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: 12

Artikel: Die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt [Fortsetzung]

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-948912

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: 17.08.2025

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

15. Dezember № 12. 1905

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. — Einsendungen. — An unsere Abonnentinnen. — Schweizer. Hebammenverein: Aus den Verhandlungen des Zentralvorstandes. — XII. Schweiz. Hebammentag (Generalversammlung Schluß). — Altersversorgung. — Neue Mitglieder. — Krankenkasse. — Die Schweizer Hebamme. — An die Vorstände der Sektionen. — Briefkasten. — Interessantes Allerlei: Aus dem Ausland. — **Inserate.**

Beilage: Hebammenstreik. — Vereinsnachrichten: Sektionen Aargau, Baselstadt, Bern, St. Gallen, Olten, Solothurn, Winterthur, Zürich. — **Eingesandtes.** — — **Interessantes Allerlei:** Aus der Schweiz. — Aus dem Ausland. — **Inserate.**

Die Beurteilung des Kopfstandes während der Geburt.

(Fortsetzung.)

2. Kopf fest im Beckeneingang.

Die Erkenntnis, daß der Kopf fest im Beckeneingang steht, gewinnt man bei der innern Untersuchung dadurch, daß er in der Wehenpause und wenn die Gebärende nicht etwa preßt, bei Druck mit dem Finger nicht nach oben ausweicht. Dieser Kopfstand ist ein Uebergangsstadium, in welchem wir bei erweitertem Muttermund hoffen dürfen, daß das nächste Stadium: „Kopf vollständig eingetreten" bald erreicht sein werde. Bei normalem Becken dauert es nur kurze Zeit, sofern nicht etwa der Muttermund noch ein Hindernis bildet. Bei Erstgebärenden finden wir ja in der Regel am Anfang der Geburt den Kopf fest im Beckeneingang; sobald dann die Eröffnungswehen den Muttermund völlig erweitert haben, tritt der Kopf unter wenigen Preßwehen rasch vollständig in's Becken ein.

Beim engen Becken aber treffen wir auch bei Erstgebärenden den Kopf erst nach Ablauf vieler Wehen fest im Eingang und dieser Kopfstand bleibt auch nach gänzlicher Eröffnung des Muttermundes oft noch lange bestehen. Inzwischen haben die Wehen eine besondere vorbereitende Arbeit zu verrichten.

Bei jeder Geburt nämlich, in höherem Grade noch bei Beckenenge, muß der Kopf durch den Druck der Wehen zuerst der Form des Beckenkanals angepaßt werden, bevor er eintreten kann. Das kommt dadurch zustande, daß der Kopf seine ursprünglich kugelige Form (die bei Kaiserschnitts-Kindern schön erhalten bleibt) in eine mehr eirunde oder sogar annähernd wurstförmige umändert. Diese Veränderung wird hauptsächlich durch die Beweglichkeit der Schädelknochen an einander möglich gemacht. Fühlen wir also an einer Naht, daß der eine Schädelknochen sich deutlich über den andern hinübergeschoben hat, so wissen wir, daß in diesem Falle der Kopf sich bereits dem Becken angepaßt hat und können daraus schließen, daß er bald tiefer treten werde.

Wenn der Kopf diese Eiform angenommen hat, dann fühlt man bei der innern Untersuchung sehr deutlich die starke Vorwölbung des in den Beckenkanal hineingepreßten Schädels, während uns der unveränderte, hochstehende Schädel, wie früher schon erwähnt, flach erscheint. Aus jenem Befunde erkennt man daher, daß der Kopf mit einem beträchtlichen Anteil eingetreten ist. Doch darf man damit nicht etwa die Kopfgeschwulst verwechseln, die ja bei Beckenenge auch an einem hoch und beweglich stehenden Kopfe sich ausbilden kann. Im Gegensatz zum Schädel selber ist die Kopfgeschwulst bekanntlich weich, so daß man mit dem Finger Eindrücke an ihr machen kann; ferner ist sie nicht so breit wie der Schädel selber.

Wir müssen nun noch einige Erscheinungen bei der Geburt besprechen, deren Beobachtung uns oft etwelchen Aufschluß über den Stand des Kopfes gibt. Immer aber sei man dessen eingedenk, daß nur auf direkte Untersuchung hin ein Urteil gebildet werden kann. Nie darf man sich auf die nun zu besprechenden unsichern Zeichen allein verlassen!

Aus der Art, wie der Abfluß des Fruchtwassers erfolgt, kann man in folgender Weise seine Schlüsse ziehen. Stürzt das Fruchtwasser plötzlich in großer Menge hervor, dann war der Kopf beim Blasensprung sicherlich nur wenig oder gar nicht eingetreten, also beweglich. Diese Ueberlegung trifft immer zu, hat aber praktisch nicht viel zu bedeuten, weil ja der Kopf bei der nächsten Wehe tiefer treten kann.

Läuft nach dem Blasensprunge bei jeder Wehe weiter Fruchtwasser ab, dann ist der Kopf noch immer beweglich. Diese Beobachtung ist allerdings von großem Werte und erspart uns oft eine innere Untersuchung. Doch gibt es Fälle, wo trotz vollständig eingetretenem Kopfe bei der Wehe etwas Fruchtwasser abfließt, sei es, daß der Kopf sehr klein, oder das Becken besonders groß ist, sei es, daß die Kopfform sich dem Beckenkanal nicht genau angepaßt hat, sei es endlich, daß bei großer Fruchtwassermenge durch den starken Druck der Wehe ein Teil davon neben dem Kopfe hindurch gespritzt wird.

Geht aber nach dem Blasensprung bei den folgenden Wehen kein Fruchtwasser mehr ab, so darf man daraus nicht sicher folgern, der Kopf sei nun fest im Beckeneingang, denn beim Blasensprung konnte ja alles Wasser abgeflossen sein.

Gewöhnlich besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen der Höhe des Kopfstandes und dem Eintritt der Preßwehen. Aber sichere Zeichen für den Kopfstand gibt uns auch das Auftreten der Preßwehen nicht. Sie beginnen in der Regel dann, wenn der Muttermund nahezu oder ganz erweitert ist und der Kopf auf den untersten Teil der Gebärmutter oder die Scheide drückt. Das ist nur dann möglich, wenn der Kopf zum Teil in das Becken eingetreten ist, weil eben jene empfindlichen Teile im kleinen Becken liegen. Meistens darf man also annehmen, daß der Kopf in's Becken eingetreten sei, wenn die Preßwehen beginnen.

Beim engen Becken, wo der Kopf lange beweglich bleibt, tritt der Drang zum Mitdrücken bei der Gebärenden erst dann auf, wenn der Schädel sich endlich dem Becken so sehr angepaßt hat, daß ein beträchtlicher Teil davon durch den engen Eingang hindurch treten konnte. Daher gibt uns dann die erste Preßwehe neue Hoffnung, daß bald auch der übrige Teil des Schädels hindurchtreten und die Geburt zu einem glücklichen Ende kommen werde.

Aber statt des Schädels kann nach Eröffnung des Muttermundes auch die herabdrängende pralle Fruchtblase Druckwehen anregen, ebenso eine starke Kopfgeschwulst am beweglichen Kopfe und endlich auch eine vom Arzte eingelegte Gummiblase (Kolpeurynter).

Betrachten wir jetzt noch das letzte der drei Hauptstadien des Kopfstandes:

3. Kopf vollständig eingetreten.

Dieser Ausdruck bedeutet, daß der Kopf mit seinem größten Umfange durch den Becken-

eingang bereits hindurchgetreten sei. Befindet sich dabei noch ein kleiner Teil des Kopfes über dem Becken — bei I. und II. Schädellage hauptsächlich das Gesicht — dann lautet die genaue Bezeichnung: „Kopf in der Beckenmitte.“ Darnach käme dann als eigentliches Endstadium: „Kopf im Beckenausgang.“

Da aber fast ausnahmslos der Kopf sehr rasch und leicht von der Beckenmitte in den Beckenausgang vorrückt und dann nur noch von den Weichteilen zurückgehalten wird, hat eine Trennung dieser beiden Phasen des Geburtsverlaufes für unser Thema keinen Wert. Wir betrachten daher beide zusammen als ein Stadium: „Kopf vollständig eingetreten“, oder noch kürzer ausgedrückt: „Kopf tief.“

Oft genügt die äußere Untersuchung vollständig zur Erkennung dieses Kopfstandes. Hinderlich sind dabei Mangel an Uebung (dem ist leicht abzuhelfen!), ferner zu fette, zu straffe oder zu empfindliche Bauchdecken (im letztern Falle ist langsames Eindrücken besonders zu empfehlen) und endlich eine gefüllte Harnblase (Katheter).

Können wir im Verlaufe einer Geburt den Kopf mit einer Hand nicht mehr umfassen, nachdem uns das vorher gut gelungen war, dann ist der Kopf vollständig eingetreten. Eine besondere Sicherheit gewährt uns diese Beobachtung dann, wenn wir von Anfang der Geburt an jenen Handgriff oft anwenden, so daß wir das Tiefertreten des Kopfes oder vielmehr die allmähliche Verkleinerung seines fühlbaren Teiles schrittweise verfolgen können. Wenn der Kopf selbst aus irgend welchen Gründen nicht deutlich zu betasten ist, dann gelingt es oft, die vordere Schulter unzweifelhaft zu fühlen. In solchen Fällen läßt sich sodann aus der Annäherung der Schulter an die Schamfuge auf das Tieferrücken des Kopfes schließen.

Sobald der Kopf bis zum Beckenausgang herabgetreten ist, also auf den Damm drückt, läßt er sich von außen mit einer Hand nicht mehr erkennen. Dann ist jene Untersuchungsmethode angezeigt, wobei man sich so neben das Bett stellt, daß man dem Gesichte der Gebärenden den Rücken zuwendet, hierauf beide Hände mit geschlossenen und gestreckten Fingern so gegen den untersten Teil der vordern Bauchwand drückt, daß die Fingerspitzen beiderseits langsam in den Beckeneingang eindringen. Dann fühlt man — günstige Bauchdeckenverhältnisse vorausgesetzt — im kleinen Becken drin den Kopf und weiß nun sicher, daß er tief steht.

Für die innere Untersuchung gilt bei diesem Stand des Kopfes in erhöhtem Maße dasselbe, was beim 2. Stadium gesagt wurde: charakteristisch ist die starke Vorwölbung des Kopfes im Beckenkanal. Nur wenn wir den Eindruck bekommen, daß der Kopf wie eine Kugel das Becken breit ausfüllt, dann steht er tief. Daß aber seine unterste Spitze den Damm berührt, ist noch kein Beweis für den Tiefstand; denn bei engem Becken und starker Kopfgeschwulst auf dem lang ausgezogenen Kopfe beobachtet man dies zuweilen, bevor der größte Umfang des Kopfes eingetreten ist. Dann fühlt sich aber der erreichbare Teil des Schädels schmal, zugespitzt, also nicht wie eine Kugel an.

Leichter festzustellen, aber nicht ganz zuverlässig ist das folgende Zeichen des Tiefstandes. Wenn wir (bei der Untersuchung mit einem Finger) ohne Mühe beide Fontanellen erreichen können, dann ist der Kopf vollständig eingetreten. Allerdings können, bevor der Kopf mit seinem größten Umfang eingetreten ist, beide Fontanellen bereits unterhalb vom Beckeneingang stehen, also bei der innern Untersuchung erreichbar sein; dafür muß man aber in der Regel mit stärkerem Drucke eindringen und mit zwei Fingern untersuchen. Andrerseits gelingt auch bei tiefstehendem Kopfe die Abtastung der hintern Fontanelle (also bei 1. und 2. Schädellage der großen Fontanelle) dann nicht leicht, wenn ein straffer Damm oder eine enge Scheide das Tieferdringen des Fingers für die Gebärende schmerzhaft macht.

Die Pfeilnaht verläuft in diesem Stadium stets im schrägen oder geraden Durchmesser (der sehr seltene tiefe Querstand wurde oben erwähnt); je mehr der Kopf in den Beckenausgang hineintritt, um so entschiedener rückt die kleine Fontanelle bei 1. und 2. Schädellage nach vorn. Jedenfalls ist die Beobachtung, daß die Pfeilnaht beinahe oder ganz im geraden Durchmesser steht (also von vorn nach hinten verläuft), einer der sichersten Beweise für den Tiefstand des Kopfes. Dessen hat man sich stets auch dann zu erinnern, wenn eine große Kopfgeschwulst auf den Damm drückt oder etwa schon sichtbar ist. Liegt in einem solchen Falle die kleine Fontanelle noch stark seitlich, also weit von der Schamfuge entfernt, dann ist es mindestens zweifelhaft, ob der Kopf vollständig eingetreten sei.

Schon die Betrachtung der äußern Geschlechtsteile gibt uns oft Aufschluß über den Stand des Kopfes. Ganz klar ist die Sachlage natürlich dann, wenn ein beträchtlicher Schädelanteil den Scheideneingang weit auseinander drängt. Sieht man aber nur ein kleines Stück des Schädels, so gedenke man des früher Gesagten.

Eines der untrüglichsten Zeichen des Tiefstandes ist das deutliche Vordrängen und Vorwölben des Dammes. Aber auch bei dieser Beobachtung ist Vorsicht notwendig, wenn es sich nur um einen leichten Grad handelt; denn ein schwaches Vordrängen des Dammes kann von einer großen Kopfgeschwulst an einem langausgezogenen, doch noch nicht vollständig eingetretenen Schädel herrühren, oder auch nur von der herabdrängenden Fruchtblase. Charakteristisch für den tiefstehenden Kopf ist die Vorwölbung der hintern Hälfte des Dammes, sowie die Vortreibung und Eröffnung des Afters.

Nicht so selten kommt eine Täuschung bei hochstehendem Kopfe dadurch vor, daß der Scheideneingang bei jeder Wehe deutlich zum Klaffen kommt und die Schleimhaut der Scheide ein wenig herabgedrängt wird, gerade als ob der Kopf nahe vor seinem Austritte stünde. Dieser trügerische Schein kann durch die Fruchtblase oder eine große Kopfgeschwulst, namentlich bei Neigung zu Scheidenvorfall, hervorgerufen werden, ferner aber auch dadurch, daß bei jeder Wehe ein Krampf der Muskeln des Beckenbodens entsteht. Diese Muskeln, welche am untersten Teil der Scheide zu beiden Seiten dicht an ihr vorbeiziehen, können durch ihre Zusammenziehung die zwischen ihnen liegende Scheidenwand etwas abwärts drängen und auch am After und Damm eine gewisse Verschiebung bewirken, wodurch leicht der Anschein erweckt wird, als drücke der Kopf auf diese Teile. Man muß also wissen, daß das Klaffen des Scheideneingangs während der Wehen durchaus kein Beweis für den Tiefstand des Kopfes ist und darf in solchen Fällen niemals eine genauere Untersuchung unterlassen.

Bei einiger Uebung gereicht auch folgender Handgriff zu großem Nutzen in der frühzeitigen Erkennung dieses Kopfstandes. Während die Gebärende auf der Seite liegt und die Knie hinaufgezogen hält, versucht man mit vier Fingern den Hinterdamm, d. h. die Partie zwischen After und Steißbein langsam aber möglichst tief einzudrücken. Steht der Kopf im Beckenausgang, dann fühlt man ihn mit diesem „Hinterdammgriff“ sehr deutlich als festen Körper, und zwar schon, bevor der Damm vorgewölbt wird. Meistens kann man den Kopf von hier aus noch früher nachweisen, nämlich sobald er in der Beckenmitte steht.

Jedenfalls gilt der Satz: Läßt sich der Kopf vom Hinterdamm aus deutlich fühlen, dann ist er sicher vollständig in's Becken eingetreten. Eine Täuschung durch die Kopfgeschwulst kommt selten vor, weil sie zu weich ist, um durch jene dicke Gewebsschichte hindurch gefühlt werden zu können.

Jede erfahrene Hebamme kennt die Bedeutung des plötzlichen Eintrittes von Stuhldrang während einer Entbindung. Sobald nämlich der Kopf mit seinem größten Umfang durch den Beckeneingang hindurchgetreten ist, übt er auf den Mastdarm und die dazu gehörenden Nerven einen Druck aus. Dadurch wird bei der Gebärenden die Empfindung erzeugt, als ob große Kotmassen über dem After stünden und entleert werden sollten. Besonders beim engen Becken kommt es oft vor, daß die Gebärende plötzlich dringend die Schüssel verlangt; dann wissen wir, daß der Schädel nun die enge Stelle hinter sich hat. Man wird kaum einmal durch wirklich vorhandenen Stuhl irregeführt werden, wenn das vorgeschriebene Klystier im Anfang der Geburt nicht unterlassen wurde.

In ähnlicher Weise ist das Auftreten eines Wadenkrampfes zu erklären. Er entsteht durch Druck des tief getretenen Kopfes auf die Beinnerven, welche, vom Rückenmarke herkommend, an der Hinterwand des Beckens vorbeiziehen.

Zum Schlusse sei noch der Steißlagen gedacht. Hier spielt der Stand des vorliegenden Teiles keine so wichtige Rolle wie bei den Schädellagen, weil der Steiß fast nie durch das knöcherne Becken an seinem Vorrücken gehemmt wird. Der Fortschritt der Geburt hängt fast ausschließlich von der jeweiligen Beschaffenheit der Weichteile, vor allem des Muttermundes, ab. Uebrigens läßt sich der Stand des Steißes nach ähnlichen Grundsätzen beurteilen wie der des Kopfes.

Einsendungen.

1. Mitte Dezember 1901 wurde ich zu einer jungen Frau gerufen, die das vierte Mal schwanger war. Zuerst hatte sie einen gesunden Knaben geboren, die zwei folgenden waren Frühgeburten und beim vierten bestellte sie mich auf Mitte Februar 1902, wenn es nicht wieder zu früh werde. Aber, wie oben erwähnt, holte man mich schon Mitte Dezember 1901, weil die Frau schon seit zwei Samstagen etwas Blut verloren hatte. Als ich hin kam und nach der Ursache fragte, hieß es, sie habe geputzt, das werde schuld sein, daß sie wieder zu früh niederkomme. Als ich aber die äußere Untersuchung vornahm, war ich ganz erstaunt, denn Frau H. war gar nicht dicker, als wie wenn sie höchstens im Anfang des vierten Monats wäre. Die Frau sagte, sie habe in den ersten Tagen vom Mai ihre Periode gehabt und seither nie mehr und im Anfang sei es ihr immer schlecht gewesen. Sie sei ganz sicher, daß sie vom 10. Mai an rechnen dürfe. Wir ließen den Arzt holen. Auch er war ganz meiner Meinung, befahl Ruhe und die Sache abzuwarten. Nach drei Tagen bekam die Frau Wehen und in 12 Stunden brach die Fruchtblase, wobei ziemlich viel Wasser abging. Nach ein paar Stunden kam die Nachgeburt, eine Frucht sah ich nicht. Nach genauer Untersuchung entdeckte ich ein ganz kleines Etwas, ich nahm die Haarnadel und suchte es aus der Kerbe heraus zu lüpfen, was dann gelang; es hing an einer ganz kurzen, millimeterlangen Nabelschnur, kaum haardick. Erkennen konnte ich nichts, aber ich vermutete, es könnte am Ende doch die Frucht sein. Der Frau sagte ich, ich nehme die Nachgeburt mit nach Hause, um sie mit einem Vergrößerungsglas zu besichtigen. Auf dem Wege dachte ich, ich wolle dem Herrn Dr. sagen, daß es bei Frau H. vorbei sei und wie. Als ich Herrn Doktor die Nachgeburt zeigte und sagte, ich vermute, daß da der kleine Punkt die Frucht sei, lachte er mich aus, „was ich auch denke.“ Ich nannte ihm mein Vorhaben, da sagte er, er habe auch ein Vergrößerungsglas, nahm es und siehe da, ich habe recht gehabt, man hat Kopf, Rumpf, Aermchen und Beinchen ganz gut unterscheiden können. Das Früchtchen lag auf der mütterlichen Seite der Nachgeburt. Herr Doktor hat aber alles bei sich behalten. Die Frau war bald wieder munter und in 11 Monaten gebar sie wieder ein gesundes Mädchen.

E. G.

Anmerkung der Redaktion. Nach Erkundigungen, die wir bei dem betr. Arzte einzogen,