

# Die äussere Untersuchung [Schluss]

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 4

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-948874>

## **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“  
Waghauseg. 7, Bern,

wobin auch Abonnements- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. G. Schwarzenbach,

Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten,  
Sonderstrasse 32, Zürich II.

Für den allgemeinen Teil:

Frl. A. Baumgartner, Hebamme, Waghauseg. 3, Bern

Abonnements:

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

Inserate:

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

Inhalt. **Hauptblatt:** Die äussere Untersuchung (Schluß). — Aus der Praxis. — Schweizerischer Hebammenverein: Zentralvorstand. — Eintritte. — Krankentafel. — **Vereinsnachrichten:** Sektionen Appenzell, Baselstadt, Baselland, Bern, St. Gallen, Thurgau, Winterthur, Zürich. — Bund Schweizerischer Frauenvereine. — Storch, Kinderstube und Schule. — **Anzeigen.** — **Beilage:** Die Reform des Hebammenwesens in der Schweiz (Fortsetzung). — Kindernamen. — Anzeigen.

## Die äussere Untersuchung.

(Schluß.)

Nachdem man die Kindeslage durch die sorgfältige Betastung des Leibes möglichst genau festgestellt hat, sucht man durch das Gehör die kindlichen Herztöne zu erkennen. Der Zweck dieses Teiles der äusseren Untersuchung ist ein mehrfacher. Erstens will man feststellen, ob das Kind lebt, zweitens ob sein Leben nicht etwa bedroht sei und drittens dient das Aufsuchen der Herztöne oft auch dazu, die Lage des Kindes noch sicherer zu erkennen.

Stets lege man dabei ein reines Tuch (einen Teil des Leintuches oder ein Handtuch) auf den Leib der Schwangeren, das stört das Hören nicht im Geringsten. Die Anwendung eines Stethoskopes (Hörrohres), wie es die Ärzte gebrauchen, hat den Vorteil, daß man damit tiefer eindringen kann, als mit dem direkt angelegten Ohr; doch kann man dadurch Schmerzen verursachen und manchmal hört man besser ohne dieses Hilfsmittel. Es ist daher überflüssig, daß die Hebamme die Anwendung des Stethoskopes erlerne. Das charakteristische Merkmal der kindlichen Herztöne ist der Doppeltton, der 120—160 Mal in der Minute auftritt, also viel rascher ist, als der Puls der Mutter. In den meisten Fällen kann man sich dadurch ganz sicher vor Täuschung schützen, daß man beim Hören gleichzeitig den Puls der Mutter fühlt, dann fällt sofort der große Unterschied in der Schnelligkeit auf. Außerdem ist es dringend zu empfehlen, beim Hören sich die Uhr vor die Augen zu halten, um die Töne genau eine Minute lang zu zählen; nur so gewinnt man ein sicheres Urteil darüber, ob etwa die Herztöne zu rasch oder zu langsam seien.

Wenn aber die Mutter infolge von Fieber oder nervöser Erregung einen raschen Puls hat, dann genügt der Unterschied im Tempo nicht immer zur Erkennung der kindlichen Herztöne; auch sind sie zuweilen nicht sehr deutlich oder nur für kurze Zeit hörbar. Es ist darum notwendig zu wissen, was für andere Geräusche noch am Leibe der Schwangeren zu vernehmen sind, damit man sich vor Verwechslung hüten kann. Diese andersartigen Geräusche sind oft so laut, daß wir daneben die kindlichen Herztöne nicht deutlich hören können. Das gilt vor allem von dem Gebärmuttergeräusch, einem stoßweise erfolgenden Blasen oder Sausen, dessen einzelne Stöße mit dem Puls der Mutter genau übereinstimmen. Es entsteht durch den Druck unseres Ohres auf die Blutgefäße der Gebärmutter, indem hier das Blut an der verengten Stelle anprallt. Kann man die kindlichen Herztöne nicht gleichzeitig mit dem Gebärmuttergeräusch hören, so muß man das Ohr

an eine andere Stelle des Leibes anlegen, wo dann vielleicht ein größeres Gefäß liegt, somit das störende Geräusch ausbleibt. Man kann das Gebärmuttergeräusch auch noch in den ersten Tagen des Wochenbettes vernehmen, so lange eben die Gebärmutter noch groß genug ist.

Fast ebenso hinderlich können Darmgeräusche der Mutter werden, die manchmal so laut sind, daß man sie in einiger Entfernung von der Schwangeren hört. Da man sie jeweiligen am ganzen Leibe vernimmt, nützt es nichts, mit dem Ohr den Platz zu wechseln, sondern man muß eben abwarten, bis der Darm ruhig geworden ist. Die Darmgeräusche entstehen durch Flüssigkeit und Gase (Luft), welche im Darm weiter gepreßt werden. Sie sind durch ihren eigenartigen Ton, „Darmgurren“, und vor allem dadurch leicht erkennbar, daß sie ganz unregelmäßig, also nicht taktmäßig wie die Töne im Herzen und den Blutgefäßen, auftreten.

Manchmal hört man beim Suchen nach den kindlichen Herztönen zunächst nichts als das Nabelschnurgeräusch, das ebenfalls sehr laut sein kann. Es tritt als taktmäßiges Sausen (oder Blasen) auf, gleicht also dem Gebärmuttergeräusch, unterscheidet sich aber dadurch scharf von diesem, daß es mit dem Puls der Mutter nicht übereinstimmt.

Es wird durch Druck auf die Nabelschnur hervorgerufen. Da es in den Blutgefäßen des Nabelstranges entsteht, die ja ihr Blut vom Herzen des Kindes her erhalten, so entspricht sein Takt genau demjenigen der kindlichen Herztöne. Aus dem gleichen Grunde dient uns das Hören des Nabelschnurgeräusches als Beweis dafür, daß das Kind am Leben ist; auch können wir aus bedeutenden Veränderungen seiner Geschwindigkeit darauf schließen, daß das Kind sich in Gefahr befindet. Wenn wir also die kindlichen Herztöne nirgends auffinden können, vermag uns manchmal zum Ersatz dafür das Nabelschnurgeräusch Aufschluß über das Leben und Befinden des Kindes zu geben. Falls wir aber die Herztöne deshalb suchen, um daraus die Lage des Kindes zu erkennen, dann kann uns das Nabelschnurgeräusch gar nichts nützen, weil man daraus keinen Schluß auf die Kindeslage ziehen kann.

Zuweilen hört man auf dem Leibe einer Schwangeren ihre eigenen Herztöne, nicht selten auch den Puls ihrer Bauchschlagader. Gegen eine Verwechslung dieser mütterlichen Geräusche mit den kindlichen Herztönen schützt man sich durch das bereits empfohlene Befühlen des Pulses der Mutter.

\* \* \*

Man noch einige Bemerkungen über die kindlichen Herztöne selbst. Man hört sie etwa

von der Mitte der Schwangerschaft an. Am deutlichsten sind sie immer an der Stelle, wo der kindliche Brustkasten, sei es der Rücken oder die Brust, der vordern Wand der Gebärmutter anliegt. Befindet sich der Rücken vorn, so liegt er der vordern Gebärmutterwand meistens dicht an und darum hört man den kindlichen Herzschlag am besten bei erster und zweiter Schädel- lage. Liegt der Rücken aber hinten, dann können wir die Herztöne nur unter der Bedingung deutlich hören, daß es uns gelingt, unser Ohr (oder das Hörrohr) so tief einzudrücken, daß die vordere Gebärmutterwand die Brust des Kindes berührt; am ehesten ist das von der Seite her möglich. Wenn aber dicke oder gespannte Bauchdecken, oder viel Fruchtwasser oder die kleinen Teile uns an diesem tiefen Eindringen hindern, ist es in der Regel unmöglich, die kindlichen Herztöne bei nach hinten gelegener Rücken zu hören.

Allzuviel Fruchtwasser kann auch bei vorne liegendem Rücken das Auffinden der Herztöne erschweren oder ganz verhindern. Meistens kann man sich die Sache dadurch erleichtern, daß man mit der einen Hand auf den Gebärmuttergrund und damit auf den Steiß drückt, wodurch sich der Rücken stärker krümmt und der Gebärmutterwand besser anlegt. Der gleiche Handgriff wurde früher schon beim Suchen des Rückens empfohlen.

Die obenstehenden Ueberlegungen gelten auch für die Beckenendlagen (Steiß- und Fußlagen). Während bei Kopflagen die Herztöne in der Regel unterhalb vom Nabel zu hören sind, findet man sie bei Beckenendlagen oberhalb desselben. Begreiflicherweise rückt die Stelle der Herztöne beim Tiefertreten des Steißes ebenfalls nach unten, ja zuweilen sind auch bei Steißlage die Herztöne schon vor Beginn der Geburt am lautesten unterhalb vom Nabel, nämlich dann, wenn der Steiß nach der entgegengesetzten Seite abgewichen ist, so daß eigentlich eine Schief- lage besteht, ferner auch manchmal bei sehr kleinem Kind.

Wendet man das oben Gesagte auf Querlagen an, so wird man leicht einsehen, daß auch in diesen Fällen die Herztöne nur dann zu hören sind, wenn ein Teil des kindlichen Brustkastens der vordern Bauchwand anliegt, entweder der Rücken oder die eine Seite der Brustwand. Befindet sich der Rücken eines querliegenden Kindes hinten, so muß man das Ohr besonders tief eindringen, um der Brust des Kindes so nahe zu kommen, daß die Herztöne hörbar werden. Meistens werden unsere Bemühungen bei Querlagen dadurch etwas erleichtert, daß der Rücken nicht direkt nach hinten, sondern etwas nach unten gerichtet

liegt, wodurch sich die eine Brustseite des Kindes der vordern Bauchwand der Mutter nähert.

Es wird nun auch jeder Leserin klar sein, warum man bei Gesichtslagen die Herztöne am besten auf der Seite der kleinen Teile, also auf der Brustseite des Kindes hört. Bei Schädel- und Beckenendlagen ist das Kind über seine Bauchseite gekrümmt, macht also gewissermaßen einen Buckel; deshalb legt sich der runde Rücken der Gebärmutterwand an, während auf der Brustseite des Kindes die kleinen Teile und die Hauptmasse des Fruchtwassers sich befinden. Bei Gesichtslagen hingegen ist infolge der übermäßigen Zurückbeugung des Kopfes (gegen das Genick hin) die Wirbelsäule über den Rücken gekrümmt, so daß die nun stark hervorgebrängte Brust der Gebärmutterwand anliegt. Der Rücken ist dann durch den ihm anliegenden Schädel verdeckt, darum sind die Herztöne nur über der Brust zu hören.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Regel: der Rücken des Kindes liegt auf der Seite der Gebärmutter, wo man die Herztöne hört, volle Gültigkeit hat, mit einer einzigen Ausnahme, nämlich der Gesichtslage, bei der man die Herztöne auf der Seite der Brust und der kleinen Teile hört.

Von besonderem Werte ist das Hören nach den kindlichen Herztönen für die Erkennung einer Zwillingsschwangerschaft. Man findet dann manchmal an verschiedenen Stellen Herztöne von verschiedener Geschwindigkeit. Hat man das durch Zählen mit der Uhr in der Hand mehrmals konstatiert, so handelt es sich sehr wahrscheinlich um Zwillinge. Da aber auch die Herztöne eines Kindes in ihrer Geschwindigkeit wechseln können, ist diese Beobachtung nicht sicher beweisend.

Um bei Verdacht auf Zwillinge zu einem unzweifelhaften Resultat zu kommen, muß man in folgender Weise vorgehen. Hört man z. B. links unten deutliche Herztöne, so legt man das Ohr in kleinen Abständen vorrückend, zuerst mehr gegen die Mitte hin an, dann in der Mitte des Leibes und endlich ganz auf der rechten Seite. Bemerkt man dabei, daß die Herztöne gegen die Mitte des Leibes hin leiser werden und bei weiterem Vorrücken ganz verstummen, daß aber beim Hören auf der rechten Seite wieder Herztöne deutlich erkennbar werden, dann ist man berechtigt, Zwillinge anzunehmen. Meistens hört man die einen Herztöne links unten, die andern rechts oben am besten — oder umgekehrt —, weil eben am häufigsten der eine Zwilling sich in Kopflage, der andere in Beckenendlage befindet. Beweisend für Zwillinge ist also immer nur die Tatsache, daß man an zwei weit von einander entfernten Teilen des Leibes deutlich Herztöne hört, dazwischen aber keine. Bei einfacher Schwangerschaft mit großem Kind und wenig Fruchtwasser hört man nämlich zuweilen die Herztöne auch auf beiden Seiten, ja fast über dem ganzen Leibe, aber das ist ein ganz anderer Befund, als der soeben geschilderte.

Es bleibt nun noch übrig zu besprechen, unter welchen Verhältnissen uns die kindlichen Herztöne anzeigen, daß das Kind sich in Lebensgefahr befindet. Die rechtzeitige Erkennung dieses Zustandes ist eine der wichtigsten Pflichten der Hebamme; denn was nützt die Kunst des Geburtshelfers, wenn sie nicht durch eine aufmerksame Hebamme im Momente der Gefahr herbeigerufen wird!

Um das Herannahen der Gefahr niemals zu übersehen, halte man sich an die Regel, daß man bei jeder Gebärenden die kindlichen Herztöne hören und nach dem Blasenprung recht oft kontrollieren muß. Kann die Hebamme einmal die Herztöne nicht hören oder ist sie über deren Zustand im Unklaren, so muß ein Arzt zugezogen werden.

Der Tod des Kindes während der Geburt erfolgt zwar selten vor dem Blasenprung, aber er kann ja schon vor dem Geburtsbeginn eingetreten sein und in allen diesen Fällen liegt es schon im Interesse der Hebamme selber, durch rechtzeitige Unterfuchung von Seiten eines Arztes den Beweis zu erhalten, daß sie keine Schuld an der Totgeburt habe. Tritt aber der Tod nach dem Blasenprung ein, so ist die Hebamme vor übler Nachrede wiederum am besten geschützt, wenn sie durch häufiges Hören nach den Herztönen in der Lage war, die Angehörigen bei Zeiten auf die Gefahr aufmerksam zu machen und ärztliche Hilfe zu verlangen. Aus allen diesen Gründen ist es in jedem Falle notwendig, fleißig nach den Herztönen zu hören, man macht ja dadurch keine Schmerzen und bewahrt sich vor unangenehmen Ueberraschungen.

Welche Beschaffenheit der Herztöne deutet auf eine Lebensgefahr des Kindes hin? Wenn infolge der Verkleinerung der Gebärmutter nach dem Abfluß des Fruchtwassers zu wenig mütterliches Blut zum Fruchtkuchen hinströmt, erhält das Kind zu wenig Sauerstoff und die Folge davon ist, daß das Herz langsamer schlägt. Dies kann man schon bei jeder Wehe beobachten, weil die feste Zusammenziehung der Gebärmutter das Zufließen des Blutes hindert; aber in der Pause erholt sich das Herz gewöhnlich sofort wieder. Nur wenn die Herztöne andauernd verlangsamert sind, also weniger als 120 in der Minute betragen oder gar unter 100 sinken, dann ist das Kind in Gefahr. Selbstverständlich läßt sich das am sichersten durch Zählen mit der Uhr vor den Augen bestimmen.

Zuweilen werden die Herztöne kurz vor der Verlangsamung auffallend rascher, oder unregelmäßig, so daß man in einer Minute etwa 160, in der nächsten nur 120 zählt. Schon diese Warnungszeichen verpflichten die Hebammen, einen Arzt rufen zu lassen.

Die verlangsamten Herztöne werden schließlich auch leiser und endlich hört man sie gar nicht mehr. Das Leiserwerden von Herztönen mit unveränderter Geschwindigkeit rührt oft nur von einem Stellungswechsel des Kindes her, mahnt aber doch stets zu größter Aufmerksamkeit. Man vergesse auch nicht, daß eine Gefährdung des Kindes außerdem sich oft durch Abgang von Kindspech bei Kopflagen (bei Steißlagen hat das nichts zu bedeuten), durch rasches Anwachsen der Kopfgeschwulst und zuweilen durch auffallend heftige Kindsbewegungen anzeigt.

Zum Schluß sei ein Erlebnis erzählt, das beweist, wie wichtig es ist, nach den kindlichen Herztönen zu suchen.

Am 16. September 1907 wurde ich zu einer 25jährigen Frau gerufen, die ihr erstes Kind erwartete. Die Hebamme hörte keine Herztöne. Heirat im Oktober 1906, letzte Periode im November 1906. Seitdem sei der Leib allmählich angewachsen und die junge Frau erwartete jeden Tag ihre Niederkunft. Schon vor der Verheiratung war die Periode zuweilen einige Monate ausgeblieben. Die Unterfuchung ergab nun einen großen fetten Leib — von Schwangerschaft aber keine Spur! Die ruhigere Lebensweise seit der Verheiratung mochte die starke Fettanammlung veranlaßt haben. Die Hebamme hatte wegen des Fehlens der Herztöne bereits an der Schwangerschaft gezweifelt, durfte es aber nicht wagen, die Hoffnungen der angehenden „Mutter“ zu zerstören.

Nur der sichere Nachweis kindlicher Herztöne beweist unwiderleglich, daß eine Schwangerschaft besteht, ein großer Leib hingegen kann auch durch reichliches Fett oder eine Unterleibsgeschwulst bedingt sein.

Wer ehrlich danach strebt, die äußere Unterfuchung gut zu erlernen, möge die vorstehenden Anleitungen mehrmals aufmerksam durchlesen, dabei an seine eigenen Erfahrungen denken und auch bei künftigen Unterfuchungen sich der gelesenen Ratsschläge erinnern. Dann werden diese Zeilen ihren Zweck erfüllen und unsern Leserinnen zu größerer Sicherheit in der äußeren

Unterfuchung verhelfen, so daß die innere Unterfuchung künftig in manchen Fällen unterbleiben kann, wo sie früher unentbehrlich war.

Die innere Unterfuchung aber prinzipiell zu unterlassen, d. h. nur auf bestimmte Gründe hin, sozusagen ausnahmsweise vorzunehmen, ist ein Wagnis, das sich nur derjenige zutrauen darf, der nicht nur große Sicherheit in der äußeren Unterfuchung, sondern überhaupt gründliche Kenntnisse und viel Erfahrung in der Geburtshilfe besitzt. Wir möchten daher unsern Leserinnen durchaus nicht empfehlen, sich in allen Fällen auf die äußere Unterfuchung zu verlassen. In den meisten Orten wird ja die innere Unterfuchung den Hebammen durch die amtlichen Vorschriften geradezu zur Pflicht gemacht.

**Druckfehler.** In der März-Nummer, 2. Seite, 1. Spalte, vorletzter Absatz, sollte es auf Zeile 5 heißen „Auseinanderweichen“ statt „Auseinanderreißen“.

### Aus der Praxis.

Wir Hebammen sehen nicht allzuoft ganz schmerzlose Entbindungen. Um so interessanter war mir folgender Fall:

Eine Zweitgebärende, 41 Jahre alte, hysterische Dame, bei welcher ich sowohl Geburt als Pflege im Wochenbett besorgen sollte, ließ mich in der Nacht gegen 2 Uhr rufen, da sie angeblich starke Neuralgien im Halse hatte. Da sie am Ende ihrer Schwangerschaft war, dachte ich natürlich sofort an Wehen. Es waren jedoch keine solchen vorhanden. Und da ich während einstündiger Beobachtung keine wahrnehmen konnte, ging ich schließlich wieder zu Bett. Um so mehr, da auch die neuralgischen Schmerzen nachgelassen hatten. Um 6 Uhr morgens ließ sie mich wieder rufen, indem, wie sie sagte, die Schmerzen im Halse verstärkt auftraten, und sie aus dem guten Schlafe, in den sie gefallen, nachdem ich mich zurückgezogen, aufgeweckt hätten. Während sie mir dies erzählte, fing sie an zu pressen, und wie ich nachsehe, ist richtig schon der Kopf sichtbar. Das Kind wurde mit der nächsten Wehe geboren. Die Dame behauptete, von Schmerzen im Unterleib auch nicht das Geringste gefühlt zu haben.

Nun glücklicherweise verlief alles normal. Es wäre schon weniger gemüht gewesen, wenn irgend eine Störung aufgetreten wäre, denn ich hatte ja nicht einmal Zeit gehabt, mich ordentlich anzuziehen, noch weniger, etwas zum Empfang des Kindes zu rüsten. Allerdings hatte ich dann bald das Nötigste zur Hand.

Nun würde es mich interessieren, zu hören, ob Andere mit hysterischen Frauen, deren es ja leider genug gibt, auch schon Ähnliches erfahren haben.

1906 entband ich eine Drittgebärende von einem 7 Pfund schweren Mädchen. Die Geburt hatte einen normalen Verlauf, auch das Wochenbett. Anders war es mit dem Kinde. Zwei Tage nach der Geburt, am Mittag, bekam dasselbe plötzlich eine starke Darmblutung. Eben hatte es noch getrunken an der Brust seiner glücklichen Mutter. Da fällt mir auf, daß es sehr blaß wird. Ich nehme es unter dem Vorwand, es müsse in seinem Bett weiter schlafen, fort, und trage es in sein Zimmer. Wie ich nun auspacke, entdecke ich zu meinem großen Schrecken die Blutung. Sofort lasse ich den Arzt kommen. Unterdessen sorgte ich für ein warmes Bett und legte das Kind uneingewickelt hinein. Der nun angelangte Arzt verordnete, Clystiere von Salzwasser und Gelatine alle 2 Stunden zu geben. Um 3 Uhr neue starke Blutung, sowie um 5 Uhr, um 7 Uhr und 9 $\frac{1}{2}$  Uhr abends, Puls kaum mehr fühlbar. Abends 10 Uhr machte der Arzt eine Infusion von obengenannter Lösung in die rechte Bauchseite. Neue Blutung am folgenden Tage am Mittag, dann um 4 Uhr, sowie um 7 Uhr abends, doch waren die letzten 3 Blutungen schwächer. Nun machte der Arzt eine zweite Infusion. Da trat noch Blutbrechen