XVIII.

Wissenschaftliche Rundschau.

1.

Ueber das Verhalten der Paukenhöhle beim Fötus und beim Neugeborenen

von

Dr. H. Wendt (Leipzig).

Arch. d. Heilkunde Bd. XIV. S. 97—124.

W. sucht die Ursache der grossen Häufigkeit, in der man Erkrankungen des Mittelohres im frühesten Kindesalter*) findet, einmal in der Beschaffenheit des von den verschiedenen Beobachtern benutzten Materials (Pflegekinder, Findelkinder), resp. in den meist gleichzeitig vorhandenen, wichtigen, allgemeinen und localen Krankheiten, und ferner in gewissen Schädlichkeiten, wie sie das Mittelohr namentlich häufig während der Geburt treffen. (Eindringen von Fruchtwasser mit Vernix caseosa und Meconium.)

Aus den Sectionsbefunden an 36 Gehörorganen Neugeborener resp. Fötus zieht W. folgende Schlüsse:

Beim apnoischen Fötus ist die Paukenhöhle durch ihre gallertartig geschwellte Schleimhaut (subepitheliale Schicht) ausgefüllt. Der Schwund dieses fötalen Polsters in der Paukenhöhle erfolgt nicht durch regressive Metamorphose oder Zerfall, sondern durch Umwandlung des gallertigen Gewebes in fasrige Binde substanz unter Verminderung der intercellularen Flüssigkeit. Diese definitive Umbildung vollzieht sich ziemlich rasch in den ersten Lebenstagen unter dem Eintritt der Respiration. Die Bildung des Lumens findet hierbei zunächst in rein mechanischer Weise statt „durch das jeweilig den kindlichen Körper umgebende Medium, welchem unter einem von der Thoraxaspiration abhängigen Ueberdrucke durch die gleichzeitig mit der Inspiration eintretende Dilatation der knorpeligen Tuba der

*) v. Tröltsch's Beobachtungen über exsudativen Ohrkatarrh beschränken sich übrigens nicht nur auf das „früheste Kindesalter“, sondern reichen bis zum Ende des ersten Lebensjahres; ebenso beobachtete Wreden die „Otitis neonatorum“ (!) noch an einem 14 monatlichen Kinde, das man in Deutschland wenigstens nicht mehr zu den Neugeborenen rechnen würde.

Zutritt zum knöchernen Mittelohr eröffnet wird.“ „Bei sämtlichen Kindern, welche einige Zeit nach der Geburt gelebt hatten, war das Lumen der Paukenhöhle völlig ausgebildet und mit Luft erfüllt; daneben fand sich meist Flüssigkeit, mit Wahrscheinlichkeit als Rest von aspirirtem Amnionwasser oder mütterlichem Schleim zu betrachten. Die Fährlichkeiten der Geburt sind hier als Ursachen ebensowohl des frühen Todes (Circulationsstörungen, Atelektase), wie des Eindringens dieser Massen anzuklagen.“

Vorzeitige Athembewegungen des Fötus sind im Stande, Erkrankungen des Mittelohres schon innerhalb des Uterus, wie nach erfolgter Geburt herbeizuführen, indem hierbei reizende Substanzen (Vernix caseosa und Meconium) aspirirt werden aus dem umgebenden Medium, und zwar einerseits in das Ohr direct, andererseits in die Bronchialverzweigungen. Auf letztere Weise entstanden häufig Atelektase und entzündliche Lungenprocesse, welche ihrerseits wieder Erkrankungen des Mittelohres zu vermitteln geeignet sind.

In forensischer Beziehung hält W. die Untersuchung der Paukenhöhlen für geeignet, an dem von der übrigen Leiche getrennten isolirt angefundnen Kopf eines Fötus oder Neugeborenen innerhalb gewisser Schranken die Lungenprobe zu ersetzen.

1) Wo bei einem reifen Fötus oder Neugeborenen das Schleimhautpolster der Paukenhöhle noch völlig ausgebildet angetroffen wird, hat eine energische Athmung, intrauterin oder post partum, nicht stattgefunden (und umgekehrt).

2) Das Medium, welches in der Paukenhöhle eines Fötus oder Neugeborenen angetroffen wird (Luft, Fruchtwasser, Geburtsschleim, Abtrittsjauche etc.) hat sich vor dessen Athmungsöffnungen während kräftiger Inspiration befunden.

Sch w a r t z e.

2.

Einführung des Katheters vom Munde aus

von

Pomeroy in New-York.

The Medical Record 1. Juli 1873.

Verf. nimmt an, dass der Ohrkatheter vom Munde aus leichter, schneller und mit weniger Gewaltthätigkeit einzuführen sei, als durch die Nase; zudem brauche auf diese Weise der Katheter gewöhnlich nicht zweimal eingebracht zu werden, indem man nur den Schnabel von der einen Seite des Rachens zur anderen zu drehen habe. Der Hartgummi-Katheter, der von ihm zu dieser Operation benutzt wird, hat einen im Winkel von 70—75° abgebogenen Schnabel von $1\frac{3}{16}$ “ Länge (bei Kindern nur c. $\frac{3}{4}$ “ lang). Der Katheter besitzt seine Oeffnung nicht am Ende des Schnabels, sondern $1-1\frac{1}{2}$ “ davon entfernt; dieselbe ist weit weniger dick als das Lumen des Katheters