



P. Quincke

Dott. ATTILIO PETTINAZZI
medico generale a Cremona
Moltclinico

Min. B. 27-12

SULL'EDEMA ANGIONEVROTICO DI QUINCKE

Nota clinica e critica

ESTRATTO

dal giornale « Il Morgagni » Parte I, N. 4 e 5 — 1912



SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

MILANO - VIA AUSONIO, 22 - Gall. De Cristof., 34-55

1912



Dott. ATTILIO PETTAZZI

SULL'EDEMA ANGIONEVROTICO DI QUINCKE

Nota clinica e critica

ESTRATTO

dal giornale « Il Morgagni » Parte 1, N. 4 e 5 — 1912



SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

MILANO - VIA AUSONIO, 22 - Gall. De Cristof., 55-55

1912

Poche sono — relativamente — nella nostra letteratura medica le pubblicazioni, che si riferiscono all'edema angionevrotico di QUINCKE, tanto che si potrebbe, giudicando da questo solo elemento, ritenere che questa manifestazione morbosa sia piuttosto rara ed insolita ad osservarsi. Invece non è difficile a chi per poco scruti attentamente in una, anche non ampia cerchia di ammalati, di scoprire qualche forma di edema sicuramente riferibile al sintoma di QUINCKE. Se quest'edema non viene diagnosticato, od almeno, discusso con frequenza maggiore, ne va cercata la ragione specialmente nel fatto che spesso questo fenomeno si presenta in modo fugace od attenuato così, da non essere avvertito od almeno da non provocare speciali indagini da parte del medico.

In un decennio di vita professionale ed in un materiale nosografico vario, greggio e diluito, com'è quello della condotta, io ho potuto osservarne almeno 9 casi, senza contare le constatazioni dubbie, in cui l'edema era stato così passeggero, da non permettere l'accertamento della sua natura angionevrotica.

A questo proposito ho voluto essere molto preciso, anche perchè il concetto clinico che or sono circa 30 anni, induceva il QUINCKE a costituire in entità patologica l'edema non dipendente dalle comuni cause edemogene ed avente carattere di intermittenza, non ha ricevuto neppure, presso molti degli autori, l'esatta interpretazione dovutagli; ed il novero dei casi bene accertati è nella letteratura quasi soverchiato del numero di quelli, in cui la natura della malattia non è sufficientemente provata, oppure deve addirittura riferirsi ad altre cause patogene.

In questa constatazione coincide precisamente anche il MEN-

DEL (1), il quale rileva che *sotto il nome di edema di Quincke passano molti casi, che con esso nulla hanno da fare, tanto dal lato clinico, quanto dal lato eziologico.*

Un caso di questo genere per es. lo troviamo in MODINOS (*Gazz. degli Ospedali*, sett. 1901), il quale ha descritto come edema di QUINCKE un edema fugace dell'angolo della mandibola sinistra in un uomo affetto da insufficienza mitralica. L'A. conclude, affermando « *essere chiaro che (nel suo caso) non si tratta che di edema angionevrotico, che va a conferma di quei casi, descritti da CHARRIN e LE GENDRE, con associazione, — vale a dire — di cause per la manifestazione di quest'edema angionevrotico* ». Ma a noi sembra senza dubbio legittimo ogni sospetto in proposito, e legittima ogni riserva, non essendo possibile distinguere fino a qual limite possa essere entrato in campo un ipotetico edema angionevrotico di QUINCKE e fin dove abbia agito invece la sicura esistenza del vizio cardiaco.

Causa ed insieme effetto di questa erronea interpretazione è stato il numero grande di sinonimi, sotto cui gli osservatori hanno a volta a volta descritto questo fenomeno morboso: edema acuto circoscritto (QUINCKE), edema angionevrotico (STRÜBING), edema acuto da angionevrosi (MINICK), edema reumatico (BENGUE), edema reumatico a ripetizione effimero di natura artritica (CHAUVET), edema circoscritto artritico (SALLES), edema pseudoflemmonoso (KIRMISSON); e poi ancora: edema essenziale, edema acuto idiopatico, edema fugace non doloroso, tumefazione periodica, edema neurotrofico, edema acuto non infiammatorio, orticaria tuberosa, orticaria edematosa, ecc. Denominazioni tutte, le quali per essere necessariamente o imperfette, od improprie, o addirittura erronee, hanno finito per generare alquanto confusione in un quadro clinico, che sarebbe stato per sé abbastanza caratteristico e facile ad identificarsi. Io ho creduto pertanto di dover ritenere per forme di QUINCKE soltanto le tumefazioni edematose, di tutti gli strati della cute o delle mucose, compreso il cellulare sottoposto, non dipendente nè da lesioni infiammatorie locali, nè da lesioni renali, epatiche o cardiache, nè da affezioni generali del ricambio o discrasiche o paralitiche ed aventi carattere di fugacità.

Ho quindi anche escluso dal novero degli edemi di QUINCKE tutte le forme, che, pur avendo un'origine neuropatica, non rispondevano a quest'ultima condizione, come gli edemi degli

(1) *Il Morgagni « Rivista »*, maggio 1903.

emiplegici, gli edemi secondari a frattura della colonna vertebrale, gli edemi azzurri degli isterici, gli edemi ereditari, ecc.; nonchè tutte le forme solo accidentalmente fugaci e concomitanti con altre lesioni sospette.

Coerentemente a questi criteri, pur non lasciando di riferirla per il suo valore, non ho voluto giovarmi di una bella autoosservazione offertami dalla gentilezza della dottoressa BERTINI di Genova. Al caso, quantunque appartenente, secondo ogni giusta presunzione, al novero degli edemi di QUINCKE, è mancato il controllo dell'esame delle urine, così che non è possibile escludere ora l'esistenza allora di una eventuale nefrite acuta. Ecco tuttavia il caso:

Famiglia di temperamento sensibile e vivamente eccitabile; la mamma ha sofferto di nevrosi puerperale. Pertosse nell'infanzia, la quale reliquò una forma di asma nervoso, protrattasi in seguito per parecchi anni. Più tardi orticaria. A 14 anni tifo con lungo postumo di disturbi digerenti. A 16 anni, dopo un periodo di vive preoccupazioni scolastiche, compare la malattia, che la dottoressa, autocriticando il proprio caso, definisce per una forma di QUINCKE. La malattia cominciò con una tumefazione dell'avambraccio a sinistra senza rossore e quasi senza alcun fenomeno soggettivo; tanto che l'ammalata si accorse della gonfiezza casualmente. In seguito ed alternativamente si gonfiarono le due mani, poi di nuovo l'avambraccio, poi la faccia, le labbra, ecc.: così che in tutto la malattia durò 15 giorni circa. Ogni area d'edema però aveva una durata molto minore; qualche volta la tumefazione si produsse quasi a vista d'occhio per scomparire poi nel termine di poche ore. Non fu istituita una cura razionale, e gli edemi scomparvero quasi spontaneamente dopo la somministrazione di alcuni purganti. La malattia, che risale a 16 anni addietro, non ebbe più a rinnovarsi.

Un'ultima avvertenza:

Pur riferendomi, nella mia casistica a vere forme edematose, io ritengo doversi comprendere nel quadro speciale di QUINCKE — e questo secondo pure l'avviso di BARDUZZI, di TURAZZA, di OSLER, ecc. e del QUINCKE stesso — anche le forme di idrope articolare intermittente e le essudazioni periodiche localizzate negli strati più superficiali della cute; perchè tra queste manifestazioni esiste tale affinità, che l'edema e l'idrope sembrano non essere altro che una forma più grave di orticaria e perchè ciascuna di queste tre affezioni può trasformarsi nelle altre due o coesistere con esse.

Riassumendo, per formulare la diagnosi di edema angioneurotico intermittente di QUINCKE io ho ritenuto necessario l'intervento di questi due fattori:

1.º La rapidità della comparsa e della scomparsa dell'edema:

2.º La indipendenza di esso dalle solite cause generatrici di edema

Io ho veduto la malattia colpire talora l'area di pochi cmq.; talora invece anche vaste parti del corpo. Generalmente ho viste attaccate le estremità; ma possono esserlo anche frequentemente il collo e la faccia. Più raramente l'edema affetta il tronco e le mucose. Qualche autore (CAVAZZANI) ammetterebbe anche la possibilità dell'edema dei visceri interni; ma io non ne ho osservato alcun caso.

L'aspetto esterno della parte colpita era quello solito delle regioni edematose, la gonfiezza compariva rapidamente, permaneva alcune ore, talora qualche giorno, poi rapidamente scompariva, per recidivare magari più tardi, con speciale predilezione, in una determinata parte del corpo, e senza causa apparente.

Qualche volta la sensibilità rimase inalterata, qualche altra invece fu diminuita; e, contrariamente a quanto alcuni autori ammettono, vidi talora comparire delle parestesie, dei formicclii, delle moleste sensazioni di tensione ed anche degli intensi dolori lancinanti di natura schiettamente nevralgica.

*
**

I casi da me osservati sono stati i seguenti:

Caso I. — P. Maria, d'anni 46, da Vezza d'Alba, osservata nell'aprile 1902.

Non ricorda di aver fatto malattie nell'infanzia. Mestruada a 15 anni, ebbe in questo tempo un attacco di polmonite. Sposa a 21 anni, ebbe nove gravidanze a termine, con due aborti intercalati. Partì laborioso. Ultimo parto sette anni fa. È ancora bene mestruada. Mai nessun edema.

Circa 5-6 anni fa, la donna cominciò ad avvertire dolori lancinanti alla base del torace sinistro sulla ascellare anteriore. I dolori si ripetevano 8-10 volte all'anno e scomparivano in seguito ad applicazioni calde. Nel marzo 1900 comparve una tumefazione della spalla, del braccio e della regione ascellare con febbre e dolore alla parte.

Ricorse nel maggio successivo all'Ospedale Mauriziano di Torino, dove le venne enucleato dall'ascella sinistra, un pacco di ghiandole. Da quell'epoca, di tratto in tratto, viene colta improvvisamente da edema dell'avambraccio sinistro, con dolori folgoranti a tutto l'arto.

Qualche volta questi dolori si diffondono pure all'arto inferiore corrispondente, dove però nulla si rileva di oggettivo. L'edema dura 1-2 giorni, poi scompare.

S. P. Donna robusta ed in buone condizioni di salute. All'ascella, lungo il margine anteriore, si nota una cicatrice rilevata, residua all'intervento. Nulla di notevole alla ispezione del braccio sinistro.

L'avambraccio invece è tumefatto per edema. Mobilità dell'arto normale. Dolori lancinanti intermittenti all'avambraccio, all'ascella ed alla regione scapolare. Senso di formicolio e sensibilità ottusa al braccio.

La sensibilità tattile è fortemente diminuita nel territorio del n. ascel-

lare o circonflesso, del muscolo-cutaneo e del radiale; si conserva normale sul territorio dell'accessorio e del brachiale cutaneo interno. Cuore sano, fegato sano, reni ed urine sane.

La donna è di temperamento fortemente nervoso; ha senso di bolo faringeo; ma non esiste nessun punto isterico. Riflessi normali.

Non ho potuto assodare nessuna influenza reumatica.

Diagnosi. — Turbe vaso-motorie e sensoriali da lesione del plesso brachiale sinistro. Edema angionevrotico intermittente.

Cura. — Si inizia un trattamento a base di polibromuri e di bagni tiepidi, i quali portano alla donna un certo vantaggio. A malgrado però di questa cura e di qualche altro tentativo fatto con ergotina, antisettici intestinali, antireumatici, ecc., non si può ottenere un successo duraturo. Per quanto sembri diminuita l'intensità degli accessi, tuttavia essi ricompaiono ugualmente.

Notizie avute dopo un anno, confermano la persistenza degli stessi fenomeni.

CASO II. — M. Rachele, d'anni 35, da Gallignano; data dell'osservazione: agosto 1905.

Donna in 8.^a giornata di puerperio. Essa è colta improvvisamente da un imponente edema del collo; tale da provocare sintomi di soffocazione.

L'insenatura della gola è completamente scomparsa; il mento si continua direttamente colla cute della regione sternale, in linea retta. La gonfiezza si estende anche alle parti laterali, determinando un molestissimo senso di tensione. Al momento del primo esame vi è febbre. L'ammalata racconta che l'edema è comparso già il giorno prima; ma in proporzioni molto minori, e poi è scomparso.

Posta la diagnosi di edema angio nevrotico, si prescrive un energico disinfettante intestinale associato ad un purgante (calomelano e gialappa).

Il giorno seguente al mattino vi è apiressia con notevole diminuzione dell'edema: ma alla sera la temperatura risale a 40°, preceduta da un brivido violento, e si ripetono i già noti fenomeni edematosi. L'accesso febbrile fa nascere il sospetto che possa trattarsi di una infezione malarica.

Esaminato il sangue, si ha reperto positivo; così che si somministra immediatamente nei giorni successivi un gr. di chinino ogni mattina. La febbre scompare senza indugio, come pure scompare tosto ogni manifestazione edematosa, che non si rinnova più. Le urine erano normali.

La donna appartiene ad una famiglia con note isteriche accentuatissime: una sorella è affetta da una forma grave di istero-epilessia, che più tardi nel 1909, fu causa della sua morte, durante un fortissimo accesso epilettico. Essa stessa soffre in modo notevole di senso bolo faringeo.

CASO III. — F. Giannina, di anni 16, da Soncino. La prima osservazione avviene nel dicembre 1905.

Padre e madre vivi e sani: quattro fratelli, di cui tre vivi. Una sorella morì di quattro mesi pare per debolezza congenita. Non ha fatto mai alcuna malattia. Mestrui regolarmente a 13 anni, fino ad un anno fa. Da quest'epoca (1904) i mestrui si son fatti dismenorroidici, posticipanti e scarsi: talora si sospendono parecchi mesi. Ha leucorrea. È giovane di carattere sensibile, facilmente eccitabile. Da due anni ogni 3-4 mesi, le si gonfiano le guance: per un anno si gonfiò la destra; ora è gonfia la sinistra. L'ammalata prova nella parte un senso di calore e di tensione, non però un vero dolore: difatti la parte si mostra rossa e tumida. L'edema dura 2-3 giorni; poi scompare spontaneamente, oppure dopo la presa di un purgante.

S. P. — Al momento dell'esame, l'ammalata ha gonfia la regione sotto-orbitaria sinistra. Null'altro di oggettivo all'infuori di una completa anestesia faringea. Cuore, fegato, reni normali.

Diagnosi. — Edema angionevrotico intermittente di QUINCKE, probabilmente di origine intestinale.

Cura. — Disinfezione dell'intestino col calomelano. L'edema scompare.

Si rivede una seconda volta l'ammalata il giorno 23 luglio 1906. L'ammalata ha la guancia sinistra rossa, tumefatta e calda, di aspetto edematoso. Temperatura locale 37.4°. Temperatura rettale 37.7°. Coesistono meteorismo borborigmi, feci puzzolenti, ventosità, inappetenza, lingua patinosa.

Nessun disturbo anemico, quantunque — come si è detto — i mestruî ritardino talora anche 4-5 mesi.

L'ammalata è giovane di costituzione robusta e di buona nutrizione. Le si somministra un purgante e per agire sulla psiche le si prescrivono delle cartine indifferenti di zucchero. Si ottiene una scarica di feci puzzolentissime e l'edema scompare.

Un terzo esame avviene il 16 dicembre 1906.

I mestruî sono ricomparsi da due mesi per la durata di tre giorni. Da una settimana è ricomparso il senso di calore alla guancia sinistra, la quale da un giorno si è fatta gonfia, rossa, calda, ed ha l'aspetto come di una parte colpita dai geloni. Si tratta di evidente paralisi vascolare. Intenzionalmente si evita di dare alcun purgante; e siccome l'ammalata loda assai le cartine somministrate durante il precedente attacco, le si danno con molta compiacenza sei cartine di 30 ctgr. caduna di lattosio. Presa appena la prima polvere, l'edema scompare, quantunque si trovasse appena al suo inizio. Riveduta una quarta volta la giovane, il 17 giugno 1907, si apprende che i mestruî si son fatti regolari e che l'edema non è più comparso.

Gennaio 1910. — Quinto esame: in corrispondenza della mestruazione ricompare — dopo tre anni — l'edema. È colta prima la guancia sinistra, che assume un aspetto quasi eresipelatoso, con formazione anche di fittene. L'edema dura due giorni, poi scompare con desquamazione della cute, ed attacca la guancia e l'orecchio destro. È interessante il rilevare questa discontinuità delle superfici colpite per poter escludere la erisipela. Non febbre.

Cura. — Bromuro di potassio.

Decorso e risoluzione solita.

Caso IV. — P. Orsola, d'anni 66, da Soncino. Data dell'esame 30 nov. 1906.

Madre morta per apoplezia cerebrale a 48 anni; padre morto a 64 per tumore maligno al collo. L'ammalata mestruò a 16 anni. Ebbe due fratelli; di cui uno vive ancora e l'altro morì suicida a 45 anni perchè affetto da tabe dorsale.

All'epoca della morte della madre, cioè a 18 anni, fu amenorrea per due anni ed itterica. Fin dall'infanzia soffre di blefaro-congiuntivite. Maritata a 27 anni, ebbe nove gravidanze, tutte a termine. Partì normali, puerperii normali, ma dei nove figli, sei morirono in tenera età. È stata sempre piuttosto menorrea. Menopausa a 50 anni. In quest'epoca è stata colta, pare in seguito ad un disturbo dietetico, da un malore che la lasciò col lato destro della faccia contratto. Contrattura isterica a destra? Paralisi a sinistra? Guarì dopo un mese. Ha sofferto sempre di artitrisimo; ed anche ora, di tanto in tanto è colta da dolori urenti alle piante dei piedi: le sembra talora che le strappino le unghie, oppure le sembra di camminare sul vetro. Prova contratture, formicolii, vere sensazioni dolorose sul dorso, alla punta ed alla pianta dei piedi. Ha vampe di calore al volto, dolori lancinanti al torace ed all'ano, tremiti nervosi agli arti, ecc. Ebbe anche quattro anni fa un'irite. È sensibilissima alle contrarietà ed ai dispiaceri.

Da molti anni, ogni 3-4 mesi è colta da macchie ecchimotiche ed edematose, larghe quanto una moneta da un soldo, che poi gradatamente scompaiono.

Al momento dell'esame, l'ammalata ha in corso appunto uno di questi accessi, il quale data da sei giorni. In conseguenza di un disordine dietetico si è avuta diarrea e febbre, e due giorni più tardi sono comparse delle larghe chiazze edematose su tutta la superficie del corpo. Le parti lese sono tumide, rosse, ma non dolenti. Urine scarse.

Diagnosi. — Edema angionevrotico di origine enterica.

Cura. — Polibromuri e disinfezione intestinale.

Il decorso è rapidamente risolutivo.

Caso V. — M. Rosa, d'anni 49, da Crema, si presenta all'esame nel maggio 1909.

È maritata, senza figli, ed in periodo di menopausa. Da parecchi mesi si lagna di una gonfiezza alla faccia, attorno all'occhio sinistro, il quale viene anche spinto in fuori. L'edema dura da 1 a 3 giorni e compare ad intervalli di qualche giorno o di qualche settimana.

La tumefazione è leggermente dolente; ed è stata da un medico diagnosticata per erisipela. Mancano però evidentemente tutti i caratteri essenziali di questa forma morbosa, a cominciare dall'assenza assoluta di febbre. All'infuori di altri attacchi di questo stesso male, sempre erroneamente ritenuti per erisipelatosi, l'ammalata non ha fatto altra malattia di rilievo. Ha meteorismo frequente, borborigmi e flatulenze fetide.

Curata ripetutamente con purganti, non ha ottenuto mai alcun effetto.

Quando l'edema si inizia, soffre di cefalea e di malessere generale. Altre volte ha sofferto pure di gonfiezze alle mani ed alle spalle, rapidamente scomparse. È andata soggetta anche ad orticaria. Le urine sono limpide, senza albumina; contengono invece dei fosfati.

L'ammalata è donna di temperamento molto eccitabile. Al momento dell'esame, oltre agli edemi ha malessere generale, cefalea e dolori articolari. Si sospetta un'influenza reumatica e si pone la diagnosi di: edema angio-nevrotico intermittente d'origine reumatica.

In conseguenza, si somministrano due gr. al giorno di aspirina, associati ad altrettanto bromuro di potassio e a del cloralo. La donna avverte subito benessere. Non solo l'edema scompare, ma tosto migliora sensibilissimamente anche lo stato generale, cosa che mai colle precedenti cure si era verificato. La prova *ex iuvantibus* viene a confermare la diagnosi stabilita.

CASO VI. — S. Francesco, d'anni 39, di Fontanella. Esaminato il 16 luglio 1907.

Tifo a 30 anni. La malattia durò allora due mesi con esito di trombosi all'arto inferiore sinistro. I postumi di questa durarono un anno, reliquando poi facile edema, specialmente verso sera al malleolo ed al piede, per evidente atonia vascolare.

È uomo robusto, ma di temperamento eccitabile. Il dì 16 luglio è colto improvvisamente da edema al piede ed alla gamba destra.

S. P. — Lingua patinosa; senso di pienezza gastro-addominale, alvo chiuso. Il piede destro fino al malleolo è gonfio per edema indolente.

La deambulazione invece è dolorosa.

Il cuore è sano; così pure i reni.

Si somministra un purgante, il quale determina l'emissione di feci puzzolentissime. L'edema diminuisce e due giorni dopo è completamente scomparso.

CASO VII. — A. Rosa, d'anni 38, da Fontanella.

Data dell'esame: dicembre 1909.

Tre parti a termine; sei aborti, ultimo due mesi fa. Da circa nove anni soffre di gravi disturbi nervosi. Ha avuto pure accessi impressionanti di tachicardia parossistica.

Da quest'epoca, cioè da nove anni, tutte le volte ch'essa ha dismenorrea, compare edema alla faccia e specialmente alle guance. Da un anno poi l'edema compare regolarmente ad ogni epoca mestruale. Completa assenza di albumina dalle urine. Contemporaneamente si è manifestato un aggravamento dei disturbi nervosi.

19 dicembre 1909. L'attacco di edema, di cui siamo spettatori, si è iniziato quattro giorni innanzi, colpendo, come al solito, la faccia. Anche questa volta esso compare in corrispondenza della mestruazione, la quale comincia il 22, cioè cinque giorni dopo l'inizio dell'edema.

Avviatosi il flusso, la tumefazione accenna rapidamente a scomparire.

Da alcuni giorni ha tremore intenzionale agli arti superiori e da tempo si lagna di estrema debolezza e di dolori alle reni ed al cingolo scapolare. L'esame del sangue eseguito dal collega GAVAZZENI rileva l'esistenza di una forma malarica latente e permette di affermare la diagnosi di polinevrite malarica.

Cura chininica. Si accerta che l'ammalata ha sofferto di paludismo forse una quindicina di anni addietro e che i fenomeni suaccennati si erano iniziati alcuni anni dopo. In seguito all'ingestione di chinino, migliora rapidamente la nevrite, cessano i dolori, cessa il tremore e nelle successive mestruazioni non compare più il solito edema.

Per quanto riguarda il nostro argomento, è stata evidente la diagnosi di: edema angionevrotico di QUINCKE in donna malarica da intossicazione ovarica.

CASO VIII. — V. Giuseppe, d'anni 13, da Fontanella. Esaminato il 25 gennaio 1910.

Non ha mai fatto malattie di rilievo. Padre e madre vivi e sani. Appartiene però ad una famiglia di nevropatici: la madre è una isteroide; ed il ragazzo ha, come tutti gli altri membri della famiglia, un temperamento eccitabile. È un divoratore insaziabile. Alcuni giorni prima della visita, e dopo un grave disordine dietetico, l'ammalato è colto da orticaria all'addome ed alla faccia. Al momento dell'esame egli presenta: lingua patinosa; pomfi diffusi su tutto l'addome e sulla faccia, vomito. Si prescrive un purgante di calomelano e di olio di ricino. Il giorno successivo l'ammalato, dopo una abbondantissima scarica migliora, ma in seguito ad una nuova scorpacciata, tutte le parti, prima coperte da orticaria, si rigonfiano.

Diagnosi. — Edema angionevrotico intermittente, associato ad orticaria, da intossicazione intestinale.

Cura. — Un purgante, e dieta rigorosa per 24 ore. L'edema scompare rapidamente.

Inutile aggiungere che le urine non portavano traccia di albumina. Contenevano invece fosfati.

CASO IX. — F. Battista, d'anni 9, da Fontanella. È ragazzo di buona costituzione e non ha sofferto malattie all'infuori di ripetuti e gravi disturbi gastro-enterici, cui è soggetto fin da bambino. Dall'età di tre anni, e sempre dopo dei disturbi intestinati, va soggetto a edemi degli arti e della faccia. Il medico, anzi, che lo curò la prima volta lo ritenne, al solo esame esterno, affetto da nefrite; diagnosi che si dovette poi escludere nei successivi attacchi per la costante assenza di albumina dalle urine. La gonfiezza dura 2-3 giorni, talora anche più, raggiungendo, specialmente alla faccia proporzioni notevoli; e si presenta senza eccezione in dipendenza di disordini dietetici. Talora agli edemi si associa o si sostituisce l'orticaria; ed entrambi questi disturbi scompaiono quando venga somministrato un purgante.

Ha sempre lingua patinosa, bianca, colle caratteristiche punteggiature papillari rosse, proprie degli stati saburrali dell'intestino. Quando vi è edema alla faccia si iniettano pure le congiuntive e vi è lacrimazione. Talora si associano agli edemi segni di catarro bronchiale. È giovane molto emotivo ed irascibile, appartenente a famiglia nevropatica. Ha frequentemente scariche di materiali muco-membranosi.

5 agosto 1911. — Uno dei tanti accessi si presenta al principio dell'agosto corr. colla solita sintomatologia. Somministrato per parecchi giorni del calomelano e dell'olio di ricino in abbondanza, l'edema — anche questa volta — specialmente localizzato alla faccia, rapidamente scompare.

Diagnosi. — Edema di QUINCKE da disturbi gastro-enterici.

Dalla semplice esposizione di questi casi due considerazioni nascono spontanee: 1.° Sopra 9 ammalati, di cui 6 donne e 3 uomini, i quali richiamavano la mia attenzione per una manifestazione edematosa, non riferibile a nessuna delle comuni cause produttrici di edema e identificabile coll'edema angionevrotico di QUINCKE, io ho riscontrato che ben otto volte l'edema si è presentato durante il decorso di una malattia infettiva.

In 5 casi l'edema si è avuto nell'acme di un imbarazzo gastrico o di una stasi fecale o di una gastro-enterite acuta; in 2 casi, nello sviluppo acuto o cronico di una infezione malarica;

in un caso durante un attacco reumatico; 2.° Sopra 6 casi muliebri, l'edema si è dimostrato due volte non estraneo all'influenza della funzione mestrua.

Questi rilievi ci autorizzano a formulare il dubbio se veramente quest'edema rappresenti una speciale forma morbosa a sè; una vera malattia, come per esempio il morbo di REICHMANN od il morbo di FLAJANI. Quest'edema, quantunque abbia degli speciali caratteri di fugacità e di intermittenza, si presenta sempre durante il decorso di una malattia infettiva, diventandone il segno, come potrebbe esserlo un'erpete labiale, una roscola od una sudamina. Perciò, se nelle prime osservazioni isolate, quando l'edema, assumendo l'importanza di fenomeno principale, parve dipendere da un determinato e specifico agente, il reumatismo, che passava per un semplice fenomeno predisponente, la prima maniera di concepire l'edema potè sembrare nè impropria nè irragionevole; oggi, che il numero delle osservazioni si è moltiplicato e che si è veduto l'edema seguire tanto ad un imbarazzo gastrico, quanto ad un reumatismo, tanto ad una febbre malarica quanto alla infezione tubercolare; e d'altra parte manifestarsi clinicamente sotto le forme diversissime di edema dell'avambraccio o di edema polmonare ed associarsi ad altri fenomeni legati non dall'edema, ma all'infezione primaria, quel criterio non sembra più sufficientemente giustificato.

Come non è una malattia la febbre, ma solo il segno di una malattia; come non è una vera malattia l'eczema intertriginoso che può seguire nei neonati a disturbi digerenti, ma una conseguenza di questi; come non è una malattia la cefalea che può accompagnarsi tanto ad un imbarazzo gastrico quanto ad un accesso epilettico, ma è solo un esponente di tali affezioni, così l'edema angionevrotico non è che la reazione locale di un disturbo generale primitivo.

Quindi, se è giusto che l'edema, di cui noi discorriamo, per avere una sua speciale fisionomia, venga individualizzato sotto il nome di chi prima lo ha studiato: il QUINCKE, non è nè proprio nè opportuno fare di esso una malattia, che nella realtà — come tale — veramente non esiste.

*
**

Richiamato così il fenomeno a quel valore, che mi sembra giusto, è interessante, anche agli effetti della cura, indagarne i diversi fattori eziologici e le condizioni di predisposizione nelle quali suole prodursi.

Un certo numero di autori, anzi i più numerosi ed i primi, hanno attribuito un grande valore eziologico nella produzione di quest'edema alle cause reumatizzanti, disegnando un complesso morboso specificamente connesso. Questo, per es., affermano CAVAZZANI e MORETTI (1) sulla scorta di 3 casi osservati durante una epidemia di influenza a Venezia. Veramente di questi, solo uno, il secondo, è probativo per la tesi degli autori, riferentesi ad una donna di 37 anni nevrotica ed anemica per pregressa malaria, la quale, colta dall'influenza, dopo qualche tempo presentò un edema alla faccia che dileguò in capo ad alcuni giorni in seguito a cura salicilica. Negli altri due: un bambino linfatico di 4 1/2 anni, che dopo essere guarito operatorialmente di un ascesso al collo, ebbe edema alla faccia scomparso dopo quattro giorni; ed un operaio di 31 anni, nel quale, dopo un giorno di malessere, si produsse una violenta emottisi e, dopo otto giorni di cura vasocostrittrice e salicilica, si ebbero edemi alla faccia, al gomito ed al ginocchio sinistro, è sospettabile che altre influenze (stasi fecale, tubercolosi, ecc.) abbiano contribuito a produrre l'edema angionevrotico. Tuttavia, a noi non giova in questo nostro esame se non di prendere atto che le influenze reumatiche sono state qualche volta sicuramente la causa determinante dell'edema angionevrotico. Idea questa condivisa anche da LECLERC (2), il quale afferma di aver veduto fra gli studenti del collegio di Saint-Lo quasi una epidemia di edema intermittente provocata dall'influenza; e da parecchi altri autori, specialmente francesi come lo CHAUVET, il SALLES, il FÉRÉOL, il BENGUE, il NEGEL ed altri. Io stesso ho osservato un caso da reumatismo nella mia 5.^a paziente, la cui eziologia si dovette cercare in un agente di questo genere; ed un'altra volta, nell'ammalata n. 4, ho veduto l'edema in soggetto artritico. Però, fatta questa constatazione, non è possibile assolutamente condividere il parere di quegli autori, i quali affermano che l'edema di QUINCKE trova *sempre* nella sua eziologia un elemento reumatico e che gli hanno anzi dato per sinonimo l'*oedème rhumatismale*; perchè se è vero che qualche volta può l'edema di QUINCKE seguire a stati reumatici od artritici, molte altre volte, anzi il più delle volte, la cosa avviene molto diversamente.

CATTANEO (3) infatti ha riferito un esempio di edema acuto

(1) *Gazzetta degli Ospedali*, n. 71, 1902. *Sull'edema acuto da angionevrosi*.

(2) *Gazzetta degli Ospedali*, n. 71, 1902.

(3) *Associazione Med. Chirurg. di Parma*, 6 settembre 1901. *Policlínico*, 1901.

delle mani e delle palpebre in una bambina di due anni, scomparsi in poche ore dopo la disinfezione dell'intestino. Egli ritenne perciò che il suo caso fosse dovuto ad intossicazione intestinale; ed io credo che la sua supposizione corrisponda perfettamente al vero, perchè addirittura la maggioranza dei casi caduti sotto il mio esame hanno dovuto trarre una simile spiegazione. Tali appunto gli ammalati n. 3, 4, 5, 6, 8 e 9.

Ricordo anche a questo proposito, di essermi trovato un giorno dinnanzi ad un caso gravissimo di edema improvviso della glottide in una bambina di 5 anni. Nell'urgenza somministrai un abbondante purgante; ed appena svuotato l'intestino di feci puzzolentissime, scomparvero i fenomeni asfittici, che parevano imponentissimi. Quantunque l'assenza dell'esame delle urine non mi permetta di accertarlo ora come tale, io ho l'impressione di essermi trovato di fronte ad un edema acuto angionevrotico della glottide da infezione intestinale.

Lo ZILLOCCI (1), che è uno degli ultimi autori, i quali si sono occupati dell'argomento, ha visto prodursi l'edema attorno alla bocca in un individuo alcoolizzato di 43 anni ogni qualvolta introduceva grandi quantità di alcool e si abbandonava a disordini dietetici. L'ammalato ebbe giovamento da una cura di salolo, il che riconferma la giustezza dell'idea dell'autore che gli edemi fossero provocati da intossicazioni portate dal canal digerente. Costatazioni identiche hanno fatto ancora l'OSLER (2), l'HENOCH, il COMBY, ed altri. Quindi non soltanto l'influenza, od il reumatismo; ma anche le infezioni d'origine intestinale hanno la loro parte nella genesi dell'edema di QUINCKE.

Una terza forma infettiva è stata ritenuta capace di provocare l'edema angionevrotico: la malaria. Io rilevo dal lavoro dello ZILLOCCI che dei casi, in cui non poteva esservi dubbio sulla relazione fra malaria ed edema, sono stati studiati dal REEFE, dal NEGEL, dal RIEL, dal FUCHS e dal MATAS; ma io per la povertà dei miei mezzi bibliografici non ho potuto portare alcun esame critico su quelle relazioni. Convegno tuttavia pienamente nelle loro deduzioni, perchè le mie due ammalate n. 2 e n. 7 non possono lasciare alcun dubbio in proposito. In una l'edema comparve coll'accesso malarico, seguì direttamente le alternative e le oscillazioni della temperatura e guarì immediatamente, insieme colla febbre, in seguito alla cura chininica; nell'altra la malaria ignorata aveva

(1) *Bollettino delle cliniche*. 1905. *Riforma medica*. 1905.

(2) *The New York med. Journ.*, 1892.

agito indirettamente, preparando il terreno ad un altro fattore determinante, cioè all'intossicazione ovarica. Infatti, quando, somministrato il chinino, si potè aver ragione della malaria, la funzione mestruale si svolse normalmente, senza più provocare i precedenti disturbi vasomotori.

A questa stregua io penso che possa venir considerato anche il caso di WELDE, associato ad emoglobinuria parossistica. L'emoglobinuria è frequente nelle infezioni; ed il carattere accessuale del caso di WELDE richiama volentieri l'idea d'una infezione a periodi. Quindi non è irragionevole pensare che non l'edema sia dipeso dalla emoglobinuria; ma bensì che questi due segni siano stati contemporaneamente l'esponente di una infezione primaria rimasta ignota, ma identificabile, con sufficiente presunzione di essere sul vero, colla malaria.

MODINOS (1) in serie di cinque casi osservati in Alessandria d'Egitto, dei quali però solo due hanno diritto ad essere tenuti per edemi di QUINCKE, ha creduto di trovare il momento eziologico di essi nella eredità tubercolare. Può darsi che nei casi studiati dal MODINOS ci sia stata veramente qualche tara anamnestica in punto di tubercolosi; però io credo che questo sia un dato troppo generico, di cui non è possibile apprezzare con precisione il valore; tanto più che molto difficilmente si trova una famiglia, anche senza manifestazioni patologiche, tra i cui ascendenti o collaterali non sia rintracciabile qualche nota tubercolare. Del resto, in nessuno degli autori, che hanno trattato questo argomento si trova cenno di questo rilievo; e neppure a me, personalmente, è occorso alcun caso di questo genere, anzi in tutte le mie osservazioni l'elemento tubercolare nulla aveva da vedere. Tuttavia considerando che in entrambe le ammalate del MODINOS, che avevano un vero edema di QUINCKE esistevano delle note di tubercolosi in atto, considerando che le infezioni sono uno dei momenti eziologici degli edemi, pur ricordando che in quelle donne l'edema compariva sotto lo stimolo diretto della mestruazione, si può convenire nel concetto del MODINOS modificato nel senso che la tubercolosi può agire sulla produzione dell'edema di QUINCKE quando essa esista non come eredità, ma come infezione in atto.

Però dai casi del MODINOS ed anche questa volta precisamente da quelli solamente che mi è risultato essere dei veri edemi di

(1) *Sull'edema angionevrotico o morbo di Quincke (Gazz. degli Ospedali, n. 149, 1902).*

QUINCKE, io ho rilevato un altro elemento importantissimo per lo studio dell'eziologia di quest'edema, a dire il vero, già avvertito anche dal BASSI (1): alludo alla funzione mestruale. Il BASSI vide l'edema colpire in una isterica tutta la metà destra del corpo, dalla testa ai piedi e comparire precisamente in corrispondenza delle ricorrenze mestruali. A sua volta il MODINOS riferisce che nell'una delle sue pazienti tubercolari l'edema passeggero delle mani e del seno compariva precisamente nel periodo pre-mestruale e scompariva al sopraggiungere della mestruazione: nell'altra ammalata, una scrofolosa nubile di 25 anni, constatò che dall'epoca della pubertà, cioè dai 16 anni, 2-3 giorni prima dal periodo catameniale le si presentavano qua e là per la superficie del corpo delle aree edematose, le quali poi emigravano in altre parti appena la gonfiezza cominciava a diminuire nel punto primitivamente attaccato. Questi fatti duravano una diecina di giorni, poi scomparivano per ricomparire di nuovo all'avvicinarsi dei mestruai successivi.

Ora, anch'io ho fatto un'osservazione di questo genere, nella mia paziente malarica, di cui ho riportata la storia al n. 7; quando non si voglia tener conto anche della mia seconda ammalata, in cui ho constatato che l'edema alla faccia compariva specialmente quando la mestruazione si compiva irregolarmente e che invece si manteneva, anche per anni, assente in coincidenza di lunghi periodi di mestruazioni regolari. Questo rilievo è, ripeto, singolarmente importante perchè ci trasporta dal campo delle infezioni propriamente dette a quello delle intossicazioni. Evidentemente in queste ammalate l'agente determinante l'edema è rappresentato da materiali tossici elaborati nelle ovaie, versati nel circolo e non sufficientemente eliminati o neutralizzati; si tratta in altre parole di reazioni vascolari da intossicazione ovarica.

Un altro fattore tossico è stato ritenuto capace di provocare l'edema del QUINCKE: l'alcool.

Io non ho esperienza personale specifica in proposito; ma non esito ad associarmi alle conclusioni dello ZILCCHI, del quale ho riferita già l'osservazione, e degli autori, che lo hanno preceduto in quest'ordine di idee, come il DRUMMOND e l'OPPENHEIM. Essi hanno ritenuto che l'alcool agisca per un doppio meccanismo: determinando cioè delle intossicazioni gastro-intestinali ed esal-

(1) BASSI, *Rivista medica di Scienze mediche*, 1885.

tando la sensibilità morbosa, cioè la predisposizione all'edema, come meglio vedremo in appresso.

Proseguendo nelle mie ricerche, io ho veduto qua e là citato nelle bibliografie dei vari autori il caso di MATHIEU (1) da ossido di carbonio e localizzato all'arto inferiore. — Io non so — anche perchè l'osservazione risale a molti anni addietro e quindi non diretta certo a formare la casistica dell'edema di QUINCKE, se veramente si sia trattato di una forma intermittente o piuttosto di una forma persistente, nel qual caso uscirebbe dal campo degli edemi che stiamo studiando. Tuttavia, per quello che noi sappiamo dell'azione dell'ossido di carbonio, nulla ripugna a credere che questo gaz, agendo sopra determinati organismi, particolarmente predisposti, possa essere capace di produrre edema angionevrotico intermittente.

Lo stesso può dirsi dei casi da trauma, come quello citato da STRÜBING, il quale vide prodursi gli edemi sotto l'azione di un piccolo trauma al piede in un giovane soggetto agli edemi e figlio di individui facili agli edemi; e dei casi da freddo, come quello del RIVA e del COURTOIS-SUFFIT, oppure da caldo come quello di JOSLEF. A questi ultimi casi però si può muovere appunto di non rispondere forse più in modo esatto al concetto dell'edema di QUINCKE, perchè essendo provocati da un agente esterno, che meccanicamente determina una paralisi vascolare localizzata, hanno bensì un carattere angionevrotico; ma non hanno l'altra impronta della intermittenza, direi, autoctona, spontanea, endogena, propria dell'edema di QUINCKE.

A meno che non si dia — per esempio — al trauma termico o fisico il significato di un agente predisponente angiopatico, che favorisce colla sua presenza immediatamente l'entrata in azione di una causa determinante preesistente allo stato latente. Comunque, pur restando nel campo strettamente dovuto all'edema di QUINCKE, noi siamo autorizzati a concludere che finora questo edema risulta essere stato secondario o a malaria, o ad influenza, od a tubercolosi, o ad intossicazioni intestinali, o ad intossicazione ovarica, o ad alcoolismo, ecc., cioè tanto ad infezioni febbrili, quando ad intossicazioni endogene ed esogene.

Io però, generalizzando maggiormente questi criteri, e risalendo ad un concetto sintetico, considerato che tutte le infezioni e tutte le intossicazioni di qualunque natura esse siano, inducono

(1) *De l'œdème necropatique* (Société médicale des Hôpitaux, luglio 1858).

nell'individuo affetto una alterazione della crasi sanguigna; cioè producono uno degli stati favorevoli alla produzione degli edemi, penso che tutte le infezioni e tutte le intossicazioni e non solamente quelle che finora noi conosciamo, siano virtualmente capaci di produrre l'edema di QUINCKE e che lo traducano realmente in atto quando esse colpiscono individui in qualche modo predisposti.

Tutte queste constatazioni forniscono, a mio giudizio, la prova diretta di quanto ho già prima affermato, che cioè in ogni caso di edema angionevrotico di QUINCKE la vera malattia non è l'edema, ma bensì l'infezione o l'intossicazione primaria. Che se sono stati osservati dei casi ritenuti primitivi, è presumibile che ciò sia stato dovuto semplicemente alla nostra ignoranza ed alla nostra incapacità di risalire alla vera causa primitiva — come ad esempio nel primo caso da me studiato.

Così il caso che CARDOSI (1) ha pubblicato sotto il nome di edema isterico, riguardante una donna, la quale dopo essere andata soggetta a vari attacchi isterici fu colta da crampi dei muscoli masticatori della durata di 2-3-4 ore, contemporaneamente ai quali comparivano edemi fugacissimi agli arti inferiori, va identificato con un caso di edema di QUINCKE, del quale si rese manifesto uno soltanto dei momenti eziologici: l'isterismo; e rimase invece ignoto l'altro momento, che provocava — insieme all'edema — anche i crampi dei masseteri. Quindi io escludo che esistano delle forme di edema angionevrotico di QUINCKE essenziali ed ammetto solo che esistano delle forme criptogenetiche, forme naturalmente destinate a scemar di numero fino a scomparire di mano in mano che cresceranno le nostre conoscenze in proposito.

* *

Io ho ripetutamente accennato nel corso di questa nota al fatto che oltre l'agente tossico-infettivo qualche altra circostanza deve intervenire nella produzione dell'edema, se esso compare solamente in pochissime di tutte le persone colpite per es. da influenza o da malaria o solo in pochissime di tutte le donne mestruali. E veramente — a cominciare dal QUINCKE — il quale vide prodursi l'edema ereditariamente, quasi tutti gli autori hanno fatto cenno nelle loro relazioni di speciali condizioni neuropatologiche dei pazienti osservati. MODINOS ha rilevato che una

(1) *Gazzetta degli Ospedali*, 1892.

delle sue pazienti era di carattere irascibile e nervoso, sofferente di crisi gastriche e di gastrosuccorrea, e che l'altra era sensibilissima alla pressione ovarica. ZILOCCHI ha trovato il suo caso in un alcoolista, figlio di alcoolisti, irascibile di carattere e solito a fare dei soliloqui ad alta voce per via.

CARDOSI ha fatto — come ho detto — la sua osservazione di edemi fugacissimi agli arti inferiori non dipendenti nè dai reni, nè dal cuore in donna soggetta a veri attacchi isterici, con sensibilità cutanea degli arti inferiori ridotta e con motilità abolita durante gli accessi. Una delle osservazioni di CAVAZZANI e MORETTI e precisamente quella da me soltanto ritenuta per un vero edema di QUINCKE, si è avuta in donna fortemente neurotica.

A mia volta, io ho constatato che nessuno dei miei pazienti era immune da tare nervose. La M. Rachele è una isteroide, sorella di una gravissima istero-epilettica: la F. Giannina è una neurotica con anestesia faringea, alla quale è sufficiente l'ingestione di una cartina di zucchero per troncare l'edema: la P. Orsola e la M. Rosa trovansi sotto l'azione dei gravi postumi nervosi della menopausa: l'S. Francesco confessa di essere uomo di temperamento eccitabile: la A. Rosa da molti anni va soggetta a disturbi di natura nervosa: l'F. Battista è ragazzo emotivo, affetto da enterite muco-membranosa: la paziente, infine, cui si riferisce la storia interessantissima n. 1, mostra delle lesioni nervose tali dare al suo caso quasi un valore sperimentale.

Nessun dubbio quindi che nella eziologia dell'edema di QUINCKE entri come elemento indispensabile oltre che la intossicazione anche una grave alterazione nervosa, sia essa di natura centrale o periferica, sia di natura anatomica o puramente funzionale.

È facile ora ricostruire il meccanismo con cui l'edema di QUINCKE si produce: un isterico od un epilettico oppure un individuo affetto da lesione anatomica di qualche tronco nervoso è virtualmente predisposto ad avere i vasi di una determinata regione del suo corpo paralizzati; quindi ad avere un edema. Non vi è però ancora sufficiente stimolo perchè l'edema si traduca in atto. Appena per un avvelenamento la crisi sanguigna si altera, questo secondo fattore si somma al precedente e l'edema si produce. Più tardi, quando o per eliminazione del principio tossico o per distruzione degli elementi infettanti o per altra ragione abbia a cessare l'azione paralizzante sui vasi o l'alterazione sanguigna, l'edema viene tosto riassorbito. E così vien data ragione dell'altro carattere dell'edema di QUINCKE: cioè dell'intermittenza.

A questo punto gli autori discutono se l'edema sia l'indice di una alterazione di origine centrale, oppure se si tratta di lesione di natura periferica. QUINCKE, MODINOS, CAVAZZANI, MORETTI ed altri pensano che la patogenesi di quest'edema debba essere cercata nella innervazione dei piccoli vasi della regione affetta; ed a conforto di questa tesi militano soprattutto i casi secondari ad azioni fisiche esterne. Se non che a questa argomentazione è possibile osservare che la vulnerabilità maggiore dei nervi periferici o dei vaso-motori è, a sua volta, l'esponente della maggiore vulnerabilità di tutto quanto il sistema nervoso; cioè anche — e soprattutto — del sistema nervoso centrale. Così che, quando RIEHL e, fra noi, lo ZILCCHI affermano che « maggior quantità di fatti depongono per l'origine centrale dello stimolo », considerando che molte volte l'edema è simmetrico, che molte volte è accompagnato da vomito, ecc., a me sembra ch'essi abbiano perfettamente ragione. Anche a questi si può — a rigore — obiettare che la simmetria di sede dell'edema, o la sua disposizione unilaterale potrebbero essere ugualmente spiegate, senza ricorrere all'idea di una lesione centrale, pensando ad una coincidenza fortuita, dal momento che nella pluralità dei casi tale simmetria o tale unilateralià non si osserva; ed il vomito che talora accompagna l'edema, può essere interpretato come un'interessamento edematoso della mucosa gastrica; allo stesso modo che CAVAZZANI ritenne le emottisi di un suo paziente, in cui sospettava una forma di QUINCKE, come l'indice di un disordine circolatorio polmonare: ma osservando come questi edemi colpiscono quasi esclusivamente persone o isteriche, o nevrasteniche, o alcoolizzate; e come queste siano talvolta guarite per esclusivo effetto della suggestione, non si può non ammettere che gli squilibrii del sistema nervoso centrale abbiano nella maggior parte degli edemi di QUINCKE, una parte, se non esclusiva, certo preponderante.

Con tutto ciò non è possibile negare neppure, ritornando alle idee di QUINCKE, di CAVAZZANI, di MORETTI, di MODINOS, ecc. il valore delle lesioni puramente periferiche in quanto che, quando altri elementi di prova non esistessero basta a provarlo, il caso da me riportato in testa alla mia casistica, in cui l'edema fu provocato e successivamente sostenuto esclusivamente da una lesione anatomica del plesso brachiale ed ha — ripeto — un valore quasi sperimentale.

Quindi, tenute presenti tutte le circostanze, in cui gli edemi, intermittenti si sono prodotti, noi dobbiamo concludere che i

disturbi funzionali centrali hanno una parte eziologica preponderante; che però non vanno escluse da questa eziologia le nevrosi dei piccoli vasi tanto se dipendenti da un disturbo centrale, quanto anche se primitive e di natura puramente locale.

Quando si interpreti così il significato ed il valore dell'edema, diventa facile stabilirne anche l'indirizzo curativo. L'edema di QUINCKE essendo insieme l'esponente di uno stato patologico nervoso e di una infezione od intossicazione, deve essere curato agendo contemporaneamente sopra questi due fattori. Al primo scopo a me hanno risposto bene tanto la suggestione (v. n. 3), quanto i nervini (v. tutti gli altri ammalati). Debbono però, in caso di insuccesso di questi, esser tentati tutti gli altri sussidi dell'arsenale neuroterapeutico, dalle cure fisiatriche fino all'ipnotismo.

Al secondo oggetto conducono i singoli rimedi specifici di ogni singola affezione. Più difficile è la direzione del medico nei casi criptogenetici. Bisognerà in queste occorrenze tentare le cure proprie di ciascuna infezione, che via via con maggiore probabilità e per via di esclusione, possa venir supposta come la causa dell'edema; ricordando, specialmente nei luoghi malarici, che il paludismo è malattia più proteiforme ancora che la sifilide, capace di provocare le sindromi più strane e responsabile di molte eziologie oscure.

Quando però nessuno di questi rimedi abbia portato vantaggio, conviene almeno ricorrere ai rimedi vasocostrittori; tentare almeno la cura sintomatica: da questo punto di vista possono giovare l'ergotina, l'adrenalina, ecc. Io ho dovuto limitarmi a questa cura nel mio primo caso ed ho usata l'ergotina. Il risultato però è stato quasi assolutamente nullo; come del resto la natura stessa della lesione poteva lasciar prevedere.

Quale sia la prognosi della malattia lo si può facilmente desumere dalle condizioni più sopra esposte. Essendo questa legata a condizioni instabili di equilibrio nervoso, per loro natura continuative e persistenti, è quasi impossibile ad un ammalato di edema di QUINCKE, di togliere la predisposizione. Chi è stato una volta ammalato di edema angionevrotico facilmente può ricadere a scadenza più o meno lunga nella stessa malattia; allo stesso modo che facilmente recidiva l'orticaria negli individui, che ad essa vanno soggetti. È possibile invece quando si sia giunti ad accertare l'agente, per così dire, specifico e determinante per ciascun ammalato, evitare la malattia, evitando l'infezione. È chiaro che se l'edema consegue, per es., a disturbi intestinali od all'ingestione di speciali alimenti, nè è facile la proflassi, sopprimendo

i disordini dietetici oppure l'uso dei cibi verso i quali l'individuo ha dimostrata speciale idiosincrasia.

Per lo più la malattia non ha conseguenze più gravi del disturbo o dei dolori legati alla gonfiezza; però non è esclusa la possibilità anche di esiti gravi, specialmente quando l'edema colpisca gli organi interni. È appena il caso di accennare alla possibilità di morte quando l'edema colpisca la laringe od il polmone: è appunto in questi casi che la diagnosi sollecita e la esatta conoscenza della eziologia possono salvare l'ammalato.

Conclusioni: 1.° L'edema di QUINCKE non è una malattia, ma il segno soltanto di una malattia, che appare in speciali e determinate condizioni; perciò esso non è mai una forma essenziale. L'edema di QUINCKE è sempre un fenomeno vasomotorio secondario a due concause ugualmente necessarie: una condizione di equilibrio instabile del sistema nervoso, predisponente; ed una intossicazione ed una infezione generalizzata determinante.

2.° L'edema di QUINCKE colpisce nella proporzione di 2 ad 1 più le donne che gli uomini.

3.° Lo squilibrio nervoso può interessare tanto il sistema nervoso centrale quanto il sistema nervoso periferico.

4.° Tanto la prognosi, quanto la cura variano a seconda della natura dell'agente infettivo, della possibilità di accertare questo agente e della parte colpita dall'edema.

Fontanella, ottobre 1911.

34002





