

Nochmals zur Frage der Säuglingspflege in den Frauenkliniken.

Von M. Hofmeier.

Die Ausführungen von Herrn Langstein in Nr. 48 (1917) dieser Wochenschrift zu meinem gleichlautenden Artikel in der vorangehenden Nummer nötigen mich zu einer Erwiderung, um neuen Mißverständnissen vorzubeugen. Denn es ist ja offenbar ein Mißverständnis, wenn Herr Langstein den von mir geschriebenen Satz, „daß spätere, d. h. später wie zehn Tage nach der Geburt eingetretene Schädigungen der Gesundheit der Säuglinge hier außer Betracht blieben, weil nicht zur Sache gehörig“, so deutet, als hätte ich damit sagen wollen, daß die Frauenkliniken nicht verantwortlich wären für spätere schwere Gesundheitsstörungen durch ungeeignete Pflege, an denen die Kinder dann bald nach dem Austritt aus der Klinik zugrunde gingen. Das ist doch selbstverständlich! Aber darum handelt es sich eben hier garnicht, sondern nur allein um die Frage, wieviel Kinder innerhalb der ersten acht bis zehn Lebenstage infolge einer solchen ungeeigneten und unachtsamen Pflege sterben können. Denn allein hierauf, d. h. auf die Obduktionen solcher Kinder war die Anschuldigung gegen die Jenaer Frauenklinik begründet und nicht etwa auf den Nachweis einer schlechten Pflege. Es ist also völlig gegenstandslos, mir den Vorwurf zu machen, ich hätte die Verantwortlichkeit der Frauenklinik für die späteren Folgen einer schlechten Pflege hier abgewiesen, und zu sagen, dies sei eine Lehre, von der nur zu hoffen sei, daß sie den Studenten nicht vorgetragen würde. Nach den Ausführungen von Herrn Langstein könnte man fast meinen, ich hätte es als besonders empfehlenswert bezeichnet, wenn man die Neugeborenen hungern und im Schmutz liegen ließe, während ich doch ausdrücklich hinzugefügt habe, dies seien doch Verhältnisse, die auch in der schlechtest geleiteten Frauenklinik undenkbar seien. Diesen Nachsatz scheint Herr Langstein ebenso wie manche eifrige Zeitungsrezensenten vollkommen übersehen oder nicht beachtet zu haben.

Herr Langstein nimmt ferner Anstoß daran, daß wir die Ansicht vertreten, die Mortalität der ersten acht bis zehn Lebenstage sei im wesentlichen unabhängig von der Pflege und bedingt durch andere Momente (Geburtseinflüsse, Lebensschwäche, Mißbildungen usw.), und er meint weiter, die Zahl der Todesfälle infolge Mißbildung und Geburtstraumen sei minimal. Als Beweis für seine Anschauung führt er dann die Resultate des Auguste-Viktoria-Hauses an (im Jahre 1915 253 Geburten mit einem Todesfall, im Jahre 1916 280 Geburten ohne Todesfall). Diese Zahlen beweisen ja nun freilich, ganz abgesehen von ihrer Kleinheit, sehr wenig. Denn es kommt natürlich in erster Linie auf das geburtshilfliche Material an, das doch recht verschieden sein kann und wird. Statistische Ziffern kann man eben nicht vergleichen, ohne deren Grundlagen genau zu kennen.

Was nun die Todesursachen der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen selbst anbetrifft, so habe ich, und zwar gerade mit Rücksicht auf die Anschuldigungen gegen Henkel, von dem damaligen Assistenten der Klinik, Herrn A. Beck, die kindlichen Todesfälle an der hiesigen Klinik in den letzten zehn Jahren bearbeiten lassen¹⁾. Das Resultat war folgendes: auf 8700 Geburten kamen 220 Todesfälle bei durchschnittlich neuntägigem Aufenthalt nach 207 Geburten = 2,52% vor. Nach von v. Franqué²⁾ beträgt der allgemeine Prozentsatz der Säuglingssterblichkeit in den ersten zehn Lebenstagen durchschnittlich 3,5% im Deutschen Reiche. Er nimmt an, daß dies etwa ein Fünftel der im ersten Jahre überhaupt Gestorbenen sei, und rechnet die Todesfälle der ersten fünf Lebenstage ohne weiteres zusammen mit den Todesfällen während der Geburt und den Totgeburten als Schwangerschafts- und Geburtsschädigungen, die für Deutschland dann etwa 5,4% der Geburten betragen. Es ist also die Ziffer unserer Todesfälle unter Berücksichtigung der Häufung pathologischer Geburten in den Kliniken durchaus mäßig. Von diesen 220 Todesfällen entfielen 105 auf 96 Frühgeburten des 7., 8. und 9. Monats an Lebensschwäche (darunter 22 Zwilling- und 67 Drillingskinder) mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von drei Tagen. Bei den Obduktionen fand sich fast regelmäßig fast absolute oder sehr weitgehende Atelektase

der Lungen, trotzdem die Kinder oft mehrere Tage gelebt hatten. Von den Müttern war bei 7 Nephritis, bei 9 Tuberkulose, bei 11 Placenta praevia im Spiele. 32 Kinder starben direkt an den Folgen der schweren Geburten (3 an schwerer Asphyxie, 26 an direkten Geburtstraumen, meist Hirnblutungen, 3 durch Aspiration von fauligem Fruchtwasser bei Tympania uteri), 6 weitere an Pneumonien, die wahrscheinlich auch durch Aspiration erworben waren. 10 Kinder starben infolge angeborener Mißbildung (Zwerchfellhernie, Hydrozephalus, Meningocele, Hydronephrose, Herzfehler, Thymus- und Thyreoidahypertrophie). 7 Kinder starben infolge von Lues der Mütter, 8 infolge von Nabelinfektionen, 7 weitere an Sklerem. Ein Kind starb nach Operation einer Nabelhernie, eins nach Sectio caesarea (wahrscheinlich Narkose), eins wurde morgens erstickt im Bett der Mutter aufgefunden, das die Mutter trotz strengen Verbots heimlich in der Nacht zu sich genommen hatte. Ein Kind starb an schwerem Ikterus (Infektion?), ein weiteres an Infektion einer kleinen Kopfwunde, die wahrscheinlich schon bei der schweren Zangenoperation infiziert war. Eine Anzahl von Kindern wurde aus äußeren Gründen nicht obduziert.

Auf diese Todesursachen im einzelnen einzugehen, fehlt es an Raum. Kurz nur sei darauf hingewiesen, daß die Todesfälle an Mißbildungen durchaus nicht so minimal sind. Sie betragen immerhin 10 auf 207 Geburten, also fast 5%, und die Todesfälle durch direkte Geburtsbeschädigungen betragen mindestens 32 zu 207 = 15,5%.

Fragt man nun, welche von diesen Kindern etwa durch sorgfältigere Behandlung hätten gerettet werden können, so wären in erster Linie vielleicht die Nabelinfektionen zu nennen. So bedauerlich derartige Todesfälle auch sind, ganz werden sie sich kaum vermeiden lassen. Selbst bei sorgfältigster Beachtung und Vermeiden des täglichen Bades waren auch in der Breslauer Klinik auf etwa die gleiche Anzahl Geburten (7300) 0,08% Todesfälle an Nabelsepsis³⁾. Für Perlin betrug diese Zahl nach C. Keller⁴⁾ im Jahre 1904/05 1,4% der Lebendgeborenen.

Dann wird man ohne Zweifel einwenden, daß unter der Zahl der an „Lebensschwäche“ Gestorbenen vom 7., 8. und 9. Monat eine größere Anzahl hätte erhalten werden können. Ich gebe gern zu, daß, wenn für jedes derartige Kind eine eigene Pflegerin zur Verfügung gestanden hätte und neben jedem derselben eine Sauerstoffbombe, um ihm vorübergehend oder andauernd Sauerstoff zuzuführen, oder geeignetes und genügendes Personal, um solche Kinder bei Tage und bei Nacht mit der Schlundsonde zu ernähren, wie dies im Auguste-Viktoria-Hause möglich ist⁵⁾, vielleicht einige dieser Kinder vorläufig hätten erhalten werden können. Aber dies gehört eben in die Rubrik der kostspieligen Einrichtungen der Säuglingsheime, von denen ich gesprochen habe, die mir nicht zur Verfügung stehen. Herr Langstein meint zwar, für eine rationelle Säuglingspflege wären besondere kostspielige Einrichtungen garnicht nötig. Nein, gewiß nicht, wenn es nur darauf ankäme, ein besonderes Zimmer für sie einzurichten, obgleich selbst dies hier in Würzburg z. B. nicht möglich wäre. Aber damit ist es doch nicht getan. Ich weiß nicht, ob Herr Langstein in der Lage wäre, aus seinem Etat zu berechnen, wie hoch sich der Tagessatz für einen Säugling im Auguste-Viktoria-Hause im ganzen beläuft. Ich habe vor Jahren, als ich mich vorübergehend mit dem Gedanken trug, in Würzburg ein Säuglingsheim einzurichten, mich mit den Etatsverhältnissen derartiger Anstalten etwas beschäftigt und weiß nur, daß dieser Tagessatz, alles zusammen gerechnet, ganz ungewöhnlich hoch ist, ohne Zahlen nennen zu können.

Es fragt sich nun, ob es sich lohnt, in den Frauenkliniken solche Einrichtungen zu treffen. Für die Säuglingsheime mögen sie sich lohnen, weil diese die Möglichkeit haben, die Säuglinge monatelang einer solchen Pflege teilhaftig werden zu lassen; für die Frauenkliniken lohnen sie sich aber kaum, solange wir die Mütter und die Kinder nicht länger als acht bis zehn Tage im Hause behalten können. Denn so wie diese Kinder aus den schützenden Mauern der Klinik entlassen werden, gehen sie doch mit Sicherheit zugrunde. Es ist schon niederdrückend genug, wenn man einmal nachforscht, wieviel Kinder, die man unter Aufwendung von so viel Mühe und Kunst und unter Gefährdung des mütterlichen Lebens durch Kaiserschnitt, künstliche Frühgeburt usw. endgültig gerettet zu haben glaubt und völlig gesund aus der Klinik entläßt, nach einem Jahre noch am Leben sind. Und wie würde sich dies erst stellen mit diesen lebensschwachen Kindern, die man als kümmerliche Pflänzchen mit künstlicher Sauerstoffzufuhr, abgemolkener Muttermilch und Schlundsonde mühsam zehn Tage am Leben erhalten hätte? Als Beispiel sei Folgendes angeführt: Im Jahre 1900 gelang es uns durch äußerst mühevoller Pflege ein Zwillingpaar von 950 und 1050 g aus dem siebenten Schwangerschaftsmonat ein Vierteljahr lang am Leben zu erhalten und auf 1800 respektive 1900 g zu bringen.

¹⁾ I.-D. Würzburg 1917.

²⁾ Zschr. f. Säugsfürs. 3: Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- u. Säuglingsheime als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

³⁾ Eicke, Zschr. f. Geburtsh. u. G. 63. — ⁴⁾ C. Keller, Zschr. f. Geburtsh. u. G. 58. — ⁵⁾ Reiche, Volkm. klin. Vortr. 256.

Acht Tage nach der nun erfolgten Entlassung unter der Pflege der Großmutter waren sie bereits tot. Und dies wird nicht anders werden, bevor nicht im Sinne der Ausführungen in der oben angeführten Arbeit von v. Franqué im großen Maßstabe Mütterheime eingerichtet werden, in denen die Mütter mit ihren Kindern unter der Verpflichtung des Selbststillens eine Reihe von Monaten Aufnahme finden. Daß dies in absehbarer Zeit erreicht werden könnte, möchte ich allerdings sehr stark bezweifeln. Denn es ist nicht bloß eine Frage des Geldes, und zwar sehr großer Summen, sondern wird auch an dem Widerstande der Mütter scheitern oder doch die größten Schwierigkeiten finden, die jetzt schon oft mit der größten Mühe länger als acht bis neun Tage in der Klinik zu halten sind.

Abgesehen aber von diesem Gesichtspunkte der Nutzlosigkeit solcher Einrichtungen in Frauenkliniken, bietet sich die weitere Frage, ob es sich überhaupt verlohnt, auf die Erhaltung dieser „debilen“ Kinder soviel Mühe und Kosten zu verwenden. Daß diese bei den Früchten unter 1000 g Anfangsgewicht in der Tat ziemlich weggeworfen sind, geht aus der genannten Arbeit von Reiche hervor. Denn diese so mühsam durchgebrachten Früchte zeigten später alle grobe körperliche und geistige Defekte, und die Erhaltung solcher Individuen ist doch wahrlich kaum ein erstrebenswertes Ziel. Reiche meint zwar, daß aus seinen Untersuchungen der Schluß gezogen werden müsse, daß die Aufzucht eines frühreif geborenen Kindes keine undankbare Aufgabe sei, sondern die aufgewandte Mühe und Arbeit lohne, und daß diese Kinder sich zu vollwertigen, gesunden Menschen entwickeln könnten. Daß das letztere vorkommen kann, ist natürlich nicht zu bezweifeln; es wird um so eher möglich sein, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten war, und kann im einzelnen Falle freilich sehr wichtig sein. Einen Beweis für diese Behauptung im allgemeinen finde ich aber in der Arbeit von Reiche nicht; denn sie bezieht sich augenscheinlich nur auf die Beobachtungszeit im Auguste-Viktoria-Hause. Aber die Probe auf das Exempel fängt doch erst nachher an. Und den meisten von diesen Müttern liegt herzlich wenig daran, ob diese Kinder erhalten werden oder nicht. Im ganzen liegen, wie es scheint, über das spätere Schicksal solcher Kinder wenig sichere Nachforschungen vor. Wall hat sich zwar in einer sehr dankenswerten und mühsamen Arbeit¹⁾ mit der Weiterentwicklung solcher „frühgeborenen“ Kinder beschäftigt. Er stellte fest, daß von diesen Frühgeborenen während der ersten acht Lebensstage bereits 30% und innerhalb des ersten Lebensjahres von denen, über welche er Nachrichten bekommen konnte, 62,3% (!) und weitere 6,6% nach dem ersten Lebensjahre verstorben sind. Von dem überlebenden kleinen Rest glaubt er allerdings annehmen zu können, daß sie zwar manchmal eine verspätete körperliche und geistige Entwicklung zeigten, aber doch im allgemeinen sich ziemlich normal entwickelten. Leider fehlt aber in der Arbeit jede Definition dessen, was er unter „frühgeboren“ versteht, und jeder Hinweis darauf, um wieviel diese später normal entwickelten Kinder zu früh geboren waren und wie lange sie etwa Anstaltspflege genossen hatten. Dies aber würde erst einer solchen Nachforschung den wahren Wert geben. Denn daß ausnahmsweise gelegentlich Kinder von 1500–2000 g Anfangsgewicht durchkommen und gut gedeihen, selbst bei einer in einer Frauenklinik bereiteten künstlichen Nahrung, ist ebenfalls eine „Binsenwahrheit“, die uns längst bekannt war. Hier spielt eben der Begriff der „Reife“, im Unterschied zum Ausgetragensein und Nichtausgetragensein, auf welche z. B. Pfaundler²⁾ und Jaschke³⁾ soviel Gewicht legen, eine große Rolle. Diese Unterschiede sind uns Geburtshelfern praktisch ja längst bekannt, und ich persönlich habe seit vielen Jahren meine Zuhörer gelegentlich immer darauf hingewiesen. Gerade diese Kinder pflegen für ihr Durchbringen keinen besonderen Apparat zu benötigen. Zu einem ähnlichen Resultat bezüglich des späteren Schicksals solcher „debilen“ Kinder gelangt Pfaundler (s. o.), der noch besonders bezüglich der späteren Prognose auf die Bedeutung der Ursachen der Debilität hinweist. Er berechnet die Letalität der Neugeborenen mit einem Anfangsgewicht unter 2000 g auf 38,1% im zweiten bis fünften Lebensjahre. Aber auch hier fehlen genauere Angaben, auf wieviele Kinder sich diese Ziffern beziehen, wie weit und wie oft das Anfangsgewicht unter 2000 g blieb und wie lange etwa diese Kinder in den Anstalten gepflegt worden waren. So groß also auch im Einzelfalle der Triumph darüber sein mag und so interessant es rein physiologisch ist, daß es gelingt, ein solches debiles Kind mit allen Hilfsmitteln der Säuglingsheime einige Monate am Leben erhalten zu haben, so wenig scheint mir dadurch die Frage beantwortet, ob damit der Allgemeinheit viel genützt ist.

Aus diesen Darlegungen geht wohl hervor, daß ich durchaus nicht oberflächlich oder grundlos den Satz hingeschrieben habe, daß die Todesfälle der Neugeborenen in den ersten acht bis zehn Lebens-

tagen, d. h. während ihres Aufenthalts in den Frauenkliniken, im wesentlichen von der Pflege unabhängig seien, wenn nicht solche groben Fehler vorkämen, wie sie auch in der schlechtestgeleiteten Frauenklinik undenkbar seien.

Hierher gehört auch noch eine andere Bemerkung von Herrn Langstein. Ich hatte geschrieben, daß trotz weitestgehender natürlicher Ernährung doch immer noch einzelne Säuglinge blieben, bei denen künstliche Ernährung notwendig sei. Herr Langstein macht darauf aufmerksam, daß für solche Ausnahmefälle in einer Anstalt doch noch andere „Milchspenderinnen“ zur Verfügung ständen. Er glaubt darauf hinweisen zu müssen, daß es für die betreffenden Leiter der Kliniken ein unbedingtes Erfordernis sei, hiervon Gebrauch zu machen, und er glaubt, daß derartige (auch ohne statistische Feststellungen) von einer Reihe von Geburtshelfern vorgesehen sei. Glaubt Herr Langstein wirklich im Ernst, daß dieser wahrhaft rettende Gedanke einer anderen Reihe von Geburtshelfern bisher fremd gewesen sei? Mir scheint, offen gestanden, daß bei einigen Pädiatern etwas sonderbare Anschauungen über die Zustände in den Frauenkliniken herrschen.

Daß im Uebrigen ein Vergleich zwischen Säuglingsheimen und den Verhältnissen an den Frauenkliniken überhaupt nicht gut möglich ist, das haben wir ja gerade betont und haben dieserhalb einen solchen Vergleich eben zurückgewiesen.

Inzwischen ist in dieser Wochenschrift ein Artikel von Opitz über das gleiche Thema erschienen. Auf den Inhalt desselben näher einzugehen, erübrigt sich, da die von ihm hauptsächlich behandelte Frage, nämlich die Erhaltung der „lebensschwachen“ Kinder, oben schon ausführlicher erörtert ist. In einem weiteren Hauptpunkt sind wir ja völlig einer Meinung, daß nämlich keine besonderen Einrichtungen, wie sie die Säuglingsheime haben, für die Frauenkliniken für die Erreichung ihrer Zwecke in der Säuglingspflege nötig sind, nämlich um die Neugeborenen über die Fährlichkeiten der ersten zehn Lebensstage hinüberzubringen. Daß die betreffenden Einrichtungen an den Frauenkliniken zum Teil verbesserungsfähig sind, habe ich ja selber ausgeführt. In der Hauptsache aber wird es sich bei diesen durch solche verbesserten Einrichtungen erreichten besseren Resultaten um einige dieser „lebensschwachen“ Neugeborenen handeln. Und die besseren Resultate werden, abgesehen von Einzelfällen, in der Hauptsache Scheinresultate sein, d. h. sie überdauern den Aufenthalt der Säuglinge in den Kliniken nur kurze Zeit. Daß die Säuglingsheime in dieser Beziehung ganz andere Aufgaben haben, ist doch gewiß nicht zu bestreiten.

¹⁾ Mschr. f. Geburtsk. u. G. 37. — ²⁾ Döderleins Handbuch. — ³⁾ Physiologie und Ernährung des Neugeborenen, Bergmann 1917.