

M



Über die Häufigkeit des Stillens und die Gründe des Nichtstillens bei der ärmeren Bevölkerung Rostocks.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

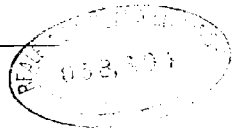
einer

hohen medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Albert Praetorius,

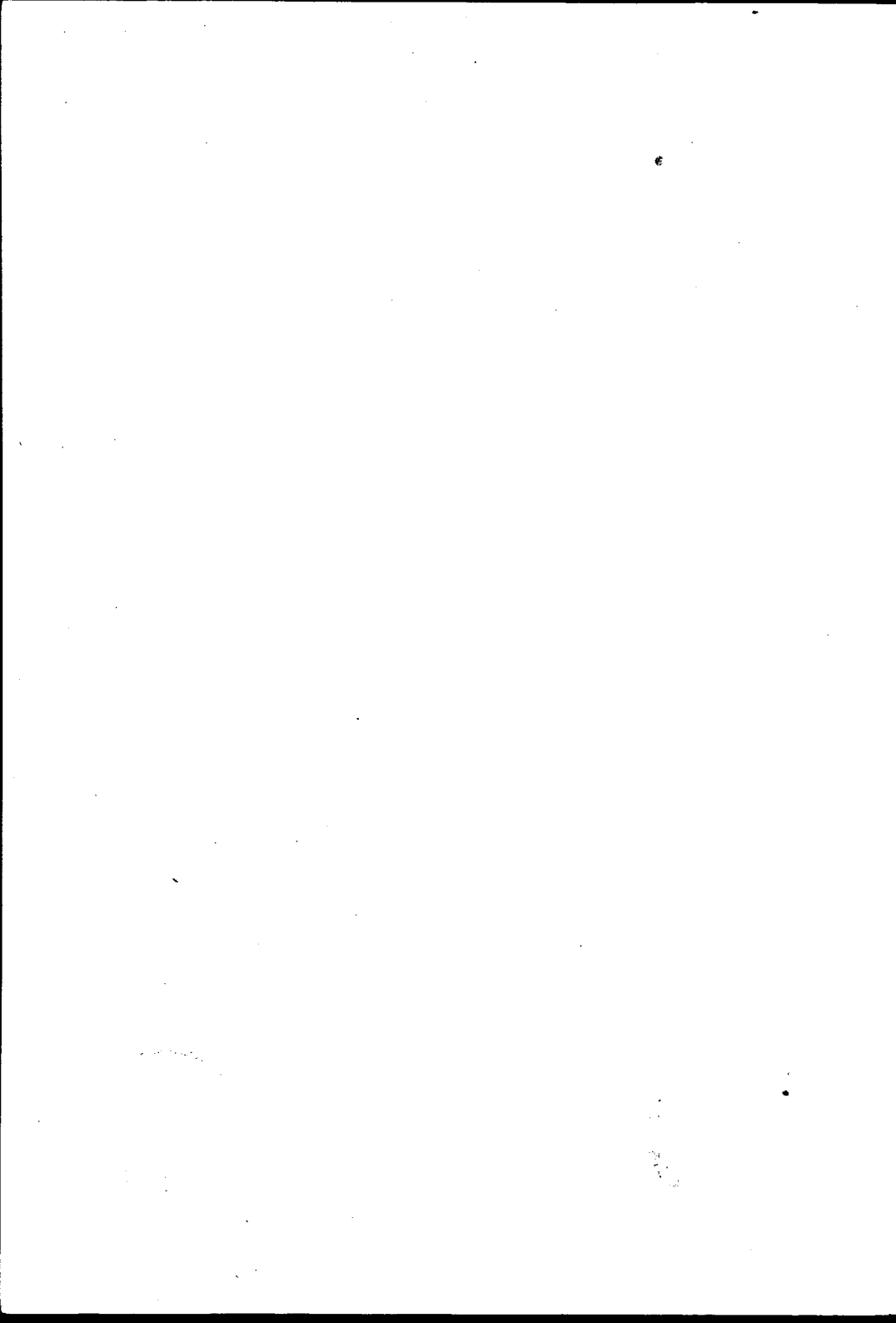
prakt. Arzt aus Graudenz.



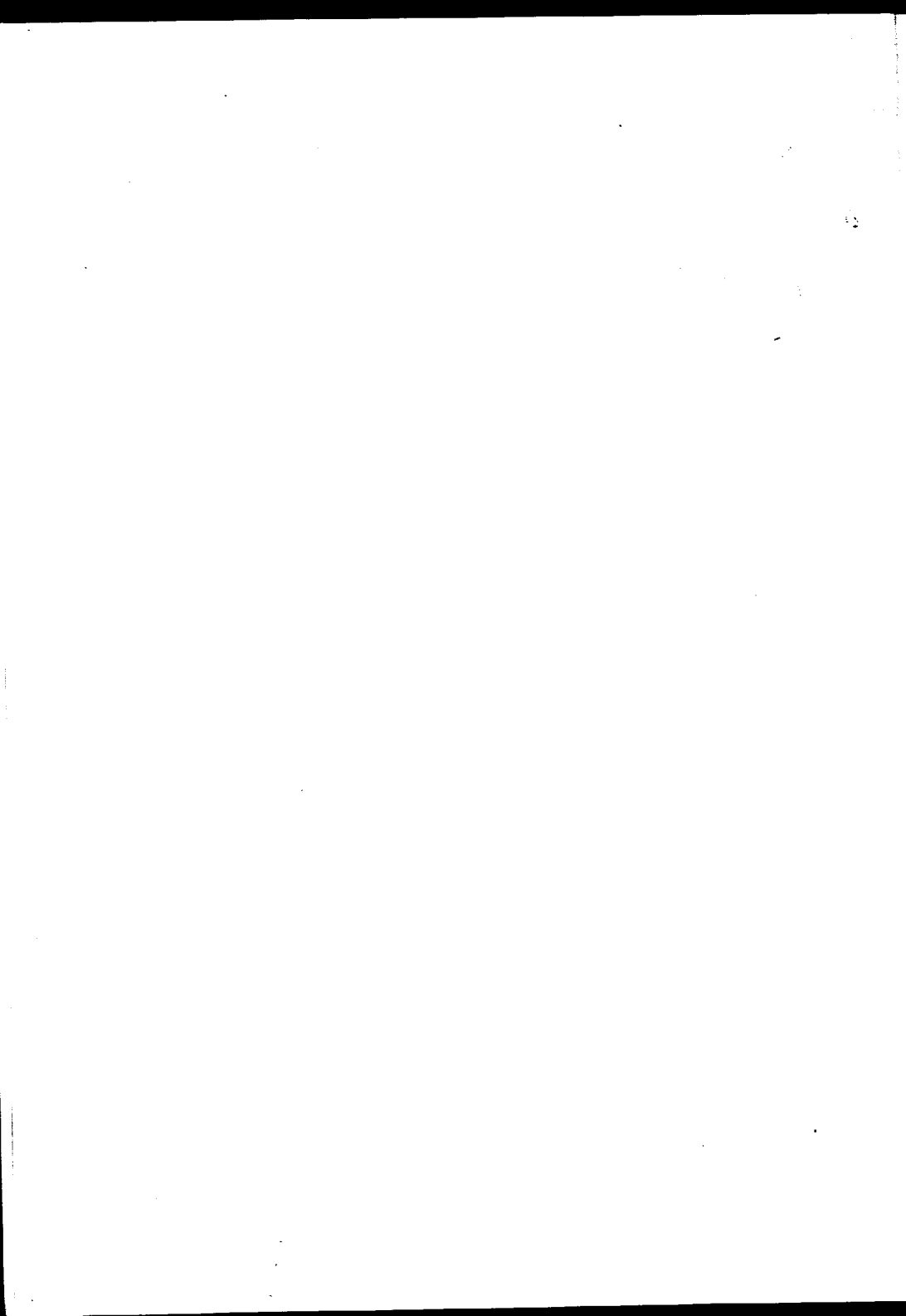
Rostock.

Carl Boldt'sche Hof-Buchdruckerei.
1908.





Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.



Die statistisch nachgewiesene Tatsache, daß von allen in Deutschland lebend geborenen Kindern nur $\frac{4}{5}$ in das zweite Lebensjahr eintreten, und daß von allen Todesfällen allein der 3. Teil Kinder im ersten Lebensjahr betrifft, hat seit fast einem Jahrzehnt die Aufmerksamkeit enger und weiter Kreise auf das Schicksal dieser hilflosen Säuglinge gelenkt, deren Erhaltung im politischen wie wirtschaftlichen Interesse eines jeden Staates, vor allem aber aus Humanitätsgründen zu erstreben ist.

Es ist deshalb von verschiedenen Seiten her durch mehr oder weniger umfangreiche Erhebungen die Frage eingehend geprüft und durch Statistiken erläutert worden, aus welchen Gründen eine so hohe Sterblichkeitsziffer im Säuglingsalter in die Erscheinung tritt.

Wenn bei den angedeuteten Untersuchungen der Einfluß von Klima, Witterung, Bodenbeschaffenheit, Wohnungsfrage, sozialer Lage und anderen Faktoren für die einzelnen Gegenden und Bevölkerungsschichten auch nicht ohne Bedeutung ist, so stimmt man doch im großen und ganzen heutzutage in der Annahme überein, daß einer der Hauptgründe für die hohe Sterblichkeit unserer Säuglinge in der Ernährungsweise und zwar in der immer mehr abnehmenden natürlichen Ernährung zu suchen ist. Nach diesem Gesichts-

punkt sind denn auch Statistiken aufgestellt worden in: Berlin, Leipzig, Nürnberg, Stuttgart und Graz, auf die ich später noch näher eingehen will.

In Anlehnung an die zuletzt erwähnten statistischen Erhebungen dürfte es deshalb auch von Interesse sein, sich über die einschlägigen Verhältnisse in einer norddeutschen Stadt wie Rostock zu orientieren, um einen Überblick zu gewinnen über die Art und Weise der für die Säuglingssterblichkeit so bedeutsamen Ernährung und über die eventuellen Mittel, die letztere zu verbessern.

So habe ich denn auf Veranlassung des Herrn Privatdozenten Dr. med. Brüning, des Leiters der Rostocker Universitäts-Kinder-Poliklinik, ein Material von 2000 Fällen gesammelt, nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet und die erhaltenen Resultate in Tabellen eingetragen.

Dieses Material wurde in den drei letzten Jahren 1905, 1906 und 1907 in der Weise vorbereitet, daß bei den zur Untersuchung oder Behandlung in die Universitäts-Kinder-Poliklinik gebrachten Kindern bei der Mutter resp. Pflegemutter oder Verwandten derselben nach Möglichkeit genaue Erkundigungen eingezo gen wurden, ob das betreffende Kind überhaupt gestillt worden war, ob es Zwiemilch erhalten hatte, weshalb es nur mit der Flasche aufgezogen resp. aus welchen Gründen es vorzeitig abgesetzt wurde etc.

Gleichzeitig wurde bei einer größeren Anzahl geforscht, wie die Ernährungsverhältnisse der übrigen Geschwister in dem ersten Lebensjahre sich gestaltet hatten, die Gründe für die eine oder die andere Methode

der Ernährung festgestellt und in dem poliklinischen Journal ebenso wie die erstgenannten Angaben notiert.

Was nun das Milieu und den Stand der Eltern dieser zur Beobachtung gekommenen Kinder betrifft, so ist es ja wohl selbstverständlich, daß wir es in der Poliklinik nur mit Angehörigen der ärmeren Volksklassen zu tun haben. Ich bemerke deshalb, daß außer den als „Arbeiter“ bezeichneten Personen die große Menge der Tagelöhner, Handwerker, Händler, Musiker, Seeleute, Subalternbeamten und dergleichen zu der Gruppe der poliklinischen Besucher hinzuzurechnen ist.

Der eventuell zu erhebende Einwand, daß das Resultat durch Ausschaltung der mittleren und höheren und damit auch der besser situierten Bevölkerungsschichten einseitig ausfallen müßte, ist natürlich nicht zu leugnen, aber immerhin weniger bedeutungsvoll, da der Ursprung der Sammelstatistik, die ja vor allem lokalen Wert haben soll, eine Stichprobe aus denjenigen Klassen bedeutet, die Geltung für den Hauptteil der Rostocker Bevölkerung und auch für die Höhe der Säuglingsmortalität innerhalb der Stadt beanspruchen kann.

Ich muß an dieser Stelle einen von Dr. Brüning im Rostocker Ärzteverein 1907 gehaltenen und in Gemeinschaft mit Dr. Balck in der „Zeitschrift für Säuglingsfürsorge“, Band I, 1906 und 1907 veröffentlichten Vortrag erwähnen, auf den ich im Laufe dieser Dissertation noch öfter zurückgreifen werde.

Die Autoren geben in dieser „Säuglingssterblichkeit in Rostock“ betitelten Arbeit an der Hand der Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes

sowie vor allem mit Hilfe der durch Professor Pfeiffer in Rostock mitgeteilten Resultate aus dem Jahre 1901 (Festschrift zur 26. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege) ein Bild von der Säuglingssterblichkeit in Rostock. Ich übergehe alle näheren Einzelheiten und will zunächst nur darauf hinweisen, daß nach deren Ermittlungen in dem 10jährigen Zeitraum von 1897—1906 eine Mortalität von 16,70 % der Lebendgeburten in der Stadt Rostock vorhanden war.

Es fragt sich nun, welche Stände den größten Anteil an dieser, in Anbetracht der sonst relativ günstigen Lebens- und Mortalitätsbedingungen in der Stadt gewiß hohen Ziffer haben. Nach Dr. Brüning und Dr. Balcks Berechnung, die allerdings nur den Jahrgang 1904 der lebend geborenen Kinder betrifft, ergibt sich, daß die Prozentsätze der Säuglingssterblichkeit für die 4 Klassen der Bevölkerung (die der unehelichen Säuglinge als eine besondere gerechnet) sich folgendermaßen gestalten:

- | | |
|------------------|---------|
| 1. uneheliche | 24,05 % |
| 2. Arbeiterstand | 17,08 % |
| 3. Mittelstand | 10,48 % |
| 4. höhere Stände | 3,85 %. |

Es stirbt also, um mit Dr. Brüning und Dr. Balck eine andere Ausdrucksweise zu gebrauchen, von je 100 unehelichen bzw. den Arbeiter-, Mittel- oder höheren Ständen angehörigen Kindern jedes vierte, sechste, zehnte resp. erst dreißigste wieder ab, bevor es noch ein Jahr alt geworden ist.

Aus dem zuletzt Gesagten läßt sich aber auch der große Wert ohne weiteres ablesen, gerade aus den unteren Ständen der Bevölkerung Material für die Gründe der Säuglingssterblichkeit zu sammeln und kritisch zu beleuchten.

Die höhere Sterblichkeitsziffer der unehelichen Kinder, sowie derer des Arbeiterstandes im Gegensatz zu den besser situierten veranlaßt mit Recht zu der Frage, welche Gründe hierbei obwalten könnten, zumal nicht etwa ein Absinken der Säuglingsmortalität, sondern vielmehr ein Ansteigen derselben in Rostock zu verzeichnen ist. Sollten der mitgeteilten Differenz etwa nur weniger günstige allgemeine Lebensbedingungen zugrunde liegen oder sind die Ursachen auf anderem Gebiet zu suchen? Vor allem aber wäre zu eruieren, ob eins der jetzt allgemein angenommenen Hauptmomente, das Nachlassen der natürlichen Säuglingsernährung an der Mutterbrust, für die relativ hohe und stetig wachsende Säuglingssterblichkeit verantwortlich zu machen ist. Nach dieser Richtung hin für die Rostocker Verhältnisse einen Beitrag zu liefern, ist die Aufgabe der nunmehr mitzuteilenden Erhebungen, die sich, wie schon oben betont, auf 2000 Fälle stützen.

Von diesen 2000 Kindern waren

1845 ehelich geboren = 92 %

155 unehelich geboren = 8 %.

Aus der Gesamtzahl von 2000 Kindern, deren Ernährungsweise genauer geprüft werden soll, müssen zunächst eine Anzahl abgesondert werden, bei denen entweder die Dauer der Ernährung an der Mutterbrust nicht genau angegeben werden konnte, oder aber ein

Grund, weshalb sie abgesetzt worden sind, in den Journalen nicht verzeichnet war.

In diese Gruppe gehören 690 Kinder, von denen 685 ehelicher und 5 illegitimer Herkunft waren. Bei 206 derselben betrug die Stilldauer „mindestens 6 Monate“, war jedoch bei einer nicht zu kontrollierenden Zahl auch eine noch längere. Die übrigen 484 verteilen sich wie folgt:

6 Monate wurden gestillt	=	60
6--12 „ „ „	=	242
länger als ein Jahr	=	182.

Die im Vorigen erwähnten 690 Kinder sind also als Brustkinder im engeren Sinne zu bezeichnen, d. h. bei ihnen betrug die Stillzeit 6 Monate und mehr.

Ziehen wir die 690 eigentlichen Brustkinder von der Gesamtzahl 2000 ab, so restieren 1310 Kinder, bei welchen die Dauer des Stillens und auch die Gründe des Abstillens von den Müttern bez. Pflegemüttern genau angegeben werden konnten.

Die nachstehende Tabelle gibt über die einschlägigen Verhältnisse Auskunft.

Tabelle A.

Zahl der Kinder	ehe-lich	un-ehelich	Flaschen-kinder	Gründe für das Nichtstillen resp. Absetzen der Kinder						
				angeblich keine Nahrung resp. zu wenig	organ. Fehler der Mutter	organ. Fehler des Kindes	Schwäche od. inter-kurrente Erkrankung der Mutter	Soziale Verhältnisse	verschiedene andere Gründe	nicht-angegebene Gründe
1310	1160	150	822	533	21	4	154	125	97	376

Wie aus der Tabelle hervorgeht, waren von den 1310 Kindern, bei denen bei Brustkindern der Grund des Absetzens eruiert werden konnte, 1160 ehelich und 150 unehelich geboren.

Von diesen 1310 waren 822 ausschließlich mit der Flasche ernährte und die übrigen 488 hatten mehr oder weniger lange die Brust erhalten und zwar

468	bis zu 15 Tagen,
380	„ „ 1 Monat,
288	„ „ 2 Monaten,
206	„ „ 3 Monaten
und 62	„ „ 4 Monaten,

während 20 mit Zwiemilchernahrung d. h. mit Muttermilch unter Beigabe der Flasche aufgezogen wurden.

Fassen wir die aus den bisher Gesagten sich ergebenden Zahlen nochmals zusammen, so ist folgendes hervorzuheben:

1. Von 2000 Kindern insgesamt sind 822 = 41 % Flaschenkinder, d. h. solche, welche niemals der Mutterbrust teilhaftig geworden sind, und 1178 = 59 %, bei welchen ein Versuch des Stillens mit mehr oder weniger langer Dauer gemacht worden ist.
2. Von den 1178 überhaupt Gestillten wurden, eine 6 monatliche Stillperiode als hinreichend vorausgesetzt,

488 = 41 % nicht genügend,

690 = 59 % genügend gestillt.

3. Auf die Gesamtzahl der 2000 Kinder berechnet, wurden

1310 ($2000 - 690$) = 66 % gar nicht oder nicht genügend, und 690 = 34 % genügend, d. h. länger als 6 Monate von der Mutter genährt.

Nun ist aber erfahrungsgemäß eine wenn auch noch so kurze Stilldauer immer von Vorteil für die betreffenden Kinder und deshalb auch ein 3 monatiges Verweilen an der Mutterbrust schon ein recht günstiges und erfreuliches Zeichen. Mit Einziehung der mehr als 3 Monate muttergesäugten Kinder, deren Zahl sich nach der obigen Zusammenstellung auf 268 beläuft, erhöht sich also die Zahl der relativ lange Zeit Gestillten von 690 auf 958.

Damit würden wir also insgesamt $958 = 81\%$ der Gestillten bez. 48% der Gesamtzahl erhalten, bei welchen die Gefahren der Flaschenfütterung entsprechend der Dauer der vorhergegangenen Darreichung der Brust weniger bez. überhaupt kaum noch in Frage kommen konnten.

Gehen wir nunmehr wieder zur Tabelle A zurück und betrachten die Gründe, welche für das Nichtstillen bez. für das Absetzen der Kinder von der Brust angegeben wurden. Sie sind ungemein verschieden und mannigfach.

Das weitaus bedeutendste Kontingent der sicher und prompt angegebenen Ursachen stellt das Vorgeben „keine Nahrung“ oder „keine Nahrung mehr“ zu haben. Es sind von 1310 Fällen

$$533 = 41\%,$$

also fast die Hälfte aller angegebenen und nicht angegebenen Gründe.

Von diesen 533 Kindern sind

334 = 63 %

nur mit der Flasche aufgezogen, während bei den übrigen

199 = 37 %

wenigstens teilweise der Versuch des Stillens gemacht, teilweise auch auf einige Monate ausgedehnt worden ist. Nur 2 sind bis 12 Monate gestillt worden, als „die Milch versiegte“. In diesen beiden Fällen ist bei dem guten Willen der Mütter eine derartige Angabe wohl glaubhaft.

11 sind mit gemischter Kost (teilweise Brust, teilweise artfremde Milch) aufgezogen, weil die Kinder mit der dargebotenen Muttermilch nicht satt gemacht werden konnten. Daß nun in allen übrigen Fällen ein Mangel an Milchsekretion vorlag, ist kaum glaubhaft, obgleich gegen die Hälfte der betreffenden Frauen betonte, „trotz Versuchs“ zu keinem genügenden Resultat gekommen zu sein. Bei einigen Müttern wurde deshalb in der Poliklinik der „Versuch“ gemacht, welcher stets positiv ausfiel: „die Milch floß sehr reichlich“.

Eines Falles möchte ich noch Erwähnung tun, in welchem die betreffende Mutter ihre ersten 12 Kinder sämtlich weit über $\frac{1}{2}$ Jahr gestillt zu haben angab, während beim 13. jegliche Nahrung ausblieb. In einem anderen Falle ist der Mangel an Milch und gleichzeitige „Schwäche“ vom Arzte konstatiert worden. Weiter begegnen wir der Angabe „Zwillinge, keine Nahrung“. Es ist jedoch kaum wahrscheinlich, daß



die Zwillingsgeburt mit einem absoluten Milchmangel einhergegangen ist, die betreffende Frau ist vielmehr durch die immerhin schwere Geburt anfangs sehr geschwächt gewesen und hat später aus Bequemlichkeitsgründen die Flaschenernährung beibehalten.

Betrachten wir nun die zweite Kategorie der als Stillungshindernis angegebenen Gründe „wegen organischer Fehler der Mutter“. Es sind im Vergleich zu den anderen nur verhältnismäßig wenige, nämlich

$$21 = 1,60 \%$$

Von diesen Kindern erhielten 18 nur die Flasche, während bei den übrigen 3 ein Stillen bis zu höchstens 3 Monaten noch versucht worden war. Wir stoßen dabei ferner auf einige wenige Fälle, in denen wegen des „Vorhandenseins nur einer Brust“ ein Stillen nicht stattgefunden hat, müssen aber betonen, daß bei Anwesenheit der anderen gesunden Brust ein Versuch zu stillen bezw. die Brust neben der Flasche zu reichen durchaus nicht ausgeschlossen gewesen wäre. Ferner werden hin und wieder Angaben gemacht, wie „eingezogene Brustwarzen“ oder „überhaupt keine Warze“, „die Brust war garnicht entwickelt“, oder „die Warzen waren zu klein“ und dergl.

Wie weit diese Gründe wirklich stichhaltig gewesen sind, entzieht sich unserer Begutachtung.

In der 3. Rubrik kommen die organischen Fehler des Kindes als Ursache des Nichtgestilltwerdens zur Geltung. Es sind von 1310 nur

$$4 = 0,30 \%$$

und zwar handelt es sich bei 2 Kindern um Gaumenspalten, die das Sausen ja ungemein erschweren, wenn nicht ganz zur Unmöglichkeit machen, wie bei dem 3. mit einer Hasenscharte geborenen Kinde. Bei dem 4. war „die Zunge nicht gelöst“. Mit Ausnahme des letzten Grundes müssen wir die übrigen wohl als berechtigt gelten lassen, wengleich auch hier vielleicht die Möglichkeit bestanden hätte, durch systematisches Verabreichen abgedrückter Muttermilch die Kinder wenigstens über die ersten Tage und Wochen hinwegzubringen. Die „angewachsene Zunge“ aber, das Ankyloglossen, ist fast stets eine so harmlose, in ihrer Bedeutung als Saughindernis vom Publikum weit überschätzte Anomalie, daß sie als triftiger Grund zum Nichtstillen eines Kindes unter keinen Umständen angesehen werden darf, und außerdem ja auch durch Lösung des Zungenbändchens die vermeintliche Störung ganz leicht hätte beseitigt werden können.

Ein weiteres Argument für das Unterlassen des Stillens finden wir in der 4. Rubrik „Schwäche, Krankheit, interkurrente Erkrankung der Mutter“. Es sind:

154 = 11,75 % der Fälle.

Den größten Anteil an dieser Zahl haben die Angaben „die Mutter war zu schwach zum Selbststillen“. Es sind das weit über die Hälfte von allen. Auch hier finden wir hin und wieder den Vermerk „sie hätte aber stillen können“, mit anderen Worten: eine absolute Funktionsuntüchtigkeit der Brustdrüsen lag nicht vor; es fehlte nur an dem guten Willen der

Mutter oder einer sachverständigen Aufklärung über diese „Schwäche“.

Unter den Krankheiten, welche die natürliche Säuglingsernährung in Frage stellen, wurde sehr häufig „wunde Brust“ genannt. Interessant ist es, daß in solchen Fällen das Stillen mehrfach auch vom Arzt verboten wurde, trotzdem kaum angenommen werden kann, daß dies stets berechtigt gewesen ist. Nehmen wir selbst an, es läge eine Mastitis vor und sie wäre doppelseitig, so ist ein Saugen des Kindes an der kranken Brust noch lange nicht schädlich, weder für das Kind noch die Mutter, sofern eben keine Eiterkörperchen in die Milch übergehen. Letztere Erscheinung ist jedoch leicht unter dem Mikroskop festzustellen und würde einen hinreichenden Grund zum Absetzen des Säuglings abgeben. Andererseits verschafft aber der Säugling der Mutter selbst große Erleichterung durch Beseitigung der sonst in der Brust eintretenden schmerzhaften Stauung, eine Wirkung, die man zweckmäßig durch weitere Maßnahmen (Hochbinden usw.) unterstützen kann. Bei der einseitigen Mastitis ist ein Anlegen vor allem an die gesunde Brust durchaus ohne irgend welche Gefahr und deshalb von Ärzten und Hebammen stets anzuraten.

Auch Angaben wie „die Brust entzündete sich“ oder „es floß Blut statt Milch“ lassen natürlich auf Mastitis beziehungsweise Schrunden an den Brustwarzen schließen und sind, was das Stillen anbelangt, von den bereits erörterten Gesichtspunkten aus zu betrachten.

Doch ist nicht zu vergessen, daß gerade die Rhagaden der Brustwarzen beim Saugen des Kindes vielfach außerordentlich schmerzhaft sind, so daß in der Tat schon aus diesem Grunde das Stillen zur Unmöglichkeit wird. In solchen Fällen kann man aber sehr wohl bei gutem Willen der Stillenden das Kind durch ein Warzenhütchen trinken lassen, um auf diese Weise für eine entsprechende Therapie Zeit zu gewinnen und hinterher, wenn der Prozeß abgeheilt ist, das Kind wieder anzulegen. Wie weit nach dieser Richtung hin in unseren Fällen der Stillversuch unternommen wurde, entzieht sich allerdings ebenfalls der genaueren Kontrolle.

Zu den interkurrenten „Schwächezuständen“ möchte ich 4 Fälle rechnen, bei welchen nur durch erneute Gravidität und die damit häufig verbundenen körperlichen, wie seelischen Zustände dem Stillen mit gewissem Recht ein Ziel gesetzt wurde. In allen war ein regelmäßiges Anlegen durch mindestens 3 Monate hindurch zu verzeichnen gewesen. Ganz anders verhält es sich mit den oft genug zur Entschuldigung angeführten „Kreuz- oder Rückenschmerzen“. In zwei derartigen Fällen hat sogar der Arzt vom Stillgeschäft abgeraten, eine Maßregel, die sicherlich Beachtung verdient, falls es sich nicht um ein leichtes vorübergehendes Leiden gehandelt, sondern länger dauernde Schonung und sonstiges hygienisches Verhalten die Beschwerden nicht zu heben vermocht hat. Dagegen ist selbstverständlich einer Mutter mit Lungentuberkulose von vornherein das Stillen direkt zu ver-

bieten, um eine Infektion des Säuglings zu verhindern, welche bei dem innigen Kontakt zwischen Mutter und Kind sonst kaum vermeidlich ist. Auch von diesem Leiden sind einige wenige Fälle zu verzeichnen gewesen, wozu natürlich auch die Angaben zu rechnen sind: „Mutter bekam gleich nach der Entbindung Blutsturz“ oder „Mutter litt an Lungenblutungen“. Zu den obenerwähnten konsumierenden Krankheiten, die ein Stillen ausschließen, gehören auch schwere Bluterkrankungen, wie hochgradige Anämie, Chlorose etc.

Ferner finden wir die Notiz: „die Mutter litt an einem Herzfehler“, sie versuchte das Stillen erst gar nicht, da sie meinte, „sie wäre zu schwach“. Handelte es sich in diesem Falle um einen inkompensierten Herzfehler, so wäre eine Weigerung, die Brust zu geben, wohl berechtigt, dagegen hätte die Frau bei Kompensation desselben absolut keinen Schaden für sich dabei zu haben brauchen und den Versuch zu stillen unter sorgfältiger Überwachung durch ihren Hausarzt bis zu dessen Abraten unbedenklich auch im Interesse ihres Säuglings durchführen können.

In einem solchen Falle hatte sogar die Hebamme das Stillen verboten, weil „die betreffende Mutter „herzkrank“ sei“. Die Untersuchung in der Poliklinik ergab aber nicht den geringsten Anlaß zur Diagnose eines Herzleidens, ein Beweis, wie energisch das Stillverbot durch die Hebamme bekämpft werden muß.

Ein anderes Mal wurde nur angegeben „Mutter mußte ins Krankenhaus“, weiter „Mutter wurde zur

Operation in die Frauenklinik gebracht, sie hatte bis dahin ihr Kind 14 Tage lang gestillt.“

Und endlich begegnen wir und zwar mehrmals dem Rat der Hebamme, die „das Stillen nicht wollte, weil die Frau zu schwach sei“, eine Maßregel, die meines Erachtens nur bei ärztlicher Untersuchung Berechtigung beanspruchen kann.

Eine andere Mutter hatte Lungenentzündung bekommen und deshalb das Kind absetzen müssen.

In zwei weiteren Fällen handelte es sich um Eklampsie, die ja selbstverständlich das Nähren an der Brust ausschließt, in einem dritten Falle um „Krämpfe“, ohne daß es gelang, festzustellen, welcher Art dieselben gewesen sind.

Eine Frau mußte wegen Lues eine Inunctionskur durchmachen, hätte aber in diesem Falle unbedenklich ihr Kind selbst nähren können, falls nicht andere Gründe ein Absetzen erheischten.

Von sonstigen Gründen zum Nichtstillen infolge interkurrenter Krankheit der Mutter wird „Epilepsie“ angegeben, ebenso in zwei Fällen „Geisteskrankheit“. Jedenfalls schließen beide Erkrankungen keineswegs von vornherein eine natürliche Ernährung aus, sondern es ist dabei von Fall zu Fall zu entscheiden. Was endlich die akuten Infektionskrankheiten betrifft, so hat Salge an der Überzeugung festgehalten und erst vor kurzem auch experimentell bestätigt, daß ein Schaden für das Kind beim Stillen durch die erkrankte Mutter nicht entsteht, indem er einer scharlachkranken Mutter ihr Kind ruhig an der Brust beließ mit dem

Erfolge, daß nur eine minimale Verdauungsstörung bei dem Kinde auftrat und dieses nach einigen Tagen der Zwiemilchernährung später wieder ausschließlich Mutterbrust bekam.

Endlich finden wir noch 3 Angaben, daß „die Mutter bald nach der Entbindung erkrankte und wenige Tage später starb“. Schwere Operationen, wie Nierenexstirpation bei Vereiterung der Niere, lassen selbstverständlich das Stillen nicht zu, während in einem anderen Falle eine Augenerkrankung demselben nichts in den Weg gestellt hätte. Andererseits wird man bei „Blutbrechen“ der Mutter das Anliegen des Kindes einstweilen nicht empfehlen können, wie es auch in einem Falle geschehen ist.

Sehen wir uns jetzt die Fälle an, in welchen aus sozialen Verhältnissen die natürliche Ernährung des Säuglings unterblieben beziehungsweise unterbrochen worden ist. Es sind im ganzen

125 Fälle = 9,54 %

unter diesen sind eheliche Kinder

35 = 28 %

und uneheliche

90 = 72 %.

Von den genannten wurden nur mit der Flasche aufgezogen:

73 = 58,4 %

also weit über die Hälfte, während die übrigen noch einige Zeit die Brust erhielten, jedoch nur ein einziges bis $\frac{1}{2}$ Jahr. Unter den Müttern ehelicher Säuglinge, die infolge wirtschaftlicher Verhältnisse nicht gestillt

haben, finden wir wegen des Mangels an Fabriken in Rostock, in welchen Frauen beschäftigt werden, nur sehr wenige Fabrikarbeiterinnen, nämlich nur 2.

Die übrigen sind Frauen von Bäckern oder Fleischern, die im Ladengeschäft ihren Männern zur Seite stehen müssen und daher sich selbst nur sehr unregelmäßig oder überhaupt nicht um ihr Kind kümmern konnten.

Endlich sind es noch einige Schauspielerfrauen, welche dem Bühnenberuf angehörten und deshalb der Stillpflicht entsagen mußten.

Unter den Müttern unehelicher Kinder sind hauptsächlich die Schnitterinnen, Dienstmädchen, Ladnerinnen, Wirtschaftserinnen, Schneiderinnen und sonstige in „Stellung“ befindliche Personen vertreten. Diese sind meist infolge ihrer Armut und ihrer Abhängigkeit durch die Stellung bald wieder gezwungen, ihrer Beschäftigung nachzugehen, und höchst selten in der Lage, ihr Kind an der Brust aufzuziehen. Nur in der Frauenklinik werden sie zum regelmäßigen Stillen angehalten, das aber meistens sofort ausgesetzt wird, sobald sie die Klinik verlassen. Wir finden deshalb auch gerade bei dieser Klasse der Mütter in der Tabelle bei der Stillungsdauer von 1—15 Tagen die höchste Zahl mit 23, welche in den weiteren Rubriken schnell abnimmt. Die Kinder werden dann für gewöhnlich zu einer „Ziehmutter“ in Kost gegeben, bei welcher sie dann natürlich ausschließlich der Flaschenfütterung anheimfallen, so daß die höhere Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge im Verhältnis zu den ehelich

geborenen hierdurch zum großen Teil sich erklären läßt und darum auch besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Nach diesen Betrachtungen kommen wir jetzt zu den verschiedenen in den vorstehenden Rubriken nicht unterzubringenden Gründen, die oft genug abenteuerlicher Art sind, und von denen nur einige erwähnt werden mögen. Eine Frau will ihr Kind bis zum vierten Tage an die Brust gelegt haben ohne jeden Erfolg. Es ist jedoch eine bekannte Tatsache, daß oft genug Kinder in den ersten Tagen nicht ziehen wollen, oder aber eine Sekretion der Brustdrüse sich nicht sogleich einstellt. In solchen Fällen tritt jedoch der Erfolg namentlich dann ein, wenn durch öfteres Anlegen und den hiermit einhergehenden Saugreiz das Einschließen der Milch angeregt wird.

Eine andere Mutter setzte ihr Kind für immer ab wegen Brechdurchfalls.

Ferner hören wir häufig, daß das Kind „nicht satt“ wurde, zweimal, daß ein Stillen unterblieb, weil die Mutter erst 18 Jahre resp. noch zu jung wäre. Im letzteren Falle war das Verbot seitens des Arztes ausgesprochen worden.

Weiterhin wird die Milch beschuldigt, „die nichts taugte“ oder „es traten danach grüne Stühle auf“, weshalb auf ärztlichen Rat die Flasche gegeben wurde, so daß das Kind sich von nun an weigerte, die Brust zu nehmen, da ja die Saugkraft bei der Flaschenfütterung eine erheblich geringere ist und das Kind ohne wesentliche Anstrengung sich sättigen kann.

Auch Angaben wie „der Busen war nicht entwickelt“ sind nicht stichhaltig, da es nach tausendfältiger Erfahrung aus der Praxis nicht etwa auf die Größe, sondern auf das Parenchym der Brustdrüse ankommt, wie auch Engel in dem neuen Schloßmann-Pfaundler'schen Handbuch der Kinderheilkunde nochmals dargetan hat.

Von sonstigen Gegengründen gegen das Stillen seien noch genannt: „Kind wollte nicht“, „die Milch bekam ihm nicht, weil die Mutter kurz vorher operiert war“, „nicht genug Milch vorhanden, dann wollte es nicht mehr“, „Kind brach alles aus“, „Nahrung ungesund“, „Kind vertrug die Milch nicht“, „Mutter wollte nicht nähren“, „Mutter gewöhnt es einfach nach 12 Wochen an die Flasche“, nach Angabe der Hebamme war „die Milch schlecht“, „Mutter reiste fort“ oder gar „die Mutter hatte einen schlimmen Finger“, eine Affektion, welche in der Tat in einem Falle der Mutter einen hinreichenden Grund zum Nichtstillen abgegeben hat.

Außer den bisher erwähnten Gründen gegen das Selbststillen sind noch 6 Fälle zu nennen, in denen erneute Gravidität das Absetzen des Kindes als wünschenswert erscheinen ließ.

Betrachten wir nunmehr die an anderen Orten gefundenen Resultate einschlägiger Untersuchungen zwecks Vergleichs mit den in Rostock zu Tage geförderten Ergebnissen. Von den hierhergehörigen Arbeiten sei erwähnt die Dissertation von H. Michaelis, welcher an 500 Fällen aus der Berliner Arbeiterbevölkerung, —

darunter 487 eheliche und 13 uneheliche — berechnen konnte, daß 9 Monate und darüber gestillt wurden

$$141 = 28,2 \%, \text{ während}$$

56 Kinder länger als 3 Monate und weniger als 9 gestillt worden waren. Michaelis rechnet diese 56 und 6 weitere mit Allaitement mixte zu den 141 hinzu und erhält demnach unter den 500 Kindern

$$297 = 59,4 \%,$$

welche entweder gar keine oder ungenügend Muttermilch erhalten hatten. Bei

$$172 = 34,5 \%$$

war überhaupt kein Versuch zum Anlegen des Säuglings gemacht worden. Soziale Momente waren als Hinderungsgrund maßgebend bei

$$87 = 17,5 \%,$$

Milchmangel bei

$$102 = 20,4 \%$$

und „Schwäche“ der Mutter wurde 36 mal angegeben, wobei das Stillen 25 mal vom Arzt und 11 mal von der Hebeamme verboten worden war. Krankheit der Mutter resp. des Kindes fand sich in

$$101 \text{ Fällen} = 20,2 \%.$$

Ähnlich lauteten die Resultate von M. Hohlfeld aus der Leipziger Universitäts-Kinderklinik, deren Besucher die große Masse der städtischen Bevölkerung abgeben.

Von 4891 Kindern wurden

$$2725 = 55,71 \%$$

überhaupt gestillt. Fast die Hälfte erhielt also die Brust nicht oder weniger als 8 Tage.

Unter den erwähnten 55,71 % der überhaupt Gestillten wurden 6 Monate lang gestillt

$$1090 = 48,61 \%$$

aber nur

$$27,51 \%$$

der Gesamtzahl, so daß bei dieser Stlldauer die Rostocker Ergebnisse mit rund 34 % etwas günstiger ausgefallen sind.

Außer den Arbeiten von Michaelis und Hohlfeld sei noch auf eine Publikation von Steinhardt aufmerksam gemacht, der in Nürnberg an 500 Fällen folgendes eruieren konnte.

Überhaupt gestillt wurden

$$67,4 \%$$
 der Kinder.

Von den 163 Müttern, welche sich der Stillpflicht entzogen, gaben

$$71 = 43,5 \%$$

Milchmangel an. Es war jedoch auch hier meistens kein Versuch gemacht worden, der, wie oben bemerkt, vielleicht noch erfolgreich gewesen wäre. Im ganzen wurden 136 Mütter unehelicher Kinder beobachtet, und zwar in der Klinik 20. Bemerkenswert ist, daß von diesen 20 Frauen 19 stillen konnten, d. h. also über 90 %. Von den übrigen 116 ledigen Müttern, die nicht

in der Klinik ihr Wochenbett durchmachten, stillten dagegen nur 45 %.

Wenn auch nach dem Gesagten ein großer Prozentsatz der Mütter nicht stillt, so ist doch die vielfach befürchtete zunehmende Unfähigkeit zu stillen, welche namentlich der Baseler Physiologe von Bunge betont hat, nach Untersuchungen namhafter Forscher nicht zuzugeben. So berichtet z. B. G. Martin aus der Landeshebeammen-Anstalt Stuttgart, daß von 10178 in der Anstalt niedergekommenen Frauen und Mädchen nicht weniger als

88,2 %

stillfähig waren und auch tatsächlich gestillt haben.

10,5 %

konnten nur teilweise und

1,3 %

überhaupt nicht zum Säugegeschäft verwandt werden.

Auch Nigris erhob an der Gebäranstalt in Graz bei

6961

Fällen ähnliche Resultate, indem

83,13 %

ausschließlich und

7,79 %

teilweise, d. h. also insgesamt

90 %

zum Stillen sich eigneten.

Was nun endlich noch bei den Rostocker Verhältnissen die erhaltenen Resultate bei Familien mit mehreren

Kindern anlangt, so sind dieselben aus folgender Tabelle B zu entnehmen.

Tabelle B.

Es wurden gestellt:

		überhaupt nicht	bis 3 Monat	bis 6 Monat	bis 1 Jahr	über 1 Jahr	Summa	
							Kinder	Familien
In Familien mit 2 Kindern	Anzahl	52	19	11	37	27	146	73
	Prozent	35,61	13,01	7,53	25,34	18,49		
mit 3 Kindern	Anzahl	55	10		34	9	108	36
	Prozent	50,92	9,26		31,47	8,33		
mit 4 Kindern	Anzahl	32	14	9	43	2	100	25
	Prozent	32,00	14,00	9,00	43,00	2,00		
mit 5 Kindern	Anzahl	21	12	4	65	28	130	26
	Prozent	16,15	9,23	3,07	50,00	21,53		
mit 6 Kindern	Anzahl	22	3		46	13	84	14
	Prozent	26,19	3,57		54,76	15,47		
mit 7 Kindern	Anzahl	7			7	7	21	3
	Prozent	33,3			33,3	33,3		
mit 8 Kindern	Anzahl	1			23		24	3
	Prozent	4,17			95,83			
mit 9 Kindern	Anzahl	17	1		36		54	6
	Prozent	31,48	1,85		66,6			
mit 10 Kindern	Anzahl	9	1				10	1
	Prozent	90,00	10,00					
mit 11 Kindern	Anzahl			2	9		11	1
	Prozent			18,18	81,82			
mit 12 Kindern	Anzahl	6	6				12	1
	Prozent	50,00	50,00					
mit 13 Kindern	Anzahl				13		13	1
	Prozent				100,00			
mit 14 Kindern	Anzahl				14		14	1
	Prozent				100,00			

Soweit die angeführte tabellarische Zusammenstellung bei der Kleinheit ihres Zahlenmaterials einen Schluß überhaupt gestattet, kann man von einem durchaus günstigen Ergebnis sprechen, insofern, als auch hier die Kinder im allgemeinen mehr oder weniger lange von der Mutter genährt worden sind.

Aus dem Gesagten erkennt man unschwer, daß die Rostocker Zahl, was die absolute Stillhäufigkeit der Frauen überhaupt anbelangt, mit 59 % eine durchaus günstige ist und daß in solchen Fällen, in welchen sich die Mutter zum Selbstnähren ihres Kindes entschließt, ein erfreuliches Resultat zu Tage tritt, in dem 81 % der Gestillten länger als 3 Monate und noch 59 % länger als 6 Monate der natürlichen Ernährung teilhaftig werden. Diese Ziffern verdienen Beachtung im Hinblick auf die Sterblichkeitsverhältnisse der Rostocker Säuglinge und legen die schon von Brüning und Balck ausgesprochene Vermutung nahe, daß nicht so sehr der Mangel der Muttermilch für die im Hinblick auf die sonstigen günstigen Existenzbedingungen in der Stadt, als Ursache der relativ hohen Säuglingsmortalität in Betracht kommt, sondern daß hierbei andere Momente mitspielen müssen. Von den letzteren, soweit sie mit dem in Rede stehenden Thema in Beziehung stehen, sei nur erwähnt, daß die Methodik der künstlichen Ernährung der Säuglinge nach unseren an Besuchern der Poliklinik gemachten Erfahrungen vielfach zur Beanstandung Veranlassung gibt. Überfütterung, unzweckmäßige und falsche Zusammensetzung der

Nahrung, zu häufiges Darreichen der Flasche und dergleichen sind hier zu rügen, da alle diese Fehler die Disposition zu chronischen Verdauungsstörungen mit ihren Folgeerscheinungen (Rachitis, Anämie etc.) herbeiführen können. Immerhin darf aber nicht verkannt werden, daß auch in Rostock gerade in den ärmeren Volksschichten eine Verbesserung der natürlichen Säuglingsernährung noch erwünscht ist. Dies würde zu erreichen sein durch individualisierende Belehrung des Publikums, durch den Hinweis auf die Unersetzlichkeit der Muttermilch für den Säugling, durch regelmäßiges Vorstellen der Säuglinge in der Sprechstunde des Arztes oder der Poliklinik, damit hier von sachverständiger Seite, wie es schon Thiemisch in einer kleinen, lesenswerten Broschüre vorgeschlagen hat, die Gründe für und wider das Selbststillen geprüft und gegeneinander abgewogen und im Bedarfsfalle durch Gewährung von Stillprämien und dergleichen im Sinne moderner Säuglingsfürsorge auf die Mütter eingewirkt werden kann.



13772