

### Ein Fall von Gicht bei einem vierjährigen Kinde.

Von Dr. Manfred Fraenkel in Berlin.

Am 14. Februar 1906 brachte die Bahnassistentenfrau P. ihr vierjähriges Kind zwecks Untersuchung in meine Poliklinik.

Die Mutter, eine magere, anämische Frau mit leichter linksseitiger Spitzenaffektion, war seit dem 5. Februar 1906 in meiner Behandlung. Sie hat zweimal abortiert; ein Mädchen von  $5\frac{1}{2}$  Jahren ist hereditär belastet. Drüsenschwellungen, Affectio pulmon. (?). Vater angeblich gesund.

Bei dem kleinen Knaben beobachtete die Mutter seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahren fast regelmäßig monatlich sich wiederholende, in der letzten Zeit gehäufte Schmerzanfälle, die immer stärker wurden, sich besonders nachts einzustellen pflegten, um nach einigen Tagen (drei bis vier) sich ganz zu verlieren. Irgend eine greifbare Ursache für die Klagen des Kindes über Schmerzen in den ganzen Gliedern, besonders in den Füßen, war bisher nicht vorhanden. Man nahm zuerst Rheumatismus an; einen auch noch so geringen Fieberanstieg, irgend eine Schwellung etc. konnte man bislang jedoch nach Angaben der Mutter nicht beobachten. Die Mutter hatte, wie das bei einfacheren Leuten Usus — auf Anraten der Nachbarin einen Kurpfuscher zurate gezogen. Er gab scheinbar auf gut Glück ein Tränklein und riet heiße Bäder an. Zu einer genaueren Angabe seiner Diagnose war er jedoch nicht zu bewegen. Nach dieser Kur soll eine zweimonatige Pause in den Anfällen eingetreten sein, bis sich seit etwa acht Wochen die Klagen

des Kindes über Schmerzen, die es immer genau an den rechten Fuß lokalisierte, wieder einstellten.

Die Untersuchung am 14. Februar, etwa zehn Tage nach einem Anfall, ergab: Blasser, zarter Knabe, in mäßig gutem Ernährungszustande. Halsdrüsen. Geringe Blepharitis scrophulosa. Pulmones anscheinend normal. Herztöne etwas paukend, ein leichtes, hauchendes, systolisches Geräusch an der Spitze. Puls 100, voll, kräftig, zeitweilig, nach etwa 10–15 Schlägen, kann man ein kurzes Aussetzen beobachten. Leib leicht aufgetrieben. Stuhlgang angeblich oft verhalten, oft drei bis vier Tage ohne Entleerung. An den Fingern und Armgelenken keinerlei Abnormitäten, kein Bewegungshindernis, keine Druckempfindlichkeit. Der gleiche negative Befund an den Füßen und Beinen.

Auf Befragen zeigt das Kind besonders die rechte große und zweite Zehe als im Anfall schmerzhaft an. Heute ist die Beweglichkeit in beiden Zehen jedoch nicht schmerzhaft, nicht behindert. Einem geringen Knarren und dem Befund einer leichten Verdickung an dem ersten Phalangealgelenk und der rechten großen Zehe legte ich zuerst keine Bedeutung bei.

Ich wies die Mutter an, sofort am Morgen nach einem Anfall zur Untersuchung zu kommen, regelte inzwischen mittels Diät etc. den Stuhlgang.

Am 19. Februar stark geschwollene rechte große Zehe im Metatarso-Phalangealgelenk, desgleichen Schwellung an der zweiten Zehe. Haut leicht gerötet, keine typische Spannung. Sehr starke Druckempfindlichkeit daselbst. Bei leichtem Bewegungsversuch heftige Schmerzäußerung. Röntgographisch gelang mir die Fixierung irgend einer Auftreibung nicht, obwohl ich den Knaben sofort in meiner Wohnung röntgographierte. Am Tage darauf Schwellung geringer, desgleichen die Schmerzhaftigkeit. Man fühlte jetzt deutlich am Rande der Phalanxbasis, nach der Fußsohle zu rechts, zwei bis erbsengroße Erhabenheiten, ähnlich der Sesambeine, aber etwas oberhalb und außen von dem Gelenk, die sich leicht verschieben lassen und druckschmerzhaft sind. An der zweiten Zehe besteht nur noch leichte Druckempfindlichkeit; irgend eine besondere Auftreibung ist hier nicht zu konstatieren. Die allgemeinen Schmerzen in allen Gliedern sind am dritten Tage fast ganz geschwunden, nur glaubte das recht verständige Kind bei Bewegungen auch leichte Schmerzen in der linken großen Zehe zu verspüren. Leichte Temperaturerhöhungen bestanden am ersten und zweiten Tage. Urin ohne Befund, spezifisches Gewicht 1025, starkes Sediment. Nach Analyse der Apotheke: oxalsaurer Kalk in großen Mengen, desgleichen harnsaure Salze. Ich hatte sofort die nach einem neuen Verfahren hergestellten sogenannten Arthrosantabletten No. I neben der entsprechenden Diät gegeben. Dieselben stellen eine neue Art von getrennt zu verabreichendem Formaldehyd und zitronensaurem Natron dar. Ich gab anfangs dreimal täglich zwei Tabletten zwei Tage lang, nachdem die Schwellung und die Schmerzhaftigkeit fast ganz geschwunden, der kleine Patient das Bett verlassen und seine ersten Gehversuche wieder machen konnte, empfahl ich eine dreiwöchige Arthrosankur, dreimal täglich eine Tablette (neben einer leichten Diät), die ich in Intervallen von drei Monaten noch einmal wiederholte.

Ich sah den Patienten alle acht bis zehn Tage und konnte das langsame Verschwinden der Erhabenheit wie der übrigen Symptome beobachten. Am 26. März hatte er einen zwei Tage anhaltenden leichten Anfall in der großen rechten Zehe. Seither, also seit etwa einem halben Jahre, sind die gesamten Erscheinungen geschwunden. Nirgends druckschmerzhaft Stellen an der großen Zehe. —

Es ist außer allem Zweifel, daß es sich hier um einen typischen Gichtanfall gehandelt hat. Der Fall dürfte um so größeres Interesse haben, als er, nach Durchsicht der Literatur über Gicht im Kindesalter, wohl der jüngste beobachtete sein dürfte.

In der Deutschen Klinik, Artikel „Gicht“ von Ebstein, finde ich gar keinen Hinweis der Beobachtung von Gicht bei Kindern. Eichhorst berichtet über je einen Fall, der von Trousseau bei einem siebenjährigen Kinde und von Gairdner bei einem zwölfjährigen Mädchen beobachtet wurde. In der von Minkowski umfassend behandelten Monographie über Gicht (Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie) finden sich aus der gesamten Literatur: eine Beobachtung von Schenck bei einem siebenjährigen Kinde, drei Fälle von Debout, bei 10-, 12-, 13-jährigen Kindern, eine Beobachtung von Rosenstein bei einem zehnjährigen Kinde, eine Beobachtung von Lecorché bei einem elfjährigen Kinde, ferner je ein Fall von Garrod und Ebstein bei achtjährigen Kindern. Im ganzen also acht Fälle. In keinem dieser Fälle handelte es sich jedoch um ein Kind von vier Jahren, bei dem die ersten Anfälle sogar noch etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahre zurücklagen, also angeblich mit  $2\frac{1}{2}$  Jahren zum ersten Male einsetzten.

Ob nun die Gichtanfälle bei Kindern wirklich so selten sind, wie es nach dieser spärlichen Literatur scheint, vermag ich nicht zu sagen. Ich glaube, daß man bei solchen in bestimmten zeitlichen

Intervallen sich wiederholenden Anfällen zum mindesten an die Möglichkeit einer Gichtattacke denken soll, und wenn es auch nur geschieht, um differentialdiagnostisch die Gicht auszuschließen. Stets soll man aber den Hauptwert darauf legen, das Kind sofort im Anfall oder wenigstens Stunden nach demselben zu sehen. Es wird da dem geübten Blick manches auffallen, was dem Mutterauge doch entgeht.