Über Regelwidrigkeit des weiblichen Beckens

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): **13 (1915)**

Heft 4

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-952140

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 1915 № 4 Dreizehnter Jahrgang

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

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

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:
Dr. med. v. Fellenberg-Cardy,
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.

Über Regelwidrigkeiten des weiblichen Beckens.

Während Jahrhunderten kannte die Geburtshülfe die mangelhafte Bildung des weiblichen Beckens nicht, denn es herrschte allgemein die Meinung, daß der Beckenring bei der Geburt des Kindes auseinanderweiche und deshalb keine Bedeutung für die Geburt habe. Allerdings machte schon 1543 der große Anatom Vesal und nachher sein Schüler Arantius auf die feste Verbindung der beiden Schambeine aufmerksam; aber erst 1701 wurde durch eingehende Studien durch Deventer die Lehre von den Beckenregelwidrigkeiten aufgestellt. Michaelis und Andere machten sich besonders um den weiteren Ausbau dieser Kenntnisse verdient. Man maß genau viele Becken und stellte die normalen Längen der verschiedenen Durchmesser auf. So kam man zu dem Lehrsatze, daß jedes Becken zu eng ist, wenn einer der Hauptdurchmesser um 1½—2 cm verkürzt ist. Dies ist nun unter ca. 15—20 % aller Becken der Fall; doch ist ein schädlicher Einfluß davon auf die Geburt nur bei höheren Graden, in 3—5 % zu erkennen.

Die Ursachen der Beckenmißbildungen liegen in vererbter krankhafter Anlage, in Mißbildungen, ferner in Störungen des Knochenwachstums, vor und nach der Geburt, in Krankheiten der Knochen und der Gelenke, in angeborenen Hüftgelenksverrenkungen, sowie in allgemeinen Ernährungsstörungen, die die Ausbildung des Skelettes stören. Ferner kommen Krankheiten der Wirbelsäule und der Beine in Betracht, die abnorme Druckverhältnisse besonders in der Zeit der Entwicklung und des Knochenwachstums schaffen. Das ausgewachsene Becken kann durch Knochenweichung, durch Neubildungen (Geschwülste), ja durch mechanische Gewalt (Knochenbrüche infolge Unfall) seine Form verändern.

Die verschiedenen Beckenformen, die uns hier interessieren, sind:

1. das gleichmäßig — allgemein — verengte Becken, dessen Durchmesser alle verkürzt sind.

   Dann kommen die Becken, bei denen nur ein Durchmesser verkürzt, die Verengung vorwiegend in einer Richtung besteht:
2. das platte Becken;
3. das querverengte Becken;
4. das schrägverengte Becken, und endlich
5. das zusammengeknickte Becken, das durch Knochenerweichung bedingt ist.

Wir wollen diese Beckenformen nun betrachten.

Das allgemein verengte Becken: Oft sehen wir Becken, die infolge der Kleinheit, des zierlichen Körperbaues einer Frau zu klein sind, wenn man sie mit dem Maße des Normalbeckens mißt. Die Proportionen des Körperbaues einer solchen Frau können ganz ebenmäßige sein und die Bedeutung der Kleinheit des Beckens liegt nur darin, daß diese Frau von einem großen, kräftigen Manne geschwängert, ein Kind zur Reife bringen kann, dessen Kopf für das Becken zu groß und deshalb das Becken für die betreffende Geburt zu eng ist. Doch sieht man auch Frauen mit solchen zierlich gebauten Knochen ohne Schwierigkeit gebären, indem das Kind oft dann auch dem Becken angemessen klein ist. Oft auch handelt es sich um Becken, die in ihrer Entwickelung auf einer kindlichen Stufe zurückgeblieben sind und bei denen auch die Form sich der kindlichen nähert. Auch diese Becken werden häufig noch zu Schwierigkeiten bei der Geburt führen, aus dem einfachen Grunde, daß bei solchen Frauen der ganze Körper oft zurückgeblieben ist in der Ausbildung zum Weibe und deswegen die unfertige Gebärmutter keine Schwangerschaft annimmt oder gar es wegen mangelhaftem Bau der Geschlechtsteile zu keinem Beischlaf kommt wegen der damit verbundenen, für solche Individuen übergroßen Schmerzen.

Diesem Typus ähnlich ist der der männlichen Beckenform, bei der der Beckeneingang anstatt queroval, kartenherzförmig ist und der Ausgang ebenfalls verengert erscheint, so, daß das Becken dem des Mannes gleicht. Der Schambogen ist eng, das Kreuzbein schmal und die Beckenhöhle trichterförmig.

Dann können Verengungen vorkommen bei Rhachitis, die dem allgemein gleichmäßig verengten Becken gleichen. Ferner das Zwergbecken, das am häufigsten bei rhachitischen Zwergen vorkommt, d. h. Individuen, welche infolge einer Knorpelerkrankung in frühster Kindheit im Wachstum zurückgeblieben sind und mißstaltete Knochen besitzen, und endlich kommen in Betracht die echten Zwerge, die ohne Mißgestalt einfach klein gewachsen sind und ein wohl proportioniertes aber zu enges Becken besitzen.

Das allgemein-gleichmäßig verengte Becken ist nur selten hochgradig verengt; meist ist der gerade Durchmesser des Beckeneingangs 9—10 cm lang, selten unter 8 cm. Nur bei Zwergbecken erreicht er 6 cm und darunter.

Das allgemein-gleichmäßig verengte Becken ist besonders häufig in unseren Gegenden und die neuere Forschung hat dargetan, daß diese mangelhafte Beckenentwickelung sich in denselben Bezirken häufig findet, in denen auch der Kretinismus mit mangelnder Schilddrüsenfunktion, sowie die Taubstummheit gehäuft antreffen lassen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß dieselbe noch unbekannte Ursache, die zur Kropfbildung und zum Kretinismus führt, auch die mangelhafte Entwicklung und das plumpe Wachstum der Knochen mitbedingt und so zu engen Becken führt.

Bei dem platten Becken unterscheiden wir das einfach platte und das rhachitisch platte Becken. Platt heißt hier, von hinten nach vorne abgeplattet, also sind bei dem platten Becken nur die geraden Durchmesser verkürzt. Das einfach platte Becken hat einen geraden Durchmesser des Beckeneinganges von meist 8½—9½ cm, selten sinkt er unter 8 cm. Die queren Durchmesser sind normal lang, oder gar verlängert. Oft ist das einfach platte Becken eine Folge von zu starker Belastung der Wirbelsäule während des Wachstums. Dadurch wird der Vorberg gegen die Beckenhöhle hereingedrückt. Die Beckenschaufeln werden dagegen nach außen gedreht. In noch viel höherem Grade sehen wir diese Verhältnisse bei dem rhachitisch platten Becken in Erscheinung treten. Die Rhachitis oder englische Krankheit führt bekanntlich bei kleinen Kindern zu einer mangelhaften Knochenbildung an den normalen Wachstumsstellen der Knochen. Die Verknöcherung bleibt lange aus und die weichen Skeletteile geben der Belastung nach und krümmen sich, je nach dem Druck. Beim Becken äußert sich dies, wenn die Kinder gleichwohl aufrecht gehen, darin, daß wie beim einfach platten Becken der Vorberg sich gegen die Beckenhöhle zu einsenkt, in viel höherem Grade aber als dort biegen sich die Beckenschaufeln nach außen und die Querdurchmesser werden verlängert. Ferner biegt sich auch der untere Teil des Kreuzbeinkörpers nach hinten und oben und seine sonst gewölbte Form wird flach. Durch den Zug der Bänder wird die Spitze in fast rechtem Winkel wieder nach innen abgebogen. Durch diese Drehung des Kreuzbeines und der übrigen Beckenbestandteile kommt es zu einer Erweiterung des Beckenausganges; dies äußert sich darin, daß bekanntlich beim rhachitisch platten Becken das Geburtshindernis nur in der Beckeneingangsverengerung liegt und wenn bei den weniger hohen Graden der kindliche Kopf einmal den engen Beckeneingang passiert hat, so geht ja meist der Rest der Geburt auffällig schnell vor sich. Denn auch die Sitzbeine weichen auseinander, der Schambogen ist weit und die Beckenhöhle niedrig.

Bei dieser Art der Beckenenge sind höhere Grade nicht ausgeschlossen; die höchsten Grade werden als pseudoosteomalacische Form bezeichnet, indem sie der Verengung, wie sie bei der Knochenerweiterung (Osteomalacie), erscheint, ähnelt. Bei einer Verkürzung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges bis auf 6 cm und darunter, ist von einer Entbindung auf natürlichem Wege keine Rede mehr; auch ein Kind mit perforiertem Kopfe geht nicht mehr durch. Hier ist der Kaiserschnitt die einzige Möglichkeit, die Frucht zur Welt zu bringen.

Im Allgemeinen sind die rhachitisch platten Becken die häufigste Art der Verengerung, dann folgen die allgemein verengten. Im Kanton Bern aber scheinen die letzteren eher häufiger zu sein.

Die vorhergehenden Formen von Beckenverengerung sind die häufigsten, die jetzt folgenden stellen eher Raritäten dar, da sie selten vorkommen. Immerhin gehört ihre Kenntnis zur Ausbildung in der Geburtshülfe; denn auch Seltenheiten kommen eben vor, und müssen dann erkannt werden.

Da ist zu nennen das asymmetrisch verengte Becken, beide Beckenhälften sind in ihre Form und Weite verschieden. Ursachen sind sehr verschieden, z. B. einseitige Belastung und Ver-

krümmung der Wirbelsäule, Hüftgelenksleiden, einseitige angeborene Verrenkung des Hüftgelenks. Ferner gehören dahin ein Klumpfuß, schlecht geheilte Knochenbrüche eines Beines, kurz, alle die Verhältnisse, die zu einer ungleichen Belastung der einen Beckenhälfte führen. Meist ist die stärker belastete Beckenhälfte eingedrückt und abgeplattet; die gegenüberliegende dagegen eher ausgeweitet. So wird der nach dem vorderen Umfange der kranken Hälfte führende schräge Durchmesser verkürzt, der andere normal lang sein. Hochgradig sind diese Veränderungen nur, wenn sie mit Rhachitis kombiniert sind; im Allgemeinen geht die Geburt ohne erhebliche Störungen vor sich, denn der kindliche Kopf tritt einfach von vornherein in den genügend langen schrägen Durchmesser der gesunden Seite.

Das Trichterbecken ist dem männlichen Typus wiederum ähnlich; aber der Beckeneingang ist dabei fast oder ganz normal. Das Kreuzbein ist hoch und schmal, der Schambogen spitz. Die Seitenwände konvergieren nach unten. Die Messung der Beckenausgangsdurchmesser läßt diese Regelwidrigkeit erkennen. Bei solchen Beckenformen ist der Beginn der Geburt ein ganz normaler; man freut sich über die guten Wehen, bis dann der Drehung des Kopfes mit dem Hinterhaupte nach vorn ein Widerstand sich entgegensetzt. Die Austreibung wird stark behindert, da ja bei dem engen Schambogen auch der Austritt des Kopfes nicht in gewohnter Weise sich machen kann. Oft ist die Zange hier notwendig und meist sehr schwierig; es können Fisteln zwischen der Scheide und der Blase oder der Harnröhre entstehen, manchmal genügt die Zange nicht und die Perforation des kindlichen Kopfes wird notwendig.

Das schrägverengte Becken, nach dem berühmten Geburtshelfer, der zuerst darauf aufmerksam gemacht hat, das Nägele'sche Becken genannt, ist dem asymmetrischen Becken ähnlich; aber seine Entstehung ist eine andere. Die Ursache dieser Verengerung ist nämlich die schlechte Ausbildung, ja, das Fehlen eines Kreuzbeinflügels. Dadurch wird der Beckeneingang in der betreffenden Hälfte stark verengt, die Kreuzhüftbeinaushöhlung verschwindet und das betreffende Hüftbein ist direkt dem Kreuzbeinkörper aufgesetzt. Die Höhlung der fehlerhaften Beckenhälfte ist abgeflacht und die unbenannte Linie gestreckt. Die geraden Durchmesser sind normal lang, die queren sowie der eine schräge, nämlich der, der von der gesunden Seite hinten nach der kranken vorn zieht, verkürzt. Bei der Geburt kann der Kopf in den normalen, schrägen Durchmesser treten und die Geburt nur mäßig behindert sein.

Das querverengte oder Robert'sche Becken ist eine weitere Ausbildung des schrägverengten Beckens; nämlich in dem Sinne, daß anstatt eines, beide Kreuzbeinflügel fehlen. Diese Beckenform ist eine äußerst seltene. Alle geraden Durchmesser sind normal, alle queren Durchmesser stark verkürzt. Hier ist eine Entbindung auf natürlichem Wege absolut unmöglich, da die Kreuzhüftbeinfugen dabei verknöchert und gar nicht beweglich sind.

Eine andere Art des quer verengten Beckens ist bedingt durch eine Buckelbildung an der Wirbelsäule, wie sie bei tuberkulöser Wirbelentzündung sich formt. Da der obere Teil des Rumpfes stark nach vorne abgebogen ist, so muß sich der Oberkörper zurücklegen, um das Gleichgewicht zu wahren. Dadurch wird die Beckenneigung vermindert, der Vorberg nach hinten oben gezogen, und die Kreuzbeinspitze gegen einwärts gedreht. Die Hüftbeine weichen oben auseinander, unten nähern sie sich. Die Folge davon ist eine quere Verengerung der eigentlichen Beckenhöhle. Die queren Durchmesser verkürzen sich und die geraden, besonders der des Beckeneinganges, werden eher länger.

Das durch Osteomalacie oder Knochenerweichung verengte Becken. Die Osteomalacie ist eine Erkrankung, die zu einem Schwunde der festen Kalkbestandteile der Skelettknochen führt; dadurch wird dem Knochen seine Festigkeit genommen. Die Knochen werden leicht, biegsam und brüchig. Die abnorme Biegsamkeit macht sich je nach dem Falle verschieden geltend. Die Krankheit hängt mit der Tätigkeit der Eierstöcke zusammen; sie kann geheilt werden durch Entfernung derselben. Auch andersartige Beeinflussung ihrer Tätigkeit kann Heilung bringen, so z. B. oft Einspritzung von Nebennierenextrakt.

Dank seiner Lage und Aufgabe hat das Becken unter der Weichheit seiner Knochen am meisten zu leiden. Von oben gegen den Beckeneingang drückt der Vorberg, der belastet ist durch die ganze obere Körperhälfte, von beiden Seiten auf die Gelenkpfannen drücken die Köpfe der beiden Oberschenkelknochen. Und das Becken gibt nach.

Der Beckeneingang wird also von drei Seiten zusammengedrückt, der Vorberg sinkt ins Becken, die Pfannengegenden beiderseits drängen gegen die Beckenhöhle und die Schamfuge weicht nach vorne aus. Dadurch entsteht eine Form, die man als kartenherzförmig bezeichnet hat. Immer ist sie natürlich nicht ausgesprochen bei den weniger hochgradigen Fällen, auch werden die Knochen einer bettlägerigen Person in anderer Weise verändert in ihrer Form, als bei einer Frau, die herumgeht.

Die Geburt kann natürlich bei den vorgeschrittenen Fällen nicht auf natürlichem Wege erfolgen; es ist aber gut, bevor man eingreift, erst zuzusehen, ob das weiche Becken nicht unter dem Einfluß der Wehen auseinanderweicht.

Das Gleitwirbelbecken (spondylolisthetisches Becken) entsteht dadurch, daß der letzte Lendenwirbel auf dem Kreuzbein nach vorne, nach der Beckenhöhle zu gleitet, bei hochgradigen Fällen wird der Beckeneingang von der Wirbelsäule geradezu überdeckt. Dadurch wird der gerade Durchmesser des Beckeneinganges oft sehr erheblich verkürzt. Bei schwereren Fällen kommt die Entbindung auf natürlichem Wege nicht in Frage.

Endlich ist noch zu erwähnen das durch Knochenvorsprünge oder Knochengeschwulstbildung verengte Becken, bei dem natürlich alles auf die Stelle ankommt, wo die Geschwulst sitzt, und welche Größe sie erreicht.

Schweizer. Hebammenverein.

Zentralvorstand.

Einladung

zur

22. Delegiertenversammlung

im Hotel „Aarhof", Olten

Montag den 31. Mai 1915, nachmittags 1 Uhr.

Werte Berufsschwestern!

Unsere Vereinigung hält nach Beschluß der Sektionen, anstatt der Generalversammlung, am 31. Mai, mittags 1 Uhr, eine Delegiertenversammlung ab. Wir laden die Vorstände, die Mitglieder der Kommissionen, die Delegierten der Sektionen hiermit höflich ein zur Teilnahme.

Die Zeit wird zur Besprechung kurz bemessen sein, von 1—4 Uhr. Wir müssen uns bestreben, die verschiedenen Traktanden rasch abzuhandeln.

Die Rechnung der Zentralkasse, der Krankenkasse und des Zeitungsunternehmens lesen Sie in unserer Zeitung. Von Vereinsberichten sehen wir ab. Wir hören von der Präsidentin der Krankenkasse über deren Stand und sehen, daß sie stets sehr in Anspruch genommen wird.

Herr Pfarrer Büchi wird uns die neuen Vereinsstatuten erklären.

Im Hotel Aarhof wird den Teilnehmerinnen mittags 12 Uhr ein Mittagessen zu Fr. 1. 50 geboten. Zwischen 4—5 Uhr wird ein gemeinsamer Kaffee mit Backwerk eingenommen, ebenfalls zu Fr. 1. 50. Nachher schlägt die Abschiedsstunde. Seien Sie dem Vorstande herzlich willkommen.

Traktanden:

1. Kurze Begrüßung der Präsidentin.
2. Wahl der Stimmenzählerinnen.
3. Jahres- und Rechnungsbericht des schweizer. Hebammenvereins.
4. Bericht der Revisorinnen über die Vereinskasse.
5. Bericht über den Stand des Zeitungsunternehmens.
6. Revisorinnenbericht über das Zeitungsunternehmen.
7. Besprechung der neuen Statuten des schweiz. Hebammenvereins, mit Erklärungen von Herrn Pfarrer Büchi.
8. Wahl der Revisorinnen für die Vereinskasse.
9. Wahl des Ortes für die nächste Generalversammlung.
10. Allgemeine Umfrage.

Hoffend, uns in Olten in Gesundheit zu treffen, begrüßen wir unsere Kolleginnen.

Die Präsidentin:
Ch. Blattner-Wespi.

NB. Um dem Besitzer des Aarhofes die Zahl der Teilnehmerinnen beim Mittagessen und 4 Uhr Kaffee zu nennen, bitten wir Sie, sich per Karte bis zum 20. Mai bei Frau Meyer, Feldbergstraße 4, Basel, zu melden.

Krankenkasse.

Traktanden

für die

Delegiertenversammlung

Montag den 21. Mai, mittags 1 Uhr,

im Aarhof in Olten.

1. Abnahme des Geschäftsberichtes.
2. Abnahme der Jahresrechnung und Bericht der Revisorinnen.
3. Wahl der Revisorinnen für die Krankenkasse.
4. Beurteilung von Rekursen gegen Entscheide der Krankenkasse-Kommission.
5. Beschlußfassung über Stillgelder.
6. Definitive Annahme des provisorischen Geschäftsreglementes.
7. Bestimmung des Ortes der nächsten ordentlichen Versammlung.
8. Verschiedenes.

Die Krankenkassekommission:
Frau **Wirth**, Präsidentin.

* * *

Erkrankte Mitglieder:

Frau Schumacher, Hägendorf (Solothurn).
Mme Dénéréaz, Montreux (Waadt).
Frau Moser, Heimiswil (Bern).
Frau Eberhardt, Grafenried (Bern).
Frau Baumgartner, Eichenwies (St. Gallen).
Frau Rauber, Egerkingen (Solothurn).
Frau Flury, Selzach (Solothurn).
Frl. Wuhrmann, Zürich.
Frau Schär, Adelboden (Bern).
Frau Häuptli, Biberstein (Aargau).
Frau Hartmann, Möriken (Aargau).
Frau Rohner, Au (St. Gallen).
Frau Gemperli, Wolfertswil (St. Gallen).
Frau Huggenberger, Boniswil (Aargau).
Frau Huber-Koch, Schönenwerd (Solothurn).

Angemeldete Wöchnerinnen:

Frau Frei-Meier, Opfikon (Zürich).
Frau Buser, Davos (Graubünden).
Fr. Loher, Montlingen (St. Gallen).
Frau Klemenz-Schöni, Pfyn (Thurgau).
Mme Favre-Metral, Villars s. Yens (Waadt).