

lösung auf der rechten Seite des Halses eines ca. 2 Monate alten Kalbes vorgenommen, das die Tuberkulinprobe bestanden hatte.

Es entwickelte sich an der Impfstelle eine ungefähr eigroße Schwellung, die allmählich wieder zurückging.

Das Kalb wurde am 7. 1. 04 geschlachtet. An der Impfstelle fand sich in Cutis und Subcutis eine gut markstückgroße speckartige Gewebspartie, die eine Anzahl hirsekorngroßer käsiger Tuberkel enthält, in denen Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden. Die naheliegende Drüse war etwas vergrößert und zeigte auf der Schnittfläche eine geringe Anzahl käsiger, hirsekorngroßer Tuberkel. In den anderen Halsdrüsen und in den inneren Organen fand sich keine Spur von Tuberkulose.

Aus obigem geht dann hervor, daß die Tuberkelbazillen in dem hier mitgeteilten Falle von Menschentuberkulose, die ein Aussehen wie Rinderperlsucht zeigte, als für das Rind avirulent oder minimal virulent betrachtet werden müssen.

Zum Schlusse danke ich den Herren Professoren Fibiger und Jensen verbindlichst für ihre Hilfe und für das Interesse, das sie meiner Arbeit entgegengebracht haben.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XI.

- Fig. 1. Gestielter Perlsuchtknoten auf der Serosa des Dünndarms. (Nat. Größe.)
 Fig. 2. Gestielte und ungestielte Perlsuchtknoten auf der Serosa des Dickdarms. Einige der gestielten Knoten sind der Deutlichkeit wegen auf schwarze Glasplättchen gelegt. (Nat. Größe.) a Gestielte Knötchen.

XXIX.

Kleine Mitteilung.

Die oberen kardialen Oesophagusdrüsen.

Entgegnung auf die Arbeit des Prof. J. Schaffer im vorigen Hefte dieses Archivs.

Von

Dr. A. Ruckert in Marburg.

Im ersten Teil seiner neuesten Arbeit über die oberen kardialen Oesophagusdrüsen bringt Schaffer sowohl altes wie neues aus der einschlägigen Literatur. Dabei widmet er meiner Arbeit¹⁾ über diesen Gegen-

¹⁾ Dieses Archiv Bd. 175.

stand beinahe drei volle Druckseiten in einer Art und Weise, die es mir erwünscht scheinen läßt, seiner sogen. „kritischen Beleuchtung“ einige Worte hinzuzufügen!

Wenn Sch. mir vorwirft, meine ganze Art der Darstellung sei dazu angetan, die Verlässlichkeit seiner Angaben in den Augen der Leser als sehr fragwürdig erscheinen zu lassen, so muß ich mich dagegen auf das entschiedenste verwahren, sofern Sch. mit „Angaben“ das objektive Resultat seiner Untersuchungen bezeichnen will. Das, was ich an Schaffers Arbeit bezweifle, ist einzig und allein die Deutung seiner Untersuchungsergebnisse. Ich gehe nun zu den einzelnen Punkten seiner Kritik über.

Zunächst macht mir Sch. den Vorwurf, daß ich ihn als den intellektuellen Urheber des Ausdruckes: „obere Kardiadrüsen des Oesophagus“ citiere, während Sch. doch nur von oberen kardialen Drüsen des Oesophagus reden will. Ich gebe diesen Lapsus der Feder gerne zu, um so mehr als davon der Kernpunkt der ganzen Frage nicht berührt wird. Höchst merkwürdig ist es jedenfalls, daß auch Hewlett und neuerdings Glinzki derselbe Fehler untergelaufen ist. Der Grund dafür liegt darin, daß der Ausdruck: untere Kardiadrüse des Oesophagus älter, geläufiger — und für mein Ohr wohlklingender — ist, als untere kardiale Drüsen des Oesophagus. Also, es scheint nicht so leicht zu sein, die bestehende Nomenklatur zu ändern.

Ferner soll ich mir nach Schaffer ein Verdienst angemessen haben, indem ich die Tatsache konstatierte, daß bei Neugeborenen kleine Drüsen-schläuche zu finden sind, die den Ausführungsgängen der oberen kardialen Drüsen gleichen und dies auf Grund zwölf systematisch untersuchter Speiseröhren von Neugeborenen. D'Hardivillier hat nämlich vor mir ausgerechnet in einem Fall und noch dazu bei einer Frühgeburt ähnliche Drüsen beschrieben. Ich überlasse es dem Leser, Schaffers Kritik zu kritisieren, und will nur hinzufügen, daß ich ausdrücklich die Arbeit des Franzosen als mir nicht zugänglich erwähnt habe.

Ein weiterer Vorwurf bezieht sich darauf, daß ich die oberen kardialen Drüsen des Oesophagus nicht als etwas Normales ansehen kann, wie das Sch. gerne möchte. Wenn ich davon absehe, daß Sch. mir nicht zumutet, zu wissen, was normal, was anomal ist, so möchte ich Sch. fragen, ob er das, was in 100 Fällen günstigsten Falls 70 mal wiederkehrt, für normal oder typisch hält? Nun, ich kann mit seinen eigenen Worten antworten, Sch. hält das nur für nahezu typisch! Das „nahezu typisch“ ist aber vorläufig m. E. noch nicht typisch! Und die einzige Möglichkeit, die oberen kardialen Drüsen zu normalen Gebilden zu machen, besteht darin, daß Schaffer beweist, daß sie in 100 Fällen 100mal wiederkehren. Wenn Sch. das gelingt, bin ich jederzeit gerne bereit, zu sagen: Pater peccavi!

Da ich die Drüsen nicht für normal halte, so muß es sich folgerichtig um etwas Pathologisches handeln! Diesen Schluß zieht Sch. in seiner Kritik für mich, und zwar berechtigterweise. Denn wenn Sch. wüßte, was

der moderne pathologische Anatom unter pathologisch zu verstehen pflegt, so würde er sich wahrscheinlich die Mühe gespart haben, diesen selbst gezogenen Schluß zu widerlegen.

Ich habe in diesem Punkt keinen Geringeren als Virchow zum Gewährsmann! Er pflegte zu Beginn eines jeden Kollegs über allgemeine Pathologie eine Definition des Begriffs „pathologisch“ vor auszuschicken und betonte dabei ausdrücklich, daß nicht nur das als pathologisch anzusehen sei, was wirklich krankhaft, sondern alles, was von der Norm abweiche! Ein Beispiel! Wir finden bei der Sektion eines Erwachsenen an den Nieren die fötale Lappung erhalten. Das ist nichts Krankhaftes, aber fraglos etwas Pathologisches im Sinne Virchows. Da diese Definition Virchows vorläufig noch keine Änderung erfahren hat, soweit ich aus der Literatur sehe, so möchte ich wohl wissen, wer „die modernen pathologischen Anatomen“ sind, auf die sich Sch. stützt? — Ich möchte noch betonen, daß ich in meiner Arbeit mit keiner Silbe gesagt habe, die oberen kardialen Drüsen seien etwas Pathologisches, denn ich war mir bewußt, daß Sch. als normaler Anatom daran Anstoß nehmen könnte. Wenn Sch. sie meinetwegen in seiner Sprache als Variation bezeichnen will, so liegt darin wenigstens ausgedrückt, daß es nichts Typisches ist, und auch dann gehört es nach Virchow der Pathologie zu.

Schaffer bemängelt weiter den von mir gebrauchten Ausdruck „glanduläre Erosionen des Oesophagus“ und kapriziert sich darauf, daß zu diesem Ausdruck doch auch immer ein Epithelverlust gehören müsse. Es ist Sch. scheinbar nicht bekannt, daß auch der pathologische Anatom von Erosionen am Muttermund spricht, denn er führt dies als einen Beweis gegen meine Nomenklatur an, während es doch geradezu dafür spricht. Außerdem soll nach Sch. die Bezeichnung „glanduläre Erosionen“ dem Kliniker entlehnt sein? Ich frage Herrn Schaffer, was der Kliniker mit diesen Drüsen zu tun hat und wieviel Kliniker dieselben wohl kennen? Alles in allem, der Ausdruck „glanduläre Erosionen“ scheint mir das zu bringen, was man makroskopisch und mikroskopisch sieht, und ist infolgedessen sicher objektiver als der Ausdruck Schaffers „obere kardiale Drüsen“. Die unteren kardialen Oesophagusdrüsen sind etwas Normales, die oberen sind vorläufig noch nahezu typisch, d. h. nicht normal, und ich halte deshalb am 1. Schlußsatz in meiner früheren Arbeit fest, daß sie den Namen „obere kardiale Drüsen des Oesophagus“ nicht mit Recht führen, da er etwas Normales präjudiziert.

Schaffer führt diese eben besprochenen Punkte meiner Arbeit ausführlich an und sagt weiter: „Die zahlreichen anderen Widersprüche in der Abhandlung Ruckerts auseinanderzusetzen, will ich den Lesern und mir ersparen“. Nach den gelieferten Proben werden allerdings die Leser sich freuen können, daß ihnen weiteres erspart geblieben ist.

Im zweiten Teil seiner Arbeit geht Schaffer auf die Genese der oberen kardialen Oesophagusdrüsen und auf die metaplastischen Vorgänge, die sich, in der Speiseröhre, vom indifferenten embryonalen Epithel be-

ginnend, bis zum fertigen Plattenepithel des Neugeborenen abspielen. Er glaubt nach seinen Untersuchungen, daß weder nach Eberth das Plattenepithel von der Mundhöhle her das Flimmerepithel verdränge, noch nach Neumann die Plattenzellen aus den Flimmerepithelien durch ein Übergangsstadium (= flimmernden Plattenepithelien) entstünden. Vielmehr sprechen Sch.s Untersuchungen dafür, daß das zweischichtige Zylinderepithel, wie Sch. es bei dreimonatigen Embryonen fand, direkt oder auf dem Umwege des Flimmerepithels in Plattenepithel übergehen könne. Kommt es dabei zur Bildung von Flimmerepithel, so soll dieses ausgestoßen und durch Pflasterepithel ersetzt werden. Man sieht daraus, daß der Vorgang ein recht komplizierter zu sein scheint.

Bei seinen Untersuchungen an Embryonen fand Sch. nun weiter bei einem viermonatigen Embryo in der Höhe des III.—IV. Trachealknorpels eine kleinere, lichtere Zellgruppe von hohen Cylinderepithelien mit basalständigen Kernen, die er als die jüngste Vorstufe der oberen kardialen Drüsen anspricht. Diese Zellen entsprechen nach der Beschreibung Sch.s vollkommen denen, die ich bei Neugeborenen gesehen habe, und ich will hier anfügen, daß ich auch bei Neugeborenen (No. VI) solche Zellkomplexe in einfacher Reihe und nicht nur in Drüsenschlauch-Anordnung, wie Schaffer für mich behauptet, beobachtet habe. Schaffer schließt aus diesem Befunde: „Das indifferente Epithel wandelt sich hier in embryonales Magenepithel mit all seinen blastischen Potenzen, und nicht in das für die Speiseröhre charakteristische Flimmerepithel um.“ So interessant diese Tatsache an und für sich ist, so wird man wohl aus diesem einen Befund kaum ein endgültiges Urteil fällen können, zumal die Verhältnisse nach Sch.s eigener Darstellung hier so kompliziert liegen! Bei einem sechsmonatigen Foetus erhob dann Schaffer — ich betone, vor mir! — einen ähnlichen Befund, wie ich ihn bei einem Neugeborenen (Fall VI) konstatierte, das helle, hohe Cylinderepithel senkte sich in drei kugelige Ausstülpungen, die in Sch.s Fall miteinander kommunizierten. Ich habe diese becherförmigen Gebilde mit Bildern von *Molluscum contagiosum* verglichen, denen sie in ihrer Gestalt sehr glichen. Außerdem beobachtete ich darin die hohen Cylinderzellen mit Flimmern besetzt, eine Angabe, die wiederum Sch. entgegen zu sein scheint.

Schaffer hat unter seinen sicher doch zahlreichen Untersuchungen an Embryonen zweimal diesen interessanten Befund machen können. Es geht m. E. deutlich daraus hervor, daß diese Anlage der oberen Kardialdrüsen schon bei Embryonen nichts Typisches ist, und es resultiert weiter daraus, daß es sich dabei um eine Entwicklungsstörung handelt. Mit anderen Worten: Schaffer hat im II. Teil seiner Arbeit, abgesehen von den metaplastischen Vorgängen, einen schönen Beweis für den II. Schlußsatz in meiner früheren Arbeit erbracht: „Die glandulären Erosionen des Oesophagus sind auf eine Entwicklungsstörung im foetalen Leben zurückzuführen.“
