

Pädiatrische Ratschläge für den Praktiker.

Von Prof. Leo Langstein in Berlin.

XIV.¹⁾

Schlechtgedeihe Kinder.

2. Schlechtes Gedeihen im Säuglingsalter.

Die Beurteilung eines Säuglings bezüglich der Art seines Gedeihens setzt die Kenntnis einer Reihe von Gesichtspunkten voraus, die nur demjenigen klar sind, der eine große Reihe von gesunden, sich normal entwickelnden Säuglingen gesehen hat. Man möchte fast sagen, daß die spezielle Untersuchung der einzelnen Organe zurücktritt gegenüber der Erfassung des Allgemeinzustandes durch den Blick. Im gegenwärtig üblichen Sprachgebrauch wird ein Säugling, der nicht gedeiht, als ein chronisch ernährungsgestörter angesprochen. Man wird jedoch trotz der allgemeinen Gangbarkeit nicht behaupten können, daß der Ausdruck „chronische Ernährungsstörung“ sehr glücklich gewählt ist. Es erschien mir deshalb besser, nach Ausdrücken zu suchen, die uns gestatten, ein plastisches Bild von dem Zustand des Säuglings und der Art seiner Störung des Gedeihens vorzustellen. Fassen wir im Interesse der Praxis die Sache so primitiv als möglich an, so können wir zwei Bilder herausgreifen: das eine Bild zeigt vornehmlich ein Zurückbleiben im normalen Wachstum ohne schwerere Störungen des Allgemeinbefindens, das andere eine Abmagerung leichteren oder schweren Grades. Ich habe vorgeschlagen, die erstgenannte Form des Nichtgedeihens mit dem Namen der Hypotrophie zu bezeichnen, für die zweite zu der Bezeichnung der Atrophie zurückzukehren. Für beide Stadien könnte man gemeinsam den Ausdruck der Dystrophie annehmen.

Allen denjenigen, die bereits an eine bestimmte Nomenklatur gewöhnt sind, sei bemerkt, daß der von mir als Hypotrophie bezeichnete Zustand sich mit dem der Bilanzstörung deckt. Ich habe diesen verlassen, weil er nicht das klinische Bild plastisch herausarbeitet, sondern lediglich besagt, daß der Zustand dadurch hervorgerufen ist, daß Einnahmen und Ausgaben nicht im richtigen Verhältnis zueinander stehen. Die Bezeichnung Atrophie scheint mir dem der Dekomposition vorzuziehen, weil sie der klinischen Betrachtung mehr Rechnung trägt und eine fest im Bewußtsein der Aerzte verankerte Vorstellung eines bestimmten Bildes ermöglicht. Allerdings sei einschränkend bemerkt, daß nicht jedes schlechtere Gedeihen sich als Zurückbleiben im Wachstum manifestieren muß, daß wir namentlich im Beginn nicht gleich mit einer Retardation des Körpergewichtes zu tun haben müssen, sondern nur gewisse Allgemeinerscheinungen darauf hinweisen können, daß eine Störung vorliegt. Allerdings pflegt die Abflachung der Gewichtskurve dann nicht mehr lange auf sich warten zu lassen.

Der Arzt darf sich aber nicht damit begnügen, schlechthin die Diagnose einer Dystrophie, einer Hypotrophie oder einer Atrophie zu stellen, sondern muß eine möglichst klare Anschauung darüber gewinnen, ob es sich um einen leichteren oder schweren Grad dieser Störungen handelt, muß auch klarzustellen versuchen, welche Ätiologie ihnen zugrundeliegt. Im allgemeinen stellt ja die Hypotrophie eine leichtere Störung des Gedeihens, die durch Abmagerung charakterisierte Atrophie eine schwere dar. Aber die Feststellung des Gewichts bzw. der Abmagerung, des Gewebeschwunds ermöglicht doch nur bis zu einem gewissen Grade das Urteil, ob die Störung leichter oder schwerer ist. Allerdings legt starkes Zurückbleiben hinter dem Sollgewicht unter der Voraussetzung, daß es sich um ein mit normalem Gewicht geborenes Kind handelt, das Vorhandensein einer schweren Störung nahe. Aber das trifft keineswegs immer zu. Auch hinter Formen des Nichtgedeihens, welche unter Berücksichtigung des Gewichts nicht als schwere imponieren, können sich solche verbergen. Erst die Beurteilung des Turgor und Tonus, der Farbe der Haut und Schleimhäute, der Herzstätigkeit, der Psyche schafft Klarheit. Stärkere Einbuße am Turgors und Tonus beweist, daß in dem feineren Gewebeschemismus, den Quellungs Zuständen, der Wasserbindung, dem für die Aufrechterhaltung des Lebens und der Leistung so wichtigen Stoffwechsel der Mineralbestandteile bedenkliche Veränderungen eingetreten sind. Ein weiteres ernstes Zeichen ist die graue Verfärbung der Gesichtshaut, die Neigung zu Untertemperaturen, Bradykardie, ebenso beweisen Schlaflosigkeit, dauernde Unruhe das Vorliegen einer schwereren Störung, und die Senkung der Immunität, erschlossen aus einer Häufung von Infektionen oder der schweren Ausheilung einer bestehenden, ist im gleichen Sinne zu deuten. Dabei kann der Stuhlgang normal sein, aber bei der schweren Störung liegt die Gefahr einer enteralen Komplikation

außerordentlich nahe, und deshalb ist hier auch die minimalste Abweichung vom normalen Stuhlbild doppelt zu beachten. Ich darf auf meine Ausführungen über enterales Störungen verweisen. Das Nichtgedeihen ist um so ernster zu nehmen, je frühzeitiger im Leben es beginnt. Im ersten Lebensvierteljahr ist es besonders bedenklich.

So gibt uns die klinische Untersuchung des Kindes für die Beurteilung der Störungen des Gedeihens recht gute Anhaltspunkte. Weitere müssen wir aus der Anamnese zu gewinnen trachten, die uns aber auch irreleiten kann. Ich verweise auf meine Ausführungen im vorhergehenden Aufsatz. Wir müssen auch daran denken, daß eine letale Prognose bedingende Erkrankung sich zunächst nur in ganz leichten Störungen des Gedeihens manifestieren muß, ich denke speziell an die Tuberkulose. Eine eindeutige Verwertung der Anamnese wird auch dadurch erschwert, daß nur selten ein einziger ätiologischer Faktor zum schlechten Gedeihen führt, sondern gewöhnlich eine Kombination mehrerer: Verstöße in der Ernährung, in der Pflege, in ihrem Zusammenspiel mit konstitutionellen Momenten.

Die Prognose der Störungen wird durch das klinische Bild wie auch durch die zugrundeliegende Ursache bestimmt. Jene Formen der Atrophie, die durch extreme Abmagerung, durch ihr greisenhaftes Aussehen imponieren, sind im allgemeinen dem Tode verfallen, wenn nicht die Möglichkeit der natürlichen Ernährung und der subtilsten Pflege gegeben ist, denn der banalste Zwischenfall wird diesen Kindern zum Verhängnis. Ihre hochgradige Immunitätsenkung läßt sie zumindest wochenlang in Lebensgefahr, und selbst wenn der Ernährungserfolg sich einstellt, das Aussehen besser wird, die graue Farbe weicht, die Gewichtskurve sich zu heben beginnt, kann doch in wenigen Stunden eine Infektion zum Ende führen; dabei sei ganz von jenen glücklicherweise nicht sehr häufigen Fällen abgesehen, die unernährbar geworden sind. In den schweren Fällen der Atrophie ist überhaupt nur dann ein Erfolg zu erwarten, wenn die Ernährung mit Frauenmilch möglich ist. Sie allein ist jene Heilnahrung, bei deren richtiger Dosierung sich der enterales Zufall vermeiden läßt, die Immunität sich hebt, sodaß die Infektionen nicht mehr deletär wirken; nicht entfernt leisten die künstlichen Nährgemische das Gleiche. Diese sind zwar durchaus geeignet, leichtere Störungen des Gedeihens zu beheben. Von einer Lebensfrage für das schwergestörte Kind ist es, ob man ihm eine Infektion ersparen kann oder nicht. Die Unterbringung in einem Krankenhaus ist für sie nur dann zweckdienlich, wenn dessen hygienische Einrichtungen und die Pflege auf der Höhe stehen. Ist das nicht der Fall, dann leistet eine gute Einzelpflege bei dauernder ärztlicher Beobachtung und der Möglichkeit der Ernährung mit Frauenmilch Besseres.

Gedeihen Säuglinge an der Brust nicht, so suche man den Grund dafür nicht etwa in einer schlechten Beschaffenheit der Frauenmilch; dieser Irrglaube führt zum Wechsel der Stillenden, damit zu viel Aerger ohne Nutzen, endlich zu vorzeitiger künstlicher Ernährung mit zunächst nicht übersehbaren Folgen. Man suche den Grund vielmehr zunächst in der Quantität der vom Kinde getrunkenen Frauenmilch. Häufig ist Unterernährung an der Brust, sich auch durch Obstipation verrätend, schuld an der mangelnden Gewichtszunahme. Die Wägung der getrunkenen Mengen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entscheidet, ob nicht Unterernährung vorliegt, das Nichtgedeihen durch Zufütterung behoben werden muß. Bei Unterernährung der Mütter kann natürlich auch Fettmangel der Frauenmilch Ursache des Nichtgedeihens sein — Kriegserfahrungen haben uns das gelehrt —. Hier ist nicht Absetzen, sondern ausreichende Ernährung der Stillenden geboten. Kommen quantitative Verhältnisse nicht in Betracht, dann muß man die Ursache des Nichtgedeihens im Kinde suchen. Es kann sich um chronische Infektionen handeln, die allerdings der genauen klinischen Beobachtung kaum entgehen dürften (z. B. Tuberkulose, Lues, Pyelozystitis). Es kann sich auch um eine konstitutionelle Minderwertigkeit handeln. Exsudative Diathese, Neuropathie, Asthenie, jede für sich oder in Kombination, spielen eine bedeutsame Rolle. Noch manches andere mag in Frage kommen, vielleicht ein Bedarf mancher Kinder an mehr Eiweiß und mehr Kalk, als in der Frauenmilch vorhanden, von uns noch nicht bekannten Stoffwechselverhältnissen ganz abgesehen. Es wäre nicht richtig, bei der Unklarheit, die über diese Dinge herrscht, die Kinder abzusetzen und sie künstlich aufzuziehen, selbst wenn in einem oder anderem Fall damit ein Erfolg erzielt werden kann. Eher kommt der Versuch der Zwiemilchernährung in Frage, bei der man vorsichtig zuerst eine Mahlzeit auswechselt, um den Erfolg abzuwarten. Gegen vollständiges Absetzen spricht der Schutz, den die Frauenmilch gegen komplizierende akute enterales Störungen, gegen Infektionen bietet. Man nehme lieber mäßige Gewichtszunahme in den Kauf, ehe man das Kind besonderen Gefahren aussetzt; denn das neuropathische Kind erkrankt bei der künstlichen Ernährung leicht an Krämpfen oder an Laryngospasmus, um nur ein Beispiel zu nennen. Beharren bei der natürlichen Ernährung unter frühzeitiger Beigabe von Beikost läßt schließlich doch den Erfolg eintreten. Von konstitutionell minderwertigen Kindern darf man nicht erwarten, daß sie sich wie solche entwickeln, welche die beste Erbmasse mitbekommen haben. Darüber die Mütter aufzuklären, ist notwendig, um sie nicht zu Hilfen greifen zu lassen, die, von nichtärztlicher Seite angepriesen, dem Kinde schädlich werden können.

Während man also bei nichtgedeihenden Säuglingen an der Brust im wesentlichen an der natürlichen Ernährung unter kleinsten Modifikationen festhalten wird, muß man bei künstlich genährten nichtgedeihenden Säuglingen eine aktivere Therapie treiben. Handelt es sich um junge Säuglinge, wird stets als Bestes die natürliche Er-

¹⁾ Schluß dieser Aufsatzreihe. D. Red.

nährung vorzuschlagen sein. Ist sie nicht durchführbar, wird man die künstliche Ernährung modifizieren müssen. Dabei muß man sich aber der Grenzen bewußt sein. Schwere Formen der Atrophie sind überhaupt nur durch Frauenmilch zu retten. Die Wahl der künstlichen Ernährung richtet sich im allgemeinen danach, ob eine enterale Störung zu befürchten ist oder nicht. Je schlechter der Zustand des Säuglings, desto eher leiden seine Funktionen, die der Bewältigung der Nahrung dienen. Man wird daher bei schwer atrophischen Säuglingen, ferner bei nichtgedeihenden, die bereits vorher wiederholt akute enterale Störungen durchgemacht haben, nicht gern zur Reparation künstliche Nahrungsmische verwenden, welche zwar auf der einen Seite geeignet wären, wieder normale Anwuchsverhältnisse zu schaffen, auf der andern Seite aber die Gefahr eines Durchfalls in greifbare Nähe rücken. Die Anreicherung der Milchmischungen, z. B. mit größeren Mengen von Kohlenhydraten (7, 8, 9 und mehr Prozent), ist daher bei ihnen kontraindiziert. Bei hypotrophischen Säuglingen, bei denen eine enterale Störung weniger zu befürchten ist, die vorher reichlich Milch und wenig Kohlenhydrate erhalten haben, können kohlenhydratreiche Milchverdünnungen versucht werden. Als Kohlenhydrate wähle man Kochzucker, bei starker Verstopfung, harten weißen Stühlen Löfflunds Malzsuppenextrakt. Der Arzt nehme davon Abstand, sich auf nach einem bestimmten Rezept hergestellte oder aus der Apotheke zu beziehende Heilnahrungen festzulegen. Er soll mit den vorhandenen Rohmaterialien improvisieren. Im erwähnten Falle kann er eine Therapie mit Milchverdünnungen treiben, die er je nach Bedarf mit Kohlenhydraten anreichert. Er muß nur über die Wirkung dieser Anreicherung orientiert sein. Er wird z. B. einem Säugling im Alter von 4 Monaten, der bisher z. B. mit einem Liter $\frac{2}{3}$ -Milch und 5% Soxhlets Nährzucker ernährt wurde und dabei nicht gediehen ist, 800 g Halbmilch geben, die er mit 10 g Mehl und 50 g Löfflunds Malzsuppenextrakt anreichert. Er wartet das Ergebnis ab; tritt unter Besserung des Allgemeinbefindens Gewichtszunahme ein, bleibt er bei der Mischung. Bleiben die Stühle fest, ohne daß Gewichtsanstieg erfolgt, vermehrt er die Menge des Malzextrakts je nach Reaktion des Kindes auf 60 g und darüber. Werden bei 50 g Malzextrakt bereits die Stühle dünn, schränkt er die Menge auf 40 g ein oder nimmt gleiche Teile Kochzucker und Malzextrakt, denn unter allen Umständen muß er vermeiden, daß die gewählte Heilnahrung eine enterale Störung setzt. In jenen Fällen, in denen die kohlenhydratreichen Mischungen nicht indiziert sind, muß er eiweißreiche Gemische versuchen, z. B. Buttermilch oder nach dem Prinzip der Eiweißmilch zusammengesetzte Nahrungsmische, in deren Milieu man größere Mengen von Kohlenhydraten ohne Gefahr zuführen kann. Gerade bei Säuglingen mit Dyspepsiegefahr ist dieses Vorgehen zu bevorzugen. Für die Buttermilch spricht wohl auch der günstige Einfluß der vorhandenen Säure. Kompliziert wird das Problem der Behandlung der chronischen Ernährungsstörungen auch noch dadurch, daß man die Ernährungsmenge größer wählen muß als für normale Kinder, man im allgemeinen mit 100 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht nicht auskommt, sondern von manchen Mischungen bedeutend mehr zuführen muß, 140, 160, 180. Um das Volumen nicht besonders stark zu vermehren, wird man unter Umständen gezwungen sein, die Mischungen konzentriert zu wählen. Während die Methoden der Kohlenhydrat- und Eiweißanreicherung ziemlich erprobt sind, ist die der Fettanreicherung noch im Stadium des Versuchs. Sicherlich wird man bei einer Reihe von Störungen noch mehr erreichen, wenn man auch die Fettmenge erhöht durch Zugabe von Butter und Sahne, wie ich das bei der künstlichen Ernährung beschrieben habe. Aber dort, wo bereits wiederholt enterale Störungen eingetreten sind, ist Fettanreicherung ebenso wie Kohlenhydratanreicherung gefährlich. Nochmals sei betont, daß keine einzige künstliche Heilnahrung das leistet, was die Frauenmilch vermag. Man dehne die Zufuhr der Heilnahrung nicht über das notwendige Maß hinaus aus, ich rate speziell vom längeren Gebrauch von mit Eiweiß angereicherten Mischungen bei nichtgedeihenden Säuglingen ab, weil der erzielte Anwuchs sicherlich kein normaler ist, die Resistenzverminderung des Kindes lange Zeit bestehen bleibt und auch die Gefahr der Spasmophilie näher liegt als sonst. Welche Ernährungsmethode man immer wählen mag, stets sei man in der Pflege darauf bedacht, Infektionen fern zu halten. Die intimen Beziehungen zwischen Ernährung und Pflege zeigen sich in keinem Fall eklatanter als bei der Behandlung schlechtgedeihender Säuglinge.