Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfkrankheiten
Breslau (Dir.: Prof. Dr. Hinsberg).

Eine noch nicht beobachtete Form der Speiseröhren- tuberkulose — Klinische Heilung derselben.

Von Privatdozent Dr. W. Klestadt, Oberarzt der Klinik.

Mit 3 Abbildungen.

Die Tuberkulose der Speiseröhre wurde zunächst nur gelegentlich von Sektionen gesehen. Das erste Mal (1837) erwähnt sie Denonvilliers. Histologisch gesichert wurde die autoptische Diagnose erst 1877 von Zenker und v. Ziemssen. Die klinische Diagnose kam anfangs nicht über Vermutungen hinaus. Bauers¹⁾ Fall (1894) wurde auf dem Leichentisch bestätigt. H. Kurschmann²⁾ (1917) allein glaubte durch eine Herdreaktion (in Schulterblätter ausstrahlender Schmerz) und Heilung mittelst Tuberkulin-Rosenbach-Kur die tuberkulöse Natur einer schmerzhaften Speiseröhrenstenose bewiesen zu haben.

Erst die Ösophagoskopie brachte die Möglichkeit einwandfreier Feststellung. Auch seitdem liegen nur wenige Beobachtungen vor (v. Schrötter einmal, Guisnez und Abrand zweimal, Hofer einmal). Die Erkrankungsform ist eben zu selten, die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des Ösophagoscops sind in diesen Fällen gewöhnlich nicht vorhanden.

Die bekannten Fälle geben nun verschiedenartige Bilder der tuberkulösen Erscheinungsform — es fehlte nach unseren allgemeinen pathologisch-anatomischen Erfahrungen eigentlich nur noch die eine Form, die meine Beobachtung zeigt; zudem ist sie einzig in ihrer Art und lehrreich.

Abgekürzte Krankengeschichte.

54jährige Frau hatte bereits zweimal in diesem Jahre Beschwerden beim Schlucken eines Brothappens. Vor einigen Tagen blieb ein Stück Fleisch stecken. Seitdem absolute Unmöglichkeit, Bissen hinunterzubringen.

¹⁾ Verhandl. südd. Laryngol., 1894.

²⁾ Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1917, 36, S. 313.

Mittelmäßiger Ernährungszustand. Kein Fieber. Keine Lymphknotenschwellung an Hals und Schulterring. Röntgenlungenbefund ohne Herde; Hilusdrüsen nicht vergrößert. Pirquet pos.

Ösophagoskopie: Am Beginn des offenen Ösophagus ein Tumor, der breit dem rechten, auch etwas dem hinteren Umfang aufsitzt; er ist in keiner Weise von der Stelle zu rücken. Speiseröhrenwand folgt beim Fassen des Tumors dem Zuge. Lichtung wird völlig ausgefüllt. Faulige Fleischfetzen liegen dem Tumor auf, Tumor ist weiß, knorpelhart, nicht ganz eben, von stumpfem Glanz. Probestück entnommen.

Nächsten Tags hohes Fieber. Befund derselbe, nur fließen plötzlich schätzungsweise zwei Teelöffel stinkenden, gelbbraunen Eiters in die Lichtung; seine Quelle nicht zu entdecken.

Fiebersturz auf 6 Tage. Dann hohes Fieber, Prostration. Nächsten Tags manifeste Unterlappenpneumonie links. Klingt im Laufe von 8 Tagen ab. In dieser Zeit wird sukzessive das Schlucken besser.

Nach 14 fieberfreien, symptomlosen Tagen Ösophagoskopie: Lumen völlig frei. An Stelle des Tumors eine glatte, gelbliche Narbe.

Die histologische Untersuchung hatte tuberkulöses Gewebe ergeben; elastisches Gewebe nicht im Sinne einer Lues; W. R. neg.

Röntgenaufnahmen: Bei der Aufnahme: Erweiterung der Speiseröhre über einer Verengung von spastischem Charakter. Die Konturen sind rechterseits verschleiert. Außerhalb des Ösophagus setzt sich der unregelmäßige fleckige Schatten aus seinem Inneren fort. Unterhalb sieht man noch einen etwas stärkeren, fast ringförmigen Schatten außerhalb des Ösophagus. Während sich bewährte Röntgenbetrachter über die extraösophageale Lage der erstgenannten Beschattung einig waren, wurde die letztgenannte von dem einen für einen Kalkherd, von dem anderen nur für die Grenzlinien eines Rippenköpfchens gehalten. Der Kontrastbrei hat in geringen Mengen die Enge passiert.

Nach der „Heilung“ ist im Röntgenbild noch eine eieruhrartige Einschnürung zu sehen, die als spastische Stenose zu deuten ist. Der Brei nahm in reichlicher Menge diese Stelle. Der obere Ösophagus ist gleichmäßig zylindrisch von Brei erfüllt und scharfrandig. Von einem besonders charakterisierten Schatten, der als Kalkherd anzusehen wäre, ist nichts zu bemerken.

Nach 3 Monaten gute Gewichtszunahme. Nur manchmal rutschen in letzter Zeit Brot- oder Kartoffelbissen nicht glatt hinunter, so daß sie mit Wasser hinuntergespült werden müssen.

Röntgenologisch ist eine kleine Einschnürung von der rechten Seite her zu sehen, über der eine breitere Breisäule steht als unter derselben. Konturen sind scharf. In Umgebung kein Schatten.

Ösophagoskopisch findet man an bewußter Stelle, oberhalb der sich die Schleimhaut von rechts und hinten her abnorm in Falten legt, eine rechts und hinten sitzende blasse, etwas straffe halbmondförmige Spange, die bei langsamem Vorschieben des Rohres einreißt und durch Dehnung verschwindet. Ein Traktionsdivertikel ist palpatorisch nicht nachzuweisen.

Die Diagnose machte anfangs viel Bedenken. Die Ähnlichkeit des Verlaufes mit einem Fremdkörper war zu groß¹⁾. Die Mikroskopie im Verein mit dem Röntgenbild gaben zwar den Ausschlag: Tuberku-

¹⁾ Die Verwechslung von Fremdkörpergranulationsgewebe mit einer Neubildung im Ösophagoskop ist Schlemmer (A. f. klin. Chir. 1920, 114, S. 37, 269) einmal begegnet.

lose. Aber die Tuberkulose klinisch als Tumor sich bietend, die Abheilung des ganzen Tumor erschien gegenüber dem Fremdkörper eine ausgefallene Deutung.

Ist nun an der Diagnose nicht mehr zu zweifeln, so müssen wir den

Abb. 1.

Fall unter die ganz seltenen Tuberkulosen einreihen, die im allgemeinen Bild als kompakter Tumor erscheinen, sich geweblich aber als Tuberkulose entpuppen.

Wir kennen solche Pseudopapillome im Kehlkopf; ich sah einen

langgestreckten submukösen Tumor dieser Art im Rachen; Imhofer¹⁾ beschrieb ein submuköses Tuberkulom des Mundrachens, das neben (und später als dieses) einem Septumtuberkulom bei sonst gesunder

Abb. 2.

Patientin auftrat; Herr Privatdozent Dr. Mathias teilte mir von dem Vorkommen ebensolcher Affektionen am Cervix uteri mit.

Die Speiseröhrentuberkulosen sind nach zwei Gesichtspunkten eingeteilt worden: einmal nach genetischen von Kraus-Ridder²⁾, einmal

¹⁾ Mon. f. Ohrenh., 1912, S. 81.

²⁾ Hölder, Wien-Leipzig, T. II, 1913, S. 249.

die das Krankheitsbild verwischt und nicht erschöpft. Sie wollen selbst ihre Einteilung nicht als endgültig aufgefaßt wissen.

Kraus spricht von Tuberkulosen

1. durch Einimpfung,
2. „ kontinuierliche Fortpflanzung vom Pharynx her (dazu hat auch eine solche vom Magen aus zu gehören!),
3. „ Durchbruch peribronchialer oder mediastinaler Lymphknoten,
4. „ Durchbruch eines prävertebralen Abszesses,
5. „ „ einer Lungenkaverne,
6. „ Verschleppung auf dem Blutwege, wozu also noch
7. die Verschleppung auf dem Lymphwege käme.

Gardère gruppiert pathologisch-anatomisch:

1. Geschwüre,
2. Skleröse Verengerungen,
3. Perforationen.

Das sind ihm zufolge die drei Schadenarten (les trois lésions). Ich füge dem die

4. Tumorbildung hinzu.

Die Möglichkeit der Kombination versteht sich von selbst.

Unter „Tumor“ ist nicht Vorwölbung der mehr oder weniger normalen Schleimhaut durch die Wanderkrankung gemeint. Stark¹⁾ beschreibt diese am Präparat, Guisez und Abrand im ösophagoskopischen Bild. Es ist etwa das isolierte Auftreten der „weißen, höckrigen, zeitweise graugelben Neubildungsartigen Granulationen“, wie sie H. v. Schrötter²⁾ in seinem historischen Fall sah und abbildete; nur waren sie hier bereits weich — sie hatten sich ja auch in 4 Wochen zur narbenartigen Stenose geglättet! — und gab die skleröse Stenose mit ihrer Wandverdickung dem Fall das Gepräge.

Mein Tumor trat ganz selbständig in die Erscheinung, war noch zum „Knarpsen“ hart. Dann schmolz auch er hinweg, um, da er solitäre Affektion der Speiseröhre war, einer flachen, zunächst unkomplizierten Narbe Platz zu machen.

Das Kennzeichen der sklerösen Verengerung ist die derbe Durchsetzung aller Schichten, die Ausdehnung auf längere Strecken, die zirkuläre Anordnung mit konzentrischer Einengung.

Die Geschwüre sind (makroskopisch) spezifischen Charakters, und die Durchbrüche sind das in der Regel auch.

Während die Geschwüre annähernd gleich häufig bei jeder Entstehungsart vorkommen mögen, waren alle Fälle mit Beteiligung der tieferen Wandschichten durch die Aussaat auf dem Wege des Blut-

¹⁾ Ziegl. Beitr., 7. Suppl., 1905, S. 733.

²⁾ Wien. klin. Woch., 1907, S. 1135.

und Saftstromes, insbesondere aber infolge einer Durchwucherung von tuberkulösen Lymphknoten der Umgebung aus zum Ausbruch gekommen. Das Angehen inokulierter Infektion ist an der Speiseröhre sowieso erschwert. Bekanntlich mißt man eine schützende Wirkung dem Plattenepithelbelag (Schaschmann) sowie dem schnellen Durchgang der Speisen bei. Dazu möchte ich noch hinzufügen, daß die Einhüllung der Bazillen und der bazillenhaltigen Ingesta in Sputum, sowie Mundschleim und -Speichel dem Anhaften auch kleinster Teile an der Wand und in ihren Falten einigermaßen vorbeugt.

Dem Ausfall dieser natürlichen Hilfen ist auch die Tatsache zuzuschreiben, daß die Speiseröhrentuberkulose sich häufig mit Gewebeschädigungen anderer Art¹⁾ vergesellschaftet und geschwächte Personen befällt. Und dann pflegt sie Nebenfund und ihre Manifestation multipel zu sein.

Wichtig ist in meinen wie den anderen ösophagoskopierten Fällen, daß die diagnostizierte Erkrankung der einzige manifeste Herd der Tuberkulose im Körper war. Trotzdem ist die Prognose am Ösophagus gewöhnlich schlecht (Gardère). Nur mein Fall macht eine Ausnahme. Er heilte klinisch ab. Ihm kam die sehr begrenzte Ausdehnung zugute und der Umstand, daß der (röntgenologisch sichtbare) periösophageale Herd, dem das Vorwachsen des Tumors in die Speiseröhre zuzuschreiben war, erweichte und mit dem zerfallenen Tumor in die Speiseröhre abging. Gefahrlos dürfte auch diese Befreiung von ihrem Leiden für die Patientin noch nicht sein angesichts der vermutlichen freigewordenen, verschleppten Tuberkelpilze. Die beginnende Narbenstenose bei der ersten Nachuntersuchung ist sehr interessant, um so mehr, als von einer Traktionsdivertikelbildung noch nichts zu sehen war.

Wichtig ist, daß klinisch die Entwicklung der Ösophagustuberkulose infolge Durchbruchs tuberkulöser Lymphknoten erkannt werden konnte. Um eine primäre Form der Ösophaguserkrankung kann es sich also nicht gehandelt haben.

Ob der Ösophagusabszeß als ein kalter Abszeß oder als infizierter kalter Abszeß angesehen werden kann, bleibt fraglich. Der Anwendung

¹⁾ Beispiele für Kombination mit

Lues und Karzinom: Dean und Gregy, S. Zbl. 1920, S. 37.

Karzinom: Zenker, D. Arch. f. kl. Med. 40, 47.

Cordua, Arbeiten a. d. path. Inst. Göttingen 1893

Hötzl, Inaug.-Dissert., München 1907.

Verätzung: Leto, Sem. Zbl. 1912, S. 538.

Ewert, Inaug.-Dissert., Berlin 1905.

Hofer, Wien. med. Woch. 1918, S. 613.

Soor: Eppinger.

des Ösophagoscopes allein wird er seine Entstehung vermutlich nicht verdanken, wohl aber seine Infektion. Zu vermeiden wäre sie dabei nicht gewesen. Hat sie der Patientin durch Begünstigung der Einschmelzung des Herdes einen Dienst geleistet, so war das unfreiwillig meinerseits. Im allgemeinen werden bei sachgemäßer Endoskopie periösophageale Abszesse nur dann entstehen, wenn die Erkrankung auch ohnedem der Gefahren genug bietet, einschließlich der Infektion der Nachbarschaft der Speiseröhre. Helfen wird man solchen Patienten palliativ durch Abtragung des Knotens, mit dem sich dann noch bakteriologische Versuche anlegen lassen. Dem kam in unserem Falle die Pneumonie und der unter ihrem Verlauf vor sich gehende Abheilungsvorgang zuvor.

Zusammenfassung: Es gibt außer der vorwiegend ulzerösen und der sklerös-hypertrophischen stenosierenden und der Durchbruchstuberkulose der Speiseröhre noch eine tumorartige Form. Ein solcher Fall wurde ösophagoskopisch-histologisch diagnostiziert. Das klinische Bild ähnelte sehr dem eines einige Zeit eingekeilten Fremdkörpers, das ösophagoskopische dem eines Krebses. Röntgenologisch wurde der Fall erkannt als entstanden durch Kontinuitätswucherung von periösophagealen Lymphknoten aus. Der Herd und der Tumor erweichten nach Entstehen eines Abszesses und Überstehen einer Pneumonie. Die narbige Verheilung ließ sich ösophagoskopisch und röntgenologisch verfolgen.