

<b>Zeitschrift:</b>	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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	4 (1906)
<b>Heft:</b>	11
<b>Artikel:</b>	Neuere Operationen in der Geburtshilfe [Fortsetzung]
<b>Autor:</b>	[s.n.]
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-948897">https://doi.org/10.5169/seals-948897</a>

### 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 Hebammme

## Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“  
Waghausg. 7, Bern,  
wohl auch Abonnement- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. E. Schwarzenbach,  
Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten,  
Stocerkirche 32, Zürich II.

Für den allgemeinen Teil:

Fr. A. Baumgartner, Hebammme, Waghausg. 3, Bern.

Abonnement:

Jahres-Abonnement Fr. 2.50 für die Schweiz,  
Mt. 2.50 für das Ausland.

Inserate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzelle  
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 Kolpeurinter, eine Gummiblaase, welche durch einen an ihr hängenden Schlauch mit Flüssigkeit gefüllt werden kann. Die Kolpeurinter sind in verschiedenem Form und Größe und aus verschiedenem Material angefertigt worden; je nach den besonderen Verhältnissen eines Falles ist das eine oder das andere Modell vorzuziehen. Die Schilderung dieser Einzelheiten gehört nicht hierher.

Will man damit den Muttermund erweitern, so wird der vorher ausgeflockte leere Kolpeurinter zusammengefaltet, in eine sogenannte Kornzange gelegt und auf den in den Muttermund gelegten Zeige- und Mittelfingern der linken Hand in die Scheide und durch den Muttermund hindurch in die Gebärmutterhöhle hineingehoben. Mit Hilfe einer Spritze oder des Fregatoren spritzt man hierauf durch den Schlauch gefochtes Wasser in den Ballon hinein, so daß er als weiche, doch pralle Kugel, ähnlich der Fruchtblase, auf dem innern Muttermunde liegt. Der Kolpeurinter 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 Kolpeurinters noch zu verstärken, kann man in bestimmter Weise ein Gewicht an seinem Schlauch hängen. So gelingt es nicht selten, den Muttermund sehr rasch zu erweitern, manchmal aber dauert es doch ziemlich lange, in vereinzelten Fällen bleibt auch die gewünschte Wirkung aus.

Diesem Verfahren haften außerdem noch einige Mängel an: Der Kolpeurinter kann plazieren; 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 vollkommeneren Hülfsmittel gesucht.

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

\* Vossi selber hat als Ersatz für den Kolpeurinter 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 hineingehoben werden. Der untere Teil des Instruments 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 möglich, daß solch ein gewaltsames Auseinanderstreben des Muttermundes durchaus nicht dem natürlichen Vorgange entspricht und daß es hierbei leicht zu Verlebungen 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 Verblutungstode 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 Verlebung. Bei langdauernder Ausführung allerdings kann unter gewissen Umständen (bereits erfolgte Verkürzung des Mutterhalses und Nachgiebigkeit des schon etwas eröffneten Muttermundes) eine solche Verlebung fast sicher vermieden werden.

Die glänzenden Erfolge des Vossischen Verfahrens, namentlich bei Eklampsie, haben die meisten Spezialärzte veranlaßt, dasselbe in schweren Fällen gelegentlich anzuwenden. Aber oft damit verbundene Gefährdung des mütterlichen Lebens schreibt doch viele Ärzte davon 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 Dührßen. Voraussetzung dabei ist die vollständige Erweiterung des oberen Teiles des Halskanals, wie sie bei Erfüllenden 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.

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

Das einzige gebräuchliche Mittel, um bei starker verengtem Becken ein lebendes Kind auf natürlichen 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 Vervollkommenung der Methode berechtigt uns beinahe dazu, die künstliche Frühgeburt ebenfalls zu den neuen Operationen zu zählen. Während man früher durch verschiedene un Sicher 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 Kolpeurinters 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 zartes 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 nur 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 Schamjugschnitt (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 Beugelenken unterbrochen, die aus straffen, aber doch etwas nachgiebigem Bindegewebe bestehen. Von besonderer Bedeutung ist noch, daß in der Schwangerchaft dieses Bindegewebe eine mehr lockere, weichere Beschaffenheit annimmt als sonst. Von den drei Becken-

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

Besteht nun ein starkes Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken, d. h. ist der Kopf bedeutend größer als die Länge des Beckens (der Beckenkanal), dann hilft sich die Natur in seltenen Fällen damit, daß der heftig andrängende Kopf eines 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 gewaltsam ausgeführte Zange oder Extraktion bewirkt werden. Stets hat aber ein solches Platzen des Beckenringes in einem seiner Gelenke eine nur geringe Erweiterung zur Folge, weil eben das Gelenk nicht vollständig durchgerissen wird.

Man hat nun versucht, dieses Hülfsmittel, auf welches die Natur selber hinwies, auf künstlichem 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 wich das Becken an dieser Stelle sofort auseinander; ja bei einer Wehe klaffte der Spalt so weit, daß man den Beckenring von den Hüften her zusammendrücken mußte, damit die hintern Gelenke, die „Scharniere“, nicht zerissen würden. 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 Verreibungen 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 endlich gelang es nicht immer, den Beckenring wieder fest zu machen, wenn die durchschnittenen Stelle nicht wieder verheilte oder die hintern Beckengelenke durch das starke Auseinanderklaffen 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.

In neuester Zeit ist nun auch diese Operation bedeutend verbessert worden. Aber wenn auch einzelne Geburthelfer, wie unser berühmter Landsmann Prof. Zweifel in Leipzig, durch Erfahrung und eifriges Studium aller Verhältnisse allmählich lernten, die übeln 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 hochverdienter Aerzte 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 Harnblase und auch die Scheide verletzt wurden, entschloß man sich, den Beckenring mehr nach der Seite hin zu durchtrennen. Diese Operation heißt Schambeinschnitt (Pubiotomie oder Hæbotomie). Hierbei ist das Operationsfeld von den eben genannten Organen so weit entfernt, daß ihre Verletzung sicher vermieden werden kann; nur die Scheide reißt zuweilen beim Durchtrennen des Kopfes, was allerdings deshalb bedenklich ist, weil von der Scheidenwunde aus der Wochenflüssigkeitsgefäß der Operationswunde infizieren kann.

Bei dieser Operation wird der Knochen selber, nämlich das Schambein, durchtrennt mit Hülfe einer Drahtäge. Unter Verwertung der beim Schambeinschnitt gemachten Erfahrungen hat man in neuester Zeit mit dem Schambeinschnitt so vorzügliche Erfolge errungen, daß wir hoffen dürfen, diese Operation werde sich auch in Zukunft gut bewähren und zum Wohl der Frauen und Kinder immer mehr ausgeführt werden. Sie hat noch den weiteren großen Vorteil, daß nach der gewöhnlich glatt erfolgten Heilung das Becken zuweilen eine gewisse Erweiterung beibehält, so daß man bei nicht allzu hochgradiger ursprünglicher Verengerung auf einen leichteren Verlauf der späteren Geburten rechnen kann. Die relativ geringe Gefahr dieser beim engen Becken so wertvollen Operation und die Erreichung einer bleibenden Beckenerweiterung nach derselben stempen diese neueste Errungenschaft der Geburtshilfe zu einem gewaltigen Fortschritt und Triumph der Wissenschaft.

Während die bisher besprochenen neuen Operationen die Entbindung nur möglich machen sollen, indem sie den Muttermund oder das Becken erweitern, kommen wir nun zu den neuen 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 Trautmann in Wittenberg ausgeführt. Allein bis vor etwa 20 Jahren war es fast ein Wunder zu nennen, wenn eine Frau nach einem Kaiserschnitt mit dem Leben davonkam. Erst seitdem man gelernt hat, die Blutung mit Erfolg zu bekämpfen und mit Hülfe der Antiseptik auch die Infektion fast sicher zu vermeiden, sind die Resultate besser geworden.

Ein Operateur (Schauta) hat den Kaiserschnitt 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 Kaiserschnitt eine Operation, durch welche unter günstigen Verhältnissen (kein Fieber vor der Operation!) Mutter und Kind mit großer Wahrscheinlichkeit gerettet werden können.

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

Durch diese Operation kann jederzeit die Entbindung in etwa einer Viertelstunde durchgeführt werden (wohl die Vorbereitungen, das Auskochen der Instrumente &c. nicht mitgerechnet sind). Sie ist hauptsächlich dann angezeigt, wenn in der Schwangerericht oder im Beginne der Geburt wegen Eklampie oder einer andern schweren Erkrankung der Mutter rasch entbunden 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 Bössi 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, gehoben wurde, spaltet man die vordere Gebärmutterwand vom Muttermund 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 einzuschneiden. Die Nachgeburt muß gewöhnlich künstlich gelöst und die Gebärmutter wegen der Blutung tamponiert werden. Ist die Gebärmutter an Krebs erkrankt, was ja auch in der Schwangerericht 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 Todesfällen durch die Operation an sich verschuldet sein, die übrigen Frauen erlagen der Eklampie und anderen Krankheiten. Dieses ausgeszeichnete Ergebnis darf uns wohl mit Bewunderung für die Leistungen der modernen operativen Geburtshilfe erfüllen. In der Tat erscheint der Kaiserschnitt von der Scheide aus dazu berufen zu sein, eine der segensreichsten geburtshilflichen Operationen zu werden und namentlich bei Eklampie künftig unzähligen Frauen und Kindern das Leben zu retten.

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

Der Kampf gegen die gefährlichen fiebervorhaften Erkrankungen im Wochenbett hat in den letzten Jahrzehnten insofern großartige Erfolge erzielt, als wir in der Antiseptis und Asepsis die Mittel bekommen haben, fast sicher die Gebärenden vor Infektionen zu bewahren, d. h. also die gefährliche Krankheit zu vermeiden. Sind aber einmal frankmachende Keime in den Körper eingedrungen, dann sind wir nie imstande, den Patientin mit Sicherheit die Errettung von schwerer Krankheit oder Tod zu versprechen. Wohl hat man in der Behandlung des Wochenbettfeuers sehr große Fortschritte gemacht. Das richtige diätetische Verhalten, Wasseranwendungen, medikamentöse Verordnungen und neuerdings auch Einspritzungen von Heilserum führen diese schwer gefährdeten Kranken meistens zur Genesung; allein eine große Zahl von fiebervorhaften Wochenmäntinen ist auch heutzutage noch, trotz aller Sorgfalt des Arztes und Pflegers, unrettbar dem Tode verfallen.

Angeichts dieser traurigen Tatsache hat man in neuester Zeit versucht, schwere Fälle von Kindbettfeuer energetischer, nämlich mit eingreifenden 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 Kranken 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 sicheren 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, herausziehen. Zu dieser radikalen Behandlung sind natürlich nur diejenigen Fälle geeignet, in denen die Bakterien noch nicht ein allzu großes Gebiet des Körpers überwunden haben und nicht in Organe 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 Fächergeschwulst der Gebärmutter im Wochenbett in Eiterung übergegangen ist, oder wenn faulende Nachgeburtsteile sich nicht auf andere

Weise entfernen lassen, oder endlich, wenn in der Gebärmutterwand sich Abszesse gebildet haben. Sofern die Bakterien sich in andern Organen noch nicht festgesetzt haben, kann man hoffen, in den genannten Fällen durch Herausschneiden der Gebärmutter die Kranken 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 Herausschneiden der infizierten Blutadern den Hauptherd der franktachenden Keime entfernen und dadurch die Genesung herbeiführen.

Es gibt noch eine andere Art von Kindbettfieber, wo die Spaltpilze 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 Abszess 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 aufgeschnitten, wo der Abszess sitzt, so daß der mit Bakterien erfüllte Eiter aussießen kann. Bestehen 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 schlimmem 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 beprochenen Operationen haben Aehnlichkeit mit den bei der Blinddarmentzündung ausgeführten chirurgischen Eingriffen, welche bekanntlich schon unzählige Menschenleben gerettet haben; aber beim Wochenbettfieber verbreiten sich die Keime eben viel rascher und auf zahlreicher Wegen in entfernte Körperteile als bei der Blinddarmentzündung. Auch ist die genaue Erkennung des Sitzes der Wochenbettfieberkrankung oft außerordentlich schwierig.

Obwohl 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 Befreiung der neuesten Bestrebungen und Versuche auf diesem Gebiete der Heilwissenschaft konnte nur andeuten, zu welch schönen Hoffnungen die moderne Operationskunst uns im Kampfe mit dem Kindbettfieber berechtigt.

### Aus der Praxis.

**Verstörte Mutterfreuden.** 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 gehabt, 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 Fruchtfuchs. 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 Erstaunen war groß, als der Herr Doktor, nachdem er die Frau in Narzose untersucht hatte, erklärte, er finde keine Frucht. Alles, was er entfernte, war eine enorm große Traubennolle mit viel hundert

Bläschen wie Traubenbeeren. Die Enttäuschung der Eltern war groß. Da die Frau sehr viel Blut verloren hatte, lag sie meistens benutztlos da, und wir hatten große Mühe, sie wieder zum Bewußtsein zu bringen. Nach vier Stunden 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 besorgt sie wieder ihren Haushalt in guter Gesundheit. L. F. H.

**Blasennolle.** Ich hatte vor Jahren einen ähnlichen Fall. Ganz genau erinnere ich mich nicht, wie weit die Zeit der Schwangerschaft vorgestreckt war. Die Frau hatte von Anfang an etwas blutigen Fluß, manchmal auch kleinere Blutungen, und magerte 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 Traubennolle ungefähr in der Größe einer Nachgeburt. Die direkt aneinander liegenden Blasen waren wie mittelgroße Traubenbeeren und schienen mit einer trüben Flüssigkeit gefüllt zu sein.

Solche Fälle bieten stets unliebsame Überraschungen. Hätte man einen sichern Anhaltspunkt, so würde man ja wohl die Schwangerschaft unterbrechen; daß aber nicht jeder Fall von Blutungen während der Schwangerschaft ein abnormes Ende nehmen müßt, 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 Kindchen bekam.

Bei einer Blasennolle 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 erholt 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 Grüß!*

A. Baumgartner.

Dem „Bulletin Mensuel“ habe ich folgenden interessanten Fall entnommen: Geburt bei einer Mutter, die mit einem großen Bauchbruch. Frau S., 36 Jahre alt, hatte im Jahre 1897 in Bern eine Unterleibsoperation durchgemacht. Nach Hause zurückgekehrt, 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 beträchtlichem 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 Frauenhospital zu gehen, vielleicht finde man da für gut, eine Fehlgeburt einzuleiten. Man war hier gegenteiliger 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 nur die Gebärmutter normalerweise in der Bauchhöhle 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 möchte ihn zur Zeit rufen. Beim Abtaufen fühlte man den Körper

des Kindes sehr gut gekrümmt im Bruch, den Kopf direkt auf den Füßen. Die Öffnung des Muttermundes war leicht. Sobald es möglich war, ergriff der Arzt die Füße, drängte den Kopf nach hinten und hatte in einigen Minuten ein kleines, gesundes Mädchen entwickelt, das tückig schrie. Die Nachgeburt folgte normal, der Verlauf des Wochenbetts war gut und die Mutter, gegenwärtig sehr gesund, nahm ihr Kind. Mad. X., Hebammme in Lucens.

**Äußerung der Redaktion des „Bulletin Mensuel“:** Wir beschrieben diese Beobachtung, um die Aufmerksamkeit der Hebammen darauf zu lenken, von welcher Wichtigkeit es ist, daß die Bauchwandungen während der Schwangerschaft und Geburt unversehrt bleiben.

### Schweizer. Hebammenverein.

An die Einzelmitglieder des Schweizer. 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 Entlöschung.

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 Zentralvorstand hat immer ein offenes Ohr, es freut ihn herzlich, wenn die Kolleginnen mit Vertrauen etwelche Sorgen auf seine Schultern legen; wenn möglich, soll gehoben werden. Frau Rotach verliest den Delegiertenbericht von Fr. Hüttenmoser in St. Gallen über die Verhandlungen am Jahresfest des Bundes Schweizerischer Frauenvereine. Derselbe wird in der „Schweizer. Hebammme“ erscheinen.

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

Wir machen Euch noch die recht betrübende Mitteilung, daß der Kampf unserer Kolleginnen im Kanton Argau um bessere Lohnverhältnisse leider ganz im Sande verlaufen ist. Es haben viele Hebammen, ich will gar nicht sagen Kolleginnen, es nicht einmal der Mühe wert gefunden, die Unterschriftenbogen zu verteilen, um zur Erreichung 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. Fr. Schneider, Steinnett.

" 126. " Martha Strub, Läufelfingen.

" 127. " Lina Löliger, Pratteln.

" 128. Frau Baumgartner, Bubendorf.

Wir heißen alle herzlich willkommen.

Der Zentralvorstand.