

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle 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: 11

Artikel: Neuere Operationen in der Geburtshilfe [Fortsetzung]

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948897>

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: 19.02.2026

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

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“

Waghausg. 7, Bern,

wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. G. Schwarzenbach,

Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten,
Stoderstrasse 32, Zürich 11.

Für den allgemeinen Teil:

Hr. A. Baumgartner, Hebamme, Waghausg. 3, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2. 50 für die Schweiz,
Mk. 2. 50 für das Ausland.

Insertate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzeile
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Inhalt. **Hauptblatt:** Neuere Operationen in der Geburtshilfe (Fortsetzung). — Aus der Praxis. — Schweizerischer Hebammenverein: Verhandlungen des Zentralvorstandes. — Eintritte. — Verdankungen. — **Vereinsnachrichten:** Sektionen Appenzell, Baselstadt, Bern, Olten, St. Gallen, Schaffhausen, Thurgau, Winterthur, Zürich. — Delegiertenbericht über die Versammlung des Bundes Schweiz. Frauenvereine. — Gebildete Hebammen. — Briefkasten. — Anzeigen.

Beilage: Am XIII. Delegiertentag der Vereinigung deutscher Hebammen. — Bericht über den Verlauf des IV. Allgem. deutschen Hebammentages in Berlin. — Anzeigen.

Neuere Operationen in der Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Wie können wir den Muttermund erweitern? Schon lange wurde dies von einzelnen Ärzten mit Hilfe eines Handgriffes (Bonnaire) erreicht, der aber sehr schwierig und höchst gefährlich ist und daher sehr wenig Anhänger besitzt. Man hat daher versucht, vermittelst Instrumenten besser zum Ziele zu kommen. Das beliebteste, aber wegen gewisser Nachteile noch nicht von allen Ärzten benutzte Mittel ist der Kolpeurynter, eine Gummibläse, welche durch einen an ihr hängenden Schlauch mit Flüssigkeit gefüllt werden kann. Die Kolpeurynter sind in verschiedener Form und Grösse und aus verschiedenem Material angefertigt worden; je nach den besondern Verhältnissen eines Falles ist das eine oder das andere Modell vorzuziehen. Die Schilderung dieser Einzelheiten gehört nicht hieher.

Will man damit den Muttermund erweitern, so wird der vorher ausgekochte leere Kolpeurynter zusammengeklappt, in eine sogenannte Kornzange gefasst und auf den in den Muttermund gelegten Zeige- und Mittelfingern der linken Hand in die Scheide und durch den Muttermund hindurch in die Gebärmutterhöhle hineingeschoben. Mit Hilfe einer Spritze oder des Frigateurs spritzt man hierauf durch den Schlauch gekochtes Wasser in den Ballon hinein, so daß er als weiche, doch pralle Kugel, ähnlich der Fruchtblase, auf dem innern Muttermunde liegt. Der Kolpeurynter erregt Wehen und verstärkt schon vorhandene Wehen, diese treiben ihn dann in den Halskanal hinein und dadurch wird der Gebärmutterhals samt Muttermund erweitert.

Um das Abwärtsdrängen des Kolpeurynters noch zu verstärken, kann man in bestimmter Weise ein Gewicht an seinen Schlauch hängen. So gelingt es nicht selten, den Muttermund sehr rasch zu erweitern, manchmal aber dauert es doch ziemlich lange, in vereinzelt Fällen bleibt auch die gewünschte Wirkung aus.

Diesem Verfahren haften außerdem noch einige Mängel an: Der Kolpeurynter kann plagen; zuweilen drängt er den vorliegenden Kopf zur Seite und verursacht eine Querlage; endlich läßt er sich nicht in allen Fällen anwenden, weil er vor dem feststehenden Kopfe in der Regel nicht Platz findet. Man hat deshalb nach einem vollkommenen Hilfsmittel gesucht.

Von den verschiedenen zu diesem Zwecke erfundenen und angewandten Instrumenten erfreut sich heute das von Bossi der größten Beliebtheit.*

* Verfasser selber hat als Ersatz für den Kolpeurynter ein Metallinstrument anfertigen lassen, mit welchem in der Frauenklinik Zürich gute Erfolge erzielt wurden. Doch wird dasselbe wegen der Schwierigkeit seiner Anwendung wenig benutzt.

Dieses Erweiterungsinstrument besteht im wesentlichen aus vier Metallstäbchen, welche dicht aneinander liegend in den Muttermund hineingeschoben werden. Der untere Teil des Instrumentes ragt dabei zum Scheideneingang heraus. Wenn man nun an einer hier befindlichen Schraube dreht, so werden durch einen komplizierten Mechanismus die Metallstäbe langsam und gleichmäßig von einander entfernt. Hierbei wird der Muttermund durch den Druck der sich spreizenden Stäbe allmählich erweitert; ja, es gelingt in kurzer Zeit den Muttermund zur vollständigen Eröffnung zu bringen, so daß man darnach das Kind mit der Zange holen oder wenden und extrahieren kann. Es ist schon über viele Fälle berichtet worden, wo die vollständige Eröffnung des Muttermundes nur 15 Minuten in Anspruch nahm.

Das ist gewiß eine glänzende Leistung, aber auch dieser Operation haftet ein schwerer Nachteil an: sie ist mit großen Gefahren für die Gebärende verbunden. Es ist ja leicht begreiflich, daß solch ein gewalttätiges Auseinanderreiben des Muttermundes durchaus nicht dem natürlichen Vorgange entspricht und daß es hierbei leicht zu Verletzungen der Gebärmutter kommen kann. Solche Erfahrungen hat man leider schon oft machen müssen; es sind tiefe Risse am Mutterhals entstanden, aus denen es furchtbar blutete. Wenn auch die Frau hierauf durch geschickte Anlegung von Nähten vor dem Verblutungsstode bewahrt wurde, so stellten sich doch manchmal infolge der tiefen Narben nachträglich quälende Unterleibsbeschwerden ein.

Je rascher der Muttermund künstlich erweitert wird, um so größer ist die Gefahr einer Zerreißung. Bei langjamer Ausführung allerdings kann unter gewissen Umständen (bereits erfolgte Verkürzung des Mutterhalses und Nachgiebigkeit des schon etwas eröffneten Muttermundes) eine solche Verletzung fast sicher vermieden werden.

Die glänzenden Erfolge des Bossischen Verfahrens, namentlich bei Eklampsie, haben die meisten Spezialärzte veranlaßt, dasselbe in schweren Fällen gelegentlich anzuwenden. Aber die oft damit verbundene Gefährdung des mütterlichen Lebens schreckt doch viele Ärzte davor zurück und verpflichtet uns jedenfalls, diesen Eingriff nur in Notfällen zu wagen, wenn auch zugegeben werden muß, daß Erfahrung und Geschicklichkeit die Gefahren bedeutend herabsetzen.

Eine andere neue Methode, bei engem Muttermund die Entwicklung des Kindes auf natürlichem Wege möglich zu machen, sind die tiefen Einschnitte nach Dührsen. Vorbedingung dabei ist die vollständige Erweiterung des obern Teiles des Halskanales, wie sie bei Erstgebärenden gewöhnlich am Ende der Schwangerschaft besteht. Dann wird der Muttermund mit einer Schere

an vier Stellen so tief eingeschnitten, daß genügend Platz für den Durchtritt des Kindes geschaffen wird. Dieses blutige Verfahren ist aber so gefährlich, daß es nur von wenigen ausgeführt wird.

Viel häufiger als ein enger Muttermund bildet ein enges Becken ein ernstliches Hindernis für die Geburt.

Das einzige gebräuchliche Mittel, um bei stärker verengtem Becken ein lebendes Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu befördern, war früher die künstliche Frühgeburt. Damit hat man außerordentlich viele gute Resultate erzielt und zwar in der Neuzeit um so mehr, als man nun gelernt hat, diesen Eingriff so auszuführen, daß er für die Mutter kaum mehr Gefahren mit sich bringt als eine gewöhnliche Geburt.

Diese Vervollkommenheit der Methode berechtigt uns beinahe dazu, die künstliche Frühgeburt ebenfalls zu den neuern Operationen zu zählen. Während man früher durch verschiedenerlei unsicher wirkende oder nicht ganz ungefährliche Mittel den Eintritt der Frühgeburt herbeizuführen suchte, vermögen wir nun durch das Einlegen von Bougies (elastischen Stäben) oder nötigenfalls des Kolpeurynters in die Gebärmutter ziemlich rasch und sicher kräftige und andauernde Wehen zu erzeugen.

Allein eine große Schwierigkeit stört doch oft den Erfolg dieses Verfahrens und kostet vielen Kindern das Leben; in keinem Falle läßt sich der Zeitpunkt sicher und genau bestimmen, wann die Frühgeburt eingeleitet werden soll. Schreitet man zu früh ein, so wird ein so ganzes Kind geboren, daß es trotz aller Sorgfalt früher oder später dem Tode verfällt. Wartet man aber zu lange, so ist der Kopf zu groß geworden, um durch die Wehen allein oder durch operative Hilfe ohne Schaden das enge Becken passieren zu können.

Weil wir das Verhältnis zwischen Kopf und Becken einerseits und die Leistungsfähigkeit der Wehen andererseits vor der Geburt nie ganz zuverlässig beurteilen können, leidet das ganze Verfahren an einer gewissen Unsicherheit.

Schon vor 130 Jahren ist der kühne Gedanke aufgetaucht und auch ausgeführt worden, das enge Becken durch den sogenannten Schamfugeneinschnitt (Symphyseotomie) zu erweitern.

Das Becken setzt sich bekanntlich aus mehreren Knochen zusammen, die miteinander einen Ring bilden. Dieser Knochenring ist aber nicht eine einheitliche, starre Masse, sondern wird an drei Stellen von den Beckengelenken unterbrochen, die aus straffem, aber doch etwas nachgiebigem Bindegewebe bestehen. Von besonderer Bedeutung ist noch, daß in der Schwangerschaft dieses Bindegewebe eine mehr lockere, weichere Beschaffenheit annimmt als sonst. Von den drei Becken-

gelenken liegen zwei hinten beiderseits zwischen Kreuzbein und Darmbein, die Kreuzdarmbein-fugen, und eines vorne in der Mitte, die Scham- oder Schoßfuge.

Besteht nun ein starkes Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken, d. h. ist der Kopf bedeutend größer als die Lichtung des Beckens (der Beckenkanal), dann hilft sich die Natur in seltenen Fällen der Beckengelenke auseinanderprengt. In- dem dann die Beckenknochen in den andern Gelenken, wie die Türe im Scharnier, eine kleine Drehung ausführen, wird der Beckenkanal etwas erweitert, so daß der zu große Kopf nun doch hindurchzutreten vermag. Dieser Vorgang kann auch durch eine gewaltiam ausgeführte Zange oder Extraktion bewirkt werden. Stets hat aber ein solches Plagen des Beckenringes in einem seiner Gelenke eine nur geringe Erwei- terung zur Folge, weil eben das Gelenk nicht vollständig durchgerissen wird.

Man hat nun versucht, dieses Hilfsmittel, auf welches die Natur selber hinwies, auf künst- lichem Wege vollkommener anzuwenden. Hierfür sind sehr eingreifende Operationen erfunden worden. Ueber der Schamfuge wurde durch die Haut ein ausgiebiger Schnitt geführt und hierauf die Schamfuge selber mit dem Messer durchtrennt. Dann wick das Becken an dieser Stelle sofort auseinander; ja bei einer Wehe klappte der Spalt so weit, daß man den Becken- ring von den Hüften her zusammendrücken mußte, damit die hinteren Gelenke, die „Schar- niere“, nicht zerissen wurden. Da nun der Beckenraum bedeutend erweitert worden war, gelang die Entbindung durch die Wehen allein oder mit der Zange sehr leicht. Nachher wurde die Schamfuge wieder fest zugenäht.

Aber auch diese so einleuchtende Operation hat ihre großen Schattenseiten. Es kam dabei oft zu schweren Zerreißungen der Weichteile. Aus den zerrissenen Schwellkörpern entstanden gefährliche Blutungen, auch Verletzungen der Harnblase kamen vor. Ferner entstanden nicht selten Infektionen in der Wunde, welche zu lebensgefährlichen Eiterungen führten, und end- lich gelang es nicht immer, den Beckenring wieder fest zu machen, wenn die durchschnittene Stelle nicht wieder verheilte oder die hinteren Becken- gelenke durch das starke Auseinanderlassen der Hüftbeine geschädigt worden waren. Solchen Frauen war nachher das Gehen sehr erschwert oder fast unmöglich gemacht. Von den so operierten Frauen starb in früheren Zeiten fast der dritte Teil an den Folgen dieses schweren Eingriffes, so daß ihn viele Jahre hindurch fast niemand mehr zu unternehmen wagte.

Zu neuester Zeit ist nun auch diese Operation be- deutend verbessert worden. Aber wenn auch ein- zelne Geburtshelfer, wie unser berühmte Lands- mann Prof. Zweifel in Leipzig, durch Erfahrung und eifriges Studium aller Verhältnisse allmäh- lich lernten, die üblen Folgen der Operation zu vermeiden, so ist sie doch heutzutage noch mit so großen Gefahren verbunden, daß sie in den meisten Frauenkliniken nur selten oder gar nie ausgeführt wird.

Aber dem unermüdlichen Forschergeiste hoch- verdienter Ärzte gelang es endlich, eine Methode ausfindig zu machen, durch welche das Becken mit viel weniger Gefahren erweitert werden kann.

Da bei der Durchtrennung der Schamfuge so leicht die blutreichen Schwellkörper, die Harn- blase und auch die Scheide verletzt wurden, entschloß man sich, den Beckenring mehr nach der Seite hin zu durchtrennen. Diese Operation heißt Schambeinschnitt (Pubiotomie oder Hebomotomie). Hierbei ist das Operationsfeld von den eben genannten Organen so weit ent- fernt, daß ihre Verletzung sicher vermieden werden kann; nur die Scheide reißt zuweilen beim Durchtreten des Kopfes, was allerdings deshalb bedenklich ist, weil von der Scheiden- wunde aus der Wochenfluß die Operations- wunde infizieren kann.

Bei dieser Operation wird der Knochen selber, nämlich das Schambein, durchtrennt mit Hilfe einer Drahtsäge. Unter Verwertung der beim Schamfugenschnitt gemachten Erfahrungen hat man in neuester Zeit mit dem Schambeinschnitte so vorzügliche Erfolge errungen, daß wir hoffen dürfen, diese Operation werde sich auch in Zu- kunft gut bewähren und zum Wohl der Frauen und Kinder immer mehr ausgeführt werden. Sie hat noch den weitem großen Vorteil, daß nach der gewöhnlich glatt erfolgten Heilung das Becken zuweilen eine gewisse Erweiterung be- hält, so daß man bei nicht allzu hochgradiger ursprünglicher Verengung auf einen leichtern Verlauf der späteren Geburten rechnen kann. Die relativ geringe Gefahr dieser beim engen Becken so wertvollen Operation und die Er- reichung einer bleibenden Beckenerweiterung nach derselben stempeln diese neueste Errun- gung der Geburtshilfe zu einem gewaltigen Fortschritt und Triumph der Wissenschaft.

Während die bisher besprochenen neuen Ope- rationen die Entbindung nur möglich machen sollen, indem sie den Muttermund oder das Becken erweitern, kommen wir nun zu den neuern geburtshilflichen Eingriffen, welche die Schwangere direkt entbinden.

Der Kaiserschnitt zählt zwar durchaus nicht zu den neuesten entbindenden Operationen; wurde er doch schon im Jahre 1610 von Traut- mann in Wittenberg ausgeführt. Allein bis vor etwa 20 Jahren war es fast ein Wunder zu nennen, wenn eine Frau nach einem Kai- serschnitt mit dem Leben davonkam. Erst seitdem man gelernt hat, die Blutung mit Erfolg zu bekämpfen und mit Hilfe der Antiseptik auch die Infektion fast sicher zu vermeiden, sind die Resultate besser geworden.

Ein Operateur (Schauta) hat den Kai- serschnitt 15 mal ohne Todesfall ausgeführt. Durchschnittlich beträgt jetzt die Sterblichkeit der Mütter bei dieser Operation 5–10 %. Wir haben also für die Fälle, wo ein hochgradig verengtes Becken oder eine nicht entfernbare Geschwulst die Geburt auf natürlichem Wege unmöglich macht, heute in dem modernen Kai- serschnitt eine Operation, durch welche unter gün- stigen Verhältnissen (kein Fieber vor der Ope- ration!) Mutter und Kind mit größter Wahr- scheinlichkeit gerettet werden können.

Eine ganz neue Operation wird seit knapp 10 Jahren für die Fälle empfohlen und aus- geführt, welche bei normalem Becken eine rasche Entbindung verlangen, wo also nur die uner- öffneten Weichteile das Hindernis bilden. Das ist der Kaiserschnitt von der Scheide aus (Vaginaler Kaiserschnitt nach Dührsen).

Durch diese Operation kann jederzeit die Ent- bindung in etwa einer Viertelstunde durchgeführt werden (wobei die Vorbereitungen, das Aus- kochen der Instrumente u. nicht mitgerechnet sind). Sie ist hauptsächlich dann angezeigt, wenn in der Schwangerschaft oder im Beginne der Geburt wegen Eklampsie oder einer andern schweren Erkrankung der Mutter rasch entbun- den werden muß, oder wo infolge Narbenbildung oder Krebs der Muttermund sich nicht erweitern kann. In solchen Fällen könnte auch mit dem gewöhnlichen Kaiserschnitt oder zuweilen mit dem Instrumente von Bossi geholfen werden. Aber die Anhänger des Kaiserschnittes von der Scheide aus behaupten mit Recht, daß jene Verfahren gefährlicher seien als diese neue Operation.

Hierbei wird so vorgegangen, daß man die vordere Scheidenwand in ihrem oberen Teile so tief durchschneidet, bis die Harnblase sichtbar wird. Nachdem sodann dieses Organ samt den Harnleitern in die Höhe, von der Gebärmutter weg, geschoben wurde, spaltet man die vordere Gebärmutterwand vom Muttermunde aus so hoch nach oben hinauf, daß man mit einer Hand bequem in die Gebärmutter eingehen und das Kind wenden und extrahieren kann.

Sehr oft wird es notwendig, auch die hintere Gebärmutterwand, sowie den Damm tief ein- zuschneiden. Die Nachgeburt muß gewöhnlich künstlich gelöst und die Gebärmutter wegen der Blutung tamponiert werden. Ist die Gebä- mütter an Krebs erkrankt, was ja auch in der Schwangerschaft vorkommen kann, so wird sie sogleich herausgeschnitten und zwar ebenfalls von der Scheide aus.

Dieser Eingriff ist durchaus nicht leicht, aber von einem geübten und gewandten Operateur ausgeführt, ist er entschieden weniger gefährlich als der gewöhnliche Kaiserschnitt. Von 248 nach dieser Methode operierten Frauen sind 33 gestorben. Jedoch nur zwei von diesen Todes- fällen sollen durch die Operation an sich verschuldet sein, die übrigen Frauen erlagen der Eklampsie und anderen Krankheiten. Dieses ausgezeichnete Ergebnis darf uns wohl mit Bewunderung für die Leistungen der modernen operativen Geburts- hilfe erfüllen. In der Tat erscheint der Kai- serschnitt von der Scheide aus dazu berufen zu sein, eine der segensreichsten geburtshilflichen Operationen zu werden und namentlich bei Eklampsie künftig unzähligen Frauen und Kin- dern das Leben zu retten.

Im Anschluß an die besprochenen geburts- hilflichen Eingriffe sollen noch einige Operationen Erwähnung finden, welche in neuester Zeit in der Absicht unternommen wurden, ein schweres Kindbettfieber zur Heilung zu bringen.

Der Kampf gegen die gefährlichen fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett hat in den letzten Jahrzehnten insofern großartige Erfolge er- rungen, als wir in der Antiseptik und Asepsis die Mittel bekommen haben, fast sicher die Ge- bärenden vor Infektionen zu bewahren, d. h. also die gefährliche Krankheit zu vermeiden. Sind aber einmal krankmachende Keime in den Körper eingedrungen, dann sind wir nie im- stande, der Patientin mit Sicherheit die Erret- tung von schwerer Krankheit oder Tod zu ver- sprechen. Wohl hat man in der Behandlung des Wochenbettfiebers sehr große Fortschritte gemacht. Das richtige diätetische Verhalten, Wasseranwendungen, medikamentöse Verord- nungen und neuestens auch Einspritzungen von Heilserum führen diese schwer gefährdeten Kran- ken meistens zur Genesung; allein eine große Zahl von fiebernden Wöchnerinnen ist auch heutzutage noch, trotz aller Sorgfalt von Arzt und Pflegerin, unrettbar dem Tode verfallen.

Angeichts dieser traurigen Tatsache hat man in neuester Zeit versucht, schwere Fälle von Kindbettfieber energischer, nämlich mit eingrei- fenden Operationen zu behandeln. Wir wissen, daß die schlimmsten Fälle dadurch bedingt sind, daß eine große Menge bösartiger Keime sich im Körper der Kranken befindet. Wenn es nun gelingen könnte, diese Keime abzutöten oder aus dem Körper zu entfernen, so wäre die Kranke gerettet. Mit Desinfektionsmitteln lassen sich die Keime unter solchen Verhältnissen nicht abtöten, weil sie im Innern der Gewebe liegen. Sie sind unerreichbar für unsere Mittel, wenn wir nicht die betreffenden Körpergewebe zerstören wollen, was den sichern Tod der Kranken selber zur Folge hätte.

Somit bleibt uns nur noch der Weg offen, die Keime dadurch zu entfernen, daß wir die Organe, welche sie beherbergen, heraus schneiden. Zu dieser radikalen Behandlung sind natürlich nur diejenigen Fälle geeignet, in denen die Bakterien noch nicht ein allzu großes Gebiet des Körpers überschwemmt haben und nicht in Or- gane eingedrungen sind, die, wie das Herz, zum Leben unentbehrlich sind.

In erster Linie kommt die Gebärmutter in Frage. Ihre Entfernung gibt dann Aussicht auf Erfolg, wenn in einem Gebärmutterriß sich eine Infektion entwickelt hat, oder wenn eine Fasergeschwulst der Gebärmutter im Wochen- bette in Eiterung übergegangen ist, oder wenn faulende Nachgeburtsteile sich nicht auf andere

Weise entfernen lassen, oder endlich, wenn in der Gebärmutterwand sich Abzesse gebildet haben. Sofern die Bakterien sich in andern Organen noch nicht festgesetzt haben, kann man hoffen, in den genannten Fällen durch Heraus-schneiden der Gebärmutter die Kranke zu heilen.

Zuweilen wandern die Bakterien von der Haftstelle des Fruchtfuchens aus direkt in die Blutadern hinein, so daß das Blut darin gerinnt und allmählich Eiter sich bildet. Wenn es gelingt, diesen Zustand zu erkennen, bevor die Erkrankung der Blutgefäße sich zu weit gegen das Herz hin fortgesetzt hat, dann kann man durch Unterbinden und Heraus-schneiden der infizierten Blutadern den Hauptherd der krankmachenden Keime entfernen und dadurch die Genesung herbeiführen.

Es gibt noch eine andere Art von Kindbett-fieber, wo die Spaltspitze rasch die Gebärmutter durchwandern und in ihrer Nähe eine Entzündung des Bauchfelles verursachen. Wenn dann nicht die ganze Bauchhöhle von dem Prozeß ergriffen wird, sondern an einer abgegrenzten Stelle ein Abzess sich bildet, dann ist wiederum Hoffnung vorhanden, durch eine Operation die Hauptmasse der Keime zu entfernen. Zu diesem Zwecke wird der Leib an der Stelle auf-geschnitten, wo der Abzess sitzt, so daß der mit Bakterien erfüllte Eiter ausfließen kann. Be- stehen daneben keine andern, unzugänglichen Eiterherde, so gelingt die Heilung mit großer Wahrscheinlichkeit.

Alle diese Operationen sind schon wiederholt ausgeführt worden, bald mit gutem, bald mit schleimem Ausgang. Der letztere ist in der Regel dadurch bedingt, daß man zu spät operiert, d. h. nachdem die Keime von ihrem Hauptherde aus bereits in entfernte Organe (in die ganze Bauchhöhle, ins Herz, Lungen, Gehirn u. s. w.) gewandert sind und sich dort festgesetzt haben. Die besprochenen Operationen haben Ähnlich- keit mit den bei der Blinddarmentzündung aus- geführten chirurgischen Eingriffen, welche be- kanntlich schon unzählige Menschenleben gerettet haben; aber beim Wochenbettfieber verbreiten sich die Keime eben viel rascher und auf zahl- reicheren Wegen in entfernte Körperteile als bei der Blinddarmentzündung. Auch ist die genaue Erkennung des Sitzes der Wochenbett- erkrankung oft außerordentlich schwierig.

Obgleich also heutzutage die Erfolge der operativen Behandlung des Kindbettfiebers noch durchaus keine glänzenden sind, darf man doch bestimmt erwarten, daß weiteres Studium und zahlreichere Erfahrungen in diesen Methoden künftig auch in schweren Fällen noch die Mittel zur Heilung finden werden. Diese kurze Be- sprechung der neuesten Bestrebungen und Ver- suche auf diesem Gebiete der Heilwissenschaft konnte nur andeuten, zu welcher schönen Hoff- nungen die moderne Operationskunst uns im Kampfe mit dem Kindbettfieber berechtigt.

Aus der Praxis.

Zerhörte Mutterrenden. Am 24. September, morgens 8 Uhr, wurde ich zu einer 28-jährigen Drittgebärenden gerufen. Die Frau klagte mir, sie habe in der Nacht drei Stunden Wehen ge- habt, die aber jetzt aufgehört hätten, aber es gehe immer ein wenig Blut ab. Da die ersten Geburten normal verlaufen waren, so tröstete ich die Frau, es werde auch diesmal wieder vorübergehen. Nach vorheriger Desinfektion untersuchte ich und fand vorliegenden Frucht- fuch. Ich ermahnte die Patientin, ruhig im Bett liegen zu bleiben und gleich nach mir zu schicken, wenn sich wieder Wehen einstellten. Um halb 10 Uhr nachts fand ich dann den Muttermund so weit geöffnet, daß ich den Arzt rufen konnte. Unser Erscheinen war groß, als der Herr Doktor, nachdem er die Frau in Mar- kose untersucht hatte, erklärte, er finde keine Frucht. Alles, was er entfernte, war eine enorm große Traubenmole mit viel hundert

Bläschen wie Traubenbeeren. Die Enttäu- schung der Eltern war groß. Da die Frau sehr viel Blut verloren hatte, lag sie meistens bewußtlos da, und wir hatten große Mühe, sie wieder zum Bewußtsein zu bringen. Nach vier Stun- den konnte ich sie aber ruhig verlassen. Die Temperatur blieb immer normal, 36,5° war die höchste. Als meine Patientin nach 14 Tagen wieder aufstehen wollte, stellten sich wieder Ohnmachten ein; nach und nach wurde es aber besser und jetzt befragt sie wieder ihren Haus- halt in guter Gesundheit. L. S. S.

Blasenmole. Ich hatte vor Jahren einen ähn- lichen Fall. Ganz genau erinnere ich mich nicht, wie weit die Zeit der Schwangerschaft vorge- rückt war. Die Frau hatte von Anfang an etwas blutigen Fluß, manchmal auch kleinere Blutungen, und magerete sehr ab. Sie war immer unter ärztlicher Aufsicht. Da sich der Unterleib zu vergrößern schien, wartete man ab, bis schließlich eine Blutung eintrat, die das Ausräumen der Gebärmutter notwendig machte. Der Inhalt war eine Traubenmole ungefähr in der Größe einer Nachgeburt. Die dicht an- einander liegenden Blasen waren wie mittel- große Traubenbeeren und schienen mit einer trüben Flüssigkeit gefüllt zu sein.

Solche Fälle bieten stets unliebsame Ueber- raschungen. Hätte man einen sichern Anhalts- punkt, so würde man ja wohl die Schwanger- schaft unterbrechen; daß aber nicht jeder Fall von Blutungen während der Schwangerschaft ein abnormes Ende nehmen muß, habe ich vor nicht langer Zeit bei einer Dame erfahren, die nach einer langen Bettkur in den ersten Monaten der Schwangerschaft schließlich nach neun Monaten ein prächtig entwickeltes Kind- chen bekam.

Bei einer Blasenmole hat man es ganz sicher, wenn kleine Blasen abgehen, die man sieht, was eine beständige Aufsicht bedingen würde, denn diese Dinger gehen rasch zugrunde. Nun, meine Patientin war infolge Blutverlust auch sehr heruntergekommen, klagte die ersten Tage im Wochenbett über heftige Kopfschmerzen und hatte natürlich auch keinen Appetit. Nach einem schmerzstillenden Mittel wurde es rasch besser und die Frau erholte sich in kurzer Zeit ganz auffallend. Das Wochenbett verlief fieberfrei.

Seither sind die Leute fortgezogen, doch weiß ich, daß sie noch verschiedene Kinder bekommen haben. Besten Gruß!

A. Baumgartner.

Dem „Bulletin Mensuel“ habe ich folgenden interessanten Fall entnommen: Geburt bei einer Mehrgebärenden mit einem gro- ßen Bauchbruch. Frau S., 36 Jahre alt, hatte im Jahre 1897 in Bern eine Unterleibs- operation durchgemacht. Nach Hause zurückge- kehrt, mußte sie viel arbeiten, trotzdem sie sich noch sehr schwach fühlte. Sie hielt es nicht für nötig, eine Leibbinde zu tragen und nach und nach bildete sich ein Bauchbruch von be- trächtlichem Umfang.

Im Jahre 1905 wurde Frau S. schwanger. Die zwei ersten Monate verliefen normal, aber im dritten und vierten Monat hatte die Kranke starke Schmerzen. Der behandelnde Arzt gab ihr den Rat, ins Frauenspital zu gehen, viel- leicht finde man da für gut, eine Fehlgeburt einzuleiten. Man war hier gegenständlicher Ansicht und die Schwangerschaft nahm unter starken Schmerzen ihren Fortgang. Im Laufe der nächsten Monate mußte sich die Kranke täglich längere Zeit hinlegen. Anstatt daß sich nun die Gebärmutter normalerweise in der Bauch- höhle entwickelte, trat sie durch den Bruch und senkte sich tief bis auf die Schenkel. Die Schwangerschaft wurde dadurch sehr mühsam. Als sich die ersten Geburtswehen einstellten, wurde der Arzt benachrichtigt, da er den Wunsch ausgesprochen hatte, man möge ihn zur Zeit rufen. Beim Abtasten fühlte man den Körper

des Kindes sehr gut gekrümmt im Bruch, den Kopf direkt auf den Füßen. Die Eröffnung des Muttermundes war leicht. Sobald es mög- lich war, ergriff der Arzt die Füße, drängte den Kopf nach hinten und hatte in einigen Minuten ein kleines, gesundes Mädchen ent- wickelt, das tüchtig schrie. Die Nachgeburt folgte normal, der Verlauf des Wochenbetts war gut und die Mutter, gegenwärtig sehr gesund, nährt ihr Kind. Mad. X., Hebamme in Lucens.

Anmerkung der Redaktion des „Bulletin Mensuel“: Wir beschreiben diese Beobachtung, um die Aufmerksamkeit der Hebammen darauf zu lenken, von welcher Wichtigkeit es ist, daß die Bauchwandungen während der Schwanger- schaft und Geburt unversehr bleiben.

Schweizer. Hebammenverein.

An die Einzelmitglieder des Schweiz. Hebammenvereins!

Hiermit möchte ich alle Einzelmitglieder darauf aufmerksam machen, daß der Jahresbeitrag pro 1906/07 mit Fr. 2.12 einschließlich Porto im Laufe der zweiten Hälfte dieses Monats mittels Postnachnahme erhoben wird und bitte ich alle um prompte Einlösung.

Zürich, 8. November 1906.

Die Zentralkassiererin: Frau Hirt-Ruegg, Badenerstraße 79, Zürich III.

Verhandlungen des Zentralvorstandes vom 7. November 1906.

Briefe einiger Mitglieder wurden verlesen und besprochen und soviel wie möglich auf deren Anliegen Rücksicht genommen. Der Zentral- vorstand hat immer ein offenes Ohr, es freut ihn herzlich, wenn die Kolleginnen mit Ver- trauen etwelche Sorgen auf seine Schultern legen; wenn möglich, soll geholfen werden. Frau Rotach verliest den Delegiertenbericht von Frä. Hüttenmojer in St. Gallen über die Ver- handlungen am Jahresfest des Bundes Schwei- zerischer Frauenvereine. Derselbe wird in der „Schweizer Hebamme“ erscheinen.

Frau Denzler, welche im vorigen Jahr als Delegierte des Schweizerischen Hebammenvereins den Verhandlungen des IV. allgemeinen deut- schen Hebammentages in Berlin beigewohnt hat, verliest ebenfalls einen Teil ihres Berichtes, und wir ersuchen Euch, das Gegebene beiderseits mit Interesse zu lesen, das Ganze zu prüfen und das Gute zu behalten.

Wir machen Euch noch die recht betäubende Mitteilung, daß der Kampf unserer Kolleginnen im Kanton Aargau um bessere Lohnverhältnisse leider ganz im Sande verlaufen ist. Es haben viele Hebammen, ich will gar nicht sagen Kol- leginnen, es nicht einmal der Mühe wert ge- funden, die Unterschriftenbogen zu verteilen, um zur Ergreifung einer Initiative die erforderliche Zahl Unterschriften zusammenzubringen. So- mit ist vorläufig zuzuwarten. Solches Gebahren ist wirklich unbegreiflich, ganz und gar nicht solidarisch, und doch, Einigkeit macht stark!

Im Namen des Zentralvorstandes entbietet die besten Grüße,

Die Aktuarin: Frau Gehry.

Eintritte.

In den Schweizerischen Hebammenverein sind neu eingetreten:

Kanton Baselland.

- R.-Nr. 125. Frä. Schneider, Steinmett.
- " 126. " Martha Strub, Läuferlingen.
- " 127. " Lina Bölliger, Pratteln.
- " 128. Frau Baumgartner, Bubendorf.

Wir heißen alle herzlich willkommen.

Der Zentralvorstand.