

III. Ueber die Operation der Nasenpolypen.

Von

Dr. Arthur Hartmann in Berlin.

(Schluss aus No. 29.)

Fall 2. Seit mehr als 15 Jahren bestehende Polypenbildung in beiden Nasenhälften. Entfernung von über 60 einzelnen Polypenstücken mit dem Schlingenschnürer. Galvanokaustische Nachbehandlung. Heilung.

II., Kaufmann, mit kräftiger Constitution, 60 Jahre alt, giebt an, schon als Kind und als junger Mann häufig an Schnupfen gelitten zu haben, der sich auch im späteren Alter oft wiederholte und langwieriger wurde. Vor 15 Jahren bemerkte er zuerst in der linken Nase durch Digitalexploration, dass sich etwas hin und her bewegen lasse. Von seinem Hausarzte wurde nach dieser Entdeckung aus der linken Nasenhälfte mit der Zange ein Polyp ausgerissen. Bald trat von Neuem Polypenbildung auf, nicht nur in der linken, sondern auch in der rechten Nasenhälfte und stellte sich, nachdem nochmals mit der Zange eine grössere Anzahl der Polypen entfernt worden waren, bald vollständige Verstopfung der Nasenhälften ein, so dass der Luftdurchtritt vollständig gehemmt war. Es wurden nun noch vier Mal Extraktionen vorgenommen stets mit der Zange, Operationen die nach der Aussage des Patienten ausserordentlich schmerzhaft und mit nicht unbedeutenden Blutverlusten verknüpft waren. Es wurde durch diese Operationen zwar vorübergehend die Luftpassage durch die Nase wenn auch unvollständig wieder hergestellt, aber schon nach kurzer Zeit, 2—3 Monaten, war wieder vollständige Verstopfung vorhanden, so dass Patient auf fernere Wiederholung der unangenehmen Operation verzichtete, trotzdem die Belästigung durch das Leiden eine sehr beträchtliche war.

Abgesehen von den bekannten Erscheinungen von Benommenheit des Kopfes war fortwährend Abfluss seröschleimigen Secretes vorhanden, das besonders bei der Arbeit Tropfen um Tropfen aus der Nase rieselte. Nachts musste Patient stets auf dem Rücken liegen, wurde Seitenlage eingenommen, so trat wie bei Tage fortwährendes Abfliessen von Secret ein, was den Schlaf störte. In Folge dessen fand im Halse so starke Ansammlung von eingetrockneten Schleimmassen statt, dass Patient am Morgen den Hals ganz „steif“ fühlte und grosse Mühe hatte sich der angesammelten Massen zu entledigen. Die äussere Nase hatte an Umfang beträchtlich zugenommen und traten öfters Polypen über die Naseneingänge vor.

Patient suchte meine Hülfe wegen seit mehreren Monaten aufgetretener Schwerhörigkeit auf und liess sich zu einer nochmaligen Polypenoperation nur durch die in Aussicht gestellte Beseitigung der Schwerhörigkeit bestimmen.

Bei der ersten Vorstellung 18. Mai 1878 fand sich die äussere Nase kolbig aufgetrieben, in den erweiterten Nasenöffnungen liessen sich schon bei leichtem Zurückneigen des Kopfes Polypenmassen entdecken. Die Nase ist für Luft vollständig undurchgängig; bei der rhinoskopischen Untersuchung zeigt sich der Nasenrachenraum frei von Polypen, die Rachen-schleimhaut katarrhalisch geschwellt, Schwerhörigkeit mittleren Grades vorhanden.

Die Operation wurde in der Weise vorgenommen, dass mit den Schlingenschnürer möglichst grosse Polypenpackete gefasst und die Schlinge stets so hoch als möglich nach der Wurzel geführt wurde, während die Schlinge fest zugezogen wurde, wurde an derselben stark gezogen und damit die Polypen ausgerissen, oder, wenn dies erschwert war, durchschnitten. Sobald ein Stück entfernt ist, drängen sich weitere Massen vor, welche in gleicher Weise beseitigt werden. Obwohl die entfernten Polypen beträchtlichen Umfang theilweise bis zu Wallnussgrösse zeigten, gelang es doch erst in der zweiten Sitzung die eine Nasenhälfte für Luft durchgängig zu machen und erst in der dritten konnte Luftdurchtritt auch in der anderen Nasenhälfte hergestellt werden. In der vierten Sitzung musste noch eine grössere Anzahl von Polypen aus dem oberen und hinteren Theil der Nase entfernt werden, ohne dass jedoch schon die vollständige Beseitigung erzielt werden konnte. Trotzdem das Operiren keinen wesentlichen Schmerz verursachte, fühlte sich Patient nach den einzelnen Sitzungen doch stark ermüdet, bekam Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, so dass die Fortsetzung der Operation verschoben werden musste.

Nach einer zehntägigen Pause wird nun ebenfalls in 4 Sitzungen noch eine grössere Anzahl von Polypen, welche sich im hinteren und oberen Theile der Nase vorgedrängt hatten und besonders zwischen mittleren Muscheln und Septum noch zahlreich zum Vorschein kamen mit der Schlinge entfernt.

Die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens wird vom Patienten gegenüber den früheren Operationen mit der Zange als äusserst gering geschildert und die früher ausgehaltenen Schmerzen nicht zu vergleichen mit den jetzt verursachten. Die Blutungen waren stets gering, so dass sie die Wiederholung des Ausreissens und Abschneidens der Polypen nicht hinderten. Am unangenehmsten erschien dem Patienten das Einführen der Schlinge, während ihn das Ausreissen selbst wenig belästigte.

Im Ganzen konnte ich über 60 einzelne Stücke, welche entfernt worden waren, zählen, dieselben zeigten ein Gesamtvolum, von dem es kaum glaubhaft schien, dass die Nasenhöhle im Stande sei dasselbe aufzunehmen.

Patient war nun im Stande frei und ungestört durch die Nase zu athmen, was für ihn einen lang entbehrten Genuss bildete, die äussere Nase hatte an Umfang beträchtlich abgenommen, die Schleimsecretion, die ihn früher so stark belästigte, hatte vollständig aufgehört und was dem Patienten besonders werthvoll erschien, die Schwerhörigkeit war, ohne dass ich irgend wie das Hörorgan direct in Behandlung genommen hätte, von selbst zurückgegangen.

Nachdem die Polypenmassen entfernt waren, zeigte sich die Nasenhöhle von beträchtlichem Umfange, die unteren Muscheln waren vollständig gesund, während die mittleren Muscheln, von welchen die Polypen ihren Ausgang genommen hatten, sich noch in ihrer ganzen Ausdehnung geschwollen zeigten mit unregelmässigen Vorragungen von weicher Consistenz die als Polypenreste angesehen werden mussten. Als Patient nach 14tägiger Pause wieder hierher zurückkehrte fand sich, dass schon nach dieser kurzen Zeit sich wieder kleine polypöse Schwellungen gebildet hatten. Es musste nun der für den Patienten unangenehmste Theil der Behandlung eingeleitet werden, die galvanokaustische Zerstörung und Entfernung der noch vorhandenen Schwellungen. Ueberall, wo sich noch Schwellungen zeigten, wurde die galvanokaustische Schlinge angelegt, die Schwellungen wurden so gut als möglich gefasst und abgeschnürt oder wurden dieselben zerstört, indem die glühende Schlinge einfach darüber weggezogen wurde. Es wurden auf diese Weise die mittleren Muscheln besonders am hinteren Ende so zurecht ge-

schnitten, bis alle Vorrugungen und Schwellungen beseitigt waren. Trotzdem war die Heilung noch keine vollständige, da als Patient sich Anfangs November wieder vorstellte sich zwar der grösste Theil der Muscheln frei von Polypen zeigte, am hinteren Theile derselben jedoch wieder vereinzelte kleine Neubildungen aufgetreten waren, die nun ebenfalls galvanokaustisch zerstört wurden und auf diese Weise das Wiederwachsen verhindert und vollständige Herstellung herbeigeführt wurde.

Epikrise. Die Entfernung der so ausserordentlich zahlreich vorhandenen Polypen gelang dadurch verhältnissmässig rasch, dass ich ganze Packete mit der Schlinge fasste und, wenn dies leicht gelang, aussriss oder andernfalls durchschnitt.

Hätte ich mit der Polypenzange operiren wollen, so hätten sich wohl die den Nasenöffnungen nahe liegenden Polypen leicht herausbekommen lassen, aber die in der Tiefe der Nase und besonders in den oberen Partien versteckt liegenden kleineren Polypen zu entfernen wäre mit der Zange nicht gelungen, da die Zange selbst zu viel Licht wegnimmt um die einzelnen Polypen noch sicher unter Controlle des Auges fassen zu können; wollte man aufs Gerathewohl mit der Zange eingehen, würde man sicher keine Polypen fassen, da in diesen Partien der Raum zu eng ist um die Branchen der Zange öffnen und die Polypen fassen zu können; nur den dünnen Draht der Schlinge sind wir hier im Stande um die Polypen zu legen. Abgesehen davon wird sich bei jedem Patienten, der die Schlinge bereits kennen gelernt hat, die Anwendung der Zange wegen der damit verbundenen viel grösseren Schmerzhaftigkeit von selbst verbieten. Wohl nicht mit Unrecht spricht sich Voltolini über die Anwendung der Zange aus: „Die Qualen bei der Operation mit der Zange wären nicht zu theuer erkauft, wenn man die Gewissheit hätte, dass die Polypen nicht wiederkehrten, aber Letzteres bildet man sich nur ein und dieser Einbildung ist es wohl besonders auch zuzuschreiben, dass die Zange vorzugsweise in Gebrauch gekommen ist. Ich bin im Gegentheil sogar der Meinung, dass durch die Zangenoperation das Wiederwachsen befördert wird und, wo früher 2 Polypen waren, bei einem Recidiv nun vier auftreten.“ Gerade unser Fall liefert die Illustration zu der von Voltolini ausgesprochenen Anschauung, da nach den mehrfach wiederholten Zangenoperationen die Polypen nur um so zahlreicher wieder aufgetreten waren, während es bei frühzeitiger Beseitigung der Polypen mit galvanokaustischer Zerstörung der Wurzel und durch einige Zeit lang fortgesetzte Controlle der Heilung in der Regel gelingt die Recidive zu verhindern.

Fall 3. Seit 33 Jahren bestehende Polypenbildung in der linken Nasenhälfte, Ausdehnung nach dem Nasenrachenraume, Verstopfung beider Choanen durch Incarceration. Galvanokaustische Zerstückelung des im Nasenrachenraum befindlichen Theiles, Entfernung der im vorderen Theil der Nase befindlichen Polypen mit der Schlinge, Heilung.

Kösters, Arbeiter, 72 Jahre alt, ist trotz seines hohen Alters noch sehr rüstig, verrichtet täglich ziemlich beschwerliche Arbeit und war abgesehen von einem chronischen Unterschenkelgeschwür stets gesund. Nach der bestimmten Angabe des Patienten war die linke Nasenhälfte seit mehr als 33 Jahren für Luft nicht mehr durchgängig. Nach zuvor häufig aufgetretenen Schnupfen soll anfänglich die linke Nasenhälfte noch durchgängig gewesen sein in der Rückenlage im Bette, während in aufrechter Stellung keine Luft durchtreten konnte; später war die Verstopfung andauernd eine vollständige. Diese Verstopfung der Nase war verbunden mit dem Gefühl von Druck und Schwere auf der betreffenden Seite des Kopfes und mit häufig auftretendem Kopfschmerz linkerseits, ein Kopfschmerz, der sich von der Nasenwurzel aus über die ganze vordere Hälfte der linken Schädelseite erstreckte.

Mitte Mai 1877 war angeblich nach einer Erkältung als Patient Morgens aufwachte auch die bisher freie rechte Nasenhälfte vollständig verstopft, so dass die Nase überhaupt nicht mehr für Luft durchgängig war und Patient bei der Athmung den Mund stets offen halten musste.

Bei der am 22. Mai 1877 vorgenommenen Untersuchung fand sich in der linken Hälfte der Nasenhöhle eine bis zur äusseren Oeffnung reichende Polypenmasse von ungleichförmiger, grauröthlicher Oberfläche. Bei der Untersuchung mit der Sonde zeigt sich die Geschwulstmasse ziemlich weich den Nasenwandungen nach allen Seiten hin fest angelagert. Es gelingt nicht die am Boden oder an der Scheidewand der Nase vorgeschobene Sonde bis in den Nasenrachenraum vordringen zu lassen. Die rechte Nasenhälfte war in ihren vorderen Partien vollkommen frei, zeigte sich nur am hinteren Ausgange, wie sich besonders durch die Sondenuntersuchung zeigte, durch eine pralle Geschwulst abgeschlossen. Die Sonde konnte hier zwischen Geschwulst und weichen Gaumen bis zur hinteren Rachenwand mit Mühe vorgeschoben werden, dieselbe musste vorn etwas gekrümmt mehrfach hin und her gedreht werden, um sie in den Rachen gelangen zu lassen. Rhinoskopisch zeigte sich der Nasenrachenraum durch eine kugelförmige Geschwulst ausgefüllt, welche die Wandungen nach allen Richtungen hin berührte, die Tubenmündungen

und das Rachendach verdeckte. Die Oberfläche erschien livid roth. Mit der Sonde liess sich die Geschwulst nach allen Richtungen umgehen, war nicht eindrückbar, sondern prall elastisch gespannt, fühlte sich knorpelhart an. Die Besichtigung des Pharynx ergab katarrhalische Schwellung der Schleimhaut, der weiche Gaumen zeigte sich nur wenig nach abwärts gedrängt.

Da es mir unmöglich erschien den Rachentheil des Polypen weder von den vorderen Nasenöffnungen noch vom Rachen aus mit der Schlinge zu entfernen, nahm ich meine Zuflucht zur Galvanokaustik und begann den Polypen galvanokaustisch zu verkleinern. Unter Leitung eines Pharynxspiegels setzte ich den messerförmigen Galvanokauter zuerst auf die Mitte der Geschwulst auf und liess ihn tief eindringen, sodann suchte ich den Polypen, indem ich den Galvanokauter von der Mitte nach beiden Seiten hin und von oben nach unten wirken liess, in kleine Stücke zu zerlegen.

Die Rhinoskopie bot bei der reizbaren Rachenschleimhaut des Patienten grosse Schwierigkeiten, indem Patient seine Gaumenmuskeln stets contrahirt hielt und den weichen Gaumen stark hob. Nur durch fortgesetzt wiederholtes Intoniren von Nasallauten gelang es einen hinreichenden Einblick in das Operationsterrain zu gewinnen. Es wurde auf diese Weise das Fortschreiten der Zerkleinerung stark verzögert, so dass erst nach der 6. Sitzung die rechte Choane vollständig frei war. Den in der linken Choane noch übrigen Theil suchte ich ebenfalls noch mit dem messerförmigen Galvanokauter beizukommen, indem ich denselben, unter Leitung des Spiegels durch die Choane vom Rachen aus in die Nasenhöhle vorschob und von oben her den Polypen zu verkleinern suchte. In der 10. Sitzung blieb der ganz in zähe Schleimmasse eingebettete Rest am Galvanokauter hängen, so dass sich nunmehr bei der rhinoskopischen Besichtigung auch die linke Choane frei zeigte.

Schon in den vorausgegangenen Sitzungen hatte ich begonnen auch von der vorderen linken Nasenöffnung aus Theile des Polypen mit der Schlinge zu entfernen. Nach Entfernung eines fast taubeneigrossen Stückes wurde zur grossen Freude des Patienten auch diese Nasenhälfte für Luft frei durchgängig. Es fanden sich nun noch einzelne kleinere Schwellungen an der hinteren Hälfte der mittleren Muschel, welche mit der galvanokaustischen Schlinge beseitigt wurden. In Folge dieser gründlichen Entfernung aller Reste trat Neubildung von Polypen nicht ein, was ich bei einer nach Jahresfrist vorgenommenen Untersuchung constatiren konnte.

Epikrise. Wie sich nach beendeter Operation herausstellte, hatte der Polyp seinen Ursprung von der hinteren Hälfte der mittleren Muschel genommen, hatte allmähig die ganze linke Nasenhälfte ausgefüllt und sich in den Nasenrachenraum gedrängt. Von besonderem Interesse ist das ausserordentlich langsame Wachstum des Polypen, indem es mindestens eines Zeitraumes von 33 Jahren bedurfte, um die vollständige Verstopfung der Nasenhöhle zu Stande kommen zu lassen. Die pralle Spannung des Rachentheiles des Polypen in Verbindung mit der lividen Injectionsröthe seiner Oberfläche kann ich mir nur dadurch erklären, dass dieser Theil im linken Choanalring eingeklemmt war, da sich sowohl der in der Nasenhöhle befindliche Theil des Polypen viel weicher zeigte, als auch der Rachentheil rasch weicher wurde, nachdem die Zerstückelung Fortschritte gemacht hatte. Ausserdem dürfte sich dadurch das plötzliche Auftreten der vollständigen Verstopfung der Nase auch rechterseits erklären lassen, indem vermuthlich durch die Erkältung veranlasst die Einschnürung stattfand, welche durch eintretende Stauungshyperämie zur starken Anschwellung des über die Choane vorragenden Theiles des Polypen führte.

Es erscheint mir fraglich ob ohne eingreifendere Operation auf eine andere als die von mir eingeschlagene Weise der Polyp zu beseitigen war. Von der Nasenhöhle eine Schlinge um denselben zu führen war nicht möglich, da die Choanen fest verschlossen waren, ebenso wäre es bei der glatten Oberfläche und festen Consistenz des im Nasenrachenraum befindlichen Theiles des Polypen wohl kaum gelungen vom Rachen aus eine Schlinge um den über die Choane vorragenden Theil zu führen. Unter analogen Verhältnissen wurde neuerdings noch die Spaltung der äusseren Nase vorgenommen, um den Zugang zur Nasenhöhle zu erleichtern. Da es in allen Fällen von Nasenpolypen entweder mit dem Schlingenschnürer allein oder mit Hilfe der Galvanokaustik gelingt die Neubildungen zu beseitigen, muss jede eingreifende Operation als überflüssig erscheinen. Wie der vorliegende Fall zeigt, gelang es auch unter erschwerenden Umständen den Patienten von seinem Leiden zu befreien, ohne dass er sich seiner Ansicht nach einer Operation unterziehen musste.

Nachdem ein Theil des Rachentheils des Polypen galvanokaustisch zerstört war, gelang es dadurch, dass ich den Galvanokauter mit nach unten concaver Fläche in die Choane vorschob und von oben herab auf den Verbindungsstrang mit dem Nasentheile wirken liess, die Abtrennung des Restes herbeizuführen, so dass es möglich war, dass derselbe eines Tages am Galvanokauter hängen blieb, ohne dass irgend wie Blutung durch Abreissen des Stieles aufgetreten wäre.

Da mir zur Beseitigung des Rachentheiles des Polypen das beschriebene Verfahren, vom Rachen aus zu operiren, vorzügliche Dienste leistete, kann ich Zaufal¹⁾ nicht beistimmen, der sich in einer kürzlich erschienenen Arbeit sehr ungünstig darüber ausspricht, indem er glaubt, dass bei Polypen, welche sich bis zur hinteren Rachenwand erstrecken, der Werth der Rhinoskopie ein problematischer sei und dass bei der Operation der Spiegel mehr ein Hinderniss als eine erwünschte Beihilfe sei.

Wenn wir auch in manchen Fällen von Polypen, die sich nach dem Nasenrachenraum erstrecken, die Anwendung der Schlinge nicht vermeiden können, so möchte ich sie doch nur auf die Fälle beschränken, wo wir mit der Rhinoskopie und mit der Operation vom Rachen aus nicht zum Ziele kommen. Während das Anlegen der Schlinge durch die Manipulationen, welche mit dem Drahte und mit dem Finger im Rachen des Patienten vorgenommen werden müssen, äusserst unangenehm ist, gelingt die galvanokaustische Zerstückelung in wenigen Sitzungen mit sehr geringer Belästigung des Patienten. Ausserdem sind die Schwierigkeiten eine Schlinge umzulegen nicht gering und bedarf es bisweilen manches vergeblichen Versuches bis es glückt dieselbe in erwünschter Weise umzulegen. In einem Fall konnte ich einen über den weichen Gaumen herabtretenden Polypen mit der Kornzange fassen und leicht abreißen.

Bei Anwendung der Rhinoskopie ist es allerdings erforderlich sich mit der Technik durch Einübung vertraut gemacht zu haben, es gelingt dann in weitaus den meisten Fällen sich einen Einblick in den Nasenrachenraum zu verschaffen und denselben instrumentellen Eingriffen unter Leitung des Spiegels zugänglich zu machen. In dem vorliegenden Falle konnte ich mir bei der reizbaren Schleimhaut des Patienten den Einblick dadurch erzwingen, dass ich nach dem Czermak'schen Vorschlage fortgesetzt Nasallaute phoniren liess. Es wurde dadurch die „Conditio sine qua non“ frei in das Cavum eingedrungen werden kann, nämlich, dass das Gaumensegel weit von der hinteren Rachenwand absteht“ hergestellt. Ueber die günstigste Stellung des Kopfes beim Rhinoskopiren differiren die Ansichten der Autoren, indem bald eine stark vornüber geneigte Stellung (neuerdings von Schaller), bald die nach hinten rückwärts gebeugte Stellung des Kopfes (Moura, Türk) empfohlen wird. Durch Messungen an der Leiche, durch welche die Entfernung der oberen Schneidezähne vom zweiten Halswirbel bestimmt wurde, stellte ich fest, dass diese Entfernung wächst, je mehr die nach vorn übergebeugte in die nach hinten rückwärts gerichtete übergeht, dass somit die letztere Stellung eine entschieden günstigere ist, indem bei derselben der Gaumen am weitesten von der Halswirbelsäule absteht. In manchen Fällen ist der Unterschied nur gering, in anderen beträchtlich und erklärt es sich daraus, dass wir practisch bisweilen ebenso gut bei der einen wie bei der anderen Stellung des Kopfes einen genügenden Einblick in die Nase und den Nasenrachenraum gewinnen.

Indem ich hoffe, dass es mir gelungen ist die Zweckmässigkeit des Schlingenschnürers zur Entfernung von Nasenpolypen in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen von einer Reihe von Fachgenossen darzulegen, möchte ich zum Schlusse die von mir gewonnene Anschauung über die Operation noch dahin zusammenfassen: 1) Die Operation gelingt am leichtesten, sichersten und vollständigsten mit der kalten oder erhitzten Drahtschlinge, 2) diese Art der Operation ist mit weit geringerer Schmerzhaftigkeit und geringerem Blutverluste verbunden als die Zangenoperation. 3) Um Recidive zu verhüten, dürfte die galvanokaustische Nachbehandlung kaum zu umgehen sein.