KASUISTISCHE MITTEILUNG.

AKUTE BLEIINTOXIKATION BEI EINEM SÄUGLING.

Von

Dr. ERNST LORENZ,

Assistent der Universitäts-Kinderklinik in Kiel (Direktor: Prof. Dr. ROMINGER).

In dem letzten Jahrzehnte sind Bleivergiftungen bei Kindern zu einer Seltenheit geworden. Das hat zum großen Teil seinen Grund in der schärferen Überwachung der den Kindern in die Hände gegebenen Spielsachen; so sind ja die früher weitverbreiteten Bleisoldaten, die öfter Ursache zu mehr oder weniger schweren Vergiftungen gegeben haben, ganz aus dem Handel verschwunden. Die beim Erwachsenen häufigste Vergiftungsursache, das Arbeiten in gesundheitsschädlichen gewerblichen Betrieben, fällt beim Kinde dank der strengen Bestimmungen zum Schutze der jugendlichen Arbeiter völlig weg. Trotz der genannten Vorsichtsmaßnahmen kommen aber immer noch hin und wieder Bleivergiftungen bei Kindern vor. So beschrieb vor einigen Jahren STRONG einen Fall von schwerer Bleiintoxikation bei einem 19 Monate alten Kinde, die dadurch zustande gekommen war, daß dieses den bleihaltigen Anstrich seines Bettes abgenagt und verschluckt hatte.

JIZUKA fand bei seinen Untersuchungen über die Ätiologie der in Kyoto gehäuft aufgetretenen Meningitis durch Bleiintoxikation in 100% aller Fälle bleihaltigen Gesichtspuder der Mütter als Ursache.

Die meisten Autoren betonen die besondere Verlaufsart der Bleiintoxikation beim Kinde im Gegensatz zum Erwachsenen. Die einzelnen klassischen Symptome der akuten wie der chronischen Vergiftung sind viel weniger ausgeprägt, und oft führt nur eine eingehende Anamnese zur richtigen Diagnosenstellung. Es soll im folgenden kurz über einen Säugling berichtet werden, der durch Einverleibung bleihaltigen Spielzeugs erkrankte.

Am 18. 5. d. J. wurde das 5 Monate alte Mädchen Waltraut D. vom Arzte der Kinderklinik überwiesen. Die Anamnese ergab den folgenden Sachverhalt. Das bis zum 16. d. M. völlig gesunde Kind verschluckte am Mittag dieses Tages eine Anzahl von Kügelchen

aus seiner Klapperbüchse. Diese Büchsen sind für gewöhnlich mit kleinen Steinchen gefüllt, in diesem Falle waren aber die Kügelchen, wie eine Untersuchung derselben ergab, aus reinem Blei, sie hatten Schrotkorngröße und waren nach Annäherung der Celluloidhülle aus dieser herausgefallen. Im Bette des Kindes fand sich eine Anzahl dieser Kugeln, nach Angabe der Mutter 20 bis 30 Stück. Am Nachmittag desselben Tages zeigte das Kind noch keine krankhaften Veränderungen. Nachts trat aber starke Unruhe auf und heftiges Schreien. Am nächsten Morgen schleimige, dünnflüssige Entleerungen von gelber bis grünlicher Farbe. In einem dieser Stühle, etwa 24 Stunden nach der Einführung, fand die Mutter 8 der genannten Bleikugeln. Da sich die Stühle nicht besserten und die Mutter den Verdacht hatte, das Kind könnte noch mehr Kugeln verschluckt haben, suchte sie ärztliche Hilfe auf.

Die klinische Untersuchung des sehr gut entwickelten Kindes ergibt keine wesentlichen pathologischen Veränderungen, bis auf eine mäßige Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomens. Das Allgemeinbefinden und der Appetit sind aber immerhin beeinträchtigt. Die Stühle sind vermehrt, von dünnbreiiger Konsistenz und stark schleimig. Kein Erbrechen. Temperatur zwischen 37° und 38°.

Röntgenologisch konnten weder bei der Durchleuchtung noch auf der photographischen Platte Bleikugeln im Verdauungskanal nachgewiesen werden. Auch mit dem Stuhl gingen während der klinischen Beobachtung keine solchen mehr ab. 3 Tage nach der Aufnahme in die Klinik verschwand das Fieber, und die Stühle wurden von normaler Beschaffenheit. Appetit und Allgemeinzustand bedeutend gebessert. Da auch sonst keinerlei Zeichen mehr bestanden, die auf eine Bleivergiftung hinwiesen, wurde das Kind nach 6 Tagen nach Hause entlassen.

In dem beschriebenen Falle beschränkten sich also die durch das Blei hervorgerufenen Vergiftungserscheinungen auf die Zeichen einer akuten Dyspepsie. Wenn diese, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, auch nur leichter Natur waren, so muß im allgemeinen doch darauf hingewiesen werden, daß es unzweckmäßig ist, Klapperbüchsen und ähnliches Spielzeug mit Bleikugeln zu füllen, besonders, da es der Beobachtung der Pflegepersonen leicht entgehen kann, wenn solche verschluckt werden.

PRAKTISCHE ERGEBNISSE.

ÜBER TRICUSPIDALSTENOSE*.

Ein Bericht über 30 autoptisch sichergestellte Fälle.

Von

Dr. WILHELM DRESSLER und Dr. ROBERT FISCHER.

Aus dem Spital des Vereines „Herzstation“ in Wien
(Leiter: Prof. Dr. HANS HORST MEYER und Prof. Dr. EMIL ZAK).

Unsere Anschauungen über Tricuspidalstenose (Tr.St.), wie sie durch das Studium der gangbaren Lehrbücher für innere Medizin und für Herzkrankheiten geformt werden, sind entweder das Produkt rein theoretischer Konstruktionen oder sie beruhen auf der aus der Literatur gewonnenen Kenntnis eines, vielleicht auch einiger weniger Fälle, deren Befunde mitunter etwas willkürlich verallgemeinert werden. Wohl gab es einige Autoren (DUROSIEZ, HERRICK, TÜRK, HENSCHEN), welche über eine ausgezeichnete Kenntnis dieses Klappenfehlers verfügten, doch haben ihre in der Literatur niedergelegten Erfahrungen kaum Eingang in die Lehrbücher gefunden. So kommt es, daß z. B. STRÜMPPELL in seinem Lehrbuch die folgenden Sätze über die Tr.St. niederschreibt: „Die Stenose des Tricuspidalostiums ist eine ungemein seltene Erkrankung und daher ohne praktische Bedeutung. Man hat sie bisher meist als angeborenen Herzfehler beobachtet, fast stets vereinigt mit anderen Entwicklungsanomalien des Herzens. Die physikalischen Zeichen der Tr.St. kann man sich leicht theoretisch konstruieren. Ihre nächste Folge muß eine starke Dilatation des rechten Vorhofes und das Auftreten eines diastolischen bzw. präsysstolischen Geräusches über dem rechten Herzen sein. Bei der Seltenheit

und Kompliziertheit der Fälle hat man aber bisher erst selten Gelegenheit gehabt, diese Voraussetzung am Krankenbett zu bestätigen. Die Prognose dieses Herzfehlers ist eine sehr ungünstige, da eine langdauernde Kompensation desselben durch Mehrarbeit des rechten Vorhofes kaum denkbar ist“. — Wir haben diesen Abschnitt aus dem Strümpellschen Lehrbuch so ausführlich zitiert, weil wir in den Lehrbüchern nicht nur für innere Medizin, sondern auch in den Spezialwerken für Herzkrankheiten eine ähnliche dürftige Darstellung und Auffassung der Tr.St. wiederfinden. Aus unseren folgenden Mitteilungen wird hervorgehen, daß kaum ein Satz dieses Kapitels zu Recht bestehen kann, wenn man die darin niedergelegten Anschauungen den Erfahrungen gegenüberstellt, welche aus dem Studium einer größeren Anzahl von Tr.St.-Fällen gewonnen wurden.

Wir haben zur Grundlage unserer Untersuchungen über diesen Klappenfehler ausschließlich autoptisch bestätigte Fälle gewählt, 30 an der Zahl, die wir im Spital der „Herzstation“ in den Jahren 1922—1929 beobachtet haben. Die Autopsien wurden bis auf 2 Fälle im pathologischen Institut des Herrn Prof. Dr. CARL STERNBERG in der allgemeinen Poliklinik durchgeführt. Im folgenden wollen wir zunächst kurz über die Krankengeschichten dieser von uns beobachteten Fälle berichten.

Fall 1: W. K., ♀, 36 Jahre alt, Näherin. Mit 12 Jahren Gelenkrh. Seit damals Herzbeschwerden, seit 2 Jahren Dekompensations-symptome, Anschwellung der Beine, Ascites, dauernde Leberschwellung. Objektiv: Beträchtliche Cyanose, Halsvenen stark gestaut, wenig pulsierend. Über der Tr. ein systolisch-diastolisches Geräusch hörbar, aber auch über den anderen Ostien. P₂ nicht akzentuiert. Arrhythmia perp. Positiver Leberpuls. Am 25. I. 1922

* Auszugsweise vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft für Innere Medizin in Wien am 16. Mai 1929.