IV. Ueber Spasmus und Atonie der Speiseröhre.

Von Prof. Dr. Th. Rosenheim.

(Schluss aus No. 46.)

Man mag nun leicht die Ansicht haben, dass eine sehr subtile diagnostische Trennung aller dieser Fälle mit den Hilfsmitteln, die ich anwende, also speziell mit dem Oesophagoskop, nicht gar so nöthig ist, weil dieselben den Charakter der Gutartigkeit oder doch der relativen Gutartigkeit an der Stirn tragen und weil vor allen Dingen mit Rücksicht auf die exquisite Chronicität des Verlaufes die Unterscheidung von Carcinom, der häufigsten und wichtigsten Erkrankung der Speiseröhre, sich ohne weiteres ergibt. Demgegenüber möchte ich bemerken, dass diese functionellen Störungen der Speiseröhre, Spasmen sowohl als atonisch-ektatische Zustände sehr wohl tödtlich endigen können und dass sie unter allen Umständen ein den Lebensgenuss störendes, die Ernährung untergrabendes Uebel darstellen. Vor allem aber besteht doch auch die Gefahr, dass das, was als einfache Neurose begonnen hat, als schwerer irreparabler anatomischer Prozess endigt, unter Umständen sogar als Carcinom. Denn ich kann mich dem Eindruck nicht verschliessen, dass auch rein functionelle Störungen, indem sie dauernd die Auflösung anhaltender, mehr oder weniger heftiger Reize in einem Organabschnitt herbeiführen, schliesslich den Boden für das Carcinom bereiten helfen. Und gerade dieser Umstand muss uns sehr vorsichtig machen, ein Carcinom gegebenen Falles auszuschliessen mit Rücksicht auf die Chronicität des bisherigen Verlaufes. Nach den von mir gemachten Erfahrungen würde ich diesen letzteren Punkt für die Diagnose niemals entscheidend verwerthen und eine Klarstellung nicht von weiterem Zuwarten erhoffen, sondern dieselbe durch das Oesophagoskop herbeiführen, was gemeinhin leicht und sicher möglich ist. Ich gestatte mir, Ihnen zur Illustration des Gesagten zwei Fälle mitzuthellen, die, wie ich meine, für jeden lehrreich sind.

Fall 5. Frau Sch., 56 Jahre alt, wurde mir am 7. November 1898 von Herrn Dr. J. Meyer zugeführt. Patientin, die achtmal entbunden, seit sechs Jahren nicht mehr menstruirt ist, galt immer in ihrer Familie als nervös und ängstlich. Vor vier Jahren begann sie über häufigeren Druck im Halse hinter dem Kehlkopf zu klagen. Sie hatte das Gefühl eines Fremdkörpers, und dieses trat auch auf, wenn sie nichts geschluckt hatte, häufiger aber während des Essens und nach demselben. Im Jahre 1896 starb in dem kleinen Ort, in dem die Patientin lebte, ein ihr bekannter Mann an Kehlkopf- oder Speiseröhrenkrebs, und von dieser Zeit ab datirte eine unzweifelhafte Verschlimmerung der Schluckfähigkeit. Patientin hatte das Gefühl, dass namentlich festere Speisen hinter dem Brust-

¹⁾ Martin, Pathogenèse de l'ophtalmie électrique. Annales d'oculistique C., p. 25, citirt nach Widmark.

²⁾ Nodier, Sur une ophtalmie causée par la lumière électrique. Thèse de Paris 1881, citirt nach Widmark.

bein schwer passirten oder auch stecken blieben. Sie musste öfter regurgitiren; es stellte sich Aufstossen ein, und sie magerte ab. Sie wurde deshalb von ihrem Mann nach der Provinzialhauptstadt zu einem vielbeschäftigten Collegen gebracht, der den Zustand als einen nervösen deutete und entsprechende Verordnungen traf. Hierauf besserte sich das Befinden, doch bestanden leichtere Schluckbeschwerden und noch häufiger das oben erwähnte Constrictionsgefühl hinter dem Kehlkopf fort. Dann kam es im Sommer 1897 zu erneuter Verschlimmerung, es wurde derselbe Arzt consultirt, der sich genau in derselben Weise wie ein Jahr früher aussprach. Es ging dann wieder mal einige Zeit besser, allein im Frühling 1898 wurden die Beschwerden, und zwar dauernd, stärker. Größere Kost ging auch bei vorsichtigem Kauen nie ohne Beschwerden durch, das Regurgitiren kam häufiger. Patientin magerte unzweifelhaft ab, schlief schlecht, war unruhiger und reizbarer als je. Jetzt fuhr die Patientin zum dritten Mal zu dem erwähnten Collegen. Dieser blieb dem Gatten gegenüber auch diesmal bei seiner Beurtheilung der Sachlage. Auf den Einwand, dass doch da irgend ein Hinderniss sein müsse, erklärte er die Störung für einen mit der Nervosität zusammenhängenden Krampf am Mageneingang, der sich von selbst wieder verlieren würde. Theils um sich, theils wohl auch um die Patientin davon zu überzeugen, dass ein mechanisches Hinderniss nicht vorliege, führte er jetzt zum ersten Mal eine feste, dicke Sonde in die Speiseröhre ein, die auch bis in den Magen vordrang. Die Kranke fuhr dann in ihr Hotel zurück, weil sie sich durch die Untersuchung angegriffen fühlte. Das Uebelbefinden steigerte sich, und vier Stunden nach der Sondirung wurde eine grosse Menge schwarzen Blutes erbrochen. Nachdem die Patientin sich etwas erholt hatte und nachdem man sie zu überreden versucht hatte, dass dieses nichts zu sagen habe und dass ein solcher Zwischenfall sich auch ohne ernstere Erkrankung des Magens und der Speiseröhre ereignen könne, fuhr sie in ihre Heimath zurück. Thatsächlich schien sich die Kranke auch wieder zu erholen, das Aufstossen, die Regurgitation waren seltener vorhanden, von Speisen ging eigentlich alles durch, und so entschloss sich die Kranke im Juli wegen rheumatischer Beschwerden eine Cur in Teplitz durchzumachen. Allein von jener Zeit ab wurde der Appetit schlechter, die Zunge zeigte Belag, die Schluckbeschwerden traten wieder auf und sind von da ab dauernd geblieben, nur dass sie fortschreitend zunahmen. Während im Sommer noch weiche Semmel geschluckt werden konnte, ging im November nur noch Flüssiges, und das auch mit Beschwerden, durch. Unzweifelhaft verschlechterte sich die Schluckfähigkeit, wie auch während der früheren Jahre, wenn Patientin erregt war und sich Sorgen wegen ihres Zustandes machte. In diesem Stadium des Leidens wurde mir die Patientin zugeführt, die ich behufs genauerer Beobachtung in meine Klinik aufnehmen liess.

Status praesens 7. November: Blasse, leidend aussehende, kleine Frau unzweifelhaft stark abgemagert, aber immer doch noch in gutem Ernährungszustande; unruhiges Flackern der Bulbi, Tremor der Hände stark gesteigerte Kniephänomene weisen auf die erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems hin. Herz, Lungen und Nieren ohne Abnormität, Puls klein, 72, Zunge dick grangelb belegt, erhebliche Zahndefekte, abnorm starke Speichelfroduction, Pharynx leicht geröthet, Larynx frei. Bei der vorsichtig ausgeführten Sondirung finden weiche und feste Sonden 35 cm von den Zähnen entfernt ein unüberwindliches Hinderniss, im Sondenfenster etwas Blut, keine Speisereste. Druck im Epigastrium nicht empfindlich. Eine ösophagoskopische Untersuchung wird verweigert. Die weitere Beobachtung in der Klinik ergibt nun Folgendes: Flüssige Nahrung, gelegentlich auch dünnbreiige (hachirtes Fleisch, Milchgries und ähnliches) geht bald ohne Störung durch, bald hat Patientin das Gefühl, dass sie vor dem Magen stehen bleibt. Ist dies der Fall, so tritt Speicheln und Regurgitiren sehr bald ein, und das lästige Druckgefühl hinter dem Kehlkopf macht sich für Stunden geltend. Angst und Unruhe verschlechtern unzweifelhaft die Schluckfähigkeit, sodass dann selbst stundenlang kein Tropfen Flüssigkeit durchgeht. Führt man eine weiche Sonde in die Speiseröhre ein, wenn Patientin das Gefühl des Steckenbleibens von Nahrung hat, so entleert man spärliche, neutral reagirende Speisereste. Ueber die Magenfunctionen vermag man sich dadurch zu informieren, dass man die Patientin, nachdem man einen weichen Schlauch bis zum Hinderniss geführt hat, Brechbewegungen machen lässt. Dieser Mageninhalt, wiederholt untersucht, ist ziemlich zähflüssig und zeigt regelmässig stark saure Reaction, doch fehlt freie Salzsäure und Milchsäure. Eine motorische Störung des Organs lässt sich nicht einwandfrei nachweisen.

13. November. Die Prüfung der Schluckgeräusche ergibt ein durchaus wechselndes Verhalten. Das zweite Geräusch ist einige Male prompt aufgetreten, meist aber wurde es vermisst. Bei der Sondirung mit einer feinen Metallspirale gelingt es, 40 cm weit vorzudringen, dann aber ist der Widerstand unüberwindlich. Auch diesmal haftet an dem Instrument etwas Blut. Bei consequentem Gebrauch von Emser Wasser, Salzsäure und gelegentlichen Encaïneinspritzungen in die Speiseröhre tritt vorübergehend bis zum 23. November eine Besserung im Allgemeinbefinden und in der Schluckfähigkeit auf. Von da ab ohne

nachweisbare Veranlassung Verschlimmerung, fortschreitende Abmagerung, weshalb Ernährungsklystire zu Hilfe genommen werden.

Am 28. November auf Wunsch der Angehörigen Consultation mit Professor M., der sich der von mir von Anfang an ausgesprochenen Vermuthung, dass hier ein anatomisches Hinderniss wahrscheinlich maligner Natur an der Cardia vorliege, anschloss. Jetzt endlich verstand sich die Kranke dazu, in eine ösophagoskopische Untersuchung einzuwilligen, die am 2. December vorgenommen wurde und ausserordentlich leicht ausführbar war. Im unteren Oesophagealdrittel oberhalb des Zwerchfelles war die Schleimhaut exulcerirt, die Geschwürsränder zerrissen und zum Theil flottirend, hier und da erhoben sich aus dem Gewebe gran-röthliche Wulste, aus der Tiefe kam fortdauernd blutiger Schleim heraus. Es handelte sich also um ein Carcinoma Cardiae, dem die Kranke denn auch etwa 1½ Monate später zu Hause erlegen ist.

Die Beurtheilung dieses bemerkenswerthen Falles war gewiss keine ganz leichte, wie man zugeben wird. Störungen, welche auf den Oesophagus bezogen wurden, liessen sich bei unserer Kranken bis ins Jahr 1894, also länger als vier Jahre zurückdatiren. Die Patientin hatte über jene eigenthümlichen Constrictionerscheinungen hinter dem Kehlkopf zu klagen, die so häufig von nervösen, hysterischen Personen angegeben werden, die aber auch, ähnlich wie die Salivation, als Reflexerscheinungen gar nicht selten unabhängig von Neurasthenie und Hysterie bei den verschiedensten Oesophageal- und namentlich Magenaffectionen zur Beobachtung gelangen. Das in Rede stehende Symptom kommt wohl durch Zusammenziehung der *M. constrictores pharyngis* inf. zu Stande und ist dadurch charakterisirt, dass es den Schluckakt als solchen nicht hindert, im Gegentheil ein gewisses Schluckbedürfniss auslöst, so dass solche Patienten ausserordentlich häufig leer schlucken und auf diese Weise richtige Luftschlucken, die an Tympanie und Eructationen leiden, werden. Man muss, wenn man den gesammten Nervenzustand unserer Kranken berücksichtigt, annehmen, dass diese Sensation als Theilerscheinung der allgemeinen Nervosität auftrat. Dafür, dass wir es von Anfang an mit einem Reflexphänomen zu thun gehabt haben, ausgehend von der Speiseröhre und dem Magen, und dass damals bereits eine Erkrankung dieser Organe vorgelegen hat, spricht mit Sicherheit nichts. Die ersten Schluckbeschwerden, die den Verdacht auf ein wirkliches Oesophagealleiden hätten lenken können, stellten sich im Jahre 1896 ein, als die Patientin die Qualen eines Speiseröhrenkrebskranken zu beobachten, resp. von ihm dauernd zu hören Gelegenheit hatte. Dass ein derartiges Vorkommniss einen starken Eindruck auf ihre Psyche machen musste, wo sie mit Rücksicht auf ihre eigenen Beschwerden sich für speiseröhrenkrank hielt, ist klar, und ebenso begreiflich ist es, dass die Aerzte geneigt waren, auch diese jetzt und unter solchen Verhältnissen entstandenen Störungen als rein nervöse anzusehen, umso mehr, als sie intermittirend auftraten und als sie durch psychische Momente in ihrer Intensität beeinflusst wurden. Auffallend konnte höchstens erscheinen, dass die Schluckstörung von Anfang an und dauernd ins untere Oesophagealdrittel verlegt wurde. Während zweier Jahre nun ist das Verhalten ein ganz wechselndes; bald ist die Schluckfähigkeit normal, bald ist sie beeinträchtigt, immer in einer gewissen Abhängigkeit vom Zustande des gesammten Nervensystems. Keine auffallende Abmagerung, keine Störung des Appetits. Die beruhigenden Zusicherungen des consultirten Arztes, der Gebrauch von Brom und anderes beeinflussen den Zustand wiederholt günstig. Erst nach jener unglücklichen Sondirung im Juni 1898 musste der Verdacht, dass eine anatomische Veränderung des Organs in der Gegend der Cardia vorliege, mit Entschiedenheit Platz greifen. Denn wenn eine Sondirung nicht gerade brutal ausgeführt wird, und das anzunehmen liegt ja nicht der geringste Grund vor, so muss eine selbst geringe Blutung, die sich im Sondenfenster markirt, als suspect angesehen werden, geschweige denn eine richtige Hämatemese, wie sie hier stattgefunden hatte. Nachdem sich dann die Patientin vorübergehend etwas erleichtert gefühlt hat, steigerten sich nunmehr progressiv die Schluckbeschwerden, aber immer bleibt bis zur Zeit unserer Beobachtung und auch während derselben das eigenthümliche Verhalten bestehen, das so lange irregeleitet hatte, nämlich eine gewisse Abhängigkeit der Schluckfähigkeit vom Zustand des Nervensystems.

Trotzdem war es für mich vom ersten Tage an nicht zweifelhaft, und ich drückte das auch dem Arzte, dessen Lebenswürdigkeit ich die Patientin verdanke, unzweideutig aus, dass hier eine anatomische Veränderung der Speiseröhre vorliege; denn auch

beim Carcinom spielen, wie ich mich überzeugt habe, in der Hervorbringung der Schluckbeschwerden nervöse Einflüsse des öfteren eine gewisse Rolle.

Das Sondirungsergebniss, der Befund von Blut im Sondenfenster, konnten mich in meiner Auffassung nur bestärken. Die Ösophagoskopische Untersuchung machte die Diagnose einwandfrei, doch das hätte sie auch schon vor Monaten gekannt, und man hätte der Patientin viel Qual und unnöthige Geldausgaben ersparen können.

Die Frage, ob im Jahre 1896 bereits ein Cardiacarcinom bei der Patientin bestand, möchte ich mit Vorbehalt dahin beantworten, dass dafür nicht das Geringste spricht. Ich halte es durchaus für möglich, dass die Jahre hindurch bestehende Schluckstörung rein nervösen Ursprunges eine lokale Irritation, die den Boden für die spätere Carcinomentwicklung abgab, bedingte. Die lange Dauer der Erkrankung, die Genese der Beschwerden, die Art ihres Verhaltens, das gute Allgemeinbefinden lassen mir diese Deutung plausibel erscheinen.

Lehrt nun schon dieser Fall unzweideutig, wie vorsichtig wir mit der Annahme nervöser Erkrankungen in der Speiseröhre, mit der Verwerthung eines allgemeinen nervösen Zustandes für die Beurtheilung einer lokalen Störung sein müssen, zeigt er insbesondere auch, wie bedenklich es ist, im Hinblick auf die Chronicität des Verlaufes die Prognose einer Speiseröhrenaffectio relativ günstig zu stellen und ein Carcinom auszuschliessen, so bringt uns der folgende erschütternde Fall dies in noch höherem Maasse zum Bewusstsein.

Fall 6. Frau P., 34 Jahre alt, die Frau eines geschätzten russischen Collegen, consultirte mich am 30. April 1898. Ich gebe die Anamnese nach den Aufzeichnungen des Collegen, der mir dieselben zur Publication in der lebenswürdigsten Weise zur Verfügung stellte.

„Die Eltern der Patientin leben noch heute und sind — trotz ihrer 80 Jahre — vollkommen rüstig und munter; die Mutter ist nur seit Jahr und Tag psychisch alterirt. Bis gegen das zwanzigste Lebensjahr war Patientin von strotzender Gesundheit, um diese Zeit stellte sich ein Magenleiden ein, welches die Aerzte für ein Magengeschwür erklärten. Etwa fünf Jahre später, also 25 Jahre alt, bemerkte Patientin ein unbedeutendes Hinderniss hinter dem Kehlkopf beim Schlucken, auch „Ohrenstiche“ und Salivation waren bald eingetreten. Die vielfach consultirten Aerzte begnügten sich mit der Diagnose „nervös“, trotzdem Patientin sonst keinerlei Symptome von Hysterie, Neurasthenie oder sonstigen Neurosen aufwies, sie war eine durchaus vernünftige, nicht im mindesten „nervöse“ Dame! Das Krankheitsbild blieb Jahre hindurch unverändert. Schluckhindernisse, Ohrenstiche und immer mehr und mehr zunehmende, subjectiv sehr belastigende Salivation; zu mancher Zeit liessen die Symptome nach, um bald desto häufiger aufzutreten. Drei Geburten mit normalen Wochenbetten änderten nichts am Krankheitsbilde. Patientin war die ganze Zeit hindurch, besonders in den letzten paar Jahren, als die Beschwerden, speziell das Hinderniss beim Schlucken und die belastigende Salivation zunahmen, davon überzeugt, ein lebensgefährliches Leiden mit sich herumzutragen. Die Nahrungsaufnahme beschränkte sich in den letzten Jahren auf Bissen von mässiger Consistenz und etwas Flüssigkeit, wobei Patientin häufig zu sagen pflegte, die ersten Bissen könne sie kaum herunterbringen, dann werde es ihr etwas freier, auch glaubte sie bemerkt zu haben, dass sie zuweilen Flüssigkeiten schwerer zu sich nehmen könne, als festweiche Speisen. Die Beschwerden waren Tag und Nacht die gleichen; wenn ihre Gedanken auch absolut anderweitig in Anspruch genommen waren, oder wenn sie Nachts aufwachte, um etwas Wasser oder Milch zu trinken, immer dieselbe Klage über das „Hinderniss im Halse“. Die arme Frau pflegte sich augenscheinlich die grösste Mühe zu geben, um möglichst unauffällig zu essen, zuletzt, d. h. im Laufe des letzten Jahres wollte es ihr nicht mehr glücken: beim Hinunterbringen des noch so kleinsten Bissens musste sie eine Kopfbewegung machen, als ob sie beim Hinunterwürgen mechanisch mithelfen wollte. Dass die Körperconstitution unter solchen Verhältnissen und bei der sehr mangelhaften Ernährung recht viel zu wünschen übrig liess, ist ja selbstverständlich, von einer Kachexie konnte aber nicht die Rede sein, dieselbe trat erst 14 Tage vor der Erlösung ein. Seit Neujahr 1898 magerte jedoch Patientin zusehends trotz besten Appetits ab, Bekannte erkundigten sich nach der Ursache des „schlechten Aussehens“ der armen Frau, auch mir fiel es auf, so dass ich mich, obgleich ich in therapeutischer Beziehung nichts davon hielt, zu einer Reise nach Berlin entschloss, um wenigstens die Diagnose autoritativ bestätigen zu lassen. Und siehe da! — Der erste, der die Patientin in Berlin untersuchte und gleichfalls nichts Objectives hat nachweisen können, bestätigte auch in der That unsere Vermuthungen einer nervösen Erkrankung, speziell des Oesophagus, an den eigentlich keiner von unseren Aerzten dachte.

Aber trotz aller beruhigenden Zusicherungen und trotz einer

lokalen und allgemeinen Behandlung keinerlei Besserung. Nachdem nun noch verschiedene andere Aerzte, Chirurgen, Laryngologen und Internisten gefragt worden waren und nachdem von allen diesen Herren immer wieder von neuem der nervöse Charakter der Erkrankung betont worden war, nicht zum wenigsten mit Rücksicht darauf, dass auch die stärksten Sonden unschwer durch die Speiseröhre in den Magen eingeführt werden konnten, kam die Patientin zu mir. Ich habe sie dann einige Tage, zum Theil in meiner Klinik, zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Status praesens 1. Mai: Blasse, abgemagerte, leidend aussehende Frau, die sich in einem Zustand grosser seelischer Erregung befindet, ängstlich und unruhig fragt und antwortet; Kniephänomene gesteigert, keine Anzeichen einer Lähmung, keine anästhetischen Bezirke. Zunge etwas grau-weiss belegt, Pharynx geröthet, im Munde viel Speichel. Aeusserlich lässt sich am Halse durch die Palpation keinerlei Abnormität feststellen. Larynx, Cor, Pulmones, Renes frei, Epigastrium auf Druck nicht empfindlich. Eine weiche Sonde gleitet, wenn die Patientin gleichzeitig Schluckbewegungen macht, ohne Schwierigkeit in den Magen. Führt man ein festes 12 mm-Rohr in der Mittellinie ein, so hat man das Gefühl eines leichten Widerstandes hinter der Cartilago cricoidea, drängt man die Sonde ein wenig nach rechts herüber, so gleitet sie ohne Schwierigkeiten abwärts. Mageninhalt annähernd normal, enthält etwas freie Salzsäure. Die oesophagoskopische Untersuchung ergiebt Folgendes: In der Gegend der Cardia ist die Schleimhaut etwas röther als normal, der mittlere Theil des Oesophagus bis herauf zum Kehlkopf zeigt keinerlei Abnormität. Hinter diesem, also etwa in der Höhe des fünften und sechsten Halswirbels findet sich auf der rechten Seite der Speiseröhrenschleimhaut eine flache, leicht blutende Excrescenz, kleinbohnergross, papillomatös, grau-röthlich, erodirt, am meisten einer Warze ähnelnd. Etwas höher gelegen auf der linken Seite der Speiseröhre eine ähnliche noch mehr prominirende Wucherung, über der sich eine kleine Ausbuchtung (fünfpennigstückgross) mit zäher grauer Schleimmasse angefüllt, findet. Oberflächliche Aetzung der erodirten Theile mit Argentum nitricum. Mit Rücksicht auf die ziemlich erhebliche Neigung zu Blutungen, wurde von der Extraction eines Gewebstückes, in Uebereinstimmung mit dem der Untersuchung assistirenden Gatten, Abstand genommen. Die Patientin wurde dann drei Tage vom Mastdarm aus ernährt und ihr für längere Zeit eine reizlose Diät und etwas Morphinum verordnet.

Der weitere Verlauf gestaltete sich sehr ungünstig. Zwar fühlte sich die Patientin in der ersten Zeit gebessert und schluckte leidlich, allein nachdem sie etwa acht Tage zu Hause gewesen war, stellten sich leichte Fieberbewegungen bis 37,8, Tachycardie (130 Pulse) und andere nervöse Symptome ein. Dabei zeigte sich eine Anschwellung in der Gegend der Glandula thyroidea. Es wurde nun an die Möglichkeit eines durch die vielen Erregungen entstandenen acuten Morbus Basedowii gedacht, und diese Diagnose auch von hervorragender klinischer Seite bestätigt. Allein jede Therapie erwies sich erfolglos, es gesellte sich im Laufe der nächsten Wochen Heiserkeit hinzu, und plötzlich wurde unter heftigem Husten ein übelriechender, blutiger Auswurf entleert. Es wurde jetzt eine Recurrenslähmung links und eine Vorwölbung der Trachealwand festgestellt und die Vermuthung ausgesprochen, dass ein Perioesophagealabscess bestehe, der zum Theil in die Trachea durchgebrochen war. Das Fieber stieg jetzt auf 39° täglich, die Verdickung am Halse nahm zu, namentlich auf der linken Seite und stellte sich als eine harte, unebene, mässig druckempfindliche, unverschiebbliche Infiltration dar. Durch operativen Eingriff wurde unterhalb der infiltrirten Partie ein Eiterheerd festgestellt und entleert. Allein nun traten Erscheinungen einer Tracheo-oesophageal-Fistel auf, und es wurde deshalb noch eine Gastrostomie gemacht. Von der Fistel aus wurde dann die Patientin bis zu ihrem Tode, der am 17. November 1898 erfolgte, ernährt. Ein aus der erkrankten Oesophagealpatie noch intra vitam nach der Incision entnommenes Gewebstück wurde histologisch untersucht (Prof. Dr. Hansemann), und es konnte so das Vorhandensein eines Cancroids festgestellt werden.

Diese Leidensgeschichte lehrt uns viel: Wir haben es hier mit einer jungen Frau zu thun, die zehn Jahre hindurch über Schluckbeschwerden zu klagen hat, die sich progressiv steigern, die Patientin schliesslich nervös und anämisch machen, den Ernährungszustand ungünstig beeinflussen. Das Leiden wird durchgängig von sämmtlichen Aerzten und auch den berufensten Klinikern als ein unbedenkliches, rein nervöses angesprochen, wobei offenbar die Chronicität des Verlaufes der Krankheit, die Jugend der Patientin und die Durchgängigkeit des Oesophagus auch für stärkste Rohre die das Urtheil beeinflussenden Gesichtspunkte gewesen sind. Als die Patientin zu mir kam, konnte ich nur bestätigen, dass ein allgemein nervöser Zustand vorlag, auch dass die Speiseröhre für starke Sonden passirbar war. Allein mir fiel doch schon auf, dass ein gewisses Seitwärtsdrängen der Sonde nöthig war, um sie tief in die Speiseröhre gleiten

zu lassen, und das ist nach meinen Erfahrungen immer ein beachtenswerthes Symptom, das durch Annahme eines Spasmus oder einer Parese der Speiseröhre — beide Diagnosen wurden bei der Patientin annähernd gleich häufig gestellt — absolut nicht erklärt werden kann. Die leicht ausführbare oesophagoskopische Untersuchung zeigte einwandfrei, dass es sich hier um eine anatomische Erkrankung der Speiseröhre handelte.

Wie war nun der Befund zu deuten? War er ohne weiteres als Carcinom anzusprechen? Ich habe weder früher, noch seitdem ein derartiges Bild gesehen, wie es sich mir hier darbot, und ich finde auch in den Aufzeichnungen v. Hacker's¹⁾ keine Notiz, die darauf hinweist, dass ihm ein ähnlicher Befund vorgekommen wäre. Am ehesten glich das Bild den papillomatösen Wucherungen, die ähnlich den Warzen der äusseren Haut nach der Angabe der zuverlässigsten pathologischen Anatomen im Oesophagus vorkommen können (Klebs, Orth). Allerdings sollen diese Geschwülstchen vornehmlich bei älteren Leuten zu finden sein, bei denen sie keine Symptome zu machen pflegen. Dass die Oberfläche der Wucherungen in unserem Falle erodirt gefunden wurde, nahm mich nicht Wunder, da die Patientin wiederholentlich mit starken Sonden untersucht worden war, dauernde Insulte durch die Nahrung ja ausserdem stattfanden. Wäre gleich ein Stück der Geschwulst excidirt worden, so wäre die Diagnose exact zu stellen gewesen. Da ich mich mit der äusseren Betrachtung begnügen musste, konnte ich auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen kein definitives Urtheil abgeben. Wenn ich auch damals schon die Möglichkeit, dass ein Carcinom vorliege, erwog, so war ich doch entschieden mehr geneigt, anzunehmen, dass die warzigen Gebilde, die wir im vorliegenden Falle sahen, gutartiger Natur waren oder es noch waren. Die Jugend der Patientin, die Chronicität des Verlaufs mussten mich in dieser Annahme bestärken, es hatte durchaus nichts gezwungenes, wenn wir es als wahrscheinlich bezeichneten, dass diese Warzen seit langem bestanden und die zehnjährigen Schluckbeschwerden verschuldeten. Wenn diese Gebilde auch sonst symptomlos bleiben, so braucht das doch nicht immer der Fall zu sein, zumal sie sich hier im engsten Theil der Speiseröhre, hinter dem Kehlkopf, fanden, wo sie dem stärksten Druck ausgesetzt sind. Die Verschlimmerung in der letzten Zeit war sehr wohl durch die erhöhte lokale Reizbarkeit in Folge Abstossung der oberflächlichen Epithelschichten erklärbar. Endlich liess der stärker prominirende linksseitige Tumor es ganz gut verstehen, warum wir bei der Sondirung das Instrument etwas nach rechts hinüberschieben mussten. Das vorübergehende bessere Befinden der Patientin musste die günstigere Prognose unterstützen, und die Aussichtslosigkeit der Radicalbehandlung eines Carcinoms der Speiseröhre — wir kennen in der Litteratur noch keinen einzigen geheilten Fall — lässt ein Zuwarten in solchem Fall verantworten.

In weiteren Verlaufe kam es dann zu einer Abscedirung im perioesophagealen Gewebe, die wahrscheinlich durch einen der zahlreichen mechanischen Insulte, denen der Oesophagus bei den vielen Untersuchungen ausgesetzt war, befördert worden ist. Das Hinderniss, das mir sofort auf der linken Seite bei der ersten Untersuchung auffiel, scheint allen anderen Untersuchern entgangen zu sein, wenigstens haben sie keinen Werth darauf gelegt; es ist aber klar, dass, wenn man dieses nicht berücksichtigte, beim Einführen starker Sonden dieser Locus affectionis einem sehr erheblichen Insult ausgesetzt war. Thatsächlich fand sich der Abscess auch auf der linken Seite. Der Zusammenhang zwischen den Manipulationen bei der Untersuchung und der Abscessbildung lässt sich natürlich nicht sicher erweisen, aber er scheint mir plausibel zu sein.

Abgesehen davon lehrt diese Krankengeschichte unzweifelhaft, dass alle hier für die Diagnose verwendeten Kriterien durchaus unzureichend waren und dass einzig und allein das Oesophagoskop einen brauchbaren Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Falles gab.