Aus dem Stadtkrankenhaus Friedrichstadt in Dresden,
Aeußere Abteilung. (Direktor: Prof. Werther.)

Schwerer anaphylaktischer Shock nach Milcheinjektion.

Von Dr. Ruth Lubliner.

In Nr. 48 der W. kl. W. 1917 wird aus dem Reservespital Nr. 1 in Wien von einem anaphylaktischen Anfall nach Milcheinjektion berichtet.

Wie der Verfasser erwähnt, sind bisher von allen Autoren, die über die Anwendung von Milcheinjektionen geschrieben haben, Ueberempfindlichkeitsreaktionen oder Gefahren, die durch die Milcheinjektionen hervorgerufen werden können, nicht erwähnt worden; ja, es wird direkt mitgeteilt, daß anaphylaktische Erscheinungen niemals aufgetreten seien.

Auf der Aeußeren Abteilung des Krankenhauses Friedrichstadt wurde am 7. Januar 1918 ein ganz ähnliches, nur noch schwereres Krankheitsbild als das von Oppenheim beschriebene beobachtet.

Die Krankengeschichte sei hier in aller Kürze mitgeteilt.

Marie O., 19 Jahre alt. Beruf: Abräumerin. Aufgenommen am 6. Oktober 1917 wegen chronischen Trippers; bis Ende Dezember mit Spülungen, Sitzbädern, Harnröhrenspritzen, Novojodinstäbchen, Arthigon erfolglos behandelt.

Kräftige, gesunde Patientin, deren sämtliche innere Organe keinerlei pathologischen Befund aufwiesen.

28. Dezember 1917. Injektion von 0,05 Arthigon intravenös und von 10 ccm Milch intramuskulär. Höchsttemperatur 38,1°. Injektion gut vertragen.

29. Dezember. Injektion von 10 ccm Milch intramuskulär. Höchsttemperatur 39,4°.

30. Dezember. Injektion von 10 ccm Milch intramuskulär. Höchsttemperatur 39,6°. Starke Schmerzhaftigkeit in der Glutäalmuskulatur; sonst wurden die Injektionen gut vertragen; keine Störung des Allgemeinbefindens.

31. Dezember. U positiv; C negativ.

2. Januar 1918. U negativ; C negativ.

3. Januar. U positiv; C negativ.

7. Januar. Schmerzhaftigkeit in der Glutäalmuskulatur geschwunden. Injektion von 10 ccm Milch intramuskulär.

Eine Minute nach der Injektion verspürte die Patientin ein heftiges Unwohlsein; es trat Hustenreiz auf; das Gesicht wurde zyanotisch, die Lippen, Wangen und Augenlider wurden dunkelblau und schwellen stark an. Patientin fiel um und klagte über furchtbare Atemnot. Trotz augenblicklicher Injektion von 1 ccm Koffein wurde der Puls immer kleiner und frequenter, die Atmung immer oberflächlicher.

¹⁾ Die Arbeit, dzt. im Druck, wird im A. f. D. erscheinen.

²⁾ Die Arbeit wird in der W. kl. W. ausführlich erscheinen.

Die Patientin verlor das Bewußtsein, die Atmung stand still, und der Puls war unfühlbar. Es wurde künstliche Atmung eingeleitet und 1 ccm Adrenalinlösung subkutan gegeben; etwa zehn Sekunden nach der Adrenalininjektion begann die Patientin zu atmen, nach einigen weiteren Minuten trat Erbrechen auf, und die Patientin kam langsam zu Bewußtsein. Die Herztöne waren ganz leise hörbar, der Puls für den Finger jedoch nicht palpabel. Unter dauernder Sauerstoffatmung und zweistündlichen Koffeingaben besserte sich das Befinden der Patientin soweit, daß sie am Abend ruhig und gleichmäßig atmete, der Puls zwar noch klein, aber regelmäßig und nicht beschleunigt war und nur noch eine allgemeine große Schwäche bestand. Die Gesichtsoedeme waren bereits völlig geschwunden, die Temperatur betrug 37,8°. Auf den Lungen kein pathologischer Befund.

8. Januar. Temperatur normal; Puls weich, leicht unterdrückbar; allgemeine Schwäche.

9. Januar. Allgemeinzustand bessert sich. Blutdruck: 98/88 R.-R. Das Blutbild zeigt starke Eosinophilie.

14. Januar. Patientin ist wieder vollkommen hergestellt.

Zusammenfassend läßt sich also sagen: Ein bis dato gesundes, kräftiges Mädchen — auch nachträgliche anamnestiche Erhebungen haben keine ernstlichen vorangegangenen Erkrankungen ergeben — erhält zwecks Bekämpfung einer hartnäckigen Gonorrhoe, nachdem vielerlei andere Mittel versagt hatten, intramuskuläre Milchinjektionen, kombiniert mit Arthigon. Unsere therapeutische Absicht ist dabei, ein mehrtägiges Heißfieber zu erzeugen und mit der spezifischen Vakzinebehandlung zu verbinden. Sie verträgt die erste Serie von Injektionen gut und hat keinerlei Beschwerden bis auf die stets beobachteten starken Schmerzen in der Glutäalmuskulatur. Nach sieben Tagen sind die Schmerzen geschwunden, und die Injektionen so'len, da sie erfolglos waren, wiederholt werden. Unmittelbar nach der ersten Wiederholungsinjektion tritt das schwere Krankheitsbild auf, das nur als anaphylaktischer Shock gedeutet werden kann. Differentialdiagnostisch käme höchstens eine Embolie in Betracht, die aber, abgesehen davon, daß die Injektionen mit allen zu beobachtenden Kautelen ausgeführt wurden und schon dadurch eine Embolie äußerst unwahrscheinlich machen, durch das Ueberwiegen der Herz- über die Lungensymptome auszuschließen ist. Im weiteren Verlaufe spricht das Fehlen jedes Lungenbefundes, der niedrige Blutdruck und die starke Eosinophilie durchaus für den anaphylaktischen Shock.

Trotzdem von allen Autoren das Fehlen jeder Ueberempfindlichkeitsercheinungen betont wurde und infolgedessen auf die Länge der Intervalle zwischen den Injektionen kein Wert gelegt worden war, hielten wir doch die Pause von sieben Tagen für die verhängnisvolle Ursache dieses Zwischenfalls.

Nach jeder beliebigen Seruminjektion tritt bekanntlich die negative Phase auf, die eine Länge von etwa sieben Tagen hat und in deren Verlauf die Seruminjektionen wiederholt werden können, ohne nachteilige Folgen für den Betreffenden zu haben; durch weitere Injektionen innerhalb dieser sieben Tage kann die negative Phase beliebig verlängert werden. Sind aber die sieben Tage einmal abgelaufen, ist eine erneute Injektion mit allen Gefahren eines anaphylaktischen Shocks verbunden. Diese für Milchinjektionen bisher bestrittenen Gefahren sind in unserem Falle nun zweifellos aufgetreten, und bemerkenswert ist es, daß bei dem von Oppenheim beobachteten Falle die Injektion gleichfalls am siebenten Tage wiederholt wurde. Allerdings muß ich hinzusetzen, daß gleichzeitig mit unserer erkrankten Patientin sechs andere Patientinnen nach einer ebenfalls sieben Tage betragenden Pause Milchinjektionen erhielten, von denen eine von einem leichten nicht weiter beachteten Unwohlsein befallen wurde, die anderen aber keinerlei unangenehme Folgen bemerkten.

Auf jeden Fall wiederholen wir seit diesem Vorfall unsere Serien von Milchinjektionen stets am fünften Tage nach der vorangegangenen. Wir behandeln unsere hartnäckigen Gonorrhöen bereits seit Anfang Januar mit regelmäßigen Injektionen und haben seitdem keinerlei nachteilige Folgen bemerken können. Ist aus irgendeinem Grunde die Wiederholung einer ganzen Serie am fünften Tage nicht indiziert, so injizieren wir auf jeden Fall 1 ccm, um durch Verlängerung der negativen Phase eine weitere Behandlung zu ermöglichen. Sollen bei einer aus irgendwelchen Gründen vollkommen abgebrochenen Milchbehandlung die Injektionen doch wieder aufgenommen werden, so beginnen wir mit einer „Voreinspritzung“: Wir injizieren versuchsweise $\frac{1}{2}$ ccm und setzen dann, wenn dieser gut vertragen wurde, mit der vollen Behandlungsdosis ein. Auch hierbei haben wir noch keine unangenehmen Erfahrungen gemacht.

Man kann demnach wohl sagen, daß im großen und ganzen anaphylaktische Erscheinungen nach Milchinjektionen selten sind; daß sie aber vorkommen können, beweisen der von Oppenheim beschriebene Fall und der unsrige; auch diese sind zu vermeiden, wenn man sich streng nach den bei anderen Seruminjektionen gemachten

Erfahrungen richtet und die Injektionen innerhalb der negativen Phase macht.