

Inhaltsübersicht

Schwangerschaft

	Seite
Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft.	1
Diagnostik und Untersuchung in der Frühschwangerschaft (1.—4. Monat)	3
Diagnostik der Frühschwangerschaft	3
I. Die vier Scheidenzeichen (S. 3), II. Die Uteruszeichen (S. 5), A. Korpuszeichen (S. 5), B. Zeichen am unteren Uterinsegment, an der Zervix und an der Portio (S. 10)	
Untersuchung der Frühschwangerschaft	14
Erhebung der Anamnese (S. 15), A. Name, Alter, -para (S. 15), B. Geburtenanamnese (S. 15), C. Schwangerschaftsanamnese (S. 16), Bestimmung des Geburtstermins (S. 17), D. Krankheitsanamnese (S. 20)	
Allgemeine Betrachtung	21
Untersuchung	23
I. Äußere Beckenuntersuchung	23
Baummscher Handgriff (S. 23), Spreizhandgriff (S. 23), Beckenmessungen (S. 25)	
II. Vaginale Untersuchung	28
Betrachtung des Introitus, der Vulva und des Dammes (S. 28), Spekulumuntersuchung (S. 29), Touchieren (S. 29), Bimanuelle Untersuchung (S. 29)	
Schwangerschaftsteste	30
Tierteste	31
Immunologische Tests	31
Hormonaler Test	33
Temperaturtest	33
Retroflexio uteri gravidii	34
Beckenaustastung (S. 37), Bestimmung der Conjugata vera (S. 39), Abformung des Schambogenwinkels (S. 40)	
Diagnostik und Untersuchung der Schwangerschaft vom 5.—10. Monat	42
Allgemeine Betrachtung	43
Betrachtung des Bauches (S. 43), Schwangerschaftsstreifen (S. 44), Schwangerschaftspigmentierungen (S. 45), Ödeme und Varizen (S. 45)	
I. Äußere Untersuchung	46
1. Palpation	46
Fundusstände in den einzelnen Monaten (S. 46), Senkung des Leibes (S. 47), 8. oder 10. Monat? (S. 47), Leopoldsche Handgriffe (S. 52), Hilfsmittel bei der Palpation (S. 57), Vier Grundbegriffe: Lage, Stellung, Haltung, Einstellung (S. 59)	

	Seite
2. Auskultation = Abhören der kindlichen Herztöne	63
Die 6 Schallerscheinungen beim Abhören des Bauches (S. 63), Grundregel für die Kontrolle der Herztöne (S. 65)	
3. Äußere Beckenmessung	67
4. Messung des Leibesumfanges	67
II. Untersuchung von Blutdruck, Harn und Gewicht	67
III. Bestimmung der Blutgruppe, Blutfaktoren und Antikörper	70
Allgemeine Regeln (S. 71), Pränatale Diagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum infolge Unverträglichkeit im Rh-System und im ABO-System (S. 71, 72)	
Schwangerschaftsuntersuchung bei Diabetikerinnen	72
Unterscheidung zwischen Erst- und Mehrgebärenden	74

Normale Geburt

Mittel oder Faktoren der Geburt.	75
1. Das Geburtsobjekt = Das Kind	75
Längsdurchmesser, Ebenen und Umfänge des Kopfes (S. 76), Querdurchmesser des Kopfes (S. 78), Kennzeichen des Kopfes bei der äußeren und inneren Untersuchung (S. 78), Unterscheidung der großen und kleinen Fontanelle (S. 79), Wichtige Maße des kindlichen Rumpfes (S. 80)	
2. Der Geburtsweg = Geburtskanal	81
1. Der Knochenkanal	81
Beckeneingangsraum (S. 81), Geburtshilfliche Richtungsbezeichnungen (S. 83), Beckenhöhle (S. 84), Klassisches Ebenensystem (S. 84), Beckenausgangsraum (S. 85), Parallelebenen nach Hodge (S. 87)	
2. Der Weichteilkanal	88
A. Das innere Rohr (S. 88), B. Das äußere Rohr (S. 89)	
3. Die Geburtskräfte = Die treibenden Kräfte oder Wehen	92
Qualitäten der Wehen (S. 92), Arten der Wehen (S. 93), Funktionelles Verhalten des Uterus unter der Geburt	93
Ursachen des Geburtsbeginns	96
Vorboten der Geburt	98
Anzeichen der bald einsetzenden Geburt	100
Beginn der Geburt	100
Vorbereitung der Kreißenden zur Geburt	102
Untersuchung der Kreißenden	103
Anamnese am Kreißbett	103
Untersuchung der Kreißenden	106
Die 4 Geburtsfaktoren: Kind, Becken, Wehen und Muttermund (S. 106). Äußere Betrachtung und Untersuchung (S. 106), Rektale Untersuchung (S. 108), Vaginale Untersuchung (S. 109), Indikationen zur vaginalen Untersuchung unter der Geburt (S. 110), Wann darf der praktische Arzt nicht vaginal untersuchen? (S. 111), Schema zur rektalen und vaginalen Untersuchung (S. 111)	

	Seite
Verhalten des Kopfes beim Durchtritt durch den Geburtskanal	113
I. Eintritt in den Beckeneingang = Eintrittsmechanismus	113
II. Eintritt und Durchtritt durch die Beckenhöhle = Durchtrittsmechanismus	114
II. Austritt aus dem Geburtskanal = Austrittsmechanismus	116
IV. Äußere Drehung des Kopfes = Rückdrehung	117
Die Drehungen der Pfeilnaht	117
Der Höhenstand des Kopfes im Becken und seine Feststellung (Höhendiagnose) .	123
A. Feststellung des Höhenstandes durch äußere Untersuchung	123
Übersicht über die äußeren Handgriffe zur Bestimmung des Höhenstandes	124
B. Feststellung des Höhenstandes durch innere (rektale und vaginale) Untersuchung	127
Geburtsleitung	131
1. Eröffnungsperiode (EP)	131
Kennzeichen und Wirkung der Eröffnungswehen (S. 131), Lagerung (S. 133), Allgemeine Lagerungsregel (S. 134), Blasensprung (S. 135)	
Bekämpfung des Geburtsschmerzes	136
Psychoprophylaxe (Aufklärung, Schwangerengymnastik, Entspannungsübungen, Atemtechnik)	137
Schmerzlinderung	138
Medikamentöse Schmerzlinderung	138
Pudendusnästhesie	139
2. Austreibungsperiode (AP)	139
Preßwehen	139
Wichtige Vorbedingungen zum Mitpressen (S. 140), Die richtige Lagerung (S. 141), Das richtige Ansetzen der Preßwehen (S. 141), Das richtige Verarbeiten der Preßwehen (S. 142), Kopfgeschwulst (Caput succedaneum) (S. 143), Kopfb Blutgeschwulst (Kephalhämatom) (S. 146)	
Dammschutz	147
Zwei Handgriffe zur Beschleunigung des Kopfdurchtritts	150
1. Ritgenscher Handgriff = Hinterdammgriff	150
2. Kristellerscher Handgriff	150
Entwicklung der Schultern	151
Entwicklung des Rumpfes	153
Entwicklung der Hüften und der unteren Extremitäten	153
Abnabelung	153
Frühabnabelung	153
Spätabnabelung	153
Reifezeichen	155
3. Nachgeburtsperiode = Plazentarperiode (PLP)	156
Ablösung und Ausstoßung der Plazenta (S. 156), Modus der Ablösung (S. 157), Blutstillung an der Haftstelle (S. 158), Höhenstände des Uterusfundus während der Plazentarperiode und am ersten Wochenbett-Tag (S. 159)	
Leitung der Plazentarperiode (S. 160), medikamentöse Prophylaxe, Zug an der Nabelschnur (S. 160), Vorgehen bei verzögerter Lösung (S. 162),	

	Seite
Lösungszeichen der Plazenta (S. 162), Inversio uteri (S. 164), Postplazentarperiode (S. 166)	
Inspektion der Plazenta, der Eihäute und der Nabelschnur (S. 167)	
Geburtsdauer	172
Normale Geburtsdauer (S. 172), Zulässige Höchstdauer einer Geburt (S. 173), Gefahren der langdauernden Geburt (S. 173)	
Überstürzte Geburt	173
Sturzgeburt	173

Pathologie der Geburt

Schlechte Herztöne	174
Asphyxie des Neugeborenen	175
Intrauterine (S. 175) und postnatale (S. 176) Entstehung der Asphyxie. Zustandsdiagnostik des Kindes unmittelbar nach der Geburt (S. 177), Apgar-Schema (S. 177), Reanimation-Asphyxiebehandlung (S. 178), 1. Freimachung der Atemwege (S. 178), Technik des Trachealkatheterismus mit dem Laryngoskop (S. 179), Behandlung leicht (S. 180), mittelgradig und schwer asphyktischer (S. 180) Kinder. Ältere Verfahren (S. 183), Mund-zu-Mund-Beatmung (S. 184), Injektionstherapie schwer asphyktischer Kinder (S. 184)	
Wehenschwäche	184
Hypo-, normo- und hypertone Wehenschwäche	185
Primäre und sekundäre Wehenschwäche	185
Behandlung der Wehenschwäche	186
Einteilung der Wehenmittel (S. 187), Hauptgrundsätze zur Verordnung von Wehenmitteln (S. 187), Über den Zeitpunkt, an dem die Wehenmittel verabreicht werden sollen (S. 189)	
Applikation und Dosierung der Wehenmittel in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode	190
Intravenöse Oxytozin-Dauertropfinfusion (S. 191), Intramuskuläre (S. 190), intranasale und sublinguale (S. 191) Verabreichung von Wehenmitteln, Expressionsgürtel nach Saling (S. 192)	
Krampfmittel	192
Spasmenlösende Mittel	192
Mittel gegen Erschöpfung	193
Entbindung mit dem Vakuumextraktor	193
Übertragung	195
Definition, Ursachen, Gefahren (S. 195), Praktisches Vorgehen (S. 196), Überwachung von Verdachtsfällen mit der Amnioskopie (S. 197), Zeichen der Übertragung (S. 198)	
Geburtseinleitung	198
Indikationen	198
Technik der Geburtseinleitung	199
Geburtseinleitung mit Hilfe des Amnioskops	201

	Seite
Geburtsstillstand	202
über oder im Beckeneingang	202
in Beckenmitte	203
auf Beckenboden	203
Indikationen für die operative Entbindung	205
Vorbereitung zu geburtshilflichen Operationen	209
Der Operateur	209
Die Kreißende	210
Episiotomie	212
Naht der Episiotomiewunde	215
Dammrisse = Scheidendammrisse	219
Naht der Dammrisse (S. 220), Naht der Dammrisse III. Grades (S. 221), Nachbehandlung der Dammrisse (S. 222)	
Klitoris- und Labienrisse	223
Zangenoperation I	224
Vorbedingungen für die Zange (S. 225), Grundregeln für das Anlegen der Zange (S. 227), Schwierigkeiten beim Schließen der Zange (S. 232)	
Zangenoperation II (Zange bei schrägstehendem Kopf)	237
Gefahren und Prognose der Zangenoperation	241
Regelwidrige Kopfstände und -lagen	245
1. Tiefer Querstand	245
2. Hoher Geradstand	252
3. Hintere Hinterhauptslage (= HIHHL)	255
4. Deflexionslagen = Strecklagen	267
Vorderhauptslage (= VoHL)	269
Stirnlage (= StL)	278
Gesichtslage (= GL)	281
Tabelle der regelrechten und regelwidrigen Kopflagen	292
Beckenendlage (= BEL)	295
Äußere Untersuchung (S. 296), Innere Untersuchung (S. 289), Differen- tialdiagnose (S. 299), Über die Notwendigkeit des vaginalen Untersuchens bei Beckenendlagen (S. 300), Geburtsmechanismus bei der Steißlage (S. 301), Gefahren der BEL (S. 311), Geburtsleitung bei BEL (S. 314), A. Konservative Behandlung (S. 314), B. Schnittenbindung bei Becken- endlagen (S. 316), C. Prophylaktisches Herunterholen eines Fußes (S. 318)	
Manualhilfe bei Beckenendlage	318
Methode nach Bracht	320
Methode nach Müller	322
Methode nach Löwset	323

	Seite
Klassische Armlösung	325
Veit-Smelliescher Handgriff	329
Zange am nachfolgenden Kopf	332
Manuelle Extradktion	333
Vorbedingungen (S. 333), 1. Fall: Unvollkommene Fußlage, vorderer Fuß vorliegend (S. 334), 2. Fall: Unvollkommene Fußlage, hinterer Fuß vorliegend (S. 339), 3. Fall: Vollkommene Fußlage (S. 340), 4. Fall: Steißfußlage (S. 340), 5. Fall: Knielage (S. 341), 6. Fall: Reine Steißlage (S. 341), Herunterholen des vorderen Fußes (S. 341), Schwierigkeiten beim Herunterholen eines Fußes: Pinardscher Handgriff (S. 343)	
Hilfsmittel bei der Extradktion unmittelbar am Steiß	347
Zusammenfassung der Regeln über die Ausführung der manuellen Extradktion bei der reinen Steißlage	348
Vorgehen bei sicher totem Kinde	349
Schwierigkeiten bei der manuellen Extradktion	349
A. Schwierigkeiten bei der Armlösung (S. 349), B. Schwierigkeiten bei der Kopfentwicklung (S. 353), Umgekehrter Veit-Smelliescher Handgriff (S. 353), Wiegand-Martin-v. Winckelscher Handgriff (S. 354), Umgekehrter Prager Handgriff (S. 357), Zange am nachfolgenden Kopf (S. 358)	
Tiefer Scheidendammsschnitt = Scheiden-Damm-Beckenbodenschnitt = Dührssen-Schuchardt-Schnitt	358
Querlage (= QuL)	361
Einteilung, Häufigkeit, Ätiologie (S. 361), Prognose, Mortalität (S. 362), Verlauf der Querlagengeburt in drei Phasen (S. 363), I. Phase = Zeit der stehenden Blase (S. 363), II. Phase = Gefahrenphase: Beginn mit dem Augenblick des Blasensprungs (S. 366), III. Phase = Katastrophenphase, SOS-Phase (S. 373), Behandlung der Querlage (S. 376), Indikationen zur Sektio (S. 378), Vorgehen bei Armvorfall (S. 383), Vorgehen bei Nabelschnurvorfall (S. 385)	
Intrauteriner Fruchttod	386
Wendung (Übersicht)	390
Äußere Wendung aus Querlage	391
Kombinierte = innere Wendung aus Querlage	394
Vorbedingungen (S. 395), Zeitpunkt (S. 396), Ausführung (S. 397), Wahl der inneren Hand (S. 398), Unterscheidung von Hand und Fuß (S. 402), Die Pause (S. 404), Die Wendung gelingt nicht! Was nun? (S. 405), Gedoppelter Handgriff der Siegemundin (S. 405)	
Zerstückelnde Operationen I: Dekapitation	407
Embryotomie	411
Zwillinge	411
Häufigkeit, Diagnose (S. 411), Schwangerschaft, Geburtsverlauf (S. 414), Komplikationen (S. 415), Geburtsleitung (S. 416), Geburt des ersten Zwillinges (S. 416), Geburt des zweiten Zwillinges (S. 418), Wie hat man nach der Geburt des 1. Zwillinges vorzugehen? (S. 418), Nachgeburtsperiode (S. 419)	
Eiueige oder zweieueige Zwillinge	420

	Seite
Nabelschnurvorliegen	422
Nabelschnurvorfall	423
Definition, Ursachen, Häufigkeit (S. 423), Bedeutung (S. 424), Diagnose (S. 425), Prophylaxe (S. 425), Behandlung (S. 426), Vorgehen bei den verschiedenen Lagen (S. 427), Schädellagen (S. 427), Beckenendlagen (S. 429), Querlagen (S. 429), Vorgehen in der Hauspraxis (S. 429), Zusammenstellung der Behandlung des Nabelschnurvorfalles (S. 431)	
Hydramnion	431
Definition (S. 431), Untersuchungsbefund (S. 432), Differentialdiagnose (S. 434), Akutes Hydramnion (S. 434), Ätiologie (S. 434), Geburtsverlauf (S. 435), Therapie (S. 435)	
Vorliegen und Vorfall eines Armes	435
Definition (S. 435), Vorkommen (S. 435), Armvorliegen bei Kopflagen (S. 436), Armvorfall bei Kopflagen (S. 437), Behandlung des Armvorfalls bei Kopflagen (S. 438), Behandlungsschema: Armvorfall bei Kopflagen (S. 438), Technik der Reposition (S. 439)	
Pathologische Blutungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt (Übersicht)	440
Abortus = Fehlgeburt	441
Definition (S. 441), Ursachen der Aborte (S. 442), Ursachen der Spontanaborte (S. 442), Ovuläre Ursachen (S. 442), Mütterliche Ursachen (S. 444), Mechanismus und Verlauf des Aborts (S. 445), Klinik des Aborts (S. 448), Abortus completus (S. 448), A. incompletus (S. 449), A. incipiens (S. 450), A. imminens (S. 451), A. habitualis (S. 453), Missed abortion (S. 455), Fieberhafter Abort (S. 456), Septischer Abort (S. 456)	
Endotoxinschock = bakterieller Schock = septischer Schock	457
Erreger, Häufigkeit, Mortalität, Pathogenese (S. 457), Symptomatologie, Prophylaxe (S. 458), Therapie (S. 459)	
Blasenmole	460
Definition (S. 460), Histologie (S. 461), Ätiologie (S. 461), Klinische Zeichen (S. 461), Zusammenfassung der Hauptsymptome (S. 463), Therapie (S. 464)	
Chorionepitheliose	466
Chorionkarzinom = Chorionepithelioma malignum	466
Vorkommen (S. 466), Symptome (S. 467), Therapie (S. 467)	
Extruteringraviddtät (EU)	468
Ätiologie (S. 469), Pathologische Anatomie (S. 470), Klinik der Tubenschwangerschaft (S. 472), Tubenabort (S. 476), Tubenruptur (S. 478). Zusammenfassung der Hauptsymptome der Tubenschwangerschaft (S. 479), Verhalten des klinischen Assistenten (S. 481), Douglaspunktion (S. 479)	
Placenta praevia	482
Zustandekommen (S. 482), Gradeinteilung (S. 484), Klinik der Placenta praevia (S. 484), Anweisungen für den praktischen Arzt (S. 488), Behandlung (S. 490)	

	Seite
Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta	497
Ursachen (S. 497), Typische Symptome eines schweren Falls (S. 499), Differentialdiagnose (S. 500), Couvelaire-Syndrom (S. 500), Gerinnungs- störungen (S. 501), Feststellung des Fibrinogenmangels (S. 502), Therapie der vorzeitigen Lösung (S. 502), Geburtshilfliche Behandlung (S. 503), Schockbehandlung (S. 504), Behandlung der Gerinnungsstörung (S. 505), Nachgeburtsperiode (S. 506)	
Gerinnungsstörungen = Hämostasestörungen = Koagulopathien in der Geburts- hilfe	501
Ursachen (S. 502), Schockbehandlung (S. 504), Behandlung der Gerin- nungsstörungen (S. 505)	
Kombinierte = Innere Wendung aus Kopflage	507
Zweifingerwendung nach Braxton Hicks	511
Verstärkte Blutungen in der Nachgeburtsperiode	513
Definition, Ursachen (S. 513), Verstärkte Blutung aus der Plazentahaft- stelle und Rißblutung (S. 513), Medikamentöse Prophylaxe in der Nach- geburtsperiode (S. 515), Wehenmittel und ihre Applikation (S. 516)	
Verstärkte Nachgeburtsblutungen vor Ausstoßung der Pla- zenta = verstärkte Lösungsblutungen	517
Ursachen (S. 518), Placenta adhaerens (S. 518), Tubeneckenplazenta (S. 518), Placenta membranacea (S. 518), Placenta anularis (S. 518), Pla- centa accreta und increta (S. 518), Behandlungsprogramm (S. 519), Ma- nuelle Lösung der Plazenta (S. 521), Kurzprogramm bei schweren Lö- sungsblutungen (S. 523), Schwierigkeiten bei der manuellen Lösung der Plazenta (S. 524)	
Nachgeburtsblutungen nach Ausstoßung der Plazenta =	
Atonische Nachblutung	525
Atonische Nachblutung bei unvollständiger Plazenta	525
Atonische Nachblutung bei vollständiger Plazenta	527
Gerinnungsstörungen in der Nachgeburtsperiode	532
Rißblutungen	534
Zervixriß	536
Definition, Diagnose, Vorkommen (S. 535), Sitz, Symptome, Spätfolgen (S. 536), Nahttechnik (S. 537)	
Insertio velamentosa	539
Definition, klinische Bedeutung (S. 539), Diagnose (S. 540), Differential- diagnose (S. 541), Therapie (S. 541)	
Enges Becken	542
Anatomische und funktionelle Diagnostik (S. 542). Wichtigste Formen des engen Beckens (S. 547), Komplikationen (S. 561), Schädigungen (S. 563), Geburtsleitung (S. 566), Zusammenfassung der Grundsätze der Geburtsleitung (S. 575)	
Langes Becken (Kirchhoff)	576
Ätiologie (S. 577), Einteilung (S. 578), Geburtsmechanismus (S. 581), Klinik (S. 583)	

	Seite
Symphysenschaden	584
Definition, Symphysenschaden und Symphysenruptur (S. 584), Symptome (S. 586), Röntgenuntersuchung (S. 587), Prognose (S. 587), Therapie (S. 588)	
Hydrozephalus	588
Definition (S. 588), Formen, Häufigkeit, Ätiologie, Prognose (S. 589), Diagnostik (S. 590), Tastbefund, Differentialdiagnose (S. 591), Geburtsverlauf (S. 592), Therapie (S. 593)	
Uterusruptur	594
Häufigkeit, Einteilung (S. 594), Vorkommen (S. 596), I. Hauptgruppe: Überdehnungsruptur (S. 595), Zustandekommen (S. 596), II. Hauptgruppe: Narbenruptur (S. 597), Drohende Ruptur (S. 598), Vorgehen bei drohender Ruptur (S. 600), Eingetretene Ruptur (S. 602), Stille Rupturen (S. 604), Vorgehen bei eingetretener Ruptur (S. 605)	
Zerstückelnde Operationen II: Perforation und Kraniotraxie	606
Gestosen = Schwangerschaftstoxikosen	617
Frühgestosen: Hyperemesis und Ptyalismus gravidarum	617
Hyperemesis	617
Symptome (S. 618), Laboratoriumsbefunde (S. 618), Ätiologie (S. 618), Biochemische Vorgänge bei der Hyperemesis (S. 619), Therapie (S. 620, 621), Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Hyperemesis gravidarum (S. 622)	
Ptyalismus gravidarum (= Hypersalivation)	623
Spätgestosen = EPH-Gestosen	623
Präeklampsie und Eklampsie (S. 623), Hypertonie, Proteinurie, Ödeme (S. 624), Eklampsie (S. 624a), eklamptischer Anfall (S. 624a), Pathogenese der Spätgestosen (S. 624b), Einteilung der Spätgestosen (S. 626); EPH-Gestosen (S. 628); Prognose (S. 628), Behandlung der leichten Präeklampsie (S. 629), Behandlung der schweren Präeklampsie (S. 631), Überwachung des Feten bei Präeklampsie (S. 635): in der Spätschwangerschaft (S. 636), unter der Geburt (S. 637); Ernährung der Eklamptischen (S. 640), allgemeine Maßnahmen und Laboruntersuchungen (S. 640a), aktives Vorgehen bei Präeklampsie, drohender Eklampsie und Eklampsie in der Spätschwangerschaft und unter der Geburt (S. 640b). Was soll der praktische Arzt tun, wenn er zu einer Eklamptischen gerufen wird? (S. 641), Organschäden nach Spätgestosen (S. 642)	
Andere Erkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft	642
Herzkrankheiten	642
Lungentuberkulose	643
Pyelonephritis gravidarum	644

Wochenbett

Das normale Wochenbett

	Seite
Rückbildungsvorgänge	647
Veränderungen nach Ausstoßung der Plazenta (S. 648), Ausschaltung der Hormonversorgung des Uterus (S. 648), Wochenbettwehen (S. 648), Laktations- oder Stillwehen (S. 649), Lage und Haltung der Gebärmutter im Wochenbett (S. 650), Verschuß des Halskanals (S. 651), Stand des Fundus in den ersten Wochenbetttagen (S. 651)	
Wundheilungsvorgänge im Wochenbett	652
Die Lochien (S. 654), Keimgehalt der Lochien, Farbe der Lochien (S. 655)	
Laktation	656
Mammogenese, Laktogenese (S. 656), Galaktopoese, Galaktokinese (S. 657), Laktationshyperinvolution (S. 657), Zusammensetzung der Milch (S. 657), Kolostrum, reife Frauenmilch, Kuhmilch (S. 657)	
Wiederaufnahme der Ovarialfunktion	658
Laktationsamenorrhoe (S. 659), Anovulatorische Blutungen im Wochenbett (S. 659), erste echte Menstruation im Wochenbett (S. 659), Stillen und Empfängnis (S. 660)	
Klinik des Wochenbetts	660
Puls, Temperatur (S. 660), subfebrile Temperatur (S. 660, 661), Fieber im Wochenbett (S. 661), Kontrolle des Fundusstandes (S. 662), hochstehender Fundus (S. 662), Lochienkontrolle (S. 663), Wochenfluß = infektiöses Wundsekret (S. 663), Harnentleerung im Frühwochenbett (S. 664), Ursachen der Harnverhaltung (S. 664), Therapie (S. 665), Wochenbettobstipation, Mastdarmentleerung (S. 665)	
Gymnastik im Wochenbett	666
Frühaufstehen im Wochenbett	667
Vorteile (S. 667), Gegenindikationen (S. 667)	
Entlassung aus der Klinik	668
Entlassungsuntersuchung (S. 668), nachdrückliche Beratung und Belehrung (S. 668), Brüste! Stillen! Temperatur! (S. 668)	
Stillen	669
Bedeutung der Brusternährung (S. 669), Händedesinfektion vor dem Stillen (S. 669), Warzenpflege (S. 669), Erstes Anlegen (S. 670), Häufigkeit der Mahlzeiten (S. 670), Tagestrinkmengen (S. 671), Stillschwierigkeiten, Stillhindernisse (S. 671), Abstillen (S. 672)	

Pathologie des Wochenbetts

Puerperalfieber	673
Ausbreitung der puerperalen Infektion (S. 673), Erreger (S. 674), Herkunft der Keime (S. 674), Virulenz der Erreger, allgemeine Abwehrkraft und Zeitpunkt der Infektion (S. 675)	

	Seite
Geschichte des Puerperalfiebers	675
Klinik des Puerperalfiebers	676
Lokal begrenzte Infektionen im Wochenbett	676
Infektion der Wunden des Dammes und der Scheide (S. 676), Puerperalgeschwür (S. 676), Endometritis puerperalis (S. 677), Subinvolutio uteri, Kantenschmerz, Blutungen, subfebrile Temperaturen (S. 677), Therapie (S. 678)	
Ausbreitung der Infektion auf dem Schleimhautweg	679
Übersicht (S. 679)	
Adnexitis puerperalis	680
Endosalpingitis, Pyosalpinx, Pelveoperitonitis, Ovarialabszeß (S. 680), Therapie (S. 681)	
Ausbreitung der Infektion auf dem Lymphweg	681
Myometritis und Parametritis puerperalis	681
Ausbreitung der Infektion auf dem Blutweg = Puerperalsepsis	683
Definition (S. 683), Gefäßherd = Sepsisherd (S. 684), Primärer Sepsisherd, sekundäre Sepsisherde (S. 685), Endocarditis septica (S. 686)	
Symptome der Puerperalsepsis	686
Hohes Fieber (S. 686), Allgemeinerscheinungen (S. 687), Foudroyante Sepsis, Blutbild (S. 687)	
Therapie der Puerperalsepsis	687
Chemotherapie (S. 687), Praktisches Vorgehen (S. 688), Endgültige Wahl des Antibiotikums auf Grund des bakteriologischen Testes (S. 689), Dosierung der Antibiotika (S. 689), Allgemeine Therapie (S. 690)	
Puerperale (diffuse) Peritonitis	691
Wege der Infektion (S. 691), Symptome (S. 691)	
Gonorrhoe im Wochenbett	692
Zahl der Gonokokkenbefunde im Wochenbett überraschend hoch (S. 692), Aszension der Gonokokken beginnt wahrscheinlich sogleich nach der Geburt (S. 693), Im Lochialsekret der puerperalen Uterushöhle finden sich häufig auch dann Gonokokken, wenn in Abstrichen aus der Zervix und Urethra keine Gonokokken nachzuweisen sind (S. 693), Aszension der Gonokokken im Wochenbett meist in der 2. Woche (S. 693), Therapie der Gonorrhoe im Wochenbett (S. 694)	
Puerperale Gasbrandinfektion	694
Erreger, Prognose, Pathogenese (S. 694), Hämotoxine, die die Erythrozyten zum Zerfall bringen (S. 694), Diagnostik (S. 695), Differentialdiagnose (S. 695), Therapie (S. 695)	
Puerperale Tetanusinfektion	696
Erreger, Diagnose (S. 696), Therapie (S. 696)	

	Seite
Blutungen im Wochenbett	697
Plazentarest und Plazentapolyp	697
Puerperale Endometritis	700
Funktionelle Blutungen im Wochenbett	700
Mastitis puerperalis	701
Erreger (S. 701), Infektionswege der Keime zur Warze (S. 701), Intersti- tielle Mastitis (S. 701), Subareolärer Abszeß (S. 701), Sub- oder retro- mammärer Abszeß (S. 703), Parenchymatöse Mastitis (S. 703)	
Symptome der Mastitis puerperalis	703
Therapie der Mastitis puerperalis	704
1. Antibiotische Behandlung mit halbsynthetischen Penicillinen . . .	704
2. Resorptive Therapie	705
3. Chirurgische Behandlung	706
Radiäre Inzision, Bardenheuersche Inzision = Hochklappen der Brust (S. 706), Man muß klare Wundverhältnisse schaffen (S. 707), Die drei größten Fehler bei der Behandlung des mastitischen Abszesses (S. 707), Über das Abstillen bei Mastitis (S. 708), Prophylaxe der Mastitis puerperalis (S. 708)	
Beckenvenenthrombose im Wochenbett	708
Definition (S. 708), Ätiologie und Pathogenese (S. 709), Klinik (S. 709)	
Therapie der Beckenvenenthrombose	710
1. Antikoagulantienbehandlung	710
2. Thrombolytische Behandlung	710

Das Kind

Das Kind vor der Geburt: Pränatale Erkrankungen

Embryopathien	713
Mißbildungen	714
Schädigungen durch Arzneimittel	715
Strahlenschäden	716
Nidationsstörungen = Eibettstörungen	717
Sauerstoffmangel	717
Embryopathia toxoplasmotica	718
Embryopathia rubeolica = Rötelnembryopathie	719
Die Organdefekte, typische Mißbildungen (S. 720), Horaire embry- pathique (S. 720), Prophylaxe (S. 721)	
Embryopathia diabetica	721
Fetopathien	722

	Seite
Fetopathia toxoplasmotica, konnatale Toxoplasmose	722
<p>Erreger, Übertragung auf die Schwangere (S. 723), Übertragung auf den Feten (S. 723), Zwei verschiedene Gruppen bei den ausgetragenen Kindern (S. 723), Klassische Zeichen der konnatalen Toxoplasmose (S. 724), Latente konnatale Toxoplasmose (S. 724), Wandel der Auffassungen in den Beziehungen zwischen Toxoplasmose und Schwangerschaft (S. 725), Diagnostik (S. 726), Prophylaktische = Präventive Behandlung während der Schwangerschaft (S. 726), Therapie (S. 726)</p>	
Fetopathia luetica = konnatale Lues	727
<p>Übertragung: Ohne syphilitische Mutter kein syphilitisches Kind (S. 727), Zeitpunkt der Infektion des Feten (S. 727), Häufigkeit der Totgeburten auf Grundluetischer Infektion (S. 728), Zeichen der fetalen Lues (S. 728), Zeichen der Neugeborenenlues (S. 729), Bekämpfung der Lues connata (S. 730), Therapie der Mutter (S. 730), Grundsätze über das Stillen syphilitischer Mütter (S. 730), Therapie desluetischen Neugeborenen (S. 731)</p>	
Fetopathia listerica, konnatale Listeriose	732
<p>Erreger (S. 732), Übertragung auf die Schwangere und auf den Feten (S. 732), Symptome (S. 732), Hinweisende Zeichen beim Neugeborenen (S. 732), Therapie (S. 732), Prophylaktische Behandlung (S. 733)</p>	
Konnatale Zytomegalie	733
Morbus haemolyticus neonatorum (Mhn)	733
Blutgruppen, Blutfaktoren, Antikörper, Antigene	733
Ätiologie und Pathogenese	734
Unverträglichkeit im Rh-System	734
Unverträglichkeit im ABO-System	735
Symptomatik des Morbus haemolyticus neonatorum	737
Anaemia neonatorum = 1. Schweregrad	737
Icterus gravis neonatorum = 2. Schweregrad	737
<p>Auftreten des Ikterus (S. 737), Bilirubinwerte, physiologische Grenze = 4 mg% (S. 738), Hepato-Splenomegalie (S. 738), Hyperbilirubinämie (S. 738), Überschreiten der Blut-Liquorschranke = Kernikterus (S. 738), Frühzeichen des Kernikterus (S. 738)</p>	
Hydrops universalis fetus = 3. Schweregrad	739
Diagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum	739
Diagnostik des Mhn infolge Unverträglichkeit im Rh-System	739
<p>Jede Schwangere mit Antikörpern muß in einer Klinik entbinden (S. 739), Jede Schwangere mit Verdacht auf Mhn (S. 739/740) muß 4—6 Wochen vor dem Termin in die Klinik eingewiesen werden (S. 740), Verhalten des Geburtshelfers während und nach der Geburt eines Kindes, dessen Mutter Antikörper hat (S. 740)</p>	
Diagnostik des Mhn infolge Unverträglichkeit im ABO-System	741

	Seite
Therapie des Mhn	741
Vorgehen beim Mhn inf. Unverträglichkeit im Rh-System (S. 742), inf. Unverträglichkeit im ABO-System (S. 742)	
Prophylaxe der Rhesussensibilisierung mit Anti-D-Immunglobulin	742
Fetopathia diabetica und die schwangere Diabetikerin	744
Gefährdung von Mutter und Kind durch Verschlechterung der Stoffwechsellaage	744
Gehäuftes Auftreten von geburtshilflichen Schwangerschaftskomplikationen	745
Besonderheiten der embryonalen und fetalen Entwicklung des Kindes	746
Riesenwuchs	746
Intrauteriner Fruchttod	747
Richtlinien für die Schwangerenfürsorge der Diabetikerin . .	748
Entbindung der Diabetikerin	749
Zeitpunkt der Entbindung (S. 749), Zweckmäßigste Art der Entbindung (S. 750), Indikationen zur Sektio bei Diabetikerinnen (S. 750)	
 Das Kind unter der Geburt 	
Intrauterine Hypoxie und Azidose	750
Intrauterine Asphyxie (S. 750), Primäre respiratorische Schädigung (S. 750), Metabolische Azidose, primäre und sekundäre (S. 751 und 752), Klinische Besonderheiten der primären metabolischen Azidose (S. 752), Besondere Gefahr in der Austreibungsperiode! Frühzeichen der metabolischen Azidose = Mekoniumabgang (S. 752), Bedeutung der Amnioskopie und der Mikrobiutuntersuchungen (S. 752/753), Erkennung aller wichtigen intrauterinen Störungen durch Blut-ph-Messung (S. 753)	
Geburtsverletzungen	753
Blutungen	753
Intrakranielle Blutungen; Tentoriumriß (S. 754), Konvexhämatom (S. 754), intrazerebrale Blutungen, Ursachen (S. 753), Diagnose, Therapie (S. 753)	
Knochenverletzungen	754
Schädel (S. 754), Extremitäten (S. 754), Oberarmfraktur (S. 755), Oberschenkelfraktur (S. 755)	
Entbindungslähmungen	755
Fazialislähmung (S. 755), Armplexuslähmung, Typ Erb-Duchenne (S. 755), Typ Klumpke (S. 756)	
Haut- und Weichteilverletzungen	756
Angeborene Anämien	756
1. Hämolyse	757
2. Blutung (Hämorrhagie)	757
Ursachen (S. 758)	
Posthämorrhagischer Schock des Neugeborenen	759

Das Kind nach der Geburt

	Seite
Das Neugeborene	760
Weshalb ist das Neugeborene gefährdet? (S. 760), Physiologische Besonderheiten der Neugeborenenperiode (S. 760)	
Erkrankungen des Neugeborenen	761
Ikterus	761
Ikterus neonatorum simplex = physiologischer Ikterus 761	
Ursachen (S. 761)	
Ikterus neonatorum gravis 761	
Ursachen (S. 761, 762)	
Morbus haemorrhagicus neonatorum	
= Melaena neonatorum 762	
Neugeborenen-Tetanie oder -spasmophilie	762
Dyspepsie	762
Das Frühgeborene	763
Prämatüre (unterreife) und immature (unreife) Neugeborene (S. 763), Häufigkeit (S. 763), Ursachen (S. 763), Sterblichkeit (S. 764), körperliches und funktionelles Verhalten der Frühgeborenen (S. 764)	
Geburtsleitung bei der Frühgeburt	764
Vermeidung einer langen Geburtsdauer (S. 764) und einer zu rasch ablaufenden Geburt (S. 765), Niemals die Blase sprengen, bevor der Muttermund vollständig ist (S. 765), Vermeidung einer langwierigen Austreibungsperiode (S. 766), Mittel dazu (S. 766), Vermeidung von zu großem Wärmeverlust (S. 766), Frage der Schnittentbindung (S. 766).	

Propädeutik und Klinik der perinatalen Diagnostik

Pathophysiologische Grundlagen

Die Azidose	767
Azidose, Hypoxämie (S. 767), Hypoxie, Hyperkapnie (S. 768), Bedeutung für die Klinik (S. 768), flüchtige und nicht flüchtige Säure (S. 768), respiratorisch bedingte und metabolisch bedingte Azidose (S. 769)	
Die Pufferung	769
Puffersubstanz, Säuren, Elimination von Säurebestandteilen, Pufferung, Puffer (S. 770)	

	Seite
Die Elimination von Säureresten	770

Austausch von Atemgasen, Diffusionsgesetz (S. 770), Aufrechterhaltung des Säurebasenhaushaltes, pH-Feinregulation, pH-Grobregulation (S. 771), gefährliche Laktatbildung (S. 771), Abbau von Glukose bei aeroben und anaeroben Bedingungen, Azidose und Energieverarmung (S. 772), die zu Hypoxie/Azidose führenden Ursachen (S. 773), funktionelle Einheit Mutter-Plazenta-Kind (S. 773), Plazentarinsuffizienz (S. 774), respiratorische und nutritive Insuffizienz (S. 774), hauptsächliche Krankheiten, die mit Plazentarinsuffizienz i. e. Sinne einhergehen (S. 775)

Klinisch wichtige Regulations- und Kompensationsmechanismen bei Hypoxie/

Azidose	775
Sauerstoff-Sparschaltung und Mekoniumabgang, Hyperperistaltik (S. 776), fetale Tachykardie (S. 777), fetale Bradykardie (S. 778), Literaturauswahl (S. 779)	

Die pränatale Diagnostik

Die Amnioskopie	781
----------------------------------	------------

Prinzip der optischen Beurteilung des Fruchtwassers (S. 781), Wann wird die Amnioskopie eingesetzt? (S. 783), Wie lange soll überwacht werden? (S. 784), Nebenaufgaben der Amnioskopie (S. 784), Aufnahmeamnioskopie (S. 785), Nachteile, Gegenindikationen (S. 785), Technik der Amnioskopie (S. 785), Literaturauswahl (S. 786)

Die Mikrobiuntersuchungen (MBU)	787
--	------------

Prinzip, pathophysiologische Grundlagen, pH-Wert der zuverlässigste Parameter, physiologische, präpathologische, pathologische pH-Werte (S. 787), Entnahme der Blutproben (S. 788), Normalbereich, Grundlage der biochemischen Überwachung, allgemeine und spezielle Indikationen (S. 789), klinische Warnzeichen (S. 790), Indikation zur operativen Geburtsbeendigung (S. 791, 792), Wie häufig sind Feten beim Auftreten klinischer Warnzeichen tatsächlich gefährdet? (S. 793), Technik und methodische Grundlagen der MBU (S. 793), Literaturauswahl (S. 794)

Die apparative Herzfrequenz-Registrierung	796
--	------------

Drei Prinzipien der kontinuierlichen Registrierung (S. 796), Merkmale der fetalen Herzfrequenzkurven (S. 798), äußere und innere Wehenmessung (S. 798), unverdächtige und verdächtige Phänomene bei der apparativen Registrierung der fetalen Herzfrequenz (S. 798, 799), Herzfrequenzmuster (S. 801), Literaturauswahl (S. 801)

Die Östriolbestimmung im mütterlichen Urin	802
---	------------

Auskunft über die Funktionseinheit Fetus/Plazenta (S. 802), Überwachungsmethode bei langsam fortschreitenden Störungen (S. 803), „fallenderTrend“ (S. 803), Normalbereich der Östriolausscheidung (S. 804), Domäne der Überwachung: Fälle mit Gestose oder Diabetes (S. 805), Überwachungsprogramm (S. 805), neue, noch nicht genügend erprobte Methoden: Bestimmung von HPL, von DHES und HSAP (S. 806), Literaturauswahl (S. 807)

Die Untersuchung des Fruchtwasserpunktes 808

Eigenschaften des Amnionepithels, Fruchtwassermenge, Dynamik des Fruchtwassers (S. 808), Ausscheidung von Bilirubinoiden in das Fruchtwasser, Domäne der Fruchtwasserdiagnostik: Überwachung bei Rhesus-Inkompatibilität, Spektrophotometrie, Grundlage für Prognose und Therapie (S. 809), Plazentalokalisation, Ausführung der Punktion (S. 809), Schema zur Überwachung bei Rh-Inkompatibilität (S. 810), die drei Zonen des Prognoseschemas (S. 810), intrauterine Bluttransfusion an den Feten (S. 812), Literaturauswahl (S. 812)

Die fetoneonatalen Adaptationsvorgänge**Respiration 813**

Die passive Vorstufe vor dem ersten Atemzug (S. 813), Thoraxverformung beim Durchtritt der oberen Rumpfhälfte und ihre Folgen; erstes Residualvolumen; präparative Respirationsmechanismen (S. 814), Einsetzen der aktiven Atmung, weitere Ausbildung des Residualvolumens (S. 815), Druck-Volumenkurve = Atemschleife (S. 816), Atemvolumina und Drucke verkleinern sich während der Adaptation (S. 817)

Zirkulation 818

Prinzip der Kreislaufadaptation des Feten (S. 818), Störung der Adaptation (S. 818), Ursachen der Kreislaufumstellung: Änderung der Blutdruckverhältnisse (S. 820), Neugeborenenkreislauf Stadium 1 (S. 821), Stadium 2 (S. 822)

Die Adaptation der Säure-Basen-Verhältnisse und der mit ihnen gekoppelten Blutgaswerte

Postpartuales pH-Tief (S. 823), Ursache: Einschwemmung von Laktat aus intrauterin spargeschalteten Bezirken (S. 824), Verschlechterung der Situation bei schwer deprimierten Neugeborenen (S. 825), Literaturauswahl (S. 825)

Risikoschwangerschaft — Risikogeburt 826

Definition, Häufigkeit (S. 826), Begriff der Perinatalperiode (S. 826), Mortalitätsstatistik, Definitionen der Mortalität (S. 827), Mortalitätsraten einzelner wichtiger klinischer Diagnosegruppen (S. 828), Kombinationsdiagnosen (S. 829), Schwierigkeiten beim Vergleich von Mortalitätsstatistiken (S. 829), Risikofälle (S. 830), Intensivvorsorge (S. 831), Literaturauswahl (S. 831)

Die Plazenta als endokrine Drüse 831

Feto-plazentare Einheit (S. 832), Choriongonadotropin HCG, charakteristischer hoher Gipfel im ersten Schwangerschaftsdrittel (S. 832), Progesteron (S. 833), Pregnandiolausscheidung, ein Maß für den plazentaren Funktionszustand; Progesteronstoffwechsel während der Schwangerschaft, physiologische Bedeutung des Progesterons (S. 834), Östrogensynthese während der Schwangerschaft (S. 835), etwa 80% des im Harn erscheinenden Östriols sind fetaler Herkunft; Östriolausscheidung im Harn der Mutter ein Maß für das Wohlergehen des Feten (S. 836), Literaturauswahl (S. 836).

	Seite
Die Plazenta als Austauschorgan	838
Austauschorgan für den feto-maternalen Stoffwechsel, synzytio-kapilläre Membran, hämo-choriales System, mechanisch-physikalische Barriere (S. 838), chemische Barriere, Metabolisierung von nichtendokrinen Stoffen, Durchtrittsmechanismen verschiedener Stoffe (S. 839), einfaches Schema zur Leistung der Plazentazelle, Grundlage zum Verständnis der Plazentarinsuffizienz (S. 840), drei klinisch faßbare Symptome der Plazentarinsuffizienz (S. 841).	
Grundlagen der Diffusion von CO₂ und O₂	841
Der Austausch folgt dem feto-maternalen Konzentrationsgefälle; Änderungen der Oberfläche = weiterer Faktor zum Verständnis der Plazentarinsuffizienz i. e. S. (S. 841), Oberflächenzunahme bedeutet nicht unbedingt Zunahme der Austauschfläche; Faktoren, die die Diffusionsfläche verringern (S. 842), Änderungen der Diffusionsstrecke und Änderung der Druckdifferenz der Gase = weitere Faktoren zum Verständnis der Plazentarinsuffizienz i. e. S.; O ₂ -Druck im intervillösen Spaltsystem (S. 843), die Druckdifferenz für O ₂ und auch für CO ₂ nimmt ab, wenn Veränderungen in den mütterlichen Gefäßwänden stattfinden; Begriff der Kontaktzeit (S. 844)	
Modelle für die feto-maternalen Blutstromrichtungen	844
Gleichstromprinzip (S. 844), Kreuzstromprinzip (vorhanden beim Menschen), Gegenstromprinzip (S. 844)	
Faktoren, die einen ausreichenden feto-maternalen Gasaustausch begünstigen	846
Physiologische mütterliche Hyperventilation (S. 846), Ursachen (S. 846), Überströmung der Plazentazotten mit arterialisiertem mütterlichem Blut, Durchflußrate, Perfusionsrate, zirkulatorische Wirkung der Wehen; der einfache und der doppelte Bohreffekt (S. 848), O ₂ -Versorgung fetaler Organe (S. 849), Literaturauswahl (S. 849).	

Ultraschall in der Geburtshilfe

Physikalische Grundlagen	851
Technik	852
Impulsechoverfahren, A-Bild-Methode (S. 852), B-Bild-Methode = Schnittbildmethode (S. 853), Dopplerverfahren (S. 855)	
Möglichkeiten der geburtshilflichen Diagnostik mit Ultraschall	856
I. Diagnostik der normalen Schwangerschaft	
Nachweis einer Schwangerschaft, Nachweis von Kindsbewegungen und kindlicher Herzaktion (S. 856), Größenbestimmung des Kindes bzw. Bestimmung des Schwangerschaftsalters; Beziehung zwischen der Länge des biparietalen Schädeldurchmessers und dem Schwangerschaftsalter (S. 857), Lage- und Mehrlingsdiagnostik, Plazentalokalisation (S. 858)	

	Seite
II. Diagnostik der gefährdeten oder gestörten Schwangerschaft	860
Intrauteriner Fruchttod (S. 860), Blasenmole, Hydramnion, Morbus haemolyticus fetus (S. 861), Lokalisation der Plazenta, Nachweis (oder Ausschluß) eines Hydrops placentae et fetus (S. 863), Dicke normaler Plazenten im Verlauf der Schwangerschaft (S. 865), Ermittlung des kind- lichen Reifegrades, Bestätigung der gelungenen intrauterinen Trans- fusion (S. 866), Anenzephalus, Hydrozephalus, Diabetes in der Schwan- gerschaft (S. 866)	
Zur Frage der Fruchtschädigung durch Ultraschall	866
Literaturauswahl (S. 867)	
Sachregister	869