

## XXIV.

### Kleinere Mittheilungen.

---

#### 1.

#### **Ueber die Localisation und einige Besonderheiten der Hautwassersucht in einem Falle von diffuser Nieren- entzündung.**

Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

---

Im Allgemeinen gilt die grob-klinische Geschichte der Hautwassersucht bei Nephritis für ein abgeschlossenes Thema. Da der nachstehend kurz mitgetheilte Fall in dieser Beziehung einige Eigenthümlichkeiten zeigte, die mir selbst früher nicht begegnet waren, will ich darüber eine kurze Mittheilung machen.

Krankengeschichte: Es handelte sich um einen Fall von chronischer Nephritis bei einem 16jährigen Dienstmädchen Marie Winter aus Imbsen. Die Krankheit scheint erst etwa vier Wochen vor der am 1. September 1898 erfolgten Aufnahme in meine Klinik Symptome veranlasst zu haben, und zwar Mattigkeit, Appetitosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen, fortwährende Durchfälle und Kopfschmerzen. Vor drei Wochen begann etwas Husten, acht Tage vor der Aufnahme stellten sich wassersüchtige Anschwellungen der Unterschenkel ein. Die Menses waren noch nie eingetreten.

Das ziemlich blaße, gutgenährte Mädchen zeigte stark ödematöse obere und untere Augenlider, die Nase war gedunsen, an den Unterschenkeln, besonders in der Gegend der Fussgelenke, mässig starke Oedeme, außerdem war etwas Ascites und geringer beiderseitiger Erguss in die Pleuren vorhanden. Am 8. September war der Ascites gewachsen; es hatte sich Oedem der Bauchhaut entwickelt, und es liess sich sehr starkes Oedem an der unteren Partie an der Hinterfläche des Rumpfes nachweisen. Die Aushöhlung am Rücken zwischen den unteren Rippen und dem oberen Beckenrande erschien vorgetrieben. Die Haut war hier, wie allwärts sonst am Körper, blass und schmerzlos. Die Schwellung war in den mittleren und unteren Partien dieser Stelle am stärksten, aber liess sich nach den seitlichen Theilen des

Rumpfes bis in die hintere Axillarlinie verfolgen. Dabei fühlte sich diese ganze Partie an wie ein schwappend gefülltes Wasserkissen. An keiner Stelle der geschilderten Partie blieben auf Fingerdruck Gruben zurück, und in die Höhe geschobene Hautfalten zeigten in dem Bereiche dieser Partie keinerlei ödematöse Schwellung, wie die Haut an den übrigen wassersüchtigen Stellen. In den nächsten Wochen entwickelte sich ein stärkeres Oedem an der rechten grossen Schamlippe, welches nach einwöchentlichem Bestehen wieder rückgängig wurde. Am 17. September wurde in das stark ödematöse Gewebe des linken Unterschenkels eine Canüle eingelegt, welche am nächsten Tage, weil kein Tropfen Flüssigkeit entleert wurde, wieder entfernt werden musste. Die Stichwunde und deren Wand blieben dauernd trocken. Am 30. September, wo die schwappende Hautstelle an dem Rücken unverändert weiter bestand, machte ich eine Probepunction an derselben mit einer Pravaz'schen Spritze. Die Punction ergab nur wenige Tropfen einer klaren, zellenfreien Flüssigkeit von gelber Farbe. Anfang October nahmen die Oedeme erheblich zu, ebenso wie die vorhandenen urämischen Symptome. Am 11. October trat ohne Agone plötzlich der Tod ein. Von der Krankengeschichte führe ich zu der Orientirung des Lesers nur einige wenige Notizen an: Atypischer Temperatur-Verlauf zwischen 36,5—38,5° im Wesentlichen schwankend, Verbreiterung der Herzresistenz nach beiden Seiten, mit ausgesprochener Hypertrophia ventric. sin. Anfangs normale, später etwas und schliesslich ziemlich starke Beschleunigung der Pulsfrequenz, bei einer meist mässig beschleunigten, erst ganz zuletzt sehr erheblich (44 i. d. Min.) sich steigenden Athmungsfrequenz. Im Durchschnitt etwa 1 Liter und etwas mehr Urin in 24 Stunden, bei einem spec. Gewicht, das sich im Wesentlichen zwischen 1010 oder ein wenig mehr oder weniger bewegte. Eiweissgehalt des Harns betrug nach Esbach etwa 0,1 pCt.; sehr starke Cylindrurie mit z. Th. stark verfetteten Cylindern und ausgelangten rothen Blutkörperchen. Hämoglobinengehalt des Blutes, mit Fleischl's Hämometer bestimmt, betrug bei der Aufnahme in die Klinik 40—45 pCt. Schlechter Appetit, zeitweise stärkere Durchfälle.

**Sectionsbefund:** Bei der Section (Dr. Heile) trat auch noch das ausserordentlich stark ausgebildete Oedem oberhalb des Kreuzbeins in den Vordergrund. In der Sectionsdiagnose heisst es: Oedem des Unterhautbindegewebes, besonders ausgeprägt am Rücken im Verlaufe der Wirbelsäule zwischen Kreuzbein und Rippen. Im Uebrigen ergab die Section Wassersucht sämmtlicher Körperhöhlen, Nephritis glomerulosa et interstitialis, Pericarditis fibrinosa, Dilatatio ventrie. dext. und Hypertrophia ventr. sin. u. s. w. Aus dem Sectionsprotocolle mag noch Folgendes angeführt werden: 1. betr. des Rückenödems heisst es: die Anshöhlung am Rücken zwischen den untersten Rippen und dem oberen Beckenrande ist vorgetrieben durch eine ausserordentlich ausgedehnte Schwellung des

subcutanen Fettgewebes, die an den Stützpunkten des Körpers, dem Kreuzbeine und dem unteren Rippenrande aufhört; 2. betr. des Verhaltens der Nieren. Die linke Niere ist wenig vergrössert; an beiden Nieren fällt die bunte Färbung der Oberfläche auf, welche bedingt ist durch mehrere anämische Bezirke, in deren Umgebung sich ausserordentlich stark injicirte Gefäße befinden. Die Nierenkapseln lassen sich gut abziehen. Die Rindensubstanz beider Nieren ist etwas verbreitert, theilweise etwas gelb-weisslich gefleckt, auf dem Durchschnitte beider Nieren fallen streifige, weissliche Massen in der Marksubstanz auf, die an den Papillen-Spitzen fehlen; 3. Betr. der Beschaffenheit des Bindegewebes in der Bauchhöhle fällt eine ausserordentlich ödematöse Beschaffenheit desselben auf.

**Epikrise:** Der Fall ist zunächst dadurch von Interesse, weil sich in der Vorgeschichte des Mädchens, das früher nie krank gewesen sein will, kein ätiologisches Moment für die Nephritis auffinden liess, die den tödtlichen Ausgang bei der, bis 4 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik anscheinend gesunden Patientin bedingte.

Was uns an diesem Falle aber besonders interessirt, ist das Verhalten des Anasarka, welches zwischen dem untersten Rande der Rippen und dem oberen Beckenrande eine derartige Massenhaftigkeit erreicht hatte, dass die betreffende Partie wie ein schwappendes Wasserkissen erschien, welches sich über die Umgebung stark hervorwölbte. Trotz dieses Schwappens, welches eine überaus deutliche Fluctuation vortäuschte, liessen sich, auch als dieser „Sack“ die grösste Ausdehnung erreicht hatte, bei der Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze nur einige Tropfen einer klaren, gelben Flüssigkeit, welche keine Formelemente enthielt, erhalten. Diese „Pseudofluctuation“ ist als ein häufig vorkommendes Symptom bei gewissen, nicht zu hohen Graden ödematöser Infiltration, welche dem Gewebe einen gewissen Grad von Elasticität giebt, angeführt worden. (Villaret, Hand-Wörterb. d. ges. Medicin. I, Stuttgart, 1888. S. 524.) Die Cutis selbst aber war über der betreff. Partie keineswegs wassersüchtig, sie fühlte sich dünn an und unterschied sich, abgesehen von ihrer grossen Blässe, durchaus nicht von normaler Haut. Insbesondere liessen sich hier durch Fingerdruck auch keinerlei Gruben in die Haut eindrücken. Da nun das Oedem in unserem Falle nur das subcutane Bindegewebe und nicht die Cutis ergriffen hatte, so liegt es nahe, zu fragen, ob sich daraus wohl das constante Ausbleiben der bekannten Gruben auch nach kräftigem Fingerdruck erklären lassen dürfte, oder ob dazu gleichzeitig ein Oedem der Cutis selbst nötig sei? Ich glaube diese Frage von vornherein verneinen zu dürfen. Dass Oedeme der Cutis allein in einer irgendwie grösseren Ausdehnung vorkommen, dürfte von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden. Jedenfalls ist aber auch ein Oedem des subcutanen Bindegewebes ohne Beteiligung der Cutis sicher kein häufiges Vorkommniss. Was aber die Beantwortung der Frage anlangt, warum in unserem Falle der Fingerdruck

keine Gruben erzeugte, so wird sie nicht wohl durch den Mangel des Cutisödeins erledigt werden können. Auch darin kann eine Erklärung für diese Thatsache nicht gefunden werden, dass die Haut an dieser Stelle von einer resistenten Unterlage weiter entfernt war, als bei geringfügigeren Oedemen. Bekanntlich kann man freilich durch Fingerdruck in ödematischem Gewebe um so leichter Gruben erzeugen, je näher darunter ein resistent Körper, wie Knochen liegt, wie wir das so häufig z. B. beim Malleolarödem und beim Oedem an der vorderen Fläche des Schienbeins sehen. Es scheinen aber auch an diesen Theilen Oedeme vorzukommen, bei denen der Fingerdruck keine Gruben zurücklässt. Laache (in Ebstein's und Schwalbe's Handbuch der prakt. Medicin, Bd. II, S. 27, Stuttg. 1898) spricht davon, dass bei der Chlorose zuweilen die durch Canstatt bekannten elastischen Oedeme vorkommen. Die hierauf bezügliche Stelle in Canstatt's Spec. Path. und Ther. (I. 2. Afl. S. 43, Erlangen 1843) lautet: „Das Oedem der Chlorotischen, solange die Chlorosis nicht wirklich in Wassersucht übergegangen ist, erscheint nur abends an den Füßen und verschwindet während der Nacht, morgens sind Augenlider und Gesicht am stärksten aufgedunsen. Die ödematische Anschwellung der Chlorotischen soll den Eindruck des Fingers nicht behalten (Brück's Turgor lymphaticus).“ Wenn wir das Fehlen der Grubenbildung durch Fingerdruck in unserem Falle, sowie überhaupt uns erklären wollen, so wird man, — da wir dazu die Textur des subcutanen Gewebes doch höchstens in bedingtem Maasse zur Erklärung heranziehen können, weil wir wissen, dass allerorten am Körper der Fingerdruck beim Auftreten von Anasarka Gruben zurücklassen könnte, — wenn auch nicht ausschliesslich, so doch in erster Reihe auf die Natur der Oedemflüssigkeit zurückgreifen müssen. Die Grubenbildung bei der Hautwassersucht entsteht natürlich dadurch, dass die Oedemflüssigkeit aus ihrem jeweiligen Standorte verdrängt wird; die Grubenbildung durch Fingerdruck wird unter den übrigen gleichen Verhältnissen um so schwerer eintreten und um so länger anhalten, je langsamer die Flüssigkeit ihren Standort wechselt, d. h. ihn verlassen und in ihn zurückkehren kann. Stellen sich beim Oedem der Flüssigkeitsverdrängung aus dem betr. Gewebe irgend welche Hindernisse entgegen, so werden wir das Ausbleiben von Gruben beim Fingerdruck an wassersüchtigen Hautpartieen uns sehr wohl erklären können. Von vornherein ist es wahrscheinlich, dass Flüssigkeiten von hohem specifischem Gewicht caeteris paribus schwerer verdrängbar sind, als solche mit niedrigem specifischem Gewicht. An allen übrigen Stellen blieben bei unserer Patientin mit ausgedehnter Hautwassersucht Gruben beim Fingerdruck zurück, nur nicht an der Partie zwischen dem untersten Rande der Rippen und dem oberen Beckenrande, wo die Anhäufung von Oedemflüssigkeit so stark war, dass die Partie weit über das Niveau der Umgebung vorgetrieben war. Dass die starke Spannung der Haut dafür nicht wohl verantwortlich zu machen war, geht leicht daraus hervor, dass wir oft genug an ödematischer Haut, deren Spannung so gross ist, dass eine Lockerung der Cutis ent-

steht, welche zu den bekannten streifigen Verdünnungen derselben führt, und wodurch die Epidermisdecke einreisst, nichts desto weniger Fingerdrücke zurückbleiben sehen, sondern insbesondere daraus, dass die Spannung der Haut hier nur eine mässige war. —

Ich bin weit davon entfernt, zu glauben, dass ich durch vorstehende Erörterungen die Besonderheiten, welche die Hautwassersucht im vorliegenden Falle von Hautwassersucht bei diffuser Nephritis darbot, erklärt habe. Die Mittheilung der Thatsache schien mir der Erwähnung wert. Was Bartels in seinen vortrefflichen Nieren-Krankheiten (v. Ziemssen's Sammelwerk der spec. Pathol. u. Therap. 9, I, Leipzig 1875, S. 97) betreffs der Hautwassersucht bei Nierenkrankheiten sagt: „dass bei der Localisation dieser Wassersucht, abgesehen von der Gravitation, noch sonstige Umstände in Betracht kommen, welche sich nicht in jedem Falle eruiren lassen“, besteht auch heute noch zu Recht. Wir werden uns dadurch aber nicht abhalten lassen dürfen, die Beobachtungen vorläufig zu registriren. Meine Absicht, Oedemflüssigkeit aus der qu. Localität zu untersuchen und sie mit der an anderen Körperstellen zu vergleichen, war nicht möglich, denn, wie sich aus der Krankengeschichte ergiebt, war durch die Punction keine Oedemflüssigkeit zu erhalten.

## 2.

### **Beitrag zur Lehre vom Zittern<sup>1)</sup>.**

Von Dr. Levy-Dorn in Berlin.

Unter Zittern verstehen wir unwillkürliche, einigermaassen rhythmische, schnell aufeinanderfolgende Bewegungen desselben Gliedes. Da die bewegende Kraft von den Muskeln stammt, scheint es genauer in die Begriffsbestimmung statt „Glied“ das Wort „Muskel“ zu setzen. Doch ich möchte davon abrathen, da wir sonst das sog. fibrilläre Zittern, welches von den übrigen Arten des Tremors wesentlich abweicht und deshalb besser mit Muskelzittern bezeichnet wird, in unsere Definition einbeziehen müssten.

Auch für das Wort „Muskel“, „Muskelgruppen“ zu setzen, wie es von einzelnen Autoren geschieht, geht nicht an. Denn einmal können auch Muskelgruppen fibrillär zucken, ohne dass es zum eigentlichen Tremor kommt, anderseits ist noch nicht widerlegt, dass der Tremor unter Um-

<sup>1)</sup> Nach einem, am 9. Mai 1898 in der Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten gehaltenen Vortrage.