**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:** 09.12.2025

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



Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Erpedition :

Buchdruckerei J. Weiß, Affolfern am Albis.

Redaffion: Für den wissenschaftlichen Teil: Dr. E. Schwarzenbach, Spezialarzt für Geburtshilse und Frauenkrantheiten, Stockerstraße 32, Zürich II. Für den allgemeinen Teil: Ramens der Zeitungskommission Frau B. Notach, Hebartshilse 49, Zürich II.

Abonnements: Es werben Jahresabonnements jür ein Kalenderjahr ausgegeben; Fr. 2.50 jür die Schweiz und Mart 2.50 jür das Ausland.

Institute: Schweizerische Angerate 20 Rp., ausländische 20 Pfennig pro einfpaltige Petitzeile; größere Auftrage entsprechender Rabatt. — Abonnements-und Infertionsaufträge find zu abreffieren an die Administration der "Schweizer Schamme" in Zürich IV.

#### Inhalf:

Sauptblatt: Die Veurteilung des Kopssandes während der Geburt. — Ans dem Jahresbericht der kanton. Entbindungsanstatt St. Gallen. — Einsendungen. — Schweizer. Sebammenverein: Aus den Verstandkungen des Zentralvorstandes. — An die Sestionen und Einzelmitglieder des Schweizer. Sebammenvereins. — Verdankung. — XII. Schweizer. Sebammentag Generalversammtung. — Arankenkasse. — Gedesanzeige. — Vereinsundprüsten: Settionen Baselstadt, Bern, St. Gallen, Olten, Schaffhausen, Thurgan, Winterthur, Zürich. — Interessantes Afterlei: Lus dem Auskand. — Inferate.

Reilage: Wertaft über die Verbandlungen des

Beilage: Bericht über die Berhandlungen des Schweizer. Frauenbundes. — Alle Korrefpondenzen. Intereffantes Allerlei: Mus dem Musland.

## Die Beurteilung des Kopfftandes während der Geburt.

Es ift für die Sebamme von großem Rugen, wenn fie imftande ift, im Berlaufe einer Entbindung jeweilen darüber ins Rlare zu kommen, ob der Kopf noch hoch oder schon tief stehe. Von bieser Entscheidung hangt es ab, ob sie ber Ge-barenden und den Angehörigen eine balbige Beendigung der Geburt in Aussicht ftellen darf, oder dieselben auf eine noch längere Dauer gefaßt machen muß, ferner wann fie fich 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 ber Kopf mit seinem größten Umsang 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 Bebamme über den Stand des Ropfes getäuscht hat.

Die Frage: "In welcher Höhe fteht der Kopf?" ist eben manchmal recht schwierig zu beantworten. Der Frrtum besteht gewöhnlich darin, daß man ben Stand des Ropfes zu tief annimmt; bas Gegenteil kommt viel seltener vor. Im Folgenden jollen die Grundfäße entwickelt werden, an die man sich zu halten hat, um den unangenehmen Täuschungen zu entgehen. Der Maßstab, mit bem der Stand des

vorliegenden Teiles, fagen wir des Ropfes, gemeffen wird, ift bas Beden. Daran muß man vor allem festhalten; denn jede andere

Methode, zu meffen, ist unzuverläßig und führt unausweichlich zu falschen Resultaten. Go mare es gang verkehrt, etwa den Abstand des Ropfes vom Scheideneingang, sei es von seinem vordern oder hintern Rande, gur Bestimmung des Ropfstandes zu verwenden. Nicht die Beichteile, sonbern nur die Anochen des Bectens find jum Messen zu gebrauchen, und zwar deshalb um so eher, weil fie bei großem Ropfe ober engem Becken das Haupthindernis für das Vorrücken des Ropfes darftellen.

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

Die wichtigste Gegend des Bedens ift der Bedeneingang, fo genannt, weil hier ber Rindestopf vom großen Beden in das tleine eintritt. Diese Stelle ift gekennzeichnet durch ben Vorberg und die Schamfuge. Den Abstand dieser beiden Punkte von einander nennt man den ge= raben Durchmesser des Beckeneinganges. Er beträgt 11 Centimeter, ift aber, wie wir aus ber Lehre vom engen Beden wissen, oft kleiner, und bildet darum eines der häufigsten und gefährlichsten Geburtshinderniffe.

Der Anfang des Beckenkanals ift somit klar bestimmt, aber - betasten tann die Hebamme ben Beckeneingang felten 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 andererzeits wird der Beckeneingang gerade in den Fällen, wo wir über den Kopfstand im Zweisel find, bereits von einem Teil des Ropfes angefüllt und dadurch für unsere Finger unzugänglich. Darin liegt eine Hauptschwierigkeit für die Beurteilung des Ropfstandes mahrend der Geburt.

Die zweitwichtigste Gegend des Beckens ift fein unteres Ende, der sogenannte Bedenaus-gang. 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 eben= falls leicht fühlbaren Sittnorren über, und als hintere Grenze des Beckenausganges läßt fich deutlich die Steifbeinspite erkennen.

Bedeneingang und Musgang bilben die beiden unveränderlichen Stellen, nach denen man den Stand bes Rindestopfes mahrend ber Geburt bemißt. In der Mitte zwischen beiden liegt die sogen. Beckenhöhle oder Beckenmitte, der eine viel geringere Bedeutung zukommt, erstens beshalb, weil hier der Rindestopf felten einen besondern Widerstand findet, und zweitens auch darum, weil diese Stelle an der Gebärenden nicht genau festgestellt werden tann. Dft nennt man auch den ganzen zwischen Eingang und Ausgang liegenden Kanal die "Beckenhöhle". Wir wollen im Folgenden diesen Ausdruck gänzlich weglassen, um Migverständnisse zu vermeiben.

Wie bezeichnen wir den Stand bes Ropfes während der Geburt im Berhältnis zu den beiden genannten Bedengegenben?

Um einfachsten mare es, wenn wir nur ben tiefften Buntt bes Ropfes berücksichtigen müßten; dann könnten wir 3. B. sagen: "Der Ropf, das heißt seine untere Spige, 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 Spipe, d. h. der unterfte Teil des Ropfes, fteht, ift von Wichtigfeit, fondern wo der Ropf mit feinem dictften Teile, oder, besser gesagt, mit seinem größten Umfange sich befindet, darauf kommt es an.

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

Direkt fühlen läßt fich das in der Regel nicht, benn entweder liegt die betr. Stelle des Schädels noch über dem Beckeneingang und läßt fich dann nur durch die äußere Untersuchung erreichen, die für so feine Unterscheidungen meistens nicht genügt, oder jene Stelle ift bereits durch ben Beckeneingang hindurchgetreten, dann kann sie nicht betaftet werden, weil zwischen Beckenwand und größtem Schädelumfang fein Plat für den Finger ist. Somit muffen 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 Ersahrung, wenn man nicht den größten Täuschungen anheimfallen will.

Immerhin lassen sich einige Katschläge erteilen und Regeln sesststellen, welche die Ausgabe 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. Ropf beweglich über dem Beden.

Ms allgemeine Regel gist: 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 meistensichen sest im Eingang. Doch gibt es von dieser Regel häufige Ausnahmen, was hauptsächlich in dem Erösenverhältnis 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 Umgreisen 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 Basser; ist er aber mit einem kleinen Anteil eingetreten, dann läßt sich seine Beweglichkeit oft von außen nicht mehr erkennen. Bersuchen wir aber bei der innern Untersuchung ihn nach oben zu schieben, so gelingt uns das noch mehr oder weniger leicht.

Wir unterscheiben asso: a) Kopf ballotierend, b. 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 Beweglichseit des Kopfes beweist uns in jedem Fasse, daß er noch nicht mit seinem größten Umfange eingetreten ist.

Selbstverständlich darf man nie durch große und sangdauernde Schmerzen der Gebärenden sich zu der Meinung verseiten sassen, der Kopf nüsse nun eingetreten sein; manchmas sind eben die Wehen doch nicht so träftig, wie es scheint, oder der Kopf ist zu groß oder das Becken zu klein.

Jinveilen hindert uns die Gebärende durch Pressen oder Widerspenstigkeit daran, die Beweg-lichkeit des Kopses zu prüsen, dann hat man Folgendes zu bedenken: Wenn wir bei sorgsältiger Abtalung alles Erreichbaren won innen her nur einen kleinen Teil des Kopses fühlen, dann ist er nit seinem größten Untsang sicherlich noch beweglich über dem Eingang. Besonders sicher sind wir nit diesem Urteil dann, wenn der sühstare Schädelanteil sich nur wenig ins Becken herad vorwölbt, asso der Kops sich ersche ehren vorwölbt, asso der Kops sich den Becken noch gar nicht angepaßt hat.

Ein weiteres Huffsmittel 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. Schäbellage won rechts hinten nach sinks vorn, bei II. Schäbellage von sinks hinten nach senks vorn. Duerstand der Pfeilnaht bedeutet also fast im mer Hochstand des Kopfes.

Ausnahmen sind sehr selten. Nur bei stark allgemein verengtem Becken steht zuweilen die Pseilnaht schon am hochstehenden Kopse ausgesprochen schräg. Andererseits kommt am tiesstehenden Kopse Querstand der Pseilnaht 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.

Borftand: Dr. Th. Aepli.

#### Geburten.

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

$^{26}$		Januar .	0	
41		Februar .	E	
37		März .	9	
53		April .	2	
53		Mai	9	
41		Juni	5	,
53 53		April . Mai	2	

Am Tage wurden geboren 291, nachts 184, rechtzeitig 367, frühzeitig 101, unzeitig 7, che-lich 326, unehelich 144; von den lettern stammen 61 aus dem Stadtbezirk, 83 von Müttern, die nicht in der Stadt wohnen; Knaben 242, Mädchen 226, unbestimmbares Geschlecht 7, sebend 446, tot 29, von den lettern saultot 7; Zwissingsgeburten 5.

### Fruchtlage:

305	Steiklagen	7
131		6
		õ
6		7
1	Stirnlagen	2
ationen	bei der Geburt.	
32	Cervir-Riffe .	3
26	Clitoris-Riffe	3
er	Vorfall der Hand	2
rt 12	Placenta praevia	1
4	Umftülpung der Ge-	
\	bärmutter	1
ur 3		
	5 6 1 ationen 32 26 er rrt 12 4	131 Fußlagen 5 Querlagen 6 Unbestimmbare Lagen 1 Stirnlagen ationen bei der Geburt. 32 Gervig-Risse 26 Clitoris-Risse er Borsall der Hand tot 12 Placenta praevia 4 Umstülpung der Ge-

#### Kinder.

Gejund 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 konktateren.

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 Grannn. 17 Kinder wogen bei der Geburt über 4000, 4 über 4500 Grannn. 1 Kind brachte 2 Schneidezähne zur Welt.

Die beiden Brutösen werden viel benutt, hie und da auch von auswärts.

### gebammenkurfe.

Der vom 22. Februar bis 9. Juli abgehaltene Hebammenturs für neue Schülerinnen wurde uriprünglich von 20 Teilnehmerinnen besucht; 7 Davon gehörten bem Ranton St. Gallen, 6 bem Kanton Thurgau, 4 dem Kanton Luzern und je 1 den Kantonen Schwyz, Glarus und Appenzell 3.-Rh. an. Gine Schülerin mußte ichon gang anfangs wegen Unfähigkeit entlassen werden, die übrigen konnten alle das Eramen bestehen. die Schülerinnen punkto Tleiß, Begabung, Fertigfeit, Wiffen und Können jehr ftart Differieren, bürfte einmal die Frage ventiliert werden, ob es nicht angezeigt ware, verschiedene Stufen der Patente, 3. B. folche mit I., II. und III. Note auszustellen; für viele mare es ein Unsporn, und für die Fleißigen und Tüchtigen nichts als eine gerechte Unerkennung gegenüber den Unfleißigen und Indifferenten; es erscheint mir nicht richtig zu sein, tüchtige und nicht tüchtige Hebammen auf gleiche Stufe zu ftellen.

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

Ein Biederholungskurs, 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 jetigen Anstaltsarzt durchgemacht.

#### Pflegerinnenkurfe.

12 Pflegerinnen machten einen je 6 Wochen dauernden Pflegeturs durch: 5 aus dem Kanton St. Gallen, 5 aus dem Kanton Thurgau und je 1 aus den Kantonen Appenzell A.M. und J.M. und J.M. und J.M. eine nußte als unbrauchbar entlassen werden: 11 erhielten empfehlende Zeugnisse. Die Ersahrung macht es wünschenswert, daß die Tauer der Kurfe verlängert wird, vorläusig einmal auf 8 Wochen.

## Ginsendungen.

Am 14. August diese Jahres wurde ich zu einer 45 Jahre alten, 2. gebärenden Frau gerusen. Als ich nachmittags 2 Uhr ankam, hatte die Frau nur schwache Wehen, alle 10—15 Winuten. Ich gab ihr dann ein Khyftier, hernach reinigte ich sie und machte ihr eine 35° heiße Spülung, darauf kamen die Wehen alle 5—7 Winuten. Die Untersuchung ergab: Schädelsage, Muttermund 2 Fr. Stück groß, Blase steht. Um has 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 Dammichute an und bei der nächsten Wehe trat der Kopf hervor. Die Nabelichnur war um den Hals geschlungen, ließ sich aber nicht lockern und über ben Ropf ziehen, sie war zu straff. Gleichzeitig fam eine Wehe und das Kind war geboren. Die Nabelschnur war um den Hals gewickelt, bann um ben rechten Schenkel und hinauf über die Bruft mit dem rechten Urm. Alls ich die Nabelschnur gelöst, fing das Kind sofort an zu schreien. Ich nabelte es ab und legte es auf Die Seite auf ein warmes Riffen. Mis ich den Uterus umgriff, war er so groß, daß er bis an die Rippen reichte, asso 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 fleiner und auch nicht weich. Die Placenta war ganz, aber die Sihäute sehlten gänzlich. Bei der äußern Untersuchung fand ich nichts heraus. 3ch desinfizierte mich und machte eine innere. Auch hier fand ich nichts als Blutgerinsel. Der Ilterus zog sich während der Untersuchung jo fest zusammen, daß ich kaum mehr mit dem Finger herauskam. Ich wurde also aus dieser Sache nicht tlug und schickte zum Arzt mit dem Bericht, die Frau habe geboren, die Placenta sei spontan gefolgt, ein zweites Kind sinde ich nicht und doch reiche der Uterus bis unter die Rippen. Rach einer halben Stunde fam der Arzt. Bei der äußern Untersuchung sagte er "Etwas ift da drinnen, aber was es ift, weiß ich nicht". Nachdem der Arzt sich desinfiziert und ich die Frau gewaschen hatte, untersuchte der Arzt. Aber der Muttermund hatte fich jo geschloffen, daß der Arzt kaum mit einem Finger hinauf konnte; er fand nichts als die zurückgebliebenen Eihäutereste, welche er herauszog, fo gut es ging. Nachher machte der Arzt ihr eine Ergotin-Ginfprigung und am nächsten Morgen eine Uterusausspülung. Aber er hatte bie größte Mühe, das Mutterrohr einzuführen, benn der Muttermund hatte fich ziemlich fest Das Allgemeinbefinden der Frau geschlossen. war gut. Temperatur am Abend nach der Geburt 37,5, Buls 84. Um Morgen nach der Spülung 37,0 und 76 Puls. Der Arzt versorbnete täglich 2 Spülungen. Ich befolgte es 5 Tage lang; am 5. Tage hörte der Ausfluß ganzlich auf, worauf ich die Spulungen unterließ und die Frau wie jede andere Wöchnerin besorgte. Dann kam der Wochenfluß wieder reichsicher. Der Uterus war am 6. und 8. Tage noch in der gleichen Sohe wie nach der Geburt. Die Temperatur betrug immer morgens 37,0