

12, 205^a.

Ueber

Polypen und polypenähnliche Gewächse der Speiseröhre.

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Grades eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen
Universität zu Jurjew

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

P. R. Minski.

Censores:

Prof. Dr. Gubarew. — Prof. Dr. Barfurth. — Prof. Dr. Koch.



Jurjew.

Druck von C. Mattiesen.

1894.



Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго
Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 2-го Апрѣля 1894 г.

№ 241.

Деканъ : С. Васильевъ.

D 122458

Dem Andenken
meiner theuren Eltern.

Die Kranke, deren Polyp Ausgangspunkt der folgenden Untersuchungen wurde, ist mir von Herrn Professor Dr. Koch überwiesen worden.

Herr Professor Dr. Barfurth hatte die Güte, mir schätzenswerthe Winke über Behandlung und Beurtheilung von Schnitten zu geben, welche glatte Musculatur enthalten. Wie ihm, bin ich den Herren Assistenten der chirurgischen Klinik zu Dank verpflichtet — unter Anderen Herrn W. Barth für vielfältige Unterstützung bei Herstellung der microscopischen Präparate, den Herren Mintz und Corleis für musterhafte Zeichnungen, deren Wiedergabe in Originalgrösse und in grösserer Zahl als in der Dissertation erst an anderer Stelle erfolgen kann.

Die Königliche Bibliothek in Berlin überliess mir in liberalster Weise seltene Schriften über Geschwülste der Verdauungswege. Einige der-

selben in meinem Interesse durchzusehen war Herr Dr. Marquardt dort so freundlich.

Trotzdem und obgleich ich mich nach Petersburg, Paris, London und Boston, theils an Bibliotheken, theils an Buchhändler wendete, ist es mir nicht möglich gewesen, die Casuistik der Oesophaguspolypen durchaus nach den Originalen zu geben. Sie ist auffällig zerstreut und schwer zugänglich.

I n h a l t.

	Seite
Einleitende Casuistik	1
Literatur über Oesophaguspolypen	7
Entwicklungsgeschichte:	
A. der Pharynxpolypen	36
B. der Polypen in der Schlundfurehe und hinter den Glosso- beckenknorpeln	41
C. der Polypen hinter Cartilago Cricoidea	43
D. der Oesophaguspolypen in Höhe der Bifurcation der Trachea .	52
E. der Polypen in der unteren Hälfte der Speiseröhre u. im Darm	54
Symptomatologie	60
Zur Diagnose	66
Zur Prognose und Therapie	70

Von Herren Dr. Janssen dazu bestimmt, sucht die 65 j. Bäuerin Trina Schmidt von Wernersdorf Prof. Wilhelm Koch am 9./V 91 auf, sich wegen einer polypenähnlichen Geschwulst Rath zu erbitten, welche aus dem Munde, nahe dem rechten Mundwinkel heraushing und bis unter das Kinn reichte (Fig. 1.) Diese cylindrische, von vorn nach hinten ein wenig plattgedrückte Geschwulst erscheint an dem, dem Beschauer zugekehrten Theil ihrer Oberfläche sepiafarben, vis-a-vis aber, wo sie mit den Lippen sich reibt, grauweiss getönt und ähnelt, da sie an ihrem freien Ende wie die Eichel geformt ist, hier auch eine Art orificium zeigt, dem abgehäuteten Penis, zumal bei genauerem Zutasten in ihrer Längsaxe eine walzenförmige Verhärtung sich nachweisen lässt, von der, wenigstens auf den ersten Griff und vermuthungsweise angenommen werden darf, sie sei ein Corpus cavernosum. Freilich fehlte, diese Vermuthung des Weiteren zu stützen, die Furehe hinter der Glans, die wallartige Abgrenzung der letzteren gegen das Corpus des Penis, endlich die Urethra. Öffnet die Person den Mund, so sieht man die Geschwulst zwischen dem rechten Zungenrande und der rechten Zahnreihe, von wo aus sie, an den rechten Gaumenbogen vorbei, nach unten und wenig innen, leicht zum Gaumensegel sich emporwölbt, durch die rechte Schlundfurehe in die Tiefe des Schlundkopfes sich hinabbiegt. Bei heruntergedrückter Zunge war dies deutlich zu zeigen (Fig. 1). Folgt aber der Finger der Geschwulst, so bekommt er den Eindruck, als reiche ihr stark sich verschmäligernder Stiel mindestens bis zur Seitenhinterfläche der Giessbeckenknorpel.

An der Stelle, an welcher die Oberlippe mit dem Polypen sich reibt, sitzt, sehr bezeichnend in Richtung der Aetiologie, ein flaches, allein dem Lippenroth angehöriges, ulcerirndes Carcinom.

Prof. Koch war im Begriff wegzureisen, die Kranke gekommen, „Medicin“ für die Geschwulst sich verschreiben zu lassen. Sie verweigerte jeden operativen Eingriff nicht nur, sondern selbst die laryngoscopische Untersuchung. Unter diesen Umständen verzichtet man auf die letztere und setzt Alles daran, das Präparat nicht zu verlieren, die Erlaubniss zur sofortigen Entfernung des Polypen zu erhalten. Sie wurde schliesslich, bedingungsweise, gegeben und der Polyp ohne sonderliche Mühe

und Blutung mittelst starker, unter Leitung des Fingers hinter dem Kehlkopf tief in den Schlundkopf eingeführter Cooper'scher Scheere, wie die Abbildung (Fig. 2) und das Präparat zeigt, an seiner Wurzel, offenbar hart am Uebergang in den Mutterboden abgeschnitten.

Einmal von dem entstellenden Gewächs befreit, liess die Kranke später auch den Lippenkrebs nehmen (Dr. Blumberg), ja sie folgte im Herbst einer Einladung nach Dorpat, sich laryngoscopiren zu lassen, was wiederholt von Prof. Koch selbst geschah. Dabei stellte auf das Unzweideutigste sich heraus, dass der Polyp weder vom Taschenband und Sinus Morgagni, noch von den ary-epiglottischen Falten gekommen sein konnte, weil diese Parteen nicht nur frei von Höckern und Narben, sondern auch, rechts und links, vollkommen gleichgebildet und geweblich so beschaffen waren, dass man Reste früherer Ansiedelungen auf ihnen kaum übersehen konnte. Ebenso fehlte die Spur eines Stieles im Bereich der Gaumenbogen, der Giessbecken und der ihnen nachbarlichen Wände des Rachens, speciell der Schlundfurchen. Schob man nun aber einen der Länge des Polypen entsprechenden Bleidrath gekrümmt in den Schlundkopf hinein, so ging er zwar über die Grundfläche der Giessbeckenknorpel hinaus in die Tiefe, wenn sein anderes Ende mit der Zahnreihe abschchnitt, erreichte indessen nur die Höhe des Larynxeinganges, wenn sein peripheres Ende an der Berührungsstelle des Polypen mit dem Kinn fixirt und, rechtwinklig abgebogen, über die Zahnreihe in den Schlund gelegt wurde. Es musste der Polyp also in situ um etwa 4 Cm. länger als nach seiner Herausnahme gewesen sein, oder aber seinen Mutterboden nach oben gezerzt haben. Wahrscheinlich ist von beiden Möglichkeiten die erstere hauptsächlich zu verwerthen, da es in der That den Polypen beim Aufspannen auf eine Holzplatte zu recken gelang und sich später sein Reichthum an organischer Musculatur herausstellte. Es konnte demnach der Polyp in Anbetracht einerseits seiner Länge von nur 14—20 Cm. und in Anbetracht andererseits der Integrität der eben genannten Oertlichkeiten nur im Bereich der Uebergangsstelle des Pharynx zum Oesophagus, in der Gegend hinter dem Ringknorpel oder in deren vis-à-vis mit seinem, übrigens nur 1 Cm. breiten und sonst dünnen Stiel gewurzelt haben. — Die Insertionsstelle direct zu pharyngoscopiren gelang schon in Folge der Verkürzung des Mundes bei der Krebsoperation nicht, auch nicht, als versucht wurde den Larynx durch von der Halshaut aus eingehackte Finger, vom Rachen aus mit einem stumpfen, gekrümmten und hinter die Giessbecken gebrachten Sonde ein wenig nach vorne zu ziehen. Indirect aber, durch Messung, war, wie ich glaube, trotz des negativen Spiegelbefundes die Höhe der Ursprungsstelle des Polypen, wenigstens annähernd, trotzdem bestimmt.

Angeführt sei noch, dass Trina Schmidt weder an Schling- und Athembeschwerden jemals gelitten, noch von der Existenz

des Polypen überhaupt etwas gewusst haben will. Erst vor 8 Tagen sei das Ding zum Vorschein gekommen, als sie Küchenarbeit verrichtete. Nur die Scham und das Geruch der Menschen, allenfalls vermehrter Speichelfluss habe sie veranlasst, zum Arzt zu gehen und um den heilenden Trank zu bitten.

Die Geschwulst (Fig. 2) ist, ohne jede Spannung gemessen, 14,0 Cm. lang; in der Länge um mehrere Cm., in der Quere ebenfalls, wenn auch geringer dehnbar. Sie hat im unteren Drittel einen Umfang von etwa 7,5 Cm., im mittleren Drittel einen solchen von 6,4 Cm., im oberen von 3,2 Cm., indessen ihr plattgedrückter Stiel im grössten Durchmesser etwa 0,8 Cm. breit ist. Ein Drittel ihrer, als sie noch zum Munde heraushing, dem Zuschauer zugekehrten Oberfläche ist sepiafarben, an einer 10 Kop. grossen Stelle weinroth, ihre sonstige Oberfläche grauweiss, meist glatt und schlüpfrig, „aalglatt“, an einigen wenigen Stellen leicht gestreift und rauh, 2,8 Cm. vom Stiel entfernt aber mit 2 kleinen membran-, resp. flügelartigen Anhängen besetzt. Zwecks Betrachtung ihres Innern zerlege ich die Geschwulst, vom Stiel zu ihrem freien Ende hin, in zwei Hälften und finde auf jeder der beiden Schnittebenen, deutliche, grauweisse, zum Theil gewellte Bänder, Streifen und Septa, zwischen ihnen aber graubranne Bündel und Geflechte, deren einzelne deutlich meist langgestreckte, seltener rundliche Blutextravasate einschliessen, an der Peripherie der Schnittebene Gewebsverdichtungen, welche auf eine Kapsel wohl bezogen werden können, hin und wieder aber lamellos und dann durch streifige Extravasate von einander getrennt sind.

Die microscopische Untersuchung endlich ergab das folgende Resultat:

Es existirt an der Oberfläche der Geschwulst eine im Allgemeinen derbe und dann etwa 1 mm. dicke, im mittleren Drittel allerdings schwächere Kapsel, welche an Bindegewebsfasern verschiedenster Stärke ausserordentlich reich ist und zu Lamellen sich ordnet, zwischen welchen Spalten existiren. Letztere sind in der Längsrichtung der Geschwulst am ausgedehntesten, weniger umfänglich in Richtung der Peripherie der Geschwulst, meistens schmal, oft sogar strichförmig, wenn sie auf den Quermesser der Geschwulst bezogen werden. Nur verhältnissmässig wenige dieser Spalten enthalten Fettgewebe, die meisten Blut, genauer ausgedrückt r. B., überwiegend häufig in solcher Menge, dass auf ein feineres Zwischengewebe inmitten dieses Blutes kaum zu fahnden ist. Durch Ausschütteln der Präparate gelang mir die Fortschaffung des Blutes nicht, weswegen ich die Frage nach dem etwaigen feineren Füllgewebe innerhalb der Kapsellücken zunächst unentschieden lassen muss. Sicher aber existirt an der Oberfläche der Kapsel kein Epithel, was ich im Gegensatz zur schönen Beobachtung Middeldorpf's besonders hervorheben möchte. Und sind zum Andern die Bindegewebszüge der Kapsel bisweilen auch gewellt und geschwungen, so bringen es diese

Biegungen doch nicht bis zur Höhe und Form von Papillen, deren Existenz Reichert bei dem Polypen Middeldorffs ebenfalls sicher stellte. Eine Ausnahme davon macht nur die abhängigste Partie der Geschwulstoberfläche, insofern hier an verschiedenen Stellen Erhebungen und Einsenkungen sich darstellen, welche in der That den Papillen der Oesophagusschleimhaut ähnlich sehen. Doch habe ich auch in ihnen nach der feineren Structur der Papillen, namentlich nach ihren Gefässen und Nerven vergeblich gesucht.

Verhältnissmässig grosse Abschnitte der Geschwulstoberfläche, jene vor Allem, welche in Folge starker Durchblutung sepiafarben erscheinen, sind mit Fibrin bedeckt. Letzteres kann auf das Blut um so eher bezogen werden, als wohlerhaltene r. B. neben dem Fibrin meist nicht existiren. Mittels der Weigert'schen Fibrinfärbung stelle ich aber Fibrin in Fäden, in staubförmigen Punkten, in grösseren und kleineren Lagen und Haufen auch im Gewebe der Kapsel und des Innern der Geschwulst recht oft dar und bekomme Bilder, aus welchen unzweideutig auf den Beginn der Fibrinbildung im Gewebe selbst, sogar in starken Bindegewebsfasern und in den die Fettzellen umschliessenden Spiralen geschlossen werden muss. In Folge dessen kann ich der von Virchow, in der neueren Zeit von Neumann, Schuchardt u. A. besonders betonten Auffassung, dass das Fibrin auch aus den Geweben jenseits des Blutes sich bildet, nicht mich entziehen, nebenbei noch bemerkend, dass diese fibrinösen Ausscheidungen namentlich auch im Innern der Geschwulst das microscopische Bild derselben recht oft in seiner Deutlichkeit schädigen.

Das von dieser Kapsel zusammengehaltene Innere der Geschwulst besteht aus Bindegewebe, elastischem Gewebe, Fett, glatter Muskulatur, Gefässen und Hohlräumen, aus Geweben, welche auf das Mannigfaltigste und in folgender eigenthümlicher Weise unter einander sich verflechten.

Zunächst existiren unregelmässige, aber besonders derbe und mächtige Züge, Balken und Lamellen entsprechend dem Längsmesser der Geschwulst. Von ihnen gehen zum Theil in senkrechter, zum Theil in schräger Anordnung, gewissermassen wie Radien oder Zweige, durchschnittlich weniger umfängliche Leisten, Cylinder und Membranen zur Geschwulstoberfläche, woraus neben einen soliden Rüst- und Stützwerk ein System von unter einander ebenfalls vielfältig zusammenhängenden Hohlräumen oder Kanälen im Innern der Geschwulst resultiren muss. Von denselben überzeugt man sich schon, wenn die gefärbten microscopischen Schnitte gegen das Licht gehalten werden, in welchem Falle dunklere und undurchsichtige Zonen mit helleren, von feinen und feinsten Strichen durchsetzten Partieen abwechseln. Die ersteren sind Stützgewebe, die letzteren Fettzellen, welche — auf dem Flächenbilde — bald in Dreiecken, bald in langgezogenen Ovalen, bald in Kreisen, bald in Spalten, senkrecht

oder parallel zur Geschwulstoberfläche gestellt, den allergrössten Theil der Lücken zwischen dem Grundgewebe einnehmen und nicht allein im Manteltheil, sondern auch im Innern der Geschwulst sich befinden.

Sehr viel seltener bleiben aber die Hohlräume Gewebslücken. Alle Mal sind das die kleineren Hohlräume, deren Zusammenhang mit nachbarlichen so auffällig, wie bei dem Fett- und andererseits Stützgewebe nicht ist. Diese Gewebslücken sind in der Regel mit r. B. auf das Vollkommenste erfüllt, bald rund, bald spindelförmig, bald von ganz unregelmässiger Form und entweder von gerader oder aber von starkgezaeckter Contour, jenseits welcher letzterer, wenigstens oft, concentrische Züge zum Theil breiter Bindegewebsbündel und elastischer Fasern lagern. Aber ich vermisste, so oft ich auch danach suchte, den endothelialen Belag an der Innenwand dieser Lücken und halte es für sehr unwahrscheinlich, dass es durch die r. B., andererseits durch die Fibrinabscheidung, welche auch im Innern und in der Wand dieser Lücken sich nachweisen lässt, zu Stande gebracht worden ist. Denn wäre es so, so müsste ich die endotheliale Auskleidung dort finden, wo Fibrin nicht existirt, oder die r. B. ausgefallen sind. Aber dies gelang mir nicht. Demgemäss kann ich nur von blutführenden Spalträumen inmitten der Grundsubstanz meines Polypen, nicht von cavernöser, höchstens von erectiler Anordnung in derselben reden und stelle diese blutführenden Hohlräume jenen an die Seite, welche von manchen Autoren für die Milz — als embryonale Veranlagungen — behauptet werden.

Es erübrigt noch, von der Grundsubstanz des Polypen Biniiges zu sagen. Sie setzt sich also aus Bindegewebe, elastischen Fasern, glatter Musculatur und Gefässen zusammen. Das Bindegewebe ist besonders reich an Fasern, welche in verschiedenster Stärke, bis hinauf zum Bandartigen vorhanden, meist sehr lang und gestreckt, seltener wellig geschwungen sind. Ein Theil dieser Fasern gehört zu den elastischen, wie ich chemisch sicher stellte und scheint durch Blut stark auseinander gedrängt. Dass die Bindegewebsfasern hier und dort sich in Fibrin umgewandelt haben, oder sich umzuwandeln beginnen, sagte ich schon. Es geschieht im Innern der Geschwulst aber kaum jemals in Bildern, aus denen die eben besprochenen Hohlräume ungezwungen sich ableiten liessen.

Inmitten des Bindegewebes liegen glatte Muskelfasern in Streifen, Haufen und gezaeckten Bändern, sicher aber in geringerer Menge als das Bindegewebe selbst. Sie haben mit den Gefässen nichts zu thun, sondern sind Bildungen sui generis, deren Differenzirung vom Bindegewebe ich allein auf Grund der Eosin-Haematoxylinfärbung und des Nachweises ihrer deutlich stäbchenförmigen Kerne vornehmen zu dürfen glaubte. Auch das folgende eigenthümliche Bild habe ich nicht übersehen. Auf ein wohlgebildetes, in seiner Musculatur und in seinem Endothel deutliches grösseres Blutgefäss folgt eine concentrisch dieses Ge-

fäss umgreifende Zone r. B., zwischen welchen nach einem wenn auch nur zarten Grundgewebe ich vergeblich suchte. Diese Blutzone wurde wiederum von einem verschieden starken, überall aber geschlossenen Ring glatter Muskeln umfasst. Auf Abdrängung eines Theils der Gefässwand durch Diapedese kann dieser Befund kaum bezogen werden. Sollte es sich aber um Blutungen in dem Lymphmantel eines Gefässes handeln? Dann müsste aber der Muskelring auswärts davon ebenfalls zu denken geben.

Von den Gefässen endlich des Polypen wäre hervorzuheben, dass sie allerdings in grosser Zahl, aber doch nicht so massig wie beim Angiom vorhanden sind. Arterien überwiegen; sie wie die Venen haben durchaus normal gebildete Musculatur und Endothelien. Varicöse Ausbuchtungen ihrer Wand kommen vor, sind aber selten. Berstungen der Capillaren, welche die Durchblutung des Polypengewebes bedingen konnten, habe ich nicht gefunden.

Nerven, Knochen, oder gar Organe höherer Art fehlen meinem Polypen.

Literatur über Oesophaguspolypen.

In den Magazinen der Literatur habe ich folgende Beobachtungen gefunden, welche der eben mitgetheilten ähnlich sind:

Sussius¹⁾.

Kranker stirbt, weil er nichts hinunterschlucken kann. — Man findet einen Polypen, welcher von der mittleren und hinteren Partie des Oesophagus ausgeht und sich bis gegen den Pylorus erstreckt. Er war so lang und dick wie ein grosser Regenwurm.

Vanhuyss²⁾.

Ein angesehener Arzt liess ein fleischiges Gewächs der Speiseröhre täglich mit einer besonders dazu erfundenen Bürste bürsten, in der Absicht, hierdurch eine Entzündung und in Folge dieser eine Eiterung dieses Gebildes zu veranlassen; alle benachbarten Theile haben sich aber dermassen entzündet, dass der Kranke unter den heftigsten Schmerzen starb.

Blankart³⁾ 1677.

Brief des geehrten Herrn Vinck, 1677, an den Autor, in dem er über Schluckbeschwerden klagt:

Zweiter Brief:

Diese Woche habe ich einen Doctor mit einem Instrument, welches vorne, als ein klein Kugelein rund ist, in meine Kehle fühlen lassen: als er in den oesophagum, ohngefähr 3 queer Finger unter die Valvulam kam, fand er daselbst eine solche Hinderniss: dass er vor gewiss sagte: dass daselbst etwas angewachsen wäre, und vermeinte: dass dasselbige Angewächs müsste durchgestossen werden: allein es hielt ihm die Härte, so

1) Diss. inaug. nach Gordy. Des polypes. Paris 1833. S. 182. Original leider in keiner Weise aufzutreiben.

2) Sammlung auserlesener Abhildg. zum Gebrauch f. pract. Aerzte: im Auszug v. Koch, 2. Bd. S. 12.

3) Collectanea medico-physica Leipzig 1690. S. 424. Zuwachsung des Oesophagi oder Speiseröhre durch ein Steatoma, worauf der Tod erfolgt.

er daran fühlte, davon ab: derowegen urtheilte er, es sei das Beste mit vorbesagten Instrumente daneben weg eine freie Passage zu machen: sagende, die Gorgel sollte wohl weichen, weil sie membranösisch wäre

Gorinden den 20. August 1677.

Theodorus Vinck.

Ein Jahr oder anderthalbe darnach ist dieser Herr aus Hunger gestorben: weil er weder essen noch trinken mehr konnte. Als man den todtten Körper geöffnet, habe ich verstanden: dass die Speiseröhre mit einem Steatmate besetzt gewesen, welches voll kleiner rundten Blässgen.

(Die Krankheit hat circa $3\frac{1}{2}$ Jahr gedauert.)

Hannemann¹⁾ 1685.

Fridrichstadii in hac nostra Chersonoso Cymbrica (quam urbem Batavi, cum inter Armenianos & Gomaristas dissidium glisceret, condiderunt) foemina quaedam singulari exstincta affectu; huic enim in gula oriebatur abscessus, non ille, quem anginam nominamus, sed longe ab eo diversus. Et quidem rectius caruncula dicitur, qualis meatum urinarium obstruere vel obsidere solet. Ille caruncula non solum gulam occludebat, ut omnis aditus cibo & potui in ventriculum denegaretur, verum & musculos, quales cephalopharyngeus, sphaenopharyngaeus & stylopharyngaeus, in suo motu impediabat. Hoc morbo, reliquis visceribus bene constitutis, & quasi sana exstincta est. Bis instrumento chirurgico via reserata, tertiâ vivo crudelem curam admittere renuit. Quaeritur nunc, an hoc in loco Bronchotomia commodè administrari potuisset? In Excell. D. D. Blaucardi Collectaneis medico-physic. cent. 3. obs. 54. ferò similis historia commemoratur. Ille hunc abscessum steatoma vocat, quam insignissimi Viri sententiam in dubium non vocabo.

Scholium.

Nonnunquam tumorem in oesophago succrescere, qui cibos deglutiri non permittat, aegrumque inedia debilitet, Anonymus in append. sent. 4. obs. Riverian. 14. scribit, curationis ejusdem, licet difficilis, modum subjungens. Inter oesophagum ac asperam arteriam insinuare se nonnunquam durum tumorem, gulam tam strictè occludentem, ut denegato omni alimentis transitu, certò pessundet hominem; quem tamen, si pituitosus fuerit, interdum curari, ab atra verò bile ortum nunquam domari, Nic. Tulpius lib. I. obs. cap. 44 notat, & utriusque exemplis confirmat. Abscessuum, qui omnem deglutitionem impediabant, meminit Joach.

1) Miscellanea curiosa sive Ephemeridum medico-physicarum germanicarum Academiae Curiosorum Decuriae II. Annus III. Norimbergae 1685. pag. 135 136.

Observatio XLVII. D. Joh. Ludovici Hannemann de Tumore gulae singulari.

Camerarius epist. 110. Cistae med. Hörnung-unum eorum longo quidem temporis tractu, medicamentorum ope curatum referens. Funestam oesophagi obturationem à cartilagine annuliformi, exiguo foramine praedita, & ab ipso oesophago enata memorat Nob. D. Beckero in Dec. I. Eph. Nat. Cur. Ann. IV. obs. 67. Difficilem deglutitionem à caruncula gulae, ex ulcero venenoso subortam cum aegri interitu cent. 2. obs. med. 46. eundemque à tumoribus scirrhis seq. obs. 47. describit Joh. Rhodius. Quomodo verò in praesenti D. Autoris nostri casu, alijsve similibus Bronchotomia commodè administrari potuisset, equidem non video, praecipuè si tumor profundiori loco situs visum operantis subterfugerit.

Pringle¹⁾ 1712.

Dans l'année 1712 un homme d'un tempérament fort et robuste, & qui étoit dans la fleur de son âge, après quelques excès de boisson, surtout de liqueurs spiritueuses, fut attaqué au mois de Mai, d'un vomissement, qui sans effort, sans douleur, sans nausée, ou aucun autre semblable symptôme, lui faisoit rejeter tout ce qu'il prenoit, soit liquide, soit solide: les alimens revenoient, dès-qu'il les avoit avalés, & avant qu'ils fussent entrés dans l'estomach, à peu près comme s'il les avoit rejetés en crachant.

Quelque légère, & de peu de conséquence, que parut, d'abord cette incommodité dans une personne de son âge & de force, elle ne laissa pas que de résister à un grand nombre de remèdes. On lui donna successivement & sans aucun fruit, des vomitifs, des purgatifs stomachiques, des amers, des fortifiants, des Martiaux, des eaux Minérales, du lait d'ânesse, des absorbans &c. La maladie continua toujours dans le même état, & fut bien-tôt suivie de langueur. Les forces & l'embonpoint du malade diminuèrent par degrés. Il avoit un froid continuel, même pendant les chaleurs de l'été; il tomba enfin dans un parfait Marasme, & mourut dans cet état au mois d'Octobre suivant, n'ayant jamais eu d'autres symptômes que ceux dont je viens de faire mention.

À l'ouverture de son corps, on trouva dans la cavité de l'Oesophage, une excroissance dure & glanduleuse, qui s'étendoit depuis le milieu de ce conduit, jusqu'à l'Orifice supérieur de l'estomach, & qui remplissoit tellement la cavité du canal des alimens, qu'on pouvoit à peine pousser un stilet dans celle de l'estomach.

1) (Essais et observations de médecine, de la Société d'Edinbourg. Tome II. Paris 1772. pag. 404/5.) Das englische Original war auf keine Weise beizutreiben. Sein Titel ist: Essays and observations physical and literary. Read before the Philosophical Society in Edinbourg, and published by them. Vol. II. 1770. Edinbourg.

S. Schmieder¹⁾ 1717.

Caupo quidam in pago Possewitz prope Pirnaviam, Johann Gottfr. Grosse, Vir annum 43. agens temperamento sanguineo-phlegmatico, habituque ad cacochymiam admodum proclivi, at sat notabili corporis mole gaudens, mirumque in modum pulveris sternutatorii Hispanici, vulgo Spaniol, deliciis effacinatus, A. 1714 circus tempus vernale dolorem quendam urentem, a nimia dicti pulveris aliquando facta per nares attractione, in medio oesophagi persensit, inopinatoque non ita multo post deglutitionem nonnihil animadvertit impeditam. Quamobrem auxilium quaerens, Medicum quendam convenit, & de dolore, nunc quidem sopito, at in deglutitionis impedimentum mutato, queritur, cujus affectus causam in pituitosa quadam ac viscida materia, interioribus oesophagi partibus adhaescente, Medicus ponens, convenientia pro ista incidenda, resolvenda atque educenda, aegro praescribit remedia, irritum tamen successu maloque indies indicesque adhuc ingravescente. Hinc aeger nihil levaminis percipiens ad alium se confert, ejusve opem implorat, simulque affectus causam infra suo loco paulo specialius reddendam, sibi probabilem, ipsi refert, quam vero hic flocci aestimans, aliamque subesse afferens, aegro remedia, pro nescio quo, acido, spasmodicam hanc fibrillarum affectionem generante, corrigendo atque eliminando, equidem exhibet; at iterum absque successu sperato. Nullum igitur fecunda vice effectum salutarem, haecenus tam anxie exoptatum, aeger observans, in auxilium rursus vocat alium: & quidem medicum rusticum, qui, prioris vestigia legens, pituitosam acremve materiam genuinam ac verissimam hujus impeditae deglutitionis liberioris existere causam, pariter pro re certissima afferit, certo citoque, ut impudens it hominum genus, gravi animadversione utique dignum, solet impedimentum hoc sese ablaturum, deglutitionemque liberiores redditurum, certissime pollicetur. Varia hinc aegro porrigit, quorum usus, insignis licet pituitae copia fuerit educta, plane denuo fuit inanis atque nullus, cum ne minima levaminis cujusdam pars aegro inde fuerit allata. Deserens ergo et hujus hominis vani medelam aeger, naturae & tempori sese tantum committere animum induit, sponteque sua forsitan hoc malum iterum cessaturum firmiter sperat. Interim vero Periculum Ventriculi, vulgo die Magen-Borste, remedium illud barbarum, de quo multa haecenus inaudierat, consulit, istud applicat, ejusque ope sat notabilem equidem educit pituitosae materiae copiam, nullo tamen inde subsequente levamine. Ad quaestionem, num ex applicatione peniculi senserit dolorem? respondit: cum quidem

1) Haller. Disputation. ad morborum historiam et curationem facientes. Lausannae 1760. Vol. VII. Pars I Auxilia Abbildg. Taf. 34 fehlt.

S. 594. Sigismundi Schmieder. Schediasma de polypo oesophagi vermiformi rarissimo a quotidiano pulveris sternutatorii hispanici vulgo Spaniol abusu progenito. Delitii 1717.

se non sensisse, interim tamen difficilem, imo in ventriculi cavitatem ejus penetrationem haud possibilem, ob quoddam in gula obstaculum perceptum, plenarium periculi ingressum prohibens, fuisse. Paulo post, loco sperati effectus salubris, magis magisque malum angere animadvertit patiens, adeo, ut solida tandem alimenta haud amplius assumere valeret, sed liquidis tantum, e. g. lacte, juscule avenaceo tenui & c., famem sedare corpusque valde jam emanciatum nutrire cogeretur. Imo, tantum hic affectus demum sumsit incrementum, ut recensita jam liquida tenuia libere exinde deglutire haud valuerit, sed mediante calamo stramineo ista absorbere necesse habuerit miser. Quamprimum enim paulo liberius largiusque ea sorbere voluit atque deglutire, ea statim cum sonitu regurgitarunt, praesentaneam aegro suffocationem minitata. Tandem hic, de cetero sanus, liberaque respiratione gaudens, denuo Medici cujusdam auxilium implorat, petitque, ut sibi suppetiae ferantur. Hic in affectus hujus admirandi causas occasionales paulo curatius inquirens, variaque ex eo quaerens, alia inter quoque ea, de quibus superius jam nonnihil fuit adductum, audit: aegrum nempe nimis in usum vocasse pulverum sternutatorium, eundemque dubio procul miserandi hujus mali primam exitisse causam occasionalem. Et, quo evidentior veriorque causa haec appareat, factum fuisse refert aeger, quod pulvis hic praesertim siccissimus summeque volatilis, corpore aliquando calefacto, & sudoribus probe diffuente, naribus copiose intrusus, fortiterque inspiratus, non solum in asperam arteriam, verum etiam in fauces & gulam usque penetrarit, tussim, eamque frequentem & molestam, nec non in gula ardorem, una cum dolore primum obtuso, sanguinisque sputo, excitavit. Ex quo tempore statim dolorem haud lenem, & hoc evanescente, deglutitionis impedimentum, fuisse exortum, ulterius confessus est aeger, eandemque affirmavit nunquam in vitae simile, nec etiam vel levissimum, in oesophago percepisse deglutitionis impedimentum. Haec omnia Medicus percipiens, exerescentiam quandam cartilagineam, ex laesione oesophagi abortam, adesse, aegrumque in extremo vitae periculo constitutum, pronunciat, cujus terminum inevitabile nunc fatum, cui aeger solum reliquendus erat, accelerare visum fuit. Ob nutritionis enim debitae defectum corpus obesum adeo fuit extenuatum, ut magis τὸ σκελετὸν, quam vivi hominis, faciem repraesentavit. Ultimo liquidorum etiam ne guttulam quidem assumere amplius potuit, quo venit, ut post aliquot dierum spatium, mense Aprili anni 1715 fame sitique incredibili emaciatus fractusque misere tandem perierit. Cadaver quo aperiretur, causaque tam stupendi affectus detogeretur inque lucem protraheretur, vivens adhuc aeger petiit, hac tamen conditione, ut absque sumptibus sectio institueretur, quod etiam ita factum fuit. Aperto itaque decenter nunc cadavere, ventriculus A in fig. 4 partesque internae, a statu naturali adeo remotae non fuerant inventae, excepto tantum oesophago, qui a A usque ad C nonnihil contortus & pharyngem versus solito tenuior atque acu-

minatio apparuit, & quidem adeo, ut ejus apertura, alias satis ampla, vix pirum admittere fuerit visa. Quo autem, quae intus forte laterent, nunc quoque luci exponeretur, ille incisus fuit, quo facto ad omnium stuporem conspectui praesens delineata sese stitit insignis exerescentia carnea, per medium Fig. 1 & 3 d. d. d. divisa, quae in media oesophagi parte, eaque postica qua spinae dorsi adjacet initium (circa quod aliquis cujusdam materiae cruoris inspissati ad instar, cernebatur) fumens, ad pylorum usque sese fere extendens, longitudine sex digitorum transversalium, crassitie vero lumbricum insignem, tam in α quam in β aequabat, cujus etiam faciem aliquo modo mentiebatur. Substantia hujus exerescentiae (interdum ccc. plicatae, ut ex fig. 3 patet) rectius polypi, erat carnosio-fibrillosa atque mollis, color vero ex alto rubicundus. Cultro anatomico, & quidem facillime, cum vel digitorum jam attactui cederet, auferebatur polypus sic rarissimus, quo ablato, pedes ejus vel potius radices, quibus in gulae substantiam se insinuaverat, in conspectum veniebant quarum vestigia b. b. ob nimiam suam brevitatem, multo elegantius in oesophago aperto, quam ipso in polypo utpote qui ante interiori adhaerebat tunicae, conspici poterant, uti ex fig. 2 luculenter patet. Et sic impeditae deglutitionis mortisque misere causa de qua nemini haecenus quicquam fere in mentem venerat, detecta nunc conspiciebatur, dignaque judicabatur, quae rarioribus medicorum observationibus insereretur, publiceque proponeretur.

Maugh¹⁾ 1740.

Offenbar ein retropharyngealer Abscess. Die Autoren, welche ihn für Oesophagustumor nahmen, und es sind ihrer Viele, haben das Original offenbar nicht gelesen.

Abraham Vater et Friedr. Aug. Im. Zinckernagel²⁾ 1750.

1. Vir honestus ab aliquo tempore cardialgia, seu dolore in regione scrobiculi cordis, transversim erga dorsum se expandente, vexatus, cum nausea et conatibus vomendi, nec non tussi cum excreatione materiae pituitosae, ac imprimis deglutiendi difficultate conjuncto, auxilium a Magnifico Domino Praeside petiit. Qui, uti affectum saburrae cruditatum, in ventriculo et primis viis haerentium, propter errores diaetae commissos adscripsit, praemissis digestivis, vomitorium ex ipecacuanha propinavit, quod unum vel alterum vomitum levem et paucas sedes efficiens, nullum levamen attulit. Quam ob rem efficaciore opus esse autumans, post aliquod temporis intervallum, alterum ex

1) Essays & Observations physical and literary etc. Edinburgh. Vol. I

2) De deglutitionis difficilis et impeditae causis additis. Wirtembergae. 1750 August abgedruckt in Halleri Disputat. ad morborum historiam et curationem facientes. Tom. I. Lausannae 1757 S. 582. Historia III; Hist. IV kaum verwerthbar.

tartaro emetico, cum radice ari praescripsit, sed eodem cum priori, id est, nullo emolumento secuto. Continuavit quippe dolor eodem in loco fixus, et crevit deglutitio difficilis, adeo ut nihil fere, praeter liquida, propter obstaculum in ipso orificio sinistro perceptum, idque non nisi magno conatu, in ventriculum detrudere posset. Quandoquidem igitur duplici vomitorio nihil effectum fuit, mox suspicatus fuit Praeses, vitium partium solidarum, aut polypum in oesophago, vel tumorem durum scirrhum, aut apostema subesse, suamque suspicionem aegro detexit, et morbum monstri quid alere monuit. Nihilo tamen secius eidem curae continuationem desideranti, vinum laxativum, et posthac usum aquae amarae Sedlicensis commendavit, quae sufficiens operatio secuta quidem, sed absque ullo levamine. Sed quid fit? Dum Magnus Praeses, itinere ad alium aegrum suscepto, paucis diebus abfuit, inter usum aquae dictae, aeger subitanea faucium strangulatione, cum suffocationis metu, correptus, massam digiti longitudine et crassitie, cum sanguine multo, vomitu ejecit. Corpus egressum, elotum atque cultro dissectum, substantiam membranosa atque carnosam intus monstravit. Post ejectionem hujus massae, aeger per aliquot momenta melius habere sibi ipsi et circumstantibus visus est, sed rediit mox dolor et in dies auotus est. Aeger culpam in aquam amaram conjiciens, ex consilio medici in his angustiis advocati, ab ulteriori usu ejusdem abstinuit, sed accedente alvi obstructione, per aliquot dies continuante, denuo bibere coepit. Cum interea domum reversus Praeses suspicionem et prognosin, de causa symptomatum hucusque perpeccorum, exclusionem supra memorati concreti confirmari vidit, aegrumque propterea examinavit, an non recordaretur, praecessisse laesionem aliquam, cui haec adscribi possint; narravit idem, se ante duos annos, lapsu per scalas, contusionem gravem in dorso, eo ipso in loco, in quo dolor adhuc subsistat, accepisse, sed quia tum temporis nihil incommodi exinde senserit, illam se neglexisse. Cum itaque aeger remotionem doloris urgeret, deglutitio tamen difficilis applicationem medicamentorum sufficientium per os impediret, et alvus suo officio non satisfaceret, consilium Magnus Praeses cepit, clysteribus injectis tentare, an forte abscessus, intus e regione ventriculi latens, rumpi posset. Ordinavit propterea clysteres ex speciebus emollientibus, cum terebinthina in vitello ovorum soluta, et melle rosarum, quotidie injiciendos, et, quantum possibile, diutius retinendos. Quid fit? Post unum vel alterum clysterem injectum, nocte subito aeger dolore abdominis atrocissimo percepto, surgere volens, omnium sensuum usu privatur, vicissim in lectum incidit, ac totus frigidus, convulsis simul et incurvatis manuum digitis, mortui instar prostratus jacuit, donec ab uxore et ministra, frictionibus fortioribus et acclamationibus tandem excitatus, in vitam quasi revocatus videretur. Nunc stimulum ad excretionem alvi sentiens, e lecto surrexit, et ad sellam perforatam properavit. In hac dum sederet, cum largo sanguinis profluvio exclusa fuit, et in vas

subjectum incidit, massa informis et incondita, pugnum magnitudine excedens, quae examinata, substantiam mere membranosam et polyposam exhibuit. Duravit haec evacuatio per plures dies, ob applicatis clysteribus, sed nihil praeterea per alvum redditum est. Massam hanc et frustula eam componentia, ab ipsa substantia intestini cujusdam secessisse, sensit non tantum dolor acutissimus, cum lipothymia et spasmis epilepticis, excretionem antecedens, sed etiam larga sanguinis in excretionem profusio, ipsaque inspectio frustulorum excretorum, quorum quaedam, ob sanguinem in substantia eorum haerentem, et maceratione in aqua non eluendum rubescabant, et molas ex utero exclusas referebant; aeger quoque posthac de dolore interno, ac si intestina vulnerata et excoriata essent, conquestus est. Non obstante hac copiosa evacuatione, aeger nullum levamen sensit, mansit dolor fixus, in regione orificii ventriculi sinistri, a scrobiculo cordis transversim dorsum versus pertingens, cum deglutitione molestissima, ac si cuneus, in orificio haerens, transitum omnem ad ventriculum intercluderet. Periculum enim fecit, utrum micam panis saccharati, vino malvatico imbuti, deglutire posset, at frustra; adhibito enim omni conatu, eandem per os regicere coactus est. Continuata inde et aucta in dies deglutiendi difficultate, tandem persuasionibus Domini Praesidis commotus, permisit aeger, ut chirurgus spongiam oleo imbutam, et stylo flexili ex pima balenae facto alligatam, per fauces et oesophagum ad ventriculum usque detruderet, ut si forte quidpiam in orificio ejus sinistro adesset, illud hoc ipso forte remove, aut abscessum ibi latentem rumpere posset. Obstitit maxime obex in orificio haerens, quam ob rem in ventriculum ipsum primum instrumentum adigere non potuit. Facto tamen iterum periculo, cum dolore quodam, in ventriculum penetravit; sed extracto stylo, spongiae guttula sanguinis adhaerere observata est. Quoniam tamen statim post extractionem spongiae, sat magnum vitrum cerevisiae plenum, sine molestia exhaurire potuit, spes haud levis affulsit, fore ut hac ratione, impedimento remoto, deglutitio facilius redderetur. Sed non diu duravit gaudium. Rediit enim mox summa deglutiendi difficultas, ad vitae usque finem perdurans. Post paucos enim dies, fractis penitus viribus, et accedentibus deliriis interruptis, refrigerationibus extremorum, aliisque symptomatibus, peractis in misero hoc statu tribus, et quod excurrit, mensibus, aeger tandem exspiravit. In corpore aperto, nulla quidem in oesophago prope orificium ventriculi insignis excrescentia aut caruncula; angustia tamen, et rugositas ab intumescenscentibus membranarum interioribus, transitum ad ventriculum difficilem reddens, apparuit. Sed eo ipso in loco sugillatio notabilis, seu macula livida coerulea visa est, unde haud dubie caruncula prima, vomitu edita, abrupta fuit. De hoc quo minus dubitemus, confirmat eadem constitutio in intestino ileo, in loco haud procul a jejunio distante, ubi pariter contractio atque rugositas praeternaturalis, et circa eam macula talis caeruleo-livida observata fuit,

unde carunculae plures, cum sanguine copioso per alvum evacuatae, avulsae haud dubie fuerunt. Praeter haec in alimentorum canali, exceptis aliquot lumbricis, ut et in reliquis abdominis visceribus, nihil praeternaturalis observare licuit.

2. Juvenis quatuordecim annorum, ante aliquot annos, subitaneo terrore adeo percussus fuit, ut per aliquot momenta temporis aperto ore ne verbum quidem proferre posset. Ab isto tempore sensim difficulter respirare coepit, ob strangulationem faucium, cum continuo ad tussendum stimulo. Inspectis faucibus nullus in iis tumor apparuit, neque exterius collum intumuit, sed a latere pomi Adami in collo, inter tussendum, ex profundis elevabatur tuberculum durum, nucis moschatae magnitudine, ut non tantum tactu, sed etiam visu, perciperetur. Aeger hoc loco inter respirandum et deglutendum, epistomium quasi aperiri, et mox claudi, sentire sibi visus est. Duravit hoc malum per duos, et quod excurrit, annos, et hyeme in primis molestius fuit, sensimque ita crevit, ut eundem tandem, ob respirationem difficillimam, atque deglutitionem simul impeditam, lecto alligaret. Varia, ad obstaculum, ibi haerens, amovendum, adhibita fuere remedia, non tantum gargarismata, quia ob metum suffocationis idem injectiones liquorum mediante syringa ferre non potuit, sed etiam linctus cum gummi ammoniaco, et interne expectorantia validiora, tandemque etiam vomitorium, quibus tamen omnibus nihil effici visum est. Aeger enim, quia nihil nisi liquida deglutire potuit, et quia elapsis quatuordecim diebus collum exterius in eo latere intumuit, de suffocatione imminente parentes solliciti esse coeperunt. At bono omnino tumorem externum enatum, durumque hoc ipso nodum latentem solutum fuisse, eventus docuit. Tumore enim isto, in collo per resolutia, post quatuor septimanas discusso, respiratio cum deglutitione sensim faciliior facta est, aegerque convaluit, nullo vestigio tuberculi, in collo antea latentis, relicto.

Macquart¹⁾ 1763.

Ein Abscess unbekannten Ursprungs, irgend wo im Bereich des Oesophagus belegen, von den späteren Autoren ohne Grund zu den Tumoren des Oesophagus gerechnet.

Dallas-Monro²⁾ 1763. Fig. IV.

Of Polypi of the Gullet.

A very remarkable case of this kind is preserved in the Museum of Edinburgh, of which the following is the history.

1) Histoire de la Société Royale de la Médecine. Année 1776. Avec les Mémoires de Médecine & de Physique médicale pour la même Année, Paris 1779, pag. 280/81.

2) Monro. The Morbid Anatomy of the human gullet, stomach and intestines. Edinburgh 1811. S. 186. Die Abbildg. ist entnommen: Monro disputatio med. inaugural. de Dysphagia. Edinburgh MDCCXCVII, Tab. XII. Beschreibung und Abbildung des Falles finden sich auch: Essays and Observations physical and literary. Read before the Philosophical Society. Vol. III. Edinburgh. John Balfour 1771. Hier ist aber Dallas der Autor.

James Davidson, aged 68, was admitted into the Royal Infirmary, April 9, 1763, for the cure of a polypus in his throat.

Upon examining his throat, there was nothing preternatural perceived, but on giving him a vomit, or irritating the fauces, so as to make him retch, a large fleshy excrescence was thrown up into his mouth, as far as to his fore teeth, consisting of four different fangs, joined together by one common root. These were of a pretty firm fleshy texture, possessed of a good degree of elasticity. He could hardly allow them to remain half a minute in his mouth, as they shut up the larynx, and thereby entirely stopt his breathing.

This polypus had, for several years, prevented him from swallowing any thing without much difficulty; neither could he breathe so freely, nor speak so distinctly as usual; it likewise occasioned a cough, which frequently forced the polypus into his mouth.

On the 15th of May last, while Mr. Dallas attended the Infirmary, the result of a consultation was, that bronchotomy should be performed, that he might breathe by the opening made in the trachea, till such time as I should get a noose cast on the polypus. This method of cure, suggested by Dr. Monro junior, was the most rational; for the extracting of it would have been improper, because the hæmorrhage could not have been stopped, besides the danger there was of pulling away the inner coat of the oesophagus. „By means of a ligature passed trough a hollow ring, to which a long stalk was connected, a large part of the tumour was removed, which was discharged by stool.“ The sequel of the case was published by my Father.

The patient died in the Royal Infirmary, in April 1765, to which he had returned, a few weeks before that, very feeble and emaciated; as for several months past he had not been able to swallow any solid food, and even swallowed fluids with much difficulty.

The polypus had not, however, been seen by the surgeons who had examined his throat.

On dissecting his body, the oesophagus was found to be greatly dilated by a very large fleshy excrescence or polypus, which grew out from its fore part, by a single root, about three inches lower than the glottis, but was split at its under part into several lobes, the largest and longest of which reached down to the upper orifice of the stomach.

On viewing this figure (alluding to the figure in the Physical and Literary Essays, Vol. III) it is evident, that when, by the effort of vomiting, the polypus appeared in his mouth, its parts must have been inverted, or that the lobe which was longest, and generally undermost, had been thrown up into the mouth. And, as a certain proof that such inversion had actually happened, a cicatrice could be distinctly observed at the under end of the longest lobe, from which the four branches or fangs

mentioned by Mr. Dallas had been cut off, by the ligature he had applied.

It is probable that the increase of the polypus, during the two last years of the patient's life, had prevented its inversion and appearance in the mouth, and, at the same time, added much to the difficulty of swallowing.

De Graef¹⁾ 1764.

Un homme menant une vie sédentaire, fort adonné au vin et à la pipe, ayant eu de nombreuses inflammations de la gorge et des amygdales, éprouvait depuis plusieurs années quelque difficulté dans la déglutition; les alimens, avant d'arriver dans l'estomac, étaient arrêtés pendant quelque temps. Cette dysphagie, tour-à-tour attribuée au spasme et à l'inflammation de l'oesophage, revint plus souvent vers l'âge de cinquante ans, et augmenta à un point que les alimens étaient rejetés après un court séjour dans ce conduit. Lorsque ce rejet n'avait pas lieu, l'accumulation des alimens faisait augmenter les angoisses du malade et faisait craindre la suffocation. Une médication variée, tour-à-tour antispasmodique et émolliente, ne procura aucun soulagement, et le malade succomba dans le marasme.

Autopsie. On trouva près le cardia, et naissant de la membrane interne de l'oesophage, une tumeur blanchâtre, dure, de la largeur et de la grosseur du pouce.

Cette tumeur avait la forme d'un cône dont la sommet était dirigé vers le cardia: elle bouchait entièrement l'oesophage. Tous les autres organes étaient sains.

Schneider²⁾ 1784.

Eine Frau allhier auf dem Lande, ihres Alters 52 Jahr, welche seit 16 Jahren im Wittbenstande lebte, einer hageren und übrigen dem Ansehen nach gesunden Leibesbeschaffenheit war, klagte seit einiger Zeit über ein beschwerliches Schlucken, besonders bei dem Genuss grober und trockener Speisen. Nachdem dieser Umstand in der folgenden Zeit gar merklich zunahm; so fragte sie mich diesfalls im Jännermonat des vorigen Jahrs um Rath. Sie war damals nicht im Stand trockene und harte Speisen zu sich zu nehmen, indem sie bei dem Hinabschlucken derselben, einen solchen Widerstand empfand, der ihr überaus schmerzhaft war, einen Husten und Würgen erregte, dass sie dergleichen zu sich genommene Speisen wieder von sich geben musste, sich daher genöthigt fand, nur flüssige Speisen zu ihrer Nahrung zu wählen, und auch von diesen konnte sie jedesmal nur wenig zu sich nehmen.

1) Disputatio illustrans historiam de callosa excrecentia oesophagum obstruente. Altorffii 1764 nach M o n d i è r e Arch. gén. de méd. II. sér. t. III. 1833.

2) Chirurgische Geschichte mit theoretischen und practischen Anmerkungen entworfen. X. Theil. Chemnitz 1784 pag. 111 ff.

Nach Erkundigung der vorhergegangenen Umstände, konnte mir diese Frau selbst so wohl, als auch ihre Anverwandte im Hause keine andere Ursache dieses so beschwerlichen Schluckens angeben, als eine, vor diesem zuerst bemerkten Zufall, einige Monate vorher gehabte Geschwulst und Entzündung im Halse. Eine Krankheit, welche unter dem Namen: Bräune bekannt ist. Es versichert die Frau, dass die damalige Krankheit heftig gewesen, und ihr die Gefahr zu ersticken gedroht, dessen ohnerachtet aber habe sie weder einen Arzt noch Wundarzt diesfalls um Rath gefragt, und daher nichts, als nur einige ihr angerathene Mittel darwider gebraucht. Ob sie sich schon nicht bewusst war, einen fremden Körper eingeschluckt zu haben; so bildete sie sich doch ein, dass ein solcher daselbst zugegen sein müsste, den sie mit andern Speisen vielleicht hineingeschluckt habe, und der ihr den empfindlichsten Schmerz und Widerstand beim Hinabschlucken der Speisen verursachte. Man sah äusserlich unter dem obern Theil der Luftröhre, welchen der Uebersetzer des Winslow den Luftröhrenkopf (Larynx) nennt, zu beiden Seiten eine etwas merkliche Anschwellung, welche weich anzufühlen war. Ich brachte eine, zu Herausbringung oder Hinabstossen deren in den Schlund gekommenen fremden Körper, von Fischbein verfertigte lange und hinlänglich starke Sonde, an dessen Ende etwas Schwamm befestigt ist, nachdem dieser in Oel eingetaucht war, in den Schlund, fand aber innerlich in der Gegend, wo die äusserliche Anschwellung beschriebener Massen zu sehen war, einen solchen Widerstand, dass ich ohne heftig zu verursachende Schmerzen, mit dieser Sonde weiter hinab zu kommen nicht im Stande war. Diese Hinderniss fand ich auch ferner bei denen zu einigenmalen wiederholten Versuchen. Bei Herausziehung dieser Sonde war der an dieselbe gebundene Schwamm allezeit blutig. Die Frau klagte dabei über heftig empfindenden Schmerz, weswegen ich mich genöthigt sah, von einem mehr wiederholten Versuche abzustehen, indem ich solche auch überdies eben so fruchtlos, als die bisherigen achtete, und eine daher zu entstehende Entzündung, wie auch andere Zufälle zu befürchten hatte. Ich verordnete der Kranken äusserlich einen Breiumschlag, welcher aus Hollunderblüten, Schierlingskraut, Leinsamenmehl und Milch bestand; zum innerlichen Gebrauch öfters eine Tasse von einem Leinsamenaufguss warm, übrigens aber Milch und Wasser zum gewöhnlichen Getränk, und zuweilen einen halben Esslöffel von frischem Mandeloel zu nehmen.

Dieser Mittel bediente sich die Kranke einige Monate, aber ohne dem gewünschten Erfolg, es nahm vielmehr das so beschwerliche Schlucken mehr zu: Ja, die Kranke konnte in der folgenden Zeit nur wenig flüssige und schlüpfrige Nahrungsmittel, Hafergrütz- und Graupenschleim, mit grosser und immer mehr zunehmender Beschwerlichkeit zu sich nehmen, sogar empfand solche, bei Hinabschluckung des ihr angerathenen Getränkes, eine drückende und pressende Empfindung, und wenn sie dessen

auf einmal mehr, als einen halben Esslöffel zu sich nahm, war sie nicht im Stande, solches hinunter zu schlucken, sondern gab dasselbe so gleich wieder von sich. Es fand sich auch, ausser dieser Zeit, zuweilen ein Würgen und Neigung zum Brechen ein. Bei also zunehmender Gefahr suchte die Kranke anderweitige Hülfe aber ebenso vergebens, als bisher.

Als ich nach einigen Monaten zu dieser Kranken wieder gerufen wurde; fand ich sie an ihrem Körper ganz ausgezehrt und so entkräftet, dass sie nicht mehr im Stande war, sich ausser dem Bette aufzuhalten. Dieser so äusserst klägliche Zustand, in welchem sie sich befand, forderte einen jeden, der sie sah, zum grössten Mitleiden auf. Sie beklagte sich über einen vor beständig empfindenden Hunger, und war doch ausser allem Stand, denselben nur einigermaßen zu stillen. Die äusserliche Anschwellung in der beschriebenen Gegend am Halse schien, während der Zeit, als ich diese Kranke nicht gesehen, etwas merklich, und besonders linkerseits zugenommen zu haben. Dieses grössere Ansehen derselben verursachte aber auch wohl einigermaßen die so merkliche Abnahme des Körpers. Alle Mittel wurden, gleichwie seither, also auch ferner ganz vergebens angewendet, die Gefahr nahm vielmehr in kurzer Zeit merklicher zu, die Kranke konnte von denen bisher annoch, ob schon nur ganz wenig, zu sich genommenen Nahrungsmitteln nichts mehr, und nur zuweilen ein wenig Wasser hinabschlucken. Der Puls war niemals geschwinde, aber klein und gespannt, und bei also mehr zunehmender Gefahr, zuweilen intermittirend. In diesem hier beschriebenen Zustande verordnete ich der Kranken täglich 2 bis 3 nährende Klystiere von Fleischbrühen zu geben. Es verblieb diese Kranke in so betrübten Umständen bis zu Ende des Wintermonats vorigen Jahres, da sie ihren Geist aufgab. Indem die Gefahr also zunahm, dass ich nichts gewisser, als das bald zu erfolgende Lebensende dieser Kranken vermuthen konnte; ersuchte ich ihre Anverwandten, dass sie, nach erfolgtem Tode, mir gestatten möchten, den leidenden Theil, nach seiner innern Beschaffenheit, gehörig zu untersuchen, und die Ursache dieser Krankheit näher und gründlich zu entdecken. Ich erhielt auch damals die Versicherung von ihnen, mir sogleich nach erfolgtem Tode diesfalls Nachricht zu geben, und meinem Verlangen nicht entgegen sein zu wollen, jedoch unter der Bedingung: diese Untersuchung ganz allein und ohne Beisein eines oder mehrerer andern zu verrichten.

Nach erhaltener Nachricht, dass diese Kranke abends vorher gestorben sei, verfügte ich mich dahin, und untersuchte, im Gegenwart einiger Anverwandten, diesen so merkwürdigen Zustand genau:

Nachdem ich, nach einem vorwärts am Halse gemachten Kreuzschnitt, die äusserlichen Bedeckungen sowohl, als auch übrigen die allda befindlichen Muskeln dergestalt abgesondert hatte, dass die Luftröhre von dem oberen Theil bis herunter an das

Brustbein, und ebenso auch der Schlund, nach der Länge sowohl, als auch zu beiden Seiten von demselben ganz entblösst waren; so sonderte ich die Luftröhre mit ihrem Kopf gänzlich, bis herunter an das Brustbein von dem Schlunde ab, schnitt diese, nach der Länge auf, fand aber sowohl innerlich, als äusserlich nichts widernatürliches an derselben. Ich untersuchte nunmehr den Schlund, als den Ort der Krankheit, an welchem ich äusserlich unter dem obern Theil, den der Uebersetzer des Winslow: den Schlundkopf (Pharynx) nennt, eine, dem äusserlichen Ansehen nach, beträchtliche Anschwellung des Schlundes, welche die Grösse und Gestalt eines Hühnereies hatte. Nachdem ich, ausser diesem, äusserlich weiter nichts widernatürliches an den obern übrigen Theilen des Schlundes fand; schnitt ich denselben von oben bis unterwärts auf, und fand innerlich, in der Gegend der so widernatürlichen Dicke desselben, drei polypöse Gewächse. Zwei derselben hingen mit einer dünnen, aber etwas breiten Wurzel an der innern Haut des Schlundes; eines derselben war sowohl nach seiner Länge, als Stärke vorzüglich gross, indem solches ein und einen halben Zoll lang, und in den mittlern, als an dem stärksten Theil im Durchschnitt drei viertel Zoll war; mit seiner etwas breiten und dünnen Wurzel hing es linkerseits an der innern Haut des Schlundes, nahe unter dem Schlundkopf, und hatte von da nach unterwärts eine senkrechte, jedoch etwas schiefe Lage, so dass dessen Ende die entgegengesetzte Seite in dieser Lage berührte.

Das zweite dieser sehr ansehnlichen Gewächse befand sich in eben dieser Gegend des Schlundes, und hing ebenfalls nahe unter dem Schlundkopf rechterseits, mit zwei etwas platten und schmalen Wurzeln, an der innern Haut des Schlundes, nach unterwärts in einer senkrechten Lage. Seine Länge betrug 1 Zoll, die Stärke desselben aber war dem vorigen gleich. — Diese zwei Gewächse waren an Farbe dunkelroth, und ihrer wesentlichen Beschaffenheit nach, einem schwammigen Fleische ähnlich, dessen Wurzeln aber waren, ihrem Wesen nach, etwas fester, und hatten eine weissliche Farbe. Beide diese Gewächse füllten den allda erweiterten Schlund, und den also grössern Raum desselben ganz aus, die Häute des Schlundes waren in dieser Gegend, ihrer wesentlichen Beschaffenheit nach, etwas, und zwar merklich, stärker, als in den übrigen Gegenden des Schlundes.

Unter diesen zwei Gewächsen war noch ein drittes zugegen, nach seiner wesentlichen Beschaffenheit und Grösse aber von jenem merklich unterschieden. Dessen Länge betrug drei viertel Zoll, und die Stärke, welche durchaus egal war, einen halben Zoll. Die äusserliche Farbe war mehr weiss als roth, und das innere Wesen desselben, nicht schwammig, sondern mehr feste und fleischig, mithin denen bekannten Fleischgewächsen (Sarcoma) ganz ähnlich. Es befand sich solches mit einem breiten Grunde hinterwärts an der inneren Haut des Schlundes. Uebrigens habe ich anderweitig in dem Schlunde, den ich, bis zu dem Eingang

in den Magen, so wohl innerlich als äusserlich genau untersuchte, wie auch an den Eingeweiden der Brust und des Unterleibes nichts widernatürliches wahrgenommen.

Tarauget¹⁾ 1786.

Der lange, unter Anderm neun Beobachtungen über Schluckbeschwerden enthaltende Aufsatz hat nur einen Fall von Oesophaguspolypen resp. — myom.

VL. Un jeune homme de 25 ans porte un mal de gorge depuis trois ans. Il y a deux ans qu'il a craché, le matin, en s'éveillant, un corps de forme elliptique, de la grosseur d'un oeuf de serin, & d'une consistance très-ferme. Après cette espèce d'expectoration, il s'est trouvé parfaitement bien. Pendant trois mois, il s'est cru guéri; mais depuis il sent les mêmes obstacles, il éprouve les mêmes douleurs, & à la même place. La deglutition est très-difficile. — En examinant ce jeune homme attentivement, je l'ai soupçonné de cacher un germe d'écruelles. Jamais cependant il n'en a rien aperçu: ses parens sont très-sains; mais il a les lèvres grosses, les chairs pâles & molles, les yeux larmoyans, le bord des paupières rouge.

Voisin²⁾ 1790.

Polyp, welcher von den hinteren Nasengängen durch das gespaltene Gaumensegel und den harten Gaumen in den Mund ging, eine Fortsetzung bis in die Speiseröhre entsendend — also wohl Epignathus, nicht Speiseröhrenpolyp.

Monro jun.³⁾ 1797. Fig. 3.

Haec tabula duos tumores, ex oesophago natos exhibet; oesophagus praetera est morbosus.

A. Epiglottidem — B. Partem pharyngis posteriorem — C. Oesophagum — DD. Oesophagi partem induratum et angustatum — E & F. Tumores ex oesophagi membrana intima natos — J et K. Oesophagi tunicam intimam morbosam, parte tunicae intimae oesophagi pure exsã — M. Aortam descendentem.

Genauere Beschreibung der Geschwülste fehlt leider.

Vimont⁴⁾ 1806, nach Gerdy und Follin.

Gerdy. Madame Lescane se plaignait, depuis seize mois, d'une gêne douloureuse en avalant, qui augmentait par les temps froids. Cette dame atteinte, en janvier 1806, d'un catarrhe, qui

1) Journal de médecine, chirurgie, pharmacie & c. t. Tome 68. Paris 1786. pag. 250-57.

2) Journal de médecine, chirurgie et pharmacie. T. 91. Paris 1792. pag. 421-27.

3) Disputatio medica inauguralis de Dysphagia. Edinbourg MDCCXCVII. Tabula VII.

4) Annales de la société de médecine pratique de Montpellier VIII. 1806. S. 73, nach Gerdy. Des polypes. Paris 1833. S. 14, und Follin, Rétrécissements de l'oesophage. 1853. S. 44.

suscitait des vomissemens, rendit une tumeur charnue, vasculaire, molle, inégalement épaisse à bords déchiquetés. La face par laquelle cette tumeur charnue adhérait à la paroi postérieure du larynx et antérieure d'oesophage, offrait plusieurs prolongemens filamenteux; enfin elle avait beaucoup d'analogie avec un polype spongieux.

Depuis cet événement heureux, cette dame s'est parfaitement rétablie.

Follin. Le tumeur s'enfonçait dans l'oesophage d' à peu près 4 pouces, diminuant de volume transversalement à mesure qu'il s'éloignait de son origine, et finissant par se perdre dans le replis de l'oesophage, qui dans cet endroit, était rugueux et tellement rétréci qu'il pouvait à peine admettre le bout du petit doigt. Le corps polypeux était intérieurement composé d'une substance d'un blanc mat, granuleuse, résistant au scalpel, inégalement découpé vers sa face libre.

Baillie¹⁾ 1815.

Eigenthümliche Verengerung des Oesophagus; durch sehr sonderbare Faltungen der Schleimhaut, welche an diesem Punkt einen engen Canal vorstellt, zu Stande gekommen. Keine Strukturveränderung der Schleimhaut, Muskelfasern ganz gesund. Sehr langsames Fortschreiten; mehrere Jahre Schlingbeschwerden — nur wenig umfängliche Sachen konnten geschluckt werden. Mondière, 1833, beschreibt den Fall ganz anders.

Ryland²⁾.

Keine Beschreibung. Auf der Abbildung kleinwallnussgrosser Tumor, an der vorderen Wand der Oesophagusschleimhaut dicht unter den Giessbecken sitzend; rund, an der Oberfläche mässig gelappt, auf dem Durchschnitt segmentirt und wie Fibrom oder Myom sich ausnehmend.

Portal³⁾.

Oesoph. durch ein Steatom ganz verschlossen. Der Kranke hatte mehrere Monate sehr schwer und zuletzt gar nicht mehr geschluckt. Zuletzt ernährte man ihn mit Klystieren.

Thomson⁴⁾.

Betrifft einen Mann mit einer Geschwulst am unteren Ende der Speiseröhre, welche heftige Schlingbeschwerden verursachte.

1) Anat. pathol. übersetzt v. Guérbois. Paris 1815. S. 81.

2) Albers Atlas der pathologischen Anatomie. Bonn 1847. Taf. VII, u. Erläuterungen z. d. Atlas. 2. Bd. Texterkl. S. 4.

3) Cours d'anatomie méd. t. IV. S. 539, und Mém. sur plusieurs maladies. 1808 nach Albers Erltg. z. d. Atlas, S. 255. Hier von Albers als Quellen für Oes. polyp. noch angeführt: Fehr. Eph. N. C. Dec. II ann. VIII obs. 96 u. Wiedemann, Act. phys. med. N. C. vol. VI. obs. 149.

4) Auserl. Abhdlg. Bd. III S. 9, nach Albers l. c. S. 255.

Die Geschwulst füllte zwei Drittel des Canales aus und war steatomatös.

Charles Bell¹⁾ 1816. Fig. 5.

(Fungous Tumors of the Oesophagus, Fatal. The following case refers to the preparation XIII. 2 M. 12. of my collection; I owe it to the kindness of Mr. Hamerton, apothecary of St. George's Hospital. Every one who visits Windmill Street must see how much I am indebted to the liberality of the surgeons of that Hospital. This case bears on the subject we are considering exactly in that degree, which makes it interesting, so like in symptoms to the cases of stricture, yet so different in reality.)

John Terry, aged 70 years, was admitted into the hospital on the 22 d of November, 1815. He was unable to swallow either solids or fluids, and pointed to the cricoid cartilage as the part where the food stopped, and he complained of an uneasiness about his stomach, and suffered much from hunger. His tongue was foul, and his bowels constipated. He slept well, notwithstanding great weakness.

He said that he had been in health till within two months of his coming into the hospital. On a sudden, he found great difficulty in swallowing, and this without any previous pain or difficulty. This obstruction continued for three weeks, and only some days he could swallow thin gruel or beef tea. After this period he was enabled to take his food, and this power of swallowing returned as suddenly as the inability had come upon him. About ten days ago the difficulty of swallowing returned, and now he is again equally incapable of swallowing either solid or liquid food. He never felt pain in the throat. His suffering has been more from hunger than thirst; yet, of late, the craving has diminished.

At present what he attempts to swallow is returned by vomiting, after remaining in the throat a few seconds. He expectorates a white phlegm, which he complains is of a bitter taste. He has also within these few last days a pain and weight at the scrobiculus cordis.

An oesophagus bougie of a common size has been passed into the stomach, without any obstruction being felt.

About three weeks after his reception into the Hospital, he could swallow liquids without much difficulty; but he continued, notwithstanding, to sink until the 31st of January, when he died. Before his death, a large abscess had formed under the left arm, which contained a pint of pus.

Upon examining the body, the lungs were found generally

1) Surgical observations being a quarterly report of cases in surgery. London 1816. S. 77.

adhering, but were otherwise sound. The heart was natural. Chalky matter was found within the coats of the aorta. The oesophagus was observed to be distended just where it entered the posterior mediastinum. It was of three times the natural size, and of a dark purplish hue. On opening it, a large irregular tumor presented, soft spongy and pendulous, from the inner coats of the tube.

The viscera of the abdomen were natural, with the exception of an appearance of inflammation on the peritoneum of the liver.

Lippich¹⁾ 1823.

Handelsmann in Laibach, 1823 von L. mit allen Zeichen einer Verengung des Oesophagus in Höhe des dritten und vierten Rückenwirbels behandelt (dunkel von Pat. bereits vor 2 Jahren bemerkt), bekommt nach Druck und Auftreibung der Magen-gegend in der Nacht vom 11—12 März Erbrechen einiger 3 schwarzen Blutes, Vorläufer einer sehr grossen Menge fadenziehenden, durchsichtigen Schleimes. „In dem theilweis klumpig gewordenen Blut fand ich einen bräunlichen, glatten, festweichen Körper von der Grösse eines Mandelkerns und von einer konischen, hornartig gekrümmten Form, dessen vier Linien im Durchmesser haltende Grundfläche ein ungleiches, zerrissenes, blutgetränktes Ansehen hatte und dessen anderes Ende in eine glatte, gebogene, abgestumpfte Spitze ausging. Beim ersten Anblick schien es mir, dass derselbe eine häutige Hülle, faserig zelliges Gefüge und Spuren von Gefässbildung habe; da aber mein Fund, während ich mit dem Kranken beschäftigt war, nebst den übrigen Auswurfstoffen weggeworfen worden war, wage ich nichts Weiteres hierüber zu bestimmen, als dass ich denselben für einen polypösen Auswuchs hielt und noch dafür halte.“ In den nächsten Tagen wirft Kranker 20 $\mathfrak{z}$ aus, während das Schlingen wieder unbehindert, freilich unter Schmerzen vor sich geht. Und schon glaubte L. Alles besser, als Heiserkeit und Zeichen der Luftröhrenschwindsucht sich einstellten. Tod 8 April Nachts an starker Blutung. — Section. Allgemeine Blutleere. „In der Speiseröhre fing 4 Zoll von der Cardia eine geschwürige Fläche an, welche an der vorderen Wand in der Breite eines $\frac{1}{2}$ Zolles sich $2\frac{1}{2}$ Zoll hinauf erstreckte und in ihrer Mitte, die der Gegend der Bifurcation der Bronchienhauptäste entsprach, eine rundliche, 4 Linien weite, mit der Luftröhre communicirende Oeffnung bildete, an deren Seitenrändern die Endigungen der beiden letzten knorpeligen Halbringe der Luftröhrenäste sägeförmig in die Speiseröhre hineinragten. Vergleicht man mit dem Durchmesser dieser Oeffnung den der Grundfläche jenes durch

1) Medic. Jahrb. des K. K. oesterreichischen Staates, 26. Bd. oder neueste Folge, XVII. Bd. Wien 1838. S. 199.

Erbrechen entleerten Polypen und das Vorhergehende, so kann man sich kaum der Idee enthalten, dass derselbe hier festgesessen haben müsse. Eine ähnliche Geschwürsfläche, jedoch vom geringeren Umfange, war auch an der hinteren Wand der Trachea und der beiden Bronchienäste im Umkreise der Communicationsöffnung vorhanden. Beide Geschwürsflächen umgab eine von Gefässinjection herrührende Röthe, die in der Speiseröhre dunkler erschien. Der Magen und der Zwölffingerdarm waren unförmlich ausgedehnt und enthielten bei 10 Z zum Theil gestockten Blutes, welches durch die Wände durchschimmert. Die Quelle dieser Blutung konnte keine andere sein, als eine angefressene art. oesophagea, wo nicht beide zur Seite des Oesophagus in dieser Gegend verlaufenden Gefässe. Uebrigens fand sich an den Unterleibseingeweiden nichts bemerklich Abnormes“.

Mondière ¹⁾ 1833.

Notes sur quelques maladies de l'oesophage. Enthält nichts Originales.

Albers ²⁾.

Von hinten geöffneter Oesophagus, in welchem mehrere sogenannte steatomatöse Geschwülste sichtbar sind. Dieselben nehmen die Höhe von etwa 8 Ctm. ein, gehören der vorderen und den seitlichen Wänden der Speiseröhre an, bestehen aus 5–7 zum Theil undeutlich von einander getrennten Segmenten und begrenzen den relat. weiten Eingang eines nach vorn links gelegenen, etwa pflaumengrossen Divertikels. Leider begleitet die Abbildung ein ausführlicher Text nicht.

Meckel ³⁾.

Lipom von Haselnussgrösse im oberen Theile der Speiseröhre, zwischen Schleim- und Muskelhaut, im Zellgewebe wurzelnd; aus Meckel's Museum; geschwulstförmig gegen den Canal sich vordrängend. Soll heftige Schlingbeschwerden verursacht haben.

Rokitansky ⁴⁾ 1840.

Im Februar 1843 kam Frank Mathias, ein Tagelöhner, 48 Jahre alt, von ziemlich kräftigem Körperbaue, in das allgemeine Krankenhaus. Seiner Aussage nach hatte er vor einigen Jahren an einem Wechselfieber gelitten, und war hierauf wassersüchtig geworden. Seitdem entwickelte sich alljährlich, unter

1) Archives générales de médecine. II. Série. Tom. III, 1833, S. 53–55.

2) Atlas Taf. XXII Fig. 3. Erltg. II. S. 20 Tafelerklär. Kein Text.

3) Albers Erltg. II. S. 255; Tafelerklg. S. 19. Atlas. Taf. 21 Fig. 3 und 4.

4) Medicin. Jahrbücher des K. K. oesterreichischen Staates. XXX Bd. N. F. XXI Bd. 1840 S. 225. — Derselbe Fall kürzer bei Sch u h. Pathol. u. Ther. der Pseudoplasmen S. 110.

unbeträchtlichen fieberhaften Erscheinungen eine Hydroa, was zum letzten Male vor zwei Monaten statt hatte. Als der Ausschlag diesmal abheilte, will er zum ersten Male Schmerz im Rachen mit Schlingbeschwerde wahrgenommen haben, welcher sich später in die Rückengegend herabzog, und zu dem sich Husten und Fieberbewegungen gesellten. Im Krankenhause waren ein besonders zur Nachtzeit quälender Husten mit wässerig-schäumigem Auswurfe, der im Monat März, auf die Dauer des Verlaufes einer Gesichtsröthe, verschwunden war, sodann Cachexie, Beklommenheit, Herzklopfen, Infiltration des subcutanen Zellgewebes, besonders des Gesichtes und der oberen Gliedmassen, Stuhlverstopfung, die vorzüglichsten Erscheinungen. Die ob bemerkte Schlingbeschwerde schien alsbald verschwunden, denn der Kranke gab sie anfangs auf Befragen als unbedeutend an, und gedachte endlich derselben gar nicht mehr, hatte fortan guten Appetit, bis erst am 19. Mai Verdauungsbeschwerde eintrat. Seitdem nahm unter wiederholten Fieberschauern die Wassersucht rascher zu und am 27. Mai starb der Kranke.

Leichenöffnung.

Aeussere Besichtigung. Der Körper gross, infiltrirt, der Unterleib ausgedehnt, schwappend.

Brusthöhle. Die rechte Lunge am oberen narbigen Ende zellig angeheftet, die linke frei; die Substanz beider welk, mit wässerigem Blute versehen, gegen die Basis der unteren Lappen milzähnlich dicht, zusammengedrückt. In den Bronchial-Kanälen gelblichweisser Schleim. In der linken Brusthöhle zwei, in der rechten ein Pfund, im Herzbeutel zwei Unzen blass-gelblicher Serosität. Das Herz in seiner Substanz gelbbraun, zähe; in den Herzhöhlen und den grossen Gefässen eine geringe Menge geronnenen und flüssigen Blutes.

Bauchhöhle. Im Bauchfellsacke bei 10 Pfund graulich-gelber, flockiger Serosität angesammelt. Die Leber gross, dick geformt, gelblich-braun, dicht, derb und brüchig, blutleer; in ihrer Blase gelbe, zähflüssige Galle. Die Milz geschrumpft, rostfarben, von zahlreichen zerstreuten hirse- und hanfkorngrossen Knochenconcrementen durchsät; das Pankreas derb.

Der Magen mässig ausgedehnt, enthielt, nebst Gas, eine graulichweisse, schleimige Flüssigkeit; seine Schleimhaut sehr verdickt, mit einem gallertähnlichen grauen Schleime überkleidet. Die Gedärme enthielten gallertähnlichen gelblichen Schleim, ihre Schleimhaut war erschlafft, schwärzlich-grau tingirt. Die Gekrösdrüsen eingewelkt. Die Nieren blass, derb, brüchig; in der Harnblase ein Pfund schmutziggelben Urins.

Untersuchung der Speiseröhre.

Die Speiseröhre war besonders gegen die Cardia hin von einer darin festsitzenden Masse ausgedehnt, welche man nach Eröffnung des Kanals als einen Polypen erkannte, der aus dem

Schlundkopfe herabhing, und bis in eine Entfernung von etwa $2\frac{1}{2}$ Zoll über der Cardia binabreichte. Er kam von der vorderen Wand des Pharynx, gleich unter dem hinteren Ende der Stimmritze mit einem plattrundlichen, 3—5“ dicken Stiele aus dem submucösen Zellgewebe, zog, indem sich dieser Stiel längs der rechten Seitenwand des Pharynx in der Strecke eines Zolles herabsenkte, die Schleimhaut in Form einer straffen Duplicatur an sich, und begab sich sofort frei, gehüllt in eine sehr verdünnte Schleimhaut, in den Kanal der Speiseröhre herab. Er war im Ganzen $7\frac{1}{2}$ “ lang, nahm von oben nach abwärts an Dicke immer mehr zu, so dass sein kolbiges, seicht gelapptes Ende $2\frac{1}{2}$ “ im Durchmesser betrug. Um seinen mittleren Theil war der Oesophagus fest zusammengeschnürt. Aeusserlich war er, besonders gegen sein freies Ende hin, blanroth, die ihn umhüllende Schleimhaut injicirt, von eitrig-lymphatischem Exsudate überkleidet, an seinem freien Ende in grossen Strecken abgestossen, seine Substanz gelbröthlich, sehr schlaff, elastisch weich, von faserig-zelligem Gefüge. Gleich über der Cardia zur Linken sass ein zwanzigerstückgrosses, auf die Fleischhaut eindringendes und auf dieser von einem graulichen Exsudate überkleidetes, von einem zackigen Schleimhautrande umgebenes Geschwür am Oesophagus.

Arrowsmith¹⁾ 1847. Fig. 7.

James Kelscy, act. 48, a ribbon-weaver, tall, spare, not intemperate nor previously unhealthy, applied to Dr. Phillips of this city, at the end of the first week in January last, on account of sore throat and difficulty of swallowing. On the 3rd of January, in consequence, as he supposed, of food disagreeing with him, he had vomited violently, and he observed to his family at the time, that he thought he had injured his throat by it. On inspection of the throat, no signs of disease could be discovered. He received some simple treatment, and returned to his employment in the course of about a fortnight. He continued at work for the space of three weeks, the complaint gradually returning and increasing, till at length the dysphagia became severe.

About the beginning of March he was interred as an outpatient at the Coventry Hospital, under my care. He had then much difficulty in swallowing, with frequent and, at times, severe cough (always excited by attempts to swallow, as well as occurring independently of them), very copious frothy expectoration, fever, but no dyspnoea. The tonsils, uvula and pharynx were healthy. In examining the throat every endeavour was used to bring the epiglottis into view, but in vain, the narrowness of the man's mouth contributing to the difficulty of the examination.

1) Medico-chirurgical Transactions II Series, Vol. 12 (30). London 1847 pag. 229—233. Fatal Case of Dysphagia; produced by a Polypous growth in the oesophagus.

The stroke-sound of the chest was everywhere moderately clear, the respiratory murmur uniformly feeble, but without râle. On applying the stethoscope over the front of the neck, the inspiratory sound was heard preternaturally loud and rough. At this time it was conjectured that some result or product of inflammation occupied the commencement of the oesophagus, and permitted the glottis to remain unclosed during deglutition.

In a few weeks the feverishness and cough (excepting when attempts were made to swallow) had very much subsided, but the dysphagia had progressively increased, till, at length, deglutition became nearly impossible, and the man was evidently sinking from inanition. The only position indeed in which he could at all swallow was, by lying decumbent and then throwing his head farther back. In this way some portion of fluid could be got down. Attempts were several times made to pass a tube into the oesophagus, but these uniformly failed. They were followed by some bloody excretion, and occasioned, at the moment, so much spasm of the glottis, as apparently to endanger suffocation.

As the efforts to swallow and to pass instruments into the oesophagus appeared to be mainly frustrated by spasm of the glottis, and impediments to inspiration, thereby induced, it occurred to me as not improbable that, if tracheotomy were performed, respiration might be carried on through a tube left in the trachea, with far less impediment, whilst more deliberate and persevering attempts to swallow and to pass instruments were made. Accordingly, on the 14th of April, the operation was performed, and with much skill, by Dr. Dewes, the resident medical officer of the hospital; the trachea tube was inserted and secured, and allowed to remain to the period of the patient's death.

Although the attempts to pass a tube into the oesophagus proved equally unavailing after the operation as before it, and were but little less irritating, the power of deglutition a good deal improved in two or three days, and for nearly a week afterwards he was able to swallow half a pint of milk at a time. Yet, from the period, of the operation, whenever he swallowed, even most successfully, some portion of the fluid always returned through the tube in the trachea, showing that the glottis was imperfectly closed. After the lapse of about a week the dysphagia again increased, and swallowing soon became quite impracticable, and death ensued purely from inanition. For eight or nine days preceding his death he never swallowed anything, yet he vomited, bitter yellow fluid occasionally, which passed upwards without unusual difficulty. Previous to the performance of tracheotomy and subsequently, nutritive enemata were regularly administered. The pangs of hunger were the chief source of suffering, and even these and on occasional cough were mitigated by sucking syrup of morphia. Death took place on the 14th of May, about fourteen weeks from the apparent commencement of the disease.

The post-mortem examination was made twenty-two hours

after death by Dr. Dewes, assisted by Dr. Phillips. The tongue, larynx, trachea and pharynx were removed in connection, and the cause of death became at once revealed. A polypous growth was discovered at the commencement of the oesophagus immediately behind the glottis. The tumour was lobulated, freely mobile, of a sub-livid colour and cellular texture, and about two inches in length at the periphery. In bulk it was somewhat larger than a walnut, and was attached to the mucous tissue by a short thinnish fibrous base, commencing about half an inch from the posterior commissure of the glottis, and extending for the same distance in a straight line in the axis of the oesophagus. This fibrous attachment extended laterally also about three quarters of an inch towards the right, in a direction between the hyoid bone and thyroid cartilage. The structure of the tumour was vascular and homogeneous.

This tumour formed on the one hand a mechanical obstacle to the perviousness of the oesophagus, and on the other, by passing under the epiglottis during attempts to swallow, prevented the closure of the glottis, and thus allowed fluids to pass into the trachea. Another smaller tumour of very white colour, about three quarters of an inch long, and attached by a broad base, was found nearly two inches lower down the oesophagus. The epiglottis, larynx and trachea were free from disease. The pleurae and lungs were every where sound, with the exception of a limited tubercular deposit, of granitic aspect, in the apex of the right lung. The further examination of the body was prohibited by the friends, some of whom were present during the inspection, but the morbid specimen was brought away.

The case now related differs from any other instance of polypus of the oesophagus which I have seen referred to, in the dysphagia being complicated with, and greatly increased by, the tendency of food to pass into the glottis, and thereby to induce distressing cough and to threaten asphyxia, a circumstance simply due to the peculiar position and from of the morbid growth.

Polypi in this situation must, therefore, be exceedingly rare; indeed polypi of the oesophagus are probably of less frequent occurrence than in any other of the open cavities of the body.

Lesueur¹).

Polypenähnliche Hypertrophie der Oesophagus Schleimhaut, mit temporärem Aufsteigen der polypösen Masse im Pharynx. Schluckbeschwerden stetig steigend.

Holt²) 1754. Fig. 8.

4. — Fatty pendulous Tumour of the Pharynx and Larynx. J. A., aet. 80, a robust man of active habit, was under the

1) *Rév. méd.-chirur.* VIII, S. 361 (1850?) nach Föllin. *Des rétrécissements de l'oesophage.* Paris 1853. S. 64.

2) *Transactions of the Pathological Society of London.* Vol. V. London 1854. pag. 123--125.

care of Messrs. Randolph and Rust, of Westminster, to whom Mr. Holt was indebted for the opportunity of exhibiting the specimen. About twelve years since, the patient's attention was directed to his throat, from on occasional, but then increasing, sensation of choking, of no material moment when he was calm, but becoming urgent upon excitement; this gradually became more frequent, he was aware of some swelling, or slight bulging, at the upper part of the throat. About four years prior to his decease, during the act of vomiting, a large mass became protruded, and to prevent immediate suffocation he was compelled to return it as speedily as possible. He was at all times better enabled to swallow solids than fluids, for as his powers of mastication were not good, he took the precaution of cutting his food into very small pieces. In swallowing fluids he occasionally experienced great difficulty and choking, but latterly, from taking everything very slowly, he was comparatively comfortable. His voice was husky, but occasionally distinct, more especially if perfectly calm; but when excited, it became gurgling and inarticulate. He died suddenly while smoking his pipe, and it is conjectured (there not being any person present), that the fumes of the tobacco produced sudden cough and displacement of the growth, by which immediate suffocation ensued. Upon a post-mortem examination the viscera generally were found in a healthy state, and there was nothing to account for immediate dissolution beyond the presence of the tumor and its attachments. Upon examining the pharynx a large, pendulous, fatty tumor was detected, filling the pharynx, and extending downwards towards the oesophagus to the extent of nine inches. It was attached by an envelope of mucous membrane and fibrous tissue to the left side, of the epiglottis, dragging it downwards and to the left side, so as entirely to prevent perfect closure of the larynx; it was also connected with the upper part of the pharynx; but, with these exceptions, it hung perfectly loose in the pharynx and oesophagus. Several fatty tumors of small size were noticed in the neighbourhood.

Mr. Holt remarket, the foregoing case was especially interesting: First, from its rarity and the large size of the tumor. Secondly, from the imperfect closure of the glottis, as a consequence of the altered position of the epiglottis, thus affording frequent opportunities for the introduction of foreign substances. Thirdly that it should not have produced some permanent dyspnoea, or alteration of the voice.

Mr. Holt, 7th. of Marsch, 1854.

Report on the preceding Case. — The pendulous masses (Plate VII.) consist of adipose tissue, which, in the larger mass, is arranged in layers, separated by fibrous membrane. The examination of the larger tumor under the microscope (using a low power-quarter of an inch) shows the interior portions to consist chiefly of fat, with an external investing layer of varying thick-

ness, situated immediately underneath the mucous membrane, and composed of fibrous tissue. In some parts of the larger swelling, where it had a yellow colour apparently underneath the investing mucous membrane, the fat tissue crossed out through the fibrous tissue to the surface. The tumors are only loosely connected to the submucous tissue.

The fibro-cellular investment is thicker in the largest and most pendulous mass, than in the small ones.

Mr. Fergusson and Mr. Partridge,
21 st. of March, 1854,

Middeldorpf') 1854.

Josephus Jaensch, ovium custos, anno MDCCCXI natus, pagum prope Vratislaviam sitam, cui nomen Polanowitz, habitabat. Quum undecimum agebat annum, cultro oculum sinistrum sibi excidit; deinde anno aetatis vicesimo sexto in campo Carlowitzensi, ubi militi globulos, quos Granaten vocant, jaculari solent, ejusmodi globulo disrupto parum cautus brachium sinistrum amisit, quod a cubito avulsum in claustro fratrum misericordum, ubi deltoidei insertio est, resecebatur. Ex illo tempore bona valetudine usus est, nec in edendo nec in bibendo modum excessit, ac praecipue cibis fervidis abstinnit. Vere anni MDCCCLI eo, quod in gramine dormivit, tam vehementem catarrhum sibi contraxit, ut per longum tempus surditate laboraret. Quae quidem paullatim cessit, sed remansit catarrhus pharyngis, qui mox molestias inter glutiendum ei parare coeperat, praecipue si panem siccum davorare volebat. Accessit pituitae excretio inter edendum, pressus in scrobiculo cordis et sub sterno, item dysphagia sensim sensimque crescens, dolorem quidem non efficiens, sed in quodlibet aegroti situ pariter vehemens et conjuncta cum ructu, qui auribus percipi poterat, cum dyspnoea et tussi. Difficultas glutiendi in dies crevit, vix cum summo labore bolus devorare potuit; multum bibere ac postremo tantummodo cibos fluidos edere coactus fuit. Semel inter vehementem tussim pituitam sanguinolentam evomuit. Mox post solemnia Christi natalia anni MDCCCLII, quum molestiae inter glutiendum ad summum pervenissent, permultum aquae bibit, qua ad vomendum concitatus maxima virium contentione corpus quoddam in os et inter dentes evomuit, quod omni ex parte ovis renibus simile fuisse dicit. Quodquum praeter glutiendi laborem etiam vehementissimam dyspnoeam ei afferet, consilio amici cujusdam id rursus devoravit, nunc autem medici auxilium appetivit. Aegrotus mihi per Weltzelium, chirurgum experientissimum, adductus est, colorem ravam summamque maciem praebuit, molestias inter glutiendum et alia, quae supra jam commemoravimus, questus est. Quum digitis pharyngem

1) De Polypis Oesophagi atque de tumore ejus generis primo prospere extirpato Commentationem scripsit A. Th. Middeldorpf. Vratislaviae MDCCCLVII.

explorarem, ubi, ut in plerisque hominibus esse solet, posteriorem laryngis parietem attingebam, nusquam corpus alienum inveni. Nec postea olivam e plumbo albo factam, dimidii digiti latitudine, quippe quae recto itinere detrusa sine impedimento in profundum penetraret, sublatae resistantiae sensum alicubi repperi. Sed quum instrumentum ita dirigebatur, ut ad parietem dextram delaberetur, sentiebatur impedimentum, quod facile superari poterat nec admodum profundam habeat sedem. Aegrotum insequente die redire jubebam simulque consilium capiebam ad diagnosin constituendam emeticum ei porrigere et, si diagnosi sententia nostra confirmata sit, scapello uti. Die XIV m. Januarii a. MDCCCLIII aegroto in sella sedenti, adstante viro experientissimo Weltzelio, permultum aquae tepidae et trochiscus cum $\frac{1}{10}$ gr. emetini porrigebatur. Intra $1\frac{1}{2}$ horas frustra hujus remendii $\frac{7}{10}$ grana imbibit, quam ob rem cupri sulfurici solutionem eum sumere jussi, quo facto statim vehementissime vomere coepit. Maxima pars aquae, quam aegrotus ante biberat, evomebatur neque alieni quidquam conspiciebatur, donec ille post summam virium contentionem oculos in me convertit et inter vomitum nondum cessantem tandem corpus sanguine turgidum ac violaceum inter dentes coaretabat, in quo linguam initio conspici mihi videbar. Mox autem polypum in conspectum venisse intellexi, nec dubitavi, eum forcipe unco Museuxis prehendere; prehensum in sinistram oris angulum traxi, qua re respirandi difficultas paullulum minuebatur, et in summo ore ad linguae radicem inter vehementem aegroti vomitum et dyspnoeam ligaturam e filis duplicibus, bombycinis, contortis et cera litis factam applicui. Quo facto tumor sanguine impletus, turgescens et colorem purpureum exhibens, circa $\frac{3}{4}$ a loco, quo ligatura erat, scalpello resecabatur. Multum sanguinis e tumore nunc sensim pallescente excurrit. Iam vero filum dimittebatur, dimissum simul cum scapi fine devorabatur, fines ejus per angulum oris ducebantur et circum aurem sinistram circumplicabantur. — Vomitus, pressus, dyspnoea cessarunt. Aegrotus mirum quantum levatus me inscio urbem egressus est, ut ovibus pabula daret, deinde reversus frigidum jus aquosum comedit, bene dormivit ac postero mane me hilari animo adiit. Postea saepius ad me venit mihique opportunitatem dedit observandi, filum intentum in profunda porrigi, quum leniter tractum dolores in loco, quo ligatura erat, efficeret. — Dimisi aegrotum simulque jussi, nunquam filum attingere, nisi fluidis gelidisque cibis non vesci et alternis diebus me visere. Per totum illud tempus nihil ei accidit, quod commemoratu dignum sit. Calendis Februariis a. MDCCCLIII, h. e. die duodevicesimo post factam polypi exstirpationem filum dissecuit scapum et in os ascendit, quod aegrotus obediens pluries frustra devorare conatus est. Tendicula per medium (per diametrum) mensuram habebat duodecim millimetrorum, scapum igitur ad ambitum (peripherie) 3,7 centimetrorum constrinxerat. Aegrotus nullas amplius molestias habebat: sine offensione edere, bibere, spiritum ducere

potuit; mox, cum appetitus paullatim cresceret, corpulentus ac robustus factus est, ac saepius me visit. Novissime eum vidi finem versus hujus anni, h. e. quinque annos post factam exstirpationem: aspectu erat pleno ac florente nec querebatur ulla de re; pituita plane evanuerat. In collo ipso nihil poterat sentiri: Oliva octo lineas crassa in regione laryngis in impedimentum illud notum incidit, quod facile levi ictu superavit. Aegrotus adhuc ab omnibus molestiis liber mansit.

Tumor ipse 3" longus, $1\frac{1}{3}$ " latus, sine sanguine pondus habet unius unciae et trium drachmarum, laevis est, splendidus, cylindro similis, nonnullas praebet iniquitates, in inferiore parte paullo planior est, ibique subtiles quasdam formationes praebet verrucis similes. In latere posteriore epithelium detrusum est ac superficies rubra, corrosa, facile sanguinem mittens. Superficies sectione exorta leviter convexa est. — Es folgt nun die microscopische Beschreibung, auf welche ich später zurückkomme.

Roeser¹⁾ 1859.

Ein 36 Jahr alter, früher stets gesunder Branknecht wurde von Katarrh und Heiserkeit und darauf von Schlingbeschwerden befallen. Schwerathmigkeit. Nach 4 Mon. Verfall der Stimme, völlige Dysphagie und höchst qualvolle Dyspnoe. Auch hatte man bei dem häufigen Brechreize eine runde Geschwulst in den Rachen treten und beim Nachlasse des Würgens schnell wieder verschwinden sehen. Dieselbe reichte aber nicht über das Velum und die Tonsillen.

Dem Gefühl nach erschien die Geschwulst weich und an der hintern Wand des Schlundes, dem Kehlkopf gegenüber ansitzend. Bei der äussern Untersuchung des Halses konnte man auf der linken Seite neben dem Kehlkopfe bis zur Cartilago cricoidea eine runde Geschwulst durchfühlen und verfolgen, wenn sie durch Brechreiz in den Rachen stieg. Der ganze Hals dick, die Venen, die Schilddrüse und das Zellgewebe aufgebläht. Bei dem Versuche, behufs der Unterbindung mit einer Muzeux'schen Zange die Geschwulst so viel als möglich hervorzuziehen und zu fixiren, sprang Patient athemlos auf, so dass die Zange entfernt werden musste. Man überzeugte sich, dass ohne vorher gemachte Tracheotomie von einem Unterbindungsversuche nicht die Rede sein konnte. Als die Geschwulst dann beim Eintreten in die Fauces gefasst und so lange fixirt werden sollte, bis es gelingen würde, sie mit einer starken Polypenzange abzdrehen, blieb der Erfolg gleichfalls aus. Desswegen geschah der letzte Versuch mit einer starken Steinzange, deren Löffel viele scharfe Zähne trugen. Diese Steinzange wurde rasch und gewaltsam um ihre Achse gedreht. Sie beförderte eine apfelgrosse Geschwulst aus dem Rachen. Der Kranke athmete sogleich auf. Blutung sehr

1) Würtemb. Correspondenz Bl. 21. 1859.

gering. Patient wurde 24 Jahre nach der Operation vollkommen gesund gesehen.

Die ungefähr $2\frac{1}{2}$ " im Durchmesser betragende Geschwulst war von glatter, fleischfarbiger, verdickter, straffer Haut, der entarteten Schleimhaut bedeckt.

Virchow¹⁾.

„Ein vortreffliches Praeparat vom untern Ende des Oesophagus. Es ist eine harte, fast kugelige Geschwulst von 5. L. Durchmesser, aus dicht verfilzten Zügen fibro-musculären Gewebes gebildet, welche wesentlich in der Submucosa liegt, jedoch deutlich aus der Muskelhaut hervorgewachsen ist, mit der sie nach aussen noch zusammenhängt. Sie befindet sich nahe über der Cardia und bildet mehr nach aussen als nach innen eine Hervorwölbung.“

Störk²⁾.

„Ignatz Schuh, Pflastermeister aus Ottakring in der Nähe von Wien, war seit 8 Jahren heiser, lies sich aber erst am 13 März 1865 zu einer laryngoscopischen Untersuchung herbei. Seine Heiserkeit verschlimmerte sich immer mehr, und traten später auch Schlingbeschwerden hinzu.“

Die Untersuchung ergab folgenden frappanten Befund: Auf der linken Seite des Pharynx neben dem Larynx lag eine apfel-grosse, nahezu den ganzen Pharynx einnehmende Geschwulst. Das Aussehen derselben lies im ersten Moment beinahe einen Abscess vermuthen, doch war der Rand von allen Seiten frei. Bei dem Schlingacte oder Phonationsbewegungen, reflectorischen Reactionen zeigte sich ganz deutlich, dass die Neubildung von der linken Arytaenoidea dirigirt wurde. Nur bei tiefer Inspiration, wo die Arytaenoidea stark bei Seite und nach rückwärts gezogen wurde, war der Einblick in die Glottis theilweise möglich. — Ich sprach damals meinen Hörern gegenüber die Ueberzeugung aus, dass eine eventuelle Operation in einem Acte vollendet werden müsse, weil sonst die Neubildung in die Glottis fallen und Erstickungsgefahr hervorbringen könnte. Der Kranke war aber zu einer Operation nicht zu bewegen. Es traten später alle Folgerscheinungen von Athemnoth bei dem Patienten auf. Es blieb jetzt nichts anderes übrig, als die lebensrettende Tracheotomie. Allein auch diese wurde verweigert, und so starb er dann am 18. März 1865.“

Nach der Zeichnung zu urtheilen sass der Polyp rechts, nicht links wie die Beschreibung hartnäckig wiederholt.

1) Geschwülste III Bd. S. 126. 1862—63.

2) Pitha-Billroth's Chirurgie 1890. III. Bd. 3. Laryngoscopie u. Rhinoscopie. S. 408.

J. Mason Warren¹⁾.

Original mir nicht zugänglich. Hinweise auf den Fall sprechen nur kurz von einem Pharynxpolypen, welcher, nach Unterbindung, mit der Scheere abgeschnitten wurde.

Eberth²⁾ 1868.

„Die zu beschreibende Geschwulst mag als ein seltenes Beispiel eines ächten Myoms an einer für dergleichen umfangreiche Neubildungen gerade nicht besonders disponirten Region gelten. Sie fand sich bei einer 50-jährigen, an einer Lungenaffectio verstorbenen Melancholica, ohne jemals besondere Symptome bei Lebzeiten, die auf ihre Anwesenheit hätten schliessen lassen, bewirkt zu haben.

Der Sitz der Neubildung ist das unterste Stück des Oesophagus, ihr unterer Rand stösst unmittelbar an die Cardia. Ihre Länge beträgt 9,1, die Breite 11,9, die Dicke 3,5 Cm. Sie überragt im Breitendurchmesser nahezu um das Doppelte die grössten bis jetzt bekannten Oesophagusmyome. Auf dem Durchschnitt zeigt sie sich zusammengesetzt aus mehreren bohnen- bis haselnussgrossen weissen und ziemlich festen Knoten, die durch spärliches lockeres Bindegewebe unter sich verbunden sind. Die Längsfaserhaut des Oesophagus überkleidet die durch einzelne flache Knoten leicht höckrige Oberfläche der Geschwulst. Ihre leicht unebene Innenfläche wird von der unveränderten Schleimhaut bedeckt. Wird daraus schon ihr Sitz in der Ringmuskulatur ersichtlich, so tritt dies noch deutlicher an den Rändern hervor, die allmählich in die Ringfaserhaut abfallen. Die Bündel der letzteren erscheinen an der Uebergangsstelle unregelmässig und verworren.

Der Tumor umfasst in der Gestalt eines Halbringes den, soweit die Berührungsfläche reicht, mässig erweiterten Oesophagus; nur die vordere Wand desselben ist frei.

Bei der mikroskopischen Untersuchung, die mit Hülfe von 35 procentigem Kali ausgeführt wurde, zeigt sich die Geschwulst nur aus abgeplatteten, aber verfilzten glatten Muskelzellen gebildet.“

Koenig³⁾.

Nichts Originales.

1) Surg. observations with cases and operations. Boston 1867.

2) Virch. Arch. 1868. Bd. 43. S. 137.

3) Pitha-Billroth's Chirurgie 1880. III. Bd. 3. Krankh. des Schlundes und der Speiseröhre S. 37.

Entwicklungsgeschichte.

Ich habe in der vorstehend mitgetheilten Casuistik die gutartigen polypösen und polypenähnlichen Gewächse ausschliesslich der Speiseröhre, also eines nur kurzen Abschnittes des Verdauungsrohres berücksichtigt. Die Gründe, welche mich dazu bestimmten, sind in erster Linie klinische gewesen. Es bringen nämlich solche gestielte Geschwülste in diesem Gebiete leidlich übereinstimmende Krankheitsbilder zu Wege, deren Verbindendes und Gemeinsames die Störung des Schlingactes in besonderer Weise und unter besonderen Begleiterscheinungen ist. Ob die gleiche Einschränkung in aetiologischer Richtung sich empfiehlt, dürfte schon der Lückenhaftigkeit der Berichte wegen, vor Allem aber wegen unserer noch mangelhaften Kenntnisse über die Entwicklungsgeschichte des Oesophagus anzuzweifeln sein, welche letztere hier ebenfalls in Frage kommt, da ich wenigstens auf die Möglichkeit congenitaler Voranlagung dieser Geschwülste hinzuweisen haben werde. Aber selbst wenn beide Punkte nicht zu Recht beständen, dürfte die aetiologische Analyse gleichwohl breiter, also zuverlässiger sich anlegen lassen, wenn sie den ganzen Darm in Angriff nimmt.

Und so möchte ich zunächst den Kopfdarm, — die spätere Rachenhöhle heranziehen. Ist doch nach den Lehren der vergleichenden Anatomie die Speiseröhre nicht nur Nachbar, sondern auch Abkömmling dieser Kopfdarmhöhle, aus ihr unter Reduction von Kiemenspalten herausgebildet und vielleicht dieser verwandtschaftlichen Beziehungen wegen Träger polypöser Wucherungen, für welche letztere die Rachenhöhle den Lieblingssitz darzustellen scheint.

In landläufigen Darstellungen, selbst aber in der Geschwulstlehre Virchow's geht das Gros dieser Rachenpolypen als anatomisch und genetisch Einfaches, als Bindegewebs- und Bindegewebsgefäßgeschwulst, deren Entstehung auf „allerhand entzündliche Reizungen“ und davon abhängige Wucherungen sich zurückführen lässt, obwohl schon im vorigen Jahrhundert (Ford) Stimmen laut wurden, welche, wenigstens für einen Bruchtheil, verwickelteren Aufbau und auch complicirte aetiologische Verhältnisse annehmen zu müssen glaubten. Es ist Arnold's ¹⁾ Verdienst, die Summation der diesbezüglichen Erfahrungen vorgenommen und die Frage zu einem vorläufigen Abschluss gebracht zu haben. 35 genauer beschriebene, dem engeren Rayon des Rachens angehörige Polypen theilt er in folgende 4 Kategorien:

1. In birnförmige, zuweilen dem Ovoid sich nähernde oder langgestreckte Geschwülste, welche mittelst Stieles am harten oder weichen Gaumen oder aber an der Decke des Rachengewölbes angeheftet sind und einen Cutisüberzug tragen. Letzterer besteht aus Epidermis, Lederhaut mit Rete Malpighii und führt Haarbügel mit Wollhaar und Talgdrüsen, nicht Schweissdrüsen. Im Uebrigen besteht die Geschwulst, ihrer Hauptmasse nach, aus Fett, in welchem Gefässe, Nervenbündel und quergestreifte Muskeln — die letzteren nicht jedesmal — existiren. In wie weit Nerven und Muskeln im einzelnen Falle vom Mutterboden der Polypen aus sich entwickelten, bleibt dahin gestellt.

2. Die 2. Gruppe hat „fleischige“ Beschaffenheit und in bindegewebiger resp. „sarcomatöser“ Grundsubstanz Knorpel, Knochen, Cysten, bisweilen Nerven, Drüsengewebe und Haare, auch ölige Massen. Ihre Bekleidung besteht aus „serösem“ Gewebe oder aus Schleimhaut. Sie sitzen im Rachen, am Gaumen, an der inneren Wange, selten auch an der Zunge, schicken vom Rachen wohl auch Fortsätze in die Schädelhöhle hinein und bestehen neben Missbildungen des Schädels.

3. Eine 3. Gruppe enthält Zähne, sonst Knorpel, Knochen, Nerven, Gefässe und Cysten in wirrem Durcheinander. Ihr Standort ist ein ähnlicher wie in der Gruppe 2.

4. In die 4. Gruppe bringt Arnold die Epignathi, foetale Rudimente mit Knochen, welche durch Gelenke unter einander verbunden sind, daneben mit Zehen, Fingern, Nägeln, ja ganzen Extremitäten und Aehnlichem ausgestattet!

1) Virch. Arch. Bd. 111. 1888. S. 176.

Auch nur die 3 ersten dieser 4 Gruppen auf jene Omnipotenz der einmal differenzirten Gewebe, besonders des Bindegewebes, zurückzuführen, vermöge welcher letztere im Stande sind, die verschiedensten Structuren, Muskeln, Nerv, Gefässe, aus sich hervorgehen zu lassen, das hält Arnold mit Recht für einen verlassenen, nicht mehr haltbaren Standpunkt; er betont ihm gegenüber das Princip der homologen Entwicklung, kraft deren namentlich complicirtere Gewebe nur aus ihnen gleich aufgebauten würden entstehen und sich wieder erzeugen können.

Da Rachen und Gaumensegel der Cutis, Haare, Hautdrüsen, Knorpel, Knochen u. s. w. entbehren, müssten aus solchen Elementen zusammengesetzte und in der Rachen-Schlundkopf-Gaumensegelhaut wurzelnde Polypen vielmehr als Transplantationen aus dem Ecto- und Mesoderm in das Entoderm hinein, also als an ein und demselben Foetus sich vollziehende Verlagerungen der Keimblätter aufgefasst werden. Sie können natürlich nur in einer Zeit geschehen, während welcher die Keimblätter noch existiren — also in der Periode der Entwicklung, weswegen denn die Geschwülste bereits unmittelbar nach der Geburt mit Sicherheit sich nachweisen liessen, jenseits deren ihre weitere, zunächst freilich nur massige Vergrösserung natürlich zugegeben werden muss.

In Anbetracht weiter des Sitzes der Polypen innerhalb der hinteren Abschnitte der Mundbucht, da, wo letztere mit dem Ende des Kopfdarmes zusammenstösst, dürfen als Oertlichkeiten, innerhalb deren die Verschiebung und Abschnürungen vor sich gehen, angenommen werden können:

- 1) Die oberste Kiemenspalte, besonders im Bereich der Tuba Eustachii (für Polypen am ostium pharyngeum der Tube und des Tubenknorpels).
- 2) Die Rachenhaut (Polypen an hinterer Wand des Gaumensegels).
- 3) Die Hypophysentasche (Abschnürung von Keimen oder ectodermalen Einstülpungen derselben bei Polypen der hinteren Rachenwand).

4) Endlich bei Rachengeschwülsten, welche, ohne dass sie Organe enthalten, in das Schädelinnere sich fortsetzen, anomale Entwicklungsvorgänge im Gebiet der Mundbucht, der Hypophysenanlage oder überhaupt des Kopfskelettes, wie denn der Hypophysenwinkel, die Stelle, an welcher Mundbucht, Hypophysenanlage, Kopfdarm, Chorda, Urwirbelplatten zusammenstossen, für Bildung und Dislocation von Gewebskeimen ein äusserst günstiges, weil unter vieler Mannigfaltigkeit sich aufbauendes Gebiet genannt zu werden verdient.

In den bisher untersuchten 3 Gruppen handelt es sich nicht um Organe, sondern nur um Gewebe. Letztere von einem besonderen Foetus abzuleiten, welcher sich dem andern, dem Träger des Polypen anlagerte und bis auf eben diesen relativ elementargebauten Polypen zusammenschrumpft, ist überflüssig, weil, in Anbetracht der relativ einfachen Gewebe, welche in Frage kommen, viel schwerer verständlich als die Annahme einer Verschiebung, Abschnürung und Wucherung von Segmenten der Keimblätter ein und derselben Frucht.

Zwei Keime, zwei an der Schädelbasis und im Mundrachengebiet mit einander verwachsene Embryonen, deren einer mehr oder weniger verkümmert, dürften dagegen in der 4. Gruppe, in jener der Epignathi, angenommen werden müssen, bei welcher der Polyp wohlgeformte Skelettknochen mit Gelenken, Extremitätentheile mit Fingern und Nägeln und Aehnliches umschliesst. Denn absolut Nichts dürfte von der Fähigkeit derselben Keimblätter zu erweisen sein, abermals heterogene, complicirte Organe, wie Nägel, Extremitäten, Gelenke und Aehnliches im Gebiete ihres Kopfsegmentes zu produciren, nachdem sie ihrer Bestimmung, hier Form und Bestandtheile des Schädels und des Kopfdarmes zu bilden, gerecht geworden sind.

Ich würde nur neue Beispiele anführen, nicht neue Gesichtspunkte liefern können, wenn ich jetzt discutiren wollte, in wie weit die von Ahlfeld ¹⁾ so genannten foetalen Trans-

1) Die Missbildungen des Menschen. 1880. I. Abschnitt. S. 71.
Calmann, Virch. Arch. Bd. 134. S. 337.

plantationen (bei welchen um Einimpfung nur von Zellmassen eines rudimentären Foetus irgendwo auf die Oberfläche der normal auswachsenden ersten Frucht es sich handeln soll) in die Gruppe der Epignathi oder der einfacheren Rachenpolypen gehören. Wichtiger scheint mir der Hinweis darauf, dass auch eine lange Reihe anderer Tumoren im Munde und Rachen, angefangen von den Exerescenzen des Oberkiefers, Mundwinkels und Ohres bis hinunter zu den Strumenbildungen in der Zunge und Retromaxillargegend, ja selbst bis zu den Angiomen, heute ebenfalls kaum auf anderes, als auf falsche Abschnürung, Sprossung und Gewebsbildung sich beziehen lassen, der principiell wichtigen Auffassung also, es sei Vieles, was im späteren Leben erworben schien, auf embryonale Epochen zurückzuführen, ebenfalls Stützen verleihen.

Frage ich aber ob der vorstehend skizzirte Gedankengang auch auf meine Geschwülste sich übertragen lässt, so müsste da zuerst auf Schwierigkeiten aufmerksam gemacht werden, welche aus den mangelhaften klinischen und anatomischen Ueberlieferungen, — aus der Oertlichkeit der Polypen insofern weniger sich ergeben, als ja auch der oberste Abschnitt der Speiseröhre einstens Kiemenorgan war. — Aber wir wissen von dem feineren inneren Gefüge dieser Oesophaguspolypen nicht genug, können auch die Zeit ihrer Entstehung bei weitem nicht so gut, wie bei den Rachenpolypen — wenn wir allein an die Krankenberichte uns halten, welche kaum einmal von der langen Dauer der Krankheit, geschweige denn von der Nothwendigkeit, sie in die Entwicklung zurückzuverlegen sprechen. Dem gegenüber muss aber betont werden, dass an dieser Stelle erst relativ spät in die Erscheinung getreten sein kann, was schon früh als fertiges Gebilde in der Speiseröhre lebte. Zunächst in der von Holt uns überlieferten Weise, einen Kranken betreffend, dessen Vermögen zu schlucken, solange er denken konnte als leicht genirt geschildert wird, während Erstickungsanfälle und augenfällige Beschwerden bei Nahrungsaufnahme erst gegen das 80. Lebensjahr sich einstellten. Dergleichen geringfügige Behinderungen müssen ja um so leichter

übersehen werden, als die 'Träger solch' einer angeboren gedachten Geschwulst das Gefühl freien und ungehinderten Schluckens ja überhaupt nicht haben konnten. Oder die Störung beginnt erst in dem Augenblick, in welchem in Folge beschleunigten Wachstums des Polypen ein Missverhältniss zwischen seinem Querschnitt und jenem der umschliessenden Speiseröhre sich ausbildet, in Folge späterer Infiltrationsvorgänge die „elastische Reckung“ des Tumors an Intensität verliert, oder endlich die begleitende Erweiterung der Speiseröhre auf Grund von Hyperaemie, Hypertrophie, oder Infection und Aehnlichem in relative Verengung sich umkehrt. Das also, was erworben, erst im späteren Leben entstanden zu sein scheint, könnte auf verschiedene Gründe hin mit hohem, über die Geburt hinausgehendem Alter belegt werden müssen. Immerhin erscheint in Anbetracht dieser Schwierigkeiten Zurückhaltung geboten und ohne Voreingenommenheit aufzuzählen nothwendig was, gegenüber Reizungen und Reactionen, welche während des späteren Lebens zur Geltung kamen, für eine intrauterine Veranlagung unserer Geschwülste spricht.

Ganz besonders einer ersten Gruppe von Polypen gegenüber, deren Standort die Schlundfurche und die Schleimhaut auf der Hinterseite der Giessbeckenknorpel ist. Denn hier fliessen die Quellen gar zu dürftig.

Ich rechne in diese Gruppe:

1. Den Fall Ryland's, eine Geschwulst, so umfänglich wie eine kleine Wallnuss, dabei rund und mässig gelappt. Soweit nach der Zeichnung Albers's zu urtheilen ist¹⁾, entspringt sie mit nicht allzubreitem Stiel aus der Schleimhaut, hinterwärts von den Aryknorpeln und hinterwärts vom Spalt zwischen den Aryknorpeln. Auf ihrem Durchschnitt hat Albers Lappungen, und zwischen ihnen, schmale klaffende Parteen. Vermuthlich existiren Beschreibungen so sitzender Polypen in der laryngoscopischen Literatur in grösserer Zahl; ich suchte nach ihnen nicht, weil es mir an einem Beispiel genug schien.

2. Den Fall Tortual (Fig. 6). In der äusseren Wand der Schlundfurche, anscheinend hinter arc. pharyngopalatinus,

1) Atlas der pathol. Anat. Bonn 1817. Abthlg. II. Taf. VII, Fig. 2.

beginnt und erstreckt sich zur äusseren Seitenwand des Oesophagus schräg, in Ausdehnung von 18 Mm. eine gefaltete Membran, welche etwa 2,6 Cm. lang ist, in den Oesophagus hinabgeht und an ihrem freien Ende 5 erbsen- bis kirschkerngrosse rundliche Geschwülstchen trägt. Einzelne derselben scheinen geschwürig oder erweicht, daher an der Oberfläche uneben und zum Theil lamellös aufgelockert, andere von „Schleimhaut“ bedeckt. Diese in ihrer Gesamtheit kolbenförmigen Ansätze verlegen die Speiseröhre vollkommen; sie und der Stiel des Polypen überhaupt bestehen „aus einem dichten Zellgewebe.“

3. Den Fall Arrowsmith's, einen dreilappigen Tumor, dessen 2 obere Segmente nach der Zeichnung (Fig. 7) dem rechten und linken Aryknorpel entsprechen, dessen median darunter gelegenes 3. Segment einen halben Zoll unter commissura posterior glottidis liegt. Alles zusammen ist grösser als eine Wallnuss, kurz fibrös angeheftet und geht in der Achse der Speiseröhre nach unten. In der Seitenrichtung dehnt sich der Stiel auf $\frac{3}{4}$ Zoll nach rechts hin und zum Raum zwischen os hyoides und cartilago thyreoidea aus. Uebrigens existirte ausserdem noch 2 Zoll tiefer im Oesophagus eine kleinere, weisse Geschwulst. Sie mass $\frac{3}{4}$ Zoll in der Länge, war dabei viel schmaler als lang und sass breit auf.

4. Stoerk. Apfelfrosse, angeblich seit 8 Jahren den Pharynx einnehmende, von der rechten Arytaenoidca dirigirte, den Larynx bei tiefer Inspiration freigebende Geschwulst, an der Oberfläche ulcerirt, wodurch die Verbindungen mit der Arytaenoidca zum Theil gelöst und der Abfall der Geschwulst zum Pharynx ermöglicht werden. Rokitsansky nahm Fibroid an.

So gering diese Fälle an Zahl erscheinen, so verschiedenartig mögen sie in genetischer Beziehung sich verhalten haben. Denn ich glaube schon des Sitzes, der Form und Consistenz wegen, den Tortual'schen, membranartig in der linken Schlundfurchen wurzelnden, gelappten Polypen mit den 3 anderen, breitbasisch vom hintoren und seitlichen Umfang des Kehlkopfes kommenden Geschwülsten nicht zusammenwerfen zu dürfen. Wie denn auch die Structur in den Fällen Ryland's und Stoerk's eine andere gewesen zu sein scheint als in den Beobachtungen von Arrowsmith und Tortual. In letzterer Beziehung kann ich nur sagen, dass Stoerk, auf die Autorität des alten Rokitsansky hin, ein Fibroid annahm, zu einer Zeit freilich, in der man glatte Muskelfasern präcise und einwurfsfrei nachzuweisen nur ausnahmsweise sich mühte. Mit den Angaben Tortual's aber vom „dichten Zellgewebe“ und

Arrowsmith's, der Tumor sei vascularisirt und homogen gewesen, ist noch weniger zu operiren. Und da über den Anfang der Geschwülste ebenfalls Nichts feststeht, ist die Discussion über ihre congenitale Veranlagung resp. spätere Entstehung zur Stunde gegenstandslos, weil sachlich schwer zu stützen. Höchstens in Hinblick auf die Aehnlichkeit des Tortuall'schen Falles wäre an die gestielten Auswüchse der Mandel, der Mundwinkel, des Ohres u. s. w. als an sicher congenitale Gebilde zu erinnern, als Oertlichkeiten aber, welche im Fall der Entwicklungsstörung in Frage kämen, zu nennen: der zweite und dritte Schlundbogen (Substrat für Zungenbein und Zungenwurzel), der vierte Schlundbogen (Ursprungsstätte der Cart. thyreoid, des nerv. laryng., der plica nerv. laryngei), endlich die dritte Schlundplatte im Verein mit dem letzten, weniger vorletzten visceralen Bogen als die Stelle, von welcher aus die spätere seitliche Pharynxwand, in der Nähe der Zungenwurzel, sich bildet. Die Entwicklung der Cartilago cricoidea aber mit etwa von hier abgehenden angeborenen Auswüchsen würde schon in das Rumpfgelb zu verlegen sein.

Diese in Höhe der hinteren Wand der cartilago cricoidea sitzenden Polypen, welche ich den eben besprochenen als zweite Gruppe gegenüberstellen möchte, scheinen mir in aetiologischer Richtung die allermerkwürdigsten. Von einem kugelrunden, kleinen Lipom Meckel-Albers's abgesehen, stellen sie, zunächst nur nach ihrem Aeusseren betrachtet, meistens birnförmige, oder cylindrische, am freien Ende abgerundete, zum Stiel hin erheblich sich verschmächtigende Geschwülste vor, deren Ursprungs-ort, sofern um nur ein Exemplar es sich handelt, bei den verschiedenen Autoren auffällig übereinstimmt und die vordere Wand der Schleimhaut des Oesophagus, hinter der Platte des Schildknorpels ist. Hier befinden sich die Polypen, genau in der Mittellinie, also in der raphe et plica anterior oesophagi, von dem Spalt zwischen den Giessbeckenknorpeln nur wenige Mm. entfernt, mit ihrem im Allgemeinen dünnen Stiel, an ihrer Oberfläche glatt und glänzend, wie wenn sie von einer Schleimhaut

überzogen wären. Existiren der Polypen aber mehrere, so entwickeln sie sich entweder aus der Oesophagus Schleimhaut oberhalb oder unterhalb des Ringknorpels, in ersterem Falle also in der Richtung zum Giessbeckenknorpel hin, oder aber, als Auhängsel einer grösseren Muttergeschwulst, im Gebiet dieser letzteren. Einzelne dieser mehrfachen Exemplare scheinen an ihrer Oberfläche granulirt, oder aufgefaserter oder ulcerirt.

Blankart. Steatom 3 Querfinger unter Valvula (uvula?).

Hannemann. Steatom oder Carunkel, welche die Kehle verschliesst, und die Schlundmuskeln an der Bewegung hindert.

Dallas-Monro. (Figur 4.) Grosse, fleischige, polypöse Masse mit einfacher Wurzel, 3 Zoll unter Glottis an der vorderen Wand der Speiseröhre entspringend, nach unten hin in 4 Theile sich spaltend, deren unterster bis zur Cardia hinabreicht.

Schneider. 3 Polypen. Der erste $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und in seiner Mitte $\frac{3}{4}$ Zoll dick, sitzt an der inneren Schlundhaut, nahe unter dem Schlundkopf mit dünner, aber breiterer Wurzel und hängt nach unten in die Speiseröhre hinein. Das zweite Gewächs befindet sich in eben dieser Gegend des Schlundes, nahe unter dem Schlundkopf rechterseits, hat 2 platte, schmale Wurzeln und ist 1 Zoll lang und $\frac{3}{4}$ Zoll stark. Beide tragen dunkelrothe Farbe und sehen „schwammigem Fleisch“ ähnlich, indessen ihre Wurzeln fester und von weisslicher Farbe sind, die Häute des Schlundes in dieser Gegend auch verdickt sich ausnehmen. Die dritte, $\frac{3}{4}$ und $\frac{1}{2}$ Zoll betragende Geschwulst aber ist fester, fleischiger als die beiden anderen und liegt mit „breitem Grunde“ in den hinteren Theilen der inneren Haut des Schlundes.

Charles Bell. (Figur 5.) Oesophagus, im mediastinalen Theil um das 3-fache erweitert und dunkelpurpurroth, trägt einen grossen, unregelmässigen, weissen, schwammartigen, an der Oberfläche anscheinend stark zerklüfteten Tumor, der gestielt gewesen sein soll. Er entsprang von der Schleimhaut.

Rokitansky. $7\frac{1}{2}$ Zoll langer Tumor, gleich unter dem hinteren Ende der Stimmritze, mit plattrundlichem, 3–5“ dickem Stiele aus dem submucösen Zellgewebe sich hervorbildend. Dieser Stiel ging längs der rechten Seitenwand des Pharynx 1 Zoll weit in die Tiefe, eine straffe Duplicatur der Schleimhaut vorstellend. Der Tumor selbst ist in sehr verdünnte Schleimhaut gehüllt und verdickt sich kolbig bis zu $2\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser. Seine Farbe ist blauröth, seine Oberfläche deutlich mit feineren Gefässen besetzt (injeirt). Nur am kolbigen Ende ist die Schleimhaut streckenweise abgestossen. Substanz der Geschwulst gelbröthlich, elastisch weich, von faserig zelligem Gefüge. Gleich über der Cardia greift ein Geschwür bis auf die Muscularis des Oesophagus.

Lesueur. Polypenähnliche Masse, im Pharynx stetig

sich steigende Schluckbeschwerden verursachend, aus Hypertrophie der Schleimhaut hervorgegangen.

Middeldorff. Polyp ziemlich entfernt von seiner Wurzel abgeschnitten. Das heransbeförderte Stück mass 3 Zoll in der Länge, $1\frac{1}{2}$ Zoll in der Breite, wog 3 i 5 iii, und war weiss, cylindrisch, glatt, ganz unten wenig plattgedrückt und drüsig, an einer Stelle wund und blutig. Genauerer s. in der Krankengeschichte S. 31.

Holt. (Fig. 8.) Die deutlich gestielte und aus mehreren Lappen bestehende Geschwulst erfüllte die Speiseröhre, vom Larynx aus gerechnet, in der Länge von 9 Zoll. Der aus Schleimhaut und Bindegewebe gebildete Stiel begann an der Seite der linken Epiglottis (nach der Abbildung zu urtheilen aber hinter dem linken Giessbeckenknorpel, diesen nach links und unten verziehend, so dass die Glottis nicht ganz geschlossen werden konnte) und erstreckte sich auf die vordere Wand der Speiseröhrenschleimhaut hinterwärts von Cricoidea. Kleinere Geschwülste sassen in der Nachbarschaft. Genauerer S. 29.

Roeser. Bei äusserer Untersuchung des Halses lässt sich links neben dem Kehlkopf, bis zur cartilago cricoidea hinunter eine rundliche Geschwulst verfolgen, wenn sie durch Brechreize etwas in die Höhe getrieben worden war. Nach ihrer Abdrehung zeigte sie sich $2\frac{1}{2}$ Zoll gross, glatt, fleischfarben und von verdickter, straffer Haut, der entarteten Schleimhaut bekleidet.

Koch, s. S. 1.

Würde man auch diese Gruppe von äusseren Reizungen ableiten wollen, genauer gesagt fragen, welche mechanische, chemische, thermische und parasitäre Einwirkungen Polypenähnliches im oberen Abschnitt der Speiseröhre während des späteren Lebens erzeugen, so müsste die Antwort sein, das von Mechanischem, Chemischem und Thermischem dergleichen nicht bekannt ist, experimentell diesen Kräften bisher auch nicht abgezwungen werden konnte, dass der Parasitismus dagegen nur entfernt Vergleichbares Ausnahmsweise zu Stande bringt. In erster Linie wohl die Actinomybose, insofern sie, aber nur beim Rinde, ab und an flachkugelige und breitgestielte, also unseren Polypen nur so ohngefähr Ähnliches erzeugt, indessen die Rachenaactinomybose des Menschen durchschnittlich nicht einmal bis zur Geschwulstbildung es bringt, vielmehr unter dem Bilde der schwierigen, fistulösen, flächenhaft weiterkriechenden Phlegmone zu verlaufen pflegt. Der Vergleich mit dem Carcinom — der ausser unseren Polypen fast einzigen Geschwulstspecies dieser Gegend — würde

noch weniger Positives ergeben. Dem Hinweis aber auf Schleimhautfalten des Oesophagus, welche „entweder aus Atonie oder in Folge einer anhaltenden mechanischen Einwirkung“ ¹⁾ sich bilden, und dann zapfenförmig im Oesophagus pendeln sollen, müsste sofort die Entgegnung folgen, dass auch hier wahrscheinlich nur gewisse begrenzte Excesse der im Laufe der Entwicklung regelmässig zu erwartenden Faltenbildung der Oesophagusschleimhaut, also congenitale Verhältnisse vorliegen.

Und wie in diesem, aetiologisch immerhin sicher nicht zu entwirrenden Falle verhält es sich in Richtung der Form mit den benignen Neubildungen im Rachen, welche bestimmt congenitalen Ursprungs sind, fast regelmässig, wie ich in den Arnold'schen Gruppen nachzusehen bitte. Den in der Entwicklungsperiode thätigen, zur Stunde freilich unqualificirbaren Kräften, mittelst deren die Keimblätter pathologisch in- und durcheinander geschoben werden, scheint zu gleicher Zeit, als ebenso wichtig, die Rolle zugetheilt, Gestalten hervorzubringen, die unseren Polypen täuschend ähnlich sind — beutel-, flaschen- oder birnförmige, also im Längsmesser bevorzugte Auswüchse, deren Stiel relativ dünn und deren Querschnitt im mittleren und unteren Drittel am grössten ist.

An dem Princip gerade dieser Construction scheint unter allen Umständen festgehalten zu werden, auch wenn von aussen her die erheblichsten Wachsthumswiderstände sich geltend machen, wie z. B. seitens der normal gedachten Speiseröhre, deren relativ enge und in Folge der Nachbarschaft des Ringknorpels besonders unachgiebige Partie gerade die umfanglichsten Abschnitte der Neubildung, Mitte und Ende, zu umfassen haben würde, sie also doch eigentlich zusammendrücken und auf geringen Umfang reduciren müsste. Nichts dergleichen geschieht. Die Geschwulst behält sogar in Fällen, in welchen angegeben wird, es habe der Oesophagus sie eng umklammert (Schuh) die Birnform, genau

1) Albers. Erläut. z. d. Atlas d. pathol. Anat. Bonn 1839. II. S. 252. mit Literatur.

wie im geräumigen Rachen, in welchem von äusseren drückenden, pressenden Einwirkungen kaum die Rede sein kann.

Ist für den, welchem eine solche congenitale Veranlagung unerwiesen scheint, an der obersten Partie der Speiseröhre also nicht jene Form die natürlichere, welche breitbasisch an dem noch trichterförmig weiten unteren Ende des Schlundkopfes, vis-à-vis cartilago cricoidea anhebt und von da ab nach unten hin, entsprechend der zunehmenden Enge der Speiseröhre, sich verschmächtigt und zuspitzt?

Und was würde er sagen, wenn seiner Hypothese, es sei der Wachsthumstrieb des Polypen gerade in seiner Spitze so stark, dass im Gegentheil die Speiseröhre weichen und sich erweitern müsse, die andere Thatsache entgegen gehalten wird, dass diese Erweiterung auch über die Grenzen des Polypen, unter Umständen bis zur Cardia, hier vielleicht sogar besonders auffällig, sich hinab erstreckt, bis zu einer Stelle, auf welche deh nende Kräfte des Polypen gar nicht zur Wirkung gelangen können? dass endlich neben der Erweiterung noch andere Veränderungen im Oesophagus abseits vom Polypen vorkommen (Verengerung, Hypertrophie, Atrophie, Dilatation), welche als abhängig von seinem Druck nicht erklärbar sind? —

Mag hiemit es sich verhalten, wie es will, schwieriger noch als Gestalt und Form, ist das innere Gefüge unserer Polypen begreiflich zu machen, wenn von ihrer congenitalen Veranlagung abgesehen wird.

Nach dem Zeugniß Middeldorff's und Reichert's trägt wenigstens ein Theil der Polypen Schleimhaut an ihrer Oberfläche und zwar überall an der Oberfläche, was, extrauterine Anbildung vorausgesetzt, nur begreiflich scheint, mit jenen Hypertrophieen übereinstimmt, bei welchen irgend ein Reizfactor die Gewebe schwellen macht und über die Oberflächen hinaustreibt, ihre Structur jedoch nicht beeinflusst. Läge ein solcher Fall hier vor, warum fehlen denn — nach den detaillirten Angaben Reichert's kann in dieser Richtung kein Zweifel bestehen — gerade die Drüsen und Nerven in einer Membran, welche sonst alle Qualitäten der Speiseröhrenschleimhaut, die Papillen,

Gefässschlingen in ihnen, Deckepithel u. a. m. trägt? Sollte dem Reiz gerade nur Drüsen und Nerven im Gebiet einer Oberfläche, welche sonst nichts von Fehlstellen zeigt, auszuschalten die besondere Fähigkeit innegewohnt haben?

Andere Male, ganz sicher war es z. B. in dem Falle Koch's so, lässt von einer solchen Bekleidung mit Schleimhaut Nichts sich nachweisen. Wäre hier derselbe Reiz thätig gewesen, so müsste er doch diametral Entgegengesetztes ausgelöst, die Schleimhaut zerstört und allein die tieferen Schichten zur Wucherung veranlasst haben. Das ist zum Mindesten auffällig. Ein von dem eben genannten aber grundsätzlich zu unterscheidender Reiz, ausgestattet mit der Fähigkeit, nur tiefere Gewebsschichten auf die Oberfläche zu führen und gleichwohl ihnen die Polypenform zu geben ist wiederum ganz hypothetisch. Und sollte das Fehlen des Schleimhautüberzuges auf eine zufällige Complication, z. B. auf Bacterieninvasion und daran anschliessende Ulcerationen bezogen werden, so sei daran erinnert, dass das thatsächlich vorgekommen ist, aber immer nur zu umschriebenen, geringfügigen Verlusten des Schleimhautüberzuges geführt hat (Rokitansky, Middeldorff u. a.).

Vom Standpunkt der Entwicklungsgeschichte macht sich die Sache wie folgt: Beim höheren Säuger zeigt sich die Anlage des Kopf- und Halsdarmes zunächst als einfache, dem Entoderm angehörige Epithellage, an welche bis zum 10, 12 Tage von den Seiten, später von hinten her Theile des Mesoderms als Mucosa, Musculatur u. s. w. herantreten. Polypen, welche einen schleimhautähnlichen Ueberzug tragen, müssten also die nur in ihrem drüsigen Theil etwas veränderte ento- und mesodermatische Schicht des Kopfdarmes mitgenommen haben, während im Falle Fehlens des Schleimhautüberzuges entweder an eine tiefergreifende Veränderung namentlich des Entoderms oder aber an das Ausbleiben seiner Veranlagung in Höhe der cartilago cricoidea u. s. w. zu denken wäre.

Zu allerletzt sei noch auf die eigenartige Structur unseres Oesophaguspolypen aufmerksam gemacht.

Eine mechanische, chemische, thermische Einwirkung, oder ein Katarrh, in Folge deren die Schleimhaut schwillt und wuchert, verwischt den feineren Bau der letzteren doch wohl nicht bis zur Unkenntlichkeit und durchschnittlich weniger als Carcinose und Actinomyose, nach deren Ansiedelung aber auch doch Reste dieses ursprünglichen Gewebes, als Stützwerk der Neubildung, sich werden nachweisen lassen. Bei unsern Polypen treten, obwohl sie im Parenchym der Speiseröhre wurzeln, Gewebstypen entgegen, deren Ebenbild --- von der verkümmerten Schleimhaut in einigen Fällen abgesehen --- in der Wand einer gewöhnlichen Speiseröhre nur sehr bedingt sich wiederfinden lässt.

Zunächst fehlt die Schichtung; in einem Theil der Fälle also die Schleimhaut, statt deren dann ein Ueberzug derben, fast fibrösen Bindegewebes, aber in blättriger, spaltförmiger Anordnung vorhanden ist, woraus wenigstens oft in der Längsaxe des Polypen liegende, coulissenartige, unter einander vielfach communicirende Räume resultiren, welche, ohne irgendwo Endothel zu tragen, doch aufs Vollkommenste mit rothen, wohl erhaltenen Blutkörperchen erfüllt werden. Dann springt die Fülle der Gefässe in die Augen. Capillaren, Venen und Arterien der verschiedensten, häufig ungewöhnlich mächtigen Caliber machen die Hauptmasse der Geschwulst aus und lassen keine Unregelmässigkeit der Structur erkennen, wenn man als solche nicht plötzlich an dieser und jener Stelle auftretende buckelförmige Erweiterungen ansehen will, während im Uebrigen die wohl und reichlich gebildete Musculatur ihrer Wand und das schöne Endothel ihrer Intima auffällt. Wie die Gefässe, welche nirgends eine eigentlich cavernöse Anordnung erkennen lassen, schieben auch das zwischen den Gefässen belegene grobfaserige Bindegewebe und von den Gefässen unabhängige Platten und Stränge glatter Musculatur auf das Mannigfaltigste sich durcheinander, wobei aber ebenfalls Spalträume in grosser Zahl restiren, deren auffälligste Eigenthümlichkeit eine negative, das Fehlen endothelialer Bekleidung ist. Nirgends in diesem Gitterwerk fehlen wohlerhaltene, die Räume prall ausfüllende rothe Blutkörper. Auffällig sind

auch noch die Fettmassen des Polypen. Oft gehen sie von seiner Oberfläche, wie Keile, mit der Spitze voran, in das Innere hinein und bestehen aus schönsten Fettzellen, zwischen welchen mächtige Gefässe sowohl, wie blutführende Spalträume liegen.

Dergleichen innere Aenderungen der einmal normal gedachten Speiseröhre im Verlauf des späteren Lebens sind mir wenigstens unbekannt. Sie werden plausibler im Lichte der Entwicklungsgeschichte; wenn man, wie ich oben andeutete, Wanderungen vielleicht auch Wandelungen des Ento- und Mesoderms der Kopfdarmhöhle annimmt. Denn ob bei dieser Wanderung die betheiligten Gewebe verändert werden, oder aber ob sie den, den ersten zehn Entwicklungstagen entsprechenden Bau zeigen, steht noch dahin. Jedenfalls geben sie auch qualitativ, in Anbetracht der relativ einfachen Zusammensetzung der Polypen, nicht in dem Maasse Substanz her wie im Falle auch nur der drei ersten Gruppen der Arnold'schen Polypen, bei welcher letzteren Knorpel, Knochen und Cysten vorhanden sind und, der Drüsen und Haare wegen, auch noch eine stärkere Mitbetheiligung des Ectoderms anzunehmen die Nothwendigkeit vorliegt. Meine Formen rücken eben in die nächste Nähe der erectilen Tumoren, welche Virchow, Geschwulste, III. 316 so schön beschrieben und nothgedrungen ebenfalls auf congenitale Veranlagung hat zurückführen müssen. Sie gehören mit zu der geweblich am wenigsten differenzirten Gruppe congenitaler Verbildungen.

Im Uebrigen scheint es mir gleichgültig wie man die Gebilde dieser Gruppe benennen will. Es könnte jedes in ihnen vorkommende Gewebe (Gefässe, glatte Muskeln, Binde- und Fettgewebe) zum Ausgangspunkt dieser Taufe genommen, von einer erectilen, nicht cavernösen Bindegewebsgeschwulst, von einem gefässreichen Myofibrom oder Myofibrolipom gesprochen und trotzdem das Wesen der Sache nur sehr wenig gekennzeichnet werden. Statt dessen hebe ich lieber noch einmal hervor, dass die blutführenden Spalträume sicher nicht auf Traumen hin sich bildeten, vielmehr an congenital veranlagte Lücken ähnlicher Art in der Milz erinnern und dass gerade Beimengungen von Fett,

sogar in geschwulstartiger Menge, eine wohlbekannte Eigenthümlichkeit congenitaler Tumoren ausmachen, z. B. von Myelomeningocelen oder von Teratomen, welche in die Schädelhöhle hineinbrechen und u. A. von Arnold ¹⁾ so schön beschrieben worden sind. Da weiter in solchen Fällen das Lipom vermöge seiner Mächtigkeit das uns interessantere, wenn ich so sagen darf specifischer erscheinende zweite congenitale Produkt z. B. die leere, oder nervenerfüllte, wenig umfängliche meningeale Tasche bis fast zur Unmöglichkeit, sie aufzufinden, cachiren kann, wird auch wohl die Frage einmal aufgeworfen werden müssen, ob scheinbar einfache, mit tieferen und edleren Gebilden gar nicht mehr zusammenhängende Lipome, namentlich der Mittellinie des Körpers, nicht auch auf Entwicklungsstörungen hinweisen. Die Geschichte der Lipome am Os sacrum und auch weiter oben an der Wirbelsäule giebt in dieser Richtung zu denken. Dem zufolge vielleicht auch jenes scheinbar so einfache Lipom der Meckel-Albers'schen Beobachtung (S. 25).

Wie Form und Bau möchten schliesslich auch der Standort meiner Polypen und die gleichzeitigen Veränderungen des Oesophagus bis zu einem gewissen Grade befriedigend nur durch die Prämisse entwicklungsgeschichtlicher Störungen dem Verständniss sich nahe bringen lassen.

Hinter der Cartilago cricoidea, als einer sich verengernden und in Folge dessen Schädlichkeiten leicht aufhaltenden Stelle, gelingt es den uns bekannten, Schwellung und Geschwulst bedingenden Einflüssen relativ oft in Wirksamkeit zu treten, also z. B. Abscesse, Actinomyose und das Carcinom einzuleiten. Aber ganz unerhört ist es, dass es immer an einem und demselben Punkt geschieht. Vielmehr beginnt die Infiltration bald hinten, bald vorn, bald rechts, bald links, bald oben, bald unten — also an den verschiedensten Punkten eines freilich kleinen Raumes, offenbar weil die Bedingungen für das Haften der

1) Virchow's Arch. 1868, Bd. 43, S. 181.

Noxe überall in ihm gleich sind. Gegensätzlich liegt der Stiel des Polypen an einer viel begrenzteren Stelle, wie ich schon beschrieben habe in der vorderen Wand der Schleimhaut der Speiseröhre, hinter der Cartilago cricoidea, mehrere Mm. unter dem Spalt der Giessbecken — hier selbst dann, wenn weiter unten oder oben, wie z. B. im H o l t s c h e n Falle noch andere Verbindungen zwischen Geschwulst und ihrem Mutterboden existiren. Es ist das der Bezirk, in welchem die Falten, welche zur Abschnürung des Athmungs- vom Verdauungsrohre führen, zusammenstossen, gleicherzeit aber auch die Oertlichkeit, in deren nächster Nähe andere wichtige pathologische Erzeugnisse entwicklungsgeschichtlicher Art vorkommen — Divertikel, Falten, blindsackartige Abschnürungen der Speiseröhre, unter Umständen mit fistelähnlichen, offenbleibenden Verbindungen zwischen Trachea und Oesophagus, endlich die Dilatation der Speiseröhre und im Verein mit ihr Stricturen, Schlingelungen, Verkürzungen, Hypertrophie, abnorme Vascularisationen (erectiles Gewebe?) und zottige Degeneration der Wände des Oesophagus. Abgesehen von der Stricture, der Obliteration und zottigen Entartung sind diese Abnormitäten auch im Falle des Polypen, aber durchaus nicht nur am Orte des Polypen, sondern auch entfernt von ihm nachweislich gewesen und einmal dieser ihrer Oertlichkeit, zum andern ihrer Qualität wegen doch kaum in Abhängigkeit von dem Polypen zu bringen, etwa als Folgen seines Umfanges, seines Gewichtes oder Chemismus aufzufassen. Sie beanspruchen vielmehr die gleiche Selbstständigkeit wie der Polyp und werden zu gleicher Zeit wie er durch Kräfte gebildet, welche auch ihn erzeugten.

Die dritte Gruppe benigner Oesophagusgeschwülste, welcher ich in der Literatur begegnete, gehört der Mitte, genauer gesagt jener Stelle der Speiseröhre an, hinter welcher der 5. Brustwirbel und vor welcher die Gabelung der Luftröhre in ihre beiden Stammbronchien, sowie die Convexität des Aortenbogens liegen (Fälle von M o n r o jun. 1797 Abldg. Fig. 3, Charles Bell 1815 Fig. 5, Lippich 1823, Albers in dessen Atlas Taf. XXII, Fig. 3.).

In dieser Höhe ist, nach den bisherigen Mittheilungen zu urtheilen, die vordere Wand der Speiseröhre Ausgangspunkt der Geschwülste, in welcher sie, meistens etwas breiter gestielt als die zweite Kategorie, in einem Exemplar oder in mehreren, kirschen- resp. mandelgross, zum andern flaschen- oder nierenförmig, durchgängig aber nur in bescheidenem Umfange sich präsentiren. Gleichzeitig ist wiederum der Oesophagus selbst in Mitleidenschaft gezogen — eher verdickt, als dilatirt, da wo er die Neubildung umschliesst, unterhalb dieser Stelle, nach einer höchst merkwürdigen Abbildung *Monro's* des Jüngeren zu urtheilen, siebförmig, wahrscheinlich aber nicht auf Grund ulceröser Vorgänge gelocht, an seinem oberen und unteren Ende, also dort, wo er mit den Auswüchsen nicht in Berührung kommt, bald und zwar verschieden hochgradig erweitert, bald verengt, endlich mit einem Divertikel der vorderen Wand versehen, um dessen weiten Eingang herum die einzelnen Stücke der Geschwulst wie ein Kranz gewunden sind. *Albers*, welcher dieses Ereigniss abbildet, unterlässt leider, es zu beschreiben.

Ihrer Structur nach kann ich diese Geschwülste, mangels genauerer Daten, nur vermuthungsweise und zum Theil als Myome mit glatten Muskelfasern bezeichnen. Man hat die Wahl und die Qual, ob sie von Catarrhen des Oesophagus, oder aber wiederum von Entwicklungsstörungen abgeleitet werden sollen. Für die letztere Auffassung könnte, abgesehen von den soeben erwähnten Verbildungen des Oesophagus, in's Feld geführt werden, dass gerade gegenüber dem 5. Brustwirbel und der Bifurcation offenbar congenital veranlagte Fisteln zwischen Trachea und Oesophagus vorkommen und andererseits scheinbar einfach bindegewebige Brücken liegen, welche einen oberen und unteren oesophagealen Blindsack verbinden. Knorpel-Stückchen, welche dann ab und an in den Säcken sich finden, machen es wahrscheinlich, dass diese streckenweise Obliteration des Oesophagus ebenfalls auf anomale Vorgänge während der Abschnürung der Trachea vom Oesophagus, nicht etwa auf spätere entzündliche Vorgänge zurückzuführen ist.

Einer dieser Polypen, L i p p i c h hat ihn beschrieben, wurde spontan ausgestossen, worauf eine breite Communication zwischen Trachea und Oesophagus mit allen ihren Gefahren und tödtliches Ende durch Verblutung erfolgte. Vielleicht stellt dieser Fall, ebenso der M o n r o'sche, eine etwas complicirtere Art der eben erwähnten Fistelbildung vor, jener, bei welcher neben Hemmung der vollständigen Abschnürung zwischen Speise- und Luftröhre auch noch Wucherungen des Grundgewebes beider Canäle (glatte Muskeln, Knorpel?) in Nähe der Fisteln eingeleitet wurden. Das Myom kann in solchen Fällen etwa wie ein Ventil wirken und den Uebergang des Abgeschluckten zur Spoiseröhre so lange hindern, bis es sich löst.

Mit der B e l l'schen Beobachtung endlich ist, der bei diesem genialen Autor besonders auffälligen Undeutlichkeit des Textes wegen, ebenfalls nicht viel anzufangen. Er beschreibt zwei Geschwülste hintereinander, deren oberste, wie die Polypen der zweiten Gruppe, von unterhalb der Cricoidea gestielt in den Oesophagus hineinging, nur kleiner war, als die dort characterisirte. An sie schloss sich, entsprechend der Mitte des Oesophagus, eine grössere, längsovale, auf der Oberfläche gefetzte Masse an, von welcher man nach der Abbildung nicht sagen kann, ob sie gestielt oder breitbasisch aufsass. Die Geschwülste waren „soft spongy“ und kamen „from the inner wats“; ob der Ausdruck „pondulous“ sich auf ihre oberen oder auch unteren Abschnitte bezieht, ist nicht zu sagen.

Eigentlich nur A b b i l d u n g e n existiren von einer vierten Gruppe Oesophaguspolypen, weswegen es mir verfrüht erscheint, über ihre Bedeutung in Vermuthungen sich zu ergehen, zu fragen, ob sie meine zweite Gruppe an einer anderen Stelle wiederholen, oder, stellenweise wenigstens, von Einzelnen erwähnte Runzelungen und Auflockerungen der Schleimhaut vorstellen. Gemeint sind Auswüchse von der Mitte der Speiseröhre an bis hinunter zur Cardia, über welche folgende spärliche Casuistik vorliegt:

Sussius. Polyp lang und dick wie ein Regenwurm, von der hinteren und mittleren Partie des Oesophagus bis gegen den Pylorus reichend.

Pringle. Harte und drüsenreiche Geschwulst in unterer Hälfte des Oesophagus bis zur Cardia, den Oesophagus ganz ausfüllend.

Schmiedek. Oesophagus im oberen Theile verengt. Nach seiner Eröffnung erscheint eine fleischartige Exerescenz „per medium divisa“, welche mit feinem Stiel der Mitte der Speiseröhre anhing, bis zum Pylorus (?) hinabreichte, sechs Finger lang, so dick wie ein Regenwurm, an ihrer Oberfläche gefaltet war und „fleischig-fibrillösen“ Bau zeigte.

Eine letzte, fünfte, der nächsten Nähe der Cardia angehörige Gruppe ist, Dank histologischen Untersuchungen Virchow's und Eberth's auf das Myoma laevicellulare zu beziehen. Und nur in der Weise dieser Autoren vermag ich, schon der Form und Consistenz wegen, auch weil sie sich bisweilen spontan abstossen, andere Male verkalken, die an der Cardia gesessenen Fälle aus älterer Zeit zu deuten, obwohl über ihren feineren Bau nichts bekannt ist.

Vater. Nahe beim Mageneingang Verengerung und Runzelung, von der Schwellung der inneren Häute abhängig. Hier, wo ohne Zweifel die zuerst erbrochene Carunkel sass, Suggillationen und lividbläuliche Färbung. Im Ileum, nicht weit vom Jejunum, dieselbe Veränderung. Zusammenziehung, Fältelung und lividröthlicher Fleck an einem Punkte, von welchem ohne Zweifel mehrere Carunkeln abgestossen worden waren.

de Graef. Polyp nahe der Cardia, weisslich, hart, daumenlang und -breit.

Thomson-Albers. Am unteren Ende der Speiseröhre Steatom, zwei Drittel des Lumens füllend.

Virchow, S. 34.

Eberth, S. 35.

Anhangsweise sei mitgetheilt, dass häufiger als jene des Oesophagus, die Myome des Magens und Darmes sind. Ueber dieselben berichten in musterhafter Weise **Monro** und **Virchow**.

Monro¹⁾. Of Polypi in the Stomach.

This is a very rare disease.

1) The Morbid Anatomy of the human gullet, stomach and intestines Edinburgh 1811. S. 189.

These tumours, when situated near the pylorus, by preventing the free egress of the contents of the Stomach, increase its size, and change its figure.

My father met with a remarkable case of this kind some time ago, of which he gave me the following relation.

A. Lady, aetat. 45 (1802), the mother of several children, about 16 years ago was attacked by paroxysms of difficult breathing, which had ceased about an year before I visited her.

She then complained of pain in the Epigastric Region, indigestion, and wind in her Stomach and Intestines; her Body was loose, her menses irregular.

She had of late lost much of her colour, flesh and strength.

The above symptoms gradually increased. Upon examining the belly, a tumour was found on the right side of the navel, of an oval shape, and about the size of an orange; which at the time was supposed to be lodged within the colon.

Medicines were found to afford no relief; her complaints continuing without abatement. She died much emaciated.

On examining her body after death, the Stomach was found to have fallen down as low as the navel; upon opening it, there appeared a tumour adhering by a neck to its Villous Coat. The surface of the tumour was smooth, and the body of it so firm, solid, and tough, that it was cut through with some difficulty.

The section of this polypus exhibits an uniform substance.

The Stomach was much enlarged, and of an unusual figure, of which Plate VI¹⁾ conveys a better idea than verbal description. Polypi have been sometimes found within the Intestinal Canal, especially in the large Intestines. I had occasion to see a case, in which a Polypus in the Sigmoid Flexion of the Colon filled up the cavity of that Intestine so completely, as hardly to give passage to a goose's quill.

In another case, the middle of the arch of the Colon was nearly filled by a spongy excrecence.

Rhodi^{us} has made mention of a similar case; and Fontanus has observed, that he found within the Colon of a dysenteric patient, a polypus, eight inches long, and which weighed a pound, connected by a narrow peduncle. These polypi create colicky pains, by obstructing the Intestines, and impeding the progress of the faeces.

Portal makes mention of two cases in which he found the Polypi within the Colon, which almost entirely plugged up its Canal, and which were connected to it by narrow necks. Both persons suffered severely from pain in the Intestines, had frequent vomiting, were subject to obstinate costiveness, of considerable duration, and died from Marasmus, and the portions of Intestines above the tumours were much dilated.

1) des Originales.

Such Polypi have in some cases been discharged by stool, after occasioning the symptoms above enumerated, but often the patient obtains only a temporary relief; for there are generally more Polypi with in the Intestine, and in consequence of the enlargement of these, the Intestinal Canal is again obstructed. Portal has related a case of this kind; the Polypi proved the cause of death, and upon dissection several of these of different sizes were found within the Colon.

Auf die Virchow'sche Beschreibung darf ich, da sie leichter zugänglich ist als die Monro'sche Arbeit einfach verweisen. Sie findet sich in den „Geschwülsten“ III. S. 125—133.

Es ist bekanntlich modern, die gesammten Myome der Verdauungswege von örtlichen Reizungen im Anschluss an Darmcatarrhe, Darmgeschwüre und A., ähnlich wie Uterus — und Prostatamyome abzuleiten, deren erstere ja auch auf Catarrh der Geschlechtsgänge, deren letzte, von Einigen wenigstens, immer wieder auf chronische Gonorrhoe bezogen werden. Wer hingegen congenitale Verhältnisse auch hier in den Vordergrund schieben will, hätte zunächst daran zu erinnern, dass Myome der Haut, des Rumpfes und Scrotums ¹⁾ namentlich, recht häufig bei jungen Individuen gefunden werden und dass die relativ frühe Zeit ihrer Entdeckung gleichwohl nicht die Zeit ihrer Entstehung ist. Sie waren wahrscheinlich schon vorher da, aber zu klein, als dass sie auffielen und machten sich erst auf einer bestimmten Stufe ihrer Vergrößerung bemerkbar. Aehnliches kann bei Oesophagus und Darmmyomen angenommen werden. Nicht immer, nur an bestimmten Stellen erregen sie Beschwerden, falls sie überhaupt grösser werden, oder sich abstossen u. s. w.; ihrer tiefen Lage wegen entziehen sie sich der directen Palpation; selbst bei der Section fallen sie nicht besonders auf.

Auch bei den früh sich zeigenden Hodenmyomen muss an locale Entstehung gedacht werden weil sie der Insertionsstelle des gubernaculum Hunteri entsprechen ²⁾.

In Rhabdomyomen sind bisweilen Beimengungen glatter

1) Virchow. Geschwülste III, S. 97. Winwarter. Deutsche Chirurgie Lief. 23, S. 581.

2) Kocher. Hodenkrankh. Deutsche Chirurgie II. Aufl. 1887, S. 531

Muskeln vorhanden, die quergestreiften Muskeln aber sehr wahrscheinlich embryonalen Ursprunges ¹⁾.

Die teratoiden, aus Cysten, Knorpel, Knochen, Nerven u. s. w. bestehenden Geschwülste gelten allgemein als Erzeugnisse der Entwicklungsperiode; gar häufig führen sie auch glatte Muskeln.

Endlich sah K l o b s ²⁾ an dem einen mit Haaren besetzten Ostium einer Fistula Colli congenita ebenfalls ein Myom.

Ich bin mir wohl bewusst, in den 5 vorstehenden Gruppen alle Möglichkeiten, welche zu Polypen und polypenähnlichen Bildungen im Oesophagus führen können, nicht erschöpft zu haben. Z. B. dachte ich wiederholt darüber nach, in wie weit perverse fötale Abschnürungen im Bereich der Chorda, der Wirbelmasse und der Trachea unter Umständen in die Speiseröhre, unter Verlegung ihres Lumens, hineinwachsen könnten. Aber es gelang mir nicht, in der Literatur nennenswerthe Stützen für diese Vermuthung zu finden. Dass sie keine müßige ist, mag eine Mittheilung Prof. K o c h's an mich zeigen.

Er sah, allerdings nur einmal, gelappt, breitbasisch dem Peristost der Halswirbelkörper aufsitzend und flach kugelig eine Geschwulst den Rachen, vis-à-vis dem Gaumensegel, verengen, deren Existenz seit seiner frühen Jugend der 40-jährige intelligente Patient auf das Bestimmteste behauptete. Nach der Exstirpation, welche schwer ging, zeigten sich im grobfaserigen Grundgewebe deutliche Streifen hyalinen Knorpels.

Durch Heranziehung der Thierpathologie konnte ich die Aetiologie meiner Bildungen auf eine breitere Basis ebenfalls nicht stellen. Scheint dagegen doch auch der Bau der Polypen zu sprechen, welcher an allen 5 Stellen einheitlicher sein dürfte, als die Krankengeschichten vermuthen lassen. Leider verbietet ihre Lückenhaftigkeit eine entschiedenere Stellungnahme auch in diesem Punkte.

Endlich bliebe zu untersuchen, was Polypen, Hypertrophieen, Fältelungen und congenitale Stricture der Speiseröhre bedeuten,

1) Ribbert. Virch. Arch. 130, S. 273.

2) Nach Winiwarter l. c.

wenn Divertikel derselben als „Rückschritte der Natur“, als Atavismen bezeichnet werden müssen. Ich beanstande diese von Albrecht¹⁾ ausgesprochene Ansicht in keiner Weise, sientmalen auch im Falle der Divertikel die Forderung wohl gestützt werden kann, dass wenn von einem solchen Rückschritt gesprochen wird, Andeutungen desselben bei jedem Individuum vorhanden sein müssen. Es sind das eben die verschiedenen Weiten der Speiseröhre in verschiedenen Höhen — Anklänge an die zweite Form einstiger Kropfbildung, die diffuse. Als was dem gegenüber aber die Polypen angesprochen werden müssen, ist nicht ohne Weiteres klar.

Indessen begnüge ich mich, alle diese Punkte hier nur gestreift zu haben. Ich gedenke dieselben an anderer Stelle des Breiteren zu erörtern.

1) Deutsche Gesellsch. f. Chirurgie. Verhndlg. 1885 I, S. 132.

Symptomatologie.

Dieselbe hat mit der Bemerkung zu beginnen, dass ein Theil unserer Polypen Erscheinungen überhaupt nicht macht, wie z. B. E b e r t h gelegentlich der Schilderung eines relativ grossen Myoms in der Nähe der Cardia bekräftigt, welches bei Lebzeiten Symptome, die auf seine Anwesenheit hätten schliessen lassen, nicht verursachte. Andere Male werden diese Geschwülste gewissermassen nur zufällig, am Ende der Krankheit bemerkt, während in einer dritten Gruppe, periodenweise wenigstens, Grösse der Geschwulst und Heftigkeit der von ihr abhängigen Beschwerden in keinem directen Verhältniss zu einander stehen.

Der von K o c h operirte Polyp z. B., doch eines der grössten bis jetzt beobachteten Exemplare, soll bei der 68jährigen erst 8 Tage vor seiner Wegnahme aufgefallen sein, als er zwischen den Zähnen zum Vorschein kam. Mag dieser Vorfall auch öfter, durch längere Zeit, sich wiederholt haben, was in Anbetracht des Carcinom's unter ihm plausibel erscheint, so liegt doch kein Grund vor, die andere Angabe der Kranken zu bezweifeln, dass ihr Schluckbeschwerden unbekannt gewesen seien. Die Entstehung der Geschwulst während der Entwicklung angenommen, würde also in diesem Falle von einer etwa 67jährigen Latenzzeit geredet werden dürfen.

Selbst verkalkte Myome des Oesophagus scheinen bis auf leichte „Entzündungen“ im obersten Theile des Schlundes symptomlos an ihrem Standort verbleiben zu können und sogar, wenn sie abgestossen werden, nicht viel Unbequemlichkeit zu bereiten.

H o l t's 80jähriger, ebenfalls mit sehr umfänglichem Polypen behafteter Kranke schluckte, so lange er denken konnte (at all

times), Flüssiges allerdings besser als Festes. Aber erst 16 Jahre vor seinem Tode bemerkte er — gewissermassen zufällig, beim Brechen — einen Klumpen im Rachen, an dessen Erscheinen auch ein Erstickungsanfall sich schloss. Aber letzterer wiederholte sich nicht; es folgte vielmehr eine 4j., wie es scheint beschwerdefreie Periode. Die 12 letzten Lebensjahre machte sich das Gefühl von Schwellung und eines freien Körpers im Halse bemerklich, was aber in der Ruhe nicht genirte, sondern nur bei stärkeren Bewegungen störend wurde. Der Tod erfolgte ganz acut in einem suffocatorischen Anfall, im Anschluss offenbar an eine besonders unglückliche Verlagerung der polypösen Massen. Die ähnliche Mittheilung R o k i t a n s k y's und S c h u h's möge im Original verglichen werden.

Allmähliches Wachsthum der Geschwulst und daher erst allmähliche Verlegung der Speiseröhre, die Gewöhnung*), die Möglichkeit, den Polypen sehr bedeutend „elastisch zu recken“, die Schlüpfrigkeit und Gestalt seiner Oberfläche, endlich der günstige Fall, dass die den Polypen begleitende Erweiterung und Verdickung des Oesophagus grade in der Höhe des Polypen besonders ausgesprochen sein, also die Verlegung compensiren können und über verschiedene lange Strecken dieses Canales sich erstrecken, mögen Factors sein, auf welche diese Geringfügigkeit der Symptome zurückzuführen ist, von deren Häufigkeit indessen, angesichts der vielen fragmentarischen Berichte zur Stunde viel sich nicht sagen lässt. Nur scheinen die runden und kleinen Formen vor den gelappten, in einer Axe besonders entwickelten und grösseren in dieser Richtung nichts voraus zu haben, was auf die gleichzeitigen Veränderungen am Oesophagus, als auf bei diesem Contrast besonders wichtige Factors dieser Erscheinungsreihe wiederum hinweisen möchte.

1) Bei Middeldorpf's Kranken, bei welchem der ganze Polyp erhebliche Störungen zu Wege gebracht hatte, blieb nach der Operation ein anscheinend beträchtliches Stück der Stielpartie zurück. Es glitt in den Oesophagus, ward nicht mehr gesehen, verursachte weiter aber nicht die geringsten Empfindungen.

Verursachen die Oesophaguspolypen aber Beschwerden, so sind deren gewöhnlichste zunächst:

Schling- und Schluckbeschwerden. Dieselben datiren, soweit aus bruchstückartigen Berichten ersichtlich ist, nur in einem Theil der Fälle länger zurück als dem Carcinom entsprechen würde (Blankart 3½ Jahre, Dallas Monro einige Jahre, Holt at all times), sind andere Male erst seit kurzer Zeit bemerkbar gewesen (Arrow-smith Januar — Mai, Bell 2 Monate, Pringle Mai bis October) und haben in einer letzten Reihe endlich die Dauer wie etwa ein Oesophaguscarcinom gehabt (Schmieder 1 Jahr, Lippich 2¼ Jahr, Middeldorpf 2 Jahr). Auch beginnen sie in der Regel ganz allmählich und fallen dann zuerst beim Abschlucken nur fester Massen auf, welche letzteres umsomehr gehindert wird, je voluminösere Bissen gewählt werden, während für zerkleinerte Nahrung und namentlich Flüssiges Schwierigkeiten erst später auftauchen. Stetige, wenn auch langsame Progredienz dieser Erscheinung ist das weitere Charakteristische, bis der Augenblick der Inanition eintritt, weil nichts Nennenswerthes mehr in den Magen gelangt. Ab und an gab es aber inmitten solcher Steigerung periodische Erleichterung — in Folge Streichens des Halses (Roesser), Hinaufsteigens des Polypen in den Schlundkopf (Middeldorpf u. v. A.), oder seiner spontanen Ausstossung (Lippich, Vater, Vimont), nach welcher letzterer auch dauernde Euphorie eintrat, wenn nicht Recidive am Stumpf (Tarangé) oder aber organische Störungen am Oesophagus in Höhe des Stieles (Lippich, Communication mit den Bronchien) das Resultat wieder in Frage stellten. Wohl nur eine andere Bezeichnung für die spätere intensive Periode dieser Beschwerden ist es, wenn von Verlangsamung des Schluckaktes und daran anschliessendes Regurgitiren der Ingesta gesprochen wird. Im Gegensatz zum Divertikel beginnt das Regurgitiren beim Polypen schnell, z. B. 5 Sekunden nach Einführung des Bissen (Bell, Pringle, de Graef).

Zu Brechneigung, Würgen, Krampfanfällen im Halse, im Anschluss woran Schleim herausbefördert wird, kommt es aber nicht nur während des Essens, sondern auch — periodenweise — allein auf Grund der mechanischen Reizung und Reibung des Schlundes durch den Polypen. Wurzelt in solchem Falle der Polyp in Höhe der Cartilago cricoidea, so vollführt er, öfters an demselben Individuum mehrere Male, eine Aufwärtsbewegung um seinen Stiel, mit dem Effect, dass sein kolbiges freies Ende im Rachen erscheint (Lesueur, Dallas), über den Kehlkopf sich lagert (Roeser, Middeldorpf) oder endlich selbst zwischen den Zähnen zum Vorschein kommt (Koch). Das Gleiche leistete ab und an die Schlundsonde (Middeldorpf), ein Brechmittel, eine intendirte Würge- oder sogar schon eine bestimmte Kopfbewegung (Roeser), in der Regel aber nur auf kurze Zeit, weil an die Verlagerung anschliessende Athembeschwerden die schleunige Rücklagerung der Geschwulst an ihren alten Ort erwünscht erscheinen lassen. Nur bei der Koch'schen Kranken ist dauerndes Heraushängen der Geschwulst aus dem Munde und zugleich Fehlen sonstiger lastiger Erscheinungen zu vermerken gewesen. Welch' hohe Bedeutung dieses Intermezzo für die Diagnose hat, liegt auf der Hand.

Verschlucken, Verirrung der Nahrung in die falsche Kehle kommt namentlich bei meiner ersten Gruppe der Polypen zu Stande, wenn sie an der hinteren Wand der Giessbecken oder im Spalt zwischen ihnen entspringen, also, eine gewisse Grösse vorausgesetzt, von hinten her in den Kehlkopfeingang sich hineinzulegen die Möglichkeit haben (Arrowsmith, Stoerk). Geschieht es auch von Seiten der Exemplare, welche hinter der Cricoidea sitzen, so sind daran entweder die eben beschriebene Verlagerung oder aber die Appendiculargebilde des Stammpolypen Schuld, falls nämlich diese kleineren Exemplare oberhalb der Hauptgeschwulst sich befinden. Bei dem Holt'schen Kranken war das z. B. ein charakteristisch geformter Polyp, dessen Basis im Gegensatz zu jener des tief in den Oesophagus hinabreichenden

Stammpolypen breit und membranartig zwischen der Spitze des linken Giessbeckenknorpels und dem hinteren Theil der linken aryepiglottischen Falte sich befand, demgemäss die glottis posterior auseinanderzerren und offen erhalten musste.

Dass unter diesen Verhältnissen auch Verschlechterungen der Stimme bis zum Verlust derselben, bronchopneumonische Erscheinungen, Kurzathmigkeit und selbst Erstickungsanfälle das klinische Bild wechsellvoller machen können, leuchtet ohne Weiteres ein, wobei nur noch an die Stetigkeit, oder aber, im Gegensatz dazu, an den Wechsel in der Stärke dieser Erscheinungen zu erinnern wäre, je nachdem die nur zeitweiligen Verlagerungen der zweiten Gruppe oder die constanteren Beziehungen der ersten Gruppe zum obersten Abschnitte des Athmungsrohres den Anstoss zu den Beschwerden geben. Als Unicum muss ich aber den Lippich'schen Fall hervorheben, insofern hier die Lunge unter dem Bilde einer vom Oesophagus aus in die Bronchien hineingehenden Perforation in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die an den Durchbruch sich reihenden Erscheinungen waren die bekannten heftigen. In einigen Tagen entleerten sich 20 $\mathcal{A}$ Schleim mit Blutmengen, deren letztere allein ausgereicht haben würden, den jähen Tod zu erklären. An die event. Abhängigkeit des Durchbruchs von übriggebliebenen Verbindungen zwischen Speise- und Luftröhre habe ich schon vorhin erinnert. S. 52, 53. Bestände sie zu Recht, so wäre neu, dass die Lunge erst so spät in Mitleidenschaft gezogen wird. (Vergl. besonders den Fall Monro jun.).

Sensationen und Schmerzen, letztere durchschnittlich in geringerem Grade als der Krebs, ruft der Polyp ziemlich regelmässig hervor. Bisweilen sind sie nur vager Natur, in der Brust (Arrowsmith) oder im Rücken vorhanden (Vater, Rakitansky), häufiger auf die Ansatzstelle des Polypen beschränkt, z. B. also in der Tiefe des Halses an der Cricoidea (Roeser, Middeldorpf), oder in Höhe des 3. und 4. Brustwirbels localisirt (Lippich). Neben ihnen an einer bestimmten Stelle des Magens oder Darms vorhandene lästige Gefühle und Tenesmen weisen auf

eine zweite, in dem tieferen Theile des Verdauungsrohres wurzelnde Geschwulst, meist auf ein Myom hin, dessen Losstossung sich vorbereitet.

Jener intensive und für feine Nasen wohl spezifische Geruch, welcher die hochsitzenden Oesophaguscarcinome so lästig macht, fehlt bei den Polypen.

Ebenso die für diese Carcinome oft so charakteristische Lymphdrüenschwellung zu beiden Seiten der Trachea, unterhalb der Carotidentheilung.

Dagegen gelingt es bisweilen (Schneider, Roeser) den Polypen auf der einen Seite des Halses als tiefsitzende, von der Schilddrüse wohl unterscheidbare Geschwulst unbestimmter Form nachzuweisen und zu verschieben. Ob ihre Verwechselung mit dem Divertikel unvermeidlich ist, möge dahingestellt bleiben. Beide können, die eine durch Verlagerung, die andere durch Expression zum Verschwinden gebracht werden; entscheidend wäre, dass beim Divertikel oft Speisereste nach aussen sich befördern lassen.¹⁾

Fieber weist auf bronchopneumonische Complicationen (Arrowsmith), sehr viel seltener auf Ulceration an der Oberfläche der Geschwulst oder der Speiseröhre (Rokitansky), noch seltener auf die eingetretene Verbindung zwischen Luftröhre und Speiseröhre hin (Lippich).

Dass Cachexie und Inanition um so hochgradiger ausfallen, je absoluter der Verschluss der Speiseröhre ist und je länger er dauert, leuchtet ohne Weiteres ein.

1) Berkhan. Berl. klin. Wochenschr. 1888 S. 227.

Zur Diagnose.

Auch im Punkte der Diagnose darf selbst das anscheinend Bestbegründete vorstehender Erfahrungen und Ueberlegungen zur Stunde nur mit Vorsicht ausgenützt werden. Nichts z. B. ist doch natürlicher als der Schluss: Weil die Oesophaguspolypen sehr wahrscheinlich angeboren und dabei gutartige Geschwülste sind, ausserdem einem Gebiet angehören, dessen Verlegung kaum geschehen kann, ohne Spuren zu hinterlassen, müssen Handhaben, diese Polypen von dem Carcinom der Speiseröhre zu unterscheiden, allein aus der Berechnung ihres Alters und der Zeit ihres Bestehens sich ableiten lassen; es müssen, im Gegensatz zu den Krebsen, die Polypen der Speiseröhre früh auffallen und durch lange Dauer sich auszeichnen. Die Ueberlieferung sagt das Entgegengesetzte. Von 10 Fällen, welche verwerthbar sind, dass sie 2,5 resp. 6 Monate; 1, 2, $2\frac{1}{4}$, $3\frac{1}{2}$ Jahr, einige Jahre und nur einmal sehr lange (Holt) Beschwerden verursachten: zum Andern, dass die Träger der Polypen — 14 mal existiren Angaben hierüber — 10 Männer, 4 Frauen waren und — in 12 Fällen — einmal im 25. Jahre, 4 mal im mittleren, beziehentlich besten Alter, 1 mal im 43, 2 mal im 48, 1 mal im 50, 1 mal im 68, 1 mal im 80 Jahr standen, 1 mal „alt“ waren. Wiederholt habe ich die Mangelhaftigkeit der Beobachtungen und die Thatsache, dass der Beginn einmal der Polypen, das andre Mal der Beschwerden durchaus nicht zusammenfallen, für diesen Contrast verantwortlich machen müssen. Er hindert also die jedesmalige Ausnützung der Zeit- und Altersverhältnisse in differentiell-diagnostischem Interesse und zwingt

uns, letzterem zu genügen, augenblicklich die objectiven Untersuchungsmethoden in erster Linie heranzuziehen.

In der That sind dieselben von ausschlaggebender Bedeutung sofort der ersten Gruppe der Polypen gegenüber, jener, deren Gebiet die Gegend hinter und seitwärts von den Giessbeckenknorpeln ist. Stellt sich Jemand mit Schluck- und Athmungsbeschwerden, so ist, mangels äusserer Zeichen die pharyngoscopische Untersuchung ohnehin das Erste, was der gewissenhafte Arzt zu thun hat. Sie muss Ursprungstätte, Grössen- und Formverhältnisse des im Bezirk der Giessbecken und der Schlundfurchen Fremden auf den ersten Blick, in störrischen Fällen, wie sie z. B. *Stoerk* vor sich hatte, zum mindesten nach vorausgeschickter Tracheotomie darthun.

Bei den Polypen im Anfang der Speiseröhre und hinter dem Ringknorpel liegen die Verhältnisse schon nicht so einfach, da eine erste orientirende Untersuchung mit dem Spiegel unter Umständen negativ ausfallen kann und dann zunächst auf andere Weise zwischen gestielter Neubildung, Krebs, Actinomyose und Divertikel zu scheiden ist.

Das Divertikel sowohl als auch der Polyp können bei äusserer Untersuchung vom Halse aus weggedrückt werden; je vollständiger aber das Divertikel verschwindet um so massenhafter gelangen die in ihm gefangenen Speisereste in den Schlund zurück, während im anderen Falle, bei bimanuellem Vorgehen, die Finger den Polypen aufnehmen und ihn wahrscheinlich sofort auch dem Gesicht zugänglich machen. Erwägt man, dass vom Aufsteigen der Geschwulst die intelligenteren Kranken selbst zu berichten wissen, dass es durch Brechmittel, Kitzeln des Schlundes u. A. oft wenigstens zu erreichen ist, dass Stielverhältnisse wie im *Holt*'schen Fall durch Pharyngoscopio ohne Weiteres, im Falle etwas tieferer Lage, nach vorgängigem Cocainisiren, mittelst Abziehen des Larynx von der hinteren Rachenwand voraussichtlich oft sich beleuchten lassen werden, so sind Handhaben genug da, auch diese zweite Gruppe in genügender Schärfe zu diagnosticiren.

Dem Carcinom dieser Stelle gegenüber kämen noch der Geruch und die Lymphdrüsen in Frage; von Actinomyose der Speiseröhre welche nicht auch im Rachen sichtbar wäre, weiss ich nichts.

Die Sonde aber wird Einiges bei den Myomen zu leisten im Stande sein, welche der Mitte des Oesophagus angehören, beziehentlich in der unteren Hälfte der Speiseröhre, bis zur Cardia hinab, sitzen. Middeldorp schon hebt hervor, er habe gelegentlich des von ihm beobachteten, übrigens der Ringknorpelpartie angehörigen Falles, die Sonde bald nicht von der Stelle, bald anstandslos in den Magen führen können. Das ist die Erfahrung, welche auch beim Divertikel gemacht wird und hier wie bei Myomen zunächst auf Rechnung des Zufalles zu schreiben ist, weil der dem einzelnen Falle Entgegentretende das Instrument im ersten Augenblick zu wenig beherrscht, bald in der Höhle des Divertikels, beziehentlich auf der buchtigen Oberfläche des Myoms sich verfängt, bald, an ihnen abgleitend und vorbeipassirend, zur Tiefe kommt, bis er durch zweckentsprechende Führung und Krümmung des Sondenendes das zwiespältige Resultat vermeiden, und den Sitz des Hindernisses nicht nur rücksichtlich der Höhe, sondern auch rücksichtlich des Querschnittes der Speiseröhre bestimmen lernt.

Zur Scheidung zwischen Polyp und Divertikel trägt dann die Erfahrung bei, dass das pharyngeale Divertikel nur ganz ausserordentlich selten bis zur Mitte des Oesophagus hinunterreicht, und dass das Divertikel der Mitte des Oesophagus selbst dem seltenen Myom gegenüber eine Rarität ersten Ranges, übrigens an die vordere Wand der Speiseröhre in einer für die Sonde nicht recht zugänglichen Weise gebunden ist. Da ich 4 Myome und myomähnliche Prominenzen an der vorderen Wand des Oesophagus und hier kaum ebensoviel Divertikel habe, muss die Fixirung der etwas nach vorn gekrümmten Sonde in Mitten der Speiseröhre auch der Wahrscheinlichkeit nach auf Myom in erster Linie bezogen werden.

Carcinome der unteren Hälfte der Speiseröhre lassen nicht,

wie schliesslich Divertikel und Myome alle möglichen, sondern nur ganz bestimmte, im Allgemeinen dünne Schlundsonden und selbst diese nicht immer durch, geben auch neben Blut Geschwulsttheile an die Augen des Instrumentes ab. Im Fall der Wahl der dicksten Sonde endlich bekommt man beim Carcinom kaum jemals das Gefühl, als könne man frei wie unter der Voraussetzung sich bewegen, dass das Myom auswich. Die carcinomatöse Stricturengt die Passage fortwährend ein und geht nur höchst selten in die excentrische Dilatation, also im Querschnittsverhältnisse des Oesophagus wie beim Myom und Divertikel über.

Wie könnte man aber selbst dem Kenner, wenn zu an sich seltenen Verhältnissen Durchbrucherscheinungen wie im Lippich'schen Falle sich hinzugesellen, Vorwürfe machen, wenn er zunächst an Carcinom, als an einer Krankheitsform festhält, in Folge deren Durchbrüche nach der Luftröhre relativ häufig sich ausbilden? Oder wenn er dort wo Myome Symptome überhaupt nicht machen, die Sonde nicht zur Hand nimmt? — Die grössere Mehrzahl der Oesophaguspolypen wird in Zukunft sich diagnosticiren lassen, bei vereinzelt Kranken wird aber diese Diagnose ebenso sicher ein frommer Wunsch bleiben.

Als an Selbstverständliches darf ich zum Schluss dieser kurzen diagnostischen Skizze auch wohl noch daran erinnern, dass die Erfolge, welche die lange fortgesetzte Sondenbehandlung und rationelle Ernährung durch die Sonde geben müssen, den Krebs mit Sicherheit ausschliessen lassen und dass spastischen Stricturen der Charakter des Augenblicklichen, häufig bei Hysterischen, zukommt.

Zur Prognose und Therapie.

Unter einigen zwanzig in prognostischer Richtung verwertbaren Fällen figuriren zwei, bei welchen durch spontane Austossung der Polypen Heilung eintrat (T a r a n g e t, V a t e r). Doch war dieselbe im letzten Fall nur eine bedingte, da, wahrscheinlich in Folge Nachwachsens der Geschwulst, alsbald nach ihrem Abgang von Neuem Beschwerden sich einstellten.

D a l l a s, R o e s e r, M i d d e l d o r p f und K o c h entfernten den Polypen auf blutigem Wege (durch Ligatur, Schnitt, Abdrehen). D a l l a s freilich, obwohl er die Tracheotomie zur Hilfe genommen hatte, da er nicht mehr als etwa den fünften Theil des Gewächses herausbeförderte, so dass die Beschwerden weiter dauerten und dem Kranken schliesslich verhängnissvoll wurden. M i d d e l d o r p f hingegen stellte seinen Kranken wieder her, trotzdem er ein noch recht ansehnliches Stück des Stieles zurückliess, während R o e s e r, mittelst Abdrehens, und K o c h durch Zug und Scheerenschnitt die Geschwulst vollständig beseitigten.

Weitere 17 Kranke sind eigentlich sich selbst überlassen geblieben, wofür man einige Nährklystire, Sondirungen und die „Magenborste“ (V a n h u y s) als bewusste und consequente Therapie nicht rechnen will. 12 dieser Kranken gingen an Inanition zu Grunde, wobei ich den obigen D a l l a s'schen Fall aber noch einmal rechne und auch einer zweiten, von A r r o w s m i t h für nöthig befundenen Tracheotomie zu erwähnen habe.

Plötzlicher Asphyxie unterlagen 2 andere Kranke (H o l t, S t o e r k), der Verblutung bei bestehender schwerer Broncho-

pneumonie ein Dritter, zufälligen Complicationen bei noch nicht allzusehr reducirter Ernährung zwei Kranke; der eine der Wassersucht im Gefolge von Intermittens (Rokitansky), der andere einem axillaren, pintengrossen Abscess (Bell).

Würde man bei diesen Daten es bewenden lassen, so lieferte man offenbar Schwarzmalerei. Denn ein Theil der Polypen und namentlich auch polypenähnlichen Myome macht ja überhaupt keine Beschwerden und wird, gewissermassen zufällig, bei der Section entdeckt, ohne dann als Todesursache sich zu entpuppen. Die Eberth'sche Notiz z. B. stellt diese Thatsache ausser Zweifel, die gewiss auch bei anderen, nur aphoristisch beschriebenen Fällen meiner Casuistik eine Rolle gespielt haben mag und augenblicklich nur in Richtung ihrer Häufigkeit nicht gewürdigt werden kann. Deswegen haben prognostische Betrachtungen neben der einen, klinisch bedenklichen, auch die andere, ziemlich harmlose Gruppe der Oesophaguspolypen hervorzuheben, sich aber zu hüten, Häufigkeit und Wichtigkeit jeder einzelnen schon jetzt bestimmen zu wollen.

Die Therapie hingegen dürfte mit der Tracheotomie der *indicatio vitalis* in Fällen genügen, in welchen Erstickungsfälle auftreten. Letztere sind die directe Folge des Sitzes der Geschwulst in der ersten Gruppe (S. 41), in der zweiten Gruppe deswegen zu fürchten, weil der Polyp durch Erbrechen und Aehnliches herausgeschleudert und über den Kehlkopf gelegt werden kann. Thatsächlich sind so bedingte asphyctische Anfälle mindestens bei 6—8 Patienten dieser beiden Gruppen vorgekommen, ohne indess den Tod öfter als zweimal herbeigeführt zu haben. Die Tracheotomie wendete ihn ab bei dem Kranken Arrow-smith's, indessen Dallas wohl nur präventiv tracheotomirte. Wenn dazu zu schreiten ist, kann natürlich nur im einzelnen Falle bestimmt werden.

Im Uebrigen meine ich bei Geschwülsten der Schlundfurchen und direct hinter oder zwischen den Giessbeckenknorpeln durchgängig mit dem directen Verfahren, d. h. mit der Operation vom Munde aus, natürlich nach vorgängiger Cocainisirung, zum

Ziel kommen zu können. Ob dabei der Scheere, dem Messer, der galvanokaustischen Schlinge oder Aehnlichem der Vorzug gebührt, bleibt dem Ermessen des Einzelnen überlassen. Dagegen müsste die Situation schon in einer, aus der Casuistik augenblicklich kaum herzuleitenden Weise, z. B. durch breite Stielung, Härte oder Gefässreichthum der Geschwulst verschärft sein, wenn statt dieses einfachen Verfahrens etwa die Pharyngotomia subhyoidea, die Laryngofissur oder gar der seitliche Schnitt auf den Pharynx nothwendig sich erweisen sollten.

Und ähnlich steht es mit den Polypen hinter der Cartilago cricoidea. Sie sollten, natürlich ebenfalls unter Cocain, in den Mund gebracht, fixirt und dann, während man eine lange Coopersche Scheere längs ihrer der Zunge zugekehrten Fläche vor-schiebt, Asphyxie zu vermeiden, bei gleichzeitig energischem Zug möglichst nahe ihrer Basis abgeschnitten oder aber abtorquirt werden. Erfahrungsgemäss erfolgt dabei keine so starke Blutung aus dem Stiel, dass sie präliminare Umschnürung und Aehnliches nothwendig machte oder dieses einfachste Verfahren überhaupt in Frage stellen könnte. Selbstredend wird aber der Erfolg um so vollkommener sein, je dünner der Stiel des Polypen ist.

Auf die Erfahrung von M i d d e l d o r p f hin, welcher ein offenbar recht beträchtliches Stück des Tumors ohne Beschwerden für den Kranken zurückliess, könnte in ähnlicher Weise aber auch bei Formen vorgegangen werden, welche mit breiterer Basis der Gegend hinter dem Ringknorpel anhaften; also der Versuch gemacht werden, zunächst mit stückweiser Entfernung des Kranken zum Ziel zu gelangen. Natürlich existirt eine Grenze, welche vor der Operation leider nicht so ohne Weiteres zu taxiren ist, durch das Missverhältniss in der Stärke der basalen Parteen des Polypen zum Querschnitt der Speiseröhre ausgedrückt wird.

Resultirt in diesem Falle durch Zurücklassung des Restes eine zu grosse Behinderung des Schluckactes, dann wäre die seitliche Pharyngooesophagotomie in Höhe der Cricoidea das bes-

sere, natürlich eingreifendere Verfahren, das mir im Uebrigen angezeigt erscheint, sobald die Geschwulst in ähnlich umfangreicher Weise wie beim Holt'schen Kranken angeheftet ist.

Ob der nämliche Schnitt auf die Speiseröhre Myomen und polypenartigen Auswüchsen der Mitte der Speiseröhre gegenüber etwas leistet, wird noch lange fraglich bleiben. Hier wie überhaupt bei den gutartigen Geschwülsten der unteren Hälfte der Speiseröhre würde das Erste sicher die methodische Sondirung und Ernährung mittelst der Sonde sein. Ich kann mir nicht vorstellen, welchen Schaden ich mit diesem Verfahren, einige Vorsicht und eine zarte Hand vorausgesetzt, anrichten könnte. Dass davon oft abzustehen ist weil der Weg nicht sich öffnen lässt, folgt eigentlich aus keiner der bisherigen Krankengeschichten. Und sollte es später einmal der Fall sein, was könnte dann etwa die Drathschlinge oder das cachirte Messer erreichen, welche in die Tiefe der Speiseröhre geführt werden? Eher liesse sich schon die Gastrostomie empfehlen, nach welcher später, soferne man über viel Zeit verfügt, der Versuch zu machen wäre, von der Fistel aus, wenigstens diejenigen Myome zur Seite zu drücken oder gar herauszudrehen, welche dicht oberhalb der Cardia sitzen.

Thesen.

1. Falten, Taschen, Erweiterungen u. Polypen der Speiseröhre scheinen eng zu einander gehörige Dinge zu sein.
2. Die Jodoformirung noch geschlossener rein tuberculöser Gelenke nach Koch's Methode giebt quoad vitam et functionem gute Resultate und lässt die blutige Operation entbehrlich erscheinen.
3. Dass bei Arthritis tuberculosa fungosa die Gelenkwassersucht so gut wie ganz fehlt, beim sogenannten Hydrops articulorum tuberculosus aber das Krankheitsbild beherrscht, beruht wohl darauf, dass in dem einen Fall der secretorische Apparat der Gelenke mehr oder weniger zerstört ist, im anderen aber zunächst, wenn auch in veränderter Weise erhalten bleibt.
4. Tinctura Jodi fortior ist zur Stunde neben rationell eingerichteter Diät das beste Mittel gegen scorbutische Affectionen.
5. Werden die landischen Hospitäler vermehrt sein, so dürften die Aussichten auf wirksame Bekämpfung der Epidemien sich bessern.
6. Die bisher über die Dauer des Lebens geäusserten Ansichten befriedigen nicht.

