

XXI.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ueber acute Lungenatrophie.

Von Prof. Buhl in München.

In jüngster Zeit hatte ich Gelegenheit, 3 Typhusleichen zu seciren, bei welchen mir die Beschaffenheit der Lungen von besonderem Interesse scheint. Sie bestätigt nämlich in gewisser Beziehung und erweitert zugleich die von mir*) vorläufig auf den Grund nur weniger Beobachtungen ausgesprochene Ansicht, dass es in den Lungen eine der acuten Brightschen Nierenveränderung analoge Erkrankung gebe, dass dieselbe als entzündlicher Process von der croupösen und tuberkulösen Pneumonie unterschieden werden müsse, und dass diese desquamative Pneumonie, wie ich sie zu nennen vorschlag, während acuter exanthematischer Krankheiten, des Typhus etc. in der Periode der specificischen Erkrankung vorkomme. Ich habe an eben diesem Orte angedeutet, dass als mögliche Ausgänge, als vollkommene oder unvollkommene Heilungsvorgänge dieser acuten Lungenentzündung, die Lösung und die Fettmetamorphose mit mehr oder weniger Verdichtung und Pigmentirung des Lungengewebes angesehen werden könnten.

Die berührten 3 Typhussectionen ließen noch einen dritten und zwar bösartigeren Ausgang erkennen.

In allen 3 Fällen war der Tod zwischen der 4—6ten Woche seit dem Beginn der Erkrankung, also im Zeitraume der Secundärprocesse nach Ablauf des eigentlichen Typhus eingetreten; die Section zeigte in jedem Falle eine beträchtliche Hirnatrophie, ferner in 2 Fällen die Schwellung der Milz und der Mesenterialdrüsen im Rückerschritte, das Ileum mit flachrandigen, mehr oder weniger gereinigten, bis auf die Muskelhaut reichenden Geschwüren; ein Mal dagegen eine recidive blässmarkige Schwellung der Ränder der bereits gesetzten Geschwüre in den Peyer'schen Drü-

*) Bericht über 280 Sectionen. Henle und Pfeufer's Journal für rat. Med. Neue Folge, VIII. Bd. 1. Hft. S. 80 etc.

senhaufen und neue Verschorfung derselben, frische Schwellung der Milz und der meseraischen Drüsen; in diesem Falle auch ein die Giesskannenknorpel denudirendes Larynxgeschwür.

Die Lungenpleura war nie mit dem Rippenfelle verwachsen, dagegen fand sich zweimal eine umschriebene Verklebung mittelst Faserstoffsudat. Die unter dem letzteren sich befindenden Partien des Lungengewebes zeigten bald erbsen- bis haselnussgrosse, brandig riechende, pulpöse Herde -- einmal in dem Unterlappen der rechten Lunge, einmal in dem Oberlappen der rechten und im Unterlappen der linken Lunge -- bald war der grösste Theil eines Lappens brandig, wie einmal der Oberlappen der linken Lunge. In dem letzteren Falle zeigten mehrere der zugehörigen Lungenarterienäste secundäre, nicht durch Embolie veranlasste Thrombose. Ausser diesen zerstörten Partien bot das Gewebe des erkrankten Lungensappens in grösserer Ausdehnung vollkommenen Luftmangel, eine ungewöhnliche Schläffheit neben bedeutender Durchfeuchtung, glatte Schnittfläche, eine im Allgemeinen braunrothe, mit etwas Grau untermischte Färbung, welche letztere an einzelnen lobulären Partien vorwiegend wurde, eine lobuläre dichtere oder weniger dichte Consistenz und, was das Auffallendste und für jeden Fall Bezeichnendste war, eine beträchtliche cylindrische Erweiterung und gegenseitige Näherung der feineren, knorpellosen Bronchien mit dunkler, livider Röthung ihrer Schleimhaut.

Lobuläre, erbsen- bis kirschgrosse, luftleere Verdichtungen fanden sich in mehr oder weniger grosser Zahl auch in den übrigen Lungenappens mitten in lufthaltigem, nur ödematösem Gewebe.

In den 2 Fällen der pleuralen Faserstoffsudation lagen in den meisten zu den brandigen Herden des Lungengesamthums gehörenden feineren, aber wie bemerk't, erweiterten Bronchien Croupfröpfe, welche sich einmal bis in die grösseren Aeste als lose auskleidende Croupmembranen fortsetzten. Die Brandherde lagerten besonders den verpfropften Bronchien entlang und umfassten stellenweise ihr ganzes Rohr.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, wenn man das Gewebe der Lunge von den lobulären, luftleeren, verdichteten Partien bis in die pulpösen Massen schrittweise untersuchte, dass die Hauptveränderung in den Epithelien lag, indem man in ihnen die einfache, dunkle Anfüllung mit feinen Körnern bis zum völligen molekulären Zerfall verfolgen konnte, wobei zuletzt die feinen Körner entweder noch in der Form und Aneinanderreihung der früheren Zellen zusammengehäuft und die Häufchen gegenseitig gruppirt blieben oder wobei unter gänzlicher Verwischung der Zellencontouren nur unbestimmte Molekularmassen zu sehen waren. Pilze oder Infusorien wurden in diesen Massen nicht beobachtet. Von Fibrinfröpfchen, von Eiter im Lungengewebe, ebenso von Zellenbildungen, wie in dem gallertigen Infiltrate um die gelben trockenen Lobuli bei tuberkulöser Pneumonie, konnte keine Spur gesehen werden. Dass man es also weder mit tuberkulöser, noch mit croupöser Pneumonie zu thun hatte, steht fest.

Bei Beurtheilung des angegebenen Befundes erscheinen vorzugsweise 2 Momente von wesentlichem und charakteristischem Belange: 1) die cylindrische Erweiterung und gegenseitige Annäherung der feineren Bronchien in dem welken, luftleeren,

durchfeuchteten Lungenparenchyme, 2) der mehr oder weniger vollständige molekuläre Zerfall der epithelialen Auskleidung der Lungenbläschen.

Beide Momente zeigen die unläugbarste Analogie mit der ausgebildeten acuten Leberatrophie Rokitansky's. Wenn beim Typhus, wie ich in dem angeführten Berichte zu erweisen suchte, in der Leber gewöhnlich nur Vorstadien der acuten Atrophie gefunden werden, so verhält sich dies mit den Lungen ebenso; während die geringeren Grade der eben beschriebenen Lungenerkrankung, d. h. der desquamative Pneumonie, im Typhus nicht so selten sein dürften, scheint der höchste Grad derselben, die acute Lungenatrophie, als welche ich die vorliegende Erkrankung bezeichnen zu müssen glaube, eine grosse Seltenheit.

Dass es sich wirklich um eine Atrophie des Lungenparenchyms handelt, dürfte keinem Zweifel unterliegen; die Zerstörung der Lungenepithelien ist unverkennbar, die Gewebsareolen sind mit ihnen und ihren molekulären Resten, sowie mit etwas albuminöser Flüssigkeit gefüllt, durch Austreibung der Luft collabirt, atelektatisch; und war auch in keinem Falle eine ältere pleurale Synechie vorhanden, so ist doch die Kraft der physiologischen Adhäsion der Rippen- und Lungenpleura so gross, dass sie bei der angeführten Volumabnahme des Lungenparenchyms und seiner gleichzeitigen Unzugänglichkeit für Luft die Wandungen der Luftröhrenäste zu überwinden und ihr Kanallumen zu erweitern vermag. Die cylindrische Erweiterung der Bronchien ist auf keine andere Weise erklärbar.

Eine Verschiedenheit der acuten Lungenatrophie von der acuten Leberatrophie dürfte nur darin begründet sein, dass bei ersterer hie und da in Folge der Einwirkung der atmosphärischen Luft die zerstörten Massen sammt dem zugehörigen Fasergerüste einer völligen Erweichung und fauligen Zersetzung unterworfen und so die pulposen Brandherde besonders im Umkreise längs der Bronchien hergestellt werden, als deren weitere Folge sowohl der Croup der Bronchialschleimhaut, als die Pleuritis anzusehen wären.

Die acute und mit pulposer Zerstörung verbundene Lungenatrophie dürfte weiters auch eine Form von Lungenbrand darstellen, welche vorläufig wenigstens am Sectionstische von anderen Formen desselben unterschieden werden müsste.

Das Zusammentreffen einer recidivirenden Schwellung in der Milz, den Peyer-schen und meseraischen Drüsen mit der vollendeten acuten Lungenatrophie, welche letztere beiläufig einen Zeitraum von 4 Wochen für sich in Anspruch nimmt, ist ebenfalls nicht ohne Interesse.

Wie schon in meinem angeführten Berichte, so unterlasse ich auch gegenwärtig noch die desquamative Pneumonie und ihre höheren Grade, die acute Lungenatrophie und den daraus hervorgehenden Brand, mit Texturerkrankungen zu identifizieren, welche nach der Beschreibung anderer Beobachter Analogie mit ihnen besitzen und denen nur das auf neue Untersuchungsresultate basirte Synonymum beizufügen wäre. Eine Revision und genauere Sichtung der verschiedenen entzündlichen Vorgänge in der Lunge halte ich aber für ein nicht unwichtiges Desiderat der pathologischen Anatomie.