

III. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit Divertikelbildung dieses Organs.¹⁾

Von Dr. E. Hoffmann in Greifswald.

Das Präparat, das ich mir erlauben werde Ihnen zu demonstrieren, stammt von einem Manne, der Ende August vorigen Jahres aus der hiesigen Irrenanstalt nach der chirurgischen Klinik verlegt wurde. Er hatte sich 5 Stunden vorher in selbstmörderischer Absicht einen Porcellanscherben sowie einen Esslöffel tief in den Schlund gestossen. Letzterer war ihm durch den Assistenzarzt der Irrenanstalt schon extrahirt worden.

¹⁾ Demonstration im Greifswalder medicinischen Verein.

Bei dem 31 jährigen kräftigen Manne, der sich in sehr aufgeregtem Zustande befand, fühlte man, nachdem der Mund mit Gewalt geöffnet war, hinter dem Zungenrunde einen harten, mit glatter Fläche und scharfem Rande versehenen flachen Fremdkörper, der anscheinend vorn und an den Seiten in den Weichtheilen sich verhakt hatte. Wenn man betreffs Untersuchung den Kopf des Kranken nach hinten überbeugte, bekam der sonst schon mit Athemnoth kämpfende Mann einen Erstickungsanfall.

An den Seitentheilen des Halses war der Fremdkörper nicht durchzupalpieren. Versuche, den Fremdkörper mit einer Schlundzange zu fassen, misslangen. Es wurde daher sofort zur Operation geschritten und zunächst die Tracheotomie ausgeführt, welche dadurch, dass man den Kopf des Kranken nicht nach hintenüber bringen konnte, einigermaassen Schwierigkeiten machte. Einlegen einer mit Jodoformgaze umwickelten Canüle. Bei herabhängendem Kopf wird dann zur Pharyngotomia subhyoidea geschritten. Nach Durchtrennung von Haut, Fascie, Muskulatur und Membrana hyothyreoidea konnte man den Fremdkörper bei dem stark hintenüber gebeugten Kopfe in dem Raume zwischen Zungenbein und oberem Rand des Schildknorpels durchfühlen. Quere Incision auf denselben, wodurch der Kehlkopf mit Durchtrennung des unteren Theils der Epiglottis durch einen 3 1/2 cm langen Schnitt eröffnet wurde.

Sogleich kam der weisse Porcellanscherben zu Gesicht. Er erwies sich mit seinen scharfen Rändern zum Theil unter der Epiglottis und in den Seitentheilen des Rachens verhakt und von solcher Breite, dass die Herausbeförderung desselben durch den Mund das rathlichste schien. Nach Lösung der Verhakungen mit dem Finger, was leicht gelang, wurde der Fremdkörper ohne Schwierigkeiten unter Nachhülfe des Fingers vom Munde aus extrahirt. Er erwies sich als ein 13 cm langer, an dem einen (im Oesophagus oberen) Ende 4 cm breiten Porcellanscherben, welcher den Rand eines Tellers gebildet hatte.

Da es aus den durch den Fremdkörper eingerissenen Wänden des Pharynx resp. Kehlkopfs verhältnissmässig stark blutete, wurde der Kehlkopf tamponirt, und zwar in der Weise, dass das Ende des tamponirenden Jodoformgazestreifens durch die Stimmritze zum oberen Theil der Trachealwunde herausgeleitet wurde, um so die spätere Entfernung leicht zu machen. Die obere Wunde wurde mit Etagegnähten sorgfältig geschlossen, an den Enden derselben zwei kleine Hautdrains eingelegt.

Im Laufe des Tages befand sich der Kranke wohl. Die grosse Aufregung war einer psychischen Depression gewichen. Der Puls war jedoch kräftig, die Respiration ungehindert. Etwas flüssige Nahrung war gereicht und angenommen worden. Temperatur Abends 38,7.

Nach einer leidlich gut verbrachten Nacht richtete sich der Kranke am anderen Morgen, ohne dass der dabeisitzende Wärter vorher etwas Beunruhigendes bemerkt hatte, plötzlich im Bette auf und sauk leblos in die Kissen zurück.

Die Section ergab für den plötzlichen Tod keine genügende Aufklärung.

In den Luftwegen wurde kein Athmungs Hinderniss gefunden, kein Oedem der Trachea oder der Lungen, keine Pneumonie. Auch am Herzen oder im Gehirn fand sich nichts etwa auf eine Embolie hindeutendes. Die Pharynxwunde war fest verklebt. Beim Aufschneiden des Oesophagus gerieth der Obducent mit der Scheere zunächst nicht in dieses Organ, sondern in einen neben diesem befindlichen Hohlraum. Erst bei weiterem Suchen fand sich die in den Oesophagus aus dem Rachen führende verhältnissmässig kleine Oeffnung. Der erwähnte Hohlraum, der in der Höhe der Plica ary-epiglottica in den Pharynx mündet, liegt, wie Sie sich an dem Präparate überzeugen können, nach hinten und linksseitlich neben dem Oesophagus, ist 14 cm lang und ist mit unregelmässigen, buchtigen Wandungen, welche denen einer Abscesshöhle gleichen, versehen. Bei der Obduction enthielt er etwas Eiter und Speisereste. An dem Oesophagus fällt die an seinem Anfangstheil vorhandene Enge auf. Sonst ist nichts besonderes an demselben wahrzunehmen.

Bei genauerer Untersuchung lässt sich nicht mit Sicherheit Mucosa in dem parösoophagealen Hohlraum nachweisen. Derselbe lässt sich auch nicht, wie dies wohl bei einer Ausstülpung des Oesophagus der Fall wäre, von der Umgebung loslösen.

Haben wir nun in unserem Falle ein Divertikel des Oesophagus vor uns?

Nach Zenker und Ziemssen unterscheidet man zwei Arten von Divertikeln: Tractions- und Pulsionsdivertikel. Erstere entstehen dadurch, dass durch einen Schrumpfungprocess in der Nähe die Wand der Speiseröhre nach aussen gezogen, und somit das Lumen vergrössert wird. Meist sind es wohl schrumpfende Bronchialdrüsen, die hierfür verantwortlich zu machen sind, und so findet man diese Divertikel, die gewöhnlich klein sind, in der Regel in der Nähe der Bifurcationsstelle der Trachea und an der vorderen Wand des Oesophagus.

Die Pulsionsdivertikel entstehen durch Druck von innen. Man muss annehmen, dass eine Gelegenheitsursache zu einer Ausbuchtung des Oesophagus geführt hat, welche dann durch den Druck der Speisen zu einem grossen Sack erweitert wird.

In manchen Fällen ist wohl ein Trauma die Ursache, durch welches ein Riss in der Muscularis und ein Prolaps der Schleimhaut durch denselben zu Stande kommt, eine Oesophagushernie, wie man diesen Zustand genannt hat. In anderen Fällen kann ein Fremdkörper, der die Passage erschwert, oder eine Verengung des Oesophagus die Ursache sein, dass sich die Wand der Speiseröhre nach einer Seite hin ausbuchtet. Durch das Hineingerathen und den Druck der Speisen wird dann der entstandene Sack immer weiter ausgedehnt. Für manche Fälle bleibt die Entstehung der Pulsions-

divertikel jedoch vollkommen unangeklagt. Wir werden dann an eine embryonale Anlage denken müssen. Ebenso gut, wie es angeborene Fisteln zwischen Speise- und Luftröhre giebt, wird doch gelegentlich eine aus früher Embryonalzeit zurückgebliebene Ausbuchtung zurückgeblieben sein, welche zu einem Pulsionsdivertikel ausarten kann. Der Sitz dieser Divertikel ist meist die hintere oder seitliche Pharynxwand oder der Anfangstheil des Oesophagus. Von da aus dehnen sie sich in dem Raume, der zwischen Oesophagus und der Wirbelsäule liegt, oder seitlich davon nach unten hinaus. Die Wand des Divertikels besteht aus Mucosa und Submucosa, in manchen Fällen wohl auch aus Muscularis. Durch die fortwährende Reizung der Wand durch die Speisen und entzündliche Vorgänge, die sich infolge von Stagnation derselben entwickeln, kommt es meist zu einer starken Verdickung der Wandungen, welche diejenige des Oesophagus übertreffen kann.

In unserem Falle geht der Sack, wie in der geschilderten Weise bei den Pulsionsdivertikeln, vom Pharynx aus, er erstreckt sich in den Raum zwischen Oesophagus und Wirbelsäule 13 cm nach unten. Es fanden sich in ihm Speisereste, die Wandungen sind stark verdickt, der Anfangstheil des Oesophagus ist verengert, was die Aetiologie erklären könnte. Dennoch ist es zweifelhaft, ob wir ein richtiges Divertikel vor uns haben, da ein Erforderniss fehlt, nämlich die Auskleidung mit Mucosa. Ich habe wenigstens keine nachweisen können. Ich bin mehr dafür geneigt, mir den Hohlraum entstanden zu denken durch einen Abscess, der seinen Abfluss nach dem Oesophagus fand. Da sich der Eiter entleeren konnte, kam es nicht zu einer acuten Mediastinitis mit ihren Folgezuständen. Weil dies aber wegen der so hoch gelegenen Öffnung in nur mangelhafter Weise geschah, heilte der Abscess nicht aus, und es kam ein protrahirter Verlauf zu Stande. Natürlich konnten auch Speisen in die Abscesshöhle gelangen, und zu Lebzeiten sind vielleicht ähnliche Erscheinungen aufgetreten, wie bei einem richtigen Oesophagusdivertikel. Leider habe ich Angehörige über diesen Punkt nicht ausfragen können. Auch das Fieber am Abend des Operationstages spricht für eine Eiterhöhle, wahrscheinlich hat der Kranke auch schon vorher Temperatursteigerungen gehabt. Vielleicht hat die chronische Resorption von Eiter mit dazu beigetragen, dass der geschwächte Kranke dem operativen Eingriff erlegen ist. Freilich spricht dagegen das leidlich gute Befinden am Abend des Operationstages.

Die Art des Todes würde, wenn eine Embolie ausgeschlossen werden kann, am ersten für ein plötzliches Athmungshinderniss sprechen. Es hätte vielleicht das plötzlich hochgradigste gefüllte Divertikel die Trachea innerhalb des Brustkorbes comprimiren können. Dafür aber fand sich bei der Obduction kein Anhalt. Die Todesursache bleibt also unangeklagt.

Die Entstehung des Pseudodivertikels ist vielleicht dadurch zu erklären, dass der Kranke schon früher bei einem ähnlichen Selbstmordversuche sich den Pharynx verletzte, wobei es dann besonders bei der Enge des Oesophaguseinganges zu einem Eintritt von Speisen in die Wunde und zur Bildung der Abscesshöhle kam.

Zum Schluss meiner Auseinandersetzungen möchte ich noch die Art der von mir ausgeführten Operation zu rechtfertigen suchen. Ich will hier nur so weit als nöthig auf die Behandlung der Oesophagusfremdkörper eingehen. Bei grösseren oder mit scharfen oder spitzen Kanten versehenen Körpern ist ein Hinunterstossen derselben in den Magen nach Aller Ansicht nicht richtig. Sitzt der Körper ziemlich tief, so dass er für Instrumente nicht zugänglich ist, aber noch in dem über dem Brustbein gelegenen Abschnitt der Speiseröhre, oder hat er sich in die Wände des Oesophagus eingespiess, so ist eine Extraction vom Munde aus unmöglich oder mit grossen Gefahren für den Kranken verknüpft, und deswegen eine Eröffnung der Speiseröhre indicirt. Dieselbe kann an der Seite des Halses (am besten auf der Seite, wo man den Fremdkörper durchfühlt, oder sonst auf der linken) als typische Operation ausgeführt werden. Sie wird für die tiefer sitzenden Fremdkörper die allein richtige sein. Für die höher, besonders für die im Pharynx sitzenden, wird die Pharyngotomia subhyoidea mit der ersteren in Concurrenz treten und event. den Vorzug verdienen. Jedenfalls wird der Ort für das Eindringen des Messers der beste sein, wo man auf dem kürzesten Wege auf den Fremdkörper stösst, also besonders da, wo man ihn von aussen durchfühlt. Letzterem Grundsatz folgend, ging ich, nachdem ich mich für die Pharyngotomie wegen des hohen Sitzes des Corpus alienum entschieden hatte, durch die Epiglottis auf den Fremdkörper ein, weil ich ihn daselbst fühlen konnte. Die Operation ist ja nicht schulgemäss. Leider konnten wegen des baldigen Todes des Kranken keine Beobachtungen über den weiteren Verlauf des Falles gemacht werden. Es würde sich fragen, ob eine Störung des Kehlkopfschlusses nach derselben bedeutender gewesen wäre, wie nach der Trennung der Ligamenta glosso-epiglottica bei der typischen Pharyngotomia subhyoidea.

Für die spätere Function der Epiglottis bangte mir nicht, da

einmal bei Krankheiten, besonders Defecten des Kehledeckels, selten Störungen des Kehlkopfschlusses zu Stande kommen, und mir ein Fall in Erinnerung ist, wo nach einem Selbstmordversuch eine ähnliche Durchtrennung der Epiglottis, ohne Störungen zu hinterlassen, ausheilte. Das eigenthümliche Hineinreichen des Fremdkörpers in den Kehlkopfeingang ist vielleicht dadurch zu erklären, wie ich noch erwähnen möchte, dass derselbe nicht im Oesophagus, sondern in dem Divertikel steckte, demnach mehr in einer Richtung von vorn nach hinten. Hierfür sprechen auch einzelne Hämorrhagieen an der Wand des Sackes und die Enge des Oesophaguseinganges, welcher das Eindringen des breiten Fremdkörpers wohl nicht gestattete. Bei der Operation war auf diese Verhältnisse nicht geachtet worden, da man einen Divertikel nicht voraussetzte.