Aus dem Pathologischen Institut der Universität in
Göttingen. (Direktor: Prof. Dr. Ribbert.)

Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose.

Von Dr. K. Torkel, Assistenten des Instituts.

Hirschsprung und nach ihm eine größere Zahl anderer Beobachter¹⁾ haben das Vorkommen einer angeborenen exzessiven Erweiterung des Rectum beschrieben bei gleichzeitigem Fehlen jeglicher Stenosierung unterhalb des erweiterten Darmabschnittes und Mangel von mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen in der betroffenen Partie. Ich bin nun in der Lage, über einen Fall zu berichten, bei dem es sich gleichfalls um eine angeborene Erweiterung eines Darmabschnittes, aber nicht des Mastdarmes, sondern des Dünndarmes handelt.

Es betrifft ein zwei Tage altes männliches Kind, das plötzlich unter Ileuserscheinungen erkrankte. Da das Kind bereits pulslos war, als der hinzugezogene Arzt es sah, wurde von einer Operation abgesehen. Das Kind starb noch am gleichen Tage.

Die vorgenommene Bauchsektion — nur diese wurde erlaubt — ergab die Zeichen frischer Peritonitis, besonders an den stark erweiterten Dünndarmpartien, und den gleich zu beschreibenden Befund. Die beigegebene, von mir angefertigte Abbildung zeigt

den Darmsitus. Der ganze Darmtractus ist vom Magen bis zum Anus im Zusammenhang herausgenommen und uns von Herrn Dr. Seidler in Harburg a. E. in lebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt worden.

Auf dem Bild sieht man oben den Magen (v) mit der Milz (l) und dem Omentum majus (o). Unterhalb des Magens, in der Lage etwa dem Colon entsprechend, liegen mehrere enorm erweiterte Darmabschnitte (j), in der Regio ileocolica ein Konvolut perlschnurähnlich aussehender Dünndarmschlingen (i) und rahmenartig darum, zum Teil etwas verdeckt, das Colon (c).

Magen und Duodenum bieten nichts Charakteristi-

sches. Das bereits erwähnte, sehr stark ausgedehnte Darmstück (j) ist nicht durch Gas aufgebläht, sondern durch Inhalt prall gefüllt.

¹⁾ Zusammenfassende Literatur bei Gourévitch: Zur Kasuistik der Hirschsprung'schen Krankheit. Prager medizinische Wochenschrift 1904, Nov.

Entsprechend etwa den Stellen der Flexura colica dextra et sinistra besitzt es zwei scharfe Knickungen. Diese abgelenkten Darmschlingen sind hämorrhagisch verfärbt, ihre Serosa mit deutlichen membranösen Fibrinbelägen versehen.

Der Umfang des Darmrohres beträgt

12 cm hinter ¹⁾	an der Plica duodenojejunalis	2 cm
130	" "	3,8 "
146	" "	4,5 "
168	" "	6 "
178	" "	7,5 "
188	" "	9 "
201	" "	14 "
210	" "	7 "
226	" "	5,5 "
237	" "	4 "
253	" "	3 "
253	" "	3 "
346	" ²⁾	2,8 "

Der Umfang des Dickdarmes beträgt durchschnittlich 1,5 cm; der der Flexura sigmoidea 2 cm.

Der Darm ist überall gut durchgängig.

Der Dünndarm ist also, beginnend 130 cm hinter der Plica duodenojejunalis, auf eine Strecke von 96—100 cm zylindrisch erweitert. Etwa in der Mitte dieses Abschnittes befindet sich die stärkste Dilatation (14 cm). Von hier aus nimmt sie nach aufwärts und abwärts allmählich ab. In den ersten 25 cm des Jejunums ist nur mäßig viel Inhalt vorhanden; von hier aus nimmt die Füllung des Darmrohres langsam zu; die am stärksten erweiterten Teile fühlen sich prall an, dann wird die Menge des Darminhaltes nach und nach wieder geringer. 237 cm unterhalb der Plica duodenojejunalis ist der Inhalt zu rundlichen, etwa erbsengroßen festeren Massen zusammengeballt. Dadurch gewinnen die nun bis zur Bauhinschen Klappe folgenden Darmschlingen eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Konvolut von Perlschnüren. Der Dickdarm ist fest kontrahiert, das Rectum etwas weniger. In beiden sind nur wenige Contenta. Der Darminhalt ist nur in den obersten 240 cm des Darmrohres gallig imbibiert.

Das zu dem Anfangsteile des Jejunum gehörige Mesenterium ist wenig entwickelt, an manchen Stellen durchscheinend und großenteils fettarm. Erst weiter abwärts wird es fester und fettreicher. Seine Länge beträgt, von der Wurzel zum Darmansatz gemessen, im Durchschnitt 6,5 cm. Das Mesenterium des besonders stark dilatierten Abschnittes ist 6,5 cm, das der Rosenkranz ähnlich aussehenden Ileumschlingen 8 cm lang.

Mikroskopisch lassen sich keine Anhaltspunkte für die enorme Ausdehnung des einen Darmteiles gewinnen. Der Bau der Darmwand der normalen und der dilatierten Partien ist überall gleich. Keinesfalls besitzt die Muskulatur der erweiterten Darmabschnitte eine geringere Entwicklung als die der normal weiten.

Der Darminhalt besteht mikroskopisch aus Schleim und Epithelien. Die Herkunft der letzteren ist nicht mehr mit Sicherheit festzustellen.

Es handelt sich demnach in dem beschriebenen Falle um eine angeborene zylindrische Erweiterung eines Jejunumabschnittes bei Mangel jeglichen Hindernisses in den weiter abwärts gelegenen Teilen und Fehlen von Anomalien im Bau der Wand der dilatierten Partie, also um eine auf einer Entwicklungsstörung beruhende Veränderung.

In einer hier nicht näher zu erörternden Weise ist durch mehrfache Abknickung des erweiterten Darmabschnittes der Tod herbeigeführt worden.

Ein nicht unwillkommener Beitrag zur Frage der Entstehung von Veränderungen der beschriebenen Art dürfte die Mitteilung des Umstandes sein, daß bei dem im Jahre zuvor geborenen Bruder unseres Patienten eine völlige Atresie des Rectum, 5 cm oberhalb des Anus, bestand. Ueber sonstige Mißbildungen ist in der Familie nichts bekannt.

¹⁾ An dem Mesenterialansatz gemessen. — ²⁾ Valvula ileocecalis.