

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle 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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	13 (1915)
<b>Heft:</b>	7
<b>Artikel:</b>	Ueber einige Störungen des kindlichen Befindens unter der Geburt
<b>Autor:</b>	[s.n.]
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-952143">https://doi.org/10.5169/seals-952143</a>

### **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:** 05.02.2026

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

# Die Schweizer Hebammme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“  
Waghausg. 7, Bern,  
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Berantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Zellenberg-Larby,

Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.  
Schanzenbergstrasse Nr. 15, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Fr. Marie Wenger, Hebammme, Lorrainestr. 18, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2.50 für die Schweiz  
Mt. 2.50 für das Ausland.

Insetrate:

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

## Über einige Störungen des kindlichen Besiedens unter der Geburt.

Außer den fehlerhaften Kindlagen und den Regelwidrigkeiten, die von der Mutter ausgehen, kann das Kind in Gefahr kommen durch den Vorfall kleiner Teile oder der Nabelschnur. Die Beine und Füße sehen wir meist bei Beckenendlagen etwa vorfallen; doch kommt es manchmal bei Kopflagen zu Vorfall eines oder beider Füße, oft auch noch eines oder beider Arme. Man spricht von Vorliegen kleiner Teile, wenn die Fruchtblase noch steht und diese Teile in ihr gefühlt werden; wenn das Wasser abgelaufen ist, so bezeichnet man die Anomalie als Vorfall. Jedes Vorliegen oder Vorfallen kleiner Teile oder der Nabelschnur sehen voraus, daß zwischen dem vorliegenden Teile und der Wandung des unteren Gebärmutterabschnittes ein Raum übrig bleibt, während normalerweise diese Wand den vorliegenden Teil eng umschließt. Es kommt vor bei Querlagen, ferner bei Kopflagen mit engem Becken, bei kleinem Kopfe, oder wenn er seitlich abgewichen ist. Ferner bei übermäßig viel Fruchtwasser, wobei die Gebärmutter eine kugelige Form annimmt. Die kleinen Teile treten dann entweder selber tiefer neben dem vorliegenden Teile oder werden bei dem Blasensprung von dem rasch abfließenden Fruchtwasser heruntergeschwemmt. Dies ist besonders gut möglich bei abgestorbenen Kindern, wo die Gliedmaßen keine Spannung mehr haben, sondern schlaff erscheinen.

Das Vorliegen einer Hand neben dem vorliegenden Kopfe hat meist keine besondere Bedeutung, da beim Tiefertreten des Kopfes sich die Hand von selber zurückzieht. Schlimmer ist es schon, wenn ein Arm vorliegt oder vorfällt. Denn dieser Arm kann das Eintreten des Kopfes ins Becken verhindern. Dies ist ziemlich selten. Vor einiger Zeit habe ich einen solchen Armvorfall gesehen bei einer Erstgebärenden, bei der einige Tage vor der Geburt bei der Untersuchung noch alles in Ordnung gesunden worden war. Es war völlig unklar, was diesen Vorfall verhinderte, da keine Beckenenge vorlag und auch nicht übermäßig viel Fruchtwasser vorhanden war. Der Arm konnte leicht reponiert werden und die Geburt verlief im weiteren normal. Das Zurückziehen der Hand und das Reponieren des Armes werden unterstützt durch Seitenlagerung der Frau auf die dem vorgefallenen Teile entgegengesetzte Seite. Man geht mit der ganzen Hand in die Scheide ein und schiebt den vorgefallenen Teil in die Höhe, mit der äußeren Hand wird darauf der Kopf ins Becken eingedrückt, so daß der Vorfall sich nicht wiederholen kann. Man hält den Kopf im Becken mit der äußeren Hand fest, bis eine oder mehrere Wehen das erneute Heraustreten unmöglich gemacht haben. Bei engem Becken ist es oft nicht möglich, einen erneuten Vorfall zu verhindern. Hier ist die Wendung am Platze.

Wenn der Kopf mit dem Arme bereits in das Becken eingetreten ist, so erübrigst sich eine Reposition, da ja dadurch der Beweis geliefert ist, daß sie beide darin zusammen Platz haben. Höchstens kann etwa eine Zange auf Beckenboden nötig werden, wenn sich infolge der Regelwidrigkeit die Drehung des Hinterhauptes nach vorn zu sehr verzögert. Einen sehr merkwürdigen Fall habe ich einmal beobachtet: Bei einer Frühgeburt im 7. Monat wurde ich wegen Gesichtslage und Armvorfall gerufen; das Gesicht war in der Schamspalte sichtbar und rückte nicht weiter; daneben kam aus der Scheide ein vorgefallener Arm heraus. Nach Extraktion mit der Zange zeigte es sich, daß das Gesicht ganz nach dem Rücken des Kindes gedreht und nach oben gehoben war. Der rechte, vorgefallene Arm hatte sich der linken Backe des Kindes nach gestreckt und dadurch wie ein Hebel den Kopf nach dem Rücken zu gedreht und zugleich das Kind, das nun über der rechten Schulter lag, gehoben. Das Kind war so tief asphyktisch, daß es nicht mehr belebt werden konnte. Eine solche Anomalie kann natürlich nur bei einem sehr kleinen und frühzeitigen Kind vorkommen.

Viel schlimmer als der Vorfall von Gliedmaßen ist für das Kind der Vorfall der Nabelschnur. Zwar hindert die weiche Nabelschnur den Fortschritt der Geburt nicht in mechanischer Weise; aber, da in ihr der Blutstrom, der dem Kinde das Leben erhält, verläuft, so genügt ein nur kurze Zeit wirkender Druck, um durch Unterbrechung dieses Stromes das Leben des Kindes zu beenden. Wenn die Nabelschnur zwischen den vorliegenden Kindsteil und die Wand des Gebärschlauches gerät, so kann ein solcher Druck eintreten. Am stärksten wird sie zusammengedrückt durch den harten, großen Kopf, am wenigsten bei Querlage. Auch bei Steiflage ist meist der Druck nicht so groß, und dabei kann, im Falle der Not, das Kind rasch an den Füßen extrahiert werden. Ferner wird die Schnur am stärksten komprimiert, wenn sie vorne, zwischen der Schamfuge und dem Kopfe, vorfällt, in den Ausbuchtungen der Kreuzbeinflügel bleibt sie länger geschützt.

Auch hier wieder muß zwischen dem vorliegenden Teile und der Gebärmutterwand eine Lücke sein, damit die Nabelschnur vorfallen kann. Infolgedessen sehen wir den Nabelschnurvorfall am häufigsten bei Querlage eintreten, weil bei derselben der untere Gebärmutterabschnitt am wenigsten fest dem vorliegenden Kindsteile anliegt. Dann kommen nach der Häufigkeit die Fußlagen, während bei Steiflagen sie seltener vorfällt. Bei Kopflagen ist der Vorfall am seltensten, weil der Kopf einen guten Abschluß bildet. Nur wenn der Kopf in der Öffnungsperiode sehr hoch steht oder seitlich abgewichen ist, und bei Gesichtslagen, sieht man sie also bei engem Becken oder über viel Fruchtwasser. Ferner führen leicht dazu: Zwillingsschwangerschaften oder Früh-

gebarten, wo also die Kinder einen kleinen Kopf haben. Wenn die Nabelschnur sehr lang ist oder der Fruchtkuchen tief sitzt, also auch bei vorliegendem Fruchtkuchen sehen wir öfters Nabelschnurvorfall auftreten.

Die Nabelschnur kann bei Vorfall und auch wenn sie innerhalb der Blase vorliegt, leicht erkannt werden. Man könnte sie kaum mit etwas anderem verwechseln.

Wenn bei einem Nabelschnurvorfall das Kind noch lebt, also, wenn die Nabelschnur noch pulsirt, so muß eine Behandlung stattfinden, die bei abgestorbenem Kind überflüssig ist, da ja wie gesagt, die Nabelschnur kein Hindernis für die Ausstoßung des Kindes bildet. Bei totem Kind läßt man die Geburt einfach spontan vollenden.

Wenn man die Vorlagerung bei dem Beginn der Geburt vorfindet, vor Abschluß des Fruchtwassers, so muß alles getan werden, um die Blase so lange wie möglich zu erhalten, denn so lange diese steht, ist noch kein verderblicher Druck zu befürchten. Die Frau wird auf die entgegengesetzte Seite gelegt und darf nicht pressen. Wenn die Blase bis zur völligen Erweiterung des Muttermundes erhalten bleibt, so kann dann, wenn Gefahr droht, jederzeit mit der Zange die Geburt rasch vollendet und das Kind aus seiner gefährlichen Situation befreit werden. Oder bei Querlagen kann gewendet, bei Fußlagen extrahiert werden. Bei Steiflagen wird sofort nach dem Blasensprung ein Fuß heruntergeholt, dadurch die Größe des Steifzess verringert, und eine Handhabe zur Ausziehung des Kindes geschaffen. Ist bei Kopflagen beim Blasensprung der Kopf noch hoch, so wird am besten die Wendung gemacht.

Schlimmer sind die Fälle, in denen die Blase springt und die Nabelschnur vorfällt, bei gering erweitertem Muttermund. Hier kann keine Extraktion gemacht werden und es bleibt nur die Reposition der Nabelschnur übrig. Diese ist allerdings bei Fußlagen, Querlagen und Steiflagen nicht so nötig, weil hier meist kein schädlicher Druck ausgeübt wird; bei Kopflagen aber ist die Reposition die einzige Möglichkeit, das Kind zu retten, neben der auch hier noch in seltenen Fällen, wenn die Reposition absoolut nicht geht, auszuführenden Wendung mit zwei Fingern, wie sie bei dem vorliegenden Fruchtkuchen bei engem Muttermund auch wohl gemacht wird.

Wenn der Halskanal sehr eng ist, so macht man die Reposition mit einem der dazu angegebenen Instrumente: gabelartige dünne Stäbchen, auf die Gabel wird die Nabelschnur aufgeladen und dann dem Kopf entlang bis über den Hals hinauf gehoben. Das dünne Instrument kann man dann bis nach der Vollendung der Geburt liegen lassen, da es ja kein Hindernis bildet. Wenn der Muttermund weiter ist, so wird man die Reposition mit der Hand versuchen, indem man mit der linken Hand eingeht und mit den Fingern die Nabelschnur möglichst hoch hinauf bringt. Die äußere Hand

preßt dann den Kopf tiefer ins Becken. Am besten gelingt dies in Knieellenbogenlage; dabei gleitet die Schnur selber vermöge ihrer Schwere in die Gebärmutter zurück.

Dieses Hinaufbringen mit den Fingern ist aber schwer und gelingt oft nicht gut, weil man nur einen Teil der vorgefallenen Schlinge zu fassen kriegt und die anderen Partien nachher faßt, wobei oft die erste, schon hinaufgebrachte Schlinge wieder vorsällt. Da ist nun ein Verfahren gut zu gebrauchen, das schon vor circa 250 Jahren von der berühmten Hebammme und kurfürstlich brandenburgischen Oberhofwehennutter *Fantine Sigemundin* angegeben worden ist, dann wieder in Vergessenheit geriet und vor circa 10 Jahren von einem Schweizer Arzte wieder neu erfunden worden ist. Es befehlt darin, daß man ein Tüchlein oder eine Gaze in die Scheide einführt, die vorgefallenen Nabelschnursschlingen darinwickelt und das ganze Paket in die Gebärmutter schiebt. Die geringere Schlußrigkeit des Tüchleins verhindert ein Wiederherunterfallen, auch ist das Paket der eingewickelten Schlingen als Ganzes leicht zurückzubringen. Das Tüchlein läßt man ruhig drinnen: es ist ja in der Eihöhle und kommt dann mit der Nachgeburt von selber heraus.

Ist die Reposition gelungen, so läßt man die Frau noch während einiger Wehen in der Knieellenbogenlage und legt sie erst ins Bett zurück, wenn der Kopf die Eihöhle sicher gegen außen abschließt.

Oft ist der Erfolg trotz der geschilderten Methoden und der aufgewandten Mühe ein schlechter, indem besonders bei engem Becken der Kopf nicht rasch genug tiefer tritt und die Nabelschnur immer wieder vorsällt. In diesen Fällen wird man den letzten Versuch, das Kind zu retten, die oben erwähnte Wendung mit zwei Fingern auf den Fuß versuchen.

Abgesehen von der Nabelschnurvorlagerung und Vorfall kann die Atmung des Kindes in der Gebärmutter auch in anderer Weise gefährdet werden. Das Kind bekommt den Sauerstoff, den es zum Leben nötig hat, ja aus dem mütterlichen Blute und so ist es begreiflich, wenn dieses nicht normal ist, daß dann auch das Kind darunter leidet muß. Wir können dies beobachten bei großer Blutarmut der Mutter, sowie bei starken Blutverlusten derselben unter der Geburt, wie auch, wenn infolge von Herzfehlern und Lungenleiden das Blut der Mutter nicht genug Sauerstoff und zu viel Kohlensäure enthält.

Ahnlich steht es, wenn die Plazenta nicht genügend von dem mütterlichen Blute durchflossen ist. Solches kommt besonders vor bei unrichtiger Wehentätigkeit. Während jeder normalen Wehe schon verkleinert sich, durch die Zusammenziehung der Plazentarstelle, der Zwischenzottenraum, und die Zirkulation des Kindes wird gestört. Dies merkt man ja an dem Langsamwerden der Herztonen während und nach der Wehe. Aber da dieser Zustand nur kurz dauert, so leidet das Kind nicht darunter. Wenn aber die Wehen sich sehr rasch folgen und sehr kräftig sind und wenn eine Dauerkontraktion der Gebärmutter eintritt, so sehen wir oft das Kind schwer scheintot werden oder geradezu sterben, wenn die Entbindung nicht rasch erfolgt. Dies sind die Fälle, bei denen die Hebammme den Arzt ruft, wegen Schlechterwerden der Herztonen und in denen nur eine schleunige Bangenentbindung hie und da das Kind noch retten kann.

Ferner kann das Kind in seiner Atmung gestört werden, wenn in dem Fruchtkuchen sich reichliche Gerinnungen bilden, die ja in beschränktem Umfange normalerweise auftreten. Solche zu starke und ausgebreitete Gerinnungen finden wir bei Nierenaffektionen und auch bei längerer Übertragung des Kindes.

Die lange Nabelschnur kann nicht nur durch den Kopf einen Druck erfahren, sondern auch

anderen Zusäckigkeiten ausgegesetzt sein. Dafür gehören die echten Nabelschnurknoten, die entstehen, wenn bei seinen Bewegungen das Kind durch eine Nabelschnursschlinge schläpft und dann bei der Geburt infolge des Tiefertretens des Kindes der Knoten zugezogen wird.

Auch die frühzeitige Ablösung des Fruchtkuchens von der Gebärmutterwand führt zum Tode des Kindes; freilich ist hierbei wegen des meist großen Blutverlustes auch die Mutter sehr gefährdet.

Die Zeichen, daß das Kind am Absterben ist, müssen der Hebammme bekannt sein und sie muß aufs raschste Hilfe verlangen, damit das Kind durch eine rasche Entbindung gerettet werden kann. In erster Linie muß die Herzaktivität des Kindes in der Austreibungsperiode genau kontrolliert werden durch Behorchen der Herztonen. Bei beginnender Erstickung werden sie langsamer, sinken auf 100, 80, 60 Schläge in der Minute herab. Oft sieht man die krampfhaften Atembewegungen der Frucht bei Steiflage z. B., wenn der Kopf stecken bleibt. In einem Falle, wo die schwangere Mutter plötzlich an einem Herzschlag starb, habe ich deutlich die Krämpfe der Frucht durch die Bauchwand durchgesehen; ein rascher Kaiserschnitt an der Toten hatte die Rettung des Kindes zur Folge. Unmittelbar vor dem Absterben werden dann die Herztonen wieder außerst rasch. Ein weiteres Zeichen, das aber nicht immer sicher ist, ist der Abgang von Kindsspech bei Kopflage, d. h. von bräunlich verfärbtem Fruchtwasser. Wenn dies zusammen mit dem Sintern der Herztonen vorkommt, so ist es ein beachtenswertes Symptom und kommt von der Er schlaffung des kindlichen Asters infolge der zunehmenden Erstickung. Aber oft sieht man auch verfärbtes Fruchtwasser bei vollständig lebensfrischem Kind. Bei Steiflagen ist dies Symptom erst recht nicht zu verwerten, weil dabei der Druck der Wehen auf die untere Körperhälfte des Kindes genügt, um dem unter viel niedrigerem Druck stehenden Ater Kindsspech herauszudrücken.

## Schweizer. Hebammenverein.

### Zentralvorstand.

Laut Beschluß der Delegierten-Versammlung vom 31. Mai ist die Annahme der in Olten abgeänderten Statuten einer Urabstimmung zu unterwerfen. Es ist im Interesse unseres Vereins, wenn die durchberatenen Statuten angenommen werden.

Im Laufe des Monates Juli wird an jedes Mitglied eine Doppelkarte gesandt, auf der das „Ja“ oder „Nein“ zu durchstreichen ist, die Karte mit 3 Rp. zu frankieren und zur Post zu geben.

Antworten, die später als am 10. August eingehen, können nicht mehr berücksichtigt werden.

Wir haben Ihnen eine freudvolle Mitteilung zu machen. Frau Haas-Rich, unsere werte Kassiererin, und Frau Suter aus Birsfelden von der Sektion Basel begehen im Monat Juli ihr 40jähriges Jubiläum. Wir gratulieren den beiden Jubilarinnen und wünschen ihnen alles Glück.

Allen unsern Mitgliedern sendet freundliche Grüße vom gesamten Zentralvorstand.

Die Präsidentin: Ch. Blattner-Wespi, Basel, Kanongasse 13

### Krankenkasse.

#### Erkrankte Mitglieder:

Mme. Dénéréaz-Guyaz, Montreux (Waadt).  
Frau Mojer, Heimiswil (Bern).  
Frau Baumgartner, Eichenwies (St. Gallen).  
Frl. Wührmann, Zürich.  
Frau Hager, Rorschach (St. Gallen).  
Frau Lüthy, Holzikon (Aargau).  
Frau Söllberger, Bern.  
Frau Rüfbaum, Basel.

Frl. Bergamin, St. Gallen.  
Frau Leu, Hemmenthal (Schaffhausen).  
Frau Sieber, Schertswil (Solothurn).  
Frau Ammacher, Oberried (Bern).  
Frau Schläfli, Worb (Bern).  
Frau Brüderli, Reidenbach (Bern).  
Frau Spahn, Schaffhausen (Kantonsspital).  
Frl. Etter, Kreuzlingen (Thurgau).  
Frau Schwarz, Neftenbach (Zürich).  
Frau Schreiber, Zürich III.

Frau Küdisühli, Frutigen (St. Gallen).  
Frau Bischoff, Goldach (St. Gallen).  
Mlle. Aulerra, Essertinens (Waadt).  
Frau Anderegg, Luterbach (Solothurn).  
Frl. Tanner, Langnau (Bern).  
Frau Bänninger, Seebach (Zürich).

Angemeldete Wöchnerinnen:  
Frau Kübi, Dottikon (Aargau), gest. 26. Juni am 9. Kinde.  
Frau Benz, Montlingen (St. Gallen).  
Frau Graf-Rüeg, Lauterbrunnen (Bern).  
Frau Rüesch, Balgach (St. Gallen).

### Eintritt.

In den Schweizerischen Hebammenverein und dessen Krankenkasse ist neu eingetreten:

etc.-Nr. Kanton Solothurn.  
85 Frau Martha Ledermann-Rüeg, Langendorf (Solothurn).

Die Krankenkasseförderung in Winterthur:  
Frau Wirth, Präsidentin.  
Frau Manz, Aktuarin.

### Todesanzeige.

Wir bringen hiermit unsern Mitgliedern zur Kenntnis, daß am 26. Juni unser lieber Kollegin

Frau Bertha Huhn-Hüscher  
in Dottikon,

nachdem sie dem 9. Kinde das Leben geschenkt, im Alter von erst 39 Jahren gestorben ist.

Wir bitten, der lieben Verstorbenen ein freundliches Andenken bewahren zu wollen.

Die Krankenkasseförderung in Winterthur.

### 22. Delegiertenversammlung des Schweizer. Hebammenvereins

Montag den 31. Mai 1915, im Hotel „Aarhof“ in Olten.  
(Fortsetzung.)

6. Statutenberatung. Pfarrer Büchi referiert kurz über die Statuten. Er konstatiert, daß keine prinzipiellen Änderungen gegenüber den bisherigen Statuten vorgenommen worden seien, daß man sich in der Hauptsache einfach den veränderten Verhältnissen angepaßt habe. Notwendig ist die Revision geworden infolge der durchaus selbständigen Stellung der Krankenkasse, welche nicht nur eigene Statuten hat, sondern auch im Handelsregister als Genossenschaft eingetragen ist. Der Statutentwurf ist in Nr. 3 der „Schweizer Hebammme“.

§§ 1-3 werden unverändert angenommen. Bei § 4 erhob sich eine lange Diskussion wegen den außerordentlichen Mitgliedern. Frl. Baumgartner fragt, wie es sich mit diesen verhalte, und Frau Wirth ist gegen die Institution, weil sie nur vermehrte Arbeit bringe, was nicht wünschenswert sei. Auch Frau Denzler ist sich über die Rolle der Außerordentlichen nicht klar. In Basel dagegen müßten eine Reihe von Mitgliedern zur Sektion, weil die Verträge von Krankenkassen nur mit den kantonalen Verbänden abgeschlossen werden. Das ist um so wünschenswerter, als dann auch die Hebammenkosten von der Kasse bezahlt werden. Wie Frau Wirth mitteilt, werden überhaupt die Kassen nach und nach dazu gelangen, auch die Hebammenkosten zu tragen. Der Referent könnte