III. Ueber Polypenschnürer und ihre Anwendung im Ohre, in der Nase und im Nasenrachenraume.

Von

Dr. Arthur Hartmann in Berlin.

Für die Entfernung von Polypen aus dem Ohre ist in allgemeiner Anwendung der Wilde'sche Schlingenschnürer, ein winklig gekrümmter Stahlschaft, an dessen Schlingenende seitlich 2 Oeffnungen angebracht sind, durch welche die beiden Drahtenden der Schlinge gezogen werden. Am Griffende befindet sich ein Ring und an der Seite zwei Querstangen, an denen die Drähte befestigt werden. Wenn diese Querstangen, die am Stahlschafte verschiebbar sind, gegen den Ring gezogen werden, erfolgt die Abschnürung.

Der Blake'sche Schlingenschnürer unterscheidet sich von dem Wilde'schen hauptsächlich dadurch, dass der Draht nicht an der Seite eines massiven Stahlschaftes verläuft, sondern in einer Röhre, die an ihrem Ende zweimal durchbohrt ist, um die Drahtenden durchzuführen.

Bei diesen beiden Schlingenschnürern wird der in der Schlinge gefasste Polyp von der Schlinge im ersten Falle gegen das Ende des Stahlschaftes, im zweiten gegen das abgestossene Ende der Röhre gepresst und dadurch die Abschnürung erzielt. Bei sehr weichen Polypen gelingt die Abschnürung leicht, während bei etwas consistenteren keine vollständige Durchschneidung erfolgt, da die Schlinge nicht wie beim Ecraseur in eine Röhre vollständig eingezogen wird, sondern nur gegen das Ende des Stahlschaftes oder das konische Ende der Röhre angepresst wird. Es muss in diesen Fällen, nachdem der Polyp gefasst ist, entweder so stark gezogen werden, dass der Draht bricht, oder muss der Polyp vollends ausgerissen werden, was bedeutende Schmerzen verursachen und zu unerwünschten Nebenverletzungen Veranlassung geben kann.

Bei der Nasenpolypenoperation, zu der ebenfalls die erwähnten Schlingenschnürer benutzt werden, werden, wie im Ohre, durch das am Ende der Operation nöthige Abreissen Schmerzen verursacht, ohne dass jedoch Nebenverletzungen zu befürchten wären.

Um diesen Uebelständen abzuhelpen, liess ich mir einen Schlingenschnürer anfertigen, bei dem, wie beim Ecraseur der Gynäkologen oder beim v. Bruns'schen und Tobold'schen Kehlkopfschnürer die Schlinge ganz in die Röhre zurückgezogen werden kann, so dass ein vollständiges Durchschneiden des Polypen stattfindet.

Durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. Curschmann, dirig. Arztes des Moabiter Barackenlazarethes, hatte ich Gelegenheit, die Vorzüge eines solchen Schlingenschnürers bei einem Falle von Ohrpolypen in eclatanter Weise zu constatiren.

Frau H. wurde schon vor ungefähr 14 Jahren wegen Polypen in ihrem linken Ohre operirt; seit 12 Jahren fingen dieselben wieder an, sich zu entwickeln und waren in den letzten Jahren so gross geworden, dass sie bisweilen zum Gehörgange heraushingen, so dass Patientin genöthigt war, sie mit einer Stricknadel zu reponiren. Bei der Untersuchung fand sich der Gehörgang stark erweitert, mit vielen erbsen- bis bohnen grossen gestielten Polypen ausgefüllt, die aus der Tiefe desselben ihren Ursprung nahmen. Mit dem Wilde'schen Schlingenschnürer gelang

es mir, einige der oberflächlich sitzenden Polypen zu entfernen, bei den tiefer liegenden waren die Stiele so fest, dass das Durchschneiden nicht gelang, so dass ich den Rest unter bedeutenden Schmerzen abdrehen und ausreissen wollte, wovon ich wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit Abstand nehmen musste. Beim stärkeren Anziehen der Schlinge riss der Draht und musste ich bei Entfernung desselben der Patientin ebenfalls Schmerz verursachen. Dieselbe war daraufhin nur mit Mühe zu einer neuen Operation zu überreden. Ich benutzte nun einen am Schlingenende zusammengedrückten Röhrenschnürer, legte die Schlinge um den Ansatztheil der Polypen und schnitt durch. Die Patientin fragte darauf erstaunt, ob denn die Operation schon vorüber sei. Auch die Entfernung der Reste gelang ohne wesentlichen Schmerz zu verursachen mit diesem Schnürer.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Der vorstehend abgebildete Schlingenschnürer (Fig. 1)¹⁾, hat einen Griff ähnlich wie der Wilde'sche, unter stumpfem Winkel lässt sich an diesen Griff eine Stahlröhre anschrauben, die für die Operationen im Ohre eine Länge von 5 Ctm., für Operationen in der Nase eine solche von 9 Ctm. (Fig. 2) besitzt. Die Stahlröhre ist am Schlingenende breit gedrückt und kommt die Schlinge in die auf diese Weise entstehenden Ecken der Röhre zu liegen. Ist die Schlinge in die Röhre gezogen, so ist der Polyp durchschnitten und bleibt derselbe nicht wie gewöhnlich beim Wilde'schen oder Blake'schen Schnürer am Instrumente hängen, sondern bleibt im Ohre, resp. in der Nase liegen und muss mit der Pincette entfernt werden.

Mit der 9 Ctm. langen Röhre lassen sich auch polypöse Wucherungen im Nasenrachenraum beseitigen²⁾, indem die Schlinge durch die Nase eingeführt und ihre Stellung pharyngoskopisch kontrolliert wird. Doch bedient man sich bequemer und sicherer zu diesem Zwecke der Schnürer, die vom Munde aus eingeführt werden.

Für besonders wichtig halte ich es einen gut und sicher schneidenden Schnürer für die hypertrophischen Pharynxtonsillen und die adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum zu besitzen, deren Wesen und Bedeutung, besonders in ihrem ursächlichen Zusammenhange mit Hörleiden, durch die ausgezeichneten Arbeiten Meyer's³⁾ klargelegt wurde. Statt

der von Meyer angegebenen Operationsmethode mittelst eines durch die Nase eingeführten Ringmessers, wobei die mit dem Finger im Nasenrachenraum nötigen Manipulationen der Operation etwas Rohes und für den Patienten äusserst Unangenehmes geben, wird die Operation von Voltolini mit dem Galvanokauter, von Michel mit der galvanokaustischen Schlinge vom Munde aus vorgenommen. Störk demonstrierte auf der Naturforscherversammlung in Graz einen Schnürer, bei dem die Schlinge gedeckt ist durch Oesen, die von beliebiger Grösse angeschraubt und durch Gelenke gestellt werden können. Ich selbst benutzte in mehreren Fällen den Voltolini'schen Schlingenschnürer ohne Galvanokaustik. Obwohl ich damit zum Ziele kam, zeigten sich doch die durch den Wilde'schen und Blake'schen Schlingenschnürer hervorgerufenen Uebelstände, dass nachdem die Schlinge zugezogen war, die gefasste Wucherung vollends abgerissen werden musste, was überflüssigen Schmerz verursachte. In einem Falle mit sehr consistenten Wucherungen passierte es mir sogar, dass das Abreissen nicht gelang und ich den Draht wieder abnehmen musste. Obgleich ich die Vorzüge der galvanokaustischen Entfernung der besprochenen Schwellungen nicht bestreiten will, so glaube ich doch, dass es angenehmer ist, wenn wir ohne Galvanokaustik ebenso sicher und schmerzlos unsern Zweck erreichen, da erstens nicht jeder Arzt im Besitze eines galvanokaustischen Apparates ist und wir zweitens häufig Nebenverletzungen mit der glühenden Schlinge nicht vermeiden können. Der Störk'sche Schlingenschnürer ist unnötig compliciert.

Analog dem Röhrenschlingenschnürer für Ohr und Nase liess ich nun auch einen solchen für den Nasenrachenraum anfertigen, mit dem das Abschnüren ebenfalls schmerzlos und vollständig ausgeführt werden kann. Statt der geraden Röhren für Ohr und Nase wird eine rechtwinklig gekrümmte (vgl. Fig. 3) in den Griff eingeschraubt. Das für die Schlinge bestimmte Ende ist 6 Mm. breit, mit leicht konkavem Rande um die Schlinge in ihrer Lage zu unterstützen. Die Länge des rechtwinklig abgehengenen Schlingendes ist $4\frac{1}{4}$ Ctm., für Kinder und niedrigen Nasenrachenraum $3\frac{1}{2}$ Ctm. Bei der Abschnürung fällt das durchschnittenen Stück gewöhnlich in den Pharynx und wird von da ausgehustet, seltener verschluckt. Die Operation kann nach der von Michel¹⁾ für die galvanokaustische Abtragung der Wucherungen empfohlenen Methode ausgeführt werden, indem die Schlinge ohne gleichzeitige Controlle mit dem Pharynxspiegel gegen das Rachendach angedrückt wird. In einem Falle, bei dem ich aus den Symptomen die Diagnose gestellt hatte, ohne dass es mir gelang zu pharyngoskopieren, sah ich die Diagnose bestätigt, indem ich nach Michel die Schlinge einführte und bei der Herausnahme derselben eine Wucherung mit zum Vorschein kam. Für gewöhnlich wende ich die Operationsmethode Michel's nicht an, da die Operation viel sicherer und vollständiger gelingt, wenn mit Hilfe des Spiegels jede einzelne Wucherung gefasst und abgeschnürt wird. Nur wenn das Pharyngoskopieren bedeutende Schwierigkeiten macht, führe ich die Schlinge auf's Gerathewohl ein. Ebenso verfährt Voltolini²⁾, der schon vor Michel in besonderen Fällen ohne Leitung durch den Spiegel am Dach der Rachenhöhle vom Munde aus galvanokaustisch operierte.

Bei der grossen Wichtigkeit der von Meyer als adenoiden Vegetationen beschriebenen Krankheitsprocesse, als ursächliche Momente für Gehörleiden, glaube ich es nicht unterlassen zu dürfen, auf die Häufigkeit des Vorkommens derselben aufmerksam zu machen. Meyer fand in Kopenhagen unter 2000 Schulkindern 20 mit adenoiden Wucherungen, während Voltolini glaubt, dass die Krankheit in Deutschland nicht so häufig vorkommt als in Dänemark. Auch in Wien ist das Vorkommen dieser Wucherungen nach Politzer ein ziemlich seltenes, während ich hier in Berlin unter 300 Ohrenpatienten 7 Fälle mit hochgradigen Wucherungen beobachtete. Häufig wird die vorliegende Erkrankung, wenn nicht pharyngoskopiert wird, nicht diagnosticirt und nur der gleichzeitig bestehende granulöse Rachenkatarrh in Behandlung gezogen oder werden geschwollene Mandeln excidirt, ohne irgend welchen Erfolg für das bestehende Gehörleiden zu erzielen.

¹⁾ Angefertigt von R. Detert, Französischestr. 53

²⁾ Ausserdem glaube ich, dass dieser Schlingenschnürer sich zur Entfernung von Harnröhrenpolypen besonders empfehlen dürfte.

³⁾ Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. VII u. VIII.

Einziger Gegenstand der Tagesordnung: Die gegenwärtig in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie.

Referent San.-R. Szmula: Ueber die Epidemie sind in der Presse vielfach auseinandergehende Meinungen aufgetreten, Schutzzöllner, Socialisten, Sensationsbedürftige haben dieselbe zu ihren Zwecken ausgebeutet, andererseits herrscht über den Charakter derselben noch nicht volle Klarheit und es werden hier noch immer nicht nur alle Typhusformen, sondern auch noch andere Infectiouskrankheiten konfundirt. Es sei am allerwenigsten jetzt an der Zeit eine neue Nomenklatur der typhösen Erkrankungen einzuführen und die Variationen der einzelnen Fälle zu neuen Formen zu stempeln, man müsse vielmehr an drei klar von einander zu unterscheidenden Typhusarten festhalten; 1) T. abdominalis oder Darmtyphus, 2) T. exanthematicus oder Flecktyphus, 3) T. recurrens oder Rückfalltyphus. Sein Material bestehe aus 205 im Knappschaftslazareth zu Zabrze beobachteten Fällen, bei denen genaue mindestens 2mal täglich wiederholte Temperaturmessungen und Pulszählungen, überhaupt so genaue Beobachtungen stattgefunden hätten, wie sie eben in einem wohlgeordneten grossen Krankenhause möglich sind. Die hauptsächlichsten Symptome und der Verlauf der Typhuskrankheit seien folgende: Nach einem kurzen Prodromalstadium, oft ohne ein solches, beginne die Krankheit mit sehr hoher Körpertemperatur, welche sehr bald 40—41° C. erreiche, in einzelnen Fällen mit Schüttelfrost, bedeutender Schwäche, Mattigkeit und Abgeschlagenheit, die sich zu Stupor und Coma steigerten, die hohe Temperatur bleibe bis in die zweite Woche, und falle bei günstigem Ausgange am Ende derselben ab. Wo die normale Temperatur erst später wiederkehre seien stets Complicationen, namentlich seitens der Respirationsorgane, vorhanden. Es werden der Versammlung 70 Curven vorgelegt, unter denen 11mal die Entfieberung vor dem 7., in den übrigen nach dem 11. bis 13. Tage eingetreten war. Im Allgemeinen sei das Fieber mit dem 13. oder 14. Tage abgelaufen. Die Pulsfrequenz schwanke zwischen 80 und 120 in der Minute, den Pulsus dicrotus, der im Verlaufe des Abdominaltyphus häufig zum Vorschein komme, habe er in keinem Falle beobachtet. Nasenbluten sei in den Anfangsstadien nicht vorgekommen, dagegen am Anfange und in der Mitte der 2. Woche. Das Exanthem charakterisire sich als Roseola und bedecke häufig den ganzen Körper, am deutlichsten sei es in der 2. Woche und bestehe bis zum Ende derselben; gesehen habe er dasselbe in 70 bis 75 Proc. der Fälle, im Stadium des Beginns sei es noch viel seltener, daher die Meinungsdivergenzen in der Diagnose. Von Seiten der Verdauungsorgane seien hauptsächlich ein eigenthümlicher Druck in der Magenregion, Appetitlosigkeit, trockene Zunge hervorzuheben, Diarrhöen seien ausserordentlich selten, treten nur vorübergehend auf und seien zumeist den zu Beginn der Krankheit häufig genommenen Abführmitteln zuzuschreiben, von irgend einem specifischen Aussehen oder einer eigenthümlichen Zusammensetzung der Stuhlentleerungen sei nichts zur Beobachtung gekommen, ebenso wenig Darmblutungen oder kroupöse Complicationen.

Die Mortalität sei erheblich geringer als bei Unterleibstyphus, während sie bei diesem in den Knappschaftslazarethen nahezu 20 Proc. der Erkrankten betrage, wären in der gegenwärtigen Epidemie von den in diesen Lazarethen behandelten Typhuskranken nur gegen 3, im Kreise Zabrze überhaupt etwa 4 Proc. der Erkrankten gestorben.

Der Befund von vier Leichenöffnungen war im Allgemeinen ein negativer, er beschränkte sich auf katarrhalische Affection der Lungen mit beginnender Hepatisation, die Milz war vergrössert, weich, brüchig, die Pulpa abstreifbar, das Blut von russiger Beschaffenheit, die Nieren zeigten leichte Desquamationen, im Darm war keine Spur einer Erkrankung, weder Hyperämie noch Infiltration der Peyer'schen und der Mesenterialdrüsen vorhanden.

Ueber die Diagnose der Krankheit könne sonach ein Zweifel nicht obwalten, unter den 205 vom Ref. beobachteten Typhusfällen sei auch nicht ein einziger Darmtyphus gewesen, von dem die gegenwärtige Epidemie sich scharf unterscheide durch das plötzliche Ansteigen der Temperatur im Beginn der Erkrankung, durch den Abfall derselben und Eintreten der Reconvalescenz zu Ende der zweiten Woche, das Fehlen des Meteorismus, des Heocöalschmerzes und Gurrens, der Darmerscheinungen überhaupt, wie denn auch in der Leiche der Darm einen negativen Befund biete, durch das häufige und bedeutende Exanthem, ferner durch die geringe Mortalität und durch die Art der Verbreitung der Krankheit, welche im höchsten Grade contagiös über grosse Flächen und viele Ortschaften sich ausgebreitet habe, während der Darmtyphus nur durch locale Vorbedingungen begünstigt in kleinen Epidemien und Endemien auftrete. Recurrens hat Ref. seit Jahren nicht beobachtet, die Temperaturcurve des Rückfallfiebers sei von dem gegenwärtig herrschenden Flecktyphus so wesentlich verschieden, dass eine Verwechselung nicht wohl möglich sei. In keinem der beobachteten Fälle sei eben am 6. bis 7. Tage eine Remission um 5 bis 6 Grad, dann durch 5 bis 7 Tage Convalescenz, nachher wieder Temperatursteigerung, überhaupt 2 und mehr regelmässig wiederkehrende Anfälle vorhanden gewesen. Mit Masern sei im Beginn

der Krankheit eine Verwechselung möglich, die Diagnose kläre sich jedoch sehr bald durch den Verlauf.

Die hohe Contagiosität der Krankheit sei unzweifelhaft, im Knappschaftslazareth zu Zabrze seien trotz energischer Isolirung und Desinfection zwei Fälle von Ansteckung vorgekommen, die Intensität des Contagiums werde durch Zusammenhäufung der Kranken gesteigert, durch Ventilation vermindert, in Krankenhäusern seien im Allgemeinen Ansteckungen sehr häufig gewesen. Welche Verhältnisse sonst auf die Ausbreitung der Epidemie einwirkten, sei unbekannt, kein Alter, kein Geschlecht werde verschont, das Umsichgreifen der Seuche habe sich unabhängig von den Jahreszeiten, von trockener oder feuchter Witterung gezeigt, nicht nur die niederen Volksklassen wurden befallen, sondern auch die höheren und besser situirten Stände, die gegenwärtige Nothlage der Industrie habe mit der Epidemie nichts zu thun.

Die Aufgabe der Prophylaxe sei die Sorge für günstigere Wohnungsverhältnisse, Errichtung von Seuchenhäusern in den grösseren Gemeinden des Industriebezirks, strenge Isolirung der Kranken und Desinfection.

Wie lange die Krankheit in Oberschlesien bereits herrsche, sei immer noch nicht aufgeklärt, ein College glaube den ersten Fall von Flecktyphus der gegenwärtig noch bestehenden Epidemie im August v. J. in Königshütte gefunden zu haben, Ref. legt das Krankenjournal des Zabrze Knappschaftslazareths vor, in welchen ein Fall von Typhus exanthematicus bereits im Januar 1876 verzeichnet ist, er glaubt jedoch den Beginn der Epidemie noch viel weiter zurück datiren zu müssen. In dem Sanitätsbericht des oberschlesischen Knappschaftsvereins pro 1874 finde sich folgende Notiz: Mit dem Nachlass der Cholera trat in dem Königshüttener Sprengel in den Monaten Mai-Juli eine ganz ungewöhnlich heftige Epidemie von exanthematischem Typhus, jedoch mit vorwiegend günstigem Verlauf auf, so dass in diesem Sprengel 269 Personen = 2,7 Proc. seiner Vereinsgenossen von dieser Krankheit befallen wurden. Die Krankheit habe seit dem Herbst des vorigen Jahres durch höhere Ansteckungsfähigkeit rapide Verbreitung und stärkere Entwicklung einen anderen Charakter gewonnen, jedoch glaubt Ref., dass der exanthematische Typhus in Oberschlesien überhaupt nicht ausgehe und dass alle diejenigen epidemisch herrschenden fieberhaften Erkrankungen, welche als Sommer-Fieber und Beuthener Fieber bezeichnet worden sind, als zum exanthematischen Typhus gehörig zu betrachten seien, der Verlauf derselben sei immer typhös gewesen. Darm- und Rückfalltyphus seien auszuschliessen gewesen, einen „einfachen Typhus“ als besondere Form anzusehen, sei nicht thunlich, ähnliche Formen von Flecktyphus haben seit 1874 im Gross-Strehlitzer Kreise und im Beuthener in den Ortschaften Lipine, Chropaczow und Königshütte geherrscht.

Soweit das Szmula'sche Referat, das Wesentliche der interessanten Discussion, die sich an dasselbe geknüpft hat, sowie die schliesslich angenommenen Resolutionen folgen in einem zweiten Bericht; für heute will ich nur hinzufügen, dass die Abstimmung Einstimmigkeit darüber ergab, dass die gegenwärtig seit dem Herbst v. J. in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie ausschliesslich dem Flecktyphus angehöre.