

#### IV. Zur Aetiologie der Oesophagusstricturen, zugleich ein Beitrag zur Entstehung des Pneumothorax durch innerliches Trauma.

Von Dr. O. Buss in Bremen.

Sieht man von den durch Carcinom bedingten, sowie infolge von Trinken ätzender Flüssigkeit entstandenen Oesophagusstricturen ab, so ist die Entstehung einer Strictur durch andere Veranlassung recht selten. Henoch erwähnt in seinem Lehrbuche das Vorkommen congenitaler Stricturen bei kleinen Kindern, und in dem Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von v. Ziemssen sind fünf bis dahin bekannte Fälle, die als solche gedeutet werden mussten, mitgetheilt. Demme<sup>1)</sup> hat einen sechsten Fall mitgetheilt. Die Aetiologie ist unklar. Es sind dann einige Fälle beschrieben, in denen die Strictur des Oesophagus durch Hypertrophie der Muskelschicht verursacht ward. So hat Ruppert<sup>2)</sup> einen Fall veröffentlicht, der einen 18jährigen Menschen betraf. Es fand sich eine starke Hypertrophie der Muskulatur des Oesophagus, jedoch keine Spur von carcinomatöser Entartung. Einen gleichen Fall bei einem 60jährigen Manne hat Reher<sup>3)</sup> aus der Privatpraxis von Prof. Quincke mitgetheilt. Doch fehlt in diesem Falle die mikroskopische Untersuchung. Reher erwähnt, dass derartige seltene Fälle auch von Baillie<sup>4)</sup> schon früher beschrieben worden sind.

Einen Gegensatz zu diesen Fällen bietet die Beobachtung von Maske<sup>5)</sup>, wo die Verengerung des Oesophagustumens durch eine Atrophie der Muskulatur bedingt war. Es wurde in diesem Falle die Oesophagotomie gemacht und es zeigte sich, dass das Lumen des Oesophagus nicht grösser war als das einer Arteria brachialis. Verfasser glaubt, dass sich die Atrophie vielleicht im Anschluss an eine vor sechs Jahren entstandene Erkältung mit consecutiver Nervenstörung im Laryngeus superior und von hier aus im Hals-sympathicus entwickelt habe.

In einigen wenigen Fällen hat das so seltene Ulcus simplex oesophagi zu Stricturbildung Veranlassung gegeben. Reher (l. c.) verweist auf zwei Arbeiten von Quincke<sup>6)</sup> und theilt selbst einen Fall mit, wo neben Narbengewebe sich ein ausgedehntes Geschwür im Oesophagus fand. Eine ausgesprochene Strictur fand sich nicht mehr; wahrscheinlich war dieselbe durch die vorausgegangenen Sondirungen beseitigt. — Auf dieselbe Ursache muss wohl die narbige Strictur des Oesophagus zurückgeführt werden, welche Bryk<sup>7)</sup> bei einem 50jährigen Manne beobachtete, dem man wegen hochgradiger Strictur die Oesophagotomie gemacht hatte. Der Kranke starb an einer von der Halswunde sich entwickelnden Pyämie. Die Untersuchung der Strictur ergab nichts Carcinomatöses, sondern nur Narbengewebe.

Möglicherweise könnte auch Syphilis im Spiele gewesen sein. Debove<sup>8)</sup> schliesst dies bei seinem Falle aus, da Patient keine darauf deutenden Erscheinungen zeigte und Infection leugnete. Derselbe, 54 Jahre alt, litt vor zwölf Jahren an Schmerzen unter dem Sternum, Regurgitation des Genossenen und Hämatemesis. Seit mehreren Jahren Nachlass der Schmerzen. Die Stenoseerscheinungen wichen einer Behandlung mittels Sondirung. Verfasser diagnosticirte ein vernarbtes, primäres Oesophagusgeschwür.

Endlich hat Leichtenstern<sup>9)</sup> noch einen Fall von Stricturbildung im Oesophagus mitgetheilt, der, wie er angiebt, bisher einzig in der Litteratur dasteht. Es handelt sich um eine Narbenstenose der Speiseröhre bei einem 53jährigen Manne, hervorgerufen durch Verwachsung derselben mit melanotischen Lymphdrüsen und Durchbruch in dieselbe.

Dieser Beobachtung kann ich eine zweite, ähnliche anreihen. Es handelt sich um eine Verwachsung des Oesophagus mit verkästen, schiefrig indurirten Lymphdrüsen, von denen aus ein Durchbruch in den Oesophagus mit nachfolgender Stricturbildung entstanden ist.

C. H., Knecht, 16 Jahre alt, kam mit der Angabe ins Krankenhaus, dass er seit längerer Zeit keine festen Speisen herunterzuschlucken könne. Dieser Zustand habe sich allmählich entwickelt und sei immer schlimmer

<sup>1)</sup> Demme, 23. medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner-schen Kinderhospitals in Bern im Laufe des Jahres 1885.

<sup>2)</sup> Ruppert, Centralblatt für Chirurgie 1884, No. 35, S. 588.

<sup>3)</sup> Reher, Beiträge zur Casuistik der Oesophaguserkrankungen. Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. 36, S. 454.

<sup>4)</sup> Baillie, Series of engravings S. 54.

<sup>5)</sup> Maske, Centralblatt für Chirurgie 1882, No. 21.

<sup>6)</sup> Quincke, Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XIV, S. 408, Bd. XXIV, S. 72.

<sup>7)</sup> Bryk, Narbige Strictur des Oesophagus. Wiener med. Wochenschrift 1877, No. 40–45.

<sup>8)</sup> Debove, Union méd. 1883, No. 92.

<sup>9)</sup> Leichtenstern, Beiträge zur Pathologie des Oesophagus. Deutsche med. Wochenschrift 1891, No. 15, S. 534.

geworden. Eine Ursache wusste Patient nicht anzugeben. Trinken ätzender Flüssigkeit wurde in Abrede gestellt.

Die Untersuchung ergab, dass bei dem mittelgrossen Menschen, welcher sich in mässigem Ernährungszustande befand, eine für dünne Sonden undurchgängige Strictur im unteren Theile des Oesophagus vorhanden war. Sonst wurde an dem Patienten nichts von Bedeutung gefunden. Er hielt sich 14 Tage im Krankenhause auf, und da es nicht gelang, die Strictur zu passiren und ihm Erleichterung zu verschaffen, so verliess er dasselbe. Während dieser Zeit fühlte er sich durchaus wohl und hatte kein Fieber. Acht Tage später begab er sich zu einem Spezialisten. Wie es ihm dort ergangen, will ich ihn selbst erzählen lassen. Ich sah den Patienten nämlich zwei Tage nachher zufällig in einem anderen Krankenhause. Er wurde mir von dem Assistenzarzte gezeigt mit der Aufforderung, eine Diagnose zu stellen. Ich fand den Patienten fiebernd, mit verfallenen Gesichtszügen und stark dyspnoisch. Die rechte Thoraxhälfte war stark ausgedehnt und bewegte sich bei der Athmung fast gar nicht. Bei der Percussion gab dieselbe tympanitischen Schall. Das Athmungsgeräusch war vorn unten verschwunden, mehr nach oben hin unbestimmt mit amphorischem Beiklang. Ich stellte die Diagnose auf rechtsseitigen Pneumothorax, was auch im Krankenhause angenommen war, und erfuhr aus dem Munde des Patienten in kurzen, abgebrochenen Sätzen nimmehr folgendes.

Der Specialist, zu dem sich Patient begeben hatte, versuchte zuerst mehrere male vergeblich mit einer Sonde durchzukommen; dann bei stärkerem Druck glitt die Sonde plötzlich mit einem Ruck hinunter. Patient verspürte dabei einen heftigen Schmerz, welcher nach der rechten Seite hin ausstrahlte. Bald darauf kam ihm etwas Blut in den Mund, er musste anhalten und hatte dabei Schmerzen in der rechten Seite. Nachdem er das Haus des Spezialisten verlassen hatte, wurde sein Befinden immer schlechter; er bekam zunehmende Athemnoth, wurde ganz hinfällig und musste sich durch fremde Leute ins nächste Krankenhaus bringen lassen. Patient starb selbst nach vier Tagen.

Die Section ergab folgendes: Etwas unterhalb der Bifurcation der Trachea fand sich eine hochgradige narbige Verengerung des Oesophagus; oberhalb derselben war der Oesophagus erweitert. An der Stelle der Verengerung zeigten sich kleine narbige Vorsprünge und Leisten, und hinter einer solchen Leiste befand sich ein unregelmässig gestalteter ca. 1½ cm langer Riss, welcher direkt in die rechte Pleurahöhle führte. Die rechte Lunge ist in ihrem oberen Abschnitte mit der Brustwand verwachsen; der untere Theil der Pleurahöhle bildet einen etwa zwei mannsfaustgrossen Hohlraum, in dessen Grunde sich eine schmutzige, graue, stinkende Flüssigkeit befindet. Der Oesophagus wurde mir zur näheren Untersuchung übergeben, und es zeigte sich nun, dass der verengte Theil desselben in ein Conglomerat verkäster, schiefrig indurirter Lymphdrüsen eingebettet war. Ich habe von der verengten Stelle mehrere Schnitte angefertigt, und es ergab sich, dass an der einen Stelle, von wo wohl der Durchbruch erfolgt war, von der normalen Structur der Oesophaguswand nahezu nichts erhalten war. Alles war durchsetzt von starken Bindegewebszügen, und daran schloss sich das verkäste Drüsengewebe, welches keine Kern-, sondern nur diffuse Färbung angenommen hatte. Mitten durch gingen breite Züge schwarzen Pigments. In der Peripherie der Drüsen habe ich Tuberkel oder Riesenzellen nicht gesehen. Ueber die Beschaffenheit der übrigen Organe hat der Obducent leider keine Notizen gemacht.

Ob es sich nun in unserem Falle um skrophulöse oder tuberkulöse Lymphdrüsenentzündung oder um eine eitrige Lymphdrüsenentzündung gehandelt hat, welche, wie einige Autoren meinen, ja auch den Ausgang in Verkäsung nehmen kann, ist leider nicht mit Sicherheit festzustellen, immerhin ist der Fall bemerkenswerth wegen seiner grossen Seltenheit. Nicht minder jedoch beansprucht er unser Interesse durch den tragischen Verlauf, den er genommen. Denn es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass der Pneumothorax ein traumatischer gewesen ist, herbeigeführt durch die zu sehr forcirte Sondirung.

Patient, welcher das Krankenhaus, in dem er zuerst Hülfe suchte, durchaus wohl und ohne Fieber verlassen hatte, begab sich acht Tage später bei bestem Wohlbefinden zu dem Spezialisten. Die Annahme eines latenten Mediastinalabscesses, welcher in die Pleurahöhle und den Oesophagus durchgebrochen sei, hat jedenfalls nicht das geringste für sich. Auch die ganze Schilderung der weiteren Vorgänge durch den Patienten selbst lässt keine andere Deutung zu, als dass die Perforation des Oesophagus in den Pleuraraum durch die Sondirung erfolgt ist. Der weitere Verlauf war danach vorauszusehen. Die Communication zwischen Speiseröhre und Pleuraraum musste zu einem jauchigen Pyopneumothorax führen, wie er bei der Section gefunden wurde.

Jedenfalls ist dieser Fall eine Mahnung, die schon oft ausgesprochen worden ist, bei der Sondirung von Stricturen keine Gewalt anzuwenden und lieber zu versuchen, durch Gastrotomie zum Ziele zu gelangen. Kein geringerer als B. v. Langenbeck warnte jedesmal bei der Vorstellung einer Oesophagusstenose vor Anwendung der Gewalt und behauptete, dass speciell durch den Schlundstösser sehr oft grosses Unheil angerichtet werde.

Einen in dieser Hinsicht lehrreichen Fall, bei dem ebenfalls nach forcirter Sondirung des Oesophagus sich ein Pneumothorax entwickelte, hat Klaar<sup>1)</sup> mitgetheilt.

<sup>1)</sup> Klaar, Oesophagusperforation. Wiener med. Wochenschrift 1882, No. 34 und 35.

Ein 32jähriges Mädchen, welches ein Knochenstück verschluckt hatte, bekam heftige Schmerzen beim Schlingen. Am folgenden Tage wurde versucht, den Knochen mit dem Schlundstösser herunterzubefördern. Gleich darauf traten heftige Schmerzen in der linken Brusthälfte auf, die am tiefen Einathmen hinderten. Im Krankenhause wurde am Tage darauf ein linksseitiger Pneumothorax festgestellt, der nach weiteren drei Tagen zum tödtlichen Ausgang führte. Die Section ergab Perforation des Oesophagus 6 cm unterhalb seines oberen Endes durch einen Hühnerknochen, consecutive eitrige Pleuritis mit Beimengung von Luft und braungelben Ingestis zum Exsudat. Der Verfasser giebt zu, dass eine vorsichtige Untersuchung und Manipulation die Herausbeförderung des Knochens hätte bewerkstelligen und die Kranke retten können.

Dass übrigens das Verschlucken spitzer Gegenstände allein imstande ist, Pneumothorax zu erzeugen, beweist die Mittheilung von Laache<sup>1)</sup>.

Ein früher gesunder Matrose verspürte beim Verzehren eines Fisches plötzlich Schmerzen oberhalb der Magengrube. Er glaubte eine Fischgräte verschluckt zu haben und suchte das Hospital auf. Man fand ein linksseitiges, mittelgrosses pleuritisches Exsudat; nach einigen Tagen liess sich Pneumothorax nachweisen. Der Kranke starb, und die Section ergab zwei Perforationsöffnungen dicht unter der Bifurcation in der Speiseröhre, von denen eine direkt in die linke Pleurahöhle führte.

Auch Busch hat aus der v. Langenbeck'schen Klinik einen Fall von Oesophagusperforation durch einen spitzen Knochen beschrieben, bei dem infolgedessen ein Pyopneumothorax entstand, der nach Incision ausheilte.

Im übrigen ist die Entstehung eines Pneumothorax von der Speiseröhre aus, sei es durch innerliches Trauma, sei es durch Ulceration eine ziemlich grosse Seltenheit.

Unter 918 Fällen von Pneumothorax, welche Biach<sup>2)</sup> 1880 zusammenstellte, finden sich nur zwei Fälle, die von der Speiseröhre ausgingen.