

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: 26 (1928)

Heft: 2

Artikel: Ueber vorzeitige Nachgeburtslösung

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-952052>

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: 15.03.2025

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 „Althof“
Waghausgasse 7, Bern,

wohin auch Abonnements- und Inserations-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, Dorrainestr. 16, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 3. — für die Schweiz
Mk. 3. — für das Ausland.

Inzerate:

Schweiz und Ausland 40 Cts. pro 1-sp. Zeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Inhalt. Ueber vorzeitige Nachgeburtslösung. — Schweizerischer Hebammenverein: Krankenkasse: Erkrankte Mitglieder. — Angemeldete Wöchnerin. — Eintritt. — Vereinsnachrichten: Sektionen Baselstadt, Bern, Rhätia, Solothurn, St. Gallen, Werdenberg-Sargans, Winterthur, Zürich. — Die Jugend und das Leben (Fortsetzung). — Sorghlet's Nährzucker. — Vermischtes. — Anzeigen.

Ueber vorzeitige Nachgeburtslösung.

Das menschliche Ei ist im Anfang der Schwangerschaft in die Schleimhaut der Gebärmutter, die sich verändert hat und nun hin-fällige Haut, Decidua (decidua = hin-fällig) genannt wird, eingebettet. Wenn das befruchtete Ei in die Gebärmutterhöhle kommt, so schmelzt es mit seinen Zotten, die sich nun schon gebildet haben und seine Oberfläche bedeckt die oberste Schicht der Schleimhaut und sinkt in sie hinein. Dieses Schmelzen oder An-fressen vollbringt es mit der die Zotten be-deckenden Zellschicht, die nach dem verstorbenen Berner Pathologen Langhans die Lang-hans'sche Zellschicht heisst. Die obere Schicht der hin-fälligen Haut ist dichter als die tiefere, da in ihr die Drüsen-schläuche gerade verlaufen und zwischen ihnen einiges Zwischen-gewebe be-steht. In der tieferen Schicht, der „schwam-migen“, wie man sie nennt, sind die in die Länge gewachsenen Drüsen-schläuche der hin-fälligen Haut so gewunden und verzweigt, daß die Zwischen-schicht nicht oder kaum mehr be-steht, und die Wandungen der Drüsen-schläuche sich gegenseitig berühren. Diese Verhältnisse werden im Verlaufe der Schwangerschaft noch ausgeprägter, und wenn nach der Geburt des Kindes sich die Gebärmutter zusammenzieht und die Placenta ablöst, so geschieht diese Ablösung in der schwammigen Schicht.

Das wachsende Ei am Anfang der Schwanger-schaft eröffnet im allgemeinen keine Drüsen-schläuche, sondern es drängt sie nur ausein-ander. Anders verhält es sich mit den Blut-gefäßen: diese, im Beginn der Schwangerschaft stark erweitert, werden vom Ei eröffnet und bald ist das letztere überall vom mütterlichen Blute umgeben. Nur die Stelle, die sich gegen die Gebärmutterhöhle vorwölbt, verliert die Zotten, weil ja dort auch die hin-fällige Haut nur dünn ist, und so bildet sich eine Begrenzung aus, bis zu der das Blut dringen kann; dies ist der Randblutleiter des Fruchtkuchens. Im übrigen Umfange dagegen verlängern und ver-zweigen sich die Zotten des Eies und einige heften sich fest in die schwammige Schicht der hin-fälligen Haut und der Gebärmutterwand ein und werden zu Nafszotten, während ihre Verzweigungen als Nährzotten in mütterlichen Blute flottieren. Durch das baumartige Wach-stum der Zottenbäume kommt dann am Ende der Schwangerschaft die Unterteilung des Frucht-kuchens in Cotyledonen zustande.

Nun kann es zu den verschiedensten Zeiten der Schwangerschaft zu einer Loslösung des Eies von der Gebärmutterwand kommen, die entweder nur beschränkte Teile betrifft oder im

weiteren Verlaufe zu einer gänzlichen Lösung und Ausstoßung des Eies führen. Solche Lösungen gehen in ähnlicher Weise vor sich, wie die Ausstoßung des Fruchtkuchens nach der rechtzeitigen Geburt. Die Lösung macht sich in der schwammigen Schicht, in ihrer oberen Grenze. Die Zwischenwände zwischen den Drüsen-hohl-räumen zerreißen und ebenso die Wandungen der erweiterten Blutgefäße. Dadurch kommt es zu einer Blutung nach außen; bei der recht-zeitigen Geburt sehen wir das Blut in Form des retroplacentaren Hämatomes erscheinen. Indem sich dann die Gebärmutter stark zu-sammenzieht, werden die zwischen den kreuz und quer verlaufenden Muskelbündeln ver-laufenden Blutgefäße zusammengedrückt und ein weiterer Blutverlust verhindert. Bleibt diese starke Zusammenziehung aus irgend einem Grunde aus, so haben wir die Nachblutung, die so stark sein kann, daß die Frischentbundene daran zugrunde geht.

In den ersten Monaten der Schwangerschaft beobachten wir die Loslösung des Eies unter dem Bilde des drohenden oder des vollendeten Abortes, der Fehlgeburt. Hier ist die Er-weiterung der Blutgefäße der Mutter unter dem Einfluß der Schwangerschaft noch nicht so weit gediehen, so daß, trotzdem sich vor völliger Ent-leerung die Gebärmutter nicht genügend zu-sammenziehen kann, doch die Blutung im all-gemeinen nicht allzuhohe Grade erreichen kann; Verblutungen bei Fehlgeburt sind ziemlich selten; sie kommen aber vor. Meist wird ja auch so frühzeitig eingegriffen (und der Eingriff besteht in der gänzlichen Entleerung der Gebärmutter), daß dann die nötige Zusammenziehung ein-tritt und die Blutung steht.

Eine weitere Art der frühzeitigen Ablösung des Eies haben wir bei dem Eileiterabort. Wenn bei einer Eileiterschwangerschaft das Ei sich im Eileitertrichter, also nahe dem Eierstock, ange-siedelt hat, so kommt es vor, daß es sich nach einiger Zeit dort löst und in die Bauchhöhle fällt. Das geschieht unter oft beträchtlicher innerer Blutung. In vielen Fällen kann diese so stark sein und an den allgemeinen Kenn-zeichen: kleiner Puls, Blässe, Atemnot bei der Frau, so bedrohlich erscheinen, daß man den Bauch eröffnet und auf operativem Wege die Blutung stillt. Es kann aber auch, besonders bei langsamer, allmählicher Lösung, unter dem Reiz des zuerst weniger ergossenen Blutes zur Bildung von Verwachsungen und zu einem Ab-schluß des Blutungsgebietes von der übrigen Bauchhöhle kommen und dann bildet sich der abgekapselte Bluterguß hinter der Gebärmutter. Dieser kann sich auffangen oder er kann ver-einern und man kann gezwungen sein, durch eine Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes dem Blute oder Eiter Abfluß zu verschaffen.

Am Ende der Schwangerschaft, bei Beginn der Geburt, löst sich sehr häufig ein kleines Stück des Fruchtkuchens von der Gebärmutter-wand ab, indem durch das Tiefertdrängen der Fruchtblase vor ihrem Sprung der Placentar-rand mitgezogen wird. Dann sieht man an der geborenen Placenta ein kleines, flaches Blutgerinself, das fester haftet und dunkler er-scheint, als das bei Ausstoßung des Frucht-kuchens ergossene Blut.

Daß bei vorliegendem Fruchtkuchen sich bei Wehenbeginn der Rand der tiefsitzenden Pla-centa löst und es zu bluten beginnt, ist bekannt und gehört hier nicht her, sondern ins Kapitel der Placenta praevia.

Eine schwere, ernste Bedeutung gewinnt die frühzeitige Nachgeburtslösung dann, wenn es sich um eine Loslösung des am normalen Orte sitzenden Fruchtkuchens handelt. Hier können die Ursachen verschiedene sein. Es können äußere Gewaltwirkungen, wie Schlag und Stoß oder Fall auf den Bauch, in Betracht kommen, sowie auch krankhafte Zustände, die die Nach-geburt weniger fest haften lassen, als normal der Fall ist. Anhaltender heftiger Husten ist auch schon als Ursache beobachtet worden, auch können sich verschiedene Ursachen vereinigen. Da die Nachgeburtslösung vor Ausstoßung des Kindes selten ist, so werden solche Kombinationen noch seltener sein.

Unter der Geburt kann ursächlich wirken die übermäßige Ausdehnung der Gebärmutter durch Fruchtwasserüberfluß oder Mehrlingschwanger-schaft. Wenn nach Abfluß des Wassers oder Geburt eines Zwillinges die Gebärmutterhöhle plötzlich kleiner wird, so kann sich die Nach-geburt lösen; ebenso, wenn das Kind aus der Gebärmutter zum größten Teil, aber nicht aus dem Becken geboren ist, bei engem Becken oder verschleppter Querlage. Auch eine sehr kurze Nabelschnur kann den Fruchtkuchen ablösen, wenn das Kind unter der Geburt an der Nabel-schnur zerrt und diese nicht zerreißt oder nicht Umstülpung der Gebärmutter eintritt.

Krankhafte Zustände, die zur frühzeitigen Los-lösung des Fruchtkuchens führen, liegen meist auf dem Gebiete der Schwangerschaftsniere. Von 70 zusammengefügten Fällen fand man in 30 Eiweiß im Urin; dann kommt auch Syphilis in Betracht. Da Eiweiß bei Mehr-lingschwangerschaften viel häufiger sich zeigt als bei einfachen, so fragt es sich, ob die oben erwähnten Vorkommnisse bei Mehrlingen nicht ebensosehr der Nierenreizung, als der Mehr-lingschwangerschaft zuzuschreiben sind.

Man erkennt die frühzeitige Lösung des Fruchtkuchens an den Zeichen der äußeren oder inneren Blutung. Da diese Regelwidrigkeit nicht nur am Ende der Schwangerschaft, sondern unter Umständen schon früher eintreten kann,

so ist der Beginn dann oft ein überraschender. Die Blutung ergießt sich zwischen den Fruchttüchern und die Gebärmutterwandung und oft bleibt der Randbezirk des ersteren noch haften. Davon hängt es auch ab, ob die Blutung nach außen gelangt und sichtbar wird. Die Frau bekommt einen kleinen Puls, wird blaß und es kann sich Atemnot einstellen. Die Gebärmutter wird oft gespannt und die Spannung kann, wenn die Ablösung rasch entsteht, als Schmerz empfunden werden. Man kann meist keine Kindsteile mehr durchfühlen und auch die Herztöne sind meist nicht hörbar. Blutet es an den unteren Epartien vorbei nach außen, so kann die Erscheinung mit vorliegendem Fruchttuch verwechselt werden. Dies ist aber heutzutage nicht so wichtig, weil wir meist dieselben Mittel für beide Regelwidrigkeiten anwenden. In einzelnen Fällen kann auch durch Verletzung der Eihäute hoch oben in der Gebärmutter Blut sich dem Fruchtwasser beimengen.

Wenn man eine solche Frau in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sieht, die alle Zeichen des Blutverlustes aufweist und deren Gebärmutter und Bauch stärker gespannt erscheint, so wird man nicht mit Suchen nach den Herztönen viel Zeit verlieren, sondern die pflichtgetreue Hebamme wird mit möglichster Beschleunigung einen Arzt beiziehen. Sollte die Geburt bereits im Gange sein und der Muttermund sich eröffnet haben, so wird man hier und da durch eine Zange die Geburt beenden und die Nachgeburt lösen oder exprimieren. Leider ist dann oft noch eine Atonie vorhanden, weil die Gebärmutter so stark ausgebeutet worden war. Wo aber der Muttermund geschlossen ist, wird als einzige Möglichkeit die Entbindung durch Kaiserschnitt übrig bleiben, wenn man nicht die Frau an Verblutung verlieren will.

Auf ein lebendes Kind wird man freilich in den seltensten Fällen rechnen können; denn

durch die starke Verkleinerung der Atem- und Nährfläche geht meist das Kind rasch zugrunde. Besonders ist dies der Fall, wenn die Schwangerschaft erst etwa bis zum 7. oder 8. Monate gediehen ist und das Kind also noch nicht so kräftig ist.

Man kann da aber auch Ueberraschendes erleben. So ist in einem Falle, wo die Blutung sehr heftig war und von dem ersten Anfang bis zur Operation eine gute Stunde verlief, das erst im achten Monate befindliche Kind am Leben geblieben. Beim Kaiserschnitt zeigte sich, daß der Fruchttuch in zirka $\frac{1}{3}$ seiner Fläche abgelöst war und große Blutgerinnsel zwischen Ei und Gebärmutterwand lagen. Ich legte das Kind bei Seite mit dem Bemerken, hier sei wohl nichts mehr zu hoffen, als dieses mit einem schwachen Schrei antwortete. Durch gute Pflege und Betreuung durch einen Kinderarzt gelang es auch, das Kind am Leben zu erhalten. Jetzt ist es schon 7 Monate alt.

Aber auch für die Mutter ist die Voraussage eine ernste. Denn der Blutverlust kann so groß sein, daß sie sich verblutet. Wenn wegen der äußeren Umstände eine Schnittentbindung nicht möglich ist, so versucht man wohl mit Kolpeuryntern den Muttermund rasch zu erweitern. Dabei sieht man dann auch, ob es sich nicht um vorliegenden Fruchttuch handelt. Ist die Geburt im Gange, so kommt auch die Sprengung der Fruchtblase in Betracht. Allerdings wird auch davor gewarnt, indem dann unter Umständen der Gegendruck gegen die blutende Stelle aufgehoben wird und die Blutung sich verstärken kann. Heutzutage wird, wie gesagt, meist der Kaiserschnitt gemacht, den wir ja auch bei vorliegendem Fruchttuch als beste Methode haben kennen lernen.

In äußerst seltenen Fällen kommt es unter der Geburt zu Vorfall des Fruchttuchens; dieser, gelöst, rutscht neben dem Kinde nach unten

und wird vor ihm geboren. Nur bei sehr rascher Geburt kann da das Kind am Leben bleiben. Hier und da, meist bei unreifen Früchten, wird auch der ganze Eifad unverletzt aufs mal ausgestoßen.

Schweiz. Hebammenverein.

Krankenkasse.

Krankgemeldete Mitglieder:

Frau Angst, Uzwil (St. Gallen).
Schweizer Frieda Glur, Bern.
Frau Biegler, Hugelshofen (Thurgau).
Frau Bur, Selzach (Solothurn).
Frau Mögeli, Erlach (Bern).
Frau Uhlmann, Zgis (Graubünden).
Mme. Burkhart, Chavornay (Waadt).
Frl. Pfister, Dübendorf (Zürich).
Mlle. Mottier, Ormond-dessus (Waadt).
Frau Winistorfer, Delfingen (Solothurn).
Frau Meier, Unter-Ghrendingen (Aargau).
Frau Birch, Merischausen (Schaffhausen).
Frau Oberholzer, Wald (Zürich).
Frau von Dach, Lyß (Bern).
Frau Kägi, Wehikon (Zürich).
Frau Zeugin, Duggingen (Bern).
Frau Friedli, Zofingen (Aargau).
Frau Laibacher, Ettlingen.
Frau Gygax, Langenthal (Bern).
Frl. Schneider, Langnau (Bern).
Frl. Schöber, Moutier (Bern).
Frau Dechger, Gansingen (Aargau).
Mme. Wüthier, Colombier (Neuenburg).
Mme. Inceri, Corfier s. Bevey (Waadt).
Frau Scherrer, Niederurnen (Glarus).
Frau Leu, Neuhausen (Schaffhausen).
Frau Lehmann-Heiniger, Thun (Bern).



Gesunde Mütter - gesunde Kinder!

Die wissenschaftliche Forschung der letzten Jahrzehnte hat immer und immer wieder bewiesen, dass Brustkinder besser gedeihen, lebens- und widerstandsfähiger sind, als Flaschenkinder.

Voraussetzung für die Stillfähigkeit ist gute Ernährung und sorgfältige Schonung der Mutter vor und nach der Niederkunft. Viele Frauen können in den letzten Monaten die Nahrung nicht leicht behalten. Deswegen muss eine leichtverdauliche, appetitanregende und dabei doch hochwertige Nahrung gewählt werden. Dabei soll aber diese Nahrung auch gleichzeitig die Milchbildung fördern.

Es gibt wohl kaum etwas Zweckmässigeres, als eine Tasse Ovomaltine zu Frühstück und Zwischenmahlzeit. Sie ist nicht nur wohlschmeckend, hochwertig, leicht verdaulich und gewährleistet guten Ernährungs- und Kräftezustand, sondern dank ihres hohen Maltose-Gehaltes wirkt sie auch fördernd auf die Milchsekretion.

Ovomaltine enthält sämtliche wertvollen Nährstoffe des Malzes, der Milch, der Eier und des Cacao — und nur diese — im Verhältnis, wie der menschliche Körper ihrer bedarf und in der Form, wie sie ihm am zuträglichsten sind.

OVOMALTINE

hilft eine gesunde Generation grossziehen!

Dr. A. WANDER A.-G., BERN