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: 3 (1905)

Heft: 11

Artikel: Die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-948911

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: 17.07.2025

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

15. November № 11. 1905

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ
des Schweiz. Hebammenvereins
herausgegeben vom Zentralvorstand.

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:
Buchdruckerei J. Weiß, Affoltern am Albis.

Redaktion: Für den **wissenschaftlichen Teil:** **Dr. E. Schwarzenbach,** Spezialarzt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Stockerstraße 32, **Zürich II.**
Für den **allgemeinen Teil:** Namens der **Zeitungskommission** Frau **B. Rotach,** Hebamme, Gotthardstraße 49, **Zürich II.**

Abonnements: Es werden **Jahresabonnements** für ein Kalenderjahr ausgegeben;
Fr. 2. 50 für die Schweiz und **Mark 2. 50** für das Ausland.

Inserate: **Schweizerische** Inserate **20 Rp., ausländische 20 Pfennig** pro einspaltige Petitzeile; größere Aufträge entsprechender Rabatt. — **Abonnements-** und **Insertionsaufträge** sind zu adressieren an die **Administration der „Schweizer Hebamme"** in **Zürich IV.**

Inhalt:

Hauptblatt: Die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt. — Aus dem Jahresbericht der kanton. Entbindungsanstalt St. Gallen. — Einsendungen. — Schweizer. Hebammenvereia: Aus den Verhandlungen des Zentralvorstandes. — An die Sektionen und Einzelmitglieder des Schweizer. Hebammenvereins. — Verdankung. — XII. Schweizer. Hebammentag Generalversammlung. — Krankenkasse. — Todesanzeige. — Vereinsnachrichten: Sektionen Baselstadt, Bern, St. Gallen, Olten, Schaffhausen, Thurgau, Winterthur, Zürich. — **Interessantes Allerlei:** Aus dem Ausland. — **Inserate.**

Beilage: Bericht über die Verhandlungen des Schweizer. Frauenbundes. — Alle Korrespondenzen. — Interessantes Allerlei: Aus dem Ausland. — **Inserate.**

Die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt.

Es ist für die Hebamme von großem Nutzen, wenn sie imstande ist, im Verlaufe einer Entbindung jeweilen darüber ins Klare zu kommen, ob der Kopf noch hoch oder schon tief stehe. Von dieser Entscheidung hängt es ab, ob sie der Gebärenden und den Angehörigen eine baldige Beendigung der Geburt in Aussicht stellen darf, oder dieselben auf eine noch längere Dauer gefaßt machen muß, ferner wann sie sich für den Dammschutz bereit machen soll, und endlich, ob sie nötigenfalls den Arzt zur Anlegung der Zange rufen dürfe. Diese Operation wird ja gewöhnlich erst dann ausgeführt, wenn der Kopf mit seinem größten Umfang ins Becken eingetreten ist, und nur ausnahmsweise schon früher. Wie oft wird aber der Arzt gebeten, die Zange anzulegen, bevor diese Bedingung erfüllt ist! Das hat meistens darin seinen Grund, daß sich die Hebamme über den Stand des Kopfes getäuscht hat.

Die Frage: „In welcher Höhe steht der Kopf?" ist eben manchmal recht schwierig zu beantworten. Der Irrtum besteht gewöhnlich darin, daß man den Stand des Kopfes zu tief annimmt; das Gegenteil kommt viel seltener vor. Im Folgenden sollen die Grundsätze entwickelt werden, an die man sich zu halten hat, um den unangenehmen Täuschungen zu entgehen.

Der Maßstab, mit dem der Stand des vorliegenden Teiles, sagen wir des Kopfes, gemessen wird, ist das Becken. Daran muß man vor allem festhalten; denn jede andere Methode, zu messen, ist unzuverläßig und führt unausweichlich zu falschen Resultaten. So wäre es ganz verkehrt, etwa den Abstand des Kopfes vom Scheideneingang, sei es von seinem vordern oder hintern Rande, zur Bestimmung des Kopfstandes zu verwenden. Nicht die Weichteile, sondern nur die Knochen des Beckens sind zum Messen zu gebrauchen, und zwar deshalb um so eher, weil sie bei großem Kopfe oder engem Becken das Haupthindernis für das Vorrücken des Kopfes darstellen.

Nun hat aber das knöcherne Becken gar wenig Aehnlichkeit mit einem Maßstabe! Darum müssen wir uns darüber einigen, wie wir das Becken einteilen wollen. Statt eines Stabes haben wir da ein weites Rohr, den sog. Beckenkanal vor uns, dessen Wand, (das kleine Becken) mehrere Löcher besitzt und überhaupt sich durch eine sehr unregelmäßige Beschaffenheit auszeichnet.

Die wichtigste Gegend des Beckens ist der Beckeneingang, so genannt, weil hier der Kindeskopf vom großen Becken in das kleine eintritt. Diese Stelle ist gekennzeichnet durch den Vorberg und die Schamfuge. Den Abstand dieser beiden Punkte von einander nennt man den geraden Durchmesser des Beckeneinganges. Er beträgt 11 Centimeter, ist aber, wie wir aus der Lehre vom engen Becken wissen, oft kleiner, und bildet darum eines der häufigsten und gefährlichsten Geburtshindernisse.

Der Anfang des Beckenkanals ist somit klar bestimmt, aber — betasten kann die Hebamme den Beckeneingang selten an einer Gebärenden; denn einerseits liegt diese Körperregion so hoch über dem Scheideneingang, daß sie bei der innern Untersuchung schwer zu erreichen ist, wenn es sich nicht um ein sehr enges Becken handelt, und andererseits wird der Beckeneingang gerade in den Fällen, wo wir über den Kopfstand im Zweifel sind, bereits von einem Teil des Kopfes angefüllt und dadurch für unsere Finger unzugänglich. Darin liegt eine Hauptschwierigkeit für die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt.

Die zweitwichtigste Gegend des Beckens ist sein unteres Ende, der sogenannte Beckenausgang. Diese Stelle läßt sich nun mit dem untersuchenden Finger vollständig abtasten. Wir fühlen vorn den Schambogen mit dem untern Rande der Schamfuge, seitlich geht derselbe in die ebenfalls leicht fühlbaren Sitzknorren über, und als hintere Grenze des Beckenausganges läßt sich deutlich die Steißbeinspitze erkennen.

Beckeneingang und -Ausgang bilden die beiden unveränderlichen Stellen, nach denen man den Stand des Kindeskopfes während der Geburt bemißt. In der Mitte zwischen beiden liegt die sogen. Beckenhöhle oder Beckenmitte, der eine viel geringere Bedeutung zukommt, erstens deshalb, weil hier der Kindeskopf selten einen besondern Widerstand findet, und zweitens auch darum, weil diese Stelle an der Gebärenden nicht genau festgestellt werden kann. Oft nennt man auch den ganzen zwischen Eingang und Ausgang liegenden Kanal die „Beckenhöhle". Wir wollen im Folgenden diesen Ausdruck gänzlich weglassen, um Mißverständnisse zu vermeiden.

Wie bezeichnen wir den Stand des Kopfes während der Geburt im Verhältnis zu den beiden genannten Beckengegenden?

Am einfachsten wäre es, wenn wir nur den tiefsten Punkt des Kopfes berücksichtigen müßten; dann könnten wir z. B. sagen: „Der Kopf, das heißt seine untere Spitze, hat den Beckeneingang erreicht," oder „um x Centimeter überschritten", oder „steht nahe dem Ausgange" usw. Damit aber würde das Wesentliche der Sachlage nicht ausgedrückt; denn nicht, wo die Spitze, d. h. der unterste Teil des Kopfes, steht, ist von Wichtigkeit, sondern wo der Kopf mit seinem dicksten Teile, oder, besser gesagt, mit seinem größten Umfange sich befindet, darauf kommt es an.

Damit sind wir bei der zweiten und größten Schwierigkeit der behandelten Frage angelangt. Während einer Geburt zu erkennen, wo der größte Umfang des Kindesschädels liegt, gehört zu den schwersten Aufgaben der geburtshülflichen Tätigkeit.

Direkt fühlen läßt sich das in der Regel nicht, denn entweder liegt die betr. Stelle des Schädels noch über dem Beckeneingang und läßt sich dann nur durch die äußere Untersuchung erreichen, die für so feine Unterscheidungen meistens nicht genügt, oder jene Stelle ist bereits durch den Beckeneingang hindurchgetreten, dann kann sie nicht betastet werden, weil zwischen Beckenwand und größtem Schädelumfang kein Platz für den Finger ist. Somit müssen wir aus der Form

und Größe des von außen oder innen fühlbaren Teiles des Kindeskopfes auf den Stand seines größten Umfanges schließen. Dazu gehört aber große Erfahrung, wenn man nicht den gröbsten Täuschungen anheimfallen will.

Immerhin lassen sich einige Ratschläge erteilen und Regeln feststellen, welche die Aufgabe wesentlich erleichtern. Betrachten wir also nacheinander die Stadien, welche der Kopf bei seinem Vorrücken durchläuft. Die verschiedenen Lagen (1., 2., 3., 4.) werden dabei nicht speziell berücksichtigt.

1. Kopf beweglich über dem Becken.

Als allgemeine Regel gilt: Gegen Ende der Schwangerschaft, also bevor die eigentlichen Wehen begonnen haben, steht der Kopf bei Mehrgebärenden noch beweglich über dem Becken, bei Erstgebärenden aber ist er bereits mehr oder weniger ins Becken eingetreten, steht meistens schon fest im Eingang. Doch gibt es von dieser Regel häufige Ausnahmen, was hauptsächlich in dem Größenverhältnis zwischen Kopf und Becken seinen Grund hat.

Daß der Kopf beweglich über dem Becken steht, können wir schon durch die äußere Untersuchung erkennen, indem wir durch Umgreifen desselben mit einer Hand oder Betasten mit den ausgestreckten beiden Händen seine Beweglichkeit konstatieren. Steht der Kopf noch hoch über dem Becken, so fühlt man ihn ballotieren, d. h. beim Eindrücken zurückweichen, wie eine Holzkugel im Wasser; ist er aber mit einem kleinen Anteil eingetreten, dann läßt sich seine Beweglichkeit oft von außen nicht mehr erkennen. Versuchen wir aber bei der innern Untersuchung ihn nach oben zu schieben, so gelingt uns das noch mehr oder weniger leicht.

Wir unterscheiden also: a) Kopf ballotierend, d. h. hoch über dem Becken; b) Kopf leicht beweglich, d. h. mit einem sehr kleinen Anteil eingetreten; c) Kopf schwer beweglich, d. h. mit einem größeren Anteil (aber noch nicht mit seiner vollen Rundung) eingetreten. Die Beweglichkeit des Kopfes beweist uns in jedem Falle, daß er noch nicht mit seinem größten Umfange eingetreten ist.

Selbstverständlich darf man nie durch große und langdauernde Schmerzen der Gebärenden sich zu der Meinung verleiten lassen, der Kopf müsse nun eingetreten sein; manchmal sind eben die Wehen doch nicht so kräftig, wie es scheint, oder der Kopf ist zu groß oder das Becken zu klein.

Zuweilen hindert uns die Gebärende durch Pressen oder Widerspenstigkeit daran, die Beweglichkeit des Kopfes zu prüfen, dann hat man Folgendes zu bedenken: Wenn wir bei sorgfältiger Abtastung alles Erreichbaren von innen her nur einen kleinen Teil des Kopfes fühlen, dann ist er mit seinem größten Umfang sicherlich noch beweglich über dem Eingang. Besonders sicher sind wir mit diesem Urteil dann, wenn der fühlbare Schädelanteil sich nur wenig ins Becken herab vorwölbt, also beinahe flach erscheint. Das lehrt uns, daß der Kopf sich dem Becken noch gar nicht angepaßt hat.

Ein weiteres Hülfsmittel gibt uns die Richtung der Pfeilnaht: verläuft sie quer, dann steht der Kopf noch hoch. Erst wenn er vollständig eingetreten ist, wandert die kleine Fontanelle gegen vorne hin, so daß die Pfeilnaht dann eine schräge Richtung annimmt, nämlich bei I. Schädellage von rechts hinten nach links vorn, bei II. Schädellage von links hinten nach rechts vorn. Querstand der Pfeilnaht bedeutet also fast immer Hochstand des Kopfes.

Ausnahmen sind sehr selten. Nur bei stark allgemein verengtem Becken steht zuweilen die Pfeilnaht schon am hochstehenden Kopfe ausgesprochen schräg. Andererseits kommt am tiefstehenden Kopfe Querstand der Pfeilnaht bei außerordentlicher Kleinheit des Schädels vor.

Damit hätten wir wohl die Merkmale des hoch über dem Becken und des hoch im Beckeneingang stehenden Kopfes erschöpft und kommen nun zum folgenden Stadium.

(Fortsetzung in der nächsten Nummer.)

Aus dem Jahresbericht der kanton. Entbindungsanstalt St. Gallen pro 1904.

Vorstand: Dr. Th. Aepli.

Geburten.

Einschließlich 7 Fällen von ganz frühen Fehlgeburten und der Zwillingsgeburten fanden 475 Geburten statt, oder 25 mehr als im Vorjahr; sie verteilen sich auf die einzelnen Monate wie folgt:

Januar . . .	26	Juli	38
Februar . . .	41	August . . .	30
März . . .	37	September . .	38
April . . .	53	Oktober . . .	39
Mai	53	November . .	30
Juni	41	Dezember . .	49

Am Tage wurden geboren 291, nachts 184, rechtzeitig 367, frühzeitig 101, unzeitig 7, ehelich 326, unehelich 144; von den letztern stammen 61 aus dem Stadtbezirk, 83 von Müttern, die nicht in der Stadt wohnen; Knaben 242, Mädchen 226, unbestimmbares Geschlecht 7, lebend 446, tot 29, von den letztern faultot 7; Zwillingsgeburten 5.

Fruchtlage:

I. Schädellage	305	Steißlagen	7
II. „	131	Fußlagen	6
III. „	5	Querlagen	5
IV. „	6	Unbestimmbare Lagen	7
Gesichtslagen	1	Stirnlagen	2

Komplikationen bei der Geburt.

Enge Becken	32	Cervix-Risse	3
Nachblutungen	26	Clitoris-Risse	3
Zurückhaltung der Nachgeburt	12	Vorfall der Hand	2
		Placenta praevia	1
Eklampsie	4	Umstülpung der Gebärmutter	1
Vorfall der Nabelschnur	3		

Kinder.

Gesund ausgetreten sind 395 Kinder, krank 22, nämlich 7 mit Ophthalmoblenorrhoe und 1 mit Darmkatarrh in den Kantonsspital; 3 mit Darmkatarrh, 8 mit Soor und 3 mit angeborner Schwäche nach Hause. Bezüglich des Soor ist eine bedeutende Abnahme dieser Krankheit zu konstatieren.

Gestorben sind 32 Kinder, nämlich 25 an Lebensschwäche, 3 an Gehirnblutungen und je 2 an Magen-Darm-Katarrh und Lungenentzündung.

Größte Länge einer Frucht 62 cm, größtes Gewicht 5000 Gramm. 17 Kinder wogen bei der Geburt über 4000, 4 über 4500 Gramm. 1 Kind brachte 2 Schneidezähne zur Welt.

Die beiden Brutöfen werden viel benutzt, hie und da auch von auswärts.

Hebammenkurse.

Der vom 22. Februar bis 9. Juli abgehaltene Hebammenkurs für neue Schülerinnen wurde ursprünglich von 20 Teilnehmerinnen besucht; 7 davon gehörten dem Kanton St. Gallen, 6 dem Kanton Thurgau, 4 dem Kanton Luzern und je 1 den Kantonen Schwyz, Glarus und Appenzell J.-Rh. an. Eine Schülerin mußte schon ganz anfangs wegen Unfähigkeit entlassen werden, die übrigen konnten alle das Examen bestehen. Da die Schülerinnen punkto Fleiß, Begabung, Fertigkeit, Wissen und Können sehr stark differieren, dürfte einmal die Frage ventiliert werden, ob es nicht angezeigt wäre, verschiedene Stufen der Patente, z. B. solche mit I., II. und III. Note auszustellen; für viele wäre es ein Ansporn, und für die Fleißigen und Tüchtigen nichts als eine gerechte Anerkennung gegenüber den Unfleißigen und Indifferenten; es erscheint mir nicht richtig zu sein, tüchtige und nicht tüchtige Hebammen auf gleiche Stufe zu stellen.

An Material standen im Kurs 198 Geburten und zirka 270 poliklinische Untersuchungen zur Verfügung.

Ein Wiederholungskurs, der größte der bisher abgehaltenen, zählte 20 Teilnehmerinnen: je 3 aus den Bezirken Rorschach, Ober-Rheintal, Werdenberg und Goßau, je 2 aus den Bezirken Sargans und Ober-Toggenburg und je 1 aus St. Gallen, Tablat, Alt-Toggenburg und Unter-Toggenburg; die älteste war 61 Jahre alt; alle übrigen haben ihren ersten Kurs unter dem jetzigen Anstaltsarzt durchgemacht.

Pflegerinnenkurse.

12 Pflegerinnen machten einen je 6 Wochen dauernden Pflegekurs durch: 5 aus dem Kanton St. Gallen, 5 aus dem Kanton Thurgau und je 1 aus den Kantonen Appenzell A.-Rh. und J.-Rh. Keine mußte als unbrauchbar entlassen werden; 11 erhielten empfehlende Zeugnisse. Die Erfahrung macht es wünschenswert, daß die Dauer der Kurse verlängert wird, vorläufig einmal auf 8 Wochen.

Einsendungen.

Am 14. August dieses Jahres wurde ich zu einer 45 Jahre alten, 2. gebärenden Frau gerufen. Als ich nachmittags 2 Uhr ankam, hatte die Frau nur schwache Wehen, alle 10—15 Minuten. Ich gab ihr dann ein Klystier, hernach reinigte ich sie und machte ihr eine 35° heiße Spülung, darauf kamen die Wehen alle 5—7 Minuten. Die Untersuchung ergab: Schädellage, Muttermund 2 Fr. Stück groß, Blase steht. Um halb 6 Uhr sprang die Blase bei einer heftigen Wehe. Untersuchung: 1. Schädellage, Kopf in der Beckenhöhle, kleine Fontanelle vorn, Muttermund verstrichen.

Ich legte nun die Hand zum Dammschutze an und bei der nächsten Wehe trat der Kopf hervor. Die Nabelschnur war um den Hals geschlungen, ließ sich aber nicht lockern und über den Kopf ziehen, sie war zu straff. Gleichzeitig kam eine Wehe und das Kind war geboren. Die Nabelschnur war um den Hals gewickelt, dann um den rechten Schenkel und hinauf über die Brust mit dem rechten Arm. Als ich die Nabelschnur gelöst, fing das Kind sofort an zu schreien. Ich nabelte es ab und legte es auf die Seite auf ein warmes Kissen. Als ich den Uterus umgriff, war er so groß, daß er bis an die Rippen reichte, also wie vor der Geburt! Er war aber hart, die Frau hatte richtige Wehen. Nach 10 Minuten kam die Placenta ganz spontan; aber der Uterus wurde nicht kleiner und auch nicht weich. Die Placenta war ganz, aber die Eihäute fehlten gänzlich. Bei der äußern Untersuchung fand ich nichts heraus. Ich desinfizierte mich und machte eine innere. Auch hier fand ich nichts als Blutgerinsel. Der Uterus zog sich während der Untersuchung so fest zusammen, daß ich kaum mehr mit dem Finger herauskam. Ich wurde also aus dieser Sache nicht klug und schickte zum Arzt mit dem Bericht, die Frau habe geboren, die Placenta sei spontan gefolgt, ein zweites Kind finde ich nicht und doch reiche der Uterus bis unter die Rippen. Nach einer halben Stunde kam der Arzt. Bei der äußern Untersuchung sagte er mir: „Etwas ist da drinnen, aber was es ist, weiß ich nicht“. Nachdem der Arzt sich desinfiziert und ich die Frau gewaschen hatte, untersuchte der Arzt. Aber der Muttermund hatte sich so geschlossen, daß der Arzt kaum mit einem Finger hinauf konnte; er fand nichts als die zurückgebliebenen Eihäutereste, welche er herauszog, so gut es ging. Nachher machte der Arzt ihr eine Ergotin-Einspritzung und am nächsten Morgen eine Uterusausspülung. Aber er hatte die größte Mühe, das Mutterrohr einzuführen, denn der Muttermund hatte sich ziemlich fest geschlossen. Das Allgemeinbefinden der Frau war gut. Temperatur am Abend nach der Geburt 37,5, Puls 84. Am Morgen nach der Spülung 37,0 und 76 Puls. Der Arzt verordnete täglich 2 Spülungen. Ich befolgte es 5 Tage lang; am 5. Tage hörte der Ausfluß gänzlich auf, worauf ich die Spülungen unterließ und die Frau wie jede andere Wöchnerin besorgte. Dann kam der Wochenfluß wieder reichlicher. Der Uterus war am 6. und 8. Tage noch in der gleichen Höhe wie nach der Geburt. Die Temperatur betrug immer morgens 37,0