

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Küttner.)

Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.¹⁾

Von Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Danielsen, Oberarzt der Klinik.

M. H.! Jährlich mehren sich die Publikationen über Entfernung von Fremdkörpern, besonders von Gebissen, aus der Speiseröhre mit Hilfe des Oesophagoskops. Immer größer wird die Zahl derer, die diese Methode beherrschen, immer zahlreicher infolgedessen auch die angegebenen Hilfsmittel. Da ist es denn kein Wunder, wenn — wie bei allen Neuerungen auf dem Gebiete der Medizin — so auch hier weit übers Ziel hinausgeschossen wird und übertriebene Forderungen aufgestellt werden. Alte, bewährte Methoden der Fremdkörperextraktion werden verworfen und neue Behandlungsarten gepriesen, welche in der Hand geübter Techniker in der Tat gute Resultate zeitigen. Wie weit man darin geht, zeigt z. B. eine Arbeit von Lunzer, der sagt, daß es bei tiefer sitzenden Gegenständen nur zwei Wege geben dürfe, die man zur Erreichung des Zieles betreten dürfte: die Operation oder das Oesophagoskop. Ja, noch weiter gehen andere Autoren, wie Ach, welche die Anwendung eines anderen Hilfsmittels als eines Oesophagoskops direkt für einen Kunstfehler halten.

Hiergegen möchte ich mich wenden. Denn wohin sollte das führen, wenn man die Vorschläge von Ach befolgen wollte:

„Der bei Fremdkörpern des Oesophagus konsultierte Arzt muß sich infolgedessen moralisch verpflichtet fühlen, falls er die Oesophagoskopie nicht beherrscht, ohne vorherige Sondierungs- oder Extraktionsversuche, zumal hierdurch infolge Schleimhautschwellung die spätere Extraktion unnötig erschwert wird, sofort oder jedenfalls am gleichen Tage die Ueberweisung des Patienten in eine Klinik oder an einen Spezialisten zur ösophagoskopischen Untersuchung zu veranlassen, da sonst die günstige Zeit verstreicht und der Patient den größten Gefahren ausgesetzt wird.“

Das bedeutete eine ungeheure Förderung des Spezialistentums; denn welcher praktische Arzt gebietet über das Instrumentarium und die Technik der Oesophagoskopie! Andererseits will er doch auch nicht Patienten fortschicken, die er selbst behandeln zu können glaubt, zumal die Ueberweisung an den Spezialisten recht oft einen großen Verlust an der hier so kostbaren Zeit bedeutet. Solange es andere ungefährliche, leichter anwendbare und ebenso leistungsfähige Methoden gibt, so lange soll jedenfalls der praktische Arzt diese bevorzugen. Aus dieser Ueberlegung heraus wurde vor einem Jahr an der Küttner'schen Klinik beschlossen, den Versuch zu machen, alle die in Behandlung kommenden Fremdkörper im Oesophagus mit dem Gräfeschen Münzenfänger zu extrahieren. Um jeden Irrtum zu vermeiden, will ich hinzufügen, daß ich als Gräfeschen Münzenfänger ein Instrument bezeichne, welches am Ende eines langen Fischbeinstabes ein um seine Querachse bewegliches Körbchen führt. Die Beweglichkeit des Körbchens ermöglicht ein besseres Ergreifen des Fremdkörpers und ein Vermeiden des so gefürchteten Verfangens am Ringknorpel.

Ich bin nun in der angenehmen Lage, Ihnen über sieben Fälle berichten zu können, die im Laufe dieses Jahres in unsere Behandlung kamen. Und zwar handelte es sich hier sechs mal um verschluckte Gebisse, einmal um ein verschlucktes 1 Markstück. Ich teile Ihnen hier kurz die Krankengeschichten mit.

Fall 1. Stud. jur. X hatte nachts in der Trunkenheit sein Gebiß verschluckt und bemerkte dies vormittags beim Erwachen. Die Röntgendurchleuchtung zeigte das Gebiß in der Höhe der Bifurkation. Die Extraktion mit dem Münzenfänger förderte das mit No. 1 bezeichnete Gebiß zutage.

Fall 2. Der Schlosser H. T. hatte vor 14 Stunden sein Gebiß verschluckt. Durch Sondierung war der Arzt nicht zum Ziele gekommen. Röntgendurchleuchtung ergab als Sitz des quergestellten Gebisses die Gegend kurz oberhalb des Hiatus oesophagi. Extraktion mit Münzenfänger gelang. Gebiß No. 2.

Fall 3. Der Sattler R. T. hatte vor 16 Stunden sein Gebiß verschluckt. Aerztliche Extraktionsversuche ergebnislos. Bei der Röntgendurchleuchtung sah man das quergestellte Gebiß in Höhe

¹⁾ Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Kultur gehaltenen Vortrage.

der Bifurkation. Gebiß wurde mit Münzenfänger extrahiert. Gebiß No. 3.

Fall 3. Der Schlosser E. K. hatte vor 22 Stunden sein Gebiß verschluckt. Feste Speisen gingen nicht mehr hinunter. Durchleuchtung ergibt: Gebiß in Höhe der Bifurkation. Extraktion mit Münzenfänger gelingt. Gebiß No. 4.

Fall 5. G. B. verschluckte am 1. August die Hälfte seines Gebisses. Durch Sondierung des Arztes wird die Anwesenheit des Fremdkörpers festgestellt. Mehrfache Extraktionsversuche im Krankenhaus mit Hilfe des Oesophagoscops sind ergebnislos, es wird daher Operation empfohlen. Nach drei Tagen kommt Patient in unsere Klinik. Bei der Durchleuchtung fand ich das Gebiß in Höhe der Bifurkation und extrahierte es mit dem Münzenfänger ohne größere Schwierigkeiten. Gebiß No. 5.

Fall 6. Arbeiter H. hat vor 30 Stunden sein Gebiß verschluckt. Durch Sondierung des Arztes wird der Fremdkörper festgestellt, doch kann er mit der Zange nicht gefaßt werden, da er zu tief sitzt. Bei der Röntgendurchleuchtung sieht man das aufrecht stehende und quergestellte Gebiß in Höhe der Bifurkation. Extraktion mit Münzenfänger gelingt leicht.

Fall 7. Das zwei Jahre alte Kind P. hat vor fünf Tagen ein 1 Markstück verschluckt und klagt seitdem über Schluckbeschwerden. Extraktionsversuche des Arztes waren ergebnislos, Röntgendurchleuchtung zeigt das Geldstück in Höhe der Bifurkation. Extraktion mit Münzenfänger führt zum Ziel.

M. H.! Es handelt sich hier also um 7 Fremdkörper im Oesophagus, 6 Gebisse und 1 Geldstück, die im Laufe des letzten Jahres in unsere Behandlung kamen. Die Extraktion mit dem Gräfeschen Münzenfänger gelang in allen Fällen.

Daß Geldstücke mit diesem Instrument erfolgreich entfernt werden, ist nicht selten, doch bietet mein Fall No. 7 insofern etwas Besonderes, als bei einem kleinen zweijährigen Kinde ein verhältnismäßig großes Geldstück bereits 5 Tage lang in der Speiseröhre festsaß. M. H.! Mir war wohl bewußt, daß man im allgemeinen bei Fremdkörpern, die bereits mehrere Tage im Oesophagus stecken, Extraktionsversuche, besonders nach vorhergegangenen mißglückten Versuchen, möglichst vermeiden soll, indessen fürchtete ich die Gefahren einer Oesophagoskopie resp. einer Operation mehr als die eines erneuten vorsichtigen Extraktionsversuches mit dem Münzenfänger. Der Erfolg gab mir recht. Die Extraktion gelang gut, das Kind war gerettet.

Weit gefährlicher sind, wie Sie wissen, die Gebisse im Oesophagus, gefährlicher und für die Extraktion ungleich schwieriger durch ihre Größe, die Unregelmäßigkeit ihrer Gestalt und ihre Neigung zum Verhaken. Die Gebisse, welche ich Ihnen hier zeige, sind alle im Schlafe verschluckt worden. Sie sind alle ziemlich groß und zeichnen sich durch ihren Reichtum an Haken und Ecken aus. Sehr verschieden ist die Anzahl der an der Gaumenplatte befestigten Zähne, wir finden einen Zahn, zwei, drei, zweimal vier und einmal fünf Zähne in Abständen.

Was die Zeit anlangt, die vom Verschlucken bis zur Extraktion verstrich, so beträgt sie 11, 14, 16, 22, 30 Stunden und 3 Tage.

Der Sitz der Zahnersatzstücke war in 5 Fällen in Höhe der Bifurkation, einmal dicht über dem Hiatus oesophagi. In allen Fällen war es mir gut möglich, durch Röntgendurchleuchtung mich von dem Sitze des Fremdkörpers zu überzeugen. Ich benütze dazu stets die seitliche Durchleuchtung, da dann die Speiseröhre neben die Wirbelsäule projiziert wird und Fremdkörper sich dann deutlich abheben. Hat man in der seitlichen Durchleuchtung erst den Fremdkörper gesehen, dann ist es meistens auch möglich, ihn bei der Durchleuchtung von vorn her zu erkennen, was sonst nicht immer gelingt. Die Röntgendurchleuchtung benutzen wir stets als ein sicheres und vor allen Dingen angenehmes Mittel, um uns über die Gegenwart und den Sitz des Gebisses zu orientieren. Notwendig ist sie nicht, denn durch das metallene Körbchen des Gräfeschen Münzenfängers gelingt es stets leicht, den Fremdkörper festzustellen. Auch zur Untersuchung bevorzuge ich nämlich dieses Instrument vor der Schlundsonde, weil die weiche Sonde oft unmerkbar an dem Fremdkörper vorbeigleitet, während man bei dem Münzenfänger ein rauhes Reiben verspürt, ähnlich dem bei der Sondierung rauhen Knochens.

Schließlich bietet sich mir der große Vorteil, sofort die Extraktion anschließen zu können.

Das Gelingen der Extraktion hängt gänzlich von ihrer richtigen Technik ab. Wird sie falsch ausgeführt, so mißlingt sie nicht nur, dann besteht sogar unter Umständen die Gefahr des Verhakens. Weil die Extraktion mit dem Münzenfänger so häufig falsch ausgeführt wird, deshalb wird sie neuerdings so oft verworfen, ja sogar als Kunstfehler angesehen. Die Vorwürfe richten sich also in Wirklichkeit mehr gegen die Technik als gegen die Methode. Haben wir mit dem Münzenfänger den Fremdkörper festgestellt, dann lassen wir das Instrument über ihn hinweggleiten und heben es darauf vorsichtig an. Unter beständigem Anheben und wieder Gleitenlassen suchen wir, das Gebiß mit dem Körbchen zu fassen. Ist es gefaßt, dann wird es vorsichtig mit leichter Hand herausgehoben, nicht gezogen. Jedes stärkere Ziehen ist durchaus zu verwerfen. Leistet das Zahnersatzstück der Extraktion Widerstand, dann gebe ich mit dem Instrument nach und fasse es an einer anderen Stelle. Unter beständigem Hin- und Hergleiten des Körbchens am Gebißrande und vorsichtigem Heben (nicht Ziehen!) gelingt es, jedes Verhaken zu vermeiden und den Fremdkörper aus dem Munde zu entfernen. Gefahren bestehen meines Erachtens nach hierbei nicht, da einerseits bei dem leichten Anheben ein festes Verhaken nicht vorkommen kann, weil ich bei jedem Widerstand sofort nachgebe, andererseits gröbere Verletzungen völlig ausgeschlossen sind. Die Vorzüge gegenüber der großen Gefahr einer Operation bedürfen keiner Erwähnung. Aber auch der Extraktion mit Hilfe des Oesophagoscops möchte ich diese Methode vorziehen. Denn erstens stellt jene Methode unbedingt einen weit größeren und einen geradezu qualvollen Eingriff dar. Ferner setzt sie den Besitz des Instrumentariums und die — wenn auch sehr leicht zu erlernende — Beherrschung der Technik voraus. Aber angenommen, diese beiden Bedingungen wären erfüllt, so sind die Erfolge der Oesophagoskopie doch nicht derart, daß sie uns berechtigen, ihr einen großen Vorzug anderen Methoden gegenüber einzuräumen. Zunächst ist es nicht immer einmal möglich gewesen, den Fremdkörper zu finden, weil eine vor dem Instrument herziehende Schleimhautfalte ihn verdeckte. (Lunzer.) Aber auch wenn das Gebiß dem Auge sichtbar gemacht werden konnte, gelang die Extraktion nicht immer. Ich finde in der Literatur (Blauel, Ach) 16 gelungene Gebißextraktionen mit Hilfe des Oesophagoscops gegenüber 12 Versuchen, wo diese Methode versagte. Ja, dies Zahlenverhältnis würde sich sicher noch ungünstiger gestalten, wenn alle vergeblichen Extraktionsversuche ebenso getreulich berichtet würden wie die erfolgreichen.

Es könnte noch eingeworfen werden, daß es sich bei den vergeblichen Extraktionsversuchen mit Hilfe der Endoskopie stets um fest eingekleite Fremdkörper gehandelt hätte. Hierzu muß ich berichten, daß bei meinen 7 Fällen fünfmal bereits vergebliche Extraktionsversuche gemacht worden waren. Es handelte sich auch hier jedesmal um fest eingekleite Gebisse, die erst gelockert werden mußten. Ja bei einem Kranken (Fall 5) waren sogar mehrere Extraktionsversuche mit Hilfe des Oesophagoscops in einem hiesigen Krankenhaus ergebnislos vorgenommen worden.

M. H.! Demnach ergibt sich aus meinen Ausführungen, daß die ösophagoskopische Extraktion von Fremdkörpern aus der Speiseröhre für den Arzt umständlich, für den Patienten qualvoll und im Erfolge unsicher ist. Die Extraktion mit dem Münzenfänger dagegen ist für den Arzt leicht ausführbar, für den Patienten sehr viel weniger unangenehm, im Erfolge ziemlich aussichtsreich und bei richtiger Technik so gut wie gefahrlos. Stets verdient von zwei Methoden die einfachere dann den Vorzug, wenn ihre Ausführbarkeit und ihre Erfolge nachweislich gleich sicher sind. Und diesen Beweis glaube ich erbracht zu haben.¹⁾

Selbstverständlich liegt es mir gänzlich fern, hier zu be-

¹⁾ Zu meiner Freude ersehe ich aus der Literatur, daß Friedrich auf demselben Standpunkt steht, nur mit dem kleinen Unterschiede, daß er den Weisschen Grätenfänger bevorzugt.

haupten, daß die Extraktion mit dem Münzenfänger stets zum Ziele führen muß. Ich wende mich nur gegen den Vorwurf, daß die Anwendung dieser Methode einen Kunstfehler darstellt, und gegen die Forderung, daß in jedem Falle in erster Linie die Oesophagoskopie herangezogen werden müßte.

Schluß. Der Zweck meines Vortrages ist, Ihnen zu beweisen, daß die Extraktion von Fremdkörpern (Münzen, Gebissen etc.) aus dem Oesophagus mit dem Gräfeschen Münzenfänger bei richtiger Technik gefahrlos und aussichtreich ist. Sie stellt daher die Methode des praktischen Arztes dar.