

Eine neue Art von Schlundsonde zur Diagnosti- cirung des Oesophagusdivertikels.

Von

W. Leube und F. A. Zenker.

(Vorgetragen am 18. November 1878.)

In einem Falle von Pulsionsdivertikel des Oesophagus, bei dem wir gemeinschaftlich der Diagnose und eventuell einzuschlagenden Therapie wegen consultirt wurden, war es dem behandelnden Arzte seit Wochen nicht mehr gelungen, die Sonde, die früher jederzeit leicht in den Magen gelangte, über die Gegend des Kehlkopfs hinunterzuschieben. Unsere eigenen Bemühungen waren von keinem besseren Erfolge begleitet: die Schlundsonde stiess ca. 17 cm. von den Schneidezähnen an gerechnet auf ein nicht zu überwindendes Hinderniss. Da der ganze Verlauf der Krankheit, sowie die zuverlässigen Beobachtungen des behandelnden Arztes entschieden für die Existenz eines Pulsionsdivertikels sprachen, so war es wahrscheinlich, dass jenes Hinderniss im Oesophagus nichts Anderes sei, als das blinde Ende des Divertikels. Das letztere konnte, da es nach den bisherigen Erfahrungen höchst wahrscheinlich zwischen Wirbelsäule und Speiseröhre gelagert war, die hintere Wand des Oesophagus so nach vorne drängen, dass die Längsachse des Divertikels die geradlinige Fortsetzung des Pharynx bildete und die eingeführte Sonde nothwendig in das Divertikel gelangte. Der eine von uns (Z) regte nun den Gedanken an, durch eine Krümmung der Sondenspitze nach Vorne den durch die Divertikellage geschaffenen „falschen Weg“ zu vermeiden. Gelänge es, das zunächst an der hinteren Schlundwand hinabgleitende Sondenende in dem Moment, wo dasselbe in die offene Mündung des Divertikels einzudringen im Begriff steht, durch eine Biegung nach vorn vielmehr über die Divertikelmündung hinweg gegen die vordere Schlundwand hinzuleiten, so war die Hoffnung vorhanden, dass beim Weitervorschieben der nunmehr gegen die vordere Schlund-

wand andrängenden nach vorn gekrümmten Sondenspitze dieselbe unter Vermeidung jenes falschen Wegs in die durch das Divertikel nach vorn verschobene Mündung des Oesophagus hinein und dann nach Wiedergeradstellung des unteren Sondenendes ohne Schwierigkeit weiter hinabgleiten werde. Wir construirten demzufolge eine Schlundsonde mit einer Spitze, die sich in beliebige Winkelstellung bringen liess: eine Gummischlauchsonde wurde mit einem Mandrin bewaffnet; derselbe bestand aus 2 starken Neusilberdrähten, welche unten in eine gemeinschaftliche ca. $1\frac{1}{2}$ cm. lange durch ein Charnier mit den Drähten verbundene solide Spitze ausliefen. Der eine der Drähte war mit mehreren in seiner ganzen Länge von verschiedenen Stellen abgehenden Oesen versehen, in welchen der andere Draht beweglich verlief. Das obere Ende des letzteren war mit einer Krücke, das des andern mit einem Ring für die Daumen des Operateurs versehen. Durch Anziehen der Krücke nach Oben bewegte sich das solide untere Ende des Mandrins nach Vorne und Oben und drängte dabei das unterste Ende der Schlauchsonde in einem Winkel nach Vorne.

Die Hoffnung, welche wir an die Einführung des so construirten Instruments knüpften, erfüllte sich in glänzender Weise gleich bei der ersten Sondirung. Da erfahrungsgemäss der Abgang des Divertikels wohl ausnahmslos von der hinteren Oesophaguswand gerade an der Grenze zwischen Speiseröhre und Schlund ungefähr der Ringknorpelplatte entsprechend stattfindet und die Entfernung der letzteren von den Schneidezähnen ca. 12 cm. beträgt, so führten wir, um erst den Kehlkopfeingang sicher zu passiren, die ungebogene Sonde zunächst in der letztgenannten Länge ein; hierauf wurde durch Anziehen der Krücke in der oben angegebenen Weise die Biegung der Sondenspitze nach Vorne bewerkstelligt und jetzt unter gelindem Druck die Sonde weiter vorwärts geschoben. Nach Ueberwindung eines bei den verschiedenen Sondirungen bald stärker bald schwächer erscheinenden Widerstandes — bei der ersten Sondirung fehlte derselbe ganz — glitt die Sonde in die tieferen Theile des Oesophagus und den Magen. Der zuweilen bei der Sondirung durch die nach Vorne gebogene Sondenspitze zu überwindende Widerstand imponirte dem Gefühl der operirenden Hand als eine härtliche Falte. Auf die angegebene Weise gelang im Verlauf von 8 Tagen die Sondirung mehrmals, in einzelnen Sitzungen dagegen nicht. Einige Male wurde die Kranke durch die Sonde ernährt.

Dass hiemit die Diagnose mit Sicherheit auf die Existenz eines Divertikels gestellt werden konnte, liegt auf der Hand. Mit Hülfe des beschriebenen Instruments ist man übrigens nicht nur in der Lage, das Vorhandensein eines Divertikels zu diagnosticiren in Fällen, wo man mit der gewöhnlichen Sonde nicht mehr die Durchgängigkeit des Oesophagus zu beweisen vermag; dasselbe kann überdies verwerthet werden, um die Länge des Divertikels annähernd zu bestimmen. Führt man nämlich das Instrument bis zu jener Stelle ein, wo die Biegung der Sonde spätestens gemacht werden muss, um noch in das verschobene Lumen des Oesophagus hinein zu gelangen, markirt den Stand der Schneidezähne an der Sonde und schiebt dann die letztere geradeaus vorwärts, also in das Divertikel hinein, so wird sie bei leerem Sack bis auf dessen Grund gleiten und hier ein nicht mehr überwindbares Hinderniss finden. Markirt man jetzt den nunmehrigen Stand der Schneidezähne wieder an der Sonde, so ergibt die Entfernung der beiden Marken von einander die ungefähre Länge des Divertikels. Die Möglichkeit, die winklig gestellte Spitze der beschriebenen Schlauchsonde leicht in die ursprüngliche geradeverlaufende Richtung zurückzuführen, hat weiterhin den Vortheil, dass, nachdem einmal die Sonde die enge Spalte passirt hat, die Sonde sofort wieder gerade gerichtet werden und so übermässige Dehnung der Oesophaguswand beim weiteren Vorschieben der Sonde vermieden werden kann. Wäre die Krümmung der Sondenspitze eine feststehende, nicht redressirbare, so würde dieselbe ausserdem zweifelsohne beim Herausziehen aus dem Magen an der Cardia ein starkes Hinderniss abgeben und unter Umständen zu gefährlichen Verletzungen Anlass geben. Es empfiehlt sich endlich, nachdem die Sondenspitze unterhalb der Stenose wieder gerade gerichtet ist, sofort den Mandrin aus dem Sondenschlauch herauszunehmen, da der letztere von da ab auch ohne den Mandrin leicht weitergeschoben werden kann, während auf der andern Seite das Herausziehen desselben, je weiter die Sonde nach Unten gelangt ist, um so grössere Schwierigkeiten macht.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen](#)

Jahr/Year: 1878-1880

Band/Volume: [11](#)

Autor(en)/Author(s): Leube Wilhelm Olivier von, Zenker F. A.

Artikel/Article: [Eine neue Art von Schlundsondc zur Diagnosticirung des Oesophogusdivertikels. 1-3](#)