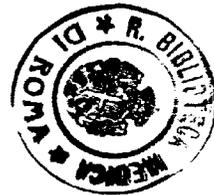


M



ZUR
DIÄTETIK DES WOCHENBETTES.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT
ZU
FREIBURG IM BREISGAU
VON
ERWIN KETTNER
APPROB. ARZT
AUS
FREIBURG I. BR.



Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg i. B.

Dekan: **Professor Dr. Aschoff.** Referent: **Professor Dr. Krönig.**

Meiner Mutter und dem Andenken
meines Vaters in Verehrung und Dank-
barkeit gewidmet.



Diätetik des Wochenbettes

heisst seit Jahrhunderten bei den Kulturvölkern soviel als Ruhe im Wochenbett, da man von jeher die Wöchnerin als Kranke anzusehen pflegte. Immer schwerer werden unseren Frauen die Mutterfunktionen, die Menstruation macht sie oft zu einer Kranken, die Geburt ist häufig ein Kampf auf Leben und Tod, dem erst wieder eine lange Rekonvaleszenz folgen muss: zum Säugen ist sie vielfach zu schwach.

Bisher wurden von den Frauen, wie von den Aerzten die Veränderungen, welche am weiblichen Körper nach überstandener Schwangerschaft und Geburt auftraten, als selbstverständliche und unvermeidliche Erscheinungen angesehen. Wenn die Frau sich angeschickt hat, Mutterpflichten zu übernehmen, so unterwirft sie sich nicht nur einer Reihe ernster Gefahren, sondern sie opfert auch einen grossen Teil ihrer Körperschönheit, ja sogar der körperlichen Leistungsfähigkeit.

So kam man dazu, ganz spezielle Vorschriften für die Wochenbettsdiätetik aufzustellen. Die Pflege der Wöchnerin verlangte eine lange Bettruhe. Meist wird der 9. bis 15., selbst 20. Tag als der geeignetste zum Aufstehen angesehen. Erst allmählich sind der Wöchnerin sehr schonende Bewegungen gestattet. Die vielfach zugestanden Schädigungen einer langen Bettruhe, wie vor allem die Störungen in den motorischen Funktionen des Darms, sei es Zersetzung der lange retinierten Fäkalmassen mit konsekutiven Darmkatarrhen, sei es Urinverhaltung bei

Bettruhe und mangelnder Bauchpresse, die oft zur Entleerung der Harnblase durch Katheter mit folgender Cystitis führten, hat man sich gewöhnt, als etwas durch die gegebenen Verhältnisse unabwendlich Bedingtes anzusehen und mit ihnen als mit physiologischen Erscheinungen zu rechnen. Auch das Gefühl der Mattigkeit, welches so viele Wöchnerinnen nach langer Bettruhe haben, und welches sie als kranke Frau erscheinen lässt, wenn sie nach 10—20 tägiger Ruhe das Lager verlässt, erschien als etwas selbstverständliches, weil man es eben nicht besser kannte. Die zunehmende Häufigkeit der Stillunfähigkeit führte man fast allein auf die veränderten sozialen Verhältnisse zurück. Man glaubte auch hier, es als etwas durch das moderne Leben Bedingtes hinnehmen zu müssen.

Selbstverständlich war bis vor kurzem auch die Beschränkung der Nahrungszufuhr. Die dünnen Suppen, von der Hebamme oft nach geheimnisvollen Rezepten zusammengestellt, waren auch nicht imstande, die Kräfte der Wöchnerinnen rasch wieder herzustellen.

Weiter verlangte die Vorschrift streng durchgeführte Rückenlage, mindestens bis zum 9. Tage. Die Rückenlage durfte auch durch die Defäkation nicht gestört werden (Abführmittel, Bettpfanne).

Küstner¹⁾ war der erste deutsche Autor, der entgegengesetzter Ansicht war. Er hat vor etwa 30 Jahren an einer kleinen Zahl Wöchnerinnen den Versuch mit frühem Aufstehen gemacht. Da einige Fieberfälle auftraten, sah er sich veranlasst, von einer Fortsetzung seiner Versuche abzustehen. Eine ernstere Erkrankung hatte sich bei keiner seiner Wöchnerinnen eingestellt.

Etwa um die gleiche Zeit hat Goodell²⁾ unabhängig von Küstner gute Erfahrungen mit Frühaufstehen bei circa 700 Wöchnerinnen gemacht.

Erst 20 Jahre später hat Küstner die Versuche

wieder aufgenommen. Das Resultat liegt in einer Arbeit von W. Brutzer³⁾ vor, der bei einer Zahl von fast tausend Wöchnerinnen schöne Erfolge erzielt hat, „dass nämlich eine Schädigung der Gesundheit der Wöchnerinnen durch das frühzeitige Aufstehen an unserem Material nicht zu konstatieren ist Wir können im Gegenteil eine raschere Hebung des Kräftezustandes feststellen.“

In Anlehnung an Küstner, jedoch mit prinzipiellen Unterschieden in Indikation und Kontraindikation, wurden neue Versuche dieser Art von Krönig in Freiburg⁴⁾ unternommen, denen seine Ansichten über Uebung und Schonung im Wochenbett zu Grunde lagen.

Er sagt sich, dass die Funktion eines Organs nur dann gewährleistet ist, wenn ein richtiges Mass zwischen Ruhe und Tätigkeit eingehalten wird. Aus dem sportlichen Training ist zu ersehen, welche eine Höhe der Leistungsfähigkeit des Muskels bei zweckentsprechender Inanspruchnahme erreicht werden kann, wie andererseits der Muskel an Funktionstüchtigkeit einbüsst, wenn er entweder überlastet oder längere Zeit ausser Tätigkeit gesetzt wird. Was für den Muskel gilt, gilt auch für alle anderen Organe: Nervensystem, Herz u. s. w.

Wohl sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologische Vorgänge, aber sie grenzen doch vielfach an das Pathologische.

Krönig⁴⁾ kommt auf Grund der unten zu behandelnden Momente und Ueberlegungen zu dem Schluss, dass, im Gegensatz zu den bisherigen Anschauungen, nicht Ruhe und Schonung für die Frau nach der Geburt vorteilhaft ist, sondern Uebung (Bewegung, Frühaufstehen, Gymnastik). Vorweg sei ein Einwand besprochen, welcher von mancher Seite erhoben wird. Alle möglichen späteren Leiden, welche in der Unterleibssphäre lokalisiert sind, werden auf ein etwaiges Frühaufstehen

im Wochenbett zurückgeführt. Die nervöse Frau im geschlechtsreifen Alter ist ja nur zu sehr geneigt, alle ihre mannigfachen Beschwerden und Leiden aus krankhaften Veränderungen des Geschlechtsapparates abzuleiten. Lokalisieren sich die Beschwerden noch mit Vorliebe in der Geschlechtsspähre, wie die so viel verbreiteten Kreuz- und Rückenschmerzen, Gefühl von Ziehen im Unterleibe und so manches andere, so ist der Schluss sehr bald gezogen, dass hier die Quelle alles Leidens sei. Findet sich dann noch unglücklicherweise eine Lageveränderung der Gebärmutter und gibt die Frau an, — wie gar nicht so selten — dass die Beschwerden sich im Anschluss an eine Entbindung ganz wesentlich verschlechtert hätten, so ist das ätiologische Abhängigkeitsverhältnis konstruiert, wo eine kritische Prüfung nur eine Coincidenz der Erscheinungen feststellt. Die Bedeutung des Wochenbettes ist hier unsomewhat einzuschränken, als die moderne Gynäkologie mehr und mehr erkennt, dass die klinische Bedeutung mancher genitaler Anomalien, wie leichte Rückwärtsneigung der Gebärmutter, verbunden mit Senkung, Narben am Muttermund, Erosionsbildungen, leichte Senkungen der Scheide bei mangelndem Scheidenschluss weit überschätzt werden. Es ist daher für den Geburtshelfer keine sehr dankbare Aufgabe, der herrschenden Meinung entgegenzutreten, dass das bisher fast allgemein anerkannte Prinzip der ausschliesslichen Schonung der Wöchnerin das Richtige sei.

Es soll hier nicht des Weiteren gesprochen werden von dem hohen Wert eines kräftigen und geübten Körpers für den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts. Es ist ja zur Genüge bekannt, wie leicht im allgemeinen die sportgeübten englischen und amerikanischen Frauen die Geburt vollenden und wie wenig sie nachher von ihrer Figur und Schönheit eingebüsst haben (Hegar⁵).

Die in der Schwangerschaft und Geburt beteiligten Muskelgruppen sind die der Bauchdecken und die des Beckenbodens.

Die Veränderungen, welche durch die Schwangerschaft bedingt sind, beruhen in erster Linie auf Dehnung und Erschlaffung der die Bauchhöhle umgrenzenden Weichteile. Diese bestehen aus der Muskulatur und dem komplizierten, die Festigkeit der Bauchwand gewährleistenden Faszienapparate (Rectusdiastase; Nabelhernie; Hängebauch). Weniger leicht lassen sich die Veränderungen, welche die Schwangerschaft am Zwerchfell hinterlässt, direkt prüfen. Der Atmungstypus, die Lage von Leber und Nieren lassen wohl oft auf eine Erschlaffung auch dieses wichtigen Muskels schliessen. Auch die Lageveränderung der Baucheingeweide ist von wesentlicher Bedeutung. Wohl finden sich auch Nieren- und Magenptosen öfters schon bei Nulliparen, doch lässt sich nicht verkennen, dass diese Veränderungen im Körper der Frau nach überstandener Schwangerschaft und Geburt eine viel grössere Rolle spielen, sowohl was die Frequenz wie den Grad der Ausbildung anbetrifft. Leber, Magen und Colon transversum lassen nicht selten eine Verschiebung nach unten nachweisen, so dass ein Einfluss der überstandenen Schwangerschaft auf die Lage dieser wichtigen Organe ausser Frage steht. Die Bedeutung solcher Verschiebungen für die Funktion dieser Organe, sowie die Blutzirkulation braucht nicht näher auseinander gesetzt zu werden. Zahlreiche Störungen von vorwiegend mechanischer Natur, zahlreiche Beschwerden mehr nervösen Charakters werden dadurch veranlasst

Einer direkten Prüfung sind die muskulären Elemente des Beckenbodens zugänglich. Sehr oft lässt sich eine Insuffizienz desselben nachweisen, wenn nach Einführung des Fingers in die Vagina der stehenden Frau die Patientin aufgefordert wird, durch Pressen den Druck im

Abdomen zu steigern. Ein deutliches Herabrücken des Uterus, der Vagina und der Blase finden wir bei dieser Untersuchungsmethode bei vielen Frauen, die noch über gar keine Prolapsempfindungen klagen. Wir wissen durch die grundlegenden Untersuchungen von Tandler und Halban,²⁴⁾ dass der Prolaps, vor allem die Senkung der Gebärmutter, in erster Linie bedingt ist durch eine Insuffizienz der Muskulatur des Beckenbodens, vornehmlich der Levatorplatte, in zweiter Linie der Bestandteile des Diaphragma genitale. Die Verfasser haben gezeigt, „dass der Uterus nicht durch seine Bänder, sondern durch die Stütze, welche er auf der unpaaren Levatorplatte findet, in seiner normalen Anteversion gehalten wird. Ein gesteigerter abdomineller Druck fixiert den Uterus noch mehr in dieser Lage. Partielle oder totale Vorfälle der Blase, der Scheide und des Uterus treten erst ein, wenn der Hiatus genitilis, d. h. der die Scheide umgebende Levatorspalt, durch Geburtstraumen abnorm gross geworden ist. Der Hiatus genitilis stellt dann nichts anderes als eine Bruchpforte dar, aus der alle Genitalorgane, soweit sie im Bereich der Bruchpforte liegen, herausgepresst werden. Ist also z. B. der Uterus klein und der Hiatus genitilis sehr gross geworden, so kann der ganze anteflektierte Uterus herausgepresst werden, wodurch ein kompletter Vorfall des anteflektierten Uterus entsteht. Liegt bei erweitertem Hiatus der Uterus retrovertiert, so wird der obere Teil des Uterus durch den Bauchdruck im Becken festgehalten, der untere, die Cervix und eventuell auch ein Stück des Corpus, aus dem Hiatus herausgetrieben und allmählich verlängert.“*)

Man kann sich nach der oben erwähnten Untersuchungsmethode leicht davon überzeugen, dass die Inanspruchnahme der Bauchdecken- und Glutäalmuskulatur

*) Zitiert nach A. Dührssen (Berlin) in seinem Referat in der Deutsch. Medizin. Wochenschr. Nr. 51, 1907.

und der Adduktoren des Oberschenkels eine Mitbewegung der Levatorfasern bedingt. Dabei verengt sich der Spalt des Hiatus genitalis und beugt einem Durchschlüpfen der Gebärmutter vor.

Wenn diese Anschauungen zu Recht bestehen, dann muss man gerade in den frühzeitigen gymnastischen Übungen der Wöchnerin und der dadurch bedingten Kräftigung und Wiederherstellung der lädierten Muskeln den besten Schutz gegen die Folgen der Erschlaffung und Dehnung dieser Muskelgruppen sehen.

So gibt uns schon Thure Brandt⁶⁾ in seiner klassischen Monographie über Massage bei Unterleibserkrankungen manchen trefflichen Wink. Aehnliche Angaben finden wir bei J. P. Müller⁷⁾, Schreiber⁸⁾, Frau Bess-Mensendik⁹⁾, J. Meyer-Dorpat¹⁰⁾, Stratz^{11, 12)}, P. Schultze-Naumburg¹³⁾ und andere.

Eine genauere Zusammenstellung der Literatur darüber finden wir in der Inaugural-Dissertation von Weissgerber¹⁴⁾, die aus der Freiburger Klinik hervorgegangen ist.

Ein erfreuliches Zeichen der Zeit ist die Tatsache, dass unsere grossen Tageszeitungen sich mit der Gymnastik und der Kultur des Frauenkörpers zu beschäftigen beginnen.

Seit über zwei Jahren wird in der Freiburger Frauenklinik eine veränderte Wochenbettsbehandlung durchgeführt.

Zunächst sei hinzugefügt, dass weit über 90 % der Frauen die Geburt im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf durchgemacht haben. Wie sehr dadurch das psychische Trauma, das durch die Summe aller Geburtsvorgänge bedingt ist, mit seinen Folgen herabgemindert, bezüglich ganz aufgehoben wird, ist nachzulesen in der Arbeit von Gauss¹⁵⁾.

Sobald die Kräfte der Wöchnerin es gestatten, wird sie aufgefordert, am ersten oder zweiten Tage post partum für kurze Zeit bis zu einigen Stunden das Bett zu verlassen. Haben wir die psychischen Eindrücke während der Geburt durch den Skopolamin-Dämmer Schlaf weitgehend herabgemindert, so gelingt es selbst bei sensibleren Frauen, sie früh ausser Bett zu bringen.

Manche Frauen können gleich mehrere Stunden ausser Bett bleiben, bei günstiger Witterung schon am 3.—5. Tage post partum im Freien spazieren gehen.

Die Erfahrung lehrt uns, dass allgemein ein grosser Teil der Wöchnerinnen aus dem Volke bereits vor dem 8. oder 9. Tag das Bett verlässt, ja dass sehr viele schon am 2. oder 3. Tage nach der Geburt aufstehen. In vielen Fällen werden sie gewiss durch soziale Gründe dazu veranlasst, doch spielen dabei sicher auch andere Umstände mit. Ahlfeld¹⁶⁾ sagt in seinem Lehrbuch, eine Wöchnerin soll sich, vom Schlafe post partum erwacht, so wohl fühlen, dass sie glaubt, „sie könne recht wohl aufstehen.“ Es erscheint nun natürlich, dass dieses Gefühl die Frauen aus dem Volke, die ein tätiges Leben gewohnt sind, auch veranlasst, so frühe aufzustehen, auch wenn sie nicht die Sorge um den Hausstand dazu treibt. Dieser Drang zum Aufstehen zeigt sich ja auch in der Klinik zum Verdrusse manches Stationsleiters und zum Kummer so mancher Stationschwester, wo doch keine Pflicht die Frauen dazu treibt

Allein schon die Tatsache, dass so viele Frauen im Puerperium das Bett frühzeitig verlassen, zeigt uns wohl, dass die Folgen des Aufstehens nicht so evident schädliche sein können. Fehling¹⁷⁾ behauptet allerdings, dass bei Frauen, die am 2. und 3. Wochenbettstage aufgestanden sind, auf wenige Glückliche eine 10fache und grössere Zahl von Frauen kommt, die davon dauernden Schaden erlitten haben. Diese Behauptung ist wohl

lediglich der Ausdruck subjektiver Ueberzeugung. Man kann dem entgegenhalten: Würde sich das frühzeitige Aufstehen in einer nennenswerten Zahl von Fällen durch Erkrankung rächen, so wäre das den Frauen schon längst zum Bewusstsein gekommen, zumal da die Aerzte seit jeher sich bemüht haben, das Liegenbleiben als dringendes Erfordernis hinzustellen und für die verschiedensten Erkrankungen das zu frühe Verlassen des Bettes verantwortlich gemacht haben.

Ueber Gymnastik der Wöchnerin liegt ausser einer kleinen Arbeit populären Inhalts von J. Meyer-Dorpat¹⁶⁾ und einer Broschüre von v. Wild¹⁸⁾ bis jetzt keine Literatur vor.

Die Technik der gymnastischen Uebungen der Wöchnerinnen an der Freiburger Frauenklinik ist im wesentlichen folgende:

Uebungsgruppe A betrifft die Muskulatur der Bauchdecken.

Uebungsgruppe B die des Beckenbodens.

Jede der Hauptübungen hat eine Vorübung, so dass im Ganzen 4 Uebungen in Anwendung kommen.

Uebungsgruppe A.

Erste Uebung (Vorübung): Heben des Rumpfes aus der Horizontallage, ohne Aufstützen der Arme; diese sind dabei a) lang an den Rumpf gelegt, b) über die Brust gekreuzt, c) über den Kopf erhoben, je nach dem Kräftezustand der Wöchnerin.

Zweite Uebung (Hauptübung): Gleicht der ersten, mit der Modifikation, dass die gestreckten Beine so weit als möglich über einander gelegt (gekreuzt) werden.

Uebungsgruppe B.

Dritte Uebung: Hebung des Beckens bei zum Lager senkrecht gestellten Unterschenkeln. Der Körper der



Patientin ruht dabei auf den Schultern und dem Naken einerseits, auf den Fusssohlen anderseits. Von den Schultern bis zu den Knien soll der Körper eine gerade Linie bilden.

Vierte Uebung (Hauptübung): Heben des Beckens wie oben mit Hinzufügung von Widerstandsübungen: unter tunlichstem Muskelwiderstand der Wöchnerin wird Knieschluss bezw. Knieteilung vorgenommen.

Diese Uebung ist nach den Vorschriften Thure Brandt's⁶⁾ zusammengestellt worden. Der Schwede nennt sie Knippnin garna.

Jede dieser Uebungen wird bis zur eben beginnenden Ermüdung der Wöchnerin ausgeführt. Das Mass der angewandten Kraft beim Einsetzen des Widerstandes wird den individuellen Verhältnissen angepasst. Jedesmal vor Beginn der Uebungen III und IV wird der Wöchnerin von neuem eingeschärft, dass sie tunlichst die Bewegung des Zusammenziehens des Afters und Zusammenpressens der Glutäalmuskulatur macht (die Aktion des willkürlichen Zurückhaltens von Stuhl und Urin).

Alle 4 Uebungen werden das erste und zweite Mal vom Arzte geleitet; darnach wird die Ausführung der ersten und dritten Uebung (die Vorübungen) der Pflegerin überlassen: bei einem einigermaßen guten Personal sind Bedenken dagegen nicht zu erheben. Die Uebungen II und IV werden ausschliesslich vom Arzte dirigiert, insbesondere wird auf eine exakte Ausführung des Knippnin garna der grösste Wert gelegt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Uebung I und II bis zu 20 mal ohne Ermüdung ausgeführt werden kann, während selbst die kräftigste Frau Knippnin garna nicht öfter als 3 mal durchzuführen vermag. Das Mass der aufgewandten Muskelarbeit kann der Arzt leicht an sich selbst ermessen. Hat er erst diese Uebungen mit 4 - 6 Frauen durchgenommen, so pflegt selbst der muskelkräftigste ermüdet zu sein. Selbst-

verständlich ist, dass zwischen jeder Uebung eine angemessene Pause liegt, in der die Wöchnerin sich wieder vollständig erholen kann. Dies wird dadurch erreicht, dass z. B. die Uebung II zuerst mit sämtlichen Frauen des Saales nacheinander durchgenommen wird, so dass, wenn die IV. Uebung bei der ersten Frau beginnt, eine Pause von 15—20 Minuten dazwischen liegt. Die Uebungen I und III werden vormittags unter Aufsicht der Pflegerin ausgeführt, die Uebungen II und IV nachmittags vom Arzte persönlich vorgenommen.

Ferner werden die Wöchnerinnen, bei denen ein kleiner Descensus vaginae der vorderen oder hinteren Wand festgestellt wurde, aufgefordert, stundenlang während der Zeit der Bettruhe die gestreckten Beine möglichst weit über einander zu legen (zu kreuzen). Ob diese Anordnung, deren Wirkung wir uns mechanisch vorstellen müssen, in der kurzen Zeit des Klinikaufenthaltes von Erfolg begleitet war, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Doch zeigte sich des öfters beim Abgangsbefund ein Kleinerwerden oder Verschwinden des Descensus.

In wie ausgiebiger Weise die Uebung IV die Beckenbodenmuskulatur in Anspruch nimmt, kann man sich durch Einführung eines Fingers in die Scheide und gleichzeitig in den Anus (Daumen-Zeigefinger) überzeugen.

Zur Wahrung des Schamgefühls bei den Wöchnerinnen wurden sie vor Beginn der 4. Uebung aufgefordert, ihr Hemd zwischen die Beine zu bringen, angeblich „dass sich keine Erkältung auf den Unterleib zieht.“ Auch ist es möglich, die Uebungen unter dem den Körper bedeckenden dünnen Betttuch aus Leinen ausführen zu lassen.

Mit den Uebungen wurde 24—36 Stunden post partum begonnen; selten später, dies nur aus Gründen persönlicher Art von seiten der Wöchnerin.

Es hat sich gezeigt, dass die Fähigkeit und der gute Wille, die gymnastischen Uebungen auszuführen, in direktem Verhältnis zur Intelligenz der Frauen stand; eine direkte Weigerung, die übrigens nur wenige Male vorkam, erhielten wir meist von geistig Beschränkten und einmal von einer 17. Gebärenden, die wohl mit Recht annahm, dass Ruhe ihr besser bekömmlich sei. Das beste „Turnen“ sahen wir bei kräftigen Erst- und Zweitgebärenden, meistens jungen Bäuerinnen oder Dienstmädchen, die an körperliche Arbeit gewöhnt waren. Manch eine von ihnen verliess die Klinik mit fast virginellen Befund der Bauchdecken und äusseren Geschlechtsteile.

Die anfänglich leichte Scheu der Wöchnerinnen vor der Gymnastik als etwas absolut Neuem machte in kurzer Zeit einer förmlichen Begeisterung Platz, da auf der Station bald eine Frau der andern von der wohlthuenden und kräftigenden Wirkung der Uebungen erzählte. Oft konnte man kaum die operativ Entbundenen, die ja selbstverständlich von dieser Behandlung bedingt ausgeschlossen waren, von den Uebungen abhalten.

Sobald im Befinden der Wöchnerin Störungen auftreten — Temperaturerhöhung; stärkerer Abgang von blutigen Lochien; Schmerzen; auch nur subjektives Unbehagen — wurde selbstverständlich, der Vorsicht halber, sofort von den Uebungen Abstand genommen. Ferner wurde keine Patientin zu den Uebungen angehalten, wenn sie diese auf ärztlichen Rat hin nicht freiwillig ausführte. Ausdrücklich bestand von vornherein der Grundsatz, dass keine der Frauen gegen ihren freien Willen gezwungen werden sollte.

Ausgeschlossen von der Serie der „turnenden“ Frauen waren selbstverständlich alle, deren Geburtsverlauf ein von der Regel abweichender war.

Einige Zeit wurden bei den Wöchnerinnen Versuche gemacht, durch Wechseldouche (12 ° bez. 40 ° C.) auf die Muskulatur des Beckenbodens einzuwirken.

Dass durch eine gutsitzende Binde oder straffes Wickeln mit Flanellbinden die Rückbildung der Bauchdecken (bei Ruhe oder Frühaufstehen) gefördert wurde, konnten wir uns nicht überzeugen. In konsequenter und logischer Durchführung unserer Ansichten vom hohen Wert des Frühaufstehens und der Gymnastik haben wir die Binden und das Wickeln weggelassen und dabei vielleicht bessere Resultate erzielt, als durch Stützung und Inaktivierung der Bauchdecken.

Zuverlässige Resultate zur Klärung der Frage nach dem Nutzen oder Schaden des Frühaufstehens und der Gymnastik im Wochenbett kann vorderhand nur die klinische Beobachtung ergeben. Eine genauere Kenntnis des Verhaltens der Wöchnerin bei frühzeitigem Aufstehen ist nicht nur von wissenschaftlichem, sondern auch von hohem praktischen Interesse. Die Differenzen in der Behandlung der Wochenbettruhe beruhen ja auch auf den verschiedenartigen Anschauungen über den Nutzen oder Schaden der zu langen oder zu kurzen Bettruhe.

Bei der geringen Zahl von Veröffentlichungen der klinischen Erfahrungen scheint es angebracht, kurz die Gefahren zu berücksichtigen, die der Wöchnerin bei frühzeitigem Verlassen des Bettes drohen können.

Als Einwände gegen das Frühaufstehen werden angeführt:

1. Die Involution des Uterus wird gestört; die Entstehung von Retroflexio und Prolaps wird begünstigt.
2. Es können Embolien eintreten.
3. Durch Wiederaufreißen bereits im Verheilen begriffener Wunden werden neue Infektionsportnen gesetzt; durch die Bewegung werden die Keime weiter verschleppt.
4. Der Ausbildung eines Hängebauches wird Vor-schub geleistet.
5. Die Frauen sind zu schwach zum Aufstehen.

Es dürfte genügen auf die Versuche von Küstner¹⁹⁾ hinzuweisen, die er an Wöchnerinnen und nicht puerperalen Frauen angestellt hat, um den Einfluss der aufrechten Haltung auf die Lage des Uterus festzustellen. Er gelangte dabei u. a. zu folgenden Sätzen: „Da die Lage des Uterus in der stehenden Frau im Vergleiche mit seiner Lage in der Rückenlage nur eine noch stärkere Anteversio-flexio zugleich mit stärkerer Retropositio darstellt, niemals jedenfalls weder als pathologische Stellung, noch als Uebergang zu einer solchen aufgefasst werden kann, so würde in dem fraglichen Lagewechsel des Uterus auch nie eine Kontraindikation bestehen, die Wöchnerin vom Augenblicke der Geburtsbeendigung an in aufrechter Haltung verbringen zu lassen,“ und weiter, „da weder Zirkulationshemmungen, noch Involutionsstörungen mit der aufrechten Haltung der Wöchnerin ätiologisch etwas zu tun haben, so wäre von diesem Gesichtspunkte aus nichts dagegen einzuwenden, dass die Wöchnerin alsbald nach Beendigung der Geburt aufstünde.“ Die Befürchtung, mangelhafte Involution, Retroflexio und Prolaps würden die Folge des Aufstehens sein, erscheint darnach unbegründet. Nur dürfen sich nicht dem Aufstehen Beschäftigungen hinzugesellen, die die Bauchpresse stark in Anspruch nehmen, wie Arbeiten, Heben schwerer Gegenstände etc., wie es ja so oft bei Frauen der arbeitenden Klasse der Fall ist.

Günther²⁰⁾ macht an der Hand der von ihm nachuntersuchten Wöchnerinnen der Freiburger Frauenklinik darauf aufmerksam, wie gut die Resultate in Bezug auf Bauchdecken und Beckenboden waren bei den Frauen, die früh aufgestanden sind. Er fand zugleich auffallend oft Descensus und schlaffe Bauchdecken gerade bei solchen Frauen, die nach den bisher gültigen Ansichten wegen ihrer länger ausgedehnten Wochenbettruhe eine Schädigung der genannten Art nicht hätten erwarten lassen dürfen.

Ferner wird das Auftreten von Embolien der Lungenarterien befürchtet. Die normalerweise an der Plazentarestelle sich bildenden Thromben verlassen dieselbe nicht. Gefährlich werden die Thromben erst, wenn sie sich von da in grössere Gefässe fortsetzen, oder wenn sich in Becken- oder Schenkelvenen autochthone Thromben bilden. Diese Thrombenbildung kann sich einesteils an entzündliche Prozesse anschliessen, und die meisten in der Literatur angeführten Fälle, ebenso unsere eigenen, waren mit fieberhafter Erkrankung verbunden. Diese Fälle können hier nicht in Betracht kommen, weil Auftreten von Fieber ja Bettruhe erheischt. In einer anderen Reihe von Fällen besteht ausser der Thrombose keine andere Erkrankung; der Grund der Thrombenbildung ist hier in der Erweiterung der Becken- resp. Schenkelvenen und zugleich in der allgemeinen Verlangsamung der Blutzirkulation im Wochenbett besonders direkt unterhalb des Poupert'schen Bandes zu finden. Es war vorauszusehen, dass das Vorkommen von Thrombosen und Embolien sich bei den Frühaufstehenden wesentlich verringern würden. Steht die Frau auf und bewegt sich, so kommt es fast nie zur pathologischen Thrombenbildung. Dementsprechend zeigt auch unsere Statistik, dass bei einer Serie von 436 Wöchnerinnen, welche zwischen dem 1.—3. Tage aufstanden, keine Thrombose oder Embolie aufgetreten war; dass dagegen bei einer Serie von 146 Wöchnerinnen, welche nach dem 10. Tage aufstanden, nicht weniger als 3,4 % Thrombosen entstanden, mit Einschluss der 3 Fälle von Thrombenbildung, welche, wie so häufig, im Anschluss an eine Hebotomie auftraten.

Eine Frage von der grössten Tragweite ist die, ob nicht durch das frühe Aufstehen die Gefahr der puerperalen Erkrankung erhöht wird. Ist eine Wöchnerin erkrankt, so ist ja Bettruhe dringend geboten. Aufstehen und Bewegung schaden dem fieberkranken Organismus

leicht nach allgemeiner Auffassung. Muss daraus der Schluss gezogen werden, dass auch einer gesunden Wöchnerin das Aufstehen schädlich ist? Das wäre sicher nicht richtig gedacht und würde auch der sonst üblichen Praxis widersprechen. Bei einer puerperal schwer erkrankten Wöchnerin wird z. B. in den meisten Fällen ein Abführmittel vermieden werden müssen, während man kein Bedenken trägt, einer gesunden oder leichtkranken Wöchnerin am 3. oder 4. Tag Rizinusöl zu geben. Man konstruiert die grössere Infektionsgefahr daraus, dass durch die Bewegung bereits in Verheilung begriffene Wunden aufgerissen werden, wodurch neue Infektionspforten geschaffen und Keime an bisher nicht befallene Stellen transportiert werden.

Dass neue Infektionspforten durch das Aufstehen eröffnet werden können, muss zugegeben werden. Selbstverständlich ist hier abzusehen von Wöchnerinnen mit grösseren Verletzungen, die in Rücksicht auf eben diese Verletzungen das Bett hüten mussten. Aber bei jeder Geburt entstehen auch kleine Verletzungen, die bei Zerrung und Reibung wieder angefrischt werden können. Solche Zerrungen lassen sich aber auch bei Bettruhe nicht vermeiden, sie sind vor allem durch die Entleerung von Blase und Mastdarm bedingt. Wie Küstner¹⁹⁾ nachgewiesen hat, sind die dadurch veranlassten Bewegungen des Uterus viel ausgiebiger als die beim Aufstehen.

Kohl²³⁾ konnte sogar nachweisen, dass die Morbiditätsverhältnisse bei den früh aufgestandenen Wöchnerinnen der Freiburger Frauenklinik auffallend bessere waren als bei den spät aufgestandenen. Er stellte die im Jahre 1905 (damals standen alle Wöchnerinnen nicht früher auf) nach dem 5. Tag Aufstehenden allen denen der Jahre 1906/07 gegenüber, die vom 1.—5. Tag aufstanden und die wegen Fieber zwischen 1. und 5. Tag nicht aufstehen konnten; so glaubte er den Einwürfen begegnen zu können

dass er seine Zahlen unauffällig verbessere durch die Ausscheidung der wegen Fieber nicht aufgestandenen Wöchnerinnen. Das Resultat war, dass auch so noch die Frühaufsteherinnen der Jahre 1906 und 07 erheblich bessere Resultate aufwiesen, als die Spätaufgestandenen von 1905.

Eine Schädigung der Bauchdecken kann unter Umständen durch eine nach dem Verlassen des Wochenbettes getragene Leibbinde vermieden werden. Von der Leibbinde muss verlangt werden, dass sie peinlich genau sitzt; am besten lässt man, wenn man sich schon zum Tragen einer Leibbinde versteht, diese bei einer bewährten Firma nach Mass anfertigen. Hierin können uns die Frauen der gut gestellten Amerikaner und Engländer vorbildlich sein, die ihre Leibbinden nach dem Wochenbett alle 8—10 Tage abändern, bezw. neu anfertigen lassen.

Doch ist es erwiesen, dass gerade leichte Inanspruchnahme der Bauchdecken, wie sie beim Aufstehen und noch mehr durch Gymnastik stattfindet, das beste Mittel zur Verhütung des Hängebauches ist, während die völlige Untätigkeit und Erschlaffung bei Bettruhe ein Atrophieren der Muskelfasern veranlassen muss.

Günther²⁰⁾ bestätigt durch seine Untersuchungen das Zutreffende dieser Annahme.

Was schliesslich den Einwand betrifft, dass die Frauen zu schwach sind, um aufzustehen, so verbietet sich, wo dieses der Fall ist, das Aufstehen natürlich von selbst. Gestützt auf die an unserem Material gemachten Erfahrungen kann darauf verwiesen werden, dass weitaus die meisten Frauen sehr wohl die Kraft zum Aufstehen haben und auch gerne dazu bereit sind.

Es folgen jetzt die Ergebnisse der Beobachtungen an frühaufgestandenen Wöchnerinnen, die an der Freiburger Universitäts-Frauenklinik Krönig durch seinen Assistenten Dr. Gauss hat anstellen lassen. Da in demnächst er-

scheinenden weiteren Arbeiten die Ergebnisse ausführlich besprochen werden, so konnten wir uns in folgendem kurz fassen:

Material.

Die Versuche Gauss²¹⁾ erstrecken sich auf einen Zeitraum von 1½ Jahren und betreffen 1000 Frauen, die vom 1. Oktober 1905 bis 1. April 1907 entbunden worden sind. Unter diesen Frauen standen 61,7 % bis zum 5. Wochenbetttage, 40,6 % bis zum 3. Wochenbetttage auf; 91,6 % wurden spontan, 8,4 % operativ entbunden. Ausser den grösseren geburtshilflichen Operationen wurden noch in 15,8 % der Fälle kleine Eingriffe (Dammrissnaht, Kolpeuryse etc.) vorgenommen, so dass 24,2 % im Ganzen mit ärztlicher Hilfe niederkamen. 24,1 % aller Frauen waren unter den bis zum 5. Tage aufgestandenen Wöchnerinnen Erstgebärende; 15,1 % Zweitgebärende, 22,5 % Vielgebärende; 19,1 % aller Frauen waren unter den nach dem 5. Tag aufgestandenen Wöchnerinnen Erstgebärende, 6,8 % Zweitgebärende, 11,4 % Vielgebärende: von den 1000 Wöchnerinnen starben 10 = 1 %: 5 an akuter Anämie, 2 an Eklampsie, 3 an akuter Sepsis. Von den 3 Septischen waren 2 nachweislich ausserhalb infiziert, 1 starb einen Tag nach einer intra partum vorgenommenen abdominellen Myomotomie an Peritonitis. Keine dieser 10 Frauen hatte zwischen Geburt und Tod das Bett verlassen.

Subjektives Wohlbefinden, allgemeiner Kräftezustand.

Das subjektive Wohlbefinden der früh aufgestandenen Frauen war durchweg vorzüglich. 113 Frauen, die bis zum 3. Tage aufgestanden waren, wurde die Frage vorgelegt, wie ihr allgemeiner Kräftezustand in diesem Wochenbette wäre, verglichen mit dem früherer Wochen-

betten, in denen sie nach dem 5. Tage aufgestanden waren.

Von ihnen bezeichneten das kurze Wochenbett

59,3 % als deutlich besser und

15,0 % als auffallend besser. Gegenüber diesen 74,3 %, die das kurze Wochenbett als besser verlaufen erklärten, gaben nur 3,5 % an, dass es schlechter und 22,2 %, dass es nicht anders wie das frühere Wochenbett, bezw. die früheren Wochenbetten gewesen sei.

47 dieser 113 Frauen trieben keine Gymnastik. Bei den andern 66 wurden vom 2. Tage an die oben beschriebenen Uebungen ausgeführt. Ein Vergleich dieser beiden, wenn auch kleinen Serien ergab, dass die Frauen, die ausser dem frühen Aufstehen auch noch die gymnastischen Uebungen gemacht hatten, in einem grösseren Prozentsatz einen gegen das frühere Wochenbett deutlich besseren Kräftezustand aufweisen.

Von 308 spontan entbundenen Frauen wurden Notizen über den Kräftezustand beim 1. Aufstehen gemacht. Schwindel und Schwächegefühl wurde bei

22,7 % der bis zum 3. Tage,

29,2 % der am 4. oder 5. Tage,

44,5 % der vom 6.—10. Tage

aufgestandenen Wöchnerinnen notiert.

Diese Besserung des allgemeinen Kräftezustandes äussert sich auch deutlich in einer auffälligen, durch die Körperbewegung angefachten Appetitsteigerung.

Vor der Einführung des Frühaufstehens wurde an den ersten 3 Tagen des Wochenbetts durchweg folgende knappe Diät verabfolgt:

7 h. Milchkaffee ohne Zugaben

10 h. Fleischbrühe " "

12 h. Schleimsuppe " "

2 h. Milchkaffee " "

7 h. Schleimsuppe " "

8 h. Milch " "

Diese Hungerkost liessen sich die frühaufstehenden Wöchnerinnen nicht mehr gefallen. Es wurde so oft der Wunsch nach mehr ausgesprochen, dass man sich schliesslich genötigt sah, von den fast allgemein üblichen Vorschriften der obigen Wöchnerinnenkost abzustehen und schon vom 2. Tag an die sonst erst vom 4. Tag erlaubte reichlichere Kost zu verabfolgen. Diese Diät stellte sich folgendermassen dar:

- 7 h. Milchkaffee mit Brot
- 10 h. Fleischbrühe mit Brot
- 12 h. Suppe, Fleisch, Brei
- 2 h. Kaffee mit Brot
- 7 h. Suppe mit Gries- oder Reiskreis
- 8 h. Milch.

Aber auch diese Kostvermehrung war noch nicht imstande, den im allgemeinen sehr regen Appetit der Wöchnerinnen völlig zu befriedigen. Da eine weitergehende Verbesserung der Kost aber aus äusseren Gründen bei den niedrigen Geldsätzen nicht gut anging, so wurde bei den klinischen Wöchnerinnen dem Einbringen von Lebensmitteln durch ihre Angehörigen die früher übliche scharfe Kontrolle nicht mehr entgegengesetzt, sodass es den meisten Frauen möglich war, noch ausser den klinischen Mahlzeiten Nahrung zu sich zu nehmen; den Wöchnerinnen der Privatklinik (die in die Statistik mit hineinbezogen sind) wurde für den entsprechend höheren Verpflegungspreis vom 2. Tag an mehrere der Verpflegungsklage entsprechende Zulagen gegeben, sodass der Speisezettel ungefähr folgendes Aussehen gewann:

- 7 h. Milchkaffee mit Brot und Butter
- 10 h. Bouillon mit Ei und Brot, eventuell Milch
- 12 h. Suppe, Fleisch, Brei, Kompott, Dessert; vom
3. Tag an ein zweiter Fleischgang,
- 2 h. Milchkaffee mit Brot und Butter

7 h. Suppe, Fleischspeise mit Brei oder kalter
Aufschnitt mit Brot und Butter, Kompott.

8 h. Milch.

Es ist interessant festzustellen, dass sich der Einführung einer reichlicheren Kost am 1. Tage p. p. fast durchweg der Glaube an die anderseits vorgeschriebene Hungerdiät der Wöchnerinnen entgegenstellt; die Schleimsuppenernährung wurde daher für den 1. Tag p. p. auch in der Freiburger Klinik beibehalten, obwohl man von der Unschädlichkeit einer reichlichen Kost durchaus überzeugt war.

Irgendwelche Störungen allgemeiner oder spezieller Natur infolge der Kostvermehrung sind nicht beobachtet worden. Wir glauben im Gegenteil, dass manche Funktionen des Körpers durch das Frühaufstehen, die dadurch z. T. bedingte Steigerung des Appetits und die reichlichere Ernährung direkt günstig beeinflusst worden sind. Das ist in erster Linie der Fall hinsichtlich der Defäkation und hinsichtlich des Stillgeschäfts, Punkte, die beide im einzelnen besprochen werden sollen.

Defäkation.

Beobachtungen über die Einwirkung des Frühaufstehens auf die erste Defäkation konnten nur in beschränktem Masse angestellt werden, da die von früher her bestehende Vorschrift, prinzipiell am 2. oder längstens 3. Tage Laxantien zu verordnen, sich beim Personal nur schwer abschaffen liess.

Von 186 Frauen mit spontan, d. h. ohne jegliche Medikamente erfolgter Defäkation entfielen 77,4 % auf Frühaufgestandene (1.—5. Tag); 22,6 % auf Spätaufgestandene (6.—10. Tag). Von ganz evidentem Einfluss waren auch die gymnastischen Uebungen. Dass eine Kräftigung der die Bauchpresse ausübenden Muskulatur auf die Kotentleerung von grösster Bedeutung ist, liegt auf der Hand.

Die Urinentleerung wurde durch das Frühaufstehen so ausserordentlich günstig beeinflusst, dass ein Katheterismus nur bei operativ Entbundenen nötig wurde.

Stillvermögen.

Das Stillvermögen der bis zum 5. Tage aufgestandenen afebrilen Wöchnerinnen war bei weitem grösser als das der nach dem 5. Tage aufgestandenen afrebrilen Frauen. Von 641 klinischen afebrilen Wöchnerinnen stillten

ganz	66,8 %
unter Beinahrung	25,1 %
gar nicht	8,1 %

Es haben also 91,9 % ganz oder zum Teil ihre Stillpflicht erfüllen können.

Von den vom 1.—3. Tag Aufgestandenen stillten ganz oder zum Teil 96,9 %
von den am 4. oder 5. Tag Aufgestandenen 90,5 %
von den am 6.—10. Tage Aufgestanden nur 85,0 %.

Die Patientinnen der klinischen Privatklientel sind absichtlich bei diesen Berechnungen nicht berücksichtigt worden, da bei ihnen eine erhebliche Verschiebung der Stillziffer durch soziale und gesellschaftliche Umstände zu verzeichnen gewesen wäre*).

Involution der Bauchdecken.

Genauere Aufzeichnungen über die Involution der Bauchdecken wurden bei 383 Erstgebärenden gemacht. Unter den Wöchnerinnen, die bis zum 3. Tag aufgestanden waren, war sie bei

53,6 %	gut
25,3 %	mittel
21,1 %	schlecht.

*) J ü s g e n ²²⁾ hat hierüber in seiner Inaugural-Dissertation ausführlich berichtet.

Unter den am 4. und 5. Tage Aufgestandenen ist sie bei

35,8 % als gut
43,2 % als mittel
21,0 % als schlecht

bezeichnet.

Von den vom 6.—10. Tage Aufgestandenen finden wir die Involution bei

32,9 % als gut
44,4 % als mittel
22,7 % als schlecht

notiert.

Unter einer mittleren Involution verstanden wir dabei, dass die Festigkeit der Bauchdecken weder ausgesprochen gut, noch ausgesprochen schlecht war. Ein Vergleich der Bauchdecken der mit und ohne Gymnastik behandelten Frauen ergab einen wesentlichen Ausschlag zu Gunsten der ersteren, indem diese nur in 14,1 %, jene dagegen in 24,8 % der Fälle eine schlechtere Involution zeigten.

Nachuntersuchungen, die 6 Wochen bis 1 Jahr post partum über die Rückbildung der Bauchdecken bei 107 Erstgebärenden angestellt worden waren durch Günther²⁰⁾, ergaben von den 43 bis zum 5. Tage Aufgestandenen, dass nur 9,1 % eine schlechte, von den 64 am 6.—10. Tage Aufgestandenen dagegen 40,6 % eine schlechte Involution aufwiesen.

Involution der Vagina.

Die Rückbildung der Vagina zeigt gleich günstige Verhältnisse. Von 756 Erstgebärenden zeigten nur 0,8 % einen Prolaps der Vagina; davon betroffen waren nur Frauen, die nach dem 6. Tage aufgestanden waren.

Die Rückbildung des Scheidenlumens wurde bei 342 Erstgebärenden notiert. Sie war unter den bis 5. Tage aufgestandenen Frauen

gut in	74,4 ‰
mittel in	25,6 ‰
schlecht in	0,0 ‰.

Unter den nach dem 6. Tage Aufgestandenen war die Involution

gut in	66,7 ‰
mittel in	10,0 ‰
schlecht in	23,3 ‰.

Die Rückbildung (nach Weite und Prolaps angesehen) zeigte bei den Wöchnerinnen mit und ohne Gymnastik keinen auffälligen Unterschied. Auch die einige Zeit versuchsweise angewandten Wechseldouchen zeigten hierin keinen wesentlichen Einfluss.

Retroflexio uteri.

Ueber eine primäre (schon nach 2 Wochen p. p. konstatierte) Reflexio uteri wurden bei 677 Frauen Aufzeichnungen gemacht. 3,1 ‰ wiesen eine Retroflexio auf. Den 1,9 ‰ Retroflexionen bei Frühaufgestandenen stehen 7,9 ‰ bei Spätaufgestandenen gegenüber. Erst- und Mehrgebärende zeigten dabei keine nachweisbare Differenz.

Ueber sekundäre Retroflexio (zuerst frühestens sechs Wochen p. p. festgestellt) konnten wir bei 182 Frauen Untersuchungen anstellen.

31,9 ‰ dieser Frauen hatten eine Retroflexio; von ihnen waren 26,2 ‰ bis zum 5. Tage, 37,4 ‰ nach dem 6. Tage aufgestanden *).

Puls und Herztätigkeit.

Vergleichende Pulsbeobachtungen wurden bei 602 afebrilen Wöchnerinnen am Tage des ersten Aufstehens gemacht. Die nahezu gleiche Pulszahl bei Morgen- und Abendnotierung (zwischen beiden lag das Aufstehen) zeigte

*) Nähere Angaben siehe in der Inauguraldissertation von Günther²⁰⁾.

4,6 % der bis zum 3. Tage Aufgestandenen (1. Serie),
7,4 % der am 4. und 5. Tage Aufgestandenen (2. Serie),
10,1 % der zwischen 6. und 10. Tage aufgestandenen
Wöchnerinnen (3. Serie).

Niedrige Pulszahlen am Abend als am Morgen zeigten

17,0 % der ersten Serie
15,4 % der zweiten Serie
17,7 % der dritten Serie.

Bis zu 12 Pulsschlägen mehr am Abend:

74,9 % der ersten,
61,2 % der zweiten,
57,0 % der dritten Serie.

Eine abendliche Steigerung über 12 Pulsschläge:

3,5 % der ersten,
16,0 % der zweiten,
15,2 % der dritten Serie.

Die aus diesen Zahlen ersichtliche verschiedenartige Reaktion des Herzmuskels auf die ihm zugemutete Arbeit in den verschiedenen Zeitabschnitten des Wochenbettes findet anscheinend ihren greifbaren Ausdruck in den statistischen Zahlen der Erkrankungen unserer Wöchnerinnen an Thrombose und Embolie.

Thrombose und Embolie.

Unter 1529 *) Frauen wurden 8 Frauen von einer dieser Erkrankungen betroffen. Von diesen fiel keine auf die 673 der bis zum 5. Tage aufgestandenen Frauen: von den 710 zwischen 6. und 10. Tage Aufgestandenen erkrankten 0,4 %; von den 146 nach dem 10. Tage Aufgestandenen erkrankten sogar 3,4 % an Schenkelvenenthrombose. Ohne drei, nach Hebotomie aufgetrete-

*) Diese Zahlen sind der Inaugural-Dissertation von Kohl²⁸⁾ entnommen; ebenso die unten folgenden über Morbidität. Er behandelt in seiner Arbeit die Morbiditätsverhältnisse der Freiburger Frauenklinik.

nen Thrombosen beträgt die letzte Zahl immer noch 1,2 ‰. Die Gesamtmorbidität der 1529 Frauen an Thrombose und Embolie, die absolut 0,5 ‰ ist, beträgt ohne die Hebotomierten immer noch 0,3 ‰. Die Thrombose oder Embolie betraf in keinem Falle eine von den 16 mit Herzfehlern behafteten Frauen.

Morbidität.

Die Puerperal-Morbidität der 1529 Wöchnerinnen betrug (ohne jedweden Abzug) 10,1 ‰. Nach Abzug der durch nachweisbar andere Ursachen Fiebernden (Tuberkulose, Eklampsie, Pyelitis, Perityphlitis, Mastitis, Pneumonie u. a.) reduziert sich diese Zahl auf 5,5 ‰.

Rechnen wir die operativ entbundenen Frauen ab, so bleiben 1346 spontan Entbundene mit einer Gesamtmorbidität von 4,9 ‰, mit einer reduzierten Morbidität von 3,5 ‰. Im speziellen ergeben sich die folgenden Zahlen, von denen die eingeklammerten die reduzierte Morbiditätsziffer angeben, während die schon oben angeführten Serien die zwischen 1. und 3., 4. und 5., 6. bis 10. Tag und nach dem 10. Tag aufgestandenen Wöchnerinnengruppen aufführen.

Von 436 Frauen (Serie I) fieberten 1,4 ‰ (0,9 ‰).

Von 237 Frauen (Serie II) fieberten 3,0 ‰ (2,1 ‰).

Von 710 Frauen (Serie III) fieberten 6,8 ‰ (4,5 ‰).

Von 146 Frauen (Serie IV) fieberten 64,4 ‰ (45,2 ‰).

Um dem Einwand zu begegnen, dass unter den spät Aufgestandenen (Serie III und IV) alle jene Frauen sich befänden, die nicht aufstanden, weil sie fieberten, wurden den gesamten (856) Frauen der Jahre 1905—1907 die gesamten Frauen des Jahres 1905 allein (alle 585 standen nach dem 6. Tage auf) gegenübergestellt. Die Morbidität der letzteren betrug 17,6 ‰ (12,9 ‰), die der ersten 16,6 ‰ (9,0 ‰).

Dem gegenüber weisen die 673 zwischen 1. und 5. Tage aufgestandenen Wöchnerinnen eine Morbidität von nur 1,9 ‰ (1,3 ‰) auf.

Damit ist wohl der Beweis erbracht, dass die Morbiditätszahl durch das Frühaufstehen eine ganz erhebliche Besserung erfahren hat.

Recht interessant sind die folgenden Zahlen, die F. v. Winkel (München) in einem Aufsatz „Die Behandlung der Nachgeburtsperiode“ in der Deutsch. Med. Wochenschrift 1908, Nr. 2 zusammengestellt hat. „Wir (die Münchener Universitäts-Frauenklinik) hatte 1900—1904 unter 8097 Entbundenen eine Gesamtzahl der fiebernden Wöchnerinnen in % = **14,86**, Berlin (Bumm) **16,01**, Basel (v. Herff) **15,75**, Berlin (Olshausen) **18,3**, Bern (P. Müller) **24,3**, Budapest (Barsony) **15,77**, Freiburg (Hegar, Krönig) **12,59**, Giessen (Pfannenstiel) **14,5**, Halle (Veit) **13,4**, Königsberg (Winter) **25,8**, Lausanne (Boissier) 23,1, Marburg (Ahlfeld) etwa **30** und eine Prozentzahl von Todesfällen in der Anstalt infizierter Wöchnerinnen von **0,14** gegen Paris (Pinard) 0,11, Berlin (Olshausen) 0,2, Paris (Berdin) 0,201, Budapest (Tauffer) 0,13, Dresden (Leopold) 0,209, während Wien (Schauta) 0,04, Leipzig (Zweifel) 0,08, Kopenhagen (Meyer) 0,05, Wien (Chrobak) 0,13, Würzburg (Hofmeier) 0,05 % hatten. Unsere Klinik nahm also von unten die achte, von oben die vierte Stelle ein. In Beziehung auf die fiebernden Wöchnerinnen = 14,86 % hatten zehn Kliniken (Wien-Schauta, Tübingen-Döderlein, Wien-Chrobak, Würzburg-Hofmeier, Halle-Veit, Freiburg-Hegar, Paris-Budin, Giessen-Pfannenstiel, Prag-Franqué und Strassburg-Fehling) eine geringere Prozentzahl, 6,1—14,5, alle anderen 17 aber höhere Ziffern, 15,5—46,9 % (s. v. Herff in Winckels Handbuch, III. Bd., II. Teil, S. 340—360).“

Wir sind am Ende unserer Darlegungen. Wir sahen, dass eine gänzlich in Vergessenheit geratene Art der Wochenbettsdiätetik in erweiterter Anwendungsweise weit

davon entfernt zu schaden, sehr gute Erfolge gezeitigt hat. Die Resultate zeigten sich für das subjektive Befinden der Wöchnerinnen wie für die objektive Beobachtung gleich günstig. Eine vorläufig noch kleine Anzahl ausreichend lange Zeit post partum nachuntersuchter Frauen bestätigte die auf physiologische Uebungen basierte Erwartung, dass die geschilderte Art neuer Wochenbettsdiätetik gesundheitliche Vorteile bietet, die alle bisher geübten Methoden nicht erreicht haben.

Die Resultate entscheiden allein über die Berechtigung einer Methode. Ein abschliessendes Urteil, das sich auf grosse Zahlen, eine längere Nachbeobachtung und spätere Kontrolluntersuchungen stützt, muss erst abgewartet werden. Die bisher beobachteten Erfolge berechtigen jedenfalls zur Fortsetzung der Versuche. Eine Methode, die neben ihren guten Resultaten eine verständige physiologische Grundlage hat, muss durchdringen, wenn sie auch, weil revolutionär, nur nach und nach Anerkennung findet.

Literatur.

1. K ü s t n e r: Berliner klinische Wochenschrift 1878.
2. G o o d e l l: Arbeit im Original nicht vorhanden; zitiert in Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk., Band 37, Seite 395.
3. B r u t z e r, Wilhelm: Ein Beitrag zur Wochenbett-Diätetik. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk., 37. Band.
4. K r ö n i g: Uebung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Sonderabdruck aus der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 1907, No. 38.
5. H e g a r: Diätetik der Wöchnerin. Klinischer Vortrag. Deutsche Medizin. Wochenschrift Nr. 47, 1907.
6. T h u r e B r a n d t: Lehrbuch der Massage bei Unterleibs-krankheiten.
7. J. P. M ü l l e r: Mein System, 18. Aufl.
8. S c h r e b e r: Zimmerymnastik.
9. B e s s - M e n s e n d i c k: Körperkultur des Weibes. 1907.
10. J. M e y e r - D o r p a t: Zur Pflege des weibl. Körpers im Wochenbett, 1905.
11. S t r a t z: Die Schönheit des weibl. Körpers.
12. — Die Rassenschönheit des Weibes.
13. P. S c h u l t z e - N a u m b u r g: Die Kultur des weibl. Körpers als Grundlage der Frauenbekleidung.
14. W e i s s g e r b e r: I.-D. Freiburg 1907.
15. G a u s s: Bericht über das erste Tausend Geburten im Skopolamin-Dämmer Schlaf. Münch. Med. Wochenschr. 1907, Nr. 4.
17. F e h l i n g: Physiologie und Pathologie des Wochenbettes 1897.

18. v Wild: Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. Halle 1904 bei Marhold.
19. Küstner: Normale und patholog. Lagen und Bewegungen des Uterus 1885, Archiv für Gynäkologie, Band 15.
20. Günther: I.-D. Freiburg 08.
21. Gauss: Zur Diätetik des Wochenbetts. Vortrag, gehalten auf dem Gynäkologen-Kongress 1907, Dresden.
22. Jüsgen: I.-D. Freiburg 08.
23. Kohl: I.-D. Freiburg 08
24. J. Halban und A. Tandler: Anatomie und Aetiologie der Genitalprolapse beim Weibe. Wien u. Leipzig bei W. Braumüller, 1907



14364