

Zwei Fälle von spontaner Extremitätengangrän im Kindesalter.

Von

Dr. H. Frenkel.

(Aus dem Anne-Marie-Kinderkrankenhaus in Lodz.)

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 11. April 1921.)

Die spontane Extremitätengangrän im Kindesalter ist ein sehr seltenes Leiden; bis zum Jahre 1914 hat Khautz nur 50 einschlägige Fälle zusammenstellen können und in der späteren, mir zugängigen pädiatrischen Literatur habe ich keine einzige diesbezügliche Beobachtung gefunden. Als Ursache des Brandes in den erwähnten 50 Fällen erwähnen die Autoren meistens Infektionskrankheiten, und zwar: Masern, Scharlach, Diphtherie, Typhus abd., Typhus exanth., Pneumonie, Enteritis, Angina, Nabelsepsis, Lues. Einmal bestand schwere Chlorose, 4 mal entsprach die Gangrän dem klinischen Bilde des Morbus Raynaud. Bei Erwachsenen scheint die Extremitätengangrän als Komplikation im Verlaufe von Infektionskrankheiten öfter vorzukommen; als Ursache wird von den Autoren u. a. auch Grippe und Tuberkulose angegeben. Was die Lokalisation anbelangt, so werden die unteren Extremitäten am häufigsten betroffen; symmetrisches Auftreten ist nicht selten. In dem von Zellenberg im Jahre 1915 beschriebenen Falle, trat bei einem 43 jährigen Kranken im Endstadium der Tuberkulose symmetrische Gangrän des Gesichtes auf. In einem anderen, von Schütt im Jahre 1920 beobachteten Falle, trat die Gangrän im Verlaufe einer akuten Miliartuberkulose und käsigen Pneumonie nicht symmetrisch in den Zehen des rechten Fußes auf. Diese Beobachtung betraf ebenfalls eine erwachsene Person; im Kindesalter ist Tuberkulose als Ursache der Spontangangrän bisher nicht angegeben worden.

Desto merkwürdiger ist die Tatsache, daß ich die Gelegenheit hatte, im Anne-Marie Kinderkrankenhaus fast gleichzeitig 2 Fälle von Extremitätengangrän im Verlaufe von Tuberkulose zu beobachten.

Der erste Fall betraf ein 2 jähriges Mädchen (M. R. 14 410), das wegen Ödem und Cyanose der unteren Extremitäten am 21. VI. 1916 aufgenommen wurde; diese Symptome traten ganz plötzlich vor 3 Tagen auf und verschlimmerten sich seitdem. Das Kind hustet seit längerer Zeit; die Mutter der Pat. ist an Tuberkulose gestorben.

Der Allgemeinzustand des Kindes bei der Aufnahme ist sehr gut, Temperatur 38°, Ernährungszustand schlecht. Die unteren Extremitäten sind leicht geschwollen und von bläulichschwarzer Farbe; diese Verfärbung tritt am deutlichsten in den Zehen und Nägeln auf, die den Eindruck machen, als ob sie mit Tinte übergossen wären; je weiter von den Zehen, desto heller ist die Farbe und geht in die normale Hautfarbe ungefähr in der Mitte des Fußrückens über; eine Demarkationslinie fehlt. Die Cyanose und Schwellung treten beiderseits symmetrisch auf, doch ist der linke Fuß etwas stärker betroffen, da die linke Ferse ebenfalls mit einbegriffen ist. Im Bereiche der erkrankten Partien sind zahlreiche Hämorrhagien von Nadelkopfgroße sichtbar; beide Füße fühlen sich warm an und sind nicht schmerzhaft; Sensibilität und Bewegungen erhalten.



Abb. 1.

Im übrigen wurden bei dem Kinde multiple Lymphdrüsen-schwellungen (in der linken Leistenbeuge ein walnußgroßes Drüsenpaket), fortgeschrittene tuberkulöse Lungenveränderungen und hämorrhagische Nephritis festgestellt.

Blutbefund (sowohl bakteriologischer wie morphologischer) und die zweimal angestellte Pirquetsche Reaktion negativ. Im Laufe der folgenden Tage verschlimmerte sich — bei trotz einer Temperatur bis 40,5° unverändert gutem Allgemeinzustand — der Lokalbefund an den Extremitäten:

25. VI. Füße fühlen sich kalt an, Demarkationslinie deutlich (operativer Eingriff seitens der Angehörigen verweigert).

29. VI. — idem (vgl. Abb. 1).

3. VII. Im Bereiche des Brandes ist Sensibilität vollständig aufgehoben, die Haut ist hart, scheint von der Konsistenz des Horngewebes zu sein.

Gleichzeitig trat eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes und des Lungenbefundes ein; Exitus am 28. VII.

2 Wochen vor dem Tode des Kindes wurde eine beiderseitige Humerusfraktur festgestellt, die wir uns damals nicht erklären konnten und die bis heute ein Rätsel geblieben ist. Entweder handelte es sich um eine gewöhnliche, noch zu Hause bei der mangelhaften Pflege zustande gekommene Fraktur, die bei der Aufnahme des Status nicht bemerkt wurde, oder — um einen, auf unserer Abteilung infolge einer abnormen Knochenbrüchigkeit spontan entstandenen Bruch; allerdings ist mir von einem Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Knochenbrüchigkeit nichts bekannt. Was den Sektionsbefund in meinem Falle anbetrifft, so wurde leider bei der im städtischen Prosektorium sehr genau ausgeführten Untersuchung die Gangrän nicht berücksichtigt und der Sitz des Thrombus nicht erforscht. Die Diagnose der Tuberkulose wurde bestätigt, die frakturierten Humerusenden fand man bindegewebig locker verwachsen.

Unser zweiter Fall betraf einen 5jährigen Knaben, der am 13. IX. 1916, d. h. wenige Wochen nach dem Tode des ersten Kindes, aufgenommen wurde. Diesmal handelte es sich nur um eine einseitige, d. h. nicht symmetrische, Erkrankung, bei einem ebenfalls schwer tuberkulösen Kinde. Vor 6 Monaten Keuchhusten, vor 3 Monaten Masern und Pneumonie, seitdem fiebert das Kind, hustet und nimmt ab. Vor 10 Tagen wurde die linke untere Extremität plötzlich blau, nachher schwarz.

Bei der Aufnahme wurde schwerer Allgemeinzustand, ausgebreitete Lungentuberkulose und fortgeschrittene Gangrän des linken Beines (Abb. 2) festgestellt. Die Schwellung und cyanotische Verfärbung reicht fast bis zur Hälfte der Wade; die Haut darüber ulceriert, die Epidermis löst sich an vielen Stellen ab. Zahlreiche punktförmige Hämorrhagien. Demarkationslinie im unteren Drittel der Wade. Die Zehenspitzen fast schwarz, trocken und hart, hornähnlich. Die Sen-

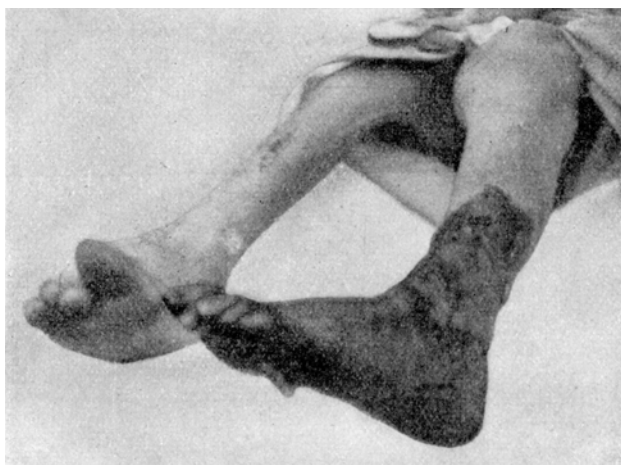


Abb. 2.

sibilität fehlt im Bereiche des Brandes. Punktförmige Hämorrhagien wurden ebenfalls auf der rechten Ohrmuschel längs eines Gefäßes und hinter der Ohrmuschel festgestellt.

Der Verlauf dieses Falles war ein sehr rascher, denn schon am 19. IX. trat der Tod ein.

Bei der postmortalen Untersuchung wurde neben ausgedehnten tuberkulösen Veränderungen in der Lunge und in der Pleura ein Thrombus in der linken Art. poplitea dicht an der Verzweigung festgestellt; die mikroskopische Untersuchung der Gefäßwand ergab entzündliche Veränderungen, die dem Bilde einer toxischen Arteriitis entsprachen. Wir dürfen wohl auch in dem ersten Falle durch Analogie das Bestehen einer toxischen resp. infektiösen Arteriitis annehmen und aus unseren beiden Fällen den Schluß ziehen, daß die Spontangangrän im Kindesalter nicht nur durch die eingangs erwähnten Infektionen, sondern — ebenso wie bei Erwachsenen — auch durch Tuberkulose hervorgerufen werden kann. Daß hierbei auch für Kinder dasselbe gilt, was v. Zellenberg für Erwachsene annimmt, und zwar, daß neben dem ätiologischen Momente der tuberkulösen Infektion noch ein anderer, uns unbekannter Faktor bei der Genese der Gangrän im Spiel

sein muß, — scheint sehr wahrscheinlich, denn sonst wäre es kaum zu erklären, warum bei einer so häufigen Erkrankung wie der Tuberkulose diese Komplikation so selten entstehen würde.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ Khautz, A. v., Spontane Extremitätengangrän im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. **11**, Heft 1. 1914. — ²⁾ Schütt, W., Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Thrombose. Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 45, S. 1292. — ³⁾ Zellenberg, H. Zeller v., Über einen Fall beginnender symmetrischer Hautgangrän im Endstadium ausgebreiteter Tuberkulose. Wien. klin. Wochenschr. 1915, Nr. 32, S. 860.

Lodz, Aleje Kosciuszki 36.
