

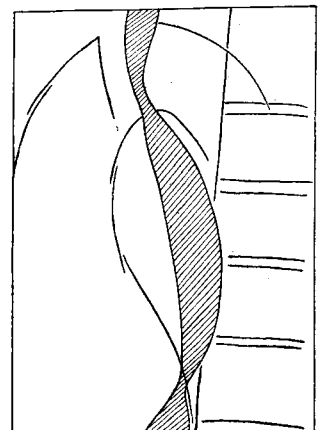
von 5–6 cm so innig an, daß letzterer zuweilen sogar eine leichte Impression erhalten kann (Waldeyer-Joessel). Diese innige Nachbarschaft der beiden Organe ist klinisch auch von Minkowski für die Registrierung der Vorhofspulsation von der Speiseröhre aus verwertet worden.

Die anatomischen Untersuchungen von Kovacs und Stoerk haben nun gezeigt, daß der Oesophagus in der Lage ist, dem sich verbreiternden Herzen nach hinten rechts auszuweichen, sodaß es selbst bei sehr erheblicher Verdrängung zu keiner bedeutenden, subjektiven Beschwerden verursachenden Kompression kommt. Die genannten Autoren fassen den Wert ihrer Befunde geradezu dahin zusammen, daß diese zwar eine symptomatologische Bereicherung der Herz- und Speiseröhrenpathologie bedeuteten, aber überhaupt keine praktische Bedeutung hätten. Demgegenüber scheint mir die Publikation des folgenden Falles von Interesse:

Oberförster A., 68 Jahre alt, hat früher nie Krankheiten von Bedeutung überstanden und leidet seit ca. 3 Wochen an erheblichen Schluckbeschwerden; er hat das Gefühl eines starken Widerstandes in der Speiseröhre. Die Speisen kommen zuweilen zurück, doch lassen sie sich schließlich nach wiederholten energischen Schluckakten herunterwürgen. Appetit und Stuhlgang in Ordnung. Im übrigen bestehen zuweilen Kopfschmerzen und öfters bei Anstrengungen Atemnot.

Befund: Großer, kräftiger, gut ernährter Mann. Mäßige Zyanose. Kein kachektisches Aussehen. Herz: Rechte Grenze $1\frac{1}{2}$ Querfinger vom rechten Sternalrande. Spitzenstoß einen reichlichen Querfinger außerhalb der Mamillarlinie. Arythmia perpetua. Klingender 2. Aortenton. Blutdruck 145 mm Hg. Puls mäßig gefüllt und gespannt, unregelmäßig. Lungen: Ueber den unteren Teilen vereinzelte kleinblasige feuchte Rasselgeräusche. Leber: Deutlich palpabel, den Rippenbogen 2 Querfinger breit überragend, druckempfindlich. Milz: Nicht palpabel. Urin: 0,2% Albumen, $\frac{1}{2}$ % Saccharum, keine Azetonkörper; im Sediment einige granulierten Zylinder, Erythrozyten und Leukozyten. Unterschenkel: Stark ödematös, mit zahlreichen Furunkeln bedeckt, namentlich links. Der eingeführte weiche Magenschlauch stößt 20 cm von der Zahnreihe entfernt auf einen starken Widerstand, der aber nach einigem Bemühen überwunden wird. 31 cm von der Zahnreihe entfernt stößt der Schlauch wiederum auf starken Widerstand, der schwerer zu überwinden ist. Der Mageninhalt enthält 12 freie Salzsäure, 68 Gesamtsäure, keine Milchsäure, mikroskopisch nichts Besonderes. Blut: 4800000 Erythrozyten, 6200 Leukozyten, 95% Hämoglobin. Das gefärbte Blutbild zeigt eine normale Zusammensetzung der kernhaltigen Zellen. Wa.R. negativ. Status nervosus: o. B.

Die Röntgendurchleuchtung läßt eine beiderseits stark vergrößerte Herzsilhouette erkennen. Namentlich sind linker Vorhof und Ventrikel stark verbreitert. Der Aortenbogen ist ebenfalls gleichmäßig außerordentlich verbreitert. Nach einer Citobaryummahlzeit zeigt der Magen einen normalen Befund, während die Speiseröhre ein Bild darbietet, das ich durch eine Aufnahme, deren Skizze ich hier wiedergebe, festgehalten habe. Es stellt das Mediastinalfeld in Position 120° gesehen dar, eine Durchleuchtungsrichtung, die schon F. A. Hoffmann zur Beobachtung von Veränderungen, namentlich in der unteren Hälfte des Oesophagus gegenüber der meist üblichen im ersten schrägen Durchmesser empfohlen hat. Der Kontrastschatten des Oesophagus zeigt zwei deutliche Stenosen, die den mit der Sonde festgestellten Widerständen in ihrer Lage vollkommen entsprechen. Die erste Stenose liegt an der Stelle, wo der deutlich erkennbare breite Schatten des Aortenbogens den Oesophagus kreuzt; die zweite finden wir dort, wo der Schatten des stark verbreiterten linken Vorhofs in den der Speiseröhre übergeht. Auffallend ist hier, daß der Oesophagus beiderseits eine Einziehung aufweist. Dies ist zweifellos so zu deuten, daß der Reiz des komprimierenden Herzens einen Dauerspasmus ausgelöst hat.



Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Breslau.
(Leiter: Prof. A. Bittorf.)

Oesophaguskompression an zwei Stellen bei arteriosklerotischer Herzinsuffizienz.

Von M. Frhr. v. Falkenhausen.

Kompressionen und dadurch bedingte Schlingstörungen des Oesophagus durch Aneurysmen des Aortenbogens gelangen nicht selten zur Beobachtung und sind allgemein bekannt. Hingegen finden sich nur ganz spärliche Literaturangaben über diese Erscheinungen als Folge einer Vergrößerung des Herzens. Im Eichhorstschen Lehrbuche findet sich nur ein kurzer Hinweis auf das Vorkommen von Speiseröhrenverengungen bei Herzhypertrophie. Es muß auffallen, daß solche Fälle nicht häufiger beobachtet wurden, da die topographischen Verhältnisse von Herz und Speiseröhre doch in hohem Grade dafür zu prädisponieren scheinen. Der Oesophagus liegt nämlich der Perikardzone, die dem linken Vorhofe entspricht, im Verlauf

Auf Grund dieses Befundes stellten wir die Diagnose „Kompression des Oesophagus durch Vergrößerung des Herzens und der Aorta bei arteriosklerotischer Herzinsuffizienz. Leichter Diabetes“. Wir ließen daraufhin den Patienten einer energischen Digitalistherapie bei sorgfältiger Diätregelung unterwerfen und haben ihn einen Monat später nachuntersucht. Der Befund unterschied sich in Folgendem von dem ersten: Subjektiv: Schluckbeschwerden völlig geschwunden. Arythmie erheblich gebessert. Stauungserscheinungen an Lungen und Leber geschwunden. Noch leichte Unterschenkelödeme. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die Speiseröhre ist ohne Widerstand für das Schlundrohr durchgängig; der Kontrastbrei passiert glatt.

Dieser Fall zeigt, daß Vergrößerungen des Herzens für die Funktion der Speiseröhre doch nicht immer so bedeutungslos sind, wie Kovacs und Stoerk annehmen. Es ist auch nicht verwunderlich, daß ein dilatierter linker Vorhof bei der unmittelbaren Nachbarschaft von Herz und Speiseröhre eine direkte Kompression letzterer

¹⁾ Pflüg. Arch. 173 1918 S. 78. — ²⁾ D. m. W. 1920 Nr. 49. — ³⁾ Pflüg. Arch. 178 1920 S. 1. — ⁴⁾ Koninklijke Akademie van Wetenschappen te Amsterdam. Proceedings Vol. 23 1920 S. 533 u. Pflüg. Arch. 187 1921 S. 193. — ⁵⁾ Pflüg. Arch. 187 1921 S. 193.

durch Andrücken gegen die Wirbelsäule bewirken kann. Ebenso wenig sonderbar ist an sich die Stenosierung des Oesophagus durch eine arteriosklerotisch verbreiterte Aorta, spricht doch Mehnert ganz allgemein von einer sehr häufig vorhandenen „infrabifurkalen Aortenenge der Speiseröhre“, die die engste Partie des ganzen Oesophagus bilden kann. Entsprechend fühlt man ja auch öfters bei Sondierung Kranker mit Aortensklerose einen gewissen Widerstand beim Passieren der Höhe des Aortenbogens. — Der vorstehend beschriebene Fall einer Kompression an zwei Stellen durch Herz und Aorta scheint bisher immerhin einzigartig dazustehen.

Joessel-Waldeyer, Lehrbuch. — Kovacs und Stoerk, W. kl. W. 1910 Nr. 42.
— Mehnert, Arch. f. klin. Chir. 58. — F. A. Hoffmann, Atlas, Leipzig 1909.
