

Fassen wir das Gefundene zusammen, so ergibt sich folgendes:

1. Bei Lebertuberkulose werden die elastischen Fasern, je nachdem ein exsudativer Prozeß vorliegt oder nicht, zerstört oder bleiben unbeschädigt.
2. Bei Lebersyphilis handelt es sich um eine Neubildung elastischer Fasern.
3. Bei Erysipel wird eine Zerstörung der elastischen Fasern gefunden.
4. Bei anderen akuten Infektionskrankheiten sind keine besonderen Veränderungen zu bemerken.

Literatur.

1. Schmaus: Über das Verhältnis des elastischen Gerüsts in tuberkulösen Herden der Lunge. Kongreß für innere Med. 1895.
2. Melnikow: Histologische Untersuchungen über das elastische Gewebe in normalen und in pathologisch veränderten Organen. Zieglers Beiträge Bd. 26.
3. Federmann: Über das Verhalten des elastischen Gewebes im Hoden bei Tuberkulose und Syphilis. Dieses Archiv Bd. 165.
4. Katsurada: Zur Kenntnis der regressiven Veränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Zieglers Beiträge Bd. 31.
5. Sudakewitsch: Riesenzellen und elastische Fasern. Dieses Archiv Bd. 115.
6. Rona: Über das Verhalten der elastischen Fasern in Riesenzellen. Zieglers Beiträge Bd. 27.
7. Jores: Zur Kenntnis der Regeneration und Neubildung elastischen Gewebes. Zieglers Beiträge Bd. 27.
8. Sawada: Über Zerstörung und Neubildung des elastischen Gewebes in der Lunge bei verschiedenen Erkrankungen. Dieses Archiv Bd. 169.
9. Michaelis: Über den Chemismus der Elastinfärbung und seine praktische Anwendung auf Sputumpräparate. Deutsche med. Wochenschrift 1901.
10. Wechsberg: Zieglers Beiträge Bd. 29.

4.

Zur Frage der gutartigen Pylorushypertrophie Cruveilhiers.

Erwiderung an Herrn Dr. Magnus-Alsleben.

Von

Dr. Arthur Meinel.

In der im Juliheft 1903 dieses Archivs (Bd. 173 Heft 1) aus dem Pathologischen Institut zu Straßburg erschienenen Arbeit über Adenomyome des Pylorus wendet sich der Verfasser, Dr. Ernst Magnus-Alsleben, wieder-

holt gegen meine Untersuchungen¹⁾ über die sog. gutartige Pylorushypertrophie, und zwar in einer leicht zu Mißverständnissen führenden Form, sodaß ich gezwungen bin, Stellung zu der Frage zu nehmen.

Der Autor will durch Beschreibung von sehr kleinen echten Tumoren am Übergang der großen Curvatur des Magens in den Pylorusteil das tatsächliche Vorkommen der „gutartigen“ Pylorushypertrophie Cruveilhiers, deren histologische Gutartigkeit ich auf Grund genauer vergleichender Untersuchungen angezweifelt habe, darlegen. Es werden hierbei die Bezeichnungen: „gutartige Pylorushypertrophie“, „nur auf Muskelhypertrophie beruhende Pylorusstenose“, „hypertrophische Pylorusstenose“, „gutartige Pylorusstenose“ als gleichbedeutend gebraucht und übersehen, daß die gutartige Pylorushypertrophie, wie sie Cruveilhier zuerst beschrieb, etwas ganz anderes ist, als die nur auf Muskelhypertrophie beruhende Pylorusstenose (R. Maier), und daß eine gutartige Pylorusstenose noch nicht eine hypertrophische Pylorusstenose zu sein braucht. Man kann die erbsengroßen Tumoren in der Pylorusmuskulatur weder makroskopisch noch mikroskopisch mit den von Cruveilhier, Andral, Lebert, Schoch, Nauwerk und Tilger beschriebenen diffusen zylindrischen Wandverdickungen des ganzen Pylorusteiles vergleichen, bei denen der Hauptsitz der Veränderung in der stets stark verbreiterten Submucosa liegt (vgl. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain* Tome I. XII. Livraison). Es kann somit auch nicht aus der Gutartigkeit dieser den Adenomyomen des Uterus analogen Pylorustumoren, die wohl niemals zu der Bezeichnung Pylorushypertrophie geführt haben würden, die Gutartigkeit der Cruveilhierschen Pylorushypertrophie bewiesen werden.

Die von Magnus-Alsleben beschriebenen, in die Muskulatur des Pylorus eingelagerten drüsigen Gebilde, die für Brunnersche Drüsen erklärt werden, haben allerdings nichts „Atypisches“ an sich, ganz im Gegensatz zu den von mir beobachteten Epithelzellsträngen in der verdickten Submucosa der betreffenden Fälle, deren Zusammenhang mit dem Drüsenapparat des Magens an keiner Stelle nachzuweisen war. Es handelt sich hier also um grundverschiedene Prozesse.

Die schon von Andral (1837) und später von R. Maier beschriebenen, nur auf Muskelhypertrophie beruhenden Pylorusstenosen lassen sich wiederum streng trennen von den zu Verengung des Magenausganges führenden Tumoren des Pylorus und der Cruveilhierschen Pylorushypertrophie. Sie verdienen meines Erachtens allein den Namen einer gutartigen Pylorushypertrophie, worauf ich auf den Seiten 509—511 meiner Arbeit ausdrücklich hingewiesen habe. Das Vorkommen dieser Veränderungen und deren Gutartigkeit wird also nicht von mir angezweifelt, wie ich Herrn Dr. Magnus-Alsleben gegenüber feststellen muß.

¹⁾ Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie von Ziegler, Bd. XXXI, 1902.

Zum Schluß möchte ich noch bemerken, daß der seit Cruveilhier für diese klinisch so bösartig verlaufende Veränderung am Pylorus eingebürgerte Name leicht zu Mißverständnissen Anlaß geben kann. Aus demselben Grunde hat bereits Lebert vorgeschlagen, diese Verengerungen des Magenausganges „hypertrophische Pylorusstenose“ zu nennen, Tilger wollte dann diese Bezeichnung in „stenosierende Pylorushypertrophie“ verbessern, aber, wie eben gezeigt, verhindern auch diese Benennungen nicht eine Verwechslung mit ganz andersartigen Prozessen. Vielleicht wird eine solche Verwechslung unmöglich, wenn man die sog. gutartige Pylorushypertrophie Cruveilhiers mit ihrem richtigen Namen bezeichnet: „Lymphgefäßepithelkrebs der Submucosa der Pylorusgegend“, wie ich es seinerzeit auf den Vorschlag von Herrn Professor Dr. Zahn in Genf getan habe. Die Hypertrophie der Mucosa und Muscularis haben hierbei dieselbe Bedeutung, wie bei den Drüsenepithelkrebsen der betreffenden Region.
