

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

Band: 54 (1956)

Heft: 7

Artikel: Über die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951785>

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: 08.11.2024

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

Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZ. HEBAMMENVERBANDES

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil: Dr. med. v. FELLEBERG-LARDY, Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bern, Spitalackerstr. 52, Tel. 28678; für den allgemeinen Teil: Fr. MARTHA LEHMANN, Hebamme, Zollikofen / Bern, Tel. 650184

Abonnements:

Jahres-Abonnement für die Schweiz Fr. 4.—
für das Ausland Fr. 4.— plus Porto

Druck und Expedition:

Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Bern
Waaghausgasse 7, Tel. 22187

wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind

Insertate:

Im Inseratenteil: pro 1spaltige Petitzeile 48 Cts.
im Textteil: pro 1spaltige Petitzeile 72 Cts.

Ueber die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter

Der weibliche Körper enthält in seinem Becken ein Organ, das für das befruchtete Ei geschaffen ist: die Gebärmutter. Hier kann sich das Ei ansiedeln, hier kann es seinen Fruchtkuchen ausbilden, und dieser Raum entfaltet sich mit dem Wachstum des Inhaltes, er wird nicht ausgedehnt, sondern seine Wandungen wachsen mit dem Ei und so wird dieses nie behindert während der Zeit, da es aus einem stecknadelkopfgroßen Kügelchen zu einem drei bis vier Kilo schweren Lebewesen wird. Und endlich ist dieses Organ befähigt, mit der nötigen Kraft und mit dem wichtigen Anpassungsgeschick die reife Frucht bei der Geburt auszustoßen und die Anhänge, Eihäute und Plazenta nachzuschicken, worauf in wenigen Wochen die Rückbildung erfolgt, so daß, geringe Spuren ausgenommen, wieder der Zustand wie vor der Schwangerschaft erreicht ist.

Wenn ein reifes Ei sich aus dem Graaf'schen Bläschen frei macht und männliche Samenzellen es umschwärmen, so tritt eine dieser Zellen in das Ei ein und die Befruchtung durch Vereinigung der beiden Zellkerne ist da. Dieser Vorgang findet in der Nähe des Eierstockes statt, bis wohin die Samenzellen auf ihrer Wanderung vom hinteren Scheidengewölbe nach oben hinkommen. Dann muß das nun der Entwicklung fähige befruchtete Ei durch den engen Gang des Eileiters und durch den Engpaß der Gebärmutterecke in den Spalt, den die Uterushöhle in diesem Zustande darstellt, hineinwandern.

Wenn aber infolge irgendeines Umstandes diese Wanderung zu langsam oder gestört erfolgt, so kann das Ei unterwegs aufgehalten werden und sich an falscher Stelle anheften. Denn nach der Befruchtung bildet sich aus der äußeren Eischicht der Trophoblast, das Zottengebilde, das die Fähigkeit hat, das mütterliche Gewebe einzuschmelzen und sich in dieses einzudrängen. Diese Fähigkeit hat es nicht nur dann, wenn es in der Gebärmutter sich ansiedelt, sondern auch an anderen Orten des mütterlichen Körpers.

Wenn aus irgendeinem Grunde das befruchtete Ei nicht von dem Fransenrichter des Eileiters aufgenommen wird, so entsteht ein Zustand, den man Bauchhöhlenschwangerschaft nennt. Es sind verschiedene Möglichkeiten vorhanden. Einmal kann das Ei überhaupt nicht aus dem Graaf'schen Bläschen austreten, sondern es wird an Ort und Stelle befruchtet, nachdem das Bläschen geplatzt ist. So haben wir dann eine Eierstockschwangerschaft. Oder das Ei kann sich nach der Befruchtung an einer Stelle des Bauchfelles ansiedeln; im weiteren Verlauf, wenn das Ei am Leben bleibt, bildet sich dann auf den benachbarten Partien des Bauchfelles, den Darmschlingen oder den Aufhängebändern der Därme, eine Plazenta, die natürlich an ungeeigneter Stelle sich nicht gut ausbreiten kann. Man hat auch schon Plazenten an der Unterfläche der Leber gefunden. Wenn sich eine solche Schwangerschaft erhält bis gegen das Ende der Tragzeit, so sind solche Früchte

meist mit Mißbildungen behaftet, da sie ja in einem Raume wachsen, der zu eng ist zu richtiger Entwicklung. Natürlich müssen solche Früchte, auch wenn sie absterben, durch Leibschnitt aus der Bauchhöhle genommen werden. Da man ohne Verletzung der dünnen Darmschlingen die auf ihnen gebildete Plazenta nicht ablösen kann, so beläßt man sie und tamponiert die Eihöhle, worauf sich die Plazentarteile nach und nach von selber ablösen und ausgestoßen werden.

Ein befruchtetes Ei, das nicht in den Eileiter gelangt, kann auch einmal, statt in der Bauchhöhle durch die sogenannte äußere Ueberwanderung, in dem Eileiter der anderen Seite, wo das geplatze Graaf'sche Bläschen nicht saß, sich ansiedeln und zu einer Eileiterschwangerschaft auf der falschen Seite führen.

Die häufigste Art der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist aber ohne Zweifel die Eileiterschwangerschaft in dem Eileiter, der dem Eierstock entspricht, der das Ei geliefert hat. Normalerweise bedeckt ja der Fransenrichter, wenn das Graaf'sche Bläschen springt, den betreffenden Teil des Eierstockes, so daß das austretende Ei in diesen Trichter geleitet wird.

Wenn nun aus irgendeinem Grunde der Transport des Eies durch den Eileiter bis in die Uterushöhle nicht in der kurzen Zeit erfolgt, die dafür vorgesehen ist, wenn das Ei in seinem Gange aufgehalten wird, weil es zu stark gewachsen ist, so kann es unter Umständen hängen bleiben. Die Innenfläche des Eileiters ist mit Längsfalten versehen, die beim Austritt aus dem Uterus nur auf wenige beschränkt sind, sich aber dann mannigfaltig verzweigen, so daß ein ganzes System solcher Falten besteht. Diese Falten der Schleimhaut können nun, wenn Entzündungen des Eileiters vorkommen, miteinander verkleben, so daß da oder dort Schlupfwinkel für das Ei entstehen, in denen es gefangen bleibt. In anderen Fällen hat man auch als Mißbildung Nebeneileiter gefunden, also ein zweites Fransenende, das in einen Sack führt, der an der Seite des echten Eileiters blind endigt. Wenn das Ei in solcher Weise aufgehalten wird, so wird es sich dort entwickeln und seinen Trophoblast in die dünne Eileiterwand einsenken. Man hat früher der Tripperinfektion mit Entzündung des Eileiters an den Verklebungen der Falten Schuld gegeben; doch kommen Eileiterschwangerschaften ja vor bei Frauen, wo eine solche Infektion nie erfolgt ist. Auch ist es nicht ausgeschlossen, daß unterentwickelte Geschlechtsorgane mit zu zarten Eileitern verbunden sind, in denen das Ei nicht vorwärts kommt. Diese letzte Ursache dürfte aber selten sein, denn wir sehen sogar bei fehlender Gebärmutter (und auch Scheide) die Eileiter normal entwickelt. Jedenfalls muß ein Durchgang für die Samenzellen genügend weit sein; doch sind diese ja viel kleiner als das Ei.

Eine Seltsamkeit ist, daß es auch eine innere Ueberwanderung gibt, die darin besteht, daß das

Ei, das den nahen Eileiter passiert hat, statt in der bequemen Gebärmutterhöhle zu sitzen, in die andere Tube wandert und dort, wie bei der äußeren Ueberwanderung, eine Eileiterschwangerschaft verursacht.

Doch zurück zur «normalen» Eileiterschwangerschaft. Wenn also das Ei im Eileiter stecken bleibt, so können verschiedene Stellen in Frage kommen, wo es sich festsetzt. Eine dieser Stellen ist die Nähe des Fransenrichters, also der Oeffnung des Eileiters in die Beckenhöhle. Hier ist der Ausgang häufig der sogenannte Tubenabortion. Nachdem das Ei eine gewisse Größe erreicht hat, löst es sich von der Unterlage unter schwächeren wiederholten Blutungen. Diese bilden entweder ein Gerinnsel um diese Mündung oder bei stärkerer Blutung einen Erguß im Douglas'schen Raum. Ein solcher kann vom hinteren Scheidengewölbe aus angestochen und abgelassen werden, und damit ist oft die Sache erledigt.

Die nächste Station ist die Mitte des Eileiters, der Engpaß. Hier kommt es zu dem erwähnten Verdauen oder Einschmelzen der Schleimhaut und auch der dünnen Eileitermuskelwand. Dann tritt plötzlich ein Durchbruch ein mit oft tödlicher Blutung, wenn nicht rasch eingegriffen wird. Allerdings kommen auch Fälle mit weniger heftigen Symptomen vor. Auch kann der Durchbruch, je nachdem, wo das Ei sitzt, gegen die freie Beckenhöhle oder in das breite Mutterband hinein erfolgen. Im letzteren Falle bildet sich dort ein abgekapselter Blutergeruß, der aber unter Umständen sehr groß werden kann, indem das Blut unter Abheben des Bauchfelles bis in die Nierengegend fließen kann, was eben dann auch einen erheblichen Blutverlust für die Patientin darstellt.

Endlich kann das Ei auch unmittelbar vor dem Eintritt in die Uterushöhle stecken bleiben. Also in der Strecke, wo der Eileiter die Uterusmuskulatur durchsetzt. Hier wird durch die Blutung oft die betreffende Stelle zerfetzt, so daß sich ein großes Loch bildet, woraus es erheblich bluten kann.

In allen diesen letzteren Fällen bleibt, wenn sich der Vorgang nicht rasch beruhigt, was vorkommt, nur die Eröffnung der Bauchhöhle innert kürzester Frist übrig, wo dann die Blutung leicht und rasch gestillt werden kann.

Ich erwähne noch einen, gewiß seltenen Fall, den ich erlebt habe. Eine junge Frau kam mit einer rechtsseitigen Eileiterschwangerschaft mit Tubenabortion zu mir, welchen ich, vom hinteren Scheidengewölbe in den Douglas'schen Raum vorgehend, ausräumen konnte. Zwei Jahre später kam sie wieder mit Anzeichen einer Tubenschwangerschaft. In diesem Falle mußte ich den Bauch eröffnen und fand zu meinem Erstaunen, daß diese zweite Eileiterschwangerschaft wieder in dem selben rechten Eileiter saß.

Den Leserinnen der «Schweizer Hebamme» sei der Vortrag von Miss Dean, Präsidentin des Internationalen Hebammenverbandes, in dieser Nummer zum Studium empfohlen.