

## Entfernung eines Gebisses aus der Speiseröhre ohne deren Eröffnung nach seitlichem Halsschnitt (Tracheotomia lateralis).

Von Prof. Felix Franke, Chefarzt des Diakonissenhauses Marienstift in Braunschweig.

Vor sieben Jahren habe ich im Zentralblatt für Chirurgie (Nr. 50, 1906) unter ähnlichem Titel über die Entfernung eines Gebisses mit vier Zähnen, das eine Länge von 3,5 cm und Breite von 4 cm besaß, berichtet, bei der ich durch seitlichen Halsschnitt wohl die Speiseröhre freilegte, aber sie nicht eröffnete, sondern in ihr durch vorsichtiges Drücken und Streichen das Gebiß nach dem Munde schob, von wo aus es leicht mit einer Zange herausgezogen werden konnte. Da dieses Verfahren gegenüber dem Ausziehen eines Fremdkörpers aus der eröffneten Speiseröhre große Vorteile bietet, glaubte ich, es empfehlen zu sollen, und wies darauf hin, daß schon vor mir Kramer, wie ich aus der Literatur ersah, die gleiche Methode zweimal mit gutem Erfolge angewandt habe. Später machte v. Hacker in Nr. 5 des Zentralblatts für Chirurgie 1907 darauf aufmerksam, daß auch Péan in einem Falle den gleichen Weg eingeschlagen habe. Trotzdem hat dieser so gute Gedanke, wie es scheint, bisher keine Nachahmung gefunden. Wenigstens ist mir unter den bisher veröffentlichten Fällen kein einziger bekannt geworden, in dem er befolgt worden wäre. Und doch hätte das in mehreren der Fälle geschehen können und müssen.

Es hat keinen Zweck, diese Fälle einzeln vorzunehmen. Ich möchte vielmehr kurz noch einmal, nachdem ich kürzlich in gleicher Weise mit Erfolg operiert habe, die Vorteile des Verfahrens auseinandersetzen, das natürlich nur zur Anwendung zu kommen hat, wenn der noch hochsitzende Fremdkörper von oben mit der Zange nicht zu erreichen ist oder deren Zug nicht folgt oder zu tief sitzt, und wenn kein Oesophagoskop und das dazu gehörige Extraktionsinstrumentarium zur Verfügung steht, oder trotz seiner Benutzung die Extraktion nicht gelingt. Die Vorteile bestehen in erster Linie in der Vermeidung der Gefahr der Halsphlegmonie, die mit jeder Oesophagotomie verbunden ist, namentlich, wenn der Fremdkörper schon länger in der Speiseröhre gesteckt hat und infolgedessen vielleicht in ihr schon Zersetzung von haftengebliebenen Speiseresten eingetreten ist. Die Gefahr einer Halsphlegmonie aber ist groß, ein tödlicher Ausgang ist nie mit Sicherheit zu vermeiden. Der andere Vorteil besteht in der bedeutenden Abkürzung der Heilungsdauer, die, wenn wie häufig nach völliger Naht des Oesophagus Fistelbildung auftritt, oder wenn gleich eine Fistel angelegt wurde, einen Zeitraum von 3—4 Wochen erfordert, während welcher Zeit große Sorgfalt von seiten des Arztes nötig ist. Ich dagegen habe meinen ersten Patienten schon nach zwei Tagen nach Hause entlassen können, wo er sehr nötig war und wo sein Arzt die Fäden nach Heilung per primam nach einigen Tagen entfernte. Den jetzt operierten Patienten habe ich etwas länger im Marienstift behalten, weil ich Grund hatte, seinem Intellekt zu mißtrauen, und deshalb vorsichtig sein mußte.

Es handelte sich um einen Stallschweizer U. aus Meinholz, der, obgleich er früher schon einmal sein Gebiß verschluckt und nur nach heftigem Würgen wieder herausbefördert hatte, es doch immer wieder, angeblich auf Rat seines Zahnarztes, während des Schlafes im Mund behielt, so auch in der Nacht vom 22. zum 23. März d. J. Er erwachte früh  $\frac{1}{4}$  Uhr mit heftigen Schmerzen im Halse, bemerkte sofort, daß er das Gebiß verschluckt hatte, konnte es aber durch Würgen etc. nicht wieder herausbringen. Auch seinem Arzte gelang das nicht. Deshalb wurde er dem Marienstift sofort überwiesen.

Man fühlte dicht oberhalb des Brustbeins eine Anschwellung in der Mitte des Halses in der Tiefe, die auf Druck schmerzte und trotz verschiedener Versuche, das dort sitzende, bei der Röntgendurchleuchtung gut erkennbare Gebiß zu verschieben, seine Form nicht änderte. Stellen des Patienten auf den Kopf, Versuch der Entfernung mit Zange und Münzenfänger waren ohne Erfolg. Griesbrei mit Baryumsulfat glitt glatt an dem Gebiß vorüber in die Tiefe. Ein Oesophagoskop stand nicht zur Verfügung. Ich machte nun in der Narkose durch einen 7 cm

langen Schnitt auf der linken Halsseite mir den Oesophagus zugänglich, umfaßte, ohne ihn zu eröffnen, das Gebiß, das ziemlich fest eingehakt hatte, konnte es aber zunächst nicht lockern. Erst als ich es mit dem Oesophagus nach oben schob und es vom Munde her mit einer Zange fassen konnte, gelang es mir nach einigen vorsichtigen drehenden Bewegungen von unten und oben her, es zu lockern und nach dem Munde zu herausziehen. Es hat, wie die beigegefügte Abbildung zeigt, auf der einen Seite einen ziemlich spitzen Fortsatz, eine Länge von 3,5 cm, eine größte Breite von 5 cm, einen größten Schrägdurchmesser von gut 6 cm und besitzt drei Zähne.

Der Patient hatte in den nächsten 30 Tagen noch lebhaftere Schmerzen beim Schlucken. Die äußere Wunde selbst heilte per primam, die Nähte wurden am 28. März entfernt. Die Entlassung erfolgte am 2. April.

Nach diesem guten Erfolge habe ich alle Veranlassung, das von mir eingeschlagene Verfahren nochmals warm zu empfehlen. Ich würde in den dafür geeigneten Fällen die Eröffnung der Speiseröhre, bevor ein Versuch mit ihm gemacht worden ist, für einen schweren Fehler erklären. Meine Zeilen sollen diesen Fehler bekämpfen und zu beseitigen versuchen. Ich möchte daher die Lehrer der Chirurgie und besonders die Verfasser chirurgischer Lehrbücher bitten, als ersten der etwa nötigen blutigen Eingriffe zur Entfernung eines Fremdkörpers aus der Speiseröhre nicht die Oesophagotomie, wie es immer geschieht, zu empfehlen, sondern die einfache Freilegung des Oesophagus mit dem folgenden Versuch, ohne seine Eröffnung den Fremdkörper nach oben zu befördern und vom Munde aus zu entfernen. Nur v. Hacker hat, soweit ich sehe, dies Verfahren im Handbuch der praktischen Chirurgie empfohlen.

