Ueber Venenenzündung

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **11 (1913)**

Heft 6

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-948818

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

15. Juni 1913 № 6 Elfter Jahrgang

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:
Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof"
Waghausg. 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:
Dr. med. v. Fellenberg-Cardy,
Frauenarzt,
Schwanengasse Nr. 14, Bern.
Für den allgemeinen Teil:
Frl. Marie Wenger, Hebamme, Lorrainestr. 18, Bern.

Abonnements:
Jahres-Abonnements Fr. 2. 50 für die Schweiz
Mk. 2. 50 für das Ausland.
Inserate:
Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Ueber Venenentzündung.

Wie wir wissen, gibt es zweierlei Arten von Blutgefäßen, die Schlagadern und die Blutadern. Die ersteren haben die Aufgabe das in der Lunge mit Sauerstoff beladene, frische, hellrote Blut vom Herzen aus in die verschiedenen Körperteile hinaus zu leiten; die letzteren führen das verbrauchte, mit Kohlensäure beladene Blut aus den Geweben des Körpers nach dem Herzen zurück, von wo es in die Lungen getrieben und nach der dort stattfindenden Reinigung wieder der linken Herzhälfte zurückgeführt wird.

So lange die Wandungen der Blutgefäße gesund und unverletzt sind, bleibt das Blut in ihnen flüssig und gerinnt nicht. Ein im Blute befindlicher Stoff, der im Stande ist, das die Gerinnung hervorrufende Fibrin zu liefern, kann diese Tätigkeit in den intakten Gefäßen nicht ausüben. Wenn nun aber irgend eine Schädigung die Gefäßwand trifft, sei es irgend eine mechanische Quetschung, oder ein Wärmereiz, z. B. eine Verbrennung oder eine chemische Einwirkung, wie sie bei einer Infektion durch die Stoffwechselprodukte der Bakterien zustande kommt, so ist die betroffene Gefäßwandstelle nicht mehr fähig, die Bildung von Fibrin zu hindern, und das Blut gerinnt an dieser Stelle im Gefäß.

Bei der Blutgerinnung außerhalb der Gefäße geht folgendes vor: Es bildet sich zwischen den Blutkörperchen erst ein ganz feines, dann gröber werdendes Netz von Fäden, in dessen Maschen die roten Blutkörperchen liegen. Die Fibrinfäden halten alle zusammen und verfilzen sich untereinander so, daß endlich eine Art Kuchen, der sogenannte Blutkuchen, gebildet wird. Derselbe schwimmt in einer klaren Flüssigkeit, dem Serum, von dem er sehr leicht durch Abgießen getrennt werden kann. Da die roten Blutkörperchen in dem Fibrinnetz zurückgehalten werden, so ist das Serum klar, gelblich gefärbt. Wird hingegen das Blut bei dem Herausfließen aus den Gefäßen sofort, z. B. mit Glaskügelchen in einem Glase längere Zeit geschüttelt, so vereinigt sich das Fibrin um die Glaskügelchen und im Serum verbleiben fast alle die roten Blutkörperchen, so daß eine Blutkörperchenaufschwemmung entsteht.

Das hier Erwähnte gilt für die Blutgerinnung außerhalb des Körpers. In den Gefäßen spielen sich die Vorgänge ähnlich ab, mit dem Unterschied, daß meist erst eine kleine Menge Blutes gerinnt und das betreffende Gefäß nicht völlig verstopft. Das daran vorbeifließende Blut lagert nun auf das erste Gerinnsel nach und nach immer neue Mengen von Fibrin ab und so entsteht, was man einen geschichteten Thrombus nennt. (Thrombus heißt das Blutgerinnsel im Blutgefäße und im Durchschnitt kann man deutlich eine Schichtung erkennen, die zeigt, wie nach und nach der Thrombus entstanden ist.

Solche Thromben kommen außerordentlich häufig vor, indem bei jeder Verletzung, bei jedem Schnitt rc., der blutet, die Blutung dadurch schließlich steht, daß sich ein Thrombus in den durchschnittenen Blutgefäßen bildet und ihre Lichtung verstopft. So zweckmäßig nun aber die Gerinnung in diesen Fällen wirkt, z. B. auch nach der Geburt, wo sich in den Gebärmuttervenen an der Plazentarstelle auch Thromben bilden, so unzweckmäßig sind die Thromben, die sich in tiefer gelegenen Venen bilden, wo es sich nicht um Blutstillung handelt. Wenn wir ein blutendes Gefäß unterbinden, so bildet sich an der Unterbindungsstelle ein kleiner Thrombus, so daß nach einiger Zeit der Unterbindungsfaden ruhig durch Resorption verschwinden kann, ohne daß Gefahr besteht, daß etwa die Blutung wieder anfangen könnte. Wenn aber mit besonderer Vorsicht so unterbunden wird, daß die Innenfläche der Gefäßwand nicht verletzt wird, so bleibt die Gerinnung aus und man hat zwischen zwei Unterbindungen an einer Vene das dazwischenliegende Blut nach längerer Zeit noch flüßig angetroffen. Dieser Umstand erlaubte auch in neuerer Zeit die Naht der Blutgefäße, indem dieselbe so eingerichtet wird, daß jede Schädigung der Teile der Gefäßwand, die mit dem Blute nachher wieder in Berührung kommt, vermieden wird; das Blut zirkuliert dann wieder wie früher in dem genähten Gefäße.

Wenn wir jetzt zu der sogenannten Venenentzündung übergehen, so müssen wir wissen, daß es sich hier darum handelt, daß infolge einer Infektion die Venenwand sich entzündet hat und nun diese entzündete Innenschicht nicht mehr im Stande ist, die Gerinnung des in ihr zirkulierenden Blutes zu hindern. Also ist eine Venenentzündung immer mit einer Thrombose zusammen da. Solche Entzündungen sehen wir naturgemäß da am ersten auftreten, wo schon durch eine Schädigung eine Disposition geschaffen worden ist. Dies ist der Fall bei Leuten, die an Krampfadern leiden. Die Krampfadern sich lokale Erweiterungen der Venenwand und in ihnen ist natürlich die Blutzirkulation verlangsamt. Durch die Erweiterung ist auch die Venenwand schon etwas geschädigt und so genügt ein geringer Anlaß, um es zu einer Entzündung kommen zu lassen. Die häufigsten Gelegenheitsanlässe sind schwere infektiöse Krankheiten, Lungen- und Brustfellentzündungen, Typhus rc. Wenn bei diesen Krankheiten Keime ins Blut übergehen, so werden sie, wie wir wissen, zum Teil durch die Antikörper des Blutserums unschädlich gemacht, zum Teil aber, wenn sie an eine schwache, wenig widerstandsfähige Stelle kommen, so können sie sich festsetzen und sich daselbst vermehren.

Solche schwache Stelle ist nun eben ein in einer Vene steckender Thrombus und indem er sich mit Bakterien besiedeln läßt, wird er zu einem eitrigen Thrombus. Es kann also entweder die Venenwand selber in erster Linie sich entzünden und sich dann dort ein Thrombus bilden und infizieren, oder es kann Infektionsmaterial in einen schon gebildeten Thrombus eindringen und so zur Bildung eines eitrigen Thrombus führen. Ein dritter Weg ist der, daß von einer infizierten und thrombosirten Venenstelle der Thrombus dadurch weiterwächst, daß sich auf ihn in der Längsrichtung des Gefässes immer neue Gerinnsel niederschlagen und so der Thrombus weiterdringt.

Die größte Gefahr bei einer gutartigen, nicht schwer oder gar nicht infizierten Thrombose ist die, daß bei heftigeren Bewegungen oder oft selbst ohne diese nur durch den Blutkreislauf Stücke eines Thrombus losgerissen und weiter verschleppt werden. Diese Stücke gehen in den Blutgefäßen so weit, bis sie in ein engeres Gefäß gelangen, indem sie nicht mehr weiter können. Hier bilden sie eine sogenannte Embolie. Meistens tritt dies in einer der Lungenarterien ein, d. h. der Gefäße, die das verbrauchte Blut aus dem rechten Herzen in die Lunge führen. Eine solche Lungenembolie hat zur Folge, daß plötzlich ein mehr oder weniger großes Stück der Lunge kein Blut mehr enthält. Wenn dies eine große Partie oder gar die halbe Lunge betrifft, so kommt es oft zu plötzlichem Todesfall. Ist das verschleppte Gerinnsel, der Embolus nur klein, so wird nur eine kleine Partie der Lunge außer Tätigkeit gesetzt und das Leben kann weiter gehen. Noch kleinere Embolie können die Lungen ganz durchwandern und kommen dann in die linke Herzhälfte. Von hier aus werden sie in den großen Kreislauf geschleppt und können mannigfaltigen Schaden tun. Sie können in die Arterien gelangen, die den Herzmuskel versorgen, und wenn so plötzlich dieser in einer Partie kein Blut mehr erhält, so hört das Herz auf zu schlagen. Oder der Embolus kann in das Gehirn dringen und dort eine, meist gerade sehr wichtige Partie der Zirkulation berauben; da kommt es dann zu den bekannten Bildern des Hirnschlages: halbseitige Lähmung des ganzen Körpers oder eines Teiles davon. Dann haben wir die sogenannten Nieren-, Milz- und andere Infarkte, alle bedingt durch eine solche Embolie. Geht der Embolus in die Schlagader eines Armes, so kommt es oft zum Absterben des Gliedes, zu Brand oder Gangrän, so daß der betreffende Arm abgenommen werden muß.

Wie sich denken läßt, sind alle diese Embolieformen besonders schlimm, wenn infizierte Thrombenmassen verschleppt werden.

Hier kommt es an den Stellen, wo sich der Embolus absetzt, zu der Bildung eines Abszesses. Da das durch den Embolus von der Zirkulation abgeschnittene Gewebe sowieso abstirbt, so kann man sich denken, wie energisch in diesem abgestorbenen Gebiete die Bakterien angreifen können. Wir erhalten aber schon vor der Entstehung der Embolie Nachricht davon, daß sich in Schüben infiziertes Material, wahrscheinlich mehr breiartig, von den Thromben loslöst, indem die bei allgemeiner Infektion

mit eitriger Thrombose vorkommenden und sich vermehrenden Schüttelfröste ein Zeichen davon sind. In diesen Fällen findet man im Blute die betreffenden Bakterien und spricht von einer Pyämie.

Die Organe, worin sich bei diesen Infektionen am leichtesten Abszesse bilden, sind die Nieren, die Lunge, wobei meist eine eitrige Brustfellentzündung mit dabei entsteht, dann das Hirn, der Kropf. Aber auch Gelenke können vereitern, kurz fast überall können Eiterherde entstehen.

Wie nach anderen Erkrankungen kommen die Venenentzündungen auch und zwar verhältnismäßig häufig im Anschluß an eine Infektion von der Gebärmutter aus zu Stande. Wir können gutartige, mit wenig hohem Fieber einhergehende Phlebitis erleben und daneben äußerst schwere Fälle bei denen alle die oben geschilderten Erscheinungen zu Tage treten. Meist ist der Beginn im Becken in den Venen des breiten Mutterbandes zu suchen, von dort aus kann dann die Entzündung entweder sich in die größeren Beinvenen fortsetzen oder zu einer Pyämie führen. Oft aber bilden sich auch an Ort und Stelle Abszesse, die sich der Begrenzung durch das breite Mutterband entsprechend, außerhalb des Bauchfelles zwischen diesem und der Muskulatur der Beckenschaufel ausbreiten und über dem Poupartschen Bande zu fühlen sind. Die Entstehung eines solchen Abszesses ist meist für die Kranke als ein Glück anzusehen, indem dann oft die Entzündung an dieser Stelle lokalisirt bleibt und durch eine Eröffnung des Abszesses durch Schnitt der Eiter abgelassen werden kann. Meist tritt dann Heilung ein.

Die klinischen Zeichen, die zu einer Erkennung der Venenentzündung führen, sind meist auf das Bein beschränkt. Wir sehen neben mehr oder weniger hoher Temperatursteigerung meist im Anfang eine Schwellung des erkrankten Beines auftreten. Dabei bestehen Schmerzen an der Innenfläche des Beines in ihrem vorderen Abschnitt, dort, wo die oberflächliche und tiefe Beinvene das Bein herauf steigt. Bei vorsichtiger Betastung wird man dort in der Tiefe der Gewebe einen Strang fühlen können von etwa Fingerdicke, der mehr oder weniger lang ist und oft unter dem Poupartschen Bande verschwindet, um dort ins Becken empor zu steigen. Der Puls ist meist ziemlich hoch. In vereinzelten Fällen kommt es zu einer stärkeren Schwellung und großer Schmerzhaftigkeit der Wade und es kann sich dort ein Abszeß ausbilden, der wegen seiner durch die Schwellung bedingten weißen Farbe den Namen weiße schmerzhafte Phlegmasie erhalten hat.

Was die Behandlung der Venenentzündung anbetrifft, so muß in jedem Falle so frühzeitig wie möglich ein Arzt beigezogen werden. Es ist von größter Wichtigkeit daß das erkrankte Bein sorgfältig hochgelagert wird, auf ein nicht zu straff gefülltes Spreuerkissen, so daß es in ganzer Länge weich und unbeweglich gebettet ist und besonders darf das Knie nicht hohl liegen. Im Anfang müssen kalte Umschläge mit allseitiger Bedeckung durch eine Wolldecke gemacht werden. Bei allen Manipulationen achte man aufs Bestimmteste darauf, daß mit der Kranken und mit ihrem Beine möglichst wenig Bewegungen gemacht werden, denn es kann jederzeit ein Teil des Thrombus sich loslösen und dann als Embolus irgendwo Schaden anrichten. In späteren Stadien ist es Sache des Arztes zu beurteilen, wann und in welchem Maße der Moment gekommen ist, um vorsichtige Bewegungsübungen vorzunehmen; meist wird dieser Zeitpunkt erst nach einer Reihe von Wochen eintreten. Der Grund dazu ist folgender: Wenn alles gut verläuft und die Temperatursteigerung abklingt, so bleibt in der durch den Thrombus verstopften Stelle der Vene das Gerinnsel und verbindet sich fester mit der Gefäßwand. Von dieser aus dringen nun allmählich kleinste Blutgefäße in das Gerinnsel ein und bringen Bindegewebszellen mit sich, welche in einiger Zeit den Thrombus „organisieren", d. h. aus ihm ein festes Bindegewebe bilden. Nun ist keine Gefahr einer Embolie mehr da; aber zugleich ist auch die betreffende Stelle der Venenwand für immer verstopft und wird zu einem bindegewebigem Strang. Hierdurch bleibt noch lange eine Stauung in dem krank gewesenen Gliede bestehen und man sieht solche Patienten nach einer überstandenen Venenentzündung noch jahrelang geschwollene Beine haben. Allmählich aber bilden sich aus den feinen, in der Venenwand verlaufenden Blutgefäßen, die diese versorgen, durch Erweiterung wieder dickere Venen und die Zirkulation gleicht sich nach und nach aus. Vom Momente der völligen Organisation des Thrombus an kann dieser Prozeß durch eine sachgemäße Massage befördert werden.

Das Entstehen einer Embolie erkennt man je nach dem befallenen Organe an Zeichen, die dort auftreten. Bei den am häufigsten vorkommenden Lungenembolien fühlt die Kranke ein plötzliches Stechen auf der Brust oder im Rücken oft unmittelbar an eine Bewegung angeschlossen unter Atemnot und Erstickungsgefühl. Dann steigt meist sehr rasch die Temperatur und es tritt Husten mit blutigem Auswurf ein. Bei der ärztlichen Untersuchung findet man die Zeichen einer mehr oder weniger ausgedehnten Lungenentzündung und Brustfellentzündung. In Fällen aber, wo eine Hälfte der Lunge ganz außer Tätigkeit setzt, tritt unmittelbar der Tod ein unter den Zeichen höchster Atemnot und Erstickung.

Aus der Praxis.

I.

Im Januar d. J. wurde ich zu einer Frau gerufen, 10. Gebärende, 48 Jahre alt. Als ich kam, war die Frau noch auf, hatte aber heftige Wehen, ich richtete das Bett und da niemand da war, machte ich Feuer, um Wasser zu machen; indessen ging die Frau ins Bett. Nachdem ich mich gewaschen, reinigte ich auch die Frau, ich erschrak fast, denn die Frau hatte einen solchen Umfang und Hängebauch, daß er in liegender Stellung weit über die Schamteile herunterhing. Ich reinigte die Frau und machte die äußere Untersuchung, diese ergab: ich fand nichts; auch keine Herztöne. Die innere Untersuchung ergab: Muttermund bereits 5 Fr.-Stück groß, Blase springfertig. Nun telephonierte ich dem Arzt. Der erste und zweite war nicht zu Hause, der dritte versprach sofort zu kommen. Die Frau war mittlerweile wieder aufgestanden, nun hatte sie ein heftiges Weh, die Folge davon war Blasensprung mit einer fürchterlichen Menge Wasser, ich schickte die Frau ins Bett und desinfizierte nicht und machte eine zweite innere Untersuchung, diese ergab: Muttermund verstrichen, kein vorliegender Teil. Nun mußte ich das Wasser ausschöpfen, das Zimmer in Ordnung machen und alles zurecht richten für den Arzt, während dem erzählte mir die Frau, sie sei im neunten Monat schwanger und das Kind sei schon mehr als drei Monate tod, sie sei darauf zum Arzt gegangen, dieser sagte ihr: solange das Fruchtwasser nicht abgeflossen ist, ist keine Gefahr; derweil kam der Arzt. Während er sich reinigte und desinfizierte, machte ich der Frau die Narkose; als sie schlief, machte der Arzt die innere Untersuchung und die Wendung auf die Füße und zog einen Fuß durch den Muttermund, nun warteten wir auf Wehen und ließen die Frau erwachen. Als der Arzt wieder nachschaute, ob der Fuß weiter herunter komme bei den Wehen, fand er den Muttermund krampfhaft geschlossen um das Füßchen, da die Wehen gut waren, warteten wir noch eine Stunde, aber der Krampf gab nicht nach. Der Arzt sagte, wir warten ab bis sich der Krampf gelöst hat, das Kind ist doch tod. Der Arzt ging heim und ich blieb bei der Frau, nach drei Stunden bekam die Frau ein heftiges Weh (nachdem sie eine Stunde geschlafen hatte) und das Kind war geboren. Ich telephonierte sofort dem Arzt. Das Kind war tod, etwa 3—4 Pfund schwer und entsprach dem Reifezustand des sechsten Monats, die Haut hing in Fetzen herunter. Der Arzt untersuchte und fand nichts als die Plazenta und noch eine Menge Fruchtwasser. Die Plazenta mußte gelöst werden und war nur eine Fett- und Faserschicht, kein Blutäderchen fand sich mehr darin, dann machte der Arzt noch eine 2% warme Lysolspühlung. Das Wochenbett verlief normal, die Temperatur überstieg nie 37 und der Puls nie über 80, nach 10 Tagen arbeitete die Frau wieder wie gewohnt. H.

II.

Am 1. März d. J. wurde ich zu einer 3. Gebärenden, 42 Jahre alten Frau gerufen, um 4 Uhr nachmittags. Als ich kam, war die Frau noch auf, ich richtete das Bett und während dessen ging etwas Fruchtwasser ab. Nachdem ich mich und die Frau gewaschen und desinfiziert hatte, machte ich die äußere Untersuchung, diese ergab: einen steinharten Leib, wo ich gar nichts erkennen konnte, auch hörte ich keine Herztöne, trotzdem die Frau mir versicherte, sie habe vor einer Stunde noch Kindsbewegungen gespürt. Nun machte ich nach einer gründlichen Desinfizierung die innere Untersuchung, diese ergab: Muttermund bereits verstrichen, Blase springfertig (trotzdem vorher Fruchtwasser abgegangen war). Um 5 Uhr bekam die Frau Preßwehen, das Fruchtwasser floß ab und nach zwei Wehen war das Kind geboren; da es im bleichen Scheintod geboren wurde, nabelte ich es sofort ab. Nach vielmaligen Eintauchen in warmes und kaltes Wasser und Schwingungen fing es nach ½ Stunde ziemlich kräftig zu schreien an; ich legte das Kind auf die Seite und ging zur Mutter (wo ich vorher mehrmals nachschaute, ob es nicht blutete), die Frau hatte gerade ein starkes Weh und stieß die Plazenta spontan aus; Plazenta und Eihäute waren vollständig. Da wollte ich nachschauen, wie die Gebärmutter sich zusammenziehe, aber da war der Leib so groß und hart wie vor der Geburt. Ich wusch und desinfizierte mich und die Frau und machte noch eine innere Untersuchung, diese ergab: vollständig geschlossener Muttermund. Nun schickte ich den Mann zum Arzt mit der Bemerkung, es sei etwas nicht in Ordnung mit der Frau. Der Mann machte mir nun Grobheiten und sagte, ich verstehe nichts und wenn das Kind und die Nachgeburt da sei, brauche man ja nichts mehr, er brauche kein zweites Kind und keinen Arzt. Ich telephonierte dem Arzt selbst und er kam auch sofort. Bei der äußern Untersuchung sagte er, hier muß noch etwas darin sein, aber was es ist, wisse er selber noch nicht, und die innere Untersuchung ergab: geschlossener Muttermund. Der Arzt sagte, es ist etwas in der Gebärmutter, das heraus muß; so bekommt die Frau schon Wehen und im anderen Falle werde ich Morgen um 8 Uhr eine gründliche Untersuchung vornehmen, er hinterließ auch den Bericht, wann es anfange zu bluten, ihn unverzüglich zu rufen. Morgen um ½8 Uhr ging ich zur Frau, sie zu besorgen, sie sagte mir, sie habe die ganze Nacht sehr gut geschlafen und sei ihr recht wohl. Die Temperatur betrug 37,1 und 86 Puls. Auf Befehl des Arztes machte ich eine warme 2% Lysollösung zurecht für eine Uterusausspühlung. Aber nach der Untersuchung sagte der Arzt, es sei unmöglich eine Uterusspühlung zu machen, da der Muttermund noch fest geschlossen sei, folglich machten wir nur eine Scheidenspühlung und wiederholten solche im ganzen Wochenbett. Das Wochenbett verlief normal. Temperatur überstieg nie 37,5 und Puls nie über 90. H.

III.

Letztes Jahr, Ende November, wurde ich zu einer 30jährigen, kräftig gebauten Frau gerufen,