

V.

Ein Fall von äusserer Oesophagotomie wegen hochgradiger Dysphagie.

Von

Dr. Hermann Hadlich
in Cassel.

Die Oesophagotomia externa ist, abgesehen von den Fällen, in denen sie zur Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre gemacht wird, immerhin selten genug, um die Mittheilung einer solchen Operation und der Geschichte des betreffenden Falles gerechtfertigt erscheinen zu lassen, selbst wenn diese Geschichte des Unaufgeklärten mehr als wünschenswerth enthält. Der Kranke, um den es sich handelt, kam in meine Behandlung, als ich, damals Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Erlangen, Herrn Professor Heineke während seiner Abwesenheit zur Zeit der Sommerferien 1880 in der Klinik zu vertreten hatte; die jetzige Veröffentlichung geschieht mit gütiger Erlaubniss meines früheren Chefs.

Die Krankengeschichte ist folgende: Der 60 Jahre alte Tagelöhner Johann Ullherr von Schupf bei Hersbruck in Mittelfranken, welcher in früheren Jahren immer gesund gewesen sein will bei schwerer, angestrenzter Arbeit, die er schon seit 30—40 Jahren als Knecht zu verrichten hatte, begann gegen Ende des Winters 1879/80 an Schlingbeschwerden zu leiden, die anfangs nur in geringem Grade auftretend, sich im Laufe des folgenden Sommers ganz allmählich derart steigerten, dass es dem Patienten überhaupt unmöglich wurde, feste Speisen zu schlucken, und dass er auch flüssige Sachen nunmehr nur äusserst mühsam und langsam und unter häufigem Verschlucken und nachfolgenden Hustenstössen hinunterzubringen vermochte. Schmerzen waren nie vorhanden, auch beim Schlucken nicht, ebenso wenig Heiserkeit. Blut war nie ausgehustet oder ausgewürgt worden. Seit etwa Monatsfrist begann der auch in gesunden Tagen immer ziemlich schwächliche Mann unter Abnahme der

Kräfte zusehends abzumagern, so dass er sich veranlasst sah, im August 1880 Hülfe in der Erlanger medicinischen Klinik zu suchen. Dort ergab sich bei mehrtägiger Beobachtung, dass die Beschwerden abhängig waren von einem Hinderniss im Schlunde, welches auch bei wiederholten Versuchen mit der Schlundsonde nicht überwunden werden konnte, und so wurde der Patient am 23. August 1880 der chirurgischen Klinik überwiesen.

Es fand sich folgender Status praesens: Patient ist ein ziemlich kleiner Mann mit dürftiger Musculatur, sehr mager und von blasser, etwas livider Gesichtsfarbe, kurz das Aussehen ist ein ziemlich elendes.

Der kurze Hals lässt bei äusserlicher Untersuchung in seinem vorderen Bereich keine besonderen Abweichungen von der Norm erkennen. Die Kehlkopfknorpel sind relativ stark entwickelt und von einer Starrheit, wie sie bei dem Alter des Patienten gerade nichts Auffallendes hat. Drüsenanschwellungen am Halse, sowie in den Supraclaviculargegenden, vergrösserte Schilddrüsenlappen sind nicht vorhanden.

Die einfache Inspection der Rachengegend bei weit geöffnetem Munde lässt eine auffallende Vorwölbung der hinteren Rachenwand erkennen, deren stärkster Vorsprung nach vorn etwa der Gegend des 2. bis 3. Halswirbels entspricht. Diese gleichmässig rundliche Vorwölbung, welche dem palpierenden Finger dasselbe Gefühl darbietet, wie die normale hintere Rachenwand, und welche sich auf Druck in keiner Weise empfindlich zeigt, ist — um dies gleich hier zu bemerken — nichts anderes als eine nicht unerhebliche lordotische Vorwölbung des obersten Theils der Halswirbelsäule; dies bestätigt auch die Untersuchung der Nackengegend.

Der untere Pharynxabschnitt bis hin zum Uebergang in den Schlund lässt sich, Dank der Kürze des Halses und der Toleranz des wenig empfindlichen Patienten, in sehr vollständiger Weise palpieren, die hinteren Flächen der Aryknorpel sind deutlich abzutasten, und besonders, wenn Patient gleichzeitig Würgbewegungen macht, fühlt die Fingerspitze sehr gut den vorspringenden und der hinteren Wand anliegenden Rand der Ringknorpelplatte. Etwas Besonderes wird dabei zunächst nicht bemerkt. Bei der nun folgenden Einführung einer gewöhnlichen Schlundsonde bereitet die oben angegebene Vorwölbung der hinteren Rachenwand insofern eine Schwierigkeit, als dieselbe der vorgeschobenen Sondenspitze eine Richtung nach vorn gegen den Kehlkopfeingang zu gibt, eine Schwierigkeit, die jedoch dadurch leicht gehoben wird, dass die Sondenspitze direct

mit dem gleichzeitig eingeführten Zeigefinger an der hinteren Rachenwand abwärts geleitet wird. So gelingt es leicht, unter Controle des Fingers die Schlundsonde hinter den Aryknorpeln bis an den Ringknorpel einzuführen — sie darüber hinaus vorzuschieben, gelingt in keiner Weise. Am Ringknorpel angelangt, findet die Sonde ein unüberwindliches Hinderniss, mag man den Druck, mit dem sie vorgeschoben wird, auch noch so sehr innerhalb der Grenzen des Erlaubten steigern, mag der controlirende Zeigefinger die Sondenspitze am Ringknorpel nach rechts oder links hin leiten, es hilft nichts, man erhält den Eindruck, als ob der Ringknorpel wie ein vorgeschobener Riegel den Eingang in den Schlund verlege, als ob er der hinteren Wand straff anliege und durchaus nicht nach vorn zu lüften sei, ohne dass etwas Näheres über die Ursache dieser straffen Fixation zu eruiren ist. Etwas voluminöser, als es den sonstigen Grössenverhältnissen des Patienten entspricht, erscheint der vom Ringknorpel gebildete Vorsprung wohl, aber doch nicht in so ausgesprochener Weise, dass dies alles hätte erklären können. — In der Absicht den Ringknorpel von der hinteren Schlundwand abzuziehen, wird der Kehlkopf von aussen mit den Fingern umgriffen und möglichst nach vorn angezogen; ja es wird von aussen ein starker scharfer Haken durch die Haut hindurch in den Ringknorpel eingesetzt und derselbe nach Möglichkeit angezogen, auch so glückt es nicht, die Passage hinter dem Ringknorpel frei zu machen, es gelingt nicht, ihn von der hinteren Schlundwand zu lüften.

Angestellte Schlingversuche ergeben, dass Patient Wasser und andere dünnflüssige Sachen mit vieler Mühe zu schlucken vermag, man hört dabei ein lautes, quatschendes Geräusch, das von der Mitte des Halses auszugehen scheint, und ein häufiges Verschlucken mit Husten und Regurgitiren unterbricht den Act und fördert die eingenommene Flüssigkeit zum Theil auch wieder heraus. Das Ganze geht so langsam, dass Patient zur Bewältigung eines gewöhnlichen Tellers Suppe eine halbe Stunde braucht.

Die Untersuchung der inneren Organe lässt ausser den Zeichen eines nicht erheblichen chronischen Bronchialkatarrhs nichts Abnormes erkennen. Fieber ist nicht vorhanden.

Während der folgenden Woche wurden die Versuche der Sondeneinführung in der oben angegebenen Weise noch mehrmals wiederholt, einmal auch in der Chloroformnarkose, immer mit demselben Misserfolge, wiewohl ausser verschieden dicken Schlundsonden auch biegsame Katheter, dicke und dünne, mit und ohne Mandrin, bei den Versuchen benutzt wurden. Der dabei herausgewürgte Schleim zeigte

nur geringe Blutspuren, und die ziemlich energischen Versuche hinterliessen für kurze Zeit eine geringe Schmerzhaftigkeit und leichte Steigerung der ganzen Beschwerden, doch bald war der Zustand wieder derselbe, wie vorher.

Ein weiterer Aufschluss hinsichtlich der Natur des vorliegenden Hindernisses wurde nicht gewonnen, trotzdem konnte es, wie die Verhältnisse lagen, nicht zweifelhaft sein, was geschehen müsse. So viel stand fest, am Ringknorpel bestand ein immer zunehmendes Hinderniss, welches auf unblutigem Wege nicht zu forciren war und welches die Nahrungszufuhr nachgerade soweit herabgesetzt hatte, dass, sollte der Patient schliesslich nicht verhungern, Abhülfe geschafft werden musste, und diese konnte bei der Erfolglosigkeit der bisherigen Bemühungen naturgemäss nur in der Eröffnung der Speiseröhre unterhalb des Hindernisses gesucht werden. Patient erklärte sich einverstanden, und so machte ich am 30. August 1880 die Oesophagotomia externa. Vor Beginn der Operation wurden in der Narkose noch einmal Sondirungsversuche in gleicher Weise wie früher gemacht, der Kehlkopf wurde dabei mit einer die Schildknorpelplatten beiderseits fassenden starken Muzeux'schen Zange angezogen, alles mit demselben Misserfolg wie früher.

Die Operation selbst wurde mit einem Schnitt am vorderen Rande des linken Sternocleidomastoideus begonnen, die mittlere Halsfascie wurde zwischen den grossen Gefässen einerseits und der Schilddrüse resp. dem Kehlkopf andererseits getrennt, eine mittlere Schilddrüsenvene unterbunden, weiterhin die Bindegewebslagen stumpf getrennt, bis vor der Wirbelsäule der leicht als längsfaseriger musculöser Schlauch kenntliche Oesophagus blosslag. Der Versuch das Schlundrohr in der Gegend des Ringknorpels aus freier Hand zu eröffnen, missglückte, es gelang nicht, ein Lumen zu finden, die Schleimhautfläche blosszulegen. Es wurde daher ein Katheter durch den Mund eingeführt, mit demselben der Pharynx dicht oberhalb des Ringknorpels nach links vorgedrängt und an dieser Stelle, also oberhalb seines Ueberganges in die Speiseröhre eröffnet. Die Bemühungen, von dieser Oeffnung aus nach abwärts in den Oesophagus einen feinen Katheter als Leitsonde einzuführen, scheiterten, und erst nach längeren Versuchen gelang es, eine gewöhnliche silberne Knopfsonde einzubringen, und zwar nahm dieselbe ihren Weg ganz seitlich links am Ringknorpel vorbei. Bei der nun folgenden Eröffnung des Schlundrohres unter Leitung dieser Sonde musste zunächst eine der Stelle des Ringknorpels entsprechende Partie von etwa $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ Cm. Länge durchtrennt werden, an welcher das Schlundrohr als ein enger Spalt

erschien. Nach Spaltung dieser Partie traf man weiter abwärts den Oesophagus von normaler Weite und schlitzte ihn an dieser Stelle hinreichend, um hier einen dicken Katheter einführen zu können. Irgend eine Verdickung, überhaupt irgend eine auffällige Veränderung der Wandung des Schlundrohres wurde in der ganzen Ausdehnung des Schnittes, speciell auch an der spaltförmig engen Stelle, welche dem Ringknorpel entsprach, nicht bemerkt. In welcher Breite dieser Spalt übrigens hinter dem Ringknorpel nach rechts hinüber sich ausdehnte, das musste dahin gestellt bleiben, da man eben nur den ganz nach links gelegenen, den Ringknorpel hier etwas überragenden Theil desselben zu Gesicht hatte, welcher, wie oben angegeben, gerade noch weit genug gewesen, um nach längeren Bemühungen endlich die als Wegweiser für das Messer dienende Knopfsonde hindurchpassiren zu lassen. — Schliesslich wurden noch, um eine leichte und sichere Einführung des Katheters oder der Schlundsonde durch die Oeffnung zu garantiren, die Schleimhautränder an dieser Stelle mit den entsprechenden Theilen der äusseren Wundränder durch eine Anzahl Nähte vereinigt, was nur unter erheblicher Spannung möglich war, wie denn überhaupt diese ganzen letzten Acte bei der tiefen Lage der Theile nicht unerhebliche Schwierigkeiten boten. Bei der Kürze des Halses lag der gleich unterhalb des Ringknorpels gelegene Theil des Oesophagus der oberen Thoraxapertur so nahe, dass die Theile sich bei der Inspiration immer stark gegen dieselbe einzogen, während bei jeder stärkeren Expiration das Bindegewebe sich blasig vorwölbte. Die Arteria thyreoidea inferior, die hier auch ins Operationsgebiet fiel, wurde doppelt unterbunden und durchschnitten.

Zum Schluss wurde die ganze Wunde noch mit 4 proc. Chlorzinklösung ausgetupft, darnach der oberste und unterste Theil der äusseren Wunde, nachdem vorher an beiden Stellen Drainröhren eingelegt waren, mit einigen Nähten vereinigt.

Was den Verlauf nach der Operation betrifft, so ist zunächst hervorzuheben, dass gleich nach der Operation die Temperatur in der Achselhöhle sorgfältig gemessen nur 34,5⁰ C. betrug, eine Collapstempertur, die zusammengehalten mit dem Umstande, dass der Blutverlust bei der Operation ein minimaler gewesen war, wohl am besten zeigt, wie sehr die Kräfte des Patienten in Folge des Leidens bereits gesunken waren.

In den ersten Tagen nach der Operation bildete eine sehr heftige diffuse Bronchitis mit hochgradiger Dyspnoe und sehr frequentem Pulse eine recht unangenehme Complication. Dieselbe ging jedoch

bei möglichst roborirender und excitirender Behandlung nach wenigen Tagen glücklich vorüber, und vom 4. Tage an war der Patient völlig fieberfrei.

Die Ernährung ging sehr gut von Statten, Milch, Bouillon, Eier und Wein wurden reichlich eingeflösst, und Patient war sehr froh, endlich wieder das lang entbehrte Gefühl der Sättigung zu haben. Er bekam dem entsprechend auch ein frischeres Aussehn.

Was die Wunde selbst anlangt, so zeigte dieselbe in der ersten Zeit ein nichts weniger als schönes Aussehn. In sie hinein gelangte vom Pharynx her Schleim und das katarrhalische Secret der Bronchien, beim Husten wurde gewaltsam Luft in dieselbe und ihre Umgebung getrieben, so dass bis gegen Ende der ersten Woche in der Fossa supraclavicularis Emphysemknistern zu fühlen war. Entsprechend diesen Verhältnissen fehlte denn an der Wunde auch nicht die ausgesprochenste Zersetzung. Zwar waren schon in den ersten 24 Stunden alle Nähte mit Ausnahme derjenigen, welche den Oesophagus heraushielten, entfernt worden, um die Wundhöhle möglichst frei zu legen und möglichst freien Secretabfluss zu gewährleisten, zwar wurde die Wunde, so gut es ging, gereinigt, indessen gelang es nicht, der Zersetzung Einhalt zu thun. Die ganze Wunde war mit grauen, missfarbigen Gewebsetsen bedeckt und entleerte ein mit Schleim gemischtes, höchst widerlich riechendes, dünnes Secret. Indessen diese Sepsis war ganz unschuldiger Natur, sie hielt sich durchaus an der Oberfläche der Wunde, die naheliegende Befürchtung des Eintritts einer septischen Phlegmone in der Umgebung, einer Senkung gegen das Mediastinum erfüllte sich nicht, und nach etwa anderthalb Wochen begann die Wunde sich zu reinigen.

Am 11. und am 17. September traten ohne nachweisbare Veranlassung Blutungen aus der Wunde auf, das zweite Mal nicht ganz unerheblich, welche bald von selbst standen und sich nicht wiederholten, aber den Patienten natürlich in seinem Kräftezustand zurückbrachten.

In dieser Zeit geschah die Ernährung ausser mit den oben genannten Dingen auch mit Haché und mit Leube'scher Fleischsolution.

Inzwischen hatte sich die Wunde so weit verkleinert, dass sie am 21. September nur einen etwa 5 Cm. langen, wenig klaffenden, aber noch tiefen, gut granulirenden Wundspalt darstellte. Die Nähte, welche den Theil des Oesophagus, in welchem die Schlundsonde steckte, gegen die äussere Haut herausgezogen hatten, hatten schon frühzeitig durchgeschnitten, und der Oesophagus hatte sich in die Tiefe zurückgezogen.

An diesem Tage machte Patient auch zum ersten Male Versuche, zu schlucken, und zwar zunächst mit Wasser, welches beim Hinunterschlucken in starkem Strahle aus der Wunde drang und so dazu diente dieselbe auszuspülen. Hielt man nun die äussere Wunde durch einen fest angedrückten Wattebausch verschlossen, so vermochte Patient zwar etwas mühsam, aber doch ganz gut das Wasser hinunterzuschlucken, wobei ein lautes, quatschendes Geräusch hörbar war.

Schon nach wenigen Tagen ging das Schlucken ganz vortrefflich, und vom 26. September an nahm Patient bereits alle Nahrung auf natürlichem Wege, und zwar nicht nur flüssige Sachen, sondern auch Haché und klein geschnittenes Beefsteak. Bei gut verschlossener äusserer Wunde drang dabei fast gar nichts heraus. Wollten festere Theile einmal nicht glatt hinuntergehen, so wurde mit einem Schluck Wein nachgeholfen. Nach vollendeter Mahlzeit brauchten nur wenige Speisetheile aus der Wunde herausgespült zu werden.

Der Patient hatte natürlich schon längst das Bett verlassen, fühlte sich wohl und verzehrte recht ansehnliche Portionen, hatte aber trotzdem bisher sehr wenig an Körperfülle zugenommen.

Am 29. September wurde zum ersten Male eine gewöhnliche dicke Schlundsonde vom Munde her eingeführt. Nachdem dieselbe bis zum Ringknorpel, in dessen Verhältnissen sich keine Aenderung zeigte, gelangt war, wurde die Sondenspitze mit dem Finger ganz nach links dirigirt und konnte nun ohne Schwierigkeit weiter vor und schliesslich in den Magen hinabgeschoben werden. Hielt man dabei die Wundränder mit Haken gehörig auseinander und beleuchtete sich die Tiefe der Wunde mit dem Reflector, so sah man, wie die Sondenspitze dicht oberhalb, seitlich und hinten vom Ringknorpel durch eine schlitzförmige Oeffnung des untersten Pharynxabschnittes in die Tiefe der Wunde hervortrat, an dem nach links aufgeschlitzten, hinter dem Ringknorpel gelegenen, spaltförmigen Theile des Speiserohres vorüber abwärts drang, bis sie da, wo dieser Spalt sich zu dem ovalen, schräg aufwärts gerichteten Loche erweiterte, mit welchem der folgende normal weite Theil des Oesophagus sich nach links öffnete, in diesem Loche verschwand und so weiter gegen den Magen hin gelangte. —

Natürlich wurde nun auch wiederholt der Versuch gemacht, eine möglichst klare Anschauung der vorliegenden Verhältnisse zu gewinnen. Man sah im Grunde der Wunde eben den Schlund geöffnet und zwar vom untersten Schlundkopfbereich an bis zu dem normal weiten Oesophagusabschnitt hinab. Oben hatte diese Oeffnung die Form eines wenig klaffenden, aber, wie man bei der Sondeneinfüh-

rung sah, leicht zu erweiternden Spaltes, unten bildete sie ein klaffendes ovales, schräg aufwärts und nach links gerichtetes Loch; der dazwischen gelegene, der Stelle des Hindernisses entsprechende Abschnitt bildete einen Schleimhautspalt, der sich eben nach links öffnete und hier etwas nach aussen umgelegte Ränder zeigte, während seine Wände aneinander lagen, die vordere fest auf der hinteren. Welche Ausdehnung dieser Spalt hinter dem Ringknorpel nach rechts hinüber hatte, ob dieselbe eine den normalen Verhältnissen entsprechende war oder nicht, das liess sich auch jetzt ebenso wenig, wie während der Operation mit Bestimmtheit entscheiden. Mit einer Sonde konnte man zwar ungefähr $\frac{3}{4}$ Cm. nach rechts hinüber in den Spalt eindringen, indessen ob man damit auch das Ende desselben nach rechts erreicht hatte, das war und blieb deshalb zweifelhaft, weil ja das feste Aneinanderliegen der Wände hinter dem Ringknorpel ebenso gut, wie es alle Versuche, hier mit sondirenden Instrumenten von oben nach unten durchzudringen, immer vereitelt hatte, auch in der Richtung von rechts nach links das weitere Vordringen der Sonde, ehe dieselbe noch die ganze quere Ausdehnung des Spaltes durchmessen hatte, aufgehalten haben konnte. Auch wenn man die Schleimhautränder mit Haken möglichst auseinander zog, gewahrte man, dass man einen Spalt vor sich hatte, dessen auskleidende Schleimhaut in Längsfalten lag. Ordentlich von einander abziehen liessen sich die Wände freilich nicht, und deshalb liess sich auch so die Tiefe des Spaltes nicht sicher beurtheilen. Versuchte man, ihn dadurch zu lüften, dass man mit der Spitze des kleinen Fingers den Ringknorpel nach vorn abdrängte, so gelang dies nur sehr unvollkommen, selbst bei Anwendung eines erheblichen und dem Patienten unangenehmen Druckes. Nichts fand sich bei der ganzen Untersuchung, ebenso wenig wie bei der Operation, was für das Vorhandensein einer narbigen oder anderweitigen Strictur sprach, die so hochgradige Erscheinungen hätte verursachen können, vielmehr war augenscheinlich auch im Bereich des Hindernisses ein Oesophagusrohr vorhanden, ob so vollständig, wie in der Norm, das liess sich nicht nachweisen, allem Anscheine nach aber an und für sich genügend, um auch dickere Instrumente, als die dünne Knopfsonde, auch Katheter und dünnere Schlundsonden durch sich hindurch passieren zu lassen. Es war aber dieses Rohr — und das schien eben der Grund seiner Unwegsamkeit zu sein — geschlossen dadurch, dass die vordere Wand resp. der Ringknorpel fest auf der hinteren auflag.

Von Anfang October an ass Patient die gewöhnliche Kranken-

kost und zwar fast ebenso schnell, wie die übrigen Kranken. Dabei verschluckte er sich nur selten und drang aus der durch den Verband gedeckten Wunde nur sehr wenig heraus; sonst fiel als etwas Abnormes bei dem Schlingact nur das dabei hörbare quatschende Geräusch auf.

Alle zwei Tage wurde die Schlundsonde ohne Schwierigkeit eingeführt. Auffallend war, dass, obwohl der Patient recht viel und mit gutem Appetit ass und trank, seine Ernährung sich noch so wenig gehoben hatte.

In den folgenden Tagen entwickelte sich bei ihm eine besonders den rechten Unterlappen intensiv befallende heftige fieberhafte Bronchitis, gleichzeitig wurde die schon länger etwas belegte Stimme stark heiser, und trat schliesslich Aphonie ein, als deren Ursache die laryngoskopische Untersuchung eine vollständige Lähmung des linken Stimmbandes zeigte, welches bei der Inspiration wie bei der Phonation unbeweglich in Mittelstellung verharrete. Die Bronchitis hielt etwa eine Woche in ziemlicher Intensität an, besserte sich dann und war nach weiteren 14 Tagen bis auf geringe Reste geschwunden.

Die Wunde hatte sich inzwischen mehr und mehr verkleinert, die äussere Haut hatte sich erheblich eingezogen, der dieselbe von der Schleimhaut trennende Granulationsbezirk war stellenweise kaum fingerbreit, und so wurde am 22. October der Versuch gemacht, die äussere Oeffnung durch Anfrischung und Naht der Haut zu schliessen. Der Verschluss kam zu Stande und blieb auch grösstentheils bestehen, erst später traten an zwei Stellen der Vereinigungslinie wieder kleine Oeffnungen auf, aus denen sich, wenn sie nicht verschlossen gehalten wurden, beim Schlucken dünnflüssiger Sachen etwas entleerte.

Wenige Tage nach der eben erwähnten Anfrischung und Naht bildete sich nach unten und aussen davon über der Clavicula eine entzündliche Anschwellung, die zur Eiterung führte; nach der am 29. October gemachten Incision, welche reichlichen Eiter entleerte, gelangte die Sonde auf die entblösste und etwas rauhe obere Fläche der Clavicula. Die Eiterung wurde bald geringer, und nach Wochenfrist entleerte sich nur noch eine geringe Menge Secret aus der Oeffnung.

Nun erholte sich Patient auch wieder mehr und mehr, das Schlucken war immer ungestört geblieben, das Einführen einer dicken Schlundsonde gelang wie früher, es bestand nicht mehr völlige Aphonie, aber doch noch hochgradige Heiserkeit und derselbe laryngoskopische Befund wie früher, auch die bronchitischen Erscheinungen waren bis auf spärliche rechts hinten unten hörbare Rhonchi gewichen.

So wurde Patient am 7. November aus der Klinik entlassen.

Zu Anfang des folgenden Jahres erhielt ich auf eine Anfrage die Nachricht, dass es wieder schlechter gehe, dass das Schlingen allmählich wieder behinderter geworden sei und Ullherr sich kümmerlich mit Milchkaffee und Zwetschenbrühe ernähre; er sei recht schwach und bringe die meiste Zeit im Bett zu. Der strengen Wittierung wegen konnte er sich nicht zur Reise entschliessen und erst zu Ostern 1881 kam er wieder in die Klinik nach Erlangen.

Er sah sehr elend aus, noch elender als das erste Mal, auch das Schlucken war wenigstens ebenso behindert, wie damals. Die Operationswunde am Halse war bis auf eine kleine stecknadelkopfgrosse Stelle geschlossen, die fistulöse, von der Clavicula herrührende Eiterung war äusserst gering, aber hielt noch an. Der Versuch, eine Schlundsonde einzuführen, scheiterte, und bei der Untersuchung mit dem Finger fand man dieselben Verhältnisse wie früher, nur ganz nach links dicht oberhalb des Ringknorpels, wo der Pharynx angeschnitten worden war, fühlte man eine etwas raue Stelle. Tags darauf wurde der Sondirungsversuch erneuert, und zwar mit einem biegsamen Katheter von 4 Mm. Durchmesser. Indem derselbe, am Ringknorpel angelangt, von der Fingerspitze ganz nach links geschoben und dort abwärts gedrängt wurde, gelang es, ihn mit mässigem Druck vor- und weiterhin ungehindert hinabzuschieben. In den folgenden Tagen wurde zu dickeren Kathetern übergegangen, bei deren Durchführung durch die Stelle des Hindernisses man wiederholt das Gefühl hatte, dass narbige Gewebzüge gesprengt wurden. Es hatte sich offenbar der durch die Operation künstlich hergestellte Weg in seinem obersten Abschnitt wieder narbig verengert, und dieses Narbengewebe wurde jetzt theils gedehnt, theils zersprengt, und zwar durchaus ohne erhebliche Gewaltanwendung. Schon nach 4 Tagen konnte eine Schlundsonde von mehr als 1 Cm. Durchmesser fast ohne jede Mühe eingeführt werden, und so blieb es auch. In unmittelbarem Anschluss an diese instrumentelle Erweiterung besserte sich das Schlingvermögen zur Freude des Patienten, und nachdem einmal die dicke Schlundsonde wieder durchging, konnte Patient auch wieder wie früher vortrefflich essen und trinken. Aus der kleinen Oeffnung an der Operationsnarbe entleerte sich dabei, wenn sie nicht zugehalten wurde, dünne Flüssigkeit in feinem Strahle. — Patient erholte sich denn auch sichtlich und nahm in den 2—3 Wochen, welche er in der Klinik war, etwa $\frac{5}{4}$ Pfund zu. Er wurde nun auch unterwiesen, sich die Schlundsonde selbst einzuführen, was bald nach Wunsch ging, und so wurde er, mit zwei Schlundsonden

bewaffnet und mit der Weisung, dieselben jeden 2.—3. Tag einzuführen, wiederum nach Hause entlassen.

Ein im August eingezogener Bericht lautete dahin, dass das Befinden sich wieder verschlechtert hätte, dass das Schlingen hart ginge und er sich mit Milch, Kaffee, Wein und dünnem Brei ernähre. Die Fistelöffnung an der Clavicula hätte sich, nachdem ein kleines Knöchelchen herausgekommen, geschlossen, an der Operationsnarbe wäre noch eine kleine Oeffnung, die aber fast nichts entleerte; aus dem Munde wäre einmal zusammengestocktes Blut gekommen. Die Sonde wäre fortbenützt; ob auch hinuntergebracht, wurde nicht angegeben. Ullherr wäre im Allgemeinen recht schwach, doch beschäftige er sich noch mit leichteren Arbeiten.

Einen Monat später erhielt ich die Nachricht, dass Ullherr gestorben wäre, „nachdem er 14 Tage lang nur etwas Wein, in den letzten Tagen auch nicht einen Tropfen mehr hätte hinablassen können, so dass er rein verschmachten musste“.

Die Section zu veranlassen, war mir leider nicht möglich. —

Wir müssen uns daher bemühen, auf Grund der während des Lebens gewonnenen Thatsachen den Fall zu verstehen.

Welcher Art war also das Schlinghinderniss bei unserem Kranken? Mit Sicherheit können wir sagen, es handelte sich weder um eine Neubildung, an die ja vor der Untersuchung bei dem Alter des Patienten selbstverständlich zuerst gedacht werden musste, noch um eine narbige Stricture, auch nicht um ein Divertikel. Ganz abgesehen von der Anamnese, die wiederholten sorgfältigen Untersuchungen, welche in Zwischenräumen, die mehr als $\frac{3}{4}$ Jahr umfassen, stattfanden, und bei denen der Finger direct bis an die Stelle des Hindernisses gelangte, vor Allem die Befunde während und nach der Operation liessen diese Zustände mit völliger Bestimmtheit ausschliessen. Es fand sich weder eine Verdickung der Oesophaguswand, noch eine Veränderung der sichtbaren Schleimhaut, und doch hätten Veränderungen nach diesen Richtungen, die so hochgradige Beschwerden zu machen im Stande gewesen wären, der Wahrnehmung ja nicht entgehen können. Anschwellungen von Schilddrüse oder von Lymphdrüsen, die einen Druck auf die Speiseröhre hätten ausüben können, waren ebenso wenig wie irgend eine der sonstigen selteneren Ursachen von Schlingbeschwerden nachzuweisen. Eine Vermuthung legte der ganze Befund schon bei der ersten Untersuchung nahe, dass es sich hier nämlich um einen jener seltenen Fälle von chronischer Dysphagie, veranlasst durch Verdickung des Ringknorpels, handelte, auf welche Professor Wern-

her durch eine Mittheilung in Nr. 30 des chirurgischen Centralblattes vom Jahre 1875 die Aufmerksamkeit gelenkt hatte. In der That, vergleicht man die dort gemachten Angaben mit den unsrigen, so ergibt sich hinsichtlich des ganzen Bildes, unter welchem sich das Leiden präsentirte, eine ganz auffallende Uebereinstimmung. Alter und Anamnese sind hier wie dort fast dieselben, hier wie dort liess sich durch unmittelbares Zufühlen constatiren, dass am Ringknorpel die Sonde einen unüberwindlichen Widerstand fand, man fühlte den von ihm gebildeten Vorsprung und man bekam, wie wir oben sagten, den Eindruck, als ob der Ringknorpel wie ein vorgeschobener Riegel den Eingang in den Schlund verlegte, als ob er der hinteren Schlundwand fest anläge und durchaus nicht von ihr zu lüften wäre, oder, wie Wernher sagt, als ob die Sonde an dieser Stelle einer undurchbohrten Platte aufsässe. Allerdings müssen wir auch sofort hinzufügen, dass neben dieser Uebereinstimmung die beiden Fälle auch Verschiedenheiten zeigten, welche es nicht gestatten, dieselben ohne Weiteres in Parallele zu bringen. Die Lordose des obersten Theiles der Halswirbelsäule fehlte in dem Wernher'schen Falle, wesentlicher als dies erscheint der Umstand, dass dort die Einführung von Sonden, selbst von den stärksten Sonden schliesslich, namentlich bei gleichzeitigem Abziehen des Kehlkopfes von der Wirbelsäule gelang, während bei unserem Kranken alle derartigen Versuche selbst in der Narkose missglückten. Indessen spricht dies nicht absolut gegen eine nahe Beziehung beider Fälle zu einander, denn angenommen, es handelt sich um gewisse Verhältnisse, durch welche der Ringknorpel fest der hinteren Schlundwand aufliegt, so kann die Festigkeit, mit der dies stattfindet, zweifellos eine verschieden hochgradige sein, sie ist es ja in der That in einem und demselben Falle und nimmt allmählich zu, wie dies doch die allmähliche Zunahme der Schlingbeschwerden beweist, sie kann daher sehr wohl in dem einen Falle so bedeutend sein, dass jede Lüftung des Ringknorpels unmöglich ist, während ein anderes Mal eine solche sich in entsprechender Weise bewerkstelligen lässt. Völlig mit dieser Annahme im Einklange würde es dann auch stehen, dass der Wernher'sche Kranke erst seit 9 Wochen an Schlingbehinderung litt, während bei unserem Kranken bereits reichlich $\frac{1}{2}$ Jahr seit Beginn der Beschwerden vergangen war.

Das Eigenthümliche der Wernher'schen Dysphagie ist ja, dass der Oesophaguskanal selbst intact, dass er nur verschlossen gehalten ist durch den der hinteren Schlundwand anliegenden Ringknorpel. Auch in unserem Falle war ja, wie oben angegeben, das Oesopha-

gusrohr an der Stelle des Hindernisses jedenfalls wenigstens soweit erhalten und frei von augenfälligen Veränderungen, dass aus seiner Beschaffenheit an und für sich keine genügende Erklärung der Beschwerden sich ergab, als deren einziger nachweisbarer Grund immer nur der Verschluss durch das feste Aufliegen der vorderen Wand, resp. des Ringknorpels auf der hinteren zu eruiren war. So sehr nun auch alles zu der Annahme drängte, dass hierin das unüberwindliche Hinderniss für das Vordringen der Speisen wie der Sonde gegeben war, so unvollkommen war doch die Einsicht in die näheren Verhältnisse dieses Zustandes. Was hielt denn den Ringknorpel so fest nach hinten? Wernher sieht in seinem Falle die Ursache für den innigen Contact zwischen Ringknorpel und hinterer Schlundwand in einer Anschwellung und Verkalkung des Knorpels und scheint in dieser Deutung besonders auch bestärkt zu sein durch die analoge Beobachtung von Travers¹⁾, bei welcher die Verdickung und Verknöcherung der Ary- und Cricoïdknorpel durch die Section festgestellt wurde. Für den Leser der Wernher'schen Krankengeschichte ergeben sich aus dieser selbst die Anhaltspunkte für diese Deutung nicht in objectiver und unzweifelhafter Weise. Es heisst da nur: „Wenn der Finger möglichst in den Pharynx eingebracht wird, so erreicht seine Spitze den rundlichen, glatten Vorsprung, den die Cartilago cricoïdea in den Schlund hinein macht, und auf welchem sich die Sonden, wenn sie ohne die beschriebene Manipulation eingeführt werden, aufstemmen.“ Ob eine besondere Starrheit der Kehlkopfknorpel zu constatiren gewesen sei, wird in dem Krankenbericht nicht angegeben; da aber der Ringknorpel auch in der Norm einen „rundlichen, glatten Vorsprung“ in den Schlund hinein bildet, so lässt die oben angeführte Angabe in Zweifel über den Grad der Anschwellung. In unserem Falle fühlten sich die Kehlkopfknorpel, wie erwähnt, von aussen ziemlich starr an, und vergleiche ich den Vorsprung, den der Ringknorpel hier gegen den Schlund zu bildete, mit dem, wie er bei anderen, gesunden Individuen zu fühlen ist, so erschien der Vorsprung im Ganzen wohl etwas voluminöser, aber für die Erklärung der straffen Fixation desselben in der Richtung nach hinten schien mir das nicht zu genügen. Ob Schrumpfungsprocesse der betreffenden bindegewebigen oder musculösen Theile gleichzeitig mit im Spiele waren, muss dahingestellt bleiben, gröbere, in die Augen fallende Veränderungen konnten wenigstens bei der Operation nicht nachgewiesen werden. — Dass die erwähnte Lordose am

1) London med. chirurg. transactions. Vol. VII.

obersten Theile der Halswirbelsäule für diese Verhältnisse von wesentlicher Bedeutung gewesen wäre, erscheint nicht wahrscheinlich. Das möchte ich nicht bestreiten, dass Störungen des Schlingactes durch dieselbe hätten verursacht sein können, aber dass sie auch genügend gewesen wäre, um jenes Hinderniss am Ringknorpel zu erklären, welches den Durchgang der Instrumente so vollständig zu verhindern im Stande war, das scheint deshalb nicht glaublich, weil der Sitz der Lordose erheblich höher, als der Sitz des Hindernisses war. Muss man sich immerhin über die Bedeutung dieser Lordose, wie ich glaube, mit einiger Reserve aussprechen, so kann dagegen die Annahme eines Krampfunges als Ursache für die Fixation des Ringknorpels füglich nicht ernstlich in Frage kommen. Zwar ist es nach Hamburger¹⁾ „eine Thatsache, dass es einen Krampf des Oesophagus gibt, der nicht in Anfällen auftritt, auch nicht das Organ convulsivisch durchheilt, sondern an einer und derselben Stelle lange Zeit verharret, wohl zuweilen durch wenige Tage remittirt, doch niemals gänzlich intermittirt. Man mag sich die Sache auf ähnliche Weise, wie etwa den Blepharospasmus vorstellen“. Aber abgesehen von allem anderen bleibt nach Hamburger dabei doch immer die Möglichkeit, Sonden einzuführen, bestehen, es findet sich nur ein Widerstand, den selbst Sonden grösseren Calibers ohne viele Mühe zu überwinden vermögen. — Die Annahme eines einfachen Krampfunges etwa im Bereich des Cricopharyngeus lässt sich also nicht halten, es müsste sich, sollten krampfartige Veränderungen dieses Muskelgebietes die Ursache des Ganzen abgegeben haben, schon um mehr, etwa um eine circuläre Verdickung der betreffenden Schlundmuskulatur gehandelt haben, wie eine solche ja in seltenen Fällen auch als Ursache einer Schlundverengung gefunden wurde. Für unseren Fall eine derartige Erklärung zu acceptiren, erlaubt aber der schon mehrfach erwähnte Umstand nicht, dass von einer Verdickung des Schlundrohres im Bereich des Hindernisses eben nichts wahrzunehmen war.

Beschränken wir uns also darauf, festzustellen, dass in unserem Falle bei allem Anscheine nach im Wesentlichen erhaltenen Oesophaguskanal eine fast vollständige Undurchgängigkeit desselben für Speisen und für Sonden dadurch verursacht zu sein schien, dass der eine grössere Starrheit zeigende und auch wohl etwas voluminösere Ringknorpel der Wirbelsäule resp. der hinteren Schlundwand fest anlag und nicht von ihr entfernt werden konnte, dass es indessen

1) Klinik der Oesophaguskrankheiten. Erlangen 1871.

nicht gelang, eine genügende Erklärung dieser eigenthümlichen Fixation zu finden. Ich bin natürlich selbst so weit davon entfernt, von dieser Deutung befriedigt zu sein, dass ich es Niemandem verdenken werde, wenn er es für wahrscheinlicher hält, dass doch irgend etwas übersehen sei und irgend eine in Veränderungen des Oesophagusrohres selbst begründete Stenose vorgelegen habe. Ich konnte aber nun einmal nichts weiter thun, als mich an das halten, was ich bei sorgfältiger Untersuchung fand, und möchte hinsichtlich des Räthselhaften, was der obigen Deutung anhaftet, hier nur hervorheben, dass es an Angaben über ein wenn auch nicht dem unserigen analoges, doch ebenfalls räthselvolles Verhalten des Ringknorpels in Beziehung zur Durchgängigkeit des Schlundrohres nicht ganz fehlt, ich verweise z. B. auf die sogleich näher anzuführenden, von Emminghaus gemachten Erfahrungen. Im Uebrigen kann ich nur hoffen, dass eine spätere, der unserigen analoge Beobachtung, die vielleicht zur Section kommt, die Sachlage in befriedigender Weise aufklären möge.

Am nächsten scheint uns, wie gesagt, unser Fall demjenigen zu stehen, auf welchen als auf eine *Dysphagia compressoria* Wernher in dem erwähnten Aufsatz die Aufmerksamkeit gelenkt hat, wobei er auch die Beobachtung von Travers, bei dessen Patienten das Leiden zum Tode führte, im Auszuge mitgetheilt hat, als das einzige, auch durch die Section sicher constatirte Analogon. Bei sorgfältiger Durchforschung der mir zu Gebote stehenden Literatur gelang es mir auch nicht, weitere unzweifelhaft hierher gehörige Fälle aufzufinden. Allerdings finden sich verschiedene Angaben, welche hier wenigstens erwähnt werden müssen, auf die ich indess, um nicht zu weitschweifig zu werden, nur kurz hinweisen möchte.

Dass auch beim Sondiren des gesunden Oesophagus am Ringknorpel sehr gewöhnlich ein freilich leicht zu überwindendes Hinderniss gefunden wird, wird allgemein anerkannt. Mit besonderem Nachdruck macht Emminghaus¹⁾ auf diesen Punkt aufmerksam. Ein Hinderniss in der Höhe des Ringknorpels, sagt er, „besteht häufiger bei alten Leuten, wo man denn auch mit dem Finger stärkeres Vorspringen der Ränder der Wirbelkörper fühlt. Es lässt sich oft durch Andrücken der Sonde an die eine oder andere Seite der Oesophaguswand (nach dem, was mir vorgekommen ist) umgehen. In einem Falle, wo alle Zeichen der Pylorusstenose, aber keine Symptome der Oesophagusverengerung bestanden, wollte ich die Ausspülung

1) Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1873. Bd. XI. S. 304.

vornehmen, konnte aber auf keine Weise das Hinderniss umgehen.“ Eine wiederholte Sondenuntersuchung gab der Patient, welcher sein Pepsin ohne Beschwerde schluckte, nicht zu. „Ich muss es“, sagt Emminghaus, „dahin gestellt sein lassen und weiteren Beobachtungen anheim geben, ob Verknöcherung des Ringknorpels im Alter zusammen mit stärkeren Firsten an den Halswirbelkörpern dieses Hinderniss setzen. Vielleicht verdient auch der Umstand Berücksichtigung, dass senile Kyphose und gleichzeitige Ossification im Lig. stylohyoideum die Verhältnisse für die Schlundsonde ungünstiger machen. Jedenfalls kann man sich selbst den Schlingact durch Krümmung der Rückenwirbelsäule und starkes Hintenüberbiegen des Kopfes beträchtlich erschweren und für grössere Schlucke schmerzhaft schwierig machen.“

Auch schon George D. Gibb¹⁾ äussert sich dahin, dass Dysphagie unter anderem auch durch Verknöcherung der Kehlkopfknorpel in höherem Alter hervorgerufen werde und zuweilen den Verdacht auf wirkliche Strictur des Oesophagus erwecke.

Ein Fall, welchen Trousseau²⁾ erzählt, ohne eine bestimmte Deutung desselben zu geben, könnte die Vermuthung nahe legen, dass eine der hier in Rede stehenden ähnliche Form von Dysphagie auch in vorübergehender Weise von Seiten des Ringknorpels verursacht werden könnte. Es handelte sich um eine mehr als 60 Jahre alte Dame, die vor 10 Jahren eine ziemlich heftige Angina durchgemacht und danach allmählich fortschreitende Schlingbeschwerden bekommen hatte. Weder äusserlich noch innerlich irgend eine organische Läsion, kein Schmerz, nie Blutbrechen, nie blutige Stühle. *L'obstacle commençait immédiatement en arrière du larynx, il se prolongeait dans une étendue de 2 Cm. à peu près. Au delà on pénétrait aisément et la balaine descendait sans obstacle jusque dans l'estomac.* Die Patientin erholte sich und konnte später fast so gut wie in gesunden Tagen essen.

Wernher hält es für sehr möglich, dass solche Fälle von chronischer Dysphagie, wie der seinige, weniger ungewöhnlich sind, als es scheint, und dass sie nur wegen der täuschenden Aehnlichkeit der Erscheinungen mit Stricturen des Oesophagus verwechselt werden. Einen ähnlichen Eindruck erhielt ich bei Durchsicht der Literatur, die eine so grosse Anzahl schlecht aufgeklärter Fälle von chronischer Dysphagie enthält, deren Beobachter sich in Ermangelung nachweis-

1) On diseases of the Throat, Epiglottis and Windpipe etc. London 1860.

2) Mémoires de l'académie royale de médecine. Tome XIII. 1847.

barer, palpabler Hindernisse nur zu leicht mit dem bequemen Worte „Krampf“ trösteten, selbst in Fällen, in denen es vollständig unmöglich war, die Sonde einzuführen, ja in denen das Leiden sogar zum Tode führte. Der Nachweis freilich, dass manche dieser sogenannten krampfartigen Stricturen vielleicht nichts anderes als Beispiele der Wernher'schen Dysphagie gewesen seien, lässt sich nachträglich nicht mehr führen.

Ich möchte aus der neueren Zeit endlich nur noch der Fälle von Sommerbrodt¹⁾ und Heymann²⁾ gedenken. Sie interessieren uns namentlich mit Rücksicht auf die Lordose der Halswirbelsäule, welche bei unserem Patienten bestand, wenn wir, wie oben angegeben, diesen Befund in unserem Falle auch nur als einen nebensächlichen ansehen zu müssen glaubten.

Sommerbrodt beobachtete einen 68 jährigen Mann, der seit etwa Jahresfrist an zunehmenden hochgradigen Schlingbeschwerden litt. Der stattliche, wohl conservirte Mann hatte nie Schmerzen gehabt, war auch relativ noch gut bei Kräften. Er zeigte eine lordotische Vorwölbung des oberen Theils der Halswirbelsäule, die so stark war, dass sie den Einblick in die hinteren zwei Drittel der Rima glottidis verhinderte, und die als compensirend auftrat im Anschluss an eine zunehmende Rückenkyphose. Da Sommerbrodt mit voller Bestimmtheit diese Vorwölbung als die Ursache der bestehenden Schlingbeschwerden betrachtete, so unterliess er es — wenigstens muss man das nach seinem Bericht annehmen — die Schlundsonde einzuführen. Er führt nur an, dass der Hausarzt früher im Laufe mehrerer Monate etwa 20 mal die Schlundsonde angewendet habe, ohne den Zustand zu verbessern. Nach Angabe des Kranken hätte der behandelnde Arzt im obersten Theile der Speiseröhre einen „Knoten“ bemerkt, an dem beim Herausziehen der Sondenknopf schwierig vorbeipassirte. — In dem ersten der beiden Heymann'schen Fälle bestand gleichfalls eine Lordose ungefähr in derselben Gegend, ohne dass sie Schlingbeschwerden verursachte, und in unserem Falle fand sich bei gleichzeitigem Vorhandensein einer ähnlichen Lordose die wesentlichste Ursache der Schlingbeschwerden in einem anderen Umstande begründet. Allerdings ist wohl bei dem Sommerbrodt'schen Patienten die Lordose eine stärkere gewesen, denn in dem Heymann'schen wie in unserem Falle konnte man bei recht hohem Sitze des Patienten und bei Vornüberneigen des

1) Berliner klin. Wochenschrift. 1875. S. 334.

2) Ebenda. 1877. S. 763.

Kopfes den hinteren Abschnitt der Rima glottidis noch übersehen. So wenig ich deshalb auch die Richtigkeit der Sommerbrodt'schen Auffassung bestreiten will, so lehrt doch die Zusammenstellung dieser drei Beobachtungen, dass es zur hinreichenden Klarstellung so ungewöhnlicher Fälle nicht zu umgehen sein dürfte, möglichst alle zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, vor Allem die mit der Schlundsonde anzuwenden.

Der zweite Heymann'sche Fall, den Störk beobachtete, sei hier kurz angeführt als ein weiteres Beispiel von Schlingstörung, welche bei augenscheinlich völlig intactem Speiseröhrenkanal verursacht wurde durch ein auch der Schlundsonde grosse Schwierigkeiten bereitendes Aneinanderliegen der Wände und zwar gleichfalls in nächster Nähe des Ringknorpels. Bei dem 50 Jahre alten, seit 2 Jahren an Schlingbeschwerden, zeitweilig bis zur Unmöglichkeit zu schlingen, leidenden Patienten liess Laryngoskop und Oesophagoskop keine Ursache erkennen, indessen fand sich bei der Sondirung dicht unterhalb des Ringknorpels ein wandelbares Hinderniss, das bald die stärkste Röhre, bald nicht die feinste Sonde durchliess. „Die Erfahrung“, heisst es, „hatte schon oftmals gelehrt, dass der Ringknorpel auch unter sonst normalen Verhältnissen der Wirbelsäule derartig anliegt, dass eine Locomotion des Kopfes erforderlich ist, um das Schlundrohr einführen zu können. Bei der Beobachtung unseres Kranken zeigte sich die Möglichkeit, die Bougie einzuführen, in noch höherem Grade von der Stellung des Kopfes abhängig. Dieses führte zu der Annahme, dass das Hinderniss in einer Lordose der Halswirbelsäule gelegen sei.“ Die Untersuchung zeigte auch in der That neben einer Skoliose des oberen Brustabschnitts eine Lordose des untersten Halstheils der Wirbelsäule, deren stärkste Prominenz Störk in den 6. Halswirbel verlegte. — In diesem Falle vermochte der Patient später ohne Beschwerde zu essen, wenn dabei durch eine handbreite Papperavatte der Hals ungewöhnlich gestreckt gehalten wurde.

Kehren wir nach dieser leider wenig ergiebigen Durchforschung der Literatur noch einmal zu unserer eigenen Beobachtung zurück, um noch einige kurze Bemerkungen daran zu knüpfen.

Während die in der achten Woche nach der Operation auftretende Periostitis an der Clavicula kaum ein besonderes Interesse beanspruchen dürfte, müssen wir der Recurrenslähmung mit einigen Worten Erwähnung thun. Dieselbe wurde zuerst in der fünften Woche nach der Oesophagotomie bemerkt, nachdem erst einige Tage vorher eine stärkere Heiserkeit aufgefallen war, welche dann in

vollständige Aphonie übergang. Von einer Verletzung des Recurrens bei der Operation kann daher keine Rede sein; möglich, dass durch den nachfolgenden Wundheilungsprocess und die stattfindende Schrumpfung der Recurrens ins Gedränge kam, möglich auch, dass er bei den späteren Untersuchungen der Verhältnisse in der Tiefe der Wunde, wobei dieselbe nicht ohne starken Druck mit Instrumenten und mit den Fingern auseinander gedrängt wurde, um Einsicht in den Zustand des Oesophagus zu gewinnen, Insulte zu erleiden hatte, jedenfalls war vom 3. October an die Lähmung eine complete und war es auch noch nach einem halben Jahre. Die Aphonie ging allmählich in eine starke, in ihrem Grade wechselnde Heiserkeit über. Die Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes wurde später wenigstens theilweise durch stärkere, über die Mittellinie hinausgehende Excursionen des rechten Stimmbandes compensirt.

Was das Resultat unserer Behandlung betrifft, so konnte Patient ca. 4 Wochen nach der Operation wieder gut auf natürlichem Wege essen. Der Bissen umging dabei die verengte Stelle seitlich. Der Weg, den er an dieser Stelle nahm, war nur nach rechts von der Schleimhaut des nach links gespaltenen Schlundrohres, im Uebrigen von der Wundhöhle gebildet. Nachdem die Heilung ziemlich weit vorgeschritten, wurde die äussere Wunde geschlossen, freilich auf die Gefahr hin, dass der neugebildete Weg für den Bissen sich allmählich narbig verengern möchte; trat dieser Fall ein, so war ja leicht wieder Abhülfe zu schaffen. Die Verengerung war denn auch nach einigen Monaten von Neuem eingetreten, wurde aber $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation leicht durch Sondirung gehoben. Später abermals Verengerung und Tod durch Verhungern 1 Jahr und 13 Tage nach der Operation. Das regelrechte Sondereinführen alle 2—3 Tage hatte Patient, obwohl er es ganz gut bewerkstelligte, vermuthlich bald, nachdem er das zweite Mal entlassen war, aufgegeben. Sicherlich hätte sich auch diese erneute Verengerung, welche zum Tode führte, beseitigen lassen, wenn der Patient Hülfe gesucht hätte. Indessen seine Indolenz war eben stärker, als alles andere; so froh er immer war, nachdem ihm die Möglichkeit, sich satt zu essen, zurückgegeben war, so schwer war er immer zu bewegen, wenn es ihm schlechter ging, wieder Hülfe im Krankenhause zu suchen, und so dringend verlangte er, sobald es ihm besser ging, wieder nach Hause, wo ihm jede ärztliche Aufsicht fehlte, zurückzukehren.

Jedenfalls scheint es mir aber nach der hier gewonnenen Erfahrung gerathen zu sein, in einem ähnlichen Falle den Verschluss der äusseren Oeffnung nicht eher zu machen, als bis das Fortbe-

stehen des neuen Weges für die Speisen sicherer garantirt ist. Schliesslich ist ja das Vorhandensein dieser durch einen Verband leicht zu verschliessenden äusseren Oeffnung nicht so störend für den Patienten. Die Haut zieht sich dabei mehr und mehr in die Tiefe gegen die Schleimhautränder des seitlich geöffneten Schlundrohres hinein, und es dürfte am besten sein, abzuwarten, bis diese Einziehung den höchsten Grad erreicht hat, resp. sie zu befördern durch entsprechende Circumcisionen des sich gegen die Tiefe hineinziehenden unregelmässigen Hauttrichters. Auf diese Weise würde der Weg, den die Sonde an der verengten Stelle vorüber nimmt, schliesslich nicht mehr grösstentheils von Wundoberfläche, sondern, abgesehen von dem Schleimhautantheil, vorwiegend von äusserer Haut ausgekleidet sein. Eventuell könnte man, wenn die narbige Einziehung nicht genügen sollte, diese Auskleidung auch durch eine plastische Operation herzustellen suchen, und erst wenn die neue Strecke ganz oder grösstentheils mit Epithel bekleidete Wandungen besässe und sonach mit grösserer Sicherheit auf ihr dauerndes Offenbleiben zu rechnen wäre, würde der Verschluss der äusseren Oeffnung vorzunehmen sein. Ich würde mich wenigstens in einem ähnlichen Falle von den hier angedeuteten Gesichtspunkten leiten lassen, und es scheint mir die Annahme gerechtfertigt, dass es so gelingen dürfte, nicht nur einen unmittelbaren günstigen Erfolg, wie in unserem Falle, durch die Oesophagotomie, sondern auch ein erfreuliches definitives Resultat zu erzielen.
