

Ueber Verengungen der Speiseröhre

von

Dr. ALFRED STEIGER

in Luzern.

Im Verlauf von zwei Jahren habe ich 12 Fälle verschiedener Art von Verengungen der Speiseröhre zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Die meisten derselben kamen mir erst zu Gesichte, nachdem die Patienten schon lange vorher fruchtlos behandelt worden waren. Man hatte ihr Uebel eben nicht erkannt, weil man vernachlässigte, den wichtigsten diagnostischen Behelf hiefür, nämlich das Sondiren der Speiseröhre, zu benutzen. Darum halte ich es nicht für überflüssig, in kurzen Zügen diesen krankhaften Zustand näher zu behandeln.

Ohne mich zuerst mit den Ursachen und den pathologischen Veränderungen der vorliegenden Krankheit zu beschäftigen, gehe ich gleich auf denjenigen Punkt über, der in diesem Falle in praxi sehr wichtig ist; ich meine nämlich die Symptome, an deren Hand wir im Stande sind, sofort die Diagnose zu stellen, auch wenn wir den Kranken zum ersten Male zu Gesichte bekommen.

Es gibt nur ein Mittel, diesen Zweck sicher zu erreichen: es ist dieses das Einführen einer Sonde durch den Schlund und die Speiseröhre bis in den Magen. Nur dann, wenn diese Sonde auf ein Hinderniss stösst, welches die später zu erwähnenden Eigenschaften darbietet, ist die Diagnose auf eine Speiseröhren-Verengung zu stellen. Kein anderes Symptom gibt volle Sicherheit. Da man aber nicht gleich jedem Patienten mit dem Instrumente in den Schlund hineinfahren kann, so haben wir auch diejenigen Zeichen nicht zu übersehen, welche uns den Fingerzeig geben, dass in diesem Falle zu sondiren sei. Es gibt deren nicht viele.

Vor allem ist das *behinderte Hinunterschlingen* der Speisen zu erwähnen. Die Kranken bringen diese wohl in den Rachen und in der Regel auch bis zur verengten Stelle hinunter. Je weiter gediehen nun die Verengung ist, je weniger gekaut die Bissen hinunter geschluckt werden und eine je rauhere Oberfläche dieselben darbieten, um so weniger sind die Kranken im Stande, ordentlich zu essen. So gehen Flüssigkeiten gewöhnlich noch leicht hinunter, während Brod, hartes Fleisch schon länger nur mit Beschwerden oder gar nicht mehr in den Magen gelangen. Die Schwierigkeiten im Hinunterschlingen haben fast immer ganz unmerklich begonnen und sich ganz allmählig gesteigert, so dass die Kranken anfangen, in bedenklichem Grade abzumagern, und genöthigt werden, ärztliche Hülfe zu suchen. So wie nun Jemand kommt und beklagt sich über behindertes Schlingen, so hat man unter allen Umständen zur Schlundsonde zu greifen. Man muss aber nicht glauben, dass grossen Beschwerden stets auch eine weit gediehene Verengung entspreche, es gibt Fälle, wo man wider Erwarten eine gar nicht erhebliche Stricture findet. Dagegen ist es rein unmöglich, dass eine starke Verengung nicht bedeutende Anstände erzeuge. Das Anfangs bloss mühsame Schlingen, bei welchem die Kranken durch Nachtrinken nachhelfen, geht später in die Unmöglichkeit über, gewisse, besonders auch nur etwas festere Substanzen herunterzuschlucken. Die Betreffenden vermögen in der Regel ziemlich genau den Ort anzugeben, wo die Speisen angehalten werden. Je tiefer indessen die Verengung gelegen ist und je feiner die Speisen gekaut und je langsamer sie verschlungen werden; desto weniger ist das gehinderte Schlingen wahrzunehmen. Es kann sich ereignen, dass unter solchen Umständen oft ordentliche Massen flüssiger und fein zermalnter Speisen in die Speiseröhre gebracht werden können, ohne dass sie sofort in den Magen gelangen. Sie können den oberhalb der Verengung gelegenen Theil der Speiseröhre anfüllen, diesen bedeutend ausdehnen, und da einige Zeit verweilen und grossen Druck und Beängstigung erzeugen, bis sie allmählig doch in den Magen gelangen. In solchen Fällen behaupten die Kranken steif und fest, dass sich das Hinderniss nicht in der Speiseröhre befinde, dass sie vollkommen gut schlingen können, aber sobald sie nur etwas zu sich nähmen, Krämpfe im Magen bekommen und dgl. Dadurch können weniger aufmerksame Aerzte lange Zeit durch getäuscht werden. Wenn die Speisen die Verengung durchaus nicht passiren können, so hören die Beschwerden des Kranken nicht eher auf, als bis sie wieder erbrochen worden sind. Das *Erbrechen* ist nun ein weiteres Symptom, das unter Umständen uns zur Sondirung des Schlundes auffordern muss. Zuweilen, nach den bisherigen eignen Erfahrungen oft, fallen den Kranken die Schlingbeschwer-

den nur unbedeutend auf; sie beklagen sich bloss über ein Erbrechen, das fast immer erfolgt auf Zusicnahme von gewissen Speisen; zuweilen auch sonst, manchmal wieder etwas aussetzt und gewöhnlich unter heftigem Würgen auftritt. Dabei werden die genossenen Speisen ausgeworfen, deutlich erkennbar, meist mit Schleim gemischt, in seltenen Fällen auch von einigen Blutstreifen begleitet. Das Uebelbefinden, das drückende Gefühl auf der Brust, welche den Kranken vor dem Erbrechen belästigt hatten, verschwinden nachher. Es kommt auch vor, dass die Kranken einige Tage vollkommen Ruhe haben, dann aber wieder um so heftiger leiden. Manchmal vermögen die Patienten Speisen und Getränke bei sich zu behalten, wenn sie nur wenig auf einmal geniessen und sehr langsam dabei vorgehen; trinken sie aber z. B. ein Glas voll in einem Zuge, so haben sie keine Ruhe, bis wieder Alles nach oben entfernt ist. Die Erklärung dieser wechselnden Zustände hoffe ich weiter unten bringen zu können. Dabei geben die Kranken oft und nicht bloss ausnahmsweise mehr oder minder bedeutende, oft ganz grosse Schmerzen an im Epigastrium, unter dem rechten oder linken Hypochondrium; auch der Druck auf diese Stellen wird nicht selten tüchtig empfunden. Der Appetit dagegen ist gewöhnlich nicht übel; die Leute möchten essen, können aber nicht; sie brechen stets und mägern daher ziemlich rasch ab, wenn sie nicht in der Verfassung sind, stets nur weiche und doch nahrhafte Speisen zu geniessen.

Es ist leicht ersichtlich, dass in solchen Fällen eine Verwechslung mit den verschiedensten Magenkrankheiten stattfinden kann, so namentlich mit chronischem Katarthe, mit ulcerösen und carcinomatösen Processen. Im Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques Junibest 1860 wird von Trousseau ein Fall von einer Frau erzählt, welche Jahre lang mit allen möglichen äusserlichen und innerlichen Mitteln und Methoden behandelt wurde gegen ein hartnäckiges Magenübel, welches man aber nie scharf diagnosticirte, allein erfolglos. Dabei kam die Frau bedeutend herunter, sowohl geistig als körperlich, genass aber binnen einigen Wochen vollkommen, als man die geeignete Behandlung gegen die durch Sondiren des Schlundes entdeckte Verengerung einschlug.

Ein Herr Kost in hier bot einen ganz ähnlichen Fall. Schon lange Zeit litt er an gastrischen Beschwerden, an Druck nach dem Essen, an Schmerzen, die spontan, besonders beim Druck auf das Epigast. und das rechte Hypochondr. auftraten, an sehr häufigem Erbrechen von Speisen, oft von Schleim allein; an noch häufigerm heftigen Würgen; dabei Abmagerung, Decoloration des Gesichts, so dass man fast nöthwendig zur Diagnose eines Magen carcinoms gelangen müsste, wenn man gleichzeitig das Alter des Patienten berücksichtigte. Immer aber behauptete der Kranke,

gut schlucken zu können und wollte blos an Magenkrämpfen leiden. Als man sich aber nichts desto weniger entschloss, die Schlundsonde anzuwenden, wies diese in der That eine ganz beträchtliche Verengung oberhalb der cardia nach. Indessen musste man in Anbetracht aller Umstände auf der Diagnose eines Carcinom's beharren. Die Section hat dieses dann später auch herausgestellt. Gleichwohl hat eine geeignete Behandlung den Mann über ein halbes Jahr so erhalten, dass er wieder kräftiger wurde und als leidenschaftlicher Schütze den Schützenfesten nachgehen konnte. Dabei versäumte er aber allmählig zum Sondiren zu kommen und als ich ihn einst, wo er wieder heruntergekommen war, sah, drang selbst eine kleine Sonde nicht mehr durch und der Mann starb den Hungertod.

Mit Ausnahme des behinderten Schlingens und des häufigen Erbrechens bald nach dem Essen, haben alle übrigen Krankheitssymptome geringen Werth; so namentlich der üble Geruch aus dem Munde, die ungewöhnlichen Auscultationserscheinungen, die man am Rücken während des Schlingens hören kann; ferner die Verkleinerung des Magens, die von der verringerten Thätigkeit dieses Organs abgeleitet wird und die jedenfalls nur von einem Künstler der Percussion zu diagnosticiren ist. Diese Dinge sind so unzuverlässig, theils so schwierig festzustellen, dass man sie kühn vernachlässigen darf, denn bis man hiermit ins Reine kommt, hätte man zehnmal den Schlund sondirt.

Das Sondiren geschieht auf folgende Weise. Man lässt die Patienten auf einen Stuhl sitzen, den Kopf etwas rückwärts beugen, den Mund stark öffnen und die Zunge bis an die Zähne vorwärts bringen; fixirt alsdann den Kopf mit der einen Hand oder lässt denselben durch einen Gehilfen fixiren und führt das eingöhlte Instrument ein. Dasselbe kann hohl oder solid sein, es ist zweckmässig, sich mit beiden Arten zu versehen. Die soliden bestehen aus einem Stabe und der sog. Olive, d. h. einer Anschwellung am einzuführenden Ende. Der Stab kann von Fischbein oder Silber sein, jedenfalls muss er gut federn. Die Oliven können aus Horn oder Elfenbein bestehen, müssen ganz glatt und hübsch abgerundet, allmählig anschwellend gebildet sein. Man bedarf immer einer Scala von Oliven, welche von ganz kleinem Durchmesser bis zu ziemlich beträchtlichem (2—3 Cm.) ansteigen. Als hohle Instrumente benutzt man am besten elastische Röhren, der Art gearbeitet, wie die sog. englischen Katheter, nur begreiflich von grösseren Dimensionen und Stärke, sie sollen gegen das einzuführende Ende hin mit Augen versehen sein. Solcher Sonden bedarf man aber so viele, als man verschiedene Grössen haben will, was im Punkte der Kosten zu beachten ist. In einigen Fällen grösserer Verengung hat sich mir eine nach *Trousseau's* Angabe gefertigte

Sonde aus Fischbein sehr zweckmässig erwiesen. An derselben sind nämlich mehrere Oliven hinter einander angebracht; die vorderste ist so klein,

dass sie wohl überall durchgeht, dann folgt eine etwas grössere und zuletzt eine noch grössere. Passirt die kleine, so ist der grössern der Weg gebahnt, während man von vorn herein die letztere auf keine Weise durchzubringen im Stande ist. Wenn nun noch am entgegengesetzten Ende des erwähnten Instrumentes eine ähnliche nur grössere Scala vorhanden ist, so hat man eine eben so vollkommene als wohlfeile Sonde. Die beigeigte Zeichnung gibt in natürlicher Grösse die beiden Enden eines solchen Instrumentes.

Hat man einige Uebung im Sondiren des Schlundes, so geht die Operation leicht und schnell vor sich. Die Schwierigkeiten, die einem vorkommen, beruhen vorzüglich auf der Reizbarkeit der Rachenschleimhaut der Patienten. Bei den ersten Versuchen entsteht fast jedesmal, so wie man über die Zungenwurzel hinter den Kehlkopf gelangt, heftiges Würgen, grosse Athemnoth, so dass die Kranken oft blauroth im Gesichte werden, eigenthümliche Töne ausstossen, abwehrende Bewegungen mit den Armen machen, und

unter Umständen, namentlich bei gefülltem Magen, erbrechen, worauf man seiner eigenen Sicherheit wegen bedacht sein muss. Indessen ist mir noch kein Fall vorgekommen, bei welchem man nicht mit einiger Geduld zum Ziele gelangt wäre; man muss sich nur nicht übereilen, sondern sich und besonders dem Patienten Zeit lassen. Ist es einmal gelungen, hinter dem Kehlkopf hinunterzugelangen, so geht das Uebrige leicht vor sich. Mit jedem Male werden übrigens auch die Patienten weniger empfindlich, so dass das Sondiren in der Regel äusserst schnell vor sich geht. Der Operirende hat sich in der Gegend des Kehlkopfes in Acht zu nehmen, dass er dort an der hintern Rachenwand gerade in der Mitte hinunter gleitet, sonst gelangt die Spitze des Instrumentes gerne in die leichten Ausstülpungen der weichen Wandungen neben dem Kehlkopfe. In einem solchen Falle darf man nie mit grosser Gewalt vorwärtsstossen und hat genau auf

die Schmerzensäusserungen des Kranken zu achten. Wenn bei leichterem, allmählig gesteigerten Drucke die Sonde nicht vorwärts gleitet, so ziehe man dieselbe ein wenig zurück, gebe ihr eine etwas andere Richtung, und so wird das Ding wohl gelingen. Stösst man auf ein Hinderniss, so verfähre man ganz auf dieselbe Weise, gleichgültig, wo sich letzteres findet. Kommt man durchaus nicht weiter, so sind jetzt 2 Möglichkeiten vorhanden:

Entweder ist die Oeffnung für die benutzte Sonde wirklich zu klein; alsdann hat man ein Instrument von geringerem Durchmesser zu verwenden;

Oder die Sonde ist in eine Ausbuchtung des Oesophagus gedrungen. Diese kann eine bruchartige sein, gebildet durch die zwischen den Muskelfasern hervorstülpte Schleimhaut. Auf diese Weise entsteht zuweilen ein Sack, der, wie Professor *Schuh* in seinen Pseudoplasmen erwähnt, über 2 Zoll Länge haben kann und dessen Höhle mit der Oesophaguslichtung bald durch eine weite, bald durch eine enge Oeffnung zusammenhängt, wobei der Oesophaguskanal an dieser Stelle beträchtlich verengert sein kann. Dieser Fall ist jedoch bei weitem der seltenere; viel häufiger findet sich dagegen eine grössere oder kleinere allseitige Ausbuchtung über der Verengung, hervorgerufen durch das öftere und längere Zeit dauernde Verweilen der Speisen daselbst. In diesen Fällen muss man mit Geduld tasten und wiederholte Versuche machen, verschiedene Sonden, sowohl elastische als solide anwenden, den Patienten sich nach verschiedenen Richtungen biegen lassen, wobei man oft plötzlich ganz leicht bis in den Magen gelangt, nachdem vorher allfällig vorhandene Speisen hinunter gestossen wurden.

Die *Grade* der Verengung sind begreiflich sehr verschieden. Zuweilen geht noch eine anständige Sonde durch, hingegen gibt es auch Fälle, wo selbst eine mässige Katheterstärke nur mit Mühe noch durchgeschoben werden kann. Es sind sogar Fälle bekannt, in welchen die Oeffnung nur noch für eine feine Sonde gross genug war (*Schuh*, Pseudoplasmen).

Auch die *Art* der Verengung lässt sich durch die Sonde leicht auffinden. Die Verengung hat zuweilen eine geringe Ausdehnung der Länge nach, aber noch öfter erstreckt sie sich $1/2$ Zoll und mehr weit, zuweilen mit einer Erweiterung zwischen zwei engeren Stellen. Nicht selten findet man Verengerungen an mehreren Orten zugleich; am öftesten sind Cardiastricturen gleichzeitig mit andern, höher oben befindlichen, vorhanden. Bald ist die eine enger, bald die andere, bald die eine, bald die andere leichter zu

erweitern. Es kann geschehen, dass eines Tages ein Stück Fleisch oder Brod die eine Verengung passirt, die andere nicht, und morgen kann das Umgekehrte vorkommen. Die Erklärung hiefür ist später zu geben. Gewöhnlich fühlt man sehr deutlich, ob die Verengung harte oder etwas dehnbarere Wände habe; ebenso, ob sie die Mitte des Kanals einnehme oder seitlicher gelegen sei. Die Kranke bemerkt es stets, wenn die Sonde das Hinderniss passirt; er spürt dabei bald Schmerz, bald keinen; zuweilen zieht man mit der Sonde (sofern sie höhl ist und sog. Augen hat) Speisereste mit hinauf. Immer findet man an der Sonde Schleim, der zuweilen mit etwas Blut gemengt ist. Zeigt sich Letzteres, so gibt der Kranke meist auch Schmerzen an, wenn die verengte Stelle berührt wird.

Alle die angeführten Momente sind von der grössten Wichtigkeit für die *Prognose*. Diese hängt begreiflich am allermeisten von der *Natur* der verengenden *Ursache*, und viel weniger von dem geringern oder weiter gediehenen Grade der Verengerungen selbst ab. Am häufigsten werden dieselben (abgesehen von steckengebliebenen fremden Körpern) durch Pseudoplasmen der Speiseröhre veranlasst. Unter diesen nehmen die carcinomatösen Entartungen die erste Stelle ein, gewöhnlich hat man es mit einem Scirrhus zu thun, zuweilen kommt auch der Epithelialkrebs vor, an der Cardia findet sich manchmal ein Gallertcarcinom. Als weitere Neubildungen zeigen sich im Oesophagus Polypenformen und zwar sowohl fibröse als weiche, blosse Schleimhautwucherungen. Beide Arten sitzen am liebsten an der der hintern Wand des Kehlkopfs entsprechenden Gegend. Den Pseudoplasmen an Häufigkeit zunächst steht als Ursache von Verengung der Speiseröhre deren chronische Entzündung. Dieselbe kann an jeder Stelle vorkommen, sie bedingt Verdickung der Schleimhaut und des submucösen Gewebes, so dass die Lichtung des Kanals oft in grosser Ausdehnung beträchtlich verengt wird. Als weitere Ursachen werden dann noch erwähnt: Narben von Verbrennungen durch ätzende Substanzen (concentrirte Mineralsäuren), ferner solche herrührend von Geschwüren scrophulösen oder syphilitischen Ursprungs. Verengerungen des Oesophagus durch Druck von aussen gehören eigentlich nicht hierher, so gar selten kommen sie indessen nicht vor. In der Regel tragen carcinomatöse Wucherungen die Schuld, besonders solche, die von den Lymphdrüsen des Halses, der Ohrspeichel- oder Schilddrüse ausgehen. In einem Falle sah ich eine solche Vorrangung der Wirbelkörper in den Schlund in Folge ostitischer Processe, dass die Schlingen bedeutend gehindert war. Unter Umständen kann auch einmal ein grösseres Aneurysma die Speiseröhre zusammendrücken.

Von den erwähnten 12 Fällen betrafen:

4 einfache Verengerungen,

1 war bedingt durch einen Schleimhautpolypen,

7 durch Carcinom des Oesophagus,

12.

3 weitere Fälle waren durch Ursachen herbeigeführt, die ausserhalb der Speiseröhre lagen, 1 mal durch Spondylitis und 2 mal durch Carcinom der Hals- und Ohrspeicheldrüsen, die wir deshalb hier nicht aufführen.

Was das Alter der Kranken anbetrifft, so fand sich der Schleimhautpolyp vor bei einem 75jährigen gesunden Manne, die vier einfachen Verengerungen vertheilen sich:

1 auf das Alter zwischen 60—70 Jahren,

2 // „ „ „ „ 50—60 „

1 „ „ „ „ von 20

Carcinome fanden sich vor

3 bei Leuten von 70—80 Jahren,

1 „ „ „ 50—60 „

2 „ „ „ 40—50 „

1 „ „ „ 30—40 „

die gutartigen betrafen 3 Männer, 2 Weiber,

die bösartigen 6 „ 1 Weib.

Die erstern kamen sämtlich in der obern Hälfte der Speiseröhre vor, von den letztern 1 ungefähr in der Mitte,
3 an der Cardia,
3 waren mehrfach vorhanden,
unter diesen war die Cardia 2mal mit ergriffen.

Die Anamnese, das Alter der Kranken, ihr Aussehen, das Gefühl mit der Sonde, die Stelle der Verengung lassen oft ziemlich sicher erkennen, ob wir es mit etwas Gutartigem oder Bösartigem zu thun haben. Ist der Kranke schon älter, gibt er Schmerz an beim Sondiren, zeigt sich dabei eine Blutung, sitzt die Verengung an der Cardia, fühlt sich diese hart an, bemerkt man gar eine Reibung, so wird man wohl kaum irren, wenn an ein Carcinom gedacht wird. Noch mehr ist dieses der Fall, wenn verschiedene Stellen zugleich verengt sind. Gingen dagegen nachweislich entzündliche Erscheinungen voraus, haben diese oft recidivirt und zu Schlingbeschwerden Veranlassung gegeben, ist Patient noch jünger und kräftig, so darf man die Prognose nicht so schlecht stellen. Doch ist dieselbe bei dieser Krankheit wegen der stets drohenden Gefahr des Hungertodes im Ganzen eher als schlimm zu bezeichnen. Auffälliger Weise habe ich Ver-

engerungen der letztern Art bei einem etwas älteren Geschwisterpaar vorgefunden. Die beiden Personen wurden durch Sondiren des Schlundes hergestellt, beklagten sich aber nach ungefähr einem Jahre wieder über Schlingbeschwerden, worauf nochmals mit günstigem Erfolge die gleiche Behandlung in Anwendung gebracht wurde; es steht fest zu erwarten, dass das Uebel sich von neuem zeige. In einem Falle gelangte mir ein polypöser Auswuchs der Schleimhaut in das Auge der Sonde und riss beim Herausziehen der letztern ab, worauf der Kranke bedeutend besser zu schlingen im Stande war. Hier fiel also Diagnose und Kur in einem Act zusammen. Stricturen von Verbrennungen her sind leicht durch die Anamnese festzustellen; solche, die ihren Grund in Syphilis oder Scrophulose(?) haben, wird man ohne Mühe an den Concomitantien erkennen.

Diagnostische Irrthümer mit Krampf des Oesophagus, mit Paralyse und Erweiterung desselben, werden durch das Sondiren fast zur Unmöglichkeit. Der an und für sich seltene Krampf wird sich durch die mangelnde anatomische Grundlage bald entdecken lassen. Zu bemerken ist indessen, dass bei Verengung des Oesophagus, besonders wenn sie in der Nähe des Schlundkopfes vorkommen, sich öfters krampfhaft Schlingbewegungen einstellen, wenn ein fremder Körper dorthin gelangt. Denn manchmal wird die Sonde mit grosser Kraft weiter nach unten gezogen, wenn sie das Hinderniss passirt hat. Dasselbe kommt auch vor beim Zurückziehen der Sonde durch die Verengung, indem selbe, statt wie gewöhnlich gut durchzugehen, so festgehalten wird, dass man einen anhaltenden starken Zug anwenden muss, um sie herauszubekommen. Dieses Factum erklärt nun leicht, warum die Kranken bald besser, bald schlechter zu schlingen vermögen und warum bei geringer Verengung die Beschwerden oft sehr bedeutend sind. Der Krampf des Oesophagus ist hier gewiss bloss durch erhöhte Reflexthätigkeit des kranken Organs hervorgerufen, er ist nur eine Steigerung der normalen Contractionen der Speiseröhre, wie solche zum Hinunterbefördern des Genossenen nöthig sind. Eine je glattere Oberfläche das Hinunterzuschluckende hat (Flüssigkeiten, feine zermalmte und gut eingespeichelte Speisen), um so weniger wird der Krampf hervorgerufen, je fester und rauher dagegen der Bissen, um so mehr Reflex wird er bewirken, da die Wandungen der Speiseröhre sich ja stets enge an denselben anschliessen. Analogie hiermit finden wir bei der Wehentätigkeit: so lange das Fruchtwasser noch steht, zieht sich der Uterus nur mässig zusammen, sowie aber dessen Wandungen mit den Unebenheiten des kindlichen Körpers in Berührung kommen, erfolgen die kräftigen austreibenden Wehen.

Die *Behandlung* aller Verengerungen der Speiseröhre besteht in der allmäligen Erweiterung derselben mittelst öfterm Durchführen von Sonden, deren Durchmesser man allmählig wachsen lässt. Polypen allein sollten entfernt werden, wenn's möglich ist, sonst ist auch gegen sie das angegebene Verfahren einzuschlagen. Wenn es auch Niemandem einfallen wird, damit jeden Fall von Speiseröhren-Verengung heilen zu wollen, so darf man doch überzeugt sein, dass alle Patienten beträchtlich, oft für einige Monate erleichtert werden. Bei gutartigen Verengerungen ist der Erfolg in der Regel sicher, wenn gleich oft grosse Geduld dazu erforderlich ist. Während zuweilen schon ein mehrmaliges Sondiren für immer genügt, hat man in der Regel Wochen und Monate lang zu thun. Denn wenn man nach einigem Erfolge das Sondiren etwas aussetzt, so stellen sich die Beschwerden wieder ein, auch wenn die Verengung nicht durch einen Krebs bedingt ist, denn bekanntlich hat Narben- oder sonst verdichtetes Gewebe stets die Neigung sich zusammenzuziehen. Deshalb hat man selbst nach bedeutender Besserung doch noch mit dem Sondiren fortzufahren, z. B. alle Wochen einmal. Man ruhe nicht, bis selbst eine Olive durchgeht, welche einen grösseren Durchmesser hat, als für gewöhnlich die Speiseröhre. Es verhält sich hiermit ganz ähnlich, wie mit den Verengerungen der Harnröhre. Hier wie dort haben die Patienten nicht immer Geduld genug und unterliegen so den Folgen ihres Uebels. Eines ist bei dieser Behandlung nie aus dem Auge zu lassen, nämlich stets nur mit der grössten Sorgfalt vorzugehen; denn leicht könnte eine schwächere Stelle durchstossen und so durch Bewegung einer jauchigen Entzündung in der Brust- oder Bauchhöhle der Tod des Patienten herbeigeführt werden. Es versteht sich von selbst, dass man nebst dem Sondiren je nach Bedürfniss noch eine geeignete medicinische Behandlung mitwirken lässt. Eine solche wird namentlich beim Vorhandensein eines Carcinoms, sowie bei Spuren von Syphilis nicht zu entbehren sein.

Es ist merkwürdig, wie lange es ging, bis man auf die Idee verfiel, die Verengerungen der Speiseröhre auf die genannte Weise zu behandeln, obsehon man diese Krankheit seit Hippocrates kennt. Gegen den aus dieser Ursache drohenden Hungertod wussten noch *Chopart* und *Dessaut*, diese berühmten Chirurgen, in ihrem *Traité des maladies chirurgicales* (an 4 de la République) nichts als nährende Klystiere und nährende Bäder zu verordnen und allfällig gewaltsam mit einem an einen Stab befestigten Schwamme die Speisen durch den Oesophagus hinunterzustossen. Sie sagen: *Cette maladie est difficile à connaître et incurable, sur-tout quand elle avoisine l'estomac.* *Richter* erwähnt dieser Krankheit nicht einmal in

seinen „Anfangsgründen der Wundarzneikunst“ (erschien 1780 — 1790). Später erst wandte man die Schlundsonde an, aber nicht in der Absicht, die verengte Stelle zu erweitern, sondern bloss, um mittelst derselben den Kranken zu nähren; so thut dieses noch *Richerand* in seiner Nosographie chirurg. 1808. Dagegen empfiehlt dann *Authenac* 1812 in seinem Manuel medico-chirurg. die allmälige Dilatation mittelst Sonden, die er längere Zeit liegen lässt und mit einem Faden an der Kopfbedeckung des Kranken befestigt. Seither hat sich die Erweiterungsmethode überall eingebürgert. Das Liegenlassen der Sonden ist aber in so fern unzweckmässig, dass es für die Patienten sehr beschwerlich und ekelhaft ist und dieselben hindert, ihren Geschäften nachzugehen. Das öftere Sondiren mittelst Sonden von stets wachsendem Durchmesser führt eben so gut und auf eine viel angenehmere Weise zum Ziele. In Spitälern mag dasselbe eher angehen, ausserdem dürfte es zweckmässig sein, wenn man es mit einer sehr weit gediehenen Verengung zu thun hat, und diese nur sehr schwer aufgefunden werden kann. Solche Patienten werden aber in der Regel bald vom Tode erlöst. Die Ernährung durch Sonden gibt nicht viel aus: entweder ist die Verengung sehr bedeutend, dann kann nur eine Sonde eingeführt werden, deren Lichtung so klein ist, dass an eine eigentliche Fütterung nicht gedacht werden kann; oder die Verengung ist noch nicht so weit gediehen, und dann wird der Patient auch sonst essen können, wenn die Speisen gehörig zubereitet sind und mit der gehörigen Achtsamkeit genossen werden.

Noch ist zu bemerken, dass man ehemals die Sonden nicht durch den Mund, sondern durch das eine oder andere Nasenloch einführte, weil man sich nicht durch den Mund vorzugehen getraute, aus Furcht, in den Kehlkopf zu gelangen. Wer schon durch den Mund sondirt hat, hegt diese Furcht nicht, denn es kostet manchmal Mühe, die Sonde so zu biegen, dass man nicht stets gegen die hintere Pharynxwand anstösst, sondern an ihr hinuntergleitet. Wie sollte man da in den Kehlkopf eindringen können? Das Einführen der Sonde durch ein Nasenloch ist auch deswegen zu verwerfen, weil man grössere Instrumente gar nicht durchbringt, noch weniger würde es gelingen, mit einer Sonde zu 3 Oliven an's Ziel zu gelangen. Wie überall, so ist man auch hier erst auf Umwegen auf die rechte Bahn gekommen. Nur in Ausnahmefällen wird man also noch das Nasenloch zum Eingangspuncte wählen, z. B. wenn Geisteskranke mit Sitophobie gewaltsam ernährt werden sollen und sie sich dagegen durch festen Verschluss des Mundes zur Wehre setzen. Vielleicht dürfte auch bei Trismus, Hydrophobie ein ähnlicher Versuch gemacht werden.

Zum Schlusse noch kurz einige Krankengeschichten:

Herr H...., etwas über 50 Jahre alt, von Mülhausen, kräftiger Constitution, litt seit längerer Zeit an Schlingbeschwerden, die sich allmählig so steigerten, dass er nur mehr Flüssiges geniessen konnte. Sein Arzt hielt das Ganze für eine Neurose; indessen magerte Herr H.... doch ab. Während seines Sommeraufenthaltes auf seinem Landgute bei Luzern consultirte er meinen Vater, der dann eine Zoll lange Verengung der Speiseröhre etwas unterhalb des Kehlkopfes entdeckte. Es wurde nun die regelmässige Sondirung angeordnet. Indessen bevor diese grössere Erleichterung bewirkt hatte, reiste Herr H.... in Geschäften nach Paris, wo er auf unsern Rath mehrere ärztliche Celebritäten besuchte. *Velpeau*, *Trousseau* und *Nélaton* erklärten das Uebel für keine Stricture, sondern der eine für eine Krampferscheinung, der andere für eine Lähmung, der dritte sprach sich gar nicht bestimmt aus. *Gendrin* dagegen diagnosticirte die Verengung ebenfalls. Herr H.... wurde nun regelmässig behandelt. Anfänglich führte man täglich mehrere Male hintereinander die Sonde ein, später bloss mehr alle 2 Tage, dann zweimal in der Woche und zuletzt wöchentlich einmal. Jetzt ging auch eine solche Olive durch, dass jeder Bissen auch passiren musste. Alle Beschwerden verschwanden und der Patient gewann sichtlich an gutem Aussehen. Das Uebel kehrte indessen nach ungefähr einem Jahre wieder, doch nicht im frühern Masse und ward auf dieselbe Weise von Neuem gehoben.

Frau B...., Schwester des Vorigen, in ungefähr gleichem Alter, litt ganz an demselben Uebel, doch nicht in so hohem Grade und ward gleichfalls mit gleichem Erfolge behandelt.

Bei diesen beiden Patienten waren die oben erwähnten krampfhaften Schlingbewegungen in der Nähe der Verengung sehr ausgeprägt.

A. M. Portmann, Magd, 46 Jahre alt, von etwas schwächlichem Aussehen, aber guter Gesichtsfarbe, beklagte sich anfänglich über häufiges Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend und Druck auf der Brust. Im Erbrochenen seien zuweilen Blutstreifen zu sehen. Allmählig stellten sich eigentliche Schlingbeschwerden ein; Brod, Fleisch, Kartoffeln erregten oft grosse Anstände. Beim Sondiren der Speiseröhre fand ich ungefähr auf der Höhe der Brustbeinmitte eine Verengung, die sich nur schwer von einer mittlern Sonde und nur unter ziemlichen Schmerzen für die Patientin passiren liess. Stets zeigten sich an der Sonde Blutspuren. Wohl nahmen die Beschwerden durch öfteres Sondiren ab, dann aber versäumte die Kranke einige Zeit durch zu erscheinen, bis das Uebel sich wieder verschlimmerte; so wechselte das Befinden mehrmals, bis die Patientin das Ding langweilig fand und in ein Spital trat. Dort wurde ihre Speiseröhre

nie untersucht und so starb Patientin denn auch in kürzester Zeit. Das rasche Wachsen der Verengung, zusammengehalten mit deren fühlbar derben Wandungen, der Schmerz und die Blutung beim Sondiren liessen hier die Diagnose auf eine Krebswucherung stellen.

Herr Meyer in Andermatt am Gotthard, 75 Jahre alt, starker Trinker, litt seit längerer Zeit an häufigem Erbrechen von schleimigen Massen und manchmal auch der Speisen; dabei Schmerz in der Magengegend und bedeutendes Abnehmen der Körperkräfte. Trotz noch vorhandenem Appetit konnte der Kranke nur wenig auf einmal zu sich nehmen. Doch ass er noch weiches Fleisch, Fische. Das Aufstossen, das Erbrechen nahmen mehr und mehr zu. Man dachte an ein Magencarcinom, doch liess sich von aussen keine Verhärtung durchfühlen, auch war das Aussehen nicht so übel, so dass ohne die Ergebnisse der Untersuchung mittelst der Schlundsonde die Diagnose noch ungewiss gewesen wäre. Die Sonde ergab aber eine sehr bedeutende Verengung mit harten Wandungen an der Cardia. Eine Behandlung konnte nicht eingeleitet werden, da der Mann in kürzester Zeit an Entkräftung starb.

Herr Suppiger in Musegg bei Willisau, 40 Jahre alt, von nicht üblem Aussehen, vermochte nur noch Flüssiges ohne Anstand zu schlucken, dabei öfters Regurgitation des Genossenen, Abnahme der Körperkräfte. Die Sonde wies 2 Verengerungen nach; die obere befand sich ungefähr in der Mitte der Speiseröhre, die zweite zeigte sich 2 Zoll tiefer. Nur auf wenige Sondirungen hin war eine bedeutende Besserung wahrzunehmen; Patient erlag aber einer intercurirenden Pleuropneumonie mit grossem pleuritischen Exsudate. Ob diese letztere Krankheit mit der verengernden Ursache (Krebs) zusammenhing, konnte nicht ermittelt werden, da eine Section nicht gestattet wurde.

Frau Durrer, zwischen 50—60 Jahren, litt an bedeutenden Schlingbeschwerden; nur etwas wenig grössere Bissen konnten nicht verschlungen werden. Das Hinderniss befand sich 2 Zoll unterhalb des Schlundkopfes. Auf bloss 2maliges Sondiren mit einer mittelgrossen Olive trat bedeutende Besserung ein und grosse Bissen gingen wieder hinunter. Es war die Frau eines benachbarten Arztes. Sie ist seither gestorben, ohne dass sich das Uebel wieder gezeigt hätte.