

Aus dem Kgl. Reservelazarett „Kriegervereinshaus“ Berlin.
(Chefarzt: Stabsarzt Dr. Freundlich.)

Oesophagoskopische Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre.

Von Ldst.-Arzt Dr. I. W. Samson (2. Garde-Res.-Rgt.).

Die kasuistische Literatur über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre und aus den Bronchien ist in den letzten Jahren sehr umfangreich geworden durch die Ausbildung der neuen endoskopischen Methoden und durch die Vervollkommenung unseres Instrumentariums. Dennoch darf ein jeder Fall wohl registriert werden, weil er zeigt, mit welcher Sicherheit die Handhabung der neuen Methoden in der Hand des Geübten möglich ist und wie auf diesem Wege die Kranken um die immer noch recht gefährlichen chirurgischen Eingriffe (Oesophagotomie und Pneumotomie) herumkommen.

Unser Fall darf vielleicht noch dadurch ein gewisses Interesse haben, daß der in Frage kommende Fremdkörper, eine Vulkan-Gebißplatte des Oberkiefers mit zwei Schneidezähnen (s. Fig. 1), 22 Tage lang in der Speiseröhre eines Soldaten gelegen hat und trotz seiner Größe (größte Länge 43 mm, größte Breite 30 mm) und Scharfkantigkeit auf dem genannten Wege glatt entfernt werden konnte.

Es handelt sich um einen Soldaten, der in Rußland im Fieber nach Schutzimpfung nachts im Schlafe sein Gebiß unter schmerzhaftem Würgen verschluckt hatte. Er wurde sofort dem Feldlazarett in L. überwiesen, blieb dort zehn Tage lang (vom 14. bis 24. Februar 1915) und wurde dann nach Berlin befördert, um am 26. Februar in dem Reservelazarett Kriegervereinshaus Aufnahme zu finden.

Der Kranke ist stark abgemagert, da er nach seinen Angaben seit dem 14. Februar nur noch dünnflüssige Nahrung hindurchbringen konnte, während dickbreiige und feste nicht mehr durch die Speiseröhre hindurchgingen. Sonstige Beschwerden hat ihm der Fremdkörper nicht gebracht.

Die physikalische Untersuchung mit einer feinen, weichen Sonde ergab, daß der Fremdkörper in einer Entfernung von etwa 24 bis 26 cm von der Zahnreihe entfernt in der Speiseröhre lag. Eine genaue Bestimmung der Entfernung des Fremdkörpers von der Zahnreihe mittels der Sonde war nicht möglich, weil die feine Sonde an dem Fremdkörper vorbeiglitt. Wie auch Starck¹⁾ hervorhebt, ist aus diesem Grunde eine genaue Lokalisation der Fremdkörper mittels Sonde nicht immer möglich.

Dagegen konnte hier durch das Röntgenbild eine genaue Lagebestimmung vorgenommen werden. Die nebenstehende Fig. 2 zeigt, daß das Gebiß den oberen Brustbeinrand größtenteils überragt (ventrodorsale Durchleuchtungsrichtung).

Das Röntgenverfahren sollte in jedem Falle, wenn möglich, herangezogen werden, weil sich naturgemäß jedes forcierte Sondieren mit starken Sonden wegen einer möglichen Verletzung der Speiseröhrenwand und der dadurch bedingten Folgeerscheinungen (Mediastinitis) verbietet. Da eine möglichst schnelle Entfernung des Fremdkörpers im Interesse des Kranken lag und ein Oesophagoskop nicht zur Stelle war, bediente ich mich meines Brüningschen Bronchoskops, dessen Außenröhre das lange Killiansche Röhrenspatel ist, und der von Brünings angelegenen Verlängerungsröhre.

Fig. 1.



Fig. 2.



a Fremdkörper.

Am 7. März 1915 wird der ganze Pharynx, der Kehlkopfingang, die Stimmbänder und die subglottische Gegend, sowie besonders der Eingang zur Speiseröhre mit 10% igem Kokain anästhesiert. Es wird dem Patienten dann in sitzender Stellung die stärkste Nummer des Brüningschen Bronchoskops in die Speiseröhre eingeführt, und mittels des zweiten Vorschaltungsrohres gelang es, das Gebiß in der bereits genannten Tiefe in das Gesichtsfeld zu bringen. Zunächst war wegen der starken Schwellung der Speiseröhrenschleimhaut nur das weiße Emaille der beiden Schneidezähne zu sehen. Immerhin konnte man nach Entfernung reichlicher Schleimmassen durch Stieltupfer feststellen, daß die Gaumenplatte so lag, daß die hintere Speiseröhrenwand sich über die Konvexität der Platte spannte. So war zwischen Gebißplatte und vorderer Speiseröhrenwand ein feiner Spalt geblieben, durch welchen die dünnflüssige Nahrung hindurchlief. Nachdem mittels eines langen Hakens das Gebiß angehakt und leicht beweglich befunden worden war — ein Beweis, daß die scharfen Kanten nicht in die Wand der Speiseröhre eingedrungen waren —, wurde das Gebiß mit einer kleinen Hakenzange gefaßt und langsam emporgezogen. Infolge der Größe des Fremdkörpers war es selbstverständlich nicht möglich, diesen durch das Bronchoskop hindurchzuziehen, sodaß das letztere vor dem aufwärts gezogenen Fremdkörper herbewegt werden mußte. Störend während des Eingriffs war die reichliche Schleimabsonderung in der Speiseröhre, die das Gesichtsfeld fast völlig verdeckte.

Eine nach der Entfernung des Fremdkörpers vorgenommene Besichtigung der Speiseröhrenwand ergab, daß weder irgendwelche Verletzung an der Stelle, an der das Gebiß gelegen hatte, noch im Verlaufe nach oben bis zum Speiseröhreneingang zu sehen war. Nennenswerte Blutungen waren ebenfalls während des Eingriffs nicht eingetreten. Der Patient, der keinerlei Beschwerden nach dem Eingriff hatte, konnte unmittelbar danach etwas kalte Milch zu sich nehmen, um am selben Tage bereits dickbreiige Nahrung aufzunehmen. Nach zwei Tagen konnte er wieder alles essen.

Wenn man berücksichtigt, daß die einfache Oesophagotomie nach den vorliegenden Statistiken (Kalojeropoulos, Ballacresco-Cooper) immerhin noch eine Mortalität von 12–20% ergibt, während die Mortalität bei Fremdkörperentfernung durch Oesophagoskopie in der Hand des Geübten gleich Null ist (ältere Statistiken aus dem Beginn der oesophagoskopischen Ära geben an: Starck 5%, Jackson 3%), so darf man sagen, daß man den Kranken mit der Anwendung der Methode einen außerordentlich großen Dienst erweist. Es sollte künftighin nur dann operiert werden, wenn die Indikation für eine oesophagoskopische Entfernung des Fremdkörpers nicht vorliegt.

¹⁾ Lehrbuch der Oesophagoskopie, Würzburg 1914.