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: 12 (1914)

Heft: 12

Artikel: Ueber einige von der Frucht ausgehende Geburtshindernisse

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-948800

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: 15.07.2025

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

15. Dezember 1914 **№ 12** Zwölfter 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-Lardy,
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.

Ueber einige von der Frucht ausgehende Geburtshindernisse.

Im Allgemeinen kann eine gewissenhafte Hebamme schon bei der Untersuchung einer Schwangeren sich eine Vorstellung davon machen, ob deren Becken normal, oder in einem höheren Grade verengt ist. Wenn sie keinen Grund hat, das letztere anzunehmen, so wird sie guten Mutes der Entbindung entgegensehen. Doch nun kann es vorkommen, daß trotz guter Wehen und trotzdem bei der innern Untersuchung unter der Geburt keinerlei vom Becken ausgehende Hindernisse gefunden werden, doch die Geburt auf einmal stockt und die Frucht nicht weiter will. Da ist es denn wichtig, zu suchen, worin das Hindernis besteht, und in diesen Fällen muß auch an die vom Kinde ausgehenden Geburtshindernisse gedacht werden.

In erster und am wenigsten von dem normalen abweichender Linie müssen wir die Riesenkinder, die zu starke Entwickelung der Kinder innerhalb der Gebärmutter erwähnen. Im Allgemeinen sind die neugeborenen Kinder, wie wir wissen, ja etwa 48 bis 50 cm lang und zirka 3 bis 3½ kg schwer. Es kommen aber viel größere Zahlen vor; es sind Kinder bis zu 7½ und 8 kg geboren worden, mit Längen von 60 und 65 cm. Hier muß oft, wenn die Geburt sich zu lange verzögert, Kunsthilfe eingreifen und die Zange, oder, wenn aus früheren Geburten die starke Entwicklung der Kinder bei einer Frau bekannt ist, die frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage kommen. Solche Kinder zeichnen sich aber auch aus durch einen besonders festen, harten Kopf, so daß die Nähte und die Fontanellen eng erscheinen und man aus dieser Härte und Enge schon auf ein überentwickeltes Kind schließen kann.

Eine andere Art übergroßer Köpfe tritt uns entgegen, wenn es sich um einen Wasserkopf handelt. Hier finden wir die Diagnose oft schwer, und manchmal kann sie erst während der Geburt gestellt werden, wenn eben die Geburt nicht weiter will. Ist die Frucht in Kopflage, so fühlen wir bei der äußeren Untersuchung über dem Becken einen großen Teil, der nicht eintreten kann, und innerlich bemerken wir elastisch weiche Schädelknochen, die verdünnt scheinen, breite Fontanellen und Nähte, und im Ganzen den Schädel wenig gewölbt und im Beckeneingang stehend. Oft finden sich zwischen den Knochen in den Nähten noch sogenannte Schaltknochen, Knochenspangen, die sich in den breiten Nähten gebildet haben. Ein schlaffer Schädel kann sich wurstförmig dem Beckenkanal anschmiegen und in vereinzelten Fällen sogar wie ein Zwerchsack sich einschnüren und durchtreten; doch kommt dies wohl nur bei schon einige Zeit abgestorbenen Früchten, mit äußerst schlaffem Schädel vor. Man darf einen solchen Wasserkopf nicht verwechseln mit einer Querlage, wie es auch schon vorgekommen ist. Der Rand des Brustkorbes imponierte als Schädelknochenrand, der weiche Bauch als Naht und so wurde eine Anbohrung des Bauches vorgenommen und aus demselben statt des erwarteten Gehirnes Därme herausgezogen.

Häufig werden wir bei Wasserkopf eine Steißlage antreffen; der große Kopf findet im Grunde der Gebärmutter mehr Platz, und es tritt die Umdrehung der Frucht in Kopflage nicht ein. Hier bemerkt man, wenn nach Geburt des Rumpfes der Frucht die Sache nicht weitergehen will, daß sich in der Gebärmutter noch ein größerer elastischer, praller Körper befindet. Innere Untersuchung mit der ganzen Hand läßt dann, am Halse der Frucht hinaufgehend, die Mißbildung erkennen.

Bei Wasserkopf muß die Hebamme stets sofort, nachdem sie die Sachlage erkannt hat, den Arzt rufen, da sonst, wenn man die Geburt weitergehen lassen würde, leicht eine Zerreißung der Gebärmutter eintreten könnte. Der Arzt ist in diesen Fällen im Stande, mit einem kleinen Eingriff zu helfen: er sticht mit einem spitzen Röhrchen, einem Trokar, in den Schädel ein und läßt die Flüßigkeit, die ihn so stark ausdehnt, abfließen. Nun legt sich der Kopf zusammen und passiert ohne Mühe das Becken. Im Allgemeinen sind die Wasserköpfe nicht lebensfähig, so daß schon aus diesem Grunde hauptsächlich auf die Mutter Rücksicht genommen werden muß und keine sie gefährdenden Eingriffe erlaubt sind. Glaubt man, die Frucht am Leben erhalten zu können, so wird man zu dem Anstechen des Schädels einen feinen Trokar benützen und eine Stelle wählen, wo keine größeren Blutgefäße verlaufen. Bei Steißlage kann das Anbohren auch durch den Wirbelkanal geschehen. Im Allgemeinen ist ja das Leben einer solchen Frucht von vorne herein nicht viel wert, da solche meist entweder rasch nach der Geburt sterben oder als Idioten den Angehörigen zur Last fallen. Deswegen wird der Arzt in solchen Fällen keine Eingriffe zur Rettung versuchen, bei denen die Mutter in Gefahr kommen könnte, sondern lieber das kindliche Leben opfern. Immerhin ist erwähnenswert, daß leichte Grade von Wasserkopf auch einmal mit höchster Intelligenz gepaart sein können, ja sogar Genie nicht ausschließen.

Ein ferneres, in der Kopfgegend gelegenes Geburtshindernis kann verursacht werden durch sogenannte Hirnbrüche, wie sie besonders in den Gegenden des Hinterhauptes und der Stirne vorkommen. Dies sind durch Spalten in der Schädelkapsel sich vordrängende Teile des Schädelinhaltes, die unter der, an solchen Stellen sehr erweiterten und oft verdünnten Kopfhaut liegen. Sie können eine beträchtliche Größe erreichen und dabei die Form des Kopfes sehr ungünstig für seine Einstellung im Becken beeinflußen. Sehr selten findet man auch im Schädel eines Fötus eingeschlossen eine zweite Frucht, wodurch auch der Schädel stark vergrößert wird. Dann kommen sonst an bestimmten Orten verwachsene Zwillingsmißbildungen vor, z. B. ein am Gaumen eines Kindes befestigter, unvollständig ausgebildeter, meist eines Kopfes entbehrender, kleiner Körper.

Beim Fehlen der Schädelkapsel und des größten Teiles des Großhirnes, einer nicht sehr seltenen Mißbildung, bedingt die stark nach rückwärts gebogene Haltung des Kopfes und der Mangel einer beweglichen Verbindung zwischen Kopf und Hals (Froschkopf) hie und da Geburtsschwierigkeiten, doch nicht häufig.

Uebergroße Schulterbreite kann auch zum Geburtshindernis werden. Diese kommt besonders beim Froschkopf nicht selten vor. Aber auch bei normal gebildeten, doch etwas stark entwickelten Früchten finden wir dieses Vorkommnis. Oft stellen sich die Schultern in den schrägen oder geraden Durchmesser ein. Bei höheren Graden, in denen es nicht gelingt, durch Hinaufsteigen mit der halben Hand die Schultern einzuleiten, kann man gezwungen sein, das Schlüsselbein zu brechen, oder gar mit einer Scheere zu durchschneiden. Dadurch wird die Schulterbreite um ein gewisses verringert und die Geburt kann beendigt werden.

Am Halse der Frucht können sich umfangreiche Geschwülste, seien es Kropfgeschwülste, seien es Erweiterungen der Lymphgefässe, zeigen. Schon bei mäßigen Graden von angeborenem Kropf ist oft die Geburt dadurch kompliziert, daß das Kind verhindert ist, seinen Kopf in normaler Haltung der Brust genähert zu behalten; es bildet sich dann leicht eine falsche Haltung, Vorderhaupts-, Stirn- oder Gesichtslage aus. Auch die bloße Größe der erwähnten Geschwülste kann den Durchtritt des Kindes hindern.

Einen großen Teil der Geburtshindernisse durch Anomalien der Frucht machen die Flüssigkeitsansammlungen in der kindlichen Bauchhöhle aus. Sie sind verschiedener Art. So kommen sogenannte Cystennieren nicht selten vor; die Nieren, eine oder beide, sind in eine mehrkammerige Geschwulst umgewandelt; in den Hohlräumen befindet sich Flüssigkeit, die nicht abfließen kann. Solche Geschwülste können sehr groß werden und da sie derb gespannt und wenig nachgiebig sind, so bilden sie oft ein bedeutendes Hindernis für den Austritt der Frucht. Die letztere sieht dabei sehr wenig normal aus, indem der Bauch durch die Geschwülste unförmlich aufgetrieben wird. In ähnlicher Weise kann auch ein einfacher Verschluß der Harnleiter vorhanden sein, wobei die Nieren sich in ähnlicher Form, aber anderer Art ausdehnen. Hierbei füllt der Urin, der keinen Abfluß hat, besonders das Nierenbecken, und je nach der Stelle der Verengerung oder des Abschlusses werden auch die oberen Teile der Harnleiter ausgedehnt.

Dann kommt es vor, daß durch Mißbildung der Harnröhre der Ausgang der Harnblase verlegt ist und nun eine so gewaltige Ausdehnung dieser zu Stande kommt, wie man sie im späteren Leben kaum ohne Blasenzerreißung durchmachen könnte. Die Frucht be-

kommt oft beinahe das Aussehen eines kleinen Fötus aus den ersten Wochen der Entwicklung, der auf seinem Dottersack aufliegt. Oft sind diese Mißbildungen der Harnröhre mit einer sogenannten Kloakenbidung vergesellschaftet. Kloake nennt man einen Behälter, in den sowohl Urin als auch Kot aus dem Darme ergossen wird. Die Vögel haben eine solche Kloake, während beim Säugetiere diese Bildung nur eine Zeit lang besteht, um im Laufe der weiteren Fötalentwicklung, durch Ausbildung von trennenden Membranen sich zu sondern in Harnröhre und Mastdarm. Wenn diese Trennung ausbleibt und zugleich kein Ausgang nach unten sich findet, so kann es auch zu enormer Ausdehnung dieser Kloacke kommen, so daß auch hier die Geburtstätigkeit leiden kann.

Dann sehen wir gelegentlich allgemeine Bauchwassersucht, also eine stärkere Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle vorkommen, dies besonders bei Syphilis, bei fötaler Bauchfellentzündung und bei Leberkrankheiten. Allgemeine Wassersucht bei der sogenannten fötalen Rhachitis, einer Erkrankung, bei der das Knochensystem geschädigt ist, bei der aber besonders die Haut sehr stark verdickt und aufgedunsen ist, so daß die Frucht beinahe keinen menschlichen Anblick mehr darbietet, bildet oft auch Anlaß zu Geburtsschwierigkeiten. Dann sind schon beobachtet worden: Erweiterungen der Aorta (der großen Körperschlagader) wie sie sonst nur bei Erwachsenen vorkommen, ferner feste Geschwülste, wie Leberkrebs, Hodengeschwülste, und auch hier wieder Anhänge, die einer unausgebildeten Zwillingsfrucht angehören. Diese brauchen nicht jedes Mal den Anblick einer menschlichen Gestalt darzubieten; oft sind sie nur rundliche Gebilde und enthalten nur eine Anzahl von Geweben, nicht alle. Besonders in der Steißgegend kommt es relativ häufig zum Auftreten solcher sogen. Steißgeschwülste.

Auch in der Bauchhöhle einer Frucht kann sich eine zweite mehr oder weniger ausgebildete Frucht finden. Alle diese Gebilde können natürlich infolge ihrer Stellung und Lage die Entbindung verzögern oder unmöglich machen, so daß der Arzt oft zur Zerstückelung einer solchen Mißbildung genötigt ist.

Eine Geschwulst kann auch der Nabelschnurbruch darstellen; es ist dies ein sehr unvollständiger Verschluß des Nabelringes, so daß sich die Baucheingeweide, besonders die Leber, in die stark ausgedehnte Nabelschnur hineindrängen und hier den Inhalt eines Bruches bilden. Oft wird dabei die Amnionbedeckung der Nabelschnur so stark gedehnt, daß sie stellenweise platzt und der Bauchinhalt frei liegt. Aber auch in Fällen, wo dies nicht geschieht, kann nach der Geburt sich eine Infektion durch die dünne Bedeckung hindurch ausbilden und das Kind geht an Bauchfellentzündung zu Grunde. Ein Geburtshindernis bildet die Nabelschnurhernie wohl nur in besonders stark ausgesprochenen Fällen, aber sie soll immer einen Grund abgeben, wenigstens nach der Entbindung einen Arzt zu rufen; denn es ist schon öfters gelungen, solche Kinder durch eine frühzeitig, gleich nach der Geburt, vorgenommene Operation zu heilen.

Am Rücken des Kindes kommt es zur Bildung von oft gespannten, oft schlaffen Säcken, die sich besonders bei Spaltbildungen im Bereich der Wirbelsäule beobachten lassen. Wenn die bedeckende Haut fest ist und die Spalte nicht zu groß, so sieht man an der Stelle Haare in oft sehr großer Menge auftreten. Es kommt zu eigentlicher Schwanzbildung, wobei allerdings nicht ein fester Kern, wohl aber schweifartig nach unten fallende Haarbüschel zu sehen sind. Solche Beobachtungen mögen die alten Griechen zur Darstellung von geschwänzten Satyrn und Faunen verursacht haben.

Von verschiedenen Autoren wird angegeben, daß eine intrauterine Leichenstarre zu Geburtsschwierigkeiten Anlaß geben kann, besonders wenn die Mutter an Eklampsie erkrankt ist. Dies dürfte aber wohl selten sein, da ja bekanntlich die Totenstarre nur eine beschränkte Zeit andauert und also die Geburt gerade in diese Zeit hineinfallen muß, um dadurch behindert zu werden.

Doppelmißbildungen werden nur in gewissen Fällen Behinderung der Geburt verursachen, wohl am ersten, wenn zu frühzeitig eingegriffen und etwa im unrichtigen Augenblicke ein kleiner Teil heruntergeholt wird. Meist sind ja auch die beiden Früchte, wie überhaupt bei Zwillingen, kleiner als normal. Auch nicht verwachsene Zwillinge können Schwierigkeiten darbieten; wenn sich z. B. neben dem eingetretenen Kopfe der Kopf des zweiten in die Halsfurche des ersten legt. Verschlingung der Nabelschnüre der beiden Früchte, die oft zum Tode eines oder beider führen, können ebenfalls bei der Austreibung stören. Endlich kommt in Betracht, daß mit den Eihäuten verwachsene Teile der Frucht, wie auch eine zu kurze Nabelschnur an der Plazenta zerren und zu Blutungen Anlaß geben können.

In jedem Falle, wo die Hebamme eine Mißbildung der Frucht auch nur vermutet, wird sie sofort den Arzt rufen lassen, damit zu rechter Zeit das nötige geschehen, und, wenn möglich, Mutter und Kind, oder wenn das letztere nicht lebensfähig ist, doch die Mutter gerettet werden kann.

Aus der Praxis.

I.

Am 6. Juni dieses Jahres, morgens 2 Uhr, holte mich der Mann einer 38jährigen Frau, welche ich neun Mal normal entbunden hatte, die also ihr zehntes Kind erwartete. Als ich ankam, befand sich die Frau noch außer Bett und besorgte dieses und jenes; etwa alle Viertelstunden hatte sie ein Weh, welches nach ihrer Aeußerung schon seit 12 Uhr so war, nur stärker, bemerkte sie. Fruchtwasser sei noch keines ab. Ich fragte nach Stuhl und Urin; beides war befriedigend. Ich wartete, ohne innen zu untersuchen, sprach der Frau Geduld zu, zugleich richtete ich ihr ein warmes Kamillensitzbad her. Immer stärkere Wehen traten ein, etwa um 6 Uhr platzte die Blase; ich befahl sie in das von mir zugerichtete Bett und machte vorschriftsgemäß eine innere Untersuchung, welche ergab: Kopf hoch, Muttermund fünffrankengroß offen und bald verstrichen. Natürlich wurden die Schmerzen immer größer, und auch die Ungeduld vergrößerte sich. Die Gebärende verlangte den Arzt, mit der Bemerkung, diesmal könne sie nicht ohne Zange gebären. Ich gewährte ihr sofort ihren Wunsch, ahnte aber keine Gefahr, aber jede Kollegin weiß, wie es einem leichter wird, wenn der Arzt kommt. In einer halben Stunde war der telephonisch berufene Arzt per Auto hier. Alles bereit haltend, war die auf der Hand liegende leichte Zangengeburt schnell beendet. Ein kräftiges, 7 Pfund schweres Mädchen schrie wacker. Auch die Nachgeburt ließ nicht lange auf sich warten. Der Herr Doktor wartete noch etwa eine Stunde. Dann riefen ihn aber wieder dringende Geschäfte ab; er entfernte sich mit der Bemerkung, ich solle die Frau noch etwa zwei Stunden beobachten, was ich befolgte. Ich war aber kaum zu Hause angekommen, etwa eine halbe Stunde, so kam der Mann per Velo, ich solle sofort kommen, die Frau blute stark. Ich sandte ihn ans Telephon und verlangte den Arzt. Schnell war ich wieder bei der Frau, welche ganz im Blut lag. Den Keil unter dem Kopf wegschiebend, wie auch die Blutunterlage, faßte ich mit der linken Hand die Gebärmutter und mit der rechten stopfte ich einen Wattebausch dem Muttermund zu und ließ die sehr große Gebärmutter nicht mehr aus den Händen. Eine Tasse schwarzen Kaffee und warme Umschläge auf die Herzgegend besorgten die Anwesenden. Das Auto des Arztes hörte ich rädern und hier war er: wie ein Engel vom Himmel kam er mir vor. Der Herr Doktor ging ähnlich vor, nur viel energischer als ich. Die Gebärende hatte viel Blut verloren, sie war sehr schwach, doch klagte sie nicht über Ohrenläuten und Sausen. Ich blieb noch die ganze Nacht bei ihr. Am Morgen war sie befriedigend: Temperatur 36,8 und die kommenden acht Tage stieg sie nie über 37,4. Nach zwei Wochen stand sie wieder auf.

II.

Im letzten August, als alle dienstpflichtigen Männer unter die Fahne gerufen wurden, hörte ich eines Nachts, es war am 14. September, an der Kirchenuhr zwei schlagen. Ich legte mich in meinem Bett wieder zurecht, um weiter zu schlafen. Da klopfte es an mein Fenster; aufstehend, fragte ich, wer hier sei. Da antwortete eine mir wohlbekannte Frauenstimme: nur ich. Mit gemischten Gefühlen kleidete ich mich notdürftig an, schnell ließ ich eine 25jährige Frau ein, welche ihr zweites Kind erwartete. „Aber," bemerkte ich, „habt Ihr denn Niemand, der mich holen könnte?" „Ihr wißt ja wohl," sagte sie, „mein Mann mußte an die Grenze und fremde Leute wollte ich nicht ihres Schlafes berauben." Ich wollte die Frau bei mir behalten. „Wir wollen schnell nach Hause zu meinem Kinde, es geht schon noch," verlangte sie. Nach großer Angst und immer stärkeren Wehen langten wir in 20 Minuten zu Hause an. Als ich alles hergerichtet zur innern Untersuchung, ergab dieselbe: Fruchtwasser ab (auf der Heimreise), vorliegender Teil war ein Füßchen. Schnell notierte ich die Sache und schickte den Nachbar damit zum Arzt. Es verging eine halbe Stunde, bis er ankam. Alles stand bereit zur Untersuchung; schon zeigte sich ein Füßchen in der Schamfuge. Der Herr Doktor holte das zweite und bald war ein $6^1/_2$pfündiges, schreiendes Mädchen geboren. In einer Viertelstunde kam auch die normale Nachgeburt. Es war nun 7 Uhr morgens; ich blieb bei der Frau, bis ihre Wärterin kam. Die Temperatur blieb bei meinen zehntägigen Besuchen immer normal. Nach sechs Tagen kam der Ehemann für drei Tage auf Urlaub nach Hause; das war eine Freude! Aehnlich wird es diesen Herbst noch vielen Wehrmännern und Wehefrauen ergangen sein. H.

III.

Einen schweren Fall von Kindbettfieber, ohne äußere Einwirkung, der meine Gedanken immer wieder beschäftigt, muß ich einmal veröffentlichen. Es betrifft eine 32jährige Zweitgebärende. Es war am 15. Dezember 1913, als ich abends zu der Geburt gerufen wurde. In einer Viertelstunde waren wir dort. Die überaus große Ausdehnung des Leibes ließ mich nicht ohne Bedenken. Die äußere Untersuchung gab mir kein sicheres Resultat. Ich desinfizierte die Frau und mich und untersuchte innerlich, fand aber keinen vorliegenden Kindesteil. Muttermund einfrankenstück groß. Auf die Frage der Frau, ob es recht sei, antwortete ich, wir müßten warten, bis mehr Oeffnung sei. Die Wehen kamen alle 8 bis 10 Minuten, nach Mitternacht stärker. Gegen 3 Uhr morgens war der Muttermund bereits verstrichen. Ich versuchte die Blase zu sprengen, es gelang mir aber nicht. Ich bat den Mann, den Arzt zu holen. In einer halben Stunde war er da. Der Herr Doktor desinfizierte sich und sprengte die Blase. Eine enorme Menge Wasser floß ab; ein zweites Mal mußte er sprengen und es floß nochmals so viel Wasser ab. „Es ist ein sehr großes Kind vorhanden, dazu eine Beckenverengung," sagte der Herr Doktor. Mit großer Mühe und Anstrengung machte er die innere Wendung