

Ein Blick zurück

Die mühsame Postrhinoskopie vor 150 Jahren

Wie einfach ist das heute alles: Die Nase wird mit einer adstringierenden und anästhesierenden Lösung eingesprüht, eine moderne schmale Endoskopie-Optik eingeführt und der Epipharynx kann gut ausgeleuchtet in jedem Winkel inspiziert werden. Ganz anders vor 150 Jahren. Auch die Postrhinoskopie musste erfunden und mühsam eingeübt werden.

Emmanuel Zaufahl (1833–1910), Prof. der Otologie in Prag, verwendete einen überlangen, sehr schmalen „Ohrtrichter“ zur Inspektion des Nasenrachenraums, der von vorn in das Nasenlumen eingeführt werden sollte. Dass er dabei wirklich den gesamten Epipharynx überschauen konnte, darf angezweifelt werden (**Abb.1**).

Viel später hat dann Sidney Yankauer (1872–1932) in New York sein „geschlos-

senes Nasenspekulum“, das in grober Kopie des Zaufahlschen Trichters eher einer ovalen Röhre gleicht, zur Operation im Epipharynx empfohlen. Das Problem mit diesen Instrumenten: Das Einsetzen gelang nur unter extremen Schmerzen für den Patienten („es drückt jetzt mal ein bißchen“).

Ludwig Türck (1810–1868), dem wir die Entdeckung der klinischen Laryngoskopie verdanken, hatte schon 1857/58

registriert, dass der Larynxspiegel im Mesopharynx einfach nur umgedreht werden musste, um im gleichen Untersuchungsgang der Laryngoskopie auch die Epipharyngoskopie durchführen zu können. Es scheint uns heute etwas merkwürdig, dass die wissenschaftlichen Beschreibungen dieser *posterio*ren Rhinoskopie 1858 durch Czermak (1828–1873) (**Abb. 2**) und seinem Schüler Friedrich Semeleder (1832–1901) vor der eigentlich wesentlich einfacher durchzuführenden *anterio*ren Rhinoskopie 1889 erfolgte (Emmanuel Simon Dupley, 1836–1924). In der klinischen Praxis war die Entwicklung natürlich entgegengesetzt. Man versuchte erst von außen, unter leichtem Anheben der Nasenspitze in das Nasenlumen hineinzuschauen (anteriore Rhinoskopie) und nutzte dabei die klassischen zangenför-

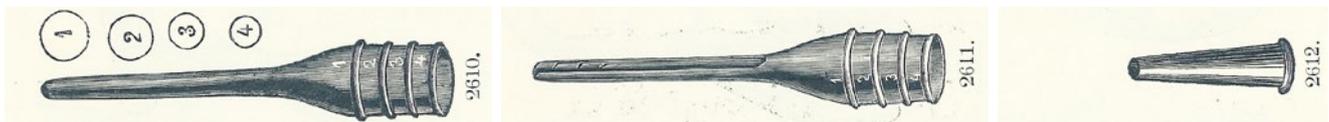


Abb. 1: Nasenrachenspiegel nach Zaufahl

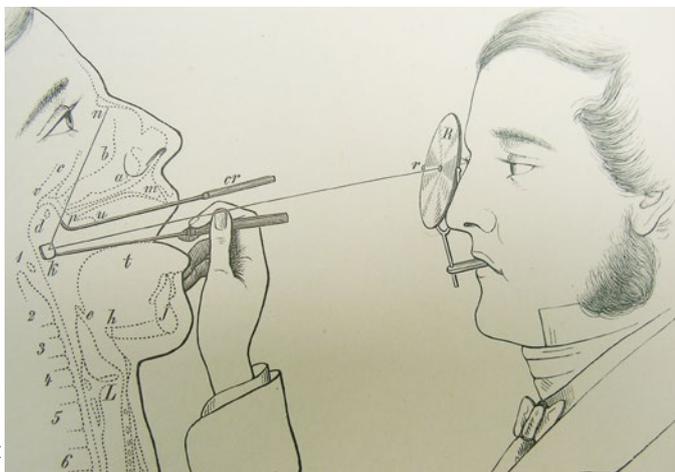


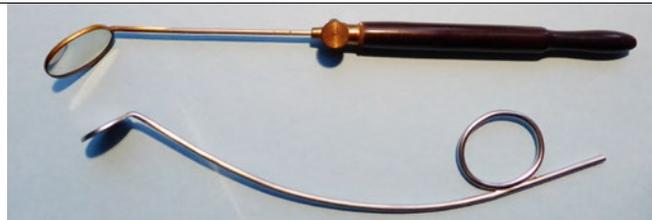
Abb. 2: Postrhinoskopie nach Czermak



Abb. 3: Postrhinoskopiespiegel aus dem Katalog DEWITT & HERZ, 1902



Abb. 4: historische Postrhinoskopie Spiegel



© (3) W. Lübbers

Abb. 5: Postrhinoskopiespiegel nach Michel



Abb. 6: Gaumensegelhaken

migen Nasenspekula. Der Nasenrachenraum war durch die Nase natürlich nicht zu beurteilen. Das gelang schon eher als „Glücksblick“ bei der erst 1896 von Gustav Killian angegebenen *medianen* Rhinoskopie (Münch. Med. Wochenschr.) mit dem heute noch genutzten überlangen „Killian Spekulum“.

„Postrhinoskopie“ nannten die Erstbeschreiber diese neue Untersuchungsmethode, bei dem der Nasenrachenraum nicht durch den Nasenraum, sondern durch den Mundraum mit Hilfe von Spiegeln ausgeleuchtet werden musste. Schon bald wurden verschiedenste Spiegel oder Spiegelsysteme angegeben, die je nach den Richtlinien der Ausbildungsklinik zum Standard erhoben wurden. Die Epipharynxspiegel waren kleiner als die Larynxspiegel, oft auch oval oder gar eckig (Abb. 3, 4). Auch musste der Winkel zwischen Spiegelhalterung für die Epipharyngoskopie fast 70–80° betragen, während für die Laryngoskopie Spiegel mit 40–50° gefordert wurden. Es wundert also nicht, dass die Instrumentenhersteller schnell nach Angaben der klinisch tätigen Ärzte variable Spiegelsysteme entwickelten. Durchgesetzt hat sich hier der Spiegel von Dr. med. Karl Michel (1843–1930). Michel hatte sich 1870 in Köln als Hals-Nasen-Ohrenarzt niedergelassen. Angeregt durch die Tätigkeit als Theaterarzt (Spezialgebiet Laryngologie!) trat er selbst

zunächst in kleineren Bühnenrollen auf. Ab 1892 beendete er – zu großem Reichtum gekommen – seine HNO-ärztliche Tätigkeit und widmete sich unter dem Pseudonym Dr. Karl Mail ganz dem Theater. Deswegen wird Karl Michel in den gängigen Nachschlagewerken primär als Regisseur und Schauspieler geehrt, während er für eine ganze Generation von HNO-Ärzten der Erfinder des ersten wirklich brauchbaren Postrhinoskopiespiegels war. Bei diesem konnte das Spiegelchen durch den Druck auf einen kleinen Hebel in verschiedenen Winkeln zum Haltegriff eingestellt werden. (Abb. 5). Noch nach dem 2. Weltkrieg und sogar bis heute (!) wird dieses Instrument von einigen Instrumentenherstellern angeboten.

Um die Untersuchung (für den Arzt) zu erleichtern, wurden oft auch zusätzlich die (für den Patienten) sehr unangenehmen Gaumensegelhaken (Abb. 6) eingesetzt. War schon die Laryngoskopie ohne Oberflächenanästhesie oft ein mühsames „Gewürge“, so war die Einsicht in den Epipharynx durch die allgemein engeren Verhältnisse erschwert oder die Uvula oder das ganze Gaumensegel verlegte die Sicht. Gerade zur Größenbeurteilung der Adenoide wurde dann oft zur digitalen Austastung des Nasenrachenraum „gegriffen“ – auch keine besonders patientenfreundliche Untersuchungsmethode, vor allem nicht für Kinder.

Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass zu einer korrekt ausgeführten Spiegelung des Nasenrachenraumes, besonders bei kleinen Operationen, eine Hilfsperson (oder der Patient selbst) mit einem Zungendrucker die sich immer aufwölbende Zunge „in Schach“ zu halten hatte, damit der Untersucher neben der „Spiegelhand“ noch die „Operations-hand“ frei hatte.

Gut, dass sich die Untersuchungstechnik in der HNO-Heilkunde weiterentwickelt hat und patienten- und arztfreundlichere Endoskopie-Methoden entwickelt worden sind. Ein Dank an Basil Isaac Hirschowitz (1925–2013), John Hopkins (1894–1994) und Karl Storz (1911–1996).

Literatur

Michel K.: Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes. Berlin: Hirschwald 1876.
[https://de.wikipedia.org/wiki/Karl_Michel_\(Schauspieler\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Karl_Michel_(Schauspieler))

Dr. med. Wolf Lübbers
 Facharzt für HNO
 Ringelplatzweg 2
 30419 Hannover

Dr. med. Christian W. Lübbers
 Facharzt für HNO
 Pöltnerstr.22,
 82362 Weilheim i.OB
 E-Mail: c.luebbers@hno-weilheim.de