

Die äussere Untersuchung [Fortsetzung]

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **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): **7 (1909)**

Heft 3

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-948873>

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.

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:
Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausg. 7, Bern,
wobin auch Abonnements- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. E. Schwarzenbach,
Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten,
Stoderstrasse 32, Zürich II.
Für den allgemeinen Teil:
Frl. **A. Baumgartner,** Hebamme, Waghausg. 3, Bern

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2. 50 für die Schweiz,
Mf. 2. 50 für das Ausland.

Inserate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Zeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Inhalt. Hauptblatt: Die äussere Untersuchung (Fortsetzung). — Aus der Praxis. — Schweizerischer Hebammenverein: Eintritte. — Krankenkasse. — Vereinsnachrichten: Sektionen Baselstadt, Bern, St. Gallen, Section Romande, Zürich. — Vermischtes. — Briefkasten der Redaktion. — Todesanzeige. — Anzeigen.
Beilage: Die Reform des Hebammenwesens in der Schweiz (Fortsetzung). — Sittliche Erkrankungen beim Schweizervolk. — Anzeigen.

Die äussere Untersuchung.

(Fortsetzung.)

Wer nur mit den bisher gegebenen Rat-schlägen ausgestattet an die äussere Untersuchung gehen wollte, käme wohl in Verlegenheit, womit er nun anfangen solle, und würde leicht mit planlosem Herumtasten am Leibe viel Zeit verlieren und die Schwangere unnötig belästigen. Man hat daher eine bestimmte Reihenfolge der Handgriffe als Regel aufgestellt, die in allen Fällen innegehalten werden muß. Es handelt sich dabei in der Hauptsache um vier Handgriffe, die in den neueren Hebammenlehrbüchern genau beschrieben sind; doch müssen wir sie hier besprechen, da ja manche unserer Leserinnen nur ein altes Lehrbuch besitzen.

Die Hebamme setzt sich neben die Oberschenkel der Frau auf den Rand des Bettes. Der erste Handgriff besteht darin, daß sie beide Hände ausgestreckt und mit den Fingerspitzen sich berührend quer auf den Leib oberhalb vom Nabel legt und sie sodann in dieser Stellung unter sanftem Drucke nach oben schiebt, bis das obere Ende der Gebärmutter an dem nachlassenden Widerstande zu fühlen ist. Dadurch hat man den Stand des Gebärmuttergrundes gefunden und bestimmt sodann seine Entfernung vom Nabel in Fingerbreiten oder Handbreiten.

Bei langsamem, tieferem Eindringen in diesen obersten Teil der Gebärmutter fühlt man nun einen Kindesteil, nämlich bei Kopflagen den Steiß, bei Steißlagen den Kopf und bei Querlagen die kleinen Teile oder den Rücken. Zur sicheren Erkennung dieser Teile erinnere man sich der oben angeführten Merkmale.

Beim zweiten Handgriff legt man beide Hände flach auf je eine Seite des Leibes und drückt sanft gegen die Gebärmutter. Dann fühlt man bei Geradlagen (Kopf- und Beckenendlagen) mit der einen Hand den Rücken als einen großen, langen, ziemlich festen Teil und mit der andern Hand kleine Teile. Da von den letztern manchmal nur eine Ferse oder ein Knie etwas hervorragen, sind sie oft nicht sofort zu fühlen. Man muß beim Suchen nach den kleinen Teilen die Hand mit ausgestreckten Fingern flach anlegen, dann wird man am ehesten etwas von ihnen fühlen.

Umgekehrt empfiehlt es sich beim Suchen nach dem Rücken, wenn er mit der flachen Hand nicht gefühlt werden kann, die Finger ein wenig zu krümmen. Mit Hilfe des früher beschriebenen kurzen Stoßes und unter Anwendung des ebenfalls bereits besprochenen Druckes auf den Gebärmuttergrund fühlt man dann bei Geradlagen den Rücken fast immer ganz deutlich. Bei einer Querlage aber, die man meistens schon aus der Form des Leibes und durch den ersten Handgriff erkannt haben wird, stößt man

beim zweiten Handgriff mit der einen Hand auf den Kopf, mit der andern auf den Steiß.

Gelingt es einmal nicht sogleich, die Lage zu erkennen, so muß man um so aufmerksamer nach den kleinen Teilen suchen, was zuweilen erst durch wiederholtes und länger dauerndes Tasten zum Ziele führt, nachdem das Kind inzwischen seine Beine in eine andere Stellung gebracht hat, so daß sie leichter zu erreichen sind. Also nur nicht gleich die Flinte ins Korn werfen, denn auch hier gilt der Satz: „Wer sucht, der findet!“ Hat man einmal die kleinen Teile auf der einen Seite gefühlt, so weiß man, daß der Rücken auf der andern Seite liegen muß. Bleibt der zweite Handgriff gänzlich erfolglos, so kann man noch aus der Betastung des vorliegenden Teiles und namentlich aus dem Hören nach den Herztönen Aufklärung erhoffen.

Durch den dritten Handgriff sucht man mit der rechten Hand den vorliegenden Teil zu fühlen. Zu diesem Zwecke werden der Daumen und die vier übrigen Finger möglichst weit von einander weggestreckt, sodann drückt man über der Schoßfuge mit Daumen und Mittelfinger ziemlich kräftig derart in die Tiefe, als ob man den vorliegenden Teil ergreifen wollte. Liegt der Kopf vor, so fühlt man deutlich die harte große Kugel zwischen den Fingern. Der Steiß dagegen gibt nur das unbestimmte Gefühl eines großen Teiles und bei Schräg- und Querlagen bekommt man überhaupt nichts zu fassen als die Bauchdecken.

Wichtig ist bei dieser Untersuchung, die Finger stark zu spreizen, damit man um den Kopf herumkommt, und durch sanftes Hin- und Wiederdrücken mit der Hand sich die Tastempfindung zu verstärken. Indem man mit der Hand nach oben gleitet und eindringt, fühlt man eine Verschmälерung am Kinde: den Hals. Ist der Kopf schon in's Becken eingetreten, dann läßt er sich auf diese Weise nicht mehr fühlen.

Der vierte Handgriff dient dazu, den vorliegenden Teil und seine Stellung genauer zu erkennen. Damit der Leib durch Entspannung der Muskeln weicher werde, soll die Schwangere die Knie heraufziehen und die stark gebogenen Beine schlaff nach beiden Seiten sinken lassen. Nun stellt sich die Hebamme so neben das Bett, daß sie dem Gesicht der Schwangern den Rücken zuwendet. Mit den gestreckten Fingern beider Hände dringt sie oberhalb der Schoßfuge von beiden Seiten her gegen den vorliegenden Teil vor. Dabei werden die Fingerspitzen kräftig in die Tiefe und ein wenig nach der Mitte hingedrückt, bis sie den vorliegenden Teil von beiden Seiten her fühlen. Dann läßt man mit dem Drucke nach und bringt von zwei andern Stellen gegen den Kindesteil vor und so weiter, bis

man schließlich eine möglichst genaue Vorstellung von der Größe und Form des vorliegenden Teiles erhält. Daß man bei diesem Abtasten des Kopfes jegliches Reiben vermeiden muß, wurde oben schon erwähnt.

Wenn der Kopf stark nach vorne vorspringt, muß man an enges Becken denken. Einen übermäßig großen und dabei stellenweise etwas weichen Schädel konstatiert man bei Wasserköpfen.

Dieser vierte Handgriff kann bei großer Uebung und Sorgfalt ungemein nützlich werden, weil er uns in den Stand setzt, nicht nur die Einstellung des Kopfes bei Beginn der Geburt, sondern besonders auch sein Vorrücken während der Geburt, genau festzustellen.

Durch Hin- und Herdrücken mit beiden Händen erkennt man, ob der Kopf noch beweglich oder schon feststehend sei, ob frei ballotierend oder schwer beweglich. Meistens lassen sich einzelne Partien des Kopfes unterscheiden. Bei 1. Schädellage (Rücken links) z. B. fühlt man auf der rechten Seite eine stärkere Vorwölbung, das ist die Stirn, während das links gelegene Hinterhaupt mehr flach erscheint. Dieser Unterschied tritt deutlicher hervor, wenn der Kopf bereits ein wenig eingetreten ist, weil dann bei den Hinterhauptslagen das Hinterhaupt tiefer steht, und das Gesicht sich der Brust genähert hat, so daß die Stirne mehr nach oben gerichtet ist.

Wenn der Kopf fast vollständig ins Becken eingetreten ist, dann kann man natürlich die Stirne nicht mehr fühlen; dafür stellt sich nun aber der Unterkiefer mit dem Kinn deutlich als scharfe Knochenkante den tastenden Fingern entgegen. Schließlich verschwindet auch dieser Widerstand, sowie der des Hinterhauptes vollständig und nun ist der ganze Kopf im Becken drinn und drückt mit seinem untersten Anteil auf den Damm.

Wenn man während der Austreibungsperiode den vierten Handgriff fleißig ausübt, kann man damit noch besser als durch die innere Untersuchung den Fortgang der Geburt kontrollieren. Man fühlt deutlich, wie die Anfangs große Kugel, der Schädel, mehr und mehr in das Becken hinein versinkt. Direkt über der Kugel fühlt man eine Verschmälерung des Kindeskörpers, den Hals, und gleich darüber die vordere Schulter als einen kleinsauftgroßen, ziemlich weichen, etwas beweglichen Teil, der nach vorne vorspringt und schließlich, wenn der Kopf vollständig eingetreten ist, dicht über der Schoßfuge steht.

Die Vorderhauptslagen (Rücken hinten, kleine Fontanelle hinten) unterscheiden sich für den vierten Handgriff dadurch von den Hinterhauptslagen, daß die Stirne größer erscheint, weil sie mehr nach vorn gerichtet und daher besser zu erreichen ist. Sobald der Kopf ein-

zutreten beginnt, fühlt man besonders deutlich das Kinn, weil es nach vorn gedreht und nicht auf die Brust gedrückt ist. Diese Merkmale treten manchmal recht auffallend hervor, in andern Fällen sind sie allerdings nicht deutlich ausgesprochen und dann kann man die Vorderhauptslage bei der äußeren Untersuchung nur daran erkennen, daß man beim zweiten Handgriff die kleinen Teile sehr deutlich, den Rücken aber gar nicht oder nur undeutlich fühlt, weil er eben hinten liegt.

Mit größerer Sicherheit läßt sich eine Gesichtslage erkennen. Da in diesen Fällen der Kopf im höchsten Grade hintenüber gebeugt ist (gegen den Rücken des Kindes hin), so daß eben zunächst nur das Gesicht in das Becken eintritt, so fühlt man sowohl das Hinterhaupt als das Vorderhaupt auf der gleichen Seite, nämlich der des Rückens; auf der Bauchseite dagegen gelangt man direkt an den langgestreckten Hals und die Schulter, also an weichere Teile. Man findet folglich bei Gesichtslagen den größten Teil des Kopfes auf der einen Seite des Beckeneinganges, so daß man im ersten Augenblicke meinen könnte, der Kopf sei abgewichen. Bei einer Schiefslage ist aber der Kopf lange Zeit beweglich, bei ausgebildeter Gesichtslage hingegen immer feststehend. Wie sodann die Herztöne und die Erkennung einer Gesichtslage erleichtern, soll weiter unten besprochen werden.

Bei Steißlagen wird der vierte Handgriff nicht leicht zu einer Täuschung führen. Es fehlen eben die Eigenschaften des Kopfes, der vorliegende Teil ist kleiner und weicher, er ballottiert weniger und seine Form ist undeutlicher. Bei tiefem Eindringen gelangen oft die Finger unter dem Steiße zusammen, weil er meistens beweglicher über dem Becken steht als der Kopf. Wenn aber der Steiß ins Becken eingetreten ist, dann kann es bei ungenauer Untersuchung vorkommen, daß man das vordere nach oben stehende Knie für das Kinn eines eingetretenen Kopfes hält.

Zum Schluß sei noch ein Handgriff empfohlen, durch welchen man leicht entscheiden kann, ob der Kopf im Beckenausgang angelangt sei, der Hinterdammgriff. Das Hinabdrängen des Dammes oder das Auseinanderreißen der Schamlippen während einer Wehe sind keine sicheren Zeichen dafür, daß der Kopf auf den Damm drückt; denn diese beiden Erscheinungen können auch bei höher stehendem Kopfe dadurch hervorgerufen werden, daß die Scheiden- und Beckenmuskulatur sich während der Wehe besonders kräftig zusammenzieht, was man bei guten Wehwehen nicht selten beobachten kann. Man darf sich also für die Beurteilung des Kopftandes nicht darauf verlassen!

Um den Hinterdammgriff auszuführen, läßt man die Kreißende sich auf die linke Seite legen; dann tritt man an ihren Rücken heran, legt die rechte Hand flach auf den untersten Teil des Kreuzbeins und drückt mit den vier ausgestreckten und aneinander liegenden Fingern die Stelle zwischen After und Steißbein sanft aber ziemlich tief ein. Steht der Kopf schon im Beckenausgang, so fühlt man ihn nun sehr deutlich als breiten harten Widerstand; ist er aber mit seinem größten Umfang noch nicht ins Becken eingetreten, so fühlt sich diese Stelle weich an. Wenn sich der Kopf von der Beckenmitte her erst dem Ausgang nähert, dann erreicht man ihn nur bei sehr tiefem Eindringen, kann aber auch dann seine Härte meistens schon erkennen. Begreiflicherweise ist auch diese Untersuchung leichter bei mageren Frauen als bei fetten. Um jedem Mißverständnis vorzubeugen, sei nochmals hervorgehoben, daß die Fingerpitzen nicht etwa in den After, sondern hinter denselben gelegt werden müssen.

(Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

I.

Nabelblutung.

Voriges Jahr, früh morgens um 4 Uhr, wurde ich zu einer Gebärenden gerufen, die ich bereits vier mal schon glücklich entbunden hatte.

Ich wußte, daß wenn sie mich rief, Eile Not tat, und machte mich dann auch schleunigst zurecht. Der Weg war etwas weit und so kam ich denn mitamant dem Gemann glücklich zu spät. Das kleine Mädchen war bereits geboren und schrie lustig in die Welt hinein.

Das älteste Kind, ein sechsjähriger Junge, war durch die Ruße und das Jammern seiner Mutter geweckt, aufgestanden und nachdem er sich voreerst ängstlich bergewittert, ob der Storch auch ganz sicher wieder fort und ihn nicht auch etwa noch beiße, tapfer in den obern Stock gelaufen und hatte von dort Hilfe geholt, so daß die Gebärende doch nicht ganz allein war.

Die Nachbarin hatte bereits abgenabelt, ich unterband den Nabelstrang, es war ein ziemlich dicker julziger, noch einmal, und nachdem auch die Nachgeburt befördert, war alles in schönster Ordnung.

Ein altes, schwaches Weiblein war zur Pflege der Wöchnerin und Besorgung des ärmlichen Haushalts für genügend befunden. Meist war sie allerdings nur in der Küche und bemühte sich dort, obwohl vergeblich, in dreckiger Brühe graue Wäsche weiß zu reiben. Ich besorgte Wöchnerin und Kind in gewohnter Weise. Der Nabel des Kindes war normal, zeigte auch am zweiten Tage nichts Besonderes. Beim Baden entfernte ich die durchaus trockene Watte und ersetzte sie nach Einpudern des Nabels durch frische.

Am dritten Tage konnte ich wegen einer Entbindung nicht so früh hinkommen, wie versprochen, und als ich endlich gegen 11 Uhr vormittags hinkam, hieß es auf mein Befragen, ob alles gut gehe, ja, die Wöchnerin befände sich sehr wohl, aber was mit dem Kindchen sei, wüßten sie nicht. Seit Mitternacht liege es im Blut, sie hätten es zwar schon einmal gewechselt, aber es sei gleich wieder voll geworden. Erst dachte ich an eine Darmblutung, aber wie ich hinsah, erschrak ich nicht wenig. Todtenbleich, fast blau, kaum mehr atmend, lag das arme kleine Geschöpfchen da, tief im Blut, ganz durchtränkt, sogar das dicke Federbüschel, auf dem es lag, war durchtränkt von Blut. Was war da geschehen? Ich zog es aus, um nachzusehen und es zu baden.

Zu meinem höchsten Erstaunen und Schrecken blutete es aus dem Nabelst. Nicht daß das Nabelbändchen sich gelöst hätte, aber es hatte sich um den dünner gewordenen Nabelstrang gelockert und das Blut floß unbehindert ab. Am dritten Tage! Ich hätte dies nicht für möglich gehalten, auch kaum geglaubt, daß ein so kleines Kindchen so viel Blut in sich haben und verlieren könnte.

Natürlich unterband ich nochmals fest und überzeugte mich, daß das Bluten daraufhin aufhörte, und sandte zum Arzt, der indes nichts mehr zu verordnen hatte, als Dermatol zum Einpudern.

Den beiden Frauen aber, der jungen im Bett und der alten in der Küche, sagte ich, was ich dachte, und dem Vater erst recht bei erster Gelegenheit. Ob sie es denn abtürlich getan und gewartet und zugehört hätten, wie sich das Kind verblute, ohne jegliche Hilfe zu holen, sei's beim Arzt oder bei mir. Na, das Kindchen gedieh denn doch wieder, wie ja Kinder armer Leute immer davontommen, wo man so gar nicht jammern würde, wenn's der liebe Herrgott zu sich holte, während einzige Kinder

oder Kinder reicher Leute oft nur mit großer Mühe erhalten bleiben.

In diesem Hausstand gedeiht übrigens alles! Fünfi Kinder, zwei Katzen, ein großer Hund, der einem immer im Wege steht und zum Stolpern bringt, 18 Kanarienvögel, jung und alt, Mäuse, und nicht zum wenigsten Flöhe, die besonders lebhaft und in ansehnlicher Größe herumhüpfen. Ich glaube sogar, wenn man sich die Mühe nähme, unter und hinter die Möbel Gras zu säen, man könnte mit der Zeit noch eine Kuh füttern.

So sieht's mit der Ordnung aus. Allerdings soll die Frau nebst ihrem Haushalt noch verdienen helfen, dabei ist sie leider dem Trunke ergeben und an diesem letzten soll ich noch indirekt Schuld sein.

Die Frau stillte nämlich ihre ersten zwei ziemlich schwächlichen Kinder nicht und nur auf mein energisches Zureden entschloß sie sich beim dritten dazu. Wie sie nun, nach dem Aufstehen, Milchmangel spürte, verlegte sie sich, auf Anraten von Drittpersonen, auf's Biertrinken und davon kann sie jetzt nicht mehr lassen, und die früher so ordentlichen, fleißigen Leute stecken jetzt in Schulden und im Glend. Auch ein Resultat!

H. H.

II.

Zu Anfang des Jahres wurde ich zu einer 35jährigen sehr korpusculenten Erstgebärenden gerufen. Die Wehen waren unbedeutend, aber dennoch hat sie mich, sie nicht mehr zu verlassen bis es vorbei sei, was ich auch befolgte. Es war Abend, ich gab ihr ein Klystier und hernach ein Vollbad und nachher schliefen wir beide einige Stunden.

Dann aber stellten sich regelmäßige Wehen ein und Mittags 11 Uhr war der Muttermund zweifantentstück weit geöffnet. Schädel-lage.

Die Wehen sind gut. Abends 8 Uhr kommt ein wenig Fruchtwasser, der Muttermund ist noch nicht ganz geöffnet. Der Kopf steht sehr hoch, das Becken ist normal. Die Frau wünscht einen Arzt aus der Stadt, denn das Ermahnen zur Geduld ist ganz zwecklos, und zudem wolle sie lieber heute noch sterben als erst morgen, denn sie habe nun mit dem Leben abgegeschlossen.

Als der Arzt kam, erklärte er, daß nun noch nichts zu machen sei, gab Pulver, damit sich die Wehen noch etwas verstärken, mahnte zur Geduld, was dann vom Arzt eine bessere Wirkung hatte, und ging mit dem Bemerkten, er werde morgen 8 Uhr wieder kommen, wenn sich bis dann an der Sache nichts ändere. Die Frau hatte nun die ganze Nacht hindurch Wehen, der Muttermund war offen, am morgen aber der Kopf noch an der gleichen Stelle, also überm Beckeneingang.

Nach einer peinlich genauen Desinfektion machte nun der Arzt die Wendung auf die Füße und die Extraktion. Aber trotz aller Anstrengung blieb leider der Kopf stecken, und mußte mit der Zange geholt werden.

Das Kind, ein 12pfündiges Knäblein, war inzwischen gestorben.

Die Nachgeburtperiode verlief mit einer mäßigen Blutung.

Damm und Scheide waren eingerissen, wurden aber durch entsprechende Nähte gut geheilt. Das Schlimmste war, daß nun im Wochenbett der Stuhl zur Scheide heraus kam. Die Temperatur war immer gut, was ich unter diesem Umstand kaum begreifen konnte.

Nachdem sie sich von zwoöchentlichem Wochenbett kaum erholt hatte, ging sie in eine Frauenklinik, um eine Operation am Mastdarm vorzunehmen zu lassen. Nun ist sie aber wieder gut kuriert und meint nun, sie könne alles im Leben extragen, nur seb nume.

B. F.