IV. Oesophagitis exfoliativa.

Von Dr. N. Reichmann in Warschau.

In den ersten Tagen dieses Jahres consultirte mich Herr B. aus Łódź. Der Kranke ist 33 Jahre alt, und klagt über eine vollständige Unmöglichkeit, sowohl feste, wie flüssige Speisen zu schlucken. Patient giebt an, er leide an Oesophagus schon mehr als 10 Jahre. Die Beschwerden waren nicht constant und bereiteten ihm keine besonderen Qualen: von Zeit zu Zeit empfand er aber unbedeutende Schmerzen und Schlingbeschwerden. Vor einigen Tagen trat plötzlich bei dem Essen von Fleisch ein vollständiger Verschluss des Oesophagus ein, das zuletzt verschlungene nicht sehr grosse Stück Fleisch blieb in der unteren Oesophaguspartie stecken, und konnte, trotz verschiedener vom Kranken vorgenommenen Bemühungen weder nach dem Magen gebracht, noch zum Halse nach aussen befördert werden. Seit diesem Augenblicke konnte der Kranke absolut nichts, nicht einmal einen Löffel Wassers herunterschlingen. Wenn er etwas, sei es einen Tropfen Flüssigkeit, zu schlucken versuchte, trat sofort Ersticken und Würgebewegungen ein, welche zum Regurgitiren der Flüssigkeit führten. Nach Verlauf von 5 Tagen, seitdem ein vollständiger Verschluss des Oesophagus eingetreten ist, hat der Kranke unter Erstickungen und Würgebewegungen eine ziemlich grosse Membran herausgeworfen, was jedoch ohne Einfluss auf den Verschluss des Oesophagus geblieben ist. Am folgenden Tage kam Patient nach Warschau und wurde von mir untersucht. Beim Einführen der Richet'schen Sonde No. 25, habe ich in dem unteren Drittheil des Oesophagus einen vollständigen Verschluss dieses Organs constatirt; bei einem etwas stärkeren Druck gelang es mir jedoch das Hinderniss zu überwinden, und die Sonde gelangte dann mit Leichtigkeit in den Magen.

Seit diesem Momente kann Patient sowohl feste wie flüssige Speisen schlucken, und klagt nur über ein unangenehmes Gefühl, welches er beim Schlucken, besonders trockener Bissen empfindet. — Nach Verlauf von einigen Tagen, schon nach der Rückkehr des Patienten nach Hause, kam mit dem Stuhlgang eine ähnliche Membran und von derselben Grösse, wie diejenige, welche durch den Mund herausgeworfen wurde, zu Tage. Patient hat mir nur diejenige Membran, welche durch den Hals herauskam, gebracht. Leider war dieselbe in der Weise in kleinere und grössere, schmale und breite Stückchen zerrissen, dass ich nicht instande bin zu sagen, ob dieselbe nach dem Verlassen des Oesophagus eine geschlossene Röhre gebildet habe, auch ist es nicht möglich, genau die Dimensionen der Membranoberfläche zu geben. Der Kranke konnte mir in dieser Hinsicht keine genauen Angaben geben.

Wenn wir aus den einzelnen Streifen, von denen einige eine Länge von 15 Centimeter, die anderen eine Breite von 3 Centimeter hatten, auf die Dimensionen der ganzen Membranoberfläche schliessen sollen, so dürfen wir annehmen, dass dieselbe in toto ungefähr 100 qcm betragen hat. Die Dicke der Membran war nicht überall eine gleichmässige und hat ungefähr $\frac{1}{8}$ Millimeter betragen. Die Farbe der Membran war eine grau-braune.

Die Oberfläche der Membran ist nicht vollständig glatt; auf einer Seite sieht man längliche Furchen, auf der anderen diesen entsprechende längliche Erhabenheiten. Bei der mikroskopischen Untersuchung konnten wir constatiren, dass die Membran einzig und allein aus mehreren Schichten Plattenepithel, welches ziemlich grosse Zellen mit grossem Kern und Kernkörperchen besitzt, besteht. Diese Zellen unterscheiden sich in ihrem Aussehen gar nicht von normalen Epithelzellen des Oesophagus. Zwischen den Zellen findet man an mehreren Stellen schlitzförmige Interstitien.

In mehreren, recht zahlreichen Stellen liegen die Zellen concentrisch; diese Stellen entsprechen zweifellos den Papillen der Oesophagusschleimhaut, welche bei unserem Kranken vielleicht stärker als normal entwickelt sind. Die die beschriebene Membran zusammensetzenden epithelialen Zellen färben sich überhaupt schwer; am leichtesten färben sich dieselben mit Hämatoxylin und Picrocarmin. Hämatoxylin färbt die Kerne und den Zellkörper violett, die Kerne werden stärker, der Zellkörper sehr schwach gefärbt. Picrocarmin färbt den Zellkörper und den Kern in gleicher Weise leicht rosa. In Aetzlaugen quellen die Zellen unserer Membran nicht auf, dieselben werden nur sehr blass und verlieren ihre Contouren; der Kern wird ebenfalls unter dem Einfluss der Aetzlaugen

undeutlich. Die von beiden Flächen der Membran abgeschabten Zellen unterscheiden sich nicht von einander, weder in ihrem Aussehen, noch in ihrem Verhalten gegen Färbemittel und Aetzlaugen. Bei der Doppelfärbung der Zellen mittelst der Blaschko'schen¹⁾ Methode, d. h. zuerst mit Hämatoxylin und dann mit Picrocarmin, stellt es sich heraus, dass einige dieser Zellen eine blaue, blaugrüne oder grüne Farbe annehmen, und der Rest der Zellen und zwar die Mehrzahl derselben bei der Anwendung dieser Methode eine violette Farbe annimmt. Dies beweist, dass ein Theil der, die Membran zusammensetzenden Zellen in Verhornung übergegangen ist. Ähnliche Zellen finden wir auf beiden Flächen der Membran und in ihren tieferen Schichten. Verschiedene Uebergangsfarben der Zellen, von der blauen bis zur grünen Farbe, scheinen dafür zu sprechen, dass die veränderten Zellen in verschiedenen Graden der Verhornung anheingefallen sind.

Aus diesem ist ersichtlich, dass unsere Membran einen homogenen Bau besitzt und sich wenig vom normalen Oesophagusepithel unterscheidet. Ohne Zweifel ist dieselbe also ein Product der Oesophagusschleimhaut. Die grosse Zahl von Schichten der, die Membran zusammensetzenden Epithelzellen kann uns nicht befremden, da wir nicht wissen, in welcher Quantität überhaupt Epithelzellen sich bilden und wie lange diese Membran im Oesophagus verweilt hat, und andererseits ist ja bekannt, in welcher colossalen Quantität Epithelzellen, von der mit einem chronischen Katarrh befallenen Oesophagusschleimhaut abgeschilfert werden (Oesophagitis desquamativa). Schwieriger zu begreifen ist der Umstand, warum die Zellen nicht in gewöhnlicher Weise desquamirten, warum dieselben so innig verbunden sind, und warum dieselben eine so dicke, aus so vielen Schichten bestehende Membran, welche erst in toto von der Schleimhaut abfiel, gebildet haben. Die Verhornung einer gewissen Anzahl von Zellen, welche die Membran bilden, kann uns dies in keinem Falle erklären. Denn es ist bekannt, dass die verhornten Zellen gewöhnlich einzeln oder mehrere zusammen von der Schleimhaut desquamiren und solche dicke und ausgebreitete Membranen nicht bilden. Ebenso schilfert die oberste Schicht der Epidermis — d. h. die vollständig verhornte Epidermis der gesunden Haut in der Gestalt kleiner Plättchen ab. Es muss also gewiss eine andere Ursache bei der Entstehung ähnlicher Membranen wie dieser beschriebenen, vorhanden sein. Wahrscheinlich bildet sich gleichzeitig mit der Hyperproduction der Zellen eine stärkere Kittsubstanz oder in grösserer Quantität wie im normalen Zustande, welche eben diese Zellen stärker unter einander verbindet.

Der oben beschriebene Fall beweist, dass ausser gewöhnlicher katarrhalischer Processe des Oesophagus katarrhalisch-entzündliche Zustände vorkommen, bei welchen ziemlich dicke, ausgebreitete, aus Epithelzellen bestehende Membranen sich bilden, welche die Ursache einer plötzlichen Verschluss des Oesophaguslumens sein können.

Ähnliche Krankheitsprocesse sind ziemlich oft in anderen mit Schleimhaut bedeckten Organen, nämlich in der Vagina und Urethra, beobachtet worden.

An der Oesophagusschleimhaut kommt wahrscheinlich dieser Krankheitsprocess viel seltener vor, denn in der ganzen mir zugänglichen, die Krankheiten des Oesophagus behandelnden Litteratur, konnte ich nur die Beschreibung eines einzigen von Birch-Hirschfeld²⁾ beobachteten, und dem oben beschriebenen ähnlichen Falles finden. Der Fall betrifft eine früher vollständig gesunde Hysterica, welche ohne irgend welche Ursache während 3 Tagen fieberte, über Halsschmerzen, Uebelkeiten und Schlingbeschwerden klagte und schliesslich am 3. Tage unter Würgebewegungen eine 20 cm lange membranöse Röhre auswarf, welche bei der mikroskopischen Untersuchung sich aus Epithelschichten bestehend, welche in den oberflächlichen Partien normales Epithel und in den unteren mit einer grossen Quantität runder Zellen infiltrirt waren, erwiesen hat. Die Kranke hat allmählich vollständige Gesundheit wieder erlangt. Hier entstand also eine sehr acute subepitheliale Eiterung, welche zur Ablösung der Epithelschicht führte.

Hier muss ich nochmals betonen, dass in meinem Falle, bei der Untersuchung der Membran ausser Epithelzellen, keine anderen Zellen nachgewiesen werden konnten. Birch-Hirschfeld hat seinen Fall: Pseudo-croupöse Entzündung bezeichnet. Meiner Meinung nach ist für diese Fälle die Bezeichnung: Oesophagitis exfoliativa viel entsprechender.

Schliesslich wollen wir versuchen die Art und Weise, wie der vollständige Verschluss des Oesophagus bei unserem Kranken zu Stande kam, zu erklären. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die, den ganzen Oesophaguscanal auskleidende Epithelmembran, infolge

¹⁾ Blaschko. Zur Anatomie u. Entwicklungsgeschichte der Oberhaut (Verhandl. d. physiol. Ges. zu Berlin No. 4 und 5 vom 28. Dec. 1883. Referat in Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis. 1884, p. 131—134.)

²⁾ Zenker und v. Ziemssen. Krankheiten des Oesophagus. 1878, p. 137.

von Contractionen der Membrana muscularis, von der Schleimhaut nur in ihrem oberen Abschnitt, und zwar in ihrem ganzen Umfange, oder nur von einer Seite, abgelöst wurde. Das verschlungene Stück Fleisches ist wahrscheinlich in den Zwischenraum zwischen der Epithelmembran und die Schleimhaut gelangt, die erstere wurde dicht oberhalb der Stelle, wo dieselbe von der Schleimhaut nicht abgelöst war, hervorgewölbt und auf diese Weise durch den Fremdkörper das Lumen des Oesophagus verstopft. Oder auch es hat sich die ganze abgelöste Partie der Epithelmembran zusammengeballt und mit dem verschlungenen Stück Fleisches in einen Propf verwandelt, welcher in den unteren Partien des Oesophagus liegen geblieben ist, d. h. an dieser Stelle, wo derselbe aufgehalten werden musste, da hier die Epithelialschicht nicht von der Schleimhaut gelöst war. Die erste Annahme erscheint viel wahrscheinlicher; für dieselbe spricht noch der Umstand, dass die Membran durch den Hals nach aussen kam; während im zweiten Falle die Membran wahrscheinlich in Toto in den Magen gelangt wäre.