

(Aus dem pathologischen Institut des Kantonsspitals St. Gallen.)

## **Ruhende Entzündung.**

Von  
**K. Helly.**

(Eingegangen am 6. September 1929.)

„Wenige allgemeine pathologische Begriffe sind immer von neuem so umstritten worden wie der Entzündungsbegriff.“ Wenn *Lubarsch* mit diesen Worten das von ihm geschriebene Entzündungskapitel im *Aschoffschen* Lehrbuch der pathologischen Anatomie einleitet und sofort hinzufügt, daß es noch nicht möglich gewesen ist, zu einer Einigung zu gelangen, kommt einen ein Zagen an, noch einen neuen Ausdruck in die Erörterung zu werfen. Vielleicht rechtfertigt sich jedoch ein solches Beginnen, wenn dadurch für ein Teilgebiet der Entzündungsfragen eine annehmbare Begriffsfassung geschaffen werden könnte. Freilich ist auch dazu wieder eine Klärung dessen nötig, was man Entzündung nennen will und so wäre man glücklich wieder bei der Schlange angelangt, die sich in den Schwanz beißt. Tatsächlich haben bereits *Christeller* und *Mayer* in dem von ihnen behandelten Appendicitiskapitel des Handbuches von *Henke-Lubarsch* auf S. 552 mit Rücksicht auf die von mir aufgestellte Form der „ruhenden Appendicitis“ den Begriff „ruhende Entzündung“ für unhaltbar erklärt, ersichtlich, weil ihre Auffassung des Entzündungsbegriffes in der Entzündung nur Geschehensbilder, aber kein Zustandsbild anerkennt. Es fragt sich mithin, dürfen wir von Entzündung nur dann reden, wenn die Erscheinungen im ständigen Flusse sind, oder dürfen wir auch ein wenigstens zeitweises Stillestehen der Entzündung annehmen, ohne daß damit ein wirkliches Aufhören derselben gemeint sei.

Diese Frage läßt sich von vornherein nicht nach morphologischen Gesichtspunkten allein lösen und hierin liegt anscheinend wohl auch einer der Hauptgründe, warum eine Einigung über den Entzündungsbegriff so schwer zu sein scheint: daß morphologische Ausdrucksformen gewisser Phasen lebendigen Entzündungsgeschehens zur Norm für das erhoben werden, was man unter Entzündung zu verstehen habe. In dieser Beziehung wird die von *Lubarsch* vertretene Forderung, nur bei vereinigter Gesamtheit der drei verschiedenen Vorgänge alterativer,

exsudativ-infiltrativer und proliferativer Natur von Entzündung sprechen zu dürfen, am erschöpfendsten dem Entzündungsbegriff gerecht. *Lubarsch* anerkennt dabei, daß durch diese Forderung Schwierigkeiten für die Deutung jener Vorgänge entstehen, welche nicht die Gesamtheit der angeführten Erscheinungen aufweisen, möglicherweise aber doch mit Entzündung im Zusammenhang stehen. Diese Schwierigkeiten werden gegeben, wenn wir von Vorstadien, Ausgängen oder Rückständen von Entzündung reden und scharf trennen zwischen der eigentlichen entzündlichen Reaktion, den Ausheilungsvorgängen der Entzündung und den danach zurückbleibenden krankhaften Dauerzuständen. Es entspricht dieser Ausdrucksweise von *Lubarsch* eigentlich vollkommen die auch sonst übliche, die beginnende und abheilende Entzündung sowie entzündliche Veränderungen unterscheidet.

Nun kann man freilich fragen, woran man denn etwa eine beginnende Entzündung zu erkennen vermöge. Die Antwort kann nur lauten: rein anatomisch überhaupt nicht. Das gleiche gilt von der abheilenden Entzündung und von den Entzündungsrückständen. Wir müssen uns da eben darauf besinnen, daß Entzündung von vornherein ein klinischer Begriff ist, daß sie weiterhin aber auch ein Begriff ist, welcher sich gegen normales Geschehen überhaupt nicht abgrenzen läßt, wie *Rössle* im Entzündungsreferat der Pathologentagung 1923 darlegte. Ohne hier auf die Unterscheidung in beschreibende und bewertende Begriffsbestimmung eingehen zu wollen, welche bei der gleichen Gelegenheit *Lubarsch* betonte, sei nur auf eine Äußerung des letzteren verwiesen, wonach die Unterscheidung z. B. an thrombotische oder embolische Erweichung in Gehirn oder Rückenmark sich anschließender Veränderungen von Myelitis nur durch den Nachweis sekundär nach Gefäßverlegung und nicht selbständig entstandener Veränderungen anatomisch zu erbringen ist; in späteren Stadien könne freilich auch dieses Merkmal im Stiche lassen. Wenn nun *Lubarsch* dazu bemerkt: „Doch sind das Unterscheidungen, die nur von klinischen, entstehungsgeschichtlichen und ursächlichen Gesichtspunkten aus einen gewissen Wert haben“, liegt meines Erachtens gerade in diesem Satz der Kernpunkt für alle Entzündungsbetrachtungen. Forschungsgeschichtlich hat sich ja der Entzündungsbegriff so entwickelt, daß die anatomische Forschung zu den seit *Celsus* maßgebenden vier Kardinalsymptomen der Entzündung die zugehörigen geweblichen Veränderungen klarzulegen sich bemühte, in erster Linie wohl deshalb, weil Entzündung als krankhafter Prozeß empfunden wurde. Als dann auch bei Prozessen, die nicht als krankhaft empfunden werden, entzündungsgleiche Vorgänge nachgewiesen wurden, war die Schwierigkeit der Abgrenzung des Entzündungsbegriffes naturgemäß gegeben. Es ist aber klar, daß diese Schwierigkeit nie aufgetaucht wäre, wenn beispielsweise jede Art

von Entzündung als durchaus normales, krankheitsfremdes Geschehen empfunden würde.

Es hieße die gesamten Schwierigkeiten des Entzündungsbegriffes noch um die des Krankheitsbegriffes vermehren, wollten wir nun untersuchen, warum in einem Falle gleiches anatomisches, physiologisches, entwicklungsgeschichtliches oder sonstwie geartetes Geschehen als normal und im andern Fall als krankhaft empfunden wird; es ist aber diese Untersuchung gar nicht vonnöten, um doch zur Erkenntnis gelangen zu können, daß jegliche Fassung des Entzündungsbegriffes immer nur unter der Voraussetzung erfolgen kann, daß damit ein als krankhaft empfundener oder so zu deutender Prozeß verstanden sein soll. Wird diese Voraussetzung nicht ausgesprochenermaßen gesetzt, muß sie doch als stillschweigend angenommen gelten. Die notwendige Folge solcher Voraussetzung ist, daß man ein für allemal darauf verzichten muß, gänzlich voraussetzungslos und nur rein aus dem morphologischen Zustandsbild eines anatomischen bzw. histologischen Präparates den Zustand einer Entzündung diagnostizieren zu wollen. Immer wird man für diese Diagnose Hilfsstützpunkte in sonstigen Merkmalen des Präparates oder in anamnestischen Angaben suchen müssen, wie dies ja tatsächlich auch immer bewußt oder unbewußt geschieht. Nur wenn klinische, entstehungsgeschichtliche und ursächliche Gesichtspunkte eindeutig die Annahme einer Entzündung heischen, können wir das anatomische Präparat in diesem Sinne deuten. Diese Stellungnahme hat zur Folge, daß der Entzündungsbegriff, und sei er noch so genau gefaßt, etwas von seiner Starre einbüßen muß, namentlich sofern seine morphologischen Kriterien als Richtschnur für Annahme oder Ablehnung einer Entzündung im einzelnen Fall dienen sollen.

Eine derartige Stellungnahme gegenüber dem Entzündungsbegriff mag vielleicht vom Standpunkt des Pathologen ketzerisch erscheinen, soweit er seiner Arbeits- und Forschungsmaterie nur als Anatom, will sagen nur vom rein morphologischen Gesichtspunkt gegenübertritt. Diese Einseitigkeit zu pflegen ist dem Pathologen aber heutzutage angesichts der verschiedenfältigen, an ihn herantretenden klinischen Fragestellungen nicht mehr gestattet. Abgesehen hiervon läßt sich jedoch auch leicht zeigen, daß die Entzündung mit anderen Teilerscheinungen der Pathologie das Schicksal teilt, nicht unter allen Umständen ausschließlich nach morphologischen Gesichtspunkten diagnostiziert werden zu können. Die Geschwulstlehre bietet genügend Beispiele für das soeben Gesagte: daß eine Riesenzellenepulis, braune Tumoren der Osteodystrophie, gewisse polypöse Schleimhautwucherungen auf chronisch entzündlicher Grundlage nicht Sarkome sind, wofür man sie zunächst gehalten hat oder anzusprechen geneigt sein könnte, hat erst die Erfahrung ihres klinischen Verhaltens erkennen gelehrt, wie ähnlich daß

Carcinoide des Wurmfortsatzes oder der Gallenblase keine Carcinome sind, und wenn wir heute gewisse Epithel- und Drüsenwucherungen als präcancerös diagnostizieren, ist die Berechtigung hierzu ausschließlich in der klinischen Erfahrung begründet, die eben zeigt, daß dieselben so und so oft in Zustände übergehen, die wir anatomisch als Carcinome ansprechen — nicht weil ihr anatomisches, sondern weil ihr klinisches Verhalten sie dann unzweifelhaft als solche erkennen läßt. Um das treffliche von *Lubarsch* gebrauchte Vergleichsbild mit dem Gewitter heranzuziehen: wir sprechen auch unbedenklich von einem heranziehenden und von einem vorbeigezogenen, aber nicht ausgebrochenen Gewitter und sind durch die elektrophysikalischen atmosphärischen Vorgänge solcher Erscheinung in unserer Deutung und Bezeichnung vollständig gerechtfertigt.

Wir können aber auch sagen, ein Gewitter liegt in der Luft, oder ein Gewitter hat eine Unterbrechung erfahren, es liegt aber noch immer in der Luft und damit komme ich nunmehr zur ruhenden Entzündung. Auch der Kliniker spricht unbedenklich bei verschiedenen Prozessen keineswegs nur bakterieller Natur von einem Ruhen des Zustandes und meint damit, daß zwar kein Fortschreiten des Prozesses festzustellen, aber auch noch keine Heilung desselben eingetreten ist. Aufgabe der pathologischen Anatomie muß es sein, auch für diese ruhenden Prozesse die jeweils ihre Diagnose gestattenden Zustandsbilder zu finden. Gewiß wird sie in vielen Fällen imstande und allein berufen sein, unrichtige klinische Vorstellungen über die Natur eines bestimmten Prozesses in die richtige Bahn zu lenken; denn es darf die Klinik ebensowenig nur einseitig nach klinischer Symptomatologie Krankheiten in ihrem Wesen bestimmen wollen, wie sich pathologische Anatomie nicht verleiten lassen darf, aus noch so charakteristischen morphologischen Bildern einseitige Richtungslinien für die Definition von Krankheitsbegriffen aufzustellen. Auf die Entzündung angewandt besagt dieser Satz, daß der pathologische Anatom angesichts des dem Kliniker ja ganz vertrauten Bildes zeitweise ruhender Entzündung sich um die Aufdeckung der anatomischen Merkmale einer solchen bemühen muß, nicht aber ihre Möglichkeit schlankweg leugnen darf, weil ihr Begriff zufällig in keine der gerade bestehenden oder ihm genehmen Definitionen des Entzündungsbegriffes hineinzupassen scheint.

Fragen wir demnach, an welchen anatomischen Kennzeichen ruhende Entzündung zu erkennen sei, ergeben sich hierfür zweierlei Vorbedingungen. Die eine ist vorwiegend anatomischer Art und besteht darin, daß Veränderungen bestehen müssen, welche durch zweifellose Entzündungsvorgänge erzeugt sind; die zweite ist wesentlich gemischterer anatomischer und klinischer, zum Teil geradezu nur letzterer Natur, indem sie darin besteht, daß es sich um Folgezustände vorausgegangener

bzw. abgelaufener Entzündung handelt, welchen zwar alle Zeichen noch andauernder chronischer oder gar akuter Entzündung fehlen, die aber auch noch nicht das Bild vollendeter Heilung bieten, wobei wesentlich unterstützend für die Diagnose auf ruhende Entzündung die anamnestiche Angabe dienen muß, daß an betreffender Organ- oder Körperstelle zu Zeiten auftretende Entzündungen bzw. darauf hindeutende Erscheinungen durch längere vollkommen anfalls- und beschwerdefreie Zwischenzeiten voneinander geschieden sind. Als solche vorerwähnte Folgezustände betrachte ich entsprechend der in meinem Aufsatz „Appendicitis und Gelegenheitsappendektomie“ (Münch. med. Wschr. 1926) aufgestellten Form „ruhende Appendicitis“ Bindegewebsschwielen und -narben mit oder ohne und, wenn vorhanden, meist nur geringer, vorwiegend lymphocytärer Rundzellinfiltration, unter Umständen auch begleitet von einem stärkeren Reichtum an Plasmazellen und Eosinophilen, so daß man auch von chronisch entzündlichen Veränderungen reden könnte, aber eben nicht von akuter oder chronischer Entzündung und auch nicht von eingetretener Heilung.

Bezüglich der genaueren Lokalisation dieser Veränderungen bei der ruhenden Appendicitis verweise ich auf den genannten Aufsatz. Es kommen noch Gewebsschwund und Atrophien hinzu, welche je nach der Art des Organs das spezifische Parenchym, das Lymphadenoidgewebe, das Stützgerüst, die Schleimhautdrüsen usw. betreffen können, Veränderungen, die für sich genommen oder auch in ihrer Gesamtheit bisweilen, rein morphologisch betrachtet, recht geringfügig erscheinen mögen, deren klinische Bedeutung aber doch durch Beschwerden, Funktionsausfälle und besonders verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Rückfälle sich kundtun kann. Der Übergang zu chronischer und zu rezidivierender Entzündung wie zu vollzogener Heilung mag im einzelnen Fall anatomisch schwer oder gar nicht feststellbar sein; dann entscheidet eben Anamnese und klinisches Bild über die Auffassung. Auf die Bedeutung der Würdigung dieser Anhaltspunkte habe ich bereits in der Diskussion zu den Vorträgen des oben erwähnten Entzündungsreferates hingewiesen, wie auch auf die Unmöglichkeit scharfer Abgrenzung der Erscheinungen fließenden Lebens.

Daß in erster Linie die auch zu chronischen und schleichenden Entzündungen neigenden Prozesse, von denen *Lubarsch* besonders chronische Nieren-, Magen-, Leber- und Arterienentzündungen hervorhebt, bei der ruhenden Entzündung gleichfalls die Veranlassung zu solcher Beurteilung werden können, ist ohne weiteres klar. Es wären hier noch weiter außer der Appendicitis die Cholecystitis, Endo- und Myocarditis, Endo- und Myometritis sowie verschiedene Schleimhautkatarrhe zu nennen, wohl auch gewisse Nerven-, Muskel- und Gelenkentzündungen; ausdrücklich sei aber betont, daß jede Entzündung, ohne Rücksicht auf

die sie verursachende Schädlichkeit allemal dann auf den Zustand ruhender Entzündung zu prüfen ist, wenn klinische Angaben dies nahelegen. Wenn dann bisweilen nur unscheinbare anatomische Unterscheidungsmerkmale ausfindig zu machen sind, bedeutet dies ebensowenig in der pathologisch-anatomischen Diagnostik das Gras wachsen hören zu wollen, als es mit dem Hinweis auf solche Unscheinbarkeit einfach abgetan werden darf. Die diagnostische Kunst des pathologischen Anatomen ist Teilgebiet der Kunst allgemeiner ärztlicher Diagnostik, der ihre Schwierigkeiten, aber auch ihre Leistungsgrößen nicht dort erwachsen, wo die Grundlagen für die Diagnose sozusagen mit Händen zu greifen sind, sondern wo es eben auf die feinen und feinsten Unterscheidungen ankommt. Daß solche aus dem toten anatomischen Präparat nur dann getroffen werden können, wenn nicht vorgefaßte Meinung dessen augenblickliches Zustandsbild nach lehrsatzmäßig festgelegtem Erklärungs- oder Benennungsschema einreicht, sondern es nur als eines unter mehreren oder vielen Symptomen betrachtet, welche der lebende Organismus bietet oder bot, könnte anders gefaßt auch als Motto diesem Aufsatz vorangestellt sein:

*„Pathologische Anatomie ist vom Standpunkt des Lebenden zu betreiben.“*

---