Aus der Chirurgischen Abteilung der Militärärztlichen
Fortbildungsanstalt „Gülhane“ in Konstantinopel.

Oesophagotomie oder Extraktion mittels des Oesophagoscopes bei eingekleiteten Fremd- körpern in der Speiseröhre und Bemerkungen über Karotisunterbindungen.

Von Dr. Fritz Brüning, Preuß. Stabsarzt,
z. Z. Sanitätsmajor in der deutschen Militärmission für die Türkei
und Chefchirurg der Abteilung.

In Bruns Beitr. 110 H. 2 habe ich mich mit den eingeklemmten Fremdkörpern in der Speiseröhre beschäftigt und habe dort über neun Fälle berichten können.

In meinen Ausführungen habe ich mich damals auch eingehender mit der Frage beschäftigt, ob man sowohl zu diagnostischen wie zu therapeutischen Zwecken bei eingeklemmten Fremdkörpern in der Speiseröhre die Oesophagoskopie benutzen könne bzw. müsse.

Ich habe in dieser Arbeit gegenüber der Oesophagoskopie einen mehr ablehnenden Standpunkt eingenommen und die Oesophagoskopie bei eingekleiteten Fremdkörpern zu diagnostischen Zwecken nur für ganz bestimmte, eng umgrenzte Fälle zugelassen, sie aber zu therapeutischen Zwecken, d. h. zur Extraktion von eingekleiteten Fremdkörpern, fast gänzlich verworfen.

Dieser mein ablehnender Standpunkt hat durch einen Fall, über den ich im Folgenden berichten will, eine weitere wertvolle Bekräftigung erhalten.

[Es handelt sich um einen Soldaten, der beim Brotessen einen ihm unbekannten Fremdkörper vor zehn Tagen verschluckt hatte. Wegen zunehmender Schmerzen und Schluckbeschwerden kam er auf meiner Abteilung zur Aufnahme. Es fand sich eine druckschmerzhafte Schwellung am Halse, besonders links neben dem Kehlkopf, und starke Behinderung beim Schlucken. Unter der Diagnose einer Periösophagitis infolge Fremdkörpers wird sofort operiert, und zwar in meiner Abwesenheit durch meinen I. Assistenten, Sanitätshauptmann Dr. Ali Riza Bey. Er fand eine beginnende eitrige Periösophagitis und als deren Ursache eine Nadel, welche die Speiseröhrenwand perforiert hatte, zur Hälfte ausgetreten war und zur anderen Hälfte noch in der Speiseröhre steckte. Die Extraktion machte keine Schwierigkeiten. In der Oesophaguswand fand sich an der Perforationsstelle eine kleine, umschriebene punktförmige Gangrän, außerdem wurde aber in der Gefäßscheide der großen Gefäße eine ulzerös aussehende Stelle beobachtet; während längerer Beobachtung erfolgte jedoch keinerlei Blutung. Breite Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze. In Rücksicht auf

die verdächtige Stelle an den Gefäßen wurde davon Abstand genommen, ein Drainrohr einzuführen.

Am nächsten Morgen wurde mir nach meiner Rückkehr der Fall und der Befund bei der Operation gemeldet. Bei gutem Allgemeinbefinden wurde von einem Verbandwechsel und einer Wundrevision abgesehen. Ernährung durch die Schlundsonde.

Am zweiten Morgen wird mir bei meinem Eintritt ins Krankenhaus gemeldet, daß der Kranke soeben eine sehr heftige Blutung gehabt habe, sie sei aber wieder zum Stehen gekommen. Ich ließ nun sofort den Kranken in den Operationssaal bringen, alles zur Operation vorbereiten und entfernte den Verband. In dem Augenblick, in dem ich den Tampon in der Wunde lockerte, erfolgte eine frudroyante Blutung aus der Karotis, durch augenblickliche Fingerkompression gelang es mir, die Blutung zu beherrschen. Während ich nun mit der linken Hand die Kompression ausführte, machte ich mit der rechten die Operation.

In Lokalanästhesie wurde die Operationswunde nach unten erweitert. Es gelang dann, im unteren Wundwinkel um das ganze Gefäßbündel (Arterie, Vene und N. vagus) eine Schlinge heranzuführen und nun durch Anziehen der Schlinge die Gefäße provisorisch zu schließen. Beim Nachlassen der Digitalkompression trat wohl noch eine erneute Blutung auf — aus dem peripherischen Ende —, die Blutung war aber doch immerhin so vermindert, daß man in einem kurzen Moment das Loch in der Karotis sehen konnte, das sich nun durch einen direkt aufgedrückten Finger leicht schließen ließ. Nun wurde in aller Ruhe die Karotis gründlich freigelegt, gut isoliert und zunächst direkt unterhalb des Loches unterbunden. Dann wurde die provisorische Schlinge entfernt, um nicht unnötig den Vagus durch die Kompression zu schädigen, darauf die Karotis nach oben freigemacht. Es zeigte sich nun, daß das Loch gerade an der Teilungsstelle der Karotis saß. Jetzt wurde peripherisch die Karotis externa und interna unterbunden, worauf natürlich die Blutung völlig stand.

In den nächsten Tagen erfolgte eitrige Einschmelzung des Bindegewebes im unteren Wundwinkel. Aus der Speiseröhre trat nie Inhalt aus. In den ersten sechs Tagen erfolgte die Ernährung ausschließlich durch die Schlundsonde. Die Wundheilung ging dann ungestört von statten.

Es steht wohl außer Zweifel, daß der vorliegende Fall in erster Linie deshalb gerettet ist, weil die Oesophagotomie ausgeführt worden war. Hätte man die Extraktion der Nadel mit dem Oesophagoskop gemacht, so wäre es nachher wohl ziemlich sicher zu einer tödlichen Blutung in die Speiseröhre gekommen.

Nun werden mir die Anhänger der Oesophagoskopie gewiß den Einwand erheben: „Ja, in einem solchen Falle hätten wir auch nicht mehr die Extraktion mit dem Oesophagoskop gemacht, denn es bestand ja schon die entzündliche Schwellung am Halse.“ Schön, aber einige Tage vorher, als die Schwellung noch nicht vorhanden war, was würden sie da gemacht haben? Sie hätten die Nadel mit dem Oesophagoskop extrahiert, ohne nun zu wissen, welche Verletzungen sie in der Tiefe gemacht hat. Das ist eben der Hauptvorwurf, den man der Oesophagoskopie machen muß, sie schafft uns nicht genügend Klarheit über die Mitverletzungen, abgesehen von den Gefahren, welche die Extraktion mittels des Oesophagoscops an sich mit sich bringt, besonders bei größeren, zackigen Fremdkörpern. Die geglückte Extraktion mittels des Oesophagoscops lullt uns zu leicht in eine trügerische Sicherheit ein. Sie entfernt ja gewiß in den Fällen, in denen sie überhaupt gelingt, den Fremdkörper und damit das zunächst ins Auge springende corpus delicti, sie beherrscht aber in keiner Weise etwa schon durch den Fremdkörper an der Speiseröhrenwand und deren Umgebung gesetzte Schäden mit ihren Folgezuständen, ja läßt sie oft nicht einmal erkennen.

Ganz anders die Oesophagotomie. Durch sie beherrschen wir im chirurgischen Sinne das, was der Fremdkörper angerichtet hat bzw. noch anrichten wird. Sie ist das einzige Mittel, um eine drohende Periösophagitis zu verhindern und um eine ausgebrochene zur Heilung zu bringen. Sie gibt uns ein ganz anderes Gefühl der Sicherheit, während wir nach der Extraktion mit dem Oesophagoskop immer einige Tage in Sorge sein müssen, ob die Sache nicht doch noch schief geht.

Die Gefahren der Oesophagotomie hat man früher fraglos übertrieben. Bei der rechtzeitig angewandten Oesophagotomie sind sie sicher sehr gering, was meine in der eingangs erwähnten Arbeit veröffentlichten Fälle beweisen. Wichtig ist allerdings, daß man in den ersten sechs Tagen nach der Operation die Ernährung ausschließlich mit der Schlundsonde bzw. einer mit durch Oesophagotomiewunde eingeführten Sonde ausführt.

Daß in verschleppten Fällen die Oesophagotomie versagt, darf man nicht der Operationsmethode zur Last legen.

Ich präzisiere meinen Standpunkt betr. der Extraktion eingekleiteter Fremdkörper mittels der Oesophagoskopie wie folgt:

1. Sie ist unbedingt zu verwerfen bei allen festen Fremdkörpern mit unebener oder gar zackiger Oberfläche (z. B. Knochenstücken, Gebißteilen, Nadeln usw.).

2. Sie darf versucht werden bei Fremdkörpern mit glatter Oberfläche (z. B. Münzen, Steine usw.) oder bei weichen Fremdkörpern (z. B. Fleischklumpen). Doch auch bei diesen nur innerhalb der ersten zwei bis drei Tage. Später muß Ösophagotomiert werden, um Sicherheit zu haben, daß nicht eine Druckgangrän an der Oesophaguswandung eingetreten ist.

Gewiß werden mir die Anhänger der Oesophagoskopextraction die vielen mit Glück extrahierten Fremdkörperfälle entgegenhalten. Sie beweisen eben nur, daß man in vielen Fällen das Glück haben kann, den Fremdkörper zu entfernen, ohne daß es zu ernststen Verletzungen der Speiseröhrenwandung dabei gekommen ist, bzw. ohne daß schon vorher ernstere Schädigungen bestanden hatten. Sie hatten eben Glück, aber niemals die absolute Sicherheit, die durch den Fremdkörper an der Speiseröhrenwandung gesetzten Schäden bzw. seine Folgezustände nun auch wirklich beherrscht zu haben, soweit das nach dem heutigen Stande unserer chirurgischen Wissenschaft überhaupt möglich ist. Die unglücklich verlaufenen Fälle nach Extraction bzw. Extraktionsversuchen mit dem Oesophagoskop werden ja gewöhnlich nicht veröffentlicht.

Eine eingehende Begründung meines Standpunktes findet man in meiner eingangs erwähnten Arbeit, auf die ich erneut verweise.

Nun noch einige Bemerkungen über Karotisunterbindungen. Im vorliegenden Falle hat die Unterbindung der Carotis communis nicht die geringsten Erscheinungen nach sich gezogen, weder im Augenblick der Unterbindung — die Operation wurde in Lokalanästhesie ausgeführt — noch in der Folgezeit. Dagegen habe ich einen Fall beobachtet, in dem die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa den Tod zur Folge hatte, während man doch vielfach der Ansicht ist, daß die Carotis externa gefahrlos unterbunden werden könne.

Es handelte sich um einen 58 jährigen Mann mit einem vorgeschrittenen Zungenkarzinom, das auf den Mundboden übergegriffen hatte. Um einen möglichst geringen Blutverlust zu haben, machte ich vorher die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa. Die Operation verlief auch unter geringer Blutung und sonst ohne jede Komplikation. Der Puls blieb dauernd sehr gut. Der Kranke ist jedoch nicht recht aus der Narkose erwacht, er lag ständig im Halbschlummer und kam plötzlich acht Stunden nach Beendigung der Operation zum Exitus.

Die Sektion zeigte nur sehr geringe Atheromatose an den großen Gefäßen. Herz ohne Befund. Die Carotis interna ist beiderseits frei von Thromben, ebenso die Vv. jugulares. Es besteht ein ausgesprochenes Gehirnödem, sonst läßt sich im Gehirn nichts Krankhaftes feststellen.

Mein Vorgänger am Gülhane-Krankenhaus, Prof. Wieting Pascha, hat im Jahre 1907 in der D. Zschr. f. Chir. Bd. 90 eine Arbeit veröffentlicht „Ueber den Nutzen und die Gefahren der ein- und doppelseitigen Oberkieferresektion vorausgeschickten Karotisunterbindung.“ Seine guten Erfahrungen mit der prophylaktischen einseitigen Unterbindung der Carotis externa vor Oberkieferresektionen kann ich voll und ganz bestätigen. Diese meine guten Erfahrungen waren es auch, welche mich im vorstehenden Falle veranlaßten, die doppelte Unterbindung auszuführen. Wieting berichtet in seiner oben zitierten Arbeit, daß er in drei Fällen von doppelseitiger Oberkieferresektion Veranlassung genommen hat, doppelseitig die Carotis externa prophylaktisch zu unterbinden. Von diesen drei Fällen sind zwei gestorben. „Als Todesursache wurde in dem einen Falle (enormes weiches Sarkom beider Oberkieferhälften mit breitem Durchbruch durch die Schädelbasis) der Operationsschok angesehen, freilich mußte an der einen Seite noch die V. jugularis unterbunden werden. Der zweite Fall aber (mächtiges doppelseitiges Oberkiefersarkom) lehrte, daß auch die Unterbindung der Carotis externa nicht immer ganz ungefährlich ist: hier hatte sich nämlich, ausgehend von der Ligaturstelle nahe an der Bifurkation der Karotis, eine Thrombose der Carotis interna und communis gebildet.“

In meinem Falle ist das Gehirnödem fraglos die Todesursache. Dieses ist meiner Meinung nach dadurch zu erklären, daß durch die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa, also durch die Ausschaltung eines nicht unbeträchtlichen, dem Herzen nahegelegenen Gefäßgebietes, eine plötzliche starke Drucksteigerung im Gebiete der Carotis interna entstanden ist.

Die Beobachtung Wietings kann lehren, daß auch die einseitige Unterbindung der Carotis externa nicht ungefährlich ist; denn es ist ja klar, daß die Thrombose, die Wieting nach doppelseitiger Unterbindung auf der einen Seite sah, auch entstehen kann nach nur einseitiger Unterbindung. Ich halte es aber doch für sehr wohl möglich, daß die doppelseitige Unterbindung die Entstehung der einseitigen Thrombose besonders begünstigt hat infolge der viel größeren Druck-

schwankungen in den Karotiden, als wie sie nach einseitiger Unterbindung zustandekommen.

Wie dem auch sei, mein Fall ist jedenfalls eine dringende Mahnung, die doppelseitige prophylaktische Unterbindung der Carotis externa zu unterlassen.