

XXIII.

Die spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre.

Von Prof. Dr. H. v. Luschka in Tübingen.

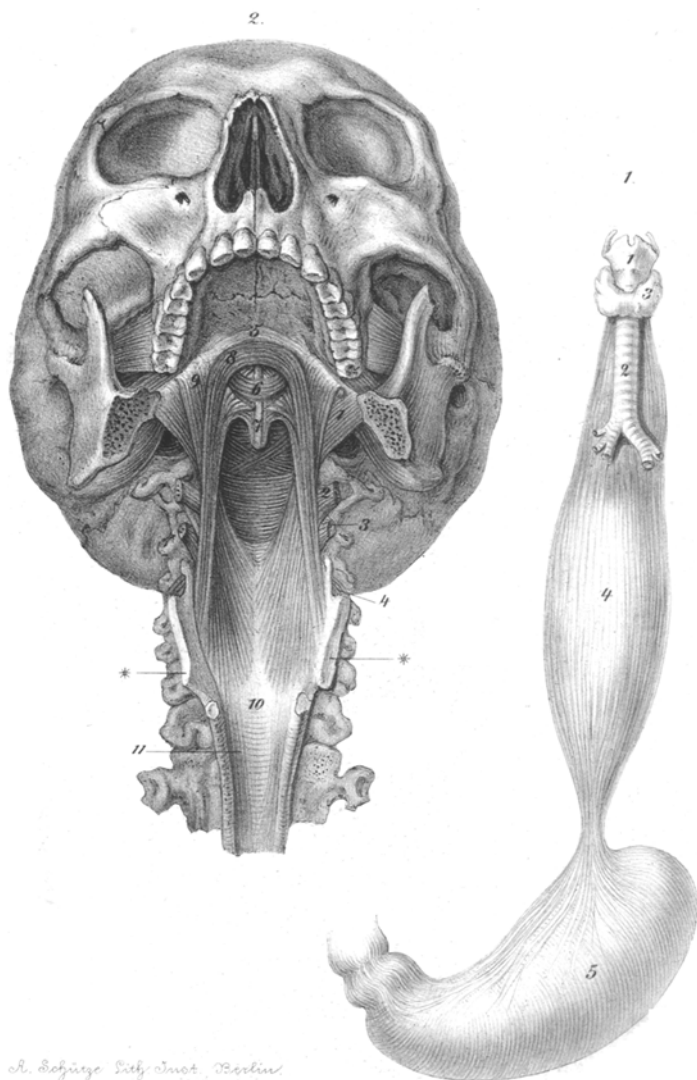
(Hierzu Taf. XI. Fig. 1.)

Nach dem Zeugnisse der bisherigen Erfahrungen sind bedeutende Grade von allgemeiner, sich über seine ganze Länge erstreckender Erweiterung des Oesophagus so selten, dass es der Rechtfertigung kaum bedarf, hierher gehörige Wahrnehmungen in der Literatur niederzulegen. Die Casuistik gewinnt aber durch das nachfolgende Beispiel insofern noch ein erhöhtes Interesse, als dasselbe ein Individuum betrifft, welches seit langer Zeit mit Merismus behaftet war.

Die pathologische Rarität betrifft ein 50jähriges Frauenzimmer, welches schon seit dem 15. Lebensjahre jederzeit den Mageninhalt ohne Uebeligkeit oder sonstige Beschwerde nach oben entleeren konnte und in späterer Zeit die regurgitirten Speisen auch förmlich wiedergekaut hat. In den letzten Jahren ihres Lebens hatte die Patientin viel an Gelenkrheumatismus, ausserdem an hämorrhagischen Erosionen des Magens und der Speiseröhre zu leiden, welche zu öfterem, reichlichem Erbrechen eines schwärzlichen Blutes in consistenten Massen Veranlassung gaben. Durch diese Verluste, sowie durch krebssige Degeneration verschiedener Lymphdrüsen wurde allmählig eine Erschöpfung herbeigeführt, bis schliesslich noch ein Lungenödem dem Leben sein Ziel gesetzt hat*).

Von den Regelwidrigkeiten, welche die Obduction des sehr abgemagerten Leichnams aufgedeckt hat, nahm in erster Linie die Erweiterung der Speiseröhre die Aufmerksamkeit in Anspruch, welche einen magenartigen Schlauch von colossaler, bisher noch nicht in dem Maasse beobachteter Grösse darstellte und von einem

*) Die weitere Ausführung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes wird einer unter meinem Präsidium erscheinenden Dissertation des Dr. Berg „Ueber das Wiederkäuen beim Menschen“ einverleibt werden.



bräunlich gefärbten Speisebrei erfüllt war, welcher den Geruch der zuletzt genommenen, campherhaltigen Arznei dargeboten hat. Zunächst muss die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass sich unter dem erweiterten Oesophagus nirgends eine Stenosis nachweisen liess, namentlich die Cardia, welche in dem sonst analogen, von C. Rokitsansky beschriebenen Falle als Ringwulst, nach Art der Vaginalportion des Uterus, in die Magenöhle hereinragte, durchaus keine Abweichung von der Norm gezeigt hat. Aber nicht blos durch eine ganz eminente Weite zeichnete sich die in Rede stehende Speiseröhre, sondern auch dadurch aus, dass ihre Wandung eine sehr bedeutende Dicke erfahren hat. Nicht allein in seiner Weite, sondern auch in dieser Beziehung übertrifft unser Oesophagus denjenigen, welcher der von Rokitsansky gelieferten Schilderung zu Grunde liegt, die jedoch J. F. H. Albers**) missverstanden zu haben scheint, wenn er behauptet, dass jener Autor den selteneren Fall der Erweiterung des Oesophagus ohne alle Verdickung seiner Wandung beschrieben habe.

Eine zureichende Vorstellung von den colossalen Dimensionen der in Rede stehenden Speiseröhre wird man sich erst machen können, wenn man sich an die normalen Verhältnisse des Oesophagus erinnert. Dieser Schlauch besitzt aber, vom unteren Rande der Platte des Ringknorpels bis zum Hiatus oesophageus des Zwerchfelles gemessen eine durchschnittliche Länge von 29 Cm., welche nur bei sehr grossen männlichen Körpern bis zu 33 Cm. ansteigt. Das im aufgeblasenen Zustande durchschnittlich im Maximum nur 2,3 Cm. dicke Rohr, bietet einen grössten Umkreis von $7\frac{1}{2}$ Cm. dar. Mit Rücksicht auf die Beurtheilung krankhafter Weitenverhältnisse darf es nicht unerwähnt bleiben, dass die Speiseröhre oberhalb ihrer Mitte, die natürliche Lage vorausgesetzt, im Bereiche der Bifurcation der Luftröhre eine seichte, jedoch hauptsächlich nur den hinteren Umfang betreffende Einschnürung zu erkennen gibt, so dass hier die Dicke ceteris paribus auf 19 Mm. herabsinkt.

An dem pathologisch veränderten Oesophagus, dessen Schilderung den Inhalt nachstehender Zeilen bilden wird, finden Ver-

*) Medic. Jahrbücher des Kaiserl. Oesterr. Staates. Wien, 1840. Bd. XXI. S. 211.

**) Erläuterungen zu dem Atlasse der pathol. Anatomie. Bonn, 1839. Zweite Abtheilung. S. 249.

grösserungen nach allen Richtungen statt. Seine Länge belief sich im gestreckten Zustande auf 46 Cm., wonach sich leicht ergibt, dass sie den verticalen Abstand zwischen dem fünften Nacken- und dem neunten Brustwirbel um Vieles übersteigen, also einen stark gekrümmten Verlauf nehmen musste. Von den normal beschaffenen Enden nahm die Weite des Schlauches gegen seine Mitte rasch in dem Grade zu, dass er hier einen Umfang von nicht weniger als 30 Cm. sowie eine grösste Breite von $14\frac{1}{2}$ Cm. somit die Form eines spindelförmigen Rohres erlangt hat, dessen grösste Weite die Dicke eines Mannesarmes noch übertroffen hat und nur wenig hinter jener des Magens zurückgeblieben ist. Die reine Spindelform wurde jedoch dadurch einigermaassen beeinträchtigt, dass an der Grenze des oberen und des mittleren Drittels, also da eine leichte Einschnürung stattfand, wo diese auch am normalen Oesophagus nicht vermisst wird.

Mit dieser so beträchtlichen Dilatation des Oesophagus ist einer derartige, jedoch nicht auf die Cardia übergreifende Zunahme seiner Wandung verbunden, dass ihre Dicke auf mehr als das Doppelte des normalen Maasses ansteigt, indem sich dieselbe auf $4\frac{1}{2}$ Mm. beläuft, so dass die in Rede stehende Anomalie in gewissem Sinne als excentrische Hypertrophie der Speiseröhre aufgefasst werden muss. Den weitaus grössten Theil an dieser Verdickung hat die Ringfaserschichte, indem diese reichlich 2 Mm. misst und daher auch in ihrem Excesse ein bedeutendes Uebergewicht über die schon unter normalen Verhältnissen schwächere Längsfaserschichte gewinnt. Uebrigens ist auch diese letztere stärker als gewöhnlich entwickelt, ohne dass jedoch weder an ihr noch an der Ringfaserung die contractilen Faserzellen an Grösse merklich zugenommen haben. Es muss demnach eine bedeutende Vermehrung ihrer Zahl vorausgesetzt werden, womit zugleich eine ausserordentliche Zunahme breiter, elastischer Fasern verbunden war.

Die in die Zusammensetzung der Fleischhaut des Oesophagus eingehende quergestreifte Muskulatur war im Vergleiche zur glatten an der Hypertrophie nur wenig betheiligt; doch liessen sich ihre Elemente leichter ausfindig machen als im gewöhnlichen Zustande des Organes, so dass unser Object sich besser als der gesunde Oesophagus eignete die immer noch obschwebende Streitfrage über Menge und Ausbreitung der quergestreiften Fleisch-

faserung der Speiseröhre ihrer Erledigung näher zu bringen. Was ich in dieser Hinsicht hier mit Bestimmtheit ermitteln konnte, bildet im Wesentlichen eine Bestätigung dessen, was die Untersuchungen von H. Welcker*) und Schwegger-Seidel ergeben haben. In Uebereinstimmung mit diesen Beobachtern fand ich die quergestreifte Muskulatur ausschliesslich in die obere Hälfte des Schlundes verlegt, wobei sich zugleich herausstellte, dass die schlichten Muskelfasern früher im Stratum circulare bedeutend überwiegen, während die quergestreiften Bündel an der hinteren Fläche und an den Seitenwänden nicht blos am stärksten ausgeprägt sind, sondern auch am weitesten sich nach abwärts erstrecken. Wenn es schon ein nicht geringes morphologisches Interesse darbietet die Existenz quergestreifter Fleischfasern, welche Sappey**) dem Oesophagus mit unbegreiflicher Oberflächlichkeit gänzlich abspricht, in demselben überhaupt zu constatiren, so gewinnt es noch einen ganz besondern Werth, ihren Zusammenhang mit Bestandtheilen der Wandung des Schlundkopfes ausfindig zu machen. Die unterste Faserung des Musc. crico-pharyngeus verliert sich theils in transversaler Richtung in den hinteren Umfang des hier Anfangs frei liegenden Stratum circulare der Speiseröhre, wobei die immer dünner werdenden Bündel meist nach abwärts convexe Schleifen bilden, theils steigen die untersten Bündel jenes Muskels an den lateralen Umfang des Oesophagus herab, wobei die obersten gegen die hintere Mittellinie tendiren, die nächst folgenden mehr und mehr der longitudinalen Richtung folgen. Diese Anordnung wurde schon von D. Santorini***) vollkommen richtig erkannt, wenn er bemerkt: „*fibrae a cricoide productae et in oesophagum abeuntes ita sensim ejus longitudinem metiuntur, ut licet primo obliquae et ad spiram accedentes appareant, tamen progressu pro longitudinalibus haberi possint.*“ Auch über die innere Seite der Ringfaserschicht steigen etliche zarte quergestreifte Fleischbündel eine kurze Strecke weit in longitudinaler Richtung herab. Sie bilden theils ununterbrochene Fortsetzungen des Musc. thyreo-pharyngo-palatinus also der Längsfaserschichte des Pharynx, theils nehmen sie selbständig von der elastischen Aponeurose ihren

*) Archiv für patholog. Anatomie u. Physiologie. Bd. XI.

**) Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1857. Tome III. p. 92.

***) Septemdecim tabulae. Parmae, 1775. Tab. VI. O.

Ursprung, mit welcher die meisten Bündel jener Schichte in Verbindung stehen und die sich ohne bestimmte Grenze in den submucösen Zellstoff des Oesophagus verliert.

An der so starken Hypertrophie der Wandung des Oesophagus hat die Schleimhaut den geringsten Antheil, welche, obschon sie im frischen Zustande eine sehr augenfällige Turgescens besass, doch nur eine Dicke von $\frac{3}{4}$ Mm. hatte, wobei jedoch die Muscularis mucosae keine von der Norm abweichende Stärke gezeigt hat. Die eigenthümliche, über dieser dünnen Muskulatur ausgebreitete Schleimhaut hat zum Theil sehr eingreifende Veränderungen erfahren. Ihr Gewebe war im Allgemeinen gelockert und stellenweise zu wahrhaft zottenförmigen Papillen ausgewachsen, die unter Wasser als flottirende Filamente sich schon dem unbewaffneten Auge bemerklich machten. Die Farbe erschien im Allgemeinen schmutzig braunroth, jedoch nicht gleichartig, indem hier und dort schiefergraue Streifen und schwärzliche unregelmässige Flecken eingestreut waren. An nicht wenigen Stellen, insbesondere in der oberen Hälfte des Oesophagus zeigte die Schleimhaut flache, grössere und kleinere Substanzverluste, welche sich als hämorrhagische Erosionen in verschiedenen Stadien ihrer Ausbildung zu erkennen gaben. Ob und inwieweit ein intensiver Katarrh, welcher so unzweideutige Spuren seines langen Bestandes zurückgelassen hat, als Ursache der Dilatation und Verdickung des Oesophagus stattgefunden hat, oder ob er sich diesen Zuständen erst beigesellt habe, kann jedenfalls nicht mit zureichender Sicherheit entschieden werden. Nach den schon in früher Jugend aufgetretenen Erscheinungen von willkürlichem Erbrechen dürfte die Annahme wohl gerechtfertigt sein, dass die aus unbekannten Ursachen entstandene Erweiterung der Speiseröhre und die Verdickung ihrer Wandung den durch katarrhalische Processe bedingten Texturveränderungen der Schleimhaut vorausgegangen sind, womit jedoch nicht geläugnet werden will, dass jene Anomalien dadurch beträchtlich vermehrt worden sind.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. XI. Fig. 1.

Der erweiterte Oesophagus mit dem ausgedehnten, normal beschaffenen Magen ($\frac{1}{3}$ der natürlichen Grösse). 1. Kehlkopf. 2. Luftröhre. 3. Schilddrüse. 4. Oesophagus. 5. Magen.