

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: 57 (1959)

Heft: 8

Artikel: Narkose und Geburtshilfe

Autor: Ganz, P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951535>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

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

Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZ. HEBAMMENVERBANDES

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. NEUWEILER, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern
für den allgemeinen Teil: Fräulein MARTHA LEHMANN, Hebamme, Zollikofen / Bern, Tel. 65 12 80

Abonnements:

Jahres-Abonnement für die Schweiz Fr. 4.—
für das Ausland Fr. 4.— plus Porto

Druck und Expedition:

Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Bern
Mattenenge 2, Tel. 2 21 87

wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind

Insertate:

im Inseratenteil: pro 1spaltige Petitzeile 48 Cts
im Textteil: pro 1spaltige Petitzeile 72 Cts.

Narkose und Geburtshilfe

Neue Gesichtspunkte – alte Grundsätze

Wenn seit wenigen Jahren die Wissenschaft und Kunst der Narkose zum spezialärztlichen Fach erhoben wurde und in ihrer neuesten Entwicklung erstaunlichste Möglichkeiten als Helferin fast aller Zweige der Medizin geschaffen hat, so blicken wir geburtshelferisch Tätigen mit berechtigtem Stolz zurück auf die frühen Anfänge dieser Entwicklung. John Snow nennt man den ersten Anästhesisten. Er war es, der in geburtshelferischer Eigenschaft der englischen Königin Victoria 1853 durch einen Chloroformrausch den Durchtritt bei der Geburt ihres Sohnes Leopold erleichtert hat. Die ganze Welt hat damals staunend dieses Ereignis mitbeobachtet und die fachliche Bezeichnung «narcose à la reine» wird heute noch für einen kurzen Rausch durch die Inhalation eines Narkosedampfes verwendet. Heute aber wird nicht nur Königinnen und Gebärenden die Wohltat der Schmerzfreiheit und des Schlafes zuteil. Nein, jeder, vom Säugling bis zum Greis, kann damit rechnen, den unangenehmen Moment einer Operation unter Ausschaltung jeden Schmerzes und in tiefem Schlaf bei geringstem Risiko zu überbrücken, betreut und kontrolliert durch die Narkoseschwester oder den Anästhesisten. Aber auch dem Operateur wird durch die moderne Narkose mancher Vorteil geboten, was wiederum dem Kranken zugute kommt. Heute kann der Chirurg nötigenfalls stundenlang an den Organen des eröffneten Bauchraumes arbeiten, ohne daß dabei die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes durch die gespannte oder unruhige Muskulatur der Bauchdecken beeinträchtigt würde und ohne daß der Patient durch die lange Operationsdauer ein erhöhtes Risiko einzugehen hätte. Der Anästhesist spendet dem Patienten einen milden Schlaf, durch intravenöse Spritze eingeleitet und durch ein Lachgas-Sauerstoff-Gemisch unterhalten, während seine Muskelaktivität durch eine Gabe eines Curarepräparates (Pfeilgift der Indianer, jetzt synthetisch hergestellt) absolut gelähmt bleibt. Wohl schlägt der Herzmuskel fort. Arme, Beine, Bauchmuskeln aber sind schlaff gelähmt, oft auch die Atemmuskulatur, so daß der Anästhesist die künstliche Beatmung für die Dauer der Operation auszuführen hat. Damit ihm diese in jedem Moment gewährleistet ist, hält er sich die Atemwege des Patienten offen durch eine direkte und luftdichte Schlauchverbindung des Narkoseapparates mit der Luftröhre des Patienten. Das Einführen eines geeigneten Schlauchstückes in die Trachea nennt man Intubation und erfordert geschicktes Umgehen mit dem eigens dafür geschaffenen Instrument, dem Laryngoskop, mit welchem man den Kehlkopfengang dem durch den Mund blickenden Auge sichtbar machen kann. Heute kann am ruhig im Narkoseschlaf liegenden intubierten Patienten der Chirurg den Brustkorb eröffnen, zur Operation an den Lungen, ohne daß diese durch den einströmenden

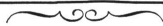
Luftdruck der Atmosphäre kollabieren würden. Ganze Lungensegmente, tuberkulös oder carcinomatös entartet, ja sogar ganze Lungenhälften kann der Chirurg entfernen, dieweil der Patient in leichtem Schlaf vom Anästhesisten kontrolliert und beatmet wird. Geübt in der Kontrolle der Wirkung von blutdrucksenkenden Mitteln, wird heute der Anästhesist dem am Gehirn operierenden Chirurgen ein Arbeitsfeld vorbereiten, dessen Uebersichtlichkeit nicht durch Blutungen beeinträchtigt wird. Das Kind, das heute zur Korrektur der schielenden Augen kommt, hat nicht mehr eine angstvolle Stunde unter den Instrumenten des Ophthalmologen zu verbringen. Es liegt in leichtem Schlaf, den es in seinem Bettchen beginnt (z. B. durch eine rektale



Zum 1. August

*Herr, es stand in deinem Namen
Volk aus stillen Tälern auf,
und als Mut und Demut kamen,
legtest du den Segen drauf.
Männerschwur in Sternennacht,
Höchster, du warst mit im Kreis,
hast ein Häuflein stark gemacht,
unser Land singt Lob und Preis.*

(Aus «Alles was Odem hat» von Adolf Maurer)



Narkoseeinleitung), wenn ihm durch den Anästhesisten das schlafgebende und schmerznehmende Atemgasgemisch in den Nasenrachenraum zugeführt wird, durch einen speziellen Zungenspatel, der dem Operateur bei seiner Arbeit am Auge nicht stört. Wenn es ohne Uebelkeit aufwacht, liegt es bereits wieder in seinem Bettchen, ohne schlechte Erinnerung an ein schmerzhaftes Erlebnis in diesem Spital. Der aus Trümmern geborgene Verunfallte wird vorerst vom Anästhesisten aus dem gefährlichen Schockzustand herausgebracht, durch sinnvolle Schmerzbekämpfung, Blutersatz und Freihaltung der Atemwege. Auch dies gehört zu den Obliegenheiten des Anästhesisten. Erst jetzt kann der Patient der Wundversorgung und der Wiederherstellungschirurgie zugeführt werden. Aus der hirnchirurgischen Abteilung kennen wir Fälle, sei es Unfallfolge, Wirkung eines Tumors, einer Krankheit oder einer Operation, bei welchen der Patient stunden-, oft sogar tagelang ohne Bewußtsein zu pflegen ist. Die Freihaltung der Atemwege und ihre regelmäßige Reinigung von Sekret, oft auch der künstliche Ersatz für die verloren gegangene Atmungsfunktion, ist Sache des Anästhesisten. In den chirurgischen Polikliniken werden heute ambulant kleine Eingriffe (z. B. Eröffnung eines Schweißdrüsenabszesses) in Kurznarkosen ausgeführt, die dem Patienten erlauben, gleich nach der Operation

ohne Schwindel, Müdigkeit oder Uebelkeit den Weg nach Hause unter die Füße zu nehmen, auch wenn er eine Stunde zuvor noch in tiefem Narkoseschlaf gelegen ist. Auch der Internist hat sich den Anästhesisten zum Helfer gemacht. Die Ueberwindung der schweren Tetanusvergiftung (Wundstarrkrampf) gelingt oft nur durch eine zeitweilige künstliche Lähmung und Ruhigstellung der Muskulatur durch ein Curarepräparat, wobei der Anästhesist wiederum die Beatmung des Gelähmten durch den Luftröhrentubus von Hand oder mittelst spezieller Atemautomaten übernimmt. Der diagnostische Eingriff der Bronchoskopie (Betrachtung der Luftröhre und der Bronchien bis in die einzelnen Lungenlappengänge durch einführen eines langen Optikrohres) war bisher in Lokalanästhesie für den Kranken ein höchst unangenehmes Erlebnis. Jetzt kann er die Untersuchung schlafend überbrücken und ist in völliger Muskelschlaffung für den Lungenspezialisten leicht zu handhaben. Die künstliche Beatmung liegt inzwischen in der Hand des Anästhesisten. Auch der Radiologe schätzt einen schlafenden Patienten, wenn er die komplizierten Aufnahmen mit den an sich schmerzhaften Kontrastmittelfüllungen der Arterien der Beine oder des Kopfes zu machen hat.

Wie steht es nun mit der Arbeit des Anästhesisten an geburtshilflichen Kliniken? Hier treten dem Arzt die kompliziertesten, aber auch die dankbarsten Probleme entgegen. Wir dürfen nie aus dem Auge lassen, daß jede Schmerzausschaltung, komme sie nun auf dem Wege des künstlichen Schlafes, der eigentlichen Narkose, oder auf dem Wege der örtlichen Betäubung von einzelnen Nervenendgebieten (Lokalanästhesie) oder von ganzen Nervenstämmen (Leitungsanästhesie) zustande, immer eine Einverleibung von Medikamenten mit sich bringt, von denen keines frei ist von unbeabsichtigten Nebenwirkungen. Und diese Nebenwirkungen können, je nach Art des Narkosemittels und nach der Dosierung, das normale Funktionieren des Körpers schwer beeinträchtigen, ja sogar zum Versagen bringen. Nur die allerwenigsten Narkosemittel machen an der Plazenta halt. Die meisten werden vom kindlichen Kreislauf aufgenommen, können dieselben Konzentrationen wie im Mutterblut erreichen und entfalten am Kind dieselben Wirkungen wie an der Mutter. Welche Wirkungen sind nun da höchst unerwünscht? Die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit des kindlichen Atemzentrums, hervorgerufen durch eine hohe Dosierung oder zu späte Verabreichung einer Vorbereitungspritze (z. B. einer Morphingabe), eines intravenösen schnellwirkenden Einschlafmittels (Thiobarbiturate, z. B. Narconumal) oder durch zu langdauernde oder zu ausgiebige Verabreichung des eigentlichen Narkosemittels (z. B. Aether, Cyclopropan). In gleicher Weise fürchten wir den Sauerstoffmangel, auf das Kind von der Mutter übergehend, wenn ungeeignete Zufuhr der Narkosegase den Sauerstoff verdrängt oder wenn ungeschickte Betreuung die Atmung der Nar-

kotisierten nicht frei hält. Wohl gibt es Möglichkeiten, den durch die Narkose eingeschlafenen, asphyktischen, sauerstoffverarmten Neugeborenen nach der Geburt oder operativen Entwicklung wiederzubeleben. Die Aufgabe und Kunst des Anästhesisten oder des die Narkose verordnenden Arztes ist es aber, Technik, Mittel, Zeitpunkt und Dauer der Narkose so zu wählen, daß Mutter und Chirurg von einem ausreichend tiefen Schlaf, das Kind aber von einer frischen Geburt profitieren kann. Wir sprechen hier von Narkosen, wie sie für einen größeren geburtshilflichen Eingriff (Wendungen, Extraktionen, Zangen, Sectio caesarea) nötig wird. Hier wird der Arzt die Narkose wohl- abgewogen verordnen und eine erfahrene Kraft wird sie ausführen. In noch strengem Sinne gilt dies, wenn zudem auf besondere Verhältnisse bei der Mutter zu achten ist: Lungenkrankheiten, die eine Herabsetzung der Austauschfläche für Sauerstoff zur Folge haben, Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes und Fettsucht, welche die Auswahl der Narkosemittel einschränken, Herz- und Kreislaufkrankheiten, welche eine speziell sauerstoffreiche Narkose erfordern und schlechter Allgemeinzustand, Anämie, akute Blutung, welche eine Empfindlichkeitszunahme mit sich bringen und einen zweckmäßigen Blutersatz erfordern.

Nun hängt aber der Erfolg einer Narkose nicht nur von den wohlüberlegten Anordnungen des Arztes ab, sondern weitgehend auch von drei Faktoren: 1. von der richtigen Vorbereitung, 2. von der Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit der mit der Narkose betrauten Person, 3. von der richtigen Ueberwachung des Patienten nach dem Eingriff.

Off findet es sich, daß die Hebamme für alle drei Verrichtungen zuständig ist. Im folgenden sollen jene Punkte besprochen werden, welche die Hebamme kennen muß und deren Beachtung einen einwandfreien Verlauf der Narkose garantiert:

Die Vorbereitung zur Narkose

1. Sei ruhig und ströme Ruhe aus. Lasse Dich durch nichts verleiten, Vorbereitungen, auch wenn sie flink geschehen müssen, lärmend und hetzend auszuführen. Noch eher als eine medikamentöse Sedation hat Deine Patientin Ruhe nötig. Laß diese von Deiner Person auf die Patientin übergehen, indem Du Dich selbst ruhig verhältst und ruhig mit der Patientin sprichst. Vergewissere Dich, daß sie unterrichtet worden ist, weshalb und wie die Operation vorgenommen werden soll. Die Patientin hat ein Anrecht darauf. Erkläre ihr auch, auf welche Weise ihr der Schlaf gebracht werden soll, durch die intravenöse Spritze oder durch das ruhige Atmen mit der Maske. Die Einschlafminuten sollen für die Patientin keine bangen Erwartungen bringen. Wenn sie weiß, was sie zu tun hat, wird sie sich richtig verhalten.
2. Jede Narkose braucht eine medikamentöse Vorbereitung. Ein Analgetikum (z. B. Morphin, Dolantin) gibt dem Patienten die voroperative Ruhe, eventuell Schmerzzerleichterung und hilft unter Einsparung von Narkosemitteln den Schlaf zu vertiefen. Ein Vagolytikum (z. B. Atropin, Bellafolin) setzt die Erregbarkeit der Eingeweidenerven herab und hemmt die Schleimsekretion in den Luftwegen. Erwähne dem Arzt daran, daß er eine Verordnung gibt. Eine bis eine halbe Stunde vor Operationsbeginn kommt die subkutane Verabreichung noch zur Wirkung. Drängt die Zeit, so wird der Arzt die intravenöse Verabreichung einer entsprechend verminderten Dosis verfügen.
3. Lasse die Patientin in einem ruhigen Raum, aber nicht allein, warten. Dulde nicht, daß Hilfspersonal vor der Patientin umherhastet und mit Instrumenten lärm.
4. Vergewissere Dich, daß die Patientin nicht kürzlich noch gegessen hat. Mit einem leeren

Unmöglich

Unmöglich ist ein unchristliches Wort. (Vinet)

Frieden, Gesundheit, Brot — das sind die großen Sorgen der Welt. Hunger, Krankheit, Krieg sind Handlanger des Todes. Leben denn die Menschen, um zu verhungern, um zu serbeln und um einander totzuschlagen? Das Sinnlose des Krieges macht uns zu schaffen. Wird das einmal anders? Ueberall stoßen wir auf Mauern, überall heißt es: Unmöglich! Der Teufel lacht.

Es gibt etwas, das Mauern eindringt. Gott! Vor ihm wandeln und handeln, hungern und dürsten nach seiner Herrschaft, unter seine Ordnung sich stellen mit seinen Bresten und Aengsten und mit allem, was wir in Händen haben: Geld, Werkzeug, Waffen — und das Wunder geschieht, das Unmögliche wird möglich. Das allein ist Realismus. Was man gewöhnlich Realpolitik nennt, ist Fahrt im Nebel, Räuberromantik. Gott fürchten, heißt sachlich leben. Alle Lebensgestaltung, Heilkunst, Wirtschaft und Politik auf Grund der Ehrfurcht vor dem Schöpfer und Herrn dient dem Leben. Da wird Wüste zum Garten. Drum Anfang und Ende immer wieder: Wir müssen mit Gott rechnen, müssen glauben.

Du denkst: Ich bin, wie ich bin; aus mir machen alle Engel keinen andern Menschen; Vererbung, Schicksal — wer will das umbiegen? Und man liest in Büchern von Erbmasse, von Naturgesetzen, von unerbittlichen Zusammenhängen — kann Gott da in die Speichen greifen und das Unheil aufhalten? Zahlen stehen vor dir auf, Erfahrungen, Tatsachen — das alles kommt daher wie ein Tank, wie eine Lawine, und du kannst nicht ausweichen. Wohl gibt es grausame Verkettungen im Leben, natürlich gibt es Grenzen und Schranken da und dort, aber wer verfügt darüber? Weißt du nichts von den unberechenbaren Möglichkeiten Gottes, von den Siegen der Wehrlosen und der Bändigung des Weltmeeres durch die Sandkörnerlein am Strand, nichts von dem, der dem Bergbach seine Wucht gibt und auf dem Felsen davor ein weiches Pösterlein mit Blumensternen hinsetzt, daß wir nur staunen und staunen können? Weißt du nicht, daß der, der die Sünden der Väter heim sucht bis ins dritte und vierte Geschlecht, Barmherzigkeit übt an vielen Tausenden derer, die ihn liebhaben und seine Gebote halten? Christen müssen sich das Wort «unmöglich» abgewöhnen, vor allem da, wo allerhand Not und Elend wie Ungeheuer vor uns aufstehen. Wir gehören auf die Seite Gottes. Und von ihm steht geschrieben: Bei den Menschen ist es unmöglich, aber bei Gott sind alle Dinge möglich.

Aus: «Ob Berge weichen» von Adolf Maurer

Magen können wir erst sechs Stunden nach der letzten Mahlzeit rechnen. Andernfalls müssen wir ihn entleeren durch eine dicke Magensonde. Nicht nur der flüssige Inhalt, sondern vor allem die festen unverdauten Speisestücke (Fleischbrocken) müssen heraus. Wenn es die Patientin auch als unangenehm empfindet, so ist es doch die einzige sichere Methode, die Gefahr der Aspiration von Mageninhalt durch die Bronchien in die Lungen zu bannen. Bei dem fehlenden Schluck- und Hustenreflex unter der Narkose könnte bei dem doch häufigen Aufstoßen ein fester Brocken leicht in einen Bronchus geraten und große Teile der Lunge verstopfen. Leicht kann so ein Patient geradeweise ersticken; kommt er davon, wird er zumindest von einer Lungenentzündung befallen. Wer einen Patienten mit vollem Magen zur Narkose bringt, macht sich eines groben Kunstfehlers schuldig und muß für einen daraus entstehenden Zwischenfall haften. Andererseits wirst Du feststellen, daß ein Patient, dessen Verdauung durch richtige Vorbereitung stillgelegt wurde, bedeutend leichter einschläft und in die gewünschte Narkosetiefe zu bringen ist.

Wie soll man sich da vorbereitend verhalten, wenn die Möglichkeit einer Operation wohl da, die Entscheidung aber noch nicht gefällt ist (z. B. im Falle einer leicht blutenden Patientin bei Verdacht auf Placenta praevia)? Solchen Leuten wirst Du niemals ganze Mahlzeiten vorsetzen, unter keinen Umständen Fleisch, Brot und ähnliche feste Brocken. Stelle ihnen einen Speisezettel mit häufigen kleinen Gaben von Flüssigem und Breiigem wie gezuckerten Tee, Ovomaltine, Yoghurt, Cremes, Bouillon usw. auf und führe diesen

Plan strikte durch bis zum endgültigen Entscheid über Operation oder nicht Operation. Zweckmäßig ist es, wenn Du prinzipiell allen unter der Geburt stehenden Frauen, und mag das auch zwei oder drei Tage dauern, nur solche Kost verabreichst. Du ersparst Dir so das Aushebern des Magens, wenn dann plötzlich einmal schnell die Indikation zu einer Operation mit Narkose gestellt wird.

5. Sehe Dich vor, daß nichts die freien Atemwege behindern wird. Entferne Prothesen und Teilprothesen. Es sind auch schon Leute an aspirierten Bonbons und lockeren Zähnen zugrunde gegangen.

Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit bei der Durchführung der Narkose

1. Sei ruhig und dulde nicht, daß Deine Umgebung lärm oder unnötige Geräusche verursacht. Nur so schläft die Patientin gut ein und nur so kannst Du Deine vollen Sinne (auch die Ohren) zur Kontrolle der Narkose (der Atmung) verwenden.
2. Lagere die Patientin bequem. Nirgends soll ein Glied eine unnatürliche Haltung einnehmen und nirgends soll eine Druckstelle sein. Schwere, bleibende Schäden können so vermieden werden. Der Kopf mit dem Mund sei immer die tiefste Stelle der gelagerten Frau.
3. Erhältst Du die Anweisung, mit intravenösen Mitteln einzuleiten, dann gib diese langsam und nur in Mengen, die gerade ausreichen zum Einschlafen (knappes Erlöschen des Augenlidreflexes bei Berühren der Wimpern). Soll die Narkose mit Lachgas eingeleitet werden, so achte, daß die Konzentration des Sauerstoffs nie unter 20 Prozent fällt. Wähle dieses Verhältnis nur für die ersten paar Atemzüge und verbessere dann zugunsten von mindestens 30 Prozent Sauerstoff. Für intrauterine Eingriffe ist die Lachgasanalgesie unausreichend. Wenn Du Dich nun mit zunehmenden Aetherkonzentrationen einschleichst, dann tue dies bedächtig, aber unbeirrbar. Lasse Dich durch eine mögliche Exzitation nicht davon abbringen, die Maske dicht zu halten und durch fortgesetzte Aetheraufnahme dieses Stadium rasch zu durchschreiten. Bist Du ohne Apparat mit der Schimmelbuschmaske ausgerüstet, dann wirst Du für die Einleitung ein schnell wirksames Inhalationsmittel (z. B. Divinyläther, Vinydan) verwenden, um nach 10 bis 20 ausgiebigen Atemzügen für die Vertiefung der Narkose auf Aether überzugehen. Wenn Du beim Tropfen im Kreise wechselnd möglichst alle Punkte gleichmäßig auf der Maskenoberfläche befeuchtest, erzeugst Du die schnellste Verdampfung. Und wenn Du die durch die Ausatemungsluft oft feucht beschlagene oder gefrorene Maske mit einer frischen, saugkräftigen auswechselst, verbessert sich die Verdampfung nochmals mehr.
4. Achte während der ganzen Narkose auf die Kopflagerung. Bei tiefem Kopf ist die Gefahr der Aspiration von Erbrochenem am geringsten. Am besten aber ist man gewappnet mit der Bereitstellung einer Absaugvorrichtung (Tretpumpe, Wasserstrahlpumpe, elektrische Pumpe oder nötigenfalls einfach ein Gummischlauch, den man mit dem eigenen Mund zur Saugvorrichtung macht). Eine Saugvorrichtung muß bei jeder Narkose in Griffnähe sein.
5. Halte die Atemwege frei. Das Leben von Mutter und Kind hängen an der Sauerstoffzufuhr über diesen Weg. Die Zunge wird durch Kieferstützung am Zurückfallen gehindert.
6. Und nun beobachte und kontrolliere Deine Patientin mit Auge, Ohr, Nase und Tastgefühl. Melde dem Operateur, wenn sich die Hautfarbe von der rosigen zur blassen oder bläulichen verschiebt und suche den Grund dazu. Schaue auch und fühle mit der aufgelegten Hand, ob sich der Thorax mit der freien Atmung hebt und senkt. Horche auf

Bitte Mama, bade mich
mit Balma - Kleie



Die kleinen Säcklein machen das
Wasser herrlich weich.

das Atemgeräusch und korrigiere, wenn Zunge oder Schleim Geräusche machen und die freie Atmung behindern. Ueberzeuge Dich mit der eigenen Nase, ob viel oder wenig Aether in der Atemluft schwebt. Fühle, ob die Haut sich warm und trocken oder vielleicht kalt oder feucht anfühlt. Einen Finger (der Hand am Kiefer) hat man immer frei zur Kontrolle des Pulses auf Geschwindigkeit und Kräftigkeit. Du hast auch gelernt, die Narkosetiefe anhand der Pupille zu beurteilen. Merke Dir vor allem, daß Gefahr droht, wenn die Pupillen weit bleiben und auf Licht-einfall nicht reagieren.

7. Verlasse die Narkotisierte nie. Lasse andere Leute sich jetzt um Instrumente und um den Operateur kümmern. Deine Aufmerksamkeit gehört jetzt ganz dem schlafenden Narkotisierten, der ohne Deine Aufmerksamkeit und vorsorgliche Hilfe umkommen kann.

Die Ueberwachung nach dem Eingriff

1. Der Patient soll in Deinem Beisein erwachen. Es ist angenehm für ihn und beruhigend, dieselbe Person wie beim Einschlafen wieder vorzufinden. Niemals aber verlasse die Frau, wenn nicht Schluck- und Hustenreflexe vorhanden sind. Zeigt sie auf Aufforderung hin die Zunge, so sind diese Reflexe sicher auch da. Bedenke, daß auch im Nachschlaf die Narkotisierte einer Bewußtlosen gleicht. Ohne Ueberwachung kann eine Kleinigkeit, z. B. das Zurückfallen der Zunge, den Tod bringen.
2. Lasse den Kopf tief lagern. Es gibt keinen geburtshelferischen Grund, um nicht bei der noch narkotisierten Frau, den Kopf mit dem Mund zur Seite gedreht, an tiefster Stelle des Bettes zu lagern. Also weg mit Keilmatratzen und Kopfkissen.
3. Wenn auch nicht mehr unablässig, so kontrolliere auch jetzt noch gelegentlich (alle zehn Minuten) den Puls der Frau, beachte die Atmung und die Farbe der Haut.

Bisher haben wir Allgemeinnarkosen bei geburtshilflichen Operationen vor Augen gehabt. Für gewisse Fälle ziehen einige Operateure jedoch die Leitungsanästhesie am wachen Patienten vor. Welches sind nun hier die zu treffenden Vorbereitungen? Genau dieselben wie zur Allgemeinanästhesie, und zwar deswegen, weil alle Formen der Leitungsanästhesie (Paravertebral-, Peridural-, Spinal-, Sacral- und Caudalanästhesie) gelegentlich eine Ergänzung durch eine leichte Allgemeinnarkose erfordern, oder dann plötzlich, durch die nicht allzu seltenen Zwischenfälle (Ueberempfindlichkeit, Atemlähmung) unbedingt eine Allgemeinnarkose mit der Möglichkeit der künstlichen Beatmung erfordern.

Ein letztes Wort noch zur Schmerzbe kämpfung unter der normalen Geburt. Selbst hier, wo wir nicht einen Bewußtseinsverlust, sondern lediglich Analgesie, Schmerzherabsetzung für die Wehengipfel und die Durchtrittsempfindung erzeugen wollen, gelten genau dieselben Vorbereitungs- und Ueberwachungsregeln.

Gute Beobachtung mit allen Sinnen, ruhige Handlungsweise und die Beachtung einiger weniger Grundsätze erlauben der Hebamme jederzeit eine saubere Narkose zugunsten von Mutter und Kind und zur Entlastung und zur Befriedigung des Chirurgen auszuführen.

Es bliebe nun noch zu besprechen die Leitung der Narkose für die Sectio caesarea, ein fesselndes Kapitel, das eine spätere Würdigung in einem eigenen Bericht wohlverdient.

P. Ganz, Assistenzarzt

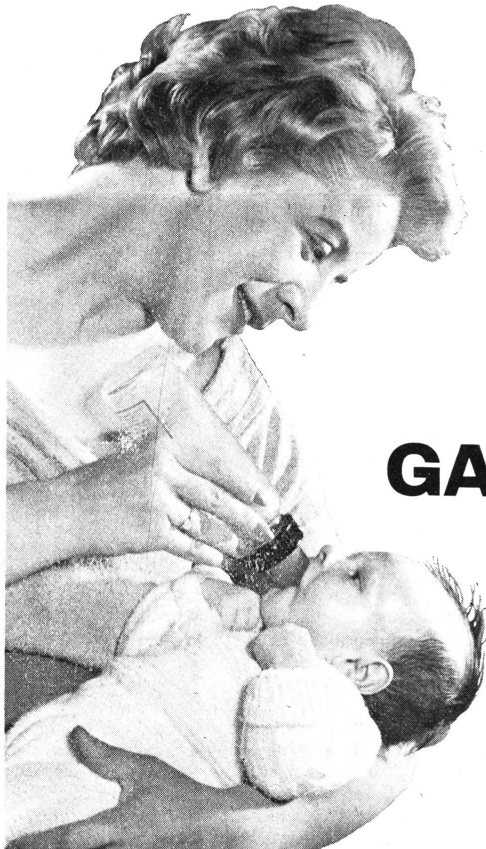
Delegiertenversammlung 1959 in Winterthur

Wieder gehört eine Delegiertenversammlung der Vergangenheit an. Die Erinnerung daran ist aber so schön, daß wir sie gerne noch einmal Revue passieren lassen. Bei allem, was uns in den zwei Tagen in Winterthur Schönes geboten wurde, spürte man, daß es von Herzen kam und daß sich die Veranstalter größte Mühe gaben, es uns gemächlich zu machen. Schon zum drittenmal in diesem Jahrhundert durfte ja der Schweizerische Hebammenverband Gast der Sektion Winterthur sein. Darum vor allem andern: Recht herzlicher Dank für die gewährte Gastfreundschaft Frau Tanner und allen Mitgliedern der Sektion Winterthur! Aufrichtiger Dank auch den Firmen, die uns das prächtige Festabzeichen, die vielen Gaben in bar und in der schönen Tasche so wertvolle Muster schenkten. –

Ein Gewitterregen hatte die Mittagshitze wohl-tätig gedämpft, als wir zum Kirchgemeindehaus wanderten, wo die Versammlung tagen sollte und die Rosen, die überall in Fülle blühten, erfreuten unser Auge. – Nach einem herzlichen Willkomm der Zentralpräsidentin wurde auch dieses Jahr die Delegiertenversammlung mit den beiden ersten Strophen des Liedes «Großer Gott, wir loben dich» eröffnet. Frau Tanner, die Präsidentin der Sektion Winterthur, begrüßte die zahl-

reichen Delegierten und Gäste in der Eulachstadt und Frau Wüthrich schloß sich mit ihrer Begrüßung und dem Dank an die gastgebende Sektion an. Besonders begrüßte sie Fräulein Käthe Hartmann aus Augsburg, die 1. Vorsitzende des bayerischen Hebammen-Landesverbandes, die als Gast in unserer Mitte weilte, den Besuch unserer Zentralpräsidentin erwidern, die letztes Jahr die bayerischen Hebammen anlässlich ihrer Landestagung kennen lernte. –

In der Behandlung der Traktanden machte diesmal die Krankenkasse den Anfang. Das war zu begrüßen; so hatten auch die Nichtmitglieder einmal Gelegenheit, den Verhandlungen der Krankenkasse beizuwohnen. Ihre Finanzen stehen gut, hat doch das Berichtsjahr eine Vermögensvermehrung von Fr. 6508.– gebracht, aber leider wird die Zahl der Mitglieder von Jahr zu Jahr kleiner. Langjährige Mitglieder werden abgerufen und neuen Zuwachs erhält sie wenig, weil die jungen Hebammen schon beim Eintritt in die Schule einer Krankenkasse angehören müssen. Die Präsidentin, Frau Helfenstein, wies auf den Umstand hin, daß noch zahlreiche Mitglieder keine Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben. Möchten sie es doch nicht unterlassen; die Bedingungen dazu sind bei unserer Kranken-



GALACTINA

der Nährplan
der sich
dem Säugling
anpasst

Vom 1. – 3. Monat

GALACTINA-SCHLEIM aus
Reis, Gerste, Hafer oder Hirse –
je nach Alter und individuellem
Bedürfnis des Kindes.

Vom 4. Monat an

GALACTINA 2 als Übergang zur Gemüsekost.
GALACTINA VOLLKORN, vielseitig verwend-
bar als Schoppen und Brei – mit Milch,
Frischgemüse, Früchten, Eiern oder Fleisch.