Ueber den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter

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): **12 (1914)**

Heft 4

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-948793

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. April 1914 № 4 Zwölfter 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-Lardy,
Privatdocent für Geburtshülfe und Gynaecologie.
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 den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter.

Häufig werden die Hebammen von leidenden Frauen um Rat gefragt wegen eines Vorfalles, den sie zu haben glauben. Wenn man dann näher untersucht, so handelt es sich oft nicht um einen Vorfall, sondern um ein Heruntertreten von Geschwülsten des Scheidenteiles oder einfache Verlängerung desselben.

Der Vorfall der Scheide ist häufig bedingt durch ein Tiefertreten des Scheidenteiles, oft infolge einer Rückwärtsbeugung der Gebärmutter, weil dadurch der Scheidenteil tiefer zu liegen kommt. Meist tritt hierbei die vordere Scheidenwand am stärksten vor, die hintere erst, wenn der Scheidenteil sich in der Schamspalte zeigt. Diese Scheidenvorfälle werden mit der Zeit immer stärker und aus ihnen bildet sich nach und nach der Gebärmuttervorfall aus. Eine andere Gruppe von Scheidenvorfällen entsteht durch nicht genähte Dammrisse, indem die hintere Scheidenwand infolge der mangelnden Stütze tiefer sinkt und die vordere Scheidenwand derselben folgt. Wenn sich nun die beiden Schädlichkeiten, Rückwärtsbeugung der Gebärmutter und Dammdefekt, zusammenkombinieren, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Vorfallentstehung eine um so größere. Natürlich ist das oben gesagte so zu verstehen, daß nicht jede Rückwärtsbeugung der Gebärmutter zu einem Vorfall der vorderen Scheidenwand führt, sondern es gehört dazu, daß durch vorhergegangene Geburten die Verbindung des Scheidenrohres mit dem umgebenden Gewebe gelockert worden ist, so daß die erstere leichter heruntergleiten kann.

Endlich kommen Scheidenvorfälle zustande durch mangelhafte Rückbildung der Scheidenwandung im Wochenbett, so daß sie zu groß und zu schlaff bleibt und infolgedessen heruntersinkt.

Bei den meisten Scheidenvorfällen ist eine der Hauptklagen der betroffenen Frauen die über Wasserbrennen, ja, oft steht dieses Moment im Vordergrunde der Erscheinungen, bei so kleinem Vorfalle, daß man Mühe hat, ihn zu erkennen. Diese Beschwerden haben ihre Ursache in dem Umstande, daß mit der vorderen Scheidenwand gewöhnlich die mit ihr verbundene Blase auch tiefer tritt. Da nun die Stelle, wo die Harnröhre die Blase verläßt, der Blasenhals, infolge festerer Verbindung mit der Schamfuge sich nicht senkt, so kommt es infolge Senkung der darüber gelegenen Partie des Blasenbodens zu einer Aussackung dieses Teiles und die Blase kann sich nicht völlig entleeren, weil der Ausgang höher liegt als die heruntergetretene Partie. Dieser zurückgehaltene Urin reizt dann die Blase und führt zu Harnbrennen und Urindrang.

Was nun den Gebärmuttervorfall anbetrifft, so ist dieser, wie schon gesagt, zum Teil eine Folge des Scheidenvorfalls, wenn die Gebärmutter in Rückwärtsbeugung liegt. Von oben von der Bauchhöhle her wirkt besonders bei aufrechter Stellung auf die Gebärmutter ein Druck, der zum Teil der Schwere der darüberliegenden Bauchorgane entspricht, aber auch noch andere Komponenten besitzt. Ist die Gebärmutter in normaler Vorwärtsbeugung, so hält sie dieser Druck in ihrer Lage fest, indem sie wegen der Beckenneigung sich auf die Gewebe an der Hinterwand der Schamfuge stützt. Wie wir wissen, hat der Beckenkanal die Form eines nach vorne abgebogenen Rohres und wenn nun die Gebärmutter in Rückwärtsbeugung gerät, so kommt sie mit ihrer Längsachse in die Richtung der unteren Hälfte dieses Rohres, der Scheide, und jeder Druck von oben hat jetzt die Tendenz, sie weiter nach unten zu drängen. Wenn nun weiter noch der Damm verkürzt ist und infolge von Geburten die strafferen Bindegewebsfasern, die im unteren Teil des breiten Mutterbandes liegen, sich gelockert haben oder zerrissen sind, so kommt es um so leichter zu einem völligen Heraustreten der Gebärmutter aus der Scheide und der Vorfall ist fertig. Von vielen Seiten wird ein Hauptanteil an dieser Entstehung dem durch den Dammriß zerstörten Beckenboden zugeschrieben, und hier besonders dem Afterheber, einem Muskel, dessen Fasern beidseitig von der Gegend der unbenannten Linie herkommen und sich um den After und in der Dammgegend miteinander verbinden. Wenn nun die vordere Partie dieser Verbindung zerreißt, so wird der Beckenboden verkürzt und gibt der Gebärmutter keine Stütze mehr ab; und letztere sinkt tiefer.

Von anderer Seite wird die größte Bedeutung nicht dem Beckenboden zugemessen, sondern den erwähnten Aufhängevorrichtungen der Gebärmutter. Da, wo das breite Mutterband sich nach vorne auf die Blase überschlägt, sind die in seinem Inneren enthaltenen Bindegewebsfasern verstärkt und bilden eine Art Band, das von der Beckenwand nach dem Gebärmutterhalse hinzieht und diesen in seiner Stellung erhält. Ungefähr in diesem Bande verläuft die Gebärmutterschlagader und bei der Untersuchung durch die Scheide fühlt man deutlich diese festeren Stränge zu beiden Seiten in den seitlichen Scheidengewölben.

Wir sind der Ansicht, daß alle Vorfälle nicht dieselbe Ursache haben, indem zur Befestigung der Gebärmutter im Becken sowohl die Verstärkungsbänder am Mutterhalse als auch der Beckenboden mit dem Afterheber beitragen. Wie schon gesagt, wird bei einer in Rückwärtsbeugung befindlichen Gebärmutter die Entstehung des Vorfalles sicherlich unterstützt durch das Fehlen eines Teiles des Beckenbodens. Auf der anderen Seite sehen wir gelegentlich auch bei unverletztem Damme einen Vorfall auftreten, wenn die Befestigung des Halses nicht genügt.

Jedenfalls gehört auch noch ein Druck von oben zu der Entstehung, indem auch bei schlaffen Bändern und bei bestehendem Dammriß gelegentlich kein Vorfall eintritt, und wir die Hauptzahl der letzteren bei schwer arbeitenden Frauen antreffen. Wir treffen übrigens auch Frauen an mit ganz fehlendem Beckenboden, die keinen Vorfall haben.

Daß nicht nur die Verhältnisse des Beckenbodens für den Vorfall von Bedeutung sind, geht auch daraus hervor, daß in seltenen Fällen bei Jungfrauen ein Vorfall der Gebärmutter eintritt, bei unverletztem Jungfernhäutchen. Oft ist die Ursache hiervon in Geschwulstbildung der Eierstöcke gelegen, die auf die Gebärmutter drücken, doch muß wohl stets dazu noch eine mangelhafte, auf dem kindlichen Stande gebliebene Entwicklung der Geschlechtsorgane mit dazu beitragen, verbunden mit angeborener Rückwärtsbeugung.

Die bei weitem meisten Vorfälle kommen bei Frauen vor, die ein- oder mehrmals geboren haben; und hier sehen wir in den meisten Fällen den Gebärmuttervorfall verbunden mit einem mehr oder weniger großen Blasenvorfall, indem wie oben bemerkt die Blase mit der vorderen Scheidenwand tiefer tritt. Man sieht dann in der Schamspalte zunächst eine kugelige Vorwölbung, die Blase, und bei hochgradigeren Fällen oder beim Pressen kann man nach hinten den äußeren Muttermund erkennen: Die hintere Scheidenwand ist meist dabei weniger stark beteiligt und ihr unterer Teil nicht stark vorgewölbt. Bei hochgradigen Fällen, aber besonders bei älteren Frauen, hängt oft die ganze umgestülpte Scheide mit der Gebärmutter darin und mit dem deutlich zuunterst erkennbaren äußeren Muttermunde zwischen den Beinen herunter. Anfangs tritt der Vorfall allerdings nur über Tags und beim Stehen aus, in der Nacht, beim Liegen, tritt er von selbst oder durch Hineindrängen von seiten der Frau wieder ins Becken zurück; später aber läßt er sich nicht mehr auf die Dauer zurückbringen, weil die Haftapparate der Gebärmutter ihre Festigkeit zu stark eingebüßt haben, und weil infolge der Lageveränderung und der Blutstauung in dem Vorfall die Gebärmutter und besonders der Scheidenteil anschwellen und an Größe erheblich zunehmen.

Wenn man von der Bauchhöhle in das Becken hineinsieht, bei einem solchen totalen Vorfalle, so sieht man an der Stelle der Gebärmutter einen Trichter, in den die runden Mutterbänder und die Eileiter hineinziehen; ein ganz ähnliches Bild, wie bei der Umstülpung der Gebärmutter. Die Eierstöcke bleiben gewöhnlich oberhalb des Beckens liegen.

Daß bei einem solchen großen Vorfalle die Nachbarorgane der Gebärmutter leiden, ist selbstverständlich. Wir haben schon erwähnt, daß oft das erste Zeichen von beginnendem Vorfalle Wasserbrennen ist, natürlich ist der Blasenkatarrh bei vorgeschrittenen Fällen auch vorhanden und wird immer stärker; allerdings entsprechen die Beschwerden nicht immer der Größe des Vorfalles. Dieser Blasenkatarrh kann jahrelang auf die Blase beschränkt sein; aber wenn die Sache lange dauert, so kommt es schließlich doch zu einer aufsteigenden Infektion auch des Nierenbeckens und zu einer Nierenbeckenentzündung. Von dieser kann die Niere selber angesteckt werden und eine, wenn beid-

seitig, zu Tode führende Nierenentzündung entstehen.

Ferner sehen wir oft bei länger bestehenden Vorfällen in dem Becken eine chronische Beckenbauchfellentzündung entstehen, die zu Verwachsungen Anlaß geben kann. Endlich sehen wir auf der Schleimhaut der vorgefallenen Scheide Veränderungen entstehen: die Schleimhaut, die ihre Feuchtigkeit verliert, wird trocken, rissig, verhornt, und es bilden sich auf ihr Geschwüre aus, die eitrig belegt sind. Diese sind oft Ursache von Infektionen, indem die Keime in die Tiefe dringen. Um den Muttermund herum bildet sich fast immer ein größeres Geschwür.

Nur bei ganz bedeutenden Vorfällen kommt es gelegentlich auch zu Ausstülpungen der vorderen Mastdarmwand, die aber selten höhere Grade erreicht. Der Stuhlgang kann dadurch erschwert werden. Bei lange bestehendem Vorfalle der Gebärmutter kann sich auch ein Mastdarmvorfall dazugesellen.

Was die Behandlung der Vorfälle anbetrifft, so wurde in früheren Zeiten versucht, dieselben mit Pessaren zurückzuhalten. Aber nur in den wenigsten Fällen gelingt dies in befriedigendem Maße. Weniger fortgeschrittene Fälle eignen sich noch am besten dazu, besonders wenn die Grundursache in einer Rücklagerung der Gebärmutter gefunden wird. Wo die Blasensenkung im Vordergrunde steht, da wird ein Ring nur selten helfen, weil die weiche und faltbare Blase eben zwischen dem Ring und der Schamfuge sich wieder nach unten drängt und der Ring dann meist herausfällt. Zu große Ringe darf man nicht einlegen, damit nicht Druckgeschwüre an der Scheidenwand entstehen. Die komplizierten kugel- oder tellerförmigen Pessare werden zwar meistens besser vertragen und wurden früher auch in vielen Fällen benutzt. Ja oft haben die Frauen sich selber Pessare hergestellt und eingeführt; so erinnere ich mich, einmal eine Wachskugel gesehen zu haben, die eine Frau 18 Jahre lang in der Scheide getragen hatte. Hyrtl, der berühmte ehemalige Wiener Anatom, erzählt von einer zusammengerollten Speisekarte, und in einem anderen Falle von einer Kartoffel, die jahrelang in der Scheide verblieben waren. In allen diesen Fällen, wo die Pessare nicht in kürzeren Zeiträumen herausgenommen und gereinigt wurden, waren sie von der dadurch entzündeten Scheidenwand umwuchert worden, so daß sie hinter einer ringförmigen Verengerung der Scheide lagen und nur unter Zersägen oder Zerschneiden des Pessars entfernt werden konnten. Man kann sich vorstellen, was für Unrat dahinter gesteckt haben muß. In anderen Fällen ist es schon durch den Druck eines solchen eingewachsenen Pessares zur Durchbrechung der vorderen oder hinteren Scheidenwand mit Eröffnung der Blase oder des Mastdarmes gekommen und hat zu einer Mastdarmscheiden- oder Blasenscheidenfistel geführt. Ferner wurde früher oft auch eine ganze Bandage getragen, indem ein kolbenförmiges Pessar auf Riemen aufruhte, welche nach Einführung des Kolbens in die Scheide zwischen den Beinen durch und vorne und hinten an einem Leibgurte getragen wurden. Diese Hülfsmittel sind umständlich, wenig sauber und oft schmerzhaft zu tragen. Deshalb ist in neuerer Zeit viel mehr als früher zur Operation gegriffen worden, besonders, weil man neuere Methoden kennt, die eine Heilung des Vorfalles in unkomplizierten Fällen mit Sicherheit in Aussicht stellen lassen.

Bei der Operation des Vorfalles handelt es sich darum, diesen zu beseitigen, der Scheide und der Gebärmutter wieder ihre natürliche Form und Lage im Becken zu geben oder doch die Beschwerden zum Verschwinden zu bringen. Dies wurde im Laufe der Zeit auf verschiedene Weise zu bewerkstelligen gesucht. Zuerst machte man von der Erweiterung der Scheide ausgehend, die Verengerung des Scheidenrohres, indem man aus der vorderen Scheidenwand wie aus der hinteren je einen Lappen, vorne von der Form eines Orangenschnitzes, hinten in Dreieckform herausschnitt und die Ränder der so geschaffenen Wunden miteinander vernähte. Dies genügte aber nicht und bald fügte man, um die Gebärmutter in der normalen Vorwärtsbeugung zu halten, noch die Befestigung derselben an der vorderen Scheidenwand zu. Professor Peter Müller in Bern gab für alte, nicht mehr menstruierte Frauen eine Methode an, die vorzügliches leistete und dabei einen nur geringen Eingriff darstellt: es wird einfach die gesamte Scheidenwand weggeschnitten und die Wundfläche, d. h. die Stelle der früheren vorderen und hinteren Scheidenwand von vorne nach hinten aneinandergenäht. Die Gebärmutter versinkt dadurch in der Tiefe des Beckens.

Dann kamen kompliziertere Methoden auf, die aber auch bessere Resultate ergaben. Eine vielbenutzte Art ist die, daß die vordere Scheidenwand, und nach Abschieben der Blase von der Gebärmutter, auch die Bauchhöhle zwischen diesen beiden Gebilden eröffnet wird. Die Gebärmutter wird durch diese Oeffnung vorgezogen, dann verschließt man die Bauchhöhle wieder, indem man die Bauchfellbedeckung der Blase an die Hinterwand der Gebärmutter anheftet. Der Gebärmutterkörper bleibt zwischen Blase und vorderer Scheidenwand liegen und die letztere wird über ihm vernäht. Zu diesem Eingriff muß aber noch eine gute Dammbildung gefügt werden, um dem Scheidenteil eine Stütze zu geben. Dies wird in neuerer Zeit durch Zusammennähen der Fasern des zerrissenen Afterhebers (s. oben) bewerkstelligt.

Es existieren noch eine Reihe anderer Methoden: verschiedene Operateure standen auf dem Standpunkte, die Gebärmutter ganz wegzunehmen, um so den Vorfall zu beseitigen; doch waren die Resultate nicht immer gute.

Mit dem Vorfalle eine gewisse Aehnlichkeit, so daß oft Verwechslung eintritt, haben verschiedene andere Affektionen. Zunächst ist zu nennen die Verlängerung des Scheidenteiles, sei es der einen oder beider Lippen des Muttermundes. Diese Verlängerung kann sich im eigentlichen Scheidenteil einstellen, so daß aus der Schamspalte nur die betreffende Lippe herausschaut; oder sie kann an der Stelle auftreten, wo bei dem Tieferwachsen die vordere Scheidenwand mitgeht, die hintere dagegen an ihrer Stelle bleibt; oder endlich kann die Stelle der Verlängerung ganz oberhalb des Scheidenansatzes liegen und dann sieht sich die Sache an wie ein Vorfall der Gebärmutter. Wenn man dann untersucht, so ist die Gebärmutter an ihrer Stelle und der oft fingerlange Gebärmutterhals dringt zur Scheide heraus.

Solche Verlängerungen des Halses können je nach dem Falle natürlich auch zu Vorfall führen.

Eine fernere Verwechslung mit Vorfall kann bei Geschwulstbildung am Scheidenteil vorkommen, indem Fasergeschwülste eine Form annehmen und in einer Richtung wachsen können, die die Aehnlichkeit zustandekommen läßt. Oft sind es auch bösartige, sarkomatöse Polypen von Rüsselform, die von den Patientinnen für einen Vorfall genommen werden und sie häufig zu spät zum Arzte gehen lassen.

Endlich erwähnen wir noch die Umstülpung der Gebärmutter, sei es im Wochenbett, sei es durch Geschwülste bewirkt, die einen Vorfall vortäuschen kann. Hier schützt man sich vor Irrtum, indem man keinen Muttermund an dem vorgefallenen Teil bemerkt, wohl aber bei genauem Zusehen die beiden Eileiteröffnungen an deren entsprechenden Stellen finden kann. Ich habe einmal eine Frau gesehen, bei der eine Umstülpung der Gebärmutter sich ganz allmählich ohne Geburt und ohne Geschwulst ausgebildet hatte, wo man deutlich die Tubenöffnungen sehen konnte.

Aus der Praxis.

Es war am 28. Januar 1912, als ich abends spät gerufen wurde. Die Frau war 32 Jahre alt, zweitgebärend. Das erste mal war alles sehr gut gegangen. Diesmal war sie sehr dick und ich hatte Verdacht auf Zwillinge. Um 12 Uhr 45 floß das Fruchtwasser ab. Um 1 Uhr hatten wir ein Mädchen, doch kein großes, wie wir erwartet hatten. Ein Griff nach der Gebärmutter sagte mir, da müsse noch ein Kind sein. Die innere Untersuchung bestätigte dies. Sofort stellten sich wieder Wehen ein und nach 20 Minuten wurde das zweite Kind geboren, zu aller Freude ein Knabe. Er war leicht scheintot. Ich besprengte ihn tüchtig mit kaltem Wasser bis er zu schreien anfing. Beide Kinder waren in Schädellage geboren worden. Die Nachgeburten folgten bald. Die Mutter fühlte sich wohl. Alles war in Ordnung und der Vater hatte besonders Freude, daß eines ein Knabe war. Das älteste war nämlich ein Mädchen. Ich war natürlich auch froh, daß alles so gut gegangen war. Wir legten die Kinder an die Brust und es schien, als ob auch das Stillgeschäft in besten Gang komme. Am zweiten Tag abends fand ich den Knaben nicht ganz wohl. Er schrie viel und wollte nicht die Brust nehmen. Ich blieb die Nacht über dort. Es wurde immer schlimmer mit dem Knaben. Ich badete ihn noch einmal. Aber er schrie fast immer. Es war nicht mehr ein gewöhnliches Schreien, sondern in so hohen Tönen, so Mark und Bein durchdringend, bis ihm Schaum vor den Mund trat. Dann lag er eine Weile ganz still, bis sich das Gleiche wiederholte. Der Vater wollte schier verzweifeln. Wir dachten nicht anders, als das Kindchen müßte sterben und wünschten nur, daß es bald von den entsetzlichen Leiden erlöst werde. Bäder, Tee, alles nützte nichts. Es schien das Beste, es ruhig zu lassen. Ich konnte nichts anders tun als ihm hie und da ein wenig Zuckerwasser einzuflößen. Es magerte ganz ab und war nur noch ein Skelett, ein trauriger Anblick. Doch siehe! Nach acht Tagen besserte es merklich. Er nahm wieder die Brust und gedieh prächtig. Welche Freude für alle! Jedoch nicht lange. Als ich nach einigen Monaten vorbeikam, war der Knabe zwar sehr fett und groß geworden, allein die Mutter erzählte mir, sie finde, er merke nicht auf wie das Mädchen. Nach einem Jahr war der Unterschied sehr groß. Das Mädchen konnte gehen und fing an zu plaudern. Es war nicht groß, aber ein herziges, lebhaftes Ding. Der Knabe, zwar nicht häßlich, aber doch ein unförmiger Fleischklumpen, der nicht einmal den Kopf heben konnte, einem nicht ansah, wenn man ans Bett trat, von Reden und Verstehen keine Spur. Dagegen hatte er ein eigentümliches Nervenzucken. Dieses hat sich jetzt verloren. Im Uebrigen aber hat es sich zwar nicht gebessert. Der Arzt sagt, es sei die englische Krankheit. Mittel dagegen helfen nichts. Es wurde einige Monate das Präparat „Infantin" gegeben, jedoch ohne sichtbaren Erfolg. Ich habe mich schon gefragt, ob das starke Besprengen mit Wasser bei der Geburt die heftige Krankheit im Anfang hervorgerufen habe und diese die Ursuche der jetzigen Abnormalität sei. E. B.

* * *

Am 13. August 1909, morgens 4 Uhr wurde ich mit Fuhrwerk zu einer 34 Jahre alten Erstgebärenden geholt. Nach 1 ½ Stunden war ich am Ziel. Die Geburt war schon vorüber. Es hatte aber einen Dammriß gegeben und die Nachgeburt ließ sich unmöglich herausdrücken, auch blutete es ziemlich. Es mußte der Arzt geholt werden. Während die Blutung etwas nachließ, badete ich das Kindchen (es war ein Mädchen). Da fiel mir sofort auf, wie es immer eine Steißlage einnahm und sich doppelt zusammenlegte, so daß die Füße auf das Gesicht zu liegen kamen. Ich fragte, ob es so geboren worden sei, was mir die diensttuenden Frauen