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: 20 (1922)

Heft: 2

Artikel: Die Geburt bei den sogenannten Deflexionslagen

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-952102

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: 30.07.2025

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

Bern, 15. Februar 1922 № 2 Zwanzigster Jahrgang

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:
Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof"
Waghausgasse 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:
Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,
Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Spitalackerstraße Nr. 52, Bern.
Für den allgemeinen Teil:
Frl. Marie Wenger, Hebamme, Lorrainestr. 18, Bern.

Abonnements:
Jahres-Abonnements Fr. 3. — für die Schweiz
Mk. 3. — für das Ausland.
Inserate:
Schweiz und Ausland 40 Cts. pro 1-sp. Petitzeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Die Geburt bei den sogenannten Deflexionslagen.

Unter den Deflexionslagen verstehen wir die Vorderhaupt-, Gesicht- und Stirnlagen. Flexion heißt Beugung, daraus wurde das Wort Deflexion gebildet, das das Gegenteil der normalen Beugung des Kopfes des Kindes unter der Geburt bedeutet; wir würden auf deutsch etwa Streckkagen sagen können, denn Abbeugung wäre mißverständlich.

Als normal können wir nur die Hinterhauptlagen bezeichnen, denn bei diesen allein ist für die Frucht und die Mutter die Gefahr minimal, alle andern Lagen können vermehrte Gefahren im Gefolge haben. Es besteht die Möglichkeit einer sehr großen Zahl von Haltungsanomalien; man hat in älteren Zeiten bis 94 verschiedene Kindslagen unterschieden, die sich von einander durch kleine Unterschiede auszeichneten. Aber, da ja die Wehentätigkeit bei solchen feineren Unterschieden in derselben Weise wirkt, so sind solche komplizierte Einteilungen unnötig und auch verlassen worden und heute begnügt man sich mit wenigen Haupttypen, die wir oben angeführt haben.

Wie schon gesagt, ist die normale Haltung des Kindes unter der Geburt diejenige, bei der das Kinn so stark wie möglich der Brust genähert ist, das Gesicht also heruntergebeugt, und dadurch das Hinterhaupt zur Spitze des eiförmigen Gebildes wird, als das sich die Frucht mit angelegten über der Brust gekreuzten Armen und Händen und angezogenen in den Knieen gebeugten und in den Füßen gekreuzten unteren Extremitäten darstellt. Diese Eiform entspricht auch der Form der schwangeren Gebärmutter am Ende der Schwangerschaft; so hat das Kind am besten Platz, um den zur Verfügung stehenden Raum möglichst auszufüllen.

Bei den Deflexionslagen ist nun dies anders: An Stelle des Hinterhauptes kommt ein anderer Teil des Kindskopfes an den unteren Pol der Eiform und damit wird die „Spitze" verändert. Wenn die Wegbewegung des Kinnes von der Brust nur eine geringe ist, so kommt eine dem Hinterhaupt benachbarte Partie des Kopfes in die Mitte des Beckeneinganges und wird dadurch zum vorliegenden und vorangehenden Teile: wir sprechen dann von einer Vorderhauptlage.

Ist die Entfernung von Brust zu Kinn größer, so gelangt die Stirne zu der Würde des vorangehenden Teiles, und wenn die Brust und das Kinn ganz auseinanderliegen, so entsteht eine Gesichtslage; das Gesicht „führt".

Bei der letzten dieser Anomalien ist die Halswirbelsäule der Frucht ganz gestreckt, der Hinterkopf ist in den Nacken gedrängt und liegt dem oberen Rücken an und die normale Beugehaltung des Rumpfes ist auch aufgegeben: die Brust wölbt sich vor.

Die Ursachen, die zu diesen Deflexionslagen führen, sind verschiedener Art. Sie können im Kinde liegen; zum Beispiel, wenn Geschwülste am Halse oder an der Brust das Kind veranlassen, schon während der Schwangerschaft den Kopf nach hinten zu beugen; eine dieser Geschwülste, der für unser Land eine erhöhte Bedeutung zukommt, ist der Kropf. Es gibt angeborene Vergrößerungen der Schilddrüse, die zu Deflexionslagen führen und die auch nach der Geburt noch einige Zeit das Kind zwingen, mit rückgebeugtem Kopfe dazuliegen; ja in ganz schweren Fällen kann sogar das Kind solche Atemschwierigkeiten haben, daß eine Kropfoperation am ersten Lebenstage nötig wird und nur zu oft bildet sich infolge der mangelhaften Atmung eine Lungenentzündung aus, an der das Kind zu Grunde geht.

Häufiger aber als diese primären Streckkagen sind solche, bei denen das Kind normal ist und erst unter der Geburt die Halswirbelsäule strecken muß, weil aus irgend einem Grunde das Hinterhaupt nicht tiefer treten und die Führung übernehmen kann. Die Wehen treiben dann zuerst das Vorderhaupt, dann, wenn das Hindernis fortbesteht, die Stirne und endlich das Gesicht tiefer in den Beckenkanal hinein. Es kann jederzeit eine Unterbrechung dieser Streckung eintreten; wenn eine solche früh eintritt, so entsteht eine Vorderhauptslage, tritt sie später ein, so kommt es meist zur Gesichtslage, nur in wenigen Fällen bleibt der Kopf in Mittelstellung stehen, so daß eine Stirnlage resultiert. Dies letztere ist von ganz besonderen Umständen abhängig; darum sind Gesichtslagen auch viel häufiger als Stirnlagen.

Zu den Hemmnissen, die die Abwärtsbewegung des Hinterhauptes stören, gehören in erster Linie Verengungen des Beckenringes, ferner abnorme Straffheit oder abnorme Zusammenziehungen des unteren Gebärmutterabschnittes. Dann können auch besonders lange Schädel der Kinder als Ursache in Betracht kommen, doch ist nicht zweifelhaft, daß ein Teil dieser bei in Gesichtslagen geborenen Kindern beobachteten abnorm langen Schädel erst unter der Geburt infolge der Kompression diese Form angenommen haben.

Anderseits haben aber auch Einwirkungen auf den Rumpf des Kindes einen Einfluß auf die Haltung des Kopfes. Eine schiefe Lage der Gebärmutter, wenn der Grund nach der Seite des kindlichen Hinterhauptes sich neigt, hat zur Folge, daß der Rumpf des Kindes auch nach dieser Seite geneigt wird; dadurch wird die Brust vom Kinn entfernt und die dann einsetzenden Wehen bringen die Deflexion vollends zur Ausbildung. Der Uterus hängt erfahrungsgemäß häufiger nach rechts als nach links und so erklärt sich, daß auch die Deflexionslagen sich häufiger aus der zweiten Hinterhauptslage entwickeln, als aus der ersten. Anderseits aber tritt auch bei Schiefkage leicht Deflexion ein, wenn der Bauch des Kindes nach unten schaut. Dann weicht das Hinterhaupt auf die gegenüberliegende Darmbeinschaufel aus und wird dort bei Wehenbeginn festgehalten. Wenn dann die Gebärmutter bei den Wehen sich und damit auch den Rumpf des Kindes aufrichtet, so entfernt sich dabei das kindliche Kinn von der Brust. Folgt der Kopf dieser Bewegung und tritt ins Becken, so entsteht eine gewöhnliche Hinterhauptlage, bleibt der Kopf aber am Darmbein hangen, bei vielgebärendrn mit schlaffem unterem Uterinsegment, so wird die Deflexion mit jeder Wehe stärker und schließlich entsteht eine Gesichtslage.

Ganz abnorme Fälle ereignen sich bei kleinen unreifen Früchten und ich möchte nur einen solchen Fall erwähnen, den ich selber vor Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei einer Gesichtslage mit sichtbarem Gesicht und Vorfall eines Armes, blieb die Geburt stehen. Die Zange förderte eine kleine unreife Frucht zu Tage, deren Rücken dem Kinn entsprach. Das Gesicht war also ganz in den Nacken gedreht und die Ursache war der vorgefallene Arm, dessen Ellbogen das Kinn nach einer Seite gedrückt hatte, dadurch war es von der Brust entfernt worden, und die Wehen bildeten eine Gesichtslage aus. Dies war, wie gesagt nur möglich, weil das Kind klein und unreif war, sonst wäre wohl die Geburt schon früher stillgestanden.

In ähnlicher Weise können auch Vorsprünge im Beckeninnern, seien es Geschwülste oder Veränderungen nach früheren Knochenbrüchen, das Hinterhaupt festhalten und Streckkagen bewirken.

Die Geburt in Vorderhauptslage weicht von derjenigen in Hinterhauptslage beträchtlich ab. Bei der äußern Untersuchung wird man meist keinen abweichenden Befund finden; immerhin ist der Rücken häufig mehr nach hinten gerichtet, weil ja bei Vorderhauptlage das Hinterhaupt sich nach hinten wendet.

Bei der innern Untersuchung findet man als vorangehenden Teil die Gegend der großen Fontanelle, man kann einen guten Teil der Stirnnaht fühlen; dagegen ist die kleine Fontanelle nur schwer und weit oben und gegen hinten zu finden. Die Pfeilnaht verläuft meist schon schräg, wenn der Kopf noch im Beckeneingang steht und das Vorderhaupt nähert sich der vorderen Beckenwand. Die Drehung des Vorderhauptes nach vorne geht weiter und ist zuletzt soweit vorgeschritten, daß, wenn der Schädel in der Schamspalte sichtbar wird, die große Fontanelle vorliegt, die Stirne sich an dem Schambogen anstemmt. Bei der Entwicklung tritt die Stirne mit den Stirnhöckern unter dem Schambogen hervor und wird das Hinterhaupt über den Damm getrieben. Wenn dieses den Damm passiert hat, richtet sich der Kopf mit einem Ruck auf und das Gesicht springt unter der Schamfuge hervor.

Meist entstehen Vorderhauptlagen bei großen Köpfen, und da ist sehr oft die Austreibung eine langdauernde und schwierige. Da der Damm sich viel stärker ausdehnen muß als sonst, so kostet seine Ueberwindung Zeit und Arbeit. Der Kopf passiert mit seinem Stirn-Hinterhauptumfang, der größer ist als der Nacken-Vorderhauptumfang bei Hinterhaupt-

lage. Deshalb ist der Damm auch viel gefährdeter und besonders die Scheitelhöcker dehnen ihn stark aus.

Wohl zu unterscheiden ist die Geburt in Vorderhauptlage von derjenigen in hinterer Hinterhauptlage, trotzdem die beiden auf den ersten Blick viel ähnliches zu haben scheinen. Der Unterschied ist in der ganz anderen Haltung des Kopfes: bei der hinteren Hinterhauptlage ist der Kopf äußerst gebeugt, bei der Vorderhauptlage in mäßiger Streckung.

Bei der Vorderhauptlage wird auch der Kopf ganz anders umgeformt, als bei der hinteren Hinterhauptlage: er wird zu einem sogenannten Turmschädel und die Kopfgeschwulst ist auf der großen Fontanelle.

Weil die Austreibung so lange dauert und schwer verläuft, wird der Wunsch leicht erweckt, durch Kunsthilfe, durch die Zange den Austritt zu beschleunigen. Aber man darf sich dabei nicht zu zu frühem Eingreifen verleiten lassen; denn, bevor das Vorderhaupt unter der Schamfuge, entwickelt ist wird eine solche Operation großen Schwierigkeiten begegnen und weitgehende Zerreißungen setzen.

Die Geburt in Gesichtslage geschieht, wie die Hinterhauptslage in erster oder zweiter Stellung, d. h. mit Rücken links oder rechts. Schon bei der äußeren Untersuchung kann man gewöhnlich die Deflexion feststellen, denn man fühlt zwischen dem harten, den Beckeneingang ausfüllenden Kopfe und dem Rumpf des Kindes einen Einschnitt, der der sie von einander trennt. Die Herztöne hört man am lautesten an der Bauchseite der Frucht.

Unter der Geburt läßt sich oft die allmähliche Ausbildung der Deflexion verfolgen. Beim Eintritt in den Beckeneingang tritt die Stirne voran; allmählich wird das Kinn weiter hinuntergetrieben, bis es gleich tief steht wie die Stirne. Der untersuchende Finger fühlt nun das ganze Gesicht, Augen, Nase, Mund und Kinn; man fühlt die Mittellinie des Gesichtes, die als Gesichtslinie bezeichnet wird, im Beckeneingang im queren oder einem der schrägen Durchmesser.

Im weiteren Verlaufe tritt das Kinn als führender Teil tiefer und dreht sich dabei immer mehr nach vorne. Diese Drehung geht bei Fällen, wo schon vorher das Kinn mehr nach vorne stand, leicht vor sich, stand es im Beckeneingang mehr nach hinten, so verharrt es oft lange in dieser Stellung und erst auf dem Beckenboden angekommen tritt die Drehung doch noch ein. Unterdessen wölbt nun das Gesicht den Damm vor, in der Schamspalte erscheint der vordere Mundwinkel. Die Dehnung des Beckenbodens ist auch hier mühsam und geht langsam vor sich. Schließlich tritt das Kinn unter der Schamfuge hervor; von da an ist der Kopf wieder im Halse beweglich und unter anstemmen des Halses unter dem Schambogen rollt das Gesicht und der Schädel über den Damm. Auch hier kommt es leicht zu tieferen Rissen.

Bei der Gesichtslage ist von Seiten der Hebamme und des Arztes die größte Geduld erforderlich, denn die meisten Gesichtslagen, bei denen sich das Kinn nach vorne dreht, verlaufen von selber und bei zu raschem Eingreifen riskiert man auch hier unangenehme Zerreißungen. Eingegriffen darf nur werden, wenn Mutter oder Kind aus irgend einem Grunde gefährdet sind, nie einfach, weil eine Gesichtslage da ist.

Wenn Gründe zum Eingreifen da sind, so kann bei Beginn der Geburt und noch beweglichem Kopfe versucht werden, auf den Fuß zu wenden. Diesem Verfahren gegenüber hat die andere Möglichkeit, bei beweglichem Kopfe durch innere und äußere Handgriffe die Gesichtslage in eine Hinterhauptlage umzuwandeln, keinen besonderen Vorteil. Besonders nicht bei engem Becken. Hie und da kann auch die Zange indiziert sein, wenn das Kinn nach vorne steht und der Kopf, d. h. das Gesicht den Beckenboden erreicht hat.

Etwa 13 % der Kinder kommen bei Gesichtslage tot zur Welt.

In seltenen Fällen bleibt die Drehung des Kinns nach vorne aus und das Kind kommt mit nach hinten gerichtetem Kinn in den Beckenausgang. Hier kann meist die Geburt nicht erfolgen und es bleibt, um Gebärmutterzerreißungen zu vermeiden, nur die Perforation selbst des lebenden Kindes übrig.

In andern Fällen bleibt der Kopf in der Stellung mit vorangehender Stirne und tritt so in den Beckeneigang ein. Es entsteht also die Stirnlage meist aus einer unvollkommen gestreckten Gesichtslage.

Bei der Stirnlage geht die Geburt ähnlich vor sich, wie bei der Vorderhauptlage. Die Ursachen, die eine Bildung von Gesichtslage verhindern, sind oft deutlich zu beobachten; z. B. ein in den Nacken geschlagener Arm, der das Hinterhaupt nicht in den Nacken läßt, eine zu starke Entwicklung des Schädels. Auch können straffe Weichteile oder enges Becken das tiefertretende Kinn vorzeitig aufhalten. Oft ist die Kleinheit des kindlichen Kopfes die Ursache, weil dieser rasch in die Tiefe des Beckens gleitet und so in Stirnlage verharrt. Die Stirnlage tritt etwa einmal auf 2—3000 Geburten ein.

Bei der Geburt geht die tiefer tretende Stirne hinter die Schamfuge und erscheint unter dem Schambogen. Wenn der Augenhöhlenrand entwickelt ist, wälzt sich das Hinterhaupt über den Damm. Dann erst tritt das Gesicht völlig unter der Schamfuge hervor. In anderen Fällen allerdings wird erst vorne das Gesicht bis zur Nase geboren und es stemmt sich als Drehpunkt der Oberkiefer an und dann erst wird das Hinterhaupt entwickelt. Da der durchschneidende Umfang sehr groß ist, so ist hier auch der Damm sehr gefährdet.

Bei Stirnlage kann die Geburt in vielen Fällen, wie gerade die neuesten Erfahrungen aus der Heidelberger und Gießener Klinik zeigen, von selber zu Ende gehen, und man darf die Geduld nicht leicht verlieren wenn es etwas lange geht. Wenn wirklich ein zwingender Grund zum Eingreifen vorhanden ist, so kommt die Zange im Beckenausgang in Betracht; eventuell auch Beckenspaltung. Es werden aber auch hier Fälle vorkommen, wo eine Perforation selbst des lebenden Kindes im Interesse der Mutter nicht zu umgehen sein wird; doch sind bei sachgemäßer und geduldiger Geburtsleitung solche Fälle sehr selten.

Schweiz. Hebammenverein.

Zentralvorstand.

Werte Kolleginnen!

Mit Anfang dieses Jahres hat nunmehr unser Amt als Zentralvorstand mit Sitz in Schaffhausen begonnen. Wir begrüßen Sie, werte Mitglieder, aufs freundlichste und bitten Sie zugleich, uns in unserem Amt zu unterstützen und uns Ihr Zutrauen zu schenken, damit es auch uns vergönnt sei, mit Kräften zum Gedeihen des Schweizerischen Hebammenvereins zu arbeiten. Herr Pfarrer Büchi wird auch während unserer Amtsperiode uns mit Rat und Tat zur Seite stehen und damit auch weiterhin seine Unterstützung dem Verband zu Gute kommen lassen.

Bei der Uebernahme in Bern haben wir alles in tadelloser Ordnung vorgefunden und daraus gesehen, welchen verantwortungsvollen Posten wir übernommen haben; wir werden uns aber bemühen, gleich dem alten Vorstand dazustehn; bis wir uns aber einigermaßen eingearbeitet haben, bitten wir die lieben Kolleginnen, etwas Geduld zu haben, denn aller Anfang ist schwer

Dem zurücktretenden Vorstand aber sei an dieser Stelle aufrichtiger Dank zu Teil für seine Arbeiten und seine Aufopferung, und erteilen wir ihm vollständige Décharge.

Und nun frisch an die Arbeit zum Wohl des Schweizerischen Hebammenvereins!

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin: Frau A. Pavelka, Vordergasse 2,

Die Sekretärin: Frau Ott-Kindler, St. Niklaus 5,

Schaffhausen.

Jahresrechnung des Schweizerischen Hebammenvereins pro 1921.

Einnahmen.

Saldo alter Rechnung . . .	Fr.	5039. 29
Zinsen	„	1342. 35
1262 Beiträge, inkl. 1 alter .	„	1766. 80
79 Eintritte	„	79. —
Geschenk von der Firma Henkel	„	100. —
Porti-Rückvergütnng 1262 à 20	„	252. 40
Porti-Mehreinnahmen . . .	„	2. 20
Total	Fr.	8582. 04

Ausgaben.

10 Gratifikationen an die Jubilarinnen	Fr.	430. —
5 Unterstützungen.	„	300. —
Jahresbeitrag an den Bund Schweiz. Frauenvereine . .	„	20. —
Jahresbeitrag a. d. Kant. Zürcher Vereinigung f. sittl. Volkswohl	„	30. —
Honorare	„	855. —
Reise- und Taggelder . . .	„	220. 90
Porti und Mandate	„	258. 75
Betriebsspesen	„	238. 55
Saldovortrag a. neue Rechnung	„	6228. 84
Total	Fr.	8582. 04

Vermögensausweis per 31. Dezember 1921.

Kassascheine der Kantonalbank von Bern:		
Nr. 1126 à 5 % Fr. 5000		
„ 1127 à 5 % „ 5000		
„ 1128 à 5 % „ 5000	Fr.	15000. —
Oblig. d. Basler Kantonalbank:		
Nr. 110581, 5 1/4 % Fr. 1000		
„ 110582, 5 1/4 % „ 1000		
„ 211727, 5 % „ 1000		
„ 82326, 4 3/4 % „ 1000	„	4000. —
Total	Fr.	19000. —
Kantonalbank-Guthaben . .	„	6132. 65
Barsaldo inkl. Markenbestand.	„	96. 19
Bestand am 31. Dezember 1921	Fr.	25228. 84
Bestand am 31. Dezember 1920	„	24039. 29
Vermögenszunahme	Fr.	1189. 55

Ostermundigen, 31. Dezember 1921.

Die Zentralkassiererin: Frieda Zaugg.

Geprüft und richtig befunden.

Die Rechnungsrevisorinnen:

E. Vetterli-Vetterli, Heb., Stein a. R.

Frau Frieda Ott-Kindler, Schaffhausen.

Rechnung der „Schweizer Hebamme" pro 1921.

Einnahmen.

Abonnements	Fr.	5322. 40
Inserate	„	4003. 65
Erlös aus Adressen	„	100. —
Kapitalzins	„	319. 10
Total	Fr.	9745. 15

Ausgaben.

Der Krankenkasse übermittelt .	Fr.	1000. —
Für Druck der Zeitung . . .	„	6587. 50
Für Drucksachen	„	90. —
Provision 15 % der Inserate .	„	600. 50
Honorare.	„	1658. —
Zeitungstransporttaxe u. Porto	„	591. 40
Zwei Abonnements zurückbezahlt	„	6. 40
Total	Fr.	10533. 80