

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: 14 (1916)

Heft: 4

Artikel: Ueber Geschlechtsorgane

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948756>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Mithos“
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 Geburtshilfe und Gynaecologie.
Schanzenbergstrasse Nr. 15, 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.

Insertate:

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

Ueber Gesichtslagen.

Unter 200 Geburten einmal stellt sich das Kind in Gesichtslage zur Geburt.

Die Ursachen sind doppelter Art: erstens eine regelwidrige Haltung des Kopfes; diese kann in vielen Fällen schon vor dem Eintritt des Kopfes ins Becken bestehen, oder doch wenigstens angedeutet sein; solche dies bedingende Ursachen bezeichnen wir als primäre. Meist verstärkt sich dann beim Auftreten auf das Becken diese falsche Haltung und wird beim Tiefertreten in das Becken hinein zu einer eigentlichen ausgebildeten Gesichtslagenhaltung. Die Ursachen, die diese Aenderung der Haltung bewirken, nennen wir sekundäre Ursachen.

Primäre Ursachen sind solche, die das Hinterhaupt mehr als gewöhnlich gegen den Nacken zu ragen lassen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Schädel ausgeprochen die Form eines Langschädels hat. Vorkommen kann dies bei Geschwülsten in der Hinterkopfsgegend, Hirnbrüchen, so daß der hintere Hebelarm des Schädels verlängert wird. Oder andere Gründe verhindern das Kinn, sich der Brust in normaler Weise zu nähern, z. B. bei Fröchten mit angeborenem Kropfe, oder wenn zahlreiche Nabelschnurschlingen um den Hals herum liegen und das Kinn von der Brust abdrängen.

Ferner bei kurzen fetten Kindern, bei denen der gerade Durchmesser des Brustkorbes stark verlängert ist.

Dann bei Wassersucht und infolge dessen starker Auftreibung von Brust und Bauch. Und endlich bei einem zweiten Zwilling.

Auch wenn infolge Scheintod die Muskelspannung der Hals- und Brustmuskulatur abnimmt, so kommt es leichter zu einer Gesichtslage, ebenso bei toten und macerierten Fröchten.

Die in Gesichtslage geborenen Kinder sind meist etwas unter dem normalen Gewichte und weniger gut entwickelt.

Was den langen Schädel anbetrifft, so könnte man einwenden, daß die Verlängerung des Schädels ja meist unter der Geburt entsteht; dies ist für Erstgebärende richtig; aber bei Mehrgebärenden, bei denen der Kopf rasch und leicht durch das Becken tritt, muß man gegebenenfalls eine angeborene Langschädeligkeit annehmen.

Ferner wird auch behauptet, daß der angeborene Kropf erst eine Folge der Stauung in der Halsgegend infolge der Geburt ist; und in der Tat ist ein Anschwellen der Schilddrüse ein häufiges Ereignis bei Gesichtslagen; aber man kann daneben sehr wohl erkennen, welche Kröpfe Folgen einer krankhaften Veränderung der Schilddrüse sind, und diese bestehen eben schon vor dem Durchtritt durch das Becken. Man sieht auch bei sehr schnell geborenen Gesichtslagekindern Kröpfe, bei denen eine bloße Anschwellung nicht Zeit gehabt hätte, sich auszubilden.

Zu den primären Ursachen rechnen wir auch und vor allem die starke seitliche Verlagerung

der Gebärmutter. Wenn dann die Wehen eintreten, so wird der Schädel mit dem Vorderhaupt auf die Beckenschäufel gedrückt, und wenn sich die Gebärmutter infolge der Wehen aufrichtet, so entsteht eine Gesichtslage, da dann die Stirn auf der unbekannten Linie hängen bleibt. Der Rumpf der Frucht richtet sich auf, das Kinn weicht von der Brust ab und beim Tiefertreten geht das Gesicht voran.

Eine besondere Ursache bilden die Frochköpfe. Hier sehen wir meist den Schädel oben offen, der größte Teil des Hirnes fehlt und der Hinterkopf bleibt in fester Verbindung mit dem Rücken. Hier geht das Gesicht voran ohne mechanische Hindernisse von Seiten des Beckens. Wenn aber die Mißbildung nur geringgradig ist, so bleibt eine gewisse Beweglichkeit der Halswirbelsäule bestehen und die Haltung des Kopfes wird dann ähnlich derjenigen, die die Säugetierjungen bei der Geburt aufweisen.

In seltenen Fällen aber geht auch hier die bloßliegende Schädelbasis voran. Bei kleinen Fröchten kann dann der Schädel mit den Schultern zusammen durch das Becken treten.

Daß primäre Gesichtslage vorkommt, erhellt deutlich aus den Fällen, in denen man die regelwidrige Haltung des Kopfes schon vor Beginn der Geburt erkennen kann, bei noch nicht gesprungener Fruchtblase.

Als sekundäre Ursachen wirken alle die engeren Stellen der Geburtswege, in denen der Kopf beim Herabrücken stecken bleiben kann, so daß sich aus einer nur unvollkommenen eine vollkommene Gesichtslage ausbilden kann.

Dahin gehört vor Allen das verengte Becken, besonders das querverengte, dann unnachgiebige Muttermundslippen, der Rand eines vorliegenden Fruchtkuchens oder Vorsprünge im Becken.

Meist ist es nicht nur eine einzige Ursache, die die abnorme Haltung bedingt, sondern deren eine ganze Reihe, die zusammentreffen und die Ursache der falschen Haltung ausmachen.

Sie und da wiederholen sich Gesichtslagen bei ein- und derselben Frau, doch ist dies wohl mehr zufällig. Immerhin kann wohl einmal ein enges Becken wiederholt im gleichen Sinne störend wirken.

Die Diagnose der Gesichtslagen kann manchmal, wenn der Mutterhals noch uneröffnet ist, aus der äußeren Untersuchung allein gemacht werden. Man fühlt den Schädel über den Beckenrand auf einer Seite vorragen und fühlt an der anderen Seite kleine Teile und hört dort auch sehr deutlich die kindlichen Herztöne.

Bei der inneren Untersuchung fühlt man Nase, Mund und Kinn, in einzelnen Fällen auch die Augen des Kindes. Die Gesichtslinie, die von der Nasenwurzel bis zum Kinn sich erstreckt, läßt die Lage erkennen: Wenn die Stirne links und das Kinn rechts steht, so haben wir die erste, im umgekehrten Falle die zweite Gesichtslage.

Weil ein größerer Kopfumfang vorliegt, tritt auch bei Erstgebärenden das Gesicht zu Beginn der Geburt nicht in das Becken ein. Deswegen

muß man dann sehr hoch hinauf gehen, um das Gesicht zu fühlen und dadurch kann die Erkennung sehr schwer werden.

Man muß besonders sorgfältig und zart untersuchen, wenn man eine Gesichtslage vermutet, um ja die Augen des Kindes nicht zu beschädigen. Man muß auch Infektion der Lidspalte verhüten.

Untersuchende, die nicht häufig Gesichtslagen gefühlt haben, verwechseln leicht den Mund des Kindes mit dem After. Immerhin faugt das lebende Kind, wenn man mit dem Finger in seinen Mund kommt, an demselben.

Der normale Verlauf einer Gesichtslagengeburt ist folgender: Erst tritt der Kopf mit im queren Beckendurchmesser stehender Gesichtslinie in das Becken ein; beim tiefern Herabrücken dreht sich das Kinn allmählich nach vorne und auf dem Beckenboden und beim Passieren des Beckenausganges steht die Gesichtslinie im geraden Durchmesser. In der Schamspalte werden zuerst der Mund und die vorliegende Wange sichtbar, dann treten nacheinander über den Damm Nase, Augen, Stirn, Scheitel und endlich das Hinterhaupt. Dann dreht sich das Gesicht nach dem Schenkel der Mutter, nachdem das Gesicht schon vorher geschaut hatte.

Nicht selten tritt das Gesicht im queren Durchmesser aus. Aber nur bei weiten Becken und kleinen Fröchten.

Neben dem Gesicht kann auch wohl eine Hand oder ein Fuß vorliegen.

Die Kopfgeschwulst bei Gesichtslagen bildet sich auf den Lippen, den Wangen und der Augengegend. Oft sind die Lippen so stark geschwollen, daß das Kind in den ersten Tagen nicht saugen kann. Auch die abnorme Haltung des Kopfes mit nach oben gefehrtem Gesichte bleibt einige Zeit bestehen. Die Langschädeligkeit und der erst unter der Geburt angeschwollene Kropf gehen in den ersten Tagen wieder zurück.

Ungünstig ist eine Einstellung des Kindes in Gesichtslage mit dem Kinn nach hinten. Die Stirne steht dabei vorne auf dem queren Schambeinast und wenn nicht das Kinn sich noch so dreht, daß die Gesichtslinie in den queren Beckendurchmesser tritt, so kann der Kopf nicht in das Becken eintreten und das Kind nicht ohne Kunsthilfe geboren werden.

Denn wenn die Stirn vorne über dem queren Schambeinast feststeht und das Kinn sich in einer der beiden seitlichen Ausbuchtungen des Beckens befindet, so wird durch die Wehen der Teil des Kindes, der in der Verlängerung der Wirbelsäule liegt, tiefer in das Becken gedrängt und dies ist erst das Kinn, später der vordere Halsumfang und dann die oberen Partien des Brustkorbes.

Nur bei außergewöhnlich weitem Becken ist es einmal möglich, daß der Brustkasten und der Schädel zugleich durch das Becken gehen.

Was nun die Behandlung der Gesichtslage betrifft, so hat man in erster Linie das abwartende Verfahren zu berücksichtigen. Wenn das Becken nicht zu eng und das Kind nicht

zu groß ist, so kann eine Geburt in Gesichtslage ganz spontan vor sich gehen und glücklich enden.

Zimmerhin gab und gibt es noch Fälle genug, in denen die Sache nicht so günstig verläuft und so suchte man immer mehr, die falsche Haltung zu korrigieren. Hierzu giebt es zwei Mittel: entweder man sucht durch geeignete Handgriffe den Kopf des Kindes in eine Hinterhauptslage zu bringen, oder man macht die Wendung des Kindes auf die Füße und dann existiert auch keine Gesichtslage mehr.

Schon frühzeitig versuchte man, das heruntergebrängte Kinn und Gesicht mit zwei Fingern durch Andrängen gegen die Oberkiefer in die Höhe zu schieben oder auch, man ging mit der ganzen Hand ein und suchte den Hinterkopf zu umgreifen und herunterzuziehen.

Aber leider gingen in der damaligen Zeit zu viele Frauen nach solchen Eingriffen an Infektion zu Grunde, so daß man das Verfahren wieder verließ.

Prof. Schatz nun suchte die Lösung des Problems auf dem Wege der äußeren Unterstützung zu finden. Er suchte durch Heben der vorderen Schulter den Rumpf beweglich zu machen, dann fixierte er den Steiß mit der einen Hand und drückte mit der anderen gegen die vorgewölbte Brust des Kindes. So suchte er die normale Biegung der Wirbelsäule wieder herzustellen.

Prof. Thörn verbesserte die Methode in hohem Grade dadurch, daß er den äußeren Griff nach Schatz mit dem inneren nach Baudeloque kombinierte. Er ging mit zwei Fingern der einen Hand ein und umgriff das Hinterhaupt, um es herunterzuleiten, der Daumen schiebt dabei das Kinn und die Backen in die Höhe. Mit der äußeren Hand wird der Brustkasten des Kindes gegen die Rückenfläche zu gedrängt und wenn möglich drückt dann noch eine Person den Steiß in der entgegengesetzten Richtung. Diese Methode bringt häufiger als die nicht kombinierten einen Erfolg.

Heutzutage übt man am meisten diese kombinierte Methode, wenn der Kopf des Kindes noch über dem Becken beweglich ist, am liebsten vor dem Wasserabgang. Zimmerhin wird wohl ein Landarzt unter schwierigen äußeren Verhältnissen es vorziehen, die Wendung auf die Füße vorzunehmen, besonders wenn sich die Gesichtslage ungünstig einstellt.

Wenn das Gesicht aber schon tiefer in das Becken eingetreten ist und an eine Wendung oder Verbesserung der Einstellung nicht mehr gedacht werden kann, so muß man zunächst abwarten. Wendet sich das Kinn des Kindes nach vorne, so geht die Geburt spontan von statten. Treten Schwierigkeiten auf, so ist die Zangenentbindung und bei ungünstigen Fällen die Perforation des abgestorbenen oder noch lebenden Kindes am Platz, um der Gefahr einer Gebärmutterzerreißung aus dem Wege zu gehen.

Muß die Perforation gemacht werden, so wird man je nach Umständen durch den harten Gaumen oder durch eine Augenhöhle perforieren müssen.

Man kann für die Leitung einer Gesichtslagegeburt folgende Regeln aufstellen:

a) bei normalen Becken: Abwarten und beobachten: wenn das Kinn nach vorne tritt und die Wehen kräftig sind, so wird eine spontane Geburt die Folge sein. Wenn aber der Kopf sich nach dem Blasensprung nicht alsbald günstig einstellt, ist die Korrektur der Gesichtslage zu versuchen. Ist schnelle Entbindung nötig, so macht man am besten die Wendung auf die Füße.

Wenn der Kopf im Becken ist und das Kinn seitlich oder voran steht, so kann bei Gefahr für Mutter oder Kind die Zange angelegt werden. Wenn der Kopf tief im Becken steht und das Kinn nach hinten schaut, wird meist nur die Perforation übrig bleiben.

b) bei allgemein verengtem Becken wird am besten die Gesichtslage in Hinterhauptslage umgewandelt und die spontane Geburt abgewartet.

c) bei plattem Becken ist die Wendung am Platz.

Aus der Praxis.

Es sind nun zwei Jahre her, daß ich zu einer Zweitgebärenden gerufen wurde. Sie war noch auf, wie ich kam, wälzte sich zwar schon stark in Wehen auf dem Kanape, so daß ich sie schleunigst, wenn auch mit etwelcher Mühe ins Bett beförderte, wo sie in kurzer Zeit ein kleines Mädchen gebart. Ich legte das Kind vorläufig in sein bereit gelegtes Kissen und widmete mich weiters der Frau, bis glücklich auch die Nachgeburt geboren und die Gebärmutter fest zusammengezogen war. Nebenbei bemerkt, war die Gebärende eine Kollegin, welche den Hebammenberuf mehrere Jahre betrieben hatte. Tapferkeit hat sie aber dabei nicht gelernt; sie hat mir meine Hilfstätigkeit durch Wegstoßen meiner Hände sehr erschwert und Schreie ausgestoßen, daß man sie in der ganzen Nachbarschaft hörte. Na, glücklicherweise dauerte es ja nicht lange.

Nun wollte ich das Kindchen besorgen und besichtigte es mir vorerst. Es schien durchaus normal entwickelt, schrie auch kräftig. Wie ich es aber wendete, sah ich zu meinem Schrecken den Rücken offen, nur mit dünner Haut leicht bedeckt. Ein Rückenmarksbruch, wie der Arzt es nannte, der übrigens auch gleich sagte, daß das Kind nicht davon kommen werde. In den ersten Tagen nahm es zwar die Brust, am fünften schon nicht mehr und am siebenten starb es, sehr zur Erleichterung seiner Eltern, die übrigens einen solchen Fall schon einmal in der Familie hatten, bei einem Bruder der Frau.

Ich selbst hatte in meiner dreißigjährigen Praxis zum erstenmal so ein armes Geschöpfchen empfangen und war nicht wenig erschrocken, als ich nur fünf Wochen später wieder ein solches Kindchen mit offenem Rücken in die Hände bekam. Diesmal war die Mutter eine fünftgebärende, eine liebe, sanfte Frau, die alles daran setzte, das Kindchen, auch ein Mädchen, zu erhalten, obwohl der Arzt auch ihr von vorne herein keine Hoffnung dazu machte.

Mit unendlicher Mühe, liebevollster Pflege und Stillen an der Brust brachte sie es auf acht Wochen, wo sie das Kindchen zu ihrem Schmerze halt doch hergeben mußte. Eine Bestätigung der Aussage des Arztes, daß Kinder mit solch angeborenen Fehlern auch bei bester Pflege dem Leben nicht erhalten werden können.

H.

Schweizer. Hebammenverein.

Einladung

23. Delegierten- und Generalversammlung im Kasino in Winterthur

Montag den 29. und Dienstag den 30. Mai 1916.

Werte Berufs-schwester!

Trotz Krieg und harten Zeiten beschloßen die Sektionen des Schweiz. Hebammenvereins im Jahre 1916 einen Delegiertentag und eine Generalversammlung abzuhalten. Die freundliche Einladung der Sektion Winterthur, die Tagung dort zu veranstalten, erleichterte die Wahl und den Entschluß.

Wir danken an dieser Stelle der Sektion Winterthur und freuen uns, uns dort zu vereinigen, wo zum Wohle der franken Hebammen von seiten des Vorstandes der Krankenkasse so viel geleistet wird.

An alle Mitglieder des Schweiz. Hebammenvereins ergeht die freundliche Einladung, teilzunehmen an unserer Tagung in Winterthur.

Herr Dr. Ammann, Spezialaugenarzt, wird uns einen Vortrag halten über „Augenerkrankung der Neugeborenen.“ Wir werden also zur Belehrung etwas mit nach Hause nehmen.

Das Kasino ist nur 3 Minuten vom Bahnhof entfernt. Wir werden bei der Ankunft hier einen Kaffee genießen können vor den Verhandlungen. Das Abendessen ist uns à Fr. 1. 50

geboten, bestehend aus Fleisch und 2 Gemüsen, ohne Dessert. Die Bankettkarte an der Generalversammlung kostet Fr. 2. 50 (Suppe, Braten, 2 Gemüse und Dessert).

Ganz in der Nähe sind die beiden Hotel „Krone“ und „Löwen“. Da können wir gutes Nachtquartier und Frühstück à Fr. 3. 75 haben. Das Bankett beginnt um 1 Uhr und endet um 3 Uhr. Die Sektion Winterthur schreibt, daß sie sich freut, die Mitglieder des Schweiz. Hebammenvereins in ihrer Mitte zu begrüßen. Sie wird ihr Möglichstes tun, allen Teilnehmerinnen den Aufenthalt angenehm zu machen und entbietet zum Voraus ein herzliches „Willkommen!“

Traktanden für die Delegiertenversammlung

Montag den 29. Mai, nachmittags 3 Uhr
im Kasino in Winterthur.

1. Begrüßung der Präsidentin.
2. Wahl der Stimmzählerinnen.
3. Jahres- und Rechnungsbericht des Schweiz. Hebammenvereins.
4. Bericht der Revisorinnen über die Vereinskasse.
5. Bericht über den Stand des Zeitungsunternehmens.
6. Revisorinnenbericht über das Zeitungsunternehmen.
7. Vereinsberichte der Sektionen Schaffhausen, Solothurn und St. Gallen.
8. Antrag der Sektion Zürich: „Es haben die Maßnahmen der „Schweizer Hebamme“, der Krankenkasse und der Krankenkasse nicht so rasch auf einander zu folgen.“
9. Antrag des Zentralvorstandes: „Nach Ablauf der 5-jährigen Vereinsleitung sei die Sektion vorzuschlagen, die die Leitung der Vereinsarbeit im Jahre 1917 zu übernehmen hat.“ Nach dem Turnus kommen in Betracht Bern, Zürich event. Aargau.
10. Wahl der Revisorinnen für die Vereinskasse.
11. Wahl der Delegierten an der Bund schweiz. Frauenvereine.
12. Wahl des Ortes für die nächste Generalversammlung.
13. Allgemeine Umfrage.

Generalversammlung

Dienstag den 30. Mai, vormittags 11 Uhr
im Kasino.

1. Begrüßung durch die Zentralpräsidentin.
2. Wahl der Stimmzählerinnen.
3. Vortrag von Herrn Dr. Ammann, Spezialaugenarzt, über: Augenerkrankung der Neugeborenen.
4. Genehmigung des Protokolls über die Verhandlungen der letzten Delegiertenversammlung.
5. Genehmigung der Rechnung der Vereinskasse.
6. Bericht des Zeitungsunternehmens.
7. Besprechung über Beschlüsse der Delegiertenversammlung.
8. Wahlen.
9. Wünsche und Anregungen.
10. Unvorhergesehenes.

Werte Kolleginnen!

In letzter Stunde, etwas zu spät für den Druck, lief noch folgender Antrag der Sektion Zürich ein: „Es haben die Maßnahmen der „Schweizer Hebamme“, der Krankenkasse und der Krankenkasse nicht so rasch auf einander zu folgen.“

Die Sektion Zürich schreibt weiter: Wir nehmen an, daß schon ein Weg gefunden wird, wie sich das am besten machen läßt. Wir müssen doch mit den Mitgliedern rechnen, die wenig verdienen und darum manchmal recht übel daran sind, wenn die Maßnahmen kommen.