DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Redakteur: Prof. Dr. J. SCHWALBE
BERLIN, W. am Karlsbad 5.

Begründet von
Dr. Paul Börner.

Verlag: GEORG THIEME
LEIPZIG, Rabensteinplatz 2.

No. 2.

Donnerstag, den 7. Januar 1904.

30. Jahrgang.

Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Kiel. Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems.

Von H. Quinke und A. Gross.

(Schluß aus No. 1.)

III.

Häufig tritt das akute umschriebene Ödem gleichzeitig oder im Anschluß an Magendarmstörungen auf¹⁾, und sowohl dieses zeitliche Verhalten wie der Erfolg einer dahin gerichteten Behandlung lassen vermuten, daß Digestionsstörungen an der Auslösung der Anfälle sehr häufig einen wesentlichen Anteil haben. Manchmal aber treten in zeitlichem Zusammenhang mit den Hautschwellungen so heftige (im einzelnen übrigens verschiedenartige) Symptome seitens des Magens und Darmes auf, daß man zu der Vermutung gedrängt wird, es müßten sich in den Schleimhäuten dieser Organe analoge Vorgänge wie auf der Haut abspielen.

Schon in den ersten Mitteilungen über die Krankheit, von Quinke und Dinckelacker, sind solche Fälle erwähnt; viel prägnantere Fälle sind später von Strübing,²⁾ Kelling³⁾ u. a.⁴⁾ beschrieben worden.

Gewisse Schleimhautpartien in der Eingangspforte des Digestionstraktus lassen das Vorkommen solcher Schwellungen auch für das Auge sichtbar erkennen: Zunge und weicher Gaumen. Mechanische Störungen des Schluckens oder der Atmung können aus ihnen folgen. Bald treten sie für sich allein, bald in Verbindung mit jenen heftigeren Magendarmstörungen auf und bieten dann einen Anhaltspunkt für deren Deutung.

Von drei hierhergehörigen Beobachtungen zeigte der erste Patient Zungenschwellung bei akutem Hautödem.

1. Es handelte sich um einen 18jährigen Klempner, der vom 14. Oktober bis 24. November 1902 in der Klinik behandelt und beobachtet wurde. Er litt seit acht Wochen vor der Aufnahme an vorübergehenden Ödemen, die teils unter dem Bilde des akuten cirkumskripten Hautödems, teils als Erythema urticatum verliefen. Am 14. Oktober wurde eine „Riesenurticaria“ beobachtet, birnförmig, 9 cm lang, 7 cm breit, in der Gegend des linken Rippenbogens gelegen, stark erhaben, blaß, die umgebende Haut gerötet. Die umschriebenen Hautödeme betrafen meist das Gesicht mit besonderer Beteiligung von Oberlippe und Lidern, teils die Extremitäten. Mehrfach war die Gesichtsschwellung einseitig oder einseitig überwiegend stark.

Am 9. November 1902 war „über Nacht“ eine mäßige Schwellung der ganzen rechten Zungenhälfte aufgetreten, die im Laufe von zwei Stunden zurückging, gleichzeitig damit pralle ödematöse Schwellung der linken Lider. Patient gab an, auch früher einmal an der Zunge eine Schwellung gehabt zu haben, die in einem halben Tage wieder verschwand.

¹⁾ Nach Collins (zitiert nach Cassirer, l. c. S. 484) in 34 % der Fälle. — ²⁾ Strübing, l. c. Zeitschrift für klinische Medizin 1885. — ³⁾ G. Kelling, Ein Fall von familiären periodischen Anfällen von Erbrechen, Diarrhoe und vasomotorischen Störungen. Zeitschrift für klinische Medizin 1896, Bd. XXIX, S. 421. — ⁴⁾ Siehe bei Cassirer, S. 483.

In diesem Falle ist, abgesehen von der Beteiligung der Zunge, die Halbseitigkeit des Ödems mit Rücksicht auf die ätiologische Würdigung der Krankheit bemerkenswert. Schon Bauke¹⁾ führt unter den Punkten, die für die nervöse Natur der Hautaffektion sprechen, als siebenten den Umstand an, daß diese Schwellungen in einem Falle bei einer Hysterica stets nur halbseitig (auf der rechten Seite) wahrgenommen wurden. Halbseitige Zungenschwellung beobachtete Landgraf.²⁾

2. Der zweite Patient, ein 26jähriger Deckoffizier, wurde nur ambulant beobachtet, von Herrn Generaloberarzt Dr. Grotrian der klinischen Sprechstunde zugeführt (August 1903). Er litt seit Juni 1903 an flüchtigen Ödemen, die sich bisher in mehrtägigen Attacken 6–7 mal wiederholt hatten, Gesicht, Extremitäten, Rumpf, Penis und Skrotum betrafen. Nach Rückgang der Gesichtsschwellung hatte er über Trockenheit im Halse zu klagen; dabei konnte einmal ausgesprochenes, umschriebenes Ödem der Uvula konstatiert werden. Beim dritten Anfall gab er an, ohne Diätfehler „Magenbeschwerden“ gehabt zu haben, bestehend „in einem Gefühle von Druck in der Magengegend und den Gedärmen“ mit häufigem Stuhl drang. Erbrechen bestand nicht. Die Stühle waren teilweise auffallend flüssig. Der Zustand dauerte unter starker Störung des Allgemeinbefindens 24 Stunden; gleichzeitig bestanden Schwellungen an den Füßen.

Die Flüchtigkeit der Magendarmstörung und ihre Gleichzeitigkeit mit Hautschwellungen machen es mit Rücksicht auf die sichtbaren, mehrfach beobachteten umschriebenen Hautödeme sehr wahrscheinlich, daß auch die Verdauungsbeschwerden in ihren Rahmen gehören, besonders da das konstatierte Uvulaödem die Beteiligung von Schleimhäuten für diesen speziellen Fall beweist. Patient hatte am 20. September 1903 seinen letzten Anfall mit Schluckbeschwerden, Gesicht-, Hand- und Unterarmschwellung.

Das Ödem der Uvula und die dadurch bedingten Sensationen lassen auch den folgenden Fall in diesen Symptomenkomplex gehörig erscheinen.

3. X., Arzt, 56 Jahre alt, hatte am 13. November 1898 nachmittags ein Gefühl leichter Schwellung im Rachennasenraume, als wenn er Schnupfen bekommen könnte. Guter Schlaf.

14. November. Beim Erwachen ist jenes Gefühl stärker, als wenn ein Schleimballen daselbst säße, den er nicht entfernen kann, dabei kein Schmerz, kein Unbehagen. Ein Blick in den Hals zeigt dem Patienten zu seiner Überraschung, daß die Uvula mit dem angrenzenden Teile des weichen Gaumens stark ödematös und gerötet ist. Um 8 Uhr, wie gewöhnlich, ziemlich reichliches erstes Frühstück mit Appetit verzehrt; normaler Stuhlgang. Gegen 9 Uhr beim Umkleiden plötzlich Schwindelgefühl, Übelkeit (ohne Ptyalismus), schnelles Erbrechen des Frühstücks; sogleich darnach wohl. Patient geht aus, seinem Berufe nach. 9½ Uhr von neuem Schwindel, Speiseerbrechen, dann Wohlbefinden, nach kurzer Pause ein drittes Mal. Nun ist er genötigt, sich niederzulegen; nach kurzer Pause viertes Erbrechen, nur von einer bitterschmeckenden, bräunlichen, leicht blutigen Flüssigkeit. 10 Uhr: fährt nach Hause, legt sich zu Bett; noch drei- oder

¹⁾ H. Bauke, Zur Ätiologie des akuten angioneurotischen oder umschriebenen Hautödems. Berliner klinische Wochenschrift 1892, S. 114. — ²⁾ Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin 1895, Bd. VI.

viermal erfolgt in den nächsten zwei Stunden Erbrechen der gleichen leicht blutigen Flüssigkeit, jedesmal etwa 200 ccm. 11½ und 12¼ Uhr je ein dünnbreiiger Stuhlgang von gewöhnlicher Beschaffenheit, mehrmals auch kleine Mengen in die Unterlage. Leib nirgends schmerzhaft; linke Bauchseite gedämpft (Colon descendens?). Patient liegt sehr matt, halbschläfrig im Bett. Temperatur 37,6, Puls 100. 12½ Uhr: Eisblase aufs Epigastrium, 0,01 Morphin subkutan. Drei Stunden Schlaf, dann viel besseres Befinden. 6 Uhr: Temperatur 37,6. Linke Seite des Bauches wieder tympanitisch (da inzwischen keine Ausleerung erfolgt ist, dürfte der flüssige Inhalt resorbiert sein). 9 Uhr: 175 ccm Urin, spezifisches Gewicht 1032. Von nun ab werden während der Nacht 1—2stündlich je 45 ccm Thee oder Apollinariswasser gereicht. Statt der Eisblase Priessnitzumschlag auf das Epigastrium.

15. November. 2. Tag. Schief lange. 10 Uhr: Temperatur 36,8, Puls 88. Breiiger Stuhlgang von geringer Menge. Uvula heute viel dünner. Nur flüssige Nahrung, bis abends 6 Uhr 760 ccm; Urin bis dahin 600 ccm. Temperatur 6 Uhr 36,8.

16. November. 3. Tag. Schlaf und Befinden gut. Uvula ganz abgeschwollen. Zur flüssigen Nahrung etwas Zwieback.

In den folgenden Tagen wird entsprechend dem guten, wenn auch nicht sehr starken Appetit etwas mehr Nahrung gereicht, am fünften Tage für einige Stunden das Bett verlassen; etwas Schwächegefühl. Genesung in wenigen Tagen.

Die Erkrankung des weichen Gaumens war in diesem Falle zweifellos ein von Hyperämie begleitetes angioneurotisches Ödem — keine Entzündung, denn es fehlte Schmerz und Fieber, die benachbarten Tonsillen und Pharynxschleimhaut waren gänzlich unbeteiligt.

Der Vorgang im Magen und Darmkanal unterschied sich (abgesehen vom Fehlen jeglicher äußerer Veranlassung) auch symptomatisch von dem gewöhnlichen Bilde eines akuten „Magenkatarhs“ durch das paroxysmale Auftreten, das Fehlen jeglichen Schmerzes, jeglicher Empfindlichkeit in Magen und Darm. Die nach Entleerung des Frühstückes erbrochene Flüssigkeit war von ganz ungewöhnlicher Beschaffenheit, sie war sehr reichlich (in zwei Stunden zirka 800 ccm), reagierte stark alkalisch und enthielt reichliches, durch Kochen koagulierbares Eiweiß; Galle und Blut waren in ganz geringer Menge beigemischt. Die Annahme liegt nahe, daß ein ähnliches Ödem wie auf der Uvula auf der Schleimhaut des Magens (und vielleicht des oberen Duodenums) sich mit entwickelte und von der geschwollenen Schleimhaut die alkalische, stark eiweißhaltige Flüssigkeit in reichlicher Menge sezerniert wurde (wäre es nur regurgitierter Darmsaft gewesen, so hätte viel mehr Galle beigemischt sein müssen); die Blutung war ganz gering, nur kapillar, vielleicht nur durch das heftige Würgen veranlaßt.

Auch im Darmscheint Flüssigkeit (in die Schleimhaut oder in das Lumen?) transsudiert und zum Teil entleert, zum Teil wieder resorbiert worden zu sein. Augenscheinlich hatte der Körper am ersten Krankheitstage ziemlich an Wasser eingebüßt, denn es betrug

	die aufgenommene Flüssigkeit	der Urin
am 2. Tage . . .	1370 cbcm	840 cbcm
am 3. „ . . .	1730 cbcm	830 cbcm
am 4. „ . . .	2870 cbcm ¹⁾	1880 cbcm

Der Urin war am ersten Tage sehr konzentriert und enthielt an den beiden ersten Tagen sehr reichlich Indoxyl, offenbar durch ungewöhnlich starke Resorption seitens der veränderten Darmschleimhaut.

Das ganze Krankheitsbild läßt sich ungezwungen als ein akutes angioneurotisches Ödem an verschiedenen Stellen des Intestinaltraktes (Uvula, Magen, Darm) deuten; das gänzliche Fehlen von Schmerzen und Kolik würde damit durchaus in Einklang zu bringen sein, wenn auch in den meisten sonst so geordneten Fällen solche Beschwerden vorhanden gewesen sind; auch bei Lokalisation auf der Haut sind ja die begleitenden subjektiven Symptome äußerst wechselnd.

Wodurch die Krankheit entstand, ist in diesem Falle sehr schwer zu deuten. Patient hatte sich vorher vollkommen wohl gefühlt, die zwei vorausgehenden Tage völlig ruhig und regelmäßig gelebt, mit Appetit seine gewohnte häusliche Kost verzehrt. Möglicherweise konnte man mit der Erkrankung in Zusammenhang bringen, daß er drei Tage vorher auf einem Diner unter anderem Austern und Champignon Gemüse genossen hatte; doch hat er weder früher noch seitdem jemals durch die gleichen

Speisen irgend welche Störungen gehabt, auch war keiner der anderen Gäste jenes Diners erkrankt. Eine Inkubationszeit von 60 Stunden würde zwar lang, aber nicht ohne Analogie mit anderen Ptomainvergiftungen sein.

Mit Rücksicht auf die allgemeine Ätiologie des akuten Ödems hat die Annahme einer Autointoxikation vom Darm aus manches für sich; der Krankheitszustand wäre dann nicht als durch direkte Reizung der Magendarmschleimhaut entstanden zu denken, sondern indirekt durch Wirkung des resorbierten Giftes auf vasomotorische, respektive trophische Nerven, ähnlich wie Urticaria nach Erdbeergenuß entsteht.

Zu bemerken ist, daß bei dem Patienten oder bei Angehörigen weder ähnliche gastrische Anfälle, noch akutes Hautödem vorgekommen sind.

Vorstehende Fälle geben einen kleinen Beitrag zu dem äußerst mannigfaltigen Krankheitsbilde des akuten umschriebenen Ödems. Der Grundtypus der Krankheit auf der Haut ist verhältnismäßig einfach und nicht schwer zu erkennen, wenn sich auch Übergänge zur Urticaria und zum Erythema multiforme finden. Derselbe Vorgang wie auf der Haut kann sich abspielen auf sichtbaren Schleimhäuten, in tiefer gelegenen, der Untersuchung noch zugänglichen Bindegewebsschichten (z. B. Periost), in der Zungenmuskulatur. Wir erschließen den gleichen Vorgang in der Schleimhaut der Bronchien, des Magens, des Darms; hier kann wahrscheinlich auch die Muskulatur mitbeteiligt werden.

Die Berechtigung, diese Dinge dem akuten umschriebenen Ödem anzureihen, ergibt das paroxysmale Auftreten, ferner die individuelle oder zeitliche Coinzidenz mit dem paroxysmalen Ödem der Haut oder der sichtbaren Schleimhäute. Auch wo diese Coinzidenz fehlt, ist die Zugehörigkeit nicht ausgeschlossen, selbst die Hautödeme können später im Leben noch auftreten. Auch der Hydrops articulo-rum intermittens und der Hydrocephalus angioneuroticus schließen sich hier an.

Umschriebene Exsudation auf angioneurotischer Grundlage scheint also ein Vorgang von allgemeiner Geltung zu sein, er kann sich in den verschiedensten Organen abspielen, ist aber seiner Natur und Flüchtigkeit nach anatomischer und experimenteller Untersuchung bis jetzt kaum zugänglich. Immerhin darf man mit ihm rechnen, und vielleicht liegt dieser so flüchtige, schwer faßbare Vorgang manchen noch dunklen und unerklärten Krankheitsbildern zu Grunde, wenn er sich in tiefer gelegenen, schwerer kontrollierbaren Organen abspielt, so z. B. den akuten, flüchtigen rheumatischen Muskelschmerzen (wie Hexenschuß) und manchen Neuralgien; auch die Migräne, manche Äußerungen der Hysterie, manche auf motorischem wie auf psychischem Gebiet sich abspielende Störungen zentralen Ursprungs mögen so entstehen.

Freilich sind das nur Hypothesen, für welche sich nichts als Analogieen in der Art des Verlaufs und der Ätiologie anführen lassen. Allein auch über Anämie und Hyperämie der inneren Organe sind unsere Vorstellungen nur gebildet durch Analogieschlüsse aus Beobachtungen oberflächlicher Teile.

¹⁾ Einschließlich der an diesem Tage schon etwas reichlicheren Suppeneinlagen und des Fleischbreies.