

Aus dem Krankenhause der Jüdischen Gemeinde in Berlin.

### Ueber Intussuszeption des Colon descendens und deren röntgenologische Diagnose.<sup>1)</sup>

Von F. Karewski.

Eine bis dahin völlig gesunde Frau, die insbesondere niemals Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals gehabt hatte, erkrankte 14 Tage vor ihrer Aufnahme in die innere Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde zu Berlin an Leibschmerzen und Verstopfung. Herr Kollege Strauß stellte auf Grund der üblichen Untersuchungsmethoden einen hochsitzenden, deutlich umgreifbaren, gut beweglichen, harten, nicht ganz ebenen, schmerzhaften Tumor der Flexura sigmoidea fest und verlegte die Patientin behufs Operation auf meine Station.

Während einer zweitägigen Beobachtung, die vergeblich benutzt wurde, um die Kotpassage herzustellen, konnten im wesentlichen nur die vorher gemachten Erhebungen bestätigt werden. Dann mußte wegen sich steigender Ileuserscheinungen ein Anus praeternaturalis angelegt werden, für den mit Rücksicht auf die später vorzunehmende Darmresektion das Querkolon gewählt wurde. Bei dem Eingriff fand sich Aszites, aber keine Eruption sekundärer Knoten auf der Serosa. Die enorme Auftreibung der Därme hinderte weitere Klärung der anatomischen Verhältnisse der Geschwulst. Während nun die bedrohlichen Symptome verschwanden, blieb jenseits des künstlichen Afters die Okklusion bestehen. Der Meteorismus der linken Bauchseite verringerte sich nicht, die Darmsteifungen hörten hier nicht auf, kolikartige Schmerzen quälten andauernd die Kranke. Der Tumor wuchs zusehends, rückte gleichzeitig nach unten, sodaß er vom Rektum her palpabel wurde und schließlich sogar im Spekulum dem Auge sichtbar gemacht werden konnte. Die täglichen Untersuchungen ließen mit immer größerer Sicherheit erkennen, daß eine Invagination vorlag, deren dem After sich nähernder Teil wahrscheinlich die Kuppe einer Neubildung war, wenn auch die Möglichkeit vorlag, daß er nur der nekrotisierenden, ödematös geschwollenen Schleimhaut des Intussuszeptums entsprach. Da die Radikaloperation nicht dringend benötigt wurde, es sehr wünschenswert erschien, zunächst den überfüllten Leib zu entleeren, unter Darmspülungen, welche analwärts von dem Kunstaffer geschahen, der Meteorismus und die Darmsteifungen verschwanden, alsdann die sehr elende Frau gut ernährt werden konnte und sich sichtlich erholte, so wurde erst 4 Wochen später zur Darmresektion geschritten.

Es zeigte sich, daß die Invagination 25 cm lang war, die Dicke eines starken Oberarms hatte und daß auch das Netz in die Einstülpung hineingezogen war. Dabei war der Tumor so beweglich geblieben, daß er nach Durchtrennung des Netzes unschwer aus der Bauchhöhle herausgehoben und die Totalresektion des Dickdarms mit zirkulärer Wiedervereinigung ausgeführt werden konnte.

Der postoperative Verlauf war günstig, wenn auch die Darmnaht nicht völlig hielt und mehrere Nachoperationen zur definitiven Beseitigung der verschiedenen Darmdefekte, welche zur Heilung der Kranken verursacht worden waren, erforderlich wurden. Sie ist gänzlich genesen, und da die Mesenterialdrüsen sich mikroskopisch als gesund erwiesen, besteht begründete Aussicht auf Dauererfolg. Die Intussuszeption war durch ein mandarinengroßes Ca. adenomatosa verursacht worden, das der Darmwand ziemlich breitbasig aufsaß.

Abgesehen von dem klinischen Interesse dieser, wenn auch nicht durchaus ungewöhnlichen, so doch seltenen Beobachtung einer durch einen bösartigen Darmtumor hervorgerufenen Invagination des Colon descendens, dürfte das Ergebnis der röntgenologischen Untersuchung des Falles einige differentialdiagnostische Bedeutung haben.

Der Leiter unseres Röntgeninstitutes, Herr Dr. Ziegler, hatte folgenden Bericht gegeben: „Der Einlauf füllt zunächst die Ampulle

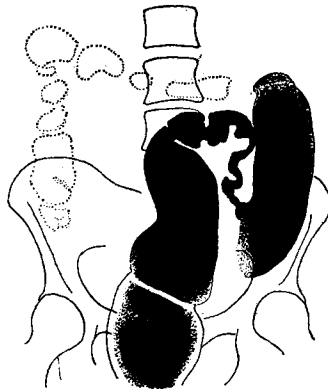
<sup>1)</sup> Nach einer Demonstration in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie am 9. V. 1921.

und die distale Partie der Fl. sigm. Die proximale Partie der Fl. sigm. ist mangelhaft gefüllt und weist stark unregelmäßige, gezackte Konturen auf. Sie ist anscheinend größtenteils mit dem unteren Deszendens verwachsen, da sie von ihm palpatorisch nicht getrennt werden kann. Die Flex. lien. steht auffallend tief, und es ist bemerkenswert, daß der Brei nur eine kurze Strecke über die Flex. lien. hinausläuft. Die Röntgenuntersuchung spricht für einen Tumor am distalen Abschnitt der Flex. sigm. mit Verwachsungen zum Deszendens.“ (Siehe Figur.)

Wenn man unter Berücksichtigung der Feststellungen am Krankenbett und des Befundes bei der Operation, sowie unter Würdigung des Verlaufes die aktinographischen Ergebnisse epikritisch betrachtet, wird man deren Deutung in einem Sinne ändern dürfen, welcher für analoge Bilder eine nicht unwesentliche diagnostische Wichtigkeit gewinnen kann. Das Röntgenbild hatte auf einen Tumor der Flexura sigmoidea schließen lassen, der mit dem Deszendens verwachsen sei, während die Geschwulst im Deszendens saß, und die mangelhafte Verschieblichkeit der Darmteile zueinander sich dadurch erklärte, daß der eine in den anderen geschlüpft war. Auch stand die vor dem Schirm bemerkte mangelnde Möglichkeit, die Schlingen des Sigmas und des absteigenden Dickdarms gegeneinander zu bewegen, in einem auffälligen Gegensatz zu der bei der Palpation des Tumors augenscheinlichen guten Beweglichkeit des Gebildes. Da im übrigen dessen Form, Härte, Höckrigkeit und nicht zuletzt seine bildlichen Konturen durchaus für malignen Charakter des nicht völlig undurchgängigen Hindernisses der Kotpassage sprachen, bestand eine Kontroverse. Karzinöse Infiltrationen am Dickdarm, welche schon seine einzelnen Teile fest gegeneinander fixieren, pflegen den kranken Teil mit seiner Unterlage so innig zu verlöten, daß von einer manuell fühlbaren guten Dislozierbarkeit keine Rede sein kann. Zwei ineinander geschlüpfte Darmschlingen hingegen müssen bei der Röntgenuntersuchung völlig untrennbar erscheinen, ohne daß die palpable Mobilität der Invagination auch nur im geringsten gelitten hat. Dieses gegensätzliche Verhalten örtlich erhobener Merkmale bei Anwendung beider Methoden des Krankenexamens darf also — natürlich unter sorgfältiger Würdigung aller anderen klinischen Momente und bei subakut sich steigender Okklusion — den Verdacht einer noch einigermaßen durchgängigen Intussuszeption erwecken. Diese vage Vermutung wird nun aber sehr wesentlich bestärkt, wenn, wie in unserem Falle, ein auffallender Tiefstand der Flexura lienalis durch die R. U. festgestellt wird. Denn eine derartige, an sich so seltene Verlagerung weist darauf hin, daß ein dauernder kräftiger Zug analwärts eingewirkt hat, ein Moment, das seine beste Erklärung durch den Vorgang einer Einstülpung am Colon descendens in allmählicher, langsamer Ausbildung findet.

So kann die Analyse derartiger Röntgenbilder an der Hand der übrigen Symptome eine frühe und deshalb unter Umständen praktisch wertvolle Diagnose der Intussuszeption des Colon descendens vermitteln, wenn die anderen Zeichen einer solchen fehlen. —

Auf einen Einwurf des Herrn Katzenstein erwidert K. rewski, daß für unzweifelhaft festgestellte Invagination des Colon descendens die röntgenologischen Befunde ohne Belang sind und daß seine Bemerkungen sich auf solche Fälle bezogen, bei denen die noch vorhandene Darmdurchgängigkeit sowie der Mangel anderer Zeichen eine exakte Diagnose nicht zulassen.



Pause vom Diapositiv der Röntgenaufnahme.