

Die Mandelguillotine von Fahnestock (1832)

So einfach kann Tonsillektomieren sein

„Die Mandeln raus, die Mandeln raus, der Doktor baut ein neues Haus!“ So, oder so ähnlich lauten die satirischen Sprüche der Patienten – oder auch der Pädiater – über die Indikation zur Tonsillektomie. Aber die klassische

Tonsillektomie, in Dissektionstechnik zum Kassensatz abgerechnet, gehört schon lange nicht mehr zum „zentralen Brot-erwerb“ des HNO-Arzt. Anders sieht es da bei modernen chirurgischen Verfahren wie Lasertonsillotomie, Radio-Frequenz-Chirurgie oder Coblationstechnik aus. Diese neuen Operationstechniken werden vielfach als IGeL-Leistungen angeboten und versprechen damit ein höheres Operationshonorar.



Abbildung 1: Fahnestock-Tonsillotom und Instrumentenlehre von Cressner 1863
© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Die Behandlung von erkrankten Gaumenmandeln hat eine über zweitausendjährige Tradition. Neben konservativen Behandlungsmaßnahmen wurde auch schon damals die Tonsillektomie angeraten. Wobei die Tonsillen entweder mit den bloßen Fingern unter zur Hilfe-nahme des Fingernagels herausgerissen werden sollten. Aber auch ein Heraus-schneiden mit dem Skalpell wurde damals angegeben.

Operationstechnik vor 150 Jahren

Nachdem schon Heister in der Mitte des 18. Jahrhunderts ein guillotineartiges Instrument zur Abtrennung der Uvula beschrieben hatte, konstruierte der Amerikaner Ph. S. Physick 1828 das erste wirklich brauchbare Tonsillotom. Dieses Instrument wurde unter anderem von dem Engländer Sir Morrel Mackenzie

(1880) und dem Amerikaner G. Sluder (1911) weiterentwickelt. Der aus Philadelphia stammende Arzt M.

F. Fahnestock hat 1832 eine sichelförmige Schneidevorrichtung für sein Tonsillotom angegeben. Zusätzlich wurde ein mit Widerhaken versehener gabelartiger Spieß zur Fixierung der Tonsille angebracht. Das Fahnestock-Tonsillotom fand eine große Verbreitung und wurde in zahlreichen Modelvariationen bis circa 1950 eingesetzt.

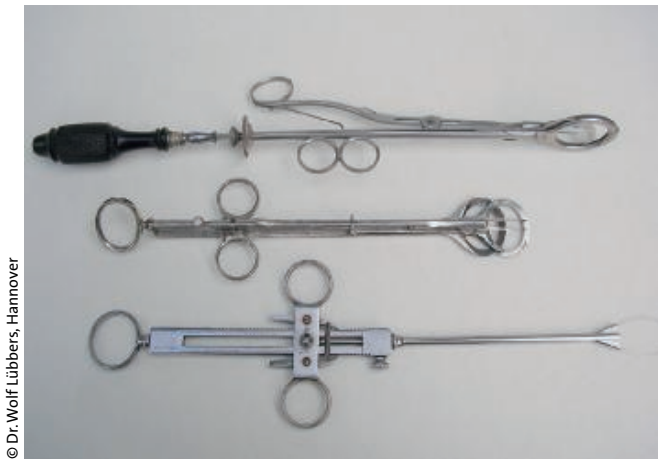
Zur Handhabung des Fahnestock-Instrumentes ein Zitat aus einer österreichischen Instrumentenlehre von 1863: *„Nun wird das Instrument in den Mund gebracht, der ovale vordere Ring an die mehr oder weniger hervorragende, hypertrophische Mandel der Art angelegt, dass möglichst viel vom Ringe umschlossen ist, und hierauf mit dem Daumen der Spiess vorgeschoben. Indem man sodann mit dem Daumen das hintere Ende des Spießes niederdrückt, wird die angespiessete Mandel noch mehr in den Umkreis des Ringes hineingezogen. Das Heft des Centralstabes wird in die volle rechte Hand gefasst, während der Daumen dieser Hand sich gegen*

das am hinteren Ende der Röhre aufgeschraubte Scheibchen (a) stemmt, und durch einen raschen Zug mit dem Hefte nach rückwärts die gefasste Partie der Mandel mit dem zurückweichenden scharfen Ringe durchschnitten ...“

Pr. Linhart hat das von Fahnestock und Velpeau angegebene Instrument erneut modifiziert: *„...in dem, dass die Mandel nicht bloss durch Druck, sondern im Zuge von zwei Seiten her durchschneiden wird. Es besteht nämlich der schneidende Ring aus zwei sichelförmigen, scharfen Hälften, welche sich in dem Masse einander nähern und sich kreuzen, als der Centralstab zurückgezogen wird ...“*

So einfach konnte damals die Tonsillektomie sein, die wohl mehr einer Tonsillotomie mit großen Resten entsprach. Wie werden die Patienten diesen Eingriff nur physisch und psychisch verarbeitet haben?

Aus Gründen der Asepsis wurden ab circa 1875 Instrumente mit Holzgriffen nicht mehr produziert. In Deutschland fand eine Weiterentwicklung des Tonsillotoms durch Albert Mathieu (1855–1917) große Verbreitung. Auch Brünnings, der geniale Instrumentenerfinder unseres Faches, hat mit seinem wohl durchdachten Tonsil-



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 2: Tonsillotome nach Fahnestock, Mathieu und Brünings



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 3: Tonsillotom nach Physick-Mackenzie

lenschnürer ein Idealinstrument schaffen wollen. Die sich langsam zuziehende Metallschlinge sollte selbst einen Weg zwischen Tonsillenkapsel und Muskulatur finden. Heute noch vereinzelt in Gebrauch, wird das Instrument nur noch zur Abtrennung der Tonsille am unteren Pol verwendet.

„Modernere“ Techniken

Nach 1950 wurde die Tonsillotomie immer weniger durchgeführt. In den Vordergrund der Lehrmeinung rückte die vollständige Tonsillektomie. Selbst kleine Tonsillenreste am unteren Pol wurden bei der Abschlussuntersuchung in den Kliniken kritisiert. Ein Zustand nach Tonsillotomie wurde sogar als dringliche Indikation zur vollständigen Resttonsillektomie angesehen.

Um 2000 ist im Zuge der Schlafapnoetherapie auch bei Kindern die vor Jahren noch als obsolet bezeichnete Methode der Tonsillotomie wiedererweckt worden. Die teilweise Belassung von Tonsillengewebe soll die sonst gänzliche Vernichtung der tonsillären Immunabwehr vermeiden. Die Operation wird dann auch noch mit dem von den Patienten fast götzenhaft verehrten Laser durchgeführt, damit es so richtig modern, gut und teuer werden kann. Hoffentlich ändert sich die Lehrmeinung nicht wieder in 50 Jahren!

Wie sich noch jeder Patient an seine in örtlicher Betäubung durchgeführte Mandeloperation erinnert, so wird sich auch jeder HNO-Arzt an seine ersten selbst operierten Tonsillen erinnern. Beide Personengruppen meist mit Schauern

und weniger mit Stolz und Freude. Wie sehr hat der junge Operateur sich damals ein Instrument gewünscht, das den Präparationsweg, wie von Brünings 1908 angegeben, „selber“ findet. So mancher heute alt erprobte operative Haudegen hört auch immer noch seinen Chef, der damals noch traditionsgemäß bei der ersten Tonsillektomie „IPSE“ dahinter stand, etwas maulig stöhnen: „Operieren kann so einfach sein, wenn man nur die richtige Schicht findet.“

Literatur bei den Verfassern

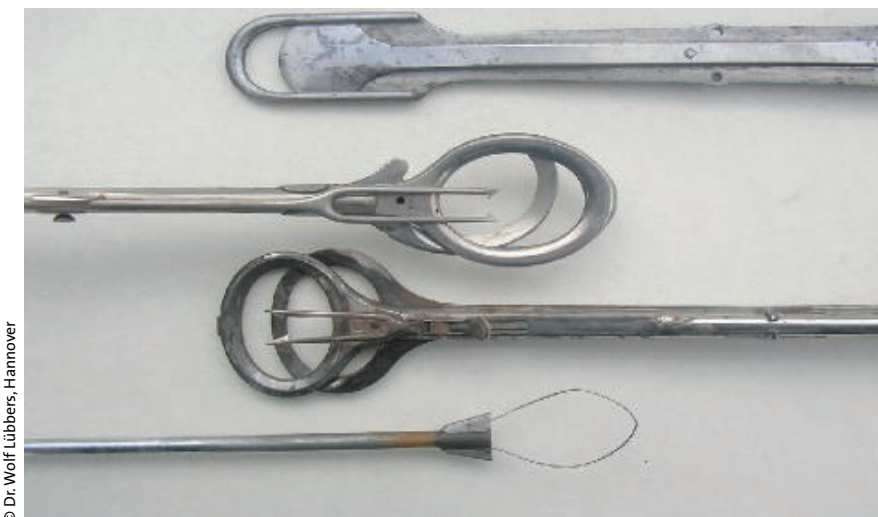
Anmerkung: Zu dem großen Thema der Tonsillektomie hat Herr Prof. Dr. H. Feldmann in seinem Buch „Bilder aus der Geschichte der HNO-Heilkunde“ ein äußerst lesenswertes Kapitel geschrieben, das die ganze Kulturgeschichte der Tonsillektomie umfasst.

Dr. med. Wolf Lübbers

Herrenhäuser Markt 3
30419 Hannover

Dr. med. Christian W. Lübbers

HNO-Klinik der LMU München
Klinikum Großhadern
Marchiononstr.15
81377 München



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 4: Schneidköpfe nach Physick, Fahnestock, Mathieu und Brünings