

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:	15 (1917)
Heft:	5
Artikel:	Ueber die Augeneiterungen der Neugeborenen
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-948829

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: 22.01.2026

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:

Bühlér & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausg. 7, Bern,

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

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,

Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Schanzenbergstrasse Nr. 15, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Fr. Marie Wenger, Hebammme, Vorraimestr. 18, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2.50 für die Schweiz

Mt. 2.50 für das Ausland.

Insertate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzeile.

Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Über die Augenerkrankungen der Neugeborenen.*

Meine Damen!

Das Thema, das uns heute beschäftigt, ist wohl eines der wichtigsten sowohl für Sie als auch für den Augenarzt. Es handelt sich um die starken akuten Augenerkrankungen des ersten Kindesalters. Ich brauche Ihnen wohl nicht zu sagen, daß bei der Größe der Aufgabe und bei der Beschränktheit der uns zur Verfügung stehenden Zeit von einer erschöpfenden Behandlung nicht die Rede sein kann. Wenn es uns gelingt, Ihnen Altbekanntes wieder ins Gedächtnis zurückzurufen und vielleicht einige neue Punkte zu erläutern, so dürfte das für heute genug sein.

Die drei Haupterkrankungen, die hier in Frage kommen, sind

1. die Blepharorrhoe,
2. die Diphtherie,
3. die Keratomalacie.

Die mit Eiterabsonderung aus der Bindehaut einhergehenden Entzündungen werden unter den Begriff der Blepharorrhoe zusammengefaßt, ohne daß damit etwas über die Aetiologie gesagt wäre. Diese Eiterung kann akut oder chronisch verlaufen und es besteht für alle diese Erkrankungsformen eine Neigung zu starker Eiterschwellung. Eine weitere gemeinsame Eigenschaft aller Blepharorrhoe ist die Beteiligung der Hornhaut besonders in den Frühstadien in der Form von Geschwüren, die sich durch die Neigung zum raschen Gewebezerrfall auszeichnen. Die Gleichartigkeit dieser Geschwüre bei den verschiedenartigen Bindehaut-Blepharorrhoeen weist allein schon darauf hin, daß es sich nicht um eine spezifische Mikroorganismenwirkung, sondern um Gewebschädigung allgemeiner Natur handelt. Neben der schmerzlichen Rolle einer durch angeborene Syphilis oder fehlerhafte Ernährung bedingten Schwäche der Gesamtkonstitution kommen hier besonders zwei Momente in Betracht: Die Schädigung der Hornhauternährung durch den Druck der geschwollenen Lider und durch die oft kolossale Stauung im Bereich der Randsäfte der Hornhaut, so daß, abgesehen von der Möglichkeit einer direkten Rekurrenz durch Druck, die geringste mechanische Läsion der Hornhautoberfläche genügt, um Mikroorganismen den Eintritt zu gestatten, die in dem widerstandslosen Gewebe eine verderbliche Rolle spielen können, während der Organismus unter normalen Verhältnissen sich ihrer mit Leichtigkeit erwehrt. Aus diesen Tatsachen schon ergibt sich die weitere Mahnung, bei drohender oder effektiv vorhandener Schädigung der Hornhaut von der Anwendung kalter Umschläge ganz abzusehen, da diese die Ernährung der Hornhaut beeinträchtigen können. Die akute Blepharorrhoe geht meist mit starker Schwellung der Lider, sowie einer starken Infiltration und Schwellung der Bindehaut einher. Das anfangs flockige, serumartige Sekret hat große Neigung zur Ge-

rimmung, allmählig nimmt es mehr eitrige Beschaffenheit an, während nach und nach die Spannung der Bindehaut nachläßt. Die eitrige Sekretion geht allmählig zurück und wird in einigen Wochen von einer mehr schleimigen ersekt, oder es entwickelt sich eine chronische Eiterabsonderung. Aus dem spontanen Ablauf der Erkrankung pflegen erhebliche Schädigungen des Bindegewebs nicht zu resultieren, indem nur ausnahmsweise Narbenbildungen vorkommen, die zu einer Verkürzung des Bindegewebsacks oder zu einer Verkrümmung des Lidknorpels führen. Als Ursache von Eiterungen kommen die verschiedenen Erreger in Frage. Hier sei nur erwähnt, daß alle andern Erreger nur ausnahmsweise echte Eiterungen hervorrufen und ein schleimig-eitriges Sekret die Regel ist, während die Gonokokken fast ausschließlich echte Bindehauterkrankungen hervorrufen.

Ist die Herkunft einer Bindehauterkrankung nicht ohne weiteres ersichtlich, so fordert die Eitersekretion dazu auf, Deckglaspräparate zu machen, welche als häufigste Ursache der Blepharorrhoe die Infektion mit dem Reißer'schen Gonokokkus erkennen lassen, wenn es sich um eine akute Form handelt. Sie kennen alle diese sennelförmig intrazellulär angeordneten Diplokokken, und ich brauche darauf nicht weiter einzugehen.

In differential-diagnostischer Hinsicht kommen verschiedene andere Diplokokken in Frage, die aber, wie oben gesagt, mehr zu schleimig-eitrigem, als zu wirklich eitriger Sekretion führen. Daß die Gonokokken-Infektion gelegentlich unter dem Bild eines einfalls Katarax verläuft, ist wiederholt beobachtet worden. Die Infektionsmöglichkeit wird durch Verdünnung und Austrocknung des Sekrets gemildert. Die Quetschungen der Bindehaut bei der Geburt scheinen den Eintritt der Infektion zu begünstigen.

Die häufigste Form der Bindehaut-Blepharorrhoe stellt dar die conjunctivitis gonorrhœa der Neugeborenen. Die während der Geburt beim Durchtritt des Kopfes durch die mütterlichen Geburtswege erworbene Infektion macht sich meistens vom zweiten bis vierten Tage nach der Geburt bemerkbar. Nach diesem Zeitraum ist die sogen. Spätinfektion wahrscheinlicher, deren Häufigkeit auf 10% der Fälle geschätzt wird. Anderseits können auch Kinder mit Blepharorrhoe, ja sogar mit perforierten Hornhäuten zur Welt kommen. Fast ausnahmslos handelt es sich dabei um vorzeitigen Blasensprung und prototaktische Geburt, so daß die Infektion sich schon während des Geburtsaktes zu voller Höhe entwickeln konnte.

Bei den sogen. Spätinfektionen handelt es sich meistens um Übertragung des Sekretes der Mutter durch den Reinigungsprozeß post partum, auch wohl durch Infektion von Seiten anderer infizierter Wöchnerinnen, ein Vorgang, der in früheren Zeiten öfters zu Epidemien in Gebäranstalten geführt hat, heute aber so viel als ausgeschlossen ist. Die Infektion bleibt in

manchen Fällen trotz mangelnden Schutzes des andern Auges einseitig, oder dieses wird weniger intensiv befallen.

Das klinische Bild ist in typischen Fällen ziemlich eindeutig. Die Lider sind geschwollen und gerötet und können spontan nicht geöffnet werden. Das Sekret ist anfangs flockig, dünnflüssig und neigt zur Gerinnung. Die Bindehaut ist stark injiziert und auf dem Augapfel öfters mit Blutungen durchsetzt. Die Oberfläche ist glatt und oft mit einem gläsernen Häutchen bedeckt. Das Volumen der Schleimhäute ist stark vermehrt durch Hyperämie und starke Durchtränkung. Nach einigen Tagen werden die Lider weniger prall gespannt und dadurch beweglicher, während das Sekret konzenter und mehr gelblich gefärbt wird. Die vorher glatte Schleimhaut erscheint stark zerklüftet, was besonders bei der jetzt leichten Umwandlung der Oberlider hervortritt. Noch mehrere Tage hindurch neigt die Schleimhaut zu Blutungen und Gerinnungen an der Oberfläche.

Unbehandelte Fälle lassen nun wochenlang Eiterabsonderung erkennen. Die Schleimhaut wird allmählig weniger voluminos und kann völlige Wiederherstellung ohne Folgen eintreten. Andererseits können noch lange membranöse Auflagerungen auf den Schleimhäuten im Vorgrunde bleiben.

Die so gefürchtete Beteiligung der Hornhaut tritt meistens zwischen dem 5. und 14. Tage der Erkrankung auf. Seltener handelt es sich um randständige, gelbgraue, zu Furchen konfluierende Geschwüre, welche große Neigung zu Perforation zeigen. Häufiger sind es kleine, graue, zentrale Trübungen, die anfangs als Defekte erscheinen, sich mehr gelblich färben und rätsch in Fläche und Tiefe sich ausbreiten. Nach erfolgter Perforation oder auch ohne eine solche kann Heilung eintreten. Die Folgezustände bestehen im Auftreten von Hornhauttrübungen und Linienträbungen am vorderen Pol. Entleert sich bei der Perforation die Linse und der Glaskörper, oder schreitet die Eiterung in die Tiefe, so ist totale Schrumpfung des Augapfels gewöhnlich die Folge.

In differential-diagnostischer Hinsicht sind es besonders zwei Erkrankungen, die eine Blepharorrhoe vortäuschen können: Häufig finden wir bei Neugeborenen eine angeborene Verlegung des Tränen-schluches, die leicht zu einer Retention von Tränensekret und leichter Eiterung führen kann. Wie sollte man bei solchen Eiterungen versäumen, durch Druck auf den Tränen-sack sich von dem Vorhandensein einer solchen Tränen-sack-Eiterung zu überzeugen. Eine andere Verwechslung, die häufig vorzukommen pflegt, ist diejenige mit einer meditamentösen, leichten Bindehautentzündung, wie sie durch gewisse prophylaktische Verfahren häufig genug provoziert werden können. Schon Keheer hatte im Jahre 1872 begonnen, den Neugeborenen prophylaktisch eine 1%ige Höllensteinslösung in den Konjunktivalsack einzutropfen. Bessere Resultate wurden jedoch erst erreicht, als im Jahre

* Vortrag, gehalten von Herrn Dr. Studer, Augenarzt in Bern.

1876 nach der Entdeckung des Gonokokkus Crede sich einer 2%igen Lösung bediente. Von allen Seiten ließen Mitteilungen über die günstige Wirkung des Crede'schen Verfahrens ein, welches die Häufigkeit der Blennorrhoe von 8 auf 2 bis 1/2% der Neugeborenen herabdrückte. Der Umstand jedoch, daß die 2%ige Höllensteinfösung öfters heftige Reizungen der Bindegliedhaut bewirkte, hatte das Bestreben zur Folge, Ersatzmittel zu finden. So z. B. das Silberazetat und das Protargol, dem die Azewirkung des Silbernitrates fehlt, auch wenn es in 10—20%iger Lösung angewendet wird. So hat sich nun das Protargol an Stelle des Höllensteins allgemein eingebürgert, und doch sehen wir gerade bei diesem Mittel häufig eine gewisse Intoleranz der Neugeborenen. Gar nicht selten weisen solche mit Protargol behandelte Augen eine deutliche Rötung der Bindegliedhaut und Schwellung der Lider mit starker schleimig-eitriger Sekretion auf und solche Fälle sind es, die besonders als Pseudo-Blennorrhoe die Aufmerksamkeit von Arzt und Hebammme auf sich lenken. Allein im Gegenzug zu der rechten Blennorrhoe ist die Affektion eine gutartige, und pflegt bei Aussehen des reizenden Mittels und Spülungen mit Brunnwasser in einigen Tagen zurückzugehen. Differenzial-diagnostisch ist außer der mikroskopischen Sekretuntersuchung, die in jedem Falle vorgenommen werden sollte, sehr wichtig der Umstand, daß die Infiltration und Schwellung der Lider bei dieser Affektion immer bedeutend geringer bleibt, als bei der richtigen Gonokokken-Infektion.

Da nun auch das Protargol nicht von allen Neugeborenen ohne Schädigung ertragen wird, so hat man in den letzten Jahren nach einem Erfaßmittel dafür gesucht, und ich kann Ihnen vor allem zu einem Versuche mit Collargol raten. Das Collargol ist eine kolloide Lösung von organischem Silber und wirkt nicht wie des Protargol bakterientötend, sondern bakterienhemmend. Einige Tropfen einer 5%igen Collargol-Lösung einer Bakterien-Kolonie beigegeben, hindern mit Bestimmtheit jedes weitere Wachstum dieser Mikroorganismen. Dadurch und durch den Umstand, daß durch das Collargol die Gewebe des Auges in keiner Weise schädigend angegriffen werden, sind sie imstande, sich etwaiger bei der Geburt ins Auge gekommener Gonokokken zu entledigen. Ich glaube, daß Sie weitaus in den meisten Fällen mit dieser Collargol-Lösung mehrmals täglich instilliert, auskommen werden. Neuerdings wurde durch v. Herff die Anwendung des Sophol empfohlen, welches in Bezug auf Schutzwirkung, Schmerzlosigkeit und Reizlosigkeit dem Collargol ebenbürtig sein soll.

Sagt einmal die Blennorrhoe wirklich ausgebrochen, so erwacht dem Arzte wie der Hebammme die besondere Pflicht, die Umgebung des Neugeborenen zu schützen. Als erster Grundsatz hat hierbei zu gelten, daß alle Läppchen und Verbandstoffe, die mit den franken Kindern in Berührung gekommen sind, sofort verbrannt werden und daß sich an diese Prozedur eine gründliche Reinigung der Hände mit Wasser und Seife anschließt, welche nach jeder Berührung des Kopfes des franken Kindes zu wiederholen ist. Nach dieser Maßnahmen habe ich noch niemals eine Erkrankung in der Umgebung der Kinder auftreten sehen. Die Erkrankung des zweiten Auges der Kinder kann mitunter vermieden werden, wenn mehrmals täglich einige Tropfen einer 5%igen Collargol-Lösung eingeträufelt werden.

Was die Behandlung der Neugeborenen-Blennorrhoe anbetrifft, so halte ich die Aufnahme solcher Kinder in die Klinik für dringend wünschenswert. Eine solche Behandlung stellt in puncto Wartung und Hingabe so enorme Anforderungen an das Pflegepersonal, daß es wohl in den meisten Fällen nicht möglich ist, denselben in der Privatwohnung, sogar mit Zu-ziehung einer eigenen Pflegerin, zu genügen,

müssen doch in schweren Fällen die Spülungen der Augen alle 5 Minuten vorgenommen werden. Auch die Behandlung durch den Arzt, die natürlich in solchen Fällen eine Sache absoluter Notwendigkeit ist, wird nur selten zu Hause in genügender Weise stattfinden können. Ich möchte Ihnen daher dringend ans Herz legen, alle Fälle von wirklicher Neugeborenen-Blennorrhoe wenn irgend möglich einer geschlossenen Krankenanstalt zu übermitteln, und die Erfahrung hat gezeigt, daß in Spitalbehandlung der Prozentzahl der Heilungen ein ungleich viel günstiger ist als bei häuslicher Pflege.

(Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

Kurz vor Weihnachten 1915 kam eine Frau zu mir, welche ich schon viermal entbunden hatte, mit der Bemerkung: "So, Frau A., im Februar komme ich wieder ins Bett, aber diesmal muß ich sterben." Ich lachte sie aus und sagte: "So schnell stirbt man nicht, der liebe Gott wird Ihnen auch diesmal wieder helfen." Die Frau war längere Zeit in Davos und der Arzt sagte ihr, daß sie keine Kinder mehr haben dürfe, da sie stark lungenkrank sei. Ich hatte ja eigentlich selber Sorge um sie, aber daß sie sterben müsse, an so was dachte ich nicht. Als nun der Februar kam, holte man mich den 26., abends um 9 Uhr. Es hiß, die Frau B. habe Wehen und verlange sehrdringlich nach mir. Sofort machte ich mich auf den Weg und als ich bei ihr ankam, lachte sie und sagte: "Soeben haben die Wehen aufgehört, gehen Sie nur wieder ins Bett." Ich blieb etwa zwei Stunden dort, aber es war wirklich kein Weh mehr vorhanden; ich untersuchte die Frau äußerlich und fand das Becken leer, also kein vorliegender Teil. Ich ließ am gleichen Abend noch den Arzt rufen, er machte aufzere Bewegung und gab der Frau etwas zum schlafen. Der Arzt und ich gingen nun beide fort, ich fragte denselben, was er zum Zustande der Frau meine, worauf er mir erwiderte, er glaube, wenn rechte Wehen kämen, daß die Geburt ganz normal verlaufe, ich solle ihn dann rufen lassen. Am folgenden Tag besuchte ich die Frau, sie sagte mir, daß sie gut geschlafen habe und ob sie aufstehen soll; ich sagte, sie solle ruhig im Bettet bleiben und ausruhen. So verging der Tag wieder ohne Wehen, anderthalb morgens ging ich wieder hin, da sagte die Frau, sie habe so schrecklich eng und bekomme fast keine Luft. Ich machte ein Kleistier und darauf fühlte sie sich wieder wohler, ich telephonierte dies dem Arzt, welcher mir antwortete, es sei gut, daß ich ein Kleistier gemacht habe und ich solle nachmittags 2 Uhr dort sein, dann wollen wir die Frau untersuchen. Über es ging nicht so lang, dann holte man mich wieder mit der Mitteilung, sie habe wieder so eng. Ich telephonierte dem Arzt, sofort zu kommen und begab mich schnellstens zu der Frau. Dort angekommen, erschrak ich, denn die Frau saß totenbleich im Bett und kannte mich nicht mehr. Der Mann sagte mir, sie habe seit etwa einer Stunde Wehen gehabt, aber sie sei fast immer bewußtlos. Nun kam der Arzt, schnell rutschte er die Hände und wollte innerlich untersuchen, aber kaum angefangen, bekam die Frau eine Embolie, wir glaubten mit jeder Minute, die Frau sei tot. Der Arzt machte zum Beleben zwei starke Einspritzungen in den Oberarm; nach etwa einer Stunde erholt sie sich jowert, daß der Arzt sagte, er gehe heim und halte Sprechstunde und um 4 Uhr bringe er noch einen Geburtshelfer mit, dann mache man die Geburt fertig. Der Arzt ging, ich war allein mit der armen bewußtlosen Frau. Um 1/2 Uhr sagte sie zu mir, ich solle die Läden zumachen, es regne so stark, was aber absolut nicht der Fall war. Ich legte das Thermometer an, die Frau hatte 39.8, den Puls konnte man überhaupt nicht zählen. Es war mir unheimlich zu

Mute, ich gab ihr etwas Cognac mit Wasser und ließ sofort den Arzt rufen, denn man sah, die Frau rang mit dem Tode. Als der Arzt nach wenigen Minuten kam, erkannte er sie gar nicht mehr; er sagte, er wolle schnell seinen Kollegen rufen und eilte die Treppe hinunter; während dieser Zeit rief mir die Frau den Namen, nahm mich um den Hals, wollte etwas sagen und sank ins Kissen zurück und war tot. Ich rief den Arzt zurück, rief ihm zu, die Frau sei tot; da machte der Arzt schnell noch die Bange und entband die Frau noch, das Kind war natürlich tot. Der Arzt war ganz außer sich vor Schmerz, denn es war sein erster Todesfall. Auch ich mußte an alle Kolleginnen denken, wie manche schwere Stunde hat man oft und ich wünsche allen, daß sie vor solchem bewahrt bleiben.

L. A.

Schweizer. Hebammenverein.

Einladung

24. Delegierten- und Generalversammlung
im Hotel „Marhof“ in Olten
Montag den 21. Mai 1917.

Werte Kolleginnen!

Auflergewöhnliche Zeitverhältnisse verlangen auch von uns dementsprechende Maßnahmen und allseitige Einschränkungen. In möglichst einfachem Rahmen soll deshalb unter diesjähriger Hebammentag in Olten abgehalten werden. Wir werden die uns zur Verfügung stehenden Stunden gut ausnützen müssen, um dann frühzeitig genug mit den Verhandlungen abschließen zu können. Wir sind nun heute in der glücklichen Lage, allen unsrern Kolleginnen im ganzen Schweizerlande die frohe Kunde vom Wiedereintritt der Luzerner Kolleginnen in den Schweizer-Hebammenverein zu überbringen. Welche Freude! Wir heißen sie alle von ganzem Herzen in unserer Mitte willkommen! Wir können bei diesem Anlaß nicht umhin, allen Kolleginnen recht herzlich zu danken, die sich um das Zustandekommen verdient gemacht haben. Wir hoffen, denselben dann in Olten persönlich unsern Dank und unsere Freude aussprechen zu können.

Betreffs des gemeinsamen Mittagessens, das also auf die Zeit zwischen 1—2 Uhr angesetzt ist, können wir den Teilnehmerinnen mitteilen, daß uns dasselbe à Fr. 2.50 geboten ist, bestehend aus Suppe, Braten, Gemüse, Salat und Kuchen. Im Laufe des späteren Nachmittags, d. h. nach Schluss der Generalversammlung, werden wir dann noch Gelegenheit haben, einen Kaffee einzunehmen, er ist uns à Fr. 1.50 geboten (Butter, Konfitüre und Kuchen).

Wir hoffen nun, daß trotz der gegenwärtigen Zeitlage es dennoch vielen Kolleginnen möglich sein werde, am diesjährigen Hebammentag teilzunehmen. Es ist, wie wir dies schon des öfteren erwähnt haben, mehr denn je notwendig, daß wir alle treu zusammenhalten und daß wir gemeinsam mit vereinten Kräften für die Fortbewahrung und Erhaltungsberechtigung unseres Berufes einstehen.

Also, auf Wiedersehen am 21. Mai in Olten und allen ein herzliches „Willkommen!“ zum voraus. — Wir geben hier noch einen Überblick über den Abgang der Züge:

	ab 7.— morgens,	Olten an
St. Gallen	5.—	8. 17
Zürich	7. 02	" 8. 10
"	7. 22	" 8. 10
Luzern	7. 05	" 8. 07
Biel	5. 58	Locsalzug " 7. 56
Solothurn	6. 50	" " 7. 56
Lyss	5. 48	" " 7. 56
Olten ab 7.53	Basel an	8. 43
" 7. 25 Locsalzug mit Halt an allen Stationen	Luzern an	9. 20
" 7. 43	Bern "	9.—
" 7. 32	Zürich "	8. 25
" 7. 17	St. Gallen "	10. 32
" 6. 18 Locsalzug.		