

III. Asphyktische Zustände bei Säuglingen.

Von Dr. Paul Meyer, Arzt in Berlin.

Asphyxieen bei Neugeborenen direkt nach der Geburt gehören mit zu den häufigsten Vorkommnissen der ärztlichen Praxis, während apnoische Zustände im Säuglingsalter immerhin zu den Seltenheiten zu zählen sind. Ist somit schon vom Standpunkte der Casuistik die Mittheilung einschlägiger Fälle gerechtfertigt, so sind derartige Veröffentlichungen sicherlich geboten, wenn sie von direktestem praktischem Interesse sind; denn der Arzt, welcher in Verkenntung derartiger Zufälle die sachgemässen Eingriffe und Maassnahmen verabsäumte, würde sich einer Unterlassungsünde schuldig machen.

Es sei nun gestattet, den betreffenden Krankheitsfall kurz mitzutheilen.

Kind K., 14 Tage alt, ein Mädchen, wurde als erstes Kind seiner Eltern normal geboren, nachdem die Mutter eine regelmässige Schwangerschaft durchgemacht hatte. Während dasselbe am Tage noch gut an der Brust getrunken und, abgesehen von einer grünlichen Farbe der Stuhlgänge, keinerlei abnorme Erscheinungen dargeboten hatte, wurde es in der Nacht (vom 28. zum 29. September 1892) von der Wärterin in einem derartigen Zustande gefunden, dass die letztere glaubte, das Kind liege im Sterben. Ich sah dasselbe dann am 29., morgens 6 Uhr, und fand folgenden Status:

Kräftig entwickeltes Mädchen mit gutem Panniculus adiposus und normalem Muskelbau; die Extremitäten sind schlaff ohne jedweden Tonus der Muskulatur; Hautfarbe leichenähnlich blass; Lippen leicht cyanotisch; Puls klein und weich, 104–108; Athmung vollständig sistirend, der Thorax steht absolut still und macht nicht die mindesten Excursionen; Augen geschlossen, nach Erheben der oberen Augenlider zeigen sich die Pupillen sehr eng und reactionslos, ebenso ist die Cornea für Reize vollständig unempfindlich; grosse Fontanelle vorgewölbt und gespannt; über den Lungen hört man keinerlei Athmegeräusch; Herztöne rein, mässig laut, Abdomen stark aufgetrieben; der den Pharynx und Larynx untersuchende Finger findet im Isthmus faucium und im Aditus laryngis nichts von Fremdkörpern; die Einführung des Fingers in die Mundhöhle ruft weder Würge- noch Saugbewegungen hervor.

Ich brachte die kleine Patientin sofort in ein warmes Bad und nahm abwechselnd künstliche Athmung und kalte Uebergiessungen der Brust und des Rückens vor, welche letzteren besonders tiefe Inspirationen auslösten. Es fing danach das Kind an, selbstständig weiter zu athmen und auch aus dem Theelöffel dargebotene Flüssigkeit zu schlucken. Bald jedoch verfiel es wiederum in den Zustand der Apnoe, so dass von neuem Bäder, Uebergiessungen und künstliche Athmung nöthig wurden. Im weiteren Verlaufe wurde der Puls klein und war schliesslich nicht mehr zu fühlen, so dass Herr College Laser, in dessen Praxis ich diesen Fall beobachtete und dem ich einzelne ergänzende Notizen verdanke, subcutane Aetherinjectionen abwechselnd mit den Bädern, den Uebergiessungen und der künstlichen Athmung anzuwenden für nöthig fand. Nachdem dann bis gegen Abend annähernd normales Verhalten mit Rückfällen in den asphyktischen Zustand abgewechselt hatten, wurde dann die Athmung andauernd regelmässig, die Beschaffenheit des Pulses besserte sich, das Kind nahm die Brust und schrie nach einem Zeitraum von mehr als zwölf Stunden zum ersten male wieder.

Die wesentlichen Momente in dem beschriebenen Krankheitsbild sind Sistiren der Athmung, Erlöschen der Reflexerregbarkeit, Verlangsamung des Pulses. Es ist dies der Symptomencomplex, welcher als Asphyxie bezeichnet wird. Asphyxie ist ja nur ein symptomatischer Begriff, die Bezeichnung einer Symptomengruppe, welche durch die verschiedensten ätiologischen Momente hervorgerufen werden kann.

Die häufigste Form der Apnoe im ersten Kindesalter ist die Asphyxia neonatorum, welche bekanntlich ihren Grund in einer Störung der placentaren Kreislaufverhältnisse und vorzeitiger Athmung des Fötus hat. Runge unterscheidet bei der Asphyxia neonatorum zwei Grade. Bei der Asphyxie ersten Grades ist die Haut der Neugeborenen cyanotisch, die Reflexerregbarkeit und der Muskeltonus sind erhalten. Die Asphyxie zweiten Grades ist gekennzeichnet durch eine leichenähnliche Blässe der Haut, durch Erlöschen der Reflexerregbarkeit und des Muskeltonus. Andere Autoren unterscheiden diese beiden Grade als den lividen oder apoplektischen und als den bleichen oder anämischen Scheintod. Wollten wir diese Eintheilung auf unseren Fall anwenden, so müssten wir denselben als Asphyxie zweiten Grades, als anämischen

Scheintod bezeichnen. Während bei der Asphyxia neonatorum der Grund für die Apnoe während des intrauterinen Lebens auftritt, ist nach der Geburt eine der häufigsten Ursachen asphyktischer Anfälle der Stimmritzenkrampf; hier handelt es sich jedoch immer nur um ein Aussetzen der Athmung während 10–20 Minuten, nicht aber um einen Zustand, der wie in unserem Falle länger als einen Tag anhält. Ausserdem werden dann die bekannten für Spasmus glottidis pathognomonischen glemenden Inspirationen nie vermisst, die in dem oben beschriebenen Falle nicht vorhanden waren. Ferner ist in den ersten Lebenstagen der Stimmritzenkrampf selten, für gewöhnlich befällt er, nach Henoch's Beobachtungen, Kinder im 6. bis 24. Lebensmonat. — Zu kurz anhaltenden Zuständen von Apnoe kann andauerndes Schreien der Kinder führen; die Kinder schreien sich, wie der Laie sagt, „hinter Athem“. — Bouchut beschreibt ferner asphyktische Zustände bei Kindern, die an Koryza erkrankt sind. Hier wird die Apnoe dadurch veranlasst, dass die Kinder, welche durch die Nase nicht athmen können, bei angestrenzter Respiration durch den Mund die Zunge gegen den Gaumen aspiriren, wodurch der Eintritt der Luft verhindert wird. Dagegen fasst Henoch die dyspnoëtischen Anfälle kleiner Kinder bei Koryza auf als Folge einer plötzlichen katarrhalischen Schleimhautschwellung. Er beschreibt einen derartigen Anfall bei einem sieben Wochen alten Kinde. Dieser Anfall war von einem pfeifenden Geräusch begleitet, welches deutlich aus der Nase stammte. Derartige Attaquen treten bisweilen so heftig auf, dass eine Verwechselung mit Croup naheliegt. Eine vollständige Apnoe mit Aspiration der Zunge sah Henoch bei einem einjährigen, an Spasmus glottidis leidenden Kinde. Hier trat während der Auscultation des Rückens ein Anfall von Apnoe ein; kalte Wasseranspritzungen riefen die Athmung wieder hervor, die jedoch erst frei wurde, als Henoch mit dem Finger in den Mund des Kindes einging und die nach oben gerollte und gegen den harten Gaumen gepresste Zunge nach vorn zog. Bednar beschreibt ferner unter der Bezeichnung der Asthenie Fälle von Ohnmacht bei Neugeborenen mit aussetzender Athmung, kleinem Pulse, Cyanose und Kühle der Körperoberfläche, Anfälle, die einige Sekunden, Minuten bis zu einer halben Stunde dauern. Diese Ohnmachten befielen meist Kinder unter 14 Tagen; in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um schwächliche, zu früh geborene Kinder. Selten, aber zuweilen doch endeten diese Asthenieen mit dem Tode. Bednar ist der Ansicht, dass diesen Zufällen anatomische Veränderungen nicht zu Grunde liegen. Auch in diese Kategorie der Asphyxieen können wir unseren eben beschriebenen Fall nicht einfügen, da er einmal der Zeitdauer des Anfalles nach von der Beschreibung, welche Bednar giebt, bedeutend abweicht, da es sich ferner nicht um ein atrophisches, zu früh geborenes, sondern um ein am Ende der Schwangerschaft geborenes, kräftiges Kind handelt. Ueber das Ohnmächtigwerden der Säuglinge macht ferner Marotte Mittheilungen: Die Kinder werden plötzlich bleich, Puls und Athmung setzen aus, die Gliedmaassen werden schlaff. Diese Zufälle endigen mit dem Erbrechen geronnener Milch und einer Darmausleerung. Für die Ursache dieser Synkope hält Marotte gastrische Störungen. Diese Ohnmachten sollen immer im Schlafe auftreten. Des weiteren sind als Ursachen für asphyktische Zustände beobachtet Missbildungen und angeborene Erkrankungen des Circulations- und Respirationsapparates, so z. B. die weisse Hepatisation der Lungen bei luetischen Kindern und Zwerchfelldefecte. Ausserdem können Verletzungen unter der Geburt, welche die Gegend des Athmencentrums treffen, oder Zustände, welche zu einem starken Gehirndruck führen, Asphyxie veranlassen. Endlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass chemische Agentien, also Intoxicationen, ich brauche nur an das Chloroform zu erinnern, Zustände von Apnoe herbeiführen können.

Was nun unseren Krankheitsfall betrifft, so kann derselbe in keine der oben angeführten Krankheitsformen eingefügt werden. Die von Bednar gegebene Beschreibung asthenischer Zustände passt, wie wir oben gezeigt haben, nicht auf ihn. Am meisten hat derselbe Aehnlichkeit mit dem Krankheitsbild, welches Marotte von den Ohnmachtsanfällen der Säuglinge entwirft, nur weicht er in der Intensität und der Zeitdauer der Apnoe wesentlich von jenen Zuständen ab, es fehlen ferner die dyspeptischen Erscheinungen, welchen Symptomen gerade Marotte eine grosse Bedeutung beimisst, insofern er meint, dass die Ohnmachten reflectorisch vom Magen-Darmcanal aus hervorgerufen werden. Auch in unserem Falle sind ja allerdings am Tage vor der Erkrankung grünliche Ausleerungen gesehen worden, jedoch wurden weder Erbrechen noch sonstige Zeichen einer stärkeren Indigestion beobachtet; es ist danach wohl kaum angängig, jene grünlichen Ausleerungen mit den schweren Allgemeinerscheinungen in Verbindung zu bringen, welche in der folgenden Nacht eintraten.

Um zu resumiren, es handelt sich in unserem Falle um ein Bild schwerer Asphyxie bei einem 14tägigen Kinde,

welche über 12 Stunden andauerte. Die Ursache dieser Asphyxie musste eine centrale, das Athemcentrum treffende sein, welcher Art, bin ich nicht im Stande, zu sagen, da ich das Gebiet vager Hypothesen nicht betreten möchte.

Praktisch wichtig ist, dass, wie bei der Asphyxia neonatorum, auch in unserem Falle künstliche Athmung in Verbindung mit thermischen Reizmitteln und bei Erlahmen der Herztätigkeit die Anwendung von Stimulantien einen guten Erfolg hatten.

Aber auch unser Fall lehrt, was von jener Affection des Neugeborenen bereits bekannt ist, dass man sich nicht dabei beruhigen darf, wenn die Athmung wieder eintritt, die Beschaffenheit des Pulses sich bessert; man soll dann das Kind noch nicht unbeobachtet lassen, da die kleinen Patienten grosse Neigung haben, immer wieder in den Zustand der Apnoe zurückzufallen, und da jeder Rückfall von neuem eine energische Behandlung erfordert.

Litteratur. *Archive générale de médecine* September 1853. — Bednar, *die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*. Wien 1850. — Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveaux-nés etc.* 1867. — Hensch, *Vorlesungen über Kinderkrankheiten*. 1887. — *Journal für Kinderkrankheiten*. 1854 — Runge, *Die Krankheiten der ersten Lebens-tage*. 1885.