

I.

Zehn Jahre (1915 bis 1925) **Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge**

Von Hofrat Professor Dr. LEOPOLD MOLL,
Direktor und Primararzt der Anstalt

Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien, welche in den Jahren 1912 bis 1914 aus den Mitteln des Kaiser Jubiläumsfondes für Kinderschutz und Jugendfürsorge erbaut wurde, wurde im Oktober des Jahres 1915, nachdem sie ein Jahr hindurch als Kriegsspital gedient hatte, ihrer eigentlichen Bestimmung zugeführt.

Die Anstalt erfüllt entsprechend dem von mir seinerzeit entworfenen Betriebsplan mehrere Aufgaben.

A) Als Lehranstalt

Die Anstalt ist zunächst eine Pflegeschule zur Heranbildung von Säuglings- und Kleinkinderfürsorgerinnen, welche aus den verschiedensten Gebieten des Staates in die Anstalt von Seiten der Jugendämter und sonstigen Fürsorgeaktionen zur Ausbildung entsendet werden, oder freiwillig kommen, um nach Absolvierung des einjährigen Ausbildungskurses in die heimatlichen Gegenden wieder zurückzukehren. Dort, mit den heimischen Sitten, Dialekt und Gewohnheiten der Bevölkerung vertraut, verbreiten sie die in der Pflegeschule aufgenommenen Lehren. Auf diese Weise bekämpfen sie die im Volke noch vielfach eingebürgerten Mißbräuche bei der Aufzucht der Kinder, auf die auch heute noch ein großer Teil der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist.

Im Laufe der vergangenen zehn Jahre wurden in der Reichsanstalt 352 Fürsorgerinnen ausgebildet und die meisten betätigen sich in der offenen Fürsorge. Der weitaus größte Teil hat erfreulicherweise in den Bundesländern Anstellung und ein Tätigkeitsfeld gefunden. Dank der erfolgreichen Tätigkeit der Fürsorgeschwestern haben sich immer mehr Gemeinden entschlossen, solche anzustellen. Der Andrang um die Aufnahme in unsere Fürsorgeschule, welche derzeit 48 Plätze umfaßt, ist ein so gewaltiger, daß kaum ein Viertel der um Aufnahme Ansuchenden aufgenommen werden kann. Nicht allein in Österreich, sondern auch in den Sukzessionsstaaten und auch im Auslande haben

unsere Schülerinnen Anstellung gefunden; darunter auch eine ziemlich große Zahl in leitenden Stellungen. Der neu geschaffene Beruf der Säuglingsfürsorgerinnen hat sich deswegen so bald einzubürgern gewußt, weil er so recht der weiblichen Wesensart angepaßt ist. Die Fürsorgerin, welche in die Wohnungen der Armen, der bisher von jeglicher Aufklärung Ausgeschlossenen kommt, findet in dieser Fürsorgearbeit wahre Befriedigung. Ihre Arbeit wird dankend von der Bevölkerung anerkannt und sie dokumentiert sich auch in den Erfolgen. So liefen im Laufe der Jahre wiederholt Tätigkeitsberichte der in den Fürsorgestellen beschäftigten Fürsorgerinnen ein, aus denen hervorgeht, daß seit der Errichtung der Mutterberatungsstellen, in deren Wirkungskreis der Fürsorgerin eine ganz bedeutende Rolle zufällt, die Stillhäufigkeit in der Bevölkerung wesentlich zugenommen und die Säuglingssterblichkeit bedeutend abgenommen hat.

Nur der wirkliche Erfolg muntert zur neuen Arbeit wieder an. Die auf dem flachen Land tätigen Fürsorgerinnen leisten eine ganz besondere Arbeit, da sie weite Strecken und mühsame Wege zurückzulegen haben, um in die Häuser der zu Befürsorgenden zu gelangen. Man kann nicht genug bewundernd anerkennen, welchen Strapazen und Mühen sich diese Pioniere im Interesse der Volksaufklärung und Sozialhygiene unterziehen.

Die Fürsorgerinnen sind in der weitaus größten Zahl von einem städtischen oder Landesjugendamt angestellt. Sie unterstehen dem Fürsorgearzt und der Berufsvormundschaft und haben sowohl bei der rein ärztlichen wie bei der allgemeinen Jugendfürsorge mitzuwirken. Sie haben mitzuhelfen, die wirtschaftliche Lage des Kindes zu sichern und soweit als möglich zu verbessern, Erhebungen zu pflegen, die Rechte des Kindes zu vertreten und, wie schon bemerkt, den Müttern durch Unterweisung und Belehrung über die zweckmäßige Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes beizustehen. Eine so große Aufgabe kann jedoch die Fürsorgerin nur dann erfüllen, wenn sie die entsprechende Eignung, wie sie dieser ideale Beruf verlangt, neben einer entsprechenden Ausbildung besitzt.

Die Bedingungen für die Aufnahme in unsere Schule sind dementsprechend streng. Die Schülerinnen, welche während des vollen Schuljahres im Internat der Anstalt wohnen, haben reichlich Gelegenheit, die Pflege gesunder und kranker Säuglinge und Kleinkinder kennen zu lernen und in das Wesen des Kindes einzudringen, so daß sie aus eigener praktischer Erfahrung nachher imstande sind, die Richtigkeit der modernen Pflege-, Ernährungs- und Erziehungsmaßnahmen zu vertreten und die so gewonnenen Kenntnisse zu verbreiten. Es ist ein besonderer Vorteil für unsere Pflegeschule, daß in der Anstalt nicht allein kranke, sondern auch gesunde Kinder Aufnahme finden, letztere aus sozialen Gründen, so daß die Schülerinnen Gelegenheit haben, den Unterschied des Gesunden vom Kranken kennen zu lernen. Besonders

wichtig ist für die Heranbildung der Säuglingsfürsorgerin, daß sie die Möglichkeit hat, während ihrer Ausbildungszeit den Umgang mit den Müttern, die bald nach der Entbindung in die Anstalt eintreten, zu pflegen und alle die Veränderungen in der Seele der Frau, die durch die Mutterschaft hervorgerufen werden, kennen zu lernen. Der Umgang mit den zu beratenden Müttern muß praktisch erlernt werden; soll er in richtiger Weise vorgenommen werden. Die Pflege der Kinder besorgt die Schülerin unter Belehrung der Anstaltsärzte und unter Anleitung der Lehrschwestern. Die Erörterung jeden Falles in gesundheitlicher und fürsorgerischer Beziehung bildet im Laufe des Jahres die Grundlage eines ganz gewaltigen Lehrstoffes, der auch der Schülerin die Möglichkeit gibt, näheren Einblick in die wirtschaftlichen Verhältnisse zu gewinnen, unter denen die Kinder fürsorge- bzw. anstaltsbedürftig geworden sind.

Ein besonderes Kapitel der Ausbildung ist die Pflege des kranken Kindes, damit die Fürsorgerin in der Praxis in die Lage versetzt wird, der besorgten Mutter im bescheidenen häuslichen Milieu im Falle der Erkrankung eines Kindes bei der Pflege des Kindes behilflich sein zu können. Die Mütter empfinden eine solche Anteilnahme ungemein wohlthuend und dankbar. Besonderes Gewicht wird auch bei der Ausbildung auf die Zubereitung der Säuglingsnahrung gelegt.

Weiters betätigt sich die Schülerin auch in der offenen Fürsorge, d. h. in der Mutterberatungsstelle der Reichsanstalt, wo sie bei der Beratung der Mütter teilnimmt, bzw. von der Lehrschwester in die Wohnungen der Mütter geführt wird.

Es ist notwendig, daß die Schülerin durch geschulte Kräfte in diese praktische Außenarbeit eingeführt wird. Kommt es doch hier vielfach darauf an, mit einem Blick die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse zu erfassen, den richtigen Ton im Umgang mit den Müttern zu finden und das Vertrauen derselben zu gewinnen. Desgleichen machen die Schülerinnen auch Hausbesuche bei der Tuberkulosefürsorge und werden hier ebenfalls durch eine erfahrene Fürsorgeschwester in die häuslichen Verhältnisse, unter denen die Kinder zu leben gezwungen sind, eingeführt.

Der theoretische Lehrstoff ist ein sehr umfangreicher und wird jährlich in rund 500 Lehrstunden, die zum größten Teil im Hörsaal der Anstalt abgehalten werden, behandelt.

Die Schülerinnen werden ausgebildet in der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung des kindlichen Organismus. Diese Vorträge werden im anatomischen Univ.-Institut (Prof. Dr. TANDLER) und im physiologischen Univ.-Institut (Prof. Dr. DURIG) von deren Assistenten gelesen.

Die anderen Vorlesungen werden im Hörsaal der Reichsanstalt täglich abgehalten, gewöhnlich in der Zeit von vier bis sieben Uhr nachmittags. Die weiteren Unterrichtsgegenstände sind folgende: Die

Pflege des gesunden und kranken Kindes, die Aufgaben und Einrichtungen des Mutterschutzes und der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (Prof. Dr. L. MOLL), die Lehre von den Infektionskrankheiten und allgemeine Krankheitslehre (Assistent Dr. EUGEN STRANSKY), seelische Entwicklung des Kindes und Erziehungslehre (Assistent Dr. OSKAR LOEWY). Ernährungslehre und Lebensmittelkunde (Prof. Dr. ZARIBNITZKY und Dr.-tech. L. TAVS). Schwangerenfürsorge (Dr. R. PATEK). Gesundheitswesen und Sanitätsgesetze (Sektionschef Dr. HABERLER). Rechtsfürsorge und Vormundschaftswesen (Ministerialsekretär Dr. K. LICHT). Sozialversicherung und Krankenkassenwesen (Direktor BREIT). Bekämpfung der Tuberkulose und Tuberkulosenfürsorge (Oberbezirksarzt Dr. A. GÜTZL). Die körperliche Ertüchtigung und Sportwesen (Regierungsrat Prof. PREISS). Die Prinzipien der Berufsberatung (Frau O. SCHWARZ). Erste Hilfe und Verbandtechnik (Doz. Dr. B. BREITNER).

Weiter haben die Schülerinnen auch Gelegenheit, in der Entbindungsabteilung des Wiedner Krankenhauses (Prof. Dr. HALBAN) den Entbindungen beizuwohnen, die Hygiene des Wochenbettes praktisch kennen zu lernen und das Neugeborene zu pflegen. Schließlich praktizieren sie auch einige Zeit im orthopädischen Spital (Prof. Dr. SPITZY) und können sich dort mit den Einrichtungen der Krüppelfürsorge vertraut machen. Außerdem wird den Schülerinnen in Form von Lehrausflügen Gelegenheit gegeben, wichtige Institutionen, wie Jugendämter, Jugendgericht, Kinderspitäler, Kinderhorte, Kindergärten, Molkereien, Anlagen des Lebensmittelverkehrs, Einrichtungen des Hortwesens usw. kennen zu lernen.

Am Schlusse jedes Jahres findet die staatliche Diplomprüfung unter dem Vorsitz des Vertreters des Volksgesundheitsamtes im Bundesministerium für soziale Verwaltung statt.

Der hier dargelegte Lehrplan zeigt, daß in unserer Schule nicht allein auf das engere Gebiet der Säuglingsfürsorge Rücksicht genommen wird, sondern daß auch die angrenzenden Fürsorgegebiete soweit als tunlich einbezogen sind, und zwar deswegen, weil die Säuglingsfürsorge mit den verschiedensten Fürsorgezweigen innig zusammenhängt. Die Fürsorgerin, die wegen des Säuglings ins Haus kommt, muß ebenso auch in der Tuberkulosenfürsorge, Wohnungshygiene, Rechtsfürsorge, kurz, über die verschiedenen fürsorgerischen Fragen orientiert sein, soll sie den Anforderungen des täglichen Lebens entsprechen.

Der Lehrstoff unserer Schule ist im Laufe der Jahre größer geworden. Dies war eben deswegen geboten, weil die Fürsorgerinnen nicht allein auf dem Gebiet der engeren Säuglingsfürsorge, sondern auch auf anderen Fürsorgegebieten sich zu betätigen gezwungen sind. Nur der Umstand, daß aus der großen Zahl der um Aufnahme sich Meldenden, die bestqualifizierten, mit guter Vorbildung ausgestatteten, aufgenommen werden, ermöglicht es, daß der geschilderte große Lehrstoff in einem Schuljahr, das ein volles Kalenderjahr darstellt, bewältigt

werden kann. Zur Eignung der Schülerin ist nicht allein eine höhere Vorbildung notwendig, es gehören auch hiezu gute Charaktereigenschaften, und viel Verständnis und ehrliches Empfinden für die Probleme der sozialen Fürsorge.

Ist die Auswahl richtig getroffen, so vermag die Schülerin den großen Anforderungen unserer Schule nachzukommen und sich sowohl pflegerisch wie fürsorgerisch voll auszubilden. Die bisherigen Resultate unserer Schule sind so zufriedenstellend, daß wir an dem Lehrplan keine Änderungen vorzunehmen uns veranlaßt sehen.

Die Lehrtätigkeit der Anstalt erfährt vom heurigen Jahre an eine wesentliche Erweiterung, da auch die Schülerinnen der staatlichen Hebammenanstalt in der Anstalt ausgebildet werden. Nach dem neuen österreichischen Hebammengesetz ist die Hebamme zur Mitarbeiterin bei der Mutter- und Säuglingsfürsorge berufen. Um die Ausbildung der Fürsorgerinnen und Hebammen nach einheitlichen Gesichtspunkten zu gestalten, hat das Volksgesundheitsamt im Bundesministerium für soziale Verwaltung beschlossen, von nun an die Ausbildung der Hebammenschülerinnen der Wiener Hebammenlehranstalt in der Säuglingspflege in der Reichsanstalt vornehmen zu lassen.

Aber auch auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung kann die Anstalt auf schöne Leistungen zurückblicken. Es werden in der Anstalt verschiedene ärztliche Fortbildungskurse vom Verfasser und seinen Assistenten gelesen, die sich sowohl auf das Gebiet der Säuglings- und Kinderfürsorge erstrecken, wie auch das Spezialgebiet der Kinderheilkunde umfassen. Es wurden bisher 31 Kurse abgehalten, die von 624 Ärzten frequentiert wurden. Die Kurse zerfallen in einen theoretischen und praktischen Teil, und geben den Ärzten Gelegenheit, an den täglichen Visiten und Beratungen in der Fürsorgestelle teilzunehmen.

Aus dem Geschilderten geht hervor, daß die Anstalt als Lehranstalt zur Heranbildung bzw. Fortbildung aller Organe, welche bei der Säuglingsfürsorge beruflich tätig sind, bedeutende Leistungen aufzuweisen hat.

Die Anstalt erfreut sich eines ständigen Besuches vieler ausländischer Ärzte, darunter solcher, die selbst aus den entferntesten Weltteilen kommen, um die Betriebsführung der Anstalt und insbesondere die bei der Behandlung der Kinder eingeführten Methoden, namentlich unsere Ernährungstherapie, kennenzulernen.

Es gereicht uns zur besonderen Befriedigung, daß sich der Ruf der Anstalt in die weite Welt hinaus verbreitet hat, und insbesondere ist es uns eine große Freude, daß Stadtvertretungen und Vereine, die ein Säuglingsheim oder Säuglingskrankenhaus zu bauen beabsichtigen, sich hieher bemühen, um die Bauart und Einrichtungen der Anstalt kennenzulernen. Manchen der neu errichteten Institutionen wurde so die Anstalt zum Vorbild.

B) Als Fürsorge- und Krankenanstalt

Zur Aufnahme gelangen Säuglinge und Kleinkinder aus gesundheitlichen und aus sozialen Gründen. Die Säuglingsabteilung umfaßt 100 Säuglingsbetten und 30 Mutterbetten, die Kleinkinderabteilung 25 Betten.

Der weitaus größte Teil der Kinder gelangt wegen Ernährungs-krankheiten zur Aufnahme. Wenn die Mutter das Kind stillt, wird die Mitaufnahme derselben verlangt. Ein großer Teil der Aufgenommenen fällt auf die frühgeborenen Kinder. Gerade in dieser Hinsicht haben wir sehr gute Erfolge aufzuweisen und ist es gelungen, die Sterblichkeit dieser Kinder auf ein Mindestmaß herabzudrücken. Die Nachuntersuchung dieser Kinder hat uns immer wieder überzeugt, daß aus ihnen vollkommen gesunde und kräftige Individuen geworden sind.

Vielfach werden kranke Kinder in die Anstalt gebracht, bei denen unzumutbare Pflege und Ernährung groben Schaden angerichtet haben, und es bedarf dann einer besonderen, oft langwierigen Anstaltsbehandlung, um die Kinder ihrer Gesundheit zuzuführen.

Ein besonderer Vorteil ist es, daß Mütter, die überreichlich Milch haben, auch für andere kranke Kinder freiwillig und ohne Entgelt Milch hergeben.

Viele Mütter kommen wegen Erkrankung oder ihres Schwächezustandes nach der Geburt in die Anstalt. Es sind meistens junge Wöchnerinnen, die erholungsbedürftig sind und im häuslichen Milieu nicht die entsprechende Pflege und Kräftigung finden können. Die Mütter erholen sich, wie aus den vierzehntägigen Gewichtszunahmen hervorgeht, sehr gut. Die durchschnittliche Gewichtszunahme der Mütter betrug bei einem Aufenthalt von einem Monat 0,63 kg, bei einem Aufenthalt von zwei Monaten 1,88 kg.

Die Milchküche ist so eingerichtet, daß den Schülerinnen die Möglichkeit geboten wird, die Heilnahrungen in einer Art und Weise zuzubereiten, wie es auch im Privathaus im bescheidenen Milieu durchführbar ist. Bezüglich der Heilnahrungen hat sich besonders die Anwendung der milchlosen Einstellungsdiät während der Durchfallerscheinungen ganz ausgezeichnet bewährt (s. unten). Die bei uns übliche Ernährungstherapie, die wir auch wissenschaftlich festgelegt haben, hat sich auch bereits Eingang in die allgemeine Praxis zu verschaffen gewußt.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter spielt ja bei allen, sei es durch Krankheit oder durch Konstitutionsschwächen hervorgerufenen Schädigungen des Organismus die Ernährung die maßgebendste Rolle. Darauf ist es auch zurückzuführen, daß wir bei Kindern, die an Rachitis, Tuberkulose, Lues, exsudativen Hautveränderungen usw. erkrankt waren, durch die neben der individuellen medikamentösen Therapie durchgeführten rationellen Ernährung gute Erfolge aufzuweisen haben.

Die Aufenthaltsdauer eines Kindes in der Anstalt ist verschieden, je nachdem es mit oder ohne Mutter aufgenommen wird. Sie beträgt bei den Kindern, welche mit ihren stillenden Müttern aufgenommen werden, durchschnittlich 30 Tage, bei denen, die ohne Mutter aufgenommen werden, durchschnittlich 60 Tage. Dies ist ohneweiters begreiflich, zumal die Kinder ohne Mütter künstlich ernährt, meistens darmkranke Kinder sind, deren Reparation längere Zeit für sich in Anspruch nimmt und deren Rückgabe in das häusliche Milieu sich weit schwieriger gestaltet als in den ersteren Fällen.

Bei jenen Kindern, welche aus sozialen Gründen zur Aufnahme gelangen, sind es gewöhnlich schwerwiegende Momente, die hiezu Anlaß geben. So sind in der Anstalt ständig Kinder untergebracht, wegen Tod der Mutter, wegen Krankheit der Mutter, Wohnungsnot und sonstiger sozialer Hilfsbedürftigkeit.

Die Anstalt leistet in diesen Fällen als Fürsorgeanstalt ganz Außergewöhnliches, zumal diese katastrophalen Ereignisse oft so rasch eintreten, daß nur die Aufnahme in die Anstalt das Kind vor großen Schädigungen schützen kann.

Im Laufe der zehn Jahre, d. i. vom 1. Oktober 1915 bis 30. September 1925, wurden insgesamt 4630 Kinder und 1944 Mütter in die Anstalt aufgenommen.

Die Zahl der Verpflegstage betrug für die Kinder 310.754, für die Mütter 81.930.

Von den Aufgenommenen waren 3457 ehelich, und 1173 unehelich. Von den Aufgenommenen waren 2532 Knaben, und 2098 Mädchen. 54 Mütter wurden mit ihren Zwillingen aufgenommen. In die Kleinkinderabteilung werden vornehmlich rachitische, tuberkulöse, neuropathische, magen- und darmkranke und auch sonstig erkrankte Kinder aufgenommen. Aber auch aus Gründen sozialer Hilfsbedürftigkeit gelangen viele Kinder zur Aufnahme. Durch die Anstaltsaufnahme wird den Kindern und den Eltern ein großer Dienst erwiesen, bis der Zustand des Kindes bzw. die wirtschaftlichen Verhältnisse sich so gestalten, daß die Rückübernahme in die häusliche oder in eine Ersatzfamilie (Kostpflege) möglich ist.

Zusammenfassend also wirkt die Anstalt sowohl als Säuglingsheim, als Mutterheim, als Säuglingskrankenanstalt, als Kleinkinderheim und Kleinkinderkrankenanstalt.

Über die Standes- und Krankenbewegung innerhalb der ersten drei Betriebsjahre wurde in der Broschüre „Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge“, die im Selbstverlag der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, 1919, erschienen ist, Näheres mitgeteilt, dort wurde auch die Entstehungsgeschichte der Anstalt, der Bau usw. geschildert.

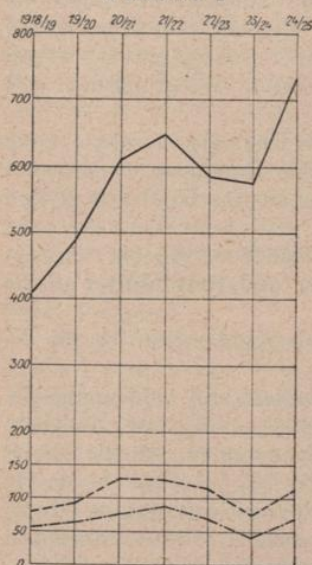
Im nachfolgenden soll über die Standes- und Krankenbewegung der folgenden sieben Betriebsjahre kurz berichtet werden, wobei bei

einzelnen Fragen auch zum Teil auf die ersten drei Betriebsjahre zurückgekommen werden soll.

Die Zahl der Aufnahmen in den einzelnen Betriebsjahren vom 1. Oktober 1915 bis 30. September 1925 beträgt:

1915/16	1916/17	1917/18	1918/19	1919/20
100	193	294	405	496
1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
609	641	587	578	727

Tabelle 1



Wir sehen, daß die Zahl der Aufnahmen, abgesehen von kleinen Schwankungen, sich in einer stetig steigenden Linie bewegt (s. Tabelle 1, wo die letzten sieben Jahre vermerkt sind).

In die Anstalt werden Säuglinge mit bzw. ohne ihre Mütter aufgenommen. Die Zahl der aufgenommenen Mütter beträgt:

1918/19	1919/20	1920/21	1921/22
181	196	260	247
1922/23	1923/24	1924/25	
238	240	303	

Wenn wir die Aufnahmen in ihrer Verteilung auf die einzelnen Monate in den letzten sieben Jahren zusammenstellen, bekommen wir folgende Durchschnittsziffern:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
46,9	45,3	47,9	50,6	50,9	47
VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
53,6	53,6	50,6	47,4	40,9	43,7

Die meisten Aufnahmen erfolgen in den Frühjahrs- und Sommermonaten.

Die Zahl der Verpflegstage beträgt nach Betriebsjahren:

Jahr	Kinder	Mütter	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Kind
1915/16	11.036	3.727	110,4
1916/17	24.356	7.791	112,0
1917/18	29.950	8.844	88,0
1918/19	29.845	8.461	65,3
1919/20	33.530	8.203	60,3
1920/21	34.854	8.637	50,0
1921/22	34.363	9.306	49,2
1922/23	36.686	8.504	54,8
1923/24	38.635	9.487	58,8
1924/25	37.499	8.970	45,2

In zehn Jahren hat die Anstalt (s. o.) insgesamt 310.754 Verpflegstage für Kinder und 81.930 Verpflegstage für Mütter aufzuweisen. Insgesamt 392.684 Verpflegstage. Entsprechend der sich ständig steigenden Frequenz sinkt die durchschnittliche Dauer der Verpflegstage, zumal die Anstalt vom vierten Betriebsjahr an ständig voll belegt zu sein pflegt. Die Zahl ist von ihrem Höchststand im zweiten Jahr von 112 auf 45,2 im letzten Berichtsjahr gesunken (hiez u Tabelle 2).

Von den aufgenommenen Kindern waren:

Jahr	Knaben	Mädchen
1915/16	56	44
1916/17	105	88
1917/18	157	137
1918/19	200	205
1919/20	253	243
1920/21	334	275
1921/22	356	285
1922/23	349	238
1923/24	323	255
1924/25	399	328
Summe ..	2532	2098
prozentuell ..	54,76%	45,24%

Tabelle 2

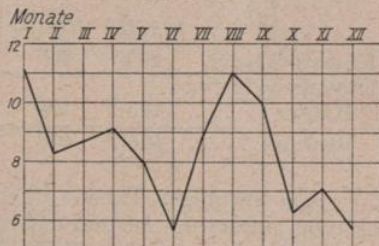


In den letzten sieben Berichtsjahren hatten wir bei einer Aufnahmszahl von 4043 insgesamt 717 Todesfälle zu verzeichnen, das sind 17,73% der Gesamtaufnahmen. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, daß von 717 Kindern 260 bereits in der ersten Woche der Aufnahme starben, mit anderen Worten, daß 36,26% aller Todesfälle auf die ersten Tage des Anstaltsaufenthaltes fallen. Es sind Kinder, die bereits zu spät eingeliefert worden sind, um noch am Leben erhalten werden zu können. Nach Abzug dieser Todesfälle sinkt die Mortalität auf 13,41%. An der Mortalität sind die Knaben zu 57,6%, die Mädchen zu 42,4% beteiligt. Von den aufgenommenen Knaben starben 18,65%, von den Mädchen 16,62%. Nach Abzug der Sterblichkeit in der ersten Woche sind die Zahlen 14,19% und 12,35%.

Wenn wir die durchschnittliche Sterblichkeit nach den einzelnen Kalendermonaten berechnen, bekommen wir folgende Durchschnittszahlen:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
11,1	8,3	8,7	9,1	8,0	5,7	8,9	11,0	10,0	6,3	7,1	5,7

Tabelle 3



Wir sehen in der Kurve einen Wintergipfel und einen Sommergipfel der Sterblichkeit deutlich ausgeprägt. Allerdings lassen die absoluten Zahlen kein klares Bild gewinnen. Wenn man die Sterblichkeit mit den Aufnahmen in den einzelnen Monaten in Beziehung bringt, ergeben sich folgende Verhältnisse. Die Sterblichkeit beträgt, in Prozenten ausgerechnet, aus dem Verhältnis der Aufnahmen zu den Sterbefällen einschließlich der Kinder, die bald nach der Aufnahme gestorben sind:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
27,9	18,3	17,7	17,9	15,7	12,1	16,5	20,7	19,9	13,3	18,3	13,0

(hiez u Tabelle 4). Man sieht also, daß der Wintergipfel viel ausgeprägter ist als der Sommergipfel. Der Wintergipfel ist bedingt durch Erkrankungen des Respirationstraktes, der Sommergipfel vornehmlich durch Ernährungsstörungen. Allerdings geht die Sommersterblichkeit von Jahr zu Jahr merklich zurück.

Die Anstalt nimmt in erster Linie kranke Kinder, aber wie schon bemerkt, außerdem auch fürsorgebedürftige Kinder auf. Wir stellen hier die Zahl der aufgenommenen, kranken und fürsorgebedürftigen Kinder in den letzten sieben Jahren zusammen.

Tabelle 4



	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Kranke Kinder..	297	360	454	514	478	424	577
Fürsorgebedürftige							
Kinder	108	136	155	127	109	154	150
Summe.....	405	496	609	641	587	578	727

Aus der obigen Tabelle 1 geht hervor, daß die Zahl der Aufnahmen ständig gewachsen ist und daß die absolute Zahl der Todesfälle gleich geblieben ist. Aus den Tabellen 5 und 6 geht hervor, daß die Mortalität, in Prozenten berechnet, in den Jahren 1918 bis 1922 sich auf gleicher Höhe hält, und daß vom Jahre 1923 an ein steter Abfall zu konstatieren ist. Dabei ist die Zahl der in den ersten Wochen nach der Aufnahme Verstorbenen auch in den letzten Jahren gleich geblieben, woraus geschlossen werden kann, daß das Krankenmaterial in seiner Qualität sich nicht geändert hat. Der Abfall der Mortalität von 12,9% bis 14,14% auf 8,7% bis 9,1% fällt zusammen mit dem Zeitpunkt der konsequenten Durchführung unserer milchlosen Einstellungsdiät bei Durchfallstörungen.

Diese Ernährungstherapie wurde in folgenden Publikationen mitgeteilt: MOLL, „Die Behandlung der Säuglinge mit milchloser Diät usw.“,

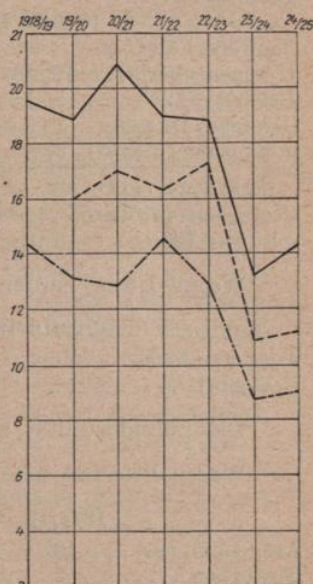
Tabelle 5. Gestorbene

Jahr	Aufgenommen	Insgesamt	davon die ersten drei Tage	in der ersten Woche	bleiben	sind %	abzüglich der in den ersten drei Tagen Verstorbenen	abzüglich der in der ersten Woche Verstorbenen
1918/19	405	80	19	25	55	19,8%	15,7%	14,4%
1919/20	496	95	19	33	62	19,1%	16,0%	13,3%
1920/21	609	126	27	54	72	20,7%	17,0%	12,9%
1921/22	641	124	23	38	86	19,3%	16,3%	14,3%
1922/23	587	112	26	41	71	19,1%	17,5%	13,0%
1923/24	578	77	17	29	48	13,3%	10,7%	8,7%
1924/25	727	103	24	40	63	14,2%	11,2%	9,1%

„Fortschritte der Medizin“, Nr. 1. 1922. MOLL und STRANSKY „Über die milchlose (Pudding-)Diät bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter“, Jahrbuch für Kinderheilkunde, B. 100, S. 3 bis 14; ferner MOLL, „Eine Mandelmilchmolkenmischung als Einstellungsdiät bei der Säuglingsdyspepsie“, Monatsschrift für Kinderheilkunde, B. 26, S. 250 bis 265.

Wir haben seit drei Jahren bei den meisten mit Durchfällen verbundenen Ernährungsstörungen jeder Art (enteral und parenteral) im Säuglingsalter nach der üblichen Teediät diese kuhmilchfreie — richtiger gesagt — kaseinfreie und fettarme Kost verwendet. Erst wenn bei derselben die akuten Erscheinungen zum Stillstand gebracht worden waren, wurde zu den milchhaltigen Heilnahrungen übergegangen; während in früheren Jahren nach der Teediät, wie dies allgemein üblich ist, unmittelbar eine milchhaltige Kost (Eiweißmilch, Buttermilch) sofort verabreicht wurde. Durch diese milchfreie Diät gelang es, in weitaus der Mehrzahl der Fälle Gewichtssturz und Durchfall aufzuhalten, also eine Gewichtseinstellung und bald nachher die mit Gewichtsanstieg verbundene Reparation zu erzielen.

Tabelle 6



— — — — — Prozentzahl d. Todesfälle
 — — — — — Prozentzahl d. Todesfälle
 abzüglich der in den ersten drei
 Tagen Verstorbenen
 Prozentzahl d. Todesfälle
 abzüglich der in der ersten
 Woche Verstorbenen

Von 183 mit schweren akuten Ernährungsstörungen aufgenommenen Kindern starben in der Zeit vor der milchlosen Ernährungstherapie 44 Säuglinge, das sind 24% und von 116 Fällen, die mit der kaseinfreien Einstellungsdiät behandelt wurden, starben 9 Säuglinge, das sind 7,7%.

Da bei einem durchschnittlichen Belag von 100 Säuglingen, von denen rund 80% in krankem, bzw. geschädigtem Zustand zur Aufnahme gelangen, die Ernährungsstörungen das größte Kontingent aller Erkrankungen darstellen, ist die Annahme berechtigt, daß die Senkung der allgemeinen Mortalität auf die günstigen Heilresultate der Ernährungsstörungen zurückzuführen sind. Andere Faktoren, welche auf die Senkung der Mortalität einen bestimmenden Einfluß hätten nehmen können, wie z. B. die Erkrankungen an Tuberkulose, Lues, Pneumonie, septische Prozesse, konstitutionelle Anomalien, Entwicklungsstörungen usw., haben sich ihrer Zahl nach im Laufe der einzelnen Berichtsjahre nicht wesentlich geändert. Außerdem ist ihre Zahl im Verhältnis zu der der Ernährungskrankheiten viel zu gering, um auf die Mortalität einen maßgebenden Einfluß ausüben zu können.

Wegen Tuberkulose wurden in den letzten sieben Jahren aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Schwere Fälle (Lungentuberk.)	16	8	10	17	24	16	8
Leichte Fälle (Bronch., Drüsen- u. Knochentuberk.)	3	9	19	11	32	16	19
Summe.....	19	17	29	28	56	32	27
Gestorben (von den schweren Fällen)..	15	8	9	13	18	11	8

Wegen Lues wurden in den letzten sieben Jahren aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	7	6	12	16	10	7	12
Gestorben	2	3	5	8	2	4	4

Die Luesmortalität beträgt 41,8%.

Wegen Pneumonien wurden aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	10	16	20	24	22	15	23
Gestorben	7	10	12	9	8	4	4

Die hohe Sterblichkeit in den ersten Berichtsjahren wird bedingt durch die damalige Grippeepidemie. Die Sterblichkeit in den letzten Jahren hält sich durchwegs in mäßigen Grenzen, ist aber, absolut genommen, viel zu gering, um auf die gesamte Mortalität einen Einfluß haben zu können.

Wegen septischer Infektionen wurden aufgenommen:

	1918/19	1919/20	1920/21	1921/22	1922/23	1923/24	1924/25
Aufgenommen..	7	10	20	24	23	26	28
Gestorben	2	5	14	19	13	12	13

Die Sterblichkeit hielt sich in den letzten Jahren fast in gleichen Grenzen.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß den genannten Krankheiten bzw. Todesfällen kein wesentlicher Einfluß auf die Senkung der Gesamtmortalität zugesprochen werden kann. Einen solchen jedoch müssen wir der Mortalität der Frühgeburten zuschreiben, welche in den letzten Jahren um rund 40% gesunken ist.

Von den in die Anstalt aufgenommenen, genügend lang, zumindest drei Monate, beobachteten frühgeborenen Kindern starben nach Abzug der moribund aufgenommenen bis 1924:

Von 1000 bis 1500 g von $44-16 = 36,3\%$, von 1500 bis 2000 g von $100-27 = 27\%$, von 2000 bis 2500 g von $64-12 = 18,7\%$.

In den letzten zwei Jahren ist die Sterblichkeit bei jeder Gruppe stark zurückgegangen.

Von 1000 bis 1500 g starben von $21,5 = 23,8\%$, von 1500 bis 2000 g starben von $36,6 = 16,6\%$, von 2000 bis 2500 g starben von $24,3 = 12,5\%$.

Diesen Rückgang der Sterblichkeit der Frühgeburten führen wir 1.) auf die Pflege und 2.) auf die besondere Ernährungsart, welche in folgenden Publikationen niedergelegt wurde, zurück: MÖLL, „Beitrag zur Aufzucht frühgeborener Kinder“, Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXI. NEUBAUER, „Einfluß der Ernährung auf das Wachstum und die Entwicklung frühgeborener Kinder“, Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXI und E. STRANSKY, „Zur Aufzucht der frühgeborenen Kinder“, Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 43. 1925.

Als besonders günstiges Moment unserer Anstalt muß hervorgehoben werden, daß sie im Gegensatz zu vielen anderen Säuglingsanstalten nur wenig unter den Erscheinungen leidet, welche unter dem Namen „Hospitalismus“ zusammengefaßt werden. An dieser erfreulichen Tatsache hat in erster Hinsicht die Bauart der Säuglingsabteilungen ihren Anteil, die nach meinen Angaben errichtet wurden. Sie bestehen aus kleinen gläsernen Zimmerchen, die auf einen gemeinsamen Gang und auf eine gemeinsame nach Südost gelegene Loggia münden. Beim Auftreten einer übertragbaren Krankheit konnte dieselbe gewöhnlich mit Erfolg auf das eine vier bis fünf Betten enthaltende Zimmerchen beschränkt werden. Daß hiezu die strengste Erfüllung aller hygienischen Maßnahmen seitens des Wartepersonals eine Voraussetzung ist, ist selbstverständlich. Dreimal wurden Varizellen eingeschleppt, und jedesmal konnten sie auf die infizierte Box beschränkt bleiben; einmal Masern und öfters Keuchhusten. Die Keuchhustenfälle im Säuglingsalter wurden im Isolierpavillon behandelt. (Von

38 Keuchhustenfällen im Säuglingsalter sind vier gestorben. Die Kinder blieben durchschnittlich drei bis vier Monate im Pavillon.) Auch die Grippe ist kein fremder Gast in der Säuglingsabteilung, doch kann ich ihr nicht jene dezimierende Wirkung auf den Verlauf einer Ernährungsstörung beimessen, wie dies allgemein angenommen wird. Bei richtiger Disziplin des Wartepersonals gelingt es auch, sie auf ein Mindestmaß zu beschränken und auch die Ausbreitung von Kind zu Kind zu vermeiden. In einer Arbeit, „Über das Gedeihen des Säuglings in geschlossenen Anstalten“ von STRANSKY und GERSUNY Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. XXIII, S. 145, wird nachgewiesen, daß in unserer Anstalt pro Säugling und Jahr 2,26 bis 2,48 Grippeinfektionen zu verzeichnen sind. Diese Zahl ist als sehr niedrig zu bezeichnen, wenn sie mit anderen Literaturangaben, die durchwegs Zahlen über zehn Infektionen pro Jahr und Kopf angeben, verglichen wird. Für jeden Fall können wir dem „Hospitalismus“ keinen bestimmenden Einfluß auf die Mortalität zuschreiben.

C) Der Pflegedienst

Der Pflegedienst ist auf folgende Weise geregelt. Der Dienst beginnt für die Schwestern um sechs Uhr Früh mit der sogenannten „Dienstübergabe“, bei welcher alle Vorfälle oder Anordnungen während der Nacht gemeldet werden. Jeder Schülerin obliegt es, vier bis fünf Kinder zu versorgen; sie ist verantwortlich für die Pflege der ihr anvertrauten Kinder; sie ist auch verantwortlich für die Ordnung in ihrer Box und für das darin enthaltene Inventar; dies hat den Vorteil, daß die Schülerin durch das „Selbstarbeiten“ die nötige Übung und das wahre Verantwortungsgefühl erhält. Selbstverständlich muß sie dabei überwacht und angeleitet werden, und dies geschieht durch die angestellten Abteilungs- und Pflegeschwestern. Auch der Abteilungsarzt und der Chef der Anstalt überwachen diesen Teil des Pflegedienstes. Nachdem frühmorgens alle Kinder gemessen, gewogen und gebadet wurden, geht es an die Verabreichung der Mahlzeiten. Diese werden bereits von sechs Uhr Früh an in der Milchküche von den dort zugeteilten Schülerinnen unter Belehrung und Aufsicht der Lehrschwester fertiggestellt, in die Flaschen gefüllt und nun abteilungsweise ausgegeben. An die Verabreichung der Mahlzeiten schließt sich die Instandsetzung der Abteilung, die mit all ihren Nebenräumen, Stillzimmer, Behandlungsraum, Teeküche, die Zeit bis zum Beginn der „kleinen Visite“, die der Abteilungsarzt auf seiner Abteilung um 1/2 9 Uhr abhält, ausfüllt. Diese Visite verbindet, entsprechend dem Zweck der Anstalt als Heil-, Fürsorge- und Lehranstalt, die Untersuchung und Behandlung der Kinder und der Mütter mit einem Unterricht für die ihr beiwohnenden Schülerinnen. Jede Schülerin muß über die in ihren Wirkungskreis fallenden Kinder selbst referieren, ihre Beobachtungen mitteilen, wobei die Lehrschwestern ihr behilflich sind, falsch Auf-

gefaßtes und Mißverstandenes richtigstellen, so daß der Arzt nicht nur ein Bild über den Zustand des Kindes, sondern auch über die Fähigkeiten, Beobachtungsgabe, Geschicklichkeit und Auffassung der Schülerin erhält. Im Anschluß an die einzelnen Fälle unterrichtet der Abteilungsarzt die Schülerin über die Pflege bei den vorliegenden Krankheitsbildern, stellt Fragen an die Schülerinnen, berücksichtigt hierbei auch die fürsorgerischen und sozialen Momente. Die notwendigen Pflegemaßnahmen werden eingehend besprochen, kleine chirurgische Eingriffe vorgenommen, wobei die Schülerin alles Notwendige vorbereiten und dem Arzt durch Reichung der Instrumente und sonstiger Pflegebehelfe behilflich sein muß. Hier hat der Arzt Gelegenheit, auch die manuelle Fertigkeit der Schwester zu überprüfen. Die Zeit zwischen der kleinen und großen Visite wird von den Schülerinnen zur Einnahme ihres zweiten Frühstückes benützt, während die Ärzte, teils die laufenden Laboratoriumsarbeiten, teils den Parteienverkehr, Aufnahmen der Kinder, teils die Ambulanzparteien erledigen. Um $\frac{1}{2}$ 11 Uhr beginnt die sogenannte „große Visite“ unter meiner Führung, bei der alle Kinderabteilungen inklusive der Milchküche besucht werden. Es ist wohl ein wechselndes Bild für denjenigen, der eine derartige Visite mitmacht. Medizinisch interessante Fälle wechseln ab mit solchen, die aus fürsorgerischen Indikationen Aufnahme gefunden hatten. Wurde beim ersten Kind z. B. über eine schwere Ernährungsstörung referiert, wurden hier wissenschaftliche Theorien erörtert, über Behandlungsarten beratschlagt, kurz, das ganze Denken ärztlich eingestellt, so veranlaßt der nächste Fall wieder Erörterungen fürsorgerischer Natur; ein anderes Kind bietet Gelegenheit, pflegerische Maßnahmen zu erörtern und dadurch wieder dem Unterricht der Schwestern gerecht zu werden. Nach eineinhalb Stunden ist die große Visite und damit der Vormittagsdienst für die Schwestern beendet, deren „Freistunde“ bis $2\frac{1}{2}$ Uhr nachmittags währt. Selbstverständlich besteht in dieser Zeit ein „Tischdienst“, d. h. daß auf jeder Kinderstation zwei Schwestern für diese Zeit eingeteilt sind, bis die anderen zurückkehren. Etwa von 4 Uhr nachmittags an wird der praktische Dienst unterbrochen durch den theoretischen Unterricht, der zum größten Teil im Hörsaal des Hauses erteilt wird. In dieser Zeit werden die Kinder von den angestellten (diplomierten) Schwestern betreut. In diese Stunden fällt auch die Nachmittagsvisite, die auf jeder Station der Abteilungsarzt, im ganzen Haus der „diensthabende“ Arzt macht.

Von den Vorträgen zurückgekehrt, kommen die Schülerinnen zur Verabreichung der Abendmahlzeit für die Kinder. Um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr abends findet wieder die „Dienstübergabe“ an die Nachtschwestern statt.

Auf genaue und peinliche Einhaltung der Vorschriften für den Nachtdienst wird größter Wert gelegt, und zwar deshalb, weil ja nachts so viel weniger Schwestern bei den Kindern sind, daß man von den

wenigen die genaueste Aufmerksamkeit und größte Pflichttreue verlangen muß.

In jeder Säuglingsabteilung sind zwei, auf der Kleinkinderabteilung eine Nachtschwester eingeteilt; außerdem machen ein oder zwei angestellte diplomierte Schwestern als Kontrolle ständig die Runde, um den Schülerinnen beizustehen, sie zu unterweisen und zu überprüfen. Sie werden stets von dieser herbeigeholt, wo ein Zweifel auftaucht, sie treffen Entscheidungen über plötzlich zu treffende Pflegemaßnahmen, sie entscheiden, ob und wann in kritischen Fällen der diensthabende Arzt zu holen sei. Sie tragen auch die Verantwortung für die Ereignisse der Nacht.

Auch die Ärzte haben genaue Vorschriften bezüglich des Nachtdienstes. Es werden dabei drei Visiten abgehalten. Erstens hält jeder Abteilungsarzt auf seiner Abteilung genaue Visite ab, läßt sich von den Nachtschwestern berichten und trifft eventuelle noch notwendige Anordnungen. Zweitens geht der diensthabende Arzt mit der Kontrollschwester das ganze Haus durch, von Station zu Station, sieht seinerseits besonders die schwerkranken Fälle an und trifft im Einvernehmen mit den behandelnden Abteilungsärzten die unterdessen wichtig gewordenen Anordnungen.

Und schließlich orientiere ich mich selbst auf einem Rundgang über alle Vorfälle. Dieser verschärfte Nachtdienst hat sich als sehr vorteilhaft erwiesen. Es ist wohl außer Zweifel, daß den Heilerfolgen in der Anstalt dem so organisierten Nachtdienst ein guter Teil zufällt.

Es gibt Vieles im Nachtdienst zu beobachten und zu tun. Hier verfällt ein lebensschwaches Kind infolge plötzlich eingetretener Herzschwäche, dort verschläft ein frühgeborenes Kind seine Mahlzeit, dort verlangt ein neuropathisches, höchst unruhiges Kind eine Beruhigung, dort wieder treten bei einem Kind Krämpfe auf, die rechtzeitig erkannt werden müssen, soll eine Erstickungsgefahr verhütet werden; dort wieder ist ein an Lungenentzündung erkranktes Kind mit schwerer Atemnot, der durch besondere Lagerung oder Herumtragen abgeholfen werden soll; dort wieder ein Kind, dessen Fütterung besondere Geduld erfordert. Kurz, es gibt auf Schritt und Tritt Gelegenheit zu momentanem Eingreifen und Hilfeleistungen. Dabei muß natürlich auch getrachtet werden, daß für die anderen Kinder die notwendige Nachtruhe herrscht, was auch bei einer wohlorganisierten Einteilung und pflichtgemäßen Arbeit zu erreichen ist.

Um 6 Uhr Früh beginnt wieder der Tagdienst; nach erfolgter Übergabe gehen die Nachtschwester bis 3 Uhr nachmittags zur Ruhe, um dann an den theoretischen Vorträgen teilnehmen zu können. Die Schülerinnen haben je einen Nachmittag, die Angestellten einen ganzen Tag in der Woche frei.

D) Ein Rundgang durch die Anstalt

Um dem Leser einen flüchtigen Blick in die Anstalt zu bieten, dürfte es am zweckmäßigsten sein, ihn mit uns im Geiste einen Rundgang durch die Anstalt machen zu lassen.

Die erste Abteilung, die in Augenschein genommen wird, ist die Kleinkinderstation, die Kinder zwischen dem vollendeten ersten und sechsten Lebensjahr aufzunehmen bestimmt ist. Gleich das erste Kind, das wir sehen, ist ein 1½ Jahre altes blasses Kind, ein Rachitiker, der noch nicht läuft, kaum zu stehen vermag. Der eheliche Vater des Kindes ist Absolvent der Technik, derzeit ohne Stellung, die Mutter unter solchen nervösen Anfällen leidend, daß sie nicht imstande ist, sich der Pflege und Erziehung des Kindes zu widmen. Deshalb wurde das Kind auch von der Fürsorgerin hiehergebracht, wo es in Gesellschaft der anderen Kinder auflebt. Dieselbe Fürsorgerin ist es, die auch ein zweites Kind in die Anstalt gebracht hat, das die Mutter seinerzeit in Kostpflege gegeben hatte, in der es verwahrloste; nun soll das Kind adoptiert werden, vorher aber erst in unserer Anstalt zu Kräftigung kommen. Ein drittes Kind, 3½ Jahre alt, wurde aus einer Mutterberatungsstelle geschickt, da es an Appetitlosigkeit litt und auch körperlich stark heruntergekommen war; es wog bei der Aufnahme nur 14 kg. Das nächste Kind, ein blasses, schwächliches Zwillingsskind, ist seit dem siebenten Monat als Folge einer Kinderlähmung an beiden Beinen vollkommen gelähmt.

Diese Kinder befinden sich in einem separierten Raum, dem Aufnahmszimmer, in das jedes Kind die ersten drei Wochen seines Anstaltsaufenthaltes kommt, bis festgestellt ist, daß es frei von Infektionen ist. Das nächste Zimmer, das wir betreten, ist momentan leer; denn seine Insassen befinden sich in dem hellen, großen Tagraum, in dem sie spielen, gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen usw. Nach dem Mittagessen werden sie für zwei Stunden ins Bett gelegt; an schönen Tagen kommen die Kinder in den Garten, während sie bei Regenwetter und in der kalten Jahreszeit warm bekleidet werden, als ob sie spazieren gehen würden und dann bei offenen Fenstern doch die Vorteile der frischen Luft genießen. Dieser Zimmerspaziergang ist zur festen Regel in der Anstalt geworden.

Unter diesen Kindern fällt uns gleich eines mit einer Gipshose auf; es wurde auf der orthopädischen Universitätsklinik operiert, und da es recht herabgekommen war, in die Anstalt aufgenommen.

Wieder ein anderes Kind fand Aufnahme, weil seine Mutter in der Heilanstalt „Am Steinhof“ sich befindet. Ein nächstes wurde von der Mutter wegen eines hartnäckigen Gesichtsekzems in die Anstalt gebracht; das Ekzem ist zum größten Teil geschwunden. Wieder ein anderes wurde gebracht, weil die Eltern wohnungslos sind, dabei ist das Kind anämisch und appetitlos. Die Appetitlosigkeit der Klein-

kinder, meistens durch falsche Ernährung und ungeeignete erzieherische Behandlung hervorgerufen, stellt überhaupt eine der häufigsten Aufnahmsgründe in unsere Anstalt, die sich auch gerade für solche Fälle schon einen gewissen Ruf erworben hat, dar. Die Kinder, durch Milieuwechsel und richtige Ernährung beeinflusst, beginnen bald befriedigend zu essen und Hand in Hand damit heben sich ihr Ernährungszustand und ihre Resistenz.

An dieses Zimmer anschließend, aber von ihm streng separiert, befindet sich das Zimmer der Pirquet-positiven Kleinkinder. Es ist das hellste, luftigste Zimmer, dessen Wände zum großen Teil aus Glas, nach Südosten gerichtet sind.

Das erste Kind, das uns hier begegnet, ist ein ungemein zartes, blasses Kind, dessen Eltern von einer tuberkulösen Infektion nichts ahnten und darüber erst im Ambulatorium der Anstalt aufgeklärt worden waren. Die Besorgnis der sehr nervösen Eltern, das Kind würde in der Anstalt unter Heimweh leiden, erwies sich als grundlos, da es mit Altersgenossen sofort zu spielen begann.

Das nächste Kind, zwei Jahre alt, ist das Kind tuberkulöser Eltern, die schon zwei Kinder an Meningitis tuberculosa verloren hatten und nun dieses in die Mutterberatungsstelle brachten, wo eine beiderseitige Otitis media (Mittelohrentzündung) und auch die tuberkulöse Infektion konstatiert wurde. Auch beim nächsten Kind, ein fünf Jahre altes Mädchen, brachte die Untersuchung Aufklärung, daß eine Bronchialdrüsentuberkulose vorliegt. Ein vierjähriger Knabe, der unter Fieber und den klinischen Symptomen einer Bronchialdrüsentuberkulose aufgenommen worden war, hat sich zu einem wunderschönen lustigen Kind entwickelt und nur die positive Tuberkulinreaktion und eine leichte Schallverkürzung über dem Lungenherd lassen auf die bestehende Tuberkulose schließen.

Außer diesen großen Zimmern sind noch zwei kleine Isolierzimmer auf der Station, deren eines derzeit belegt ist. Es handelt sich um einen besonders traurigen Fall. Es ist das fünfte Kind schon bejahrter Eltern, die ihre anderen vier Kinder sämtlich bereits an Tuberkulose verloren hatten. Dieses, ihr jetzt einziges Kind, wurde mit einer schweren Otitis media tuberculosa eingebracht, an die sich bald eine schwere Pneumonie anschloß, an der das Kind derzeit leidet; das Kind ist teils der Infektiosität, teils der größeren Ruhe wegen isoliert und bekam eine eigene Schwester zugeteilt, die für kein anderes Kind zu sorgen hat, als für dieses.

Von der Kleinkinderstation geht nun die Visite in die Milchküche weiter, die um diese Zeit in voller Tätigkeit gefunden wird. Acht Schülerinnen sind eben dabei beschäftigt, unter Leitung der Lehrschwestern, die Nahrungen zuzubereiten. Andere wieder füllen sie in die sterilisierten Flaschen ein. Von den Abteilungen kommen die Schülerinnen herunter, um die Mahlzeiten für die Kinder in Empfang

zu nehmen. Anlässlich der Visite werden die Schülerinnen befragt über die einzelnen bei der Zubereitung der Nahrungen in Betracht kommenden Details. Auch der Kühlraum, in dem die Nachmittags-, Abend- und Nachtmahlzeiten in ständig fließendem Wasser gekühlt stehen, wird inspiziert. Nun werden die Säuglingsstationen in Augenschein genommen.

Die drei Säuglingsstationen enthalten je sieben Boxes und drei bis vier Mutterzimmer; in jeder Box ist Raum für fünf Säuglinge.

Auch hier hat jedes Kind seine Geschichte. Hier sehen wir gleich ein Kind, das mit der Mutter Aufnahme gefunden hatte, da letztere an einer Mastitis erkrankt war. Die Mastitis wurde operiert, und zwar derart, daß auch auf der erkrankten Brust die Weiterstillung ermöglicht wurde. So gelingt es meistens, dem Kind die Mutterbrust zu erhalten und damit oft genug sein Leben zu retten. Bei dem vorliegenden Fall ist die Erhaltung der Stillung von besonderer Bedeutung, da das Kind an einem Pylorospasmus leidet, der, nachdem sämtliche übliche Medikationen ohne Erfolg geblieben waren, der Operation zugeführt werden mußte; der bisherige Verlauf ist ein günstiger und man darf hoffen, daß das Kind gerettet werden wird. Das nächste Kind ist eine Frühgeburt, die durch Kaiserschnitt entbunden werden mußte; die Mutter konnte das Kind nicht stillen, da sie wegen eines Lungen- und Herzleidens im Spital liegt. Sein Gewicht beträgt 1850 g, dennoch trinkt das Kind an der Brust einer Frau, die sich zum Stillen bereit erklärt hatte und gedeiht tadellos. Die Temperaturregulierung dieses, wie aller frühgeborenen Kinder geschieht mittels des von mir angegebenen Wärmeschirmes (siehe Mediz. Klinik Nr. 47, 1925) für Frühgeborene, unter dem die Kinder solange verbleiben, bis sie ihre Temperatur selbsttätig zu regulieren vermögen.

Auch das nächste Kind ist ein Frühgeborenes mit 1900 g Geburtsgewicht, das unterkühlt in die Anstalt aufgenommen wurde. Bei der Mutter fanden sich die Brüste infolge zu geringer Inanspruchnahme gestaut, so daß die Gefahr bestand, daß die Tätigkeit der Drüsen sich zurückbilden könnte. Durch regelmäßiges Abpumpen wurde erzielt, daß das Kind immer größere Mengen zu trinken vermag. Ein anderes Kind wieder, daß vorzeitig wegen angeblicher Hypogalaktie der Mutter abgestillt worden war, wurde mit schwerer Ernährungsstörung, ein nächstes infolge Unterernährung im Hungerzustand aufgenommen. Wieder ein anderes zeigt das schwere Krankheitsbild einer Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis) und fiebert bis 39° ; ein anderes wieder wurde mit einer schweren Schälfflechte (Dermatitis exfoliativa Ritter), eingebracht, die unter Wärmeschirmbehandlung und Bluttransfusion (Blutspenderin die eigene Mutter) in Rückbildung begriffen ist. Hier wieder eine Frühgeburt mit 1500 g Geburtsgewicht, dort ein Kind, das in häuslicher Umgebung nicht gedieh, in atrophischem Zustand in die Anstalt gebracht wurde und nun ein ausgezeichnetes

Gedeihen aufweist. Hier finden wir ein Kind, das vor vier Monaten in elendem Ernährungszustand (vier Wochen alt, Gewicht 2330 g) aufgenommen worden war und nun ein gut zunehmendes Kind geworden ist. Dann folgt eine Reihe von Ernährungsstörungen verschiedener Grade, verschiedenen Alters, dann wieder ein Kind, dessen Mutter beruflich verhindert ist, es selbst zu pflegen, daneben ein bei der Aufnahme 21½ Monate alter Säugling mit vollständigem Wolfsrachen, der erst dann operiert werden kann, wenn das Kind in seinem Ernährungszustand gebessert ist.

In der nächsten Box betrachten wir ein Kind, das im Alter von zwei Tagen bei uns Aufnahme gefunden hatte, weil die Mutter bei der Geburt gestorben war; für derartig traurige Fälle ist unsere Anstalt stets bereit, zu sorgen. Auch werden diese Kinder von anderen Müttern gestillt, so weit diese dazu in der Lage sind.

Auf der nächsten Abteilung dasselbe Bild und ähnliche Vorgeschichten. In der ersten Box ein frühgeborenes Kind (Geburtsgewicht 1750 g), das an schwerem Augentripper (Gonoblenorrhoe) erkrankt und in der Anstalt behandelt worden war; die Erkrankung ist vollständig zurückgegangen, das Kind entwickelt sich an der Mutterbrust prächtig; daneben ein Kind, dessen Mutter eine Heilstätte aufsuchen mußte; aus demselben Grunde wurden zwei rachitische und anämische Zwillinge, die sich ausgezeichnet erholen, aufgenommen.

Hier ein im Alter von elf Tagen aufgenommenes frühgeborenes Kind einer etwa 40 Jahre alten und milcharmen Mutter, neben einem schwer exsudativen Kind, dessen Mutter ebenso wie seine Großmutter an Bauchtyphus vor kurzem gestorben sind; dasselbe traurige Schicksal bei einem Kind, dessen Mutter an Magenkrebs gestorben ist. Ein anämisches Kind mit Rachitis von einer Mutterberatungsstelle zugewiesen, wird derselben bald wieder geheilt überwiesen werden können. Und nun zwei Kinder, Geschwister, die in Wien wohl Unica darstellen dürften; es sind Chinesenkinder. Der Vater, Universitätsprofessor, befand sich mit seiner Frau in Wien, als diese von einer Frühgeburt überrascht wurde, die die Eltern zu längerem Aufenthalt nötigte; die Mutter konnte das Kind nicht stillen, so daß wir es allein aufnahmen; es ist nun 15 Monate alt und ein intelligentes, gut entwickeltes Kind. Der Vater blieb etwa ein halbes Jahr in Wien, kehrte dann zurück und ließ jedoch Frau und Kind in Wien; unterdessen war die Mutter gravid geworden und fand nun mit dem zweiten neugeborenen Kinde, das sie trotz einer bestehenden Hohlwarze stillt, in der Anstalt Aufnahme. Die Mutter fühlt sich außerordentlich wohl und ihre Kinder sind die Lieblinge auch der anderen Mütter.

Das Kind eines der Opfer der Gießhübler Typhusepidemie, seit Monaten in der Anstalt, hat sich ebenso schön entwickelt wie sein Nachbar, ein elend atrophisches Kind, das der Privatarzt in die Anstalt geschickt hatte. Hier ein Kind, das die Mutter schlechter Wohnungs-

verhältnisse halber nicht zu Hause halten konnte; ein anderes mit einer schweren Ernährungsstörung. Das nächste Kind wurde wegen Mastitis der Mutter und Operation derselben abgestellt und geriet bei künstlicher Ernährung in einen atrophischen Zustand, der zur Aufnahme Anlaß gab.

Ein Kind mit mongoloider Idiotie wird aus sozialen und auch aus didaktischen Gründen in der Anstalt gepflegt, da es wichtig erscheint, daß die Schülerinnen auch die Pflege solcher geistig debiler Kinder erlernen.

Die nächste Box beherbergt vier Kinder mit kongenitaler Syphilis. Eines davon war schon längere Zeit in ambulatorischer Behandlung eines Spitals, das das Kind dann zur Aufnahme in die Anstalt gewiesen hatte.

Ein anderes war mit Zeichen schwerer Lues (Rhagaden, Milz- und Lebertumor, glänzende Fußsohlen, Cubitaldrüsen) eingeliefert worden, ohne daß eine Behandlung eingesetzt hätte. Bei kombinierter Salvarsan-quecksilberbehandlung wurden die floriden Erscheinungen bald zum Verschwinden gebracht. Die zwei anderen Kinder befinden sich am Wege der Heilung.

Begeben wir uns nun auf die höchst gelegene Abteilung, so gelangen wir zunächst in die Box für tuberkulöse Säuglinge. Im Frühling, Sommer und Frühherbst befinden sich die Kinder auf einer eigenen Dachstation, den ganzen Tag im Freien und erholen sich dabei prächtig; aber auch im Winter, wo die Dachstation gesperrt und die Kinder in einer Box untergebracht sind, läßt das Gedeihen meist nichts zu wünschen übrig, um so mehr, als durch ausgiebigen Aufenthalt der Kinder auf der Loggia für die entsprechende Freiluftbehandlung gesorgt wird. Das erste Kind, das wir sehen, war im Alter von sechs Wochen aufgenommen und vier Wochen hindurch von der tuberkulösen Mutter gestillt worden. Die Mutter wurde in einem Spital, das Kind bei uns aufgenommen, wo die positive Tuberkulinreaktion nun bald auch die beim Kind schon frühzeitig stattgefundene Infektion verrät. Im Verlauf der Zeit waren beim Kind auch Hauttuberkulide aufgetreten; trotz allem gedeiht das Kind bis jetzt befriedigend.

Beim nächsten Kind ist es wieder der Vater, der an Lungen- und Bauchfelltuberkulose leidet und derzeit an einer Hämoptoe erkrankt ist; auch sein sechsjähriges Kind ist tuberkulös. Das bei uns aufgenommene Kind ist seit dem sechsten Monat Pirquet-positiv, jetzt ist es dreizehn Monate alt und fiebert ständig bei deutlich nachweisbaren Lungeninfiltrationen. Die Kinder werden in regelmäßigen Intervallen röntgenologisch untersucht.

Die in den anderen Boxen untergebrachten Kinder dieser Abteilung wurden aus ähnlichen Gründen wie die früher geschilderten Kinder aufgenommen. Hier finden wir eines, das eine schwere Lungenentzündung durchgemacht hat, während die Mutter gleichzeitig wegen Brustschmerzen bei uns Aufnahme gefunden hat. Ein anderes Kind

ist gesund, doch wurde die Mutter an Mastitis operiert und steht noch in weiterer Behandlung. Wieder ein anderes Kind leidet an asthma-ähnlichen Anfällen, die mit beängstigender Atemnot und Lufthunger einhergehen. Hier ein Kind, das infolge unzweckmäßiger Abstillung zu Hause dyspeptisch geworden war und nun am Wege der Heilung sich befindet. Daneben eine Mißgeburt, ein neugeborenes Kind, bei der die Blase und die inneren Geschlechtsorgane vorgefallen sind. Hier finden wir wieder eines, das mit seiner Mutter wegen plötzlicher Delogierung und Unterstandslosigkeit Aufnahme finden mußte; daneben eine kleine Frühgeburt.

Ein anderes Kind wurde wegen einer schweren Ernährungsstörung, die nach plötzlicher Abstillung aufgetreten war, von der Fürsorgerin aus Hainburg an der Donau gebracht. Es hat sich hier sehr gut erholt. Beim nächsten Kind besteht eine Epidermolysis. Es liegt unbekleidet unter dem Wärmeschirm, der eine trocknende Wirkung ausübt. Hier ein junges Brustkind, das von der Mutter gebracht wurde, weil sie durch Nervosität außerstande war, das Kind regelmäßig zu nähren und zu pflegen; in der Anstalt hat sie genügend Ruhe gefunden und damit die Möglichkeit, ihr Kind weiter selbst pflegen zu können. Auch hier finden wir wieder ein Kind, dessen Mutter gestorben ist und das nun seit drei Monaten in der Anstalt ist. Und dann noch Kinder (Zwillinge), die schwer septisch aus Klosterneuburg gebracht wurden und anfangs einen hoffnungslosen Eindruck machten; durch entsprechende Behandlung und Ernährung sind diese Kinder nun so weit gediehen, daß sie bald häuslicher Pflege übergeben werden können. In derselben Box ein Kind, dessen Arm durch Kinderlähmung gelähmt ist.

Schließlich begeben wir uns auch in eines der Mutterzimmer, in dem eine an Grippe leicht erkrankte Mutter liegt. Die Mutterzimmer sind groß, hell, oft dreifenstrig und bieten genügend Platz für vier bis sechs Mütter. In einem der Mutterzimmer, liegen zwei Mütter, die wegen eitriger Mastitis operiert wurden. In einem anderen liegt eine noch an Blutungen leidende Mutter, die vor vierzehn Tagen geboren hatte und in sehr anämischen Zustand eingebracht wurde. Die kranken Mütter werden von den Schwestern gepflegt.

E) Betriebsaufwand

Die Einnahmen für den Betriebsaufwand setzen sich zusammen aus den Verpflegungsgeldern, aus den Schulgeldern und aus der staatlichen Subvention durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

Im nachfolgenden seien die letzten drei Betriebsjahre kurz zusammengefaßt, da erst nach Stabilität der österreichischen Währung sich ein klares Bild entwerfen läßt. Dazu kommt, daß in den vorausgegangenen Jahren der Betrieb vielfach durch fremdländische Spenden wesentlich unterstützt wurde. In den letzten drei Jahren sind fremdländische Spenden vollkommen ausgeblieben.

Die Einnahmen aus Verpflegs- und Schulgeldern betragen in den letzten drei Jahren zusammen S 497.084-68
 die staatlichen Subventionen betragen „ 240.000.—
 die Ausgaben betragen in den drei Jahren „ 719.633-23
 so daß von den Ausgaben durch die Verpflegs- und Schulgelder 68% gedeckt waren. Im Jahre 1923 wurden 56%, im Jahre 1924 77%, und im Jahre 1925 70% aller Ausgaben durch die Einnahmen gedeckt.

Dieses relativ sehr günstige Resultat ist vornehmlich darauf zurückzuführen, daß der gesamte Betrieb mit größter Sparsamkeit durchgeführt wird und nicht zuletzt auf den Umstand, daß sowohl die ärztliche als auch administrative Leitung in einer Hand vereinigt sind, und daß das gesamte Haus derart geleitet wird, daß alle Angestellten vom gleichen Interesse einer sparsamen und rationellen Betriebsführung beseelt sind.

Es wird schon bei der Aufnahme jedes Kindes darauf gesehen, daß die Verpflegskosten gedeckt werden. In weitaus der Mehrzahl der Fälle zahlen die Krankenkassen die üblichen Verpflegskosten. Dies muß deswegen besonders hervorgehoben werden, als diese Leistungen der Krankenkassen durchwegs freiwillige sind. Im Jahre 1925 z. B. waren 58% der Aufnahmen Krankenkassenkinder. Es entfielen auf den Verband der Krankenkassen 39%, auf die übrigen Krankenkassenverbände 19%.

Es gereicht der Anstaltsleitung zur besonderen Genugtuung, daß die Vorstände der einzelnen Krankenkassen der Anstalt großes Vertrauen entgegenbringen und zur Betriebserhaltung wesentlich beitragen. Von den übrigen Kindern entfielen im Jahre 1925 34% auf Selbstzahler und 8% auf Vereine und Jugendfürsorgebehörden. Ungefähr 10% der Fälle sind Kinder, bei denen entsprechend den besseren Vermögensverhältnissen der Eltern rund der doppelte Verpflegsbeitrag verlangt wird. In der Pflege und Behandlung wird kein Unterschied gemacht. Bis auf diese Fälle sind die allgemeinen Verpflegskosten wesentlich niedriger als die wirklichen Kosten. Das sich ergebende Defizit wird durch die staatliche Subvention gedeckt.

Ich benütze die Gelegenheit, um dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, vor allem den Herren Ministern Dr. J. RESCH, R. SCHMITZ und Dr. F. PAUR, ferner den mit den Angelegenheiten der Reichsanstalt betrauten Beamten dieses Ministeriums, insbesondere den Herren Sektionschefs Dr. J. HALUSA, Dr. K. HELLY und Dr. TH. SCHERRER, und den Herren Ministerialräten Dr. R. KRASSNIG und Dr. F. GUNKEL, und nicht zuletzt dem seit Betriebsbeginn tätigen ärztlichen Referenten Ministerialrat Dr. A. FORAMITTI, den wärmsten Dank für die Förderung der Anstalt zu sagen.

Auch ist es mir eine angenehme Pflicht, meinen Mitarbeitern, den Anstaltsärzten (Assistenten Dr. EUGEN STRANSKY, Dr. OSKAR LOEWY

und Dr. JULIUS FRANKE) und der Schwesternschaft, vor allem der Oberschwester KLARA BERTHA und den langjährig tätigen Lehrwestern MARIE STUMPE, ELISABETH GABRIEL, MARIANNE OBRIST, GERTRUD IRMLER und ANNA NESTLER, und ebenso der Buchhaltung (erste Buchhalterin Frl. MARIA KOLARZ) und dem Wirtschaftspersonal (Leiterin Frl. LUDMILLA MAYER) für das einträchtliche und hingebungs-volle Wirken im Dienste der Anstalt meinen Dank zu sagen.

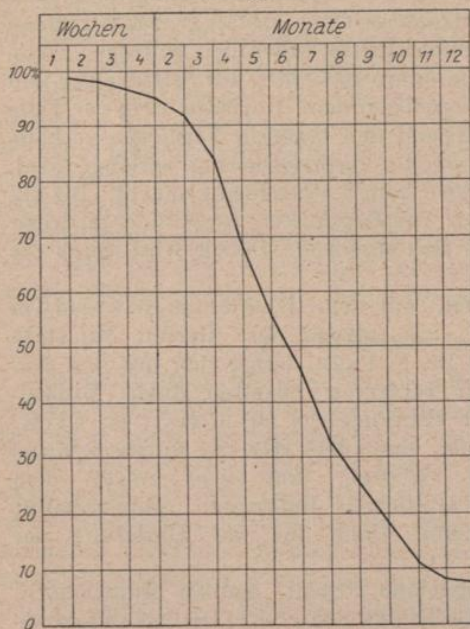
Hiebei wollen wir auch der in den früheren Jahren in der Anstalt tätig gewesenem Assistenten Dr. MARIA FRANK, FRITZ WENGRAF, KARL BARCHETTI, OTTO GERSUNY, BERTA HACKEL, MARIANNE SCHWARZ-ALLINA und der früheren Oberschwester ANNY TAUSCHE, LEONIE BÜCHI-ZIMMERMANN und HILDE HEINRICH sowie der Lehr- und Pflege-schwester dankend gedenken.

F) Offene Fürsorge

In die Mutterberatungsstelle, die in einem eigenen kleinen Gebäude der Anstalt untergebracht ist und welche bisher zugleich eine Fürsorge-stelle des Vereines Kriegspatenschaft war, kommen jährlich viele Mütter

Tabelle 7

Von 100 gestillten Säuglingen
wurden gestillt:



mit ihren Kindern und finden daselbst Rat über die Pflege, Ernährung und Erziehung der Kinder. An drei Nachmittagen findet die Mutterberatung statt, die drei anderen Nachmittage dienen der Untersuchung jener Kinder, welche sich zu Erholungs-fürsorge melden. Im letzten Jahr wurden 5000 Kinder untersucht. Hierüber näheres im folgenden Bericht über die „Vereinigte österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“.

Im Laufe des Berichtsjahres 1925 wurden 837 Kinder mit ihren Müttern in unsere offene Fürsorge aufgenommen. Über 90% der Kinder werden gestillt. Kranke Kinder werden zum Teil in die Anstalt aufgenommen, zum Teil der Ambulanz für kranke Kinder der Anstalt zugewie-

sen, die vormittags in den gleichen Räumen von den Anstaltsärzten abgehalten wird.

Um über die Stilldauer einen genauen Einblick zu bekommen, ist es am zweckmäßigsten, nur jene Kinder zu registrieren, welche im Berichtsjahr ständig in Beobachtung blieben und das erste Lebensjahr erreicht haben.

Von 166 Säuglingen, welche in der Zeit vom 1. Oktober 1924 bis 30. September 1925 das erste Lebensjahr erreicht hatten und diese Zeit hindurch in Fürsorge standen, wurden:

151 Säuglinge = 90,9% gestillt,

15 „ = 9,1% künstlich ernährt.

Es wurden von diesen 151 Säuglingen (s. Tabelle 7):

149	Säuglinge	= 98,7 %	über 2 Wochen	gestillt
145	„	= 96,0 %	„ 3	„ „
144	„	= 95,3 %	„ 4	„ „
142	„	= 94,0 %	„ 5	„ „
141	„	= 93,3 %	„ 6	„ „
139	„	= 92,0 %	„ 2—3	Monate gestillt
127	„	= 84,1 %	„ 3—4	„ „
105	„	= 69,5 %	„ 4—5	„ „
85	„	= 56,2 %	„ 5—6	„ „
70	„	= 46,3 %	„ 6—7	„ „
50	„	= 33,1 %	„ 7—8	„ „
38	„	= 25,1 %	„ 8—9	„ „
28	„	= 18,5 %	„ 9—10	„ „
17	„	= 11,1 %	„ 10—11	„ „
12	„	= 7,9 %	„ 11—12	„ „
11	„	= 7,3 %	„ ein Jahr	gestillt.

In der Zeit vom 1. Oktober 1924 bis 30. September 1925 wurden in unserer Mutterberatungsstelle 837 Kinder befürsorgt.

Davon waren: 451 Säuglinge und

386 Kleinkinder.

Die Besuchsfrequenz betrug bei den Säuglingen 2553, bei den Kleinkindern 994.

Während der genannten Zeit wurden von den Anstaltsschwestern 1063 Hausbesuche gemacht. Jene Mütter, deren Kinder bereits ein Jahr in Fürsorge standen, kamen mit den Säuglingen durchschnittlich 18 bis 20mal in die Mutterberatungsstelle, mit den Kleinkindern 10 bis 12mal im Jahr.

Von 451 Säuglingen wurden aufgenommen:

	9 im Alter von	1 Woche
59	„ „ „	2 „
55	„ „ „	3 „
69	„ „ „	4 „
35	„ „ „	5 „
48	„ „ „	6 „

Tabelle 8. Durchschnittliches Gewicht in Kilogramm am Ende des

	1. J.	2. J.	3. J.	4. J.	5. J.	6. J.
20						
19						
18					17,65	
					17,50	
17				16,26		
16				16,10		
15			14,45			
14			14			
13		12,45				
12		12				
11						
10	9,95					
	9,70					
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1	120	25	18	13	7	

60 im Alter von 2 Monaten

36	„	„	„	3	„
29	„	„	„	4	„
19	„	„	„	5	„
11	„	„	„	6	„
4	„	„	„	7	„
9	„	„	„	8	„
2	„	„	„	9	„
2	„	„	„	10	„
3	„	„	„	11	„
1	„	„	„	12	„

Von diesen 451 Säuglingen wurden 408 = 90,4 % gestillt, 43 künstlich genährt.

Von 120 einjährigen Kindern haben im ersten Lebensjahr zugenommen:

2 Kinder		4,0 kg
6	„	4,5 „
6	„	5,0 „
8	„	5,5 „
26	„	6,0 „
15	„	6,5 „
30	„	7,0 „
15	„	7,5 „
7	„	8,0 „
5	„	8,5 „

Zusammenfassend ergibt die geschilderte Übersicht ein gutes Resultat in Hinsicht der Stillhäufigkeit und Stilldauer. Dementsprechend ist auch die Entwicklung der Kinder im Säuglingsalter eine ganz ausgezeichnete. Allerdings kommt als wesentliches Moment in Betracht, daß bis auf 9 % der Mütter, welche unsere Mutterberatungsstelle besuchen, dem außerhäuslichen Erwerb fernbleiben und sich den häuslichen Arbeiten und der Pflege des Kindes widmen können.

Auch mit den im Säuglingsalter erreichten Gewichtszunah-

men können wir sehr zufrieden sein. Etwas weniger günstig, doch immerhin zufriedenstellend, gestaltet sich die Entwicklung im Kleinkindesalter. Die Gewichtsverhältnisse stehen in den ersten drei Lebensjahren um ein Geringes hinter den Grundzahlen nach PIRQUET-CAMERER zurück (siehe Tabelle 8).

Das durchschnittliche Gewicht eines einjährigen Kindes unserer Fürsorge betrug 9700 g; eines zweijährigen Kindes 12.000 g; eines dreijährigen Kindes 14.000 g; eines vierjährigen Kindes 16.260 g; eines fünfjährigen Kindes 17.650 g.

Aus einer Zusammenstellung von PELLER und STRANSKY (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 21. 1924), in welcher das Material unserer Mutterberatungsstelle näher bearbeitet wurde, geht hervor, daß auf eine Wohnung in unserem Fürsorgematerial 3,88 Personen, darunter 2,08 Erwachsene und 1,8 Kinder entfallen. Das ist ein relativ nicht ungünstiges Ergebnis. Der Ernährungszustand der Mütter hat sich zwar etwas gehoben, ist aber keineswegs so befriedigend, wie er in der Vorkriegszeit war. Ich habe schon seit Jahren eingeführt, daß auch die Mütter in der Beratungsstelle regelmäßig gewogen werden. Aus der oben zitierten Mitteilung geht hervor, daß 45,3% der Mütter eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 3,0 kg erleiden, nur 22,8% eine Durchschnittszunahme von 3,2 kg aufzuweisen haben, und bei 30,9% das Gewicht unverändert konstant bleibt.

Dank der großen Stillhäufigkeit ist das Gedeihen der Kinder, wie schon bemerkt, als ein sehr gutes zu bezeichnen. Das soll deswegen besonders hervorgehoben werden, weil das Durchschnittsgewicht der aufgenommenen Säuglinge unter der Norm liegt. So wurde festgestellt, daß das Durchschnittsgewicht der zwei Wochen alten Säuglinge nur 3133 g, der drei Wochen alten 3220 g beträgt. Am Ende des ersten Lebensjahres erreichen die Kinder durchschnittlich ein Gewicht von 9700 g. Bei 80% der Säuglinge waren keine Gesundheitsstörungen zu verzeichnen. Bei 8% wurde leichte Rachitis konstatiert, in 3% der Fälle Dyspepsie, in 2% fieberhafte Erkrankungen der Luftwege, 2% Infektionskrankheiten, 1% Tuberkulose, 2% sonstige Erkrankungen. Im allgemeinen ein günstiges Resultat. Keineswegs leicht erzielt, sondern durch jahrelange Aufklärungsarbeit, durch die Ärzte und Schwestern der Anstalt. Die Mütter wurden erzogen, mit ihren Säuglingen und Kindern in die Beratungsstelle zu kommen. Sie betrachten es heute als eine Selbstverständlichkeit, den Rat und das Urteil unserer Stelle einzuholen. Daß diese Belehrung, die auch durch Verteilung unseres Merkbüchlein (MOLL, Säugling und Kleinkind, F. Deuticke, Wien) unterstützt wird, nicht nutzlos geschieht, geht am besten hervor, wenn die Mütter mit dem zweiten und dritten Kind in die Beratungsstunde kommen. So wird systematisch Volksaufklärung betrieben. Die Mütter erkennen den Wert der Beratung und kommen derentwegen weiter noch zu uns, obzwar wir nicht mehr wie früher in der Lage sind, Lebens-

mittel, Wäsche und Pflegebehelfe zu verteilen. Wir trachten aber weiter, den Müttern in diesen Belangen verschiedene Erleichterungen zu verschaffen.

Besonders ist es uns eine Freude, daß die Mütter gewöhnt sind, in die Beratungsstelle zu kommen und auch weiterhin ihre Besuche fortsetzen, auch wenn das Kind das erste Lebensjahr bereits überschritten hat. Gerade die Aufklärungsarbeit im Kleinkindesalter ist eine recht intensive geworden und wenn sich auch ihre Resultate nicht leicht erfassen lassen, so ist schon aus dem Umstand, daß fast die Hälfte aller Fälle dem Kleinkindesalter angehören, zu entnehmen, daß auch diese Fürsorgearbeit von den Eltern gewürdigt wird.

Verzeichnis und kurze Inhaltsangabe der aus der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge bisher erschienenen wissenschaftlichen Arbeiten

AMBROZIEČ, M.: Zur milchlosen (Pudding-) Therapie akuter Ernährungsstörung im Säuglingsalter. *Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk.*, Wien, 14. April, Wien. med. Wochenschr., H. 34. 1921. — DERSELBE: Heilungsvorgang eines schweren Barlow bei eingekochter Milch als Doppelnahrung nach NOBEL. *Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk.*, Wien, 19. Mai 1921. (Wien. med. Wochenschr., H. 38. 1921.) — DERSELBE: Zur Frage der Nahrungsbemessung bei untergewichtigen Säuglingen, zugleich eine Vergleichsstudie zwischen der HEUBNERSchen und PIQUETSchen Dosierungsart. *Zeitschr. f. Kinderheilkunde*, Bd. 32, S. 248—270. 1922. — DERSELBE und FRITZ WENGRAF: Über Rachitis und Wachstum, III. Mitteilung. *Zeitschr. f. Kinderheilk.*, Bd. 34, S. 24—41. 1922. (Experimentelle Tieruntersuchungen: die Rachitis ist eine Hypovitaminose, die eine Kalkstörung bedingt.) — BARCHETTI, KARL: Über Säuglinge tuberkulöser Mütter. *Monatsschr. f. Kinderheilk.*, Bd. 22, H. 6. 1921. (27% der gesund geborenen Säuglinge, die von ihren Müttern getrennt bleiben, bleiben frei von Tuberkulose.) — DERSELBE: Beitrag zur Klinik der Tuberkulose im Säuglingsalter. *Wien. klin. Wochenschrift*, H. 35. 1923. (Bei einem vier Monate alten Säugling setzt eine Bronchialdrüsentuberkulose und eine epituberkulöse Infiltration des rechten Oberlappens ein. Trotz schwerer Symptome wird das Kind gesund und bleibt während einer Beobachtung von drei Jahren gesund.) — FRANK, MARIA: Beitrag zur Klinik und zum Stoffwechsel der MÖLLER-BARLOWSchen Krankheit. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. 91, S. 21—42. 1920. (Stoffwechselversuche an zwei kranken Säuglingen ergeben im Frühstadium der Krankheit eine starke Aschenretention, im Stadium der Heilung eine starke Kalkausscheidung.) — HACKEL, BERTA: Klinischer Beitrag zur Erythrodermia desquamativa Leiner. *Monatsschr. f. Kinderheilk.*, Bd. 23, S. 197—200. 1922. (Hämatologische Untersuchungen ergeben eine ständige Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei der Krankheit. Vermehrung derselben prognostisch ungünstig, Verminderung günstig, keine Eosinophilie.) — MOLL, LEOPOLD: Aufgaben der Mutter- und Säuglingsfürsorge. Wien 1916. (Erziehung des Volkes zur hygienischen Lebensweise, Errichtung von Mutterberatungsstellen, Ausgestaltung der offenen und geschlossenen Fürsorge.) — DERSELBE: Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. *Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs.*, Bd. 9, H. 2. 1916. (Bericht über das erste Betriebsjahr der Reichsanstalt.) — DERSELBE: Mutter- und Säuglingsschutz in der Kriegszeit. *Das österreichische Sanitätswesen*, Jg. 28, H. 9/12. 1916. (Beschreibung der Tätigkeit der Kriegspatenschaft als Mutter- und Säuglingsfürsorge im Kriege.) — DERSELBE: Die Säuglingsfürsorgerin mit

Berücksichtigung ihrer Ausbildung in der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs., Jg. 10, H. 98, 1916. (Bericht über den Lehrgang der Fürsorgerinnenschule in der Reichsanstalt, Beschreibung ihres Wirkungskreises.) — DERSELBE: Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Österreich mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingstuberkulose. Das österreichische Sanitätswesen, Jg. 30, 1918 (Bericht über die Säuglingssterblichkeit und Stillfrequenz und Stilldauer. Beschreibung der Tätigkeit der Mutterberatungsstellen. Die Frage des einheitlichen Ausbaues der ärztlichen Fürsorge durch Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiete. Die Reichsanstalt als Lehranstalt für Fürsorgerinnen. Die Wichtigkeit der Tuberkulosenfürsorge. Trennung des gesunden Kindes von der kranken Mutter.) — DERSELBE: Vier Jahre Säuglingsfürsorge der Kriegspatenschaft. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs. Jg. 11, H. 1/2, 1919. (Organisation, Bericht.) — DERSELBE: Vier Jahre ärztliche Fürsorgearbeit in der Kriegspatenschaft, nebst kurzen Bemerkungen zu einem Vorschlag der Mutterräte. Wien. klin. Wochenschr., Jg. 32, H. 1, 1919. Organisation, Bericht. Notwendigkeit der hygienischen Aufklärung des Volkes durch entsprechend geschulte Ärzte.) DERSELBE: Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im deutschösterreichischen Staatsamt für soziale Verwaltung. Wien 1919. (1. Geschichte der Anstalt. 2. Bau der Anstalt. 3. Betrieb der Anstalt. 4. Die Pflegeschule. 5. Die Mutterberatungsstelle. 6. Organisationsarbeit.) — DERSELBE: Über die Notwendigkeit der Ausbildung der Studierenden und Fortbildung der Ärzte in der Säuglingsheilkunde, Säuglings- und Kinderfürsorge. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 32, H. 26. — DERSELBE: Die Impfung an der Brusthaut. Ges. d. Ärzte in Wien 4. April 1919. (Bericht in der Wien. klin. Wochenschr., H. 16, 1919.) — DERSELBE: Beitrag zur Aufzucht frühgeborener Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 21, S. 329—348, 1919. (Schilderung eines Wärmeschirmes für frühgeborene Kinder. Ernährungstherapie des frühgeborenen Kindes, Zufütterung von salzreicher Molke zur Frauenmilch.) — DERSELBE: Die Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge mit milchharmer Breikost. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 22, S. 147—156, 1919 (Diätetische Behandlung des Pylorospasmus mit einer breiartigen, anfangs milchlosen, später milch-arm zubereiteten Kost.) — DERSELBE: Zur Pflege und Ernährung frühgeborener Kinder. Wien. klin. Wochenschr., Jg. 32, H. 3, 1919. (Siehe Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 21.) — DERSELBE: Drei Fälle von Säuglingstuberkulose. Ges. d. Ärzte in Wien, 4. April 1919. (Gutes Gedeihen frühinfizierter Säuglinge. Referat Wien. klin. Wochenschr. H. 16, 1919. — DERSELBE: Zur Behandlung und Fürsorge erbsyphilitischer Kinder. Mitt. d. Volksgesundheitsamtes im D.Oe. Staatsamt für soziale Verwaltung, 1919. (Als Behandlung werden zwanzig Touren — 120 Einreibungen mit grauer Salbe empfohlen. Dieluetischen Kinder sind nach abgeschlossener Behandlung einer kinderlosen älteren Kostfrau zu übergeben.) — DERSELBE: Zur Psychologie und Psychopathologie der Mutterschaft. (Die Maternitätsneurose.) Beiträge zur sozialen Hygiene des Säuglings- und Kleinkindesalters. Berlin 1919. (Beschreibung der Besorgtheit der jungen Mutter, die zu einer Angstneurose ausarten kann. Berücksichtigung und Verständnis des veränderten Seelenlebens der jungen Mutter seitens ihrer Umgebung.) DERSELBE: — Prof. Dr. Alois Epstein, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 23.

1919 (Nachruf.) — DERSELBE: Die Maternitätsneurose. Ges. d. Ärzte in Wien, 23. Jan. 1920. Protokoll in der Wiener klin. Wochenschr. H. 7. 1920. — DERSELBE: Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Tagung über die Fragen der Kinderaufzucht. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im Staatsamt für soziale Verwaltung. 1920. (Hebung der Stillhäufigkeit und Stilldauer. Schwangerenfürsorge. Soziale Unterstützung der Mutter vor und nach der Geburt des Kindes. Einrichtung von Fürsorgestellen. Die Fürsorgeschwester als soziale Beamtin. Gut geschulte Fürsorgeärzte. Tuberkulosefürsorge. Kostkinderwesen. Kleinkinderfürsorge. Errichtung von Säuglingskrankenanstalten und Mütterheimen. Systematische Schulung der Mütter und Belehrung der reiferen Mädchen.) — DERSELBE: Einrichtung und Betrieb von Mutterberatungsstellen. Veröff. d. Volksgesundheitsamtes im Bundesministerium für soziale Verwaltung. 1921. (Einrichtung und Betrieb der Mutterberatungsstellen. Kostpflege. Die Versorgung des unehelichen Kindes. Kleinkinderfürsorge. Ärztliche Beratung. Krankenkassen- und Mutterberatung. Stillhilfen. Verteilung von Wäsche und Nährmitteln. Künstliche Ernährung. Milchhygiene. Allgemeine Belehrung. Merkbüchlein. Der Wirkungskreis der Säuglingsfürsorgerin und des Säuglingsfürsorgearztes. Muster eines Fragebogens und einer Wägekarte.) — DERSELBE: Zur Regelung des Ammenwesens. Wien. med. Wochenschr., H. 3. 1922. (Notwendigkeit eines Ammengesetzes, das zu bestimmen hätte, daß eine stillende Frau nur dann ein fremdes Kind stillen darf, wenn sie nicht gezwungen ist, sich von ihrem Kinde zu trennen.) — DERSELBE: Die Behandlung der Dyspepsie der Säuglinge mit milchloser Diät, bzw. mit einer leicht herstellbaren Eiweißmilch. Fortschritte der Med. Jg. 40, H. 1. 1922. (Die Beschreibung einer durch Ausfällen des Kaseins mit Calcium lacticum leicht herstellbaren Eiweißmilch. Beschreibung einer milchfreien Diät bei schwerer Dyspepsie, bestehend aus Kekspudding und Reispudding. Die Rolle der Molke bei der Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.) — DERSELBE: Zur Verhütung und Behandlung von Rhagaden an den Brustwarzen stillender Mütter. Med. Klinik, H. 13. 1922. (Maßregeln prophylaktischer Art zur Verhütung von Rhagaden. Behandlung frischer Rhagaden mit einer aus 6% Perubalsam, 3% Borsäure bestehenden mit Wasser abwaschbaren Salbe.) — DERSELBE: Bericht über die bisherige einjährige Tätigkeit der „Vereinigten In- und Auslandshilfe für tuberkulöse Kinder.“ Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. 1922. — DERSELBE: Über eine leicht herstellbare Eiweißmilch und ihre therapeutische Anwendung. Wien. med. Wochenschr., H. 21. 1922. Beschreibung der Herstellung der Eiweißmilch durch Ausfällen des Kaseins mit Calcium lacticum. — DERSELBE: Bericht über das zweite Betriebsjahr der Vereinigten In- und Auslandshilfe für tuberkulöse Kinder. Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. 1923. — DERSELBE: Die britische Hilfsaktion für die Kleinkinder Wiens. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürs. Jg. 12, H. 11, 1922. (Bericht.) — DERSELBE und EUGEN STRANSKY: Über die milchlose (Pudding-)Diät bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 100, S. 3—14. (Beschreibung der Zubereitung von Kekspudding und Reispudding. Die Behandlung der Dyspepsie mit diesen Nahrungsgemischen, dargestellt an Krankengeschichten. Stoffwechselversuche.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Zur Frage der Protein-

körpertherapie im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 24, S. 526—529. 1923. Bericht über die Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. in Leipzig. 1922. (Auch der junge Säugling reagiert auf parenterale Eiweißzufuhr mit Fibrinogenvermehrung und Steigerung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit.) — DERSELBE: Über die Hg- und As-Dosierung bei der Therapie der Lues hereditaria. Wien. med. Wochenschr. H. 12/13. 1923. (Säuglinge vertragen im Verhältnis bedeutend mehr Quecksilber und Arsen als Erwachsene; deswegen sollen die Dosen hoch sein. Als Behandlung wird eine kombinierte Sublimat-Neosalvarsaninjektionskur empfohlen. Die Wichtigkeit der Ernährung bei angeborener Lues.) — DERSELBE: Eine Mandelmilchmolkemischung als Einstellungsdiät bei der Säuglingsdyspepsie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, S. 250—265. 1923. (Zubereitung der Mandelmilchmolkemischung, bestehend aus gleichen Teilen von Kalziummolke und Emulsio amygdalarum dulcium. Ihre Verwendung bei Dyspepsien und Toxikosen.) — DERSELBE: Eine Mandelmilchmolkemischung als Einstellungsdiät bei Säuglingsdyspepsie. Wien. med. Wochenschr. H. 40. 1923. — DERSELBE: Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- und Berufsfürsorge. Jg. 15, H. 9. (Bericht.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Über Blutveränderungen bei der Proteinkörpertherapie im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 103, S. 177—188. 1923. (Der Säugling verträgt Eiweißinjektionen reaktionsloser als der Erwachsene. Zur Erzeugung der Reizkörperreaktion ist eine relativ große Dosis erforderlich. Anaphylaktische Erscheinungen treten nie auf.) — DERSELBE: Zur diätetischen Behandlung des Pylorospasmus. Ges. d. Ärzte in Wien, 20. Juni. 1924. Bericht in der Wien. klin. Wochenschr., H. 27. 1924. (Behandlung des Pylorospasmus mit milchloser Puddingdiät.) — DERSELBE: Die erhöhte Temperatur der laktierenden Mamma als Gradmesser ihrer Funktion. Wien. med. Wochenschr. H. 21. 1924. (Die Temperatur der stillenden Brust ist um etwa 0,5° höher als die Temperatur der Achselhöhle. Die Temperaturdifferenz bildet den Gradmesser der Funktion der Brustdrüse.) — DERSELBE: Welches Kind ist anstaltsbedürftig? Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- und Berufsfürsorge. Jg. 16, H. 6. (Erörterung der Frage vom medizinischen und sozialen Standpunkt.) — DERSELBE: Tuberkulose im Säuglingsalter. Bericht am 5. Österr. Tuberkulosestag im Tuberkulosefürsorgeblatt des österr. Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. (Intrauterine und extrauterine Infektionen. Unterscheidung einer Frühform und einer Spätform der Säuglingstuberkulose. Die Mortalität der Säuglingstuberkulose. — DERSELBE: Zur Tuberkulose im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 28, S. 58—64. 1924. (Die intrauterine Infektion ist häufiger als angenommen wird. Die Frühform der Säuglingstuberkulose dürfte häufig durch hämatogene Infektion bedingt sein, die Spätform, die gegen Ende des ersten Lebensjahres in Erscheinung tritt, durch aerogene Infektion.) — DERSELBE: Säuglingstuberkulose, ihre Verhütung und Bekämpfung. Fortschr. d. Med., H. 4/5. 1924. (Die Säuglinge tuberkulöser Mütter sollen womöglich sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt werden. Ein Großteil derselben bleibt gesund, ein Teil erkrankt nach wenigen Monaten. Diese sind wahrscheinlich schon im Mutterleib infiziert worden. Frühform. Beschreibung der Bronchialdrüsentuberkulose der älteren Säuglinge als Spätform. Prognose der Spätform

nicht sehr ungünstig. Die Fürsorge der tuberkulös erkrankten Kinder und Mütter.) — DERSELBE: Bericht über die Tätigkeit der Vereinigten österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Blätter f. Gesundheitsfürs. H. 2. 1924. (Bericht.) — DERSELBE: Säugling und Kleinkind, ein Merkbuch für Mütter zur Pflege, Ernährung und Erziehung des Säuglings und Kleinkindes. 2. Aufl. 1924. 3. Aufl. 1925. (Ein Merkbüchlein für Mütter zur Pflege des gesunden und kranken Säuglings und Kleinkindes mit zahlreichen Abbildungen und einem Schnittmuster für Säuglingswäsche.) — DERSELBE und HERBERT EBERHARTINGER: Die Bedeutung der prophylaktischen Fürsorge im Kampf gegen die Kindertuberkulose. Arbeiterschutz, H. 18. 1924. (Bericht über die Tätigkeit der Vereinigten österr. Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder. Erfolge der Erholungsaktion.) — DERSELBE: Das Ei in der Ernährung des Kindes. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. in Wien, am 14. Jan. 1925. Bericht in der Wien. med. Wochenschr., H. 10. 1925. (Das Ei wird beim Säugling und Kleinkind in jeder Form gut vertragen und ist wegen seines Lezitingehaltes und Vitamingehaltes in der Ernährung wärmstens zu empfehlen.) — DERSELBE: Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge der Kriegspatenschaft und der mit ihr verbündeten Krankenkassen. Wien. med. Wochenschr., H. 18. 1925. (Bericht.) — DERSELBE: Stillschwierigkeiten und ihre Bekämpfung. Wien. 1925. (Beschreibung von Hypogalaktie. Stillschwierigkeiten seitens des Kindes, Rhagaden der Brustwarze und ihre Behandlung. Mastitis. Kontraindikationen des Stillens bei Erkrankungen der Mutter. Die Ernährung der stillenden Frau. Die nervösen Störungen der stillenden Mütter. Die Frage von Lues bei Mutter und Kind. Stillschwierigkeiten ethischer und wirtschaftlicher Natur. Die Wichtigkeit der Schwangerenfürsorge und der Aufklärung der Mütter.) — NEUBAUER, KARL: Einfluß der Ernährung auf das Wachstum und die Entwicklung frühgeborener Kinder. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 21, H. 1. 1921. (Körperentwicklung, Längenwachstum und Massenwachstum lassen sich durch Zufuhr von Molkensalzen beschleunigen.) — PELLER, SIGISMUND und EUGEN STRANSKY: Fragen der Säuglingsfürsorge. Wien. klin. Wochenschr., H. 21. 1924. (Kritisch statistische Übersicht des Materials der Beratungsstelle der Reichsanstalt. Stillfrequenz und Stilldauer. Wohnungsverhältnisse der befürsorgten Kinder. Gewichtsverhältnisse der stillenden Mütter. Die Entwicklung des Gewichtes der befürsorgten Kinder.) — STEINKO, ROBERT: Die röntgenologische Untersuchung des Klysmas im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, S. 166—168. 1923. (Bei Klysmen konnte vor dem Röntgensschirm eine antiperistaltische Bewegung hinaufreichend bis zum Colon ascendens beobachtet werden.) — STRANSKY, EUGEN und EUGEN SCHILLER: Beiträge zur Kenntnis der Sepsis im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 22. 1921. (1. Melaena und allgemeine hämorrhagische Diathese infolge Streptokokkensepsis bei einem sechs Wochen alten Kind. 2. Myeolische Reaktion bei Sepsis.) — STRANSKY, EUGEN: Zur Frage der Verdauungsleukozytose und über Leukolysine. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 24. Nov. 1921. Ber. Wien. med. Wochenschr. S. 2274. 1921. (Auf Nahrungsaufnahme reagieren die Säuglinge mit einer Leukopenie. Leukolysine als Ursache der Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen konnten nicht nachgewiesen werden.) — DERSELBE: Kongenitaler familiärer Katarakt. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 10. Nov. 1921, referiert Wien. med. Wochenschr.

S. 308. 1922. (Demonstration.) — DERSELBE und EUGEN SCHILLER: Beiträge zur Klinik der Lues congenita. Med. Klinik. H. 1. 1922. (Beschreibung einer Gehirnblutung und meningeale Reizerscheinungen bei einem kongenital luetischen Säugling. Schwere kongenitale Lues in zwei Fällen, obwohl die Eltern viele Jahre lang eine negative Wassermannreaktion hatten.) — DIESELBEN. Über Leukolysine. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 97, S. 55—60. 1922. (Leukolysine konnten im Blutserum nicht nachgewiesen werden, sind also nicht die Ursache des Leukozytensturzes nach der Nahrungsaufnahme. — STRANSKY EUGEN: Ernährungsprobleme bei Lues congenita. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 32, S. 199—214. 1922. (Die kongenitale Lues hemmt das Gedeihen der Säuglinge. Die Hemmung kann durch die Therapie behoben werden; die Hemmung kann bis zum Negativwerden der Wassermannreaktion andauern, schließlich kann sie zu einem irreparablen Gewichtssturz führen. Die antiluetische Therapie bewirkt einen erhöhten Energiebedarf.) — DERSELBE und OTTO GERSUNY: Über das Gedeihen von Säuglingen in geschlossenen Anstalten. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 23, S. 145—157. 1922. (Untersuchung des Hospitalismus in der Reichsanstalt. Der Index infectiosus ist sehr gering. Einschleppungen von Infektionskrankheiten gehören zu den Seltenheiten.) — STRANSKY, EUGEN: Beiträge zur Frage des Ikterus im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 23, S. 499—502. 1922. (Ein Fall von Ikterus katarrhalis bei einem jungen Säugling. Ein Fall von akuter gelber Leberatrophy bei einem Säugling.) — DERSELBE: Lues congenita und schwere Anämie mit myeloischem Blutbild. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 24. Mai 1922, referiert Wien. med. Wochenschr., S. 1084. 1922. (Demonstration.) DERSELBE: Beiträge zur Wirkung der Milch und ihrer Bestandteile auf das Wachstum. Eine Tierexperimentelle Studie. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 99, S. 229—243. 1922. (Experimentelle Untersuchungen über Vitamine an Ratten. An das Kasein des Quarkes ist außer dem im Milchlakt enthaltenen A-Vitamin ein viertes (D-Vitamin) gebunden, ohne das ein Wachstum nicht erfolgt.) — DERSELBE und JULIUS LANGER: Beiträge zur Frage der alimentären Leukozytenreaktion. Klin. Wochenschr., S. 2521—2522. 1922. (Die Leukopenie ist nicht eiweißspezifisch, sondern tritt auch nach Fetten und Kohlehydraten auf. Die normale Reaktion des wachsenden Organismus auf die Nahrungsaufnahme ist die Leukopenie. Die leukozytäre Reaktion ist von der Leberfunktion unabhängig.) — STRANSKY, EUGEN: Experimentelle Beiträge zur Eiweißmilchfrage. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 24, S. 441—447. 1923. Vortrag bei der Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. Leipzig. 1922. (Im Kalkkasein ist der Kalk locker gebunden, da er bereits bei geringen Säurekonzentrationen vollkommen abgebaut wird. Der Kalk ist an das Kasein immer in gleicher Menge gebunden. Die Eiweißmilchwirkung dürfte nicht auf die Kaseinkalkbindung zurückgeführt werden können.) — DERSELBE: Beiträge zur Epidemiologie und Prophylaxe des Keuchhustens. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 26, S. 410—414. 1923. (Das geschlossene Boxensystem erweist sich vollkommen suffizient, um die Verbreitung der Infektion zu verhüten.) — DERSELBE: Beiträge zur klinischen Hämatologie im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 35, S. 195—201. 1923. (Kongenitale Pulmonalstenose mit Polycythämie und hochgradiger Erythroblastose. — Schwere Anämie an perniziöse Anämie erinnernd, Ursache kryptogene Sepsis.) — DERSELBE: Angeborene Pulmonalstenose. Ges. f. inn. Med. u.

Kinderheilk. 7. Dez. 1922, referiert Wien. med. Wochenschr., S. 258—259. 1923. (Demonstration.) — DERSELBE: 1. Kongenitale Atresie des Dünndarmes. 2. Ein Fall einer latent verlaufenden Meningitis tuberculosa. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 22. März 1923, referiert Wien. med. Wochenschr. S. 933—934. 1923. (Demonstration.) — DERSELBE: Erfahrungen über Säuglingstuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 36, S. 95—118. 1923. (1. Erörterung der Infektionsquelle, in überwiegender Mehrzahl die kranke Mutter. Die angeborene Infektion ist häufiger, als angenommen wird. 2. Die Tuberkulose der Mütter übt einen Einfluß auf den Ernährungszustand und Entwicklungsgang des Kindes aus. Die Ernährung der Kinder soll kalorisch sehr reichhaltig sein. Ernährungszustand und Verlauf der Tuberkulose sind gegenseitig unabhängig. 3. Klinische Beiträge zur Säuglingstuberkulose an der Hand von mehreren Fällen.) — DERSELBE: Zur Frage des Zusammenhanges von Meningitis tuberculosa und Meningitis cerebrospinalis epidemica. Wien. klin. Wochenschr., H. 2. 1924. (Ein Kind, das eine epidemische Genickstarre überstanden hat, erkrankt an einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung ohne sonstige Miliartuberkulose.) — DERSELBE: Experimentelle Beiträge zur Bakterienbesiedlung des Darmtraktes und ihrer Beeinflussung durch Nahrung. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 37, S. 388—391. 1924. Vortrag bei der Tagung der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. Göttingen. 1923. (Untersuchungen im Darm verschiedener Tierarten ergeben, daß der Dünndarm normalerweise keimarm oder keimfrei ist. Bei Hypovitaminose oder Avitaminose vermehrt sich die Keimzahl im Dünndarm wesentlich. Bakterienbefunde im Dünndarm sind nicht die Folge, auch nicht die Ursache einer Darmerkrankung, sondern Zeichen einer Allgemeinstörung.) — DERSELBE und LEOPOLD TAVS: Experimentelle Beiträge zur Eiweißmilchfrage. Gleichzeitig ein Beitrag zur Wirkung des Labfermentes. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 107, S. 129—138. 1924. (Die Labwirkung bedingt abgesehen von der Gerinnung auch einen Abbau des Kaseins, und steigert die proteolytische Funktion des Pepsins. Die erste Phase der Labwirkung ist die Ausflockung und Kalkbindung des Kaseins, die zweite eine Proteolyse. Bei vorhergefälltem Kasein beginnt sofort die zweite Phase.) — STRANSKY, EUGEN: Klin. Beitr. zur Frage der Ätiologie der Keratomalacie. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 104, S. 183—1924. (Die Keratomalacie ist bedingt durch herabgesetzte Resistenz des Organismus. Letztere wird wiederum hervorgerufen entweder durch schwere Ernährungsstörungen oder A-Vitaminose, bzw. Hypovitaminose. Dementsprechend gibt es zwei Formen von Keratomalacie.) — STRANSKY, EUGEN: Die Nasenschleimhaut als Eingangspforte septischer Infektionen im Säuglingsalter. Med. Klinik., H. 24. 1924. (Beschreibung zweier Fälle, bei denen Schnupfen zu einer Thrombose der Sinus cavernosi und zu einer Meningitis bzw. Allgemeinsepsis führt.) — DERSELBE: Zur Klinik der Alveolarruptur und ihre Folgezustände im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 38, S. 479—486. 1924. (Die Alveolarruptur tritt bei debilen Säuglingen ohne Pneumonie auf, führt zu mediastinalem Emphysem und Verdrängung des Herzens von der vorderen Brustwand.) — DERSELBE: Beitr. zur klin. Hämatologie im Säuglingsalter II. Zur Frage der kongenitalen myeloischen Leukämie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 29, S. 654—659. 1925. Vortrag in der Dtsch. Ges. f. Kinderheilk., Innsbruck. 1924. (Ein einwandfreier Fall von kongenitaler Myeloblastenleukämie vom Charakter eines Chloroms.) — DERSELBE und ALFONS

TRIAS: Infektiöser Darmkatarrh bei einem Brustkind mit Spirillenbefund im Stuhl. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 11. Febr. 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 13. 1925. (Demonstration des Falles der Stuhlausstriche und der Stuhlkulturen.) — STRANSKY, EUGEN: Aregenerative Anämie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 22. April 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 24. 1925. (Demonstration.) — DERSELBE: Hemilaterale Hemiplegie, bedingt durch Mangel der Pyramidenkreuzung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 10. Juni 1925. Wien. med. Wochenschr. H. 29. 1925. (Demonstration des pathologisch anatomischen Präparates und Photographien.) — DERSELBE: Beitr. z. klin. Hämatologie im Säuglingsalter III. Mitteilung. Über aregenerative Anämien im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 39, S. 553—568. 1925. (Beschreibung des klinischen Symptomenkomplexes und des hämatologischen Bildes an der Hand von fünf Fällen.) — WENGRAF, FRITZ: Beitrag z. Ernährung und Fürsorge des Kleinkindes. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 32, H. 43. 1919. (Besprechung der Mortalität im Kleinkindesalter. Ernährung des Kleinkindes: Vier Mahlzeiten, viel Gemüse und Mehlspeise. Bestimmung des Nahrungsbedürfnisses, Beschreibung mehrerer Fälle.) — DERSELBE: Zur Physiologie und Pathologie der Nierenfunktion im Säuglingsalter. Ges. f. inn. Med. und Kinderheilk. 20. Jänn. 1921. Wien. med. Wochenschr., H. 25. 1921. — DERSELBE: Über die Ausscheidung getrunkenen Wassers beim Säugling. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 30, S. 79—85. 1921. (Die wasser-ausscheidende Fähigkeit der Niere ist bereits beim neugeborenen Kind gut ausgeprägt. Ein Großteil des Wassers wird durch die Perspiratio ausgeschieden. Kochsalzlösungen bewirken Wasserretention. Bei Ernährungsstörungen ist auch die Nierenfunktion gestört.) — DERSELBE: Über Rachitis und Wachsum, I. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 1—13. 1922. (Bei hypotrophischen wachstumsgestörten Kindern wurde bei milchfettfreier Diät fast kein Wachstum, bei milchfettthaltiger aber starkes, das normale an Intensität übertreffendes Wachstum erzielt.) — DERSELBE und KARL BARCHETTI: Über Rachitis und Wachstum II. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 14—23. 1922. (An Röntgenbefunden wird die in der vorigen Arbeit geschilderte klinische Beobachtung bestätigt.)