Aus dem Kriegsspital Nr. IV in Wien. (Direktor: Dr. Otto Glaser.)

Zur Klinik und Röntgenologie der Dünndarmstenosen.

Von Dr. **Felix Frisch**, derzeitiger Leiter der Röntgenstation.

In der diesjährigen Nr. 3 dieser Wochenschrift lenkte Kretschmer neuerlich die Aufmerksamkeit auf den röntgenologischen Befund eines Sechsstundenrestes im Magen bei tieferliegenden Stenosen des Darmtraktes. Da diese Befunde bisher selten, in der Zukunft jedoch als Folgezustände der zahlreichen ulzerösen Darmaffektionen der Kriegszeit häufiger zu gewärtigen sind, sei folgender Fall in Kürze mitgeteilt.

A. K., 47 Jahre alt, zur Konstatierung seiner Invalidität im Dezember 1919 dem Spital zugewiesen, klagt über Schmerzen in der Magengegend und im linken Hypochondrium, einige Zeit nach dem Essen, auch nach stärkeren und anstrengenden Bewegungen. Kein Erbrechen, häufig Aufstoßen, häufig Durchfälle. Objektiv erweist sich Lunge normal, vorgeschrittene Arteriosklerose, Verbreiterung der Aorta (röntgenologisch 6 cm). Das Abdomen eingezogen, Magengegend diffus druckempfindlich. Druckschmerz in der Gegend der Flexura lienalis, häufige flüssige Stühle. Nervensystem normal. -- Chemische Untersuchung ergibt negativen Blutbefund im Stuhl, der Magensaft: Gesamtzidität 8, freie HCl 0, keine Milchsäure, keine Milchsäurebazillen und Sarzine.

Die Röntgendurchleuchtung förderte folgendes Bild zutage: 5 Stunden nach eingenommener Bariummahlzeit zeigt sich ein kleiner Rest, welcher in 2 Partien gelagert ist. Die linksstehende, etwas tiefere, findet sich am unteren Magenpol, die rechts- und höherliegende gehört der Pars horizontalis superior duodeni an. Nach neuerlicher Füllung des Magens stellt sich dieser als kleiner, hackenförmiger Schrägmagen dar, aus welchem sofort massenhaft Inhalt ausgetrieben wird, das Duodenum durchleuchtet und weithin ins Jejunum verfolgbar ist. In der Höhe des linken Darmbeintellers findet sich

1) Ärztlicher Verein in Frankfurt a/M. am 2. III. 1920. „Ueber Schädigung des Kapillarsystems bei Grippe und Ernährungsstörungen“ u. B. kl. W. 1920 Nr. 19.

schon ein von der 5 Stunden vorher eingenommenen Kontrastmahlzeit her gefülltes Schlingenkonvolut, das stark druckempfindlich ist.

Nach 16 Stunden findet sich die Spitze der bariumhaltigen Kotsäule erst in der rechten Hälfte des Transversums, welches atypisch von der Flexura hepatica entlang dem Rippenbogen nach aufwärts zieht; die untersten Ileumschlingen sind noch stark gefüllt. In diesem Stadium erweist sich der Magen nach Füllung stark linksstehend; der antrale Teil zeigt das Bild der schneckenförmigen Einrollung nach Schmieden. Der Kontrasteinlauf füllt zunächst normalerweise zwiebelschalenförmig die Anipulle, das S. romanum zieht gegen den rechten Darmbeinteller, kehrt in kurzer Schlinge gegen das kleine Becken nach links und setzt sich in das senkrecht aufsteigende Colon descendens fort. Die Flexura lienalis präsentiert sich als kolbige Auftreibung, ein Passieren derselben ist unter gleichzeitiger Schmerzüßerung des Patienten nicht zu erzielen. --

Es handelt sich somit um multilokuläre Passagehindernisse peritonitisch-adhäsiver Natur auf unbekannter ätiologischer Grundlage.

Der Magen zeigte das typische Bild der sogenannten duodenalen Motilität mit rascher Anfangsaustreibung und Fünfstundenrest, ein sehr häufiger Befund bei adhäsiven Prozessen der Umgebung des Magens, worauf schon Eisler¹⁾ hingewiesen hat.

Wenn aber in diesem Falle, wie auch bei jenem Kretschmers, der Magen selbst an dem Adhäsivprozeß beteiligt war, so erwies er sich bei einem kürzlich beobachteten Patienten klinisch und röntgenologisch trotz ziemlich beträchtlichem Fünfstundenreste vollkommen frei.

Es handelte sich um ein 32jähriges Individuum mit schwerer progredienter Tuberkulose der Lungen. Subjektiv bestanden kolikartige Schmerzen um den Nabel herum einige Zeit nach der Nahrungsaufnahme. Nie Erbrechen. Bei der Durchleuchtung zeigte sich der Magen nach Größe, Lage, Form und Peristaltik normal, wies gute Spontanbeweglichkeit und gute Austreibung auf. Trotzdem Fünfstundenrest etwa in der Menge eines halbgefüllten Wasserglases. Noch sechs Stunden nach der Mahlzeit war in der Mitte des Abdomens ein Konvolut wurmförmiger, zum Teil in peristaltischer Bewegung befindlicher, bleistift- bis fingerdicker Jejunalschlingen sichtbar, zum Teil die seit Schwarz bekannte Gaskuppe tragend. Diagnose: Multiple Stenosen des Jejunums, offenbar auf Grundlage einer Tuberkulose des Peritoneums.

Es ist Kretschmer zuzustimmen, die Aufmerksamkeit auf solche Befunde zu lenken, weil sie lehren, in Fällen mit Magenresten und sonst negativem Befunde am Magen und Duodenum an tiefer sitzende Dünndarmstenosen zu denken.