

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Praxis der Hautkrankheiten

Bloch, Iwan

Berlin [u.a.], 1908

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1690

Zwanzigstes Kapitel. Spezielle Pathologie und Therapie der
Hautkrankheiten XI. Ulcus rodens (Carcinoma Jakob).

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-118839](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-118839)

Zwanzigstes Kapitel.

Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten XI.

Ulcus rodens (Carcinoma Jacob).

Entwicklung und klinische Erscheinung des Ulcus rodens. — Das Fleckenstadium. — Das ulcerative Stadium. — Topographie des flachen Hautkrebses. — Ausgang. — Histologie. — Erklärung der klinischen Symptome aus der Histologie. — Therapie des Ulcus rodens. — Resorcin. — Die äußere und innere Arsenikbehandlung. — Physikalische Heilmethoden. — Die Technik der Kauterisation. — *Unnas* methodische Behandlung der flachen Hautkrebse.

Die häufigste Form des oberflächlichen Hautkrebses, das Ulcus rodens, beginnt als ein rosarotes oder öfter perlgraues glattes Knötchen von Senfkorngröße, das bis 1 mm das Niveau der Umgebung überragt und sich sehr langsam in der Fläche ausbreitet, während es im Zentrum einsinkt. So entstehen graugelbliche oder graurötlich gefärbte, glatte, erbsen-, groschen-, markgroße ovale, im Niveau der gesunden Haut liegende oder ganz wenig vertiefte, narbenähnliche, aber nicht wirklich vernarbte Flecke, die von einem äußerst charakteristischen, feinen, hin und wieder beinahe scharfen, perlmutterglänzenden leistenartigen Rande eingefasst sind, an dem öfters kleine knötchenartige Verdickungen vorspringen. Hier und da ziehen feine venöse Ramifikationen über den Rand und die Mitte hinweg. Auch findet sich stellenweise eine leichte Pigmentierung. Stets ist die natürliche Hautfärbung auf diesen Flecken abgeschwächt oder verschwunden; sie fallen durch ihre Glätte, am Rande durch ihren Glanz auf. Von einer irgendwie erheblichen Verdickung ist nichts wahrzunehmen, ebensowenig von einer peripheren Entzündung. Noch im Laufe dieses ersten, des Fleckenstadiums, hebt sich auf unerhebliche Traumata an einzelnen Stellen, gewöhnlich in der Mitte die Hornschicht ab und es bildet sich eine dunkle Kruste aus blutigem Serum und junger Hornschicht. Sich selbst überlassen fällt dieselbe ab und danach hat die Affektion ihr früheres, narbenähnliches Aussehen.

Wiederholte Abschiebungen der Hornschicht führen endlich zu bleibender Ulzeration, und damit beginnt das zweite ulcerative Stadium.

Die Ulzeration erstreckt sich zunächst nur bis an den vorgezeichneten Rand, der auch seine Hornschicht verliert, so daß die frisch rot aus-

sehende, auffallend glatte und ganz im Gesunden liegende Geschwürsfläche von einem scharfen, feinbuchtigen, weder unterminierten noch überwallenden, noch geröteten, sondern auffallend indifferenten Rande umsäumt wird. Eine erhabene Leiste als Rand des Geschwürs besteht nur, wo Reste des ersteren Stadiums vorhanden sind. Später breitet sich das Geschwür äußerst langsam als solches weiter aus. Stets ist das Aussehen der Geschwürsfläche frisch rot oder gelbrot, guten Granulationen ähnlich mit auffallend spärlicher, nicht riechender, seröser Sekretion. Sie blutet nur selten und unerheblich und schmerzt meist sehr wenig.

Die Topographie dieser Krebsform ist eine ganz konstante, an die Augengegend gebundene. Am häufigsten befällt sie die Augenlider und einen 2—3 cm breiten, das Auge konzentrisch einschließenden Ring, also die nächste Stirn-, Schläfen- und Wangengegend. Ferner erscheinen Flecke auf einem Bezirk, der die oberen zwei Drittel des Gesichts umfaßt und von der Haargrenze der Stirn, der Ohren und einer Linie eingefaßt wird, die die Ohrklappen und die Mundspalte verbindet.

Bei fortschreitender Ulzeration wird hauptsächlich die Orbita ergriffen, das Auge erst sequestriert, dann selbst befallen, sodann die Backenknochen, der Oberkiefer, schließlich dringt der Krebs in die Schädelhöhle ein. Darüber können vier Jahrzehnte und mehr vergehen. Stets behält die Ulzeration denselben gutartig scheinenden Charakter: eine frische Farbe, eine ziemlich glatte, wenn auch später kraterförmig ausgehöhlte Oberfläche, eine spärliche, nicht riechende Absonderung, nur geringe Schmerzen und Blutungen. Nie schwellen die Lymphdrüsen an, nie kommt es zu Metastasen und zur Kachexie. Der Tod erfolgt infolge lokaler Zerstörung lebenswichtiger Organe oder Verblutung.

Das histologische Bild des *Ulcus rodens* entspricht nicht bloß genau den klinischen Symptomen, sondern ist für sich so charakteristisch, daß es nicht leicht mit einer anderen Krebsform verwechselt werden kann. Es handelt sich im Beginne um eine sehr umschriebene Verdickung der Stachelschicht, die die ebenfalls, aber nur wenig verdickte Hornschicht in die Höhe treibt und glättet und eine daran nach unten sich anschließende Vortreibung einiger walzenförmigen Epithelzüge von geringem Umfange. Diese wird von einem auffallend breiten Wall von Plasmomgewebe umgeben. Am wichtigsten ist aber eine Veränderung des interepithelialen Bindegewebes, in dem nicht bloß die Spindelzellen angeschwollen und vermehrt sind, sondern auch eine Neubildung von fibrillärem Gewebe beginnt. Das tritt deutlicher hervor, sowie das Knötchen sich abflacht und peripherisch ausdehnt. Dann wandert die leichte Verdickung der Stachelschicht als perlmuttartige Leiste auch konzentrisch weiter und mit ihr der periphere Saum plasmomatöser Infiltration. Im Zentrum aber, wo die Einsenkung stattfindet, läßt die Proliferation an der Oberfläche nach, Stachelschicht und Epithelsprossen verdünnen sich, schieben sich dabei aber weiter in die Cutis ein und diese entartet durch Neubildung von Spindelzellen und kollagenem Gewebe zu einem sehr derben, fibrösen, skirrösen, elastinfreien Gewebe, dessen Faserrichtung vom früheren Cutisgewebe verschieden ist. Unterhalb desselben in weitem Umkreise finden sich dann wieder Plasmazellen, die eine schalenartige, aber schmalere Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe bewirken. Die walzenförmigen Epithelzüge schieben sich nur sehr langsam in diesem verdichteten Bindegewebe fort, biegen, drehen und umwinden sich dabei auf die komplizierteste Weise oder treiben auch Seitensprossen, durch die die knäuelartige Struktur des Tumors zum Teile in eine retikuläre übergeht. Zwei Umstände bleiben aber beim Fortschreiten der Wucherung immer gewahrt, einerseits bleibt das Neugebildete flach, es erhebt sich nicht wie andere Krebse über das Niveau der umgebenden Haut, und andererseits wahren die Epithelzüge ihre schwächliche Gestalt und relativ weite Trennung durch derbes Bindegewebe. Diese relative Zellenarmut der epithelialen sowohl wie der bindegewebigen Neubildung bedingen wieder die Abwesenheit eines sichtbaren Tumors. Auch die konstante „Zellenverschiebung“ innerhalb der Epithelstränge ist charakteristisch für diese Krebsform. Sie wird durch die abnorme Dichtigkeit der

bindegewebigen Umgebung hervorgerufen. Die zentralen und peripheren Epithelien sind spindel- und stabförmig in die Länge ausgezogen und schräg gelagert mit konkaven Eindrücken infolge des abnorm großen Gegendruckes des Stromas.

Den Beginn des zweiten Stadiums konnte *Unna* gut an einem *Ulcus rodens* der Lippe studieren. Hier ist die krebsige Infiltration nur 4–6 mm breit, trotzdem ihre Unterfläche etwa 10–12 mm unter dem Hautniveau der Umgebung liegt. Die übrigen 6 mm kommen auf einen glatten, runden Substanzverlust der Oberfläche, das Krebsgeschwür. Die ganze Neubildung ist also eigentlich nur in die Tiefe gesunken, indem sie an der Unterfläche ebenso viel an Terrain gewann wie oben durch allmähliche Exfoliation verschwand.

Die Art des Substanzverlustes ist bei dieser langsamen Ulceration auch eine bemerkenswerte. An manchen Stellen sieht es so aus, als wenn noch die alte Oberhaut das Geschwür bekleidete. Es findet sich eine vollständige breite Stachelschicht mit Epithelzapfen, die sich in die Krebszüge verlieren. Meistens aber enden die letzteren an der Oberfläche wie abgeschnitten und auch die dazwischen liegende fibröse Neubildung endet plötzlich ohne besondere Degenerationszone oder Demarkationslinie. Es geht hieraus hervor, daß wirklich eine echte, wenn auch fast insensible Ulceration statthat und das Geschwür keineswegs bloß einen Eindruck der Oberfläche vorstellt. Andererseits zeigen aber die sehr normal aussehenden Inseln von Deckepithel in der Tiefe des Geschwürs, daß von den Krebszügen aus die Nachbarschaft sehr leicht wieder überhornt werden kann. Die Widerstandsfähigkeit des Bindegewebes sowie die Neigung zur Überhornung erklärt aufs beste die Indolenz und lange Dauer, die ungemeine Stabilität solcher Geschwüre. Sie erklärt aber auch weiter, weshalb es trotz öfterer Epithelverluste an der Oberfläche in vielen Fällen gar nicht zur Vertiefung, zur Ausbuchtung der Geschwüre kommt, so daß man den offenen Krebs für eine ebenso gesunde Granulationsfläche halten möchte wie das *Paget* einst getan hat.

Im Endstadium verschwindet der besondere Charakter des *Ulcus rodens* und der Krebs wird anderen tiefgreifenden Krebsen ähnlich, er nimmt eine mehr medulläre Beschaffenheit an Stelle der skirrösen an. Der kollagene Tumor schwindet, die Lymphspalten vergrößern sich, die Epithelzüge wuchern üppiger und rascher in die Tiefe. Die Affektion nimmt damit deletären Charakter an.

Die Therapie des *Ulcus rodens* kann in dem prognostisch günstigen ersten und zweiten Stadium Radikalheilung herbeiführen. Hierfür stehen folgende Mittel zur Verfügung:

1. Resorzin. — Es wird als 50%ige Salbe, besser noch als Resorzinguttaplast angewendet. Man kann nicht zu lange bestehende kleine *Ulcera rodentia* unter dem Guttaplast heilen sehen, besonders wenn man die Wirkung durch Aufpuderung von Resorzin in Substanz unterhalb des Pflasters verstärkt. Ältere und größere exstirpiert man besser, näht die Wunde aber nicht, sondern läßt sie unter Resorzinpulver in Substanz und darüber geklebtem Resorzinpflastermull langsam ausheilen.

2. Arsenik. — Arsenik ist innerlich und äußerlich eine Art Spezifikum gegen das *Ulcus rodens* (wie überhaupt innerlich gegen alle malignen Tumoren, namentlich Sarkome). Der Arsensalizyl-Cannabis-Guttaplast hat eine scharf umschriebene, escharotische Wirkung, die das *Ulcus* ziemlich rasch beseitigt.

Auch mit ausschließlich innerlicher Arsenbehandlung gelingt eine Radikalheilung dieses Hautkrebses.

Als besonders beweiskräftig hierfür führe ich einen von mir selbst 1900 beobachteten Fall an. Es handelte sich um ein bereits zweimal operiertes *Ulcus rodens* des linken inneren Augenwinkels bei einem Fünfziger. Das neue, bereits ziemlich große Rezidiv wurde durch zweimonatliche Darreichung von *Solutio Fowleri* vollkommen zum Verschwinden gebracht, und der Patient ist bis jetzt, also 7 Jahre, rezidivfrei geblieben!

Es gebührt namentlich *Lassar* das Verdienst, immer wieder mit Nachdruck auf die spezifische Wirkung der innerlichen Arsenbehandlung bei *Ulcus rodens* hingewiesen zu haben.

3. Physikalische Therapie. — Hier spielen neben dem Paquelin und Heißluftbrenner besonders Röntgen- und Radiumtherapie eine Rolle.

Unna benutzt den Paquelin nicht zur Ausbrennung, sondern nur zur Ansengung, da es, wie es scheint, hauptsächlich darauf ankommt, innerhalb des karzinomatösen Gewebes soviel brenzliche Produkte und so viel resorbierbare Fläche zu erzeugen wie möglich, was am besten durch siebartiges Einstechen des Spitzbrenners geschieht. Jedesmal nach dieser kleinen Operation ist ein merklicher Stillstand des krebigen Prozesses und eine Reaktion mit gesunden Granulationen zu bemerken.

Unna verfährt bei der methodischen Behandlung der flachen Hautkrebse, auch der früher beschriebenen, gewöhnlich so, daß er zuerst nur den Resorzinguttaplast permanent appliziert und die Wirkung beobachtet. Bleiben einzelne Knötchen unbeeinflusst, so werden sie mit dem Spitzbrenner angestochen, ebenso indolente Geschwürsflächen. Darüber kommt wieder der Pflastermull, verstärkt mit Resorzinpulver in Substanz. Handelt es sich bereits um tiefergehende Karzinome, so wird sofort der Spitzbrenner zur Ansengung verwendet oder die Ulzeration durch Arsen-Salizylsäure-Guttaplast bewirkt und die Abheilung unter Resorzinguttaplast oder Resorzin-Benzoesäure-Dunstverband abgewartet. Die eventuellen Reste werden dann sofort in derselben Weise in Angriff genommen.

Einundzwanzigstes Kapitel.

Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten XII.

Ulcus molle (Weicher Schanker, venerisches Geschwür).

Klinische Symptome. — Der Streptobacillus *Unna* des weichen Schankers. — Histologisches Verhalten. — Die Kettenbildung. — Pathogenese des weichen Schankergeschwüres. — Therapie. — Die flache Abtragung des Ulcus molle. — Der Jodoformgitterpflastermull. — Therapie des „Chancre mixte“. — Die Schankerbubonen. — Der serpinöse Schanker. — Therapie. — Die einfachen Genitalgeschwüre. — Ätiologie und Klinik. — Behandlung.

Unter weichem Schanker verstehen wir eine meist in der Genitalgegend vorkommende, aber überall auf der Haut inoculable Geschwürsform, die sich durch den raschen Zerfall der oberen Cutislagen, die reichliche Absonderung eines eitrigen Sekretes und die während der ganzen Dauer beständige Weichheit der Ränder, endlich durch eine nach kürzerer oder längerer Zeit (2—4 Wochen) spontan eintretende Tendenz zur Vernarbung auszeichnet.

Die hohe Infektiosität derselben ohne gleichzeitige Immunisierung des Trägers bewirkt es, daß der Schanker in seiner Umgebung sich leicht vermehrt und daher meist gleich multipel auftritt. Man bemerkt eine senfkorngroße, stark gerötete Stelle, über der den nächsten Tag bereits die Oberhaut eitrig abgehoben ist und meist darunter schon einen pfefferkorngroßen Substanzverlust mit gelblich belegtem Boden und scharf geschnittenen, wie ausgenagten, stark geröteten Rändern zeigt. Das Geschwür vergrößert sich gewöhnlich bis zum Umfang einer Erbse oder Linse, wobei oft der Geschwürsgrund sich weiter ausdehnt als der Rand, der dadurch scharfkantig und unterminiert erscheint. Sich selbst überlassen erhält das Ulcus doch selten einen größeren Durchmesser als 2 cm, konfluiert dagegen öfter mit benachbarten Ulcera in polycyklischer Weise. Niemals tritt eine Verhärtung des Geschwüres ein wie bei der syphilitischen Initialsklerose, auch die Narbe bleibt weich.

Als Ursache des Ulcus molle hat bereits *Ducrey* eine Bazillenart wahrscheinlich gemacht, deren sicherer Nachweis im Gewebe *Unna* gelungen ist. *Unna* hat auch zuerst die Kettenform des Bacillus entdeckt und demselben den Namen: Streptobacillus gegeben.