Der Wert der Rectaluntersuchung in der Geburtshilfe

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): **25 (1927)**

Heft 12

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-952088

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

Bern, 15. Dezember 1927. № 12 Fünfundzwanzigster Jahrgang

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

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

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:
Dr. med. v. Fellenberg-Tardy,
Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Spitalackerstraße Nr. 52, Bern.
Für den allgemeinen Teil:
Frl. Marie Wenger, Hebamme, Lorrainestr. 16, Bern.

Abonnements:
Jahres-Abonnements Fr. 3. — für die Schweiz
Mk. 3. — für das Ausland.
Inserate:
Schweiz und Ausland 40 Cts. pro 1-sp. Petitzeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Inhalt. Der Wert der Rectaluntersuchung in der Geburtshilfe. — **Schweizerischer Hebammenverein**: Zentralvorstand. — Krankenkasse: Erkrankte Mitglieder. — Angemeldete Wöchnerin. — Eintritt. — Todesanzeige. — **Schweizerischer Hebammentag in Basel**: Protokoll der Generalversammlung (Schluß). — Protokoll der Generalversammlung der Krankenkasse. — **Vereinsnachrichten**: Sektionen Baselstadt, Bern, Freiburg, Luzern, Solothurn, St. Gallen, Zürich. — Hebammen-Honorar. — Etwas vom Wert der „Lucina". — Die Folgenzustände der Bleichsucht. — Anzeigen.

Der Wert der Rectaluntersuchung in der Geburtshilfe.*

Ist eine innere Untersuchung bei einer Gebärenden notwendig?

Dies ist eine strittige Frage bei allen normalen Geburten, wo die Palpation, die Art der Wehen, der Augenblick des Sprunges der Fruchtblase genügend Anhaltspunkte geben, so daß jegliche weitere innere Untersuchung überflüssig wird. Aber nehmen wir einen Fall von pathologischer Geburt an, so kann in der Mehrzahl der Fälle ausschließlich eine innere Untersuchung eine richtige Diagnose ermöglichen. Anderseits wird man den prakt. Arzt verstehen, der zu einer Gebärenden gerufen, sich über den Grad der Erweiterung des Muttermundes Rechenschaft geben will, um dadurch die allfällige Dauer der Geburt zu berechnen. Dies erfordert nun aber keineswegs eine Vaginaluntersuchung, da ihm der Weg durch das Rectum offen steht. Die R. U. ist durchaus nichts Neues in der Geburtshilfe. Schon Smellie kannte sie. In Vergessenheit geraten, wurde sie von Krönig und seinen Schülern 1893 wieder angewendet. Seither wird sie in den meisten schweizerischen Universitätskliniken ständig durchgeführt. Prof. Beuttner führte sie an der Genfer Frauenklinik, an der ich Oberarzt war, im Oktober 1919 ein. Nach einer Probezeit, während der die Vaginaluntersuchung als Kontrollmittel diente, wurde die R. U. systematisch beinah bei allen Geburten gebraucht. Die Studenten, sowie die angehenden Hebammen üben sich ebenfalls darin. Gestützt auf eine zweieinhalbjährige Versuchszeit an der Genfer Klinik wollen wir versuchen, die Vorteile der R. U. in der Geburtshilfe klarzulegen.

Das Vorgehen ist außerordentlich einfach. Am Frauenspital Genf verwendet man einen Kautschukhandschuh mit zwei Fingern für Zeige- und Mittelfinger, während Daumen und die übrigen Finger zur Faust geballt vom Handschuh bedeckt sind. In der Praxis können kleine Fingerlinge genügen. Die Gebärende wird angehalten zu pressen, was die Einführung des vorgängig mit Vaseline bestrichenen Kautschukfingers erleichtert. Eine äußerst wichtige Vorsichtsmaßregel besteht darin, daß man jegliche Berührung der Schamteile mit den Fingern, die nicht zur Untersuchung dienen, vorzüglich mit dem Daumen vermeidet. Dies kann durch Vorlegen eines sterilen Wattebausches auf die Scham unterstützt werden. Auf diese Weise wird jegliche Infektionsmöglichkeit von außen her bei der Untersuchung vermieden. Der Vorteil gegenüber der V. U. ist augenfällig. Eine lange Desinfektion der Hände, die am Kreisbett oft beschwerlich und ungenügend ist, wird dadurch hinfällig. Sogar bei Verwendung von sterilen Handschuhen setzt sich der Geburtshelfer der Gefahr aus mit dem eingeführten Finger Keime von den Schamteilen und der Scheide in den Muttermund zu übertragen.

Ist die gleiche Gefahr bei der R. U. vorhanden?

A priori nein, da ja jegliche Berührung zwischen der untersuchenden Hand und dem Gebärschlauch ausgeschlossen ist. Immerhin hat Prof. Labhardt in Basel festgestellt, daß beim Aufrollen der Rectalschleimhaut von unten nach oben und durch einen Gegendruck auf die hintere Scheidenwand die Möglichkeit einer Uebertragnng von Keimen der untern Scheidengegend auf den Muttermund bestehe. Um diesem Uebelstand abzuhelfen, empfiehlt er die Hand in Pronationsstellung (Handfläche nach unten) zu halten, dann den Zeigefinger möglichst tief ins Rectum einzuführen, daraufhin die Hand in Supinationsstellung (Handfläche nach oben) drehen, um so den Muttermund und den Fötus abzutasten.

Auf diese Weise vermeide man den Inhalt der Scheide von unten nach oben zu stoßen. Diese Technik ist wohl etwas umständlich und wird sich kaum in der Praxis einbürgern. Man darf nämlich nicht vergessen, daß nach der Geburt die Keime spontan aufsteigen, so daß durchschnittlich am vierten Tag die bis anhin sterile Gebärmutter Mikroorganismen beherbergt, die von der Scheide herstammen. Man darf sich daher keiner Täuschung hingeben und glauben, daß nun dank der R. U., welches auch die angewandte Technik sei, überhaupt jedes Fieber in der Nachgeburtsperiode verschwinden werde. Dies ist ein Idealzustand, der ungeachtet der strengsten aseptischen Vorsichtsmaßregeln wohl kaum zu erreichen sein wird. Selbst die Unterlassung jeglicher inneren Untersuchung bietet keine absolute Gewähr für einen fieberfreien Verlauf des Wochenbettes.

Folgende Zusammenstellung möge dies illustrieren: Ich habe 100 Geburten der Genfer Universitätsklinik, die niemals untersucht wurden, beobachtet, sie mit 100 Geburten verglichen, die rectal untersucht wurden, sowie mit 100 weitern Geburten, die vaginal untersucht wurden. Ausgeschlossen sind selbstverständlich jene Fälle, bei denen die Temperaturerhöhung auf außergenitale Ursache zurückzuführen ist. Die Dammrisse dagegen, die sich in annähernd gleicher Zahl auf die drei Kategorien verteilen, wurden nicht ausgeschieden.

I) 100 nicht untersuchte Fälle.

3 mal	erreichte	oder	überstieg	die	Achseltemperatur	38 °
5 mal	"	"	"	"	"	37,8°
8 mal	"	"	"	"	"	37,6°

II) 100 rectal untersuchte Fälle.

5 mal	erreichte	oder	überstieg	die	Achseltemperatur	38 °
5 mal	"	"	"	"	"	37,8°
11 mal	"	"	"	"	"	37,6°

III) vaginal untersuchte Fälle.

10 mal	erreichte	oder	überstieg	die	Achseltemperatur	38 °
6 mal	"	"	"	"	"	37,8°
6 mal	"	"	"	"	"	37,6°

während den 12 ersten Tagen des Wochenbettes.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß die Gesamtzahl der fiebernden Fälle bei beiden Untersuchungsarten annähernd die gleiche ist, bei Vaginaluntersuchung dagegen die Temperaturerhöhung über 38 viel häufiger ist. Anderseits ist es auffallend, wie häufig Fälle von Selbstinfektion sind, wobei jegliche Untersuchung unterblieb.

(In dieser Beziehung befindet sich die Genfer Frauenklinik gegenüber andern Universitäten deutlich im Nachteil: die Kranken, die meistens in der Stadt wohnen und dadurch keine weite Reise zu scheuen haben, werden im letzten Augenblick, häufig schon in der Austreibungsperiode, in die Klinik eingeliefert. Die Zahl der Schwangern auf der Abteilung, die sich vor der Geburt unter ärztlicher Beobachtung befinden, ist ganz gering; man hat daher gar keine Gewähr hinsichtlich einer außerhalb der Klinik beobachteten Asepsis, sei es bei Untersuchungen, die von einer Hebamme oder der Gebärenden selbst vorgenommen wurden, sei es beim Beischlaf, der oft kurz vor dem Eintritt in die Klinik stattfand. Unter diesen Umständen wäre eine größere Statistik, die auf diesem Material fußt, nicht ganz einwandfrei.)

Wie dem auch sei, so bedeutet doch die R. U. einen Schritt weiter im Kampf gegen das Puerperalfieber, wenn es auch dadurch nicht gänzlich verschwinden wird. Sie beschränkt die Zahl von schwerer Infektion post partum auf ein Minimum, da sie die Einführung der Keime von außen her verunmöglicht. Und wenn sich dann trotzdem Fieber einstellt, so trifft weder den Arzt noch die Hebamme ein Vorwurf. Und dies ist sehr wichtig, da die Gebärenden nur allzu häufig geneigt sind, den Arzt für allfällige Komplikationen nach erfolgter Geburt verantwortlich zu machen.

Wenn diese Gewähr bei normalen Geburten wichtig ist, wie viel mehr erst bei pathologischen, wo der Erfolg der spätern operativen Eingriffen zum großen Teil von ihrer nicht Infektion abhängt.

Der transperitoneale, tiefe Kaiserschnitt wurde in den letzten Jahren außer bei engem Becken

* Vortrag, gehalten im Hebammenverein St Gallen durch † Dr. Perolla. Der Vortragende, ein vielversprechender junger Arzt, der sich allgemeiner Beliebtheit in Patienten- wie Kollegen- und Hebammenkreisen erfreute, ist leider im Alter von 36 Jahren verstorben. Sein Hinscheiden wird allgemein aufs Tiefste bedauert. (Red.)

auch bei Placenta Praevia, bei Eklampsie, bei Vorfall der Nabelschnur usw. angewendet, da er weniger gefährlich ist, als der klassische Kaiserschnitt. Die Prognose ist noch günstiger, wenn der Fall „rein" ist, d. h. nicht voruntersucht. Deshalb wird der prakt. Arzt gut tun, jegliche Vaginaluntersuchung zu unterlassen, wenn er eine Placenta Praevia vermutet. Er wird sich mit einer R. U. begnügen, bevor die Gebärende ins Spital eingeliefert wird. Natürlich wird es ihm selten möglich sein, Placentargewebe durch das Rectum abzutasten; aber er wird sich erinnern, daß in 90 Prozent aller Fälle eine reichliche Blutung, die ohne Schmerzen und ohne bekannte Ursache während der Schwangerschaft plötzlich auftritt, auf eine Placenta Praevia zurückzuführen ist. In diesem Fall wird auch die V. U. keinen weitern Aufschluß ermöglichen. Liegt eine Beckenverengerung vor, so hat der prakt. Arzt in der R. U. ein wichtiges Hilfsmittel zur Hand. Durch häufige R. U. wird er den Verlauf der Geburt sozusagen Schritt für Schritt verfolgen können, um daraus auf eine normale Geburt oder auf die Notwendigkeit eines eventuellen Eingriffes zu schließen. Die Möglichkeit, die R. U. häufig zu wiederholen, ist gewiß ein großer Vorteil, da man doch keine zweite V. U. ohne zwingende Notwendigkeit vornehmen sollte. An der Genfer Frauenklinik überwinden die Studenten gerade durch häufiges Untersuchen die Schwiekeit, die in der Untersuchung vom Rectum aus liegen mag. Während einer vierzehntägigen Dienstzeit in der Klinik üben sie sich darin und sind dann in der Lage ziemlich genaue Diagnosen zu stellen. Auch die angehenden Hebammen können nach ihrer einjährigen Ausbildung durch eine R. U. genügend Aufschluß gewinnen. Daneben wird ihnen Gelegenheit geboten einige V. U. vorzunehmen, um auch in schwierigen Fällen ihrer zukünftigen Praxis auszukommen.

Bis zu welchem Grad darf die R. U. Anspruch auf Genauigkeit erheben?

Vorerst muß ja zugegeben werden, daß sie niemals der Genauigkeit einer direkten Untersuchung, d. h. von der Scheide aus, gleichkommen wird. Handelt es sich doch um einen indirekten Weg, der aber doch mit ziemlicher Sicherheit zum Ziele führen kann. Dem Anfänger bereiten die zwischen dem untersuchenden Finger und dem Fötus gelagerten Weichteile einige Schwierigkeit. Aber nach und nach bildet die rectovaginale Scheidewand nur noch ein leicht zu überwindendes Hindernis. Und mit einiger Uebung wird man sehr deutlich den Zustand des Muttermundes, den Grad seiner Erweiterung, sowie die Lage des Fötus, bzw. des vorliegenden Teiles bestimmen können. Gelegentlich können Falten in der Rectalschleimhaut, die durch die Untersuchung künstlich hervorgerufen wurden oder durch die Klappen des Rectum bedingt sind, zu einem Irrtum verleiten. Diese Falten können einen beinah verstrichenen Muttermundrand vortäuschen und so ein falsches Bild seiner Erweiterung geben.

Der Irrtum wird umso leichter gemacht werden, wenn es sich um diese zwei extremen Fälle handelt: entweder ist der Muttermund ganz geschlossen, ohne fühlbare Einsenkung oder ist er im Gegenteil vollständig verstrichen und erweitert? Eine Frage, die selbst für einen in der R. U. sehr geübten Praktiker schwer zu entscheiden ist. In beiden Fällen fehlt der kreisförmige Wulst, den der Muttermundrand bildet und der sonst mit dem untersuchenden Finger abgetastet werden kann. Der Geburtshelfer wird in einem solchen Falle sehr zurückhaltend mit seiner Diagnose sein und sich glücklich schätzen, wenn ihn nicht eine plötzliche Ausstoßung überrascht, während er doch auf Grund seiner Untersuchung glaubte, die Erweiterung sei erst angedeutet. Uebrigens bilden solche Fälle von schwieriger Diagnose eine Ausnahme. Bei 100 Geburten, die ich aus den Krankengeschichten der Genfer Klinik gesammelt habe, hat die R. U. nur in 10 Prozent der Fälle Zweifel über den Grad der Erweiterung bestehen lassen. In allen andern Fällen hat der spätere Verlauf der Geburt oder eine Kontrolluntersuchung von der Scheide aus die Richtigkeit des gefundenen Status bestätigt.

In der Regel ist der Kopf des Fötus leicht zu erkennen, einmal an seiner Form und Konsistenz, dann auch an den Nähten und Fontanellen. Es ist schon schwieriger, die Richtung dieser Nähte zu verfolgen und zu bestimmen, in welchem Beckendurchmesser sie sich befinden, hauptsächlich wenn der Kopf noch hoch ist oder eine große Kopfgeschwulst vorhanden ist.

Bei den 100 oben angeführten Geburten konnte die genaue Stellung des Kopfes nur 55 mal durch die R. U. allein bestimmt werden. 35 mal war die Diagnose unsicher und 10 mal war sie falsch. 2 mal wurde der Kopf mit dem Gesäß verwechselt, ein Irrtum, der aber nicht nur bei der R. U. vorkommt. Im allgemeinen können Gesäßlagen ebenso gut vom Rectum wie von der Scheide aus erkannt werden, wenn das Gesäß eingetreten ist und die Erweiterung genügend war. Schwieriger ist die Diagnose der Deflexionslagen, der Scheitel-, Stirn- und Gesichtslagen. Wenn die Fruchtblase flach ist kann sie bei der R. U. übersehen werden. Wölbt sie sich dagegen bei den Wehen in die Scheide vor, so kann man sie leicht vom Rectum aus abtasten und sie sogar sprengen, entweder durch die rectovaginale Scheidewand hindurch oder mit Hilfe einer in die Scheide eingeführten Pincette oder Kocher-Schieber. Zur Führung dient der ins Rectum vorgeschobene Finger. Eine Komplikation bei der Geburt, die der R. U. entgehen kann, ist der Vorfall der Nabelschnur, wenigstens im Anfangsstadium. Es ist unstreitbar, daß eine V. U., die mehr Raum bietet um den Kopf abzutasten, eine Schlinge der Nabelschnur, die neben dem Kopf vorliegt, aufdecken kann, während sie eben vom Rectum aus nicht zu erreichen ist. Ist die Nabelschnurschlinge dann in die Scheide vorgefallen, so lassen ihre Pulsationen sie sehr leicht durch die rectovaginale Scheidewand hindurch erkennen. Weniger wichtig sind die seltenen Fälle von Krebs des Muttermundes, von Geschwülsten der Weichteile oder des Beckenskelettes. Andere Symptome werden dem Geburtshelfer auffallen und ihn zu einer V. U. veranlassen, die in diesem Fall unerläßlich ist.

In verengten Becken ist es möglich den Diagonaldurchmesser durch das Rectum zu messen, wenn man 1 bis 1,5 cm vom erhaltenen Resultat abzieht als Dicke für den zwischen untersuchendem Finger und Scheideneingang gelagerten Damm. Wenn die R. U. nur Vorteile bieten würde, wäre es verwunderlich sie nicht häufiger angewendet zu sehen. Aber sie war Einwänden ausgesetzt, die ihre Anwendung einzuschränken drohten. Man wirft ihr vor sehr unästetisch zu sein und deshab gebe eine Gebärende nur schwerlich ihre Einwilligung dazu. Es ist vorgekommen, daß Patientinnen an einen Irrtum unsererseits glaubten und uns gütige Auskunft über die Lage ihrer Genitalien gaben, keine einzige hat sich wirklich dagegen gesträubt.

Um jegliches Mißverständnis zu vermeiden, wird man gut tun der Gebärenden zu sagen, daß man sie zu ihrem Vorteil durch den Darm untersuchen werde. Auf diese Weise wird selbst die ängstlichste Frau darin einwilligen. Gelegentlich können Haemorroiden die Einführung eines Fingers ins Rectum schmerzhaft gestalten. Mit einiger Vorsicht sowie mit einer genügenden Schicht Vaseline läßt sich dieses Hindernis überwinden. Nur eine unnötige Kraftanwendung könnte eine Blutung oder eine Verletzung der Rectalschleimhaut bedingen.

Wenn Stuhlballen jegliche Untersuchung verunmöglichen, so wird durch ein Klistier abgeholfen. Uebrigens sollte ein Klistier prophylaktisch vor jeder Geburt gegeben werden. Ganz unbegründet scheint uns die Furcht zu sein, daß die R. U. eine Infektionsgefahr durch die Darmflora bieten könnte, sowohl für den Arzt wie für die Hebamme. Wird sie nach allen Regeln der Kunst ausgeführt, insbesondere mit einem genügend dicken Handschuh, so ist selbst bei Vorhandensein einer Analfistel, einer gonorrhoischen oder syphilitischen Darmentzündung nichts zu befürchten. Bei letzterer fehlen niemals spezifische Veränderungen an der Vulva und der Vagina und bilden eine Kontraindikation für jegliche V. U. Was die Möglichkeit einer Ansteckung des untersuchenden Fingers durch ein vorhandenes Loch im Handschuh betrifft, so gebietet die elementarste Vorsicht, den Handschuh vor Gebrauch auf seine Dichtigkeit hin zu prüfen. Und sollte ein Riß übersehen worden sein, so stellt eine nachträgliche Desinfektion der Hände die gewünschte Asepsis wieder her.

Schlußfolgerungen:

1. Die R. U. bietet für den Anfänger mehr Schwierigkeiten und verleitet häufiger zu falschen Schlüssen als die V. U.
2. Bei den meisten Geburten genügen die Aufschlüsse, die man mit einiger Uebung durch die R. U. gewinnen kann.
3. Sie erlaubt jegliche von außen kommende Infektion der Gebärenden auszuschließen und kann daher nach Belieben wiederholt werden.
4. Wenn sich im Verlauf einer Geburt eine innere Untersuchung als notwendig erweist, so wird man in erster Linie eine rectale vornehmen. Gewinnt man aber dadurch nicht genügenden Aufschluß und vermutet man irgendwelche Komplikation, so wird man sich entschließen, aber nur dann, von der Vagina aus vorzugehen.
5. Der prakt. Arzt wird sich strikte mit einer R. U. begnügen in allen Fällen von Placenta Praevia, von Eklampsie und von Beckenverengerung, wenn er die Notwendigkeit eines eventuellen Kaiserschnittes vorsieht.
6. In den Universitätskliniken und Hebammenschulen werden die Studenten und die Hebammenschülerinnen gut tun sich speziell in der R. U. zu üben. Kommen sie in den Fall eine V. U. zu machen, so wird sie ihnen dadurch sehr erleichtert.

Schweiz. Hebammenverein.

Zentralvorstand.

Wir können unsern Mitgliedern mitteilen, daß Frau Thönen-Rütschi in Reutigen und Frl. Elise Graf in Thierachern das 50jährige Berufsjubiläum feiern konnten. Den beiden Jubilarinnen entbieten wir unsere herzlichsten Glückwünsche für ihr weiteres Wohlergehen.

Die Präsidentin:
Frl. Marti,
Wohlen (Aargau),
Tel. 68.

Die Sekretärin:
Frau Günther,
Windisch (Aargau),
Tel. 312.

Krankenkasse.

Erkrankte Mitglieder:

Mlle Prod'home, Lausanne.
Mme. Incerti, Corsier (Waadt).
Frl. Hulliger, Neuenegg (Bern).
Frau Steiner-Hofer, Basel.
Frau Furrer-Steuri, Leißigen (Bern).
Fr. Wild, Schwanden (Glarus).
Fr. Probst, Finsterhennen (Bern).
Fr. Niederer, Freiburg.
Fr. Laibacher, Hemmishofen (Schaffhausen).
Fr. Schlatter, Löhningen (Schaffhausen).
Frau Steiger-Beyer, Lyß (Bern).