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: 4

Artikel: Ueber den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-948793

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: 13.12.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Sebammenvereins

Ericeint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Berder, Buchdruderei gum "Althof" Baghausg. 7, Bern,

wohin auch Abonnements- und Infertions-Auftrage gu richten find.

Berantwortliche Redattion für den wiffenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Sardn,

Brivatdocent für Geburtshülfe und Spnaecologie. Schwanengaffe Dr. 14, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Frl. Marie Benger, Bebamme, Lorraineftr. 18, Bern.

Abonnemente:

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

Inferate :

Schweis 20 Cts., Ausland 20 Bf. pro 1-fp. Betitzeile. Größere Auftrage entiprechenber Rabatt.

Ueber den Borfall der Scheide und der Gebärmutter.

Säufig werden die Bebammen von leidenden Frauen um Rat gefragt wegen eines Borfalles, den sie zu haben glauben. Wenn man dann näher untersucht, so handelt es sich oft nicht um einen Vorsall, sondern um ein Heruntertreten von Geschwülften des Scheidenteiles oder

einsache Berlängerung besselben. Der Borfall der Scheide ist häufig bedingt durch ein Tiesertreten des Scheidenteiles, ost infolge einer Rückwärtsbeugung der Gebär= mutter, weil dadurch der Scheidenteil tiefer zu liegen fommt. Meist tritt hierbei die vordere Scheibenwand am ftarksten bor, die hintere erft, wenn der Scheidenteil sich in der Schamspalte zeigt. Diese Scheidenvorfälle werden mit der Zeit immer ftarter und aus ihnen bildet fich nach und nach der Gebärmuttervorfall aus. Gine andere Gruppe von Scheidenvorfällen ent= steht durch nicht genähte Dammriffe, indem die hintere Scheidenwand infolge der mangelnden Stütze tiefer finft und die vordere Scheidenwand derselben folgt. Wenn sich nun die beiden Schädlichteiten, Rückwärtsbeugung der Gebärmutter und Dammbefeft, zusammenkombinieren, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Vorfallentstehung eine um so größere. Natürlich ift das oben gesagte so zu verstehen, daß nicht jede Rückwärtsbeugung der Gebärmutter zu einem Borfall der vorderen Scheidenwand führt, sondern es gehört dazu, daß durch vorhergegangene Geburten die Verbindung des Scheidenrohres mit dem umgebenden Gewebe gelockert worden ift, jo daß die erftere leichter heruntergleiten kann.

Endlich kommen Scheidenvorsälle zustande durch mangelhaste Rückildung der Scheidens wandung im Wochenbett, so daß sie zu groß und au schlaff bleibt und infolgedeffen herunterfinkt.

Bei den meisten Scheidenvorfällen ift eine der Hauptklagen der betroffenen Frauen die über Wasserbrennen, ja, oft steht dieses Moment im Borbergrunde der Erscheinungen, bei so kleinem Borfalle, daß man Mühe hat, ihn zu erkennen. Diese Beschwerden haben ihre Ursache in dem Umstande, daß mit der vorderen Scheidenwand gewöhnlich die mit ihr verbundene Blase auch tiefer tritt. Da nun die Stelle, wo die Barnröhre die Blase verläßt, der Blasenhals, infolge festerer Verbindung mit der Schamfuge sich nicht fentt, so kommt es infolge Senkung der darüber gelegenen Partie des Blasenbodens zu sürtlier getegenen Hattle ves Sugenvorens zu einer Anssachung dieses Teiles und die Blase kann sich nicht völlig entleeren, weil der Aus-gang höher liegt als die heruntergetretene Partie. Dieser zurückgehaltene Urin reizt dann die Blase

und führt zu Harnbrennen und Urindrang. Was nun den Gebärmuttervorfall anbetrifft, so ist dieser, wie schon gesagt, zum Teil eine Folge des Scheidenvorsalls, wenn die Gebärmutter in Rückwärtsbengung liegt. Bon oben von der Bauchhöhle her wirft besonders bei aufrechter Stellung auf die Gebärmutter ein Druck, der zum Teil der Schwere der darüber= liegenden Bauchorgane entspricht, aber auch noch andere Komponenten besitt. Ift die Gebarmutter in normaler Vorwärtsbeugung, fo hält fie dieser Druck in ihrer Lage fest, indem sie wegen der Beckenneigung sich auf die Gewebe an der Hinterwand der Schamfuge stützt. Wie wir wiffen, hat der Beckenkanal die Form eines nach vorne abgebogenen Rohres und wenn nun die Gebärmutter in Rückwärtsbeugung gerät, so kommt sie mit ihrer Längsachse in die Richtung ber unteren Sälfte dieses Rohres, der Scheide, und jeder Druck von oben hat jest die Tendenz, sie weiter nach unten zu drängen. Wenn nun weiter noch der Damm verfürzt ift und infolge von Geburten die ftrafferen Bindegewebsfafern, die im unteren Teil des breiten Mutterbandes liegen, fich gelockert haben ober zerriffen find, so kommt es um so leichter zu einem völligen Heraustreten der Gebärmutter aus der Scheide und der Borfall ift fertig. Bon vielen Seiten wird ein Hauptanteil an dieser Entstehung dem durch den Dammriß zerstörten Bedenboden zugeschrieben, und hier besonders dem After heber, einem Mustel, deffen Fafern beidfeitig von der Gegend der unbenannten Linie her tommen und sich um den After und in der Dammgegend miteinander verbinden. nun die vordere Partie dieser Verbindung zer= reißt, so wird der Bedenboden verfürzt und gibt der Gebarmutter feine Stute mehr ab; und lettere finkt tiefer.

Bon anderer Seite wird die größte Beden-tung nicht dem Beckenboden zugemessen, sondern den erwähnten Aufhängevorrichtungen der Gebärmutter. Da, wo das breite Mutterband sich nach vorne auf die Blase überschlägt, sind die in seinem Inneren enthaltenen Bindegewebsfasern verftärft und bilden eine Art Band, das von der Beckenwand nach dem Gebärmutter= halse hinzieht und diesen in seiner Stellung erhält. Ungefähr in diesem Bande verläuft die Gebärmutterschlagader und bei der Untersuchung durch die Scheide fühlt man deutlich diese festeren Stränge zu beiden Seiten in den seitlichen Scheidengewölben.

Bir find der Anficht, daß alle Vorfälle nicht bieselbe Ursache haben, indem zur Beselftigung der Gebärmutter im Becken sowohl die Ver-ftärkungsbänder am Mutterhalse als auch der Beckenboden mit dem Afterheber beitragen. Wie schon gesagt, wird bei einer in Ruchvärtsbeugung befindlichen Gebärmutter die Entstehung des Borfalles sicherlich unterstützt durch das Fehlen eines Teiles des Beckenbodens. Auf der anderen Seite sehen wir gelegentlich auch bei unverlettem Damme einen Vorfall auftreten, wenn die Befestigung des Halses nicht genügt.

Jedenfalls gehört auch noch ein Druck von oben zu der Entstehung, indem auch bei schlaffen Bandern und bei bestehendem Dammriß ge= legentlich kein Vorfall eintritt, und wir die Hauptzahl der letteren bei schwer arbeitenden Frauen antreffen. Wir treffen übrigens auch Frauen an mit ganz sehlendem Beckenboben, die keinen Vorfall haben.

Daß nicht nur die Verhältnisse des Beckenbodens für den Borfall von Bedeutung find, geht auch daraus hervor, daß in feltenen Fällen bei Jungfrauen ein Vorfall der Gebärmutter eintritt, bei unverlettem Jungfernhäutchen. Oft ist die Ursache hiervon in Geschwulftbilbung der Eierstöcke gelegen, die auf die Gebärmutter drücken, doch muß wohl stets dazu noch eine mangelhafte, auf dem findlichen Stande gebliebene Entwicklung der Geschlechtsorgane mit dazu beitragen, verbunden mit angeborener Rückwärtsbeugung.

Die bei weitem meisten Vorfälle kommen bei Frauen vor, die ein= oder mehrmals geboren haben; und hier sehen wir in den meisten Fällen den Gebärmuttervorfall verbunden mit einem mehr oder weniger großen Blasenvorfall, indem wie oben bemerkt die Blase mit der vorderen Scheidenwand tiefer tritt. Man fieht dann in der Schamfpalte zunächst eine fugelige Borwölbung, die Blase, und bei hochgradigeren Fällen oder beim Pressen kann man nach hinten den äußeren Muttermund erfennen: Die hintere Scheidenwand ift meift dabei weniger ftark be= teiligt und ihr unterer Teil nicht ftart vorgewölbt. Bei hochgradigen Fällen, aber besonders bei älteren Frauen, hängt oft die ganze umsgeftülpte Scheide mit der Gebärmutter darin und mit dem deutlich zuunterst erkennbaren äußeren Muttermunde zwischen den Beinen herunter. Anfangs tritt der Vorfall allerdings nur über Tags und beim Stehen aus, in der Nacht, beim Liegen, tritt er von selbst oder durch Hineindrängen von seiten der Frau wieder ins Becken zurück; später aber läßt er sich nicht mehr auf die Dauer zurückbringen, weil die Haftapparate der Gebarmutter ihre Festigkeit zu start eingebüßt haben, und weil infolge der Lageveränderung und der Blutstauung in dem Vorfall die Gebärmutter und besonders der Scheidenteil anschwellen und an Größe erheblich zunehmen.

Wenn man von der Bauchhöhle in das Becken hineinsieht, bei einem solchen totalen Borfalle, so sieht man an der Stelle der Gebärmutter einen Trichter, in den die runden Mutterbander und die Eileiter hineinziehen; ein gang ahnliches Bild, wie bei der Umstülpung der Gebarmutter. Die Gierstöcke bleiben gewöhnlich ober=

halb des Beckens liegen.

Daß bei einem folchen großen Vorfalle die Nachbarorgane der Gebärmutter leiden, ist selbst= verständlich. Wir haben schon erwähnt, daß oft das erste Zeichen von beginnendem Vorsalle Wasserbrennen ist, natürlich ist der Blasen-katarth bei vorgeschrittenen Fällen auch vorhanden und wird immer stärker; allerdings entsprechen die Beschwerden nicht immer der Größe des Borsalles. Dieser Blasenkatarrh kann jahrelang auf die Blase beschränkt sein; aber wenn die Sache lange dauert, so kommt es schließlich doch zu einer aufsteigenden Infektion auch des Nierenbeckens und zu einer Nieren= beckenentzundung. Bon dieser kann die Niere selber angesteckt werden und eine, wenn beid=

seitig, zu Tode führende Nierenentzündung

Ferner sehen wir oft bei länger bestehenden Borsällen in dem Becken eine chronische Beckendandsellentzündung entstehen, die zu Berbandsellentzündung utlich geben kann. Endlich sehen wir auf der Schleimhaut der vorgefallenen Scheide Beränderungen entstehen: die Schleimhaut, die ihre Fenchtigkeit verliert, wird trocken, rissig, verhornt, und es bilden sich auf ihr Geschwüre aus, die eitrig belegt sind. Diese sind oft Ursache von Insektionen, indem die Keine in die Tiese dringen. Um den Muttermund herum bildet sich saft immer ein größeres Geschwür.

Nur bei ganz bedeutenden Vorfällen kommt es gelegentlich auch zu Ausftülpungen der vorderen Mastdammand, die aber selten höhere Grade erreicht. Der Stuhlgang kann dadurch erschwert werden. Bei lange bestehendem Vorsfalle der Gebärnutter kann sich auch ein Mastdamworfall dazugesellen.

Bas die Behandlung der Borfälle anbetrifft, so wurde in früheren Zeiten versucht, dieselben mit Ressaren zurückzuhalten. Aber nur in den wenigsten Fällen gelingt dies in befriedigendem Maße. Weniger fortgeschrittene Fälle eignen sich noch am besten dazu, besonders wenn die Grundursache in einer Kücklagerung der Gebärmutter gefunden wird. Wo die Blasensenkung im Vorsdergrunde steht, da wird ein Ring nur selten helfen, weil die weiche und faltbare Blafe eben zwischen dem Ring und der Schamfuge sich wieder nach unten drängt und der Ring dann meist herausfällt. Zu große Ringe darf man nicht einlegen, damit nicht Druckgeschwüre an der Scheidenwand entstehen. Die komplizierten kugel- oder tellerförmigen Bessare werden zwar meistens besser vertragen und wurden früher auch in vielen Fällen benutzt. Ja oft haben die Frauen sich selber Pessare hergestellt und eingeführt; so erinnere ich mich, einmal eine Wachseugel gesehen zu haben, die eine Frau 18 Jahre lang in der Scheide getragen hatte. Hurt, der berühmte ehemalige Wiener Anatom, erzählt von einer zusammengerollten Speise-karte, und in einem anderen Falle von einer Kartoffel, die jahrelang in der Scheide verblieben waren. In allen diesen Fällen, wo die Beffare nicht in fürzeren Zeiträumen herausgenommen und gereinigt wurden, waren sie von der da= durch entzündeten Scheidenwand umwuchert worden, so daß sie hinter einer ringförmigen Verengerung der Scheide lagen und nur unter Berfagen oder Berschneiden des Beffars entfernt werden konnten. Man kann sich vorstellen, was für Unrat dahinter gesteckt haben muß. In anderen Fällen ist es schon durch den Druck eines solchen eingewachsenen Pessares zur Durchbrechung der vorderen oder hinteren Scheidenwand mit Eröffnung der Blase oder des Mast= darmes gekommen und hat zu einer Maftdarm= scheiden= oder Blasenscheidenfistel geführt. Ferner wurde früher oft auch eine ganze Bandage ge= tragen, indem ein folbenförmiges Beffar auf Riemen aufruhte, welche nach Einführung des Kolbens in die Scheide zwischen den Beinen durch und vorne und hinten an einem Leibgurte getragen murden. Diefe Sulfsmittel find um= ftändlich, wenig sauber und oft schmerzhaft zu tragen. Deshalb ist in neuerer Zeit viel mehr tragen. als früher zur Operation gegriffen worden, besonders, weil man neuere Methoden kennt, die eine Beilung des Vorfalles in unkomplizierten Fällen mit Sicherheit in Aussicht ftellen laffen.

Bei der Operation des Vorfalles handelt es sich darum, diesen zu beseitigen, der Scheide und der Gebärmutter wieder ihre natürliche Form und Lage im Becken zu geben oder doch die Beschwerden zum Verschwinden zu bringen. Dies wurde im Laufe der Zeit auf verschiedene. Dies wurde im Laufe der Zeit auf verschiedene man von der Erweiterung der Scheide außegehend, die Verengerung der Scheidenvohres, indem man aus der vorderen Scheidenwand

wie aus der hinteren je einen Lappen, vorne von der Form eines Orangenschnitzes, hinten in Dreiectform herausschnitt und Die Rander ber so geschaffenen Wunden miteinander vernähte. Dies genügte aber nicht und bald fügte man, um die Gebärmutter in der normalen Vorwärtsbeugung zu halten, noch die Befefti= gung derfelben an ber vorderen Scheibenwand Professor Beter Müller in Bern gab ür alte, nicht mehr menstruierte Frauen eine Methode an, die vorzügliches leistete und dabei einen nur geringen Eingriff darstellt: es wird einfach die gesamte Scheibenwand weggeschnitten und die Wundfläche, d. h. die Stelle ber früheren vorderen und hinteren Scheidenwand von vorne nach hinten aneinandergenäht. Die Gebärmutter versinkt dadurch in der Tiefe des Beckens.

Dann tamen tompliziertere Methoden auf, die aber auch beffere Resultate ergaben. Eine vielbenutte Art ift die, daß die vordere Scheiden= wand, und nach Abschieben der Blase von der Gebärmutter, auch die Bauchhöhle zwischen diesen beiden Gebilden eröffnet wird. Die Gebärmutter wird durch diese Deffnung vorgezogen, dann verschließt man die Bauchhöhle wieder, indem man die Bauchfellbedeckung der Blase an die Hinterwand der Gebärmutter anheftet. Der Gebärmutterkörper bleibt zwischen Blase und vorderer Scheidenwand liegen und die lettere wird über ihm vernäht. Bu diesem Gingriff muß aber noch eine gute Dammbildung gefügt werden, um dem Scheidenteil eine Stüße zu geben. Dies wird in neuerer Zeit durch Zusammennähen der Fasern des Afterhebers (f. oben) bewertstelligt.

Es eriftieren noch eine Reihe anderer Methoden: verschiedene Operateure standen auf dem Standpunkte, die Gebärmutter ganz wegzunehmen, um so den Borsall zu beseitigen; doch waren die Resultate nicht immer gute.

Mit dem Vorfalle eine gewiffe Aehnlichkeit, so daß oft Verwechslung eintritt, haben ver schiedene andere Affektionen. Zunächst ist zu nennen die Berlangerung bes Scheibenteiles, sei es der einen oder beider Lippen des Muttermundes. Diese Verlängerung kann sich im eigent= lichen Scheidenteil einstellen, so daß aus der Schamspalte nur die betreffende Lippe heraus= schaut; oder sie kann an der Stelle auftreten, wo bei dem Tieferwachsen die vordere Scheiden= wand mitgeht, die hintere dagegen an ihrer Stelle bleibt; oder endlich kann die Stelle der Berlängerung gang oberhalb des Scheidenansates liegen und dann sieht fich die Sache an wie ein Vorfall der Gebärmutter. Wenn man dann untersucht, so ist die Gebärmutter an ihrer Stelle und der oft fingerlange Bebarmutterhals dringt zur Scheide heraus.

Solche Verlängerungen des Halses können je nach dem Falle natürlich auch zu Vorfall führen.

Eine fernere Verwechslung mit Vorfall kann bei Geschwulstbildung am Scheidenteil vorfommen, indem Fasergeschwülste eine Form annehmen und in einer Richtung wachsen können, die die Uchnlichkeit zustandekommen läßt. Ost sind es auch bösartige, sarkomatöse Polypen von Küsselson, die von den Patientinnen für einen Vorfall genommen werden und sie häufig zu spät zum Arzte gehen lassen.

Endlich erwähnen wir noch die Umstülpung der Gebärmutter, sei es im Wochenbett, sei es urch Geschwutter, sei es im Wochenbett, sei es urch Geschwülste bewirkt, die einen Vorsall vortäuschen kann. Hier schütt man sich vor Irtum, indem man keinen Muttermund an dem vorgesallenen Teil bemerkt, wohl aber bei genauem Jusehen die beiden Eileiteröffnungen an deren entsprechenden Stellen sinden kann. Ich habe einmal eine Frau gesehen, bei der eine Umstülpung der Gebärmutter sich ganz allsmählich ohne Geburt und ohne Geschwulst ausgebildet hatte, wo man deutlich die Tubensbisnungen sehen konnte.

Aus der Praxis.

Es war am 28. Januar 1912, als ich abends spät gernsen wurde. Die Fran war 32 Jahre alt, zweitgebärend. Das erste mal war alles sehr gut gegangen. Diesmal war sie sehr dick und ich hatte Verdacht auf Zwillinge. Um 12 Uhr 45 floß das Fruchtwasser ab. Um 1 Uhr hatten wir ein Mädchen, doch kein großes, wie wir erwartet hatten. Ein Griff nach der Gebärmutter sagte mir, da musse noch ein Rind fein. Die innere Untersuchung bestätigte dies. Sofort stellten sich wieder Wehen ein und nach 20 Minuten wurde das zweite Kind geboren, zu aller Freude ein Anabe. Er war leicht scheintot. Ich besprengte ihn tüchtig mit kalkem Wasser bis er zu schreien aufing. Beide Kinder waren in Schädellage geboren worden. Nachgeburten folgten bald. Die Mutter fühlte sich wohl. Alles war in Ordnung und der Bater hatte besonders Freude, daß eines ein Knabe war. Das älteste war nämlich ein Mädchen. Ich war natürlich auch froh, daß alles so gut gegangen war. Wir legten die Kinder an die Bruft und es schien, als ob auch das Stillgeschäft in besten Gang komme. Am zweiten Tag abends fand ich den Knaben nicht ganz wohl. Er schrie viel und wollte nicht die Bruft nehmen. Ich blieb die Nacht über dort. Es wurde immer schlimmer mit dem Knaben. Ich badete ihn noch einmal. Aber er schrie fast immer. Es war nicht mehr ein gewöhnliches Schreien, fondern in fo hohen Tonen, fo Mart und Bein durchdringend, bis ihm Schaum vor den Mund Dann lag er eine Beile gang ftill, bis trat sich das Gleiche wiederholte. Der Bater wollte schier verzweiseln. Wir dachten nicht anders, als das Kindchen müßte sterben und wünschten nur, daß es bald von den entsetlichen Leiden erlöst werde. Bäder, Tee, alles nützte nichts. Es spien das Beste, es ruhig zu lassen. Ich tonnte nichts anders tun als ihm hie und da ein wenig Zuckerwasser einzuflößen. Es magerte ganz ab und war nur noch ein Stelett, ein tranriger Anblick. Doch siehe! Nach acht Tagen besierte es mertlich. Er nahm wieder die Bruft und gedieh prächtig. Welche Freude für alle! Feduch nicht lange. Als ich nach einigen Monaten vorbeikam, war der Knabe zwar sehr fett nnte vorbeitan, war der Kinde zwar zehr fett und groß geworden, allein die Mutter erzählte mir, sie sinde, er merke nicht auf wie das Mädchen. Nach einem Jahr war der Unterschied sehr groß. Das Mädchen konnte gehen und fing an zu plaudern. Es war nicht groß, aber ein herziges, lebhaftes Ding. Der Anabe, zwar nicht häßlich, aber doch ein unförmiger Fleischklumpen, der nicht einmal den Kopf heben tonnte, einem nicht aufah, wenn man ans Bett trat, von Reden und Berftehen keine Spur. Dagegen hatte er ein eigentümliches Nervenzucken. Dieses hat sich jest verloren. Im llebrigen aber hat es fich zwar nicht gebeffert. Der Arzt fagt, es sei die englische Krankheit. Mittel dagegen helfen nichts. Es wurde einige Monate das Präparat "Infantin" gegeben, jedoch ohne sichtbaren Erjolg. Ich habe mich schon gefragt, ob das starke Besprengen mit Wasser bei der Erfort der Starke Besprengen mit Wasser bei der Geburt die heftige Krankheit im Anfang her= vorgerufen habe und diese die Ursuche der jegigen Abnormalität fei.

Am 13. August 1909, morgens 4 Uhr wurde ich mit Fuhrwerk zu einer 34 Jahre alten Erstzgebärenden geholt. Nach 1½ Stunden war ich am Ziel. Die Geburt war schon vorüber. Es hatte aber einen Dammriß gegeben und die Nachgeburt ließ sich unmöglich herausdrücken, auch blutete es ziemlich. Es mußte der Arztgeholt werden. Während die Vlutung etwas nachließ, badete ich das Kindchen (es war ein Mädchen). Da siel mir sofort auf, wie es immer eine Steißlage einnahm und sich doppelt zus lammenlegte, so daß die Füße auf das Gesicht u liegen kamen. Ich fragte, ob es so geboren worden sei, was mir die diensttuenden Franen