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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 62 (1964)

Heft: 11

Artikel: Die Vielgebärende [Fortsetzung und Schluss]

Autor: Lutziger, H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951552

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Bern, 1. November 1964 Monatsschrift 62. Jahrgang **11**

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Frl. Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE), Tel. 65 12 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil Pro einspaltige Petitzeile 55 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 80 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 22 21 87, Postcheck III 409, wohin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. W. Neuweiler)

Die Vielgebärende

von Dr. med. H. Lutziger

(Fortsetzung und Schluss)

Die unbedeutenden Abweichungen in der Körperlänge sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7. Körperlängen der Neugeborenen.

– para	Durchschnitt	unter 47 cm	über 53 cm
VI	50,7 cm	9 %	8 %
VII	50,3 cm	6,5 %	20,2 %
VIII	50 cm	13 %	18,9 %
IX	50,7 cm	—	18,8 %
X-XVI	50,6 cm	2,4 %	15,9 %
	50,5 cm	7,8 %	13,8 %

Die respektable Länge von 57 Zentimeter wurde von drei Kindern erreicht. Eine 34jährige VI-para gebar einen 4950 gr schweren Knaben. Durch Sectio caesarea wurde eine 42jährige IX-para wegen Placenta praevia von einem 4750 gr schweren Kind entbunden, wobei als zusätzliche Komplikation eine Afibrinogenämie auftrat. Hieher gesellt sich auch das vorher erwähnte totgeborene Mädchen der 38jährigen XIII-para. Mit 40 Zentimeter Scheitel-Fuss-Distanz sind zwei Neugeborene vertreten.

Dass der Zustand der Neugeborenen bei der Geburt mit zunehmender Geburtenzahl Tendenz zur Verschlechterung aufweist, zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8. Zustand bei der Geburt.

– para	total	lebens-frisch	apnoisch	frisch- und faultot
VI	188	174	11 = 5,6 %	3 = 1,5 %
VII	107	88	15 = 13,9 %	4 = 4,6 %
VIII	69	59	6 = 9,3 %	4 = 6 %
IX	33	29	3 = 9,3 %	1 = 3 %
X-XVI	38	34	1 = 2,7 %	3 = 7,9 %
	435	384	36 = 8,2 %	15 = 3,4 %

Den 15 Totgeburten am Termin steht ein einziger mütterlicher Todesfall gegenüber. Die Tragik ist folgende: Die 42jährige VII-gebärende war eine ausgesprochen Benachteiligte des Schicksals. Von ihren Kindern lebte nur das Erstgeborene, alle andern waren lebensunfähige Frühgeburten im VII.-VIII. Monat. Der Wunsch nach einem lebenden Kind war gross. Wir entschlossen uns daher, im 6. Schwangerschaftsmonat nach der Methode von Shirodkar eine Zervixcerclage, d. h. einen Verschluss des Muttermundes vorzunehmen. Alles schien in bester Ordnung zu sein, als sie einen Monat vor Termin aus völligem Wohlbefinden heraus erbrach. Kurz hernach schüttelten tonisch-klonische Krämpfe die Schwangere. Der vorher immer normale Blutdruck war auf 240/120 angestiegen. Nach kurzer Pause wiederholten sich die Anfälle. Als dann der Zustand während zwei Stunden unverändert blieb, die Herztöne dauernd gut waren, entschloss man sich zur Sectio caesarea. Alles wurde vorbereitet. Ein Glück, denn eine erneute Verschlechterung meldete sich, die Schwangere schnappte nach Luft und verschied. Fünf Minuten später konnten wir ein 1850 Gramm schweres Kind dem toten Mutterleib durch Kaiserschnitt entnehmen. Das Mädchen entwickelte sich in der Folge normal. Die Todesursache der Mutter bildete ein Hirnschlag und ein Durchbruch der Blutung in das Ventrikelsystem des Gehirns.

Die Mehrlingsgeburten entsprechen mit sechs Zwillingsgeburten dem Durchschnitt unserer Breiten mit einer Mehrlingsgeburt auf 80 Einlingsgeburten.

Einer besonderen Beachtung bedürfen die Missbildungen. Die 25 Kinder mit Missbildungen entsprechen 5,5 Prozent. Eine wesentliche Verschiebung innerhalb der Gebärenden kann nicht nachgewiesen werden. Die acht Hämangiome sind sicher mehr als Schönheitsfehler, denn als schwerwiegendes Geburtsgebrechen zu bewerten. Ernster liegt der Fall bei den vier mongoloiden Kindern, den drei hydrocephalen und einem mikrocephalen. Eine oesophagotracheale Fistel, zwei Hiatushernien, eine Meningo-Encephalocele und eine Nierenvenenthrombose wurden chirurgisch behandelt. Schwer geschädigt durch gleichzeitig mehrere Missbildungen waren fünf Kinder.

Blutgruppenunverträglichkeiten manifestierten sich in 2,7 Prozent wobei sich solche, die durch den Rhesusfaktor bedingt sind, und solche der ABO-Gruppen die Waage halten. Die Häufigkeit der Placenta praevia mit 2,5 Prozent entspricht den Zahlen, wie sie in der neueren Literatur angegeben sind. Eine eindeutige Zunahme mit steigender Geburtenzahl können wir nicht bestätigen.

Störungen bei der Lösung der Placenta finden wir in 40 Fällen (gleich 10,5 Prozent) der Geburten. Ein signifikanter Unterschied zwischen den VI- und Vielstgebärenden ist nicht erkennbar. Die Fälle verteilen sich wie folgt: 12 Austastungen, fünf Restlösungen, vier manuelle Lösungen, vier Lösungen mit dem Credé'schen Handgriff in Narkose, drei Expressionen, zwei vorzeitige Lösungen und schliesslich 10 atonische Nachgeburtsblutungen.

Dass sich die postpartale Kontraktionsfähigkeit des Uterus mit jeder neuen Schwangerschaft verschlechtert, geht aus den ansteigenden Blutverlusten bei zunehmender Geburtenzahl deutlich hervor (Tabelle 9).

Tabelle 9. Durchschnittlicher Blutverlust bei der Geburt.

Parität	VI	VII	VIII	IX	X-XVI
Blutverlust	155	159	163	191	207 cm³

Der Uterus kann sich nicht mehr so gut und rasch den neuen Verhältnissen anpassen. Die Gefässe werden dementsprechend langsamer und unvollständiger zugeschnürt.

Ewigkeitssonntag

Lasst uns die Lieben im Totenfeld,
die heimgerufen aus dieser Welt,
heut nicht beklagen.
Lasst sie uns suchen im Ewigkeitsschein
und in der Seligen lichten Reihn
als die, die da Kronen tragen.

Lasst uns, wenn wir an den Hügeln stehn —
über Gräber hinweg auf den Einen sehn,
der für uns sich dem Tode gegeben.
Ihm lasst uns danken von früh bis spat,
der dem Tode die Macht genommen hat,
damit wir leben.

Die zeitliche Spanne zwischen Geburt und Nachgeburt beträgt bei den Vielgebärenden im Durchschnitt acht Minuten. Beim Durchtritt der Schultern injizieren wir eine Ampulle Methergin intravenös. Dadurch wird nicht nur die Zeit bis zur Ausstossung der Placenta abgekürzt, sondern der Blutverlust wird wesentlich verringert. Kommt es nicht zur spontanen Ausstossung, so versuchen wir in zeitlicher Staffelung erst die Expression, dann den Credé'schen Handgriff oder bei starker Blutung und nicht gelöster Placenta die manuelle Lösung. Eine schlechte Uteruskontraktion bei Verdacht auf unvollständige Placenta und Blutung erheischt eine Austastung des Uterus.
Der Kuriosität wegen knüpfen wir noch die Betrachtung über die Länge der Nabelschnur bei den Vielgebärenden an, die durchschnittlich 62,2 Zentimeter beträgt und in den einzelnen Gruppen praktisch konstant ist (Tabelle 10). Die Individualwerte schwanken selbstverständlich stark. Die kürzeste war 30, die längste 120 Zentimeter lang.

Tabelle 10. Nabelschnurlängen.

Parität	VI	VII	VIII	IX	X-XVI
Länge	62,2	63	62	62	61,5 Zentimeter

Aehnliche Verhältnisse beobachten wir bei den Placentagewichten. Die Abweichungen der Durchschnittswerte von der VI. zu den XVI-Gebärenden sind zu vernachlässigen. Sie schwanken um den Mittelwert von 656 Gramm (569/644/650/687 Gramm). Die beiden extremsten Werte sind bei den lebensfähigen Kindern 300 Gramm und 1280 Gramm bei Einlingen, 1300 Gramm bei Zwillingen.

Abschliessen möchten wir unsere statistischen Erhebungen mit der Zusammenstellung über den zeitlichen Ablauf der Geburt (Tabelle 11). Die Geburtsdauer verkürzt sich mit höherer Parität minim.

Tabelle 11. Der zeitliche Geburtsablauf.

– para	a)	b)
VI	265 Minuten	226 Minuten
VII	230 Minuten	228 Minuten
VIII	247 Minuten	189 Minuten
IX	278 Minuten	195 Minuten
X-XVI	233 Minuten	192 Minuten

a) Wehenbeginn bis Geburt b) Blasensprung bis Geburt

Was für praktische Konsequenzen sind aus den vorangegangenen Abschnitten zu ziehen? – Wir haben gesehen, dass eine komplikationslose Geburt bei der Vielgebärenden in knapp der Hälfte erfolgt. Die bedeutendere andere Hälfte weist Anomalien auf. Auf der mütterlichen Seite sind Abnutzungserscheinungen, dem Alter entsprechende Veränderungen, Schwierigkeiten der Nachgeburtsperiode vertreten, während beim Kind Lageanomalien, Blutgruppen-Unverträglichkeiten, Riesenkinder, Missbildungen, erhöhte Sterblichkeit sich häufiger einstellen. Es drängt sich die Frage auf, ob nicht grundsätzlich für die Vielgebärende unter Berücksichtigung der vermehrten Gefahren für Mutter und Kind die Klinikentbindung verlangt werden sollte. Den meisten Komplikationen könnte besser gewehrt werden, und die wenigen Erholungstage nach der Geburt kämen im Spital voll zur Geltung.

Vasenol Kinderpflege

Baby-Oel · Puder · Seife · Creme

Ich war tot und siehe, ich bin lebendig in alle Ewigkeit und habe die Schlüssel des Todes und des Totenreiches. *Offenbarung 1, 18*

Es gibt nur einen, der sagen kann, ich *war* tot: Jesus Christus. Darum weiss nur einer wirklich, was und wie der Tod ist: Jesus Christus. Er ist der einzige, der wiedergekommen ist, der lebendig in alle Ewigkeit ist. Aber Jesus Christus weiss nicht nur, wie der Tod ist. Er ist vielmehr Herr des Todes. Wer die Schlüssel hat, der ist befugt, ein Haus oder gar ein ganzes Reich zu betreten und in Besitz zu nehmen. Christus hat das Totenreich in Besitz genommen. Er hat den Tod entmächtigt und ist Herr an seiner Statt geworden. Was heisst das für uns? Viele von uns haben Angst vor dem Tode und dem Sterben. Die Angst vor dem Sterben (Schmerzen, Siechtum, Hilflosigkeit) ist oft die grössere. Aber Angst kann auch Ausdruck der Ungewissheit sein. Was wartet «dahinten» auf mich?

Jesus Christus, der Lebendige!

Halten wir uns daran, dass Jesus Christus bereits jenseits des Todes war und als der Auferweckte wiederkam. Und dass auch uns unsere Auferweckung zugesagt ist.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:
Schw. Alice Meyer, Rössligasse 8, Muttenz BL
Telephon (061) 53 17 93
Anrufe wenn möglich zwischen 7.00—8.00 Uhr.

Zentralkassierin:
Frl. Ruth Fontana, Hauptstr. 8, Reigoldswil BL

Hilfsfonds-Präsidentin:
Schw. E. Grütter, Schwarztorstrasse 3, Bern
Telephon (031) 45 09 48