

festigkeit, Geschmack im Munde papprig, bisweilen sauer, Zunge dick be-  
legt, Papille vallatae höchst stark prominirend. Die Entzündung des  
Pharynx ergab entzündliche Rötzung der hinteren Wand. Beim Schlucken  
von Flüssigkeiten hörte man ein eigentümliches Geräusch in der Mitte  
des Sternum und eine sehr angestrengte Action der Schilddrüsenmuskeln machte  
sich bemerkbar, ganz so wie beim Versuch, mehrmalige Schlingbewegungen  
in einem Athem rasch hintereinander, ohne Speisen im Mund zu haben,  
auszuführen. Brod wurde sofort unter heftigen Würgen wieder erbrochen.  
Die Einführung eines Schlundrohrs gelang ohne besondere Mühe bis etwa  
zur Mitte des Sternum, woselbst ein Hindernis das weitere Vordringen des

## Oesophaguskrebs mit Perforation in die Trachea.

Von

A. SENFFT, prakt. Arzt in Bierstadt.

Am 10. März dieses Jahres consultirte mich G. Koch von E., 54 Jahre  
alt, Schreiner, nachdem er bereits  $1\frac{1}{4}$  Jahr homöopathisch angeblich an  
Magengeschwüren behandelt worden war.

Nach der Anamnese verspürte Patient seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahr einen  
dumpfen, drückenden Schmerz in der Magengrube und unter dem Brust-  
bein beim Essen, weniger beim Genuss kalter und spirituöser Getränke.  
Dazu gesellten sich allmählig häufige Pyrosis, zeitweises Erbrechen einer  
zähschleimigen, scharfen, öfters stark blutig gestreiften Masse und endlich  
Regurgitation fester Speisen in den Mund. Bis zum Januar dieses Jahres  
blieb dieser Zustand unter der homöopathischen Behandlung derselbe, ver-  
schlimmerte sich dann aber rasch derart, dass die früher nur beim Essen  
auftretenden Schmerzen nunmehr constant wurden, sich zwischen die  
Schulterblätter ausbreiteten, keine festen Speisen mehr bis in den Magen  
gelangten, sondern nach erfolglosen Schlingversuchen mit einer bedeutenden  
Quantität zähen Schleims wieder regurgitirt wurden, während breiartige  
Speisen, ganz weichgesottene Eier und Flüssigkeiten noch in den Magen  
gelangten, ohne Erbrechen zu erregen. Häufiges Aufstossen nach solchen  
Mahlzeiten, öfteres Sodbrennen, retardirter Stuhl, bisweilen ohne galligte  
Färbung stellten sich ein. In diesem Status präsentirte sich mir Pat. am  
10. März d. Js., der als Branntweintrinker bekannt war. —

Gesichtsfarbe fahl, Wangen circumscrip't geröthet, Haut in grosse  
Falten erhebbar, Fettpolster ziemlich verschwunden; vollständige Fieber-

losigkeit, Geschmack im Munde pappig, bisweilen sauer, Zunge dick belegt, Papillae vallatae äusserst stark prominirend. Die Untersuchung des Pharynx ergab entzündliche Röthung der hintern Wand. Beim Schlingen von Flüssigkeiten hörte man ein eigenthümliches Geräusch in der Mitte des Sternum und eine sehr angestrengte Action der Schlundmuskeln machte sich bemerkbar, ganz so wie beim Versuch, mehrmalige Schlingbewegungen in einem Athem rasch hintereinander, ohne Speisen im Mund zu haben, auszuführen. Brod wurde sofort unter heftigem Würgen wieder erbrochen. Die Einführung eines Schlundrohrs gelang ohne besondere Mühe bis etwa zur Mitte des Sternum, woselbst ein Hinderniss das weitere Einführen desselben unmöglich machte; ein Schlundstösser mit kaum erbsengroßem Schwämmchen dagegen konnte mühsam bis in den Magen gebracht werden, wobei beim Einführen sowohl, als beim Herausziehen deutlich etwa in der Mitte des Sternum ein Hinderniss sich bemerklich machte. Der ungefähren Messung nach musste es seinen Sitz im zweiten Drittheil des Oesophagus haben. Das Schwämmchen des Schlundstössers war mit sauer reagirender, blutiger Flüssigkeit getränkt; durch nachfolgendes Erbrechen wurde ebensolche in geringer Quantität entleert.

Die Untersuchung des Thorax durch Percussion und Auscultation ergab normale Lungen und Herz und durchaus keinen Anhaltspunkt für die Diagnose des betreffenden Falles. Die Leber bedeutend vergrößert, die übrigen Unterleibsorgane normal. Stuhl retardirt, bisweilen, wie bereits oben erwähnt, grau, lethenartig; Urin dermalen klar, soll bisweilen molkig trüb sein. —

Die Diagnose im weitern Sinne konnte man leicht auf eine Stenosis des Oesophagus stellen, da gegen eine sogenannte spasmodische Dysphagie, welche ohnedies äusserst selten, das Ergebniss der Untersuchung mit dem Schlundrohr, sowie das constante Bestehen sprachen. Gegen einfache Stricture des Oesophagus sprach das Fehlen jeglichen anamnestischen Moments, wenn man nicht gerade eine entzündliche Verdickung seiner Wände etwa in Folge des unmässigen Branntweingennusses annehmen wollte, welche aber gewiss nicht so circumscripirt sich gebildet haben würde. Am nächsten lag die Annahme einer Neubildung in der Umgebung oder im Oesophagus selbst, resp. seinen Wandungen, da gegen eine Perforation eines Pseudoplasma von aussen her in den Oesophagus das Fehlen eines Anhaltspunktes bei der Untersuchung des Thorax durch Percussion und Auscultation für alle nur denkliche derartige Fälle sprach. Wenn auch zur nähern Bestimmung der Natur des intraösophagealen Pseudoplasma in keiner Beziehung Momente vorhanden waren, indem das frühere unbedeutende blutige Erbrechen aus dem Magen, und das Blut an dem Schwämmchen

des Schlundstössers durch das Einführen kommen möchte, so lag wegen seiner überwiegenden Häufigkeit über andere Neubildungen, wegen des fahlen Aussehens des Patienten und wegen des bei Brantweinrinkern häufigen Befundes von Krebs im Magen oder seltener im Schlund doch die Annahme einer krebsigen Neubildung am nächsten.

Ordination: Emuls. oleos. mit etwas Laudanum.

Noch an demselben Tage wurde mir die Nachricht, dass Pat. wieder Fleisch und Brod schlucken könne, wenn auch nur mühsam; nach zwei Tagen jedoch war die frühere Undurchgängigkeit für feste Speisen wieder eingetreten und nach Einführen des oben genannten Schlundstössers wieder gewichen. Nachdem etwa sechs Wochen dieser wechselnde Zustand gedauert hatte, konnte das Instrument nicht mehr eingeführt werden, selbst breiige Speisen wurden beschwerlich zu schlucken und öfters regurgitirt, sehr häufige Ructus, heftigere drückende Schmerzen, mehr lokalisiert in der Mitte der Brust, sehr übler Geschmack bei dick belegter Zunge, überreichender Athem und krampfhaftes Hustenanfälle traten auf; Stuhl sehr retardirt; langedauernde gurgelnde Geräusche beim Schlucken von Flüssigkeiten, und dumpfes pfeifendes Trachealathmen bei der In- und Expiration über die ganze Länge des Sternum hörbar. Gegen die quälenden häufigen convulsivischen Hustenparoxysmen, welche wohl durch Druck auf die Trachea erzeugt waren: viermal täglich Morph. acetic. gr.  $\frac{1}{8}$ . — Die Schlingbeschwerden, Regurgitation, Ructus und Erbrechen steigerten sich von Tag zu Tag, die Abmagerung, Schwäche und geistige Verstimmung und Entmuthigung nahmen zu bei zeitweise fieberhaftem Puls und immerwährend retardirtem Stuhl, der durch Clysmata alle 3—4 Tage angeregt wurde. Vom Ende Juli an konnten nur noch Flüssigkeiten mühsam geschluckt und die Ernährung durch Fleischsuppen durch die ersten Wege besorgt werden.

Am 16. August bekam Patient plötzlich einen suffocativen Anfall, welcher mit einem äusserst heftigen Hustenparoxysmus endigte, wobei blutigeitrig und schleimige Massen ausgeworfen wurden; so öft Patient von mir an einen Löffel voll Flüssigkeit zu schlucken versuchte, trat jetzt keine Regurgitation mehr ein, sondern durch einen Hustenanfall wurde dieselbe gemischt mit mehr oder weniger Blut und kleinen nekrotischen Gewebstheilen, über deren Natur mir das Mikroskop keinen näheren Aufschluss gab, durch die Luftwege, oft durch Mund und Nase zugleich ausgeworfen. Eine Communication zwischen Oesophagus und den Athmungsorganen, und dem Sitz der Geschwulst im Oesophagus nach zu urtheilen noch zwischen Oesophagus und der Trachea, war zu Stande gekommen. Da jeder Versuch, auch nur die allergeringste Quantität Flüssigkeit zu

schlucken, einen gefährlichen suffocatorischen Anfall hervorrief, so musste von der Ernährung auf diesem Wege sogleich Abstand genommen werden, und die Kräfte durch Klystiere mit Fleischbrühe und Eiern mehrmals täglich aufrecht zu halten gesucht werden. Mehrmals täglich traten trotzdem die geschilderten Erstickungsanfälle und Hustenparoxysmen ein, wobei eine schleimigeitrige, blutiggingirte, bisweilen mit Hirsekorngrossen grauweisslichen Gewebspartikelchen gemischte, übelriechende Masse entleert wurde. Der Athem war fortwährend sehr übelriechend; der Puls immer schwächer, jedoch dabei beschleunigt und zeitweise wirklich fieberhaft. Die bisherige anhaltende Obstruction ging in Durchfall mit Leibschmerzen über; die Abmagerung machte rasche Fortschritte, da mit den häufigen diarrhoischen Stühlen die ernährenden Klystiere wieder sehr bald entleert wurden. Am 8. September starb Pat. in Folge vollständiger Inanition. —

*Section* am 9. September, 30 Stunden nach dem Tod:

Von der Eröffnung der Schädelhöhle musste auf Wunsch der Angehörigen der Leiche abgestanden werden. —

Nach der Eröffnung der Brusthöhle und des Abdomen wurden zuerst beide Lungen, deren Spitzen mit dem Rippenfell hie und da leicht verwachsen waren, sowie das Herz herausgenommen, sodass die Trachea mit beiden Bronchien im Thorax blieben. —

Der Situs viscerum beider Höhlen war normal gewesen. —

Die Ränder beider Lungen sehr emphysematös, die linke Lungenspitze mit zahlreichen, die rechte mit vereinzelt Tuberkeln durchsetzt, das Lungengewebe blutreich, Bronchien im Zustande chronischer Entzündung. Im Herzbeutel ein Esslöffel gelber Flüssigkeit; das Herzfleisch blass, hie und da gelblich punktirt; im linken Ventrikel ein kleines Coagulum, der rechte strotzte von dunkelflüssigem Blut; alle Klappen normal. —

Die noch im Thorax befindliche Trachea nebst Kehlkopf, der Oesophagus und Aorta und Vena cava wurden sorgfältig von der Wirbelsäule abgeschält und hervorgezogen, wobei eine stark hühnereigrosse, festanzufühlende Geschwulst etwa einen halben Zoll über der Bifurcationsstelle der Trachea in die Bronchien sichtbar wurde. Da die grossen Gefässe in keinem Zusammenhang damit standen, so wurden sie abpräparirt und nun Trachea und Oesophagus vom Kehlkopf aus bis zum Beginn besagter Geschwulst von einander getrennt. —

Kehlkopf und Trachea, abgesehen von der braunrothen Verwesungsfärbung, bis dahin normal, der Oesophagus aber wohl etwas erweitert, seine Häute, besonders die Muscularis verdickt, die Schleimhaut stark injicirt und geschwellt. —

Etwa in der Mitte des Oesophagus begann ein denselben ringförmig umschliessender, etwa  $1\frac{1}{2}$  Zoll langer, graugelber Tumor von knorpeliger Consistenz, an welchen die Trachea durch reichliches neugebildetes Gewebe fest verlöthet war, während der knorpelige Theil derselben fast ganz frei war. Unterhalb des sich allmählig wieder in die normalen Häute des Oesophagus verlierenden Tumor war die Schleimhaut jenes ziemlich glatt, wenig injicirt, die Muscularis atrophisch bis zur Cardia. Der degenerirte Theil war selbst für eine Haarsonde schwer durchgängig. Nach Spaltung der hart zu schneidenden degenerirten Oesophagusparthie von der hintern Wand aus sah man die stark injicirte Schleimhaut sich in die, auf ihrer Schnittfläche blassgelbliche Neubildung verlieren; in ihrer Mitte befand sich eine haselnuss-grosse mit blutigeitriger Masse gefüllte Höhle, deren Wände von dem in eitrigem Zerfall begriffenen Gewebe des Tumors gebildet wurden; nach Abspülen des eitrigen und detritusartigen Inhalts wurde an der vorderen Parthie der Höhle eine linsengrosse und zwei etwa stecknadelkopfgrosse Oeffnungen sichtbar, durch welche man mit der Sonde in die Trachea gelangte, nachdem jene abermals eine erbsengrosse Eiterhöhle, worin die drei fistulösen Oeffnungen einmündeten, passirt hatte. Nach Eröffnung der entsprechenden Parthie der Trachea fand sich eine gut stecknadelkopfgrosse Ausmündungsstelle, in deren Umgebung die Schleimhaut braunroth gefärbt war. Nach unten, also im Verlauf des Oesophagus, gelangte man mit einer Haarsonde mühsam in das oben bereits beschriebene sich allmählig trichterförmig erweiternde untere Oesophaguslumen.

*Unterleibshöhle:* Der kleine Magen enthält einige Esslöffel dickflüssigen, blutigen Schleims, die Muscularis sehr dünn, ebenso die Mucosa; letztere bildet aber trotzdem stark hervorspringende Falten, ist theils braunroth, theils grauroth gefärbt. Die Därme meteoristisch aufgetrieben; der Dünndarm enthält wenige dunkelbraun gefärbte Flüssigkeit, seine Schleimhaut graubraun, faltig mit zähem, ebenfalls braunem Schleim bedeckt. Im Blind- und Dickdarm ist der Befund wesentlich derselbe. —

Die Leber vergrössert, teigigt anzufühlen, mattgelb durchscheinend; auf der Schnittfläche gelbliche und braunrothe Substanz abwechselnd nur hier und da noch etwas normales Gewebe; mürbe und brüchig, und sehr wenig blutreich. Gallenblase mässig gefüllt mit dickflüssiger Galle. —

Milz normal gross, sehr wenig blutreich. —

Nieren ebenfalls blutarm; die Corticalsubstanz vermindert, gelbröthlich, die Pyramiden ebenfalls entfärbt.

In der Harnblase einige Esslöffel trüben Urins, welcher auf Eiweiss untersucht, solches in reichlicher Menge lieferte; ebenso fettig zerfallende Exsudatcylinder unter dem Mikroskop deutlich sichtbar. —

Die untere Hohlvene enthält wenig dunkelflüssiges Blut, wie überhaupt die Leiche mit Ausnahme der Lungen und des rechten Herzens sehr blutarm war. Das Fettpolster, sowie das Fett des Netzes u. s. w. allenthalben fast verschwunden.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab folgendes Resultat: Ausserordentlich stark entwickeltes Bindegewebsstroma von graugelblicher Färbung, mit zahlreichen Maschen, welche nach Auswaschen ihres Inhaltes sich sehr deutlich darstellen liessen. Dieser quoll an einzelnen Stellen von selbst als rahmige, grauliche Flüssigkeit hervor und bestand in einem Gemenge von Kernen und kernhaltigen Zellen in einer hellen Flüssigkeit. Hiernach war wohl der reine Scirrhus unzweifelhaft anzunehmen.

Wenn dieser Fall schon allein dadurch interessant war, dass sich die bei Oesophaguskrebs seltenere Form des Scirrhus vorfand, so wurde er es noch mehr durch den mannigfachen Sectionsbefund einer beginnenden Tuberculose, eines bestehenden Hepar adiposum, wohl wahrscheinlicher Folge des Trunks als der Kachexie und des Marasmus, ferner eines im zweiten Stadium befindlichen Morbus Brightii und eines Magen- und Darmkatarrhs; ferner wurde er es noch durch das Fehlen jeder Anschwellung der Lymphdrüsen und der dem Scirrhus so nahe liegenden Bronchialdrüsen, sowie durch die Bestätigung des so sehr beanstandeten Befundes der Verdünnung der Magen- und Darmhäute bei Verhungerten, welches von manchen Gerichtsärzten als das wichtigste Zeichen erfolgten Hungertodes aufgestellt wird.

Einen ähnlichen Fall von Oesophagusstenose, ebenfalls in Folge eines 2 Zoll über der Cardia sitzenden Scirrhus ohne jedoch Nachbarorgane in Mitleidenschaft gezogen zu haben, beobachtete ich vor 1½ Jahren bei einer 51jährigen Frau; leider war es mir damals nur gestattet Einsicht zu nehmen ohne weitere Präparation und Eröffnung der Speiseröhre mit möglicher Belassung aller Organe im Thorax.