Rändern bilden. Die Geschwulst greift schnell auf die unterliegenden Knochen über, wächst von der Wange aus in den Oberkiefer hinein und führt zu den ausgedehntesten Zerstörungen des Gesichtsscelets.“

Ganz charakteristische Fälle von Lupuscarcinomen theilt Esmarch mit; sie zeigen, wie hartnäckig die Recidive oft auftreten und welche grosse Malignität den ganzen Verlauf als einen durchaus deletären kennzeichnet.

Blicken wir zurück auf unsere eigenen Fälle aus der Roser'schen Klinik, so sehen wir den ersten hochgradig maligne verlaufen, ganz entsprechend den von Trendelenburg und Bayha gegebenen Schilderungen; allen Eingriffen trotzend endigt er ziemlich schnell lethal. Dagegen zeigt sich der andere Fall viel gutartiger. Es treten zwar Recidive auf, aber nach energischer Beseitigung gelingt die Heilung.

Wir wissen, dass die Mehrzahl gerade der Lupuskrebse in oben beschriebener Weise in hohem Grade bösartig verläuft. Jedoch für falsch halten wir es, ihnen wie auch allen Narbencarcinomen überhaupt eine Schablone des klinischen Verhaltens zu entwerfen, wie es z. B. Pedraglia gethan hat. Es kann ein anfangs unscheinbares Carcinom auf einer Verbrennungsnarbe sehr schnell, bösartig und unheilbar verlaufen, wie andererseits ein Lupuscarcinom sich wie in unserem zweiten Fall, auffallend gutartig zeigen kann. Von den

charakteristischen Eigenschaften des Epithelioms in Bezug auf sein Verhalten kann die eine oder die andere zuweilen ausbleiben; nie aber fehlen sie insgesamt. Wir lassen nicht ausser Acht, dass das Auftreten der Malignität nur eine Frage der Zeit ist. In diesem Sinne sagt auch Volkmann zum Verhalten des Russkrebses: „Ebenso ist der Verlauf, wenn das Uebel sich selbst überlassen bleibt, zuletzt der aller Carcinome: Die Lymphdrüsen in den Weichtheilen infiltriren sich zu grossen, harten Klumpen, brechen auf und bilden um sich fressende Geschwüre von manifest carcinomatösem Habitus. Die grossen Gefässe werden arrodirt und tödtliche Blutungen erfolgen; oder die Affection breitet sich längs des Samenstrangs nach der Leibeshöhle zu aus.“

Wir lassen eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle von Lupuscarcinom folgen. Bayha hat für die Entwicklung auf Lupusgeschwüren 31 Fälle, für die auf Lupusnarben 11 als bekannt gegeben ermittelt. Wir finden für erstere Klasse 32 und für die andere 19 Fälle; und zwar wie folgt:

A. auf Lupusgeschwüren:

Bayha . . . . .	5 Fälle.
Esmarch . . . . .	2 „
Hebra . . . . .	5 „
H. Hebra . . . . .	1 „
Heine . . . . .	2 „
Kaposi . . . . .	1 „
Lang . . . . .	1 „
Lewin . . . . .	3 „
Schütz . . . . .	2 resp. 1 Fall.
Volkmann . . . . .	4 Fälle.
Waldeyer . . . . .	1 „
C. O. Weber . . . . .	2 „

Hierzu noch von

Essig . . . . . 3 Fälle  
aus der Präparatensammlung der Thiersch'schen Klinik.

B. auf Lupusnarben:

Devergie . . . . .	2 Fälle.
Esmarch . . . . .	4 "
Langenbeck . . . . .	3 "
Schindler . . . . .	2 "
Schütz . . . . .	1 "
Trendelenburg . . . . .	1 "
Wenck . . . . .	4 "
Dazu die von uns mitgetheilten . . . . .	2 "

Ueber die Therapie des Narbencarcinoms ist nichts Besonderes zu sagen; sie ist dieselbe wie bei allen anderen Carcinomen. Wohl aber ist es am Platze, die Prophylaxe näher in's Auge zu fassen.

Alle Krankheiten, in deren Folge sich erfahrungsgemäss das Carcinom gern entwickelt, sind möglichst frühzeitig zu beseitigen. Dies gilt namentlich vom Lupus: durch immer wieder ausgeführtes Auslöfeln und nachfolgendes Aetzen mit Chlorzink bringt man denselben schliesslich zur glatten Vernarbung.

Die Seborrhoe behandelt man nach dem Vorschlag von Busch mittelst alkalischer Waschungen mit Soda, Spirit. saponat. oder Borvaselin.

Gegen Psoriasis buccalis et linguae wendet Volkmann das Ferrum candens an, und zwar soll die Cauterisation der Psoriasisflecken bis ins Corium hineinreichen; alle Geschwürsbildungen, Rhagaden etc. sind energisch auszubrennen. Ebenso müssen wir andere Hautkrankheiten, sowie alte Wunden, Ulcera etc., wenn nöthig, durch Plastik, zur dauernden Heilung zu bringen suchen. Wir werden alle Patienten, namentlich aber ältere Individuen, auf die häufige Reinigung ihrer Narben aufmerksam machen.

Zur Prophylaxe des Carcinoms gehört auch, dass man alle Ursachen einer chronischen Reizung entfernt: so sind z. B. Zähne mit zu scharfen Ecken abzurunden, scharfe Zahnstummel sind zu extrahiren, wenn sie die Zunge oder die Schleimhaut der Wange fortwährend insultiren; und zwar darf man damit nicht bis zum sogenannten Carcinomalter warten. Alle tiefer gehenden Narbenulcerationen sind verdächtig. Im Zweifelsfall wird man sich durch aufmerksame Beobachtung und, wenn nöthig, durch mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens Gewissheit verschaffen, um dann, sobald die Diagnose auf Carcinom lautet, zum Messer zu greifen.

Zum Schluss danke ich in ergebenster Weise meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geheimrath W. Roser, Herrn Professor Marchand und ganz besonders Herrn Privatdocent Karl Roser für die Ueberweisung des Materials und die bei der Arbeit geleistete Unterstützung.

---

## Literaturverzeichniss.

- Ackermann.* Die Histogenese und Histologie der Sarcome.  
Volkman's Samml. klin. Vortr. 1883, No. 233.
- Adams,* Growths of cicatrices, Proceedings of Med. Soc.  
London 1872—74, I, p. 105 und Brit. Med. Journ.,  
London 1873, t. II, p. 683.
- Atlee,* Americ. Journ. of Med. Sc. 1884, t. IV, p. 469.
- Auspitz.* Sitzungsbericht d. k. k. Ges. der Wiener Aerzte 1864.
- Baas.* Ein Fall von Narbenkrebs, Wiener med. Woch., 1870,  
p. 1121.
- Bayha.* Ueber Lupuscarcinom, I. D. Tübingen 1887.
- Bell,* Benjam. A treatise on the diseases of the testis.  
Edinb. and London 1794.
- Bergmann,* E. v. Ueber d. Ursprung des Krebses, 1876.
- Billroth,* Langenbeck's Archiv 1869 Bd. 10.  
— — Hospitalbericht 1874—76.
- Boegehold.* Ueber die Entwicklung von malignen Tumoren  
aus Narben. Virch. Archiv Bd. 88.
- Brüggemann.* Die Entwicklung des Canceroids aus gutartigen  
Hautgeschwülsten, I. D. Greifswald 1885.
- Burdel,* Trois obs. d'épith. développé sur des moignons, Gaz.  
hebd., Paris 1879.
- Busch,* Ueber die epitheliomartige Form des Lupus an Extre-  
mitäten, Langenbeck's Arch. XV.
- Castiaux,* J. Cancer cutané de forme particulière développé  
dans une cicatrice ancienne. Bull. med. du Nord. Lille  
1863 p. 380.

- Clément*, Cancroïde des cicatrices. Th. de doct., Strassb. 1868.
- Cooper*, Astley, Observations on the structure and the diseases of the testis. London 1830.
- Cuffer*, Epithéliome développé sur une cicatrice de fistule osseuse articulaire etc. Bull. de la Soc. anat., Paris 1874.
- Curling*. A practical treatise on the diseases of the testis and of the Spermatic cord and Scrotum, 1856.
- Davis*, Malignant ulcer occurring in a cicatrix, Trans. of the Path. Soc., London, 1861, t. XII.
- Degenaeer*, Over littee Kenretractie en epithelial Kanker in Litteekens. Diss. inaug. Leiden 1870.
- Delagarde*, Cancer of a cicatrix forty and sixty years after a burn, St. Barth. Hosp. Rep. London, 1867, t. III.
- Demarquay*, Cancer des cicatrices, Gaz. des hop. Paris 1885.
- Devergie*, Traité pratique des maladies de la peau, Paris, 1863.
- Discussion* in der Berl. med. Ges. vom 10. Jan., 3. u. 16. März 1875. Lupus und Epithelialcarcinom. Vierteljahresschr. für Dermat. und Syphilis 1875.
- Doutrelepont*, Syphilis und Carcinom, Deutsche Med. Wochenschr. 1887, No. 47.
- Earle*, H. On chimney-sweepers cancer, Medico-surgical Transact. London vol. XII. 1823.
- Esmarch*, Aphorismen über Krebs, Langenb. Archiv, Bd. XXII, H. 2.
- Flower*, Epithelial cancer occurring in the cicatrix of a burn on the arm, Trans. of the Path. Soc. London 1858—59 t. X.
- Follin*, Etudes sur les végétations des cicatrices et des ulcères, Gaz. des. hôp. Paris 1849.
- Forster*, Painful cicatrix of foot, Guy's Hosp. Rep. London 1874 III. ser. t. XIX. Epithelioma of arm on cicatrix of burn. Ibid, 1875, t. XX.
- Friedländer*, C. Ueber Epithelialwucherung und Krebs. Strassburg 1877.
- — Untersuchungen über Lupus. Virch. Arch. Bd. 60.

- Frothingham*. Encephaloid cicatrix, Boston Med. and Surg. Journ., 1867—68, t. XXVII.
- Gimelle*. Tumeurs développées sur des cicatrices, Bull. de l'Acad. de med. Paris, 1842—43, t. VIII.
- Greco*. Influenza della verruche sullo sviluppo degli epiteliomi cutanei. Morgagni 1885.
- Guiard*, Transformation en épithélioma à marche rapide de trajets fistuleux, consécutifs à un rétrécissement de l'urèthre. Annales des mal. des organes génito-urinaires 1883. August 7.
- Hausser*. Magengeschwür und seine Beziehung zum Carcinom.
- Hawkins*, On warty tumours in cicatrices, Lond. Med. Gaz. t. XIII. t. XXI, 2. ser. t. II, Med. Chir. Trans. London 1835, t. XIX.
- Hebra*, Wiener med. Wochenschr. 1867 No. 3.  
 — — Lehrbuch d. Hautkrankh. 1876, Bd. II.  
 — — Die krankh. Veränder. der Haut 1884.  
 — — Ueber die Entwicklung von Epitheliom auf psoriatischer Basis. Monatsh. f. pract. Dermat. 1887. No. 1.
- Heüller*, Die Entwicklung von Krebs auf narbigem Grunde im Magen und in der Gallenblase. Wiener med. Wochenschrift 1883, No. 31 u. 32.
- Heurtauc*, Cancroïde développé sur une cicatrice de brûlure, Bull. de la Soc. anat. de Nantes, 1878—79, Paris 1879 t. II.
- Hildebrand*, Beitrag zur Lehre von der Sklerodermie. Monatshefte für pract. Dermat., 1886.
- Hulke*, Epithel. of forearm springing up in an old scar. Med. Times and Gaz. London 1871, t. II.
- Humphry*, Four cases of epithelial cancer occurring in cicatrices, Med. Times and Gaz., London, 1861, t. I.
- Jessen*, Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Epithelialkrebse. I. D. Dorpat 1883.
- Idelson*, R., Lupus der Schleimhäute, I. D. Bern 1879.
- Janzion*, Contrib. à l'étude de l'épith. des cicatrices. Th. de Paris, 1876 No. 276.

- Kaposi.* Ueber Combination von Lupus und Carcinom. Vierteljahresschr. für Derm. und Syph. 1879.
- — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1883.
- — Ueber Xeroderma pigmentosum und dessen Beziehung zum Epitheliakrebs. Wiener med. Wochenschr. 1882. No. 17.
- Kindler.* Ein Fall von Narbencarcinom. I. D. Greifswald 1887.
- Kremer.* Ueber carcinomatöse Erkrankung der Haut an den Extremitäten. I. D. Würzburg 1877.
- Lang, E.* Lupus und Carcinom. Vierteljahresschr. für Derm. und Syph. 1874, H. 2.
- — Ueber den flachen Hautkrebs und die ihm vortäuschenden Krankheiten. Wien 1876.
- — Syphilis und Krebs. Wiener med. Blätter 1886. No. 41.
- v. Langenbeck.* Ueber das Auftreten von Carcinom in lupösen Hautnarben. Berl. Klin. Wochenschr. 1875.
- Lücke.* Geschwülste 1869.
- Macpherson.* On tumours of cicatrices. Lond. Gaz. 1844, t. I.
- Martin, H.* Ueber einen epitheliomartigen Fall von Lupus. Wien. 1877.
- Marcusc, J.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VIII.
- Nedopil.* Ueber die Psoriasis der Zungen- und Mundschleimhaut und deren Verhältnis zum Carcinom. Arch. f. klin. Chir. XX. 1876.
- Nicoladoni.* Langenb. Archiv XXII.
- van Nües.* Beitrag zur Entstehung der Carcinome aus chronisch entzündlichen Zuständen der Hautdecken. I. D. Würzburg 1886.
- Ollendorf.* Lupus und Carcinom. I. D. Bonn 1857.
- Paget.* On Chimney-Sweepers Cancer. Lancet 1850.
- — Lectures on Surgical Pathology. London 1876.
- Pedraglia.* Vier Fälle von Epithelkrebs auf alten Narben. I. D. Giessen 1853.

- Petitfils*. Note sur un cas d'épithélioma pavimenteux développé sur la cicatrix d'un moignon. Gaz hebd. Paris 1879, pag. 563.
- Pott*. Surgical observations. London 1775.
- Quetsch*. Ueber primären Gallenblasenkrebs. Berl. Klin. Wochenschr. 1885, No. 42.
- Reed*. Upon the identity of warty ulceration of cicatrix with epithelial cancer. Prov. Med. and Surg. Journ. London 1852, p. 62.
- Rindfleisch*. Pathologische Gewebelehre 1886.
- Roesen*. Ueber Steine und Krebs der Harnblase. I. D. München 1886.
- Roser, W.* Das entzündliche Hautpapillom. Archiv für Heilkunde 1866.
- Schindler*. Narbencarcinom. I. D. Strassburg 1886.
- Schuchardt*. Beiträge zur Entstehung der Carcinome aus chron. entzündl. Zuständen der Schleimhäute und der Hautdecken. Volkmann's Samml. Klin. Vortr. No. 257.
- Schüller*. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1878, Bd. X, S. 315.
- Schütz, Jos.* Ueber Lupuscarcinom. Monatsh. f. pr. Dermat. Bd. IV. 1885.
- Stilling*. Anatomie und Pathologie des Lupus. 1873.
- Thiersch*. Der Epithelialkrebs, 1865.
- Tillmanns*. Ueber Theer-, Russ- und Tabakskrebs. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XIII. 1880.
- Thoma*. Anatomische Untersuchungen über Lupus. Virch. Arch. Bd. 65.
- Trendelenburg*. Deutsche Chirurgie. Lfg. 33.
- Trzebický*. Ueber primären Krebs der männlichen Harnröhre. Wien. Med. Wochenschr. 1884 No. 20 u. 21.
- Virchow*. Die krankh. Geschwülste. 1863—67.
- v. Volkmann*. Beiträge zur Chirurgie. Leipzig 1875.  
-- -- Sammlg. Klin. Vortr. 1870. No. 13: Ueber Lupus und seine Behandlung.
- Waitz*. Langenbeck's Arch. 1877, Bd. XXI.

- Waldeyer.* Virch. Arch. Bd. 55.  
 — — Ueber den Krebs. Volkmann's Sammlg. Kl. Vortr.  
*Wasmer.* Beitr. zur Aetiologie und Therapie des Sarcoms.  
 I. D. Kiel 1872.  
*Weber, O. Pitta-Billroth.* Handbuch d. Chir. Bd. II. Abth. II.  
 Lfg. I. 1865.  
 — — Chirurg. Erfahrungen u. Untersuchungen, Berlin 1859.  
*Wenck, L. H.* De exemplis nonnullis carcinomatis exorti in  
 cicatrice post Lupum excedentem relicta. Kiel 1867.  
 I. D.  
*Wernher.* Carcin. Degener. einer alten Narbe. (wartly tumor  
 Hawkins) Zeitschr. f. d. med. Ges. Hamburg 1849.  
*v. Winiwarter, A.* Beiträge zur Statistik der Carcinome, 1878.  
*Winternitz, R.* Ein Fall von Lupuscarcinom. Vierteljahres-  
 schrift für Derm. und Syphil. 1886, p. 767.  
*Wörner.* Ueber die Endresultate der Operation des Lippen-  
 krebses. Bruns' Beiträge z. klin. Chir. Tübingen 1887.  
 Bd. II  
*Wolff, S.* Zur Entstehung der Geschwülste nach traum.  
 Einwirkungen. I. D. Berlin 1874.
-

## Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Albert Nithack, Sohn des verstorbenen Amtsgerichts-Secretairs Albert Nithack und der Frau Lina Nithack, geb. Krenke, evangelischer Confession, geboren zu Berlin am 12. November 1854, besuchte zuerst das Berlinische Gymnasium zum Grauen Kloster, das er mit dem „Einjährigen-Zeugniss“ verliess, um sich dem Musikfach zu widmen. 1876 trat er wieder in die Prima des Friedrichsgymnasiums in Berlin ein und verliess dasselbe mit dem Zeugniss der Reife 1878. Seit dieser Zeit bis zum Jahre 1882 studierte er in Berlin die Rechte. Nach Abdieneu seines Jahres beim Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Regiment No. I wurde er mit der Qualification zum Reserve-Offizier der Garde 1. April 1880 entlassen. Nachdem er dann beim 3. Garde-Grenadier-Regiment „Königin Elisabeth“ 1881 zum Vizefeldwebel befördert worden, wurde er wieder zur Uebung im April 1886 eingezogen.

Seit Winter 1882 studierte er Medicin, und zwar in Leipzig bis Sommer 1884; darauf bis zum Winter 86, mit Ausnahme des Sommersemesters 85, welches er in Leipzig zubrachte, in Marburg.

Das Tentamen physicum machte er in Marburg am 15. November 1884. Das Staatsexamen hatte er am 22. Febr. 1887 und das Examen rigorosum am 40. Mai 1887 bestanden. Darauf übernahm er die Vertretung eines Arztes

Während seiner medicinischen Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten. In Leipzig: Braune, Carstanjen, Hankel, His, Kölliker, Kolbe, Leuckart, Ludwig, Schenk, Thiersch, Wagner, Wiedemann. In Marburg: Ahlfeld, Frerichs, Gasser, Greeff, von Heusinger, Hüter, Külz, Lieberkühn, Mannkopff, Marchand, Melde, Meyer, W. Roser, K. Roser, Rubner, Schmidt-Rimpler, Wagener, Zincke.



14598