

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	4 (1906)
Heft:	6
Artikel:	Die Fehlgeburt [Fortsetzung]
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-948891

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:
Buchdruckerei J. Weiß, Affoltern am Albis.

Redaktion: Für den wissenschaftlichen Teil: Dr. E. Schwarzenbach, Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Stockerstraße 32, Zürich II. Für den allgemeinen Teil: Namens der Zeitungskommission Frau B. Rotach, Hebammme, Gotthardstrasse 49, Zürich II.

Abonnementen: Es werden Jahresabonnements für ein Kalenderjahr ausgegeben;
Fr. 2.50 für die Schweiz und Mark 2.50 für das Ausland.

Insetrate: Schweizerische Inserate 20 Rp., ausländische 20 Pfennig pro einspaltige Petitionen; größere Aufträge entsprechender Rabatt. — **Abonnements- und Inserationsaufträge** sind zu adressieren an die **Administration der „Schweizer Hebammme“** in Zürich IV.

Inhalt:

Hauptblatt: Die Fehlgeburt. — **Schweizerischer Hebammenverein:** Verhandlungen des Zentralvorstandes. — Neue Mitglieder. — Verdantung. — Mitgliedschaft. — **Jahresrechnung des Schweizerischen Hebammenvereins und über den AltersverSORGungsfond.** — **Krankenkasse:** Jahresrechnung. — Neue Mitglieder. — Verdantung. — **Schweizerischer Hebammenrat:** Zur Tagung. — Einladung des Zentralvorstandes. — Einladung der Sektion Biel. — Die Sektionen. — Die Delegierten. — Anträge des Zentralvorstandes. — der Sektionen. — An unsere Mitglieder. — **Jahresgelegenheiten. — Interessantes Alterlei:** Aus der Schweiz. — Inserate.

1. Beilage: **Vereinsnachrichten:** Sektionen Aargau, Bern, Olten, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Winterthur, Zürich. — **Vodesanzeige.** — **Vereinheitlichung des Schweizerischen Hebammenwesens (Forts.)** — **Zusammenstellung der Hebammenchuleglemente.** — **Interessantes Alterlei:** Aus dem Ausland. — Inserate.

2. Beilage: **Interessantes Alterlei:** Aus der Schweiz. — Aus dem Ausland. — Inserate.

Die Fehlgeburt.

(Fortsetzung.)

Der Verlauf einer Fehlgeburt in den späteren Monaten zeigt von demjenigen einer rechtzeitigen Geburt durchaus keine wesentlichen Unterschiede, meistens ist er kürzer. Die Eröffnung des Muttermundes muß keine vollständige sein, weil die kleine Frucht bei nur halber Erweiterung leicht durchtreten kann. Die Ausreibungszeit verläuft fast immer sehr rasch, da das Kind weder durch seine Größe noch durch seine Lage jemals Schwierigkeiten bereitet; liegt es quer, so kann es wegen seiner Kleinheit und Weichheit auch so das Becken passieren. Auch die Ausstoßung der Nachgeburt erfolgt in den meisten Fällen von selber.

Aus alledem begreift man leicht, daß die Fehlgeburten vom 5.—7. Monat rascher überstanden werden als die rechtzeitigen Geburten. Immerhin kommt es manchmal zu recht langer Verzögerung der Eröffnungszeit, wenn ein starrer Muttermund den Wehen großen Widerstand entgegensetzt.

Nicht selten sind auch die Wehen mangelhaft, weil die Gebärmutter an Katarrh oder Geschwüren erkrankt ist, was ja, wie früher bemerkt, bei Fehlgeburten häufig vorkommt. Solche Verhältnisse können der Schwangeren sehr große Sorgen und der Hebammme viel Zeitverlust be-

reiten, aber mit Gefahr sind sie nicht verbunden, so lange keine Verzögerung des Inhaltes der Gebärmutter eingetreten ist.

Blutungen ereignen sich in dieser Periode nur, wenn der Fruchtkuchen sich vorzeitig löst oder vorliegt. In der Nachgeburtzeit hingegen treten Blutungen doch etwas häufiger auf als nach rechtzeitiger Geburt, weil der Fruchtkuchen sich oft etwas schwieriger löst. Das röhrt wohl gleichfalls von Erkrankungen der Gebärmutter her. Rasch und ohne nennenswerte Blutung löst sich der Kuchen meistens dann, wenn die Frucht schon lange abgestorben war.

Von großer praktischer Wichtigkeit ist es für die Hebammme im einzelnen Falle zu wissen, ob das Kind lebensfähig ist, d. h. ob eine, wenn auch noch so geringe Hoffnung besteht, das Kind am Leben zu erhalten. Da die Bestimmung des richtigen Geburtstermines immer eine unsichere Sache ist, so richtet man sich bei der Entscheidung dieser Frage am besten nach der Länge der Frucht, die ja immer mit einem Centimeterband leicht zu bestimmen ist. Am Ende des 7. Monates misst die Frucht 35 cm. Von diesem Zeitpunkt der Schwangerheit an, der 28. Woche, gilt das Kind als lebensfähig. Da aber in außergewöhnlich seltenen Fällen noch früher geborene Kinder am Leben blieben, hat man die Pflicht auch solchen Neugeborenen die Pflege angedeihen zu lassen, welche bei einer Frühgeburt notwendig ist. Was für Wunder man da erleben kann, beweist die folgende einzig dastehende Mitteilung von d'Outrepont, ehemals Professor in Würzburg.

Marie R. verheiratete sich im Oktober 1805 in einem Alter von 29 Jahren. Sie hatte einen schwächtlichen Körperbau. 10 Tage nach dem ersten Beischlag trat die Periode noch einmal mit normalen Erstkreisungen ein und zwar vom 22. bis 26. Oktober. Von da an blieb das Blut weg. Mitte November traten die bekannten Schwangerschaftsscheinungen auf. Frau R. glaubte sich ganz sicher schwanger, da sie früher nie ihr Blut verloren hatte. 20 Wochen nach der letzten Regel fühlte sie Kindesbewegungen. 27 Wochen nach der letzten Regel traten Wehen ein. d'Outrepont fand die Frau blutend, die Placenta tiefliegend. Es machte die Wendung und extrahierte das Kind. Dasselbe lebte und fing, nachdem es kaum aus den Geschlechtsstilen gezogen war, an zu atmen. Die Nabelschnur pulsirte noch 7 Minuten, ungeachtet der Fruchtkuchen nicht allein ganz losgetrennt war, sondern auch vor den äußeren Geschlechtsstilen lag.

Das Kind wurde in trockene warme Tücher eingehüllt und in ein warmes Bett gebracht. d'Outrepont glaubte nicht, daß dies Kind, als unreifes, zu erhalten wäre. Die Schwester der Gebärmutter nahm sich vor, das Kind auf alle ordentliche Art zu pflegen, um zu beobachten, wie lange man ein solches Kind am Leben erhalten könnte.

Am nächsten Tage wurde die Frucht gewogen und gemessen. Sie wog 1½ Pfund und maß 13½ Zoll. Sie war mit Wolshaaren bedeckt, schlief fast unausgesetzt und öffnete die Augen selten. Es war ein Knabe. Beide Hoden waren noch im Unterleibe. Die Nägel an den Fingern und Zehen gaben sich als weiße leiste Haftstellen zu erkennen. Die Haut im Allgemeinen war noch sehr zartig; obere und untere Extremitäten waren im Verhältnis zum Rumpfe sehr mager. Das Kind behielt die Stellung bei, die es in der Gebärmutter gehabt hatte. Es fing an zu winseln, sobald man ihm eine andere Lage gab, schrie aber nicht.

Der Knabe wurde nun in ein Körbchen, welches mit Baumwolle angefüllt war, hingelegt und es schien, als sei ihm wohl, wenn man ihn horizontal liegen ließ. Man reichte ihm die ersten Tage Wasser mit einem Zusatz von Zucker und späterhin verdünnte Milch. Den 7. Tag erschien die erste Urinentleerung, doch war der Urin so blau, daß er die Wäsche kaum färbte. Am 9. Tage kam die erste Leibesöffnung; sie war eine Meconium ähnliche Feuchtigkeit, jedoch etwas dicker und grünlicher, mehr gallertartig. Das Kind erwachte kaum 24—26 Stunden. Es trank dann kaum 2—3 Esslöffel, worauf es immer sogleich wieder einschlief. Es schien, daß jede Bewegung ihm schädlich sei, denn es wurde dabei kälter; man bewegte den Knaben daher nur, um ihn zu reinigen und trocken zu legen und wusch ihm nur den Mund, den Atem und die Geschlechtsstelle. Man unterschätzt immer eine Wärme von 15—18° R. Urin ging alle 24 Stunden ab. Stuhlgang erfolgte alle 2—3 Tage und erst nach einigen Monaten alle 36 Stunden. Aufallend war das äußerst geringe Wachstum des Kindes; es nahm zwar an Größe zu, es verloren sich die Kalten an den Gliedmaßen gänzlich, allein 15 Wochen nach seiner Geburt hatte es kaum 1½ Zoll an Länge zugenommen, dann aber schien wie plötzlich ein neues Leben in ihm zu erwachen; sein Winkel verwandelte sich in ein schwaches Schreien, der Schlaf war minder anhaltend, das Bedürfnis nach Milch lebhafter, das Kind ertrug die Bewegung leichter und wurde auch für äußere Eindrücke empfindlicher. Merkwürdig ist, daß diese Veränderungen zu der Zeit eintraten, zu welcher das Kind reif geworden waren.

Zierzehn Monate nach seiner Geburt hatte das Kind die Länge und das Gewicht eines ausgetragenen Kindes. Mit 3½ Jahren lernte es laufen. Stets unterschied es sich von andern Kindern durch seine Kleinheit und sein altes Aussehen. Die Geisteskräfte eilten den Körperkräften voraus. d'Outrepont sah den Knaben noch 1816. Damals 11 Jahre alt, hatte er die Größe eines 7—8-jährigen Knaben, fing an zu lesen und zu schreiben. Im Alter von 18 Monaten traten die Hoden ohne viel Beschwerden in den Hodenfack. Die Zähne kamen im 3. Jahre ebenfalls ohne Komplikationen.

Tritt eine Fehlgeburt in den ersten Monaten der Schwangerschaft ein, so gestaltet sich ihr Verlauf ganz anders als derjenige einer rechtzeitigen Geburt. Blutungen spielen da meistens eine große Rolle und zwar schon von Anfang an, ja meistens ist Blutabgang das erste Zeichen dafür, daß eine Fehlgeburt droht. Statt in den 3 bekannten Geburtsperioden entwickelt sich der Prozeß scheinbar ganz regellos; oft ist er ungemein rasch, in wenigen Stunden beendet, öfter zieht er sich in schleppendem Verlaufe über mehrere Tage und sogar viele Wochen hin. Zum Verständnis dieser Erscheinung ist es notwendig zu wissen, was für Vorgänge sich in der Gebärmutter in den ersten Monaten einer Schwangerschaft abspielen.

Sobald ein Ei befruchtet ist, beginnt die Schleimhaut der Gebärmutter aufzuschwellen und durch Wachstum dicker zu werden. Diese Schwangerschaftsschleimhaut nennt man Siebhaut, weil sie wie ein Sieb von unzähligen Löchern, den Gebärmutterdrüsen, durchbohrt ist. Diese Haut erreicht in den ersten Monaten eine Tiefe von etwa 1 Centimeter, während sie am Ende der Schwangerschaft papierdünn ist. Daß die Aussöpfung einer so dicken Haut nicht immer ganz rasch und leicht vor sich gehen kann, ist gezeigt einleuchtend, ebenso daß es dabei bluten muß, da sie ja einen Bestandteil der blutreichen Gebärmutter selber darstellt.

An irgend einer Stelle der Siebhaut setzt sich das befruchtete Ei fest und sinkt dann vollständig in diese dicke weiche Haut hinein. Die weitere Entwicklung des Eies kann man mit dem Wachsen eines Samenkörpers vergleichen.

Wie der Keim aus dem Samen, so entwickelt sich die Frucht aus dem Ei, und wie der Samen Wurzeln in die Erde treibt, so wachsen aus dem Ei seine kurze Fäden hervor, welche in der Gebärmutterhaut die Nahrung für die Frucht suchen. In den späteren Monaten bezieht das Kind seine Nahrung durch den Fruchtkuchen, der nur eine verhältnismäßig kleine Stelle der Gebärmutter bedeckt. In den ersten Wochen aber bilden jene Nahrungswurzelchen eine pflanzartige Haut, die Bottenhaut, welche das Ei ringsherum umgibt und deren Wurzelchen, die sogenannten Botten, auf allen Seiten in die Gebärmutterhaut (die Siebhaut) hineinwachsen.

Vom 2. Monat an ändern sich nun diese Verhältnisse. An der Stelle der Gebärmutter, wo das Ei sich von Anfang an einnistete, wachsen die Botten besonders stark und dringen, baumartig sich verzweigend, tiefer in die Siebhaut ein. Damit beginnt hier die Entwicklung des Fruchtkuchens. An allen übrigen Stellen der Bottenhaut wachsen nach einigen Wochen die Botten nicht weiter, werden vielmehr kleiner und verschwinden schließlich ganz. So kommt es, daß im Verlauf des 3. Monates bereits ein richtiger Fruchtkuchen ausgebildet ist.

Zugleich hat sich um die Frucht herum eine größere Menge von Fruchtwasser angesammelt, welches vor der Wasserhaut wie von einem Sack umschlossen wird. Der Wasserhaut liegt außen die Bottenhaut an, die jetzt aber keine Botten mehr trägt. Die äußerste Schicht der Eihäute wird von der Siebhaut gebildet, welche inzwischen dünner geworden ist. Nur an der Stelle des Fruchtkuchens hat sie sich weiter entwickelt und ist da von zahlreichen Blutgefäßen durchwachsen worden, die aus der Gebärmutterwand hervorkommen und Nahrungsstoff zu den oben erwähnten Bottenbäumchen herbeiführen. — So lange das Ei noch sehr klein war, nahm es natürlich nur einen geringen Anteil der Gebärmutterhöhle ein, später aber, von der 12. Woche an, füllt es die Gebärmutterhöhle vollständig aus.

Aus dieser Darstellung geht hervor, daß im 4. Monat der Inhalt der Gebärmutter denjenigen der späteren Monate ähnlich wird; daher gleicht der Verlauf einer Fehlgeburt im 4. Monat manchmal schon einer Frühgeburt. Oft aber trifft man den für die ersten Monate charakteristischen Verlauf, den wir nun näher betrachten wollen.

Bei einer Fehlgeburt im 1.—3. Monat treten, wie oben schon gezeigt wurde, frühzeitige Blutungen auf, indem bei der Ablösung der Siebhaut von der Gebärmutterwand mütterliche Blutgefäße eröffnet werden. Diese Gefäße sind allerdings viel dünner als die großen Adern an der Halsstelle des ausgewachsenen Fruchtkuchens. Daher erreicht der Blutverlust in den ersten 2 Monaten selten den höchsten Grad, und gar ein Verblutungstod kommt bei einer Fehlgeburt nur ganz ausnahmsweise vor; wohl aber entsteht aus den Blutungen oft langes Siechtum und Arbeitsunfähigkeit.

Die Aussöpfung des Eies erfolgt in sehr verschiedener Weise. Die Frucht samt allen Eihäuten, also auch mit der Siebhaut, kann als Ganzes geboren werden; man erkennt dann an der Siebhaut noch deutlich die dreieckige Form der Gebärmutterhöhle. Dies ist der günstigste Fall, weil danach die Gebärmutter vollständig leer ist und sich rasch erholen kann.

In andern Fällen bleibt die Siebhaut zunächst zurück und die Frucht wird in der unverleierten Bottenhaut geboren. Legt man dann das frugile Ei in Wasser, so sieht man sehr schön die feinen „Wurzelfäden“, d. h. die Botten, welche das Ei auf allen Seiten umgeben. Meistens zieht sich danach der Abgang der Siebhaut in die Länge und ist mit tage-, ja wochenlangen Blutungen verbunden.

In einer andern Reihe von Fällen kann das Blut nicht nach außen abfließen und sammelt sich in den Eihäuten, hauptsächlich in der Siebhaut in kleinen oder großen Klumpen an. Dadurch werden die Eihäute verdickt und wulstig und ihre Aussöpfung geht in der Regel sehr langsam von statten, wobei es wieder nach außen blutet. Ein solches durch Blutgerinsel verunstaltetes Ei nennt man Blutmole. Durch reichliche Ansammlung von Blut kann ein solches Gebilde sehr groß werden; mit der Zeit verändert sich seine Farbe, wird heller, mehr Fleisch ähnlich und heißt dann Fleischmole. — Die Traubmole entsteht durch eine besondere Erkrankung der Eihäute, von der ein ander Mal die Rede sein soll.

Ungemein häufig verläuft eine Fehlgeburt in der Weise, daß schon frühe die Eihäute zerstört, dann wird die kleine Frucht mit dem Blut nach außen geschwemmt und geht meistens unbemerkt verloren. Die Eihäute aber bleiben noch lange zurück und ihre stetige Ablösung und Aussöpfung verursacht sehr langdauernde Blutungen. Auch innerhalb der Eihäute kann die Frucht nach ihrem Tode zertrümmert werden, daß sie an dem geborenen Ei durchaus nicht mehr zu erkennen ist. Daher entstand die unrichtige Meinung, es gebe auch eine Schwangerschaft ohne Frucht, sog. falsche Schwangerschaft.

Alle diese verschiedenen Arten von Fehlgeburt kommen schon im 1. Monat vor; oft läuft die Sache dann so leicht und schmerzlos ab, daß die Frauen nur eine besonders starke oder langdauernde Periode zu haben glauben. Im 2.—4. Monat aber ist der schleppende Verlauf fast die Regel.

Am häufigsten werden die Fehlgeburten dadurch in die Länge gezogen, daß nach einigen Blutungen ein Teil des Eies abgeht, ein Rest davon aber zurückbleibt. Daraus entstehen dann die zwei am meisten gefürchteten Komplikationen: 1. die schon vielfach erwähnten langdauernden Blutungen und 2. Fieber, durch Versiegung der zurückgebliebenen Reste. Auch ohne daß eine innere Untersuchung stattgefunden hat, können Keime in die Gebärmutter eindringen, weil sie bei langer Dauer der Fehlgeburt in Blutgerinseln und Eihautteilen, welche in der Scheide liegen, sich vermehren und darin nach oben wandern können. Dann macht sich übler Geruch am Aussluß bemerkbar und früher oder später tritt infolge Auffäulung der Fäulnisstoffe Fieber hinzu.

Gehen die zersetzten Reste des Eies bald vollständig ab, sei es von selber oder durch ärztliche

Hilfe, so folgt ein normales Wochenbett. Je länger aber die faulenden Teile im Körper zurückbleiben, um so eher ist zu fürchten, daß die Keime auch in die Substanz der Gebärmutter und andere Organe der Mutter eindringen, von wo sie dann nicht mehr ohne weiteres entfernt werden können. Dann beginnt das eigentliche Kindbettfieber mit all seinen furchtbaren Gefahren.

Zurweilen kann man die beginnende Versiegung des Eies nur an dem Rauchverdunst des Pulses erkennen, während die Temperatur noch kaum erhöht ist. Auch kommt es vor, daß dabei übler Geruch vollständig fehlt, das ist sogar bei den bösartigsten Infektionen möglich. Niemals darf man etwa annehmen, hoher Puls oder Fieber habe nichts zu bedeuten, weil der Aussluß nicht übel rieche! Das wäre ein schwerer Fertum, denn es gibt Krankmachende Keime, welche keine stinkenden Gase erzeugen. Daß bei Schüttelfröstern die Gefahr bereits groß geworden ist, braucht kaum erwähnt zu werden.

Die schlimmsten Erkrankungen, schwere, oft tödliche Sepsis, entstehen bei Fehlgeburten meistens dann, wenn *Abtreiber* oder *Abtreiberrinnen* ihre verbrecherischen Hände im Spiel hatten. Da in einem solchen Falle leicht eine Gebärmutter beschuldigt werden könnte, durch Unreinlichkeit das Fieber verursacht zu haben, mache man es sich zur Regel, bei Fehlgeburt, stets von Anfang an die Temperatur zu messen, um eine bestehende Erkrankung womöglich sofort zu erkennen.

Die treibende Kraft sind bei einer Fehlgeburt natürlich die Wehen. Sie werden aber von den Schwangern durchaus nicht regelmäßig verSPIRT und verursachen nur zeitweise größere Schmerzen, besonders anhaltend nur dann, wenn der Muttermund nicht nachgiebig ist, oder wenn eine Gebärmuttererkrankung besteht. Im letzten Falle allerdings können die Wehen die Frauen ebenso peinigen wie bei einer rechtzeitigen Geburt. Meistens führen stark fühlbare Wehen in kurzer Zeit zur Beendigung der Fehlgeburt. Aber gewöhnlich sind die Wehen mangelhaft, da die Gebärmutter noch nicht so kräftig entwickelt ist wie am Ende der Schwangerschaft. Daher gelingt es den Wehen sehr oft nicht, den Muttermund genügend zu erweitern, namentlich bei Erstgebärenden. Man beobachtet dann nicht selten, daß das ganze Ei in den Halskanal „geboren“ und dort nur von dem engen äußeren Muttermund aufgehalten wird. Fühlbare Reaktionen kommen kaum je vor und erwecken stets den Verdacht, daß noch Eireste zurückgeblieben seien.

Bei der Besprechung der Behandlung der Fehlgeburt wollen wir wiederum die Fehlgeburten der späteren Monate vorwegnehmen. Wie aus dem früher Gesagten hervorgeht, hat man sich hier ungefähr an die gleichen Grundfälle zu halten wie bei der rechtzeitigen Geburt, vorausgesetzt, daß der Verlauf demjenigen einer rechtzeitigen Entbindung ähnlich sei. Sind die Wehen nicht sehr heftig, so gelingt es manchmal dem Arzte, durch beruhigende Mittel die Fehlgeburt aufzuhalten, so daß das Kind doch noch ausgetragen wird. Daher ist in jedem solchen Falle ein Arzt zuzuziehen. Bei langer Geburtsdauer und quälenden Wehen muß die Gebärmutter doppelt viel Geduld aufbieten, weil die Frauen in solchen Fällen rasch mutlos werden. Das Bewußtsein, ein mit Sehnsucht erwartetes Kind durch einen krankhaften Vorgang zu verlieren, macht die gleichen Schmerzen fast unerträglich, die eine gesunde Mutter in der zuverlässlichen Hoffnung auf ein lebendes Kind tapfer und leicht aushalten würde. — Die Nachgeburtzeit ist mit besonderer Sorgfalt zu überwachen.

Für die Behandlung einer Fehlgeburt in den ersten Monaten gelten ganz andere Grundsätze als bei einer rechtzeitigen Geburt. Das erste und auffallendste Zeichen sind, wie oben gesagt, die Blutungen, und unsere Hauptaufgabe besteht darin, den Blutverlust nicht allzu groß werden zu lassen. Um aber hiefür die

richtiger Mittel anzuwenden, muß man vor allem darüber ins Klare kommen, ob die Fehlgeburt sich vielleicht noch aufhalten lasse oder ob sie schon zu weit vorgeschritten und das Kind verloren sei, — ob es sich also nur um eine drohende Fehlgeburt oder aber um eine schon im Gang befindliche Fehlgeburt handle. Im ersten Falle müssen wir alles vermeiden, was die Wehen verstärken könnte, im zweiten Falle hingegen dürfen und müssen wir oft energischer gegen die Blutungen vorgehen.

Die Entscheidung dieser Frage ist manchmal sehr schwer und sollte womöglich stets einem Arzte überlassen werden. Immer mache man es sich zur Pflicht, einen Fall so lange nur als drohende Fehlgeburt anzusehen, als noch ein wenig Hoffnung besteht, daß das Kind ausgezogen werden könnte. Zu dieser Hoffnung ist man berechtigt, wenn die Blutungen mäßig geblieben sind und der Muttermund gar nicht oder nur wenig eröffnet wurde. Allerdings hat man auch schon Fälle gesehen, wo trotz einer vorübergehenden stärkeren Erweiterung des Halskanals dennoch die Fehlgeburt ausblieb, indem die Wehen aufhörten und der Muttermund sich wieder schloß.

Bei nur drohender Fehlgeburt laufen die Verordnungen einfach: Strenge Bettruhe (auch Aufrichten im Bett ist verboten), weder sehr kalte noch heiße Getränke, Vermeidung der inneren Unterforschung (Reinigung der äußeren Geschlechtsteile ist aber erlaubt). Der Arzt wird beruhigende Arznei geben. Gegen die Schmerzen dürfen Leberölsläge mit lauem (nicht heißem!) Wasser auf den Leib gemacht werden. Die Körpertemperatur muß man täglich messen, Stuholverstopfung jeden zweiten Tag mit kleinen Wasser- oder Deltlystieren bekämpfen. Seifen- oder Glycerinlystiere sowie Abführmittel sind womöglich zu vermeiden.

Die Hauptsache ist immer das Ruhigliegen. Wenn wir auch früher sagten, daß eine gesunde Schwangere die gewöhnlichen körperlichen Anstrengungen nicht zu scheuen brauche, so steht doch unzweifelhaft fest, daß jegliche Erstörung und Bewegung des Körpers bei drohender Fehlgeburt schädlich wirkt. Wie lange die Bettruhe eingehalten werden soll, hat der Arzt zu entscheiden; in der Regel wird es sich mindestens um mehrere Tage handeln.

Ganz anders verhalten wir uns, wenn starke Blutungen oder weite Öffnung des Muttermundes uns die Überzeugung aufdrängen, daß die Fehlgeburt nicht mehr aufzuhalten sei. Ist die Blutung gering, so hat nichts Weiteres zu geschehen, als die allgemeinen Vorkehrungen wie bei einer Geburt: Lybstier, Reinigung der äußeren Geschlechtsteile, Temperaturmessung, Heißwasserlochen u. s. Manchmal wird nach einigen Stunden oder Tagen das Ei ausgestoßen, ohne daß irgend eine Hülseleistung nötig wäre.

Nicht selten aber treten so heftige Blutungen auf, daß die Hebammie gezwungen ist, dagegen einzutreten, bevor der Arzt, der unter solchen Verhältnissen stets gerufen werden muß, sich eingefunden hat. Das erste, sehr oft wirksame Mittel ist eine heiße Scheideenspülung mit Karbol oder Lysol (1%, 36—40° R. oder 45—50° C.). Dann drückt man einen großen Bausch Watte fest gegen die Geschlechtsteile und den Damm an und läßt die Frau die Knie aneinanderlegen oder bindet ihr ein Tuch um die Beine. Reiben der Gebärmutter von außen wirkt oft wenig, weil sie noch zu klein ist, um gut umfaßt werden zu können. Besser ist es, auf den Leib eine heiße Kompreß zu legen, die oft erneuert wird. Dieses Verfahren genügt in weitaus den meisten Fällen. Kommt nach einiger Zeit wieder ziemlich viel Blut, so kann die Spülung mit einem oder mehreren Litern wiederholt und nochmals Watte vorgelegt werden.

Strömt aber das Blut in großer Menge her vor, oder machen sich bei der Schwangeren die Anzeichen beträchtlicher Blutarmut bemerkbar, dann muß nach der heißen Ausspülung die Scheide tamponiert werden. Während bei Blutung nach

rechtzeitiger Geburt die Tamponade der Scheide ein schwerer Fehler wäre, da ja hierauf das Blut sich einfach in der großen Gebärmutterhöhle anstauen würde, ist die Tamponade bei Fehlgeburt ein ungemein wohltägliches Mittel zur Blutstillung; denn in diesen Fällen ist die Gebärmutterhöhle, auch nach Abgang des Eies, zu klein, um eine gefährliche Menge Blutes in sich aufzunehmen zu können.

Das Tamponieren ist sehr selten notwendig, daher kommt es wohl, daß so viele Hebammen nicht recht wissen, wie sie es anfangen sollen. Wer es gibt Fälle, wo nur durch dieses Hüftmittel ein Menschenleben vor dem Verblutungstode gerettet werden kann. Darum ist es durchaus notwendig, daß jede Hebammie imstande sei, eine Tamponade rasch und richtig auszuführen. Die zwei Hauptchwierigkeiten dabei sind: 1. eine genügende Menge Watte in die Scheide hineinzubringen und 2. die Apsis bei dem ganzen Eingriff zu wahren. Durch Befolgung nachstehender Vorschriften sind alle Schwierigkeiten leicht zu überwinden.

Vor allem ist es notwendig, das Material zum Tamponieren stets bereit zu haben; denn während einer schweren Blutung hat man nicht Zeit, sich daselbe zurecht zu machen; das soll die Hebammie zu Hause in aller Ruhe besorgen. Nach sehr grundlicher Desinfektion der Hände und Bedeckung des Tisches mit einem reinen Handtuch wird die einzelne Wattetüte so hergestellt, daß man ein gut handtellergroßes Stück aus einem frischen Paket Watte entnimmt, seine Ränder nach innen umlegt und das Ganze so zusammenrollt, daß es fast so lang und etwas dicker als ein Daumen wird. Um diese Wattetüte, die schön abgerundet, nicht zerzupft aussehen soll, wird ein reiner Zwirnsfaden (starkes Strickgarn) fest herumgewickelt und sicher geknotet, so daß er in der Länge eines Scheidenrohres an der Watte hängt. Von solchen Wattetüten werden zehn bis zwanzig Stück angefertigt und entweder in einem reinen Tuch oder noch besser in einer mit Soda wasser und Karbol ausgewaschenen Blechbüchse verpaßt der Hebammen-tasche einverlebt.

Das Tamponieren geschieht in folgender Weise: Zuerst desinfiziert man sich die Hände und der Schwangeren die äußeren Geschlechts-teile. Während nun die Schwangere die Knie heraufgezogen und weit auseinander hält, führt man den gestreckten Zeige- und Mittelfinger der linken Hand möglichst tief in die Scheide ein und drückt damit nach hinten, gegen den Mastdarm zu, so daß die Scheide etwas klafft. Dann wird mit der rechten Hand ein Tampon nach dem andern so hoch als möglich in die Scheide hinaufgeschoben, wobei jeweilen der Faden eines eingelegten Tampons mit dem linken Daumen in die Hand eingeklemmt wird, damit er beim Nachschieben der folgenden Wattetüten nicht hinauftrüte. — Je mehr Tampons man in die Scheide hineinpreßt, um so sicherer schützt man die Frau vor weiteren Blutverlusten. Die Reibung der trockenen Watte am Scheideneingang ist aber schmerhaft; darum ist es wichtig, den Scheideneingang nach hinten und beiden Seiten hin mit den zwei Fingern der linken Hand möglichst weit offen zu halten. Das Hineingleiten der Tampons läßt sich auch dadurch erleichtern, daß man sie feucht anwendet; damit kann man sie zugleich antiseptisch wirkend machen. Zu diesem Zwecke taucht man vor dem Tamponieren die Wattetüten in eine halbprozentige Lösung von Karbol oder Lysol ein und drückt sie danach sehr fest aus. Dieses Verfahren hat nur den Nachteil, daß solche feuchte Tampons weniger gut blutstillend wirken als die trockenen.

Da es bei aller Sorgfalt und Geschicklichkeit nicht möglich ist, ohne Instrumente eine Tamponade wirklich aseptisch auszuführen, darf die Watte womöglich nur einige Stunden liegen bleiben; denn sehr bald entwickelt sich darin übler Geruch infolge von Zersetzung des Blutes. Die ganze Maßnahme soll nur ein seltener Notbehelf sein bis zur Ankunft des Arztes. Selbst-

verständlich müssen nach Ausführung der Tamponade auch die Folgen eines schweren Blutverlustes in der bekannten Weise bekämpft werden, wie es in Nr. 6 vom Jahrgang 1905 unseres Blattes geschildert worden ist.

Ist eine Fehlgeburt glücklich beendigt, dann muß die Wöchnerin mindestens 7 Tage das Bett hüten. Wenn auch die Rückbildung der Gebärmutter rascher und leichter als nach einer rechtzeitigen Geburt vor sich geht, so zieht doch man gelnende Reinlichkeit und zu frühes Aufstehen leicht Fieber und langwierige Unterleibsschleiden nach sich, um so eher, als ja oft die Gebärmutter schon vorher erkrankt war. Richtige Wochenbettspflege ist also durchaus angezeigt.

Endlich soll die Hebammie jeder Frau, die eine Fehlgeburt überstanden hat, empfehlen, nachträglich nochmals den Arzt zu konsultieren, damit er womöglich das Leiden, welches die Ursache der Fehlgeburt war, erkenne und heile.

Zum Schlusse wollen wir noch auf einen gefährlichen Irrtum hinweisen, der schon oft vorkommen ist, nämlich die Verwechslung einer geplatzten Eileiter schwanger schaft mit Fehlgeburt. In solchen Fällen hatte die Frau Zeichen von Schwangerschaft ver spürt (die zwar auch fehlen können; selbst die Periode braucht nicht ausgeblieben zu sein) und plötzlich hatten sich sich unter heftiger und nur geringer Blutung nach außen die Anzeichen eines schweren Blutverlustes eingestellt, weil eine innere Blutung entstanden war. Das Charakteristische dabei ist der große Schmerz in einer Seite des Unterleibes und die hochgradige Blässe, verbunden mit Ohnmachtsanwandlungen. Dann könnte eine heiße Ausspülung oder Tamponade direkt den Tod herbeiführen. Schleunige ärztliche Hilfe durch Operation, womöglich in einem Krankenhaus, ist das einzige sichere Mittel zur Erhaltung des Lebens.

Schweizerischer Hebammenverein.

Aus den Verhandlungen des Zentralvorstandes.

Vom 22. Mai.

Die Kassiererin, Frau Hirt, verliest zwei rührende Dankesbriefe von unterstützten Kolleginnen, welche uns sehr erfreuen. Es ist dies wirklich ein rechter Lichtpunkt in den Erfahrungen des Zentralvorstandes. Wäre unsere Zeit an der Generalversammlung nicht so abgemenet, es würde sich lohnen, den Kollegen von nah und fern einzelne solche Dankesbriefe zu lesen.

Eine Anzahl Briefe verschiedener Inhalts wurden noch besprochen, und wieder zwei Unterstützungsgefechte erledigt, u. a. für eine 86jährige Kollegin, welche durch den Herrn Pfarrer des Orts empfohlen wurde.

Der Vorstand erucht alle Mitglieder, doch ja zum Besuch der Generalversammlung sich mit der Vereins-Brosche zu schmücken.

Vom 8. Juni.

Den selben Tag, als für die alte Kollegin die Unterstützung an den Herrn Pfarrer gelangte, durfte die 86 Jahre alte müde Pilgerin eingehen zu ihrer Ruhe, und es können ihr nun die Sorgen des Lebens nichts mehr anhaben in dem himmlischen Vaterhaus. Der Herr Pfarrer schickte uns das gesandte Geld wieder zurück. Ein Altersversorgungsprojekt, welches wir besprachen, bietet eine große Fürsorge für das Mitglied, weil ihm die Wahl bleibt, nach Ablauf der Police eine Rente oder ein Kapital zu wählen. Auch ist das Mitglied nach 45-tägiger Krankheit zu weiterer Prämienzahlung so lange nicht verpflichtet, bis solches seine Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Bei andauernder Erwerbsunfähigkeit in dem Sinn zu verstehen, daß eine Hebammie ihrem Beruf nicht mehr obliegen kann, gleichviel, ob an deren Krankheit Infektion oder Unfall die Schuld trägt, beginnt sofort die Leistung der Rente in vierteljährlich zahlbaren Raten bis zum Tode der Ver-