

Ueber Entfernung fremder Körper aus dem Schlunde unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels.

[*Jenaische Zeitschrift 1863.*]

Als ich im Frühjahr 1858 den ersten Anstoss zur allseitigen Verwerthung des Kehlkopfspiegels gab, unterliess ich es nicht auch darauf hinzuweisen, dass unter seiner Beihilfe »das Auge zum sicheren Führer der Hand« in den dem Blicke neu erschlossenen Regionen des Körpers werden könne.

Im Februar 1859 habe ich diese Idee zuerst wirklich ausgeführt und mein dabei befolgtes Verfahren veröffentlicht. Die Laryngoskopie hatte damit ein neues, weites Feld gewonnen, welches seither zahlreiche und glückliche Bearbeiter gefunden hat, und auf welchem bekanntlich durch Erfindung und Benutzung neuer Instrumente bereits Erfolge in verschiedenen Richtungen erzielt worden sind, welche die kühnsten Erwartungen von der Leistungsfähigkeit des Kehlkopfspiegels in praxi gerechtfertigt haben.¹⁾

Auch bei der Entfernung fremder Körper aus dem Schlunde findet mein Verfahren Anwendung und ermöglicht es jetzt dem geübten Arzte in vielen Fällen rascher, sicherer und in weit schonenderer Weise, als früher, zum Ziele zu gelangen.

Ein im Halse stecken gebliebener fremder Körper kann mitunter Zufälle veranlassen, welche das Leben ernstlich bedrohen. Unter solchen allarmirenden Umständen wird nun freilich wohl selten Zeit und Gelegenheit zu einer laryngoskopischen Untersuchung und Operation gegeben sein, und man wird sich dann nothgedrungen mit den

¹ Vgl. »Der Kehlkopfspiegel . . . etc.« 2. Aufl., Leipzig, 1863, (Nr. XLII) die einschlägige Journalliteratur und besonders die kürzlich erschienene Laryngochirurgie von v. BRUNS.

bisherigen etwas rohen Manipulationen zur Entfernung des fremden Körpers behelfen müssen.

In allen jenen Fällen jedoch, wo kein *periculum in mora* vorhanden, oder der erste überwältigende Anfall beunruhigender Symptome vorüber ist, hat man meiner Ansicht nach zu allererst eine laryngoskopische Untersuchung zu machen und nur dann, wenn man des fremden Körpers durchaus nicht ansichtig werden sollte, zu den gewöhnlichen Manipulationen seine Zuflucht zu nehmen, sonst aber immer mindestens zu versuchen unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels zu operiren, bevor man irgend etwas anderes Operatives unternimmt.

Die folgenden vier Fälle von gelungener Entfernung fremder Körper aus dem Schlunde unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels, welche ich schon im vorigen Jahre dem Verein praktischer Aerzte in Prag mitgetheilt und einzeln veröffentlicht habe, stelle ich deshalb zusammen, weil sie mir geeignet scheinen die ausgesprochene Ansicht hinreichend zu begründen. Ich bemerke nur noch, dass ich mich in allen diesen Fällen nur einer ganz einfachen scheerenförmigen Schlundzange mit hinreichend langen, stark nach unten gekrümmten und recht schlanken Branchen bedient habe, dass aber eine Verbesserung an dieser Zange wünschenswerth erscheint, um sie bei allen Lagerungs- und Fixationsverhältnissen der fremden Körper gleich leicht und bequem verwenden zu können. Die Zange wurde mit der einen Hand eingeführt, während die andere den Kehlkopfspiegel hielt, so dass ihr Bild gleichzeitig mit jenem des zu entfernenden Körpers im Spiegel erschien.

Erster Fall.

Am 21. Februar 1864 kam ein junger Mensch in grösster Eile und Angst zu mir, um meine Hilfe wegen eines fremden Körpers in Anspruch zu nehmen, der ihm so eben beim Kaffeetrinken im Halse stecken geblieben sei und ihn fortwährend zum Husten und Erbrechen reize, sich aber trotz wiederholt eingetretenen Erbrechens und aller möglichen sonstigen Anstrengungen nicht entfernen lassen wolle.

Nachdem Patient noch angegeben hatte, dass der fremde Körper linkerseits tief im Schlunde stecken müsse, laryngoskopirte ich ihn sofort und fand richtig auf der linken Seite, an der Zungenwurzel, etwa in der Höhe der Epiglottis, einen borstenartigen Körper, dessen äusseres Ende unterhalb der linken Mandel in der Pharynxschleimhaut tief eingebohrst festsass.

Ich führte nun mit der linken Hand den Kehlkopfspiegel, mit der rechten die gekrümmte Zange ein, erreichte und fasste den borstenartigen Körper sicher mit der letzteren (indem deren Bild gleichfalls

im Spiegel erschien und das Auge als Führer der Hand diente), und entfernte ihn mit einem Zuge.

Die kleine Operation war — ohne die geringste Beschwerde für den Patienten — in wenigen Secunden glücklich beendet.

Wie lange hätte man, ohne die Benutzung meiner Methode, im Schlunde dieses Patienten wohl herumgearbeitet, um schliesslich vielleicht nicht einmal den gleichen Erfolg zu erzielen?!

Was den borstenförmigen, etwa 17 mm langen Körper selbst betrifft, so war es, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, das Stück einer Granne von einer Kornähre.

Zweiter Fall.

Der folgende Fall ist ganz analog dem vorhergehenden und steht auch insofern mit demselben in Beziehung, als meine frühere Mittheilung desselben im Verein praktischer Aerzte Hrn. Dr. FREIBERGER veranlasste mit dem 82 jährigen Patienten L. G., Commissionär für reisende Kunststreitergesellschaften, zu mir zu kommen.

Patient hatte am 19. März 1864 ein Gericht Fische verzehrt, und dabei war ihm eine Gräte tief im Halse stecken geblieben, welche ihm unerträgliche Unbequemlichkeiten und bedeutende Schmerzen verursachte. Die sogleich vorgenommenen und auch am nächstfolgenden Tage fortgesetzten ärztlichen Bemühungen, den fremden Körper zu entfernen, blieben erfolglos. Da auch der Schlundstosser wiederholt angewendet worden war, so vermuthete man, trotz der gegentheiligen Empfindung des Patienten, dass der fremde Körper wohl schon fort sei, aber eine Verletzung und Reizung des Schlundes hinterlassen haben möge, welche ohne Weiteres heilen und verschwinden werde.

Am dritten Tage nach dem Unfall kam, wie gesagt, Herr Dr. F. mit dem Patienten zu mir, um hierüber mittelst des Kehlkopfspiegels Gewissheit zu erhalten.

Die laryngoskopische Untersuchung wies alsbald nach, dass die Fischgräte, in Uebereinstimmung mit der Empfindung und Aussage des Patienten, allerdings noch immer vorhanden war. Dieselbe steckte mit dem einen Ende knapp über dem Kehlkopfeingang fest, während das andere Ende in horizontaler Richtung von links nach rechts etwa 6 mm hervorstand.

Durch die geringste Zusammenziehung der Schlingmuskeln richtete sich die Gräte mit ihrer scharfen feinen Spitze aus der Ebene der Schleimhautoberfläche empor und zielte in bedenklichster Weise gegen den Kehlkopfeingang und die Innenfläche der Epiglottis. Die Ursache der fortdauernden Schlingbeschwerden und Schmerzen des Patienten

war somit sichergestellt und es handelte sich nur noch um die Entfernung der Gräte unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels.

Nach mehreren vergeblichen Versuchen, die Gräte vermittelst der mit der rechten Hand eingeführten, lang- und schlankarmigen Zange zu fassen, gelang es mir zuletzt — nachdem ich mich entschlossen hatte, den Kehlkopfspiegel mit der Rechten, die Zange aber mit der Linken einzuführen (wodurch die Branchen die erforderliche Querstellung zur Gräte erhielten) — dieselbe gleich beim zweiten Versuch sicher zu fassen und mit einem Zuge heraus zu befördern.

Patient fühlte sich unmittelbar darauf so wesentlich erleichtert, dass er sich den überschwenglichsten Aeusserungen seiner Freude und seines Dankes überliess.

Die entfernte Gräte, von der Dicke einer Stecknadel, war ziemlich steif, plattgedrückt, an beiden Enden äusserst scharf zugespitzt und hatte eine Länge von 26 mm. Da das frei hervorragende Ende, wie gesagt, etwa 6 mm lang geschienen, so musste die Gräte nicht weniger als etwa 20 mm tief in den Weichtheilen der hinteren Rachewand, in der Richtung von rechts nach links eingebohrt gewesen sein.

Auch in diesem Falle war der rasche und sichere Erfolg der kleinen, dem Patienten aber als eine wahre Erlösung erscheinenden Operation, einzig und allein meinem Verfahren der Führung der operirenden Hand durch das Auge unter Beihilfe des Kehlkopfspiegels zu danken.

Alle die vergeblichen, für den Patienten sehr lästigen Bemühungen mit dem Schlundstosser hätte man, in diesem, wie in so vielen anderen Fällen, wo dieses, in gewissen Fällen allerdings unentbehrliche Instrument nicht zu brauchen ist, gänzlich ersparen können, wenn man seine Zuflucht in erster Linie zum Kehlkopfspiegel genommen hätte!

Dritter Fall.

Am 27. November 1864 wurde mir aus dem Prager k. k. Garnisonsspital Nr. I, ein Mann, J. S., pens. Armeediener, zugeschickt, welchem beim hastigen Essen eines Gerichtes sog. »Nudeln« mit Kalbfleisch Etwas im Halse stecken geblieben war, das er weder niederschlingen noch hinaufwürgen konnte und dessen Gegenwart im Schlunde ihm bedeutende Schmerzen und Unbequemlichkeiten verursachte.

Die Inspection mit dem Kehlkopfspiegel liess sofort einen von Schleim umhüllten fremden Körper erkennen, der rechts hinter dem Kehlkopf im Eingange der Speiseröhre festsass. Der fremde Körper schien stäbchenförmig zu sein und mit seinen äusseren Enden in der Schleimhaut zu stecken, während sein inneres Ende in horizontaler

Richtung in den Raum hinter dem Kehlkopf frei hineinragte. Ohne mich weiter mit der Untersuchung des fremden Körpers und seiner Befestigungsart aufzuhalten, aber auch ohne den fremden Körper aus dem Auge zu verlieren, führte ich die Schlundzange mit der rechten Hand — die linke hielt den Kehlkopfspiegel — in den Mund des Patienten ein.

Indem ich die im geschlossenen Zustand eingeführte Zange immer tiefer hineinschob, erschien das Bild der Zange im Spiegel und ich konnte nun die Branchen derselben, ohne irgendwo anzustossen, auf den im Spiegelbilde ebenfalls fortwährend sichtbaren fremden Körper zuleiten, denselben mit Sicherheit erfassen und mit einem Zuge entfernen. Dies war das Werk einiger weniger Secunden und Patient hatte dabei selbstverständlich nicht im Geringsten gelitten, ja nicht einmal einen Husten- oder Würgenanfall bekommen!

Der entfernte fremde Körper erwies sich als eine überraschend grosse, fast überall nur 1" dicke, dreieckige Knochenplatte (wahrscheinlich ein Stück vom Schulterblatt des Kalbes); die kürzeste der drei scharfen hie und da mit spitzen Zacken besetzten Kanten maass etwa einen W. Zoll, die längste an $1\frac{1}{2}$ ", so dass also die Flächenausdehnung des Knochenstückes mehr als einen halben Quadratzoll betrug! Die scheinbare Stäbchenform des fremden Körpers bei der laryngoskopischen Untersuchung war dadurch entstanden, dass sich von der im Oesophaguseingang festgekeilten Knochenplatte nur die eine, frei nach oben stehende Kante dem Blicke darbot. Die Anwendung des Schlundstossers hätte bei der Schärfe der zackigen Ränder des Knochenstückes leicht Unheil anrichten können und im besten Falle dem Patienten bei weitem grössere und länger dauernde Unbequemlichkeiten verursacht, als das angewendete Verfahren!

Vierter Fall.

Am 30. December 1864 brachte ein Landmann aus Smutovic in Böhmen sein Weib zu mir, welches angeblich mit einem Bissen Semmel eine in dieser eingebackene Nadel verschluckt und bereits seit drei Tagen im Schlunde stecken hatte, was ihr unerträgliche Schmerzen verursachte und sie hinderte feste Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, indem sie sich nicht traute, einen ernstlichen Essversuch zu wagen, aus Furcht die Nadel dabei noch tiefer hinab zu schlucken.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung der trotz ihrer Aufgeregtheit sehr verständigen und fügsamen Patientin fand ich den Zungengrund und die Epiglottis, welche sich dem ersteren innig anschniegte, stark geschwollen und geröthet — von einer Nadel war jedoch nichts

zu sehen; erst bei gleichzeitiger Senkung des Kehldeckels und Vorwärtsbewegung des Zungengrundes entdeckte ich in dem hierdurch entfalteten *Sinus glosso-epiglotticus* der linken Seite einen kaum 3 mm langen, an 1 mm dicken schwarzen Querstrich, welcher etwa wie ein an die Zungenwurzel festgeklebter Kohlensplitter aussah.

Nachdem ich hierauf neuerdings den Kehlkopfspiegel, und zwar mit der linken Hand eingeführt hatte, fasste ich mit der rechten die gekrümmte, lang- und schlankarmige Schlundzange und langte damit nach dem vermeintlichen Kohlensplitter im Grunde des linken *Sinus glosso-epiglotticus*, indem ich die erforderlichen Bewegungen des im Spiegelbilde sichtbaren Instrumentes mit Sicherheit durch das Auge beurtheilen und leiten konnte.

Schon beim ersten Erfassen des fremden Körpers erkannte ich, dass derselbe von Metall sei und vermuthete um so sicherer, dass ich das stumpfe Ende der angeblich verschluckten Nadel vor mir hätte, welche sich ihrer ganzen Länge nach in die Zungenwurzel fest eingepohrt haben müsse, als es mir nicht gelingen wollte, den erfassten metallenen Körper einfach herauszunehmen.

Als aber auch das kräftigste Ziehen an dem gefassten Metallstäbchen in der Richtung seiner Längsaxe erfolglos blieb, kam mir plötzlich der Gedanke an die Möglichkeit es mit einer Angel oder mit dem abgebrochenen Ende einer Häkelnadel zu thun zu haben und ich überlegte schon, ob nicht ein Einschnitt in die Zungenwurzel, und in welcher Richtung, nothwendig werden dürfte, um den fixirenden Widerhaken herauszulösen.

Vorher musste jedoch noch versucht werden, ob sich der fremde Körper nicht etwa durch Ziehen in anderen Richtungen entfernen oder doch lockern lasse, denn die enorme Festigkeit der Fixirung des fremden Körpers konnte ja auch nur durch die Folgen des bereits in seiner Umgebung bestehenden Entzündungsprocesses bedingt sein; vielleicht spielte auch die Contraction der Muskelfasern der Zunge eine Rolle dabei.

Ich fasste daher das kurze freie Ende des fremden Körpers nochmals und begann dasselbe unter gleichzeitig fortgesetzter Beobachtung des ganzen Operationsfeldes in allen möglichen Richtungen hin- und herzuziehen und zu bewegen. Als ich unter anderen Bewegungen auch kreisförmige vornahm, indem ich das gefasste freie Ende hebel förmig zuerst nach vorn gegen den Zungengrund, dann nach unten, dann nach hinten und endlich nach oben u. s. f. bewegte, wobei es also einen Kegel beschrieb, dessen Spitze im Einstichspunkt lag — da schnellte plötzlich das längere bis dahin unsichtbare und, wie ich meinte ganz

in die Zunge eingebohrte spitze Ende des fremden Körpers aus der Tiefe des rechten *Sinus glosso-epigl.* hervor, wo es gänzlich versteckt gelegen hatte. Jetzt fasste ich das eben frei gewordene längere spitze Ende der Nadel und suchte dieselbe durch kräftiges Ziehen der Richtung ihrer Längsaxe und links aus der Zunge herauszubringen.

Doch auch jetzt machte sich ein so bedeutender Widerstand geltend, dass die Nadel kein Haarbreit von der Stelle rückte und in der durchbohrten einige Millimeter langen Strecke der Zungenwurzel wie festgewachsen erschien.

Ich machte nun eine etwa $\frac{1}{4}$ stündige Pause im Operiren und liess die Pat. ein Glas kaltes Wasser trinken, theils um der Pat. nach dem mehrere Minuten lang ohne Unterbrechung fortgesetzten Offenhalten des Mundes etwas Ruhe und Erholung zu gönnen, theils um die *Sinus glosso-epigl.* von den geringen Blutspuren zu säubern, welche, aus dem gezerrten Stichcanal stammend, sich daselbst angesammelt hatten.

Als ich darauf den Spiegel wieder einführte, war zu meiner Ueerraschung gar nichts mehr von der Nadel zu sehen: wenigstens suchte ich sie vergebens an ihrem früheren Orte an der Zungenwurzel, welche sie in der Tiefe des *Sinus glosso-epigl.* quer durchspießt hatte, und schon fürchtete ich, sie sei — so unwahrscheinlich es mir bei dem enormen Widerstande sein musste, welchen sie meinen Extractionsversuchen entgegengesetzt hatte — durch die Schlingbewegungen beim Trinken aus ihrer so überaus festen Verbindung mit der Zunge ganz herausgelöst und unvermerkt mit dem Wasser verschluckt worden.

Diese Befürchtung war jedoch unbegründet, denn ich fand die Nadel endlich wieder — allerdings in einer völlig veränderten Stellung. Sie war nämlich durch die Schlingbewegungen wenn auch nicht ganz frei gemacht, so doch so weit gelockert, vorgeschoben und umgelagert worden, dass sie nun aufgerichtet aus der Tiefe des rechten *Sinus glosso-epigl.* gegen den *Arcus palato-glossus* hervorragte und nur noch mit ihrem äussersten stumpfen Ende im Stichcanal der Zungenwurzel steckte. Nunmehr war es natürlich das Werk eines Augenblickes die Nadel zu fassen und mit einem leichten Zuge gänzlich zu entfernen. Es war diese Nadel wie die genauere Besichtigung zeigte eine grobe Schneider-Nähnaedel, 32.4 mm lang, 0.8 mm dick, aber sehr spitz und von schwarzer Farbe.

Eingebacken in einer Semmel war also die Nadel von der Patientin verschluckt worden, dabei war die scharfe Spitze der Nadel in den linken *Sinus glosso-epigl.* gerathen. hatte sich daselbst in die Zungenwurzel eingestochen und diese in querer Richtung durchbohrt, so dass sie im rechten *Sinus glosso-epigl.* wieder zum Vorschein kam. In dieser

Richtung rückte die Nadel weiter, bis von ihr nichts mehr zu sehen war als ein kleines Stückchen von dem dicken Oehrende im linken *Sinus glosso-epigl.*, während sich das lange spitze Ende in der Tiefe des rechten *Sinus glosso-epigl.* vollständig versteckte und ein kleiner Theil des Mittelstückes in der querdurchbohrten Zungenwurzel festgehalten wurde. In dieser Lage und Fixirung ist die Nadel am 3. Tage nach dem Unfall von mir angetroffen worden. Durch die beschriebenen Manipulationen gelockert, wanderte die Nadel während der Schlingbewegungen beim Trinken des Glases Wasser durch den quergerichteten Stichcanal der Zungenwurzel vollends hindurch und stellte sich dann aufrecht, so dass sich ihre Spitze gegen den *Arcus palato-glossus* richtete, während das Oehrende noch in der Ausmündungsöffnung des Stichcanals im rechten *Sinus glosso-epigl.* steckte. In dieser Stellung wurde die Nadel schliesslich erfasst und entfernt.

Jena, den 18. Oct. 1865.
