

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: 9 (1911)

Heft: 3

Artikel: Der vorliegende Fruchtkuchen

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948780>

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: 05.05.2025

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“
Waghausg. 7, Bern,

wohin auch Abonnements- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,

Frauenarzt,

Schwamengasse Nr. 14, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Hr. A. Baumgartner, Hebamme, Waghausg. 3, Bern

Abonnements:

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

Inserate:

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

Der vorliegende Fruchtkuchen.

Wohl nicht leicht eine geburtshilfliche Regelwidrigkeit bringt die Mutter und das Kind in so unmittelbare Gefahr und ist so geeignet, die Kunst der Geburtshilfe zu Schanden werden zu lassen, wie der vorliegende Fruchtkuchen. Trotz aller Bemühungen der Hebammen und Ärzte gehen jedes Jahr noch viele Mütter und noch mehr Kinder an dieser Komplikation der Geburt zu Grunde und dies selbst in den bestgeleiteten Kliniken, wo alle Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Aber noch viel schlimmer stehen diese Verhältnisse in der Praxis draußen, wo die Hebamme und der Arzt den starken Blutungen oft unter den primitivsten Verhältnissen gegenüberstehen und in einzelnen Fällen schon Mühe genug haben, eine normale Geburt sauber und ohne Infektion zu Ende zu führen, geschweige denn eine solche, die der Infektion, abgesehen von ihrer augenblicklichen Gefährlichkeit, ja einen viel geringeren Widerstand entgegenzusetzen im Stande ist.

Wir wollen heute diese Regelwidrigkeit hier besprechen und sehen, welche Art des Vorgehens die empfehlenswerteste für die Praxis ist.

Damit ein vorliegender Fruchtkuchen entsteht, muß sich das Ei bei seiner ersten Anheftung in der Gebärmutter in den untersten Abschnitten ihrer Höhle einnisten. Man glaubt, daß krankhafte Veränderungen der Schleimhaut, eine entzündliche Verdickung, ein dicker Schleimbelag die Einnistung an der normalen Stelle verhindern, dafür spricht der Umstand, daß der vorliegende Fruchtkuchen bei Gebärmutteratrophie, bei mangelhafter Rückbildung der Gebärmutter nach rasch aufeinanderfolgenden Schwangerschaften oder voraus gegangenen Fehlgeburten besonders leicht auftritt, und daß Mehrgebärende zirka zehnmal häufiger davon betroffen werden als Erstgebärende. Auch ist es denkbar, daß Veränderungen am Ei selber, die das Einnisten erschweren, mit an der tiefen Infektion schuld sind.

Das Ei, das also in der unmittelbaren Nähe des inneren Muttermundes sich angesiedelt hat, macht den gewöhnlichen Entwicklungsgang jedes jungen Eies durch und bleibt auch vorderhand unbemerkt. Der Fruchtkuchen bildet sich aus und die Haftgotten setzen sich in der hinfalligen Haut, der Dezidua, fest. Dementsprechend vergrößern und erweitern sich auch an der Anheftungsstelle die Blutgefäße und durchsetzen die Gebärmutterwand, die dadurch ein schwammiges, schnellkörpermäßiges Aussehen erlangt, wie dies an anderen Stellen der Gebärmutter auch der Fall zu sein pflegt, nur mit dem Unterschied, daß es sich bei dem vorliegenden Fruchtkuchen um die dünne muskelschwache Wand des unteren Gebärmutterabschnittes handelt und nicht um die mächtig ausgebildete Muskelwand des oberen Abschnittes.

Der vorliegende Fruchtkuchen kann nun den inneren Muttermund ganz und mit seinem

Zentrum überdecken, dies ist der zentrale vorliegende Fruchtkuchen. Oder es kann nur ein mehr oder weniger großer Lappen Fruchtkuchen den Muttermund überdecken, Randplazenta praevia. Oder endlich kann der Fruchtkuchen nur mit dem Rande nahe oder ganz bis zum inneren Muttermund reichen, so daß er erst durch die Erweiterung desselben im Muttermunde erscheint, seitlicher vorliegender Fruchtkuchen.

In Erscheinung tritt der vorliegende Fruchtkuchen erst, wenn sich der innere Muttermund unter dem Einfluß der Wehen erweitert. Dies kann nun schon in einer früheren Schwangerschaftsperiode der Fall sein, indem gerade die erwähnten Ursachen dieser Anomalie erfahrungsgemäß leicht zu einer Fehlgeburt führen, wie Gebärmutteratrophie und rasch aufeinanderfolgende Geburten. Gewiß sind viele Aborte mit Plazenta praevia kombiniert und es läßt sich dies nur bei der Entfernung der eventuellen Resten nicht erkennen, weil in dieser frühen Zeit die Verhältnisse nicht derartige sind, daß starke Blutungen auftreten. Manchmal aber sieht man, besonders etwa bei einem ganz und unverlezt ausgestoßenen Ei, daß es sich um eine vorliegende Nachgeburt gehandelt haben muß, wenn die durch die vorangegangene Blutung entstandenen Blutgerinnsel sich auf der Plazentarifläche befinden.

Die meisten Fälle von vorliegendem Fruchtkuchen werden aber erst bei der Geburt erkannt. Hier nun macht sie sich gleich bemerkbar durch oft von Anfang an sehr starke Blutung. Meist etwas vor dem erwarteten Termin der Geburt, also etwas zu früh, fängt die Schwangere zu bluten an. Die herbeigeeilte Hebamme untersucht und stößt nun in der Scheide zunächst auf ziemlich viel Blutgerinnsel. Sie vermutet einen vorliegenden Fruchtkuchen und nimmt sich in acht, nicht durch unvorsichtiges Untersuchen zu einer Verstärkung der Blutung Anlaß zu geben. Manchmal aber findet sie den äußeren und den inneren Muttermund etwas geöffnet, so daß der Zeigefinger ohne Mühe eindringen kann; und dieser stößt unmittelbar über dem inneren Muttermund auf ein lappiges, krümelig anzuführendes Gewebe, das sich von den viel glatteren und weichen Blutklumpen deutlich unterscheiden läßt. Sie wird nicht weiter innerlich untersuchen, um nicht mehr Plazentargewebe abzulösen; aber ihre Vermutung, es handle sich um einen vorliegenden Fruchtkuchen, wird durch das Resultat ihrer vorher vorgenommenen äußeren Untersuchung bestätigt. Sie findet in allen etwas hochgradigeren Fällen den vorliegenden Teil nicht in das Becken eingetreten, sondern über denselben beweglich oder garabzu abgewichen. Was ist nun die Aufgabe der Hebamme in einem solchem Falle?

Wenn der Fall sich in einer Stadt oder sonst in solchen Verhältnissen ereignet, daß eine ärztliche Hilfe rasch zur Stelle sein kann,

so soll die Hebamme ohne weiteres zum Arzt senden und weiter vorläufig nichts tun, als die Gebärende zu lagern und zu körperlicher und geistiger Ruhe anzuhalten. Denn erfahrungsgemäß stehen diese ersten Blutungen meist nach kurzer Zeit von selber, weil die Wehen nicht fortfahren. Sollte aber die Blutung stärker werden und die Frau beängstigende Symptome aufweisen, so werden doch in einer Reihe von Fällen solche Verhältnisse eintreten, daß die Hebamme gezwungen ist, eine Scheidentamponade auszuführen. Denn vor allem muß die Frau vor Verblutung geschützt werden. Im allgemeinen wird in den letzten Jahren von vielen Seiten gegen die Tamponade ins Feld geführt, daß sie in hohem Grade zu Infektionen disponiere; doch ist diese Ansicht auch nicht ohne Widerspruch geblieben. Es kommt eben auch hier vor allem darauf an, wie eine Tamponade ausgeführt wird. Wenn eine Hebamme nach gewissenhafter Reinigung der äußeren Geschlechtssteile mit dem sterilen Inhalte einer Dührsenbüchse für Hebammen, also sterilisierter Salicylwatte, die Scheide vorschriftsgemäß ausstopft, so wird ihr ein Vorwurf nicht gemacht werden können, der aber nicht ausbleiben dürfte, wenn sie eine Frau aus lauter Angst vor Infektion verbluten ließe, in einem Falle, wo der Arzt nicht zeitig genug herbeieilen kann.

Die Tamponade wird am besten so ausgeführt, daß die eine gut desinfizierte Hand mit dem Handrücken nach unten in die Scheide eingeführt wird und nun auf diesem natürlichen Mutterpiegel die Tampons eingeführt werden mit der anderen Hand. Wenn man dann kräftig nach hinten drückt, so klappt dadurch die Scheide so weit, daß man bei dem Stopfen das schmerzhaft Reiben der Watte an der vorderen Scheidenwand und dem Harnröhrenwulst vermeiden und der Frau Schmerzen ersparen kann. Man muß besonders darauf achten, daß die Scheide auch ganz gehörig ausgestopft wird, denn eine schlechte Tamponade nützt nichts. Wenn die Scheide gehörig ausgestopft ist, so wird die Tamponade mit der stopfenden Hand festgehalten und die Hand, die den Spiegel bildete, sorgfältig herausgezogen, ohne daß die Tampons mit herauskommen.

Wenn der Arzt zur Zeit herbeikommen konnte und selber den Muttermund noch zu eng findet, so wird auch er meist wohl tamponieren. Die Tamponade hat den doppelten Zweck, erstens die Blutung zu stillen und zweitens die Wehen anzuregen. Wenn der Fall günstig verläuft, so ist es hier und da möglich, so lange die Tamponade zu lassen oder zu erneuern, bis die Wehen den Muttermund auf Handtellergröße erweitert haben. Dann ist die Entbindung für das Kind und für die Mutter zu einer viel günstigeren geworden.

Meist wird nun dies wohl wegen der Blutung nicht möglich sein und wenn der Muttermund für zwei Finger durchgängig ist, so muß ge-

handelt werden. Die klassische Methode, die hier angewendet wurde und in vielen Fällen noch wird, ist die Wendung nach Braxton-Hicks. Sie besteht darin, daß man den zwei Fingern, mit denen man in die Gebärmutter eindringen kann, den Kopf des Kindes auf die Seite schiebt und nachdem man durch äußere Handgriffe die Füße desselben dem Muttermunde genähert hat, sucht man einen Fuß mit den beiden Fingern zu erfassen und zieht ihn durch den Muttermund und Halskanal aus der Scheide heraus. Um zu den Füßen zu gelangen, muß man natürlich in die Eihöhle eindringen. Zu diesem Zwecke durchbohrt man mit den Fingern die Eihäute neben dem Fruchtkuchen, wenn solche zu fühlen sind, oder den Fruchtkuchen selber, wenn man nicht um ihn herumkommt.

Der Effekt der Wendung und des Herunterholens des Fußes ist der, durch den in den engen Mutterhals und Muttermund eintretenden Steiß des Kindes die blutende Stelle, wo sich der Fruchtkuchen von seiner Unterlage losgelöst hat, zusammenzudrücken und eine weitere Blutung zu verhindern. Von dem Momente an, wo dies gelungen ist, müssen die Wehen das übrige tun. Es darf ja nicht stark an dem Kinde gezogen werden, um nicht Anlaß zu einer Zerreißung des durch die Anheftung der Plazenta auf ihm, wie wir gesehen haben, verdünnten und geschädigten Mutterhalses zu geben. Dieses Verfahren ist ein für die Mutter im ganzen günstiges und für die Hausgeburtshilfe gutes. Aber ihm ist, und nicht ohne Recht, der Vorwurf gemacht worden, daß dabei die Sterblichkeit der Kinder eine ganz enorm hohe ist. Dies erklärt sich erstens daraus, daß bei zentraler Plazenta pravia die Zirkulation des Kindes in dem Mutterkuchen stark geschädigt, ja oft ganz unterbrochen wird; ferner, daß bei der leichten Zerreißlichkeit des Gebärmutterhalses ein rasches Losziehen des Kindes, wenn Gefahr droht, nicht statthaft ist. Die Nabelschnur, die ja in der Plazenta sich anheftet, wird auch leicht gedrückt.

Man hat nun versucht, auf einem anderen Wege zu einem besseren Resultate zu kommen und zu diesem Zwecke empfohlen, einen Gummiballon in die Gebärmutter einzuführen und dann mit Flüssigkeit zu füllen, um durch ihn die Aufgaben erfüllen zu lassen, die sonst der Steiß des Kindes übernimmt. Auch hier sind zwei Methoden zu unterscheiden: entweder, man durchbohrt auch hier die Eihäuten oder den Fruchtkuchen und legt den Ballon in die Eihöhle hinein und drückt so den Fruchtkuchen gegen seine Unterlage, oder man führt den Ballon nur in die Gebärmutterhöhle außerhalb des Eies ein und sucht so die Blutung direkt zu stillen und die Wehen anzuregen. Der letzteren Methode wird der Vorwurf gemacht, daß durch sie der Fruchtkuchen noch mehr von seiner Unterlage abgelöst werde und auch, daß der glatte Reizschub die Blutung nicht so gut stille, wie eine Gaze-Tamponade.

Der Vorteil der Ballonmethode ist der, daß durch den Ballon der Muttermund bis zu einer Größe erweitert werden kann, die es dann erlaubt, das Kind in kürzester Zeit zu entbinden, so daß es am Leben bleibt, ohne daß ein Riß entsteht. Die Wehen werden durch die Wirkung des elastischen Ballons, der ähnlich wie eine Fruchtblase wirkt, angeregt. Es kommt bei dieser Methode sogar vor, daß in den erweiterten Muttermund der Kopf des Kindes eintritt und die Geburt in Schädellage vor sich gehen kann. (Dies ist allerdings bei seitlich vorliegendem Fruchtkuchen auch nach einer einfachen blutstillenden Scheidentamponade möglich und zu erstreben.) Es werden entschieden mit der Ballonmethode mehr Kinder gerettet als mit der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks. Der Nachteil der Ballonbehandlung ist wiederum der, daß die Einführung eines solchen Ballons in der Praxis

auf einem niederen Bette oft nicht leicht sein und wohl auch etwa misslingen dürfte. Wenn wir uns fragen, welche der beiden Modifikationen, die Einführung des Ballons in die Eihöhle oder diejenige außerhalb des Eies die vorteilhaftere sei, so finden wir, daß es hier auf den einzelnen Fall ankommt und je nach dem vom Arzte beurteilt werden muß, was in jedem Falle zu tun ist.

Neuerdings ist von einzelnen Autoren die Forderung aufgestellt worden, bei vorliegendem Fruchtkuchen sei im Interesse des Kindes der Kaiserschnitt auszuführen, wenn die Geburt nicht in Kopflage eintreten könne. Andere wollen den Kaiserschnitt auch im Interesse der Mutter machen, damit der untere Gebärmutterabschnitt nicht durch die Wehen erweitert zu werden brauche. So, sagen sie, umgehen wir die gefährliche Stelle und bringen das Kind ohne Gefahr zu Tage. Hier ist zu erwidern, daß eine solche Operation doch nur in einem Spitale unter günstigen Umständen ausgeführt werden kann und im Privatbause nur sehr schwer tunlich ist. Ferner ist denn doch die Kaiserschnitt-Operation noch immer nicht, trotz neuerer Wege, die eingeschlagen werden, eine absolut ungefährliche Operation und manche Frau wird sich wohl weigern, sie an sich ausführen zu lassen.

Eine sehr einfache Art der Behandlung bei einem sehr kleinen Kinde im 7. Monat, wo ja so wie so die Gefahr dieser Anomalie bedeutend geringer ist als später, ist dem Schreibenden einmal gelungen. Nachdem der Fuß des kleinen Kindes vor die Gesichtsteile gezogen worden war, konnte man durch Druck von oben langsam und sicher erst die Frucht und dann den Fruchtkuchen leicht aus der Gebärmutter und der Scheide extrahieren. Eine Blutung trat hier nicht ein. Selbstverständlich sind solche Fälle sehr selten.

Nach der Geburt des Kindes tritt in einzelnen Fällen die Blutung wieder ein, besonders, so lange die Nachgeburt noch nicht geboren ist. Wenn die Blutung ausbleibt, so kann zugewartet werden; blutet es, so muß in erster Linie der Fruchtkuchen entfernt werden. Hier wird der Arzt oft in die Lage kommen, ihn mit der Hand zu entfernen. Denn die Verhältnisse bei vorliegendem Fruchtkuchen liegen so, daß eine Zusammenziehung der Gebärmutter nicht denselben Effekt auf die Nachgeburt hat, wie wenn er im Grunde der Gebärmutter liegt. Wenn es nach Entfernung des Fruchtkuchens noch blutet, so muß nun des genauesten nachgesehen werden, woher die Blutung stammt. Sie kann aus der Gebärmutterhöhle kommen, infolge fehlender Nachwehen, oder aus der Anheftungsstelle der Plazenta, oder, was bei dieser Regelwidrigkeit nicht selten ist, aus einem Risse des Mutterhalses. In vielen Fällen muß eine Tamponade gemacht werden; in einzelnen Fällen kann der Arzt auch den Riß im Mutterhals nähen, wenn er gut genug sichtbar gemacht werden kann. Hier muß nochmals an den Handgriff erinnert werden, der im Juni vorigen Jahres bei dem Kapitel Nachgeburtshilfungen beschrieben wurde: die Kompression der großen Körperschlagader oberhalb des entleerten Uterus. Es muß etwas weit oben komprimiert werden, damit man über die Stelle hinaus gelangt, wo die Ader sich in die beiden Arterien teilt, welche die beiden Beckenhälften und die Beine versorgen. Die Schlagader fühlt man unter seinem Finger pulsieren und der Druck muß so stark sein, daß sie unterhalb der Kompressionsstelle nicht mehr pulsiert. Mir ist es einmal gelungen, bei einem Falle von seitlicher Plazenta pravia, wo ein Riß aufgetreten war, diesen zu nähen, ohne durch Blut gestört zu werden, indem die anwesende Hebamme die Bauchschlagader zusammenbrückte.

Aus der Praxis.

I.

Erfahrungen ohne und mit den Gummihandschuhen.

Wenn ich einmal die Feder zur Hand nehme, um eigene Erfahrungen niederzuschreiben, so möchte ich vorerst um gütige Entschuldigung bitten; denn schriftliche Arbeiten sind eigentlich für mich ein sonst selten betretenes Gebiet.

Will nur ganz einfach erzählen, was mich zuerst veranlaßte, Gummihandschuhe anzuschaffen, und was ich im Laufe der Zeit für Erfahrungen damit gemacht habe.

Es mögen ungefähr zehn Jahre her sein, als ich an einem Finger der rechten Hand eine kleine Hautverletzung hatte, was nämlich bei meiner dünnen Haut sehr oft vorkommt. Nachdem etwas Salbe darauf gelegt und verbunden war, schenkte ich der Sache keine weitere Beachtung und übernahm bald darauf eine Geburt; besagte Stelle war nun zu wenig geschützt und kam mit dem Ausfluß und dem Blute von der Frau, welche eben nicht gesund war, in Berührung, worauf sich bald ein unheimliches Brennen einstellte, welches zunahm, bis ich ärztliche Hilfe suchte. Leider war es schon etwas zu spät, denn die Spuren einer Blutvergiftung zeigten sich schon mit Schwindel und einem Gefühl, als ob Feuer vom Halse gegen die Ohren hinausschläge. Nach der Wiederherstellung, was zwar nicht so schnell der Fall war, hatte ich ganz gehörigen Respekt vor so etwas, und als der Arzt mich auf die Gummihandschuhe aufmerksam machte, ließ ich mir das nicht zweimal sagen; sie fehlten von da an nie mehr in meiner Hebammen-Tasche. Obgleich noch nicht in ständigem Gebrauche, kam ich doch sehr oft in den Fall, dieses Schutzmittel zu gebrauchen und blieb seither glücklich verschont.

Wie wir nun im Vortrag der Generalversammlung vom Juni 1910 gehört haben, daß der Gebrauch der sterilen Gummihandschuhe bei der Untersuchung und beim Stützen des Damms, zum Schutze der gebärenden Frauen sehr zu empfehlen sei, ließ ich mir das wieder nicht zweimal sagen und setzte mit dem ständigen Gebrauche derselben sogleich ein. Vor zehn Jahren waren sie aber noch so teuer, daß der ständige Gebrauch mir zu kostspielig gewesen wäre; aber seither sind sie im Preise gesunken bis auf 2 Fr. und bei Mehrabnahme sogar auf 1.80 Fr. das Paar. Habe nun auch die Erfahrung gemacht, daß bei guter Behandlung, trotz dem vielen Ausstoßen, ein Paar sogar bis acht Geburten aushalten kann und noch mehr; natürlich sind dann Mißgeschicke dabei ausgeschlossen und in der Zwischenzeit müssen sie gut eingepudert werden. Die Mehrausgabe auf eine Geburt macht somit ungefähr 25 Rp. aus; in Anbetracht des Schadens, der ohne dieselben entstehen könnte, eigentlich gar nicht mehr zu beachten. Ich bin wenigstens mit den Gummihandschuhen so gut befriedigt, daß ich nicht mehr davon lassen werde, und wenn diese Zeilen dazu beitragen würden, irgend eine Kollegin, die es bis dahin unterlassen, auch zu diesem Schritte zu ermutigen, so hätten sie ihren Zweck erreicht. E. S.

II.

Den 21. Juni 1908, morgens 4 1/2 Uhr, kam ich bei einer 1/2 Stunde von mir entfernten, gebärenden Frau an. Es war die 8. Schwangerschaft. Die Frau hatte das 46. Lebensjahr zurückgelegt und sah gesund und wohlgenährt aus. Die vorhergehenden Geburten waren, außer der ersten, welche eine Querlage mit innerer Wendung und nachfolgendem Kinbettfieber war, gut verlaufen.

Die äußere Untersuchung ergab:

Ende der Schwangerschaft, Querlage, große Frucht und dann ziemlich viel Fruchtwasser; Herztöne gut, die Wehen, welche den 20. Juni abends 10 Uhr angefangen hatten, waren schwach, das allgemeine Befinden gut.