(Aus der Kinderklinik der städtischen Krankenanstalten und dem Säuglingsheim zu Dortmund.)

Zur Kenntnis der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.

Von
Professor Dr. St. Engel.

(Eingegangen am 1. September 1921.)

In der Symptomatologie der akuten Ernährungsstörungen hat eine Erscheinung bisher noch wenig Beachtung gefunden,¹⁾ die gleichwohl geeignet ist, für die Pathogenese und den Verlauf eingehend gewürdigt zu werden, nämlich das Hämatinerbrechen der Säuglinge.

Wir wissen, daß in dem Endstadium schwerer akuter Ernährungsstörungen Erbrechen von hämatinhaltigen Massen durchaus an der Tagesordnung ist und wir wissen auch, daß diese Erscheinung in der Regel von schlechter Vorbedeutung ist. Im allgemeinen wird sie sogar als terminale Erscheinung aufgefaßt. Bei weiterer Beobachtung haben wir jedoch feststellen können, daß das Hämatinerbrechen nicht eine Enderscheinung zu sein braucht, sondern daß es häufig genug auch bei leichteren Störungen, oft ganz vereinzelt, vorkommt. Genesung tritt dann ohne weiteres ein.

Charakteristisch in dieser Hinsicht ist z. B. der Fall Heideck (Nr. 8), wo ein leidlich gedeihendes Kind im Verfolg einer parenteralen Infektion eine vorübergehende, nicht allzu schwere aber deutlich erkennbare Erstörung erlitt. Erbrechen, dyspeptische Stühle, Gewichtsabnahme bei kaum veränderter Nahrungszufuhr zeigten deutlich, daß es sich nicht um banale Begleiterscheinungen einer fieberhaften Erkrankung, sondern um eine Ernährungsstörung auf der Grundlage einer parenteralen Infektion handelte. Auf der Höhe dieser Erkrankung wurde einmal ganz vereinzelt Hämatinerbrechen beobachtet, sonst weder vorher noch nachher.

¹⁾ Z. B. schreibt Finkelstein in der neuen Auflage seines Lehrbuches der Säuglingskrankheiten, Berlin 1921 nur folgendes auf S. 223: „In späteren Stadien besteht das Erbrochene oft aus zähem, glasigem, mit braunroten oder kaffeesatzartigen Streifen durchsetztem Schleim, der auf das Bestehen eines hämorrhagischen Magenkatarrhs hinweist.“

In ähnlicher Weise konnten wir gelegentlich erkennen [s. 1—9]¹⁾, daß Hämatinerbrechen dann auftrat, wenn bei einem sonst leidlich im Gleichgewicht befindlichen Kinde eine interkurrente Störung (alimentär oder infektiös) während des Anstaltsaufenthaltes sich einstellte. In der Regel handelte es sich allerdings um solche Kinder, welche mehr oder minder geschädigt waren (Lues) oder die sich in der Reparation nach schweren Ernährungsstörungen befanden.

Öfter fanden wir Hämatinerbrechen bei solchen Kindern, welche krank mit den Zeichen einer leichteren oder schwereren akuten Ernährungsstörung eingeliefert wurden. Diese Störungen sind häufig mit Hämatinerbrechen wechselnden Grades, unter Umständen mit stürmischem Hämatinerbrechen verbunden. Ein Teil dieser Fälle [10—16]²⁾ konnte der Genesung zugeführt werden, in anderen Fällen erfolgte der tödliche Ausgang [17—20]³⁾.

Die geringe Beachtung, welche das Hämatinerbrechen bisher gefunden hat, ist im wesentlichen wohl darauf zurückzuführen, daß es gehäuft und auffällig in der Regel nur sub finem beobachtet wird. Auch diese Tatsache allein könnte jedoch den Anhaltspunkt für ergebnisreiche Gedankenreihen bilden.

Die Bedeutung des Hämatinerbrechens tritt sofort in Erscheinung, wenn man versucht, sich darüber klar zu werden, wie es denn überhaupt zustande kommt oder zustande kommen kann.

Als Ausgangspunkt hierbei können die anatomischen Befunde bei der Obduktion solcher Kinder dienen, welche an Toxikosen gestorben sind. Im allgemeinen werden diese Befunde wenig beachtet und sie sind bisher kaum für Wesen und Theorie der Toxikosen verwertet worden. Für unsere Betrachtung kann der anatomische Befund jedoch geradezu als Wegweiser dienen. Wir sehen nämlich bei der Obduktion neben schwerer fettiger Degeneration der Leber und der Nieren, neben gewissen fast stets wiederkehrenden Blutveränderungen, im Magen eine Zweiheit von Erscheinungen, die regelmäßig miteinander verbunden ist. Wir sehen mehr oder minder zahlreiche hämorrhagische Erosionen, oft so zahlreich, daß die ganze Magenschleimhaut bedeckt ist und wir sehen weiter, daß auf der gesamten Magenschleimhaut sich eine dicke und zähe Schleimschicht befindet.

Beide Befunde sind ungewöhnlich. Von den hämorrhagischen Erosionen ist das ohne weiteres klar, nicht so sehr ist das von jener

¹⁾ Bei diesem Kinde Nr. 9 war die Häufung von Anfällen bemerkenswert, welcher mit Hämatinerbrechen und Krämpfen einhergingen. Bei den ersten Anfällen war der Zusammenhang mit der Ernährung unverkennbar.

²⁾ Nach dem Gesamteindruck handelte es sich bei Nr. 10 um einen durchaus reparablen Zustand.

³⁾ Bei Nr. 17 entwickelte sich die Krankheit unter unseren Augen.

Schleimschicht. Selbstverständlich findet man auf der Magenschleimhaut stets eine gewisse Menge von Schleim, aber jene dicke, zäh anhaftende und nur schwer abspülbare und abstreichbare Schicht wie bei den Toxikosen ist doch bemerkenswert.

Die hämorrhagischen Erosionen sind nicht immer zu finden, auch nicht bei solchen Kindern, welche sub finem Hämatinerbrechen hatten. Die Quelle der Blutung tritt also nicht immer mit voller Deutlichkeit zutage. Das ist aber auch nicht nötig, da Blutungen ja zweifellos auch aus solchen kleineren Substanzverlusten erfolgen können, welche der makroskopischen Besichtigung nicht zugänglich sind. Immerhin haben wir häufig genug anatomische Belege dafür, daß es bei schweren Ernährungsstörungen der Säuglinge zu Verletzungen der Magenschleimhaut mit nachfolgendem Blutaustritte kommt.

Erstaunlich ist nun, daß das Blut niemals unverändert erbrochen wird, sondern daß das Hämoglobin stets zerlegt ist und das typische Aussehen des durch Säure (Salzsäure) veränderten Blutes hat (Kaffeesatzerbrechen). Erstaunlich ist diese Tatsache, weil ja die landläufige Meinung dahin geht, daß man es bei schweren Ernährungsstörungen der Säuglinge eher mit einem Darniederliegen der Magensaftsekretion zu tun hat und doch müssen wir für die Umwandlung des Blutfarbstoffes in Globin und Hämatin Salzsäure als vorhanden voraussetzen, d. h. also Magensaftsekretion. Die bloße Tatsache, daß stürmisches Hämatinerbrechen auch bei minimaler Nahrungszufuhr sich zeigen kann, legt daher den Gedanken nahe, daß gegen alle Erwartung gewisse akute Ernährungsstörungen mit reichlicher Produktion vom Magensaft verbunden sind. Dieser Schluß findet eine ausgezeichnete Stütze in zwei Beobachtungen, welche von Scheer gelegentlich gemacht worden sind. Scheer¹⁾ hat bei Untersuchungen über den Bakteriengehalt des Magens und des Duodenums festgestellt, daß er bei schwereren Dyspepsien häufig einen erstaunlich hohen Säuregrad im Magen angetroffen hat. Er hat ferner bei der Untersuchung des Chlorspiegels im Blute die Beobachtung gemacht, daß bei akuten schweren Ernährungsstörungen der Chlorspiegel im allgemeinen sehr tief steht. Er hat andererseits die Beobachtung gemacht, daß der Chlorspiegel des Blutes regelmäßig durch jede einzelne Nahrung herabgedrückt wurde, das heißt also, daß dem Blute für die Bereitung des Magensaftes Chlor entzogen wird. So ist der Schluß nahe, daß der Tiefstand des Chlorspiegels bei akuten Ernährungsstörungen auch durch sekretorische Verluste bedingt wird. In diesem Sinne wurde vom Verfasser der Befund Scheers auch in einer Diskussionsbemerkung auf der Naturforscherversammlung in Nauheim gedeutet. In neuerer Zeit ist diese Tatsache durch systematische Unter-

¹⁾ Scheer, Jahrb. f. Kinderheilk. 92, 238. 1920; 94, 295. 1921.

suchung von Hainiss¹⁾ noch weiter erhärtet worden. Hainiss hat bei dyspeptischen und toxischen Säuglingen ganz regelmäßig eine Erhöhung der Wasserstoffionenkonzentration²⁾ des Mageninhaltes gefunden, welche mit der Genesung wieder schwand.

Wir sind nun in unseren Betrachtungen so weit gelangt, daß wir drei Erscheinungen ungewöhnlicher Art bei akuten Ernährungsstörungen in mehr oder minder innigem Zusammenhange gefunden haben, teils bei klinischer, teils bei anatomischer Betrachtung. Wir finden Blutungen, häufig aus erkennbaren Verletzungen der Magenschleimhaut, wir finden reichliche Produktion vom Magensaft, welcher das Hämoglobin des Blutes in Globin und in Hämatin spaltet, und wir finden schließlich, bei den schwersten Fällen wenigstens, bei denen, welche zur Obduktion kommen, den Magen mit einer ungewöhnlich dicken und zäh anhaftenden Schleimschicht bedeckt.

Die Frage ist, ob diese Erscheinungen einen Zusammenhang untereinander haben und ob sie für die Entstehung und das Wesen der akuten Ernährungsstörungen Hinweise geben.

Über den Zusammenhang kann auf Grund unserer Kenntnisse von der nervösen Beeinflussung des Magendarmkanales ein Zweifel kaum bestehen. Das Auftreten von Schleimhautdefekten, die Hypersekretion vom Magensaft und die starke Schleimbildung sind kaum anders zu deuten wie durch Erregung im Gebiete des Vagus. Die gleichen oder ähnlichen Erscheinungen können experimentell durch Vagusreizung erzeugt werden. In den Untersuchungen, welche in den letzten Jahren so vielfach angestellt wurden, um die Pathogenese des chronischen Magengeschwürs zu klären, fehlt es nicht an entsprechenden Hinweisen.

Der Befund kann uns nicht allzu stark in Erstaunen setzen, weil wir aus früheren Untersuchungen von Behrendt und Tetzner³⁾, von Boschan⁴⁾ und Hanna Hirschfeld⁵⁾ wissen, daß mit Ernährungsstörungen von Säuglingen fast regelmäßig die nachweislichen Zeichen von Sympatikotonie⁶⁾ verbunden sind, nach unserer heutigen Auffassung also Zeichen von Störungen im Gleichgewichte des vegetativen Nerven-

¹⁾ Hainiss, Monatsschr. f. Kinderheilk. **21**, 134. 1921.

²⁾ Über die Entstehung der Hyperacidität wirft Hainiss nur die Frage auf, ob nicht durch die Diarrhöe eine Alkalipenie und demgemäß eine relative Acidose entstehe. Dann könne man an Mehrproduktion von Salzsäure im Magen denken.

³⁾ Behrend und Tetzner, Monatsschr. f. Kinderheilk. **10**, 388.

⁴⁾ Boschan, Monatsschr. f. Kinderheilk. **10**, 623.

⁵⁾ Hanna Hirschfeld, Jahrb. f. Kinderheilk. **78**, 197.

⁶⁾ Weitere Bemühungen von Behrend und seinen Schülern, diesen Zustand weiter aufzuklären, sind im ganzen erfolglos geblieben, wenn auch (Kramer) gezeigt wurde, daß in den Nebennieren toxischer Kinder Adrenalin nicht, dagegen im Blute (Grimm) reichlich vasokonstriktorische Substanz nachzuweisen ist. S. Monatsschr. f. Kinderheilk. **14**. 1918.

systems. Der Vagus ist bisher noch nicht geprüft worden. Aus unseren klinischen Beobachtungen scheint aber mit voller Sicherheit hervorzugehen, daß starke, unter Umständen stürmische Reizerscheinungen sich auch in seinem Gebiete abspielen.

Ich versage es mir, des weiteren auf diese Frage einzugehen und die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für das Zustandekommen der akuten Ernährungsstörungen noch weiter zu besprechen. An Tatsachenmaterial fehlt hier noch zu viel. Wir haben Ansätze gemacht, um nach dieser Richtung Klärung zu schaffen. Die nachfolgenden Versuche von Dr. Erna Fürstenau geben den ersten Beitrag.

Krankengeschichtsauszüge.

1. Schewe, J.-Nr. 1216. Alter: 1 Monat. Aufnahmegewicht: 2950 g.

Das Kind ist ausgetragen. Vor 3 Tagen soll es mit Erbrechen erkrankt sein. Von Anfang an soll es sich, trotz Ernährung an der Brust, nur schlecht entwickelt haben; etwas gespuckt hat es immer. Das Kind machte einen etwas reduzierten, aber ganz frischen Eindruck. Es erhielt Frauenmilch mit Dubo und nahm dabei zunächst ganz gut zu, täglich spie es mehrfach, aber nicht allzu heftig. Am 9. Tage nach der Aufnahme erbrach es einmal Hämatin, wiewohl sonst nichts zu bemerken war. Allerdings war an den beiden nächstfolgenden Tagen die Temperatur etwas erhöht. Später ungestörtes Gedeihen.

Epikrise: Im Vorstadium einer leicht fieberhaften sonst ungeklärten Erkrankung einmaliges Hämatinerbrechen.

2. Nölle, J.-Nr. 1194. Alter: 2 Monate. Aufnahmegewicht: 3750 g.

Das Kind erkrankt im Alter von 7 Wochen mit luischen Erscheinungen. Gleichzeitig stellt sich Erbrechen ein. Das Kind ist an der Brust. Es handelt sich um ein typisches pastöses, syphilitisches Kind mit großer, harter Leber und großer, harter Milz. Es erhält eine Salvarsaninjektion. Hiernach ist das Befinden zunächst schlecht; das Kind sieht matt und subikterisch aus. Wiederholtes Hämatinerbrechen folgt. Das ausschließlich mit Frauenmilch ernährte Kind erholt sich langsam, das Erbrechen hört auf, Stühle bleiben dyspeptisch. Nach Beifütterung von Halbmolkenbuttermilch werden die Stühle fest, das Gesamtbefinden wird aber wieder schlechter und es tritt wieder häufiges Hämatinerbrechen ein. Es muß wieder zur alleinigen Ernährung mit Frauenmilch geschritten werden, wobei sich der Zustand langsam bessert. Die syphilitischen Erscheinungen sind inzwischen verschwunden; Leber und Milz nur noch wenig zu fühlen.

Epikrise: In deutlichem Zusammenhange mit schlechtem Befinden tritt bei einem syphilitischen Kinde 2 mal gehäuftes Hämatinerbrechen ein. Das erste mal im Anschluß an Salvarsaninjektion, das zweitemal bei einem Versuche unter Beifütterung, also unter rein alimentären Verhältnissen. Beide Krisen wurden überstanden. Das Kind erholt sich.

3. Wilke, J.-Nr. 955. Alter: Neugeborener. Aufnahmegewicht: 3500 g.

Ein etwas schlaffer Neugeborener wird mit Halbmolkenbuttermilch ernährt und geht zunächst leidlich voran. Es spuckt mäßig. Nach Übergang auf Buttermilch der gewöhnlichen Zubereitung tritt häufigeres Erbrechen und gelegentliches Hämatinerbrechen ein. Stühle sind dabei geformt.

Beim Übergang auf Frauenmilch tritt Reparation ein. Das Erbrechen bleibt zunächst noch eine Zeitlang ziemlich heftig, doch treten keine Hämatinbeimengen mehr auf.

Epikrise: Der Zusammenhang des Hämatinerbrechens mit der Ernährung war unverkennbar. Wichtig ist zu beachten, daß die Stühle geformt blieben.

4. Koslowski, J.-Nr. 1073. Alter: Neugeborene Frühgeburt. Aufnahmegegewicht: 2000 g.

Das Kind gedieh 2½ Monate einwandfrei mit gezuckerter Vollmilch und erreichte ein Gewicht von 3300 g. Dann trat gehäuftes Spucken auf und das Gewicht stand still. Stühle bleiben gut. Es wurde auf Frauenmilch übergegangen. Hiernach erfolgte einmaliges Hämatinerbrechen; schnelle Reparation. Es konnte wieder zur Ernährung mit gezuckerter Vollmilch übergegangen werden.

Epikrise: Man hatte den Eindruck, daß die Ernährungsstörung sich wesentlich auf einen Erregungszustand im Gebiete des Magens beschränkte. Darmtätigkeit schien ungestört zu sein.

5. Siepmann, J.-Nr. 777. Alter: 5 Monate.

Das Kind wurde atrophisch aufgenommen, gedieh gut, zeigte sich aber stets deutlich autonom stigmatisiert.

Im Alter von 10—11 Monaten erbrach es vielfach hämatinhaltige Massen, die stets mit kleinen Störungen der Ernährung oder mit parenteralen Infektionen verbunden waren. Das Kind wurde in gutem Zustande entlassen.

Epikrise: Das Hämatinerbrechen war hier immer nur durch geringe Störungen ausgelöst, was in Anbetracht der vorhandenen Übererregbarkeit verständlich war.

6. Drude, J.-Nr. 1129. Alter: 3 Monate. Aufnahmegegewicht: 2900 g.

Es handelte sich um ein Kind mit einer leichten Pylorusstenose. Infolgedessen trat vielfaches Erbrechen auf, einmal war es hämatinhaltig, und zwar zu einer Zeit, wo infolge starker Unterernährung die Temperatur sehr tief lag.

Epikrise: Es handelt sich um schlechtes Allgemeinbefinden auf der Grundlage sehr erschwelter Nahrung. Späterhin erfolgte einwandfreies Gedeihen.

7. Krähwinkel, J.-Nr. 1007. Alter: Frühgeburt. Geburtsgewicht: 1500 g. Aufnahmegegewicht: 2800 g.

Dyspeptischer Zustand. Täglich mehrfaches Speien. An einem Tage erfolgt einmaliges heftiges Erbrechen und einmaliges Hämatinerbrechen. 4 Tage danach ist noch Blut im Stuhl nachweisbar. Stühle sind etwas schleimig, teils breiig, teils zerfahren. Gute Reparation, blühendes Gedeihen.

Epikrise: In der Reparation eines dyspeptischen Zustandes tritt eine deutliche einmalige Erregung des Magens mit heftigem Erbrechen und einmaligem Hämatinerbrechen ein. 4 Tage danach ist noch Blut im Stuhl. Bei der schnelllaufenden Darmpassage des Säuglings¹⁾ müssen also noch weitere Blutungen erfolgt sein.

8. Heideck, J.-Nr. 1180. Alter: 6 Monate. Aufnahmegegewicht: 5000 g.

Das Kind war als Anstaltskind und mäßiger Ruminator schon mehrere Monate bekannt. Aus diesem Grunde hatte es frühzeitig Brei bekommen. Während eines 2tägigen Fieberzustandes, bei dem sich kein positiver Befund erzielen ließ, wurden die Stühle etwas dyspeptisch und es erfolgte einmaliges Hämatinerbrechen. Hiernach war das Gedeihen wieder ungestört.

Epikrise: Bei einer kurzen Ernährungsstörung auf Grundlage einer parenteralen Infektion trat einmaliges Hämatinerbrechen auf.

¹⁾ Kahn, Zeitschr. f. Kinderheilk. 29. 1921.

9. Kilp, J.-Nr. 735. Alter: 1 Monat. Aufnahmegewicht: 2900 g.

Das Kind sieht außerordentlich schlecht aus, bricht unaufhörlich, hat dyspeptische Stühle. Der Harn enthält Eiweiß und Zucker, Temperatur ist subfebril. Bei Ernährung mit Frauenmilch erfolgt langsame Besserung. Monatelang ist ein Gewichtsansatz kaum zu erzielen.

Im Alter von 4 Monaten wird ein erster Versuch der Beifütterung gemacht, und zwar mit Buttermilch. Es tritt gehäuftes, mehrfach hämatinhaltiges Erbrechen ein, so daß der Versuch wieder aufgegeben werden muß.

Mit 5 Monaten fängt auf Breizufütterung hin das Gedeihen an. Das Gewicht hebt sich in 2 Monaten um mehr wie 1 Kilo. Da auf einmal erfolgt anfallsweise erneutes heftiges Hämatinerbrechen, das aber ohne jede Nahrungsänderung schnell vorübergeht.

Im 7. Monate wird der Versuch alleiniger künstlicher Ernährung gemacht. Hierdurch wird unmittelbar stark gehäuftes, vielfach hämatinhaltiges Erbrechen ausgelöst. Es treten Krämpfe und Gewichtssturz hinzu. Stühle sind unverändert, Stimmung ist sehr schlecht. Es wird wieder auf Frauenmilch übergegangen und der Anfall flaut ab.

Ähnlich gruppierte, mit Krämpfen und Hämatinerbrechen kombinierte Anfälle wiederholen sich alle 2—3 Wochen und müssen stets von neuem bekämpft werden. In diesem Zustande mußte das Kind aus äußeren Gründen im Alter von 9 Monaten entlassen werden.

Epikrise: Man hat den Eindruck, daß eine gemeinsame Ursache hier Krämpfe und Hämatinerbrechen auslöst. Der Zusammenhang mit der Ernährung war im Anfange deutlich, später nicht.

10. Laubsch, J.-Nr. 1264. Alter: 7 Monate. Aufnahmegewicht: 4400 g.

Das Kind wurde $3\frac{1}{3}$ Monate an der Brust ernährt. Hiernach bei künstlicher Ernährung hatte es oft Durchfälle, die sich nur vorübergehend besserten. Das Kind kommt sehr herunter.

Im Anfange der Behandlung tritt zunächst eine wesentliche Besserung nicht ein. Am 2. Tage wird einmal hämatinhaltiger Mageninhalt erbrochen. Das Kind hält sich dann eine Zeitlang in einem nicht bedrohlichen Zustande. Es mußte vorzeitig ungeheilt entlassen werden.

11. Mannesmann, J.-Nr. 1175. Alter: 4 Monate. Aufnahmegewicht: 3300 g.

Das Kind soll angeblich bei der Geburt nur 1250 g gewogen haben. Bei der Aufnahme hatte es eine allgemeine Furunculose. Es erhielt zunächst gezuckerte Vollmilch und hatte dabei häufiges und häufig braunes Spucken. Stühle waren leidlich normal. Bei Ernährung mit Frauenmilch tritt volle Reparation auf. Das Spucken hört gänzlich auf.

Epikrise: Auch in diesem Falle ist beachtlich, daß der Darm sich offenbar in ruhiger Tätigkeit befand.

12. Weißner, J.-Nr. 845. Alter: 3 Monate. Aufnahmegewicht: 3800 g.

Elendes Kind in subtoxischem Zustande, mit zerfahrenen Stühlen. Harn enthält Eiweiß und Zucker. In den ersten Tagen mehrfaches Hämatinerbrechen. Langsame Reparation. Erbrechen hört gänzlich auf. Später blühendes Gedeihen.

Epikrise: Ein ausgesprochener subtoxischer Zustand ist mit Hämatinerbrechen verbunden und geht in vollste Heilung über.

13. Haak, J.-Nr. 741. Alter: 3 Monate. Aufnahmegewicht: 4200 g.

Das Kind ist plötzlich mit schleimig-blutigen Stühlen erkrankt. 2 Tage nach der Aufnahme verschlechtert sich das Befinden, es erfolgt starke Abnahme, gehäuftes und vielfach braunes Erbrechen. Temperatur unregelmäßig subfebril. Nach einigen Tagen tritt Beruhigung ein. Erbrechen hört auf, Stühle werden gebunden; vollständige Genesung.

Epikrise: In deutlichem Parallelismus mit der Schwere des ganzen Zustandes tritt Hämatinerbrechen im Rahmen gehäuften Erbrechens auf.

14. Steinsieck, J.-Nr. 735. Alter: 2 Monate. Aufnahmegewicht: 2800 g.

Das Kind gedieh von Anfang an schlecht. Auf ärztlichen Rat erhielt es Buttermehlnahrung. Dabei brach es viel und wurde immer schlechter.

Nach der Aufnahme erhielt es, da der Zustand zunächst nicht bedrohlich erschien, weiter Buttermehlnahrung. Am 3. Tage aber erfolgte gehäuftes Hämatinerbrechen, so daß auf Frauenmilchernahrung übergegangen wurde. Es erfolgte gute Reparation, doch spuckte das Kind noch lange, aber nicht mehr hämatinhaltig.

Epikrise: Man hatte den Eindruck, daß hier ganz plötzlich eine Veränderung im Zustande auftrat, durch die das Hämatinerbrechen bewirkt wurde.

15. Tepke, J.-Nr. 1295. Alter: 7 Monate. Aufnahmegewicht: 4500 g.

Das Kind soll bei der Geburt sehr zart gewesen sein, aber gut vorangegangen sein. Es hatte öfters Durchfälle, die mit Haferschleim behandelt wurden und immer schnell besser wurden. Vor 3 Tagen plötzlich spritzende Stühle und Erbrechen. Das Kind war bei der Einlieferung von mäßig toxischem Aussehen, fieberte um 39°, hatte wässrige Stühle, erbrach gelegentlich, aber nicht heftig. Am 2. Tage einmaliges Hämatinerbrechen. Ungestörte Reparation bei Eiweißmilch.

Epikrise: Leichtere Toxikose, anscheinend auf infektiöser Grundlage (lange Temperaturerhöhung). Einmaliges Hämatinerbrechen im stürmischen Anfangsstadium. Später völliges Wohlbefinden.

16. Ahlecke, J.-Nr. 1290. Alter: 3 Monate. Aufnahmegewicht: 3500 g.

Das Kind wurde mit Brust und Zwiebackbrei ernährt und erkrankte vor einigen Tagen akut mit Erbrechen und Durchfall.

Anfangs erbrach das Kind nur vereinzelt, einmal war das Erbrechen hämatinhaltig. Am 2. Tage traten einmalige Krämpfe auf. Schnelle Reparation bei Ernährung mit Frauenmilch. Stühle blieben zunächst zerfahren.

Epikrise: Ernährungsstörung mäßiger Schwere mit Reizerscheinungen im Nervensystem (Krämpfe, Hämatinerbrechen).

17. Ludwig, J.-Nr. 1244. Alter: 4 Monate. Aufnahmegewicht: 4500 g.

Das Kind hat eine typische papulöse Lues, wird mit Salvarsan behandelt und geht anfangs bei Vollmilch mit 17% Zucker (Dubo) leidlich voran. Plötzlich treten unerklärte Temperaturen ein (Durstfieber?). Das Gewicht stürzt schnell, es tritt gehäuftes Erbrechen, vielfaches Hämatinerbrechen ein und heftige Durchfälle.

Trotz sofort eingeleiteter Ernährung mit Frauenmilch ist nur eine vorübergehende Besserung zu erzielen. Das Erbrechen hört zunächst auf, dann stürzt das Gewicht aber weiter, es tritt neues Hämatinerbrechen auf, und das Kind geht unaufhaltsam zugrunde.

Epikrise: Bei einem syphilitischen Kinde tritt, offensichtlich durch die Nahrung mit hervorgerufen, eine schwere Ernährungsstörung von Charakter und Dekomposition mit toxischem Einschlage auf. Die Erkrankung ist von stürmischem Hämatinerbrechen begleitet. Rettung nicht möglich.

18. Gatté, J.-Nr. 1325. Alter: 4 Monate. Aufnahmegewicht: 2900 g.

Das Kind ist von Anfang an nicht gediehen, wiewohl es 2 Monate nur an der Brust war. Später wurde es mit Milch ernährt, die fertig aus einer Milchküche bezogen wurde. Vielfach hat es wegen Störung der Ernährung Tee erhalten. Vor 8 Tagen erkrankte es mit heftigem Durchfall, in den letzten Tagen hat es auch erbrochen. Jetzt macht es den Eindruck eines toxisch verfallenen Atrophikers. Häufig hämatinhaltiges Erbrechen bei knapster Ernährung; Neigung zur Untertemperatur. Das Kind starb.

Epikrise: Im toxischen Endstadium einer langdauernden Ernährungsstörung trat gehäuftes Hämatinerbrechen auf.

19. Dzarnecki, J.-Nr. 1307. Alter: 3 Monate. Aufnahmegewicht: 5000 g.

Das Kind wurde 9 Wochen an der Brust sehr unregelmäßig ernährt, dann erhielt es Beifütterung, und zwar eine dünne Milchmischung mit Zwieback; dabei gutes Gedeihen. Vor 3 Tagen trat erst Durchfall, dann Erbrechen ein.

Toxischer Eindruck, stürmisches Erbrechen, auch bei knapster Ernährung. Das Erbrechen war fast stets stark hämatinhaltig. Bei knapper Ernährung mit Frauenmilch unter Zufuhr von Kochsalz usw. trat allmählich Beruhigung ein. Der anfänglich außerordentlich hohe Gehalt des spärlichen Harns an Zucker und Eiweiß verschwand nach 8 Tagen, nur Spuren von Eiweiß hielten sich noch etwas länger. Das Erbrechen ließ nach. Neue Verschlimmerung, Exitus.

Epikrise: Typischer Brechdurchfall mit häufigem Hämatinerbrechen, starker Zuckerausscheidung.

20. Ullrich, J.-Nr. 1175. Alter: Neugeborener. Aufnahmegewicht: 2300 g.

Das Kind hatte schon nach den ersten Lebenstagen Beinahrung erhalten und hatte, als es im Alter von 3 Wochen aufgenommen wurde, schon seit einigen Tagen Erbrechen und Durchfall. Das Kind sah elend und matt aus. Trotz Ernährung mit Frauenmilch in vorsichtigster Dosierung erbrach es häufig und vielfach hämatinhaltige Massen. Gegen Ende häufte sich das Hämatinerbrechen. Das Kind starb etwa 14 Tage nach der Aufnahme.

Epikrise: Man hatte den Eindruck, daß der hohe Erregungszustand des Magens das Bild vollständig beherrschte und die Reparation mehr oder minder unmöglich machte.

Dortmund, Elisabethstr. 14.