

9. Malvoz, Un cas de sarcome fuso-cellulaire de l'estomac. Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. 1890. No. 8 et 9. p. 339.
10. Brodowsky, Ein ungeheures Myosarcom des Magens u. s. w. Dieses Archiv. 1876. Bd. 67. S. 227.
11. Kosinsky, Ein Fall von Myo-Sarcoma ventriculi et omenti. Pamietnik. Tow. lek. Warsz. T. 1—2. Siehe Virchow-Hirsch's Jahresbericht. X. Jahrg. 1875. Bd. II. S. 226.
12. Sidney Coupland, Lymphadenoma of the stomach. Transact. of the patholog. society of London. 1877. XVIII. p. 126 ff.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel II.

- Fig. 1. Das beschriebene Präparat in natürlicher Grösse von der hinteren Fläche aus gesehen gezeichnet. Das in's Innere sich vorwölbende Sarcom der Magenwandung ist seiner ganzen Ausdehnung nach sichtbar, ebenso der kleinere, peripherische Lappen des subserösen Tumors. Der mehr central gelegene grössere Lappen ist durch letzteren theilweise verdeckt.
- Fig. 2. Schnitt entsprechend der mittleren Partie des grösseren Lappens; mittlere Vergrösserung (Hartnack Ocular III, Objectiv 5). f fibromatöses Gewebe. fs fibrosarcomatöse Partie. af angiofibromatöse Partie.
- Fig. 3. Schnitt durch die sarcomatös veränderte Muscularis des Magens. (Dieselbe Vergrösserung.) s Sarcomgewebe. m Züge noch erhaltener atrophischer glatter Muskelfasern mit ihren Kernen. g Gefässe.

2. Ueber einen Fall von angeborner Stenose des Pylorus und der angrenzenden Duodenalpartie.

Seitdem durch die Arbeiten Landerer's¹ und Maier's² die Aufmerksamkeit auf die angeborenen Verengerungen des Duodenalostiums des Magens gelenkt worden ist, hat diese Anomalie in den Lehrbüchern der Pathologie die gebührende Würdigung gefunden, ohne dass indess in der Literatur umfangreicheres Material zu diesem Kapitel niedergelegt worden wäre. Augenscheinlich sind diese Anomalien seltner, als es von Maier auf Grund seines Sammlungsmaterials angenommen worden war, besonders, wenn man in diese Kategorie nur die mit Sicherheit als angeborene Anomalien zu diagnosticirenden Fälle einreihet, das heisst nur die Formen berücksichtigt, bei denen entweder alle

weitem localen Veränderungen fehlen, oder aber die bestehenden an sich schon Stenose bedingenden Veränderungen durch die mikroskopische Untersuchung als nicht auf chronisch entzündlicher Basis beruhend festgestellt sind.

Einen diesen Forderungen entsprechenden Fall von congenitaler Pylorusstenose habe ich im Verlauf meiner Studien über die „stenosirende Pylorushypertrophie“ vergleichungshalber genauer untersucht. Das Resultat dieser Untersuchung erscheint mir besonders deshalb einer kurzen Mittheilung werth, weil dieser Fall durch ein ungewöhnliches Verhalten der den Pylorus begrenzenden Duodenal- und Magenpartie ausgezeichnet erscheint.

Der Fall betrifft einen 30jährigen Patienten, Potator, der am 9. September 1881 wegen Urämie mit epileptiformen Anfällen in's Genfer Spital aufgenommen, sehr bald in einen comatösen Zustand verfiel, der schon am 11. September in den Tod überging. Schon intra vitam war von Herrn Professor Revilliod eine hochgradige Magenerweiterung bei dem Kranken festgestellt worden, wegen deren Patient übrigens schon früher ärztlich behandelt worden war.

Die am 12. September von Herrn Professor Zahn vorgenommene Section ergab folgende Befunde:

Asymmetrischer Thorax; grosse Hautnarbe in der Regio sternalis; leichte icterische Färbung der Haut und der Bindehäute der Augen; Hyperämie und Oedem des Gehirns und der Meningen; Hypertrophie des linken Ventrikels; ausgebreitete capilläre Bronchitis; interstitielle Nephritis.

Die Eingeweide sind stark aufgetrieben, stellenweise etwas hyperämisch. Die Mesenterialganglien besonders der Ileocöcalgegend zeigen sich mässig geschwollen. Die Leber erreicht mit ihrem rechten Lappen gerade den Rippenrand. Der Magen ist hochgradig erweitert. Die kleine Curvatur reicht, den linken Leberlappen in die Höhe drängend, zwei Querfinger hinter dem Rippenrand in die Höhe. Die Dilatation ist besonders ausgesprochen in der Regio pylorica des Magens, die durch das äusserst straffe kleine Netz ziemlich fest an der Leber fixirt erscheint. Die erweiterte Pylorusregion legt sich von allen Seiten eine Strecke weit über den Anfangstheil des Duodenum hinüber, so dass dasselbe im Bereich dieser Partie völlig verdeckt ist. Beim Zurückschieben der bedeckenden Magenpartie zeigt sich das Duodenum im Bereich der ersten 5 cm seines Verlaufs stark verengt. Dasselbe stellt einen, sich gegen den Magen hin rasch verjüngenden, an der Insertionsstelle kleinfingerdicken Strang dar.

Der Pylorus ist ebenfalls hochgradig verengt. Er ist vom Duodenum aus kaum für eine Hohlsonde durchgängig. Lässt man von der Cardia aus Wasser unter starkem Druck in den Magen einströmen, so fliesst dasselbe überhaupt nicht durch den Pylorus ab. Nur bei mässiger Füllung des Magens entleert sich dasselbe in dünnem Strahle aus dem Pylorusring.

Völlig gefüllt fasst der Magen 5510 ccm. Sein Gewicht bei möglichst völliger Entleerung beträgt 450 g. Die Maasse, die ich nur an dem gehärteten Präparat zu nehmen in der Lage war, sind: Grösste Breite 33 cm, grösste Höhe 15 cm; Länge der grossen Curvatur 73 cm, Länge der kleinen Curvatur 24 cm, so dass selbst die am gehärteten Organ genommenen Maasse die normalen Grössen nicht unbeträchtlich übersteigen. Zur Beurtheilung der gegebenen Maasse füge ich hinzu, dass das gehärtete Organ nur noch 3000 ccm Flüssigkeit fasste. Aufgeschnitten zeigt der Magen einen ausgesprochenen *État mameloné*. Die Wandung ist durchgehends etwas verdickt, besonders in der *Regio cardiaca* und *pylorica*, welch' letztere sich in Form eines etwa 5 cm langen Trichters gegen den Pylorusring stark zuspitzt. Die Dicke der Wandung beträgt nächst dem Pylorus, ebenso wie nahe der *Cardia* 5—6 mm. In der Mitte der grossen Curvatur ist der Magen blos 4—5 mm dick. Die Verdickung kommt wesentlich auf Rechnung der Muskelschicht, während die anderen Schichten makroskopisch kaum als verdickt bezeichnet werden können. Ausgebreitet hat der Pylorusring, der übrigens eher undeutlicher ausgeprägt ist, als es der Norm entspricht, einen Durchmesser von 3 cm. Die Schleimhaut der *Regio pylorica* ist stark atrophisch, nur dicht am Pylorusring erheben sich mehrere bis zu 2 mm hohe Schleimhautfalten, die in verschiedenster Richtung verlaufen und bei der Enge des Duodenalostiums leicht den Charakter abschliessender Gebilde erlangen dürften. Die Breite des aufgeschnittenen Duodenums dicht an seiner Einmündungsstelle in den Magen beträgt nur 2 cm, doch nimmt dieselbe rasch zu, so dass das Duodenum in einer Entfernung von 2 cm vom Pylorusring aus gerechnet schon eine Breite von 4,5 cm aufweist. Seine definitive Breite, die in unserm Falle 7 cm beträgt, erreicht das Duodenum indess erst in einer Entfernung von 5 cm vom äusseren Rande des Pylorusrings. Die Schleimhaut ist deutlich geschwollen. Aus dem *Diverticulum Vateri* entleert sich erst bei stärkerem Druck wenig dunkle Galle.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine beträchtliche Hypertrophie der Muskelschicht des Magens besonders in der Pylorusgegend. Ring- und Längsmuskelschicht zeigten sich hier sehr deutlich gesondert. Das intermusculäre Bindegewebe ist sichtlich, aber nicht beträchtlich vermehrt. Nirgends finden sich, wie es in zahlreichen der *Maier'schen* Beobachtungen der Fall war, Spuren von fettiger oder colloider Degeneration der Muskelzellen.

Die Mucosa bietet das ausgesprochene Bild der interstitiellen Gastritis.

Das interglanduläre Bindegewebe ist stark gewuchert und sehr zellenreich. Die Drüsenzellen befinden sich alle im Zustande hochgradiger fettiger Degeneration, zum Theil sind sie auch trübe gekörnt. Sie liegen meist regellos im Drüsenlumen verstreut. Ihre Form nähert sich zumeist der cubischen Gestalt. Das submucöse und subseröse Bindegewebe bietet ebenso wie die Serosa nichts von der Norm Abweichendes dar. Nur gegen den Pylorus zu erscheint die Serosa etwas verdickt und das subseröse Gewebe etwas straffer als in den übrigen Theilen des Magens.

Entspricht somit der Pylorusring und die unmittelbar angrenzende Magenpartie unsres Falles ganz den typischen, von Maier als Trichterformen bezeichneten Fällen von angeborener Pylorusstenose, so muss umgekehrt das Verhalten des Duodenums als völlig vom gewöhnlichen Befunde abweichend bezeichnet werden. Der Anfangstheil des Duodenums erscheint in den Maier-Landerer'schen Fällen fast ausnahmslos von normaler Weite, und das zugespitzte Ende der Pylorusregion ragt in den klassischen Fällen als derbe Masse in den Anfangstheil des Duodenums hinein, um welches dann das dünnwandige Duodenum sich herumlegt. „Es lässt sich“, sagt Maier¹⁾ wörtlich, „dieses Verhältniss nicht besser parallelisiren, als wenn wir die ganze Partie mit der Portio vaginalis des Muttermundes vergleichen“.

In unserm Falle ist das Verhalten des Duodenums dem von Maier beschriebenen völlig entgegengesetzt. Das Duodenum ist ebenfalls und in seinem Anfangstheil sogar stärker stenosirt als der Pylorusring, ein Befund, der nur in dem mit No. 30 bezeichneten der Maier'schen Fälle gleichfalls angedeutet war, und den Maier bei diesem Falle als besonders bemerkenswerth ausdrücklich hervorhebt. Es ist wohl dieser Duodenalstenose wesentlich zuzuschreiben, dass auch das Verhalten der Pylorusregion, die sich mit ihrem distalen, erweiterten Theil von allen Seiten eine Strecke weit über den Anfangstheil des Duodenums hinüberlegte, gewissermaassen den directen Gegensatz zum Verhalten der Regio pylorica in der Mehrzahl der Maier-Landerer'schen Fälle bildet.

L i t e r a t u r.

1. Landerer, Ueber angeborene Stenose des Pylorus. I.-D. Tübingen 1879.
2. Maier, Beiträge zur angeborenen Pylorusstenose. Dieses Archiv. 1885. Bd. 102. S. 413 ff.

3. Ueber einen Fall von Traktionsdivertikel der Pylorusregion des Magens durch Gallenblasenverlagerung.

Divertikel des Magens sind zweifellos sehr seltene Missbildungen. Sie werden in den Lehrbüchern meist als „angeborene partielle Ektasien“ ohne nachweisbare Ursache, oder als Pul-