

Dr. Heinrich Walther
LEITFADEN
zur Pflege der Wöchnerinnen
und Neugeborenen
Neunte Auflage



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

1930

Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen

von

Dr. Heinrich Walther

Medizinalrat, Professor an der Universität Gießen,
Hebammenlehrer, Frauenarzt

Neunte, vermehrte und verbesserte Auflage

Mit 58 Abbildungen



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH
1930

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.

ISBN 978-3-662-29805-3

ISBN 978-3-662-29949-4 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-29949-4

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1926

Ursprünglich erschienen bei J. F. Bergmann, München 1926

Das Umschlagbild stammt aus:
Gregor Reisch: Margarita philosophica. Basel 1504.

Dem Anderten Löhleins

Vorwort zur ersten Auflage.

An der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen werden — außer dem sechsmonatigen Lehrkursus für Hebammen — jährlich zwei Ausbildungskurse für Wochenpflegerinnen abgehalten, der eine vom 1. August bis 31. Oktober, der andere vom 1. November bis zum 31. Januar dauernd. Sie sind nur mäßig, von 6—12 Pflegeschülerinnen besetzt, und es kann daher der Ausbildung der einzelnen Schülerinnen seitens des Direktors wie der Stationsärzte größeres Interesse zugewandt werden als in überbesetzten Kursen. Auch über die späteren Schicksale der meisten erhalten wir aus dem gleichen Grunde unschwer Nachrichten, und diese Nachrichten lauten fast alle ausnahmslos günstig.

Bei der Abhaltung der Kurse wird stets Sorge getragen, daß die Schülerinnen neben der in erster Linie notwendigen Kenntnis und Übung in betreff der Pflege von Wöchnerinnen und Neugeborenen auch das, was sich auf die Vorbereitung gynäkologischer Operationen und auf die Nachbehandlung operierter Frauen bezieht, praktisch sich aneignen. Die große Krankenzahl der gynäkologischen Abteilung bietet hierzu reichlich Gelegenheit.

Die Lehren, die unseren Schülerinnen vorgetragen wurden, hat Herr Dr. Walther in den nachstehenden Blättern zusammengefaßt. Er hat es auf Grund der eigenen Erfahrungen getan, da er selbst als Assistenzarzt mehrere Lehrkurse abgehalten, später an deren Abhaltung sich beteiligt hat. Sein Zeichentalent hat ihn in den Stand gesetzt, dem Lerte eine Anzahl instruktiver Abbildungen beizugeben. Neben diesen dürfte namentlich auch die Belehrung über die wichtigsten anatomischen und physiologischen Grundlagen des Unterriechtes, wie sie, gemäß der wohl überall beobachteten Praxis, vom Verfasser im allgemeinen Teil vorgetragen ist, dem Leitfaden zur Empfehlung gereichen.

Möge derselbe recht weite Verbreitung bei der Ausbildung von Wochenpflegerinnen finden und ihnen für die Jahre ihrer praktischen Tätigkeit stets ein zuverlässiger Ratgeber bleiben! Daß diese Tätig=

keit, wo sie von wohlausgebildeten, umsichtigen und gewissenhaften Personen geübt wird, eine höchst segensreiche ist — darüber herrscht nur **eine** Stimme, ebenso aber auch darüber, daß dieser Beruf noch vielen, rüstigen und opferwilligen Frauen und Mädchen, die sich nach einer befriedigenden Tätigkeit umsehen, eine solche mit Sicherheit in Aussicht stellt.

Gießen, den 1. Juni 1898.

Prof. Dr. **Hermann Söhlein**,

Geh. Medizinal-Rat,

Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenlehranstalt.

Vorwort zur neunten Auflage.

Auch die vorliegende Auflage ist den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend ergänzt und verbessert worden. Allenthalben sind durch die in den neuesten Hebammenlehrbüchern, sowohl dem Preussischen Hebammenlehrbuch 1928 als auch dem Schulheschen Hebammenlehrbuch 1928 enthaltenen Lehren berücksichtigt, um von vornherein Widersprüche gegenüber den Hebammenvorschriften zu vermeiden. Ich hoffe, daß auch diese Umarbeitung dem Buche, welches in erster Linie Lehrzwecken dienen soll, zugute kommen wird und zugleich der Mutter- und Säuglingsfürsorge nützlich ist.

Gießen, September 1930.

Prof. Dr. **Walther**.

Inhaltsverzeichnis.

Allgemeiner Teil.

	Seite
I. Bau und Einrichtungen des menschlichen Körpers	1
II. Die weiblichen Geschlechtssteile	12
III. Bau der Brüste	20
IV. Kurzer Abriss über Schwangerschaft und Geburt	23
V. Veränderungen des mütterlichen Körpers im Wochenbett	33
VI. Lebensäußerungen des neugeborenen Kindes	38

Spezieller Teil.

Einleitung.

I. Abriss der allgemeinen Krankenpflege	47
1. Lehre von der Infektion und Desinfektion, Aseptica	47
2. Pflege und Beobachtung der Kranken	60
3. Ernährung der Kranken, „Krankendiät“	61
4. Ausführungen der ärztlichen Verordnungen	62
5. Temperaturmessung	63
6. Beobachtung und Pflege bei fieberhaften Erkrankungen	64
II. Aufgaben und Pflichten einer Wochenpflegerin	66

Erster Teil.

I. Pflege der gesunden Wöchnerin	71
1. Allgemeine Gesichtspunkte bezüglich der Wochenpflege	71
2. Die Pflege im einzelnen	72
Bettruhe; geistige und körperliche Ruhe	72
Wochenzimmer. Unterlagen. Umkleiden	73
Wochenbesuche	74
Temperaturmessung im Wochenbett; Temperaturzettel	75
Puls der Wöchnerin	76
Urinentleerung; Urinverhaltung; Katheterismus	76

	Seite
Stuhlentleerung	78
Reinigung der äußeren Geschlechtsteile	78
Pflege der Bauchdecken	79
Erstes Aufstehen der Wöchnerin	80
Ernährung der Wöchnerin. „Wöchnerinnendiät“	83
Pflege der Brüste; Hygiene des Stillgeschäftes	84
II. Pflege des gesunden Kindes in den ersten Lebenswochen	93
1. Allgemeines bezüglich der Pflege. Säuglingssterblichkeit, ihre Ursache und Bekämpfung	93
2. Pflege im einzelnen	95
1. Allgemeine Haut- und Körperpflege; Baden des Kindes; Nabelpflege	95
2. Zweckmäßiges Lager und Bekleidung des Kindes	100
3. Zufuhr von Wärme; Gewöhnung an frische Luft; Abhärtung	102
4. Gewöhnung des Kindes an Ordnung und Regelmäßigkeit	103
5. Ernährung des Kindes	104
a) Mit Muttermilch (natürliche Ernährung). Ammenwesen. Zufütterung	104
b) Künstliche Ernährung mit Kuhmilch	108
Bestandteile der Kuhmilch	110
Verdünnung in den einzelnen Monaten	110
Herstellung einer keimfreien Nahrung	112
Sorghletapparat	114
Gefahr der Überfütterung	118
Anhang: Anleitung der Pflegerin	120
1. Zur Pflege von schwangeren Frauen in der letzten Zeit der Schwangerschaft	121
2. Zur Erkennung des Geburtsbeginnes	122
3. Zur Hilfeleistung bei den durch Ärzte oder Hebammen geleiteten Geburten	123
Ausrüstung der Wochenpflegerin	128

Zweiter Teil.

I. Die wichtigsten Erkrankungen im Wochenbett.	130
1. Ansteckende Krankheiten. Das Kindbettfieber	131
Kennzeichen des schweren Kindbettfiebers	132

	Seite
2. Aderweitige Erkrankungen im Wochenbett	135
Blutungen im Wochenbett	135
Übelriechender Wochenfluß	136
Schmerzhafte Nachwehen	136
Anschwellung der Schamlippen	137
3. Erkrankungen außerhalb der Geschlechtssteile	137
Urinverhaltung	137
Urinträufeln	138
Blasenscheidenfistel. Mastdarmscheidenfistel	138
Anschwellung des Beines	139
Erkältungskrankheiten	139
4. Erkrankungen der Brustdrüse	139
Echtrunden	140
Eitrige Brustdrüsenentzündung	140
Milchfluß	141
II. Die wichtigsten Erkrankungen des Neugeborenen während der ersten Lebenswochen	141
1. Störungen, welche unter der Geburt entstehen oder sich unmittelbar an dieselbe anschließen	141
Scheintod des Neugeborenen	141
2. Störungen, welche sich in den ersten Tagen nach der Geburt und später zeigen	143
Kopfgeschwulst	143
Kopfb Blutgeschwulst	144
Gelbsucht	145
Wundsein der Ninder	145
Brustdrüsenentzündung der Neugeborenen	146
Einige auf Ansteckung beruhende Erkrankungen der Neugeborenen	146
a) Die Nabelerkrankungen; Nabelentzündung, Nabelinfektion; Wundrose, Wundstarrkrampf	146
b) Die eitrige Augenentzündung der Neugeborenen	149
3. Verdauungsstörungen	151
4. Seltenerere Erkrankungen der Neugeborenen	156
5. Einiges über Störungen im ersten Lebensjahre; Zahnen, Krämpfe, Rachitis	158
6. Kennzeichen der Erkrankungen der Neugeborenen im allgemeinen	160

	Seite
Anhang: Die wichtigsten Hilfeleistungen der Pflegerin . . .	161
1. Das Klüftierziehen	161
2. Das Katheterisieren	162
3. Abpülungen der Geschlechtssteile; Auspülungen der Scheide . . .	164
4. Temperaturmessung; Pulszählen	165
5. Einspritzung unter die Haut	167
6. Die Bereitung von Umschlägen	167
Tabelle: Gewichtszunahme des Kindes in den einzelnen Monaten . . .	170
Sachverzeichnis	171

Allgemeiner Teil.

I. Bau und Einrichtungen des menschlichen Körpers.

Der menschliche Körper besteht aus harten, weichen und flüssigen Teilen. Die harten Bestandteile sind die Knochen, Knorpel und Zähne. Die Weichteile sind: Haut, Fettgewebe, Bindegewebe, Muskel, Nerven, Blutgefäße und Eingeweide. Unter den flüssigen Bestandteilen hat das Blut, welches alle Teile ernährt, die größte Bedeutung. Der Gestalt nach unterscheiden wir Kopf, Rumpf und Glieder. Die Knochen bilden das Gerüst (Skelet), welches dem menschlichen Körper Gestalt und Haltung gibt.

Das Knochengerüst.

Der Rumpf, als der bedeutendste Teil desselben, wird gestützt durch die an der hinteren Seite vom Kopfe nach abwärts verlaufende Wirbelsäule. Dieselbe, auch „Rückgrat“ genannt, besteht aus 24 „wahren Wirbeln“, d. s. Knochen, welche durch eine knorpelige Scheibe, die „Zwischenwirbelscheibe“, miteinander verbunden und nach Art einer Säule übereinandergereiht sind. Innerhalb der Wirbel verläuft ein Kanal von oben nach unten, der „Wirbelkanal“ (auch „Rückenmarkskanal“) genannt. Je nach dem Sitze unterscheidet man: 7 Hals-, 12 Brust- und 5 Lendenwirbel.

Mit der Halswirbelsäule steht der Kopf in beweglicher Verbindung; an ihm unterscheidet man das Gesicht und den Schädel (das Schädeldach). Das Gesicht setzt sich aus einer Reihe von fest miteinander verbundenen Knochen zusammen, nur der Unterkiefer ist gegen den Oberkiefer beweglich verbunden. Der Schädel wird durch folgende Knochen gebildet: das Stirnbein, die beiden Scheitelbeine, die beiden Schläfenbeine sowie das Hinterhauptbein. Diese umschließen eine Höhle, die „Schädelhöhle“, welche das Gehirn enthält und mit dem Wirbelkanal in Verbindung steht.

Während die Halswirbelsäule frei nach oben zieht, reihen sich an die 12 Brustwirbel (Brustwirbelsäule) zu beiden Seiten je 12 Spangen-

artige bogenförmige Knochen, die „Rippen“ an; dieselben stoßen vorne in der Mitte an das Brustbein, und zwar so, daß die oberen 7 Rippen (sog. „wahre Rippen“) direkt an diesen Knochen herangehen, die 5 unteren (sog. falschen oder kurzen Rippen) jedoch nur durch Knorpelstreifen mit ihm in Verbindung stehen. Diese 24 Rippen bilden den Brustkorb, welcher zum Schutze der darin gelegenen edlen Teile (Herz, Lungen) dient. Die darin enthaltene Höhle heißt die Brusthöhle. An der hinteren Wand (dem „Rücken“) befindet sich noch eine Verstärkung des Brustkorbes durch einen kräftigen dreieckigen Knochen, nämlich das zu beiden Seiten der Brustwirbelsäule gelegene „Schulterblatt“; an dieses reiht

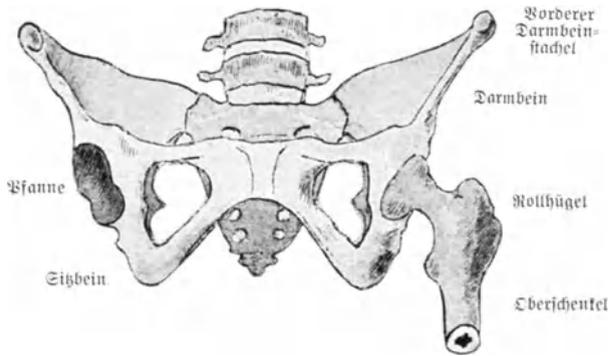


Abb. 1. Weibliches Becken (1/2, der natürlichen Größe), von vorn gesehen.

sich nach vorne ein über der ersten Rippe im Bogen zum Brustbein verlaufender S-förmig gekrümmter Knochen, das „Schlüsselbein“ an, während an der Seite die oberen Gliedmaßen (die „Arme“) sich anschließen.

Die oberen Gliedmaßen bestehen aus: Oberarm, Unterarm und Hand. Der Oberarm bildet einen schmalen Knochen, welcher mit seinem oberen runden Ende („Oberarmknopf“) mit dem Schulterblatt in gelenkiger Verbindung steht; diese wird als „Schultergelenk“ bezeichnet. Mit dem Unterarm besteht gleichfalls eine gelenkige Verbindung, das „Ellenbogengelenk“. Die Aushöhlung unter dem Schultergelenk heißt „Achselhöhle“. Der Unterarm (= Vorderarm) besteht aus zwei Knochen, der an der Daumenseite gelegenen „Speiche“ und der dünneren, der Kleinfingerseite entsprechenden „Elle“, welche nach hinten oben einen spitzen Fortsatz trägt, den „Ellenbogen“. Der Unterarm ist mit einer Reihe von Knöchelchen in gelenkiger Verbindung (= Handgelenk), welche

als „Handwurzel“ bezeichnet werden; an dieselben schließen sich die Mittelhandknochen und die Finger an.

Unterhalb der Lendenwirbelsäule befindet sich ein dreieckiger breiter, mit der Spitze nach abwärts stehender Knochen: das Kreuzbein, welches aus 5 beim Kinde getrennten, später knöchern miteinander verwachsenen „falschen“ Wirbeln besteht (Abb. 1). Mit demselben steht unterhalb das Steißbein in gelenkiger Verbindung, während sich an die Seitenkante jederseits ein großer, schaufelförmig gebauter Knochen, das Hüftbein, anschließt; die beiden Hüftbeine, das Kreuzbein, sowie das mit der Kreuzbeinspitze gelenkig verbundene „Steißbein“ bilden das sog. knöcherne Becken. Die Hüftbeine setzen sich ursprünglich aus 3 Knochen zusammen, die aber später miteinander knöchern verwachsen: dem oberen schaufelförmig gebogenen Teil, dem „Darmbein“, dem abwärts gelegenen „Sitzbein“ sowie dem nach vorne befindlichen „Schambein“ oder „Schößbein“. Beide Hüftbeine stoßen vorn in der Mitte an der Schamfuge (= Schößfuge) zusammen.

Auf diese Weise wird ein knöcherner Ring gebildet; an diesem unterscheidet man einen oberen, hauptsächlich von der Darmbeinschaukel und Lendenwirbelsäule begrenzten Raum, das „große Becken“ und die unterhalb, von den Beckenknochen (Kreuzbein, Darmbeinkörper, Scham- und Sitzbein) eingeschlossene Höhle, das „kleine Becken“; letzteres wird auch als „Beckenhöhle“ oder schlechtweg als „Becken“ bezeichnet. Die hintere Wand desselben wird gebildet durch das Kreuz- und Steißbein (vgl. Abb. 2). Nach außen öffnet sich das Becken durch den sog. Beckenausgang; an ihm bilden die zu beiden Seiten aufsteigenden Sitzbeinäste mit den Schambeinästen unterhalb der Schößfuge einen knöchernen Bogen, den sog. „Schambogen“ oder „Schößbogen“.

An das Becken reihen sich die unteren Gliedmaßen, die „Beine“ an, welche aus Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß bestehen. An der Außenseite der Hüftbeine befindet sich eine halbfugelförmige Vertiefung, die „Pfanne“, in welche das runde obere Ende des Oberschenkels, der „Schenkelkopf“, hereinpafst (Abb. 1). Hierdurch wird eine gelenkige Verbindung zwischen Becken und unteren Gliedmaßen hergestellt, das „Hüftgelenk“. Der Oberschenkel ist mit dem Unterschenkel im „Kniegelenk“ gelenkig verbunden; an der vorderen Seite des Kniegelenks befindet sich die „Knie Scheibe“. Der Unterschenkel besteht aus dem nach innen gelegenen breiten „Schienbein“ und dem der Außenseite entsprechenden dünnen „Wadenbein“. Beide endigen breit nach unten in dem „Knöchel“ (äußerer und innerer Knöchel). Mit dem Unterschenkel

ist eine Reihe von Knochen in Verbindung, welche, entsprechend der Handwurzel, als „Fußwurzel“ bezeichnet werden; das Gelenk zwischen beiden heißt: Fußgelenk. An die Fußwurzel schließen sich der aus 5 Knochen bestehende Mittelfuß und die Zehen an.

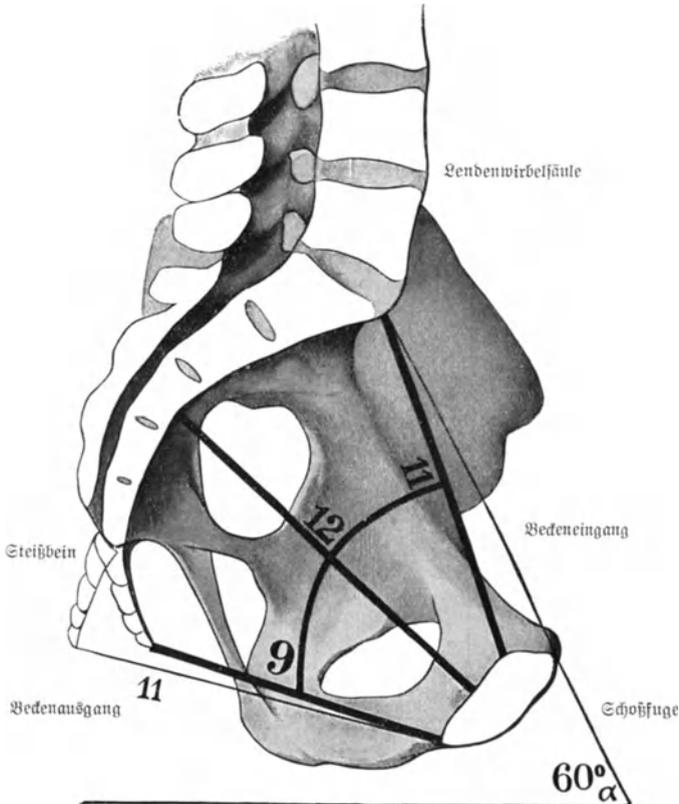


Abb. 2. Sagittalschnitt durch das normale Becken. (Aus Humm, Grundriß der Geburtshilfe.) Man sieht die durch den Bedeneingang nach oben und durch den Bedenausgang nach unten begrenzte „Bedenhöhle“ im Durchschnitt. 11=gerader Durchmesser des Bedeneingangs. 12=gerader Durchmesser der Bedenmitte. 9—11=gerader Durchmesser des Bedenausgangs. α Neigungswinkel des Beckens.

Die Knochen sind entweder unbeweglich durch „Nähte“ oder „Fugen“ oder beweglich miteinander verbunden. Letztere Verbindung wird als „Gelenk“ bezeichnet. Die Knochenenden sind vom Knorpel überkleidet an der Stelle, wo sie sich in einer Fuge (z. B. Echhoffuge, Kreuzdarm-

beifuge) oder einem Gelenke berühren. Das Gelenk ist außen überzogen von einer sehnigen Haut, der sog. Gelenkkapsel; dieselbe enthält die Gelenkflüssigkeit, wodurch die Beweglichkeit erleichtert wird.

Die Knochen sind zum Teil röhren-, zum Teil plattenförmig (wie z. B. die Schädelknochen). Die ersteren besitzen eine Höhle, welche eine weiche, blutreiche Masse enthält, das „Knochenmark“. Die Härte der Knochen ist durch Kalksalze bedingt. Jeder Knochen ist von der „Knochenhaut“ (Periostr) überzogen, welche Blutgefäße enthält, durch die der Knochen ernährt wird.

Eingeweide und Weichteile.

Innerhalb der Schädelhöhle befindet sich das „Gehirn“, welches mit dem im Wirbelsanal gelegenen „Rückenmark“ in Zusammenhang steht; Gehirn und Rückenmark bilden das „Zentralnervensystem“. Von diesem gehen allenthalben weiße Stränge, die „Nerven“ aus, welche Bewegung und Empfindung vermitteln und daher „Bewegungs- und Empfindungsnerven“ genannt werden. Ein Teil der zwölf vom Gehirn ausgehenden „Gehirnnerven“ geht zu den „Sinnesorganen“ hin (Auge, Ohr, Nase, Zunge usw.).

Die Brusthöhle enthält hauptsächlich die beiden Lungen, das Herz, die Speiseröhre und Luftröhre und ist nach abwärts gegen die Bauchhöhle durch eine muskulöse Haut abgeschlossen, welche zwischen den Rippen ausgespannt ist und bei der Atmung auf- und absteigt: das „Zwerchfell“. Sie ist ausgekleidet von einer glatten, feuchten Haut, dem „Brustfell“ oder „Rippenfell“. Die beiden Lungen, welche von dem Brustfell überzogen sind, dienen zur Atmung; die Luft strömt bei der „Einatmung“, bei welcher durch die Brustmuskeln der Brustkorb gehoben und erweitert wird, durch Mund und Nase ein, gelangt in den Rachen und von da in den an der vorderen Halsseite gelegenen knorpeligen „Kehlkopf“ und die „Luftröhre“. Die letztere teilt sich in der Brusthöhle (vgl. Abb. 3) in zwei größere Äste, die „Bronchien“; jeder dieser Bronchien teilt sich wiederum in feinere Ästchen nach Art der Wurzeln eines Baumes, so daß diese Röhrrchen schließlich in allerfeinsten Bläschen, den „Lungenbläschen“, endigen. Jede Lunge besteht aus unendlich vielen solcher Bläschen, welche zu größeren Läppchen aneinandergereiht sind; die rechte Lunge hat drei große Lappen, die linke zwei. Während bei der Einatmung frische, sauerstoffreiche Luft einströmt, wird bei der Ausatmung der Brustkorb verkleinert und die mit Kohlenensäure und Wasserdampf überladene Luft herausgepreßt.

Das Herz ist ein hohler Muskel, welcher sich zusammenziehen und wieder ausdehnen kann; es besteht aus einer linken und rechten Hälfte, welche durch eine Scheidewand voneinander getrennt sind; jede dieser Hälften besitzt wiederum einen größeren Teil, die „Herzkammer“, und einen kleineren, oberhalb gelegenen, den „Vorhof“ (vgl. Abb. 4). Aus dem Herzen kommen große, häutige Röhren heraus, welche sich weiter in kleinere Röhren teilen, die „Blutgefäße“ oder „Adern“, und die in

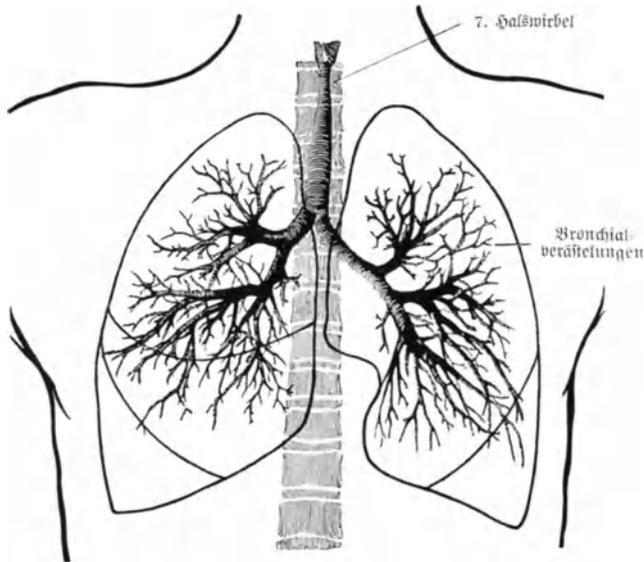


Abb. 3. Luftröhre und Verzweigungen der großen Bronchien.

Nach einem Röntgenbilde des mit Metall ausgegossenen und in situ belassenen Bronchialbaumes von Dr. Stegemann in Freiburg i. Br. mit Zuhilfenahme eines Bronchialausgusses der Wastler Sammlung. (Nach Corning, Topographische Anatomie, verkleinert.)

ihnen und im Herzen enthaltene Flüssigkeit, das „Blut“, zum Körper hin- und von demselben dem Herzen wieder zuführen. Im allgemeinen enthält die rechte Herzhälfte (das „rechte Herz“, wie man sagt) das verbrauchte, kohlenstoffreiche, sauerstoffarme, dunkelrote Blut; dasselbe gelangt von hier durch Blutgefäße (Lungenschlagadern) zur Lunge, kommt hier mit dem durch die Einatmung zufließenden Sauerstoff der Luft in Berührung und gelangt in verbessertem Zustande, „sauerstoffreicher“, durch die Lungenblutadern zum linken Vorhof; aus diesem fließt es in die linke Herzkammer, so daß mithin das „linke Herz“ „sauerstoff-

reiches“ hellrotes Blut enthält. Von hier wird das Blut durch die Zusammenziehung des Herzens in die großen, zum Körper führenden Blutgefäße, die „große Körperschlagader“ (Aorta) und ihre Äste gepreßt. Der Weg, welchen das Blut zwischen der rechten Herzkammer durch die Lungen zum linken Vorhof zurücklegt, heißt der kleine Kreislauf oder Lungenkreislauf. Von der Körperschlagader (Aorta) gelangt das Blut durch alle vom Herzen wegführenden Blutgefäße, die „Schlagadern“ (Arterien) oder Pulsadern, in die verschiedensten Gegenden des Körpers; diese Pulsadern gehen allmählich in allerfeinste Blutgefäße (Haargefäße, Kapillaren) über; nachdem diese an die Körpergewebe die zur Erhaltung wichtigen Bestandteile abgegeben haben, bilden sich aus ihnen wiederum allmählich stärker werdende Blutgefäße, welche das verbrauchte Blut zum rechten Herzen zurückführen; diese werden als Blutadern (Venen) bezeichnet. Der Weg, innerhalb dessen das Blut im Körper kreist, ist der große Kreislauf oder Körperkreislauf. Im kleinen Kreislauf gibt das Blut Kohlenensäure ab und nimmt Sauerstoff auf, im großen Kreislauf dagegen gibt es Sauerstoff ab und nimmt Kohlenensäure auf.

Das Herz zieht sich in der Minute ungefähr 70—80 mal zusammen; hierdurch wird Blut in die Schlagadern hineingepreßt, und dies äußert sich als eine, mit der Hand fühlbare Welle, sog. Pulsschlag (Puls). Der Puls ist an den der Körperoberfläche zunächst gelegenen Schlagadern deutlich zu fühlen und wird in der Regel an einer, an der Daumenseite des Vorderarms gelegenen Schlagader, der Speichenschlagader (radialis), gefühlt.

Außer diesen Blutgefäßen gibt es noch sog. Saugadern oder Lymphgefäße, welche eine farblose Flüssigkeit, die Lymphe, enthalten. In deren Verlauf sind an zahlreichen Stellen Drüsen, sog. Lymphdrüsen (Lymphknoten), eingeschaltet. Die Lymphgefäße fließen zusammen und ergießen durch zwei dicke Lymphadern ihren Inhalt in die Blutadern (Abb. 4).

Das Blut ist eine rote, klebrige Flüssigkeit, welche aus der „Blutflüssigkeit“ (Blutplasma) sowie zahllosen kleinen, nur mit dem Mikroskop wahrnehmbaren münzenähnlichen Scheibchen besteht, den sog. roten, sowie den allerdings an Zahl geringeren weißen Blutkörperchen, außerdem enthält es einen gerinnbaren Faserstoff (Fibrin). Die roten Blutkörperchen, die hauptsächlich im Knochenmark, in der Milz und in den Lymphknoten gebildet werden, enthalten einen Farbstoff sowie Sauerstoff, der durch die Einatmung in die Lunge strömt. Außerhalb des Körpers „gerinnt“ das Blut, wobei sich eine gallertartige Masse (Blutkuchen) und das Blutwasser (Serum) abscheiden. Das Blut erhält seinen Sauerstoff

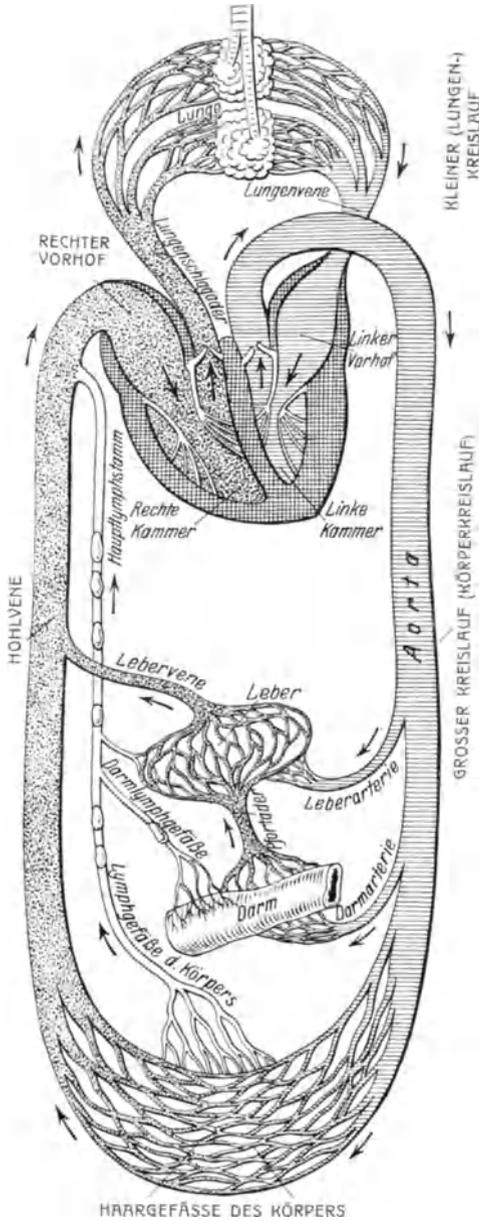


Abb. 4. Blutkreislauf. (Nach Lubinus, verkleinert.)

durch die Lungen und die Nahrungsstoffe vom Darm her durch die eingenommene Nahrung in Form des Milchsaftes. Somit führt es Nahrungsstoffe und Sauerstoff allen Geweben zur Ernährung zu. Die Gesamtmenge des Blutes beträgt etwa $\frac{1}{13}$ des Körpergewichtes.

Die Lymphe ist eine farblose Flüssigkeit, welche alle Gewebe durchtränkt und sich in den Lymphgefäßen oder Saugadern sammelt. Diese Lymphgefäße mit ihren feinen Ästchen saugen aus dem Körpergewebe und dem Darm ihren Inhalt auf und leiten ihn durch Vermittlung des „Milchbrustganges“ in die großen Blutadern (Abb. 4). Der bei der Verdauung aufgenommene Saft heißt Milchsaft. Somit wird von den Lungen her (s. oben) Sauerstoff, von dem Darne her Milchsaft dem Körper zugeführt.

In der Bauchhöhle, welche vorn durch die „Bauchdecken“ geschlossen ist, befinden sich im wesentlichen die Verdauungs-, Absonderungs- und Geschlechtsorgane. Zu den Verdauungsorganen rechnen wir: Magen, Darm, sowie die Leber mit der Gallenblase und die Bauchspeicheldrüse. Der Magen steht durch die Speiseröhre mit dem Munde in Verbindung; er liegt unterhalb des linken Rippenbogens. An den Magen reiht sich zu-

nächst der Zwölffingerdarm an, hinter welchem die Bauchspeicheldrüse (pancreas) liegt, und daran der sehr lange Dünndarm (etwa 6 m lang); dieser legt sich in die mannigfachsten Windungen und mündet in der

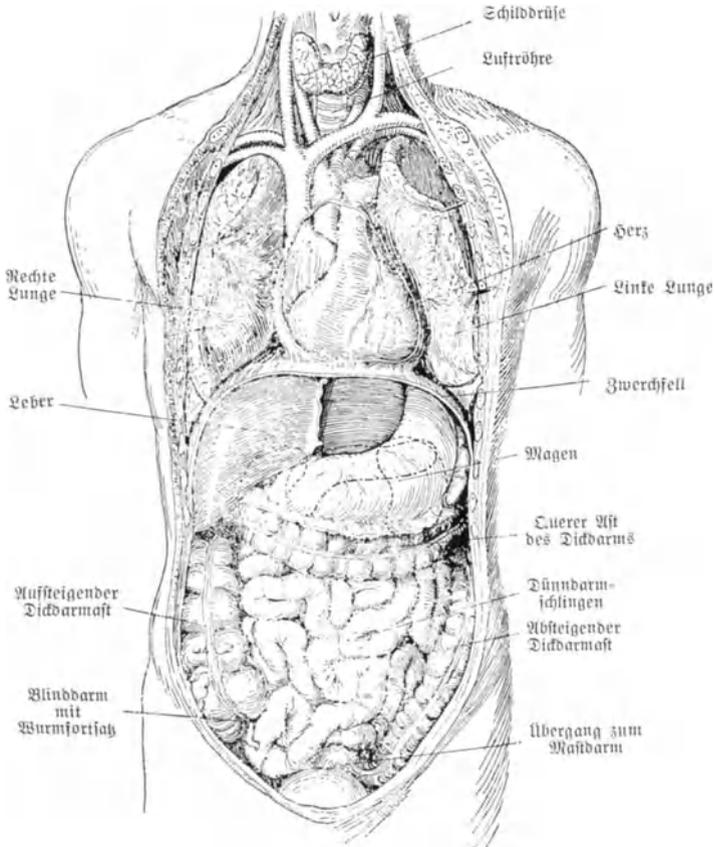


Abb. 5. Die Lage der Brust- und Baucheingeweide.
(Aus Drigalski-Seebaum, Der Mensch in seinen Beziehungen zur Außenwelt.)

rechten Unterbauchgegend in den breiten Dickdarm (colon) (etwa 2 m lang), welcher schließlich in den Mastdarm (rectum) übergeht und durch den After sich nach außen öffnet. Magen und Darm sind von einer Schleimhaut ausgekleidet. Im Darm finden sich noch zottenähnliche Vorsprünge der Schleimhaut, sog. Darmzotten, welche die Nahrungsstoffe aufsaugen und als Milchsaft (s. o.) dem Milchbrustgang zuführen.

Die Darmschlingen werden durch das sog. Netz bedeckt, welches vom Magen aus wie eine Schürze herunterhängt. In der rechten Unterbauchgegend liegt der Blinddarm mit dem 5—8 cm langen Wurmfortsatz (Abb. 5).

Die Speisen werden im Munde zerkleinert, mit Speichel untermischt und zu einem Bissen geformt, nach dem Rachen und durch die Speiseröhre in den Magen befördert; hier wird die Verdauung des Speisebreies vermittels des sauren Magensaftes fortgesetzt, und, soweit nicht durch die in der Wand befindlichen Saugadern eine Auffaugung der Nahrungstoffe erfolgte, wird der Rest in den Zwölffingerdarm und den Dünndarm geschafft; hier findet durch den Darmsaft und die Galle, sowie den Saft der Bauchspeicheldrüse eine Fortsetzung der Verdauung und Aufsaugung statt; die nicht verdaulichen Reste werden durch eine dem Darne innewohnende Bewegung nach abwärts getrieben und schließlich als „Kot“ durch den After nach außen entleert (sog. „Stuhlentleerung“). Die verdaulichen Teile werden durch Vermischung mit dem Darmsaft in einen flüssigen Nährsaft, den „Milchsaft“ umgewandelt; dieser wird von den „Saugadern“ aufgenommen und durch den Milchbrustgang in das Blut übergeführt (vgl. Abb. 4). Der After ist von einem Muskel umgeben, dem „Afterschließmuskel“, welcher willkürlich geöffnet und geschlossen werden kann.

Der Körper braucht zu seiner Erhaltung Nahrungstoffe (außer Wasser noch Salze, Eiweiß-, Fett- und Zuderstoffe), die ins Blut übergehen. Durch Sauerstoff findet eine Art Verbrennung statt und Wärme wird gebildet. Unbrauchbare Stoffe werden durch das Blut und verschiedene Organe ausgeschieden. Diese Aufnahme und Abgabe von Stoffen wird als „Stoffwechsel“ bezeichnet. Stoffwechsel und Muskelstätigkeit erzeugen die Eigenwärme des Körpers, die rund 36,5—37,5° C beträgt.

Die Leber liegt unter dem rechten Rippenbogen und dient zur Bereitung der Galle; letztere wird in der, an der Unterseite der Leber gelegenen Gallenblase aufgespeichert und von da in den Zwölffingerdarm entleert. Die Galle sowohl wie der Saft der Bauchspeicheldrüse sind wichtige, die Verdauung befördernde Absonderungen. Hinter dem Magen in der linken Oberbauchgegend liegt die Milz.

An der hinteren Bauchwand, zu beiden Seiten der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule liegen die Nieren, innerhalb deren der Urin (Harn) gebildet wird zur Ausscheidung der wasserlöslichen verbrauchten Stoffe; zwei häutige, der Lendenwirbelsäule entlang laufende Röhren, die „Harnleiter“, führen den Urin in die „Harnblase“ einen häutigen mehr weniger ausdehnungsfähigen Sack; von hier wird

der Harn durch die Harnröhre nach außen entleert. Der Harn enthält außer Wasser und Salzen auch Harnstoff und andere verbrauchte Stoffe.

Eine Art innerer Absonderung („innerer Sekretion“) findet durch bestimmte Drüsen statt, die keinen Ausführungsgang haben, aber gewisse Stoffe in das Blut abgeben; dahin gehören der „Hirnanhang“ an der Basis des Gehirns, die „Schilddrüse“ an der vorderen Halswand, die Nebenniere (an der oberen Kuppe jeder Niere) sowie die Geschlechtsdrüse (beim Weibe der Eierstock), schließlich die unter dem Brustbein gelegene Thymsdrüse, die aber während des Wachstums sich völlig zurückbildet.

Innerhalb der Beckenhöhle liegen außer dem Mastdarm und der Harnblase die weiblichen Geschlechtsteile; der Mastdarm liegt der hinteren, die Harnblase der vorderen Beckenwand genähert. In der Mitte zwischen beiden liegen die inneren Geschlechtsteile (s. u.).

Die Haut bildet die Bedeckung der Körperoberfläche; sie besteht aus einzelnen Schichten, einer dünnen oberen, der „Oberhaut“, einer dicken tiefer gelegenen, der „Lederhaut“ sowie dem darunter gelegenen Fettpolster. Gefäße und Nerven verlaufen in der Lederhaut. In der Haut endigen die Empfindungsnerven. Die Haut ist an einzelnen Stellen mit Haaren bedeckt und enthält innerhalb der Lederhaut allenthalben zahlreiche Talg- und Schweißdrüsen und die Haarwurzeln. Die Nägel sind hornartige Gebilde, welche die Endglieder der Finger und Zehen schützen. Unterhalb der Haut befinden sich die Muskeln, rote fleischige Bündel, welche sich im allgemeinen durch sehnige Streifen an Knochen ansetzen und zum großen Teil die Bewegung vermitteln. Die einzelnen Gewebe werden von dem sog. Bindegewebe umhüllt, welches den Zwischenraum als sog. Stützgewebe ausfüllt.

Die inneren Körperhöhlen, d. s. Brust- und Bauchhöhle, sind mit einer zarten, glatten, eine Feuchtigkeit absondernden Haut ausgekleidet, so die Brusthöhle mit dem „Brustfell“, die Bauchhöhle mit dem „Bauchfell“. Das letztere überzieht alle in der Bauchhöhle gelegenen Organe. Diejenigen Körperhöhlen, welche sich nach außen öffnen, sind von einer „Schleimhaut“ ausgekleidet, so: Mund, Speiseröhre, der ganze Verdauungskanal, Kehlkopf, Luftröhre usw.

Zur Aufnahme der Empfindungen, welche durch äußere Eindrücke verursacht und zu dem Gehirn geleitet werden, dienen besondere Sinnesorgane: für Gesicht-, Gehör-, Geschmacks-, Geruchs- und Gefühlsinn, d. s.: das Auge, das Ohr, Zunge und Gaumen, Nase sowie die in der Haut befindlichen Enden der Empfindungsnerven.

II. Die weiblichen Geschlechtsteile.

Die weiblichen Geschlechtsorgane sind Organe zur Fortpflanzung; sie liegen teils in, teils an dem Becken; jene heißen daher die inneren, diese die äußeren Geschlechtsteile.

Die äußeren Geschlechtsteile liegen am Schambogen und bilden zum Teil den Abschluß des Beckens nach außen; im übrigen wird der

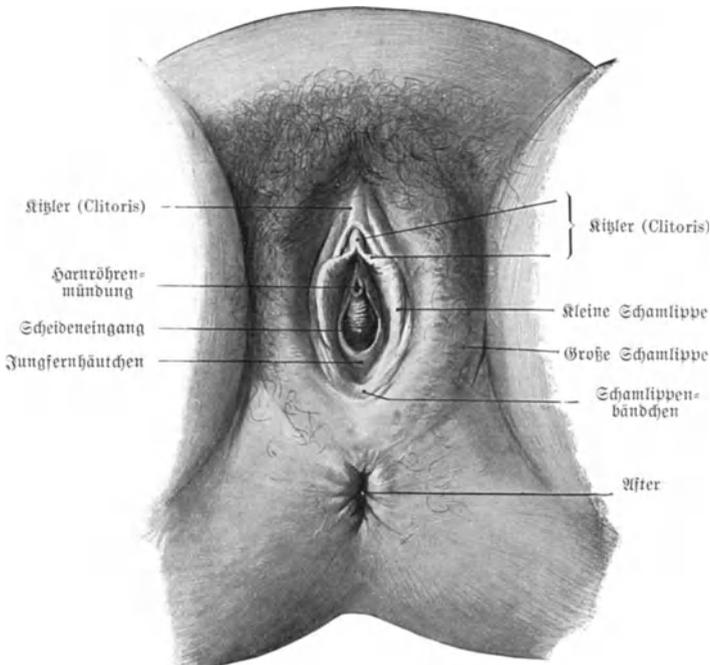


Abb. 6. Äußere Geschlechtsteile. (Nach Corning.)

Beckenausgang durch die Muskeln, das Fett und das Bindegewebe des Beckenbodens verschlossen. Zunächst befindet sich auf und oberhalb der Schamfuge eine mit reichlichem Fettpolster versehene Hautpartie: der Schamberg. Von diesem aus ziehen nach abwärts zwei dicke, fleischige Hautwülste, die „großen Schamlippen“, welche die „Schamspalte“ umschließen und sich nach hinten in dem „Schamlippenbändchen“ vereinigen. Ziehen wir diese, vielfach zusammenliegenden (bei Frauen, die geboren haben, aber klaffenden) Wülste auseinander, so liegen nach innen

dabon zwei kleinere fleischige, aber von Schleimhaut überzogene Falten, die „kleinen Schamlippen“. Nach vorn laufen diese weiter und umhüllen hier einen mit starken Blutgefäßen und Nerven versehenen schwellbaren Körper, den „Kißler“ (Clitoris). Unterhalb desselben befindet sich eine kleine Öffnung, mit welcher sich die, etwa 4,5 cm lange Harnröhre nach außen öffnet, die „Harnröhrenmündung“. Nach innen von den kleinen Schamlippen ist eine zarte, fleischige, halbmond- oder

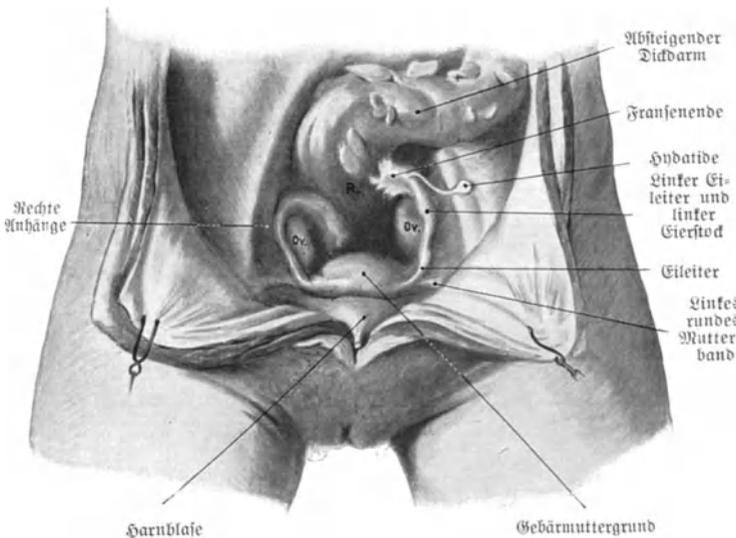


Abb. 7. Lage der Beckenorgane, von dem Beckeneingang aus gesehen. 19 j. Mädchen. (Nach Cornig.) Die Bauchdecken sind auseinandergezogen, man sieht die Gebärmutter und ihre Anhänge von oben, vor ihr die Harnblase, hinter ihr den Mastdarm und oberhalb die S-förmige Krümmung des absteigenden Dickdarmastes. Ov., Ov. Eierstöcke.

ringförmige Hautfalte, das Jungfernhäutchen“ (Hymen), welches, besonders bei Frauen, die geboren haben, Einrisse erlitten hat und durch die sog. „myrtenblattförmigen Wäzchen“ ersetzt ist. Dieser mit einer Öffnung versehene Ring bildet den Eingang in die Scheide („Scheideneingang“) und somit die Grenze zwischen äußeren und inneren Geschlechtssteilen. Das nach hinten vom Schamlippenbändchen bis zum After gelegene straffe, aus Haut, Bindegewebe und Muskeln bestehende Gewebe wird als „Dam m“ bezeichnet.

Zu den inneren Geschlechtssteilen gehört vorerst die Scheide (Vagina), ein häutiger, dehnbarer Kanal, welcher mit einer dicken, faltenreichen Schleimhaut ausgekleidet ist und oben blind, kuppelartig in dem

„Scheidengewölbe“ endigt. Dieses umfaßt den spizen, in die Scheide hineinragenden untersten Teil der Gebärmutter, den „Scheidenteil“ (Portio).

Die Gebärmutter (auch „Fruchthalter“, Uterus genannt) ist ein hohler fleischiger Muskel, welcher im Innern eine kleine flache, drei-



Abb. 8. Senkrechter Schnitt durch das kleine Becken und die weiblichen Geschlechtsorgane. (Aus Bolano, Gynäkologische Diagnostik.) Vag. Scheide. Ut. Gebärmutter (Uterus). Ur. Harnröhre. V. Harnblase. O. Eierstock. T. Eileiter. R. Mastdarm. l. r. rundes Mutterband. S. Schöpfuge.

eckige Höhle besitzt, die sich aber während der Schwangerschaft zu einer großen Höhle entfalten kann. Sie ist von einer dünnen (nur wenige Millimeter dicken) Schleimhaut ausgekleidet, der „Gebärmutter-schleimhaut“, welche die Fähigkeit besitzt, vermöge ihres Reichthums an Drüsen Schleim und zeitweise, in regelmäßigen Zwischenräumen, Blut abzu-

sondern; diese blutige Ausscheidung wird als „Periode“ oder „Regel“ (auch als „monatliche Reinigung“) bezeichnet.

Die Gebärmutter hat die Gestalt einer „plattgedrückten Birne“; der obere breitere Teil wird als „Gebärmutterkörper“ (Corpus), der untere schmalere als „Gebärmutterhals“ (Cervix) bezeichnet. Die obere Kuppe des Gebärmutterkörpers heißt „Gebärmuttergrund“. Der unterste, in das Scheidengewölbe hineinragende, zapfenartige Teil des Gebärmutterhalses heißt „Scheidenteil“; in diesem öffnet sich mit dem „äußeren Muttermund“ die Gebärmutterhöhle nach

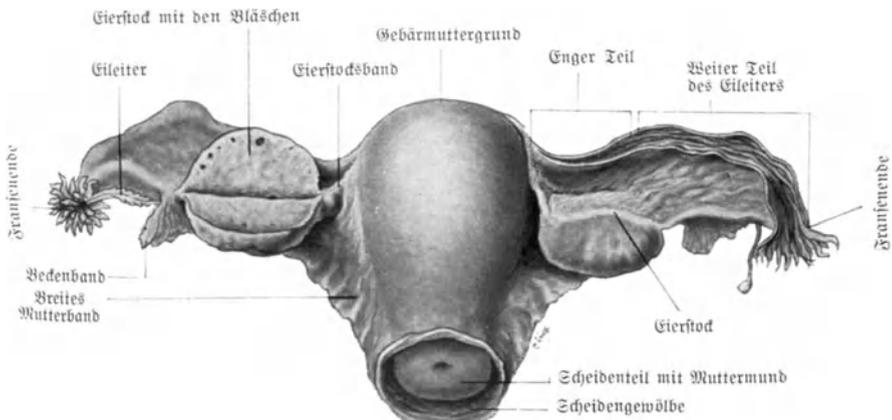


Abb. 9. Innere Geschlechtssteile eines 20jährigen Mädchens. (Aus Dietrich, Einführung in die Geburtshilfe.) Die birnenförmige Gebärmutter ragt mit dem Scheidenteil in das Scheidengewölbe; links und rechts die sog. Anhänge (Eileiter und Eierstöcke).

außen (Abb. 9); zwischen Gebärmutterkörperhöhle und dem Kanal des Gebärmutterhalses befindet sich eine Einschnürung, welche enge Stelle als „innerer Muttermund“ bezeichnet wird. Der äußere Muttermund wird von zwei Lippen umschlossen, der vorderen und hinteren Muttermundslippe. Die Schleimhaut des Gebärmutterhalses sondert einen zähen, fadenziehenden Schleim ab. Zur Ansiedelung des befruchteten Eies wird nur die Gebärmutterhöhle benutzt, niemals der Gebärmutterhals. Auf die Gebärmutterhals-schleimhaut folgt nach außen eine dicke Muskelschicht, welche von zahlreichen Blutgefäßen durchzogen ist und die Hauptmasse der Gebärmutter ausmacht. Der obere Teil der Gebärmutter, etwa bis zur Gegend des inneren Muttermundes, ist von dem Bauchfell überzogen. Die Länge der Gebärmutterhöhle beträgt etwa 7—8 cm.

Zu den Seiten des „Gebärmuttergrundes“ reihen sich nach links und rechts die „Anhänge“, d. s. die Eileiter und die Eierstöcke, an (vgl. Abb. 7 u. 9).

Die Eileiter (Tuben) sind häutige, vom Bauchfell umkleidete etwa federkieldicke Röhren, welche sich mit einem ausgefransten Ende, dem „Franzenende“ in die Bauchhöhle öffnen und mit der Gebärmutterhöhle durch einen engen, mit Schleimhaut ausgekleideten Kanal in Verbindung stehen (vgl. Abb. 9). Von jeder Seite des Gebärmuttergrundes zieht ein Eileiter zur Seite des Beckens hin.

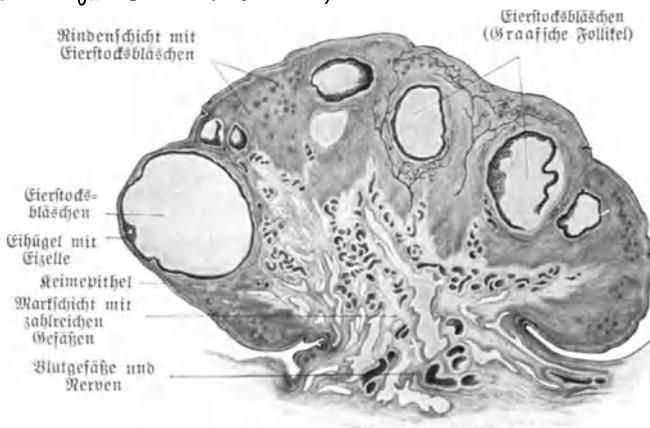


Abb. 10. Durchschnitt durch den Eierstock. (Aus Bunn, Grundriß der Geburtshilfe, verkleinert.) Die Gefäße sind künstlich injiziert. In der äußeren Schicht (sog. Rindenschicht) befinden sich die Eierstockbläschen Graafsche Follikel, in der Markschicht Gefäße und Nerven.

Hinter dem Eileiter, beiderseits etwa vor der Kreuzdarmbeinfuge gelegen, befindet sich in einer Grube des Bauchfelles je ein Eierstock (Ovarium); derselbe hat eine höckerige Oberfläche und ungefähr die Form und Größe einer großen Mandel; er besteht aus einzelnen, mit bloßem Auge sichtbaren Bläschen, den Eierstockbläschen („Graafsche Follikel“), welche im Innern ein feines, mit unbewaffnetem Auge nicht sichtbares (etwa staubkorngroßes) Körperchen, das Ei (die Eizelle), enthalten (vgl. Abb. 10). Auf dem Durchschnitt sieht man in der Rindenschicht die einzelnen, verschieden großen Eierstockbläschen, in der Markschicht die stark geschlängelten Blutgefäße und Nerven. Aus dem zuletzt geplatzen Eierstockbläschen bildet sich jedesmal der sog. gelbe Körper (Corpus luteum) (vgl. Abb. 11). Nach etwa 14 Tagen entsteht aus diesem wieder der weiße Körper.

Dieser bildet gewisse Stoffe, welche in das Blut übergehen, auch in die Haargefäße der Gebärmutter, und diese zur Blutüberfüllung reizen (d. h. eine Drüse mit innerer Sekretion).

Von den Seitenflächen des Gebärmutterkörpers aus ziehen zwei Falten des Bauchfells zu den Seiten des Beckens hin, die „breiten“ Mutterbänder“, während heiderseits vorn von der Seite des Gebärmuttergrundes aus zwei dünne Stränge, die „runden Mutterbänder“ (Abb. 7), zu dem Leistenringe und von hier zu den großen Schamlippen verlaufen; vom Gebärmutterhalse aus gehen ebenso zwei Bauchfell-

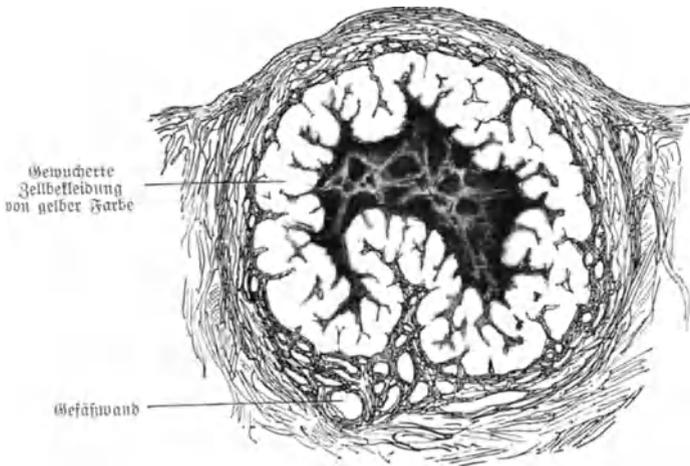


Abb. 11. Der gelbe Körper (Corpus luteum). (Aus Dietrich, Einführung in die Geburtshilfe.) Man sieht die halbstangenähnliche Wucherung der Follikelzellaukleidung, die diesem Gebilde ein eigentümlich gelbes Aussehen verleiht.

falten nach hinten zum Kreuzbein, die „Gebärmutterkreuzbeinbänder“, so daß durch diese Bänder (schlechtweg „Mutterbänder“ genannt) sowie die ab- und zuführenden Blutgefäße und das sie umgebende Bindegewebe die Gebärmutter in ihrer ein wenig nach vorn zur Schamfuge gerichteten Lage erhalten wird; diese Lage wird als „Vorwärtsbeugung“ bezeichnet; dadurch liegt die Gebärmutter der mehr weniger gefüllten Harnblase ziemlich innig auf.

Die Gebärmutterkörperschleimhaut enthält zahlreiche, in die Tiefe gehende „Drüsen“, d. s. Einsenkungen, welche einen dünnen Schleim absondern, und ist mit zahlreichen allerfeinsten Haargefäßen, versehen. In bestimmten zeitlichen Zwischenräumen kommt es zu einer Überfüllung dieser Blutgefäße, einer „blutigen Anschoppung“, und durch

Platz der Saargefäße wird Blut in mehr oder weniger großer Menge nach außen entleert, man sagt: es findet die Periode (die „Regel“) statt. Diese, ungefähr alle vier Wochen sich wiederholende blutige Absonderung aus der Gebärmutterkörperhöhle ist einerseits abhängig von der Beschaffenheit der Gebärmutter schleimhaut, sowie von verschiedenen anderen Umständen (Alter usw.), andererseits aber auch von der Tätigkeit der Eierstöcke.

Wie erwähnt, befinden sich in dem Eierstocke zahlreiche kleine Eierstockbläschen; betrachten wir ein solches mit dem Vergrößerungsglas, so sehen wir darin Flüssigkeit, Zellhaufen und eine größere, von diesen eingeschlossene Zelle, das „Ei“ oder die „Eizelle“ (vgl. Abb. 10). Diese Eierstockbläschen wachsen und gelangen so allmählich an die Oberfläche des Eierstocks; in nahezu vierwöchentlichen Zwischenräumen (etwa 14—16 Tage nach der Periode), platzt ein Eierstockbläschen und der Inhalt desselben, also Flüssigkeit und Eizelle, wird nach dem Franzenende des Eileiters befördert, von demselben zum Teil aufgenommen und nach der Gebärmutterhöhle hin geschafft. Tritt nun „Befruchtung“ ein, d. h. tritt auf dieser Wanderung durch den Eileiter das Ei mit männlichem Samen zusammen, so entwickelt sich durch Vereinigung dieser beiden Zellen das Ei weiter, und zwar in der Gebärmutterhöhle, die Frau wird „schwanger“. Ist dies nicht der Fall, so wird es, wie bei der gewöhnlichen Periode mit dem Schleim- und Blutabgange nach außen entleert. Ist aber Schwangerchaft eingetreten, so bleibt die Periode aus.

Dieser Vorgang der „Eilösung“ (Eireifung) und der „Periode“ findet nur in einem bestimmten Zeitabschnitt des weiblichen Lebens statt, dem sog. „geschlechtsreifen Alter“, also etwa zwischen dem 15. und 45. Jahre.

In unserem Klima tritt die Periode bei jungen Mädchen im Durchschnitt zwischen dem 14. und 16. Lebensjahre zum ersten Male auf (in der Stadt etwas früher, auf dem Lande in der Regel später) meistens unter gleichzeitigen anderweitigen Erscheinungen (vermehrter Fettansatz, Stärkerwerden der Brüste, der Hüften usw.); es beginnt das Zeitalter der Geschlechtsreife; die ungefähr in vierwöchentlichen Zwischenräumen sich wiederholende Periode dauert in der Regel bis Ende der 40er Jahre, etwa das 45.—48. Lebensjahr, und wird allmählich schwächer (die Frau kommt in die „Wechseljahre“), bis sie schließlich nach vorangegangener Unregelmäßigkeit gänzlich aufhört, gleichfalls unter bestimmten (meist nervösen) Erscheinungen (sog. Ausfallerscheinungen); Gebärmutter und Scheide schrumpfen in dieser Zeit, erfahren eine fort-

schreitende Verkleinerung („Rückbildung“), desgleichen die Eierstöcke, auf welchen eine Loslösung von Eiern von jetzt ab nicht mehr stattfindet. Zu starke und zu häufige Periodenblutungen in dieser Zeit sind immer als krankhaft anzusehen, ebenso die erst nach längerer Pause wiederkehrenden Blutungen!

Die durchschnittliche Dauer der Periode beträgt 3—5 Tage. Die Stärke der Blutung ist individuell verschieden. Das Periodenblut hat in der Regel die Eigenschaft, nicht zu gerinnen. In der ersten Zeit kommen mitunter Unregelmäßigkeiten und Pausen vor, ohne daß dieser Zustand als krankhaft zu bezeichnen ist. Außerdem bleibt die Periode aus, ohne daß krankhafte Zustände vorliegen, bei der Schwangerschaft und meistens auch während des Stillgeschäftes. Ob auch die Eilösung während dieser Zeit ruht, ist noch nicht sicher; im allgemeinen scheint sie, wenigstens während des Stillgeschäftes, stattzufinden.

Auch bei starker Bleichsucht, hochgradiger Körperchwäche infolge erschöpfender Krankheiten, wie nach Typhus, Zuckerkrankheit, Schwindsucht, nach starken Blutverlusten kann zuweilen die Periode monatelang ausbleiben; infolge mangelhafter Entwicklung der inneren Geschlechtsteile kann sogar bei kräftigen, vollblütigen Mädchen die Periode seltener oder in größeren Zwischenräumen, mitunter auch verspätet auftreten. Ebenso vermögen psychische Einwirkungen, wie Schreck oder Aufregungen, Änderungen in der Lebensweise, selbst plötzliche Erältungen während der Periode dieselbe zum Aussetzen zu bringen.

Beide Vorgänge, Eireifung oder Eilösung, auf dem Eierstock sich abspielend, und Periode, auf der Gebärmutter schleimhaut mit regelmäßiger An- und Abschwellung einhergehend, stehen demnach in ursächlichem Zusammenhang zueinander. Der gelbe Körper bildet, wie erwähnt, gewisse Stoffe („innere Sekretion“), welche in das Blut aufgenommen werden, somit auch in die Schleimhaut der Gebärmutter und ihre Gefäße gelangen. Hier bewirken diese Stoffe eine Blutüberfüllung, so daß die Haargefäße platzen, also die Periode eintritt.

Die Periode kann daher auch ausbleiben, sobald in den Eierstöcken sich krankhafte Veränderungen ausbilden, z. B. bei doppelseitigen Eierstockgeschwülsten oder bei entzündlichen Zuständen der Eierstöcke; ebenso bleibt „frühzeitig“ die Periode aus (= vorzeitiger Eintritt der Wechseljahre), falls beide Eierstöcke durch Operation entfernt wurden. Umgekehrt kann, auch wenn die Eierstöcke gesund sind, bei Verödung der Gebärmutter schleimhaut (z. B. durch Arzneimittel oder schwere Erkrankung im Wochenbett) die Periode dauernd ausbleiben. — Der Beginn der Geschlechtsreife fällt im Durchschnitt, wie erwähnt, in das 14.—16. Jahr; während bis dahin die Eierstöcke keine besondere Tätigkeit entfalten und die Gebärmutter noch in der Entwicklung begriffen ist, beginnt jetzt erst die „Eireifung“, hiermit die zum ersten Male einsetzende Periode. Mit diesem Zeitpunkt bilden sich aber außerhalb der Geschlechtsorgane eigentümliche Veränderungen aus, die als „sekundäre Geschlechtsmerkmale“ bezeichnet werden und für das weibliche Geschlecht charakteristisch sind, das sind allmählich zunehmende Rundung des Körpers, insbesondere an den Hüften durch Fetтанsatz, Stärkerwerden der Brüste, Be-

haarung des Schamberges und der Achselhöhle u. a. Die äußeren und inneren Geschlechtsorgane kommen allmählich zu weiterer Entfaltung. — Der Eierstock, richtiger gesagt die „Eierstockdrüse“, insbesondere der gelbe Körper, übt ihrerseits einen bestimmten Einfluß auf den Blutkreislauf sowie die gesamte Blutverteilung und den Stoffwechsel aus. Fällt z. B. die Tätigkeit der Eierstockdrüsen weg („Ausfall“), dann kommen hierdurch die in den Wechseljahren bekannten oben erwähnten „Ausfallerscheinungen“ zur Beobachtung, das sind fliegende Hitze, Blutandrang zum Kopfe, Neigung zu Schweißausbruch, auch Schwindel und Kopfschmerzen, manchmal auch Herzbeschwerden und nervöse Erscheinungen aller Art.

Unregelmäßigkeiten in der Periode zur Zeit der Geschlechtsreife sind daher ebensowohl auf Erkrankungen der Gebärmutter schleimhaut als auch solche der Eierstöcke zu beziehen, z. B. zu starke Periodenblutungen, zu häufiges Auftreten der Periode u. a.

Blutungen in den späteren Jahren, insbesondere nach den Wechseljahren, sind jedoch niemals durch den „Wechsel“ als solchen oder etwa als Zeichen der „wieder eintretenden Periode“ zu deuten, sondern fast stets als das erste Zeichen von Gebärmutterkrebs anzusehen. Hier ist sofortige Untersuchung durch den Arzt erforderlich!

Ist Schwangerschaft eingetreten, so entwickelt sich innerhalb der Gebärmutterhöhle das aus den Eileitern dahin beförderte „befruchtete Ei“ weiter und es bilden sich gewisse Veränderungen aus, welche wir weiter unten (Kap. IV) betrachten werden.

III. Bau der Brüste.

Die Brüste sind halbkugelförmige Drüsenkörper („Milchdrüsen“), welche von zarter Haut bedeckt, vorne zu beiden Seiten des Brustbeins liegen. Die Haut besitzt in der Regel ein reiches Fettpolster und ein straffes Bindegewebe gerüst. Der Drüsenkörper, welcher im jungfräulichen Zustande nur spärlich entwickelt ist, besteht bei der stillenden Frau aus ungefähr 12—15 läppchenförmigen „Milchdrüsen“, welche, durch fettreiches Bindegewebe voneinander getrennt, sich aus kleinen traubenförmig verästelten Bläschen, den „Milchdrüsenbläschen“, zusammensetzen (vgl. Abb. 13). Jedes dieser Milchdrüsenbläschen hat einen feinen Ausführungsgang („Milchkanälchen“); diese Milchkanälchen vereinigen sich zu einem größeren spindelförmig erweiterten „Milchgang“ (auch Milchsäcken genannt). Solche Milchgänge, etwa 12—15 an der Zahl, münden frei auf der Brustwarze. Damit bezeichnet man die zapfenförmige, leicht erregbare Hervorragung der Haut, welche von einem, meist dunkler vererbten Hautring, dem „Warzenhof“ umgeben ist (vgl. Abb. 12). Im Warzenhofe sind eine Reihe kleiner, knötchenförmiger

Drüsen („Warzenhof-Drüsen“) gelegen. Je nach der Beschaffenheit der Warzen lassen sich flache, gut oder schlecht faßbare, oder nach innen eingestülpte (sog. „Hohlwarzen“) unterscheiden.

Entwicklung und Wachstum der Brustdrüsen beginnen, gleichwie dasjenige der Geschlechtsorgane, erst mit dem Eintritt der Geschlechtsreife,

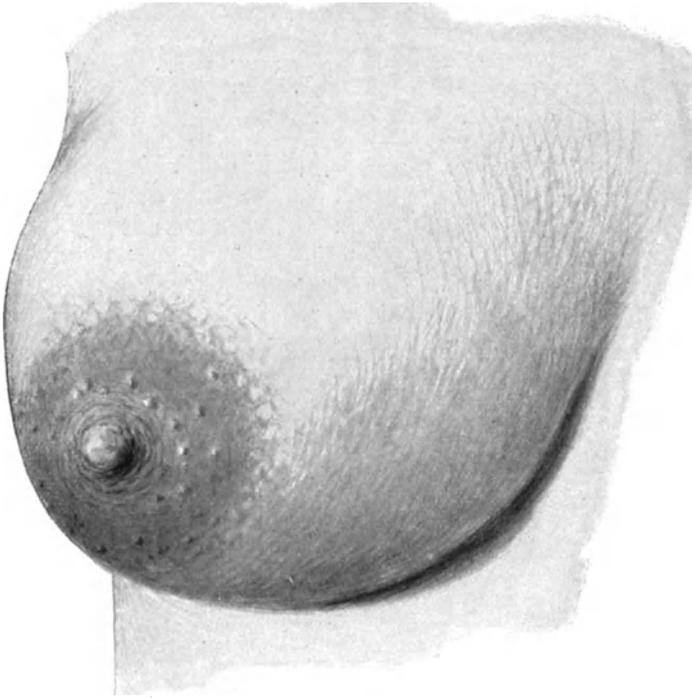


Abb. 12. Brust einer Erstgeschwängerten im 9. Monat. Die Warzenhofdrüsen im Warzenhof sind deutlich sichtbar, ebenso die dunkle Verfärbung des Warzenhofes. (Aus Polano, Gynäkol. Diagnostik.)

ihre eigentliche Tätigkeit setzt jedoch erst im Wochenbett nach stattgehabter Geburt ein. Sie besteht in der Milchbildung und Milchabsonderung; aber bereits in der Schwangerschaft findet eine Vorbereitung zu dieser Tätigkeit statt, insofern in dieser Zeit ein beträchtliches Wachstum, stärkere Blutversorgung und Zunahme des Drüsengewebes eintritt und spätestens mit Beginn des zweiten Drittels der Schwangerschaft eine anfangs hellwässrige, später trüb-wässrige mit gelben Streifen untermischte Flüssigkeit, die „Vormilch“ (Colostrum), ab-

gesondert wird. Diese an Salzen reiche Flüssigkeit läßt sich auch noch innerhalb der ersten Tage des Wochenbettes auf Druck aus der Brustwarze entleeren, während die eigentliche Milchabsonderung in der Regel erst am zweiten oder dritten Tage des Wochenbettes, im allgemeinen ohne wesentliche Störung im Befinden der Wöchnerin eintritt. Dabei wird die Brustdrüse groß und prall gespannt. Gerade das Gefühl

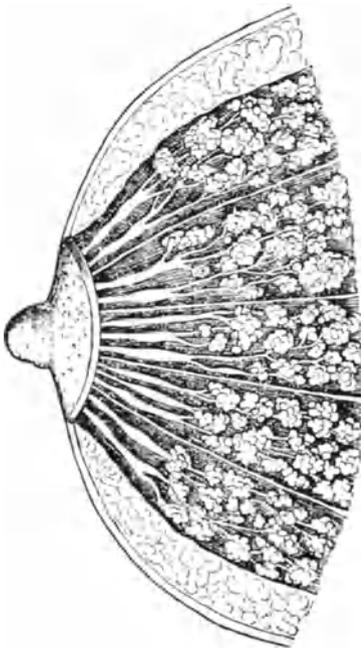


Abb. 13. Halbchematischer Durchschnitt durch die Brustdrüse einer Stillenden. Man sieht die Milchgänge mit den Milchdrüsenbläschen und auf der Warze die Ausführungsgänge der Milchgänge.

der Spannung macht sich oft unangenehm bemerkbar. Man nennt dies das „Einschießen der Milch“.

Die fertige Milch der Wöchnerin enthält: Wasser, Zucker, Fett, Käsestoff (Casein) (d. i. Eiweiß) und Salze in bestimmter Menge, und zwar in 100 Teilen etwa 88 Teile Wasser, während die 12 übrigen Teile aus Eiweiß (1 Teil), Fett (4,5 Teile), Zucker (7 Teile) und verschiedenen Salzen (etwa 0,2 Teile) bestehen. Ein Liter Frauenmilch enthält daher 10 g Eiweiß, 45 g Fett, 70 g Zucker und 2 g Salze. Immerhin schwankt die Zusammensetzung etwas, hauptsächlich bezüglich des Fettgehaltes. Bei fortschreitender, regelmäßiger Entleerung der Brust steigt der Fettgehalt. Die Milch wird von den Zellen der Milchdrüsenbläschen gebildet, und zwar aus dem Blute. — Die Vor-

milch (Colostrum) hat zwar die gleichen Bestandteile, jedoch weniger Zucker, aber mehr Eiweiß und reichlicher Aschebestandteile (Salze bis 0,4%), bildet demnach bei geringer Menge eine, für die ersten Tage hochwertige kräftige Nahrung, welche dem Kinde nicht vorenthalten werden sollte, zumal sie auch gewisse „Schutzstoffe“ enthält; daher die Vorschrift (s. u.): das Kind frühzeitig anlegen und nicht erst nach einigen Tagen! Während die fertige Milch beim Kochen nicht gerinnt, tritt bei dem Colostrum durch Kochen Gerinnung ein. Unter dem Mikroskop gesehen, besteht die fertige Milch aus einer großen Anzahl von dichtgedrängten, rundlichen Fetttropfchen, sog. Milch-

kügelchen (vgl. Abb. 14). Einzelne von ihnen haben noch Reste der Drüsenzellen, aus denen sie ihren Ursprung genommen haben, an sich. In der Vormilch sind die Fettkügelchen erheblich größer (sog. Colostrumkörperchen).

Die regelmäßige dauernde Absonderung der Brustdrüse kommt erst durch das Saugen des Kindes zustande. Gerade das „Einschießen der

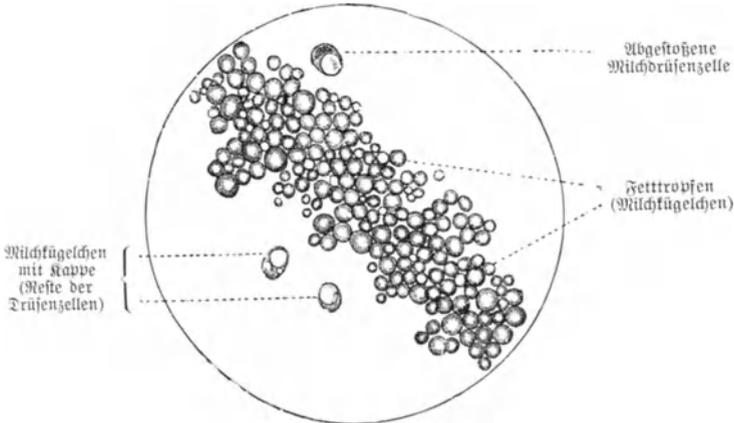


Abb. 14. Geformte Bestandteile der fertigen Milch, mikroskopisch dargestellt. (Aus Bunn, Grundriß der Geburtshilfe.)

Milch“ hat eine bedeutende Steigerung der Milchabsonderung zur Folge. Die in den Drüsenbläschen gebildete Milch wird in die Milchdrüsenkanälchen getrieben und sammelt sich zunächst in den größeren Milchkanälen bzw. Milchfächchen unterhalb des Warzenhofes an. Bei dem Saugakt wird vermöge der die Warze umgebenden Muskelfasern die Milch aus den Milchfächchen herausgepreßt, indem das Kind den Warzenhof voll umfaßt. Für die Leistungsfähigkeit der Brustdrüse ist demnach nicht nur der Bau der Drüse, sondern auch die Inanspruchnahme durch das Kind maßgebend.

IV. Kurzer Abriss über Schwangerschaft und Geburt.

Ist Schwangerschaft eingetreten (d. h. wurde die in dem Eileiter befindliche Eizelle durch männlichen Samen befruchtet), so entwickelt sich nach Bereinigung von Samenzelle und Eizelle das so umgewandelte Ei innerhalb der Gebärmutterhöhle weiter (Ei n e b e t t u n g d e s E i e s). Schon

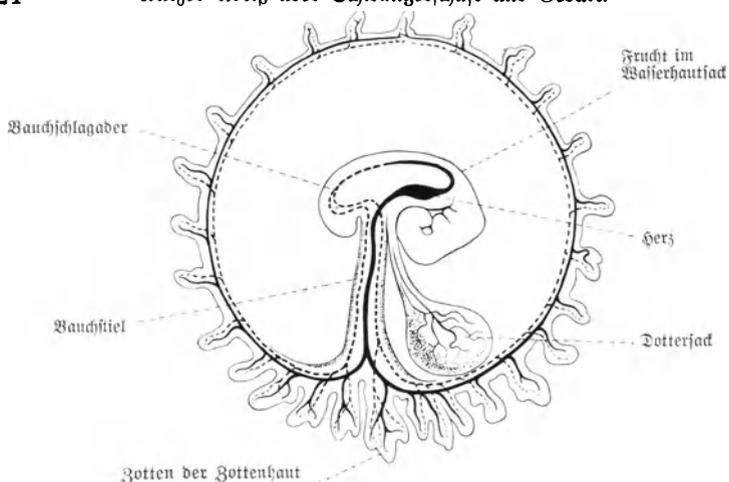


Abb. 15. Ei aus der 2. Woche. (Nach Summ, Grundriß der Geburtshilfe.)
Die Frucht (Embryo) von der Wasserhaut eingehüllt, mit Norta und Herzanlage, durch den Bauchstiel mit der Zottenhaut in Verbindung stehend.

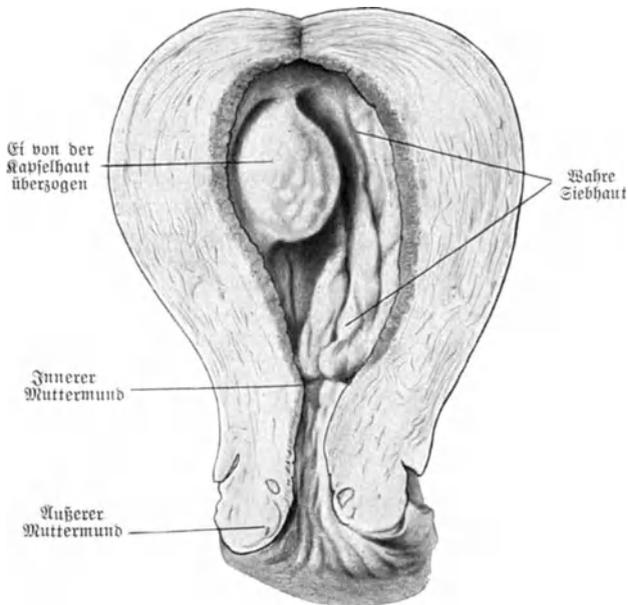


Abb. 16. Schwangere Gebärmutter mit Ei aus der 4. Woche. (Aus Summ, Grundriß d. Geburtshilfe.)
Das Ei sitzt im oberen Teile der Gebärmutter in der Eileiterringe, pilzförmig, in der Kapselhaut eingebettet und ragt wie ein Polyp in die Gebärmutterhöhle. Die Schleimhaut der Gebärmutter (= wahre Siebhaut) ist knapp 1 cm dick, mit zahlreichen Falten, sehr blutreich.
Im Mutterhalse sieht man die Falten der Schleimhaut.

frühzeitig ist das Ei, welches sich in der Gebärmutter schleimhaut (in der Regel nahe dem Gebärmuttergrunde,

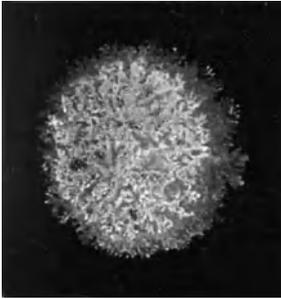


Abb. 17. Ei von etwa 4 Wochen.

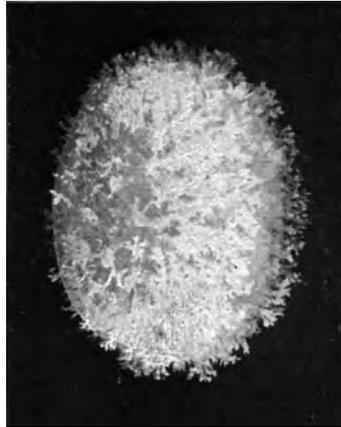


Abb. 18. Ei vom Ende des 2. Monats.

wie Abb. 16 zeigt) ansiedelt, zu seinem Schutz sowie zur Ernährung mit zwei Häuten (den „Eihüllen“) versehen, nach außen einer mit Zöttchen (den Wurzeln einer Pflanze vergleichbar) besetzten Haut, der „Zottenhaut“ (Chorion) und einer inneren glatten, der „Wasserhaut“ (Amnion) (Abb. 15). Vermöge der Zottenhaut erhält das fortwährend im Wachstum begriffene Ei eine rauhe Außenfläche (vgl. Abb. 15) und ist so befähigt, in der glatten Gebärmutterhöhle festzuhaften und sich hier

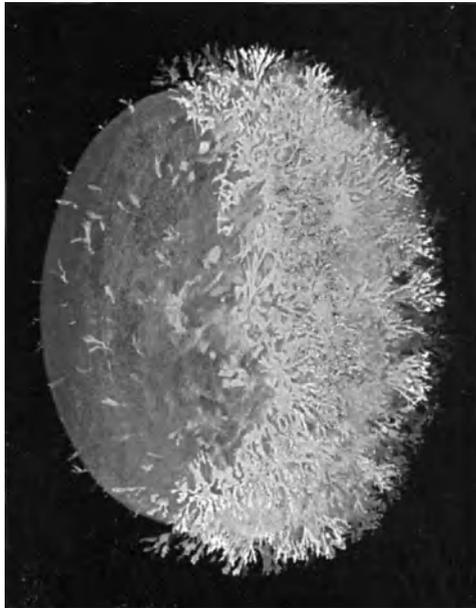


Abb. 19. Ei aus dem 3. Monat.

Die Eier sind in natürlicher Größe und ausgelegt aus ihrem Bett gezeichnet, so daß die äußere rauhe Fläche der Zottenhaut sichtbar ist. In Abb. 19 ist deutlich zu sehen, wie durch Verdrängung der Zotten sich der Mutterkuchen (Placenta) gebildet hat.
(Aus Bumm, Grundriß der Geburtshilfe.)

in der Gebärmutter-schleimhaut weiter zu ernähren. In dem oberen Teil, nahe dem „Gebärmuttergrund“, angelangt, setzt sich das befruchtete Ei demnach in der Schleimhaut fest (vgl. Abb. 16) und regt dieselbe zu starkem Wachstum und besserer Ernährung an. Vom zweiten Schwangerschaftsmonate ab wuchern nun, etwa in $\frac{1}{3}$ des Uterusumfangs, die an dessen Außenseite befindlichen Zotten (vgl. Abb. 17—19), treiben Ästchen und wachsen gegen die gleichfalls unter dem Einfluß der Schwangerschaft und besserer Blut-

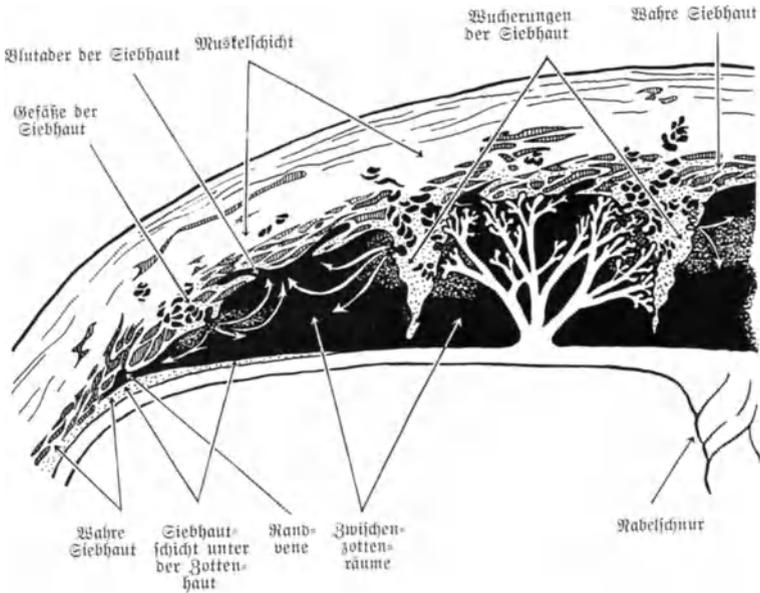


Abb. 20. Schematischer Durchschnitt durch die Gebärmutter und die anhaftende Placenta. (Nach Humm, Grundriß der Geburtshilfe.) Man sieht die dickgeschwollene, sehr blutgefäßreiche Schicht der wahren Ziehhaut (sog. Walzschicht), in welche die Zotten als „Haftzotten“ heretnwachsen. Zwischen den Zotten ist der sog. Zwischenzottenraum.

zufuhr stärker gewucherte Gebärmutter-schleimhaut hin; durch Entgegenwachsen beider Häute, der Zottenhaut einer- und der gewucherten Gebärmutter-schleimhaut andererseits (Abb. 20), wird an dieser Stelle allmählich eine dicke, blutreiche und schwammige Masse gebildet, welche durch den „Nabelstrang“ (Nabelschnur) mit der Frucht in Verbindung steht. Derselbe enthält kindliche Blutgefäße (zwei Nabelschlagadern, eine Nabelblutader), welche die Aufgabe haben, das verbrauchte Blut dorthin abzuführen und sauerstoffreiches Blut dem Kinde wieder zuzuführen. Dieser meist runde, schwammige Körper, welcher an der hinteren oder vorderen

Wand (vgl. Abb. 21 u. 22 dazu) des Gebärmutterkörpers sitzt, heißt der „Mutterkuchen“ (Placenta) und dient somit zur Ernährung und Atmung der inzwischen entwickelten Frucht. Unter Atmung ist hier natürlich nicht diejenige durch die Lungen zu verstehen, sonst würde das Kind ja Fruchtwasser einatmen und ersticken, sondern ein Blutaustausch innerhalb des Mutterkuchens. Im übrigen Umfange des Eies gehen allmählich die Zotten ganz zugrunde, so daß die Zottenhaut und Gebärmutter-schleimhaut (d. i. die Kapselhaut) innig aneinanderliegen (Abb. 21).

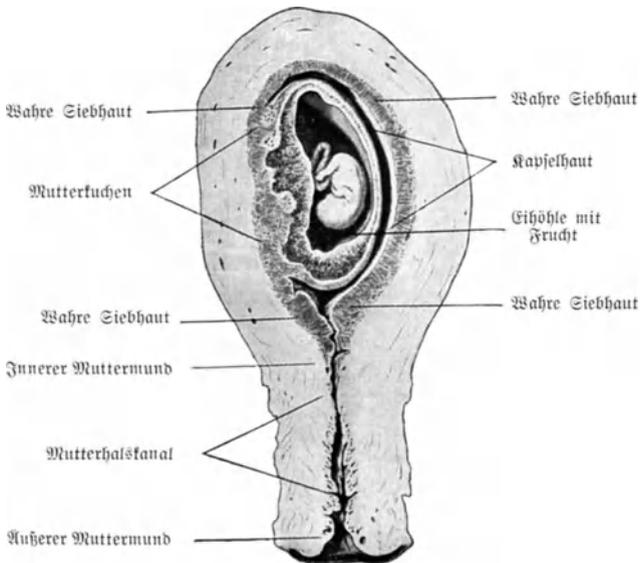


Abb. 21. Schwangere Gebärmutter im 3. Monat. (Nach Humm, Grundriß der Geburtshilfe.)

Die in der Schwangerschaft vergrößerte, aufgelockerte und blutgefäßreiche Gebärmutter-schleimhaut wird als „Siebhaut“ oder auch „hin-fällige Haut“ (Decidua) bezeichnet und umschließt mit noch einer umgeschlagenen Partie das Ei, so daß sich anfangs zwei Schichten von Siebhaut unterscheiden lassen; der unmittelbar der Gebärmutterwand anliegende Teil, „wahre Siebhaut“, und die das Ei umkleidende Siebhaut, die „umgeschlagene Haut“ oder „Kapselhaut“, welche beide Schichten später einander entgegengewachsen und sich vereinigen (vgl. Abb. 20). Der Mutterkuchen (Placenta) ist im dritten Monat fertiggebildet (Abb. 19) und

setzt sich aus dem mütterlichen Teile (d. h. derjenigen Schicht Sieb-
haut, welche den Zotten entgegenwucherte) und dem kindlichen Anteile
(d. h. den reichlich gewucherten, verdichteten, gefäßreichen Zotten) zu-
sammen. Der kindliche Anteil wird auch als „Fruchttuch“ bezeichnet.
Die reife Placenta (vgl. Abb. 23) hat ein Gewicht von etwa 500 g und
misst im Durchmesser 18—20 cm, ihre Dicke beträgt 2—3 cm. Die Nabel-
schnur hat die Länge von 50 cm und mehr.

Die Frucht, welche etwa nach dem zweiten Monat menschliche Gestalt
und Form annimmt, wächst von Tag zu Tag, mit ihr auch das Ei, d. h.



Abb. 22. Schwangere Gebärmutter im 7. Monat.
Kind in Schädelage. Man sieht rechts oben
den Mutterkuchen, an der hinteren Wand sitzend.
(Nach Bumm, Grundriß der Geburtshilfe.)

die es umkleidenden Eihüllen (die
Eihäute) und die Eihöhle. Inner-
halb der letzteren befindet sich das
Fruchtwasser, d. i. eine helle,
seifenwasserähnliche Flüssigkeit,
welche der Frucht freie Bewegung
und Entwicklung ermöglicht.

Schließlich erlangt die Frucht
die Reife. Ein reifes Kind hat
die Durchschnittslänge von 50 cm
(48—52) und ein Mindestgewicht
von 3000 g. Die Haut ist hellrosa,
aber von einer käseartigen Schmiere
(„Käseschleim“) bedeckt; nur an den
Schultern und Oberarmen befinden
sich noch zarte Wollhaare. Kopf-
knochen, wie Knorpel, fühlen sich
fest an. Die Nägel überragen die
Fingerspitzen. Das neugeborene
reife Kind schreit sofort mit kräf-
tiger Stimme und macht leb-
hafte Bewegungen; es entleert

Urin im Strahle und schwärzlichen grünlichen Stuhl (sog. Kindspuch
= Meconium) aus dem Mastdarm. Ein frühreifes Kind („Früh-
geburtstkind“) dagegen ist zwar auch lebensfähig, d. h. kann unter
günstigen Umständen (meist erst nach der 30. Woche) am Leben erhalten
werden, doch sind die Lebensäußerungen erheblich schwächer; es schreit
mit schwacher Stimme, oder wimmert, macht zitternde Bewegungen,
die Haut ist faltig, krebsrot, reichlich mit Wollhaaren bedeckt, Kopfknochen
eindrückbar und verschieblicher; Gewicht zwischen 2000 und 2500 g.

Mit der Vergrößerung des Eies und der Frucht Hand in Hand geht auch das Wachstum der Gebärmutter, so daß dieselbe im vierten Monat das kleine Becken fast ausfüllt und in das große Becken emporsteigt, im sechsten Monat mit dem Gebärmuttergrund den Nabel und im neunten Monat ihren höchsten Stand, den Rippenbogen, erreicht; durch die nach oben hin verhinderte Ausdehnung beginnt alsdann der Leib sich zu

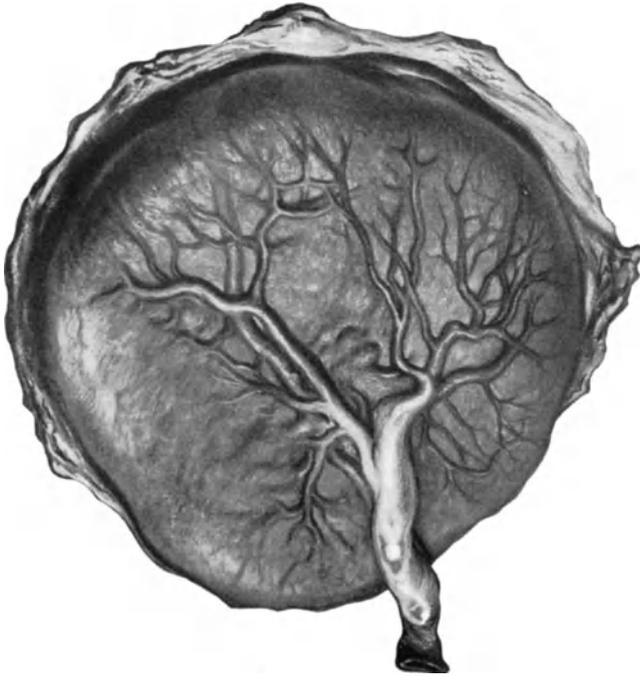


Abb. 23. Reife Placenta (Mutterkuchen), von der kindlichen Seite gesehen. (Nach Döderlein.)

senken, so daß er Ende des zehnten Monats etwas tiefer unterhalb des Rippenbogens steht.

Neben diesen Veränderungen, zu welchen noch Blaufärbung der Scheide, reichlichere Absonderung derselben, Stärkerwerden der Brüste, Ausdehnung des Leibes und Bildung von Schwangerschaftsstreifen zu rechnen sind, gehen aber auch im Allgemeinbefinden Änderungen einher, welche eine Reihe von Störungen im Gefolge haben, die durchaus nicht als krankhaft anzusehen sind; dahin gehört z. B. das Ausbleiben der Periode, das morgendliche Erbrechen, die Übelkeit sowie Ab-

neigung gegen gewisse Speisen, träge Verdauung usw. und gegen Ende der Schwangerschaft häufig Blasenrang, Druck nach unten.

Ist der Endtermin der Schwangerschaft erreicht (i. D. nach 270 bis 280 Tagen), so wird durch die jetzt einsetzende Wehentätigkeit die „Geburt“, d. i. die Ausstoßung von Frucht und Nachgeburt (Fruchtanhänge) eingeleitet; nach einer gewissen Zeit (meist innerhalb 18—20 Stunden bei



Abb. 24. Vorgang der Geburt: Kreißende Gebärmutter. Der Muttermund ist fast „verstrichen“. Kind in Schädellage, Kopf „im Becken“, die Geburt ist schon weit fortgeschritten: Austreibungszeit. (Nach Gum, Grundriß der Geburtshilfe, verkleinert.)

Erstgebärenden, etwa 12 Stunden bei Mehrgebärenden) wird zunächst die Frucht durch den inzwischen erweiterten, „verstrichenen“ Mutterhalskanal und die Scheide hindurch (vgl. Abb. 24), meist mit dem Kopfe voran („Schädellage“) geboren, nachdem zuvor die Eihäse gesprungen und ein Teil des Fruchtwassers (das „Vorwasser“) abgelaufen war. Kurze Zeit nach der Geburt des Kindes, etwa $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde später, wird der noch zum Teil haftende Eihautsack und der Mutterkuchen durch die Wehen (Nachgeburtswehen) von der Wand gelöst und ausgestoßen; Mutterkuchen und Eihautsack werden als „Nachgeburt“ bezeichnet.

Die Geburt besteht darin, daß durch die Wehen der Mutterhalskanal, hauptsächlich der äußere Muttermund allmählich erweitert wird, und zwar durch die „sich stellende“ Fruchtblase (schlechtweg „Blase“ genannt, vgl. Abb. 24). Mit jeder Wehe wird eine gewisse Menge von Fruchtwasser („Vorwasser“) in den untersten Teil der Fruchtblase hineingetrieben, „die Blase stellt sich“, auf diese Weise werden die Muttermundsränder allmählich so erweitert, daß sie nicht mehr zu fühlen sind („der Muttermund ist verstrichen“). Die Blase springt und der Kopf tritt durch den Muttermund in die Scheide und wird schließlich durch die inzwischen kräftiger einsetzenden „Preßwehen“ durch den Scheideneingang nach

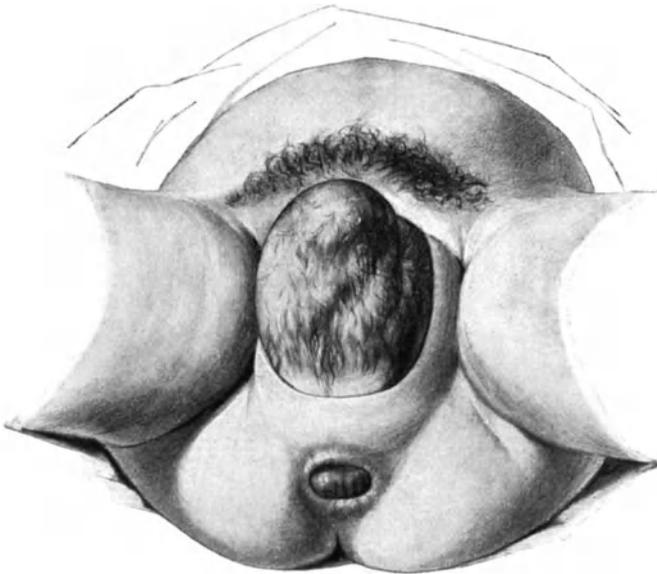


Abb. 25. Durchschneiden des Kopfes in Kopflage. Der Kopf wird geboren („schneidet durch“). Auf dem Kopf hat sich die sog. „Kopfgeschwulst“ entwickelt. (Nach Bum, Grundriß der Geburtshilfe.)

außen geboren („er schneidet durch“, Abb. 25), nach ihm folgt der Rumpf. So kann man eine Eröffnungs- und Austreibungszeit unterscheiden. Nach der Geburt des Kindes wird in der „Nachgeburtszeit“, wie man sagt, durch die Nachgeburtswehen, also lediglich durch die Naturkräfte, der Mutterkuchen von der Wand gelöst und meist nach längstens $\frac{1}{2}$ —1 Stunde geboren. In dieser Zeit erleidet durch die Loslösung des Mutterkuchens die Gebärende einen Blutverlust, welcher aber (meist 300 bis höchstens 500 g bei regelmäßigem Verlauf) das Allgemeinbefinden der Kreißenden nicht stört. — Die Geburt ist vollendet. Durch den Geburtsvorgang sind allenthalben sowohl in der Gebärmutter, am Muttermund als auch im Scheideneingang, wie ja leicht begreiflich, Wunden entstanden, welche nunmehr heilen müssen (vgl. unten „Wundheilung“ im Wochenbett). Die Gebärmutter hat sich

nach Ausstoßung ihres Inhaltes bedeutend verkleinert und ist mit ihrem Grunde jetzt in Nabelhöhe als harter, kugliger, der vorderen Bauchwand anliegender Körper zu fühlen (vgl. Abb. 26). Die Gefäße der Mutterkuchenstelle werden durch die „Nachwehen“ (d. i. die dauernde Zusammenziehung der Muskelschicht = „Dauerkontraktion“) zusammengepreßt, somit wird die Gebärende hierdurch vor weiterem Blutverlust geschützt. In dem nun folgenden Wochenbett müssen erstens die durch die Geburt gesetzten Wunden heilen (= „Wundheilung“), zweitens die Gebärmutter muß sich verkleinern, „zurückbilden“ (= „Rückbildung“). Näheres s. Kapitel V.

Die Geburt ist nun beendet; es beginnt das Wochenbett, dessen Veränderungen im folgenden Abschnitt Besprechung finden sollen.

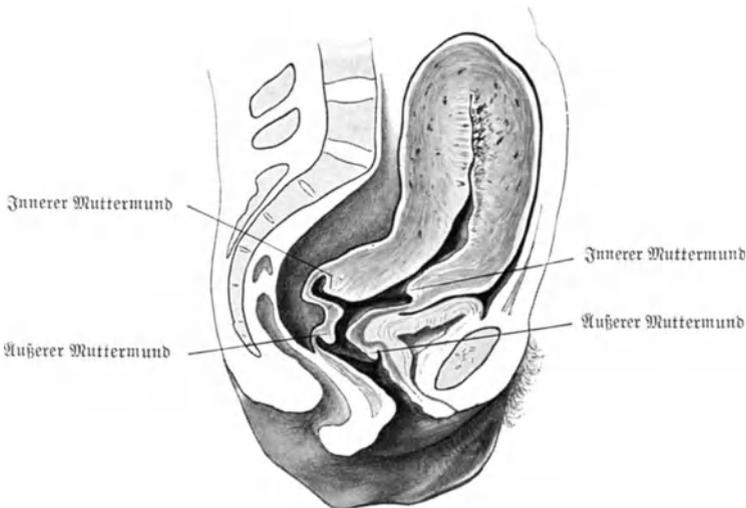


Abb. 26. Die Gebärmutter unmittelbar nach vollendeter Geburt. Der Grund der Gebärmutter steht in Nabelhöhe und liegt der vorderen Bauchwand innig an. Mutterhals und Scheibe noch erweitert und schlaff. Oben in der Gebärmutterhöhle die an Blutgefäßen reiche Mutterkuchenstelle. (Nach Bumm, Grundriß der Geburtshilfe.)

Es mag schon hier erwähnt werden, daß jetzt erst die eigentliche Tätigkeit der Wochenpflegerin beginnt, während jede Hilfeleistung bei Schwangerschafts- oder Geburtsstörungen, ja selbst bei regelmäßiger Geburt, in das Bereich der Hebammen-tätigkeit und zur Tätigkeit des Arztes gehört, wenn nicht besondere Verhältnisse eine Änderung in der Hinsicht gestatten.

V. Veränderungen des mütterlichen Körpers im Wochenbett.

Unter Wochenbett (Kindbett) verstehen wir einen bestimmten Zeitabschnitt, innerhalb dessen sich alle durch die Schwangerschaft und die Geburt bedingten Veränderungen wiederum ausgleichen; man nennt dies „Rückbildung der Geschlechtsteile“. Es ist leicht begreiflich, daß hierzu einige Zeit notwendig ist; im allgemeinen pflegt die Zeit von 6—8 Wochen zur vollkommenen Rückbildung der Geschlechtsteile

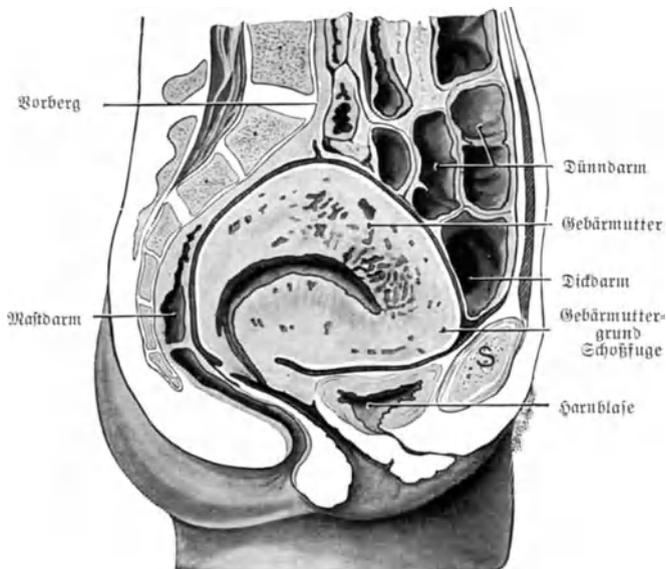


Abb. 27. Medianschnitt durch das Becken einer Wöchnerin des 5. Tages. S Schoßfuge. (Aus Corning, Topographische Anatomie.)

auszureichen, weshalb auch früher die Wöchnerinnen mit dem Namen „Sechswöchnerinnen“ bezeichnet wurden. Die Zeit, innerhalb deren die Wöchnerin der Ruhe (Bettruhe!) und besonderer Schonung bedarf, darf hiermit natürlich nicht verwechselt werden: sie beträgt ungefähr 9—10 Tage (Frühwochenbett). Außer den Brüsten, welche gerade im Wochenbett zu weiterer Tätigkeit bei stillenden Frauen angefaßt werden, bilden sich die Geschlechtsteile zu ihrer früheren Form, Größe und Lage wiederum zurück. Nichtstillende Frauen, bei welchen die Rückbildung im ganzen etwas langsamer vor sich geht, haben die Periode meistens etwa 6—8 Wochen nach der Geburt zum erstenmal wieder, während

dieselbe, wie wir oben (S. 19) schon sahen, bei stillenden Frauen bis zum Aufhören des Stillgeschäftes („Absetzen des Kindes“) in der Mehrzahl der Fälle auszuführen pflegt.

Für den Begriff „Wochenbett“ und die dadurch bedingte Pflege und Schonung der Frau ist es wichtig, etwas genauer die in dieser Zeit stattfindenden Veränderungen zur Rückbildung und Wundheilung der Geschlechtssteile kennenzulernen, neben welchen noch bestimmte Allgemeinerscheinungen in Betracht kommen.

Was zunächst die örtlichen Veränderungen betrifft, so bildet sich die Gebärmutter zu ihrer früheren Größe erst allmählich zurück, anfangs rascher, später langsamer. Gerade der Gebärmutterkörper hatte durch die Schwangerschaft eine große Ausdehnung erfahren und ist noch am ersten Wochenbettstage fast in Nabelhöhe zu fühlen; aber schon am dritten Tage steht der Gebärmuttergrund tiefer, am fünften Tage mitten zwischen Nabel und Schoßfuge und nach dem zehnten oder elften Tage ist derselbe von außen nur eben noch zu fühlen, so daß nach dieser Zeit der Gebärmutterkörper ins kleine Becken eingetreten, aber fast noch so groß wie ein Kindskopf ist. Mit fortschreitender Verkleinerung erreicht er aber erst in der sechsten Woche nach der Geburt oder später annähernd seine ursprüngliche Größe wieder. Die Rückbildung geschieht auf Kosten der schrumpfenden Muskelschicht, im wesentlichen durch die sog. „Nachwehen“, d. h. zeitweise stattfindende, mitunter (z. B. bei Mehrgebärenden) recht schmerzhaft zusammenziehungen der Gebärmutter, so daß wir von Tag zu Tag die fortschreitende Verkleinerung durch die äußere Betastung verfolgen können.

Die Gebärmutterhöhle ist zu dieser Zeit nicht glatt, sondern recht uneben, buckelig, besonders an der Stelle, wo der Mutterkuchen gesessen hatte („Mutterkuchenstelle“). Sie gleicht im ganzen einer großen Wundfläche. Durch die fortwährenden Zusammenziehungen der Muskelschicht wird eine weitere Blutung aus dieser, mit offenen großen Bluträumen versehenen Stelle verhindert. Es wird daher vom ersten Tage ab nur in geringer Menge rein flüssiges Blut ausgeschieden. Im übrigen findet wie bei jeder Wunde von Anfang an eine Absonderung statt, welche als Wochenfluß oder auch Wochenreinigung (also eine wirkliche Wundreinigung „Wundsekret“) bezeichnet wird. Die Schleimhautwunde reinigt sich (Wundheilung). Auf diese Weise werden auch die überflüssigen Reste der gewucherten Gebärmutter-schleimhaut (= Siebhaut oder hinfallige Haut) ausgestoßen, während aus den zurückbleibenden Resten sich schon nach einigen Wochen eine neue Gebärmutter-schleimhaut

bildet, welche im wesentlichen die Eigenschaften der früheren besitzt. Besonders lange Zeit nimmt die Rückbildung der Mutterfuchsstelle in Anspruch. Jedenfalls finden sich gerade an dieser Stelle große (jetzt durch Blutgerinnsel verschlossene) Blutgefäße, so daß jede Wöchnerin in diesen Tagen sowohl der Gefahr der Blutung als auch, weil offene Wunden noch an anderen Stellen (Mutterhals, Scheide, Scheideneingang) vorhanden sind, der Gefahr der Ansteckung (Wundansteckung, „Infektion“) ausgesetzt ist.

Demgemäß ist die Beschaffenheit des Wochenflusses am ersten Tage durch die Absonderung der frischen Wunden eine mehr blutige (rote Wochenreinigung) und vom zweiten oder dritten Tage ab blutig-schleimige; er wird unter regelmäßigen Verhältnissen nun bräunlich und etwa am sechsten Tage gelblich weiß und verliert erst gegen den achten Tag hin ganz die Farbe (weiße Wochenreinigung). Die Dauer des Wochenflusses ist verschieden bei stillenden und nichtstillenden Frauen. Bei ersteren ist sie in der Regel eine kürzere, da unter dem Einflusse des Stillens sich die Gebärmutter besser und regelmäßiger zusammenzieht (sich „zurückbildet“) als bei Nichtstillenden, bei welchen dieser Einfluß wegfällt. Bei nichtstillenden Frauen ist daher die Absonderung in der Regel eine etwas länger dauernde.

Der Wochenfluß hat einen faden süßlichen, im weiteren Verlaufe meist etwas stechenden, schärferen, bei der gesunden Wöchnerin aber niemals fauligen Geruch und enthält neben Blut noch Schleim und Schleimhautreste, außerdem aber stets Keime (und zwar Eiterkeime verschiedenster Art).

Hand in Hand mit der Rückbildung des Gebärmutterkörpers geht eine solche des Gebärmutterhalses und der Gebärmutterbänder. Während der Gebärmutterhals unmittelbar nach der Geburt noch stark erweitert ist, also einen schlaffen Schlauch bildet, die Muttermundslippen wie schlaffe Segel in die Scheide hineinragen (Abb. 25), so legen sich dieselben bald wieder aneinander an, so daß der innere Muttermund etwa nach dem zehnten oder zwölften Tage geschlossen und der Scheidenteil als solcher wieder gebildet ist, während der äußere Muttermund noch längere Zeit offen bleibt. Die erschlafften Gebärmutterbänder (runden und breiten Mutterbänder) erreichen erst allmählich wieder ihre ursprüngliche Straffheit und Festigkeit.

Aber auch Scheide und äußere Geschlechtssteile einschließlich der Muskulatur des Beckenbodens, bilden sich nur annähernd zu ihrem früheren Zustand wieder zurück. Erstere verengert sich allmählich,

bleibt aber meist weiter wie vor der Geburt; am Scheideneingange finden sich oft kleine Einrisse. Derselbe klappt anfangs noch etwas; die etwa vorhandenen Wunden heilen aber, falls keine Verunreinigung stattgefunden hatte, langsam unter Narbenbildung.

Wie in der Gebärmutter erfolgt auch in den Anhängen (Eileiter und Eierstöcke) eine regelrechte Rückbildung. In den Eierstöcken erfolgt, etwa von der dritten Woche ab, wieder die Circifung, auch ohne daß die Periode eingetreten ist. Die erste Periode kommt bei Nichtstillenden, mitunter recht stark, zwischen der sechsten und achten Woche.

Auch die Bauchdecken müssen sich wieder zurückbilden; waren sie durch die stetig wachsende schwangere Gebärmutter außerordentlich gedehnt, so sind sie in der Regel nach der Geburt sehr schlaff; erst allmählich nehmen sie, wenn überhaupt, die frühere Straffheit wieder an, um dann wieder die Last der Eingeweide tragen zu können. Da, wo vorher die bläulichen Schwangerschaftsstreifen sich gebildet hatten, bleiben später die weißlichen „Schwangerschaftsnarben“ zurück. Schlanke Bauchdecken führen zu „Hängebauch“ und beeinträchtigen sehr die Arbeitsfähigkeit.

Die Tätigkeit der Brustdrüsen haben wir schon oben (S. 22) zum Teil kennengelernt und werden bei Besprechung des Stillgeschäftes noch Weiteres darüber erfahren.

Hand in Hand mit diesen örtlichen Veränderungen gehen gewisse Allgemeinerscheinungen im Befinden der Wöchnerin einher. Bei jeder gesunden Wöchnerin stellt sich bald nach der Geburt das behagliche Gefühl der Ruhe und Erholung ein. Von Anfang an macht sich denn auch ein erhöhtes Schlafbedürfnis geltend, aber schon nach wenigen Tagen verschwindet die Ermüdung, so daß die Wöchnerin nicht das Gefühl des Krankseins hat. Das Aussehen der Wöchnerin ist in der Regel ein blaßes, ist aber immerhin abhängig von dem jeweiligen Blutverluste bei der Geburt. Stillende Frauen sehen (falls ihnen das Stillen gut bekommt!) meist blühender aus als nichtstillende, erreichen auch das frühere Gewicht rascher.

Mitunter beobachtet man unmittelbar nach der Geburt einen Frost bei der Wöchnerin, der zuweilen auch von Schütteln begleitet ist (der „Frost der Neuentbundenen“); solange derselbe in unmittelbarem Anschluß an die bei der Geburt unvermeidliche Entblößung sich einstellt und keine Temperaturerhöhung damit verbunden ist, hat er durchaus keine üble Bedeutung; sobald jedoch Fieber (d. i. „Temperatursteigerung“) auftritt oder der Frost erst später einsetzt, liegt dabei stets, wie wir unten

sehen werden, die Befürchtung einer schweren Erkrankung der Wöchnerin nahe.

Die Körperwärme, „Temperatur“, der gesunden Wöchnerin, welche mit dem „Thermometer“ (Wärmemesser) gemessen wird, darf 38° nicht erreichen; falls diese Temperatur erreicht ist, sprechen wir von Fieber, dann ist aber auch die Wöchnerin nicht gesund. Wenn wir nun im Durchschnitt die Temperatur von 37° C (etwa 36,5 morgens und gegen 37,5 abends) für Gesunde als regelmäßig („normal“) ansehen, so ist auch die Temperatur der Wöchnerin innerhalb dieser Grenzen, obwohl gegenüber derjenigen der nicht schwangeren Frau um einige Zehntelgrade höher, also: das regelmäßige Wochenbett verläuft ohne Fieber.

Man glaubte früher, daß am dritten Tage mit dem Einsetzen der Milchabsonderung eine leichte Temperaturerhöhung verbunden sein müsse, und nannte dies Milchfieber. Zuverlässige Beobachtungen haben aber gezeigt, daß Milchfieber nicht existiert, bei gesunden Wöchnerinnen aber die Temperatur von 38° und mehr sozusagen niemals erreicht oder überschritten wird und daß, wenn dies der Fall, anderweitige, wenn auch nicht immer bedenkliche Erkrankungen der Wöchnerin vorliegen. Fieber darf jedenfalls niemals auf das Einschließen der Milch bezogen werden. Schon Temperaturen nahe 38° (z. B. 37,8°) zeigen als „erhöhte Temperatur“ eine geringe Störung an, die aber fast stets mit den Geschlechts teilen, also der Wundheilung im Zusammenhange steht.

Ebenso wichtig wie die Temperatur der gesunden Wöchnerin ist der Puls: er ist bei gesunden Wöchnerinnen meist ruhig (zwischen 70 und 80 in der Minute), solange die Wöchnerin noch liegt, in manchen Fällen sogar verlangsamt; er geht mitunter noch unter jene Zahl herab, so z. B. unter 60 und weniger: jedenfalls gilt diese ruhige Beschaffenheit des Pulses bzw. die mitunter beobachtete Pulsverlangsamung fast immer als ein günstiges Zeichen. Nach dem Aufstehen geht er meistens wieder etwas in die Höhe; umgekehrt kann auch durch seelische (psychische) Erregung der Puls eine beträchtliche Beschleunigung erfahren, zumal an sich das Nervensystem der Wöchnerin leicht erregbar ist. Auch die Atmung wird, weil das Zwerchfell wieder herabsteigt, ruhiger.

Jede gesunde Wöchnerin schwitzt, so daß die Haut sich feucht anfühlt, besonders während des Schlafes und nach demselben oder nach dem Genuß warmer Getränke.

Die Urinentleerung ist im Wochenbett, was Menge anbelangt, in den ersten Tagen reichlicher als in der Schwangerschaft. Die tägliche Menge beträgt daher in der Regel etwa 1½ l und mehr im Vergleich zu 900—1000 g bei Schwangeren. Der Drang zum Urinieren ist dabei auch

bei voller Blase auffallend gering, weil die Bauchhöhle in der Schwangerschaft außerordentlich ausgedehnt war, jetzt aber die Bauchdecken erschlafft sind und diesen Drang nicht aufkommen lassen. In der Regel erfolgt die erste Harnentleerung nicht vor Ablauf der 12 Stunden. Zuweilen können Wöchnerinnen keinen Urin lassen („Harnverhaltung“), entweder weil sie nicht gewöhnt sind, im Liegen Urin zu lassen oder weil die Bauchpresse zu schlaff ist; aber auch Schwellung des Blasenhalsses wie Abknickungen der Harnröhre können die Ursache sein, ebenso kleinste Quetschwunden vorne an der Harnröhrenmündung, welche die Harnentleerung schmerzhaft machen, so daß sie unterdrückt wird. Viel seltener ist das sog. Harnträufeln, d. h. unwillkürlicher Abgang von Urin, welches durch Schwäche des Blasenhalsses bedingt sein kann. In solchem Falle geht der Urin niemals vollständig ab, sondern nur bei Anstrengungen der Bauchpresse (Niesen, Husten usw.) in geringer Menge. Meist tritt von selbst Heilung ein. Besteht dagegen fortwährend unwillkürlicher Urinabgang, so handelt es sich fast stets um eine Harnfistel (s. u.).

Die Stuhlentleerung ist schon durch die mangelhafte Tätigkeit der Bauchpresse und das Liegen, außerdem die anfangs geringe Nahrungsaufnahme meist außerordentlich träge.

Der Appetit (die Eßlust) ist selbst bei gesunden Wöchnerinnen anfangs nicht sehr groß, jedenfalls besteht kein großes Verlangen nach festen Speisen, wohl aber nach Flüssigkeiten, schon infolge der vermehrten Urin- und Schweißabsonderung; stillende Frauen klagen besonders über großen Durst, was sich ja leicht aus dem Säfteverlust bei dem Stillgeschäft erklärt. Allmählich steigert sich der Appetit. Zunahme des Appetits bei stillenden Frauen kann als Beweis dafür angesehen werden, daß das Stillen gut bekommt.

Durch die vielfachen Säfteverluste (Urin, Wochenfluß, Schweiß, Hautausdünstung) erleidet jede Wöchnerin einen Gewichtsverlust, welcher von verschiedenen Beobachtern verschieden hoch berechnet wird, aber im Durchschnitt, allerdings abhängig von der Nahrungsaufnahme, etwa 6—7 Pfund betragen dürfte. Stillende ersetzen diesen Verlust rascher als Nichtstillende.

VI. Lebensäußerungen des neugeborenen Kindes.

Neugeborenen nennen wir das Kind, solange es noch die Spuren des Zusammenhanges mit der Mutter an sich trägt; dies ist nur kurze Zeit der Fall und dauert bis zur völligen Abheilung der Nabelwunde, also etwa 2—3 Wochen. Gerade dieser Übergang im kindlichen Leben ist

um so bedeutungsvoller, als bei der Geburt wie nach derselben im kindlichen Körper mächtige Umwälzungen sich vollziehen, insofern seither ruhende Organe jetzt in Tätigkeit treten und andere, seither tätige wiederum ausgeschaltet werden.

Die Atmung des Neugeborenen, welche bislang auf dem Wege des Mutterkuchens und der Nabelschnur geschah, erfolgt sofort nach der Geburt (erster Schrei!) durch die Lungen, deren Bläschen allmählich durch die einströmende Luft sich erweitern, so daß von nun ab die Atmung sich wie bei Erwachsenen vollzieht (vgl. Kap. I). Die Blutgefäße der Nabelschnur, welche seither die Verbindung zwischen Frucht und Mutterkuchen zur Atmung wie zur Ernährung herstellten, treten nun außer Tätigkeit. Somit muß von jetzt ab auch für die Nahrung ein anderer Weg gewählt werden, d. i. der Verdauungskanal, so daß gerade diese Art der Ernährung beim Kinde besondere Beachtung verdient.

Durch den ersten Schrei entfalten sich die Lungen. Dieser erste Atemzug führt zur Unterbrechung des Nabelschnurkreislaufes. Zugleich werden die Gefäßbahnen der Lunge erweitert, so daß der kleine Kreislauf (= Lungenkreislauf) jetzt in Tätigkeit tritt. Es sind nun die Verhältnisse der Atmung und Blutcirculation ungefähr wie beim Erwachsenen. Die Nabelschnurgefäße klappen zusammen und schrumpfen zu bindegewebigen Strängen.

Was die Herztätigkeit anbelangt, so ist die Pulszahl noch immer gegenüber derjenigen des Erwachsenen recht erhöht; betrug sie, solange das Kind noch in der Gebärmutter lag und ernährt wurde, annähernd 140—144 Schläge in der Minute, so sinkt sie jetzt auf 120 und erst allmählich bis auf 100 und weniger herab; aber auch die Atmung, welche beim Erwachsenen etwa 16—18mal in der Minute erfolgt, ist anfangs noch etwas beschleunigt (etwa 36—40), immerhin wechselt die Zahl der Atemzüge und der Pulschläge sehr, z. B. sind beide im Schlafe etwas ruhiger.

Die Körpertemperatur des Kindes ist schon, solange das Kind im Mutterleibe sich befindet, etwas höher, ist aber auch nach der Geburt noch etwas erhöht, etwa $37,8^{\circ}$, sinkt aber nach dem ersten Bade auf etwa 37° , um alsdann wieder etwas zu steigen. Länger dauernde Temperaturen über 38° , wie solche weit unter 37° sind als krankhaft anzusehen und bedeuten stets eine schlimme Störung im Befinden des Kindes!

Mitunter tritt, wenn auch sehr selten, bei sonst gesunden, nicht darmkranken Neugeborenen eine rasch vorübergehende Temperatursteigerung auf 38° und mehr auf, die sich auf 1—2 Tage beschränkt, und zwar während oder kurz nach der normalen Gewichtsabnahme (also vom 3.—5. Tag), hauptsächlich wieder bei solchen, die eine starke Gewichtsabnahme (vielleicht durch den Wasserverlust) haben. Dabei

fehlen indessen vollkommen irgendwelche krankhafte Erscheinungen. Immerhin ist der Arzt auch bei diesem „vorübergehenden Fieber“ (transitorisches Fieber, auch Durstfieber genannt) zu befragen, da Fieber, welches nicht zurückgeht, meist auf Infektion (s. unten) beruht.

Das Schlafbedürfnis des Kindes ist von Anfang an ein recht großes. Der Schlaf ist sozusagen der „Normalzustand“ des Kindes. Schon gleich nach der Geburt stellt sich tiefer Schlaf ein, aus welchem es meist erst nach Durchnässung mit Urin oder Stuhl oder auch durch frühzeitiges Nahrungsbedürfnis erwacht. Kräftige und gesunde Kinder nehmen alsdann begierig die Brust; immerhin ist das Nahrungsbedürfnis in den ersten Tagen noch recht gering. Allmählich erwacht aber auch dieses mehr und mehr. In gleichem Maße schwindet auch das übermäßige Schlafbedürfnis; frühgeborene oder schwächliche Kinder zeigen umgekehrt großes Schlaf- und geringes Nahrungsbedürfnis.

Die Lebensäußerungen des Kindes sind zu Anfang noch recht gering. Es macht sich durch Schreien bemerkbar, im allgemeinen, sobald es naß liegt oder Hunger empfindet. Gesunde Kinder schreien laut und kräftig und nicht zu anhaltend, meist unter lebhaften Bewegungen der Gliedmaßen; schwächliche, besonders zu früh geborene Kinder (sog. „Frühgeburtskinder“) wimmern (s. o.). Das Nahrungsbedürfnis gibt das Kind zum ersten Male erst nach 12 Stunden durch Schreien kund. Anhaltendes Schreien, auch nach der Trockenlegung oder Befriedigung durch Nahrung kann durch krankhafte Veränderungen bedingt sein. Die Wärterin muß dem Arzt hiervon, wie von allen verdächtigen Störungen, stets Mitteilung machen.

Die Verdauungstätigkeit vollzieht sich von nun ab wie beim Erwachsenen, nur mit dem Unterschiede, daß die verdauende Kraft gewisser Teile des Verdauungskanals, z. B. der Mundhöhle (hauptsächlich des Speichels) und des Magens, noch nicht so ausgeprägt ist. Die Nahrung, welche dem Kinde gereicht wird, muß sich, wie wir unten kennenlernen werden, dieser Fähigkeit anpassen. Aber auch die Nahrungsmenge muß infolge der beschränkten Ausdehnungsfähigkeit und der etwas steilen Stellung des Magens eine bestimmt abgemessene sein. Das Fassungsvermögen des Magens beträgt in den ersten Tagen nur 40—45, später etwa 90 ccm und mehr, steigt aber von Monat zu Monat. Bei Brustkindern ist der Magen nach zwei Stunden, bei Flaschenkindern meistens erst nach drei Stunden oder erst später leer. Der Magen sondert einen verdauenden Saft ab, den Magensaft, welcher drei verschiedene Bestandteile enthält: Salzsäure und zwei Fermente, das Pepsin und das Lab-

ferment. Der Magensaft ist schon imstande, Nahrungsmittel zu verdauen, d. h. in aufsaugungsfähigen Zustand überzuführen, wenn auch nicht in dem Maße wie bei Erwachsenen. Im Magen wird die Milch verdaut; sie gerinnt unter der Einwirkung des Labfermentes und trennt sich auf diese Weise in den flüssigen Teil, die „Molke“, und die festen Bestandteile, hauptsächlich Käsestoff und Fett. Die Molke wird in kurzer Zeit in den Darm weiterbefördert, die festen Bestandteile dagegen werden allmählich aufgelöst durch die Einwirkung der Salzsäure und des Pepsins und dann erst weitergeschafft. Demnach hat der Magen schon eine stark verdauende Kraft, insofern er den größeren Teil der Milch zur Lösung bringt. Im Darm werden die Verdauungsprodukte aufgefogen und direkt oder auf Umwegen, d. h. durch die Lymphgefäße (vgl. Abb. 4) dem Blute zugeführt, die überflüssigen Bestandteile werden als Kot ausgeschieden. Die Absonderung des Speichels in der Mundhöhle ist noch gering. Der Speichel besitzt auch noch nicht die gleiche Fähigkeit wie beim Erwachsenen. Die Mundschleimhaut ist sehr zart und empfindlich, darf also niemals, was früher oft geschah, durch übereifriges Reinigen abgerieben werden, da leicht Verletzungen und hierdurch Infektionen entstehen können.

Genügt in den ersten Tagen eine jebeßmalige Menge von 25—30 g zur Mahlzeit, so steigt dieselbe allmählich (ab 7. Tag etwa) auf 80 bis 100 g und mehr an. Die Tagesstrinkmenge beträgt am ersten Stilltag etwa 10—50 g, zweiten Stilltag 100 g, dritten Stilltag 150 g, vierten Stilltag 225—250 g uff. und steigt in der zweiten Woche auf etwa 500 bis 600 g. Die Stuhlentleerung ist der Nahrung entsprechend verschieden. In den ersten 2—3 Tagen werden nur grünlichwarze, zähschleimige Massen (sog. „Kindspech“, Meconium) entleert, besonders unter dem Einfluß der salzreichen Vormilch und ihrer leicht abführenden Wirkung. Das Kindspech enthält Galle, Darmschleim, verschluckte Wollhaare u. a., nach 3—4 Tagen färbt sich jedoch der Stuhl, anfangs hellbraun, dann gelblich, und „Milchstuhl“ von goldgelber Farbe wird entleert, eine breiartige leichtgebundene, salbenähnliche Masse von schwach säuerlichem aromatischem, jedoch nicht unangenehmem Geruch. In der Regel erfolgt 2—3 mal täglich ohne Schmerzäußerungen eine Stuhlentleerung. Diese zitronengelbe Farbe bleibt dann bestehen, vorausgesetzt, daß die Nahrung gut bekommt. Abweichungen in derselben, etwa Wiederauftreten grüner oder stark schleimiger Stuhlentleerungen, lassen fast immer auf Verdauungsstörungen schließen, sind jedenfalls dem Arzte zu melden. Kuhmilchstuhl ist etwas fester und heller, mehr graugelb, mitunter auch unangenehm

riechend. Wird der Stuhl reichlich mit Schleim oder einzelnen Stücken, wie von gehackten Eiern durchmengt, oder gar wässrig, so ist dies das erste Zeichen von Verdauungsstörung. Stinkender Stuhl ist stets krankhaft und deutet auf zu reichliche Darmgasbildung hin, ebenso die zu häufige Stuhlentleerung! Auch hier: sofortige Herbeirufung des Arztes!

Der Harn wird, sobald genügend Nahrung aufgenommen und verarbeitet wird, häufig entleert (etwa 10—15 und mehr Entleerungen innerhalb 24 Stunden), so daß ein gesundes, kräftiges Kind sich häufig naß macht. Die Gesamtmenge des Harns macht etwa $\frac{2}{3}$ der aufgenommenen Flüssigkeit aus, beträgt also bei 750 ccm etwa 500 ccm. Anfangs durch Beimengungen etwas trübe, wird er erst allmählich klar und durchsichtig, von blaßgelber Farbe und hat in gesunden Tagen keinen üblen Geruch. Der Urin wird dann „scharf“, wie man sich fälschlich ausdrückt, wenn die Windeln zu lange liegen bleiben und der Harn sich eben zersetzt. Zuweilen findet man in den Windeln rötliche Flecke, von einem körnigen Pulver herrührend; dieses besteht aus Harnsäure und harnsauren Salzen und hat keine krankhafte Bedeutung. Auffallend geringe Urinmenge, die am ersten Tage wohl ohne Bedeutung sein mag, deutet später stets auf ungenügende Ernährung hin oder ist durch ernstere Störungen (s. u.) bedingt. Völliges Fehlen der Harnentleerung spricht für Verschuß der Harnröhre.

Sehr wichtig ist das Verhalten des Nabelschnurrestes, weil von ihm aus leicht eine Ansteckung (Infektion) erfolgen kann, trotzdem er keine offenen Gefäße mehr hat; denn sie veröden, werden mit Blutgerinnseln ausgefüllt und schrumpfen. Der Nabelschnurrest trocknet allmählich pergamentartig ein und wird in der Regel nach dem fünften bis achten Tage abgestoßen, bei kräftigen Kindern meist etwas früher, bei schwächlichen und Frühgeburtskindern dagegen später. An der Grenze befindet sich eine kleine wunde Fläche, welche allmählich vernarbt und von der angrenzenden Oberhaut aus sich überhäutet. Die Nabelgrube mit dem „Nabel“ ist nun etwas trichterförmig eingezogen, anfangs mit Fleischwärtchen (Granulationen) besetzt, und meistens Ende der zweiten Woche völlig verheilt.

Die Hautfarbe ist rosafarben, nachdem das Kind von dem meist anhaftenden Käseschleim befreit ist, durch den Kältereiz der umgebenden Luft bald stärker gerötet. Auffallend blasse Hautfarbe deutet auf große Schwäche (z. B. Blutung aus dem Nabelschnurrest!) oder mangelhafte Atmung hin. Handteller und Fußsohlen haben oft ein bläuliches Aus-

sehen. Bei etwa zwei Drittel (60—80%) der Kinder stellt sich nach einigen Tagen eine leichte gelbliche Verfärbung der Haut ein: „Gelbsucht der Neugeborenen“ (Icterus), welche aber bald wieder von selbst verschwindet und, falls keine anderen Krankheiten (Unruhe, Fieber, Durchfälle u. a.) hinzutreten, durchaus nicht als krankhaft anzusehen ist. Die Haut erfährt außerdem eine starke fleienförmige Abschuppung, welche an sich ohne Bedeutung ist. Dagegen erfordert Abschuppung von größeren Hautlappen, besonders an Handtellern und Fußsohlen, sofortige ärztliche Untersuchung (s. u.).

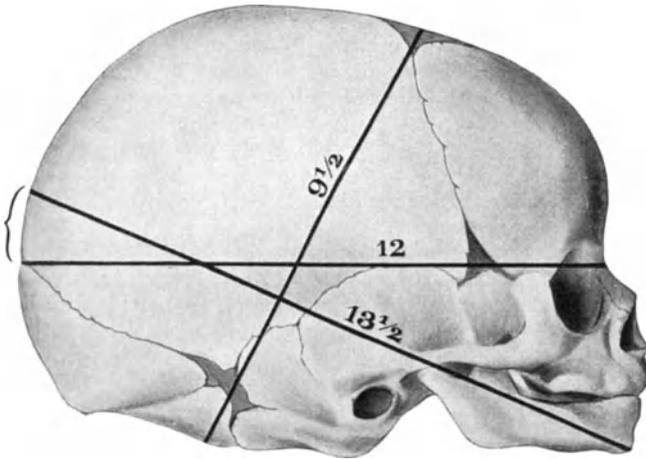


Abb. 28. Kopf des Neugeborenen. (Nach Humm, Grundriß der Geburtshilfe, verkleinert.)
 Gerader Durchmesser (von der Stirn zum Hinterhaupt) = 12 cm (Umfang 32—34 cm); großer, schräger Durchmesser (Kinn zum Hinterhaupt) = $13\frac{1}{2}$ cm (Umfang 34—35 cm); kleiner, schräger Durchmesser (Nadengrube zur großen Fontanelle) = $9\frac{1}{2}$ cm (Umfang etwa 30 cm).

Der Kopf des Neugeborenen zeigt recht oft nach der Geburt eine beträchtliche Anschwellung, die sog. „Kopfgeschwulst“; sie entsteht durch den anhaltenden Druck, welchen der Kopf innerhalb der Geburtswege erleidet. Indes geht dieselbe in einigen Tagen von selbst zurück. Man läßt sie gänzlich unberührt! Niemals darf man daran drücken oder kneten, auch wenn der Kopf etwas entstellt erscheint. Vorne fühlt man die sog. „große Fontanelle“, eine häutige Lücke zwischen den Stirnbeinen und Scheitelbeinen. Sie schließt sich erst gegen Ende des ersten Jahres. Der Kopf ist von einem dichten Flaum von Haaren bedeckt. Auf der Kopfhaut ist die Absonderung der Talg- und Schweißdrüsen sehr lebhaft. Mitunter ist später der Kopf sogar von gelblichen Schuppen

bedeckt, sog. „Gneis“. Diese Absonderung muß im Entstehen unterdrückt werden, da sonst langwierige Hautausschläge aus ihr entstehen können.

Was die Gewichtsverhältnisse des Neugeborenen betrifft, so hängen sie einerseits von der Reife und Entwicklung des Kindes, hauptsächlich aber von der Art der Ernährung und dem Gedeihen desselben ab; sie bilden in dieser Beziehung ein ausgezeichnetes Merkmal zur Beurteilung der Frage, ob ein Kind gedeiht.

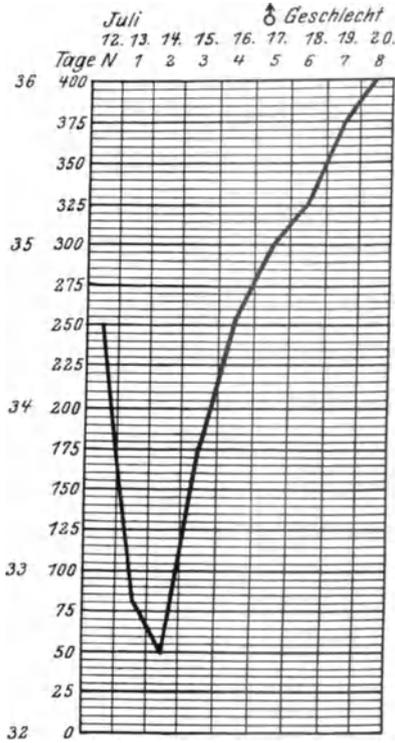


Abb. 29. Normale Gewichtskurve. Kräftiger Knabe, verliert nur 200 g und erreicht bei reichlicher Ernährung an der Mutterbrust bereits am 4. Tage wieder sein Geburtsgewicht und mit dem 8. Tage hat er das Anfangsgewicht von 3459 g um 150 g überschritten. (Nach Summ, Grundriß der Geburtshilfe.)

künstlicher Ernährung ist die Zunahme meistens am Anfange keine so große (also auch das Anfangsgewicht erheblich später erreicht); erst wenn das Kind sich an diese Art der Ernährung gewöhnt hat, ist sie eine regelmäßiger und ausreichende. Die Einzelmahlzeit steigt von Tag zu Tag, bis 90 g und mehr, so daß das Kind später mit einer kleineren

Durch die reichlichen Absonderungen und Abschuppungen, besonders aber die ungenügende Nahrungsaufnahme erleidet das Kind von Anfang an einen Gewichtsverlust bis zum vierten Tage etwa, welcher nach übereinstimmenden Beobachtungen etwa 200 g und mehr (7—10% des Geburtsgewichtes) beträgt. Vom vierten bis fünften Tage pflegt dann bei Ernährung an der Mutterbrust eine tägliche Gewichtszunahme von 25—30 g und mehr einzutreten, so daß je nach der Nahrungsaufnahme und der Größe des Gewichtsverlustes etwa Ende der zweiten Woche das Anfangsgewicht wieder erreicht ist und von da ab eine durchschnittliche Gewichtszunahme von ungefähr 150 bis 200 g per Woche einige Zeit anhält. Als regelmäßig ist dabei jede, wenn auch langsam ansteigende Gewichtszunahme anzusehen, während ein Abstieg der Gewichtskurve oder eine Unterbrechung derselben immer als krankhaft bezeichnet werden muß. Bei

Anzahl von Einzelmahlzeiten (5 oder höchstens 6 Mahlzeiten) auskommt. Gut genährte Kinder erreichen bei einem Anfangsgewicht von etwa 6 Pfund nach 5—6 Monaten ein Gewicht von 12 Pfund, Ende des ersten Lebensjahres ein solches von 18 Pfund (vgl. Abb. 30). Gewichtsabnahme ist durch mangelhafte Ernährung (Unterernährung) oder Krankheit bedingt und am ehesten am Gesäß sowie an den Oberschenkeln zu erkennen, deren Haut weiß und runzelig wird (vgl. Tabelle im Anhang S. 170).

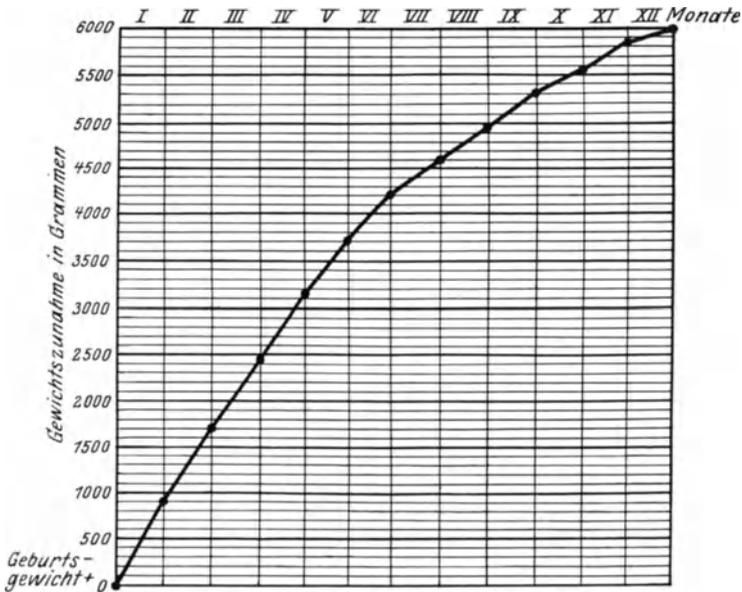


Abb. 30. Gewichtszunahme des Kindes im 1. Lebensjahre. (Nach Straß, Die Körperpflege der Frau.) Zu dem Geburtsgewicht (unter regelmäßigen Verhältnissen 3000—3500 g) rechnet man die in der Tabelle angegebene Gewichtszunahme hinzu (vgl. Tabelle S. 170).

Das Gewicht bietet die sicherste Handhabe zur Beurteilung des Gesundheits- und Ernährungszustandes des Kindes. Tägliche Wiegungen sind zwar erwünscht, indes genügt es später, anstatt täglich, einmal in der Woche oder alle 14 Tage das Kind zu wiegen, wobei die stetige Gewichtszunahme am deutlichsten in die Augen springt.

Mitunter schwellen gegen Ende der ersten Woche die Brüste der Neugeborenen, einerlei welchen Geschlechts, an und sondern eine milchähnliche Flüssigkeit ab, welche im Volksmund als Hegenmilch bezeichnet wird. Am besten vermeidet man jegliche Berührung, hauptsächlich das schädliche Abdrücken, und schützt sie nur vor Druck; denn

meistens läßt die Absonderung nach einigen Tagen von selbst nach und die Anschwellung tritt mit der zweiten Woche ein.

Von den Sinnesäußerungen des Kindes macht sich der Geschmackssinn zuerst bemerkbar. Lichtempfindung hat das Kind von Anfang an, so daß bei greller Beleuchtung Lidtschluß stattfindet. Die anfangs ungeordneten Bewegungen des Auges, z. B. das zeitweilige Schielen, sind ohne Bedeutung. Am spätesten noch zeigt sich die Gehörs- und Geruchsempfindung. Tastsinn ist schon früh sehr stark ausgebildet. Das Gefühl des Behagens und Unbehagens, auch Schmerz (z. B. Leibschmerz bei Blähungen) gibt das Kind schon bald zu erkennen. Wärme- und Kältegefühl ist bei dem Kinde ausgebildet, was sich im Bade (Zittern, Schreien in der Kälte, dagegen Behaglichkeit im gleichmäßig warmen Bade) deutlich zeigt. Hungergefühl wird, wie oben (S. 40) bemerkt wurde, lebhaft empfunden und durch kräftiges Schreien kundgegeben. Alle Bewegungen, auch diejenigen der Muskeln, werden bei gefunden Kindern kräftig ausgeführt, ebenso die Saugbewegung an der Warze beim Trinken und, was besonders wichtig nach der Geburt, die Bewegung der Atemmuskeln. Die Gliedmaßen werden schon bald nach der Geburt, besonders im Bade, sehr lebhaft bewegt. Kräftigere Bewegungen kommen allerdings erst nach einem Vierteljahr, so daß das Kind dann den Kopf halten kann (s. u.).

Spezieller Teil.

Einleitung.

I. Abriss der allgemeinen Krankenpflege.

Einer geschulten Wochenpflegerin müssen die Grundsätze der allgemeinen Krankenpflege ebenso bekannt sein, wie jeder Krankenpflegerin überhaupt; aus diesem Grunde mag, ehe die Besprechung der Pflege der Wöchnerin und des Kindes folgt, auf einige besonders wichtige Gesichtspunkte hingewiesen werden.

In erster Linie spielt wie bei der Krankenpflege, so auch bei der Wochenpflege die Reinlichkeit eine große Rolle; lernten wir doch durch die oben (in Kap. V) gemachten Erörterungen schon kennen, daß eine Wöchnerin wie eine Verwundete zu betrachten ist.

Wunden, d. s. Durchtrennungen der Haut, oder tiefer gelegener Weichteile, können leicht durch Berührung mit unreinen Stoffen, also mit krankmachenden Wundkeimen, verunreinigt, „angesteckt“ (infiziert) werden und zu schwerer, entweder örtlicher oder allgemeiner Wund-erkrankung, „Wundentzündung“, Anlaß geben. Diese Verunreinigung einer Wunde bezeichnen wir als Ansteckung, Infektion; sie vermeiden wir durch die Desinfektion.

Unter Desinfektion verstehen wir die Vernichtung krankheitserre-gender Keime oder der Wundkeime; „sich desinfizieren“ heißt dem-nach: sich frei machen von solchen Keimen; dies geschieht jedoch, wie wir heute wissen, nicht durch die Waschung im Wasser allein, sondern durch Zusatz von besonderen Mitteln, den Desinfektionsmitteln. Der Gebrauch derselben ist in den Desinfektionsvorschriften angegeben. Durch sie erfüllen sowohl der Arzt, die Hebamme auch als die Pflegerin die erste und oberste Pflicht der Reinlichkeit.

Wie sehr zu einer Zeit, da die Lehre von der Desinfektion den Ärzten und Hebammen noch nicht bekannt war, geschadet und manches Familienglück durch den Tod der Mutter im Wochenbett zerstört wurde, zeigt am deutlichsten die Geschichte des Kindbett- oder Wochenbettfiebers, der schwersten Erkrankung

im Wochenbett. Während zu Anfang des 19. Jahrhunderts und noch Mitte desselben in den großen Gebäranstalten sowohl als auch in der Praxis fast 5—10 von 100 Frauen (also womöglich jede zehnte Frau) dem vielgefürchteten Wochenbettfieber erlagen, sehen wir heutzutage nach Einführung der Lehre von der Desinfektion (auch Lehre von der Antiseptik genannt) Todesfälle durch Wundinfektion sehr viel seltener, so daß in gut geleiteten Anstalten kaum 1 Todesfall auf 1000 Geburten (0,1%) kommt, also ein vielmal besseres Ergebnis gegen früher¹. Hatte schon ein Geburtshelfer aus der Mitte des 19. Jahrhunderts, Ignaz Semmelweis² (etwa 1847) die Gefahr des Leichengiftes für Gebärende und Wöchnerinnen erkannt und zur Abtötung desselben bestimmte Vorschriften gegeben, so war es doch erst 1867 einem englischen Arzte namens Joseph Lister vorbehalten, in die Chirurgie einen Stoff eingeführt zu haben, welcher die Wundkeime abzutöten imstande war und welcher lange Zeit, wie zuerst in der Chirurgie, dann auch in der Geburtshilfe angewendet wurde, nämlich das Carbol, die „Carbolsäure“, die etwa 1834 zuerst von einem deutschen Chemiker dargestellt wurde. War schon dadurch in den chirurgischen Kliniken die Sterblichkeit an dem früher so gefürchteten Wund- oder Eiterfieber und dem Hospitalbrande, wie ihn heutzutage kaum noch ein Arzt kennt, herabgesetzt, so wurden auch in der Geburtshilfe (Ende der 70er Jahre) die Vorteile dieses „antiseptischen“ Verfahrens bemerkbar, als auch hier zur Reinigung der Hände, Instrumente, wie vor allem der Wunden das „Carbol“, um es schlechtweg so zu nennen, zur Anwendung kam. Mit der Zeit haben sich die Vorschriften über die Anwendung des Carbols und die Abwartung der Geburt zwar erheblich geändert; durch die grundlegenden Arbeiten von dem großen deutschen Forscher Robert Koch und seiner Schüler (Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts) hat man die Wundkeime (s. u.), ihr Wachstum und ihre Züchtung und auch ihre Bekämpfung genau kennen gelernt und damit die Lehre der Antiseptik weiter ausgebaut; jedenfalls aber ist man heutzutage imstande, gestützt auf solche antiseptische Mittel oder Desinfektionsmittel, ebenso wie die Wundinfektion, so auch das Wochenbettfieber zu verhüten, und dies ist und bleibt in erster Linie die vornehmste Aufgabe des Geburtshelfers wie der Hebamme.

¹ Die Sterblichkeit im Wochenbett außerhalb der Anstalten, in der Privatpraxis also, ist immerhin noch eine recht große; denn es sterben in Deutschland immer noch mehrere Tausend (etwa 5000) alljährlich an Kindbettfieber — eine erschreckend große Zahl — und erkranken etwa 10—15 mal soviel an Wochenbettfieber, so daß sich bei solchen langwierige Unterleibsleiden anschließen.

² Ignaz Semmelweis hat, kann man sagen, zuerst erkannt, daß das Wochenbettfieber als eine Wundkrankheit aufzufassen ist und von einer Wöchnerin auf die andere übertragen werden kann. Leider sind seine Lehren damals nicht verstanden und nicht anerkannt worden, obwohl er durch Chlorwaschungen der Hände die Sterblichkeit an Wochenbettfieber schon bedeutend herabgedrückt hatte. Heute hat endlich die Semmelweis'sche Lehre, eine der größten Entdeckungen in der Geburtshilfe, allenthalben Anerkennung gefunden! Somit ist Semmelweis der Vorläufer der Listerschen sog. antiseptischen Wundbehandlung, da er das Wesen der Infektion, jedenfalls klinisch, zuerst klar erkannt und beschrieben hat.

Der Begriff der Reinlichkeit, Reinigung, Desinfektion bezieht sich im allgemeinen auf alles, was mit Wunden in Berührung kommt, also hauptsächlich

1. auf die Hände,
2. auf die Instrumente,
3. auf die Verbandstoffe.

Ehe ich auf die Art und Weise, wie die Reinigung geschieht, eingehe, will ich kurz erwähnen, wie man sich etwa eine Wundanstekung durch Keime vorzustellen hat: Allenthalben, hauptsächlich an Gegenden, welche mit Kranken in Berührung kommen, in der Umgebung von Kranken befinden sich allerfeinste Keime, das sind kleine, wahrscheinlich pflanzliche Wesen (Spaltpilze, Bakterien), welche, mit Wunden in Berührung ge-



Abb. 31. Eiterkeime (in Kettenform, Streptokokken) Vergr. 1000 : 1.



Abb. 32. Eiterkeime (in Haufenform, Staphylokokken) Vergr. 1000 : 1.

bracht, sofort eine schwere Entzündung derselben (einhergehend mit Rötung, Schwellung, Hitze, Schmerzhaftigkeit) hervorrufen; glaubte man früher, daß solche Entzündungen auch durch Erkältungen oder andere Ursachen entstehen, so kennen wir heutzutage eine ganze Reihe von solchen Entzündungserregern und sind sogar imstande, solche Wund- oder Krankheitskeime zu züchten und in ihren Lebensbedingungen genauer kennenzulernen. Solche giftigen Keime sind mit dem bloßen Auge nicht zu erkennen, können aber mit scharfen, besonders zusammengefügten Vergrößerungsgläsern (dem sog. Mikroskope) sichtbar gemacht werden, dies um so leichter, als sie zu gewissen Farbstoffen große Anziehungskraft haben und durch sie deutlich gefärbt werden können. Gelangen solche Krankheits- oder Wundkeime (Wundspaltpilze, Eiterkeime), die sich nicht nur bei Wundfieber, sondern auch bei den sog. ansteckenden (oder Infektions-) Krankheiten (Wundrose, Scharlach, Diphtherie, Typhus, Cholera usw.) finden, durch die eröffneten Blutgefäße der Wunden oder auch die Saugadern (Lymphgefäße, Lymphspalten) in den Körper, richtiger gesagt in den Blutkreislauf, so erzeugen sie neben der örtlichen Entzündung vor

allem Fieber, d. h. Erhöhung der Körperwärme, vielleicht ein Beweis, daß sich der Körper auf diese Weise gegen das Gift, das von außen in ihn einzubringen sucht, wehrt. Keime sind ja allenthalben in der Luft, der Erde, im Wasser, im Staub und an Gegenständen, die uns umgeben, vorhanden; ganz besonders gefährlich von diesen Keimen sind solche, welche an eitrigen Wunden, z. B. bei einem Umlauf des Fingers, mitunter bei Halsentzündung (Angina), in einer entzündeten Brustdrüse (Abb. 34), in übelriechendem Wochenfluß, in fauligem Fruchtwasser, vorkommen (Eiterkeime). Es genügen hier nur wenige, um,

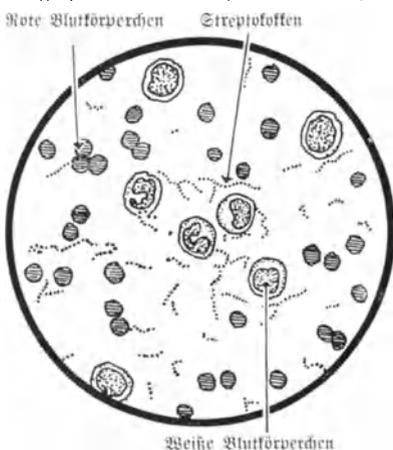


Abb. 33. Eiterkeime im Blute.
(Hier solche in Kettenform [= Streptokokken],
zwischen den Blutkörperchen.)

in die Wunde eines Menschen, etwa die Wunde einer Gebärenden oder einer Wöchnerin gebracht, schweres, vielleicht rasch zum Tode führendes Wundfieber, also Blutvergiftung („Sepsis“) hervorzurufen. Denn diese Eiterkeime (unter dem Mikroskop wie kleine Kügelchen aussehend, daher „Koffen“ genannt [vgl. Abb. 31 bis 32]), die meist in Ketten oder Haufen aneinanderliegen, vermehren sich in der Wunde sehr rasch; aus wenigen Keimen entwickeln sich rasch Millionen von Keimen, außerdem er-

zeugen sie Giftstoffe (Toxine), welche die Gewebe schwer schädigen.

Aufgabe der Desinfektion ist es, solche Krankheitserreger nicht nur fernzuhalten, die Berührung mit diesen überhaupt zu vermeiden (was man mit dem Worte „Noninfektion“ bezeichnen kann), vor allem aber sie abzutöten oder in ihrer Wirkung abzuschwächen. Sind solche Keime bei irgendeinem Kranken vorhanden, so muß die Weiterübertragung auf andere, Kranke wie Gesunde (z. B. auf Schwangere, Kreißende, Wöchnerinnen) vermieden werden (vgl. dazu die sog. „Anzeigepflicht“!).

Es gibt verschiedene Mittel, welche geeignet sind, die Krankheitskeime zu töten oder in ihrer Wirkung abzuschwächen:

1. chemische Mittel (sog. Desinfektionsmittel; Antiseptica = fäulniswidrige Mittel);

2. physische Mittel, vor allem die Hitze bis 100° C und mehr (kochendes Wasser, erhitzter strömender Wasserdampf, heiße Luft).

Die ersteren kommen im allgemeinen zur Desinfektion der Hand, die letzteren zur Desinfektion der Instrumente und Verbandstoffe in Anwendung¹.

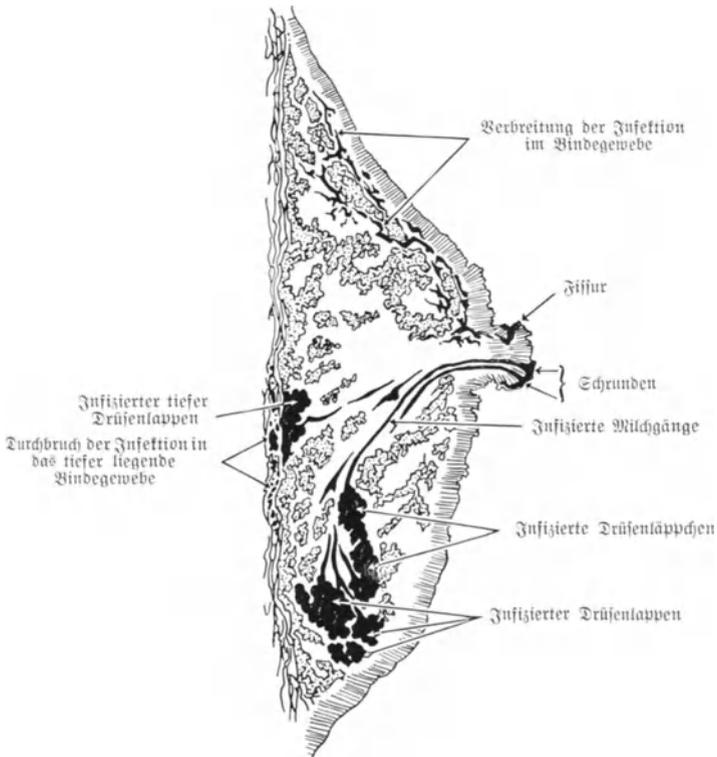


Abb. 34. Die Ausbreitung infektiöser Prozesse in der Brustdrüse (= Brustdrüsenentzündung, Mastitis). Die erkrankten (infizierten) Gewebepartien sind schwarz gezeichnet. (Nach Wumm, Grundriß der Geburtshilfe, verkleinert.)

¹ Die antiseptischen Mittel sind imstande, die Keime zu vernichten. Als chemische Mittel sind sie fast alle (außer Sagrotan, Chloramin, Wasserstoffsuperoxid) giftig, also nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Im allgemeinen ist bei Operationen an Stelle der „antiseptischen Wundbehandlung“ jetzt die „aseptische“ getreten. Dazu dienen in der Hauptsache die physischen Mittel, besonders die Hitze. Schlechtweg muß alles, was mit der Wunde in Berührung kommt (z. B. Verbandstoffe, Instrumente), erst „keimfrei“ gemacht (= sterilisiert) werden. (s. u.).

Unter den chemischen Desinfektionsmitteln sind in erster Linie diejenigen zu nennen, die auch in der Hebammenpraxis zugelassen sind:

Kresolseifenlösung, Lysol, Sagrotan, Bacillol, Chloramin (= Chlorina), Mianin, Lysiform, außerdem (in manchen Staaten, z. B. Hessen und Sachsen, zugelassen) Sublimat, Dxychanat, schließlich der Alkohol, sowie eine Reihe weniger stark desinfizierender Mittel: Wasserstoffsuperoxid, Borfäure, essigsaure Tonerdelösung, Jodtinktur, Jodoform, Bioform u. a.

Von diesem Mitteln kommt neuerdings am häufigsten in Anwendung: das Sagrotan.

Kresolseifenlösung wurde 1912 in Preußen eingeführt, ist aber später durch Lysol ersetzt worden, eine blartige, rotbraune, stark riechende Flüssigkeit, die sehr giftig ist und, innerlich genommen, starke Reizung von Speiseröhre und Magen herbeiführt, ja tödlich wirken kann.

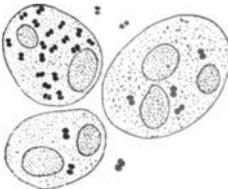


Abb. 35. Tripperkeime (Gonokokken), frei und in Eiterzellen eingeschlossen. Vergr. 1000 : 1.

Sagrotan ist gleichfalls eine ölige, braune Flüssigkeit, die weniger stark riechend ist als Lysol und im Gegensatz zu diesem nicht ätzend und sozusagen fast ungiftig ist. Es wird in 1/2proz. Lösung verwendet¹.

Lysiform, eine gelbliche Flüssigkeit von schwach aromatischem Geruch, enthält Formaldehyd (Formol), ist in Wasser unter leichter Trübung löslich und besitzt eine ausgezeichnete schlüpfrige Eigenschaft.

Chloramin (jetzt Chlorina genannt) wird in Tabletten hergestellt und ist, ebenso wie Mianin (Tablettenform) ungiftig, leicht in Wasser löslich und wird in der Stärke von 2 Tabletten in 1 l Wasser (= 0,2proz. Lösung) verwendet.

Das Sublimat, eine Quecksilberverbindung, ein weißes, unschuldig aussehendes Pulver, ist ungemein giftig. Wenige Teile genügen, um, innerlich genommen, den Tod unter qualvollen Erscheinungen („Sublimatvergiftung“) herbeizuführen; auch Sublimatscheidenspülungen wirken giftig; es darf daher nie zu Ausspülungen benutzt werden. Im Handel ist es in Form der Angerer'schen Sublimatpastillen, die rot gefärbt sind, zu 1/2 oder 1 g. Solche müssen sehr sorgfältig aufbewahrt werden und dürfen nicht herumliegen. Die Pflegerin ist für etwaige Vergiftung verantwortlich. In Wasser gelöst gibt das Sublimat eine rote Lösung, die aber durch Seife nicht verunreinigt werden darf, da sie sonst unwirksam wird. Zur Händedesinfektion dient die 0,1proz. (= 1promill.) Lösung; zu

¹ Wir nennen eine Lösung 1prozentig (1%ig), wenn man von dem Desinfektionsmittel (z. B. Lysol) 1 g (= 1 ccm) in 100 Teilen (centum) Wasser löst oder 10 g in 1000 Wasser. Von Sagrotan werden nur 5 g auf 1000 gelöst (= 0,5 : 100). Von Chloramin genügen 2 Tabletten auf 1000; diese Lösung kann auch als 2promillige Lösung bezeichnet werden (= 2 g auf 1000 oder mille Wasser). Sublimat, das sehr stark desinfizierend wirkt, darf nur in der 1promilligen (= 1 : 1000) Lösung gebraucht werden (= 0,1proz.), ebenso Dxychanat.

Abspülungen (nie zu Ausspülungen) kann eine Lösung von $\frac{1}{2}$ g auf 1 l Wasser (= 1 g : 2000 Wasser) benutzt werden¹.

Ebenso giftig ist das Oxlycyanat, meist in Form von blauen Pastillen, gleichfalls in der Lösung 1:1000. In dieser Lösung können jedoch Instrumente aufbewahrt werden, während solche in Sublimatlösung schwarz werden.

Alkohol (Spiritus, Weingeist) ist dasjenige Desinfektionsmittel, welches für jede Desinfektion unentbehrlich ist und im Gegensatz zu den obigen Mitteln ungiftig ist. In der Regel wird er als 70proz. Alkohol verwendet. Er kann auch, ohne Verwendung eines chemischen Desinfektionsmittels, zur Händedesinfektion gebraucht werden, wofür in Kliniken besondere Vorschriften bestehen, auch als Acetonalkohol.

Statt des teuren reinen Alkohols kann auch der billigere Brennspiritus („denaturierter“) benutzt werden, da er dem reinen Alkohol an feimtötender Kraft fast gleichkommt. Derselbe ist in manchen Staaten (Preußen, Hessen, Baden u. a.) in der Hebammenpraxis eingeführt. Schließlich kann auch der Seifenspiritus, z. B. zum Abreiben der Haut, zur Desinfektion benutzt werden.

Wasserstoffsuperoxyd ist eine helle Flüssigkeit, die durchaus ungiftig ist und durch die mechanische Reinigung bei Wunden desinfizierend wirkt durch den bei Berührung mit Blut entstehenden frischen Sauerstoff. In der Regel benutzt man es verdünnt, z. B. 3 Eßlöffel auf 1000 Wasser, zu Abspülungen (z. B. einer Damnwunde); man kann das Wasserstoffsuperoxyd auch unverdünnt auf Wunden oder z. B. auf eine Dammnahrt aufgießen. Selbst bei Neugeborenen (z. B. Nabelschnurreiß) kann es beruhigt verwendet werden. Es eignet sich wegen der schäumenden und reinigenden Wirkung ausgezeichnet zu Abspülungen, auch Ausspülungen bei Wöchnerinnen. Sehr viel stärker ist das 30proz. Wasserstoffsuperoxyd entweder in Form des (allerdings teuren!) Perhydrol (Firma Merck) oder als Ortizon (F. G. Farbwerke). Letzteres Mittel findet in Form von Mundwasserpastillen („Ortizonmundwassertugeln“) zur Desinfektion der Mundhöhle sehr häufig Verwendung.

Die Bor säure (ein weißes Pulver) ist fast unschädlich, allerdings nicht so kräftig wirkend, kann aber, wie Wasserstoffsuperoxyd, gerade bei Neugeborenen verwendet werden, bei denen die obenerwähnten giftigen Desinfektionsmittel nie in Betracht kommen, meist als 2—3proz. Lösung (als Vorwasser in Apotheken käuflich), auch zu Umschlägen bei Schunden (s. u.) der Brustwarzen, ebenso zu Auswuschungen des kindlichen Auges.

Essigsäure Tonerdelösung, eine säuerlich riechende, wasserhelle Flüssigkeit, in Wasser leicht löslich, wird mehr zu Umschlägen (2 Eßlöffel auf 1 l Wasser) benutzt. Bei längerem Stehen trübt sie sich leicht, was sich aber durch Zusatz von Bor säure verhindern läßt. Haltbarer ist das sog. Alsol, welches als $\frac{1}{2}$ —1proz. wässrige Lösung verwendet wird.

Die Jodtinktur (1 Teil Jod, 9 Teile Spiritus) wird sehr viel angewandt, hauptsächlich zur Vorbereitung der Haut vor Operationen, ebenso vor und bei der Geburt zum Betupfen des Dammes und seiner Umgebung („Jod-anstrich“), sofern keine Empfindlichkeit gegen Jod besteht.

¹ In Hessen ist laut Dienstanweisung 1905 der Hebamme die Sublimatdesinfektion noch gestattet, ebenso in Sachsen, in Preußen seit 1912 nicht mehr.

Das Jodoform, ein gelbliches, stark riechendes Pulver, wird weniger als solches als in Form der Jodoformgaze benutzt, z. B. zu Vorlagen bei einem Dammriß. Statt dieser kann auch die weniger riechende Nobiform-, Bioform- oder auch Keroformgaze gebraucht werden.

Zum Aufstreuen auf Wunden, die genäht sind (z. B. Dammnaht), kann auch Dermamol (eine Wismutverbindung) verwandt werden, ebenso Virol, Nobiform u. a. und für besondere Fälle zur Austrocknung der Wunden (z. B. Nabelwunde nach dem Abfall des Nabelschnurrestes) das sterilisierte weiße Tonerdepulver (Bulus alba sterilisata der Firma Merck). Für Neugeborene kommt auch noch Venicet-, Rajenol- oder Mobaftreupuder u. a. in Betracht, allerdings nur für die Hautfalten an den Geschlechtsstellen und Hinterbacken.

Die besonderen Fälle von Ansteckung, z. B. um eine Trippererkrankung durch Gonokokken (Abb. 35 zu verhüten, wurde früher die 1proz. Höllensteinlösung (Argentum nitricum) benutzt, von welcher je 1 Tropfen in jedes Auge des Kindes nach dem Zurechtmachen eingeträufelt werden soll. Da diese Lösung sich bei längerem Aufbewahren verändert bzw. zu konzentriert wird und das Auge verätzen kann (besonders alte Lösungen!), so wird neuerdings die Anwendung der Höllensteinlösung nur in Ampullen vorgeschrieben, z. B. als Dr. Hellendallsche Ampullen (chemische Fabrik Reischholz) oder in Form der Paretten (J. G. Farbwerke) sowie der Moba-Ampullen (Moba A.-G., Wiesbaden). Die Pflegerin soll diese Mittel allerdings nur auf Anordnung des Arztes verwenden, sofern sie ihm bei einer Geburt (s. u.) „assistiert“, und hat genau auf die Art der Anwendung zu achten.

Wenden wir uns zu den speziellen Desinfektionsvorschriften, so muß ich vorausschicken, daß die Vorstellung, durch die Einführung der Desinfektionsmittel sei die Waschung der Hände mit warmem Wasser und Seife überflüssig geworden, durchaus falsch ist! Der wesentlichste, zuerst zu erfüllende Punkt ist immer eine gründliche mechanische Reinigung, d. h. eine gründliche Reinigung mit warmem Wasser und Seife mittels der Handbürste. Erst danach ist die Einwirkung der desinfizierenden Flüssigkeit von Erfolg, ganz besonders aber, wenn durch Alkohol die Haut von Schuppen und Fett befreit und der Einwirkung des Desinfektionsmittels zugänglicher gemacht wurde.

Zur Desinfektion der Hände gebraucht die Pflegerin:

1. zwei Schüsseln, welche vorher gründlich gereinigt wurden,
2. mindestens drei Handbürsten, eine größere zur Reinigung der Hand im Wasser, eine kleinere für Alkohol, eine weitere für die Desinfektionslösung.

Die Handbürsten müssen vor dem Gebrauch und nachher ausgekocht werden. Zunächst hat die Pflegerin eine Schüssel mit möglichst warmem Wasser zu füllen, um darin die Hände ohne Gebrauch der Bürste gründlich abzuwaschen, da die Alltagshand und die Finger ja reichlich mit Schmutz und Keimen beladen sind, als die Vorderarme;

alsdann erst werden nach Wechsel des Waschwassers Hände und Vorderarme mit der Handbürste gründlich abgebürstet; ein Teller oder eine kleinere Schüssel dient zur Aufnahme des Alkohols (wenigstens 200 ccm), welcher an sich schon die an der Hand haftenden Keime abtötet und weiterhin die vorher mechanisch gereinigte Haut für die Einwirkung des Desinfektionsmittels gut vorbereitet. In der zweiten Schüssel bereitet sie sich nun die Desinfektionslösung, je nach Vorschrift des Arztes.

Die speziellen Vorschriften für die Händedesinfektion sind daher folgende¹

1. In einer Schüssel mit sehr warmem Wasser werden vorerst die Hände ohne Gebrauch der Bürste gründlich abgeseift. Die Ringe werden abgestreift. Nun werden mittelst der Nagelschere die Nägel rund und glatt geschnitten und mittelst des Nagelreinigers Unternagelraum und Nagelbett sorgfältig von jeglichem sichtbaren Schmutz gereinigt.

2. Alsdann werden Hände und Vorderarme nach Erneuerung des Wassers mittelst der großen Handbürste mindestens 8—10 Minuten lang mit sehr warmem, womöglich durchgekochtem Wasser und Seife gründlich abgeseift und abgebürstet. Man achte ganz besonders auf die Finger und Zwischenfingerträume bei dieser mechanischen Reinigung. Darauf wird der Seifenschaum in klarem Wasser abgespült und die Hände an einem reinen, groben Handtuche abgetrocknet.

3. Nun werden die Hände und Vorderarme in 70proz. Alkohol (wenigstens 200 g) abgebürstet oder mittelst eines Flanellappens oder Watte mindestens drei Minuten lang abgerieben, und

4. darauf in der Desinfektionslösung, z. B. 0,5proz. Sagrotanlösung (= 5 g auf 1 l Wasser), gleichfalls drei Minuten lang mit der dritten Handbürste abgebürstet.

In Ermangelung von 70proz. Alkohol, welcher am besten von dem Arzte verschrieben wird, kann auch Brennspiritus (denaturierter Spiritus) benutzt werden². — Die auf diese Weise durch die mechanische Reinigung

¹ Im Freistaat Hessen ist die Heißwasser-Alkohol-Sublimat-Desinfektion laut § 12 der Dienstanweisung für Hebammen vorgeschrieben, aber auch für Wochenpflegerinnen auf Grund der November 1911 erlassenen Wochenpflegeordnung. Im Einzelfalle kann jedoch der Arzt ein Desinfektionsmittel, z. B. Sagrotan, Lysof oder Bacillol, verordnen, das entsprechend (s. o.) anzuwenden ist.

² In Hessen ist für Hebammen der 95proz. Brennspiritus eingeführt laut § 7 der Dienstanweisung, ebenso für Wochenpflegerinnen. Auch in Preußen ist laut Lehrbuch 1928 der Brennspiritus gestattet und darf so verdünnt werden, daß auf je 100 g Brennspiritus 25 g reines Wasser zugesetzt werden, oder auf 200 g Brennspiritus 50 g Wasser (also Verdünnung mit $\frac{1}{4}$ Wasser), wodurch

und Alkohol für die Desinfektion gut vorbereitete und in Desinfektionslösung gründlich gereinigte Hand kann als „rein“ (keimfrei), richtiger gesagt „kei m a r m“ angesehen werden.

Um die Sicherheit der Keimfreiheit noch zu erhöhen, wird nun über die desinfizierte Hand je ein ausgekochter Gummihandschuh übergestreift, der zweckmäßig vorher mit Sagrotanlösung gefüllt wurde¹.

Es ist selbstverständlich, daß nach Berührung mit unreinen Stoffen (z. B. Bettpfanne, Urin, Stuhl, Wochenfluß u. a.) jedesmal die Hand

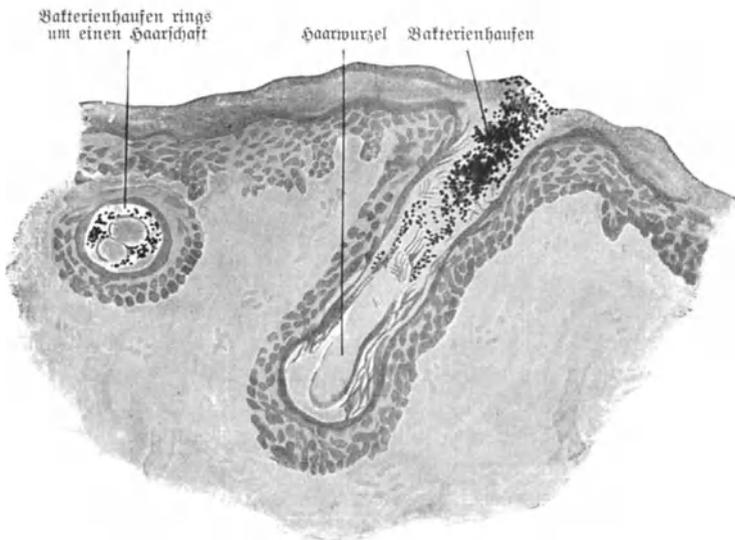


Abb. 86. Schnitt durch die Haut des Fingers. (Nach C. Haegler, Händereinigung.) Die Keime (Bakterien) sind bis tief in die Haarbälge eingebracht. (Aus Bum m, Grundriß der Geburtshilfe.)

wieder desinfiziert werden muß, da ja die Hand nur für eine kurze absehbare Zeit keimfrei bleibt. Auch sei dabei bemerkt, daß diese Desinfektion sich nur auf die Hände und Vorderarme bezieht (subjektive Desinfektion); zur Desinfektion der Kreißenden (objektive Desinfektion) genügt zunächst gründliches Abseifen und Abwaschen mit Desinfektionslösung (z. B.

ungefähr auch ein 70proz. Brennspiritus hergestellt wird. Die Pflegerin achte bei der Aufbewahrung des Brennspiritus und beim Einfüllen auf die Feuergefährlichkeit (also nie bei offenem Licht oder in der Nähe des Feuers!).

¹ Der Gummihandschuh (am besten der 5fingerige) kann mit Seife und Sagrotanlösung gut gereinigt und vor dem Gebrauch 15 Minuten lang ausgekocht werden.

Sagrotan- oder Iyollösung), nachdem die Schamhaare gehörig gekürzt wurden. Ausspülungen der Scheide darf die Pflegerin nicht oder nur auf Anordnung des Arztes machen (z. B. mit Sagrotan- oder Chloraminlösung, niemals mit Sublimatlösung).

Es gelingt leichter, eine glatte weiche und gut gepflegte Hand sicher zu desinfizieren, als eine rauhe oder rissige. In den Schründen und Rissen der Haut sowie entlang der Haare und Haarbälge siedeln sich allerhand Keime (Bakterien) an (vgl. Abb. 36). Besonders gefährlich sind eiternde Stellen, z. B. beim Umlauf des Fingers (Paranarium, Nagelbettentzündung), da gerade die sehr gefährlichen Eiterkeime sich in solchen Wunden befinden. Zur gehörigen Durchführung der Desinfektion gehört daher auch eine sorgfältige Handpflege; häufige Waschungen mit warmem Seifenwasser und vor allem abends Einreibungen mit einem milden Fett (Vaseline, Lanolin) oder Glycerin. Bei der Handpflege ist die Nagelpflege obenan zu setzen; denn im Unternagelraum und im Nagelspalz sitzen Staub, Schmutz, auch Keime; eine Pflegerin darf, ebenso wie eine saubere Hebamme, niemals schmutzige, schwarze Nägel haben. Ringe sind vor der Desinfektion abzutreiben; am besten vermeide die Pflegerin, wie auch die Hebamme überhaupt das Tragen von Ringen.

Vor allem gehört zur wirksamen Desinfektion auch die Vermeidung der Berührung mit ansteckenden Stoffen (also die Koninfektion!), seien es Kranke, Wunden mit eitrigen Absonderungen, seien es die ganz natürlichen Absonderungen, wie z. B. der Wochenfluß. Der Wochenfluß enthält neben Blut und anderen Stoffen schon nach 24 Stunden Keime aller Art. Es ist daher dringend notwendig, daß eine Pflegerin die direkte Berührung der Hand oder der Finger mit den mit Wochenfluß durchtränkten Vorlagen und Unterlagen vermeidet, und daß sie, wenn dies geschah, die Hände sofort nach den oben gegebenen Regeln wieder desinfiziert. (Vgl. darüber unten, Beforgung der Wöchnerin.) Es ist daher sehr zweckmäßig, bei der Beforgung der Wöchnerin wie auch des Kindes stets die nahtlosen Gummihandschuhe zu tragen.

Die Desinfektion der Instrumente gründet sich auf die Erfahrung, daß durch hohe Hitzegrade, auch ohne Desinfektionsmittel die Krankheitserreger zugrunde gehen. Die Hitze läßt sich in Form von heißer Luft, von heißem strömendem Dampfe oder, für den alltäglichen Gebrauch berechnet, von kochendem Wasser¹ verwenden; zu diesem Zwecke werden die Instrumente nach vorheriger Reinigung mit Wasser und Seife, oder auch mit Spiritus, in einem dazu passenden Gefäß, z. B. in einem langen Kochtopf, sog. Fischkocher, wenigstens 15 Minuten lang ausgekocht und für einen etwaigen Gebrauch in eine Schale mit abgekochtem Wasser, Alkohol oder 1/2proz. Sagrotanlösung (bzw. 0,1proz. Orthozyanatlösung) eingelegt und auf einer sterilisierten Mullkompressen

¹ Zweckmäßiger ist, um das Kosten der vernickelten Instrumente zu vermeiden, eine Sodablösung (1 Eßlöffel auf 1 l Wasser) zum Auskochen der Instrumente, oder auch Auskochen in Schmierseifenlösung (gleichfalls 1 Eßlöffel in 1 l Wasser).

ausgebreitet. Glasinstrumente, wie Scheidenrohre, lassen sich zwar auch auskochen, doch wird es praktischer sein, bei der Billigkeit derselben öfters gebrauchte durch neue zu ersetzen. Unter den Instrumenten der Pflegerin spielt auch der Katheter eine besondere Rolle; der neusilberne, wie der Weichgummikatheter muß vor dem Gebrauche 15 Minuten ausgekocht werden und bleibt in abgekochtem Wasser (oder $\frac{1}{2}$ proz.



Abb. 37. Gummihandschuh über der vorher desinfizierten Hand. Der Handschuh wird zweckmäßig vor der Sterilisation mit einem Schlupfpulver (Talcum) eingepudert, was das Anziehen über die trockenerlebene Haut erleichtert.
(Aus B u m m, Grundriß der Geburtshilfe.)

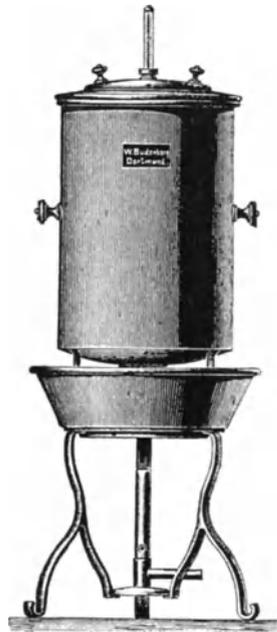


Abb. 38. Fudenberg's Dampferiligator zum Sterilisieren von Verbandstoffen u. dgl. mittels strömenden Wasserdampfes.

Sagrotanlösung) liegen, bis er gebraucht wird. Handbürsten, Nagelschere und Nagelreiniger, ebenso Wochenbettpinzette sind in besonders sauberem Zustande zu halten, also vor und nach dem Gebrauche 15 Minuten lang auszukochen.

Die Desinfektion der Verbandstoffe erfolgt in besonders dazu gebauten Apparaten, den sog. Desinfektionsapparaten (vgl. Abb. 38). Gerade für sie kommt die Hitze als Desinfektionsmittel in Betracht. Die Desinfektion (bzw. Sterilisation, d. i. die Keimfreimachung der Verbandstoffe) beruht darauf, daß die Verbandstoffe (ebenso die anderen Gegenstände) mit gespanntem oder überhitztem strömendem Wasserdampf durchdrungen werden, z. B. Verbandgaze, Watte, Operationschürzen, Handtücher, Bettwäsche, Vorlagen, Unterlagen, auch Gummihandschuhe u. a. Auf diese Weise, d. h. bei einer Temperatur von über 100° findet eine zuverlässige „Sterilisation“ statt. In jedem Krankenhaus sind solche Apparate vorhanden.

Da im Privathause solche Apparate nicht immer zu beschaffen sind, so können „sterile Verbandstoffe“ auch keimfrei aus Fabriken oder Apotheken bezogen werden. Dafür kommen besonders in Betracht: entfettete Verbandwatte und Gaze; auch Gazekißchen sowie Nabeläppchen und Nabelbinde. Die Watte kann in besonders verschlossenen Büchsen oder in Paketen (am besten in Rollenform) bezogen werden, wird im allgemeinen aber für Wunden nur in feuchter Form, d. h. mit der desinfizierenden Flüssigkeit befeuchtet gebraucht; trocken wird sie nur zu Vorlagen im Wochenbett verwendet, falls sie nicht mit offenen Wunden in Berührung kommt. Die Gaze kann auch als eine mit einem desinfizierenden Mittel durchtränkte bezogen werden. Als solche ist die Jodoformgaze am meisten in Gebrauch (ebenso die Bioformgaze, Xeroform- und andere Gaze). Dieselbe wird in Rollen oder Paketform, besser aber in verschlossenen Büchsen (nach Art der Konservenbüchsen) abgegeben¹.

Bezogen sich diese Desinfektionsvorschriften im wesentlichen auf das, was von außen mit der Wunde in Berührung kommt, so würden für die allenfalls vorhandenen Wunden oder, wie bei der Geburt der Fall, für etwa hier entstehende Wunden, noch besondere Vorkehrungen zu treffen sein. Die Desinfektion nach stattgehabter Verwundung macht es nicht aus, sie muß schon vorher erfolgen (ähnlich der Vorbereitung des Operationsfeldes für den Operateur); z. B. bei jeder Geburt entstehen Einrisse in

¹ Sehr bewährt haben sich die früher von der Firma Arnold Paßmann in Berlin O 27, Andreasstraße 32, im Großbetriebe hergestellten Dührßen'schen Büchsen. Diese oder ähnliche sterile Verbandstoffe sind jetzt in allen Apotheken käuflich. — Für den Nabelverband sind gleichfalls nur sterile Verbandmittel, natürlich frei von Jodoform oder anderen giftigen Desinfektionsmitteln, anzuwenden. Sowohl das Nabelband, ein 1/2 cm breites Leinenband, als auch die Nabeläppchen sind jetzt fertig in steriler Verpackung erhältlich.

den Geschlechtsteilen, so daß es erforderlich ist, die Umgebung dieser Wunden, also die äußeren Geschlechtsteile und ihre Umgebung, sowie die Bauchhaut bis zum Nabel hinauf schon vor der Geburt einer gründlichen Reinigung zu unterziehen; sie besteht im wesentlichen in einer gründlichen Abseifung dieser Teile, sowie nachfolgender Abspülung und Abwaschung mit gründlich durchgekochtem Wasser, in solchen Fällen aber, in denen abgekochtes Wasser nicht zu beschaffen ist, mit Desinfektionslösung (s. o.)¹.

Kranke, insbesondere solche, bei welchen reichliche Absonderungen stattfinden (also auch Wöchnerinnen), bedürfen der Zufuhr frischer

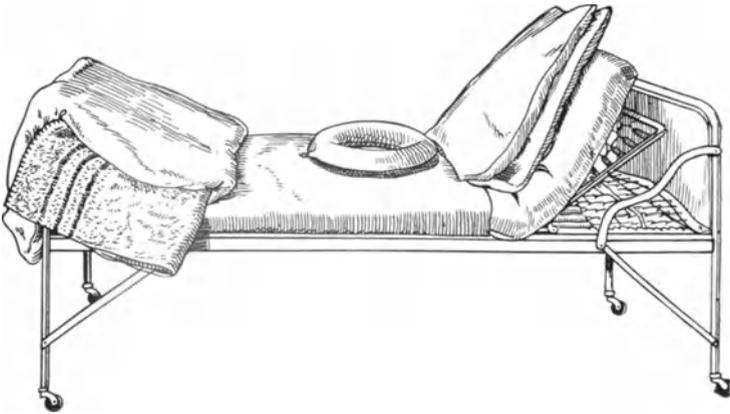


Abb. 39. Krankenbett mit verstellbarer Rückenlehne und Luftzirkulationsunterlage (auch für Wöchnerinnen).
(Aus Lindemann, Schwestern-Lehrbuch, 7. Aufl.)

Luft. Hierfür ist es zweckmäßig, das Krankenzimmer oder besser das Nebenzimmer von Zeit zu Zeit zu durchlüften; Zugluft darf dabei allerdings nie entstehen. Die Temperatur betrage im Kranken- wie Wochen- zimmer, mit dem Zimmerthermometer gemessen, im Durchschnitt 17 bis 19° C. Gleichzeitig empfiehlt es sich, eine große flache Schale mit Wasser auf dem Ofen oder auf den Heizkörpern zum Verdunsten aufzustellen und täglich öfters zu erneuern. Das Krankenzimmer an sich ist peinlich sauber zu halten. Die Luft muß von Zeit zu Zeit erneuert werden durch Öffnung der oberen Scheiben des Fensters. Das Bett soll frei stehen;

¹ Auch die Bepinselung der Bauchhaut ebenso der äußeren Geschlechtsteile (Damm, große Schamlippen) mit Jodtinktur hat sich als sehr zweckmäßig erwiesen, hauptsächlich vor Operationen und bei der Geburt („Jodanstrich“).

für Unterlagen ist reichlich zu sorgen, zur Vermeidung von Beschmutzung des Bettes ist wasserdichter Verbandstoff oder Gummistoff unter den durchlässigen Unterlagen anzubringen (Abb. 39). In besonderen Fällen muß bei Kranken für die nötige Erwärmung durch Wärmflaschen, Umschläge usw. Sorge getragen werden.

Was die Pflege von Kranken betrifft, so müssen auch der Wochenpflegerin die Hauptpunkte derselben bekannt sein. Kranken gegenüber sei man ruhig und bestimmt, aber auch freundlich im Auftreten; Kranke müssen stets genau beobachtet werden, besonders Fieberkranke; man achte auf Puls, Atmung und Körperwärme. In der Umgebung der Kranken muß jedes störende Geräusch vermieden werden; Krankenbesuche sind so viel als möglich zu vermeiden. Kranke, welche stark schwitzen, müssen gut zugedeckt und vor Zugluft (Gegenzug!) geschützt werden. Für die natürlichen Entleerungen ist gehörig Sorge zu tragen; in vielen Fällen ist durch die mangelhafte Tätigkeit der Bauchpresse bei Bettruhe die Stuhlentleerung durch Klistier¹ (d. h. Eingießung von warmem Wasser in den Mastdarm) zu unterstützen.

Die Ernährung der Kranken, für welche nur der Arzt genaue Vorschriften geben kann, sei in den Tagen der Bettruhe eine möglichst flüssige und leicht verdauliche, aber kräftige; erst wenn die Verdauung geregelt und kein Fieber vorhanden ist, gehe man zu etwas festerer Nahrung, besonders Fleischspeisen über. Kranke, welche sich nicht bewegen oder aufsetzen dürfen oder können, werden zweckmäßig mittels einer Schnabeltasse ernährt. Ist eine Ernährung durch den Mund nicht möglich, so kann man Kranke eine Zeitlang vom Mastdarm aus ernähren durch kräftigende Klistiere, sog. „Ernährungsklistiere“; dieselben können z. B. Rotwein, Haferschleim, Tee, Milch, Eigelb usw. enthalten. Besondere Sorgfalt erfordert die Pflege einerseits bei ansteckenden Krankheiten, welche meist mit hohem Fieber einhergehen, andererseits muß die weitere Übertragung auf andere vermieden werden. (Anzeige an den Kreisarzt! z. B. bei Wochenbettfieber.) Die Wäsche muß hier sorgfältig gereinigt werden, am besten durch Auskochen in Sodalösung und Seifenlauge; mitunter ist zur vollkommenen Abtötung etwaiger Krankheitsgifte die trockene Hitze, d. h. eine Reinigung in den öffentlichen sog. Sterilisationsöfen (Sterilisationsapparaten) nötig, außerdem die von der Behörde vorgeschriebene Desinfektion der Wohnung durch den amtlichen Desinfektor.

¹ S. Anhang darüber.

Die Ausführung der ärztlichen Verordnungen muß pünktlich und gewissenhaft geschehen. Bei der geringsten Unsicherheit hat die Pflegerin, um Verwechslung zu vermeiden, den Arzt um nochmalige Mitteilung der Verordnung zu bitten. Besonderer Vorzicht bedarf auch die Anwendung äußerer Arzneien; stark giftige Stoffe, z. B. die oben beschriebenen Desinfektionsmittel (Sagrotan, Iyhol, Sublimat, Drychnat) sind, wie bereits erwähnt, gut aufzubewahren; für ihre Anwendung gibt der Arzt am besten besondere klare Vorschriften. — Was soeben über die Pflege von Kranken gesagt wurde, bezieht sich auch auf die Pflege gesunder und kranker Wöchnerinnen.

Fieber ist ein wichtiges Kennzeichen für ansteckende Krankheiten; es findet sich natürlich auch bei anderen, z. B. Erkältungskrankheiten und äußert sich durch Frost, Unbehagen und innerliche Hitze; die Körpertemperatur ist dabei erhöht und erreicht zum mindesten 38°C , kann aber bis zu 42° und mehr ansteigen. Mit dem Fieber einher geht in der Regel eine deutliche Pulsbeschleunigung bis zu 120 und mehr: je höher der Puls, d. h. je rascher die Pulsschläge aufeinander folgen (sog. „fliegender Puls“, wenn er nicht mehr zu zählen ist), um so schlimmer ist die vorliegende Krankheit, um so ungünstiger in bezug auf Heilung. Gleichzeitige Beschleunigung der Atmung wird als besonders ungünstig angesehen.

Zur Messung der Körpertemperatur (Temperatur) bedienen wir uns des Thermometers. Derselbe besteht aus einer dünnen Glasröhre, welche nach unten in eine breite Kugel oder breitere stumpflängliche Röhre endigt und Quecksilber enthält; dieses ist imstande, bei starker Erwärmung sich rasch auszudehnen, also in der Röhre emporzusteigen und bei Abkühlung sich rasch zusammenzuziehen, also zu „sinken“. Diese feine Röhre ist in einer zweiten Glasröhre befestigt, und zum Ablesen der Höhe, in welcher die Quecksilbersäule stehen bleibt, mit einem Papierstreifen versehen, welcher eine Einteilung in Striche, sog. Grade und Zehntelgrade enthält. Wir wissen, daß bei gewissen Temperaturen die Quecksilbersäule eine ganz bestimmte Höhe annimmt, so z. B. bei dem Gefrierpunkt und dem Siedepunkt; den ersteren hat man mit 0° und den letzteren nach Celsius mit 100° bezeichnet; die dazwischen gelegene Strecke ist in hundert Teile (Grade) eingeteilt, und jeder Grad gibt die jeweilige Temperatur genau an. Für die Temperaturmessung bei Kranken ist eine solche Ausdehnung von Graden nicht nötig, da, wie wir wissen, die Temperatur des Menschen, d. h. Blutwärme, sich in wenigen Graden, ungefähr zwischen 35° und 42° , nur bewegen kann.

Die Krankenthermometer (sog. Fieberthermometer) haben daher nur diese Einteilung (Einteilung nach Celsius¹).

Die Temperaturmessung mittels des amtlich geprüften Thermometers geschieht am besten in einer allseitig geschlossenen Höhle; von diesen ist eigentlich nur die Achselhöhle, deren Wände ziemlich fest aneinanderliegen, dafür in Gebrauch. Sie wird in der Weise ausgeführt, daß die Achselhöhle zunächst entblößt und von dem immer anhaftenden Schweiß gereinigt und ausgetrocknet wird; dann wird das Thermometer mit der Quecksilberkugel zwischen die Wände der Achselhöhle eingelegt und der entsprechende Arm mit der Hand auf die entgegengesetzte Schulter gelegt; auf diese Weise bleibt die Quecksilberkugel an der richtigen Stelle liegen. Man läßt das Thermometer ungefähr 10 Minuten und länger liegen, und liest dann, solange es noch in der Achselhöhle liegt, an ihm ab, welche Höhe die Temperatur erreicht hat. Für Gesunde erhält man ungefähr die Grenzen zwischen 36—36,5 morgens und 37—37,5² oder etwas mehr gegen Abend. Von Fieber sprechen wir, falls 38° erreicht wird. Temperaturen von 37,5—37,9 werden als „erhöhte Temperatur“ bezeichnet und bilden sozusagen die „Fiebergrenze“. Für fieberhafte Erkrankungen ist allein das Thermometer imstande, die Grade der Temperaturerhöhung anzugeben. Die Berührung der bei Fieber in der Regel heißen, trockenen oder feuchten Haut gibt stets nur einen ungefähren Anhaltspunkt. Im Wochenbett ist gerade die Temperaturmessung allein dafür maßgebend, ob die Wöchnerin gesund ist oder nicht; denn selbst wenn kein Fieber vorhanden zu sein scheint, kann man sich ohne Temperaturmessung doch täuschen; so daß schon hier der Satz vorausgeschickt werden muß: jede Wöchnerin muß gemessen werden³.

¹ Amtlich anerkannt ist in Deutschland jetzt nur die Gradeinteilung nach Celsius; die Wärme des Bades ist stets nur mit dem Thermometer nach Celsius zu bestimmen. Das Thermometer von Réaumur (R) ist in 80 Grade eingeteilt. Die Krankenthermometer haben nur die Einteilung nach Celsius, die Bade-thermometer hatten früher diejenige nach Réaumur; jetzt sind sie nach Celsius eingeteilt. Ein warmes Bad von 28° R entspricht einem solchen von 35° C. Die Umrechnung geschieht dert, daß man die Grade nach Réaumur mit $\frac{5}{4}$ multipliziert usw. $28^{\circ}R = \frac{28 \cdot 5}{4} C = 35^{\circ}C$.

² Diese Werte gelten nur im allgemeinen; im Durchschnitt beträgt die Temperatur des Gesunden 37° C, welcher Grad bei den meisten Thermometern durch einen roten Strich gekennzeichnet ist.

³ Statt in der Achselhöhle kann man auch im After die Messung vornehmen, z. B. bei Kindern oder unruhigen Kranken. Man schiebt in Seitenlage (bei Kindern

Es ist zweckmäßig und ebenso übersichtlich, die Temperatur in eine Temperaturkurve (Abb. 40) einzutragen, und diese täglich dem Arzte vorzuzeigen, aber nicht nur Temperatur, sondern auch die Zahl der Pulschläge. Aus dieser Kurve gewinnt man ein sehr gutes Bild über den Verlauf der Erkrankung (bzw. bei Wöchnerinnen über den Verlauf des Wochenbettes) (Abb. 40).

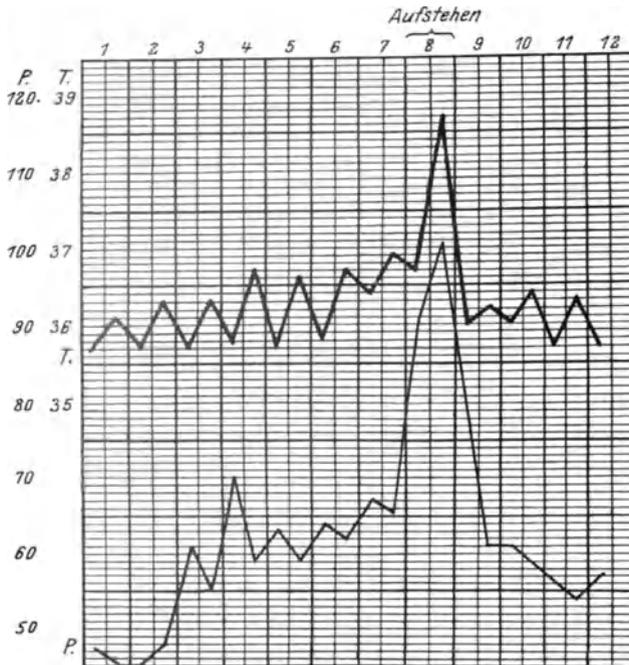


Abb. 40. Temperatur- und Pulskurve bei Eintagsfieber durch Wochenflußstauung. (Nach Baum, Grundriß der Geburtshilfe.) Es handelt sich um eine Wöchnerin, welche am 8. Tage sowohl Fieber bis $39,4^{\circ}$ als auch Pulssteigerung zeigt durch Stauung des Wochenflusses. P Puls, T Temperatur. Aus der Kurve ersieht man die regelmäßige Temperatur bis zum 8. Tag.

Von Erscheinungen, unter denen das Fieber einhergeht (sog. Fieberhymptome) lernten wir schon kennen: die Erhöhung der Puls-

in Bauchlage) die vorher eingölte Kugel des Thermometers vorsichtig in den Mastdarm ein und liest nach einigen Minuten die gefundene Zahl ab. Die gefundene Körperwärme ist bei dieser Messung fast $\frac{1}{2}^{\circ}$ höher als in der Achselhöhle, also ist diese Messung genauer. Nach der Messung im After, gleichwie nach Messung bei ansteckender Krankheit, ist das Thermometer gründlich in einer Desinfektionslösung zu reinigen. Zuweilen wird auch im Munde gemessen.

zahl; in vielen Fällen ist auch die Atmung sehr beschleunigt, ein ebenso ungünstiges Zeichen wie die Beschleunigung der Pulszahl und das Nachlassen der Herzkraft. Weiterhin kommen in Betracht: die an der Haut nachweisbare äußere Erhöhung der Körperwärme (heiße Haut); schwitzt der Kranke, was bei Fieber immer ein günstiges Zeichen ist, so ist die Haut heiß und feucht, im anderen Falle heiß und trocken. Ist dieser warme Schweiß ein günstiges Zeichen, so bedeutet kalter Schweiß stets eine Gefahr. Durch die gesteigerte Wärmeabgabe verspürt der Kranke Frost; mitunter ist der Frost mit Klappern, Schütteln verbunden, sog. „Schüttelfrost“. Gefährliche Erkrankungen beginnen meist mit einem Schüttelfrost, z. B. schweres Wochenbettfieber (s. u.). Wiederholt sich derselbe öfters (wie z. B. bei dem Eiterfieber [= Pyaemie]), so ist dies immer ein ungünstiges Zeichen für die Erkrankung. Schüttelfrost muß stets genau vermerkt werden. Der Appetit liegt in der Regel danieder; es besteht infolge der innerlichen Hitze großes Verlangen nach Flüssigkeit, also Durstgefühl, trockene Zunge; mitunter, besonders zu Beginn einer ansteckenden Krankheit, klagt der Kranke über heftigen Kopfschmerz und Schwindel, auch Schlaflosigkeit und Unruhe. In manchen Fällen kommt noch Übelkeit oder gar Erbrechen hinzu, Erscheinungen, welche andererseits auch von der Art der Erkrankung wiederum abhängig sind. Das Bewußtsein kann besonders bei hohem Fieber gestört sein, mitunter spricht der Kranke irre, „phantasiert“ („Fieberdelirien“), manche Kranke werden unruhig und lassen sich nicht im Bett halten. Das Gefühl von Mattigkeit, Abgeschlagenheit, welches vielfach dem Ausbruch einer Krankheit vorangeht, kann zuweilen noch anhalten. Die Urinentleerung ist, namentlich wenn dem Froste ein heftiger Schweißausbruch folgte, recht spärlich. Der Urin ist dunkelbräunlich-rot. Die Schleimhaut des Mundes und der Lippen ist bei Fiebernden meist trocken und belegt, ebenso die Zunge. Mitunter ist die Zunge korkig oder an den Lippen befindet sich ein bläschenförmiger Ausschlag. Das Fieber endet entweder plötzlich (sog. „Krisis“) mit einem erheblichen Abfall der Temperatur, oft mit Schweißausbruch, oder erst allmählich, unter längere Zeit sich hinziehendem Abfall der Temperatur. Im ersteren Falle kann wohl eine Besserung eintreten, vielfach aber auch (wie z. B. bei schwerem Wochenbettfieber, also Wundfieber) unter zunehmender Entkräftung („Dollap“) (kalter klebriger Schweiß „Todeschweiß“) eine Wendung zum Schlechteren. In solchem Falle ist der Puls unregelmäßig und aussetzend; da dies stets eine ernste Gefahr bedeutet, so ist der Arzt sofort zu rufen.

Fieberkranke bedürfen in bezug auf Pflege und Behandlung ganz besonderer Sorgfalt. Die Behandlung ist selbstverständlich Sache des Arztes. Dessen Anordnungen muß die Pflegerin streng durchführen. Vielfach verordnet der Arzt zur Bekämpfung des Fiebers feuchte Umschläge oder auch feuchte Einpackungen, deren Anwendung im Anhang beschrieben werden soll.

Ganz besondere Aufsicht ist bei solchen Fiebernden nötig, welche irre reden („delirieren“), da mitunter durch unbewußte Handlungen deren Leben in Gefahr kommen kann.

Die vom Arzte im Einzelfalle festgesetzte „Fieberkost“ (Fieberdiät) besteht in flüssigen, aber kräftigen Speisen, oft unter Zusatz von Alkohol in Form von Kognak oder starkem Wein; das Durstgefühl darf unbeschadet (entgegen der früher herrschenden Ansicht) durch Darreichen von säuerlichen Limonaden, auch selbstbereiteten Zitronenlimonaden usw. bekämpft werden.

II. Aufgaben und Pflichten einer Wochenpflegerin.

Der Wochenpflegerin (auch Wartfrau genannt) sind hauptsächlich zwei Aufgaben gestellt:

1. Die sorgsame Pflege der Wöchnerin.
2. Die sorgsame Pflege des Kindes in den ersten Lebenswochen.

Jede Wöchnerin bedarf, wie unten näher zu besprechen sein wird, sorgsamster Pflege und Beobachtung, zumal sie infolge der oben (§. 34 ff.) beschriebenen Veränderungen an den Geschlechtsteilen bei ungeeignetem Verhalten allerhand Gefahren ausgesetzt ist. Um eine Störung im Befinden der Wöchnerin jedoch frühzeitig zu erkennen und die Pflege andererseits wirksam und gewissenhaft durchführen zu können, ist für die Pflegerin die Kenntnis der oben beschriebenen Vorgänge unerläßlich. Diese Kenntnis kann die Wochenpflegerin nur in eigens dazu abgehaltenen Kursen erlangen; an zahlreichen Frauenkliniken sowie Hebammenlehranstalten und auch den neuerdings errichteten Wöchnerinnenasylan werden alljährlich Kurse abgehalten und nach deren Beendigung die Pflegerinnen einer Prüfung unterworfen.

Eine gehörige Unterweisung in der Wochenpflege erscheint um so notwendiger, als dieselbe im Vergleich zur Pflege von Krankheiten eine anerkannt schwierige und verantwortungsvolle ist und an die Pflegerin und deren Gesundheit hohe Anforderungen stellt.

Es geht daraus aber auch hervor, daß man gewisse Eigenschaften von einer guten Pflegerin voraussetzt, welche sie zu dem schweren Berufe geeignet erscheinen lassen, Eigenschaften, welche man in erster Linie auch von einer Krankenpflegerin und dem so überaus verantwortungsvollen Berufe der Hebamme verlangt:

Die Pflegerin muß unbescholten sein, sich eines guten Rufes erfreuen, kräftig und gesund sein, zumal an ihre Gesundheit durch die öfters gestörte Nachtruhe und mitunter notwendigen nächtlichen Nachtwachen, Anstrengungen beim Umbetten der Wöchnerin u. dgl. große Anforderungen gestellt werden. Aber auch an ihre geistige Befähigung werden Ansprüche erhoben; sie muß ihre Pflegebefohlenen, Mutter wie Kind, genau beobachten, jegliche Störung im Befinden derselben alsbald erkennen. Sie sei jederzeit freundlich, liebevoll gegen dieselben, auch wenn ihre Geduld wie so manchesmal auf eine harte Probe gestellt wird, und bedenke, daß das Nervensystem der Wöchnerin immer etwas gereizt ist und daß durch unsanfte Behandlung viel geschadet werden kann. In ihren Ansprüchen bescheiden, lasse sie sich nicht bedienen, außer da, wo es wirklich notwendig ist. Nicht unerwähnt sei, daß sie sich jeglicher Plauderei aus der Familie zu enthalten hat; durch nichts kann sich eine Pflegerin so sehr schaden, als durch unerlaubten Klatsch¹. In jeder Beziehung fleißige sie sich der peinlichsten Reinlichkeit, sowohl an ihrem eigenen Körper (Handpflege, Nagelpflege, Mund- und Zahnpflege), als besonders in der Pflege von Mutter und Kind. Sie habe Bedacht auf ihre Kleidung, Schürzen und vor allem auf ihre Hände, welche sie nach allen Handreichungen gehörig zu reinigen hat; die Kleider wähle sie aus hellem waschbaren Stoffe und sei mit weißer Wäsche, besonders weißen Schürzen (Mantelschürze, die Körper und Oberarme bedeckt) stets reichlich versehen. Die Vorschriften der Desinfektion müssen ihr geläufig sein und im gegebenen Falle gewissenhaft von ihr befolgt werden. Sie beachte, daß auf eine Wöchnerin leicht auch andere Krankheitsstoffe übertragen werden können; hatte sie demnach einen Fall von ansteckender Krankheit in ihrer Pflege, so unterlasse sie niemals, in solchen Fällen zuerst den Arzt oder auch den zuständigen Kreisarzt um Rat zu fragen, ehe sie eine neue Pflege übernimmt. Die Kleider, Instrumente, welche bei der Pflege einer wochenbettkranken Frau benützt wurden,

¹ Das Deutsche Reichs-Strafgesetzbuch hat einen besonderen Paragraphen dafür (§ 300) vorgesehen, nach welchem das Ausplaudern von Familiengeheimnissen mit schwerer Strafe belegt wird.

sind vor Übernahme einer neuen Pflege gründlich zu desinfizieren. Sie hat sich in dieser Beziehung denselben Bestimmungen zu unterziehen, welche der Hebamme bei Wochenbettfieber vorgeschrieben sind.

Wenn sich auch diese Eigenschaften und Anforderungen mit denjenigen an eine Hebamme zu stellenden ziemlich decken, so sei damit nicht gesagt, daß eine Pflegerin die Hebamme im Einzelfalle ersetzen kann: dies ist nie oder nur ganz ausnahmsweise der Fall, und zwar nur, wenn der Arzt mit zugegen ist (siehe darüber unten¹). Aus diesem Grunde ist es der Wochenpflegerin streng untersagt, wie es leider mitunter (glücklicherweise doch selten!) schon vorgekommen ist, selbständig Geburten zu übernehmen, zumal bei jeder Geburt Störungen auftreten können, welche sehr wohl eine Hebamme, niemals aber eine Pflegerin zu erkennen vermag.

In dieser Hinsicht darf die Pflegerin, zumal sie ja eine ganz andere, für den Hebammenberuf völlig unzureichende Ausbildung genießt, niemals die ihr gestellten Aufgaben überschreiten; ihre Tätigkeit im engeren Sinne des Wortes beginnt ja erst mit dem Zeitpunkt, wo das Kind und die Nachgeburt geboren worden sind, also mit dem ersten Beginne des Wochenbettes; bei der Geburt selbst darf sie nur ausnahmsweise in Gegenwart des Arztes Beistand leisten, ihm „assistieren“, aber nie selbständig dabei tätig sein. Worauf sich bei solcher Assistenz ihre Tätigkeit erstreckt, werden wir weiter unten genau kennenlernen.

In den verschiedenen Vermögensverhältnissen ist es begründet, daß die Pflegerinnen in der Mehrzahl der Fälle doch nur in wohlhabenden

¹ Die Leitung der Geburt ist lediglich Sache der Hebamme bzw. des Arztes. Eine Pflegerin kann den Arzt dabei unterstützen, ihm an Stelle einer Hebamme „assistieren“ — immerhin sollte dies nur ausnahmsweise geschehen; denn es ist statistisch nachgewiesen, daß, wenn der Arzt die Geburt der Pflegerin übergibt, sowohl Mutter als auch Kind mehr gefährdet sind als bei der Leitung durch eine Hebamme. Für die Rheinlande ist früher nachgewiesen worden, daß bei 4000 von Ärzten und Pflegerinnen geleiteten Geburten 8,22 %, bei 29000 durch Hebammen allein geleiteten Geburten nur 1,38 % Kinder zugrunde gingen. Die Leitung einer Geburt allein durch eine (darin nicht ausgebildete) Pflegerin ist ein Unfug. — Denn nach § 147 der Gewerbeordnung unterliegen solche Personen, welche, ohne dazu approbiert zu sein, sich als Arzt (Wundarzt, Geburtshelfer usw.) bezeichnen, einer Geldstrafe bis zu 300 Mark, eventuell Haft. (Wenn z. B. eine Pflegerin sich als Geburtshelferin, also mit einem arztähnlichen Titel, belegt, so ist sie strafbar. Jedenfalls ist ihr nach dem obigen Paragraphen die Ausübung der Hebammenfunktionen strengstens untersagt, soweit diese geburts-helferischer Natur sind.)

Familien tätig sind, wo bei der Geburt entweder nur eine Hebamme oder sogar noch ein Arzt zugezogen wird. Aber gerade die unteren Volksschichten entbehren bedauerlicherweise oft einer solchen Pflege¹. Hier mangelt es schon aus dem Grunde an sachverständiger Pflege, als nach dem Gesetze die Hebamme bei fieberhaften Erkrankungen (Wochenbettfieber) die Wöchnerin nicht weiterpflegen darf. Pflegerinnen müssen aber ebenso wie bei Bemittelten, auch bei Unbemittelten oder Minderbemittelten die gleichen Dienste leisten. War nur eine Hebamme zugezogen, so hat dieselbe nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, die ersten Tage die von ihr entbundene Frau zu besuchen, denn es würde das Ansehen der Hebamme wie den Stand der Hebammen als solchen überhaupt schwer schädigen, wollte man jetzt dieselbe entlassen und sich mit der Hilfe der Pflegerin begnügen; denn die Hebamme allein trägt ja auch die Verantwortung für den Verlauf des Wochenbettes. In solchem Falle ist die Pflegerin der Hebamme in jeder Beziehung untergeordnet und muß sich den von ihr gegebenen Anordnungen fügen. Die gleiche Rücksicht ist sie in erhöhtem Maße dem Arzte schuldig, welcher etwa die Geburt leitete oder das Wochenbett überwacht; hat sie schon die Pflicht, der Hebamme über das Befinden von Mutter und Kind genauen Bericht zu erstatten, so ist dies besonders wichtig gegenüber dem Arzte, welcher meist nur auf kurze Zeit während der täglichen Besuche die Wöchnerin und das Kind sieht. Verheimlichungen gegenüber diesem wie der Hebamme, z. B. bezüglich der Körpertemperatur, des Befindens des Kindes (Stuhl!) u. a. sind unbedingt strafbar. Alle Anordnungen des Arztes sind gewissenhaft auszuführen.

Die Dauer der Pflege erstreckt sich meistens auf mehrere Wochen; nicht nur die Schonung im Haushalte, auch die Pflege des Kindes er-

¹ Die Errichtung von Wöchnerinnenasylen, in welchen verheiratete Frauen aus unbemittelten Ständen ihre Niederkunft abwarten und für einige Zeit Pflege finden, leisten hierin einigen Ersatz. In manchen Städten haben sich auch Frauenvereine, sog. Hauspflegevereine, gebildet, welche dadurch eine segensreiche Wirkung entfalten, daß sie in bedürftigen Fällen zur Besorgung des Haushaltes oder auch zur Pflege gegen geringes Entgelt eine Pflegerin stellen. Diese Einrichtung sollte allenthalben Nachahmung finden. Ebenso bewährt hat sich die Anstellung von Bezirks- oder Gemeindepflegerinnen, welche Einrichtung allerdings noch ganz vereinzelt besteht. In einer Reihe von Städten besteht die Einrichtung der sog. Wanderkörbe, welche sowohl für die Mutter als auch das Kind die notwendigen Verbandstoffe u. a. in steriler Packung enthalten und sich sehr bewährt haben. Über Wochenfürsorge siehe unten.

fordert dies vielfach, auch wenn die Wöchnerin schon nach dem zehnten Tage oder gar früher das Bett verläßt. In dieser Zeit der gemeinsamen Arbeit ist der Pflegerin die beste Gelegenheit geboten, sich im wahren Sinn als treue, gewissenhafte Helferin zu betätigen, ganz besonders ist dies jedoch der Fall, wenn die Wöchnerin oder das Kind erkranken sollte! Hier aber, wie auch bei völlig gesundheitsgemäßem Verlaufe gehe die Pflegerin niemals über das gesteckte Ziel hinaus; wie leicht kann gerade in der Pflege des Kindes (beispielsweise in der Frage der Ernährung!) die Pflegerin zu Selbständigkeiten veranlaßt werden! Es gibt aber kaum eine Frage, welche so schwierig zu entscheiden ist wie die Frage der Ernährung des Kindes, falls eine Mutter nicht stillt; aber hier kann und darf, wie in vielen Fragen, einzig und allein nur der Arzt entscheiden.

Daher beherzige die Pflegerin den Satz, nie über die Grenzen ihrer Befugnisse hinauszugehen im Interesse ihrer Pflegebefohlenen und da, wo es nötig, den Arzt so früh als möglich zu benachrichtigen und seine Anordnungen pünktlich auszuführen¹.

¹ Ich habe versucht, die Grenzen der Wochenpflegetätigkeit hier festzusetzen. Leider liegen staatliche Verordnungen noch nicht oder nur ganz vereinzelt vor. Es wäre also wünschenswert, daß in allen Freistaaten, ähnlich wie dies in Baden, in Hamburg, in der Provinz Westfalen und auch im (früheren) Großherzogtum Hessen (Verf. vom 24. November 1911) bereits geschehen ist, eine Dienstankündigung über die Tätigkeit der Pflegerinnen erlassen würde, welche die Befugnisse der Pflegerin, insbesondere der Hebamme gegenüber, scharf abgrenzt, besser noch allerdings auf reichsgesetzlichem Wege, wobei Einzelbestimmungen den Teilstaaten ja überlassen bleiben können. Dabei müßte auch die soziale Stellung der Pflegerin genügend berücksichtigt sein.

Erster Teil.

I. Pflege der gesunden Wöchnerin.

Ist auch die Wöchnerin nicht als eine Kranke anzusehen, so bedarf sie doch, wie aus dem früher Gesagten hervorgeht, wenigstens für die ersten Tage sorgfältigster Pflege und im allgemeinen auch für die Zeit der Rückbildung der Geschlechtssteile noch der Schonung. In erster Linie kommt es daher bei der Pflege auf körperliche und geistige Ruhe an; ein richtig abgewartetes Wochenbett schützt vor späteren Erkrankungen, während sich an schlecht abgewartete Wochenbetten leicht langwierige Frauenleiden anschließen können. Die Rückbildungsvorgänge sind besonders zu berücksichtigen, schon hinsichtlich der an und in den Geschlechtssteilen vorhandenen Wunden und deren Abheilung; in dieser Hinsicht muß die Reinlichkeit, d. h. die Fernhaltung (Asepsis) von krankheits-erregenden Keimen, besonders Eiterkeimen, sowie die Vernichtung vorhandener (Antisepsis) obenan gestellt werden. Wundheilung und Rückbildung der Gebärmutter mit ihren Anhängen sind eben die bei der Pflege zu beachtenden wichtigsten Vorgänge im Wochenbett.

Schon bei der Geburt muß durch peinliche Beobachtung der Reinlichkeit dafür gesorgt werden, daß in die bei dem Geburtsvorgang entstandenen Wunden keine Keime hineingelangen; nur dies allein kann ja einen gesundheitsmäßigen („normalen“) Verlauf des Wochenbettes garantieren; aber auch nach der Geburt ist noch eine Verunreinigung der etwa vorhandenen Wunden denkbar. Macht sich die Erkrankung einer Wunde in den meisten Fällen, wie auf S. 64 geschildert wurde, durch Temperaturerhöhung (Fieber) geltend, so ist eben auch bei gesunden Wöchnerinnen die peinliche gewissenhafte Temperaturmessung die einzige Möglichkeit, zu entscheiden, daß der Verlauf des Wochenbettes, also der Wundheilung, ein gesundheitsgemäßer, regelmäßiger ist oder nicht.

Berücksichtigung findet weiterhin die Gefahr der Blutungen, die ja entstehen, falls aneinanderliegende Wunden wieder zum Klaffen ge-

langen, oder Blutgerinnsel, welche die offenen Blutgefäße, z. B. an der Mutterkuchenstelle (Abb. 26, S. 32) verstopfen, sich losreißen sollten; dies kann nur durch strengste Ruhe, d. h. Bettruhe, verhütet werden.

Die Beobachtung einer zweckmäßigen, aber kräftigen Ernährung ist weiterhin unerlässlich; eine besondere Diät, die sog. Wöchnerinnendiät, ist allerdings nicht notwendig. Im Zusammenhang damit steht die Sorge für regelmäßige Entleerung von Blase und Mastdarm, deren Überfüllung sowohl die Rückbildung der Geschlechtsteile als auch das Allgemeinbefinden wesentlich stören kann. Schließlich kommt noch eine gehörige Pflege der Brüste bezüglich des Stillgeschäftes hinzu. Der Kernpunkt liegt aber immer in einer sorgfamen Beobachtung bei der Geburt und der Fernhaltung von Wundkeimen bei derselben; dann kann auch die Aussicht für einen gesundheitsmäßigen Verlauf des Wochenbetts nicht fehlen. Von wesentlicher Bedeutung für eine gewissenhafte Pflege ist es andererseits, jegliche Störung im Wochenbett frühzeitig zu erkennen und alsdann den Arzt frühzeitig davon zu benachrichtigen, nur dann kann auch bei vorhandener Erkrankung eine wirksame Hilfe erwartet werden.

Betrachten wir im einzelnen die Pflege der Wöchnerin, so kommt die Sorge für körperliche und geistige Ruhe der Wöchnerin in erster Linie in Betracht. Nach altem Brauch hat etwa die Wöchnerin 8—9 Tage das Bett zu hüten und, soweit wir durch reichliche Erfahrungen wissen, hat diese Vorschrift für die Praxis auch vollkommen Berechtigung¹. Die Vergrößerung der Gebärmutter, die Schaffung der Scheide, des Beckenbodens und der Gebärmutterbänder würden bei frühzeitigem Aufstehen dauernde Schädigungen der Gesundheit (Senkung und Vorfall der Scheide, lange dauernder blutiger Wochenfluß u. a.) zur Folge haben, aber auch von der Mutterkuchenstelle aus, wo eben erst die offenen Bluträume durch Blutgerinnselbildung verstopft wurden,

¹ Das „Frühaufstehen“ der Wöchnerinnen wird sich in der allgemeinen Praxis deshalb nicht durchführen lassen, weil Frühaufstehen meist, wie man auf dem Lande oft erleben kann, als gleichbedeutend mit frühzeitigem Arbeiten angesehen wird. Für Kliniken bietet bei genauer ärztlicher Beobachtung das frühere Verlassen des Bettes zweifellos große Vorteile (raschere Erholung, ungestörte Urinentleerung), für die Praxis halte man jedoch an der alten Regel fest, den Wöchnerinnen Bettruhe (hier gleichbedeutend mit: Warnung vor körperlichen Anstrengungen und vor Früharbeiten anzuzurufen!) Jedenfalls hat hier im Einzelfalle der Arzt zu entscheiden. Auch das neue Preuß. Hebammenlehrbuch (1928) schreibt 9 Tage Bettruhe vor.

könnte durch Losreißen eines solchen Blutpfropfens eine schwere, sogar lebensgefährliche Blutung entstehen. Im allgemeinen ist bei der Bettruhe in den ersten zwei bis drei Tagen die Rückenlage einzuhalten, jedoch spätestens von Mitte der ersten Woche ab die Lage zu wechseln und die Seitenlage zu bevorzugen, auch kann man beruhigt leichte, vorsichtige Bewegungen im Bett gestatten, so z. B. gymnastische Übungen bestimmter Muskelgruppen (der Bauchmuskeln, der Muskeln des Beckenbodens, des Aftereschließmuskels). Von Zeit zu Zeit kann man das Becken heben und senken lassen. Die Beine können vorsichtig gebeugt und gestreckt werden. Ebenso sind Atemübungen (tiefes Ein- und Ausatmen) zu empfehlen. Genügende Bewegungsfreiheit muß also der Wöchnerin gestattet werden!

Gestatten die Verhältnisse die Wahl eines besonderen Wochenzimmers, so suche man ein möglichst ruhig gelegenes, geräumiges und luftiges aus; wie im Krankenzimmer betrage auch hier die Temperatur 17—19° C; es herrscht noch vielfach der Aberglaube, Luft und Licht von den Wochenzimmern möglichst fernzuhalten; dies ist durchaus falsch; Zugluft darf allerdings nicht aufkommen, da ja durch die reichliche Hautausdünstung und Schweißabsonderung eine Wöchnerin auch zu Erkältungskrankheiten neigt. Die Lüftung läßt sich daher zweckmäßig im Nebenzimmer herstellen. Auf den Ofen stelle man eine Schüssel mit Wasser zum Verdampfen oder mit Lösung von hypermangan-saurem Kali zur Reinhaltung der Luft. Riechmittel, welche oft gerade Kopfschmerzen verursachen, sind zu vermeiden. Im Zimmer darf natürlich niemals Wäsche getrocknet werden; die Luft muß unbedingt rein erhalten bleiben. Auch sind Polstermöbel, Teppiche u. ä., also Staubfänger, aus dem Wochenzimmer zu entfernen.

Das Bett stehe mit dem Kopfe an der Wand und sei von beiden Seiten frei zugänglich. Das Lager bestehe aus einer festen, dreiteiligen Matratze, welche durch geeignete Unterlagen vor Durchnässung zu schützen ist (vgl. Abb. 39, S. 60). Federbetten sind ungeeignet. Das die Matratze bedeckende Leintuch muß sorgfältig glatt gelegt werden, auch darf das Hemd keine Falten bilden. Unter das Gefäß lege man eine Zellstoffunterlage. Die Bedeckung sei leicht; schwere Federdecken steigern unnützlich die Schweißabsonderung, damit aber auch die Gefahr der Erkältung.

Zum Umkleiden darf nur vorher erwärmte und vollkommen trockene Wäsche benutzt werden; zuvor ist es meistens notwendig, die Haut von dem anhaftenden Schweiß mit erwärmten Tüchern tüchtig abzureiben, sonst kann gerade dabei leicht Erkältung eintreten. Aus Gründen der

Reinlichkeit darf vom zweiten Tage ab recht oft, womöglich täglich, unbesorgt Wäschewechsel vorgenommen werden. Hände und Gesicht der Wöchnerin werden gründlich gereinigt. Das Haar muß täglich sorgfältig geordnet werden. Das Bettmachen geschehe vorsichtig, ohne daß dabei die Wöchnerin aufsteht. Steht ein zweites Bett zur Verfügung, so kann man indessen die Wöchnerin in dieses, welches vorher hergerichtet und erwärmt werden muß, herüberheben; dies ist sehr wohlthuend für die Wöchnerin, aber wegen der dabei doch unvermeidlichen Erschütterung nur mit Vorsicht vorzunehmen. Mit Rücksicht auf die reichlichen Absonderungen aus den Geschlechtssteilen muß das Bett, wie erwähnt, mit genügend Unterlagen versehen sein; unter dem Bettuch ist ein großes vieredriges Wachstuch oder Gummituch anzubringen, damit das Unterbett nicht verunreinigt wird. Denn nirgends gedeihen Keime, unschuldige wie gefährliche Krankheitskeime, so leicht, als auf menschlichen Absonderungen; aus diesem Grunde muß der stets abfließende Wochenfluß mindestens zehn Tage lang auf besonderen Vorlagen (z. B. Vorlagemullfäßchen) aufgefangen werden; dieselben sind so oft als möglich zu wechseln. Dabei muß die Pflegerin jegliche Berührung mit dem Wochenfluß möglichst vermeiden¹. Zu Vorlagen kann man auch eine dicke Lage reiner Verbandwatte benutzen. Die durchtränkten Wattedorlagen müssen mindestens 4—6 mal am Tage durch neue ersetzt werden. Die Vorlagefäßchen bzw. Wattebüschel sind locker vor die äußeren Geschlechtssteile gegen den After hin einzuschieben, durch ein Stopftuch in ihrer Lage zu erhalten und bei jeder Besorgung der Wöchnerin auf Farbe, Menge und Geruch des Wochenflusses zu prüfen. Ein Auseinanderziehen der Schamlippen ist strengstens verboten! Gebrauchte Wattebüschel wie Fäßchen sind aus dem Wochenzimmer zu entfernen und sofort zu verbrennen.

Wochenbesuche sollten innerhalb der ersten zwei Wochen mit Rücksicht auf die leichte Erregbarkeit des Nervensystems der Wöchnerin unbedingt vermieden, jedenfalls eingeschränkt werden; insbesondere muß man gegen den noch auf dem Lande bestehenden Brauch (besser gesagt Unfug!), daß unmittelbar nach der Geburt des Kindes die nächsten Verwandten und Nachbarnfrauen sich von dem Befinden der Wöchnerin überzeugen wollen und je nach Bedürfnis auch klagen, energisch ent-

¹ Zum Wegnehmen der Vorlage muß sich die Pflegerin einer Wochenpflegepinzette bedienen, wie sie in Hessen vorgeschrieben ist, oder auch der in Preußen eingeführten Kornzange.

gegentreten. Nicht nur um der Wöchnerin Aufregungen zu ersparen, sondern auch, weil auf diese Weise Krankheiten hereingeschleppt werden können, darf diese Unsitte nicht weiter bestehen! Denn die Übertragung ansteckender Krankheiten (Scharlach, Diphtherie, Angina, Rose, Grippe u. a.) ist, wie auch dem Laien hinlänglich bekannt, bei einer Wöchnerin ganz besonders zu befürchten.

Bei jeder Wöchnerin finden sich an den Geschlechtssteilen allenthalben, in Abheilung begriffene Wunden, die, wenn sie auch noch so klein sind, durch Verührung mit unreinen Stoffen zu schwerer Erkrankung Anlaß geben können. Frische Wunden sind ja nur bei der Geburt vorhanden und hier ist, zur Vermeidung der Ansteckung, also des gefürchteten Wochenbettfiebers, wie oben gesagt wurde, schon bei der Geburt vorzuzorgen, d. h. alles, was mit den inneren und äußeren Geschlechtssteilen in Verührung kommt, muß unbedingt keimfrei sein. Wenn hier jede Verunreinigung der Wunde ausgeschlossen war, dann ist auch die Aussicht auf einen gesundheitsgemäßen Verlauf des Wochenbetts vorhanden, vorausgesetzt, daß auch die Pflegerin sich in der Wartung der Wöchnerin peinlichster Reinlichkeit befleißigt; denn auch die frisch verklebten Wunden des Geschlechtskanals, von der Gebärmutterhöhle bis zum Scheideneingang herab, dürfen niemals berührt werden! Alles was mit demselben in Verührung kommt, also Vor- und Unterlagen, muß sauber, keimfrei sein, also: strengste Asepsis im wahren Sinne des Wortes; eine Wöchnerin soll überhaupt nicht unnützlich berührt werden! Durch Vernachlässigung seitens der Pflegerin kann hierbei auch nach der Geburt noch die Wöchnerin schwer gefährdet werden. Bei starker, besonders blutiger Absonderung sind die Vorlagen um so häufiger zu wechseln, weil diese sich erfahrungsgemäß an der Luft sehr rasch zersetzt und so für Wundkeime einen guten Nährboden abgibt.

Wird der gesundheitsgemäße „normale“ Verlauf, wie schon öfters betont, in der Hauptsache allein durch eine „aseptische“ Leitung der Geburt, insbesondere durch peinlichste Beobachtung der Desinfektionsmaßregeln garantiert, so läßt er sich andererseits, wie gesagt, mit Sicherheit einzig und allein nur erkennen und beweisen durch eine genaue Temperaturmessung. Eine gesunde Wöchnerin hat normale Temperatur morgens wie abends; dies läßt sich einzig und allein nur durch Einlegen des Thermometers in die Achselhöhle (s. o.) erkennen. Diese hier gewonnenen Temperaturen sind bis zum zehnten Tage täglich für Vor- und Nachmittags aufzuschreiben, in die Temperaturkurve einzu-

tragen und ohne Verlangen dem Arzte mitzuteilen¹; denn in erster Linie hat der Arzt an der Hand der Temperatur einen Überblick über den Verlauf des Wochenbetts; jeder geübte Arzt kann sich dann bei einer Abweichung in der Temperatur vermittlels der „Temperaturkurve“ leicht ein Bild über den Verlauf des Wochenbettes machen. Ist 38° und mehr erreicht, so ist davon dem Arzte Mitteilung zu machen, damit er frühzeitig von der Störung erfährt und die etwaige Erkrankung von Anfang an beobachtet. Auch „erhöhte Temperatur“ (37,6—37,9) besonders am Vormittag, mahnt zur Vorsicht. Nur die genaue Beobachtung durch den Arzt kann hier entscheiden, um was es sich handelt. Aus diesem Grunde sind ja auch die Hebammen verpflichtet, bei Temperaturerhöhung alsbald den Arzt zu benachrichtigen.

Hand in Hand mit der Beobachtung der Temperatur geht diejenige des Pulses. Wie wir sahen, hält er sich in normalen Grenzen (80 im Durchschnitt in der Minute) und ist bei manchen Wöchnerinnen (selten!) (auf 60 oder 50, selbst 48 Schläge mitunter) verlangsamt, ein immer günstiges Zeichen; hochgradige Pulsbeschleunigung kann zwar durch Aufregungszustände verursacht sein, ist aber stets, wenn hohes Fieber dazukommt, von übler Bedeutung. Das Zählen des Pulses geschieht an der Speichenschlagader (radialis) und muß jeder Pflegerin bekannt sein; diejenigen, welche keine Uhr mit Sekundenzeiger besitzen, bedienen sich zweckmäßig einer Sanduhr, welche gerade eine Minute anzeigt; es gibt auch solche, welche $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{4}$ Minute anzeigen, hier muß die gefundene Zahl mit zwei oder mit vier multipliziert werden; z. B. 16 Schläge in $\frac{1}{4}$ Minute würden eine Pulszahl von $16 \times 4 = 64$ ergeben. Bei starker Beschleunigung des Pulses muß, auch wenn die Temperatur normal ist, gleichfalls der Arzt benachrichtigt werden.

Von besonderer Wichtigkeit hinsichtlich der Rückbildung der Gebärmutter ist die regelmäßige Entleerung der benachbarten Teile, d. s. Harnblase und Mastdarm. Wenn wir auch in den ersten zwei bis drei Tagen dem Mastdarm, welcher ja vor der Geburt tüchtig entleert wurde, Ruhe gönnen, so ist doch auf eine regelmäßige (mindestens zweimalige am Tage) Entleerung der Harnblase schon vom ersten Tage

¹ Die Temperaturzettel sind sorgfältig aufzubewahren; hier gilt für die Pflegerinnen die gleiche Vorschrift, wie sie für Hebammen besteht. Unter Umständen müssen dieselben, wie z. B. bei schwerer Erkrankung an Wochenbettfieber, dem zuständigen Kreis- oder Bezirksarzt auf Verlangen vorgelegt werden. Sehr zweckmäßig dafür sind die sog. Temperaturkurven.

an zu achten, weil erfahrungsgemäß Wöchnerinnen nur geringen oder gar keinen Drang zum Urinlassen verspüren. Wird die Harnblase aber nicht entleert, so kann vermöge der Ausdehnungsfähigkeit der jetzt schlaffen Bauchwandungen eine starke Überfüllung der Blase eintreten; dies hindert aber wieder die Gebärmutter an ihrer fortschreitenden Verkleinerung. Manche Frauen sind nun nicht imstande, im Liegen (bei ruhiger Rückenlage) Urin zu lassen; andere unterdrücken wieder unwillkürlich die Urinentleerung, da sie infolge der an der Harnröhrenmündung durch die Geburt entstandenen feinen Quetschwunden sehr schmerzhaft ist, wieder andere vermögen keinen Urin zu lassen, weil die Harnröhre und die Gegend des Blasenhalbes durch die Geburt starke Quetschung und Anschwellung erfahren hat; es gehört dies zwar schon zu den leichten Störungen des Wochenbetts (darüber s. u.), muß aber, da es nicht selten vorkommt, schon hier besprochen werden. Dieser Zustand der Urinverhaltung hält in der Regel nicht sehr lange an, meist nur 1—2 Tage (vgl. S. 38). Eine Urinentleerung muß stattfinden; in manchen seltenen Fällen hilft vielleicht das leichte Aufrichten des Oberkörpers der Wöchnerin, leichter Druck von außen auf die Harnblase, auch ein warmer Umschlag auf diese Gegend oder die Wärme, welche aus der mit warmer, am besten aromatischer Flüssigkeit (z. B. Kamillenaufguß) gefüllten Bettwanne entströmt, zur Urinentleerung; erst wenn dies nicht zum Ziele führt, darf man zur künstlichen Entleerung der Harnblase schreiten.

Dieselbe ist nicht einfach und nicht ungefährlich, weshalb die Pflegerin darin sehr geübt sein muß. Wir bezeichnen sie mit Katheterismus. Mit dem neu-silbernen Katheter (seltener einem weichen Gummikatheter) wird der Urin aus der Blase entleert. Dieser Katheterismus muß jedoch unter streng antiseptischen Maßnahmen vor sich gehen (siehe auch im Anhang darüber): nachdem die Pflegerin Hände und Vorderarme gründlich desinfiziert hat, lege sie den vorher ausgekochten Katheter in abgekochtes Wasser oder die Desinfektionslösung, halte mit zwei, in Desinfektionslösung getauchten Wattebäuschchen die Schamlippen auseinander, tuppe mit einem in Desinfektionslösung getauchten Wattebausch die äußere Harnröhrenmündung ab, um nichts von außen, etwa den anhaftenden Wochenfluß in die Blase zu bringen, und führe behutsam, ohne irgendwie Gewalt anzuwenden, den Katheter durch die Harnröhre in die Harnblase ein. Das Einführen muß unbedingt unter Kontrolle des Auges geschehen. Alsdann fließt in der Regel sofort der Urin im Strahle ab. Ist der Urin abgeflossen, so verschließe man mit dem Daumen die Ausflußöffnung des Katheters und führe ihn ebenso vorsichtig wieder heraus. Die Entleerung muß einerseits vorsichtig geschehen, damit nicht beim Einführen des Katheters Verletzungen entstehen, andererseits mit der nötigen Reinlichkeit, damit nicht durch Hineinbringen von Keimen eine Entzündung der Harnblase, sog. Blasenkatarrh (Cystitis), entsteht. Da der Katheterismus der Wöchnerinnen nicht ungefährlich, mitunter recht schwierig ist und große Übung

voraussetzt, so überlasse sie ihn zweckmäßiger der Hebamme bzw. dem Arzt oder führe ihn nur auf Anordnung des Arztes oder unter Aufsicht desselben aus. Der Katheter ist auch nach dem Gebrauche sorgfältig auszuwaschen und in einem keimfreien Tuche aufzubewahren. — Wiederholter Katheterismus ist wie der Hebamme so auch der Pflegerin verboten, da hierdurch außerordentlich geschadet wird, indem Keime in die Blase und von da sogar in den Harnleiter verschleppt werden können; dadurch können langwierige Blasen- oder auch Nierenbedentzündung (Pyelitis) entstehen. Wenn also am zweiten oder dritten Tage die Wöchnerin nicht von selbst Urin lassen kann, muß unbedingt der Arzt gerufen werden, welcher über die weiteren Maßnahmen zu entscheiden hat.

Für eine reichliche Stuhlentleerung sorgt man in der Regel erst am dritten, spätestens am vierten Tage des Wochenbetts; wenn möglich soll sie ohne alle Hilfsmittel geschehen; erfolgt jedoch von selbst keine Entleerung, so darf die Pflegerin zur Unterstützung derselben ein sog. Klistier (siehe darüber im Anhang) geben, worauf meist der Stuhl erfolgt. Auch das Klistiergeben erfordert Übung und Geschicklichkeit. Abführmittel sollte die Pflegerin ebensowenig als die Hebamme selbständig verordnen oder verabreichen¹. Hat ein Klistier keinen Erfolg, so ist der Arzt sofort zu benachrichtigen. Ist einmal die Stuhlentleerung erfolgt, so muß sie in den folgenden Tagen durch geeignete Diät (gekochtes Obst, Kompott) in Gang gehalten werden; spätestens alle zwei Tage sollte Stuhl erfolgen. Während der folgenden Wochen muß immerhin noch hier und da mit einem Klistiere nachgeholfen werden.

Besonderer Sorgfalt bedürfen die äußeren Geschlechtssteile, zumal sie durch den beständig abfließenden Wochenfluß verunreinigt werden. Der Wochenfluß an sich ist auf Farbe, Menge und Geruch zu untersuchen. Um das Bett vor Beschmutzung durch denselben zu schützen, müssen, wie schon oben erwähnt, vor die Geschlechtssteile Vorlagen gelegt werden, die so oft als möglich zu wechseln und durch neue zu ersetzen sind. Jeden Morgen und Abend sind die Geschlechtssteile mit lauwarmem, gründlich durchgekochtem Wasser (in Ermangelung desselben mit Desinfektionslösung) abzuspülen; diese Abspülung ge-

¹ Das beste und ungefährlichste Abführmittel ist Rizinusöl. Dies ist auch das einzige, welches der Hebamme zu geben (preuß. Hebammenlehrbuch 1928 S. 206) erlaubt ist. Mit einer einmaligen Gabe von einem Eßlöffel Rizinusöl kann schließlich auch seitens der Pflegerin nicht geschadet werden. Wiederholte Rizinusgaben sind verboten. Durch leichtes Anwärmen läßt sich das Rizinus leichter nehmen, auch kann man es in sehr warmem schwarzem Kaffee verrührt geben oder solchen nachtrinken lassen, ebenso durch Einrühren in Bierseum, Zitronensaft, Rognak, Portwein oder auch in heißer Milch. Andere Abführmittel zu geben ist der Pflegerin wie der Hebamme strengstens verboten!

schiebt auf einer ebenso gründlich gereinigten Bettchüssel¹. Zum Abtrocknen benutzt man feuchte ausgebrückte Wundwatte, niemals einen Schwamm! Eine Berührung der Geschlechtsteile mit den Fingern ist, wie schon S. 75 hervorgehoben wurde, der Pflegerin strengstens untersagt! Ausspülungen der Scheide werden im allgemeinen bei gesunden Wöchnerinnen nicht gemacht; solche sind nicht nur überflüssig, sondern unter Umständen sehr schädlich. Die Pflegerin darf sie also niemals selbständig, sondern nur ausnahmsweise auf besondere Anordnung des Arztes hin ausführen (siehe darüber im Anhang). Sobald der Wochenfluß in bezug auf seine Beschaffenheit, besonders Geruch, Änderungen zeigt, muß alsbald dem Arzte Anzeige davon gemacht werden; übelriechender oder stinkender Wochenfluß ist fast immer ein bedenkliches Zeichen, mag es sich um einfache Zersetzung desselben, um Verhaltung von Blut, Eihaut- oder Mutterkuchenresten oder um Entzündung der inneren Geschlechtsteile handeln. Aber auch lang anhaltender blutiger Wochenfluß muß dem Arzte gemeldet werden, wie überhaupt die Pflegerin dem Arzte bei jedem Besuche die Vorlagen vorzeigen muß bzw. genauen Bericht zu erstatten hat. Etwa durch Blut verklebte Schamhaare sind abzuschneiden.

Reinlichkeit — Asepsis im wahren Sinne des Wortes — ist das allererste Erfordernis in der Pflege der Wöchnerin. Sie muß sich aber nicht einseitig auf die Geschlechtsteile erstrecken, sondern auch auf den übrigen Körper der Wöchnerin. Das Gesicht ist zu waschen, aber auch die Finger der Wöchnerin, welche beim Stillgeschäft ja mithelfen, sind sorgfältig abzuwaschen, die Nägel sind zu kürzen und gründlich zu reinigen. Bei Berührung der Brustwarze oder der hier oft vorhandenen kleinsten Schrunden mit schmutzigen, etwa von Wochenfluß verunreinigten Fingern kann eine Entzündung der Brustdrüse entstehen.

Auch auf das Verhalten der Bauchdecken muß genau geachtet werden; um eine bessere Rückbildung derselben zu befördern, binde die Pflegerin den Leib zunächst mittelst eines einfachen Handtuchverbandes; auf diese Weise wird die straffe Beschaffenheit rascher wieder erworben und der

¹ In Hebammenlehrbüchern (vgl. preuß. Hebammenlehrbuch 1928 u. a.) sind Abspülungen mit abgekochtem Wasser oder mit Desinfektionslösung vorgeschrieben. Zu solchen eignet sich Sagrotan (5 : 1000), Lysoform, besonders aber Chloramin (2 g zu 1000) oder auch Wasserstoffsuperoxyd (2—3 Eßlöffel zu 1000). In Hessen ist zwar die dünne Sublimatlösung (0,5 : 1000) noch erlaubt, manche Frauen sind aber gegenüber Sublimat sehr empfindlich. Wie schon erwähnt, darf Sublimat jedoch niemals zu Ausspülungen benutzt werden wegen der Gefahr der Sublimatvergiftung (vgl. S. 52).

so lästigen Senkung und Verschiebung der Därme hinter den nachgiebigen Bauchdecken, bzw. dem Hängebauch vorgebeugt¹. Dies kann aber nur dann erreicht werden, wenn der Unterleib nicht nur die ersten Tage (also auch nach dem ersten Aufstehen, mag es spät oder früh geschehen!), sondern noch mehrere Wochen hindurch gebunden wird, zumal beim Aufsitzen und bei der aufrechten Stellung die Bauchdecken um

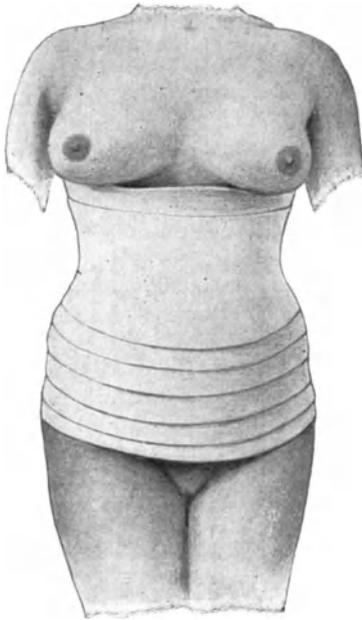


Abb. 41. Wochenbettbinde aus weichem Gummistoff (20 cm breit und 6 m lang). (Aus Baum, Grundriß der Geburtshilfe.) Dieselbe wird morgens und abends von der Hüfte bis zum Brustkorb in mehrfachen Touren um den Leib gelegt und straff angezogen.

so mehr belastet werden; dafür dient wiederum vorerst der Handtuchverband und später eine gut sitzende Leibbinde², welche gerade für die Frauen der arbeitenden Klassen einen nicht zu unterschätzenden Vorteil gewährt, und zwar wiederum vom ersten Tage des Aufstehens an! Am besten tragen solche Frauen mindestens $\frac{1}{4}$ Jahr lang oder länger eine Leibbinde.

Das erste Aufstehen der Wöchnerin wird im allgemeinen bei gesundheitsmäßigem Verlauf erst nach dem achten oder neunten Tage (im Durchschnitt am zehnten Tage) gestattet (wenngleich ganz ausnahmsweise schwächlichen, zarten Frauen, wenn es die Verhältnisse gestatten, ein noch längeres Liegen anzuraten ist). Im Einzelfalle entscheidet hier, wie oben erwähnt, der Arzt (vgl. S. 72 Anm.)! Die Wöchnerinnen ohne

¹ Zur Stärkung der Bauchdecken wird vielfach, wie oben erwähnt, eine leichte Gymnastik der Bauchmuskeln empfohlen, z. B. vom ersten Tag ab mehrmals die Bauchmuskeln möglichst einzuziehen. Über diese und ähnliche, nicht unzweckmäßige Übungen, die in mäßigen Grenzen auszuführen sind, entscheidet der Arzt. Im allgemeinen ist man ja geneigt, wie S. 73 hervorgehoben wurde, jetzt etwas mehr Bewegungsfreiheit der gesunden Wöchnerin zu gestatten, doch sind brüste Bewegungen, auch mit den Beinen, natürlich zu vermeiden!

² Sehr geeignet für die ersten Tage des Wochenbettes ist das Binden des Leibes mit der indischen „Gurita“; diese besteht aus einem doppelten Leinwand-

Grund noch länger liegen zu lassen, hat gar keinen Zweck, da leicht der Appetit darunter leidet und die Stuhlentleerung sehr träge wird. Mitunter ist das erste Verlassen des Bettes, wie nach längerer Bettruhe überhaupt, mit leichten Störungen im Allgemeinbefinden der Wöchnerin verknüpft, besonders leichten Ohnmachtsanwandlungen infolge des Aufrechthaltens oder Stehens; die Pflegerin sorge in der Beziehung vor und gestatte, für den ersten Tag nur $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde nach einer Mahlzeit außerhalb des Bettes in einem bequemen Lehnstuhl zuzubringen, an den folgenden Tagen nach und nach etwas länger außer Bett zu bleiben und nur allmählich Gehversuche zu machen, sorge aber dafür, daß die Wöchnerin noch mehrere Stunden am Tage, morgens oder nach dem Mittagessen, liege. Blutiger Wochenfluß oder etwa nach dem Aufstehen sich zeigende Blutungen verbieten von vornherein weiteres Aufstehen und müssen dem Arzt gemeldet werden. Ebenso muß das Aufstehen aufgeschoben bzw. der Arzt benachrichtigt werden, wenn eine ungewöhnliche Pulsbeschleunigung oder gar Fieber vorhanden ist. Auch ist jedes plötzliche Aufrichten oder Bücken zu vermeiden. In solchem Falle kann durch Lungenschlag, d. h. Losreißen eines Blutgerinnsels und Verschleppung in die Lungen Schlagader (Lungenembolie) der Tod plötzlich eintreten.

Die Wöchnerin darf das Zimmer in der warmen Jahreszeit nicht vor Ablauf der zweiten Woche, in der kalten nicht vor Ablauf der vierten Woche verlassen¹. Der noch vielfach auf dem Lande

tuche, dessen innere Blätter fest angezogen werden, über welche aber die äußeren, gespaltenen, so fest als möglich geknüpft werden. Solche Binden sind auch in Deutschland jetzt käuflich und verbessert worden. Diese Binden sind billig, lassen sich leicht waschen und haben sich sehr bewährt. Die Scheue vor dem festen Binden des Leibes ist übrigens durchaus ungerechtfertigt. Ebenso ist zu empfehlen die sog. Idealbinde, eine 20—30 cm breite Binde, die aus einem elastischen porösen Baumwollgewebe, einer Art Krepp, besteht. Durch diese kann man einen sehr festen Druck ausüben; sie braucht nur alle 24 Stunden erneuert zu werden. Immerhin sei vor zu starker Kompression gewarnt, da sonst leicht der Blutkreislauf gestört werden kann! Andere gut waschbare Wochenbettbinden sind jetzt allenthalben zu haben.

¹ Diese Forderung ist eine durchaus berechnete, leider aber nicht immer zu erfüllende. Bezüglich der häuslichen Beschäftigung sei vor schwerer Arbeit, Tragen schwerer Lasten, Garten- oder Landarbeit gewarnt. Für Fabrikarbeiterinnen ist durch das Arbeiterchutzgesetz insofern gesorgt, als nach § 137 des deutschen Reichsgesetzes (betr. Abänderung der Gewerbeordnung) vom 1. Juli 1891 schon bestimmt war, daß vor Ablauf von 6 Wochen nach der Niederkunft solche nicht beschäftigt werden dürfen. („Arbeiterinnen dürfen vor und nach der Niederkunft im ganzen während 8 Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis

übliche Brauch des ersten Kirchenbesuches nach der Entbindung als erster Ausgang ist nur dann zu gestatten, wenn die Wöchnerin sich schon an kühlere Luft etwas gewöhnt hat. Bewegungen, bei denen die Bauchmuskeln angespannt werden, z. B. Treppensteigen, schweres Heben, Maschinennähen u. a. müssen unbedingt noch vermieden werden. Geschlechtsverkehr ist erst frühestens nach vier Wochen gestattet. Das erste Bad nimmt die Wöchnerin mit Rücksicht auf die etwa eintretenden Blutungen am besten ebenfalls erst nach Ablauf der dritten oder Ende der vierten Woche. Leichte Beschäftigung im Hause ist erst nach Ablauf der

geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens 6 Wochen verlossen sind.“) — Aber schon in der Schwangerschaft muß, sofern möglich, die Beschäftigung eingeschränkt werden. Das neue Gesetz vom 16. Juli 1927 („Beschäftigung vor und nach der Niederkunft“) bestimmt bezüglich der Beschäftigung der weiblichen Arbeitnehmerinnen, die der Krankenversicherung unterliegen, daß schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft, wenn durch ärztliches Zeugnis nachgewiesen, die Arbeitsleistung verweigert werden kann (§ 2) („Schwangerenfürsorge“).

Einen besonderen Schutz genießt naturgemäß die Wöchnerin durch die sozialen Einrichtungen der letzten Jahre, die schon 1914 durch einen Erlaß des damaligen Bundesrats vom 19. Dezember 1914 angebahnt wurden. Laut Gesetz betr. Wochenhilfe vom 15. Dezember 1924 (abgeändert vom 9. Juli 1926) erhalten Versicherte (wenn mindestens 6 Monate in den letzten 2 Jahren oder im letzten Jahre versichert) als Wochenhilfe nach § 195 der Reichsversicherungsordnung: 1. bei der Entbindung oder Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei, Heilmittel und, falls erforderlich, ärztliche Hilfe; 2. als einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung den Betrag von 10 RM.; 3. Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, mindestens 0,50 RM. täglich für 4 Wochen vor und 6 Wochen nach der Niederkunft; 4. solange das Kind gestillt wird, als Stillgeld das halbe Krankengeld, also wenigstens 0,25 RM. täglich, bis zur 12. Woche einschließlich. — Nach § 195 b kann der Beitrag zu den Entbindungskosten von 10 auf 25 RM. erhöht, die Dauer des Wochengeldbezuges auf 13 Wochen und diejenige des Stillgeldbezuges auf 26 Wochen erweitert werden. Laut § 196 kann statt des Wochengeldes auch Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder auch Hilfe durch eine Hauspflegerin gewährt werden. Nach § 205a wird die Wochenhilfe auch Ehefrauen oder Töchtern der Versicherten gewährt, wenn sie in häuslicher Gemeinschaft leben und Anspruch laut § 195a ihnen nicht zusteht (vorausgesetzt [Punkt 3] Versicherung wenigstens 6 Monate vor der Niederkunft).

Somit ist heute die Fürsorge für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen laut Gesetz in weitgehendem Maße durchgeführt als 1. Wochenhilfe für weibliche Versicherte, 2. als Familienhilfe für Angehörige der Versicherten, 3. als Wochenhilfe für Minderbemittelte, die nicht versichert sind. Genauere Angaben erhält die Pflegerin bei den zuständigen Krankenkassen sowie den Wohlfahrtsämtern oder durch die beamteten Fürsorgegeschwestern. Nach den Bestimmungen der Kassen erhält jede Versicherte für die Entbindung eine Wochenpflegepaßung, welche außer Verbandstoffen (auch für Nabelbehandlung des Kindes) auch Desinfektionsmittel enthält.

zweiten Woche gestattet; gewerbliche Arbeit laut Gesetz erst nach sechs Wochen (s. u.).

Außer dem wichtigen Tage des Aufstehens, meist also dem neunten (bzw. zehnten), wurde noch der dritte von jeher als ein solcher angesehen, und zwar aus dem Grunde, weil zu dieser Zeit meistens die Milchabsonderung einsetzt („Einschießen der Milch“) und sich mitunter leichte Unpäßlichkeiten im Befinden der Wöchnerin (vor allem Spannung in den Brüsten) hier einstellen. Wir sahen schon oben, daß solche Beschwerden bald wieder verschwinden, daß diese Störungen aber niemals mit Fieber einhergehen. Ist dagegen Fieber da, so ist dieser krankhafte Zustand auf andere Ursachen zurückzuführen.

Die Kost der Wöchnerin sei von vornherein möglichst kräftig, aber leicht verdaulich; eine besondere Diät („Wöchnerinnendiät“) ist nicht notwendig; die Kost muß sich der Gewohnheit und dem Nahrungsbedürfnis der Wöchnerin ganz anpassen. Daß dabei eine Überfüllung des Magens durch unzumutbare Kost oder der früher so beliebten Suppen zu vermeiden ist, erscheint ganz selbstverständlich. Aus diesem Grunde ist sie im allgemeinen der Bettruhe entsprechend einzurichten und muß für die Tage bis zur ersten Stuhlentleerung natürlich eine leicht verdauliche sein; dazu ist ja auch das Nahrungsbedürfnis in diesen Tagen noch recht gering und mehr Verlangen nach Flüssigkeit vorhanden.

Ein Kostzettel für die ersten Tage würde daher im allgemeinen enthalten, einerlei, ob die Frau stillt oder nicht: vor allem abgekochte Milch (im allgemeinen genügen $\frac{3}{4}$ —1 l als Zusatz zur übrigen Nahrung), Milchcafee, Milchtee, je nach Bedürfnis kräftige Fleischbrühe, auch Milch- oder Schleimsuppen (Hafer- oder Gerstenschleim, am besten mit Fleischbrühe, auch Suppen von Grieß, Mehl, Sago u. a.). Dazu können etwas geröstete Brötchen oder Zwiebad (z. B. ist der Friedrichsdorfer Zwiebad eine beliebte Beigabe) gereicht werden. Als Getränk ist bei dem meist starken Durstgefühl schwacher Tee (kalter schwarzer Tee, Anis- oder Fencheltee) dem Brunnenwasser jedenfalls vorzuziehen, falls Milch dafür verabscheut wird; zu Wasser setze man etwas ausgedrückten Zitronensaft oder säuerlichen Fruchtsaft zu. Bezüglich des Weines muß betont werden, daß derselbe nur als vorübergehendes Erregungsmittel dienen soll und als Getränk nur mit Wasser verdünnt zu nehmen ist; an Nährkraft stehen einzig und allein die Milch und ihre Präparate unerreicht da. Erst nachdem am dritten Tage die erste Stuhlentleerung stattgefunden hat, gehe man zu kräftiger, gemischter, schmackhafter Kost über: hier kommen die mit Milch bereiteten Breiarten (Milch-, Reis-, Haferbrei usw.) und Hafer in verschiedener Bereitung in erster Linie in Betracht; vor allem aber Fleisch kann nur in Form von Braten, Ragout oder kräftigen Suppen gereicht werden; sehr beliebt sind von jeher für den dritten Tag die Kalbsmilcher (oder -brühen) oder Kalbsragout; zu den Fleischarten, welche im allgemeinen nicht zu fett sein sollten (Lauden- und Hühnerfleisch, aber auch Rindfleisch, Wildpret),

darf Kompott jeder Art zugegeben werden. Zur Anregung der meist noch lange etwas daniederliegenden trägen Darmtätigkeit ist der fortgesetzte Gebrauch der zuckerhaltigen Obstkompotts recht anzuraten. Auch Eier Speisen (weichgekochte Eier; Eigelb in Suppen, Wein oder Fleischbrühe verquirlt; Eieraufschlag) sind jetzt am Platze. Von geistigen Getränken gilt auch hier das oben Gesagte: starker Wein in kleinen Dosen nur als Erregungsmittel, im übrigen als Getränk nur mit Wasser (Brunnenwasser oder kohlensaures) verdünnt zu genießen; dagegen besteht meist schon früh reichliches Verlangen nach Bier. Im allgemeinen sollte Bier jedoch vor dem neunten oder zehnten Tage nicht gereicht werden; sehr beliebt und gut bekömmlich ist das Kulmbacher oder Köstritzer Schwarzbier. Dabei sollen jedoch geistige Getränke, Wein oder Bier, nur den daran gewöhnten Frauen gegeben werden, in kleinen Quantitäten, niemals im Übermaß, sonst können leicht Blutungen oder andere üble Folgen auftreten. Von weiteren stärkenden und durchaus unschädlichen Getränken verdient noch erwähnt zu werden der Kakaο, entweder der reine entölte Kakaο mit Milch und Zucker aufgekocht oder das kalkhaltige Calcaona (Marienfesbe bei Berlin), welches einfach mit heißem Wasser verrührt wird. Ebenso gut bekömmlich ist das, wie es scheint, etwas stillbefördernde Djenta (Promontawerke Hamburg). Schwer verdauliche blähende Speisen (Hülsenfrüchte) sollten bis auf weiteres noch vermieden werden. Kartoffeln sind vorerst nur in Form von Brei mit Milch zu geben. Stillende Frauen bedürfen naturgemäß einer besonders kräftigen und reichlichen Kost. Die gewöhnliche Alltagskost, sofern bekömmlich, ist auch hier die beste. Nichtstillende Frauen haben, solange die lästige vorübergehende Spannung der Brüste besteht, sich in Flüssigkeitszufuhr einzuschränken, ebenso Frauen, welche das Kind „entwöhnen“. Etwa Ende der zweiten oder in der dritten Woche kann man beruhigt zur gewohnten Kost übergehen. Einzelheiten bezüglich des Kostzettels überlasse man dem Arzte. Zu beachten bleibt jedenfalls, daß eine von Anfang an planmäßig durchgeführte kräftige Ernährung nicht nur den Appetit und auch die Darmtätigkeit, sondern auch die Stillfähigkeit anregt. Es ist dabei selbstverständlich, daß ein „Mästen“ (z. B. durch viele Suppen oder übermäßige Milchmengen, die nur Verstopfung und Verdauungsbeschwerden zur Folge haben) vermieden werden muß!

In den Bereich der Wochenpflege gehört noch eine sorgsame Pflege der Brüste und die Belehrung über das Stillgeschäft.

Im allgemeinen ist einerseits mit Rücksicht auf die Rückbildungsvorgänge und die Gesundung der Mutter, andererseits als die beste, billigste und zweckmäßigste Art der Ernährung des Kindes jeder gesunden Wöchnerin dringend zu raten, ihr Kind selbst zu stillen; jedenfalls muß ein Versuch gemacht werden, auch wenn es nur die ersten 8—12 Wochen durchzuführen sein sollte. Die große Mehrzahl der Mütter kann dies, leider mögen aber viele nicht, um nicht durch das lästige Stillgeschäft ihren gesellschaftlichen Verpflichtungen ganz entfagen zu müssen! Dieser letztere Standpunkt ist ganz und gar zu verwerfen¹. Auch die

¹ Die Untersuchungen an Entbindungsanstalten, wie die Erfahrungen der Praxis haben gezeigt, daß von einer zunehmenden Stillunfähigkeit nicht

Befürchtung, daß die Körper Schönheit durch das Stillen Not leide, ist völlig unbegründet. Die Mutter beachte, daß sie, wenn sie das Kind nicht selbst stillt, dessen Leben und Gesundheit aufs Spiel setzt¹, und wenn sie nicht vollständig zu stillen vermag, daß sie doch nebenbei dem Kind die Brust reichen kann (= Beistillen, Zwiemilchernährung). Über die Frage, ob eine Mutter nicht stillen kann oder darf, kann lediglich der Arzt entscheiden, nie die Hebamme, nie die Pflegerin!

Hat der Arzt sich dafür entschieden, daß ein Versuch des Stillens möglich und erlaubt ist, so sollte derselbe jedenfalls immer gemacht werden; mitunter tritt etwas später als gewöhnlich noch eine reichliche Absonderung ein.

Das erste Anlegen des Kindes geschehe erst, nachdem sich die Mutter von den Strapazen der überstandenen Geburt durch Schlaf völlig erholt hat, ungefähr 12—15 Stunden nach der Geburt, nicht aber, wie es oft in der Praxis geschieht, später. Die Gewohnheit mancher Hebammen und Wärterinnen, noch länger zu warten, etwa bis zum dritten Tage, und solange das Kind mit Zuckersüßwasser und Fencheltee zu „päppeln“, ist unbedingt zu verwerfen und für beide Teile schädlich! Hat das Kind auch beim ersten Anlegen noch nicht genügend Nahrung bekommen, so wird bald mit der Regelmäßigkeit im Anlegen und der zunehmenden Milchabsonderung an den folgenden Tagen reichlich Nahrung in den Brüsten vorhanden sein; durch Pünktlichkeit im Anlegen ist der erste Grundstein zur körperlichen Erziehung des

die Rede sein kann; wenigstens trifft dies für das Land nicht zu. Vielsach fehlt es mehr am guten Willen als am Können. Milchmangel ist recht oft auch die Folge einer fehlerhaften Stilltechnik. Fälle von absoluter Stillunfähigkeit sind außerordentlich selten. Die große Mehrzahl von Frauen kann das Kind stillen, wenigstens in den ersten Wochen. In den gebirgigen Gegenden Oberhessens stillt die größte Mehrzahl aller Wöchnerinnen, weit über 80, sogar bis 95 % der Frauen, und nach einem halben Jahr mehr als 60 % noch. Die Säuglingssterblichkeit ist demgemäß hier erheblich kleiner als in den anderen Provinzen Hessens und auch anderen Staaten (s. u. darüber). Auch hier zeigt sich wieder der Unterschied zwischen Land und Stadt. Immerhin ist es auch in den Städten in den letzten Jahren dank einer kräftigen und zielbewußten Stillpropaganda, für welche ebenso wie die Hebammen gerade die Pflegerinnen energisch eintreten sollen, etwas besser geworden.

¹ Auch ist zu beachten, daß durch das Stillen dem Kinde gewisse Schutzstoffe einverleibt werden, die gerade in der Vormilch enthalten sein sollen. Durch Tiermilch werden solche nicht übertragen; also sind künstlich genährte Kinder weniger geschützt und mehrlos gegenüber späteren Krankheiten. Außerdem enthält die Muttermilch außer den notwendigen Nahrungsstoffen sog. lebenswichtige Stoffe, Vitamine (d. i. Ergänzungsstoffe zum Gedeihen des Kindes).

Kindes gelegt. Sehr wesentlich ist, daß später die Brust immer gehörig entleert wird; denn die vollständige Entleerung ist das beste Mittel, die Brustdrüsenabsonderung anzuregen. Ungenügende Entleerung bringt erfahrungsgemäß die Absonderung bald zum Erlöschen. Im Durchschnitt lege die Mutter zunächst alle drei Stunden (später alle vier Stunden) an, auf die Zeit zwischen früh 6 Uhr bis abends



Abb. 42. Anlegen des Kindes. (Die Wöchnerin liegt auf der Seite, das Kind neben ihr; die freie Hand leitet die Brustwarze in den Mund des Kindes.) (Aus Trumpp, Säuglingspflege.)

10 Uhr verteilt, so daß in der Nacht zwischen abends 10 und morgens 6 Uhr Mutter und Kind Ruhe genießen. Die mit Vorliebe auf dem Lande gepflogene Gewohnheit, auch während der Nacht das Kind öfters zur „Beruhigung“ anzulegen, zumal wenn es durch Schreien unruhig wird, ist für die Mutter sehr schädlich und rächt sich in später folgenden Schwächezuständen¹.

¹ Andererseits kommt es vor, daß Frauen auf dem Lande wie auch in der Stadt, welche am Tage eine bestimmte Beschäftigung außer dem Hause (Fabrik, Berufsdienst) haben, nachts das Kind anlegen; dieses Nachtsstillen wirkt außer-

Von Wichtigkeit ist die Art und Weise, wie das Anlegen geschehen soll, die sog. Stilltechnik, weil vielfach gerade hierin der Erfolg des



Abb. 43. Richtige Haltung beim Stillen in späterer Zeit. Das r. Knie der auf einem niedrigen Stuhl sitzenden Frau steht so hoch, daß das Kind mit seinem Kopf während des Trinkens darauf ruhen kann. Die r. Hand stützt die Brust und hält sie mit Zeige- und Mittelfinger von der Nase des Kindes ab. (Aus Engel und Baum, Grundriß der Säuglings- und Kleinkinderkunde und -fürsorge.)

ordentlich schwächend auf den Körper ein. Hier könnte die Einrichtung von Fabriktruppen und Stillstuben, welche den werktätigen Frauen das Stillen während der Arbeitszeit ermöglichen, viel Gutes stiften. Nach dem Gesetz über die Beschäftigung vor und nach der Niederkunft vom 16. Juli 1927 muß laut § 3 der Arbeitgeber während 6 Monaten nach der Niederkunft die zum Stillen erforderliche Zeit bis zweimal eine halbe oder einmal eine ganze Stunde von der Arbeit freigeben.

Stillens begründet ist. Erststillende bedürfen bezüglich des Anlegens einer Anleitung durch die Pflegerin: die ersten Tage lege die Mutter das Kind einfach neben sich etwas zur Seite, halb auf die linke, wenn sie mit der linken Brust, auf die rechte, wenn sie rechts stillen will, gestützt durch untergeschobene Kissen. Vor dem Anlegen des Kindes hat sich die Mutter die Finger zu reinigen bzw. reinigen zu lassen, außerdem reinige sie die Warze mit gut abgekochtem Wasser oder

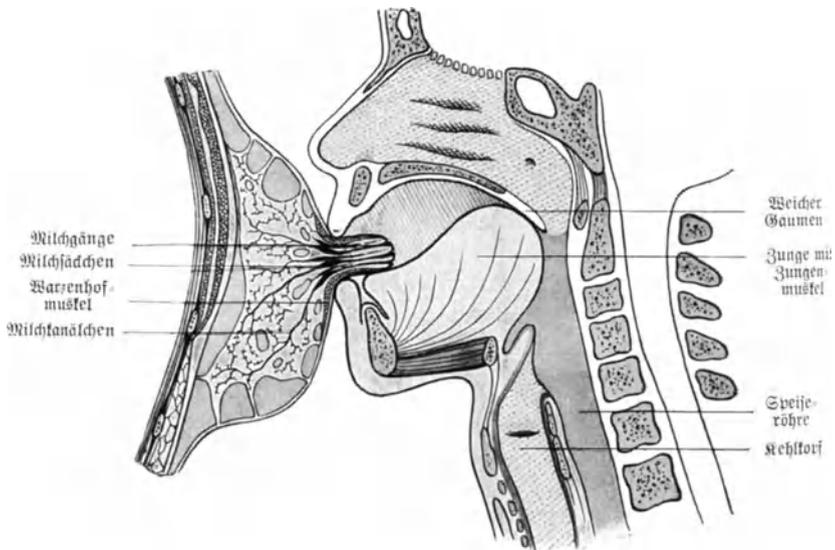


Abb. 44. Saugen des Kindes an der Brust. Umsassen der Brustwarze und auch des Warzenhofes durch die Lippen, Senkung der Zungenspitze, Bildung der Mundhöhle und eines luftleeren Raumes, dadurch Ansaugen der Milch. (Aus v. Jaschke-Bantow, Lehrbuch der Geburtshilfe.)

auch mit Borwasserlösung gründlich ab, fasse die Warze mit (wohlge-reinigtem!) Zeige- und Mittelfinger und schiebe sie dem Kinde in den Mund; die Brustwarze nebst dem Warzenhof wird alsdann begierig mit dem kindlichen Lippenfaum umfaßt. Beim Anziehen mit der Zungen-spitze übt das Kind auf dieselbe eine Saugbewegung (Abb. 44) aus; dies ist aber nur möglich, falls das Kind mit der Nase genug Luft bekommt. Es saugt und atmet zugleich. Während das Kind auf dem der Brust entsprechenden Arm ruht (vgl. Abb. 42), drängt die Mutter mit Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand die Brust in der Gegend des Warzen-hofes etwas herab, damit die Nase des Kindes frei wird. Hat das Kind

15, längstens 20 Minuten an der Brust gelegen (diese Zeit genügt für eine Mahlzeit)¹, so lege die Pflegerin es zur Seite und reinige auch nach dem Trinken die Warze von etwa anhaftenden Milchresten vermittlems eines in abgekochtes Wasser eingetauchten reinen Lappchens oder eines Wattebausches (niemals mit einem Schwamm!!). Von einer Reinigung der Mundhöhle des Kindes kann man dagegen unbesorgt absehen! Sehr zweckmäßig ist es, nach dem Trinken ein sauberes leinernes Brusttuch aufzulegen, welches häufig zu wechseln ist.

Zu Anfang bestehen recht oft mannigfache Stillchwierigkeiten, welche aber mit Geduld sich überwinden lassen. Wie das erste Anlegen, so erfordert das Stillgeschäft überhaupt große Geduld und Geschicklichkeit sowohl seitens der Mutter als auch der Pflegerin. Eine geübte Pflegerin kann hier mit Umsicht großen Nutzen stiften! Niemals soll der Stillversuch vorzeitig abgebrochen werden! Ist die Mutter erst außer Bett, so geht das Stillen meist auffallend besser. Sie setzt sich, wie Abb. 43 zeigt, bequem auf einen niedrigen Stuhl, den Rücken durch ein Kissen gestützt, und stellt die Füße auf einen Schemel oder ein Fußbänkchen. Das Kind ruht dabei auf den Schenkeln der Mutter und kann so die Brustdrüse erheblich besser entleeren.

In der allerersten Zeit können indessen Stillchwierigkeiten ganz verschiedener Art sich geltend machen, nicht nur von seiten der Brust, die mitunter schwer ergiebig ist — meist ein vorübergehender Zustand — sondern gerade seitens des Kindes. Manche Kinder sind geradezu trinkfaul, obwohl saugkräftig, lassen die Warze wieder los und schlafen ein; drückt man etwas Milch aus und klopft das Kind leicht, so geht das Trinken meist besser, insbesondere, wenn man die Stillpausen verlängert. Im Gegensatz dazu besteht bei anderen Kindern, z. B. bei schwächlichen (Zwillinge!) oder bei Frühgeburtskindern, Trinkschwäche. In anderen Fällen fassen die Kinder die Warze schlecht, zumal wenn sie schlecht fassbar ist.

Schlecht entwickelte Warzen, besonders Flach- oder Hohlwarzen, machen das Stillen doppelt schwer, sollten aber im allgemeinen nicht als Stillhindernisse angesehen werden. Bei flachen Warzen rät man zwar, mit wohlbesinfizierten Fingern die Brustwarze etwas emporzuziehen, damit sie vom Kinde gefaßt werden kann; wirksamer und unschädlicher als das Anfassen mit den Fingern ist das vorsichtige Ansetzen der Milchpumpe oder eine, durch den Arzt geleitete Saugbehandlung, wobei die Brust 2—3mal am Tage einige Minuten lang „gestaut“ wird. Ebenso kann das sog. „Warzenhütchen“, d. h. ein mit einem Gummisauger versehenes Glashütchen, in welchem die Brustwarze sich stellt, oder das verbesserte Warzenhütchen (s. u.) bei etwas Geduld zum Ziele führen. Gewissenlos

¹ Will man wissen, ob das Kind gehörig getrunken hat, so kann man es vor und nach dem Trinken wiegen. Die Gewichtserhöhung zeigt dann an, wieviel das Kind getrunken hat. Dies kommt aber nur ganz ausnahmsweise auf Anordnung des Arztes in Betracht. Die Frage, ob dem Kinde die Milch bekommt, ist indessen nicht einzig und allein durch Wägungen zu beurteilen, sondern auch durch das Befinden des Kindes, d. h. die Zahl der Entleerungen, Schlaf nach dem Trinken, allgemeines Wohlbefinden.

wäre es, wenn eine Pflegerin wegen solcher Mühen (was man leider nicht zu selten sieht) aus Bequemlichkeit vom Stillen abraten wollte! Bei Stillhschwierigkeiten also stets den Arzt fragen!

Nach dem Trinken schläft das Kind 2—3 Stunden, so daß es frühestens nach etwa drei Stunden (später nach vier Stunden) wieder angelegt wird; auf diese Weise erhält es in den ersten Tagen sechs-, später fünfmal täglich eine Mahlzeit; beträgt die Nahrungsmenge in der Einzelmahlzeit nur wenig, so steigert sich dieselbe jedoch von Tag zu Tag (vgl. S. 41): anfangs nur knapp 15—30 g betragend, steigt sie in der zweiten Woche auf 60—90 g, so daß bei sechs Mahlzeiten etwa $6 \times 90 = 540$ g, also mindestens ein Schoppen Muttermilch zur Ernährung des Kindes am Tage gehört. Die Milchmenge steigert sich indes bei regelmäßigem Anlegen (später fünf Mahlzeiten innerhalb 24 Stunden) und nicht zu kleinen Stillpausen sehr beträchtlich, täglich um 50 g und mehr, so daß manche Frauen allmählich bis zu 1 l (= 1000 g) Milch produzieren. Beide Brüste sind abwechselnd zu geben; bei reichlicher Nahrung soll das Kind an einer Brust satt werden, nur ausnahmsweise an beiden Brüsten. Die Nahrungsmenge, die zum Wachstum genügen sollte, beträgt etwa ein Sechstel seines Körpergewichts (= 150 g Brustmilch auf das Kilogramm Körpergewicht)¹.

Von ebenso großer Wichtigkeit wie die Stilltechnik ist die Regelung der „Stillordnung“: das Kind muß, wie die Mutter, nachts ruhen, wird also nachts gar nicht, am Tage 5—6 mal in Abständen von 3 bis längstens 4 Stunden angelegt. An die nächtlichen Pausen von 6—8 Stunden gewöhnt sich das Kind sehr rasch. Die oben angegedeutete Einteilung: früh 7 Uhr, 10, 1, 4, 7 und 10 Uhr abends könnte z. B. für sechsmaliges Anlegen in Betracht kommen, später ist unbedingt fünfmaliges Anlegen durchzuführen (6, 10, 2, 6, 10 Uhr).

Das Stillen erfordert eine besondere Sorgfalt, auch bezüglich der Pflege der Brüste; schon in der Schwangerschaft beginne die Mutter damit, indem sie durch kühle Waschungen die Oberhaut der Brustwarze abzuhärten suche, damit sie nicht gleich zu Beginn des Stillens mit Schrunden zu tun hat. Von Zeit zu Zeit kann man auch die Warze vorsichtig mit 50proz. Alkohol oder mit Franzbranntwein betupfen. Ebenso zweckmäßig ist es aber, um die Haut geschmeidig zu machen, hier und da etwas Lanolin aus einer Tube aufzutragen. Sind einmal Schrunden, d. s. feinste Einrisse in der zarten Oberhaut der Warze

¹ Das Kind trinkt bis zum dritten Monat etwa ein Fünftel bis ein Sechstel seines Körpergewichts, z. B. bei 3 kg etwa 600 g. Die Milchmenge beträgt bei Stillenden in der zweiten Woche und später etwa 600 g, steigt bis zur achten Woche auf 750 g und dann auf 900—1000 g.

eingetreten, so ist dies alsbald dem Arzte zu melden. Schründen können das Stillen zur Qual machen, anderseits durch mangelhafte Entleerung der Drüse zur Milchstauung Anlaß geben. Peinliche Reinhaltung der Brustwarze ist das erste Erfordernis beim Stillen. Denn nur durch sorgfältige Reinigung der Warze vor und nach dem Trinken verhütet man die früher so häufigen entzündlichen Erkrankungen der Brustdrüse (Brustdrüseneiterung, „böse Brust“), welche heutzutage nur noch ganz vereinzelt vorkommen; es muß nochmals betont werden, daß auch die Hände der Wöchnerin vor jedem Anlegen gründlich abgeseift werden müssen, da die Wöchnerin durch ein Anfassen der Warze mit eigenen unsauberen oder gar mit Wochenfluß beschmutzten Fingern die Brustdrüse verunreinigen, d. h. infizieren kann. Die Warze muß in der Stillpause stets mit einem sterilen Brusttuche oder einer Mullkompreßse bedeckt sein. Es kann hier schon vorausgeschickt werden, daß die Entzündung und Eiterung der Brustdrüse fast stets nur durch Unreinlichkeit beim Stillgeschäft sich entwickelt, nie aber durch Bersezen oder Stauung der Milch, wie etwa der Volksmund annimmt.

Besondere Beachtung ist schon wegen dieser abergläubischen, beim Publikum leider noch verbreiteten Anschauung dem Verhalten der Nichtstillenden zu schenken. Die Spannung der Brüste tritt hier meistens erst gegen Ende der ersten Woche ein; durch Anlegen eines festen Handtuchverbandes und Hochbinden der Brüste kann man einer weiteren Ausdehnung wohl vorbeugen, in manchen Fällen muß jedoch die Pflegerin die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen, welcher durch Abführmittel und geeignete Diät eine Abnahme der Milchmenge herbeizuführen sucht. Ein großer Fehler wäre es, durch Ausdrücken oder etwa Auspumpen mit der Milchpumpe die Absonderung zu verringern; denn durch den Reiz der Milchpumpe wird gerade die Absonderung immer wieder angeregt; dazu könnte durch diese oder ähnliche Maßnahmen, falls sie nicht peinlich sauber ausgeführt werden, eine Entzündung der Brustdrüse gerade hervorgerufen werden. Ebenso fehlerhaft wäre, ein anderes Kind an der Brust trinken zu lassen.

Im allgemeinen kann eine Frau das Kind stillen, solange sie es verträgt und solange dem Kinde die Nahrung bekommt. Manche Frauen können $\frac{3}{4}$ Jahre und länger stillen; noch länger zu stillen hat keinen Zweck, da das Kind jetzt andere Nahrung, außer Milch, verträgt (s. u.). Jedenfalls sollte der Versuch gemacht werden, wenigstens 6 Monate zu stillen! Sehr viele Frauen können zwar nur wenige Wochen, etwa $\frac{1}{4}$ Jahr stillen, doch kommt diese kurze Zeit des Stillens beiden zugute,

der Mutter zur Wiedererlangung ihrer Gesundheit (bessere Rückbildung der Geschlechtssteile!), dem Kinde, weil hierdurch eine ausgezeichnete Grundlage für die weitere Art der Ernährung gegeben ist. Gerade für solche Fälle, in welchen die Mutter nach Ansicht des Arztes (nicht etwa nach derjenigen einer Hebamme oder einer Pflegerin, welche beide über diese wichtige Frage gar nicht entscheiden können!) nicht ausschließlich, sondern nur teilweise stillen kann, kommt neben der unnatürlichen künstlichen Ernährung noch diejenige an der Mutterbrust als sehr vorteilhaft in Betracht, sog. „Weistillen, Zwiemilchernährung“ (allaitement mixte).

Der Eintritt der Periode verbietet das Stillen in keiner Weise, wohl aber ist es geraten, bei neuer Schwangerschaft das Kind langsam abzusetzen, worüber allerdings nur der Arzt nach Feststellung der Schwangerschaft in Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Stillenden entscheiden darf. Das „Entwöhnen“ des Kindes darf niemals plötzlich, sondern muß ganz allmählich (innerhalb 2—3 Wochen etwa) geschehen, damit sich das Kind allmählich an die neue Art der Ernährung „gewöhnen“ kann; selbstverständlich muß das „Entwöhnen“ in der heißen Jahreszeit vermieden werden. Auch bildet sich die Brustdrüse bei allmählichem Absetzen des Kindes besser zurück und bewahrt ihre straffere Form eher, als bei dem plötzlichen Absetzen, wobei sie leicht schlaff wird. Etwaige Beschwerden, wie Spannung in den Brüsten, lassen sich durch Hochbinden leicht beseitigen, niemals natürlich durch Wiederanlegen des Kindes. Stillende bedürfen oft auch später noch der Belehrung durch die Pflegerin bzw. die Hebamme (insbesondere die Beratungsstellen). Die Lebensweise bei dem Stillgeschäft sei die gewohnte, falls sie vernünftig war; Diätfehler sind zu vermeiden. Statt des Korsetts, welches die Brust pressen würde, empfiehlt sich ein zweckmäßiges Nieder, das die Brüste genügend stützt, ohne sie zu beengen. Auch der Gemütszustand beeinflusst zuweilen das Stillen; eine ruhige, heitere Gemütsstimmung ist der Milchabsonderung jedenfalls förderlich; Aufregungen, Erregungen, Schreck, Sorgen können sie dagegen unterdrücken. Eine stillende Mutter muß das frohe Bewußtsein haben, ihrem Kinde durch das Selbstnähren Segen und Gedeihen für seine spätere Entwicklung bringen und es auf diese Weise vor Krankheiten zu bewahren.

Überblicken wir noch einmal kurz den Gang der Pflege einer Wöchnerin, so sei vorerst noch einmal hervorgehoben, daß Reinlich-

keit, gewissenhafte Beobachtung, hingebende Pflege von Mutter und Kind obenan stehen; im einzelnen würde für jeden Tag die Pflege etwa folgendermaßen einzurichten sein: nachdem sich die Pflegerin nach dem Befinden (besonders Schlaf) der Wöchnerin erkundigt hat, lege sie derselben das Thermometer ein, fühle den Puls, inzwischen besorge sie das Kind, damit nicht durch Wochenfluß eine Verunreinigung der kindlichen Teile, besonders des Nabels, stattfinde, alsdann lese sie an dem in der Achselhöhle steckenden Thermometer die Temperatur ab, trage die gefundene Temperatur in die Temperaturtabelle ein, sorge, wenn nötig, für Urin- oder Stuhlentleerung der Wöchnerin, spüle die Geschlechtssteile ab und wechsle danach Unterlagen wie Vorlagen. Alsdann desinfiziere sie sich gründlich die Hände (Gummihandschuh!) und sei der Wöchnerin beim Anlegen des Kindes behilflich. Des Abends ist daselbe zu wiederholen, nur beschränke sich die Pflegerin auf ein Abwaschen des Kindes statt des Badens, während sie die übrige Zeit für Mutter und Kind zu sorgen hat.

II. Pflege des gefundenen Kindes in den ersten Lebenswochen.

Eine zweckmäßige Pflege und Ernährung des Kindes — peinlichste Keppsis einerseits, natürliche Ernährung an der Mutterbrust andererseits — bildet die beste Gewähr sowohl für die gesamte spätere körperliche und geistige Entwicklung als auch für die Vermeidung von Kinderkrankheiten.

Es ist bekannt, daß die Sterblichkeit der Kinder im Säuglingsalter, trotz verbesserter gesundheitlicher Maßnahmen, immer noch eine recht große ist; von je 100 lebendgeborenen Kindern starben (bis vor wenigen Jahren) im Durchschnitt ungefähr 20—25, so daß nur knapp $\frac{3}{4}$ aller Lebendgeborenen das erste Lebensjahr überdauerten¹. Aller-

¹ Eine richtige Vorstellung macht man sich erst, wenn man sich in absoluten Zahlen die Säuglingssterblichkeit klarmacht. So starben in Deutschland 1903 von rund 2 Millionen Kindern 400000 im ersten Lebensjahre, also $\frac{1}{5}$ (= 20%) aller Lebendgeborenen. In den letzten 25 Jahren ist erfreulicherweise die Sterblichkeit ganz erheblich zurückgegangen, dank der Fürsorgebestrebungen auf dem Gebiete der Mutter- und Säuglingspflege so daß 1914 die Sterblichkeit schon auf 14,7% zurückging, 1924 auf 10,8, 1925 etwa 10,5 (1925 starben in Deutschland 135570 Kinder im ersten Lebensjahr bei 1290732 lebendgeborenen Kindern) und 1926 nur 10,1% betrug, ein beträchtlicher Rückgang der Sterblichkeit sowie ein Gewinn an Kin-

dings ist in den letzten 15 Jahren eine erhebliche Besserung (ungefähr 10,5 Sterblichkeit) eingetreten, jedoch wird allenthalben eine weitere Einschränkung der Säuglingssterblichkeit angestrebt und sehr wohl zu erwarten sein durch möglichste Förderung des Stillgeschäftes („Stillpropaganda“), Einrichtung von Stillkrippen, Stillprämien, Säuglingsmilchküchen, Mutterberatungsstellen, rationelle Kinderpflege mit Überwachung der Säuglinge („nachgehende Fürsorge“) u. a. Neuerdings sind zur Durchführung dieser Maßnahmen allenthalben Zentralen für Säuglings- und Mutterfürsorge mit ihren über das Land verzweigten Schwesternorganisationen gegründet worden.

Zum großen Teile sind die Todesfälle durch Erkrankungen des Magens und Darmkanals bedingt; diese sind aber in erster Linie wieder durch unrichtige Ernährung verursacht, oder sie sind auf mangelhafte Pflege, insbesondere mangelhafte Keiulichkeit, zurückzuführen. Auch die Hitze als solche spielt eine Rolle, insofern sie eine Reihe schwerster Störungen nach sich zieht¹. Kinder, welche mehrere Monate

bern. Allerdings ist in manchen nordischen Staaten, z. B. Schweden (8,6%) und Norwegen (7,9%) die Sterblichkeit noch geringer. Im Freistaat Hessen betrug die Säuglingssterblichkeit während der Jahre 1891—1900 schon nur 17% (in Oberhessen sogar damals schon nur 11%, weil hier erheblich mehr gestillt wird als in den Provinzen Starkenburg und Rheinhessen); sie sank 1901—1905 auf 15,4%, 1908 auf 12,6%, 1918 auf 11,8% und betrug 1924 nur 8,2%. — Unter den Todesursachen steht der Magendarmkatarrh, besonders in den heißen Sommermonaten, obenan. Über die Hälfte aller Todesfälle ist auf diese Ursache zurückzuführen. Ganz besonders gefährdet sind eben die Kinder in der „Neugeburtzeit“, also im ersten Lebensmonat. Etwa $\frac{1}{4}$ aller Säuglinge (25—26%) geht schon vor Vollendung des ersten Monats zugrunde, im zweiten und dritten Monat beträgt die Sterblichkeit noch 20%, während sie vom sechsten Monat ab erheblich geringer wird. Die Bestrebungen aller Vereinigungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit müßten daher allenthalben Verständnis und Unterstützung finden im Interesse eines kräftigen Nachwuchses und der nationalen Selbsterhaltung. Gerade Hebammen und Pflegerinnen müssen sich an diesen Bestrebungen lebhaft beteiligen! Dies ist um so wichtiger, weil der Geburtenrückgang seit den letzten 25—30 Jahren ein geradezu bedenklicher geworden ist, wie aus folgenden Zahlen hervorgeht: 1876 betrug die Geburtenziffer noch 42,6 Kinder auf 1000 Einwohner, 1880 noch 39,1; sie ging 1907 schon auf 33,2 und 1910 auf 30 $\frac{0}{100}$ zurück, betrug 1921 noch 26,1 $\frac{0}{100}$, aber schon 1923 nur noch 21,6! Sie ist jetzt auf etwa 20 $\frac{0}{100}$ gesunken! und fast gleich der französischen Geburtenziffer (19,6). Nur durch die gemeinsamen Bestrebungen zur Förderung des Stillgeschäftes und zur Hebung der Geburtenziffer können hier Wandel zum Besseren bringen.

¹ Vgl. dazu das leicht verständliche *Hitzemerkblatt*, bearbeitet im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus (Verlag von Georg Stilke, Berlin) und ähnliche andere.

an der Mutterbrust ernährt wurden, sind diesen Gefahren nachweislich gar nicht ausgesetzt. Gerade wenig Bemittelte nehmen aus Rücksicht des Erwerbes die unehelich geborenen Kinder in Kost und Pflege, können aber aus leicht begreiflichen Gründen die Pflege oft nicht so gewissenhaft durchführen, wie man ja vielfach an den Pflegekindern einer Stadt sehen kann. Hier könnte durch Einrichtung von gut geleiteten und streng beaufsichtigten Kinderasylen (Säuglingsheimen), andernfalls durch strengere Beaufsichtigung der Pflegekinder sehr vieles gebessert werden!

In der Neugeborenenpflege muß die Beobachtung peinlichster Reinlichkeit — Asepsis in wahren Sinne des Wortes — als oberster Grundsatz aufgestellt werden. Dieselbe ist nicht nur an den oben beschriebenen bestimmten Stellen (Nabel, Schenkelbeuge, Gefäß, Hautfalten), sondern auch in bezug auf den ganzen Körper zu beobachten. Dazu kommt eine von vornherein streng durchgeführte Hautpflege, dementsprechend eine zweckmäßige Bekleidung, ein zweckmäßiges Lager und die Gewöhnung an frische Luft (Abhärtung). Von ganz besonderer Bedeutung ist aber eine richtige Ernährung, welche im Verein mit den erwähnten Punkten für ein gutes Gedeihen des Kindes Gewähr leistet.

Betrachten wir diese Punkte im einzelnen, so ist zunächst bezüglich der allgemeinen Körperpflege folgendes zu erwähnen:

Jedes Neugeborene muß nach der Geburt womöglich täglich, am besten morgens, gebadet werden. Denn Reinlichkeit ist die erste Bedingung für das Gedeihen des Kindes. Dazu kommt, daß im Bade sich das Kind vollkommen frei, kräftig und ungehindert bewegen kann; es bringt den Blutkreislauf in Gang und regt die Atmung an, und dient schließlich zur Gewöhnung an Abhärtung. Wurde nach der Geburt die noch auf der Haut befindliche schmierige Masse, der sog. Käsefleck, durch Einreiben mittelst eines weichen Oles oder Fettes entfernt, so ist, da ja die Haut des Kindes sich in den ersten Tagen noch weiter abschuppt, stark absondert und schwitzt, diese Reinigung (mittelst Watte oder Zellstoff!) im Bade täglich zu wiederholen¹. Die der Beschmutzung am meisten ausgesetzten Teile sind danach einzupudern oder einzufetten. Die Temperatur des Bades betrage, mit dem Badethermometer gemessen, 35° C, da der kindliche Körper gegen Abkühlung sehr empfindlich ist. Später kann das Bad allmählich etwas kühler genommen werden (33° C). Beim

¹ Dem Bade kann eine milde Badeseife oder übermangan-saures Kali bis zur Rotfärbung zugesetzt werden.

Ablesen darf das Thermometer nicht aus dem Wasser herausgenommen werden und muß die Quecksilbersäule sich noch unter Wasser befinden. Niemals verlasse sich die Wärterin auf eine ungefähre Prüfung des Bades mit dem entblößten Ellenbogen oder gar der wenig empfindlichen Hand! Durch zu heißes Bad ist schon manches Kind geopfert worden! Das Bad dauert etwa 3—5 Minuten. Auf dem entblößten linken Arme der Wärterin (Abb. 45) ruht der kindliche Körper, welcher bis zum Halse vom Badewasser bespült wird, während die rechte



Abb. 45. Haltung des Säuglings im Wasser beim Waschen von Hals, Achselhöhle, Armchen, Händchen, Brust und Leib. (Aus Berwer, Säuglingspflegebüch. Berlin: Julius Springer 1925.)

Hand mit Watte oder Zellstoff (nicht mit einem Badeschwamm!) den ganzen Körper abwischt und mit einer milden Seife abseift. Man vermeide, daß Badewasser in die Augen oder in die Ohren kommt. Besonderer Sorgfalt bedürfen der Nabelschnurrest sowie die Augen. Am Nabelschnurrest darf nicht gezogen werden; Zerren am Nabelschnurrest kann Nachblutungen oder andere schlimme Folgen veranlassen. Die Augen dürfen niemals mit Badewasser gereinigt werden, sondern werden ebenso wie das Gesicht nach dem Bade mit abgekochtem, in einem besonderen Gefäße bereitstehenden, etwas abgekühltem Wasser mittels eines besonderen Wattebausches oder eines reinen Lappchens gereinigt.

Man ist jetzt der Ansicht, daß mit Rücksicht auf die Nabelwunde das tägliche Bad bis zum Abfallen des Nabels und zur vollkommenen Heilung der Nabelwunde sogar gänzlich zu vermeiden ist, um eine etwaige Nabelinfektion zu verhüten (vgl. auch preuß. Hebammenlehrbuch S. 450). In solchen Fällen kann man aber unbesorgt nach Abheilung der Nabelwunde das Kind täglich baden; bis dahin beschränke man sich auf warme Abwaschungen, bei denen aber die Umgebung des Nabels unberührt bleiben muß.



Abb. 46. Fliedische Nabelschürze, aseptischer Verband für den Nabelschnurrest.
(Aus v. Jaschke-Panow, Lehrbuch der Geburtshilfe.)

Nach dem Bade ist das Kind mit einem leicht angewärmten Badetuche sanft zu frottieren, richtiger gesagt „abzutupfen“ und, wenn nötig, der Nabelschnurrest mit einem keimfreien Mullläppchen und einem Wattebausch zu verbinden. Sehr zweckmäßig ist die sog. Fliedische Nabelschürze, die am Körper unverschieblich festhält (vgl. Abb. 46). Ist der Nabelschnurrest (nach dem sechsten oder achten Tage) abgefallen, so wird die Nabelwunde einfach mit sauberer Watte bedeckt und gleichfalls durch eine Nabelbinde befestigt. Streupulver verwende die Pflegerin nur auf

ärztliche Verordnung hin¹. Der Nabel sowohl wie die Augen des Kindes müssen vor dem Wochenfluß besonders in acht genommen werden. Deshalb die alte Regel: „Erst das Kind besorgen, dann die Mutter!“ Hatte die Pflegerin die Unterlagen berührt, so muß sie, wie oben vorgeschrieben, ehe sie das Kind besorgt, ihre Hände gründlich desinfizieren. Das Zurechtmachen des Kindes nach dem Bade oder nach der Waschung darf niemals auf dem Schoße der Pflegerin, sondern muß stets auf einem beson-

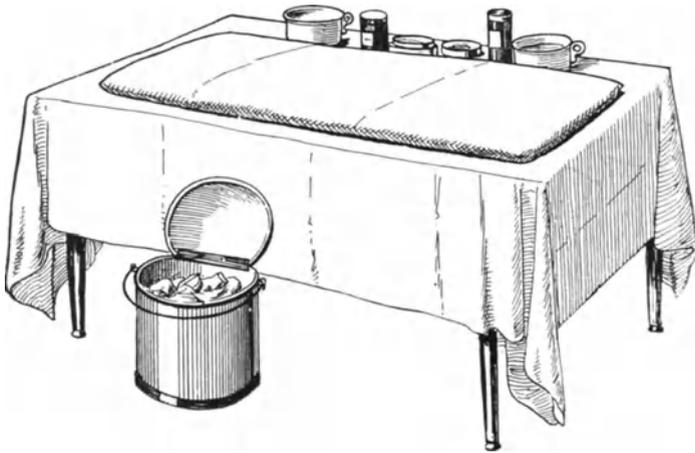


Abb. 47. Ankleide- und Wickeltisch mit einer untergelegten Roßhaarmatrage.
(Nach Lindemann.)

deren Wickeltische (Abb. 47), der in jedem Hause hergerichtet werden kann, gesehen².

Findet im allgemeinen die Reinigung des Kindes im Bade am Morgen statt, so beschränke man sich des Abends auf eine gründliche Ab-

¹ Sehr gut austrocknend wirkt das von vielen Ärzten hierfür verwendete Dermatolpulver, oder auch das gebrannte vorher gehörig sterilisierte weiße Zolupulver (Zolus) (jetzt in Apotheken käuflich als Prof. Stumpfs sterilisierter Zolus, E. Merck, Darmstadt), auch Lenicet- oder Nasenolstreupulver, auch Novapuder, ebenso Granugenolpulver sowie Fissanpulver. Einfache Mehle, wie Kartoffel- oder Reismehl, dürfen, da sie sich zersetzen können, niemals verwendet werden.

² Auch das preussische Lehrbuch 1928 (S. 453) schreibt dies vor und verbietet das Wickeln auf dem Schoße.

waschung des kindlichen Rückens sowie der Gesäßgegend mit lauwarmem Wasser, welches später zur Abhärtung etwas kühler genommen werden darf, doch hüte man sich vor Übertreibung in der Abkühlung bzw. Abhärtung.

Das tägliche Bad ist bei kräftigen und gesunden Kindern nicht nur Bedürfnis aus Rücksicht der allgemeinen Keilichkeit, sondern verhütet auch bei Kindern die so lästigen Hautauschläge und das Wundsein. Mit Rücksicht auf den Nabelschnurrest wird aber das Baden bis zum völligen Abheilen des Nabels ausgesetzt (s. o.). Besondere Sorgfalt ist beim Baden sowohl wie auch bei der Abwaschung, wegen der häufigen Venäffungen aber auch zwischen den beiden Hauptreinigungen auf die beim Kinde vorhandenen Falten und Buchten der Haut zu legen; in erhöhtem Maße ist dies erforderlich für frühgeborene Kinder. Zur Reinigung darf, ebenso wie zum Baden, nur abgekochtes Wasser benutzt werden. Die Umgebung des After, die Geschlechtzfalten, Schenkelbeuge, die Achselhöhle, auch die seitlichen Halsgegenden sind gerne der Sitz von Hautauschlägen; in dieser Beziehung vernachlässigte Kinder sehen bejammernswert aus. Das Abtupfen der Falten nach Reinigung mit einer milden Seifenlösung muß sehr sorgfältig und doch schonend geschehen; man kann diese Gegenden einpudern oder besser noch mit einem milden Fett (Waselin, Lanolin, Mowasalbe, Ziffanjasalbe) einreiben. Vor den After legt man am besten zum Auffaugen der flüssigen Kotabgänge ein Wattefäßchen, welches zugleich auch die Harnentleerungen aufnehmen kann.

Täglich gebadete Kinder haben eine gesunde und frische Hautfarbe. Die Gelbsucht bedarf übrigens gar keiner Behandlung, wenn nicht, wie schon erwähnt, begleitende Erscheinungen, wie Darmfatarrrh, Abmagerung, dabei vorhanden sind. Auch die Kopfhaut des Kindes kann unbesorgt (aber vorsichtig!) mit einer milden Seifenlösung abgewaschen werden, um hier eine Anhäufung von Schmutz zu verhüten, welche um so mehr zu befürchten ist, als das Kind in der Regel am Kopf stärker schwitzt. Das Vorurteil, welches im Publikum herrscht, man dürfe schon wegen der Fontanellen die Kopfhaut nicht berühren, muß energisch bekämpft werden.

Die Fontanellen sind, wie oben (S. 43) erwähnt, offene, aber von Haut und der harten Hirnhaut bedeckte Stellen zwischen zwei aneinanderstoßenden Knochen. Am wichtigsten ist die große Fontanelle, welche sich vorn über der Stirn befindet; die kleine (am Hinterhaupt befindlich) ist meist nach wenigen Monaten schon geschlossen, während die große noch lange als Delle zu fühlen ist und sich etwa Ende des ersten Jahres erst schließt. Verzögerter Schluß der großen Fontanelle legt stets den Gedanken an eine tiefere Erkrankung des Kindes, z. B. englische Krankheit (Rachitis), nahe. Sind auf dem Kopfe nun eingetrocknete Schuppen vorhanden, so können dieselben zunächst mittels reinen Oles, z. B. Olivenöl oder mit Borbaseline, gelöst und dann ohne Schaden mit lauwarmem Wasser und milder Seife abgewaschen werden. Die Kopfgeschwulst geht nach einigen Tagen von selbst zurück und bedarf keiner Behandlung. Wird

eine solche Geschwulst aber größer, dann handelt es sich um Kopfb Blutgeschwulst (s. darüber unten) und ist der Arzt zu benachrichtigen.

Hat sich an einer anderen Stelle, besonders zwischen den Beinen und auf den Hinterbacken ein Ausschlag entwickelt (man sagt: das Kind ist wund), so muß dies so fort dem Arzte gemeldet werden, um so rascher und sicherer ist Heilung möglich. Starke Rötung der Hinterbackenfalten zeigt am frühesten das drohende „Wundwerden“ des Kindes an; schon jetzt empfiehlt es sich daher, den Arzt zu benachrichtigen; denn je später wundgewordene Kinder in Behandlung kommen, um so langwieriger ist die Heilung der wunden Stellen. Die Beschmutzung des Kindes durch Urin und Stuhl, welche Entleerungen ja recht häufig am Tage erfolgen 1—2, auch 3mal Stuhl, 10—15mal Urin am Tage) bringen es mit sich, daß gerade die Umgebung des Afteres leichter zu Ausschlag neigt. Um so wichtiger ist es, das Kind nach der Entleerung abzuwaschen und häufig trocken zu legen. Bei gut genährten Kindern, desgleichen natürlich bei schwächlichen, muß dies mindestens 5—6mal täglich geschehen.

Zur Kinderpflege gehört weiter eine zweckmäßige und peinlich saubere Bekleidung des Kindes. Da der kindliche Körper stark absondert, besonders Fett und Schweiß, so darf die Bekleidung nicht zu warm sein, aber auch nicht zu anschliefend, sonst würde sie den kindlichen Körper an der nötigen Ausdehnung behufs Atmung und Weiterentwicklung überhaupt hindern. Die Arme müssen frei sein, aber auch die Beine dürfen an der Bewegung nicht zu sehr behindert werden. Deshalb ist das feste Wickeln der Kinder recht unzuweckmäßig; jedenfalls sollen die Kleidungsstücke dem Körper nur ziemlich lose anliegen. Das Kind in einem Steck- oder Tragkissen unterzubringen, wie es in Süddeutschland vielfach üblich ist, erscheint, sofern es nur kurze Zeit geschieht, nicht unzuweckmäßig. Das Kind ist hier nur mit Hemdchen und Jäckchen bekleidet, welche hinten zu schließen sind; zwischen den Beinen ist das Leintuch emporgeschlagen und quer über dem Kind gebunden. Beine und Brust sind dabei frei; die Bewegung ist in keiner Weise gehindert und eine Trockenlegung erfolgt rascher und hequemer als bei der üblichen Wickelmethode. Zu bemerken ist, daß in diesen Tragkissen das Kind nie aufrecht, sondern stets nur wagrecht getragen werden darf, weil an der zarten Wirbelsäule sonst leicht Verbiegungen zustande kommen. Die Kleidung sei demnach warm, aber so einfach und so lose als möglich; ein hinten offenes Hemdchen, ein baumwollenes Jäckchen, eine dreieckig gefaltete Windel, ein Flanelltuch um den Körper und darüber ein wollenes Tuch. Das Köpfchen, wie die Arme, bleiben frei. So kann es sich ungezwungen bewegen und zappeln. Die Kinderwäsche muß vorher durchwärmt, auch muß für genügend Vorrat in der Kinderstube gesorgt sein. Gummieinlagen sind dabei möglichst zu vermeiden.

Obwohl das Kind (besonders frühgeborene Kinder!) Wärmezufuhr nötig hat, so darf dieselbe aber auch nicht übertrieben werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Kinderstube als auch auf das Lager des Kindes. Die Temperatur der Kinderstube sei etwas wärmer als die gewöhnliche Stubentemperatur, etwa 18—20° C, ist aber stets durch frische Luft zu erneuern sowie durch Wasserverdunstung etwas feuchtwarm zu halten. Man wählt, falls dies möglich ist, das trockenste und sonnigste, aber auch ruhigste Zimmer zur Kinderstube. Ständiger Aufenthalt in der Küche ist verboten, da schädlich! Gegen grelle Beleuchtung schützt ein einfacher dünner Schleier über dem Bettchen. Das Zimmer zu verdunkeln und dem Kinde das Tageslicht vorzuenthalten, wäre töricht, weil dieses, wenn es nicht zu grell ist, dem kindlichen Auge durchaus unschädlich ist. Die vielgefürchtete Augenentzündung kommt nicht vom grellen Licht (s. darüber unten). Vor Zugluft muß das Kind geschützt werden; denn es neigt wegen der starken Schweißabsonderung sehr leicht zur Erkältung.

Sobald es die Witterung gestattet, soll ein Kind ins Freie getragen werden; im allgemeinen kann dies in warmer Jahreszeit schon nach einigen Tagen geschehen, in der kälteren Jahreszeit allerdings erst nach 2—3 Wochen. Stets wähle man die Zeit, in der die Temperatur am gleichmäßigsten ist, im Winter etwa zwischen 12—2 Uhr nachmittags, im Sommer besser an den frühen Morgenstunden. Ist das Kind einmal an frische, reine Luft gewöhnt, so ist damit der erste Schritt zur Abhärtung getan, es gedeiht und schläft besser und zugleich wird ein Schutz vor Erkältungen gewissermaßen erworben. Das Kind wird in den ersten Tagen am besten im Stedtkissen (s. o.) oder in gehöriger Umhüllung ins Freie getragen, später erst gefahren. Im Sommer muß das Kind an die Sonne gewöhnt werden, etwa vom dritten Monat ab, zugleich als Schutzmittel gegen die Rachitis (s. u.).

Die früher als Lager so beliebten „Wiegen oder Schaukeln“ sind jetzt glücklicherweise nicht mehr im Gebrauch. Man gebe dem Kinde ein festes Lager, einen mit hellem Stoff ausgeschlagenen Korb (länglicher Wäschekorb) mit kleiner Matratze (das billigste Lager, welches überall zu haben ist), oder eine Kinderbettstelle; schließlich kommt auch ein gutfedernder Kinderwagen in Betracht, welcher auch für den Transport im Freien zu gebrauchen ist; jede schaukelnde Bewegung ist mit Rücksicht auf das Gehirn zu vermeiden. Niemals darf das Kind zur Mutter in das Bett gelegt werden! Nicht nur wegen des Wochenflusses, sondern deshalb, weil es von der Mutter im Schlafe erdrückt werden könnte.

Im Bettchen ist über der Matratze oder einer mehrfach zusammengelegten Decke eine wasserdichte Unterlage und für den Kopf ein leichtes Kopfhautkissen anzubringen, wobei auf öfteren Wechsel der Lage des Kindes zu achten ist; ein zu nachgiebiges Lager gibt leicht zu Verbiegungen der Rippen und der Wirbelsäule Anlaß. Man lege das Kind stets auf die Seite, besonders nach der Geburt, damit es nicht durch zurückfließenden Schleim oder später, nach der Nahrungsaufnahme durch wieder ausgeschüttete Milch in Erstickungsgefahr gerät. Das Bettchen ist in der kalten Jahreszeit durch eine (mit einer besonderen Umhüllung versehene!) Wärmflasche leicht anzuwärmen, im übrigen ist es wichtiger, das Kind vor Abkühlung zu schützen. Zur Bedeckung genügt eine wollene Decke; solche wollene Deckchen, in waschbarem Stoff eingehüllt, eignen sich besser als Federbetten wegen der Ausdünstung. Das Bettchen wird an einer geschützten Stelle aufgestellt und kann durch einen dünnen Gazeschleier gegen grelles Licht und auch gegen Ungeziefer (Fliegen! Schnaken!) Schutz gewähren. Zu große Wärme schadet übrigens durch die Entwicklung von übermäßiger Schweißabsonderung und gibt zu Ausschlägen, der sog. Schweiß-Frieselbildung, Anlaß. Ganz besonders gefährlich ist die Überhitzung in der heißen Jahreszeit, zumal leicht Fieber, Brechdurchfall und sogar Krämpfe sich einstellen können.

Eine Ausnahme machen zu früh geborene und zu schwächliche Kinder, z. B. Zwillinge, welche überhaupt eine besondere Pflege bedürfen; ihnen fehlt die Wärmebildung, während die Wärmeabgabe im Verhältnis dazu sehr groß ist. Hier ist neben zweckmäßiger Ernährung Wärmezufuhr, richtiger gesagt Schutz vor Wärmeverlust allein ausschlaggebend für die Weiterentwicklung der Kinder. Eine zweckentsprechende gleichmäßige Erwärmung kann aber in solchen Fällen nur durch eine sog. Wärmewanne ermöglicht werden, d. h. eine Badewanne mit doppelter Wandung, in welcher warmes Wasser von Blutwärme (37° C) kreist. In dieser ist das Bett des Kindes herzurichten. Von Zeit zu Zeit ist das Wasser durch Zugießen von heißem zu erneuern. In Säuglingsheimen, Kliniken, Krankenhäusern u. a. bedient man sich mit sehr günstigem Erfolge des, gerade für die Pflege frühgeborener Kinder konstruierten Brutapparates (Couveweise). Leider sind diese Apparate für die Praxis zu teuer.

Ist eine Wärmewanne nicht zu beschaffen, so ist das Kind vom Kopf bis zu den Füßen (bei frei bleibendem Gesicht) von außen mit Wolle oder Watte einzupacken; durch seitlich angebrachte, aber gut eingehüllte Wärmflaschen oder Tönerne, in flanelle eingehüllte Mineralwasserkrüge („Drei-Krukeverfahren“) (Vorsicht wegen Gefahr der Hautverbrennung!) ist weiterhin für gleichmäßige Erwärmung zu sorgen. Im allgemeinen richtet sich die Wärmezufuhr also nach der Entwicklung des Kindes. Im übrigen darf die Wärmezufuhr auch nicht übertrieben werden, da Überhitzung ebenso schadet, wie Unterkühlung. Man muß eben ausprobieren, wie es gelingt, die im Alter gemessene Temperatur auf etwa 37° zu erhalten. Der Wärmegrad im Bettchen sollte durch ein einfaches

Zimmerthermometer dauernd kontrolliert werden. Bei zu großer Abkühlung sehen die Kinder bläulichblau aus, bei Überhitzung dagegen rot. Frühgeborene Kinder dürfen, damit eben ein Wärmeverlust vermieden wird, in der ersten Zeit nicht täglich gebadet werden, erst später vertragen sie länger dauernde warme Bäder. Die Ernährung bei solchen ist mit peinlicher Sorgfalt durchzuführen. Man gebe entgegen der sonst üblichen Regel öfters kleine Mahlzeiten, am besten Muttermilch, welche, falls die Kinder nicht saugen können, mittels der Milchpumpe abgenommen wird und dem Kinde in einem Löffelchen gereicht werden muß.

Der Kopf des Kindes ist immer frei zu halten, außer wenn das Kind ins Freie getragen wird. Hier genügt eine leichte Bedeckung mit einem Häubchen. Läßt sich in dieser Hinsicht (Körperpflege, Hautpflege, Abhärtung) schon frühzeitig eine gewisse Erziehung durchführen, so ist dies auch möglich hinsichtlich des Schlaf- und Nahrungsbedarfes des Kindes.

Wir sahen schon oben (S. 85), daß Regelmäßigkeit und Ordnung im Anlegen erziehend wirkt, andererseits aber das Kind im allgemeinen großes Schlafbedürfnis zeigt; aber auch hier ist die Gewöhnung an Ordnung ohne Schwierigkeit durchzuführen. Schläft ein Kind nach der Nahrungsaufnahme, so ist das ein Beweis, daß ihm dieselbe gut bekommt. Sind danach aber drei oder gar vier Stunden verfloßen, so darf unbeschadet das Kind zu erneuter Mahlzeit geweckt werden. Hierdurch wird dem Kinde weniger geschadet, als wenn man es, wie so vielfach Brauch ist, weiter schlafen läßt und eine Mahlzeit übergeht, nur um das Kind nicht aus dem Schlaf zu wecken. Um das Kind an eine mindestens 5—6stündige Nachtruhe zu gewöhnen, ist es mitunter geraten, anfangs das Kind nachts schreien zu lassen, ohne daß man ihm Nahrung reicht, so hartherzig dies auch klingt. Frühzeitig gewöhnt man ein Kind am leichtesten, während es später viel schwieriger ist. Werden am Tage die Stunden wie angegeben eingehalten, so schläft das Kind auch nachts gut und gönnt so auch der Mutter die Ruhe, welche für beide Teile von Vorteil ist. Als Regel gelte daher: anfangs sechs-, später fünfmal am Tage dem Kinde Nahrung zu reichen, etwa nach dem oben (S. 90) beschriebenen Schema. Ist das Kind unruhig oder schreit es lange und anhaltend, so muß nach der Ursache geforscht werden. Vielfach meldet sich das Kind auch, wenn es naß liegt oder ein Kleidungsstück ungewöhnlich angelegt ist. Man muß in der Hinsicht auch gegenwärtig sein, das Kind in der Nacht trocken zulegen. Niemals gebe man dem Kinde zur Beruhigung Lutsjbeutel, Schnuller aus Gummi u. a.; solche Mittel verwöhnen nicht nur das Kind, sondern geben sehr oft zu schwerer Mundschleimhaut-

entzündung Anlaß, da die sehr empfindliche Mundschleimhaut durch sie verunreinigt und daher entzündet wird, andererseits auch zu dem gefährlichen Magendarmkatarrh. Es ist einfach eine Verfündigung am Kinde, wenn man ihm derartige Dinge reicht! Ebenso schädlich ist als Mittel zur Beruhigung das früher übliche Schaukeln in der Wiege. Kinder, welche nach der Mahlzeit herausgenommen werden, weil sie schreien, oder welche geschaukelt werden, schütten gern aus¹.

Das Auslöschen oder Speien, die plötzliche Entleerung eines Teiles des Mageninhaltes, kommt meist durch zu rasches Trinken oder auch durch unzumutbares Verhalten nach dem Trinken zustande, besonders das bei Wärterinnen übliche ganz unzumutbare öftere Aufrechterhalten des Kindes nach dem Trinken, damit es aufstößt, um daran zu sehen, ob es satt ist. Manche Kinder schütten nach jeder Mahlzeit etwas aus und gedeihen trotzdem gut dabei, wofür zwar das alte Sprichwort paßt: „Speikind — Gedeihkind“, andererseits aber bei anhaltenden Auslöschen auch an Zeichen von Überfütterung gedacht werden muß (s. u. darüber). Hiermit darf nicht verwechselt werden das Erbrechen, welches erst einige Zeit nach der Nahrungsaufnahme auftritt. Hier ist sofort ein Arzt zu rufen. Hat ein Kind zu hastig getrunken oder Luft geschluckt, so daß es Schlucken bekommt, eine Art Zwerchfellkrampf, so lege man es auf die Seite oder halte es kurz einmal aufrecht, klopfle es sanft auf den Rücken, damit die Luft herauskommt.

Eine besonders wichtige Rolle in der Pflege des Kindes spielt die Ernährung, welche wir deshalb genauer betrachten müssen.

Für die Ernährung des Kindes stehen verschiedene Wege zu Gebote:

1. Durch die Mutterbrust oder die Milch einer Amme (natürliche Ernährung).
2. Durch die Milch der Haustiere (Kuhmilch, Ziegenmilch) (künstliche oder unnatürliche Ernährung) oder durch andere Nährmittel.

¹ Es ist selbstverständlich, daß dem Kinde auch nicht zur Beruhigung Tee (Fencheltee) oder etwas Ähnliches gegeben wird. In manchen Gegenden Süddeutschlands, Österreichs und auch der Schweiz herrscht noch eine ungeheuer gefährliche Unsitte, unruhigen Kindern als Beruhigungsmittel Schlaftee zu reichen. Dieser Schlaftee enthält Mohnsamenbestandteile, also auch Opium, und kann ein Kind hierdurch vergiften. Es sei an dieser Stelle vor diesem Schlaftee dringend gewarnt! Es ist geradezu ein frevelhafter Leichtsinns, ja ein Verbrechen, einem Kinde Schlaftee zu reichen!

3. Durch beides zugleich (Beistillen).

Nach übereinstimmenden Beobachtungen ist indes als die richtigste und zweckmäßigste Ernährung diejenige an der Mutterbrust anzusehen.

Die Einzelheiten bezüglich des Stillgeschäftes, die Gründe für die Bevorzugung und die Notwendigkeit des Selbststillens wurden ja schon oben auseinandergesetzt (S. 84 ff.). Dazu kommt noch, daß diese Art der Ernährung die zweckmäßigste und billigste ist. Nicht jede Mutter kann, nicht jede will (leider!) ihr Kind selbst stillen; Rücksichten der Gesundheit, des Erwerbes können im Einzelfalle wohl nach dem Urteil des Arztes (niemals dagegen nach demjenigen der Hebamme oder der Pflegerin!) das Stillgeschäft verbieten bzw. einschränken; hier muß dem Kinde ein geeigneter Ersatz geboten werden. Die Entscheidung, wie in einem solchen Falle ein Kind zu ernähren ist, liegt nur in Händen des Arztes; eine Wärterin (ebenso eine Hebamme) kann und darf in dieser hochwichtigen Frage nie selbständig vorgehen.

Innerhalb der ersten 12–15 Stunden nach der Geburt bedarf das Kind gar keiner Nahrung (vgl. S. 85 ff.); die Unsitte, einem Kinde gleich nach der Geburt Zuckerwasser oder Fencheltee mit Zucker zu geben, ist entschieden zu verwerfen. Fencheltee ist eben kein Nahrungsmittel und mag nur später als Auskunftsmittel (z. B. bei Verdauungsbeschwerden, Blähungen) auf ärztliche Verordnung hin vielleicht eine gewisse Rolle spielen.

Manche Ärzte verordnen nur deshalb innerhalb der ersten zwölf Stunden etwas Fencheltee oder mit Saccharin gesüßten Tee, um die Entleerung des Kindspechs zu befördern, oder wenn die Mutter zu erschöpft ist nach einer schweren Geburt, aber nicht als Nahrungsmittel; immerhin ist auch dies überflüssig, da es viel zweckmäßiger ist, dem Kinde die salzreiche und kräftige Vormilch (Colostrum) mit ihrer leicht abführenden Wirkung zu reichen.

Über das erste Anlegen des Kindes und die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind vgl. oben S. 85 f. Es soll nun noch einmal hervorgehoben werden, daß 1. jeder gesunden Mutter dringend anzuraten ist, ihr Kind selbst zu stillen. Dies ist Mutterpflicht, auch wenn es nur die ersten Wochen gehen sollte! 2. Daß sie bei der Ausführung des Stillgeschäftes mit der größten Sorgfalt vorgeht: Abwaschen der Brustwarze, gründliche Reinigung der Hände, Reinigung der Warzen auch nach dem Trinken, Regelmäßigkeit im Anlegen (S. 90).

Ist aus irgendeinem Grunde eine Mutter tatsächlich nicht imstande selbst zu stillen, oder zeigt sich trotz des Stillens kein Fortschritt im Ge-

deihen des Kindes bzw. verbietet die weitere Beobachtung das Selbststillen, so hat der Arzt allein darüber zu entscheiden, welche Art der Ernährung nun einzutreten hat. Es stehen hier zwei Wege zu Gebote:

1. Die Ernährung durch eine gesunde Amme,
2. Künstliche Ernährung durch Kuhmilch oder Ersatzmittel.

Wenden wir uns zunächst zur Ernährung des Kindes durch eine Amme (Schenkamme), so ist vorauszuschicken, daß diese Frage lediglich nur durch den Arzt entschieden werden kann, welcher einzig und allein imstande ist, über Gesundheit und Tauglichkeit einer Amme zu urteilen. Die Hauptfragen, über welche zu entscheiden ist, sind:

1. Ist die Amme wirklich gesund?
 2. Hat sie reichlich Nahrung?
 3. Ist das Kind der Amme gesund und auch gut gediehen?
- Diese Punkte zu entscheiden ist Sache des Arztes.

Sinnföhllich des ersten Punktes wird der Arzt sein Augenmerk darauf zu richten haben, daß keine ansteckenden und erblichen bzw. übertragbaren Krankheiten, vor allem keine Geschlechtskrankheiten (Sypphilis! frijsche Gonorrhöe!) oder sonstige Erkrankungen vorliegen. Schwindsucht (Tuberkulose) ist unbedingt auszuschließen. Erforderlich ist die Beibringung eines ärztlichen Gesundheitsattestest für Mutter und Kind¹. Auf das Vorleben der Amme, die familiären Verhältnisse, ihre Charaktereigenschaften und einige körperliche Vorzüge (gute Zähne!) wird man weiter zu achten haben. Ruhige Frauen, welche sich nicht gleich über alles aufregen, eignen sich immer gut zu Ammen. Im übrigen ist es, was jeder zugeben wird, eine mißliche Pflicht, eine Amme zu wählen. Denn damit entzieht man tatsächlich dem Ammenkinde die eigene Mutter! Für Unterbringung des Ammenkindes und Fürsorge für dieses muß schon vorher Sorge getragen werden (ortspolizeiliche Bescheinigung dazu ist wünschenswert, falls nicht das Ammenkind mit in das Haus aufgenommen wird).

Gerade in letzterer Hinsicht hat die Ammenernährung ihre sozialen Bedenken; denn dem Ammenkinde wird die Muttermilch entzogen und vielfach eine schlechte Pflege zuteil.

Hat die Untersuchung durch den Arzt die körperliche Befähigung zur Übernahme einer Ammenstelle ergeben, so muß die zweite Frage entschieden werden: „Hat die Amme gute und hinreichende Nahrung?“ Der Arzt wird zu

¹ Von besonderer Wichtigkeit ist, daß bei einer Amme eine Geschlechtskrankheit, speziell die Sypphilis, ausgeschlossen ist, sowohl durch Untersuchung der Milch wie auch des Blutes (sog. Wassermannsche Reaktion); denn Übertragung von der Amme auf das gesunde Kind ist möglich, ebenso das Umgekehrte insofern, als eine gesunde Amme durch ein sypphilitisches Kind mit Sypphilis infiziert werden kann. Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Oktober 1927 enthält in den §§ 13 und 14 sehr scharfe Bestimmungen bezüglich der Ammentätigkeit und auch der Aufnahme von Pflegekindern.

diesem Behufe eine eingehende Untersuchung der Brustdrüse vornehmen. Dieselbe muß gut entwickelt, die Warze gut faßbar sein, auf Druck soll sich vor dem Anlegen Milch im Strahle ausspressen lassen. Die Beschaffenheit der Milch läßt sich zwar noch im ungefähren durch die allbekannte „Nagelprobe“ feststellen. Steht der Tropfen Milch auf dem Fingernagel in Form eines geschlossenen Tropfens, so ist es fette Milch, zerfließt derselbe in eine bläuliche Masse, so ist sie fettarm, wässrig. Genauere Untersuchungsmethoden stehen natürlich dem Arzte noch zur Verfügung. Der beste Prüfstein für den Reichtum und die Güte der Nahrung aber ist Punkt 3: der Ernährungszustand des Ammenkinde. Diese Untersuchung ist bei der Auswahl einer Amme unerläßlich. Aber auch hinsichtlich des Gesundheitszustandes ist das Kind der Amme einer Untersuchung zu unterziehen. Dasselbe muß vollkommen gesund sein, darf nirgends einen Ausschlag haben, insbesondere ist hier zu achten auf Handteller und Fußsohlen, sowie die Umgebung des After und der äußeren Geschlechtsteile. Von anderen bei der Amme zu beobachtenden Punkten seien noch einige erwähnt: Der Altersunterschied zwischen dem zu stillenden Kinde und demjenigen der Amme sei kein allzu großer. Derselbe darf höchstens 2—3 Monate betragen. Im allgemeinen ist es wünschenswert, daß die Amme 4—6 Wochen vor der betreffenden Mutter niedergekommen ist. Mehrstillende sind vor Erststillenden zu bevorzugen. Gewisse Umstände haben mitunter auf das Stillen durch die Amme Einfluß; vor allem die veränderte Lebensweise und die andere Kost, besonders bei Ammen, welche vom Lande in die Stadt kommen. Man achte darauf, daß der Amme im allgemeinen die seitherige Kost, sofern sie zweckmäßig war, weiterzureichen ist. Die Ernährung entspricht im allgemeinen den für Stillende gegebenen Vorschriften (s. S. 84). Überfütterung einer Amme ist, da sie zu Magenstörungen der Amme wie auch des Kindes Anlaß geben kann, auf jeden Fall zu vermeiden! Die Auswahl einer Amme legt einem Arzt oft recht große Verantwortung auf. Aber gerade diese Dinge kann nur der Arzt entscheiden. — Eine Amme muß sorgfältig überwacht werden; man gestatte ihr, sich täglich in frischer Luft zu bewegen, gebe ihr eine passende Beschäftigung im Hause. Andererseits achte man auch darauf, daß eine Amme, um ihren Milchmangel zu verbergen, dem Kinde nicht etwa künstliche Nahrungsmittel verabreiche! Das Gedeihen des Kindes (Gewicht! Aussehen!) ist der beste Prüfstein für die Brauchbarkeit einer Amme.

Im übrigen bedarf das Ammenwesen noch sehr der Verbesserung. Eine Mutter überlasse niemals ihr Kindchen der Amme, sondern Sorge ungeachtet dessen selber für dasselbe, als ob sie es selbst nähre. Selbstverständlich gilt das auf S. 84 Gesagte auch für die Amme: die Amme darf niemals das Kind mit in das Bett nehmen; ein Anflug, der zuweilen schon vorgekommen ist!!

Überhaupt bedarf eine Amme genauer Beobachtung durch die Pflegerin und auch durch den Arzt.

Die Pflegerin Sorge dafür, daß die Amme nach der Ankunft gebadet wird; waren die Brüste sehr gespannt, so wird es zweckmäßig sein, die erste Milch abzupumpen. Man achte darauf, ob die Amme auch auf die Beforgung des ihr anvertrauten Kindes, insbesondere auf die Reini gung die nötige Sorgfalt legt. Auch erkundige man sich nach dem körperlichen Befinden der Amme, z. B. nach etwa eintretenden Blutungen, Ausflüssen, Verdauungsstörungen.

In manchen Fällen wird nicht eine ausschließliche Ernährung durch die Amme gewünscht, oder die Verhältnisse gestatten das Halten einer Amme nicht; hier wird das Kind ein- oder mehreremal von einer anderen Frau (Schenkfrau) angelegt, so daß es neben dem Kinde derselben gestillt wird. Man sagt, es ist eine Zufütterung nötig. Es ist an sich diese Art der Ammenernährung nicht unzulässig, vorausgesetzt, daß auch die Schenkfrau gesund ist, aber vielfach bekommt auf solche Art (die sich nie kontrollieren läßt) das Kind nicht immer genügend Muttermilch.

In ähnlicher Weise wird eine Art gemischter Ernährung durchgeführt, wenn die eigene Mutter nur zum Teil, z. B. 3—4 mal, stillt, und nur nebenbei die Flasche gereicht wird („Beistillen“ oder „Zwimilchernährung“, d. h. zwischen den natürlichen Mahlzeiten wird je eine Flasche eingeschoben, am besten allerdings durch Zufütterung mit dem Löffelchen). Jedenfalls gedeihen solche Kinder, da ihnen neben der künstlichen Ernährung noch die Wohlthat der Brustnahrung zuteil wird, in der ersten Zeit besser, als wenn von Anfang an nur die Flasche gereicht wurde. Diese Art von Zwimilchernährung ist gerade für die Neugeburtzeit bei solchen Müttern das Beste, welche nicht ausschließlich stillen können.

Wo eine Amme nicht zu haben ist oder aus besonderen Gründen nicht gewünscht wird, kann vorübergehend, z. B. bei sehr schwächlichen Kindern, indirekte Ammenernährung stattfinden dadurch, daß bei einer gesunden Frau Ammenmilch mit der Milchpumpe gewonnen und in eine Milchflasche oder einen Glascolben gebracht wird, welcher sofort fest verschlossen und abgekühlt werden muß.

Sollte aus diesem oder jenem Grunde tatsächlich eine Mutter nicht stillen können und ein Ersatz durch eine Amme nicht möglich sein, so kommt die „künstliche Ernährung“ (mit Recht auch „unnatürliche Ernährung“ genannt) in Betracht, d. i. die Ernährung durch die Flasche; solche Kinder heißen im Gegensatz zu den Brustkindern kurzweg „Flaschenkinder“. Gegenüber der natürlichen Ernährung steht diese Art der Ernährung weit zurück. Nur bei größter Sorgfalt können die Kinder hier gedeihen. Vollkommen gleichwertig ist aber diese Ernährung niemals derjenigen an der Mutterbrust, obwohl für manche Nährmittel dies oft genug behauptet wird. Im ersten Vierteljahr, insbesondere in der Neugeburtzeit, ist diese Art Ernährung immer ein Wagnis! Wenn irgend möglich sollten in der ersten Zeit doch wenigstens einige Mahlzeiten noch an der Brust gegeben werden („Beistillen“), was sich vielfach, wenn auch mit Mühe, doch noch durchführen läßt. Der Entschluß zur künstlichen „Ernährung“ bedarf aber stets reiflichster Überlegung. Nichts ist schwieriger und verantwortlicher als der Übergang von der natürlichen zur künstlichen Ernährung! Dazu kommt, wie oben hervorgehoben wurde (S. 94), daß gerade in den ersten Lebenswochen überwiegend viel mehr Kinder sterben als in den

ipäteren Monaten (nach dem sechsten Monat). Außerdem ist zu bedenken, daß die Tiermilch — sei es Kuh- oder Ziegenmilch — selbst in bester Zubereitung der Frauenmilch als eine fremdartige („artfremde“) Milch niemals gleichkommen kann. Schon die Bestandteile sind andere, z. B. das Eiweiß und das Fett. Die Verdaulichkeit ist also eine andere (vgl. oben S. 40). Magensaft fällt Frauenmilch in feinen Flöckchen, bildet mit Kuhmilch dagegen feste, derbe, schwer verdauliche Gerinnsel. Es mag daher der Satz aufgestellt werden: kann die Mutter tatsächlich das Kind nicht stillen, so hat sowohl die Hebamme als auch die Pflegerin auf sofortige Zuziehung eines Arztes zu dringen; denn weder diese noch jene darf hier Ratschläge erteilen, sondern hier darf einzig und allein nur der Arzt entscheiden! Flaschenkinder bedürfen nicht nur hinsichtlich der Nahrung, sondern auch rücksichtlich der Haut- und Körperpflege peinlichster Sorgfalt.

Im allgemeinen kommt hier in erster Linie die Kuhmilch in Betracht. Diese Art der Ernährung weicht nun in einigen wesentlichen Punkten von der natürlichen ab:

1. darin, daß die Zusammensetzung der dem Kinde gereichten natürlichen Nahrung sehr verschieden ist von der künstlich bereiteten;
2. daß die Kuhmilch eine Zeitlang verdünnt gegeben werden muß;

3. daß sie gewissen Verunreinigungen sowohl bei der Gewinnung als auch bei dem Transport und der Aufbewahrung ausgesetzt ist und dem Kinde großen Schaden bringen kann. Es ist selbstverständlich, daß 1. die Milch von gesunden Tieren (keine Tuberkulose!) gewonnen wird¹, 2. daß die Milch sauber gemolken wird, 3. daß sie einwandfrei aufbewahrt wird (Abkühlung!). Unser Bestreben muß daher darauf gerichtet sein, die Kuhmilch

1. in einer, der Zusammensetzung der Frauenmilch nahezu gleichen Form, also in entsprechender Verdünnung,
2. in vollkommen keimfreiem Zustand zu geben.

Von der Tiermilch im allgemeinen stehen uns zur Verfügung die Kuhmilch, Ziegenmilch, Schaf-, Stuten- und Eselinnenmilch. Der Zusammensetzung nach steht die Eselinnenmilch noch der Frauenmilch am nächsten, ist aber aus begreiflichen Gründen schwerer zu beschaffen als Kuhmilch. Ist keine Kuhmilch zu beschaffen, so kann zwar ausnahmsweise weitergehend Ziegenmilch benutzt werden,

¹ Durch das demnächst zu erwartende „Reichsmilchgesetz“ wird im Verkehr mit Kuhmilch (Ausschluß gesundheitschädlicher Milch u. a.) genau geregelt werden, wobei auch genaue Vorschriften über Milchgewinnung, Milchtransport u. a. gegeben werden.

zumal bekanntlich die Tuberkulose bei Ziegen viel seltener vorkommt, indessen ist nach ausschließlicher Ernährung mit Ziegenmilch schwere Blutarmut beobachtet, so daß im allgemeinen nur Kuhmilch in Betracht kommt. Ein Blick auf die kleine Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen Frauenmilch und Kuhmilch recht deutlich.

In 100 Teilen Milch sind ungefähr enthalten (nach Söldner und Camerer):

	Wasser (Casein und Eiweißstoff)	Käsestoff	Fett (Butter)	Zucker (Milchzucker)
Frauenmilch	87,91	0,88	3,31	7,16
Kuhmilch . .	87,60	3,20	3,50	5,0

Was die erste Forderung betrifft, die Kuhmilch in ihrer Zusammensetzung und ihrem Nährwerte der Frauenmilch annähernd gleichzumachen, so muß sie zu diesem Zwecke verdünnt und durch Zusatz von Milchzucker entsprechend versüßt werden. Eine gute Milch, am besten Mischmilch von gesunden Kühen (selbstverständlich niemals abgerahmte oder Magermilch, sondern Vollmilch!) hat, wie die Tabelle zeigt, einen größeren Gehalt an Käsestoff (Casein) und geringeren Gehalt an Milchzucker im Vergleich zur Frauenmilch; zur Ausgleichung dieses Unterschiedes ist ein Zusatz von Milchzucker nötig, außerdem wird die Milch entsprechend mit Wasser oder mit Schleimabkochung (vom vierten Monat ab mit Mehlabkochung) verdünnt.

Der Grad der Verdünnung sowie die Zahl der Mahlzeiten wird nach dem Alter des Säuglings bestimmt, etwa nach folgendem Schema:

1. Vom ersten bis einschließlich dritten Monat: sog. halbe Milch;
2. vom vierten Monat ab: sog. Zweidrittelmilch.

Die früher in den ersten Lebenswochen verordneten stärkeren Verdünnungen (z. B. Eindrittelmilch) sind unzweckmäßig, da sie zuviel Flüssigkeit und zu wenig Nährstoffe enthalten.

Bei der „halben Milch“ kommen in Betracht: 500 g Milch + 500 g Schleimabkochung und 50—60 g Zucker, zuerst im ganzen sechs, später unbedingt fünf Mahlzeiten. In den ersten 8—14 Tagen muß die Gesamtmenge naturgemäß gering sein, etwa 500—600 g, dann erst folgt allmähliches Ansteigen auf 5×150 —180 g = 750—900 g am Tage.

Vom vierten Monat ab: zunächst „Zweidrittelmilch“ (= 2 Teile Milch, 1 Teil Schleim), dann „Dreiviertelmilch“ (3 Teile Milch, 1 Teil Schleim) und schließlich Übergang zur Vollmilch gegen Ende des ersten Lebensjahres; fünf Mahlzeiten. Man kann übrigens die nur ganz wenig verdünnte Milch (z. B. Dreiviertelmilch) bis zum Ende des ersten Jahres geben, da der geringe Schleimzusatz die Milch verdaulich macht. Also ist es nicht unbedingt notwendig, mit einem bestimmten Zeitpunkte sofort reine „Vollmilch“ zu geben, wiewohl manche Kinder sie sehr gut vertragen. Es ist im zweiten Halbjahr (also nach dem sechsten Monat) jedoch unbedingt erforderlich, an Stelle einer Milchmahlzeit dem Kinde eine Weinahrung zu geben (vgl. unten), bei Flaschenkindern etwas früher (fünften Monat), bei Brustkindern etwas später.

Die Nahrungsmenge bestimmt man ungefähr nach dem Gewicht des Kindes: vom zweiten bis achten Monat erhält das Kind an Milch $\frac{1}{10}$ seines Gewichtes, an Zucker $\frac{1}{100}$ desselben. Die Menge der Einzelmahlzeit wie der Tagesportion steigt im allgemeinen von der ersten bis zur sechsten oder achten Lebenswoche täglich etwas an, so daß allmählich 5×150 — 180 g erreicht werden, bleibt aber vom dritten Monat ab bis zum Ende der Säuglingszeit ziemlich gleichmäßig auf einem Durchschnitt stehen (etwa $\frac{1}{10}$ des Körpergewichtes an Milch in Mischung mit Wasser). Maßgebend ist ungefähr dasjenige Quantum, welches das Kind bei Brustnahrung zu sich nehmen würde. Muttermilch ist (vgl. S. 40) leichter verdaulich als Tiermilch; daher ist es wichtig, diese schwerer verdauliche unnatürliche Nahrung nicht in zu großer Menge zu geben. Ein Brustkind trinkt ungefähr gegen 600 — 800 ccm, für das Flaschenkind sollte aber die Tagesmenge auf keinen Fall 1000 ccm übersteigen. Allzusehr die Nahrungsmenge bei der künstlichen Ernährung zu steigern, ist falsch und führt zu der vielgefürchteten „Überfütterung“ (s. u.). Im Durchschnitt genügen fünf Mahlzeiten für den Tag nach der oben beschriebenen Einteilung. An diese Ordnung gewöhnt sich das Kind sehr rasch. Die Pausen sind schon wegen der schweren Verdaulichkeit der Tiermilch etwas größer zu wählen als bei Brustkindern, zumal künstliche Nahrung länger im Magen verweilt als Muttermilch. Für die Zahl der Mahlzeiten ist außer dem Alter natürlich auch der Kräftezustand maßgebend. Nur in den allerersten Tagen kann man ausnahmsweise mal sechs oder gar sieben (auf Anordnung des Arztes) Mahlzeiten geben, mit der zweiten Woche aber, wenn möglich, nur fünf Mahlzeiten). Zur Herstellung der Schleimabkochung, welche meist der Verdünnung mit Wasser vorgezogen wird, nimmt man Hafersflocken. Von Milchzucker kommt in erster Linie in Betracht Gemisch reiner Milchzucker (aus der Apotheke oder Drogerie, nie aus „Krämerläden“ zu beziehen!), im übrigen der Kochzucker. Über den Zusatz anderer Zuckerarten (z. B. Sorghlets Nährzucker, einer Mischung von Dextrin und Maltose) oder die Stärke der Zuckerlösung entscheidet der Arzt.

Für die ersten drei Monate kommt als Verdünnungsflüssigkeit anstatt Wasser besser eine Schleimabkochung in Betracht: 1—3 Eßlöffel Hafersflocken, Reiskörner oder Graupen werden mit 1 l Wasser eine Stunde gekocht; dann läßt man dies durch ein feines Sehtuch durchlaufen und füllt das verdampfte Wasser auf 1 l Gesamtschleimabkochung wieder auf.

Erst vom vierten Monat ab darf eine Mehlabkochung als Zusatzflüssigkeit benutzt werden (z. B. 30—40 g Hafer- oder Reismehl mit 1 l Wasser 10—20 Minuten gekocht, dann durchpassiert und auf 1 l Mehflüssigkeit aufgefüllt).

Im übrigen bestehen jetzt allenthalben Beratungsstellen der Zentralen für Mütter- und Säuglingsfürsorge, in welchen unentgeltlich für Unbemittelte Ratshläge in Fragen betreffs Milchverdünnung, Nahrungsquantum, Zusatz von Zucker oder Mehl, vor allem über Gewichtszu- oder -abnahme erteilt werden. Gerade die mit der Flasche ernährten Kinder sollten ärztlich überwacht werden!

Im Einzelfalle entscheidet der Arzt über den Grad der Verdünnung. Die Kinder zeigen in bezug auf die Verdünnung ein ganz verschiedenes Verhalten, so daß manche Kinder geringe, andere wieder stärkere Verdünnung der Milch vertragen. Aus diesem Grunde kann man

ein allgemein gültiges Schema nicht aufstellen, und sollen die oben angegebenen Zahlen nur einen ungefähren Anhaltspunkt geben! Im allgemeinen kann man, wie erwähnt, gegen Ende des ersten Jahres schon langsam zur unverdünnten Kuhmilch übergehen. Es kann andererseits ohne Schaden bis zu Ende des ersten Lebensjahres (bei geeigneter Weinahrung vgl. u.) Dreiviertelmilch gegeben werden, da der Schleimzusatz zur Vollmilch diese jedenfalls verdaulicher macht. Unverständige Mütter, welche jüngeren Kindern in den ersten Wochen schon reine oder nur wenig verdünnte Milch reichen in der Meinung, ihnen hiermit eine kräftige Nahrung zu reichen, bringen dadurch das Kind in große Gefahr; denn erstens wird der hierdurch stark gereizte Magen den größten Teil dieser Nahrung wieder ausbrechen, weiterhin können sich aber schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane einstellen.

Spätestens vom sechsten Monat ab muß dem älteren Säugling eine Beikost (Weinahrung) gegeben werden, um ihm in erster Linie die Vitamine und die notwendigen Salze zuzuführen, außerdem ihn allmählich an breiige, später feste Nahrung zu gewöhnen. Einseitige Milchnahrung, gerade bei Flaschenkindern, kann wegen Vitaminmangels zu schweren Erkrankungen führen, z. B. kindlichem Scorbut, auch Blutungen auf Haut oder Schleimhäuten u. a. Bei Flaschenkindern kann man schon etwas früher (vierten oder fünften Monat) Fruchtsäfte geben (z. B. Zitronen-, Apfelsinen- oder Bananensaft, etwa 30—50 g), die bei Brustkindern nicht so notwendig sind. Später gibt man Gemüsebrühe (z. B. von Mohrrüben, Spinat, Spargel) mit Reis, dann auch Grießbrei oder auch Gemüse (Spinat! Karotten) mit durchgebrühten Kartoffeln. Daneben kann gegen Ende des ersten Jahres Zwieback, Reis, auch Butterbrot in Betracht kommen, schließlich auch Eigelb. Diese Beikost wird anfänglich nur Teelöffelweise — natürlich richtig erwärmt — später in größeren Portionen gegeben. Der Stuhl muß allerdings genau kontrolliert werden. — Es ist durchaus verkehrt und für die Kinder sehr schädlich, wenn, wie es oft geschieht, nach dem Rate „erfahrener Frauen“ den Kindern schon in den ersten Tagen oder Wochen Semmel- oder Zwiebackbrei gereicht wird. Der Speichel, ebenso der kindliche Magen und Darm sind anfangs noch nicht imstande, solche stärkemehlhaltige Nahrung zu verdauen, dazu wird das Kind erst gegen das 2. Halbjahr hin befähigt. Es kommt also durch solche unverdauliche Nahrung zu einem Reizzustand des Magendarmkanals, das Kind wird krank.

Werden die Unterschiede zwischen Frauenmilch und Kuhmilch auch nur annähernd ausgeglichen, so muß weiterhin noch die zweite wichtige Forderung erfüllt werden, die Milch dem Kinde keimfrei zu reichen.

Nach ihrer Entnahme vom Euter beim Melken bis zum Transport und bis zur Verwendung im Hause ist die Milch allerlei Luft- und anderen (auch Krankheits-) Keimen ausgesetzt; läßt man solche Milch stehen, so

bildet sich ein dicker Bodensatz, welcher aus unendlich vielen Staubteilchen und Keimen aller Art besteht¹). Aus diesem Grunde muß die Milch vor dem Gebrauch gehörig durchgekocht werden, um etwa darin enthaltene Keime abzutöten oder unwirksam zu machen. Das kurzdauernde Abkochen der Milch, sofern es nicht unnötig lange (etwa vom Moment des Kochens ab 3—5 Minuten lang!) geschieht, ist der Milch durchaus zuträglich. Es liegt vorerst kein beweiskräftiger Grund vor, von diesem Verfahren, an welches sich jetzt auch das Publikum (selbst die ungebildeten Kreise) gewöhnt hat, abzuweichen. Durch das selbst kurze Abkochen werden die meisten Keime getötet. Danach muß natürlich die Milch rasch abgekühlt und bei einer Temperatur unter 9° aufbewahrt werden. Für gewöhnliche Verhältnisse geschieht dies im Hause, entweder mit Hilfe des Milchkochtopfes oder vermittels des sog. Sorhletschen Apparates. Der erstere ist der Billigkeit halber für weniger Bemittelte wohl genügend; am besten wird in einem Milchtopf innerhalb eines Wasserbades (d. i. eines größeren Gefäßes mit Wasser) die Milch dadurch zum Erwärmen gebracht, daß man das umgebende Wasser bis zum Sieden erhitzt und längstens 3—5 Minuten lang im Sieden erhält. Dieser Milchkochtopf ist alsdann, wohlverschlossen, in einem kühlen Gefäß unter 9° C aufzubewahren. Die Abkühlung muß sehr rasch geschehen, damit nicht solche Keime, welche die Siedehitze vertragen, wieder zur Wirkung kommen.

¹ Unter den Krankheiten, welche von den Haustieren, speziell der Kuh, auf den Menschen übertragen werden können, spielt die Tuberkulose (Pferlsucht) die größte Rolle. Gerade bei Kühen kommen solche Erkrankungen vor, selbst in der Brustdrüse (Eutertuberkulose). Von anderen Krankheiten, welche schwere Verdauungsstörungen hervorrufen könnten, ist die Maul- und Klauenseuche zu nennen, ebenso Brustdrüsenentzündung, sowie Milzbrand. — Es können sich aber auch durch die Aufbewahrung der Milch in unreinen Gefäßen, oder falls unreines Wasser zum Spülen dieser Gefäße benutzt wurde, andere Keime bilden, welche beim Säugling schwere Verdauungsstörungen hervorrufen. Alle diese Bedenken sprechen dafür, daß niemals ungekochte rohe Milch verwendet werden darf! Sind in der Milch bereits Zersetzungserzeugnisse, dann hilft auch das Kochen nichts mehr. Also muß von vornherein die Milch an sich einwandfrei sein. Eine einfache Probe auf die Zuverlässigkeit der Milch ist die Alkoholprobe: man mischt gleiche Teile Milch und 70proz. Alkohol; bei guter Milch tritt nie Gerinnung ein, wohl aber bei zersetzter Milch. — Im übrigen ist der Milch nicht immer anzusehen, ob sie von kranken Kühen stammt, z. B. sieht Milch perlsüchtiger Tiere nicht anders aus als solche gesunder, andererseits ist es klar, daß fadenziehende, blaue oder schleimige Milch von vornherein unbrauchbar ist. Alle diese Punkte werden durch das schon oben erwähnte, in Aussicht gestellte Reichsmilchgesetz gebührend geregelt werden.

Ein sehr zweckmäßiger Kochtopf ist der von Flügge angegebene, ebenso derjenige von Dr. Poetter (Burghardt & Becker in Chemnitz), welcher in einem emaillierten Wassertopf einen inneren, mit Scharnierbedeckel versehenen Milchtopf von 1,5 l Inhalt enthält. Der äußere Topf kann, nachdem die Milch gekocht hatte, durch Zugießen von sehr kaltem Wasser zur Abkühlung benützt werden. Die Milch wird direkt aus dem inneren Gefäß in die Milchflasche gegossen, mit der Zusatzflüssigkeit verdünnt und gefützt. Außerdem können Bed- oder Reg-apparate mit den dazu passenden Flaschen zu dem gleichen Zweck benützt werden.

Wird auf diese Weise die Milch im ganzen „sterilisiert“, wie man sagt, so dient für die Sterilisierung in Einzelportionen der genannte Soghlet-Apparat (Abb. 48). In diesem wird die für den Tag bemessene Milchmenge mit gezuckerter Zusatzflüssigkeit verdünnt und in die einzelnen Flaschen des Apparates gefüllt; alsdann werden diese in einem

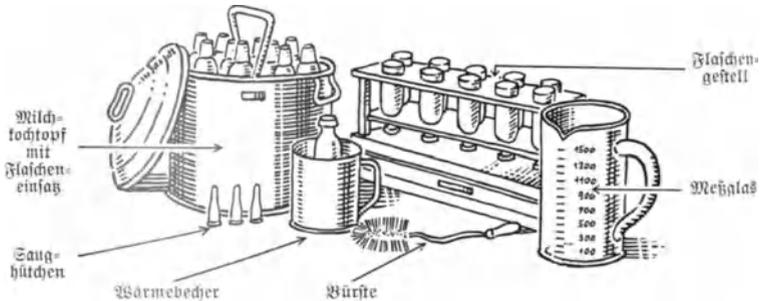


Abb. 48. Soghlet's Sterilisierapparat für Kindermilch mit selbsttätig wirkendem Luftdruckverschluß.

Wasserbade abgekocht und unter luftdichtem Verschluss an einem kühlen Ort aufbewahrt. Der Apparat besteht aus einem großen Milchtopf, einem großen Meßglas, sowie den einzelnen Flaschen. Der Verschluss wird am zweckmäßigsten durch einfache Gummischeiben (vgl. Abb. 49) gebildet, welche schon vor dem Abkochen auf die Flasche aufgesetzt werden; sie werden durch den äußeren Luftdruck aufgepreßt und dienen somit zugleich als Maßstab für den guten Zustand des Inhaltes. Denn sobald derselbe verdorben ist, wölbt sich die Gummischeibe stark nach außen.

Der Vorteil des Soghlet'schen Apparates liegt darin, daß nach der Abkochung die Flaschen für den Gebrauch sozusagen fertig sind. Dieselben müssen allerdings vorher in dem dazu vorhandenen Wärmebecher auf mindestens 36—37° erwärmt werden. Die im Apparat abgekochte Milch kann dann, sofern das Glas gehörig gereinigt war, als keimfrei angesehen werden.

Die Anwendung des Sorghletschen Apparates muß jeder Pflegerin geläufig sein. Es gelten dazu etwa folgende Vorschriften.

1. Die Milch wird in einem großen Gefäß (Meßglas) mit Wasser oder Schleimabkochung entsprechend verdünnt. Zur Herstellung des Mischungsverhältnisses dient das große Meßglas, welches $1\frac{1}{2}$ l faßt und in $\frac{1}{10}$ l eingeteilt ist. Die Verdünnung ist nach den oben gegebenen Vorschriften durchzuführen.

2. Zu dieser Mischung wird chemisch reiner Milchzucker zugefetzt.

3. Die für den Tagesverbrauch ausreichende Menge (einschließlich einiger Referveflaschen) wird in Einzelportionen zu 150—200 cem Inhalt verteilt, durch Einfüllen in die Einzelflaschen.

4. Die gefüllten Flaschen werden in den Flascheneinsatz gestellt, auf jede Flasche wird eine Gummischeibe gelegt und über den Hals die Schutzhülse gestülpt (vgl. Abb. 49). Der ganze Einsatz mit den Flaschen wird in den Kochtopf gestellt; dieser wird mit so viel kaltem Wasser gefüllt, daß das Wasser im Kochtopf in gleicher Höhe mit der Milch in den Flaschen steht.

5. Darauf wird auf dem Herde oder einem Gasofen das Wasser zum Kochen erhitzt; sobald der Inhalt kocht, läßt man ihn noch drei (längstens fünf) Minuten bei mäßigem Feuer kochen (nicht länger, da nachweislich die Milch durch zu langes Kochen Not leidet und das Kind unter eigentümlichen Erscheinungen erkranken kann).

6. Dann wird der Deckel des Kochtopfes abgehoben und, wenn sich der Dampf etwas verteilt und das Wasser sich abgekühlt hat, der Einsatz mit den Flaschen herausgenommen und sogleich in einen kühlen Raum gebracht. Die Flaschen verschließen sich dadurch von selbst, daß durch den Luftdruck die Gummischeibe fest angebrückt wird (Abb. 49). Man läßt indes die Schutzhülse bis zum Gebrauch des Inhaltes auf der Flasche.

7. Vor dem Gebrauche wird die Milchflasche in dem Wärmebecher (auf einer Spirituslampe) so lange erwärmt, bis sie „trinkwarm“ ist. Am besten ist es, zu diesem Zwecke das im Wärmebecher befindliche Wasser langsam zu erhitzen. Die Flasche kann durch Überziehen eines wollenen Beutels vor Abkühlung geschützt werden.

8. Erst wenn die Milch trinkwarm geworden ist, was man durch Andrücken der Flasche an das Auge kontrollieren kann, öffnet man die Flasche, indem man den Rand der Gummischeibe etwas nach aufwärts drückt und setzt den Gummisauger auf.

Niemals darf die Wärme der Milch durch Vorkosten geprüft werden, da hierbei eine gefährliche Verunreinigung mit Keimen der Mundhöhle stattfindet! Man gießt vielmehr einige Tropfen auf die obere Handfläche und merkt so, ob die Milch lauwarm ist.

Die Hauptbedingungen für diese Art der Ernährung sind demnach:

1. Die Beschaffung einer durchaus einwandfreien Milch (am besten Mischmilch von gesunden Kühen) (vgl. S. 109).

2. Feinlich saubere Zubereitung der Milch, sofort nachdem die Milch in das Haus kommt (Filtrieren — Abkochen — Abkühlen!).

3. Richtige, dem Alter des Kindes entsprechende Verdünnung.

4. Gehörige Reinhaltung des Milchkoctopfes, der Milchflaschen, der Saughütchen und der Gummischeiben.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, daß die Flaschen nach dem Gebrauch sofort mit Wasser gefüllt werden, damit die Milchreste nicht eintrocknen; sie werden dann mittels Salzwasser oder Sodalösung wiederholt ausgespült, sodann mit der Flaschenbürste gereinigt, ausgespült und umgekehrt (wie Abb. 48 zeigt) in den Flaschenständer hereingestellt. Ehe die Flasche mit Milch wieder gefüllt wird, wird sie mit frischem, vorher abgekochtem Wasser nochmals ausgespült. Selbstverständlich wird der



Abb. 49. Verschluss der Flaschen mittels Gummischeiben.
(Selbsttätig wirkender Luftdruckverschluss.)
Die Gummischeibe ist angebrückt.

noch vorhandene Milchrest weggegoßen, er darf nicht wieder verwendet werden. An der Einteilung der Saugflasche nach Kubikzentimetern liest man ab, wieviel das Kind getrunken hat.

Ebenso wichtig ist aber die Reinhaltung der Gummischeiben und der Saughütchen (Saugpfropfen). Die Saughütchen sollten aus schwarzem oder braunem Gummi (nicht aus rotem, grauem oder weißem Kautschuk!) her-

gestellt sein. Die Gummischeiben werden nach dem Gebrauche umgestülpt in abgekochtes Wasser oder besser in Sodalösung gelegt, nachdem sie von den Milchresten befreit sind, und in einem Porzellan- oder Glasgefäß aufbewahrt. Sicherer ist es indes, diese (wie auch die Milchflasche) einmal am Tage vor dem Gebrauche innen und außen mit Salz abzureiben und in einem besonderen Gefäße 3—5 Minuten auszukochen. Die Saughütchen werden zweckmäßig nach dem Gebrauche umgestülpt; sie können in abgekochtem Wasser oder Kochsalzlösung in einem besonderen Gefäße (mit Deckel) aufbewahrt bleiben. — Die Spitze des ausgekochten Gummisaugers darf man nie mit dem Finger anfassen! Die Saugöffnung wird in der Weise hergestellt, daß man mit einer

glühenden Nähnadel ein Loch hindurchstößt. Die so hergestellte Öffnung darf nur so groß sein, daß bei der umgekehrt gehaltenen Flasche die Milch in Tropfen austritt. — Als Sauger darf natürlich niemals der (früher übliche, jetzt gänzlich verpönte!) Gummischlauch oder ein sog. Patent-sauger (Glasrohr mit Gummihülse) benutzt werden!! Je einfacher Sauger¹ und Saugflasche sind, um so besser lassen sie sich auch reinigen!

Sind alle diese Vorichtsmaßregeln erfüllt, so wird dem Kinde auch keimfreie Milch gereicht. Viele Kinder können wohl auch bei dieser Art der Ernährung recht gut gedeihen, aber man bedenke, welche Sorgfalt bei der Zubereitung und Verabreichung dieser Art Nahrung zu beobachten ist, und welche Fehler unterlaufen können! Ein nicht zu unterschätzender Nachteil besteht in der verschiedenen Zusammensetzung der Milch gegenüber der Frauenmilch, sowie der notwendigen Verdünnung. Hierdurch muß dem Kinde in der Einzelmahlzeit eine entsprechend größere Menge gereicht werden, als es an der Brust erhalten würde. Den Ausscheidungsorganen wird

daher mehr zugemutet als bei der natürlichen Ernährung. Dazu kommt, daß der Fettgehalt geringer, der Eiweißgehalt ein anderer ist als bei der Muttermilch und, wie erwähnt, gewisse Schutzstoffe fehlen!



Abb. 50. Erwärmen der Flasche.
Die gefüllte Flasche steht so in einem Topf, daß der Wasser-
spiegel (a) über die Milchmenge (b) herausragt.
(Aus Zerwer, Säuglingspflegebüch.)

¹ Das ehemals in Aussicht gestellte Gesetz über die Kinderaugflaschen („Kinderaugflaschengesetz“) bestimmte, daß Kinderaugflaschen mit Rohr oder Schlauch, sowie Teile zu solchen weder gewerbsmäßig hergestellt, noch zum Verkauf vorrätig gehalten oder sonst in Verkehr gebracht werden dürfen, oder auch aus dem Auslande eingeführt werden. Statt der früher noch üblichen Strichflaschen werden besser diejenigen gebraucht, welche nach Kubikzentimetern oder Gramm

Als zweckmäßig wäre daher, um diesen Ausfall auszugleichen, eine Verbindung der künstlichen Ernährung mit der mütterlichen anzusehen, so wie dies oben S. 108 als „Beistillen“ beschrieben wurde. Dies ist ganz besonders solchen Müttern zu raten, welche nur wenig Milch haben, oder die durch ihren Beruf (z. B. Tätigkeit in einer Fabrik) ihrer Mutterpflicht tagsüber entzogen werden. Dieser Zusatz von Muttermilch macht das Kind jedenfalls widerstandsfähiger und erleichtert wesentlich die Verdauung der künstlichen Nahrung, d. i. der artfremden Milch.

Flaschenkinder bedürfen ganz besonderer Pflege und sind in bezug auf Gewicht, Aussehen, besonders Stuhlentleerungen genau zu beobachten.

Als Vorbedingung für eine gute, wirklich keimfreie Milch, mag sie im Hause oder Großbetriebe hergestellt werden, gilt natürlich eine zweckmäßige Fütterung der Kühe (Trockenfütterung ist nicht unbedingt notwendig!), die sichere Kontrolle des Viehbestandes durch Tierärzte, Auswahl des Zuchtviehes, sorgfältige Stallhygiene, Sterilisierung der Milch in frischem Zustande und gehörige Vorbereitung bis zum Gebrauche.

Wenn nun auch in bezug auf die Reinlichkeit, sowohl bei dem Bezug und der Aufbewahrung, als auch bei der Herstellung der Milchmischung alles so, wie oben beschrieben, vorgesorgt ist, wird doch vielfach ein Fehler dadurch begangen, daß man gerade, wie oben erwähnt, bei der künstlichen Ernährung dem Kinde leicht zu viel gibt, es also „überfüttert“. Vor dieser „Überfütterung“ kann gar nicht genug gewarnt werden, da sie zu Verdauungsbeschwerden, Blähungen und anderen Beschwerden führt, die für die Entwicklung des Kindes schädlich sind. Gerade bei künstlicher Ernährung ist es besonders wichtig, längere Pausen (s. o.) zwischen der Mahlzeit einzuhalten, weshalb man nur fünf Mahlzeiten geben sollte in vierstündigen Pausen (um 6, 10, 2, 6 und 10 Uhr), höchstens sechs Mahlzeiten innerhalb 24 Stunden! „Überfütterte“ Kinder haben ein blaßes Aussehen, sind unruhig, gedeihen nicht recht, haben einen aufgetriebenen Leib, lästige Blähsucht u. a., ähnlich den bei englischer Krankheit (s. u.) zu schildernden Erscheinungen und erfordern sofortigen ärztlichen Rat, damit eine ärztliche Regelung der Ernährungsweise erfolgt — weder eine Hebamme noch eine Pflegerin darf hier verordnen!

eingeteilt sind und als Höchstmenge 200 ccm enthalten, welches Quantum als Einzelmahlzeit nicht überschritten werden sollte. Die Milchflasche muß innen glatt sein, damit sich kein Schmutz ansetzen kann. Sehr zweckmäßig ist die sog. Grammasflasche, wie sie schon lange im Kaiserin-Augusta-Viktoria-Hause in Berlin in Gebrauch ist.

Im Gegensatz zu solchen Kindern zeigt der an der Mutterbrust gediehene Säugling eine viel gleichmäßigere fortschreitende Entwicklung. Wie Abb. 51 zeigt, kann nach etwa 5—6 Wochen das Kind in Bauchlage den Kopf etwas anheben, ohne indes ihn aufrecht halten zu können. Die Kinder schlafen nachts und die längste Zeit des Tages zwischen den Mahlzeiten und sind zufrieden. Die Haut ist rosafarben und glatt, die Gliedmaßen sind prall und fest. Die Hände sind in die Fäustchen geballt, beiderseits am Kopf emporgeschlagen. Etwa nach zwei Monaten lernen die Kinder „fixieren“, nach vorgehaltenen Gegenständen sehen und mit vier oder fünf Monaten auch zugreifen.

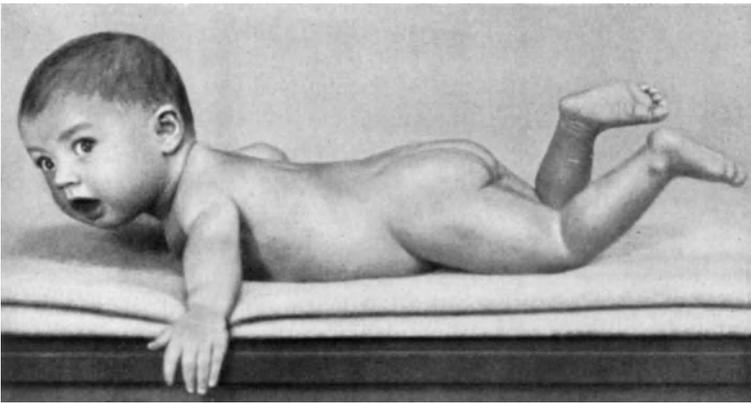


Abb. 51. Gesunder, mit Muttermilch ernährter, gut gediehener Säugling (zweiter Monat).
(Aus Berwer, Säuglingspflegebüch.)

Es gibt schließlich noch eine Reihe von Kuhmilcherersatzmitteln und Zusatzmitteln, welche vielfach in marktchreierischer Weise als „vollwertiger Ersatz der Muttermilch“ angepriesen, ja, wie es leider neuerdings geschehen ist, Hebammen oder Pflegerinnen „zu Versuchen“ zugeschickt werden. Daß es gute Kuhmilcherersatzmittel gibt, weiß jeder Arzt! Hier muß aber der Satz aufgestellt werden: ebensowenig wie eine Hebamme darf eine Pflegerin selbständig zur künstlichen Ernährung Kuhmilcherersatzmittel, also künstliche Milchpräparate, empfehlen oder anwenden! Einzig und allein entscheidet hier der Arzt, aus welchem Grunde von einer Aufzählung dieser Mittel hier abgesehen werden muß. Die Pflegerin erinnere sich vielmehr immer, daß kein Nährmittel, auch wenn es noch so gut ist, die Muttermilch, die billigste und beste Ernährung des Kindes, ersetzen kann!

Anhang.

Anleitung der Pflegerin.

1. Zur Pflege bzw. Beobachtung von schwangeren Frauen in der letzten Zeit der Schwangerschaft,
2. zur Erkennung des Geburtsbeginns,
3. zur Hilfeleistung bei den durch Ärzte oder Hebammen geleiteten Geburten.

Wie oben auseinandergesetzt wurde (s. Kap. 2, Aufgaben und Pflichten usw.), liegt es strenggenommen außer dem Bereiche der Wochenpflegerin, einer schwangeren Frau beizustehen, geschweige denn bei Geburten Hilfe zu leisten. So wünschenswert es auch ist, an den der Pflegerin gesetzten Grenzen festzuhalten, so darf doch andererseits nicht ganz außer acht gelassen werden, daß im Einzelfalle die Wochenpflegerin bei Schwangeren sowohl wie bei Reißenden nicht zwar selbständig, aber unter Aufsicht einer Hebamme oder eines Arztes Hilfe leisten muß. In wohlhabenden Familien ist es sogar Brauch, ganz besonders, wenn eine junge Frau ihrer ersten Entbindung entgegenfieht, für die letzte Zeit der Schwangerschaft eine Pflegerin zu engagieren, damit jederzeit eine sachverständige Hilfe zur Verfügung steht und, die Anwesenheit des Arztes vorausgesetzt, dieselbe sogar für die Geburt die nötigen Vorbereitungen und Handreichungen besorgen kann. Daß die Leitung der Geburt nur in Händen des Arztes liegt, falls noch nicht eine Hebamme zugezogen wird, und niemals einer Pflegerin überlassen werden darf, ist oben deutlich genug hervorgehoben worden (S. 68). Es ist dabei vorauszusetzen, daß der Arzt nur dann auch die Verantwortung tragen kann, wenn er von Anfang bis Ende der Geburt anwesend ist und während dieser Zeit die Pflegerin, in Ermangelung einer Hebamme, ihm „assistiert“, die notwendigen Vorbereitungen trifft und Handreichungen ausführt. Nur in diesem Sinne kann von einer Belehrung in diesem Kapitel die Rede sein!

Der Wochenpflegerin müssen lediglich von diesem Gesichtspunkte aus die wichtigsten Erscheinungen, wie sie die Schwangerschaft besonders in

der letzten Zeit mit sich bringt, bekannt sein, vor allem aber die Anzeichen, mit welchen sich der Eintritt der Geburt anzeigt, um frühzeitig eine sachverständige Hilfe, die Hebamme oder den Arzt zu rufen.

ad 1. Die bekannten Erscheinungen, wie sie zu Anfang der Schwangerschaft sich zeigen, Übelkeit, Erbrechen am frühen Morgen, Abneigung gegen gewisse Speisen, leichte vorübergehende Ohnmachten, haben sich in der letzten Zeit der Schwangerschaft meistens ausgeglichen; jedoch finden wir besonders bei Erstgeschwängerten in den letzten 4—5 Wochen manche Störungen, welche durch die fortschreitende Schwangerschaft und vor allem den tiefer tretenden vorliegenden Teil (meistens den Kopf) bedingt sind. Erfahrungsgemäß ist die Kopflage die häufigste und es tritt (bei Erstgeschwängerten) der Kopf während des letzten Schwangerschaftsmonats in das kleine Becken ein, gleichzeitig senkt sich der Leib etwas; es wird somit hauptsächlich durch den Kopf ein Druck auf die Blase ausgeübt; häufiger Urindrang, andererseits leichtes Ziehen im Kreuz sind die Folgen davon. Vielfach werden diese vorübergehenden, wehenartigen Schmerzen als „vorherjagende“ Wehen oder Vorwehen bezeichnet. Dabei wird oft nur ein Hartwerden des Leibes ohne Schmerz empfunden. Eine weitere Störung, welche gleichfalls als Druckercheinung aufzufassen ist, wäre die leichte Anschwellung der Füße (besonders abends oder nach langem Stehen) und Ausbildung von Krampfadern, d. h. dicken Blutadern (auch Kindsadern, Varizen genannt) an den Beinen. Handelt es sich um diesen Zustand, so wird einfaches Hochlagern der Beine oder Wickeln derselben Erleichterung verschaffen; besteht dagegen schon morgens eine Anschwellung, bei welcher der Fingerdruck stehenbleibt und die Blutgefäße nicht beteiligt sind, also eine sog. wasserfüchtige Anschwellung (Ödem), so muß ein Arzt zu Rat gezogen werden, da hier meist Störungen der Nierentätigkeit zugrunde liegen (s. u.). Es muß sofort der Urin auf Eiweiß untersucht werden.

Ist die Verdauung, wie so häufig in der Schwangerschaft, träge, so ist durch geeignete Diät (gekochtes Obst) und Bewegung in frischer Luft die regelmäßige Stuhlentleerung zu unterstützen, allenfalls darf auch durch ein Klister nachgeholfen werden; niemals sollte die Pflegerin ohne Anordnung des Arztes ein Abführmittel verabreichen! — Jegliche Störung anderer Art, namentlich eitriger ätzender Ausfluß, also Verdacht auf Tripper, oder gar Blutungen, erfordern die sofortige Benachrichtigung des Arztes.

Außer der Stuhlentleerung ist in der letzten Zeit auch auf die Urinentleerung zu achten, und zwar auf die Menge, Farbe und Beschaffenheit des Urins. Plötzliche Verringerung der Urinmenge, dunkelbraune, z. B. bierbraune Farbe, deuten auf eine schwere Nierenstörung hin; falls noch Kopfschmerzen hinzukommen, sind die gefährlichen Krämpfe der Schwangeren (Eklampsie) zu befürchten, eine sehr bedenkliche Erkrankung, die übrigens auch bei der Geburt und im Wochenbett sich einstellen kann. Die genannten „Vorboten“ (heftiger Kopfschmerz, Übelkeit, Dunkelfsehen, Erbrechen) gehen den Krämpfen oft voraus. Hier ist sofort der Arzt zu holen! Es ist sehr zu empfehlen, daß von der Pflegerin in der letzten Zeit der Schwangerschaft dem Arzte öfters Urin der Schwangeren zur Untersuchung auf Eiweiß gebracht wird. Denn gerade bei plötzlicher Nierenstörung sind solche Krämpfe zu befürchten!

ad 2. Der erste Beginn der Geburtswehentätigkeit tritt in der Regel unvermutet ein und kennzeichnet sich durch öfteres Ziehen im Kreuze. Die Frau vermag nicht mehr aufrecht zu stehen und muß sich anlehnen; die Wehen, d. s. schmerzhaftes Zusammenziehen der Gebärmutter, während deren der Leib jedesmal hart wird, kommen mit einer gewissen Regelmäßigkeit wieder, anfangs weniger häufig, alle Viertelstunden, später häufiger. Dazu gesellt sich häufiger Urindrang, Abgang von zähem Schleim, welcher mitunter leicht blutig gefärbt ist; man sagt: „es zeichnet“.

Sind diese Anzeichen der beginnenden Geburt vorhanden, so muß die Kreißende gelagert werden, ebenso bringe die Pflegerin alsbald auf die Zuziehung der Hebamme, bzw. des Arztes. Es ist der Pflegerin strengstens untersagt, selbständig die Geburt weiter zu leiten, da sie in diesem Berufe nicht ausgebildet ist (vgl. S. 68). Der Urin muß stets bei der Geburt auf Eiweiß untersucht werden! Unbedingt notwendig ist es, ärztliche oder Hebammenhilfe zu besorgen, wenn unvermutet Fruchtwasser oder gar Blut abgeht, auch ohne daß deutliche Wehentätigkeit vorhanden ist, ebenso wenn „Preßwehen“ auftreten, ganz besonders aber, wenn andere gefährliche Erscheinungen sich einstellen, wie die oben erwähnten Krämpfe oder Blutungen u. a.

ad 3. Hat sich der hinzugerufene Arzt oder die Hebamme von dem Geburtsbeginn überzeugt, so sind alsbald die Vorbereitungen zur Abwartung der Geburt zu treffen. Ist eine Hebamme zugegen, so unterstütze die Pflegerin sie in jeder Beziehung bei diesen Vorbereitungen und füge sich ihren Anordnungen. Ist dagegen der Arzt nur auf die Hilfe

der Pflegerin angewiesen, so hat sie unter dessen Anleitung allein die Vorbereitungen zu treffen, welche in folgendem bestehen:

Zunächst ziehe sie ein Kleid aus waschbarem Stoffe an, dessen Ärmel bis über den Ellbogen emporgestreift werden können, desgleichen eine reine, frisch gewaschene weiße Schürze (sog. Mantelschürze). Alsdann desinfiziere sie ihre Hände und Vorderarme nach den ihr oben gegebenen Regeln (S. 55) und streife die Gummihandschuhe über. Die Desinfektion ist stets zu wiederholen, sobald sie mit unreinen Gegenständen in Berührung gekommen ist.

Hat sie nun für reichlich warmes abgekochtes Wasser, reine Unterlagen und frische, erwärmte Bettwäsche gesorgt, so schreite sie zur Bereitung des Geburtslagers.

Als Geburtszimmer wähle man ein geräumiges helles, nicht zu warmes (17—19° C) Zimmer, welches zuvor einer gründlichen Reinigung und Ordnung unterworfen werden muß.

Als Geburtsbett dient ein gewöhnliches (nicht zu niedriges) Bett mit harter Matratze, welches so gestellt werden muß, daß es von beiden Seiten zugänglich ist. Über die Matratze wird ein großes Gummituch (etwa 1 m lang und breit) unter das Becken der Kreißenden gelegt, darüber eine reine leinene Unterlage und als Bedeckung eine Wolldecke mit Leinenüberzug. Die Kreißende wird nur mit Hemd, einer Jacke und Strümpfen bekleidet. Das Haar wird geordnet.

Jetzt bereite die Pflegerin die für den Arzt nötigen Desinfektionslösungen vor und koche alle Handbürsten, Nagelreiniger, Nagelschere usw., wie oben beschrieben, aus (vgl. S. 54 ff.); ebenso müssen alle Gerätschaften für das neugeborene Kind zurechtgestellt werden (gereinigte Badewanne, abgekochtes Wasser für die Augen, Hellendallsche oder Nova-Ampulle, sterile Nabelkneppchen usw.).

Der Mastdarm der Kreißenden muß nun zunächst durch ein Seifenwasserklister gründlich entleert werden. Hat die Pflegerin sich in der oben beschriebenen Weise nochmals gründlich desinfiziert, so muß sie die äußeren Geschlechtsteile, die Bauchhaut bis zum Nabel, und die Innenflächen der Oberschenkel mit warmem Wasser und Seife zur Vorbereitung der Kreißenden möglichst gründlich abseifen; nach Bedarf sind die Schamhaare zu kürzen und diese Teile danach mit abgekochtem Wasser oder, je nach Anordnung des Arztes, mit einer Desinfektionsflüssigkeit (z. B. warmer Sagrotan- oder auch Ijhosformlösung) abzuwaschen. Die Reinigung muß mittelst eines großen Bausches entfetteter Watte geschehen, nie darf dazu ein Schwamm benutzt werden! Wo es die Ver-

hältnisse gestatten, gebe man der Kreißenden vorher noch ein warmes Vollbad (33—35° C) (und zwar im Stehen, damit kein Badewasser in die Geschlechtsteile kommt, niemals jedoch, wenn schon Fruchtwasser abgefließen ist!). Nach dieser Reinigung ist die Kreißende mit frischer erwärmter Wäsche zu bekleiden. Vor die Geschlechtsteile muß ein reiner trockener Wattebausch gelegt werden. Die Pflegerin darf die Kreißende im übrigen an den Geschlechtsteilen nicht berühren! Nun muß die Temperatur gemessen werden, was vor der Geburt niemals versäumt werden sollte. Für den Arzt werden außer den Waschgelegenheiten (zwei Schüsseln sehr warmes Wasser, eine Schale mit Alkohol, eine Schüssel mit Desinfektionslösung)¹ die notwendigen Gerätschaften zurechtgestellt (ausgekochte Handbürsten, Spülkanne mit gläsernem Mutterrohr, Gefäß mit abgekochtem abgekühltem Wasser, Schälchen mit abgekochtem Wasser zur Reinigung der Augen). Warmes (abgekochtes) Wasser muß in großer Menge bereit gehalten werden. Die Watte wird in mehreren Leinwandtäschchen oder in einem großen Handtuche, gut verpackt, für den Arzt bereit gehalten. Der Kreißenden sind während der Geburt nur leichte flüssige Speisen zu reichen (Milch, Fleischbrühe, Kaffee). Die Temperatur muß alle 2 bis 3 Stunden gemessen und die Gebärende zur Ruhe ermahnt werden. Alle weiteren Anordnungen hat der Arzt zu treffen; die Pflegerin muß, falls keine Hebamme zugegen ist, dessen sicher sein, daß der Arzt, falls er sich entfernen sollte, zu jeder Zeit sofort gerufen werden kann (vgl. Anm. S. 68).

Ist die Geburt nun im Gange und schreitet sie rasch weiter, so hat die Pflegerin, sobald Presswehen eintreten, Badewasser für das Kind zu besorgen und sich selbst nochmals gründlich zu desinfizieren, damit sie für den Arzt die nötigen Handreichungen besorgen kann. Sie stelle die Schüssel mit der Desinfektionslösung, ebenso Watte, das Schälchen mit abgekochtem Wasser und dem (ausgekochten!) Nabelschnurbändchen, so an das Bett, daß sie dem Arzte bequem zureichen kann. Ist der Arzt noch nicht zugegen, so muß er so schnell als möglich oder statt seiner eine Hebamme gerufen werden. Wurde das Kind sehr rasch geboren, so hat die Pflegerin daselbe in Empfang zu nehmen und sofort mit einem, in abgekochtes Wasser getauchten Wattebausch Augen und Nase zu reinigen. Das Kind wird quer vor die Geschlechtsteile der Kreißenden gelegt; die

¹ Je nach Anordnung des Arztes kann zur Händedesinfektion, wie auch zur Reinigung der Gebärenden ein anderes Desinfektionsmittel angewendet werden. Zur Bepinselung der Dammgegend wird vielfach Jodtinktur benutzt („Jodanstrich“).

Mutter hat von nun an dauernd die Rückenlage einzunehmen. Es folgt nun die Abnabelung. Diese wird aber im allgemeinen bei lebensfrischem Kinde nicht sofort vorgenommen, sondern erst, wenn die Nabelschnur nicht mehr klopfet („pulsiert“); darüber vergehen einige Minuten. Die Abnabelung besorgt der Arzt bzw. die Hebamme, nur ganz ausnahmsweise, falls der Arzt es so anordnet, in seiner Gegenwart die Pflegerin, wobei sie folgendes zu beachten hat:

Sie nimmt nach gründlicher Desinfektion der Hände (Gummihandschuhe!) das sterile Nabelbändchen aus der Nadelbox (bzw. das vorher ausgekochte Nabelbändchen) und schlingt dasselbe etwa zwei Querfinger breit vom Nabel entfernt um die Nabelschnur. Dann bindet sie unter kräftigem Anziehen einen Knoten (bei zulreicher Nabelschnur auf der anderen Seite einen zweiten Knoten) und legt darüber eine Schleife. In gleicher Entfernung davon wird die zweite Unterbindung nach dem Mutterkuchen hin durch einen doppelten festen Knoten vermittels des zweiten Nabelbändchens gelegt. Nun wird die Nabelschnur in der linken Hohlhand geschützt gehalten und mit der Nabelschnurfähere zwischen den unterbundenen Stellen behutsam durchschnitten. Beide Unterbindungen sind sehr sorgfältig zu legen, die erste, um eine Nachblutung aus dem Nabelschnurrest zu verhüten; die zweite Unterbindung hat den Zweck, daß der Mutterkuchen mit dem noch darin befindlichen Blute prall angefüllt bleibt und sich besser löst. Das Kind wird nun in ein erwärmtes Tuch geschlagen und vorerst beiseite gelegt¹. Hatte die Pflegerin abgenabelt, so zeige sie dem Arzte vor oder nach dem Baden des Kindes die unterbundene Nabelschnur, damit dieser sich überzeugt, ob auch alles in Ordnung ist².

Inzwischen muß die Mutter trockengelegt werden. Zu dem Zweck werden die durch Blut und Fruchtwasser beschmutzten Unterlagen weggenommen oder zur Seite umgeschlagen; vor die Geschlechtssteile wird ein großer reiner Wattebausch gelegt, damit der Arzt sich überzeugen kann, wieviel Blut abgeht. Die Kreißende muß jetzt, wie nach beendigter Geburt, die Oberschenkel kräftig zusammenpressen. Sehr zweckmäßig ist

¹ Im allgemeinen sollte auch die Abnabelung, die zur geburtsmäßigen Tätigkeit des Arztes oder der Hebamme gehört, nur ganz ausnahmsweise (in Gegenwart des Arztes natürlich!) einer Pflegerin überlassen werden, zumal sie äußerste Asepsis erfordert! Streng genommen sollte die Tätigkeit der Pflegerin, wie oben geschilbert wurde, erst mit dem Baden des Kindes beginnen (vgl. S. 68).

² Neuerdings ist man mit Recht bestrebt, den Nabelschnurrest, z. B. durch eine nochmalige Unterbindung nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, möglichst zu kürzen. Darüber kann aber auch nur der Arzt entscheiden, ebenso über die Art und Weise, wie die Nachbehandlung sein soll. Je kürzer der Nabelschnurrest, um so rascher erfolgt die Abheilung desselben, aseptische Behandlung vorausgesetzt (s. u.). In Äniten werden besondere Vorschriften darüber gegeben. In ganz eiligen Fällen kann die Nabelschnur auch mittels Gefäßklemmen abgeklemmt und zwischen diesen durchschnitten werden.

es, wenn sie jetzt (vor Ausstoßung der Nachgeburt) Urin läßt, um der schädlichen Überfüllung der Harnblase vorzubeugen. Eine Berührung der Geschlechtsteile mit den Fingern muß auch jetzt sorgfältig vermieden werden. Die Nachgeburtszeit muß unbedingt von einer Hebamme oder vom Arzt selbst überwacht werden. Wird die Nachgeburt von selbst geboren, so hebe die Pflegerin sie auf und zeige sie dem Arzte vor. Auch berichte sie über die Menge des Blutabganges, der meist zwischen 250 und 300 g schwankt.

Ist das Befinden der Mutter gut, so beschäftige sich die Pflegerin alsdann mit dem Kinde.

Daselbe muß zunächst gebadet werden. Hierzu wird eine gehörig gereinigte Kinderbadewanne oder ein größeres Waschbeden benutzt. Die Temperatur des Badewassers beträgt 35° C, mit dem Badethermometer gemessen (vgl. S. 95). Es wäre, wie schon oben hervorgehoben wurde, fahrlässig, wenn man die Temperatur des Badewassers mit der Hand bestimmen wollte! Mit einem Wattebausch werden Kopf und Rumpf des Kindes unter Benutzung einer milden Seife vorsichtig abgerieben. Das Badewasser darf nicht in die Augen oder die Ohren des Kindes gelangen (vgl. dazu S. 96). Die Augen sind mit Watte, welche mit abgekochtem Wasser getränkt ist, besonders zu reinigen. Alsdann wird das Kind abgetrocknet und an den kaltigen Hautpartien mit einem keimfreien Fett (Vaseline) eingefettet. Auch besichtige man das Kind auf etwaige Mißbildungen (z. B. am After oder der Harnröhre, wo angeborener Verschuß vorkommt), Verkrüppelungen oder Anzeichen derselben¹.

Es folgt mit wohl-desinfizierten Händen (Gummihandschuhe!) alsdann der Nabelverband. Bei diesem kommt es in erster Linie auf peinlichste Asepsis, also darauf an, daß nur keimfreies Verbandmaterial benutzt wird. Zunächst ziehe die Pflegerin das Nabelschnurbändchen nach Lockerung der Unterbindungsschleife nochmals fest an und mache nun einen doppelten festen Knoten, damit keine Nachblutung zu befürchten ist, zumal im Bade sich die erste Unterbindung gelockert haben könnte; den Nabelschnurrest wickle sie in ein reines (ausgekochtes!) Mullläppchen oder ein Stückchen steriler weißer Gaze und einen Wattebausch, lege denselben auf die linke Seite und befestige ihn durch die quer über den Leib gelegte, etwa vier Finger breite Nabelbinde. Diese wird ent-

¹ Nach § 3 und 5 des Landesgesetzes vom 6. Mai 1920 (Krüppelfürsorgegesetz) müssen solche Verkrüppelungen dem Kreisarzt (Bezirksarzt) bzw. dem Jugendamt angezeigt werden.

weder an den Enden einfach geknüpft oder mittelst Sicherheitsnadeln (niemals Stednadeln!) geschlossen. Man achte darauf, ob das Kind kräftig schreit, was zur Entfaltung der Lungen notwendig ist. Die Länge des Kindes wird gleichfalls festgestellt, ebenso das Gewicht.

Die früher gebräuchliche Depuderung des Nabels ist strengstens verboten, ebenso das Einfetten mit Vaseline oder gar einem zweifelhaften Fette, da hierdurch zu leicht Nabelinfektion die Folge sein kann. Andererseits dürfen aber antiseptische Mittel, also Lyso, Sagrotan oder Sublimat (außer Alkohol), wie schon oben (S. 53) hervorgehoben wurde, wegen ihrer Giftigkeit selbstverständlich niemals beim Kinde angewandt werden! Der Nabelverband sei demnach möglichst einfach und keimfrei. Er muß im weiteren Verlaufe der Nabelabheilung trocken bleiben. Die Weiterbehandlung wurde oben beschrieben. Sowohl Infektion als auch Nachblutung müssen sich vermeiden lassen!

Darauf wird das Kind angekleidet, und zwar möglichst einfach, nicht zu warm oder zu eng anschließend, wie oben beschrieben (Hemdchen, welches ebenso wie das Häkchen hinten zu schließen ist, sowie Windel, deren dreieckiger Zipfel zwischen den Beinen nach oben geschlagen wird). Je nach Gewohnheit wird es nun mit einer trockenen wollenen, querlaufenden breiten Binde oder einem breiten wollenen Wickeltuch locker gewickelt (nicht zu fest! Arme frei!) oder auch in ein Steck- oder Tragkissen gelegt, wie oben (S. 100) beschrieben wurde. Alsdann lege man das Neugeborene auf die Seite in das Bettchen, achte aber darauf, ob es auch atmet. Nur kräftiges, wiederholtes Schreien bei dem Zurechtmachen beweist, daß das Kind richtig atmet.

In Anstalten ist es Brauch, jetzt aber auch in der Privatpraxis eingeführt (vgl. preuß. Heb.-Lehrbuch 1928 S. 196 und Schulgesund. Heb.-Lehrbuch 1928 § 263), in die Augen des Kindes je einen Tropfen einer einprozentigen Höllesteinlösung oder eines ähnlichen Präparates (1proz. essigsaure Silberlösung) einzuträufeln zur Verhütung der ansteckenden Augenentzündung (s. u. darüber). Unbedingt erforderlich ist es bei eitrigem Ausfluß der Mutter (vgl. auch S. 54). Inbessen ist es richtig, in jedem Falle eine Einträufelung mittelst der Ampullen (s. o.) zu machen!

Nachdem inzwischen die Nachgeburtsperiode beendet ist, muß die Frischentbundene nach nunmehr vollendeter Geburt nochmals gereinigt und trockengelegt werden. Das vor den Geschlechtsstellen angesammelte, frisch geronnene Blut wird entfernt, die Geschlechtssteile werden mit gründlich durchgeseihtem Wasser oder Desinfektionslösung abgeseift, etwa anhaftendes Blut wird mittelst Wattebausches entfernt. Vor die Geschlechtssteile wird ein großer, sauberer Wattebausch gelegt. Die Knie sind möglichst zusammenzuhalten. Bei unruhigen Frauen binde man die Beine oberhalb der Knie fest zusammen. Die Entbundene wird

warm zugebedt, zumal sie nun durch die unvermeidliche Entblößung leicht fröstelt („Frost der Neuentbundenen“, s. o. S. 36) und von nun ab ist, wie oben angegeben, während der ersten 3—4 Tage die Rückenlage beizubehalten. Der Unterleib ist fest einzubinden; sehr zweckmäßig ist es, einen Prießnitzschen Umschlag zu machen. Die Pflegerin achte auf das Aussehen der Entbundenen und etwaigen Blutabgang. Plötzliches Bläswerden (z. B. Lippen), Unruhe, Ohnmacht, sind stets verdächtige Zeichen für eine Nachblutung. Die dauernde feste Zusammenziehung („Dauerkontraktion“) der Gebärmutter ist meist erst nach zwei Stunden erreicht. Also wird es sich empfehlen, daß der Arzt bis nach Ablauf dieser Zeit bei der Entbundenen noch verweilt.

Nach vollendeter Geburt ist sowohl der Puls zu zählen als auch die Temperatur genau zu messen, alle übrigen Maßnahmen wurden oben bei der Pflege der gesunden Wöchnerin bereits erörtert.

Wenn auch diese Belehrung bezüglich der Vorbereitung der Kreißenden zur Geburt und Assistenz bei den durch Ärzte geleiteten Geburten für die Ausbildung der Pflegerin notwendig erscheint, so sei dabei doch noch einmal hervorgehoben, daß diese Art von Hilfeleistung nur zu den Ausnahmefällen gehören sollte! Denn wie oben hervorgehoben, beginnt die Tätigkeit der (NB. in Geburtshilfe gar nicht ausgebildeten) Pflegerin erst nach vollendeter Geburt¹! Es ist sogar gar nicht zweckmäßig, wenn, wie in manchen Städten sich das eingebürgert hat, Ärzte ohne Zuziehung der Hebamme, dagegen nur mit Assistenz einer Pflegerin Geburten leiten (vgl. darüber S. 68 Anm.). Der Arzt kann in solchem Falle nur dann die Verantwortung übernehmen, wenn er von Anfang bis zu Ende der Geburt bei der Kreißenden verweilt, was aber der vielbeschäftigte Arzt durchzuführen nicht immer imstande ist. Aus diesem Grunde erscheint es besser, eine gut ausgebildete, antiseptisch und aseptisch gut geschulte Hebamme zur Geburt zuzuziehen; ist nun auch noch eine Pflegerin dabei, so hat sie sich ebenso der Hebamme wie auch dem Arzte unterzuordnen.

Ausrüstung der Wochenpflegerin.

Zwar bestehen für Wochenpflegerinnen, wie auf S. 70 hervorgehoben wurde in vielen Staaten noch keine gesetzlichen Bestimmungen betreffs ihrer Tätigkeit im Verufe, also auch keine Vorschriften über ihre Ausrüstung; aber trotzdem ist es zweckmäßig, daß eine Wochenpflegerin ihre eigenen Instrumente in einer Tasche

¹ § 8 der Dienstanweisung für staatlich geprüfte Wochenpflegerinnen in Hessen spricht sich sehr deutlich über die Befugnisse aus: die Tätigkeit der Wochenpflegerin erstreckt sich lediglich auf die Pflege der Wöchnerin und des Neugeborenen. Es ist ihr streng verboten, ohne Arzt und ohne Hebamme die Leitung einer Geburt selbständig zu übernehmen. — Daraus geht ja deutlich hervor, daß bei der oben beschriebenen Hilfeleistung bei der Geburt stets ein Arzt oder eine Hebamme zugegen sein muß!

mit sich führt, zumal in neuerer Zeit die Ausübung der Wochenpflege durch geschulte Pflegerinnen an Stelle der Hebamme, als auch zur Unterstützung derselben zuzunehmen scheint. In einer leicht zu reinigenden Tasche, am besten aus waschbarem Stoffe, führe sie folgende Gerätschaften mit:

1. eine lange weiße waschbare Schürze, die den Rumpf und die Oberarme bedeckt (sog. Mantelschürze), daneben noch mehrere weiße Schürzen;
2. ein Meßglas zum Abmessen der flüssigen Desinfektionsmittel;
3. einen Blechbehälter mit drei Handbürsten (eine für Wasser und Seife, die beiden anderen mit der Bezeichnung „Alkohol“ und „Desinfektionslösung“).
4. eine Spülkanne (Frigator) aus emailliertem Eisenblech oder dickem Glas von 1 l Inhalt mit 1. flachem Boden, einem roten Schlauch und Mutterrohr aus Glas (nie aus Hartgummi!) für Abspülungen bzw. Ausspülungen, 2. einen schwarzen, mit Hahn versehenen Schlauch und einem vernickelten Zinn-Ansatzstück für Kliftiere;
5. einen Blechbehälter für Seife;
6. (nach Möglichkeit) zwei nahtlose dünne Gummihandschuhe (Größe 3) in einem Leinwandbeutel;
7. eine Nabelschnurschere, eine Nagelschere und einen Nagelreiniger;
8. einen großen S-förmig gekrümmten Katheter aus Neusilber und einen Weichgummikatheter (Mélantonkatheter);
9. einen Badethermometer nach Celsius;
10. einen Krankenthermometer nach Celsius mit $\frac{1}{10}$ Einteilung;
11. eine Nickeldose mit einem sterilen $\frac{1}{2}$ cm breiten Leinenband zur Unterbindung der Nabelschnur;
12. ein Blechbüchschchen mit etwa zwölf sterilen Nabelklappchen aus Mull zur Herstellung des Nabelverbandes;
13. eine Wochenpflegepinzette mit breiten Faßflächen oder eine Kornzange zur Entfernung der Wochenbettvorlagen;
14. einen kleinen Gummiballon mit weichem Ansatz zum Kliftier für Säuglinge;
15. eine Milchpumpe und ein Warzenhütchen;
16. eine Zinntube mit Vaseline;
17. eine Flasche mit wenigstens 250 g Brennspiritus oder auch 70proz. Spiritus;
18. eine Flasche mit 100 g Sagrotan (zur Händedesinfektion) und eine Packung von Chloramintabletten (= Chlorina) (zu Abspülungen);
19. eine Sanduhr zum Pulszählen, sofern sie nicht eine Uhr mit Sekundenzeiger besitzt;
20. Hüllendallische Hüllensteinampullen¹, oder auch Nova-Ampullen, oder Paretten (F. G. Farbwerke).

¹ Für die staatlich geprüften Wochenpflegerinnen im Freistaat Hessen bestehen darüber genaue Vorschriften in § 7 der im November 1911 erlassenen Dienst-Anweisung. Hier sind Desinfektionsmittel vorgeschrieben. Die Hüllensteinlösung im Glase (braun) ist jetzt abgeschafft; statt ihrer dürfen nur noch Ampullen benutzt werden. — Sehr zweckmäßig wäre, wenn die Pflegerin (vgl. auch preuß. Heb.-Lehrbuch 1928 S. 152) zwei anatomische Pinzetten zum Wechseln des Nabelverbandes, sowie zwei Arterienklemmen für mitunter rasch notwendige Abnabelung bei sich führen würde.

Desinfektionsmittel braucht zwar die Pflegerin nicht unbedingt bei sich zu führen; denn wo sie tätig ist, da ist auch ein Arzt oder mindestens eine Hebammen, welche Desinfektionsmittel bei sich zu führen hat. Tritt sie ihren Dienst als Pflegerin an, so lasse sie sich alsbald die nötigen Desinfektionsmittel vom Arzte verschreiben, damit solche zur Geburt und zum Wochenbett vorrätig sind. Sie trägt dann die Verantwortung für die sorgfältige Aufbewahrung der Desinfektionsmittel.

Ebenso Sorge die Pflegerin, daß zur Abwartung der Geburt, wie vor allem des Wochenbettes, eine reichliche Menge ($\frac{1}{2}$ —1 kg) keimfreier entfetteter Verbandwatte vorrätig ist, außerdem eine flache Bettschüssel (Unterschieber) für Abspülungen und je ein Schälchen zur Besorgung der Augen und des Nabels.

Auch ist für Unterlagen und Vorlagen (s. S. 59, Anm.), am besten in steriler Verpackung bezogen, zu sorgen.

Sehr zweckmäßig ist es, wenn die Pflegerin, falls sie schon vor der Geburt zugegen ist, den ganzen Vorrat an Wäsche (Handtücher, Bettuch, Unterlagen, Watte, Schürzen) in einem besonderen Sterilisationsapparat im ganzen vorher „sterilisieren“, also vorbereiten läßt (vgl. S. 58).

Zweiter Teil.

I. Die wichtigsten Erkrankungen im Wochenbett.

Die wichtigste und gefährlichste aller Erkrankungen im Wochenbett ist das Wochenbettfieber oder Kindbettfieber. Wie wir schon oben (S. 50) sahen, ist das Kindbettfieber eine Erkrankung, welche am häufigsten durch Ansteckung von außen entsteht; die Ansteckung der bei jeder Geburt entstehenden Wunden kann dabei durch alles, was mit denselben in Berührung kommt, entstehen, am häufigsten während der Geburt, mitunter auch noch im Wochenbett selbst. Es wurde oben auseinandergesetzt, daß durch die peinliche Beobachtung der Desinfektionsmaßregeln das Kindbettfieber sich sehr wohl verhüten läßt; immerhin kommen in der Außenpraxis alljährlich noch zahlreiche Erkrankungen sowohl wie auch Todesfälle an Kindbettfieber (vgl. S. 48) vor, während solche in gut geleiteten Anstalten immer seltener geworden sind, sicherlich ein Beweis dafür, daß die Desinfektionsvorschriften in der Praxis noch nicht strenge genug beobachtet werden.

Neben dieser so gefährlichen mit Fieber einhergehenden Erkrankung der Wöchnerin können sich aber auch noch Störungen anderer Art zeigen, ohne daß eine Ansteckung die Ursache war. Hier sind vor allem zu er-

wähnen: die Blutungen; alsdann: Störungen, die nicht von den Geschlechtssteilen ausgehen (z. B. der Harn- und Stuhlentleerung) — und schließlich Erkrankungen der Brüste.

Es würde über die Aufgaben und Pflichten einer Pflegerin weit hinausgehen, wollte man auch die Kenntnis dieser Vorgänge von ihr verlangen; ich beschränke mich daher darauf, um ihr wenigstens einen Einblick in sie zu gewähren, diese Störungen nur in Kürze zu beschreiben. Jegliche Erkrankung im Wochenbett erfordert die Hinzuziehung des Arztes, welchen ja auch die Hebamme zu rufen verpflichtet ist. Die ersten Anzeichen und Hauptscheinungen müssen, wie einer Hebamme, auch einer Pflegerin bekannt sein, um ärztliche Hilfe so früh als möglich beschaffen zu können.

1. Das Kindbettfieber (Wochenbettfieber, Puerperalfieber).

Die Frage, worauf diese höchst gefährliche Krankheit beruht, wurde schon oben kurz erörtert (S. 48 u. 49). Wir wissen heutzutage, daß es durch Ansteckung (Infektion) von außen entsteht, und zwar am häufigsten unter der Geburt, indem in die eröffnete Blutbahn, z. B. die Wunden am Muttermund, Wundspaltpilze (Eiterkeime) hereingelangen; es handelt sich also um ein Wundfieber, „Wundinfektion“. Die früher im Volke herrschende Meinung, das Kindbettfieber entstehe durch Erkältung, Witterungseinflüsse oder gar durch Milchstauung, ist glücklicherweise längst überwunden. Wie wir in der Lehre von der Desinfektion (vgl. S. 49) schon kennenlernten, entsteht es lediglich durch Infektion; es genügt schon die denkbar geringste Menge von den Wundkeimen, hauptsächlich der Streptokokken, um die schlimmsten Folgen im Körper hervorzurufen. Jeder Gebildete und auch jede Hebamme weiß jetzt, daß das Kindbettfieber durch Ansteckung mit Wundkeimen entsteht und eine Wundkrankheit („Wundfieber“) ist, demnach durch „Asepsis“ bzw. Antiseptis bei der Geburt vermieden werden kann.

Der Ausgangspunkt der Erkrankung wird recht häufig gebildet durch kleinste Verletzungen, Wunden am Muttermund, wie sie bei jeder Geburt entstehen; aber auch bei Dammrissen oder Verletzungen der Scheide kann diese Ansteckung zustande kommen. Indessen muß zugestanden werden, daß auch durch Berührung der äußeren Geschlechtssteile mit unreinen Gegenständen in der Schwangerschaft, gerade kurz vor der Geburt, eine Ansteckung zustande kommen kann (z. B. Reinigung mit einem schmutzigen Schwamm! Unreine Bettwäsche bei der Geburt!

geschlechtlicher Verkehr vor der Geburt! unreine innere Untersuchung vor der Geburt!). Läßt sich die Ansteckung durch peinliche Beobachtung der Desinfektionsvorschriften sowohl während der Geburt wie im Wochenbett größtenteils vermeiden, so muß bei einem Falle von Wochenbettfieber auch die Weiterverbreitung auf andere Wöchnerinnen verhütet werden; dies geschieht dadurch, daß (gemäß der Anzeigepflicht) von Seiten der Hebamme in solchem Falle nicht eher eine weitere Geburt übernommen werden darf, bis sie sich selbst an ihrem Körper, insbesondere an ihren Händen, sowie ihre Gerätschaften und Kleider peinlich desinfiziert hat. Die gleiche Pflicht gilt aber auch für eine Pflegerin; auch sie darf nach der Pflege einer wochenbettfieberkranken Frau nur dann eine neue Pflege übernehmen, nachdem sie, wie

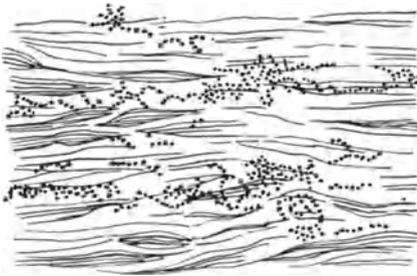


Abb. 52. Streptokokken (Eiterkeime) in den feinsten Lymphspalten zwischen den Muskelfasern der Gebärmutterwand.

vorgeschrieben, in der gleichen Weise ihre Gerätschaften und Kleider, schließlich sich selbst gründlich gereinigt hat (vgl.

Wochenpflegerinnenordnung für Hessen, § 17). Solche Kindbettfieberfälle müssen — wie alle fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett — dem zuständigen Kreisarzt angezeigt werden, welcher alle weiteren Anordnungen trifft (Anzeigepflicht laut Gesetz).

Sehr wichtig ist die Kenntnis der ersten Anzeichen einer erfolgten Ansteckung, mithin der ersten Erscheinungen von Kindbettfieber.

Einzig und allein maßgebend für die Erkennung, ob die Wöchnerin gesund ist oder nicht, ist, wie wir schon oben sahen, eine genaue Temperaturmessung und die Beobachtung des Pulses. Bei erfolgter Ansteckung ist 1. Ansteigen der Körperwärme, also Fieber, 2. Pulsbeschleunigung vorhanden. Weiter kommen für die Beurteilung in Betracht:

1. Das Allgemeinbefinden, etwaige Erscheinungen, wie sie bei Fieber beobachtet werden (s. o. S. 64) (z. B. Beginn der Erkrankung mit oder ohne Schüttelfrost? Bewußtsein frei oder benommen? Kopfschmerzen? Eingeklemmter Kopf? Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Durst? Verfallene Gesichtszüge u. a.).

2. Beschaffenheit des Wochenflusses (ob derselbe übelriechend ist oder nicht, reichlich oder spärlich?) (vgl. S. 35).

3. Beschaffenheit der Gebärmutter und ihrer Umgebung? (Ist dieselbe auf Berührung empfindlich oder nicht?) (Druckschmerz seitlich der Gebärmutter? Spannung?) (vgl. S. 34).

4. Beschaffenheit der Bauchdecken? (Sind auch diese auf Berührung schmerzhaft? Ist der Leib aufgetrieben? Gehen Blähungen ab?)

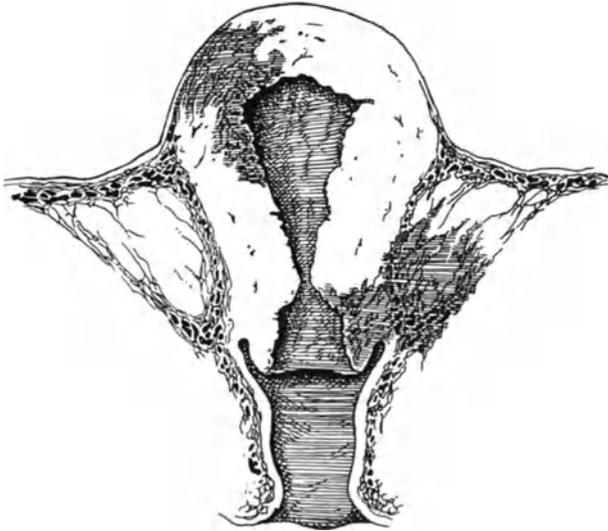


Abb. 53. Ausbreitung der Wundinfektion auf dem Wege der Lymphgefäße. (Nach Bum m, Grundriß der Geburtshilfe. Verkleinert.) Die Keime bringen in der linken Seite in das lockere Bindegewebe des breiten Mutterbandes ein, rechts oben, von der Mutterkuchenstelle aus durch die Muskelschicht hindurch bis auf das Bauchfell.

5. Beschaffenheit der Brüste? (Besteht eine Empfindlichkeit auf Druck oder gar Rötung?)

6. Wie sind die äußeren Geschlechtssteile und die an Damm und Scheideneingang befindlichen Wunden beschaffen? (Sind sie angeschwollen? Zeigen die Wunden einen Belag, soweit dies zu sehen ist?)

Das Wochenbettfieber kann nämlich in ganz verschiedener Form auftreten, deren Erkennung sozusagen nur Sache des Arztes ist. Sind bei einer Wöchnerin demnach solche verdächtige Zeichen einer Erkrankung, vor allem Fieber vorhanden, so muß alsbald der Arzt zugezogen werden. Denn je früher derselbe die Behandlung übernimmt, um so größer ist die Aussicht auf Heilung.

In der Regel geht die Erkrankung von der Gebärmutter aus und verbreitet sich meist auf dem Wege der Saugadern und Saugspalten (Lymphgefäße, Lymphspalten) (Abb. 53) rasch auf die Umgebung, entweder der Gebärmutter schleimhaut entlang, von da auf die Muskelschicht und sogar auf das Bauchfell übergehend oder in dem lockeren und saftreichen Bindegewebe zwischen den breiten Mutterbändern (vgl. Abb. 53). Die Keime können aber auch von der Mutterkuchenstelle oder von anderen Wunden aus sofort in die großen Blutadern, also unmittelbar in den Blutkreislauf eindringen (= Blutvergiftung, Sepsis) (vgl. Abb. 54). Je nach der Art und Schwere der Ansteckung (also je nach Giftigkeit [Virulenz]

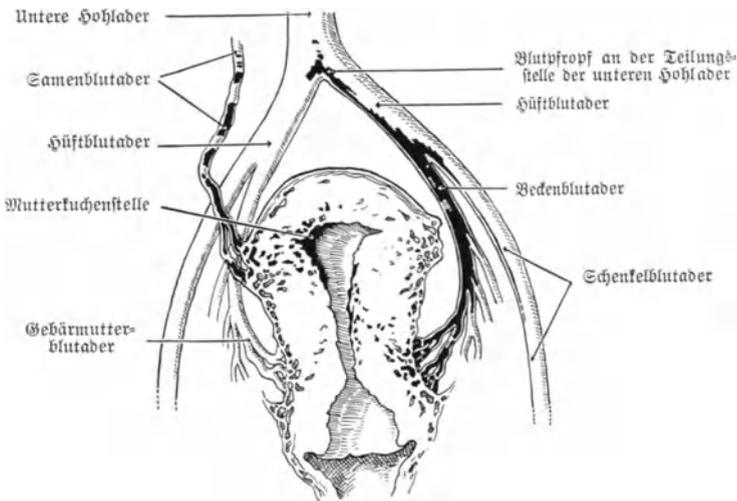


Abb. 54. Ausbreitung der Wundinfektion auf dem Wege der Blutadern bei Eiterfieber (Pyämie). (Nach Baum, Grundriß der Geburtshilfe. Verkleinert.) Von der Mutterkuchen- (Placenta-) Stelle aus breiten sich die Wundkeime auf dem Blutwege (Venen) in die Venen des Beckens und Bauches aus; in den (hier tiefschwarz erscheinenden) Blutgerinnseln sind massenhaft Keime, die von hier in den Körperkreislauf verbreitet werden.

der Keime!) beschränkt sich die Erkrankung auf den Ort und die Umgebung der Ansteckung, oder sie wird rasch auf dem Blut- oder Lymphwege weiterverbreitet, so daß sie entferntere Bezirke mitergreift. Demnach lassen sich zweckmäßig unterscheiden: eine örtlich begrenzte Form der Ansteckung und eine allgemeine Form. Im ersteren Falle kann es sich handeln um eine einfache Entzündung des Geburtskanals (Damm, Scheidentwunde, Gebärmutter); ist die Gebärmutter schleimhaut entzündet, so entsteht übelriechender Wochenfluß. Ist die Gebärmutterwand entzündet, so ist die Gebärmutter auf Druck äußerst empfindlich; besteht Empfindlichkeit zu beiden Seiten derselben, so breitet sich die Entzündung in den beiden Mutterbändern (Parametritis) aus. Durch Ausbreitung von der Gebärmutter schleimhaut aus können auch die Anhänge (Eileiter und Eierstöcke) erkranken.

In schlimmeren Fällen, die fast stets mit Schüttelfrost beginnen, gehen aber die Keime auf die der Gebärmutter benachbarten Teile, besonders das Bauchfell, über; es tritt zu der Entzündung der Gebärmutter noch Bauchfellentzündung (Peritonitis) hinzu; die Därme blähen sich auf, der Leib wird aufgetrieben und schon auf leichten Druck sehr empfindlich, die Blähungen gehen nicht ab, es folgt Aufstoßen und schließlich unaufhörliches Erbrechen, das Zwerchfell wird nach oben gedrängt, die Atmung wird beschleunigt, die Herzstätigkeit kann schließlich erlahmen, rascher Kräfteverfall, manchmal mit Bewußtseinsstörung führt in wenigen Tagen zum Tode.

In anderen Fällen breitet sich das Gift äußerst rasch auf dem Blut- oder Lymphwege aus, ohne zuerst bestimmte örtliche Erscheinungen hervorzurufen; es macht sich jedoch alsbald eine schwere allgemeine Störung mit frühzeitigem Kräfteverfall geltend; die Zeichen schwerster Blutvergiftung („Sepsis“): fliegender Puls, belegte Zunge, Fieber von verschiedener Höhe, Bewußtseinsstörungen (Benommenheit), mitunter auch Durchfälle sind vorhanden. Ist das Gift mehr eitriger Natur, so werden durch die Weiterverbreitung desselben Schüttelfröste, die sich in unheimlicher Weise wiederholen, hervorgerufen (Eiterfieber oder Pyämie). Mitunter bilden sich sogar in entfernten Höhlen Eiteransammlungen (z. B. Eiterung in den Gelenken, im Rippenfell, in der Lunge, sogar im Auge). Solche schwere Erkrankungen, die fast immer in wenigen Tagen zum Tode führen, beginnen meist mit einem heftigen Schüttelfrost in den ersten Tagen und gleichzeitigem hohen Temperaturanstieg; gleichzeitig geht aber auch — ein sehr bedenkliches Zeichen — der Puls sehr in die Höhe! Kopfschmerzen, Durst, Appetitmangel, große Unruhe, Schlaflosigkeit, mitunter schon zu Beginn Schmerzhaftigkeit im Unterleib (z. B. die sehr verdächtigen schmerzhaften Nachwehen bei Erstgebärenden!) kommen noch hinzu.

Sobald die Pflegerin Anzeichen sowohl einer örtlichen Erkrankung als auch einer allgemeinen schweren Blutvergiftung nachzuweisen imstande ist, mit anderen Worten, sobald Fieber auftritt, muß sofort zum Arzte geschickt werden.

Aber alles weitere, Erkenntnis des Einzelfalles, Anzeige des Falles an den Kreisarzt, entscheidet der behandelnde Arzt¹.

2. Anderweitige, nicht auf Ansteckung beruhende Erkrankungen im Wochenbett.

Unter diesen stehen obenan die Blutungen: Der Wochenfluß kann zunächst längere Zeit blutig bleiben oder nach einigen Tagen (z. B. nach dem ersten Aufstehen, meist jedoch nach zu frühem Arbeiten!) als blutiger Ausfluß wiederkehren. Mangelhafte Rückbildung der Gebärmutter, körperliche Schwäche der Frau, zu frühe körperliche Anstrengung (vgl. S. 81, Anm.) ufm. sind daher meist der Grund für die erneuten blutigen Abgänge.

¹ Vgl. Wochenpflegerinnenordnung für Hessen, § 14, ebenso § 8 des Landesheuchengesetzes vom 28. August 1905.

Ungleich wichtiger sind plötzliche, stärkere, im Wochenbett auftretende Blutungen („Frühblutungen im Wochenbett“). Dieselben kommen fast stets aus der Mutterkuchenstelle durch die Eröffnung großer Bluträume; dies kann durch plötzliches Losreißen eines Blutgefäßpfropfs verursacht sein, wie es bei einer ungeschickten Bewegung, heftigem Pressen bei einer Stuhlentleerung, zu frühes Arbeiten, also bei ungeeignetem Verhalten, mitunter vorkommen kann. Häufiger aber sind Blutungen durch Zurückbleiben von Mutterkuchenresten bedingt.

Fortgesetzte, geringfügige wie stärkere plötzliche Blutungen erheischen dringend die Herbeirufung eines Arztes. Die Pflegerin beschränke sich im übrigen bis zur Ankunft des Arztes auf die zur Bekämpfung einer etwaigen Ohnmacht gebräuchlichen Maßnahmen. Das sind: Tieflagerung des Kopfes, kräftige Mittel zur Anregung der Herzthätigkeit (Hoffmannstropfen in Wasser; Wein, Kognak, Kaffee), vollkommene Ruhe. Auch in der zweiten und dritten Woche oder später noch können starke Blutungen (hellrotes Blut!) in erheblicher Stärke auftreten, solche „Spätblutungen im Wochenbett“ kommen fast nur dadurch zustande, daß ein Teil der Plazenta zurückgeblieben ist und sich mit Blutgerinnseln zu einem „Mutterkuchenpolyp“ (Plazentarpolyp) umgewandelt hat. Hier ist sofort der Arzt zu rufen!

Ein leichter Geruch des Wochenflusses ist mitunter vorhanden, läßt sich aber durch reichliches Abspülen und häufigeren Wechsel der Vor- und Unterlagen vermeiden. Bei Zurückbleiben von Eihäuten oder auch eines Mutterkuchenrestes wird der Wochenfluß jedoch faulig; oft ist er hier auch lange Zeit blutig gefärbt. Hierbei ist alsbaldige ärztliche Hilfe notwendig; denn dies ist immer sehr bedenklich. Im übrigen denke aber in erster Linie die Pflegerin daran, daß übler Geruch des Wochenflusses ein Zeichen des Wochenbettfiebers sein kann und messe die Temperatur öfters und um so genauer. Auch vermeide sie, wie oben auseinandergesetzt wurde (S. 74), möglichst die Berührung mit dem Wochenfluß, welcher sehr gefährliche Keime enthält, und desinfiziere ihre Hände um so gründlicher.

Schmerzhaftes Nachwehen treten oft nach rasch verlaufenden Geburten, besonders bei Mehrgebärenden, in den ersten Tagen auf. Nachwehen sind daran zu erkennen, daß sie nur zeitweise unter Hartwerden der Gebärmutter auftreten und kein Fieber vorhanden ist. Ist jedoch das letztere der Fall, so wird es sich vermutlich um eine Entzündung der Gebärmutter handeln. In solchem Falle muß, wie über-

haupt bei Fieber im Wochenbett, alsbald der Arzt benachrichtigt werden. Besonders bei Erstgebärenden sind schmerzhaftes Nachwehen geradezu verdächtig auf beginnende Entzündung und erfordern stets sofortige Benachrichtigung des Arztes.

Gegen wirkliche schmerzhaftes Nachwehen (kein Fieber also!) wende die Wärterin trockene warme oder auch Prießnitzsche Umschläge an. Sehr wirksam sind feuchtwarmer Kamillenumschläge. Auch Sorge sie für regelmäßige Stuhllentleerung.

Anschwellung der Schamlippen unter der Geburt oder zu Beginn des Wochenbettes kann durch starke Quetschung bei der Geburt verursacht sein; in der Regel geht diese bald zurück. Tritt dagegen die Anschwellung erst nach einigen Tagen auf, so muß die Temperatur um so genauer gemessen werden, denn diese ist meist ein Zeichen von Entzündung. Es handelt sich eben um eine entzündliche Anschwellung, die erst nachträglich auftritt. Der Arzt ist sofort zu benachrichtigen!

3. Erkrankungen außerhalb der Geschlechtssteile.

Zu den häufigen Störungen im Wochenbett gehört die Urinverhaltung. Dieselbe wurde schon oben bei Besprechung der Wochenbettpflege (S. 77) erwähnt. In den meisten Fällen hält sie nur ein oder wenige Tage an. Man fühlt in solchem Falle oberhalb der Schamfuge eine weiche Geschwulst (= die gefüllte Harnblase) vor der meist etwas nach rechts gelagerten Gebärmutter. Hier muß mitunter (s. u.) der Urin mittels des Katheters abgenommen werden. Es wurde oben schon hervorgehoben, daß dies vorsichtig nach den Vorschriften der Antisepsis zu geschehen hat; denn durch wiederholten, besonders aber unreinen Katheterismus kann leicht ein Blasenkatarrh (Cystitis), das ist eine Entzündung der Blasen Schleimhaut, hervorgerufen werden (vgl. S. 77). Dieser äußert sich durch schmerzhaftes Brennen beim Urinlassen, häufigen lästigen Blasendrang, trüben Urin; läßt man den Urin stehen, so hat er einen dicken, meist weißlichen eitrigen Bodensatz. Derselbe enthält außer Schleim und Eiter reichlich Keime. Besteht also mehrere Tage, also 2—3 Tage, die Urinverhaltung, so muß dringend ein Arzt verlangt werden. Ein Blasenkatarrh kann leicht chronisch werden, sogar nach oben (Harnleiter, Nierenbecken) sich ausbreiten (sog. aufsteigende Infektion der Harnwege), ganz besonders in das Nierenbecken (Pyelitis), ruft hier sehr langwierige Entzündung hervor und erfordert daher alsbald ärztliche Hilfe. Auf die Schwierigkeit und die Gefahren des Katheterismus (insbesondere des wiederholten) wurde oben bereits hingewiesen (S. 77).

Im Gegensatz zur Urinverhaltung kommt mitunter auch ein unwillkürlicher Abgang des Urins, sog. Urinträufeln bei Wöchnerinnen vor (vgl. S. 38). Dies kann auf einer Schwäche oder auch Lähmung des Blasenschließmuskels beruhen und findet sich zuweilen bei hochgradig geschwächten Frauen, besonders nach lange dauernden Geburten, bei denen die Weichteile, besonders der Blasenhalz, lange Zeit gedrückt und gelähmt wurden. Beim Niesen, Husten oder Anstrengungen des Körpers geht dann unwillkürlich etwas Urin ab; meist hält dieser Zustand jedoch nicht über die erste Woche an.

Hier sowohl als bei dem folgenden ungleich lästigeren Zustande ist ärztliche Hilfe erforderlich: bei dem unwillkürlichen Abgang von Urin auf dem nicht natürlichen Wege, d. i. durch die Scheide. Nach schweren, langdauernden Geburten kommt es mitunter (z. B. bei engem Becken) durch den Kopf zu einer solchen Quetschung der vorderen Scheidenwand, daß dieselbe brandig wird und ein Teil sich nach einigen Tagen in Fetzen ausstößt. Auf diese Weise entsteht je nach der Lage der Quetschwunde eine Blasenscheidenfistel oder eine Harnröhrenscheidenfistel. Während bei übelriechendem Wochenfluß die ersten Tage der meist blutigbraune Urin noch durch die Harnröhre entleert wird, geht nach einigen Tagen der Urin unwillkürlich durch die Fistel und die Scheide beständig ab. Hier kann nur durch Operation (meist erst einige Wochen nach der Geburt) Heilung erfolgen.

Von Störungen der Stuhlentleerung ist in erster Linie die Neigung zur Stuhlverhaltung zu erwähnen, welche schon in der Schwangerschaft bestand. Geeignete Diät, Nachhilfe mit Klistieren, führen hier meist zum Ziel; ist bis zum vierten Tag kein Stuhlgang eingetreten, so darf eine einmalige Gabe von 1 Eßlöffel Ricinusöl versucht werden (s. S. 78); wirkt sie nicht, so gebe man ein Klistier. Alle weiteren Anordnungen, besonders aber Berordnung von Abführmitteln, ist Sache des Arztes. Schmerzen bei der Stuhlentleerung sind oft durch Aderknoten am After (Hämorrhoiden) bedingt. Meist bilden sich diese Aderknoten unter feuchten (z. B. Borkwasser) Umschlägen oder Salbenvorlagen bei gleichzeitiger Sorge für leichten Stuhlgang im Wochenbett wieder zurück. Unwillkürlicher Abgang von Kot ist entweder Folge eines tiefen („vollkommenen“) Darmrisses mit Zerreißung des Afterschließmuskels oder einer Mastdarmscheidenfistel. In letzterem Falle wird Stuhl durch die Scheide entleert. Durchfälle können durch Diätfehler verursacht sein (ein Trunk kalten Wassers!) und sind vom Arzt meistens leicht zu beherrschen; gehen dieselben dagegen mit Fieber einher

und die Stühle sogar (wie z. B. bei schwerem Wochenbettfieber) unwillkürlich ab, so ist dies immer ein äußerst ungünstiges Zeichen (sog. septische Durchfälle) (vgl. S. 135).

Anschwellung eines Beines (oder beider Beine) (Thrombose) kann auch ohne Ansteckung erfolgen, und zwar durch Verstopfung einer Schenkel- oder Beckenblutader durch ein Blutgerinnsel (vgl. Abb. 55). Nach anfänglichen Schmerzen stellt sich taubes Gefühl in dem Bein ein, dann folgt die Anschwellung, welche sehr stark sein kann. Hier ist vollkommenste Ruhe notwendig. Sehr leicht kann von diesem Blutgerinnsel ein Pfropf in die untere Hohlader, von da in das rechte Herz und schließlich in die Lungenschlagader plötzlich weiterverschleppt werden (= Lungenembolie), z. B. durch starkes Pressen bei der Stuhlentleerung oder bei raschem Aufrichten. In diesem Falle tritt unter höchster Atemnot sofort der Tod durch Erstickung ein. Bei jeder, auch der geringsten Anschwellung, ist daher sofort der Arzt zuzuziehen. Bis dahin ist das Bein feucht einzuwickeln und hochzulegen. Man Sorge für leichte Stuhlentleerung und warne vor brusken Bewegungen. Die Erkrankung zieht sich meist lange hin. Niemals darf das Bein eingerieben oder gar massiert werden!!

Mitunter ist auch die Umgebung der Blutader entzündet, so daß der ganze Oberschenkel weiß glänzend aussieht („weiße Schenkelgeschwulst“); dabei besteht anhaltendes Fieber. Die Erkrankung, welche stets auf Infektion (also auch eine Art Wochenbettfieber) beruht, zieht sich oft sehr lange (Wochen und Monate) hin.

Daß eine Wöchnerin schließlich auch zu Erkältungskrankheiten neigt, ist durch die reichliche Schweißabsonderung leicht erklärlich. Daher achte man bei der Sorge für reine, frische Luft stets darauf, Zugluft zu vermeiden. Durch die vermehrte Schweißabsonderung kann auch leicht ein sog. Frieselausschlag, d. h. die Bildung kleinster, roter, stark juckender Bläschen auf der Haut hervorgerufen werden, welcher aber ohne Bedeutung ist. Aber auch auf andere Erkrankungen (z. B. Halsentzündung [Angina]) muß geachtet werden. Sofort Arzt rufen!

4. Erkrankungen der Brustdrüse.

Besondere Sorgfalt verdienen, wie schon gesagt, die Brustdrüsen in der Wochenpflege; denn durch ungeeignetes Verhalten können sich hier aus kleinen Ursachen leicht schlimme Folgezustände entwickeln. Gerade die kleinen Hauteinrisse, die Schrunden, welche an der zarten Oberhaut der Brustwarze durch ungeschicktes Anfassen seitens des Kindes entstehen

können, verdienen besondere Beachtung. Schon in der Schwangerschaft beginne man mit der Pflege der Brüste (s. o.) und suche sie durch reinigende und kühle stärkende Waschungen abzuhärten, um dadurch der Entwicklung von Schrunden vorzubeugen. Schlechte Pflege der Brustwarzen, andernfalls Fehler in der Stilltechnik (zu langes Anlegen!) führen fast stets zu Schrundenbildung.

Schrunden sind in erster Linie sauber zu behandeln. Die Pflegerin betupfe sie mit einer durch den Arzt zu verschreibenden antiseptischen Lösung, vermeide im übrigen jegliche Verührung und überlasse die Behandlung dem Arzte, weil gerade von Schrunden langdauernde eitrige



Abb. 55.
Warzenhütchen Infantibus nach Dr. Stern.
($\frac{1}{2}$ der natürlichen Größe.)
Das Hütchen ist austauschbar u. läßt sich zum Reinigen vollständig umstülpen. Der Ringwulst mit Gohlring saugt sich auf der Brust fest.

Brustdrüsenentzündungen ausgehen können (vgl. oben Abb. 34). Sehr zweckmäßig sind kleine, mit Borwasserlösung (3—4proz.) getränkte Kompressen, welche alle Viertelstunden gewechselt werden, oder nach vorherigem Abtupfen mit verdünntem Spiritus oder mit reinem Wasserstoffsuperoxyd das Bedecken der Schrunden mit einem Glycerinläppchen. Am besten ist es aber, die Warze durch den Gebrauch des Warzenhüt-

chens (Abb. 55) zu schützen; dann heilen oft die Schrunden bedeutend rascher; auch lindert das Warzenhütchen den Schmerz beim Stillen. Allerdings erfordert das Trinken vermittels Warzenhütchens große Geduld. In anderen Fällen muß schließlich (worüber indessen nur der Arzt entscheiden darf!), falls die Schrunden nicht heilen, sogar das Kind vorübergehend abgesetzt werden. In jedem Falle aber, zumal bei zögernder Heilung, benachrichtige die Pflegerin den Arzt.

Wurden diese Schrunden aber nicht beachtet, so können in sie Wundkeime (Eiterkeime) eindringen, und es entwickelt sich in wenigen Tagen eine sog. Brustdrüsenentzündung (Mastitis), „böse oder schlimme Brust“, wie es im Volke heißt. Also auch diese entsteht durch Unreinlichkeit, richtiger gesagt durch Ansteckung! Denn man kann sehr gut einer solchen vorbeugen, wenn man die beim Stillen oben (S. 88) gegebenen Vorsichtsmaßregeln beobachtet (gründliche Reinigung der Finger der Stillenden sowie der Pflegerin! Reinhalten der Brustwarze). Zu Beginn äußert sich die Entzündung (— in der Regel tritt sie gegen Ende der ersten

oder Anfang der zweiten Woche auf —) durch Frost, Fieber, Schmerzhaftigkeit und Spannung in der Brust, dazu kommt bald Rötung. Bei fortschreitender Entzündung kommt es aber zur Eiterung. In jedem Falle, der beginnenden, wie vor allem der eitrigen Brustdrüsenentzündung, muß ein Arzt zu Rate gezogen werden. Wie sich in ersterem Falle die Entzündung häufig durch kalte Umschläge, Hochbinden der Brust oder Absetzen des Kindes noch aufhalten läßt, so wird, falls sicher Eiter nachgewiesen ist, die Heilung am raschesten durch operativen Einschnitt seitens des Arztes erfolgen. Ist die Entzündung als solche erkannt, so ist es am besten, sofort das Kind an der betreffenden Seite abzusetzen. Gegen den im Volke verbreiteten Glauben, durch Ziehpflaster oder Breiumschläge würde diese Entzündung auch heilen, muß eine Pflegerin energisch ankämpfen! Über die Frage, ob im Einzelfalle erweichende, warme Umschläge anzuwenden sind, kann allerdings nur der Arzt entscheiden. Hat sich Eiter nach außen entleert, entweder nach dem Durchbruch durch die Haut oder nach dem Operieren, so muß die Pflegerin bei dem Verbandwechsel besonders vorsichtig sein und sich vor und nach demselben stets gründlich desinfizieren.

Die Anschwellung der Brüste bei Nichtstillenden erfordert meistens keine besonderen Maßnahmen; die schmerzhaftige Spannung läßt sich durch Hochbinden der Brüste, spärliche Kost und leichtes Abführen in der Regel nach wenigen Tagen von selbst nach (vgl. S. 91).

Unter Milchfluß versteht man das fortwährende Ausfließen der Milch aus der Brustwarze. Hier Sorge die Pflegerin für ständige Vorlagen auf der Brust; man kann durch Einschränkung der flüssigen Nahrung und die Sorge für regelmäßige Darmentleerung diesen lästigen Zustand einschränken; wenn der Milchfluß auch nach Absetzen des Kindes fort-dauert, so kann er schließlich zu hochgradiger Schwäche führen. In diesem Falle ist schon frühzeitig ärztliche Behandlung erforderlich.

II. Die wichtigsten Erkrankungen des Neugeborenen während der ersten Lebenswochen.

1. Störungen, welche unter der Geburt entstehen oder sich unmittelbar an dieselbe anschließen.

Unter den unmittelbar nach der Geburt eintretenden Störungen kommt in erster Linie der Scheintod (Asphyxie) in Betracht. Damit wird ein Zustand bezeichnet, bei welchem nach der Geburt die Atmung gar nicht oder nur unvollkommen stattfindet, die Glieder in der Regel schlaff

und regungslos bleiben, während der Herzschlag noch zu fühlen ist, also: das Kind ist ohne Lebenszeichen, „scheint“ tot zu sein. Das Kind befindet sich dabei in Erstickungsgefahr, ein Zustand, welcher meist durch den Verlauf der Geburt erworben wurde, ganz besonders nach lange dauernden Geburten mit frühzeitigem Fruchtwasserabfluß zu befürchten ist. Der Arzt sowohl wie eine Hebamme können diesen gefährlichen Zustand schon während der Geburt mitunter feststellen, indem dabei der Herzschlag des Kindes, welchen man am Mutterleibe behorchen kann, langsamer wird. Mitunter geht aber auch sog. Kindspech (Meconium) während der Geburt ab. Wird letzteres von der Pflegerin beobachtet, so ist sie, gleich der Hebamme, verpflichtet, so rasch als möglich den Arzt zu benachrichtigen. Derselbe wird meistens, um das Kind zu retten, die Geburt beschleunigen, unter Umständen künstlich beendigen.

Wir können je nach der Schwere der Atmungsstörung zwei Grade unterscheiden: den leichteren und schwereren Grad des Scheintodes. Im ersteren Falle ist die Farbe des Kindes dunkelblaurot, die Muskeln sind gespannt, wenn auch regungslos, die Atmung ist oberflächlich oder stockt ganz, der Herzschlag ist deutlich, das Kind schnappt von Zeit zu Zeit nach Luft, die Nabelschnur pulsiert noch. Dieser leichtere Grad wird auch als der „blaue oder blaurote Scheintod“ bezeichnet.

Bei dem schwereren Grade, dem sog. „blaffen oder bleichen Scheintod“ findet zwar auch keine Atmung statt, die Herzstätigkeit ist jedoch äußerst schwach, dabei sieht das Kind wachsbleich, leichenbläß aus und die Muskeln sind allenthalben schlaffer, der Unterkiefer hängt schlaff herab, die Nabelschnur pulsiert gar nicht mehr. Bei der Behandlung dieses gefährlichen Zustandes, welche gleichfalls nur einer geübten Hebamme oder einem Arzte obliegt, kommt es darauf an, die Luftwege frei zu machen; die Wärterin lege das Kind inzwischen auf die Seite oder auf den Leib, weil dadurch der Schleim, welchen das Kind in den Geburtswegen einatmete, freier wird. Warmes Bad und erwärmte wollene Tücher, ebenso kaltes Wasser (zum Übergießen) sind fernerhin von ihr bereitzuhalten, bis die Hebamme oder der Arzt zugezogen sind. Bei dem „blauen“ Scheintod gelingt es vielfach durch Reiben (Frottieren) oder Klopfen das Kind zum Atmen zu bringen, bei dem „bleichen“ gefährlichen Grade müssen regelrechte Wiederbelebungsversuche gemacht werden, die nur der Arzt bzw. die Hebamme ausführen kann.

Eine weitere recht bedenkliche Störung, welche sich ebenfalls gleich nach der Geburt einstellen kann, ist eine Nachblutung aus dem unterbundenen Nabelschnurrest bzw. einer nur mangelhaft unterbundenen

Nabelschnur. Ist die Unterbindung nicht sorgfältig genug gemacht worden und der Faden abgeglitten oder locker geworden oder, wie es bei fulzreicher, ebenso aber auch bei sehr dünner (fulzarmer) Nabelschnur vorkommt, hat er durchgeschritten, so kann dadurch aus den eben erst verschlossenen Nabelgefäßen eine Nachblutung entstehen. Der geringste Blutverlust kann dabei einem Kinde das Leben kosten. Bemerkte wird dies durch die auffallende Kühle der Haut des Neugeborenen; auch die Hautfarbe ändert sich meist (Blässe!). In solchem Fall muß sofort das Kind aufgewickelt werden, die Schlinge noch einmal angezogen oder zweckmäßiger hinter der ersten noch eine zweite Unterbindung angelegt bzw. der Nabelschnurrest rasch durch eine Arterienklemme abgeklemmt werden.

Wesentlich gefährlicher noch sind die Nabelblutungen, welche erst nach Abfall des Nabelschnurrestes auftreten. Der Arzt ist sofort zu rufen. Bis zu dessen Ankunft suche die Pflegerin durch einen trockenen keimfreien Wattebausch, welcher mit der Nabelbinde fest angebrückt wird, die Blutung zu stillen. Verzögerter Abfall des Nabelschnurrestes erfordert Geduld seitens der Pflegerin. Jegliches Zerran an dem noch nicht ganz gelockerten Nabelschnurrest kann gerade zu solchen Nabelblutungen führen und muß daher vermieden werden.

Zu den Störungen, welche bei der Geburt entstehen bzw. mitunter angeboren sind, gehören die „Verkrüppelungen“, z. B. angeborener Klumpfuß oder Klumphand, Schiefhals, Verwachsung der Finger, Fehlen der Gliedmaßen, überzählige Finger, auch Verbildungen der Wirbelsäule sowie die angeborene Verrenkung der Oberschenkel nach hinten u. ä.

Erworben, d. h. unter der Geburt erst entstanden, kommt auch der Schiefhals vor, z. B. nach heftiger Zerrung der Halsmuskeln, besonders aber Zerreißen und Zerrungen der Gliedmaßen nach schweren Geburten bei Beckenendlagen und engem Becken, auch Nervenlähmungen (z. B. das schlaffe Herabhängen des Armes) sowie eine Reihe von Geburtsverletzungen, etwa ein Bruch (Fraktur) des Oberarms, des Oberschenkels oder auch des Schlüsselbeins, gleichfalls nach schweren Geburten.

Zu den sog. Mißbildungen gehört der Wasserkopf, der Froschkopf, Verschluss des Afters oder der Harnröhre, Spaltung der Wirbelsäule, Spaltung der Oberlippe (Hafenscharte) oder des Gaumens (Wolfstrachen) u. a. Nach dem Krüppelfürsorgegesetz vom 6. Mai 1920 müssen solche Verkrüppelungen dem Kreisärzte bzw. dem Jugendamt (f. o.) gemeldet werden.

2. Störungen, welche sich in den ersten Tagen nach der Geburt und später zeigen.

Unter den Störungen, welche sich in den ersten Tagen nach der Geburt zeigen, ist zunächst eine recht harmlose zu nennen, die Kopfgeschwulst, welche, besonders wenn sie auf der Gegend der Stirn oder großen Fontanelle sitzt, eine unförmliche Gestalt des Kopfes bedingt, die aber durch-

aus unbedenklich ist. Lag das Gesicht vor, so sieht diese Anschwellung meist auf dem einen Mundwinkel; mitunter sind diese „Gesichtslagenfinder“, deren Mund blaurot und rüffelartig angeschwollen erscheint, anfangs am Saugen verhindert, aber auch dies gleicht sich nach wenigen Tagen aus. In der Regel sitzt die Kopfgeschwulst auf dem einen oder anderen Scheitelbein, auf das Hinterhaupt übergreifend (vgl. Abb. 25).

Nicht unbedenklich dagegen ist die Kopfblutgeschwulst; hierunter verstehen wir eine nicht nur nach schweren künstlichen, sondern auch nach

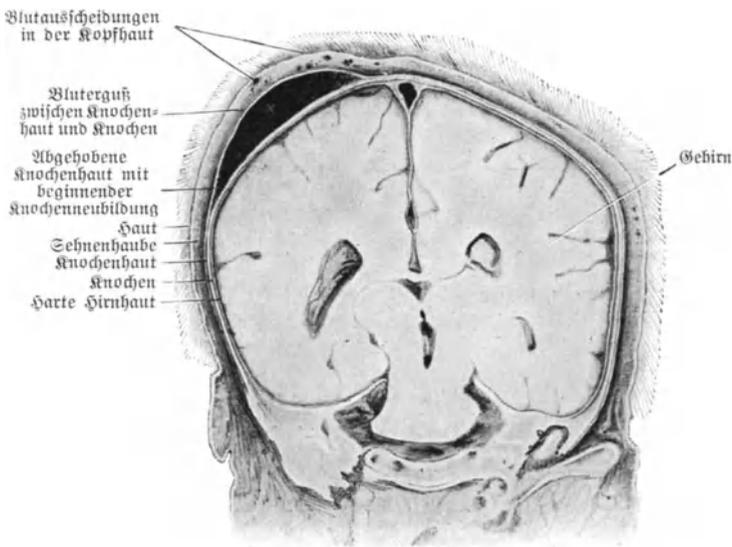


Abb. 56. Gefrierschnitt durch einen Schädel mit Kopfblutgeschwulst auf dem rechten Scheitelbein. 14 Tage nach der Geburt. (Nach B u m m, Grundriß der Geburtshilfe. Verkleinert.)

natürlichen Geburten sich entwickelnde Geschwulst, welche in einem Bluterguß zwischen Schädeldecke und der Knochenhaut derselben besteht (Abb. 56). Sie ist viel schärfer begrenzt als die Kopfgeschwulst; anfangs nach der Geburt nur wenig entwickelt, wird sie nach einigen Tagen deutlicher und ist meist am vierten oder fünften Tage als weiche mit Blut gefüllte und gespannte Geschwulst auf dem einen oder anderen Scheitelbein zu fühlen. Hier muß ein Arzt zu Rate gezogen werden. Bis zur Ankunft desselben ist sie vor jeglichem Stoß zu schützen und der Hinterkopf daher am besten in Watte einzupacken, im übrigen

läßt man sie aber ganz in Ruhe. Diese Geschwulst verschwindet meistens erst nach vielen Wochen.

Der in den ersten Tagen bei der Mehrzahl der Kinder auftretenden Gelbfucht (Ikterus) ist keine Bedeutung beizulegen; sie ist nur dann bedenklich, wenn sie sich auf Hände und Füße weiter ausbreitet oder gleichzeitig krankhafte Erscheinungen (vgl. S. 43), also schwere Verdauungsstörungen, Schläffucht oder Unruhe eintreten, gerade bei frühgeborenen, schwächlich entwickelten Kindern, ganz besonders aber bei gleichzeitiger gefährlicher Entzündung des Nabels (s. u.).

Wie bei der Mutter kann auch beim Kinde ein Frieselausschlag sich entwickeln (stechnadelkopfgroße rote Knötchen auf der Haut des Rückens u. s. w.), wenn dasselbe zu warm gehalten wurde. Auch dieser ist ohne Bedeutung.

Als Gneis (oder Grind) wird ein grauweißer, fettiger, schuppenartiger Belag am Vorderkopfe, besonders der Gegend der großen Fontanelle und dem Scheitel bezeichnet. Er läßt sich, wie Schuppen überhaupt, leicht aufweichen, im übrigen bei gehöriger Reinlichkeit aber auch vermeiden. Lästiger ist der oft stark judende Milchschorf, der auf der Kopfhaut, mitunter aber gerade im Gesicht auf der Wangenhaut zunächst in Form von feinen Bläschen auftritt, die alsdann bersten und zu Borsten eintrocknen. Meist sind diese Ausschläge sehr hartnäckig, daher frühzeitig einen Arzt rufen, damit dieser Ausschlag geheilt wird.

Unter den Erkrankungen der Haut ist das „Wundsein“ des Kindes in mehrfacher Hinsicht wichtig: zunächst als eine Folge von mangelhafter Reinlichkeit (s. o. S. 100), dann aber auch als Folge- und Begleitererscheinung der gefährlichen Verdauungs- und Ernährungsstörungen. Bei Kindern, welche naß liegen, wird gerade die Haut des Gesäßes, die Umgebung des Afteres und der Geschlechtssteile „wund“, die Oberhaut wird zuerst stark gerötet, dann aber in großer Ausdehnung abgeschülft, so daß die rote, äußerst empfindliche (sehr nervenreiche) Lederhaut freiliegt, ähnlich wie bei einer großen Brandwunde. Solche meist in der Pflege vernachlässigten Kinder zeigen ein bejammernswertes Aussehen. Künstlich genährte Kinder, die sich viel häufiger naßmachen, ebenso Frühgeburt- und schwächliche, aber auch besonders dazu veranlagte Kinder, ebenso sehr fette Kinder, erkranken um so leichter an Wundsein. Außer der Gesäßgegend sind auch die Schenkelalten und die Falten des Halses wund. Das Kind wird unruhig, schreit viel und kommt sichlich herunter. In jedem Falle muß die Ursache des Wundseins erforscht werden. Oberster Grundsatz der Pflege ist sorgfältige Rein- und Trockenhaltung des Kindes, besonders da, wo Hautfalten sind (vgl. S. 99). Die Windeln, welche gebraucht waren, müssen in Wasser oder Sodablösung ausgekocht,

nicht etwa in kaltem oder lauwarmem Wasser einfach abgespült werden. Schon bei andauernder Rötung, besonders aber bei vorhandenem Wundsein muß der Arzt gerufen werden, da die Heilung oft lange Zeit in Anspruch nimmt. Eine Pflegerin hüte sich, hier mit Salben, Pulvern und dergleichen selbständig etwas zu tun! Die Behandlung ist nur Sache des Arztes!

Mitunter kann in den ersten Tagen eine Brustdrüsenentzündung auftreten. Wie schon oben erwähnt (S. 45), findet aus der Brustdrüse des Kindes zuweilen eine Absonderung statt, mit gleichzeitiger Anschwellung des Brüstchens. Läßt man das Brüstchen ganz in Ruhe, bedeckt es einfach mit Watte, so geht die Anschwellung von selbst zurück; wird aber, wie mitunter von Hebammen oder Pflegerinnen es törichterweise geschieht, an dem Brüstchen gedrückt, so entzündet es sich, wird heiß, rot und schmerzhaft, und genau wie bei der Mutter kommt es zur Brustdrüsenentzündung. Es kann sich sogar eine recht schmerzhaft, eitrige Entzündung ausbilden. In diesem Falle ist sofort ein Arzt zu rufen.

Von wesentlich ernsterer Bedeutung sind zwei Erkrankungen, welche beide auf Ansteckung (Infektion), allerdings verschiedener Art, beruhen, nämlich

1. die Nabelinfektion,
2. die eitrige ansteckende Augenentzündung.

Im allgemeinen besitzt das neugeborene Kind eine besondere Neigung zu Infektionen, vor allem schon dadurch, daß es in dem Nabelschnurrest eine eben erst in Heilung begriffene Wunde an sich trägt. Aber auch andere kleinste Wunden, Abschürfungen der Haut, können infiziert werden (s. u.), ebenso die zarte Bindehaut des Auges.

1. Die Nabelinfektion. Wie schon S. 97 hervorgehoben wurde, darf der Nabelverband nur mit keimfreiem (sterilem) Verbandstoff gemacht werden; denn jegliche Verunreinigung der frischen Nabelwunde kommt hier mit offenen Blutgefäßen in Berührung und wird daher um so rascher in die allgemeine Blutbahn verbreitet. Im allgemeinen ist gegen früher der Nabelverband jetzt erheblich einfacher geworden; zweifelhafteste Stoffe, wie Fett, Puder, sind zunächst vollkommen überflüssig und haben nur zu oft Nabelentzündung zur Folge. Je einfacher (vor allem keimfrei!) umgekehrt der Nabelverband gemacht und je trockener derselbe gehalten wird, um so seltener sieht man derartige Nabelerkrankungen. Aber auch später kann noch eine Infektion der Nabelwunde erfolgen, entweder beim Baden oder durch die mit Recht so gefürchtete Verunreini-

gung mit Wochenfluß. Man beachte daher die oben angegebenen Vorschriften: keimfreier Nabelverband — möglichs-te Trockenhaltung desselben — erst das Kind, dann die Mutter besorgen, und nach dem Baden besondere Sorgfalt auf die Erneuerung des Nabelverbandes legen (am besten daher das Baden bis zum Abfall des Nabelschnurrestes aussetzen!) (vgl. S. 97). Denn der knorpelharte Nabelschnurrest ist gegen Keime widerstandsfähig, dagegen der feuchte Nabelschnurrest bietet für Keime einen günstigen Nährboden.

Die Nabelansteckung oder Nabelentzündung kann als örtliche Entzündung in der Umgebung des Nabelringes oder, was erheblicher gefährlicher, sehr bald als allgemeine Blutvergiftung auftreten.

Gerade vor dem Abfall des Nabelschnurrestes kommen solche Entzündungen vor, wobei wundte Stellen eben „infiziert“ wurden. Watte, Gaze, Nabelbinde, vor allem unreine Hände, können, wie erwähnt, den Nabel anstecken. Bei der Nabelentzündung ist der Nabelring, die Haut, an der der Nabelschnurrest ansitzt, stark gerötet, empfindlich mit geschwollenen Rändern, wie bei roseeartiger Entzündung; war der Nabelschnurrest schon abgefallen, so kann sich sogar ein Geschwür an der



Abb. 57. Entzündung des Nabels und seiner Umgebung, mit Bildung eines Geschwürs. Rötung und Schwellung des Hautnabels und seiner Umgebung. (Nach v. Jaschke-Pankow.)

Nabelwunde bilden (Abb. 57). In anderen Fällen aber ist der Nabel nur ganz wenig gerötet, dagegen tritt sehr rasch Kräfteverfall des Kindes ein; es verweigert die Nahrung, wird schlaffüchtig, Gelbsucht, mitunter auch eine eigentümliche bretharte Anschwellung der Unterbauchgegend kommen hinzu und in wenigen Tagen geht das Kind zugrunde. In solchen Fällen, wo, wie man sich oft fälschlich ausdrückt, das Kind an „Lebensschwäche“ zugrunde geht, handelt es sich fast stets um eine allgemeine Wundinfektion (Sepsis), die vom Nabel ausgegangen ist. Gerade der Kräfteverfall eines bis dahin gesunden Kindes, besonders am dritten bis fünften Tage, ist immer verdächtig auf allgemeine Nabelinfektion. Fäulnis des Nabelschnurrestes tritt sehr selten nur auf, z. B. dann, wenn die Eintrocknung gestört wurde, d. h.

bei feuchtem, nicht luftdurchlässigem Verbande. In allen diesen Fällen ist der Arzt so früh als möglich zu rufen! Die Pflegerin desinfiziere ihre Hände aufs gründlichste.

Recht gefährlich sind, wie schon erwähnt, die Nabelblutungen, welche erst nach Abfall des Nabelschnurrestes auftreten (s. o.). Schwere Allgemeinerkrankung des Kindes (auch angeborene Syphilis) kann hier die Ursache sein. In solchen Fällen kann in kurzer Zeit das Kind geradezu im Blute schwimmen. Der Arzt ist sofort zu rufen. Bis zu dessen Ankunft suche die Pflegerin durch einen trockenen keimfreien Wattebausch, welcher mit der Nabelbinde fest angedrückt wird, die Blutung zu stillen.

Auch nach dem Abfall des Nabels kann übrigens noch eine Infektion der in Überhäutung begriffenen Nabelwunde erfolgen. Daher auch die peinlichste Sorgfalt bei der Nachbehandlung der Nabelwunde! In manchen Fällen ist die bei gesunder Abheilung der Nabelwunde zu beobachtende Überhäutung dadurch gestört, daß der Nabel längere Zeit feucht und rot bleibt; hier wuchern etwas reichlicher die Fleischwärtchen (Granulationen); man bezeichnet dies als „Nabelschwamm“. Dieser Zustand hat zwar mit Ansteckung nichts zu tun, ist aber trotzdem dem Arzte sofort zu melden. — Eine nach der Vernarbung des Nabels auftretende Vorwölbung des Nabels wird als Nabelbruch bezeichnet. Besteht dagegen schon bei der Geburt eine (meist hell durchscheinende Geschwulst) am Nabel, so handelt es sich um den angeborenen Nabelschnurbruch, der sofort operiert werden muß.

Wesentlich gefährlicher und stets tödlich sind zwei besondere Formen der Nabelinfektion: 1. die Wundrose (der „Rotlauf“), 2. der Wundstarrkrampf (Tetanus), zwei seltene, aber um so gefährlichere Erkrankungen. Auch die Wundrose (Erysipel) geht von der Nabelwunde, mitunter auch von anderen Wunden (z. B. Hautabschürfungen am Kopf) aus und ist dadurch gekennzeichnet, daß die Umgebung der Nabelwunde stark geschwollen und sehr gerötet ist; diese Rötung kann sich weiter auf den Körper ausbreiten („Wandrose“). Die Kinder wimmern kläglich, verweigern die Nahrungsaufnahme, haben alle Anzeichen einer schweren allgemeinen Blutvergiftung (hohes Fieber! Kräfteverfall). Die gefährliche Erkrankung kann leicht auf andere, sogar auf die Mutter übertragen werden, daher sofortige Trennung von der Mutter! Fast immer verläuft sie tödlich. — Ebenfalls tödlichen Verlauf hat die schwere, ganz eigenartige Infektion der Nabelwunde, welche man als „Wundstarrkrampf“ (Tetanus) oder auch als „Kinnbäckenkrampf“ bezeichnet. Offenbar gelangen hier die gefährlichen Wundkeime (Starrkrampfpilze), welche sich in der Gartenerde oder im Kehricht der Stuben finden, durch unreinen Nabelverband in die Nabelwunde oder auch beim Abtrocknen des Körpers mit einem Laken, welches den Boden gestreift hat. Also verwende man niemals ein Verbandstück, welches auf den Boden gefallen, ebenso zum Abtrocknen niemals ein Badetuch, welches mit dem Boden in Berührung gekommen ist. Die Pflegerin beachte, wie oben erwähnt, die auch für Hebammen bestehende Vorschrift: niemals in der üblichen Weise, wie früher, auf dem Schoß das Kind zurechtzumachen, wobei das Badelaken ja den Fußboden berührt, sondern stets auf einem Wickeltisch (vgl. Abb. 47)! Die Keime, welche auf diese Weise in den Körper gelangen, äußern ihre gefährliche Wirkung in krampf-

artigen, sehr schmerzhaften Zudungen, die zuerst die Riefermuskeln befallen, so daß das Kind den Mund nicht öffnen, also nicht mehr trinken kann (Rieferklemme), und von da auf die Kau-, Gesichtsmuskeln sowie die Nacken-, schließlich die Brust- und Rückenmuskulatur übergreifen, so daß das Kind „wie ein gespannter Bogen daliegt“, nur mit dem Hinterkopf und den Fersen aufliegend. Die Krämpfe treten anfallsweise auf. Die Krankheit, welche stets mit hohem Fieber einhergeht, ist immer tödlich. Auch hier ist das Kind von der Mutter zu trennen. Nach dem Gesetze (Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten) muß diese Erkrankung, wie auch die Wundrose, dem Kreisarzte angezeigt werden! Eine weitere Pflege darf also eine Pflegerin nicht annehmen, ehe sie dessen Instruktionen eingeholt hat.

2. Die ansteckende eitrige Augenentzündung. Auch die Augen des Kindes bilden eine Eingangspforte für Krankheitskeime, allerdings den Sitz einer ganz besonderen Art von Ansteckung.

Manche Frauen leiden an sog. ansteckendem Schleimfluß, d. i. scharfem, eitrigem, grüngelbem Ausfluß, sog. „Tripper der Frau“ (Gonorrhöe), welcher steife gelbe Flecken in der Wäsche zurückläßt. Derselbe kann sehr leicht auf andere Schleimhäute übertragen werden. Die Scheide ist dabei in einem geröteten entzündeten Zustande; es treten gleichzeitig Harnröhrenbeschwerden auf, besonders schmerzhafter Urindrang, wenigstens zu Anfang der Erkrankung. In der Schwangerschaft nimmt die eitrige Absonderung erheblich zu, so daß dicker gelber Eiter in großer Menge beständig abfließt und die Geschlechtssteile veräkt. An den äußeren Geschlechtssteilen finden sich mitunter spitze warzenartige Hautwucherungen (spitze Feigwarzen oder Kondylome).

Diese Erkrankung ist für die Augen des Kindes (wie eines jeden anderen überhaupt) insofern gefährlich, als durch den Schleimfluß, d. h. durch die in ihm enthaltenen Keime (Tripperkeime — Gonokokken vgl. Abb. 35) sehr leicht eine gefährliche Entzündung der Augen hervorgerufen wird, welche schließlich in kurzer Zeit zu unheilbarer Erblindung führen kann. Diese Entzündung, die eitrige Augenentzündung der Neugeborenen, äußert sich zunächst in einer Anschwellung der Augenlider, so daß die Lidspalte geschlossen, d. h. fest verklebt ist und nicht geöffnet werden kann (Abb. 58). Allenthalben drängt sich zwischen den verklebten und geschwollenen Augenlidern zunächst eine meist hellgelbe wässerige Flüssigkeit (vergleichbar mit dünnem Tee) hervor, welche erst nach wenigen Tagen die Beschaffenheit von dickem, gelbem



Abb. 58.
Eitrige Augenentzündung.
Die Augenlider sind verklebt.
Dicker Eiter entauilt der
Lidwalte.

Eiter annimmt. Beim Öffnen der Lidspalte merkt man, daß die Bindehaut (d. i. die weiße, undurchsichtige Haut des Auges) und besonders die Innenfläche der Lider stark gerötet und geschwollen ist, während zu Anfang der Erkrankung der Augapfel, die Hornhaut und die Pupille noch klar sind. Wird die Erkrankung vernachlässigt, so wird auch die Hornhaut (die durchsichtige Haut des Auges) von der Entzündung ergriffen. Die Erkrankung geht dann rasch ins Innere des Auges. Die Hornhaut trübt sich, wird geschwürig und bleibt undurchsichtig. Die Folge davon ist der Verlust eines oder gar beider Augen (Erblindung).

Zur Verhütung dieser Ansteckung hat Prof. Credé in Leipzig seinerzeit die Einträufelung von Höllensteinlösung ins Auge (je einen Tropfen derselben) gleich nach der Geburt des Kindes empfohlen. Diese Vorsichtsmaßregel ist allenthalben in Anstalten in Gebrauch und hat sich sehr wohl bewährt¹. Die Zahl der Erblindeten ist in der Tat geringer geworden, wenn man die letzten 25 Jahre überblickt². In der Privatpraxis beschränkte man sich früher vielfach darauf, wenn kein eitriger Ausfluß besteht, die Augen sofort nach dem Durchschneiden des kindlichen Kopfes einfach mit einem in abgekochtes Wasser getauchten Wattebausch abzutupfen; wenn aber eitriger Ausfluß bei der Kreißenden ist, dann muß auch hier die Höllensteinlösung benutzt werden. In solchen Fällen hat aber, wie schon bemerkt (S. 127), die Hebamme bzw. Pflegerin den Arzt so früh als möglich zu benachrichtigen. Neuerdings ist jedoch in Preußen und anderen Staaten mit vollem Recht

¹ Statt der 2proz. ist seit vielen Jahren, und zwar mit gleichem Erfolg, die 1proz. Höllensteinlösung in Gebrauch, welche weniger Reizerscheinungen („Reizkatarrh“) macht, indessen ist die Lösung, selbst in dunklen Flüssigkeiten, wenig haltbar und wirkt, wenn zu alt, sogar ätzend. Daher ist neuerdings (vgl. S. 127) statt dieser, gerade für die Praxis, für jeden Fall vorgeschrieben Einträufelung vermittels der Hellenballischen Ampullen (1proz. neutrale Höllensteinlösung, chem. Fabrik Reischholz bei Düsseldorf) oder der Höllensteinparetten (z. B. diejenigen der F. G. Farbwerke) oder der Nova-Ampullen [Nova A. G. Wiesbaden]) (vgl. preuß. Heb.-Lehrbuch 1928, S. 196 sowie Schulzefches Heb.-Lehrbuch 1928, S. 263).

² Während in früheren Jahren fast ein Drittel oder gar die Hälfte aller Zinssassen von Blindenanstalten infolge von Augenentzündung erblindet war, ist in den letzten Jahrzehnten diese Zahl der Erblindungen erheblich zurückgegangen; nach einer neueren Zusammenstellung beträgt die Zahl der infolge Augenentzündung Erblindeter jetzt nur noch 12,9%. Die Zahl der Augenerkrankungen ist in gut geleiteten Anstalten, wo prinzipiell die Einträufelung gemacht wird (vgl. S. 127), gegenüber der Praxis sehr gering; Erblindungen kommen hier sozusagen nicht vor.

die Einträufelung in jedem Falle vorgeschrieben (s. o.). Denn es ist von besonderer Wichtigkeit, diese Erkrankung in ihrer Entstehung zu verhüten und die ersten Anzeichen dieser gefährlichen Augenerkrankung zu erkennen sowie schon unter der Geburt entsprechende Maßnahmen zu treffen. Es ist auch zu raten, daß Frauen, welche an Tripper leiden, schon in der Schwangerschaft den Rat des Arztes einholen und selbst reinigende Spülungen machen. Bemerkt die Pflegerin erst bei der Geburt den eitrigen Ausfluß, so mache sie davon dem Arzte unverzüglich Mitteilung und Sorge dafür, daß (vom Arzte!) die Hüllensteinklösung eingeträufelt wird. In solchen Fällen müssen aber an den folgenden Tagen die Augen täglich vom Arzte besichtigt werden. Ist eine Einträufelung aber nicht geschehen und eine Entzündung eingetreten, so mache die Pflegerin bis zur Ankunft des Arztes, welcher unverzüglich zu rufen ist, kalte Umschläge auf die Augen, reinige dieselben mit abgekochtem kühlem Wasser oder Borwasser durch vorsichtiges und zartes Abwischen des herausquellenden Eiters; die Umschläge werden am besten mittels mehrfach zusammengelegter Leinwandlappchen gemacht, die in kaltes oder besser in Eiswasser getaucht sind (niemals warme Umschläge!). Gebrauchte Wattebäusche, Lappchen u. dgl. sind sofort zu verbrennen; mit Eiter oder Schleim durchtränkte Kissenüberzüge sind (getrennt von der übrigen Wäsche) gründlichst zu desinfizieren. Da der Eiter leicht weiter übertragen werden kann, so ist bei einseitiger Erkrankung das gesunde Auge durch einen Schutzverband zu bedecken und das Kind auf die Seite des kranken Auges zu legen; alles Weitere ist Sache des Arztes. Die Pflegerin bedenke aber, daß sie ihre Hände nach der Besorgung des Kindes aufs gründlichste zu desinfizieren hat und mache die Umgebung auf die Gefahr der Ansteckung, die sie übrigens an den eigenen Augen gleichfalls zu beachten hat, aufmerksam.

Die Verdauungsstörungen stellen das ungleich wichtigste Kapitel der Erkrankungen sowohl der ersten Lebensstage, richtiger gesagt ersten Lebenswochen, als auch des ersten Lebensjahres dar und müssen daher auch der Pflegerin bekannt sein. Wie schon oben (S. 94 Anm.) hervorgehoben wurde, ist gerade im ersten Lebensmonat die Sterblichkeit der Kinder eine außerordentlich große und spielen auch hier schon Verdauungsstörungen die größte Rolle. Auch die Erkrankungen der Mundhöhle gehören hierher. Schon bei der Besprechung des Still-

geschäftes wurde hervorgehoben, daß eine Reinigung der Mundhöhle nach den heutigen Anschauungen im allgemeinen überflüssig ist; denn gerade dabei werden oft kleinste Verletzungen der zarten Schleimhaut gesetzt, welche Eingangspforten für Keime bilden. Im allgemeinen vermeidet man daher jetzt die besondere Mundpflege und legt einen größeren Wert auf die gründliche Reinhaltung der Brustwarzen und, was wohl in der Praxis eine noch größere Rolle spielt, auf die Reinhaltung der Gummisauger und Flaschen bei künstlicher Ernährung (s. S. 116). Mitunter entwickeln sich nun auf der Mundschleimhaut weiße punktförmige, schimmelpilzähnliche Auflagerungen, die wie ein hellgrauer Rasen die Schleimhaut auf der Zunge, auf der Innenfläche der Wangen und Lippen überziehen. Man nennt diese (durch den Soorpilz hervorgerufene) Erkrankung Soor oder Schwämmchen. Ist derselbe auch an sich ungefährlich, wenn frühzeitig entsprechende Maßnahmen getroffen werden, so kann er jedoch durch allzu massige Wucherungen nach hinten die Rachenwand fast so abschließen, wie diphtheritische Wucherungen bei größeren Kindern. Der Soor hat zwar keine Neigung, auf die Luftwege überzugehen, wohl aber können durch Einatmen solche in die Luftwege, oder was häufiger ist, durch den Schluckakt in die Speiseröhre und den Magen gelangen und rufen hier Verdauungsstörungen hervor. Auch bereiten die Schwämmchen dem Kinde wegen der Schwellung und Rötung der Schleimhaut Schmerzen beim Trinken, es trinkt daher schlecht und gedeiht nicht. Auch können sich auf der entzündeten Schleimhaut giftige Giterpilze noch dazu ansiedeln! Auf solche Schwämmchen muß die Wärterin den Arzt als bald aufmerksam machen und befolge seine Anordnungen aufs genaueste. Hält die Pflegerin Trinkflasche und Sauger vorschriftsmäßig sauber, unterläßt sie das törichte Mundauswischen und verbietet sie aufs strengste den Gebrauch der gefährlichen Schnuller (Lutschnbeutel), die unbegreiflicherweise vielfach noch den Kindern zur Beruhigung gegeben werden, so wird sie auch seltener Soor¹ sehen. Die Behandlung ist lediglich Sache des Arztes.

Mundentzündung (Mundfäule), d. h. entzündliche schmerzhaftes Anschwellung der Mundschleimhaut mit starker Rötung und Empfindlichkeit, ist meist Folge einer übertriebenen oder falschen Mundpflege oder

¹ Diese fest auf der Unterlage haftenden Schwämmchen sind nicht zu verwechseln mit dem zarten weißlichen Belag, welchen fast jedes neugeborene Kind auf dem hinteren Teil der Zunge zeigt oder gar dem gelben Streifen in der Mitte des Gaumens, entsprechend der Gaumennaht. Diese hellen Stellen sind durchaus ungefährlich.

entsteht durch Einführung unreiner Dinge (Schmuller, Finger, Zahnringe u. dgl.). Gerade dieser schmerzhaften Entzündung, welche die Kinder am Saugen hindert und hiermit in der Ernährung wesentlich stört, und oft genug den ersten Ausgangspunkt der gefährlichen Magen- und Darmstörung (s. u.) bilden kann, muß man vorbeugen können. Auch hier ist ärztliche Behandlung unbedingt erforderlich.

Verdaunungsstörungen, d. h. die gefährlichen Erkrankungen des Magen-Darmkanals, kommen erfahrungsgemäß häufiger bei künstlich genährten Kindern (Flaschenkindern) als bei Brustkindern vor, da gerade bei der künstlichen Ernährung, wie wir sahen, die Milch allerhand Verunreinigungen ausgesetzt ist und dadurch die Schleimhaut des Magen-Darmkanals schädigen kann. Der größte Teil dieser Störungen, welche sich hauptsächlich in Durchfällen äußern, fällt in die heiße Jahreszeit (Sommer) und wird daher vielfach als „Sommerdiarrhöe“ gemeinhin bezeichnet; durch diese werden alljährlich viele Kinder im ersten Lebensjahr dahingerafft (s. o. S. 94). Zeigen sich innerhalb der ersten Lebenswochen auch nur leichte Verdaunungsstörungen, so ist alsbald der Arzt zu rufen; denn auch hier kann, wenn frühzeitig die Störung erkannt wird, durch entsprechende Behandlung ein Kind noch gerettet werden¹.

Die Entstehung der Verdaunungsstörungen ist daher in erster Linie auf unzureichende Ernährung und hierbei meistens auf Unreinlichkeiten zurückzuführen, welche mit der Nahrung dem Kinde beigegeben werden und den Magen-Darmkanal reizen. Bei der Ernährung an der Mutterbrust ist dies so gut wie ausgeschlossen, bei der Ernährung durch Kuhmilch um so leichter denkbar, als dieselbe, wie wir oben sahen, von ihrer Entnahme (beim Melken) bis zur Verwendung, insbesondere während des Transportes in den heißen Sommermonaten und auch bei der Aufbewahrung im Hause allerhand Verunreinigungen ausgesetzt ist. Daher die Regel: Durchsieben der Milch, gehörige Verdünnung und Abkochung, nachfolgende Abkühlung, also Bereitung einer keimfreien Nahrung nach den oben angegebenen Vorschriften. Aber auch nach der Abkochung muß die Milch so aufbewahrt werden, daß sie sich nicht mehr zersetzen kann; Milchreste oder gar verdorbene Milch dürfen dem Kinde nicht gereicht werden. — Sind alle diese wie andere

¹ Gerade im Sommer geht eine große Zahl von Säuglingen zugrunde, und zwar infolge der Hitze, welche eine Reihe von Störungen nach sich zieht. Näheres vgl. in dem Hitzemerklatt, bearbeitet im Kaiserin Augusta Viktoria-Hause in Berlin (Verlag von Georg Stilke).

Nebenbedingungen (Reinigen der Flaschen, Sauger) erfüllt worden, so kann noch durch die Art der Fütterung eine Verdauungsstörung hervorgerufen werden. Trockenfütterung der Kühe wird im allgemeinen gern bevorzugt, ist aber nicht unbedingt erforderlich; frischer Weidegang ist ebensogut; bei Fütterung mit Abfällen der Rübenzuckerfabrikation, Schlempe und ähnlichem oder gar verdorbenem Futter können die Kinder jedoch an Verdauungsstörungen erkranken.

Die Ursache im Einzelfalle zu ergründen ist jedoch nicht Sache der Pflegerin, auch hier ist, wie in der Behandlung des Falles, der Arzt allein maßgebend, nie die Hebamme oder die Wärterin.

Von größter Wichtigkeit ist für die Pflegerin vor allem die frühzeitige Erkennung der Magen-Darmstörungen, damit eben der Arzt auch früh genug gerufen werden kann; die Pflegerin achte etwa auf folgende Anzeichen:

Grüner Stuhl, welcher längere Zeit statt des gelblich-citronenfarbigen abgefordert wird, gilt, besonders wenn er dazu flüssig ist und übelriechend, immer als das erste Anzeichen von Verdauungsstörungen. Nachträgliche grüne Verfärbung der Windel ist im allgemeinen ohne Bedeutung. In schlimmeren Fällen häufen sich die Entleerungen, statt der zwei bis drei normalen kommen wässerige Stühle stündlich und halbstündlich, so daß das Kind nicht oft genug trockengelegt werden kann; es besteht eben „Durchfall“ (spritzende dünnflüssige Stühle mit Schleimfetzen), das schlimmste Anzeichen von schwerer Verdauungsstörung. Durch die häufigen Durchfälle (Diarrhöen) wird das Kind äußerst geschwächt und entkräftet; dazu stellen sich schmerzhaftes Blähungen ein mit Luftreibung des Leibes. Kommen noch Eßunlust oder gar Erbrechen¹ nicht verdauter sauer riechender Nahrungsreste hinzu, Störungen im Allgemeinbefinden, d. s. Unruhe des Kindes, anhaltendes Schreien,

¹ Eine Pflegerin darf niemals „Erbrechen“ als „Ausspieen“ (s. o.) deuten! Man spricht nur dann von Speien, wenn unmittelbar nach der Mahlzeit, meist durch zu hastiges Trinken, ein Teil der Milch entleert wird. Dabei findet keine Würgebewegung statt; selbst unter Zeichen allgemeinen Wohlbefindens fließt ein Teil der unveränderten Milch in den Mund zurück. Das Erbrechen dagegen findet mit Würgen und Zusammenziehungen der Bauchmuskulatur unter schmerzhaftem Verziehen des Gesichtes statt und die Milch kommt verändert, also sauer riechend heraus, mitunter mit Schleim. Diese gefährliche Erkrankung, welche eben mit Erbrechen, Durchfall und Fieber einhergeht, wird als „Breachdurchfall“ bezeichnet. Eine besondere Art des Erbrechens, bei Säuglingen im ersten Lebensvierteljahr, ist der „Magenpfortnerkrampf“, bei dem bei jeder Nahrung heftiges explosivartiges Erbrechen erfolgt. Unter der gespannten Bauchwand sieht man die krampfartigen Magenbewegungen.

Abmagerung, welke und faltige Haut, Wundsein, Fieber, Untertemperatur, langdauernde Gelbsucht, Erschlaffung der Muskulatur, Benommenheit, schließlich Krämpfe, greisenhafter Gesichtsausdruck, hohle Augen, Stehenbleiben auf dem Gewicht oder gar ständige Gewichtsabnahme, so ist das Bild schwerster Verdauungsstörung vorhanden¹.

Eine gewissenhafte Pflegerin wird aber nicht erst, wenn dieses Krankheitsbild vorhanden ist, sondern schon so frühzeitig als möglich den Arzt rufen, welcher alle weiteren Maßnahmen zu treffen hat. Die erbrochenen Massen sind ebenso wie die Windeln dem Arzte vorzuzeigen.

Eine ebenso gefährliche, wenn auch seltene Erkrankung besteht darin, daß das Kind bei gleichzeitig zunehmender Blässe und Kräfteverfall schwarze bzw. schwarzbraune Stühle entleert (Melaena, Darmblutungen); dieselben bestehen aus Blut, welches aus dem Magen-Darmanal (Zwölffingerdarm) des Kindes selbst stammt. Mitunter werden auch schwarze Massen erbrochen. Bei dieser gefährlichen Erkrankung muß sofort der Arzt gerufen werden.

Im großen und ganzen harmloser als die Durchfälle ist die träge Verdauung, die Verstopfung. Bei Brustkindern seltener, finden wir sie häufig bei solchen Flaschenkindern, welche reichlich Haferschleim zur Verdünnung der Milch erhielten, meist jedoch erst nach einigen Wochen.

¹ Vielfach wird von Müttern der Fehler begangen, daß den Kindern wegen Unruhe, die fälschlicherweise als Hunger aufgefaßt wird, zu viel Nahrung gereicht wird, hauptsächlich bei Flaschen-, schließlich aber auch bei Brustkindern. Die Folgen dieser übermäßigen Nahrungszufuhr (Überfütterung, Überernährung) äußern sich dadurch, daß die Kinder den Überschuß an Nahrung erbrechen, also Speien während und nach der Mahlzeit, bei anderen darin, daß sie eine übermäßige Fettentwicklung und starke blähfüchtige Aufstreibung des Leibes zeigen, bei Vermehrung der Stühle (4—5!); die Kinder werden unruhig durch die Blähfücht, schmerzhafte Koliken (vgl. S. 118). Dieser Zustand der Überfütterung kann leicht zu gefährlichen Magen-Darmstörungen mit krankhaften Stuhlentleerungen und Fieber bis 39° führen. Man kann in dieser Hinsicht jedoch sehr gut vorbeugen, wenn man sich sehr streng an die oben gegebenen Regeln in bezug auf die Gesamtnahrungsmenge und diejenige der Einzelmahlzeit hält (S. 111).

Zeichen der Unterernährung sind nur dann vorhanden, 1. wenn das Gewicht ungewöhnlich abnimmt, 2. der Leib seine normale Füllung verliert (also eingesenkerer Leib bei straffen Bauchdecken!), 3. die Stuhlentleerungen seltener und auch zäher werden, 4. wenn Schläfrigkeit des Kindes eintritt. Schließlich werden die Stühle auch mißfarben, schmutzigbraun; die Urinentleerungen werden seltener, die Haut wird weiß und blaß, Untertemperatur tritt auf. Auch hier ist sofort der Arzt zu rufen.

Ebenso ist ärztliche Behandlung erforderlich, wenn neben der mangelhaften oder fehlenden Gewichtszunahme die Schleimhäute (Lippen- und Bindehaut) auffallend blaß sind und die Haut eine übermäßige Empfindlichkeit zeigt (Neigung zu Wundsein, Milchschorf u. a.), ebenso die Neigung zu Katarrhen besteht.

Andererseits kann hartnäckige Verstopfung auch ein Zeichen einer ernsten Erkrankung sein. Abführmittel dürfen einem Kinde durch die Pflegerin nicht gereicht werden. Sie beschränke sich allenfalls auf ein zeitweiliges, mit einem kleinen Gummiballon in Seitenlage oder Bauchlage zu gebendes Klistier mit lauwarmem Wasser oder Öl. Ist dasselbe ohne Erfolg oder hält die Verstopfung an, so ist unverzüglich der Arzt zu rufen. Denn die Verstopfung kann auch Folge einer falschen Ernährung (entweder einer Über- oder Unterernährung) oder ein Zeichen allgemeiner Schwäche beim Kinde sein. Also auch Vorsicht bei Klistieren! Vielmehr Regelung der Ernährung durch den Arzt!

Kinder, welche an Verdauungsstörungen leiden, haben auch meistens mit heftigen Blähungen zu kämpfen, welche sich äußerst schmerzhaft äußern, so daß das Kind anhaltend schreit, die Beine anzieht und der Leib eine auf Berührung empfindliche straffe Spannung zeigt. Kleine Gaben von Fencheltee mit Pfefferminztee vermischt (teelöffelweise) oder auch trockene warme Umschläge bringen bis zur Ankunft des Arztes auf einige Zeit Vinderung. Hartnäckige Blähsucht, besonders Schmerz bei Berührung des Leibes erfordert sofortige ärztliche Hilfe.

Alles in allem achte die Pflegerin demnach, um die ersten Erscheinungen eines Magen-Darmkatarrhs nicht zu übersehen, auf die Beschaffenheit der Entleerungen, auf die für die künstliche Ernährung gegebenen Vorsichtsmaßregeln und frage bei der geringsten Störung den Arzt. Hat sie das Kind zurechtgemacht, so desinfiziere sie sich jedesmal gründlichst die Hände. Bei der Pflege darmkranker Kinder ist besonders auf peinliche Reinlichkeit zu achten.

Es erübrigt noch anhangsweise einige seltene Erkrankungen der Neugeborenen zu erwähnen:

Schon oben (S. 126) ebenso bei den Mißbildungen (S. 143) wurde darauf hingewiesen, daß man sich gleich nach der Geburt des Kindes davon überzeugt, ob der After und die Harnröhrenmündung nicht verschlossen sind; denn ein angeborener Verschluß sowohl des After als auch der Harnröhre kommen miteinander vor. Hier ist sofort ein Arzt zu benachrichtigen. Von anderen angeborenen Veränderungen, sog. Mißbildungen, wurden erwähnt: die Spaltung der Oberlippe, sog. Hasenscharte, sowie diejenige des harten Gaumens, der sog. Wolfsrachen. Beide können auch zusammen vorkommen. Die Kinder sind vielfach am Saugen behindert, hauptsächlich bei dem Wolfsrachen. Diese Mißbildungen sind dem Arzte zu melden; sie können später durch Operation geheilt werden. In diesem Zusammenhange ist noch eine Störung zu erwähnen, welcher man mit Unrecht allzu großes Gewicht früher beigelegt hat: das angewachsene

Zungenbändchen, eine übrigens recht seltene Störung. Etwas häufiger ist eine leichte straffe Verkürzung desselben. Bei zu straffer Verkürzung oder der sehr seltenen Verwachsung kann das Kind auch nicht saugen. Kann es also saugen, so ist das Zungenbändchen nicht angewachsen. In zweifelhaften Fällen ist der Arzt zu rufen.

Eine Mißbildung ganz besonderer Art ist der sog. Nabelschnurbruch, d. h. eine blasenförmige, durchscheinende Geschwulst an Stelle des Nabels, welche Gedärme enthält, von der Wasserhaut überzogen ist und direkt in die Nabelschnur übergeht (S. 148). Hier fehlt der Verschluß der Bauchdecken. Eine solche Geschwulst darf nicht übersehen und muß sofort dem Arzte, schon vor der Abnabelung, gezeigt werden. Eine Rettung des Kindes ist meist nur durch sofortige Operation möglich. — Hiermit darf nicht verwechselt werden der Nabelbruch, welcher erst später „erworben“ wird (vgl. S. 148). Dieser ist eine von Haut überzogene Vorwölbung am Nabel, ähnlich den anderen Brüchen, und entsteht, wenn an der Nabelschnur vorzeitig oder unvorsichtig gezogen wurde oder wenn das Kind zu anhaltend schreit, auch durch starkes Pressen bei hartnäckiger Stuhlverstopfung. Hier tritt ein Teil des Darmes ober des Nabels in den Nabelring.

Von anderen Unterleibsbrüchen sind zu erwähnen: der Leisten- und der Schenkelbruch; auch hier drängt der Darm, z. B. eine Dünndarmschlinge, die Haut in der Leisten- bzw. Schenkelgegend, seitlich von der Schoßfuge in Gestalt einer weichen, nachgiebigen Geschwulst vor; bei Knaben gehen die Leistenbrüche bis in den Hodensack. Solche Brüche lassen sich in die Bauchhöhle zurückschieben. Alle diese Bruchschäden, ob sie angeboren oder erworben sind, bedürfen der genauen Beobachtung und Behandlung durch den Arzt! Denn es kann auch eine Verwechslung vorkommen mit anderen Leiden, z. B. bei Knaben mit einer Wasseransammlung in der Umhüllung des Hodens, dem sog. Wasserbruch, der auch sofort ärztlich behandelt werden muß.

Eine scheinbar harmlose Erkältungskrankheit des Kindes ist der Schnupfen; er wird durch Zugluft, durch unvorsichtige Abkühlung beim Baden, durch langes Maßliegen erworben, recht oft aber auch durch dritte Personen gelegentlich der Wochenbesuche auf das Kind übertragen (vgl. S. 75). Der Schnupfen ist indes keineswegs so harmlos, wie man glaubt; die Kinder trinken schlecht, da sie keine Luft haben. Man halte die Kinder warm, setze das Baden aus; bei hartnäckigem Schnupfen oder, wenn andere Erscheinungen (Husten, Unruhe des Kindes, Schreien) hinzukommen, frage man aber sofort einen Arzt! Denn zuweilen ist der Schnupfen nur der Beginn einer schweren Erkältung, auch der Vorläufer einer Lungenerkrankung mitunter oder einer ansteckenden Krankheit, z. B. der auch bei Kindern beobachteten Grippe. Außerdem kann eitrig blutiger Schnupfen ein Zeichen von Nasendiphtherie sein. Auch kann nach einem Schnupfen eine sehr gefährliche Erkrankung sich entwickeln, nämlich die Mittelohrentzündung (Mittelohrkatarrh). Diese verläuft stets mit hohem Fieber und äußerst heftigen Schmerzen. Die Kinder sind sehr unruhig, schreien anhaltend und jämmerlich, greifen sich zuweilen nach dem Ohr. Die Ursache der Schmerzen wird oft erst gefunden, wenn Eiter aus dem Ohre fließt, bemerkbar als steife, gelbliche Flecken auf dem Kopfkissen. Dann lassen die Schmerzen nach. Aber gerade jetzt ist die ärztliche Behandlung notwendig; denn bei der Vernachlässigung dieser Erkrankung kann eine

eitrige Gehirnhautentzündung, die stets zum Tode führt, sich anschließen oder durch Veränderungen im inneren Ohre später Schwerhörigkeit, ja sogar Verlust des Gehörs und Taubstummheit kommen.

Eine seltene, aber um so gefährlichere Erkrankung des Kindes ist der sog. ansteckende Blasenausschlag oder Schälblasen (Pemphigus). Auf der Haut treten in den ersten Tagen nach der Geburt, offenbar durch Berührung mit unreinen Händen (also durch Übertragung!), allenthalben (hauptsächlich am Rumpf) runde, hirse Korn- bis erbsen- oder bohnen große Blasen auf, die sich rasch vergrößern und auch zu großen Blasen zusammenfließen können. Diese Blasen, anfangs wässrig klar, später mit trübem oder gar eitrigem Inhalt, sind außerordentlich ansteckend und können auf andere Kinder, aber auch auf Erwachsene leicht übertragen werden. Das Kind fiebert, verfällt sehr bald; Handteller und Fußsohlen sind bei dieser Erkrankung, die etwa 7—8 Tage nach der Ansteckung ausbricht, in der Regel frei. Die Pflegerin desinfiziere Hände und Instrumente aufs sorgfältigste! Sie trenne das Kind womöglich von der Mutter und rufe alsbald einen Arzt. Außerdem ist zu beachten, daß jeder Fall von Schälblasen nach dem Gesetz (Anzeigepflicht) dem Kreisarzt angezeigt werden muß! — Anderer Art als diese sehr ansteckenden Schälblasen sind die sog. syphilitischen Schälblasen, welche meist das Kind mit auf die Welt bringt als Zeichen einer vererbten Syphilis. Hier sitzen allenthalben Bläschen von verschiedener Größe, mit lichtgelber Flüssigkeit gefüllt, auf der Haut, vornehmlich aber auf Handteller und Fußsohlen. Wird ein Kind mit solchen Blasen geboren, so melde dies die Pflegerin sofort dem Arzte.

Bei angeborener Syphilis kommt auch hier und da am Körper ein fiediger Ausschlag vor, zum Teil mit Bläschen von schmutzig roter Farbe. Häufig sind Milz oder Leber geschwollen, die Kinder haben ein welkes, gelblich blaßes Aussehen und sind meistens verloren. Sehr verdächtig ist ein angeborener, meist trockener Schnupfen, der ein eigentümliches Schniefen bei der Atmung bedingt, ebenso die Bildung von flachen Wärtchen (Kondylome) in der Umgebung des Afteres. Bei allen solchen Zeichen frage die Pflegerin sofort einen Arzt! Niemals darf ein solches Kind an eine Ammenbrust gelegt werden (s. o.).

Im allgemeinen ist das Kind in den ersten Lebenswochen, wie im ersten Lebensjahre überhaupt, noch einer Reihe von Erkrankungen anderer Art ausgesetzt, die eine Pflegerin ebensowenig wie eine Hebamme zu erkennen vermag. Die Kenntnis dieser Erkrankungen würde auch über die Grenzen der Neugeborenenpflege hinausgehen. Immerhin muß eine Pflegerin über gewisse Störungen im ersten Lebensjahre, besonders innerhalb der ersten Lebenswochen, Bescheid wissen, um den Eltern sagen zu können, ob das Kind überhaupt gesund oder krank ist. Auch muß sie über manche andere Störungen aufgeklärt sein, über welche oft unklare Vorstellungen bestehen, zumal, wenn sie für längere Zeit die Pflege eines Kindes übernimmt, hauptsächlich über: Zahnen, Krämpfe, englische Krankheit.

Das Zahnen bildet einen wichtigen Abschnitt in der Entwicklung des Kindes. Der Durchbruch der Milchzähne erfolgt bei gesunden, richtig genährten Kindern im wesentlichen ohne Beschwerden nach einer bestimmten Reihenfolge (zuerst, im sechsten bis siebenten Monat die beiden unteren, im siebenten

bis achten Monat die beiden oberen mittleren Schneidezähne, im achten bis zwölften Monat die äußeren unteren und oberen Schneidezähne, dann erst die Eckzähne, schließlich die Backzähne, so daß das Milchgebiß Ende des zweiten Jahres vollständig ist).

Das Zahnen des Kindes bereitet mancher Mutter große Sorgen, doch soll sie sich darüber beruhigen, da es Zahnkrankheiten nicht gibt. Störungen bei dem Zahnen, auch verzögerter Zahndurchbruch, dürfen indes nicht unbeachtet bleiben; denn, wenn ein Kind beim Zahnen krank ist, so kann dies ein Zeichen einer anderweitigen Allgemeinerkrankung, z. B. der schlechten Knochenbildung bei Rachitis sein (s. u.). Deshalb lasse man die Beschwerden niemals als sog. Zahnbeschwerden einfach hingehen, sondern rufe bei der geringsten Störung den Arzt! Denn viele falsche Anschauungen über das Zahnen kosten manchem Kinde das Leben.

Außer dem Zahnen sind die Krämpfe viel gefürchtet bei den Kindern (meist im zweiten Halbjahr). Gerade bei der Rachitis kommen solche Krämpfe vor, an denen die Kinder zugrunde gehen können, doch ist bei rechtzeitiger Behandlung der Grundkrankheit noch manches Kind zu retten. Bei Neugeborenen kommen Krämpfe anderer Art sehr selten vor.

Die Rachitis (englische Krankheit) ist in dieser Hinsicht eine in der Entwicklung des Kindes sehr wichtige Krankheit; die Ursache dieser so häufigen Erkrankung ist zwar noch unbekannt; immerhin spielt dabei außer dem Mangel an Luft, Licht und Sonne eine gewisse Rolle die unzureichende Ernährung, vielfach die sog. Überernährung oder Überfütterung gerade der künstlich genährten Kinder! Bei Brustkindern ist sie erheblich seltener! Indessen auch hier, wie sogar bei sorgfältiger Ernährung wird sie beobachtet. Die Erscheinungen dieser Krankheit, die schon im zweiten Lebensvierteljahr beginnt und im späteren Leben Verunstaltungen des Skelets (enges Becken, schiefe Beine usw.) zur Folge hat, sind etwa folgende: blasse Farbe, starkes Schwitzen, schlaffe Muskel, ungewöhnlich großer viereckiger Kopf, Weichheit des Hinterkopfes, auffallend langes Offenbleiben der großen Fontanelle (s. o. S. 99), Eindrückbarkeit der Schädelknochen, später abgesezte Glieder oder „doppelte“ Gelenke, d. h. kolbige Anschwellung der Gelenkenden an der Hand wie an den Fußknöcheln, schließlich starke Auftreibung des Leibes. Auch an den Rippen finden sich Auftreibungen der Knorpel („rachitischer Rosenkranz“) und das Brustbein kann keilförmig vorgetrieben („Hühnerbrust“) sein. An der Wirbelsäule, dem Becken und den unteren Gliedmaßen, welche den Körper tragen müssen, treten Verkrümmungen (O-Beine oder X-Beine) auf. Rachitische Kinder, die nicht immer einen mageren, oft sogar einen aufgeschwemmten Eindruck machen, lernen später laufen und zähnen auffallend schwer und spät. Zahnkrankheiten sind also meist auf diese Grundkrankheit zurückzuführen! Mit der Rachitis stehen gerade die oben erwähnten Krämpfe in engstem Zusammenhang, insofern das Nervensystem übererregbar ist. Sie treten zunächst als Zuckungen in Gesicht und an den Gliedmaßen auf, die sich zu schweren Krampfanfällen steigern und öfters am Tage sich wiederholen können. Dahin gehört auch der sog. „Stimmrizenkrampf“, bei welchem die Kinder durch krampfartige Verengung der Stimmritze (= Stimmbänder) mit großer Mühe, meist unter einem ziehenden oder krähenden Geräusch nur Luft holen können. Bei diesen Anfällen, bei welchen das Kind wegen Sauerstoffmangel und Kohlenäurever-

giftung blau aussieht, kann unmittelbar der Tod eintreten. Bei jeder Art dieser Krämpfe, auch den geringgradigen Zuckungen, muß sofort der Arzt zugezogen werden. Denn das Gehirn kann dabei Not leiden, so daß spätere geistige Minderwertigkeit der Kinder die Folge ist. Das Wesen der Rachitis besteht in einer Ernährungsstörung, bei welcher die Knochen zu wenig Kalksalze besitzen und sich später verbiegen¹. Frühzeitige Erkenntnis dieser Erkrankung ist von außerordentlicher Wichtigkeit! Die Pflegerin mache rechtzeitig den Arzt auf diese oder jene Erscheinung aufmerksam, achte auf die Art der Ernährung und verheimliche nichts dem Arzte.

Hiermit ist die Aufzählung der wichtigsten Kennzeichen bei Erkrankung des Kindes innerhalb der ersten Lebenswochen beendet. Sie soll und darf die Pflegerin niemals verleiten, selbst zu kurieren, sie würde sich sonst der Pflücherei schuldig machen, sondern sie soll die Pflegerin instand setzen, den ersten Beginn einer Erkrankung zu erkennen und demgemäß so früh als möglich zum Arzte zu schicken. Denn meistens wird eben darin gesündigt, daß nicht rechtzeitig zum Arzte geschickt wird, also die Behandlung zu spät einsetzt! Also achte auch die Pflegerin frühzeitig darauf, ob ein Kind krank ist!

Von den Kennzeichen, welche für eine Erkrankung des Kindes sprechen, mögen daher folgende nochmals im Zusammenhang erwähnt werden: die Pflegerin achte auf das Allgemeinbefinden des Kindes — besonders darauf, ob es ruhig schläft, ob es kräftig schreit oder wimmert, ob es die Nahrung gern zu sich nimmt oder mit Unbehagen oder gar dieselbe ganz verschmäht, ob ihm die Nahrung bekömmlich ist: weiterhin achte sie auf die Haut- und Gesichtsfarbe des Kindes, die Atmung, den Puls, in verdächtigen Fällen auch auf die im Alter zu messende Temperatur des Kindes; vor allem aber auf die Entleerungen, Urin- und Stuhlentleerung, ob sich das Kind viel oder weniger benützt, auf Farbe, Menge und Geruch der Stuhlentleerungen sowie bei Brust-, besonders aber Flaschenkindern auf die regelmäßige Gewichtszunahme (vgl. Abb. 30).

Sind solche Kennzeichen vorhanden, welche für eine beginnende Erkrankung sprechen, so muß sofort ein Arzt gerufen werden — eine Pflegerin darf ebensowenig wie eine Hebamme selbst kurieren!

¹ Auch diese Fälle von Verkrümmungen und Verkrüppelungen des Skelets fallen unter die oben erwähnte „Krüppelfürsorge“ und bedürfen tunlichst baldiger orthopädischer Behandlung, um rechtzeitig den Folgeerscheinungen vorzubeugen und vielleicht auch eine Heilung zu erzielen (vgl. S. 143), zumal gerade bei Rachitis neuerdings mit Höhensonne, D-Vitaminen (Vigantol) und anderen Mitteln Heilung erzielt worden ist.

Anhang.

Über die wichtigsten Hilfeleistungen der Pflegerin.

1. Das Klistierseßen („Darmeinlauf“).

Ein Klistier, „Einlauf“ in den Mastdarm hat in der Regel den Zweck, die im unteren Teile des Darmes angehäuften Kotmassen zu erweichen und zur Entleerung vorzubereiten („eröffnendes Klistier“). Zur Bereitung des Klistiers benutzt man eine Spülkanne (Irrigator) mit 1 m langem (schwarzen) Schlauch, Hahn und Klistier- oder Afterrohr. Die Spülkanne wird mit etwa $\frac{1}{2}$ l lauwärmer Flüssigkeit (25—30° C, mit dem Thermometer gemessen) gefüllt. Hierzu setzt man etwas Seife oder auch einen Teelöffel voll Salz (mitunter auch, auf ärztliche Verordnung hin, einen Eßlöffel Baum- oder Leinöl oder Glycerin zu, um die abführende Wirkung zu befördern). In linker Seitenlage (mit etwas Neigung nach der Bauchseite) der Patientin wird das dünne, gläserne, besser ein aus vernickeltem Zinn gearbeitetes Ansaßrohr („Klistierrohr“, gut eingefettet, etwa einen Finger lang (7—8 cm tief) in den Mastdarm eingeführt und die Spülkanne etwa $\frac{1}{2}$ m hoch oder etwas höher gehalten, so daß die Flüssigkeit, nachdem man den Hahn geöffnet hat, unter nicht zu starkem Drucke langsam in den Mastdarm fließt. Die Frau darf dabei nicht pressen und muß die Flüssigkeit so lange bei sich zu behalten suchen, als es eben geht. Stockt der Ausfluß aus dem Klistierrohre, so schiebt man dasselbe vorsichtig etwas hin und her oder man führe es noch einmal nach einer anderen Richtung empor.

Die früher gebräuchlichen metallenen Klistierspritzen dürfen jetzt nicht mehr gebraucht werden. In Rückenlage der Frau mit etwas erhöhtem Steiß ist das Klistierseßen weniger schonend und nicht so sicher wirkend als in Seitenlage.

Besondere Vorsicht erheischt das Klistierseßen bei kleinen Kindern, so daß man sich dazu besser eines Gummiballons bedient, wie er in der Ohrenheilkunde gebraucht wird (vgl. S. 129). Dieser Ballon muß jedoch in einem weichen Ansaß endigen. Nie dürfen solche mit

hartem Ansfahrrohr gebraucht werden! Soll ein Kliftier gemacht werden, so ist das kleine Ansfahrrohr, dessen Spitze nicht zu lang sein darf, in Seitenlage oder besser in Bauchlage des Kindes etwa 2 cm weit einzuführen und unter gelindem Drucke die Flüssigkeit einzuspritzen. Die Beine des Kindes müssen dabei gehalten werden. Statt der Kliftiere macht man auch zuweilen von Stuhlzäpfchen, z. B. aus nicht zu harter Waschseife, Gebrauch, welche, mit etwas Öl bestrichen, in den After eingeführt werden. Dies darf aber nicht zu oft wiederholt werden, da sonst die Mastdarm-schleimhaut zu sehr gereizt wird.

Meist hat das Kliftier den Zweck, den Darm zu entleeren. Mitunter wird es auch als „stopfendes“ angewandt; zu dem Zweck wird eine kleine Menge (60—100 ccm) langsam und vorsichtig eingespritzt. Die Flüssigkeit (z. B. Hafer- oder Stärkeabkochung) verschreibt der Arzt besonders.

Die sog. Ernährungskliftiere haben den Zweck, Nahrungsstoffe dem Körper durch den Mastdarm zuzuführen, zumal derselbe eine stark auffaugende Kraft besitzt; sie werden angewandt, wenn auf dem natürlichen Wege, vom Magen aus, keine Nahrung vertragen wird, besonders wenn starke Neigung zum Erbrechen da ist, so nach schweren Magenkrankheiten (Bluterbrechen), ebenso bei sehr hartnäckigem („unstillbarem“) Erbrechen in der Schwangerschaft oder nach starken Blutverlusten usw.; gerade in letzterem Falle wird durch ein Nährkliftier die Herzthätigkeit oft überraschend rasch gehoben; man benutzt dazu einen Löffelkopf mit Tee oder Haferschleim nebst zwei Eidottern und etwas Rotwein, auf Bluttemperatur erwärmt. Auch durch Eingießen von Kochsalzlösung in bestimmter Zusammensetzung (etwa 7—8 g Kochsalz auf 1 l Wasser) wird nach starken Blutverlusten ein günstiger Einfluß auf die Herzthätigkeit ausgeübt. Auch hier muß, wie beim stopfenden Kliftier, darauf geachtet werden, daß die Flüssigkeit langsam einfließt.

Eine Pflegerin muß im Kliftiersehen besondere Fertigkeit besitzen, da sie hiermit, falls sie keine gehörige Übung darin besitzt, bei Wöchnerinnen unendlich schaden kann.

Nach dem Kliftier sind Irrigator, Schlauch und Afterrohr gründlich zu reinigen.

2. Das Katheterisieren.

Das Katheterisieren, das künstliche Abnehmen des Urins, wurde schon oben (S. 77) erwähnt. Zur Ausführung desselben benutzt man vornehmlich den neu-silbernen männlichen Katheter, weil derselbe ausgekocht werden kann, aber auch Glaskatheter sind im Gebrauch sowie

für besondere Fälle weiche Gummikatheter¹. Vor und nach dem Gebrauch ist derselbe jedenfalls gehörig zu reinigen, am besten 15 Minuten lang auszukochen, weil durch die geringste Verunreinigung der Blase ein oft lange Zeit andauernder Blasenkatarrh (Cystitis) (S. 77 und 137) hervorgerufen werden kann. Ebenso ist er vor dem Gebrauche in eine Schale mit abgekochtem Wasser oder auch desinfizierender Flüssigkeit (z. B. 1½proz. Jod- oder auch 0,5proz. Sagrotanlösung) zu legen und zum Gebrauche dieser unmittelbar zu entnehmen.

Die Einführung des Katheters muß stets unter Kontrolle des Auges geschehen; zu diesem Zwecke stellt sich die Pflegerin zur rechten Seite der (in Rückenlage mit gespreizten Beinen liegenden) Frau, hält, nachdem sie sich ihre Hände nach den bekannten Vorschriften gründlich desinfiziert hatte (Gummihandschuh!), mit den Fingern der linken Hand (und Wattebäuschen!) die Schamlippen so auseinander, daß die Harnröhrenmündung sichtbar wird; alsdann tupft sie diese mit einem feuchten Wattebausch von dem anhaftenden Schleime oder Wochenfluß ab und führt behutsam mit der rechten Hand hinter der Schoßfuge den Katheter in die Harnröhre empor (vgl. S. 77). Bei Widerstand darf sie nie gewaltsam das Instrument vorschieben, da sonst leicht schwere Verletzungen der Harnröhre („falsche Wege“) die Folge wären. Sobald Urin aus dem Katheter fließt, befindet er sich in der Harnblase. Der Urin wird in der zwischen den Schenkeln stehenden Bettpfanne aufgefangen. Beim Herausziehen verschließe sie mit dem Daumen der rechten Hand die äußere Katheteröffnung, um das lästige Abträufeln zu vermeiden. Während des Katheterismus darf die Hand nicht auf die Blasegegend aufgelegt werden, weil sonst mit Wegnahme der Hand Luft in die Blase eindringt und dadurch geschadet werden kann. Der Katheter wird auch sofort nach dem Gebrauch wieder ausgekocht und sauber aufbewahrt. Das Katheterisieren ist nicht so einfach wie die Pflegerin oft glaubt; vielfach wird dabei sehr geschadet, insbesondere durch „wiederholten“ Katheterismus (S. 77). Zeigt sich beim Einführen ein Widerstand, so warte die Pflegerin vorerst ab; sehr oft handelt es sich um einen Krampf

¹ Das preuß. Heb.-Lehrbuch 1905 (§ 92) gestattete früher den Gummikatheter, und zwar den Jacques-Patent-Katheter Nr. 8 oder 9 oder ein gleichwertiges deutsches Fabrikat gleicher Stärke zum Abnehmen des Urins. Derselbe wird vor dem Gebrauche ausgekocht und bleibt in dem abgekochten Wasser oder einer 1proz. Jodlösung liegen, bis er gebraucht wird. Das neue preußische Lehrbuch (1928, S. 152) gestattet nur noch den neu-silbernen Katheter; im Schulze'schen Heb.-Lehrbuch (§ 219) ist auch der Weichgummikatheter gestattet, ebenso in Hessen (Dienstanzweisung 1905).

des Blasenschließmuskels, der nach einigem Abwarten vergeht. Gelingt die Einführung trotzdem nicht, so muß der Katheterismus dem Arzte überlassen werden. Soweit es sich also irgendwo durchführen läßt, sollte die Pflegerin nicht selbständig den Urin abnehmen; sie überlasse dies der Hebamme, besser noch dem Arzte oder führe es nur unter Aufsicht bzw. nur auf Anordnung des Arztes aus.

3. Abspülungen der Geschlechtsteile; Auspülungen der Scheide.

Abspülungen der äußeren Geschlechtsteile sind der Pflegerin nicht nur erlaubt, sondern sogar zur Pflicht gemacht, um sie von dem anhaftenden Wochenfluß zu reinigen (vgl. oben S. 78).

Auspülungen der Scheide dagegen darf die Pflegerin niemals selbständig, sondern stets nur auf besondere Anordnung und nach geschäherener Unterweisung seitens des Arztes machen. Zu diesen wie jenen benutzt man die Spülkanne; am besten eignen sich dazu die emaillierten oder gläsernen Spülkannen von je 1 l Inhalt mit flachem Boden; solche mit nach unten spitz auslaufendem Boden dürfen nicht mehr gebraucht werden, da sie sich schwer reinigen lassen.

Die Abspülung wird derart vorgenommen, daß die Spülkanne etwa $\frac{1}{2}$ m oberhalb des Bettes gehalten und die äußeren Geschlechtsteile einfach überrieselt werden; als Spülflüssigkeit darf stets nur abgekochtes Wasser oder auf Verordnung des Arztes eine Desinfektionslösung (z. B. Sagrotan, Lysol, Chloramin, Wasserstoffsuperoxid u. a.) genommen werden, welche zuvor in einem besonderen Gefäß (nie in der Spülkanne!) zu bereiten ist¹. Die Temperatur der Spülflüssigkeit betrage etwa 35° C. Zum Auffangen der Flüssigkeit wird unter das Gefäß der Wöchnerin eine emaillierte, vorher gereinigte Bettchüssel geschoben. Nach der Spülung ist die Wöchnerin trockenzulegen; vor die Geschlechtsteile wird ein reiner Wattebausch gelegt.

¹ Den Hebammen in Hessen ist zur Abspülung die $\frac{1}{2}$ ‰ige Sublimatlösung 1:2000 (= $\frac{1}{2}$:1000) gestattet (vgl. S. 79, Anm.). Das preuß. Lehrbuch 1928, S. 211 gestattet nur abgekochtes Wasser oder eine Desinfektionslösung (s. o.). Zu Auspülungen darf jedoch Sublimat niemals verwendet werden! Bei der jeweilig verschiedenen Empfindlichkeit der Haut und der Schleimhaut (z. B. des Scheideneinganges) gegenüber Sublimat sei man indes auch mit Sublimatabspülungen vorsichtig. Sehr zweckmäßig und mechanisch gut reinigend ist auch die Abspülung mit Wasserstoffsuperoxidlösung (1—2 Eßlöffel in 1 l Wasser) oder mit Chloraminlösung (2 Tabletten auf 1 l Wasser).

Bei der Auspülung der Scheide, welche nur auf ärztliche Verordnung und nach stattgehabter Unterweisung gemacht werden darf, muß das (stets gläserne!) Mutterrohr behutsam in die Geschlechts- teile, etwa zwei Fingerglieder lang, eingeführt werden; dies darf aber nur dann erst geschehen, wenn die Luft aus dem Schlauche entfernt ist, zu welchem Zwecke man zunächst ausfließen läßt, ehe man das Rohr einführt. Das Rohr soll also „laufend“ eingeführt werden. Die Spül- kanne darf dabei niemals höher als $\frac{1}{2}$ m gehalten werden. Das Spülrohr darf außerdem erst eingeführt werden, wenn die äußeren Geschlechtsteile abgespült, also von anhaftendem Schleim, Wochenfluß u. dgl. gereinigt sind. Auch bei dem Herausziehen des Rohres, wenn die Spülflüssigkeit auf den Boden des Trigators sinkt, darf keine Luft eindringen!

Bei der Auspülung ist besondere Sorgfalt auf die Beschaffenheit des Mutterrohres zu legen; ein Mutterrohr, welches schon bei anderen, be- sonders kranken Wöchnerinnen gebraucht wurde, darf niemals ver- wendet werden! Das Mutterrohr muß stets in einem Gefäß (z. B. Glas) mit desinfizierender Flüssigkeit aufbewahrt sein.

Mutterrohre aus Hartgummi oder Metall dürfen gleich- falls nicht gebraucht werden, sondern nur solche von Glas.

Die Temperatur der desinfizierenden Flüssigkeit zu Scheidenspü- lungen betrage gleichfalls 35°C (= 28°R), mit dem Thermometer ge- messen. Ausnahmsweise darf die Temperatur höher (48 — 50°C) gestellt werden („heiße Spülung“), um etwa eine plötzliche Blutung zu stillen bzw. Zusammenziehungen der Gebärmutter anzuregen; in letzterem Falle muß aber stets sofort der Arzt gerufen werden. Verordnet der Arzt eine kalte Spülung, so handelt es sich um Temperatur von 6 — 8°C . Schlauch, Spülkanne und Spülrohr müssen auch nach dem Gebrauch sofort gereinigt, d. h. ausgekocht werden.

4. Temperaturmessung. Pulszählen.

Die Messung der Körpertemperatur muß jeder Pflegerin genau bekannt sein; sie wurde im wesentlichen schon bei der Krankenpflege (S. 63) beschrieben. Sie ist insofern von besonderer Wichtigkeit, als die Pflegerin hauptsächlich durch genaue Temperaturmessung imstande ist, jegliche Störung im Wochenbett, ebenso aber beim Kinde, in ihrer Entstehung zu erkennen und daher frühzeitig zum Arzte zu schicken.

Die Temperaturmessung muß sehr gewissenhaft ausgeführt wer- den, ungenaue Messungen haben keinen Zweck; von jeder Abweichung

in der Temperatur, insbesondere Temperaturerhöhung (Fieber) muß dem Arzte unverhohlen Mitteilung gemacht werden. Die Temperatur der Wöchnerin ist auf einem besonderen Temperaturzettel täglich vor- und nachmittags aufzuschreiben und ohne Verlangen dem Arzte vorzulegen (vgl. S. 64 Anm.). Sehr viel übersichtlicher ist die oben beschriebene Temperatur- und Pulskurve (S. 64 und Abb. 40).

Das Thermometer ist stets sorgsam, am besten in einer Kapsel, aufzubewahren und vor Beschädigungen zu schützen. Die Pflegerin überzeuge sich des öfteren, ob sich im Quecksilberfaden keine Lücke gebildet hat, da es so nicht mehr richtig anzeigt. Das Thermometer muß amtlich geprüft und geeicht sein.

Es empfiehlt sich, solche Thermometer zu gebrauchen, bei welchen das Quecksilber in der Höhe, welche es erreicht hat, stehenbleibt; diese Thermometer heißen Maximalthermometer. Ein solches kann, wenn es eine Viertelstunde gelegen hat, aus der Achselhöhle herausgenommen und später dem Arzte vorgezeigt werden, während bei den gewöhnlichen Thermometern die Temperatur stets abzulesen ist, solange das Thermometer noch in der Achselhöhle steht. Vor der Benutzung muß das Quecksilber durch leichtes Schleudern erst nach unten gebracht werden.

Genauer ist die Messung der Temperatur im After, wozu das Thermometer erst mit Vaselin oder Öl bestrichen wird. Das Thermometer muß, wenn es sich um Fiebernde handelt, nach dem Gebrauch mit Desinfektionslösung abgerieben werden.

Soll bei einem Kinde die Temperatur gemessen werden, so wird der vorher etwas angewärmte und mit einem weichen Fett (Vaselin) oder Öl bestrichene Glasbolben des Thermometers behutsam in den After des Kindes emporgeschoben. Man nimmt zu dem Zwecke das Kind auf den Schoß und legt es auf den Leib, achtet aber darauf, daß das Kind ruhig liegt, damit das Thermometer nicht zerbricht. Bei dieser Art von Temperaturmessung zeigt das Thermometer schon nach etwa fünf Minuten die richtige Temperatur an und steht in der Regel um einige Zehntel höher als bei der Messung in der Achselhöhle.

Auch auf Atmung muß geachtet werden. Bei Gesunden ist sie nicht beschleunigt, wohl aber bei hohem Fieber, schwerem Wochenbettfieber und bei Herz- und Lungenkrankheiten. Mühsames Atemholen spricht für eine schwere Störung des Lungenkreislaufes. Plötzliche Behinderung der Atmung ist stets ein lebensbedrohliches Zeichen (vgl. Lungenembolie S. 139), ganz besonders, wenn es sich nach dem ersten Aufstehen oder

raschem Aufrichten im Wochenbett oder gar nach einer ungeschickten Ausspülung (Eindringen von Luft! = Luftembolie) einstellen sollte.

Gleich wichtig ist das Pulszählen. Dies geschieht, indem man Zeige- und Mittelfinger entsprechend der Daumen Seite oberhalb des Handgelenkes auf die Speichenschlagader (Radialis) legt und die Zahl der Pulsschläge nach einer Sekundenuhr (in Ermangelung dieser nach einer Sanduhr), am besten während einer halben oder auch einer Minute zählt. Im ersten Falle muß man die gefundene Zahl mit vier multiplizieren, z. B. $20 \times 4 = 80$ Pulsschläge in der Minute. Der Pulsschlag ist vielfach verlangsamt bei der gesunden Wöchnerin, beschleunigt bei Fieber, sehr beschleunigt bei schwerem Wochenbettfieber und außerdem klein (= schwach) bei starken Blutverlusten. Sehr ungünstig sind Beschleunigungen über 120 und mehr.

5. Einspritzung unter die Haut.

Zuweilen muß die Pflegerin im Auftrage des Arztes eine Einspritzung unter die Haut (= subcutane Injektion) machen. Eine solche wird ausgeführt mittels einer, in zehn Teile eingeteilten Glasspritze (sog. Rekordspritze), an deren vorderem Ende sich eine Hohlnadel befindet. Meist wird ein Teil der Spritze, z. B. fünf oder auch nur drei Teilstriche, eingespritzt („injiziert“). Zur Ausführung der Einspritzung wird zunächst die Spritze mit der Arzneilösung, die eingespritzt werden soll, gefüllt, durch Zurückziehen des Stempels. Alsdann hält man die Spritze hoch und schiebt den Stempel vor, so daß alle Luftblasen herauskommen. Zur Einspritzung wird eine Hautstelle ohne sichtbare Gefäße (z. B. die Außenfläche, niemals die Innenfläche! des Oberschenkels) zunächst mit 70proz. Alkohol abgerieben; sodann wird mittels des Daumens und Zeigefingers der linken wohlbesinfizierten Hand eine Falte hochgehoben und mit der rechten Hand die, schreibfederartig geführte Spritze mit einem kurzen Ruck unter (nicht in) die Haut eingestoßen. Man schiebt den Stempel langsam vor und entfernt die Nadel durch rasches Zurückziehen aus der Haut. Auf die Einstichstelle muß zunächst saubere Watte oder Mull gelegt werden. Niemals darf die Spritze ein Gefäß, z. B. eine bläuliche Blutader, treffen, sonst könnte durch Eindringen von Luft eine „Luftembolie“ eintreten.

6. Die Vereitung von Umschlägen.

Unter den warmen Umschlägen ist der einfachste: das Auflegen erwärmter wollener oder leinener Tücher. Sie kommen mitunter in Anwendung bei schmerzhaften Nachwehen.

Warme Breiumschläge werden bereitet, indem man Hafergrütze oder gestoßenen Leinsamen mit heißem Wasser zu einem Brei anrührt und einen Teil desselben in einem Tuche auflegt. Diese Umschläge dürfen nicht zu heiß sein, und werden zweckmäßig mit einem wollenen Tuche umhüllt, um einer Abkühlung zu verhindern.

Häufiger als die trockenen finden die feuchten warmen Umschläge Anwendung. Zu diesem Zwecke wird ein Leinentuch oder Handtuch, am besten in vierfacher Lage, in warmes Wasser, mitunter auch Kamillen- oder Leinsamenabkochung, getaucht, ausgerungen und auf den Leib gelegt; um das Hemd nicht zu benässen sowie den Umschlag länger warm zu erhalten und die rasche Verdunstung des Wassers zu verhindern, bedeckt man denselben mit einem Flanelltuche oder wollenen Tuche oder auch einem Stück wasserdichten Verbandstoffes. Sobald der Umschlag kühl geworden ist, muß er erneuert werden, etwa alle $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde.

Prießnische Umschläge sind feucht-kalte Umschläge, welche, mit einem Gummituch, Guttaperchapapier oder Willroth-Battist oder auch einem Flanelltuche bedeckt und von außen durch eine Binde oder ein Handtuch befestigt, so lange liegen bleiben, bis sie durch die Wärme der Haut warm geworden sind. Man wechselt sie nur ein- bis zweimal in 24 Stunden. Sie wirken schmerzlindernd und beruhigend und finden bei Wöchnerinnen eine ausgebehnte Verwendung. Für Umschläge, welche längere Zeit angewandt werden müssen, nimmt man statt des Wassers besser essigsaure Tonerdelösung (1 Kaffeelöffel in $\frac{1}{2}$ l Wasser).

Kalte Umschläge werden mitunter im Wochenbett gemacht; häufiger schon nach der Geburt, indem man der Frischentbundenen einen kalten, jedenfalls kühlen Überschlag auf den Unterleib macht, welcher nach kurzer Zeit nochmals gewechselt wird, dann aber als Prießnischer Umschlag länger liegen bleibt. Will man besonders kalte Umschläge anwenden, so tauche man das Handtuch in Brunnenwasser oder Eiswasser (sog. kalte Kompresse). Erheblich besser wirkend und angenehmer als der fortgesetzte feuchte kalte Umschlag ist die trockene Kälte in Form der Eisblase; dieselbe ist mit feinen, zerhackten Eisstückchen zu füllen oder auch mit Schnee; es ist jedoch darauf zu achten, daß der Gummibeutel dicht ist; außerdem darf ein Eisbeutel niemals auf die bloße Haut gelegt werden, da dieselbe sonst brandig werden, d. h. erfrieren kann, sondern muß stets in ein in mehrfache Lagen gelegtes Flanelltuch eingehüllt oder über eine angefeuchtete Kompresse gelegt werden; die Wöchnerin darf eben nur das Gefühl von Kälte spüren, auch darf die Haut niemals von der Kälte rot werden. Der Eisbeutel darf

auch nicht drücken und wird zu dem Behufe besonders da, wo große Empfindlichkeit der Bauchdecken besteht, zweckmäßig so aufgehängt, daß er auf der Bauchhaut, wie eben nur berührend, schwebt.

Einpackungen (Einwicklungen) des ganzen Körpers in nasse Leinentücher kommen auf Anordnung des Arztes mitunter bei fieberhaften Erkrankungen zur Anwendung. Die Kranke wird mit einem großen, in Wasser getauchten Leinentuch umhüllt; darüber wird eine große wollene Decke gewickelt, in welcher die Kranke längere Zeit verweilen muß, je nach Anordnung des Arztes.

Auch bei Kindern kommt eine solche Packung manchmal in Betracht (vgl. bei einer Zungenentzündung u. a.).

Über die Anordnung dieser oder jener Umschläge entscheidet allerdings nur der behandelnde Arzt.

Gewichtszunahme

eines Kindes, welches das Mindestgewicht von 3000 g (= 6 Pfund oder 3 Kilo) bei der Geburt hatte¹. (Vgl. dazu Abb. 30, S. 45.)

Alter des Kindes	Gewicht in Gramm und Pfund (℔) ausgedrückt Länge	Gewichtszunahme pro Tag und pro Woche	Besondere Bemerkungen	
Ende I. Mon.	etwa 3800 bis 4000 g = 8 ℔ Länge 53 cm	pro Tag: 25—30 g pro Woche: 180—200 g und mehr	<p>Zu Anfang ist die tägliche, mithin auch wöchentliche Gewichtszunahme größer als später. Die tägliche Gewichtszunahme schwankt zwischen 20 und 50 g; doch ist schon eine stetige tägliche Gewichtszunahme von 15—18 g durchaus ausreichend.</p> <p>Im allgemeinen hat mit 5 Monaten das Kind das Doppelte des Anfangsgewichtes erreicht; von nun an ist die tägliche und wöchentliche Gewichtszunahme geringer als zu Anfang.</p>	
Ende II. Mon.	etwa 4500 g = 9 ℔ Länge 56 cm	pro Woche: etwa 220 g		
Ende III. Mon.	etwa 5000 g = 10 ℔ Länge 59—60 cm	pro Woche: etwa 190 g		
Ende IV. Mon.	etwa 5500—6000 g = 11—12 ℔ Länge 61—62 cm	pro Woche: etwa 150 g		
Ende V. Mon.	etwa 6000—6500 g = 12—13 ℔ Länge 63 cm	pro Woche: 120 g		
Ende VI. Mon.	etwa 7000 g = 14 ℔ Länge 65 cm	VII. Mon. ff. pro Tag: 10—12 g pro Woche: 90 g später 80 g		
Ende VII. Mon.	etwa 7300 g = 14 1/2 ℔ Länge 67 cm	pro Woche: 80 g		
Ende VIII. Mon.	etwa 7600 g = 15 ℔ Länge 69 cm	pro Woche: 70 g		
Ende IX. Mon.	etwa 8000—9000 g = 16—18 ℔ Länge 70 cm	IX. Mon. ff. pro Tag: 6—9 g pro Woche: 60 g später 50 bis 40 g		
Ende d. I. Jahres	etwa 9000—10000 g = 18—20 ℔ Länge etwa 73—75 cm			Ein Kind, welches mit 6 Pfund zur Welt kommt, wiegt am Ende des ersten Jahres etwa dreimal soviel, also 18 Pfund.

¹ Auch hier gelten die Zahlen nur im allgemeinen und dienen nur zur besseren Übersicht als ungefähre Anhaltspunkt. ℔ = Pfund, g = Gramm.

Man kann das Gewicht (vgl. Langhans, Ernährung und Pflege des Säuglings, Berlin 1923, S. 3) ungefähr folgendermaßen berechnen:

Bis zum 5. Monat ist das Gewicht = Monatszahl × 600 + Anfangsgewicht, vgl. 4. Monat: 4 × 600 + Anfangsgewicht 3000 = 5400 g.

Vom 6. Monat ab: Anfangsgewicht + 500 × Monatszahl = 3000 + 500 × 6 = 6000—6500 g und mehr; 12. Monat: 3000 + 500 × 12 = 9000 g.

Sachverzeichnis.

- Abfall des Nabelschnurrestes 42.
— verzögerter des Nabelschnurrestes 143.
Abhärtung des Kindes 99, 101.
Abnabelung des Neugeborenen 125.
Absonderungsorgane 10.
Abspülungen der Geschlechtssteile im Wochenbett 79, 164.
After, -gegend, -schließmuskel 10.
Airtemperaturmessung für Kinder 63, 166.
Alkohol (= Spiritus) 53.
Alkoholprobe für Kuhmilch 113.
Allgemeinbefinden der Wöchnerin 36.
Amme, Ammenweifen 106 ff.
— Anforderungen an eine gute Amme 107.
— Auswahl derselben durch den Arzt 107.
Amnion (= Wasserhaut) 25.
Angina (= Halsentzündung) 139.
Anhänge der Gebärmutter (= Eileiter und Eierstöcke) 16.
Anlegen des Kindes, erstes — im Wochenbett 85.
Anleitung der Pflegerin zur Beobachtung schwangerer Frauen 120 ff.
Anleitung zur Hilfeleistung bei der von einer Hebamme oder einem Arzte geleiteten Geburt 123.
Anschwellung der Schamlippen 121, 137.
— des Weines im Wochenbett 139.
Ansteckende Krankheiten (Rose, Scharlach u. a.) 49.
Ansteckender Schleimfluß der Frauen (= Tripper) 149.
Ansteckung (= Infektion) 50.
Antiseptik 51.
Anzeigepflicht bei Kindbettfieber 132.
— bei Schäblasen 158.
— bei Wund-Rose des Kindes 148.
— bei Wundstarrkrampf 148.
Aorta (= Körperschlagader) 7.
Arbeit, körperliche — der Wöchnerin 81.
Arbeiterchutzgesetz 81.
Aspezia 51, 59.
Asphyxie (= Scheintod des Kindes) 141.
Atemung 5.
— der Wöchnerin 37.
— des Kindes 39.
Aufgaben und Pflichten der Wochenpflegerin 66 ff.
Aufstehen, erstes der Wöchnerin 72.
Augeneintrübung, mit Höllenstein 54, 150.
Augenentzündung, ansteckende des Kindes 149.
Ausbildung der Wochenpflegerin 66.
Ausfallerscheinungen 20.
Ausfluß, ägender aus den Geschlechtssteilen 127, 149.
Ausführung ärztlicher Verordnungen durch die Pflegerin 69.
Ausgang, erster der Wöchnerin 81.
Ausrüstung der Wochenpflegerin 128.
Auslöschen des Kindes 104.
Auspülungen der Scheide im Wochenbett 165.
Austreibungszeit (= II. Geburtszeit) 31.
Bacillol (zur Desinfektion) 52.
Baden des Kindes 95.
Badethermometer 63, 95.
Badewasser, Bereitung desselben für das Kind 95.
Bakterien (Spaltpilze, Keime) 49.
Bau des menschlichen Körpers 1.
— der weiblichen Geschlechtssteile 12 ff.
— der Brüste 20.
Bauchbinden im Wochenbett 80.
Bauchdecken 11.
— Pflege derselben im Wochenbett 79.
— Rückbildung derselben im Wochenbett 36.

Bauchfell 11.
 Bauchfellentzündung bei Wochenbett-
 fieber (= Peritonitis) 135.
 Becken 3.
 — großes 3.
 — kleines 3.
 Beckenhöhle 3.
 Befruchtung 23.
 Befugnisse der Wochenpflegerin 66 ff.
 Beinahrung (= Beikost) für ältere
 Säuglinge 112.
 Beistillen (= Zwiemilchernährung) 108.
 Bekämpfung der Säuglingssterblich-
 keit 93.
 Bekleidung des Kindes 100.
 Benommenheit bei schwerem Kind-
 bettfieber 134.
 — bei Erkrankung des Kindes 147.
 Beratungsstellen 111.
 Beruhigungsmittel für das Kind, Ge-
 fahren dabei 104.
 Beschäftigung der Frauen nach dem
 Wochenbett 81.
 Bezirkspflegerinnen (für Wochen-
 pflege) 69.
 Blähungen, schmerzhaft, des Kindes
 156.
 Blase (Harnblase, Urinblase) 10.
 Blasenkatarrh im Wochenbett 137.
 Blasencheidenstiftel im Wochenbett 138.
 Blut 7.
 Blutadern (= Venen) 7.
 Blutaberknoten (Asterknoten oder
 Hämorrhoiden) im Wochenbett 138.
 Blutfaserstoff (= Fibrin) 7.
 Blutkörperchen 7.
 Blutplasma 7.
 Blutung, Gefahr derselben im Wochen-
 bett 34, 156.
 Blutungen des Kindes aus der schlecht
 unterbundenen Nabelschnur 142,
 143.
 — in den Wechseljahren 20.
 — im Wochenbett 135.
 Blutvergiftung (= Sepsis) 138.
 — bei Kindbettfieber 134.
 — bei Nabelinfektion 147.
 Blutverlust bei der Geburt 31.
 Blutwasser (Serum) 7.
 Bolus, sterilisierter 54, 98.
 Bor säure 53.
 Brechdurchfall 94, 154.
 Brennspiritus, zur Desinfektion 53.
 Bronchien 5.

Brustbein 2.
 Brustdrüse, Bau derselben 20.
 — Entzündung derselben im Wochen-
 bett 140.
 — Entzündung beim Neugeborenen
 146.
 Brustfell (= Rippenfell) 11.
 Brusthöhle 2.
 Brustkorb 2.
 Brustwirbelsäule 2.
 Brutapparat (= Couveuse) 102.
 Budenbergs Dampffsterilisator 58.

Calcaona 84.
 Capillaren (= Haargefäße) 7.
 Casein (Käsestoff der Milch) 22, 110.
 Celsius (Gradenteilung des Thermo-
 meters) 63.
 Chloramintabletten 52.
 Chorion (= Zottenhaut) 25.
 Clitoris (= Klitoris) 13.
 Colostrum (= die Vormilch bei
 Schwangeren) 21.
 Condylome (= Feigwarzen) 149.
 Corpus luteum (= gelber Körper) 16.
 Couveuse (Brutapparat) 102.
 Credé, Professor in Leipzig † 150.
 Credésche Einträufelung 150.
 Cystitis (= Blasenkatarrh) 77, 137.

Damm (= Mittelfleisch) 13.
 Dammriß, vollständiger 138.
 Dampfdesinfektionsapparat 58.
 Darm 9.
 Darmzotten 9.
 Decidua (= Siebhaut, hinfallige Haut,
 Gebärmutter-schleimhaut) 27.
 Dermatolpulver 54.
 Desinfektion (= Vernichtung krank-
 heiterregender Keime) 54.
 — der Hände 55.
 — der Instrumente 57.
 — der Verbandstoffe 59.
 — Lehre von derselben 54—60.
 Desinfektionsmittel 52—54.
 Diätfehler im Wochenbett 83.
 Dickdarm (= Colon) 9.
 Dreikrudeverfahren 102.
 Drüsen der Gebärmutter-schleimhaut 17.
 — mit innerer Sekretion 11.
 Dührsen'sche Büchsen (sterilisierte Ver-
 bandstoffe) 59, 138.
 Dünndarm 9.

- Durchfall (= Diarrhöe) der Neugeborenen 153.
 Durchfall der Wöchnerin 138.
 — septischer 139.
- Ei, Eizelle** 16.
 — befruchtetes 23.
Eierstock (= Ovarien) 16.
Eierstockbläschen (= Graafsche Follikel) 16.
Eihäute (= Eihüllen) 25.
Eileiter (= Tuben) 16.
Eilösung (= Eireifung) 18, 19.
Einbettung des Eies 23.
Eingeweide 8ff.
Einlauf (= Klistier) 161.
Einziehen der Milch 22, 85.
Einprägung unter die Haut (= subcutane Injektion) 167.
Einzelmahlzeit des Kindes 111.
Eisbeutel, Auflegen desselben 168.
Eiter, ansteckender (= Schleimfluß, ansteckender) bei Tripper 149.
Eiterfieber im Wochenbett (= Pyämie) 65, 135.
Eiterkeime (= Wundkeime) 49.
 — im Blut 49.
Klampsie (= Krämpfe der Schwangeren oder Kreißenden) 122.
Englische Krankheit (= Rachitis) 159.
Entwöhnen des Kindes 92.
Entzündung (Wundentzündung) 50.
Erblindung der Kinder 151.
Erbrechen der Neugeborenen bei Verdauungsstörungen 154.
 — der Schwangeren 29.
Erkältungskrankheiten im Wochenbett 139.
Erkrankungen der Neugeborenen 141 ff.
 — der Wöchnerin 130 ff.
Ernährung des Kindes durch eine Amme 106.
 — der Kranken (= Krankenkost) 61.
 — der Wöchnerin („Wöchnerinnenkost“) 83 ff.
 —, künstliche, des Kindes 109 ff.
Ernährungsklistier 61, 162.
Eröffnungszeit (= I. Geburtszeit) 31.
Erstickungsgefahr des Kindes (bei Scheintod) 141.
Erwärmen der Milchflasche 117.
Erysipel (= Wundrose) 148.
Eßigsaure Zonerdelösung 53.
- Fabrifkrippen** 87.
Feigwarzen (= Condylome) 149.
Fencheltee 105.
Fieber (= Erhöhung der Körpertemperatur) 65.
Fieberdelirien 65.
 — Frost 65.
Fieberkost (= Fieberdiät) 66.
Fieberthermometer 64.
Fleischwarzen der Brust 89.
Fleischige Nabelschürze (= Nabelverband) 97.
Fontanellen des Kindes 43, 99.
 — bei Rachitis 99, 159.
Franzosen (des Eileiters) 16.
Frauenmilch 22, 110.
Frauenvereine (für Wochenpflege) 69.
Frieselausschlag des Kindes 102, 145.
 — im Wochenbett (Schweißfriesel) 139.
Frost, bei Fieber (= Fieberfrost) 65.
 — der Neuentbundenen 36.
Frühauftreten der Wöchnerin 72.
Frühblutungen im Wochenbett 126.
Frühgeburtskinder 40, 102.
Fruchtkuchen (Teil des Mutterkuchens) 28.
Fruchthäfte für das Kind 112.
Fruchtwasser 28.
- Gallenblase** 10.
Gaze (Verbandgaze) 59.
 — Jodoformgaze 59.
 — weiße oder hydrophile 59.
Gebärmutter (= Fruchthalter, Uterus) 14.
Gebärmutterbänder („Mutterbänder“) 17.
Gebärmutterhals (= Cervix) 15.
Gebärmutterkörper (= Corpus) 15.
Gebärmutterkrebs 20.
Geburt 31.
Geburtenrückgang 93.
Geburtenüberschuß 94.
Geburtensziffer 93.
Geburtsbett (-lager) 123.
Geburtswehentätigkeit, Beginn derselben 122.
Gehirn, -nerven 5.
Gelber Körper (= Corpus luteum) im Eierstock 16.
Gelbsucht bei Nabelinfektion 147.
 — der Neugeborenen 43, 145.

- Gerstenabkochung zur Verbünnung der
 Kuhmilch 111.
 Geschlechtsmerkmale 19.
 Geschlechtsreife; geschlechtsreifes Alter
 18.
 Geschlechtssteile (= Geschlechtsorgane)
 12 ff.
 — äußere 12.
 — innere 12.
 Gesundheitsattest der Amme 107.
 Gewicht des Kindes innerhalb der ein-
 zelnen Monate 170.
 — des Neugeborenen 44.
 Gewichtsabnahme bei Magendarm-
 katarrh 153.
 Gewichtskurve 63, 64.
 Gliedmaßen, obere 3.
 — untere 3.
 Gneis (= Grind, des Kindes) 145.
 Gonokokken (= Tripperkeime) 52.
 Graafische Follikel (= Eierstock-
 bläschen) 16.
 Gramma-Flasche (= Milchflasche) 118.
 Granulation (= Fleischwärtchen) 148.
 Grind (= Gneis) 145.
 Gummihandschuhe (zur Desinfektion)
 58.
 Gummischeibe, Reinigung derselben
 116.
 Gurita (= indische Leibbinde u. ä.) 80.

 Haargefäße (= Capillaren) 7.
 Hämorrhoiden (= Blutaderknoten am
 After) 138.
 Haferabkochung zur Verbünnung der
 Kuhmilch 111.
 Halsentzündung 139.
 Halswirbelsäule 1.
 Handpflege (zur Desinfektion) 57.
 Harn (siehe auch Urin) 11.
 Harnblase, -leiter, -röhre 11.
 Harnverhaltung im Wochenbett 38, 77.
 Hasenscharte, angeborene 156.
 Hauspflegetherin (für Wochenpflege)
 69.
 Haut 11.
 — hinfällige (= Siebhaut, Decidua)
 27.
 — umgeschlagene (= Kapselfhaut, Teil
 der Siebhaut) 27.
 Hautausschlag des Kindes 158.
 Hautfarbe des Kindes 42.
 Hautpflege des Kindes 99.

 Hellenballische Höllensteinampullen 54,
 129, 150.
 Herz 7.
 Herzschlag (= Puls) 7.
 Heugenmilch (= Absonderung der Brust-
 drüsen des Neugeborenen) 45, 146.
 Heigemerblatt 54, 153.
 Höllensteinlösung, bei Augenentzün-
 dung des Neugeborenen 150.
 Hohlwarzen 89.
 Hüftbein 3.
 Hüftgelenk 3.
 Hymen (= Jungfernhäutchen) 13.

Jacques-Patent-Katheter aus Gummi
 163.
 Idealbinde (für Wöchnerinnen) 81.
 Jfiterus (= Gelbfucht) 43, 145.
 Injektion, subcutane 167.
 Jodanstrich bei der Geburt 53, 124.
 Jodoform 54.
 Jodoformgaze 54.
 Jodtinktur 53.
 Irrigator (= Spülkanne) 129, 161.
 Jungfernhäutchen (= Hymen) 13.

Käsestoff (= Casein), Bestandteil der
 Milch 22, 110.
 Kapselfhaut (Siebhaut) 7.
 Katheter 77, 163.
 Katheterismus (= künstliches Ab-
 nehmen des Urins) 77.
 — Gefahren desselben 77, 163.
 Kehlkopf 5.
 Keimfreie Milch 112 ff.
 Kennzeichen, wichtige für Erkrankung
 des Neugeborenen 160.
 — für den Geburtsbeginn 122.
 — für Erkrankungen der Wöchnerin
 132.
 Kieferklemme, bei Wundstarrkrampf
 149.
 Kindbettfieber (= Wochenbettfieber,
 Puerperalfieber) 131 ff.
 — Anzeigepflicht desselben 132.
 — Gefahr der Weiterverbreitung 132.
 — Geschichte desselben 48.
 Kinderaugenläsionen 117.
 Kindersterblichkeit 93 ff.
 Kindspuch (Meconium), grünlich-schwarze
 Stuhlentleerung der Neugeborenen
 41.
 Rinnsbadenkrampf (Wundstarrkrampf)
 des Kindes 148.

- Nigler (Clitoris) 13.
 Nlatſchucht, Beſtrafung derſelben 67.
 Nliſtier, Nliſtierſehen 161.
 — bei Kindern 156, 161.
 Nniefelenſ 3.
 Nnochenbildung, ſchlechte, bei Rachitis 159.
 Nnochengeriſt (= Skelet) 1.
 Nnochenmark 5.
 Nnochenhaut (= Periost) 5.
 Nnöchel 3.
 Nnoch, Robert † (Lehre von den Wundkeimen) 48.
 Nnochtopf (zum Ausſuchen der Inſtrumente) 57.
 — für Milch 112.
 Nnoffen (= Wundkeime) 49.
 Nnollapß (= Schwächeanfall) 65.
 Nnopf 1.
 Nnopfblutgeſchwulſt 114.
 Nnopfgeſchwulſt 31, 43.
 Nnopflage des Kindes 30.
 Nnorb als Kinderbett 101.
 Nnorperhöhlen, die inneren 11.
 Nnorperkreislauf (= großer Kreislauf) 7.
 Nnorperſchlagader (= Aorta) 7.
 Nnorperwärme (= Temperatur) 63.
 — der geſunden Wöchnerin 37.
 — der kranken Wöchnerin 132.
 Nnoſzettel für Wöchnerinnen 83.
 Nnotabgang, unwillkürlicher im Wochenbett 139.
 Nnorämpfe der Kinder bei Rachitis 159.
 — der Schwangeren (= Eklampſie) 122.
 Nnorankenbett 60.
 Nnorankenpflege, Grundſätze der allgemeinen 47, 66.
 Nnorislauf, großer (= Norperkreislauf) 7.
 — kleiner (= Lungenkreislauf) 7.
 Nnorſolſeiſenlöſung (= Seiſelkreſol) 52.
 Nnoruzbein 3.
 Nnoriß (Abfall des Fiebers) 65.
 Nnorüppelfürſorge 126, 143.
 Nnorünftliche Ernährung 108 ff.
 — — Bedingung für einwandfreie 109.
 — — Nachteile und Gefahren 109.
 Nnoruhmilch, Zuſammensetzung derſelben 119.
 — Zuſatzmittel 119.
 Nnorbensäußerungen des neugeborenen Kindes 38 ff.
- Nnorbensfähigkeit der Frucht 28.
 Nnorber 10.
 Nnorbbinde, im Wochenbett 80.
 Nnorſtenbruch des Neugeborenen 157.
 Nnorſter, Joſeph † (Niſterſche Wundbehandlung) 48.
 Nnorſtembolie 165, 167.
 Nnorſtröhre 5.
 Nnorunge 5.
 Nnorungenbläschen 5.
 Nnorungenembolie (= Verſtopfung der Lungenſchlagader)
 Nnorungenkreislauf (= kleiner Kreislauf) 7.
 Nnorymphgeſäße (= Saugadern) 7.
 Nnorſoform 52.
 Nnorſol 52.
- Nnoragen 8.
 Nnoragendarmkatarrh der Kinder 153.
 Nnoragenpfortnerkrampf des Kindes 154.
 Nnoraiſtdarm (= rectum) 9.
 Nnoraiſtdarmſcheidenſtiſtel 138.
 Nnoraiſtitis (= Bruſtdrüſenentzündung) 51, 120.
 Nnoraul- und Klauenſeuche der Kühe 112.
 Nnoraximalthermometer 63, 166.
 Nnorähle (Unverdaulichkeit bei Kindern) 112.
 Nnorählnährſchäden 112.
 Nnorakonium (= Kindſpech) 41.
 Nnoralaena (= ſchwarzer Stuhl des Kindes) 155.
 Nnorianintabletten 52.
 Nnorikroſkop (= zuſammengeſetztes Vergrößerungsglas) 49.
 Nnorilch (Frauenmilch), Zuſammensetzung derſelben 22, 110.
 — Zuſammensetzung der Kuhmilch 110.
 Nnorilchbruſtgang 8.
 Nnorilchdrüſen 00.
 Nnorilchdrüſenbläschen 22.
 Nnorilchfieber 37.
 Nnorilchfluß 141.
 Nnorilchgänge 22.
 Nnorilchkanälchen 22.
 Nnorilchkochtopf 113.
 — nach Flüſſe 114.
 — nach Dr. Foetter 114.
 Nnorilchmiſchung, Schema dazu 110.
 Nnorilchprobe (Alkoholprobe) 113.
 Nnorilchſaft 10.
 Nnorilchſchorf 115.
 Nnorilchſtuhl 41.

- Milchzähne, Durchbruch derselben 158.
 Milchzucker 111.
 Milchbrand 113.
 Mißbildungen der Neugeborenen 143.
 Mittelohrentzündung des Kindes 157.
 Monatliche Reinigung (Periode) 25.
 Nova-Ampullen 54, 129, 150.
 Nulfsküchen als Vorlage 107.
 Mundentzündung (= Mundfäule) 152.
 Muskel 11.
 Mutterbänder 17.
 — breite 17.
 — runde 17.
 Mutterkuchenpolyp (= Placentarpolyp) 136.
 Mutterkuchen (= Placenta) 28.
 Mutterkuchenreste, zurückgebliebene 138.
 Mutterkuchentaille, in der Gebärmutter 34.
 — — Blutungen aus derselben 138.
 Muttermund, äußerer und innerer 15.
 —, bei der Geburt 31.
 Muttermundsklippe, vordere und hintere 15.
 Mutterrohr (= Scheidenrohr am Irrigator) 165.

 Nabelbinde 126.
 Nabelblutungen 143.
 Nabelbruch des Kindes 157.
 Nabelgrube 42.
 Nabelinfektion (= Nabelentzündung, Nabelansteckung) des Kindes 146 ff.
 Nabelschnur (= Nabelstrang) 26.
 Nabelschnurbruch des Neugeborenen 157.
 Nabelschnurgefäße 26.
 Nabelschnurrest 42.
 — Eintrocknung desselben 42.
 — Versorgung desselben 125.
 — verzögerter Abfall 143.
 Nabelschwamm 118.
 Nabelverband, aseptischer 97, 125.
 Nachblutungen aus dem schlecht unterbundenen Nabelschnurrest 142.
 — im Wochenbett 135.
 Nachgeburt (= Mutterkuchen und Eihäute) 28.
 Nachgeburtszeit (= III. Geburtszeit) 31, 126.
 Nachwehen 32.

 Nachwehen bei Erstgebärenden 34, 137.
 — schmerzhaft im Wochenbett 136.
 Nagelpflege 57.
 Nagelprobe der Ammenmilch 107.
 Nasendiphtherie 157.
 Nelatonkatheter (Gummikatheter) 129.
 Nerven 5.
 Nieren 10.
 Nierenbeckenentzündung (= Pyelitis) 78, 163.
 Nierenstörung in der Schwangerschaft 121.
 Noninfektion (= Vermeidung der Infektion) 57.

 Ödem (= wäßrige Anschwellung) 121.
 Ortizon (Bayer) (= Wasserstoffsuperoxid) 53.
 Oxychanat 53.
 Oxynta 84.

 Paretten (Höllenstein) 54, 129, 150.
 Pemphigus (= Blasenausschlag der Kinder) 158.
 Perhydrol (Merck) (= Wasserstoffsuperoxid) 53.
 Periode (= Regel, monatliche Reinigung) 19.
 — Ausbleiben derselben bei erschöpfenden Krankheiten 19.
 — Ausbleiben derselben bei Schwangerschaft 19.
 — Ausbleiben derselben bei dem Stillen 19.
 Perlsucht (= Tuberkulose) der Kühe 112.
 Pflege der Brüste im Wochenbett 88.
 — der Brüste in der Schwangerschaft 22.
 — des gesunden Kindes 93—119.
 — der gesunden Wöchnerin 71—93.
 Placenta (= Mutterkuchen) 27.
 Preßwehen (= Geburtswehen in der Austreibungszeit) 31.
 Prießnitzsche Umschläge 168.
 Puerperalfieber (= Kindbettfieber) 132.
 Pulsabern (= Schlagadern) 7.
 Pulsbeschleunigung im Wochenbett 37, 132.
 Pulsschlag bei Fieber 64.
 — der gesunden Wöchnerin 37, 76.
 — der kranken Wöchnerin 132.
 — des Kindes 39.

- Pulsverlangsamung im Wochenbett 37.
 Pulszählen 167.
 Pyämie (= Eiterfieber im Wochenbett) 65, 135.
 Pyelitis (= Nierenbeckenentzündung) 78, 163.
- Rachitis (= englische Krankheit) 159.
 Radialis (= Speichenschlagader) 7, 167.
 Réaumur (= Gradeinteilung des Thermometers) 63.
 Réaumurmessung 63.
 Reife, Zeichen derselben (= reife oder ausgetragene Frucht) 28.
 Reinigung der Frischentbundenen 125.
 — der Kreißenden vor der Geburt 124.
 Reinlichkeit (Asepsis) bei der Kinderpflege 95 ff.
 — bei der Wochenpflege 79 ff.
 — in der Krankenpflege 59 ff.
 Reisabkochung, zur Verdünnung der Milch 111.
 Refordspritze (= Glaspritze) 167.
 Reziparat für Milchabkochung 114.
 Rizinusöl als Abführmittel 78.
 Rippen 2.
 Rippenfell (= Brustfell) 11.
 Rotlauf (= Wundrose) des Neugeborenen (= Erysipel) 148.
 Rückbildung der Anhänge 36.
 — der Bauchdecken 36, 79.
 — der Gebärmutter 35.
 — der Geschlechtssteile im Wochenbett 32 ff.
 — der Mutterbänder 36.
 Rückenmark 5.
 Rückenmarkskanal (= Wirbelkanal) 1.
 Rumpf 1.
- Sagrotan (zur Desinfektion) 52.
 Saugadern (= Lymphgefäße) 7.
 Saugen des Kindes 88.
 Saugflasche, Reinigung derselben 116.
 Saughütchen, Reinigung derselben 116.
 Säuglingsfürsorge 94.
 Säuglingssterblichkeit, Ursache und Verhütung 93.
 Schambein (= Schoßbein) 3.
 Schamberg 12.
 Schambogen 3.
 Schamfuge (= Schoßfuge) 3.
- Walfher, Leitfaden. 9. Aufl.
- Schamlippen, Anschwellung derselben 137.
 — große, 12.
 — kleine 12.
 Schamlippenbändchen 12.
 Schädel 2.
 Schädelhöhle 2, 6.
 Schälblafen, ansteckende (= Blasen-
 ausschlag, Pemphigus) des Kindes
 158.
 — syphilitische 158.
 Scheide (= Vagina) 13.
 Scheideneingang 12.
 Scheidengewölbe 14.
 Scheidenteil (= Portio) 14.
 Scheintod des Neugeborenen 141.
 — blauer 142.
 — blasser 142.
 Schenkamme, siehe Amme.
 Schenkelbruch des Neugeborenen 157.
 Schenkelgeschwulst, weiße 139.
 Schenkfrauen 108.
 Schlafbedürfnis des Kindes 48.
 Schlaftee, Gefahren desselben 104.
 Schlagadern (= Pulsadern, Arterien)
 7.
 Schleimabkochung 111.
 Schlucken der Kinder 104.
 Schlüsselbein 2.
 Schmierseifenlösung für Instrumente
 57.
 Schnuller (= Lutschtbeutel), Gefahren
 desselben für das Kind 103, 153.
 Schnupfen des Kindes 157.
 — syphilitischer 158.
 Schrunden 140.
 Schulterblatt 2.
 Schultergelenk 2.
 Schüttelfrost 65.
 — bei Wochenbettfieber 135.
 Schüttelfröste, wiederholte, bei Eiter-
 fieber (Kindbettfieber) 135.
 Schwämmchen (= Soor) beim Kinde
 152.
 Schwangerengelb 82.
 Schwangerschaft 23 ff.
 Schwangerschaftstreifen 29.
 Seifenkreiol (= Kreiolseifenlösung) 52.
 Seifenspiritus 53.
 Semmelbrot für Säuglinge (Nachteile
 desselben) 112.
 Semmelweiz, Sgnaz, Professor in
 Pest † 48.
 Sepsis (= Blutvergiftung) 50, 135.

- Septische Durchfälle 134.
 Siebhaut (oder decidua = umgewandelte Gebärmutter Schleimhaut) 27.
 — umgeschlagene (= Kapselhaut) 27.
 — wahre 27.
 Sinnesäußerungen des Neugeborenen 46.
 Sinnesorgane 11.
 Sitzbein 3.
 Skelet (= Knochengeriüst) 1.
 Sodablösung zum Auslösen der Instrumente 57.
 — zur Reinigung der Saughütchen 116.
 Sommerdiarrhöen der Kinder 94, 153.
 Soor (= Schwämmchen) 152.
 Soghlet'sches Verfahren 115 ff.
 Spätblutungen im Wochenbett 136.
 Speichen Schlagader (= radialis) 7.
 Speien (= Ausstüßen der Kinder) 104.
 Speiseröhre 10.
 Spülkanne (= Irrigator) 161.
 Starrkrampf (= Kinnbadenkrampf) des Kindes (tetanus) 148.
 Staphylokokken (= Eiterkeime) 49.
 Steißbein 3.
 Sterblichkeit der Säuglinge im ersten Lebensjahre 93.
 — im ersten Lebensmonate 94.
 Steril (= keimfrei) 69 ff.
 Sterilisation (= Keimfreimachung) 59.
 Sterilisationsapparate 59.
 Sterilisierung der Milch 114.
 — im Soghletapparat 115.
 Stillen im einzelnen 84 ff.
 — Vorteile desselben 85.
 Stillfähigkeit der Frauen 85.
 Stillgeiß 82.
 Stillordnung 85.
 Stillpropaganda 85.
 Stillschwierigkeiten 89.
 Stilltechnik 87.
 Stimmlippenkrampf bei Rachitis 159.
 Streptokokken (= Eiterkeime) 49.
 Stuhl, Farbe desselben bei gesunden Kindern 41.
 — grüner 154.
 — schwarzer (= Melaena) 155.
 Stuhlentleerung 10.
 — bei Wöchnerinnen 38.
 — krankhafte bei Neugeborenen 154.
 — träge im Wochenbett 38, 78.
 Stuhlzapfen 162.
 Sublimat 52.
 — Gefahren desselben 52.
 Sublimat Kochsalzpastillen (Angerer'sche) 52.
 Sublimatvergiftung 52.
 Syphilis des Kindes 158.
 Syphilitische Schälblasen 158.
 Temperatur (= Körperwärme) 63.
 — der gesunden Wöchnerin 37, 76.
 — der kranken Wöchnerin 132.
 — des Bades für Kinder 95.
 — erhöhte im Wochenbett 37.
 Temperaturkurve 64.
 Temperaturmessung 63, 166.
 — im After 166.
 — unmittelbar nach der Geburt 129.
 Temperaturzettel 64, 76, 166.
 Tetanus (= Wundstarrkrampf) 148.
 Thermometer (= Wärmemesser) 62, 165.
 Thrombose im Wochenbett 139.
 Tonerdelösung, eßigsaure 53.
 Tonerdepulver, weißes (Bolus) 54, 98.
 Torgine (= Giftstoffe) 50.
 Transitorisches Fieber (= Durstfieber) 40.
 Trinks Faulheit des Kindes 89.
 Trinkschwäche des Kindes 89.
 Tripper (= ansteckender Schleimfluß, Gonorrhöe) 52, 149.
 Tuberkulose der Kühe (= Perlsucht) 113.
 Überfütterung des Kindes 118, 155.
 Überhitzung des Kindes 102.
 Umkleiden der Wöchnerin 73.
 Umschläge, Bereitung derselben 167.
 — Prießnische 168.
 Unterernährung des Kindes 155.
 Unterkühlung des Kindes 102.
 Unterlagen für das Kind 100.
 — im Wochenbett 72.
 Unterleibsbrüche des Kindes 157.
 Urin 10.
 — des Kindes 42.
 — Untersuchung desselben bei Schwangeren 122.
 Urinentleerung im Wochenbett 37, 77.
 — in der Schwangerschaft 122.
 Urinträufeln (= unwillkürlicher Abgang von Urin) bei Blasencheidenfistel 138.
 — im Wochenbett 38.
 Urinverhaltung im Wochenbett 38, 77.

- Uterus (= Gebärmutter, Fruchthälter) 14.
- Varizen (= Kindesadern) 121.
- Verdaunungsstörungen des Kindes 113, 153.
- Verdaunungstätigkeit des Neugeborenen 40.
- Verdaunungswerkzeuge (= Verdauungsorgane) 9.
- Verdünnung der Kuhmilch in den einzelnen Monaten 110, 111.
- — mit Hafer schleim oder Gerstenschleim 111.
- — mit Reis schleim 111.
- Verkrüppelung des Kindes 143.
- Ver Schwiegenheit der Pflegerin im Beruf 67.
- Verstopfung des Kindes 155.
- der Wöchnerin (= Stuhlverhaltung) 38, 78.
- Verunreinigung der Kuhmilch 113.
- Vioform 54.
- Vigantol bei Rachitis 160.
- Virulenz (= Giftigkeit der Keime) 50.
- Vitamine 112.
- Vorbereitung der Kreißenden zur Geburt 123.
- Vorboten der Geburt 122.
- der Ekklampsie 122.
- Vorlagen im Wochenbett 79.
- Vormilch (= Colostrum) 21.
- Vorwärtsbeugung der Gebärmutter 14.
- Vorwasser (= Teil des Fruchtwassers) 30.
- Wanderkörbe 69.
- Wärmemesser (= Thermometer) 63, 166.
- Wärmewanne (nach Prof. Credé) 102.
- Wärmezufuhr, für frühgeborene Kinder 102.
- Warze (= Brustwarze) 21.
- Warzen, wunde (= Schrunden) 88, 140.
- Warzenhof, -drüsen 21.
- Warzenhütchen 140.
- Infantibus nach Dr. Stern 140.
- Wasserbruch des Neugeborenen 157.
- Wasserhaut (= innerste kindliche Eihaut, Amnion) 25.
- Wassermannsche Reaktion bei Syphilis 106.
- Wasserstoffsuperoxid 53.
- Wasserfüchtige Anschwellungen bei Schwangeren (Ödeme) 121.
- Watte (= entfettete Wundwatte) 59.
- Wattevorlagen im Wochenbett 74.
- Wechseljahre 20.
- vorzeitiger Eintritt 20.
- Weckapparat für Milch 114.
- Wehen (= Geburtswehen) 30, 122.
- vorher sagende in der Schwangerschaft 122.
- Weichteile 1, 11.
- Weißer Schenkelgeschwulst 139.
- Wickeln des Kindes 57.
- Wickeltisch für das Kind 98.
- Wiegen (Schaukeln), Nachteile desselben 101.
- Wirbel, -kanal, -säule 1.
- Wochenbesuche, Gefahren derselben 74.
- Wochenbett, Pflege im 70—93.
- (= Kindbett), Veränderungen der Geschlechtsteile im Wochenbett 33 bis 38.
- Wochenbettbinde 80.
- Wochenbettfieber (= Kindbettfieber) 131 ff.
- Anzeigepflicht 135.
- Gefahren 131.
- Geschichte desselben 48.
- Wochenfluß (= Wochenreinigung) 35.
- Reimgehalt desselben 35.
- überreichender im Wochenbett 133, 136.
- Wohngeld 82.
- Wochenhilfe (= Wochenfürsorge) 82.
- Wochenpflegeordnung 81.
- Wochenpflegepinzette 74.
- Wochenpflegerin, Aufgaben und Pflichten derselben 66 ff.
- Ausrüstung derselben 128.
- Wochenschweiß 37.
- Wochenzimmer 100.
- Wöchnerinnenasthle 69.
- Wöchnerinnen diät (= Wöchnerinnenkost) 83.
- Wollfäden 156.
- Wollhaare 28.
- Wundbehandlung 47—59.
- Wunden 47.
- Wundinfektion (= Wundanstechung, Wundentzündung) 49 ff.
- im Wochenbett (= Wochenbettfieber) 49, 133.
- Wundkeime (= Eiterkeime) 49.
- Verbreitung derselben 49, 134.

- | | |
|--|---|
| <p>Wundrose (Erysipel) bei Neugeborenen 148.</p> <p>Wundsein der Kinder 100, 145.</p> <p>— Verhütung desselben bei Kindern 100 ff.</p> <p>Wundstarrkrampf (Tetanus) (= Kinnbackenkrampf des Neugeborenen) 148.</p> <p>Xeroform 54.</p> <p>Zahnen der Kinder 158.</p> <p>— verspätetes bei Nadyitis 159.</p> <p>Zahnkrankheiten 159.</p> <p>Zentrale für Mutter- und Säuglingsfürsorge 111.</p> | <p>Zentralnervensystem (= Gehirn- und Rückenmark) 5.</p> <p>Ziegenmilch (als Kindernahrung) 109.</p> <p>Zottenhaut (= Chorion, die mit Zotten besetzte kindliche Eihaut) 25.</p> <p>Zufütterung (= Beifopf) des Kindes 112.</p> <p>Zungenbändchen, verkürztes 157.</p> <p>Zusammensetzung der Frauenmilch 22, 110.</p> <p>— der Kuhmilch 110.</p> <p>Zwerchfell 5.</p> <p>Zwiebackbrot für Säuglinge (Nachteile desselben) 112.</p> <p>Zwienäherung (= Beistillen) 108.</p> |
|--|---|

- (B) **Mütterpiegel.** Einiges über richtige und falsche Säuglingspflege. Von Dr. med. **Ella Runge**, Kinderärztin in Detmold. Mit einer Einführung von Professor Dr. St. Engel in Dortmund und zahlreichen Abbildungen. Zweite, vermehrte Auflage. 63 Seiten. 1929. RM 1.20
50 Expl. je RM 1.—; 100 Expl. je RM 0.90; 200 Expl. je RM 0.80
- (B) **Grundriß der Säuglings- und Kleinkinder-Pfunde.** Nebst einem Grundriß der Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder. Von Professor Dr. St. Engel, Dortmund, und Dr. Marie Baum, Heidelberg. Vierte, umgearbeitete Auflage. Mit 101 teils farbigen Abbildungen im Text und 6 Tafeln. VIII, 232 Seiten. 1929. Gebunden RM 9.80
- Säuglingspflegefibel.** Von Schwester **Antonie Zerwer**, unter Mitarbeit von **Paul Kühn**, Lehrer in Charlottenburg. Mit einem Vorwort von Professor Dr. Leo Langstein, Präsident des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses. Neunte Auflage. (331.—385. Tausend.) Mit 39 Textabbildungen. 64 Seiten. 1928. RM 0.75
20 Expl. je RM 0.70; 50 Expl. je RM 0.65; 100 Expl. je RM 0.60
- Ernährung und Pflege des Säuglings.** Ein Leitfadens für Mütter und zur Einführung für Pflegerinnen unter Zugrundelegung des Leitfadens von Pescatore. Von Professor Dr. **Leo Langstein**, Präsident des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage. (108.—157. Tausend.) IV, 88 Seiten. 1923. RM 1.20
20 Expl. je RM 1.10; 50 Expl. je RM 1.—; 100 Expl. je RM 0.90
- (B) **Der Unterricht in der Säuglings- und Kleinkinderpflege.** Ein Leitfadens für Lehrerinnen und Wanderlehrerinnen. Mit Lehrplan und Unterrichtsankündigung. Im Auftrage des Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf verfaßt. Von **Herta Schulz**, vormalig Wanderlehrerin für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, z. Zt. Geschäftsführerin der städtischen Mutter- und Kinderfürsorge Düsseldorf. Mit einem Vorwort von Geheimrat Professor Dr. Arthur Schloßmann, Direktor der Akademischen Kinderklinik und Vorsitzender des Vorstandes des Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf. Zweite, verbesserte und erweiterte Auflage. Mit 3 Tafeln. XI, 167 Seiten. 1922. Gebunden RM 3.—
- (B) **Physiologie, Ernährung und Pflege des Neugeborenen einschließlich des Lebensschwachen.** Von Professor Dr. **M. v. Pfandler**, München. (Sonderausgabe aus „Handbuch der Geburtshilfe“, herausgegeben von **M. Döderlein**, Bd. I, zweite Auflage.) Mit 32 Abbildungen im Text und 5 Abbildungen auf Tafel IV. VIII, 297 Seiten. 1924. RM 15.—
- (B) **Grundriß der Gesundheitsfürsorge.** Zum Gebrauch für Schwestern, Kreisfürsorgerinnen, Sozialbeamtinnen und andere Organe der vorbeugenden offenen Fürsorge bestimmt. Unter Mitwirkung von **M. v. Gierke**-Charlottenburg, Prof. Dr. **Gruhle**-Heidelberg, Dr. **Josephine Höber-Riel**, Reg.-Rat a. D. Dr. **H. Kamppmeyer**-Wien u. a., herausgegeben von Dr. **Marie Baum**, Karlsruhe. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 47 Abbildungen im Text und 1 farbigen Tafel. XXIV, 374 Seiten. 1923. RM 7.50

- Ⓑ **Schwester-Lehrbuch** für Schwestern und Krankenpfleger. Von Professor Dr. **Walter Lindemann**. Siebente, durchgesehene und ergänzte Auflage. Mit 417 zum Teil farbigen Abbildungen im Text und 3 Tafeln. XII, 280 Seiten. 1928. Gebunden RM 12.60
-

Krankenpflegelehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Preussischen Ministeriums für Volkswohlfahrt von Dr. **Ostermann**, Ministerialrat. Zehnte Auflage in vollständig neuer Fassung. Mit 219 Abbildungen. XV, 499 Seiten. 1928. Gebunden RM 12.—
50 Expl. je RM 11.—; 100 Expl. je RM 10.50; 300 Expl. je RM 10.—

Leitfaden der Krankenpflege in Frage und Antwort. Für Krankenpflegeschulen und Schwesternhäuser bearbeitet von Oberstabsarzt a. D. Dr. med. **Johannes Haring**, ehemals staatlicher Prüfungskommissar an der Krankenpflegeschule des Carolahauses zu Dresden. Mit einem Vorwort von Erz. Professor Dr. med. **A. Fiedler** †, Geheimer Rat. Fünfte, vielfach verbesserte Auflage. VIII, 146 Seiten. 1927. RM 2.70
20 Expl. je RM 2.40; 50 Expl. je RM 2.20; 100 Expl. je RM 2.—

- Ⓑ **Fortbildungsvorträge für Schwestern.** Von Prof. Dr. **D. Sulentampff**, Reg.-Med.-Rat, Oberarzt am Krankenstift in Zwidau i. Sa. VI, 175 Seiten. 1920. RM 3.—; gebunden RM 4.20
-

Ⓑ **Leitfaden für die thierurgische Krankenpflege.** Von Dr. med. **John Blumberg**, Dorpat. Mit einem Vorwort des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **V. Hildebrand** in Berlin. Zweite, verbesserte Auflage. Mit 54 Abbildungen. IX, 133 Seiten. 1921. Gebunden RM 5.—

Ⓑ **Leitfaden für die Prüfungen der Hebammen** mit 1550 meist geburtshilflichen Fragen. Von Dr. **Ernst von Seuffert**, Universitätsprofessor und Medizinalrat der Hebammenschule in München. Achte, völlig neubearbeitete Auflage des Waibel'schen Leitfadens. XI, 257 Seiten. 1928. RM 10.—

Hebammenlehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Preussischen Ministeriums für Volkswohlfahrt von Professor Dr. **S. Hammerichlag**, Direktor der Landesfrauenklinik in Berlin-Neukölln, Professor Dr. **L. Langstein**, Präsident des Kaiserin Auguste Viktoria-Hauses in Berlin-Charlottenburg, Dr. **Ostermann**, Oberregierungs- und -medizinrat im Preussischen Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin. Fünfte Auflage in vollständig neuer Fassung. Mit 245 zum Teil farbigen Abbildungen. XV, 554 Seiten. 1928. Gebunden RM 9.60
