Aus dem Röntgenologischen Institut der Mährischen Landes-Kranken-Anstalt in Olmütz.

Zur Radiologie des pankreaspenetrierenden Magenulcus ohne pylorospastischen 6-Stunden-Rest.

Von Dr. R. Bacher.

Die Glaessner-Kreuzfuchssche Publikation „Ueber Ulcus ventriculi und duodeni“¹⁾ gibt mir Anlaß, meine eigenen einschlägigen Beobachtungen mitzuteilen. Es handelt sich in Folgendem bloß um das Ulcus ventriculi, nicht aber auch um das Ulcus duodeni wie in obiger Publikation. Meine teilweise durch Operation bestätigten Fälle erhärten die Ausführungen beider Autoren und erscheinen mir um so mehr der Veröffentlichung wert, als bloß Faulhaber drei Fälle von Ulcus ventriculi ohne pylorospastischen Rest publiziert hat, die alle drei sich bei der Operation als pankreaspenetrierend erwiesen haben.

Ich verfüge über 8 Fälle, 3 davon sind bereits operiert.

Operierte Fälle: Fall 1. S. O., 37 Jahre alte Frau, seit drei Jahren Magenbeschwerden; in letzter Zeit Schmerzen anfallsweise nach dem Essen in der Magengegend, ins Kreuz ausstrahlend; einmal erbrochen, das Erbrochene angeblich nicht blutig gewesen. Stuhl ohne Besonderheiten. Links oberhalb des Nabels undeutliche druckschmerzhaft Resistenz. Gesamt-HCl 1,2; Uffelmann negativ. Radiologisch: 6-Stunden-Rest = 0, Wismut-Wasseraufschwemmung und Baradiol nach Rechtslage: perigastrische Adhäsionen an der großen Kurvatur (Gegend der Milz), Andeutung von Sanduhrform; an der kleinen Kurvatur mehr hinten (schiefe Durchleuchtung + Aufnahme mit Hinabdrängung des Magenkörpers mittels Luffaschwammes nach außen und unten), Haudeksches Nischensymptom, also überraschenderweise ein penetrierendes Magenulcus ohne pylorospastischen Rest. Die Nische bewegt sich bei Drehung der Patientin in entgegengesetztem Sinne. Ich ließ die Frage offen, ob das Ulcus sich nicht vielleicht in „maligner Degeneration“ befinde. Operation (Prim. Dr. Smoler) ergibt ein pankreaspenetrierendes Ulcus an der kleinen Kurvatur mehr nach hinten gelegen; hoch oben an der kleinen Kurvatur, kardiahe, eine kleine, strahlige Ulcusnarbe, vis-à-vis dieser Narbe an der großen Kurvatur zahlreiche

zur Milz ziehende Adhäsionen. Pylorus und Duodenum intakt. Lösung der Adhäsionen. Wegen Unmöglichkeit der Resektion und schlechtem Allgemeinbefinden jeder weitere operative Eingriff abgelehnt.

Fall 2. V. F., 50 Jahre alte Frau, seit mehreren Monaten Magenbeschwerden, abgemagert, seit sechs Wochen krampfartige, meist eine Stunde nach dem Essen auftretende, heftige Magenschmerzen; nie Blut erbrochen, nie blutige Stühle gehabt. Bauchdecken stark gespannt, eingezogen. Die Nabelgegend druckempfindlich. Gesamt-HCl 2,7, freie HCl = +. Radiologisch: Rest nach 5 Stunden = 0; nach Wismut-Wasser und Baradiol an der kleinen Kurvatur höher oben Haudeksches Nischensymptom bei schiefer Durchleuchtung und Aufnahme (erster schräger Durchmesser). Die Nische bewegt sich in entgegengesetztem Sinne bei Drehung der Patientin. Radiologische Diagnose: Ulcus ventriculi, wahrscheinlich ins Pankreas penetrierend. Operation (Prim. Dr. Smoler): An der kleinen Kurvatur ein nach hinten gegen das Pankreas penetrierendes Ulcus, mit diesem fest verwachsen. Pylorus und Duodenum frei. Gastro-Enterostomia posterior retrocolica.

Fall 3. F. B., 32 Jahre alter Mann, vor zwei Jahren wegen Liparocoele und Coecum mobile operiert. Bis heuer ins Frühjahr 1913 war B. ohne Beschwerden; damals bekam er Anfälle von Leibschmerzen, die oft 1–2 Tage dauerten und mit Stuhlverstopfung verbunden waren. In der letzten Zeit traten die Schmerzen mehr in der Nabelgegend auf und waren hier und da mit Erbrechen verbunden. Das Erbrochene war meist bitter, flüssig. Bauch nicht aufgetrieben, in der Nabelgegend und links oberhalb desselben druckschmerzhaft. Radiologisch: Darmuntersuchung per os und nach „Haenisch“ ergibt außer fixiertem und dilatiertem Coecum nichts Besonderes. Magen (radiologisch): penetrierendes Ulcus der kleinen Kurvatur, nach hinten gelegen, ohne pylorospastischen 6-Stunden-Rest. Bei Drehung des Patienten scheint die Nische stillzustehen. Radiologische Diagnose: Ulcus penitans curvaturae min. (ins Pankreas?). Operation (Prim. Dr. Smoler): Magen etwas dilatiert; an der kleinen Kurvatur ein großes, nach hinten und unten penetrierendes, mit dem Pankreas fest verwachsenes Ulcus; in der Umgebung, besonders hinten an der Magenwand, zahlreiche Adhäsionen. Pylorus und Duodenum ohne Besonderheiten. Da die Resektion technisch undurchführbar ist, wird eine hintere Gastro-Enterostomie angelegt.

Außer diesen drei durch Operation bestätigten Fällen von pankreaspenetrierenden Magengeschwüren ohne pylorospastischen Rest verfüge ich noch über fünf weitere derartige, bisher noch nicht operierte Fälle aus der letzten Zeit. Die Wiedergabe dieser ohne Operationsbestätigung halte ich derzeit für noch nicht angezeigt. Der radiologische Befund war auch hier der gleiche. Fünf bis sechs Stunden nach Einnahme der ersten Baradiolmahlzeit war der Magen leer, nur in zwei Fällen ein Baradiolbeslag an der sich nachher als Nische herausstellenden Stelle vorhanden. Nach neuerlicher Wismut-Wasseraufschwemmung und Baradioleinnahme das an der kleinen Kurvatur und mehr nach hinten gelegene penetrierende Ulcus, das meist erst bei sehr schräger Aufnahme (erster schräger Durchmesser) und mit Hinwegdrängung des Magens nach unten und außen aufgedeckt werden konnte.

Sehr wichtig erscheint mir, die Wismut-Wasseraufschwemmung nicht plötzlich den Magen füllen zu lassen, sondern mit dem Holzknechtschen Distinktor oder der bleigeschützten Hand die Magengegend einzudrücken und im forcierten schrägen Durchmesser allmählich sich entfalten zu lassen. Es tritt da oft überraschenderweise das Nischensymptom auf, zusammenfallend mit einer druckschmerzhaften Stelle, während das übrige Wismutwasser nach unten nach dem Magenfundus abläuft. Jetzt schließt man die erste Momentaufnahme an. Wenn man neuerlich Baradiol nachtrinken läßt und den Patienten gerade oder wandig schief durchleuchtet, erhält man oft ein morphologisch vollkommen normales Magenbild. Die nach hinten penetrierende Nische ist gedeckt. Dieser Vorgang ist nicht neu und wurde von Holzknecht und Haudek angegeben. Das Nichteinhalten dieses Vorganges bei der Untersuchung in Verbindung mit dem fehlenden pylorospastischen Rest ist wohl die Ursache dafür, daß oft pankreaspenetrierende Ulcera übersehen wurden.

Für den Ausfall des Pylorusspasmus könnte in diesen Fällen auch eine maligne Degeneration des Ulcus oder eine Kombination mit einem duodenalen Prozeß (Ulcus duodeni, Cholecystitis etc.) verantwortlich gemacht werden. Doch weder für die eine noch die andere Annahme war in allen diesen Fällen irgendein Anhaltspunkt vorhanden; es konnte also bloß ein Zusammenhang mit der Funktion des Pankreas bestehen, die, durch die Penetration oder die Verwachsungen

¹⁾ W. m. W. 1913 Nr. 48.

irritiert und aus ihren normalen physiologischen Bahnen gedrängt, den sonst eintretenden Pylorospasmus aufhebt. Es würden diese Fälle die Glaessner-Kreuzfuchssche Theorie vom Chemoreflex (Duodenal-Pylorusreflex) und vom Pankreas-Duodenalreflex zu bestätigen scheinen. Es entfällt offenbar beim pankreaspenetrierenden Magenulcus der erwartete Pylorospasmus (pylorospastischer 6-Stunden-Rest Haudeks), da es infolge Schädigung der Bauchspeicheldrüse zu Hypersekretion derselben und zu sekundärer duodенaler Magenmotilität kommt.

Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen ist ein 4. Fall zur Operation gekommen, ein penetrierendes Ulcus ohne pylorospastischen Rest, der sich ebenfalls als ein ins Pankreas penetrierendes Ulcus erwies.