



Aus der medicinischen Klinik zu Kiel.

Ueber Oesophagusstenose
nach
Ulcus Oesophagi simplex.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Karl Ortmann

aus Wikerode,

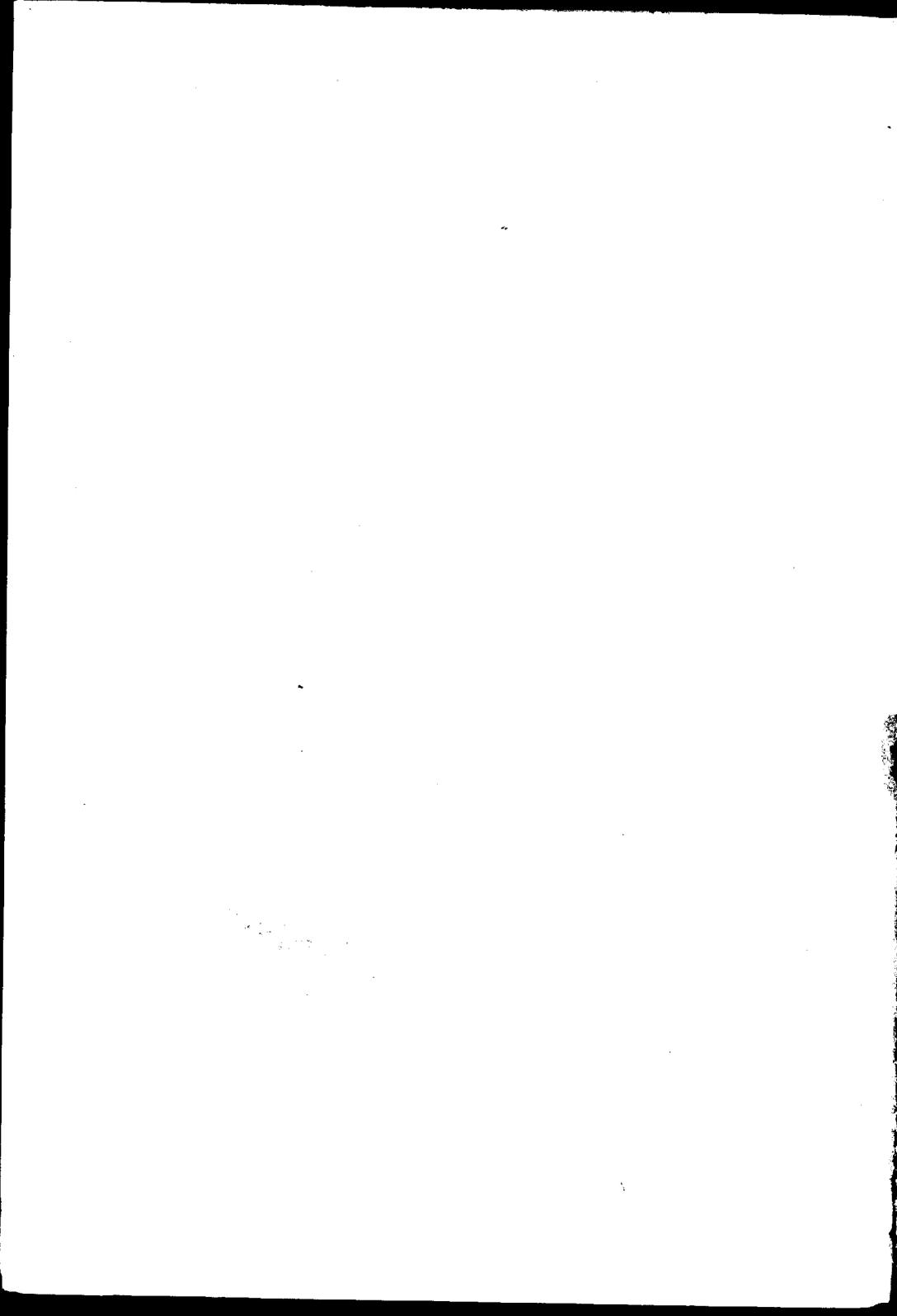
Assistenzarzt der medicinischen Klinik zu Kiel.



KIEL.

Druck von H. Fiencke.

1892.



Aus der medicinischen Klinik zu Kiel.

Ueber Oesophagusstenose
nach
Ulcus Oesophagi simplex.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Karl Ortmann

aus Wikerode,

Assistenzarzt der medicinischen Klinik zu Kiel.



KIEL.

Druck von H. Fiencke.

1892.

No. 36.

Rectoratsjahr 1892/93.

Referent: Dr. Quinke.

Zum Druck genehmigt:

Völkens,
z. Z. Decan.

Ueber Oesophagus-Stenosen nach Ulcus Oesophagi simplex.

Oesophagus- und Cardia-Stenosen bieten im Allgemeinen sowohl dem klinischen Beobachter als auch dem praktischen Arzte wenig Interessantes. Handelt es sich ja doch in den meisten Fällen um Carcinome, die zur Todesursache werden, bald durch Verjauchung und Kachexie, bald durch Durchbruch in die benachbarten Organe, Trachea, Bronchien, Lungen und Pericard, zuweilen auch direct in die Bauchhöhle.

In der letzten Zeit ist aber mehr und mehr durch Veröffentlichungen auf eine Art von Oesophagus-Stenose hingewiesen worden, die wenn auch relativ selten in ihrer Art, doch nicht übersehen werden darf.

Es ist dies die Oesophagus-Stenose, welche sich durch Vernarbung eines Ulcus, (simplex, perforans, rotundum) nach Quinckes Vorschlag »Ulcus ex digestione«, bildet.

Es sind dies jene Stenosen, von denen der französische Kliniker Debove ¹⁾ schreibt. Il importe en plus haut point de ne pas confondre avec les rétrécissements par épithélioma, attendu qu'ils sont curables, si on pratique la dilatation.

Das Verdienst zuerst auf diese Oesophagus-Geschwüre die Aufmerksamkeit gelenkt zu haben und wiederholt sie klar beschrieben zu haben, zugleich mit Obduktionsbefund und Beweise durch mikroskopische Prüfung gebührt Quincke ²⁾ besonders durch seine erste Arbeit: »Ulcus Oesophagi ex digestione«.

Diesen drei klinischen Beobachtungen folgten in den

¹⁾ Debove, Soc. méd des hôp. 5 aout 1887.

²⁾ Quincke, Deutsch. Arch. für klinische Medicin 1879. XXIV.

nächsten Jahren schon bald andere; sie wurden 1888 von E. Berrez ¹⁾ zusammengestellt mit Hinzufügung von zwei neuen Fällen, so dass im Ganzen dort bereits XV veröffentlicht sind.

Ich kann wohl auf die Recapitulierung dieser Fälle, deren richtige Diagnose zum grössten Teil durch die Obduktion, zum grösseren Teil auch durch nachherige mikroskopische Prüfung des Ulcus bewiesen ist, verzichten und auf die exakte Arbeit von Berrez ¹⁾ verweisen.

Während also in kurzer Zeit die klinischen Veröffentlichungen sich mehrten, verhielt sich die pathologische Anatomie sehr zurückhaltend mit ihrem Urteil über Ulcus Oesophagi.

Albers ²⁾ beschreibt in seinen Erläuterungen zu dem Atlas der path. Anatomie ein Ulcus Oesophagi, das sich wie ein Ulcus ventriculi verhält.

Rokitansky ³⁾ stellt in seinem Lehrbuch das Ulcus Oesophagi als eine äusserst seltene Erscheinung hin.

Zenker ⁴⁾ und v. Ziemssen sprechen im Handbuch der speciellen Pathologie ihre Ansicht dahin gehend aus, dass das Ulcus Oesophagi einer strengen Kritik nicht stand halten könne und wahrscheinlich carcinomatös sei.

Birch-Hirschfeld ⁵⁾ hält im Lehrbuch der pathol. Anatomie mit Uebergang der Litteratur die Annahme eines Ulcus Oesophagi für nicht begründet.

Ziegler ⁶⁾ erwähnt in seinem speciellen Teil der pathol. Anatomie, dass nach Quincke, Chiari, Reher, Ulcera oesophagi ex digestionem vorkommen.

Koenig und Hueter-Lossen lassen in ihren Lehrbüchern die Stenose nach Ulcus unerwähnt.

Strümpell, Peyrot und Dieu Lafoy erwähnen in ihren

¹⁾ Berrez, De l'ulcère simple de l'oesophage, Dissertation. Paris 1888.

²⁾ Albers, Erläuterungen zum Atlas der path. Anatomie 1839.

³⁾ Rokitansky, Lehrbuch der path. Anatomie A III. 1861.

⁴⁾ Zenker und Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie 1877.

⁵⁾ Birch und Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anatomie 1882.

⁶⁾ Ziegler, pathol. Anatomie 1887.

Lehrbüchern das Ulcus Oesophagi als Ursache zur Stenosenbildung.

Man kann hieraus ersehen, dass das Ulcus Oesophagi durchaus noch nicht durchweg anerkannt ist trotz der veröffentlichten zweifellosen Fälle. Es sind demnach diese Fälle doch wohl selten und jenes Wort: Vorhanden seien sie wohl, aber diagnostiziert würden sie nicht, da die Aufmerksamkeit nicht darauf gerichtet, hat in diesem Fall wohl nur eine beschränkte Geltung, wenn auch Debove¹⁾ diesen Satz auf Ulcus Oesophagi anwendet.

Nach einer Statistik aus dem pathologischen Institut zu Kiel, die von Carstens²⁾ zusammengestellt ist und sämtliche Sektionen der Jahrgänge 1873 bis 1888 incl. umfasst in einer Anzahl von 5396 Fällen, finden sich nur vier von Oesophagusgeschwür, Ulcus ex digestione, d. heisst solchen, die schon längere Zeit während des Lebens bestanden; 2 davon sind unter den oben erwähnten XV Fällen, zwei davon machten im Leben keine Erscheinung und wurden erst bei der Obduktion gefunden. Ein Zeichen für die immerhin noch grosse Seltenheit, da doch sicher die Untersuchung des Sektionsmaterials eines Jahrzehntes und darüber ein sehr objektives Urteil erlaubt.

Aus dieser Seltenheit derartiger Fälle geht zum Teil schon die Schwierigkeit der Diagnose hervor.

Ueber das Vorhandensein der Stenose klärt ja die Sondierung und die Auscultation auf. Bei ersterer fühlen wir das Hinderniss, bei letzterer hören wir statt des normalen Schluckgeräusches, das meist über der Cardia nach 7—8 Sekunden kurz erfolgt, entweder gar keines, oder, was öfter der Fall, ein zuweilen recht verspätetes, länger andauerndes Schluckgeräusch.

Nicht jedoch die Diagnose der Stenose ist das Schwierige, sondern die des ursächlichen Ulcus.

Mag auch theoretisch die Einteilung der klinischen Erscheinungen in drei Perioden nach Debove

¹⁾ Debove, Soc. méd des hôp 9. Okt. 1885.

²⁾ Carstens, Beitrag zur Lehre und Statistik der Oesophagusgeschwüre, Dissertation. Kiel.

1. Periode d'ulcération,
2. de dysphagie par rétrécissement,
3. Période cicatricielle

sehr passend und in den von ihm veröffentlichten zwei Fällen sehr treffend sein, meist sind diese Zeitabschnitte nicht von einander zu halten, zuweilen macht eine Periode überhaupt keine Symptome. Wie sehr diese Perioden verwischt, wie sie überhaupt oft ganz verborgen, sehen wir am deutlichsten beim analogen Ulcus ventriculi. Und da die Diagnose des Ulcus Oesophagi meist durch Ausschliessung der anderen möglichen Prozesse gestellt werden muss, so wird sie eben erschwert, zuweilen überhaupt sehr zweifelhaft, und erst Monate nach eingeleiteter Behandlung kann die Richtigkeit der Diagnose durch das Wohlbefinden des Erkrankten bestätigt werden.

Es mag daher gewagt erscheinen, die folgenden fünf Fälle unter diese Kategorie mit einzureihen, noch dazu, da die Stenosen sehr tief sitzen, zum teil wohl selbst mit an der Cardia. Klinisch lässt sich diese Grenze aber wohl nicht so ganz exakt einhalten, denn Cardia und Oesophagusende sind eben bloss für den Anatomen begrenzt. Wie wechselnd die Länge des Oesophagus, ja wie verschieden die Länge der Speiseröhre unterhalb des Zwerchfells ist, regt zuweilen unsere Aufmerksamkeit darauf hin an, ob nicht vielleicht eine grössere Beweglichkeit, eine Dilatation und stetes Gefülltsein des Magens auf die Länge besonders des unteren Drittels des Oesophagus Einfluss habe.

Ich lasse hier die einzelnen Fälle folgen, um am Schluss noch Einiges Allgemeine darüber und einige Fälle aus der neueren Litteratur, die mir ebenfalls hierher zu gehören scheinen, zu erwähnen.

I. Fall. Iven, Johann, 29 J. alt, Feldarbeiter, kam am 26. XII 1887 mit Schluckbeschwerden in die hiesige medicinische Klinik.

Er bemerkte vor etwa 3 Jahren plötzlich beim Biertrinken, dass ihm das Schlucken schwer falle; er hatte das Gefühl, als ob der Trunk in der Höhe des Schwertfortsatzes fest sitze. Es ging aber bald vorüber, doch 14 Tage darauf hatte Patient beim Essen dasselbe Gefühl und erst auf Pressen glitt der Bissen in den

Magen. Etwa $\frac{3}{4}$ Jahre dauerte dieser Zustand, doch konnte er noch feste Speisen schlucken. Später gelang Patienten dies nicht mehr, auch wenn er durch Pressen und tiefe Inspiration den Schluckakt verstärkte, selbst flüssige Nahrung konnte er schwer zu sich nehmen. Zwei Jahre wurde er ärztlich behandelt, seit Mai 87 mit Sondierung, das Schlucken wurde dadurch etwas erleichtert. Er sondierte sich dann alle 2—3 Tage selbst bis etwa vor 4 Wochen, als ihm die Sonde brach. Darauf konnte er die ersten Tage noch sehr gut schlucken, bald aber war ihm dies oft drei Tage unmöglich, so dass ihm die Speisen bis an den Hals standen, dann fühlte er plötzlich in der Gegend der Cardia einen Ruck und das Schlucken war nicht mehr behindert. In den letzten Tagen vor seinem Eintritt konnte Patient nicht mehr schlucken.

Als Ursache für seine Beschwerden glaubt Patient einen aus Versehen gethanen Schluck Petroleum angeben zu können, den er im Sommer 83, ungefähr ein Jahr vor Beginn der Beschwerden nahm.

Sonst war er stets gesund, nur seit einigen Tagen hat er Husten mit schwärzlichem Auswurf.

Der Befund bei seiner Aufnahme am 26. XI. 1887 ist folgender:

Der Körperbau ist schlank, die Muskulatur mager. Auf den Lungen hat man im R. Unterlappen die Erscheinungen eines Katarrhs mit wenig braunschwarzlichem Auswurf.

Die übrigen Organe bieten nichts Besonderes, mit Ausnahme des Oesophagus.

Im Abdomen fühlt man keine Resistenzen.

Bei einer vorgenommenen Sondierung des Oesophagus gleitet die Sonde leicht bis 45 cm hinter die Zahnreihe und stösst dort auf ein festes Hindernis. Hierbei kommt es zu Würgebewegungen und leichtem Erbrechen; bei einer solchen Würgebewegung fühlt man plötzlich einen Ruck an der Sonde, durch die Höhlung derselben wird Speisebrei geschleudert und die Sonde selbst gleitet anstandslos in den Magen.

Am 27. XI. wurde, da Patient das Gefühl hatte, dass die Speisen nicht in den Magen gelangt, wiederum die Sondierung vorgenommen, wobei die oben beschriebenen Vorgänge sich wiederholten.

Während in den nächsten Tagen flüssige Nahrung ohne Beschwerden geschluckt werden konnte, stellte sich Temperaturerhöhung mit Frost ein und man hatte auf der l. und r. Lunge Erscheinungen mässiger Verdichtungsheerde. Das Sputum war sehr vermehrt, braun schwärzlich gefärbt, herrührend von roten Blutkörperchen.

Am 3. XII. wurde das Sputum mehr rein eiterig gelb und die Verdichtung auf den Lungen war besonders deutlich im 1. Unterlappen.

Am 9. XII. stellte sich sehr übelriechendes Sputum ein, die Heersymptome erstreckten sich nur auf die 1. Lunge, abends traten Temperatursteigerungen bis auf 40° ein; die öfters wiederholte mikroskopische Untersuchung des übelriechenden Sputums ergab keine elastischen Fasern oder Lungenbestandteile.

Am 18. XII. traten das letzte mal Schluckbeschwerden ein, bei Einführung der Sonde gelangte man bis auf 45 cm ohne Hinderniss.

Die Temperatur ging nun im Laufe der Tage allmählich zurück, um am 4. I. 88 normal zu bleiben. Das Körpergewicht war um 6,5 Kilo zurückgegangen, die Lungendämpfung am 1. Unterlappen hellte sich auf, das Sputum war nur wenig, eiterig schleimig, das Schlucken auch von festen Speisen ging gut.

Am 8. I. 88, vier Tage später hatte das Körpergewicht bereits um $2\frac{1}{2}$ Kilo zugenommen. Auf der linken Lunge hat man nur mehr in der Höhe des V—VII. Brustwirbels hinten eine kleine Dämpfung mit klingendem Rasseln. Das gute Befinden schreitet andauernd fort, so dass Patient am 20. I. gebessert entlassen wird. Die Lungenerscheinungen haben sich fast ganz zurückgebildet, sein Körpergewicht hat in den letzten sechs Tagen um 6 Kilo zugenommen. Der Schluckakt geht ständig gut, die Einführung der Schlundsonde ist ohne Mühe möglich.

Bei Betrachtung des Falles nehme ich keinen Anstand, den Trunk Petroleum als die erste Ursache anzusehen. Nicht dass ich dem Petroleum eine tief ätzende Wirkung zuschreiben möchte, sondern ich glaube nur, dass es sich um eine leichte Verletzung des Oesophagus-Epithels handelt, die am unteren Teil des Oesophagus unter der Einwirkung des Magensaftes zu Erosionen führte. So lang die Erosionen oberflächlich waren, blieben sie ohne Einfluss beim Schlussakt; erst durch die Länge der Zeit, durch die ständige Reizung infolge der eingeführten Speisen, kam es allmählich zu jenen krampfhaften Verschlüssen bei Reizung, die fast ein Jahr andauerten und erst nachliessen, als der in dieser Zeit sicherlich ulceröse Process in Vernarbung überging.

So kam die Stenose zu stande, allerdings eine Stenose, die sehr eigentümliche Verhältnisse bot.

Die Sonde stiess auf ganz festen Widerstand und erst bei einer intensiven Würgebewegung bekam die Sonde einen

Ruck, Speise wurde durch die Sonde herausgetrieben und die Stenose war für Sonde und Speise durchgängig.

Die Erklärung möchte ich in der Art geben, dass es sich um einen Klappenverschluss handelt, und zwar kann dieser Verschluss nach oben hin durch vom Magen erbrochene Speisen geöffnet werden, während das Verdrängen nach Unten durch die Sonde durch Bildungsverhältnisse nicht zustande kommt, weshalb die Sonde erst durchgleitet, wenn durch Brechakt Speisen aus dem Magen die Klappe nach Oben verdrängt haben. Es lägen demnach ganz ähnliche Verhältnisse vor, wie sie bereits von Quincke ¹⁾ nach dem Obduktionsbefund beschrieben wurden.

Dass diese Klappenerscheinungen nach einigen Sondierungen verschwanden, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass durch die Sondierung einesteils der Ring, der die feste Unterlage des Klappendeckels bildete, erweitert nicht mehr als Stütze desselben dienen konnte, andernteils glaube ich auch, dass es bei der erstmaligen Sondierung zur kräftigen Herabdrängung der Klappe mit leichter Lösung der Adhäsionen kam, wofür auch das sehr blutige Sputum spricht.

Ein rein krampfhafter Verschluss des Oesophagus, resp. der Cardia lässt sich hier wohl deswegen ausschliessen, weil die Sonde, wenn sie einmal in die Oeffnung gelangt, leicht hineinglitt und weil nach mehrmaligen Sondierungen schon eine Lösung des Krampfes erzielt worden wäre.

Eine maligne Neubildung ist wohl deswegen nicht anzunehmen, weil die lange Dauer schon zu viel bedeutenderen Erscheinungen geführt hätte; denn trotz der Lungentzündung, die als Verschluckungspneumonie anzusehen ist und einen sehr langwierigen schweren Verlauf hatte, vielleicht sogar zu einzelnen Abscedierungen geführt hat, erholte sich Patient ausnehmend schnell, indem er sowohl an Frische, wie an Körpergewicht gewann.

Auch die 3 Jahr vorher bestehenden Krampferscheinungen, die ganz allmählich in Stenose übergehen, sprechen gegen

¹⁾ Archiv für klin. Medizin. Band XXXI pag. 408.

eine maligne Neubildung, besonders gegen Carcinom, dagegen für Uleus simplex.

II. Fall. Mehrens, Johann, aus Restaborstel, 27 Jahre, Landarbeiter, kam am 21. II. 1890 wegen Schluckbeschwerden in die medicinische Klinik zu Kiel. Er war bis vor drei Jahren stets gesund; um diese Zeit trank er einmal überhitzt kalte Milch, er hatte dabei das Gefühl, als ob ihm die kalte Milch in der Speiseröhre sitzen blieb, kurz darauf brachte er die reine Milch durch Würgen heraus. Als er bald darauf zu Mittag ass, blieb ihm auch die Suppe in der Speiseröhre stecken und er musste sie ausbrechen und bekam einen $\frac{3}{4}$ h dauernden Krampf in der Magengegend. Die nächste Zeit über wechselten die Schluckbeschwerden schr, bald ging das Schlucken, bald nicht, die Consistenz der Speisen war hierbei ohne Belang. Nur kamen nach dem Essen sehr leicht krampfartige Magenschmerzen, die sich zuweilen auch bei Arbeit und in gebückter Stellung und Nachts einstellten. Medicamente halfen wenig, eine mit weicher Gummisonde vorgenommene Sondierung ging ohne jedes Hinderniss vor sich.

Im vorigen Winter erbrach Patient einmal viel Blut und eine Zeitlang bekam er plötzlich Nachts starken anhaltenden Husten, bei dem er viel Schleim aufbrachte; Medicin linderte diese Beschwerden.

Da aber in seinem ganzen Befinden keine Aenderung eintrat, wurde er in die Klinik geschickt.

Bei seiner Aufnahme zeigte der ziemlich gut genährte Mann normalen Befund der Organe.

Durch seine Schluckbeschwerden aber — sowohl flüssige als feste Speisen blieben ihm stecken — hatte er sich folgende Schluckbewegung angeeignet:

Er bringt die Bissen mit einem regulierten Schluckakt bis in die Speiseröhre, macht dann einige tiefe Inspirationen und einige Ruktus und erklärt, dass nun der Bissen im Magen.

Das secundäre Schluckgeräusch fehlt.

Der Magen ist mässig dilatiert. Die Sondierung des Oesophagus ergab am 23. II. 90., dass Sonde No. 32 anstandslos in den Magen hinabgleitet, wobei etwas Erbrechen erfolgt von saurer Reaktion.

Am 23. und 25. II. stellte sich in der Nacht ein fortwährender Hustenreiz ein, wie er ihn auch zu Hause schon gehabt, dabei entleerte sich etwas schleimiges Sputum. Die Lungen waren frei von jeglichem Katarrh.

Die klinische Vorstellung ergab am 25. II. 90. kein Schluckgeräusch, den Schluckakt wie oben geschildert, die Rachenschleimhaut normal.

Die Sondierung mit einer Schwammsonde ergab vor der Cardiaöffnung ein Hindernis, es erfolgte dabei ein zähes schleimiges Erbrechen von neutraler Reaktion.

Bei Auftreibung des Magens mit CO^2 steht derselbe 3 cm unterhalb des Nabels und giebt deutliches Plätschgeräusch. Die Diagnose lautete, *Ulcus Oesophagi simplex* nach einer Zerreissung der Schleimhaut, die durch den Krampf nach dem Trunk kalter Milch erfolgt ist.

Im weiteren Verlauf der Behandlung kam man am 27. II. sowohl mit weicher als auch mit harter Sonde auf ein nicht zu überwindendes Hinderniss 39—40 cm. hinter der Zahnreihe. Zuerst erbrach Patient dabei eben Genossenes von neutraler Reaktion, dann durch die Sonde Massen, die leicht sauer reagierten. Die Sondierung verursachte brennenden Schmerz an der Stenose und das Gefühl, als ob die Sonde fest stecke.

Durch regelmässig fortgesetzte Sondierung brachte man es dahin, dass am 1. III. die Stenose gut passiert werden konnte, man fühlte dabei das Hinderniss 43 cm. hinter der Zahnreihe; der Schluckakt ging mit viel weniger Anstrengung vor sich.

Am 12. III. ist die Therapie soweit vorgeschritten, dass Patient die Sonde mit Leichtigkeit sich selbst einführen kann, die leichte Magenerweiterung besteht noch, Schluckgeräusch ist keines zu hören, das Körpergewicht ist in 2 Wochen um 3 Kilo gestiegen.

Patient wird daher am 12. III. 90. gebessert in die Heimat entlassen mit Gummisonde und dem Auftrag die Sondierung einstweilen fortzusetzen.

In einer brieflichen Nachricht vom Mai 1892 teilt er selbst mit, dass sein Zustand so gut, dass er sehr bald mit Sondieren aufhörte und dass er zwar langsam essen muss, er aber Alles essen kann und schwere Arbeit thut.

Fassen wir das hauptsächlich zusammen, der Schluck kalter Milch mit folgendem Oesophagus-Krampf und Erbrechen, die dauernden Schluckbeschwerden, das Blut-Erbrechen, die Stenose an der Cardia, so deutet dies Alles auf Oesophagus-Stenose nach *Ulcus pepticum*. Und zwar muss man annehmen, dass das *Ulcus* beim Eintritt am 22. II. 90 zum grösseren Teil schon verheilt, die Narbenbildung eine mässig verengende ist. Der starke Hustenreiz und die zuweilen bei Sondierung vollständige Stenose sind wohl zu erklären aus einer lokalen Reizbarkeit an Stelle des *Ulcus*, die einen partiellen Krampf hervorruft, welche die durch die Narbe hervorgerufene Stenose zu einer fast vollständigen machte.

Durch die therapeutischen Sondierungen wurde der lokale Reizzustand herabgesetzt, die Narben gedehnt, wodurch der bleibende Erfolg errungen wurde; durch fortgesetzte Sondierung wäre vielleicht auch noch das subj. Gefühl der Verengung und das daraus folgende langsame Zusichnehmen der Speisen gehoben worden.

III. Fall. Reimer Jürgens aus Melzdorf, 30 Jahre alter Landarbeiter, kam am 17. III. 02 in die Klinik mit der Klage, seit drei Tagen gar keine Speisen mehr in den Magen einführen zu können. Nach 3—4 Schlucken müsse er die Speisen wieder erbrechen. Diese Schluckbeschwerden seien seit 6 Wochen, in welcher Zeit er eine Lungenentzündung bekommen, langsam entstanden. Er führt seine Beschwerden zurück auf einen Fall von einem Wagen vor 4 Jahren, wobei er das rechte Schlüsselbein brach. Nach Abnahme des Verbandes habe er gemerkt, dass er trockne Speisen schlecht herunter bringen konnte. Husten und Auswurf besteht schon seit mehreren Jahren.

Der Befund am Tage seiner Aufnahme ergibt, guten Knochenbau, magere Muskulatur, kein Fettpolster, mässig kakhekisches Aussehen. Herz und Cirkulationsapparat geben keinen besonderen Befund.

Der r. Lungen-Oberlappen ist stark infiltriert, die r. Infraclavicular. Grube hat Cavernensymptome, auf den übrigen Lungen feuchter Katarrh.

Der Magen reicht percutatorisch 3 Fingerbreit unterhalb des Nabels, Succussionsgeräusch. Das Schluckhindernis setzt Patient in die Höhe des Processus Xiphoidens.

Schluckgeräusch erfolgt meist keins, wenn es erfolgt, kommt es nach 20 Sekunden und dauert 2—3 Sekunden. Das Erbrechen hat in der Art statt, dass nach 3—4 Schlucken die Flüssigkeit wieder herauf kommt. Patient fühlt es, ob die Speise das Hindernis passiert, ist dasselbe einmal überwunden, so kann er anstandslos die ganze Mahlzeit herunterbringen. Aeltere Speisen finden sich in dem Erbrochenen nie, die Reaktion ist alkalisch. Bei Sondierung mit No. 30 trifft man 43 cm. hinter der Zahnreihe ein Hinderniss, über das die Sonde leicht hinweg gleitet.

Das Körpergewicht beträgt 46,5 Kilo.

Urin ist frei von Eiweiss. Therapeutisch bekam Patient Natr. bicarbon zur Auffrischung des Appetits und Creosot $4 \times 0,1$ in steigenden Dosen.

Unter den regelmässig zuerst alle 2—4 Tage, später in grösseren Intervallen vorgenommenen Sondierungen liessen die Schluckbeschwerden und das augenscheinlich oesophageale Erbrechen nach, jedoch trat es leider zu Zeiten immer wieder ein und

auch das Hindernis war zu den verschiedenen Zeiten in Bezug auf Starre und Widerstand wechselnd. Das Körpergewicht bis zum 9. VI. wenig zunehmend, schwankte zwischen 46 und 47,5 Kilo.

Während nun Mitte April die Schluckbeschwerden fast gänzlich aufhörten, das Körpergewicht schnell und gleichmässig zunahm, stellte sich eine Beschleunigung des Pulses und Herzschlages ein, der Abends 90, besonders aber früh, immer etwas über 100 betrug und in der Zeitfolge etwas unregelmässig war. Bis dahin war Puls und Herzschlag fast ständig in normalen Grenzen geblieben, am Herzen selbst war keine Veränderung zu finden.

Diese unter der Beobachtung entstandene Veränderung blieb bis zur Entlassung am 15/5. 92., die Unregelmässigkeit des Pulses nahm zuweilen sogar noch zu.

Zur Aufklärung eigener Verhältnisse führte Ende April die Klage des Patienten, dass, wenn er im Bett sitze, das Schlucken schwerer gehe als beim Stehen oder wenn er auf dem Stuhl sitze. Im Bett war die Wirbelsäule etwas gekrümmt wegen der Federung der Matratze, beim Sitzen auf dem Stuhl dagegen war dieselbe gestreckt. Die Sondierung ergab nun in der That mehrfach in dieser Stellung 46 cm. hinter der Zahnreihe ein festes auch mit starkem Druck nicht zu durchdringendes Hindernis, über das die Sonde, ohne dass man sie zurückziehen brauchte, leicht hinwegglitt, wenn die Wirbelsäule gestreckt wurde. Oeftere Sondierungen mit Rücksicht auf diesen Befund gaben stets dasselbe Resultat. Das ungemein starre Hindernis blieb bei dieser Lageveränderung des Körpers.

Das Allgemeinbefinden besserte sich aber bedeutend, das Körpergewicht stieg auf 55,5 Kilo. Die Erscheinungen der tuberculösen Infiltration des rechten Oberlappens gingen bedeutend zurück.

Der beim Eintritt dilatirte Magen reichte nun $\frac{1}{2}$ Finger oberhalb des Nabels, der Schluckakt war ständig gut, die Sondierung gelang leicht mit weicher Magensonde und eine Magenspülung ergab zweimal drei Stunden nach der Mahlzeit schon entleerten Magen. Patient verliess als wohlgenährter Mann am 15/5. 1892 die Anstalt.

Es handelt sich in diesem Falle demnach um eine Stenose, die wir dem klinischen Bild nach als eine Stenose am Endteil des Oesophagus oder als eine solche des Anfangs des Magens als Cardia Stenose bezeichnen können.

Es spricht dafür der Sitz des Hindernisses, das Erbrechen, das stets in kleinen Mengen aus frisch genossenen Speisen bestand mit alkalischer Reaktion, die subjektiven Angaben und Beschwerden des Kranken.



Schwieriger zu entscheiden ist die Frage, worin bestand das Hindernis?

Ich möchte da vor allem ein malignes Neoplasma ausschliessen, worauf anfangs recht begründeter Verdacht bestand. Dagegen spricht wohl, dass Patient sich so schnell erholte (30 Pfd. Körpergewichtszunahme) als auch das blühende Aussehen noch jetzt. (Patient stellte sich am 10. 7. noch einmal vor.)

Für einen frischen Prozess möchte ich dagegen das Ganze nicht halten, denn das Hindernis mit der Sonde berührt ist zu starr und hart, so dass es den Eindruck von alten schwierigen Narben hervorbringt. Und dafür spricht auch die Anamnese, dass er schon seit 4 Jahren nichts Trocknes mehr gut schlucken konnte. Mag es sich nun um ein reines Ulcus pepticum oder um ein aus einer Epithelverletzung, Riss oder sonst wie entstandenes Ulcus handeln, das langsam in Verheilung und Vernarbung überging, so bleibt doch der plötzlich gänzliche Verschluss, der trotzdem eine Sonde Nr. 30 durchliess, zu erklären.

Es liesse sich da wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit an eine Drüsenschwellung denken, hervorgerufen durch die infolge der vorausgegangenen Lungenentzündung in Blüte geratene Phthise. Eine solche praevertebrale Drüsenschwellung kurz unter der Austrittsstelle des Oesophagus durch das Zwerchfell kommt ja bei solchen Phthisen nicht so selten vor. Und da der Oesophagus durch das narbige Gewebe mehr oder minder fixiert wäre, so wäre das Ausweichen desselben eben erschwert und erst durch die Sondierung erreicht. Dass in der That ein der Wirbelsäule anhaftendes Hindernis vorliegt, lässt sich aus dem Verhalten bei gekrümmter und gestreckter Wirbelsäule schliessen.

Anderseits gäbe diese Annahme auch einen Hinweis auf die ziemlich plötzlich aufgetretene Ahythmie und grosse Frequenz des Pulses und Herzschlages, indem man zugleich eine Schwellung der Bronchialdrüsen und Druck auf den Nervus Vagus annähme, wodurch diese Erscheinungen als Reizzustand des N. Vagus durch Druck aufgefasst werden müssten.

So dass in diesem Fall die Stenose darin bestand, dass zu einem alten, verheilten, narbigen Ulcus entweder der Cardia des Magens oder des Endteils des Oesophagus durch die Tuberkulose eine Schwellung der praevertebralen Drüsen käme, welche durch Druck auf den Oesophagus die Verengung schnell herbeiführte. Gestützt wurde diese Ansicht durch die Erkrankung des N. Vagus, welche als Ursache auf Bronchialdrüsenanschwellung deutet, so dass auch eine Beteiligung der benachbarten Drüsen mit vorläge.

IV. Fall. Die Krankengeschichte hievon wurde mir gütigst von Herrn Prof. Quincke, der zu der Kranken im Juli 1891 consultativ berufen wurde, aus seinen privaten Aufzeichnungen zur Veröffentlichung überlassen.

Frau B. . . ., bekommt schon seit mehreren Jahren Schmerzanfälle in der Mitte des Sternums, in der Tiefe besonders Nachts, dazu gesellen sich seit einigen Monaten Schlingbeschwerden mit dem Gefühl, als ob etwas in der Mitte des Sternum stecken bliebe, so dass sie wirklich nichts herunterbringt, sondern wieder herauswürgt. Es ist kein Erbrechen, nur Würgen, und hat keine saure Reaktion. Nach einer vorgenommenen Sondierung durch den Hausarzt konnte sie besser schlucken, bekam aber Nachts sehr heftige Schmerzanfälle. Am 2. VII. 92., dem Tage der Untersuchung konnte sie nichts schlucken und fühlte sich sehr matt.

Die objektive Untersuchung am Herz, Lunge und Kehlkopf ergiebt nichts besonderes.

Ein Schluck Wasser wird sehr vorsichtig genommen, man hört kein Schluckgeräusch. Bei Sondierung mit einer starken Gummisonde kommt man 32 cm. hinter der Zahnreihe auf ein nicht zu überwindendes Hindernis. Der Inhalt der Sonde ist alkalisch, das Schlucken geht sodann besser.

Es handelte sich also wahrscheinlich um ein Ulcus Oesophagi mit zeitweisem Krampf.

Die Patientin befindet sich zur Zeit (20. VIII. 92.) wohl, die regelmässige Sondierung hat sie nicht vorgenommen, sondern ungefähr alle acht Tage führt sie sich selbst die Sonde ein, wenn sie Schluckbeschwerden bekommt und verspürt dann regelmässige Besserung, eine regelmässige vorgenommene Sondierung würde wohl die Beschwerden vollständig heben.

V. Fall. Stieper, Jürgens, 47 jähriger Schneider aus Luhnstedt, kam am 26. VIII. 90 in die Klinik zur Aufnahme wegen Schluckbeschwerden.

Im November 1889 merkte er, dass zuweilen harte Speisen, so besonders Schwarzbrot, im unteren Drittel des Oesophagus

stecken blieb und langsam, zuweilen sehr schmerzhaft in den Magen glitten.

Von innerer Medikation merkte Patient keine Besserung, dagegen von Sondierung, die ein Arzt vornahm. Erbrechen, Aufstossen, Magenschmerz mit Aufbringen von Blut hat er niemals gehabt. Er ist regelmässiger Branntweintrinker in mässigem Grade, ist sonst stets gesund gewesen, nur in letzter Zeit hat er an Gewicht abgenommen.

Die Untersuchung am 26. VIII. 90, dem Tage seiner Aufnahme, ergab einen sehr gracilen, kleinen Körperbau, schlechte Ernährung, blassgelbe Gesichtsfarbe.

Die inneren Organe ergaben keinen besonderen Befund. Der Schluckakt bei Wassertrinken und kleinen Bissen Weissbrod ging ganz gut, dagegen ergab die Auscultation, dass ein sekundäres Schluckgeräusch nach 5—6 Sek. erfolgte und 2—3 Sek. anhielt, also deutlich verlängert war.

Die vorgenommene Sondierung ergab denn auch in der Tiefe von 40 cm. hinter der Zahnreihe ein kurzes Hindernis für Sonde No. 18 durchgängig, nicht aber für No. 24.

Am Abdomen keine Resistenz zu fühlen.

Das ganze Bild machte den Eindruck einer carcinomatösen Striktur des Oesophagus.

Abnahme des Körpergewichtes in geringem Grade (42,5 Kilo.), mässige Kachexie, Alles sprach dafür mit Ausnahme der Zeit, da Patient die Stenose schon fast seit einem Jahr merkte.

Die Behandlung bestand in regelmässigen Sondierungen und es gelang, in einem Monat die Striktur für Sonde No. 32 durchgängig zu machen.

Das Körpergewicht war ein schwankendes geblieben, von 41,5—42,5 Kilo. Bei einer gelegentlichen Magenspülung fand sich freie Salzsäure, bei Auscultation hörte man beim Schluckakt selten ein primäres Schluckgeräusch, das sekundäre Schluckgeräusch trat bald nach fünf, bald nach zehn Sekunden ein, bald fehlte es ganz.

Das Schlucken selbst ging gut, das subj. Befinden war gut und die Stenose war am 10. X. 90. für No. 32 harte und weiche Sonde durchgängig.

Auf diese Befunde und den Erfolg der Sondenbehandlung hin, war die Anamnese eines Carcinoms hinfällig geworden. Die Diagnose wurde deshalb auf ein Ulcus simpl. Oesophagi gestellt, dessen Dauer und Fortbestehen begünstigt wurde durch den zwar nicht übermässigen aber regelmässigen Alcoholgenuss.

Patient bekam am 10. X. 90. eine weiche Gummisonde und wurde mit der Weisung, die Sondierung fortzusetzen, entlassen.

Nach fast 1 Jahr am 22. VII. 91 stellte Patient sich wieder in der Klinik wegen Schluckbeschwerden vor.

Sein Zustand war die erste Zeit, in der er die regelmässige Sondierung vornahm ein guter, er ass alle Speisen, später jedoch stellten sich Schmerzen beim Sondieren ein, weshalb er dieselbe nur selten vornahm. In letzterer Zeit wechselte sein Zustand, auf eine vorübergehende Verschlechterung im Dezember gutes Befinden bis zum Juni. Am 19. Juli führte er zum letzten mal eine Gummisonde 4 cm. im Umfang ganz ein, die vorhergehenden und nachfolgenden Tage hatte Patient schon Schluckbeschwerden und er führte die Sonde täglich 3—4 mal ein, er hatte dadurch selbst Schmerz bei Schlucken von Flüssigkeiten, zu welchem sich Erbrechen gesellte.

Patient war sehr herunterkommen, das Körpergewicht war bis auf 34,5 Kilo gesunken, sein Aussehen kakhektisch. Das Schluckgeräusch trat jetzt zuweilen nach 5 Sek. ganz kurz auf, regelmässig nach 10—14 Sekunden, dauerte dann als langgezogener schlirfender Ton 3—4 Sekunden.

Die Stenose war demnach stärker geworden, eine Sondierung wurde aber wegen der offenbar bestehenden Reizung vorderhand nicht vorgenommen und Patient nur mit Flüssigem und Ernährungsklystieren erhalten.

Vier Tage nach seiner Aufnahme am 26. VII. gelang es mit Sonde No. 20 durch die Stenose zu kommen.

Das Schluckgeräusch blieb sich zwar gleich, jedoch war es Patienten möglich Festes zu essen.

Bei den in grösseren Intervallen vorgenommenen Sondierungen war es den einen Tag unmöglich durch die Stenose zu kommen, tags darauf ging es häufig dann wieder leicht. Der Kräftezustand jedoch besserte sich, so dass das Körpergewicht am 12. VIII. 91. 38,1 Kilo betrug.

Am 22. VII. aber stellten sich am l. Lungen-Unterlappen die Zeichen einer pneumonischen Verdichtung ein ohne Fieber. Die Verdichtung ging allmählich in Abscedierung über, es fanden sich am 11. IX. im Sputum elastische Fasern, im l. Unterlappen in den nächstfolgenden Tagen Cavernenzeichen.

Das Körpergewicht ging nun sehr herunter, bis auf 32 Kilo, die Lungenerscheinungen besserten sich allmählich und es blieb nur neben der Wirbelsäule ein umschriebener Bezirk, der am 27. X. handtellergross und über dem deutlich amphorisches Atmen zu hören war.

Von Anfang Oktober stieg dann das Körpergewicht wieder

bis auf 36,1 Kilo bis Ende Oktober, um dann unter Zunahme der Schluckbeschwerden, unter bedeutender Erschwerung, zuweilen Unmöglichkeit der Sondierung zu sinken, so dass auf der chirurgischen Klinik am 9. XI. wegen Inanition des Kranken die Gastrostomie ausgeführt wurde.

Wenn auch beim zweiten Eintritt des Patienten, das Aussehen, das rapide Zurückgehen des Körpergewichts, die schnelle Erneuerung der Stenose sehr für eine maligne Neubildung sprach, so musste man doch anderseits in Erwägung ziehen, ob nicht durch das unvernünftige und häufige Sondieren, ein erneuter und acuter Entzündungszustand hervorgerufen worden sei.

Der Verlauf der Behandlung schien dies vollständig zu rechtfertigen.

Das stetige Ansteigen des Körpergewichtes, die Hebung der Stenose, die man sich als klappenartig denken musste wegen des zuweiligen Scheiterns der Sondierung, das Ueberstehen einer Verschluckungspneumonie und eines sich daran reihenden Lungenabscesses, machte selbst zuletzt ein etwaiges Hinneigen zur Diagnose-Maligne Neubildung d. h. Carcinom sehr schwer; im Gegenteil, man konnte sich viel eher eine Art Klappenverschluss durch eine frische Entzündung der umliegenden Partien des Ulcus hervorgebracht denken und die Obduktion gab dieser Ansicht nicht ganz Unrecht.

Der Mann ging einige Tage nach der zweizeitigen Operation an Inanition zu Grunde und die Obduktion (Prof. Heller) Nr. 474 ergab folgenden Befund: Grosses (Breite 7 cm, Länge 7,5 cm) an Narbe anschliessendes Krebsgeschwür der Cardia, starke Erweiterung und Muskelhypertrophie des Oesophagus, ausgeheilter Abscess des linken unteren Lungenlappens mit starker Induration der Umgebung, rechtsseitige Pneumonie mit beginnender Abscessbildung, strahlige Schwielen am Mesocolon, Atrophie an Leber, Milz und Nieren.

Die nähere Beschreibung des hier Interesse heischenden Punktes lautet:

Die Speiseröhre über der Cardia aufgeschnitten und nicht ausgespannt misst im Umfang $5\frac{1}{2}$ cm, die Muskulatur ist sehr dick. Es ragen eine Anzahl bis kirschkerngrosser kleinerer und grösserer Geschwulstmassen in den

Oesophagus hinein. Unmittelbar unter der Cardia an der hinteren Wand eine im starken Zerfall begriffene lockere etwa $3\frac{1}{2}$ cm lange, 2 cm breite Ausbuchtung, welche nach Unten von einer derben Geschwulstmasse begrenzt ist, die auf Durchschnitt gelblich ist und an schiefrig schwieliges, weite Gefässe umfassendes Bindegewebe angeheftet ist. Dieses ganze Gebiet ist umfasst von einem Kranz von grösseren und kleineren gelblich weissen und grauroten Geschwulstmassen, die Länge beträgt $7\frac{1}{2}$ cm, die Breite 7 cm. Die übrige Magenwand ist blassgelb, dünn mit zähem Schleim bedeckt.

Nach diesem Obduktionsbefund ist es wohl klar, dass es sich anfangs in der That nur um ein »Ulcus simplex« an der Grenze des Oesophagus gelegen handelte, das durch langsame Vernarbung die Stenose herbeiführte.

Erst später entwickelte sich auf den vorhandenen Narben das carcinomatöse Geschwür, das seinem Umfang nach schliessen lässt, dass der Anfang des Wachstums nicht gar zu lange vor dem zweiten Eintritt ins Krankenhaus stattfand. Es ist möglich, dass die häufige Sondierung durch Reizung zur Beschleunigung des Wachstums beitrug; das grössere Wachstum von kirsch kerngrossen Geschwulstmassen in den Oesophagus hinein spricht für Reizung durch die Sonde. Es sind dies wohl jene Massen, die vom 1. VIII. 91 zum erstenmal bei Sondierung den Durchgang durch den Oesophagus hinderten, und im November dies ständig hinderten.

Es ist daran festzuhalten, dass die Ursache zur Oesophagus Stenose und jedenfalls das primäre das Ulcus an der Cardia am Endteil des Oesophagus war, und dass sich auf diesem Boden das Carcinom entwickelte, ein Vorgang, den man so oft nach Ulcus ventriculi am Magen beobachtet hat. Ist der Sitz des zur Vernarbung führenden Geschwürs auch hauptsächlich der Cardiateil des Magens, nur zum kleinsten Teil der Oesophagus, so liegt die Berechtigung, den Fall hier mit aufzuführen, doch in dem Umstand, dass klinisch eben das Bild der Cardia stenose vorgelegen hat.

Ein in mancher Beziehung ähnlicher Fall kam in den letzten Tagen zur Obduktion. Ein 62jähriger Mann, früher angeblich nie-

malis magenleidend, erkrankte seit Weihnachten 1891 mit allmählich zunehmenden Symptomen einer tief sitzenden Speiseröhren-Verengung und wurde die letzten sechs Wochen auf hiesiger Klinik behandelt. Die Stenose sass 47 cm hinter der Zahnreihe, die Sonde stiess nicht nur auf ein Hindernis, sondern war augenscheinlich etwas engagiert. Der Mann ging an Kachexie und Inanition zu Grunde. Die Diagnose lautete: Von der kleinen Curvatur ausgehendes Carcinom, das stark in die Magenöhllung vorragt. Die Sektion (No. 322) ergab eine ausgedehnte Narbe der Magenwand mit Verwachsungen zwischen dieser und der Leber, Verkürzung der kleinen Crovatur auf 7 cm, ein für die Spitze des kleinen Fingers durchgängigen Narbenring, etwa 3 cm unter der Cardia und auf dieser Narbe frisch wuchernde Carcinommassen.

Hier lag also genau derselbe Vorgang wie im obenstehenden Falle vor, nur war die Lage etwas tiefer und ganz auf den Magen beschränkt und hatte die Striktur, so lang sie reinnarbig nicht zu Störungen während des Lebens geführt.

Bei einer allgemeinen Betrachtung dieser Fälle, ist bei allen übereinstimmend, dass lange, Monate, ja Jahre vorher Schmerzen, die in der Tiefe des Schwertfortsatzes lokalisiert wurden, vorhanden waren, ehe die Stenose eintrat, ein differential diagnostisch wichtiges Merkmal, da ja bei Carcinom das Umgekehrte meist der Eall ist.

In drei Fällen kann ja ein ursächliches Trauma angenommen werden, auf welches sich in der nächsten Zeit eine krampfartige partielle Reizung einstellte, die je nach der fortschreitenden Ulceration längere Zeit dauerte. Für diesen Krampfzustand ist besonders das Wechselnde charakteristisch, dass einige Tage das Schlucken sehr gut geht, dann ein plötzlicher schmerzhafter Verschluss eintritt, ohne dass die eingeführte Sonde ein besonderes Hinderniss findet. Ueber diese Art von Spasmus ist die letzte Zeit mehr geschrieben worden, so dass ich später darauf zurückkomme.

Erbrechen von Blut ist nur in einem Fall (II) bekannt. Es ist ja einesteils durchaus nicht ausgeschlossen, dass bei den übrigen ebenfalls eine Blutung stattgefunden hat, die mit der Darmentleerung eben unbeachtet gelassen wurde, so dass der Kranke eben nichts davon wusste, anderenteils kann ein Geschwür lange Zeit bestehen ohne Blutung, wie es ja beim Ulcus ventriculi bekannt ist.

Deutlich ist wieder ausgesprochen das Stadium der Vernarbung, das sich durch allmählich immer schwieriger werdendes Schlucken kund gab und im Laufe der Zeit zunahm, so dass immer weniger feste Speise und zuletzt nur mehr Flüssiges genossen wurde. Und dieses Stadium ist ja immer die Vorstufe zum vollständigen Verschluss der Cardia oder des Oesophagus, der dann meist ziemlich plötzlich durch eine kleine Entzündung, mechanische Reizung eintritt.

Die ausgesprochene langsame Vernarbung und der dauernd errungene Erfolg sprechen besonders für den gutartigen Geschwürsprozess. Auf kürzere Zeit (einige Monate) hat man durch die Sondierung freilich auch beim Carcinom manchmal guten Erfolg und in mehreren auf hiesiger Klinik behandelten Fällen, in welchen deshalb zu erst eine Geschwürsnarbe vermutet wurde, musste der spätere ungünstige Verlauf doch ein Carcinom annehmen lassen.

Eine andere Eigentümlichkeit der Oesophagusgeschwüre kommt auch hier in drei Fällen in Betracht, nämlich die Art der Stenosenbildung. Reher¹⁾ sagt darüber bei Differentialdiagnose mit Magengeschwür: »Da sind von besonderer Wichtigkeit den Oesophagusgeschwüren meist nachfolgende Stenosenerscheinungen, die oftmals keine wirklichen Stenosen sind, sondern Klappen und Taschenbildungen vorstellen.« Wie richtig dies ist und wie häufig dies vorkommt, dafür sprechen die vorliegenden Krankengeschichten. Denn in keinem Fall ist wohl die Stenose als ringförmig anzusehen, wie sie nach Verätzungen vorkommen, da die Erweiterung mittelst Sonde durchschnittlich eine ziemlich schnelle war; und es ist eine Stenose, die durch Einziehung von gesundem Gewebe durch die Narbe entsteht, jedenfalls durch Erweiterung des gesunden Gewebes schneller ausgeglichen, als durch die Erweiterung der narbigen Stränge.

Diese Klappen und Taschenbildungen haben ausserdem eine enorm praktische Bedeutung.

¹⁾ Reher, Beiträge zur Casuistik der Oesophaguserkrankungen. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1885, XXXII.

Es kommt nämlich oberhalb dieser Stenose zu einer Erweiterung des Oesophagus, die, da sie sich langsam entwickelt, meist mit einer Hypertrophie der Oesophagusmuskulatur einhergeht, während bei Carcinom meist eine schlaffe Dilatation besteht. Es giebt diese Muskel-Hypertrophie dem Brechakt, der ja bei Sondierung des gefüllten erweiterten Oesophagus eintritt, vielleicht noch etwas mehr Nachdruck als der schlaffe dilatierte Oesophagus.

Es kommt ja sehr leicht zu Aspirationspneumonien, wie es in Fall I und V auch vorkam, im letzten kam es sogar noch zu einem Lungenabscess, der spontan ausheilte.

Ein anderes bei der Diagnose durchaus nicht zu übersehendes Merkmal der Oesophagusgeschwüre ist die Zeitdauer. Es sind stets Prozesse, welche nicht über Tage und Monate, sondern über Jahre sich erstrecken, denn leichte Ulcerationen, wie sie sicherlich im Oesophagus auch vorkommen, führen, wenn sie schnell ausheilen, nicht zur Stenose und bleiben also unbeachtet,

Es ist ja sehr augenscheinlich, dass das fortwährende Vorübergleiten der Speisen und der je nach der Hypersensibilität erfolgende Krampf und Brechakt mechanisch sehr die Heilung hindern. In chemischer Beziehung tritt dann die verdauende Wirkung des Magensaftes mit in Betracht, um den Geschwürsprozess zu unterhalten.

Besonders ein Genussmittel ist es wohl, worauf sehr viel Werth zu legen, der Alcohol. Er hat mehr als andere Speisen die Fähigkeit, den Heilungsprocess hintan zu halten. Denn in öfteren Portionen genossen, ohne Beimischung, wirkt er eben ätzend auf das junge Epithel.

Dass von anderer Seite hierauf schon Gewicht gelegt wurde, zeigt die Erwähnung des Alcoholgenusses bei den Krankengeschichten, worin es in fünf Fällen von 15 besonders hervorgehoben. Potaterium braucht durchaus nicht vorhanden zu sein, es genügen wohl auch kleinere regelmässige Mengen, um dies hervorzubringen. Ich weiss nicht, ob nicht Fall I—III hierher gehören, da sie nach landesüblichem Gebrauch täglich kleinere Portionen Branntwein tranken, während V schon über das übliche Maass trank.

Als begünstigende Momente sind wohl auch die Magendilatationen zu erwähnen, da bei Liegen und Stagnation des Mageninhalts derselbe viel eher ausreicht, den Oesophagus zu bespülen; und eben wegen dieses letzteren Umstandes auch alle Abdominaltumoren, die den Magen nach oben drängen und zuweilen auch noch zu häufigem Erbrechen Anlass geben.

In der neueren Litteratur sind noch zwei Fälle von Ulcus Oesophagi simplex verzeichnet.

In dem ersten, der von Sabel¹⁾ beschrieben, handelt es sich um eine 32jährige Frau mit grossen Ovarium Fibrom. Sie verstarb unter den Erscheinungen eines Ulcus ventriculi und bei der Obduktion fand man ein Ulcus des Oesophagus.

In dem zweiten, der von Ewald²⁾ beschrieben, ist es ein 19jähriges Mädchen, das seit 4 Jahren die Beschwerden hatte. Die Diagnose Ulcus Oesophagi wurde während des Lebens gestellt und die Gastrostomie wegen zu vorgeschrittener Stenose ausgeführt. Der ausgezeichnete Erfolg rechtfertigte vollständig die Ansicht, dass es sich um eine Stenose nach Ulcus handle.

Fernerhin ist ein Fall von Dysphagie mit Oesophagus Dilatation von Einhorn³⁾ aufgeführt, dessen kurzen Verlauf ich anführen möchte. Ein 45jähriger Mann bekommt nach einem Fall auf den Rücken bedeutende Beschwerden beim Hinabschlucken fester Speisen, die sich zur völligen Dysphagie steigern.

Die Sondenuntersuchung stösst auf kein Hindernis, jedoch beträgt der Weg bis zur Cardia 48 cm. woraus auf eine Erweiterung des Oesophagus geschlossen wird. Der

¹⁾ Sabel, Beiträge zur Lehre vom peptischen Geschwür des Oesophag. Dissertation, Göttingen 1891.

²⁾ Ewald, Ueber Strikturen der Speiseröhre, Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. XX. 1892.

³⁾ Einhorn, Ein Fall von Dysphagie mit Oesophagus Dilatation. Wiener med. Presse, 1890 Nr. 2.

Schluckakt ist noch möglich, jedoch ist er sehr compliciert. Der Patient legt die Arme auf den Rücken, lehnt den Kopf hinten über und presst bei tiefer Inspiration mit geschlossener Stimmritze. Lässt man nun den Patienten mit diesem Schluckakt Kaffee in den Magen hinabpressen und dann einfach Wasser darauf trinken, so hat man bei Ausheben mit der Sonde folgenden Befund:

In einer Tiefe von 36 cm erhält man das reine Wasser als Salzsäurefreie Flüssigkeit, das sich also oberhalb der Cardia befand, da man nach Eingang in den Magen den Kaffee als Salzsäurehaltige Flüssigkeit vorfand.

Es ist demnach ein vollständiger Abschluss zwischen Oesophagus und Magen da. Unter einfacher Sondierung, Ausspülung der Speiseröhre, flüssiger Diät erfolgte nach einiger Zeit Gewichtszunahme und folg. Wohlbefinden.

Einhorn nun nimmt mit Ausschliessung einer Lähmung des Oesophagus und spastischer Contractur der Cardia an, dass es sich um einen Wegfall der reflektorischen Erschlaffung, resp. Eröffnung der Cardia beim Schlucken handle.

Wie soll man sich das Zustandekommen erklären?

Wir wissen durch die Experimente von Openchowski¹⁾, dass für die Dilatation der Cardia ein Centrum im Kopf des corpus striatum und Sulcus cruciatus sich findet. Man müsste sich also peripher den Reflexweg unterbrochen denken, oder soll man an Reflexneurose denken?

Vielleicht wäre doch eine andere Erklärung möglich. Betrachten wir das Trauma, die nachher eingetretenen besonders bei Essen von harten Speisen allmählich zunehmenden Beschwerden, eine deutliche Stenose, die zwar der Sonde keinen Widerstand entgegengesetzt, Heilung unter fortgesetzter Sondierung, so fällt die Aehnlichkeit der ganzen Krankengeschichte mit Fall I auf, der auch sondiert wurde, schon ehe er ins Krankenhaus kam und bei dem sich doch später eine Stenose auf anatomischer Grundlage entwickelte,

¹⁾ v. Openchowski. Ueber die gesammte Innervation des Magens. Deutsche med. Wochenschrift 1889 No. 35.

ohne dass vorher ein deutliches Hindernis war. Es fragt sich¹⁾ wohl sehr, ob hier nicht ein Ulcus vorgelegen hat. Dass kein Spasmus durch Reizung der verletzten Stelle vorgelegen hat, ist durchaus nicht dadurch bewiesen, dass die Sonde sich ohne Hinderniss einführen liess. Es kann recht gut ein leichter Spasmus der Cardia vorhanden sein, der zwar die Speisen eben zurückhält, besonders da der Oesophagus über der Cardia erweitert ist und so der Nachdruck durch die Oesophagus-Muskulatur fehlt, der eben die Sonde fast anstandslos durchgleiten lässt, so dass man eben das Gefühl der Stenose nicht hat. Denn es müsste doch für die Sonde das gleiche Gefühl sein, ob leichter Spasmus oder Aufhebung des Reflexes vorliegt, der unter normalen Verhältnissen die Cardia eben deswegen so wenig gefühlt wird, da sie sich reflektorisch bei Sondierung öffnet.

Und dass selbst ein starker Spasmus, der das Schlucken vollständig hindert, durchaus nicht für die Sonde ein besonderes Hindernis, zeigt ein Fall von Leichtenstern, bei dem es sich um eine primäre Verengung der Cardia handelt: Verfasser sagt dort: Kaum war die Sonde 15—20 cm eingeführt, so ergossen sich neben der Sonde vorbei unter Würgbewegungen reichliche Mengen flüssiger oder breiiger Ingesta: dagegen gelang es uns meistens mit steifen Sonden die Cardia ohne erhebliches Hindernis zu passieren.

Also ein Zeichen, dass Spasmus an der Cardia sehr leicht zu überwinden.

Wie sehr sich die Anfänge beider Fälle gleichen und wie schwer die Diagnose zu entscheiden, sieht man aus dem Gesagten. Nur dürfte die Annahme eines bestandenen Ulcus den Vorzug haben, dass es eine anatomische Grundlage und dass es häufiger vorkommt als eine Reflexaufhebung an der Cardia.

Fernerhin erwähnt Leichtenstern¹⁾ bei einer Narbenstenose des Oesophagus, hervorgerufen durch Lymphome, dass er unter vielen Stenosen sich an zwei, klinisch constatierte

¹⁾ Leichtenstern, Beiträge zur Pathologie des Oesophagus. Deutsche med. Wochenschrift. No. 15 p. 534.

Oesophagusstenosen erinnere, die unter consequenter Sondenbehandlung allmählich vollständig und dauernd geheilt wurden. Die Aetiologie war ihm unklar, er schliesst Alles aus, nur erwähnt er nicht das Ulcus Oesophagi und ich weiss nicht, ob man nicht bei diesen Fällen daran denken müsste.

Nach diesen Erörterungen möchte ich noch einmal kurz zusammenfassend erwähnen:

1. Das Ulcus Oesophagi ist eine chronische Erkrankung und erstreckt sich über Monate und Jahre.
2. Die Erkrankung wird oft durch heftige krampfartige Schmerzen unter dem Schwertfortsatz lange vor der Nachweisbarkeit der Stenose eingeleitet.
3. Anaemie, Alcohol, Magendilatation, Abdominalgeschwülste begünstigen die Entstehung und Unterhaltung des Geschwürs.
4. Die beste Stütze für die Richtigkeit der Diagnose ist nach Sondenbehandlung das dauernde Wohlbefinden des Kranken.

Zum Schlusse sage ich meinem geehrten Lehrer, Herrn Professor Quincke Dank, für Ueberlassung und Unterstützung bei der Arbeit.

Lebenslauf.

Als Sohn des Gutsbesitzers Bruno Ortmann, bin ich Karl Huldreich Ortmann am 27. Sept. 1865 zu Wiekerode, Pr. Sachsen geboren.

Meine Schulbildung genoss ich in Baiern, woselbst ich auch im August 1885 zu Neuburg a./D. das humanistische Gymnasium absolvierte.

Im Herbst 1885 studierte ich in München Medicin, machte 1887 im Sommer das Tentamen physicum und studierte vom Sommersemester 1889 in Kiel, woselbst ich 1890 das medicinische Staatsexamen vollendete, im Herbst 1890 das Rigorosum machte und Assistenzarzt der medicinischen Klinik wurde.

11185



1000

1952