

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: 62 (1964)

Heft: 3

Artikel: Methergin und seine Anwendung in der Geburtshilfe

Autor: Ganz, R.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951543>

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 SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitätsfrauenklinik Bern (Prof. Dr. med. W. Neuweiler)

Methergin und seine Anwendung in der Geburtshilfe

Von Dr. med. R. Ganz

1943 wurde Methergin erstmals in den Laboratorien der Firma Sandoz in Basel hergestellt. Damit fand eine lange Entwicklung, die schon vor Jahrhunderten mit der Verabreichung von Mutterkornrogen zur Wehenanregung begonnen hatte, ihren erfolgreichen Abschluss.

Es handelt sich beim Mutterkorn um einen Fadenpilz (lateinisch: *Claviceps purpurea*). Mit Mutterkorn (*Secale cornutum*) wird zwar eigentlich nur ein Stadium der Pilzentwicklung bezeichnet, nämlich die Ueberwinterungsform. Der Pilz wächst in der Ähre zahlreicher Gräser, vorwiegend aber des Roggens, wo er die besten Bedingungen findet. Meist unmittelbar vor der Reife des Getreides wachsen die Mutterkörner zwischen den Spelzen hervor und bilden fast schwarze, fingerförmige, etwas hornartig gekrümmte Gebilde von 1-3 (selten mehr) Zentimetern Länge und zirka $\frac{1}{2}$ cm Breite. Beim Mähen des Roggens, mitunter schon vorher, fallen manche dieser Mutterkörner zu Boden, wo sie überwintern. Im nächsten Frühjahr sprossen dann neue Fadenpilze aus, die an ihrer Spitze ein Sporenköpfchen tragen, aus welchem die Sporen nach Reifung ausgeschleudert werden und durch den Wind und die Insekten auf junge Roggenähren übertragen werden.

Als Verunreinigung des Getreides war das Mutterkorn früher, besonders im Mittelalter (bevor in Europa die Kartoffel aufkam, ernährte sich die arme Bevölkerung fast ausschliesslich mit Brot und anderen Roggenprodukten wie Brei und Suppe), oft Ursache weitverbreiteter Vergiftungserscheinungen, des sogenannten Ergotismus (englisch: Mutterkorn gleich ergot). Nach regenreichen Sommern enthielt der Roggen speziell viel Mutterkorn und der Ergotismus trat dann oftmals «epidemisch» auf. Er manifestierte sich in zwei verschiedenen Formen, einer gangraenösen (brandigen) und einer konvulsiven (krampfauslösenden) Form.

Der Ergotismus convulsivus (früher auch Kriebelkrankheit, Krampfseuche oder Scharbock genannt) trat vorwiegend in Deutschland auf. Die Menschen erkrankten an verschiedenartigsten neurologischen Symptomen wie Ameisenlaufen (Kribbeln) und Sensibilitätsverlust an den Extremitäten sowie schmerzhaften Krampfanfällen einzelner Muskelgruppen oder in schweren Fällen des ganzen Körpers. Andere Symptome begleiteten die schweren Krampfanfälle, wie Herzschwäche, Heiss hunger, Durchfälle, Bewusstseinsverlust usw. Die Sterblichkeit betrug 10-20 Prozent, die Menschen starben entweder im schweren Krampfanfall oder an Komplikationen.

Der Ergotismus gangraenosus trat dagegen vorwiegend in Frankreich auf. Hauptsymptome der erkrankten Menschen waren die sehr heftigen brennenden Schmerzen (Antoniusfeuer, ignis sacer) und die brandigen Veränderungen an den Extremitäten. Nach kürzerer oder längerer Zeit kam es zu Blasenbildung der Haut, Zyanose und schliesslich zum Brand. Blieb er trocken, konnte es bestenfalls zu einem Abstossen der brandigen Anteile und zur Spontanheilung der Extremitätenstümpfe kommen. Wurde der Brand aber feucht, d. h. infiziert, starben die Patienten öfters an schweren septischen Komplikationen.

Tragisch an der Situation war, dass die Menschen den Grund der Vergiftung bis in die Neuzeit nicht kannten. Nur so konnte es geschehen, dass erkrankte Menschen, geplagt von Heiss hunger, noch viel mehr des verdorbenen Brotes assen — ein fataler Teufelskreis. Erst Ende des 18. Jahrhunderts gingen einzelne Forscher den Ursachen der Vergiftung nach und erkannten den wahren Grund. Bis jedoch aller überlieferte, mystische Irrglaube über das Antoniusfeuer und die Krampfseuche ausgetilgt war, dauerte es noch lange Jahre. Es traten noch bis Ende des 19. Jahrhunderts kleinere «Epidemien» von Ergotismus auf.

Die Ursache der zwei verschiedenartig auftretenden Formen der Mutterkornvergiftung ist bis heute noch nicht restlos geklärt. Immerhin hat man auf den Umstand hingewiesen, dass nach alten Urkunden stets die ärmste Bevölkerung von der Krankheit betroffen wurde. Dies würde dafür sprechen, dass einseitige Mangelernährung den Krankheitsverlauf sehr ungünstig beeinflusst. Namentlich scheint bei der konvulsiven Form ein Mangel an Vitamin A eine grosse Rolle zu spielen.

Heute ist die Gefahr der Mutterkornvergiftung dank der Lebensmittelinspektion praktisch gebannt. Im allgemeinen darf angenommen werden, dass ein Gehalt von 0,1 Prozent Mutterkorn im Roggen ganz ungefährlich ist. Die Schweiz hat durch Bundesgesetz die Getreideverhältnisse geordnet. Zum Schutze des Brotkonsumenten ist eine Bestimmung aufgenommen, wonach Roggen mit mehr als $\frac{1}{4}$ Prozent an Mutterkorn von der Ablieferung ausgeschlossen ist.

Die erste Beschreibung des Mutterkorns als wehenverstärkendes Mittel findet sich im Kräuterbuch des Adam Loncier (1582). In der Folge wurden öfters in der Heilkunde das Pulver der getrockneten Mutterkornzapfen oder wässrige Aufgüsse verwendet. Die Wirkungen waren jedoch ungleich, entweder sehr schwach oder dann bisweilen überaus stark. Dazu traten häufig toxische Nebenwirkungen auf. Dies beruhte darauf, dass die Droge nie die gleiche Zusammensetzung zeigte. Die einzelnen Komponenten lagen je nach Zustand des Mutterkorns in verschiedener Konzentration vor, viele zersetzten sich sehr rasch und verloren an Wirksamkeit. Eine genaue Dosierbarkeit gab es demzufolge nicht.

Mit der genauen Zusammensetzung der Mutterkorndroge begann man sich erst Ende des 19. Jahrhunderts ernsthaft zu befassen. Im Jahre 1906 konnten erstmals zwei Alkaloide (basische, stickstoffhaltige Verbindungen) extrahiert werden, die uterus- und gefässwirksam waren sowie die Adrenalinwirkung aufhoben. Beide Produkte zeigten gefährliche Nebenwirkungen, namentlich im Sinne der Gangraen. Sie fanden daher therapeutisch keine Verwendung.

Stoll gelang 1918 in Basel die Isolierung des Ergotamin. Es ist ein reines Alkaloid und hat in therapeutischen Dosen keine Nebenwirkungen. Sein Handelsprodukt, das Gynergen, bedeutete für gynäkologische und geburtshilfliche Behandlungen einen bemerkenswerten Fortschritt, da es wegen seiner guten Dosierbarkeit und dem Fehlen von Nebenwirkungen auf breiter Basis angewendet werden konnte. Im Jahre 1932 konnte eine weitere Komponente aus Mutterkornextrakten isoliert werden, das Ergometrin, nach Reindarstellung Ergobasin genannt. Dieses Alkaloid erwies sich wohl als uteruswirksam, zeigte jedoch keine Wirkung auf die Gefässmuskulatur und hob die Adrenalinwirkung nicht auf. Damit schien das ideale Medikament gefunden. Stoll und seine Forschergruppe konnten dann 1943 nach zahlreichen Versuchen ein im Vergleich zum Ergobasin chemisch nur wenig verändertes, aber noch wirksames Produkt synthetisieren, das Methylergobasin, Methergin genannt. Das Methergin wurde seither im Bereiche seiner Anwendung von keinem Präparat übertroffen. Es ist das wirksamste und hat gar keine Nebenwirkungen. Die Forschung

Voranzeige

Die 71. Delegiertenversammlung des Schweizerischen Hebammenverbandes findet am 15. und 16. Juni 1964 in Flüelen statt. Die Sektion Uri heisst alle Mitglieder freundlich willkommen und freut sich, möglichst viele Teilnehmer im Urnerland begrüssen zu dürfen.

Das Programm mit den Einzelheiten erscheint in der Mai- und Juni-Zeitung.

Sektion Uri
Frau M. Vollenweider, Präsidentin

auf dem Gebiete der Mutterkornalkaloide hat damit einen sehr bemerkenswerten Erfolg erzielt. Die Mutterkornrogen werden heute selbstredend nicht mehr verwendet, da ja die Reinalkaloide in haltbaren und sicher dosierbaren Präparaten erhältlich sind.

Folgende Mutterkornderivate finden sich heute im Handel:

METHERGIN = Methyletergobasin

PARTERGIN = Methyletergobasin, schwächer dosiert, nur zur oralen Gabe

GYNERGEN = Ergotamin

NEO-GYNERGEN = Ergotamin und Ergobasin

DIHYDERGOT = Dihydroergotamin

HYDERGIN = Dihydroformen der Ergotoxine

Letztere zwei Präparate haben keine Uteruswirksamkeit mehr, sondern nurmehr eine sympatholytische Wirkung. Das Partergin schien eine Zeitlang die Hypophysenhinterlappenpräparate als Wehenmittel zur Geburtseinleitung und in der Eröffnungsphase zu verdrängen. Heute werden in dessen wieder vermehrt Hinterlappenpräparate bevorzugt.

Methergin steht mit seiner Wirkung wohl einzigartig da; seit seiner klinischen Einführung vor 20 Jahren sind zahlreiche Publikationen erschienen, die ausnahmslos seine gute Wirksamkeit unterstreichen.

Als Wehenmittel unter der Geburt, d.h. in Eröffnungs- und Austreibungsperiode, wird das Methergin wegen Wehenkrampfgefahr nicht verwendet. Es ist das Mittel der Wahl der Placentarperiode. Ferner findet es regelmässige Verwendung im Wochenbett und bei gynäkologischen Blutungszuständen. Es wirkt per os und parenteral gleicherweise gut.

In der Nachgeburtsperiode spielen sich zwei Vorgänge ab, die Lösung und die Ausstossung der Placenta. Als erstes kommt es nach Ausstossung des Kindes zu einer Verkleinerung des Uterus (Retraktion). Der Fundus reicht nurmehr bis Nabelhöhe. Die Nachgeburtswehen setzen in der Regel 5-10 Minuten nach der Geburt ein. Durch die Verkleinerung der Haftfläche bedingt, setzt die Lösung der Placenta an irgend einer Stelle, besonders aber im Zentrum, ein. Dies führt zu einer Blutung zwischen Placenta und Uteruswand (retroplacentares Hämatom), die ihrerseits die weitere Ablösung der Placenta fördert. Ist der Mutterkuchen vollkommen gelöst, kommt es zur Lösungsblutung, da das retroplacentare Hämatom nun nach aussen abfliessen kann. Weitere Lösungszeichen am Uterus sind: sein Aufsteigen über Nabelhöhe hinaus (meist etwas nach rechts verschoben). Der Uterus wird dabei zugleich schmaler, hart und kantig. Drückt man nun knapp oberhalb der Symphyse die Finger einer Hand in die Bauchdecken ein (Küstner'sches Nabelschnurzeichen), so ist die Placenta gelöst, wenn sich die Nabelschnur nicht mehr zurückzieht. Die Ausstossung erfolgt mit Hilfe der Bauchpresse. Die Nachgeburtsperiode dauert von der Geburt des Kindes bis zur Ausstossung der Placenta. Bei streng konservativer Nachgeburtsleitung entspricht dies einer Zeitspanne zwischen 10 und 30 Minuten.

Mit der Geburt des Kindes sind für die Mutter die Gefahren nicht beseitigt. Im Gegenteil, durch eine in der Nachgeburtsperiode auftretende starke Blutung kann plötzlich eine bedrohliche Situation entstehen. Der physiologische, einem normalen Geburtsablauf entsprechende Blutverlust beträgt 100-400 Gramm. Der Durchschnittswert beträgt etwas über 300 Gramm. Beträgt die Blutung mehr als 500 Gramm, spricht man von erhöhter Nachgeburtsblutung. Diese ist entweder durch einen Riss oder häufiger durch Atonie des Uterus bedingt (Schlaffheit, mangelnde Kontraktion). Solche atonische Blutungen erreichen nicht selten einen Liter oder mehr und können sehr gefährlich werden. Die Frau ist geschwächt, erholt sich viel langsamer (längeres Wochenbett), ist anfälliger gegen Infekte und braucht eventuell mehrere Bluttransfusionen. Alle diese medizinisch und sozial unerwünschten Folgeerscheinungen bleiben aus, wenn man solche Nachgeburtsblutungen verhindern kann. Früher waren als Geburtskomplikationen gefürchtet (nach Häufigkeit): das Wochenbettfieber, die Eklampsie und die Nachgeburtsblutung. Schweres Wochenbettfieber ist heute eine Seltenheit dank der Asepsis. Das Wesen der Eklampsie konnte erkannt und die Krankheit erfolgreich behandelt werden. Dadurch stieg der relative Anteil der tödlich verlaufenden Nachgeburtsblutungen an sämtlichen durch Geburtskomplikationen bedingten Todesfällen auf 20-30, ja nach vereinzelt Statistiken sogar auf 40 Prozent! Daraus erklärt sich die intensive Forschung während Jahrzehnten nach einem Mittel, die Nachgeburtsblutungen zu beherrschen.

Mit dem Methergin, das prophylaktisch beim Austritt des Kopfes verabreicht wird, konnte dies erreicht werden. Sämtliche Statistiken (sie erfassen zusammen mehr als 30 000 Methergingeburten und mindestens ebenso viele Kontrollgeburten) stellen einhellig fest, dass der durchschnittliche Blutverlust in der Nachgeburtsperiode um zirka die Hälfte verringert wird und dass die atonischen Blutungen über 500 Gramm mit ihren gefährlichen Folgen sehr viel seltener auftreten. Resultate an einer so grossen Zahl von Geburten sind kein Zufall, sie belegen eindeutig und unumstösslich die gute Wirksamkeit des Methergins.

Wir wollen nun einige Punkte, die die Anwendung von Methergin betreffen, näher beleuchten.

Indikation.

Die Frage, ob Methergin wahllos bei allen Geburten oder nur selektiv bei einer bestimmten Gruppe von Gebärenden angewendet werden solle, wurde oft diskutiert, namentlich früher, als noch nicht so viele Resultate vorlagen. Zahlreiche Geburtshelfer waren der Ansicht, eine Blutung bis

400 Gramm sei physiologisch, und es sei nicht nötig, zu versuchen, in jedem Falle eine Verminderung dieser Menge zu erreichen. Sie schlugen daher vor, Methergin nur zu verabreichen, wenn Anhaltspunkte für eine verstärkte Blutung vorlägen, wie etwa frühere Nachgeburtskomplikationen, Zwillingsgeburten, Hydramnion, stark verlängerte oder verkürzte Geburtsdauer, operative Eingriffe, alte Erstgebärende, Wehenschwäche, Fettleibigkeit, Präeklampsie, Eklampsie, Anämie oder andere Krankheits- und Schwächezustände usw. Diese «gezielte» Prophylaxe ergab gute Resultate, aber nie ebenso gute, wie bei genereller Metherginprophylaxe. Dies ganz einfach aus dem Grunde, weil doch ein gewisser Prozentsatz an atonischen Nachblutungen bei Frauen auftritt, die keine sogenannten Warnzeichen aufweisen, vor allem Primiparae. Auch das ärztliche Bestreben, eine Indikation zu stellen und nicht einfach in jedem Fall ein Medikament zu verabreichen, spielte bei der gezielten Prophylaxe eine grosse Rolle. Immerhin liegen nun so viele gute Resultate vor (ferner hat sich erwiesen, dass das Methergin keine Nebenwirkungen hat), dass sich die generelle Prophylaxe durchsetzt. Auch im Frauenspital Bern wird seit 1955 das Methergin mit wenigen Ausnahmen jeder Gebärenden während des Austritts des Kopfes injiziert.

Art, Dosierung und Zeitpunkt der Injektion.

Das Methergin wird schnell intravenös in eine Vene der Ellenbeuge eingespritzt. Die Wirkung tritt nach 30 Sekunden ein und hält 2-8 Stunden an. Bei intramuskulärer Injektion tritt die Wirkung erst nach 2-5 Minuten ein.

Die Dosierung beträgt eine Ampulle = 1 cc = 0,2 mg. Einige Autoren glauben, dass auch die halbe Dosis eine ebenso gute Wirkung zeige.

Als Zeitpunkt der Injektion wird allgemein das Durchschneiden des Kopfes, der vorderen oder der hinteren Schulter angegeben, seltener das Ende der Ausstossung. Anerkannterweise nimmt die Wirksamkeit des Methergins um so mehr ab, je später es injiziert wird. Bei Beckenendlage erfolgt die Einspritzung nach Geburt des Kopfes, bei Zwillingen nach Geburt des zweiten Kindes. Bei verkannten Zwillingsschwangerschaften besteht eine Gefahr für das zweite Kind, wenn Methergin nach oder bei der Geburt des ersten verabreicht wird. Man sollte sich daher in jedem Falle vergewissern, ob nicht Zwillinge vorliegen. Um einen speziellen Fall handelt es sich, wenn man das Methergin erst nach Ausstossung der Placenta bei beginnender atonischer Nachblutung verabreicht. Uteruswehendruckmessungen haben ergeben, dass in einem solchen Falle die Dosis von 0,2 mg zu hoch ist und die ideale Dosis 0,05 mg (= $\frac{1}{4}$ cc) beträgt. Eine eventuelle zweite Gabe von Methergin bei ungenügender Wirksamkeit muss man mit einem Spasmolyticum kombinieren.

Dauer der Nachgeburtsperiode.

Zahlreiche Statistiken geben bei Anwendung von Methergin eine deutliche Verkürzung der Nachgeburtsperiode an. Diesem Umstande kommt jedoch keine erstrangige Bedeutung zu, da ja kein medizinisches Interesse besteht, die Nachgeburtsperiode zu verkürzen, sondern vielmehr den Blutverlust zu mindern. Auch sind diese Statistiken von fraglichem Wert, da einmal die Nachgeburtsperiode konservativ, ein anderes Mal jedoch aktiv geleitet wird (Expression der sicher gelösten Placenta bei der ersten kräftigen Nachgeburtswehe).

Blutungsmenge.

Wie bereits erwähnt, sinkt die durchschnittliche Blutungsmenge bei Metherginprophylaxe um fast die Hälfte von zirka 300 Gramm auf zirka 150 Gramm. Im Frauenspital Bern betrugen diese Werte bei je 1000 Geburten 262,5 Gramm und 131,5 Gramm. Noch auffallender ist das weitgehende Verschwinden schwerster atonischer, lebensgefährlicher Blutungen aus dem Krankengut nach Methergingabe. Von mehreren Geburtshelfern wird ferner darauf hingewiesen, dass bei schweren Geburten, wie Kinder über 4000 Gramm, Geburt über 12 Stunden usw. die durchschnittliche Einsparung an Blut nach Methergin sogar deutlich mehr als die Hälfte (bis $\frac{3}{4}$) beträgt! Andererseits konnte bei Spätaborten, Früh- und Totgeburten keine blutsparende Wirkung des Methergins mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Parallel zu dieser imposanten Herabsetzung des durchschnittlichen Blutverlustes geht verständlicherweise ein Minderbedarf postpartal an Transfusionsblut bzw. Blutersatzmitteln, von welchen je nach Statistik 4-10 mal bzw. 2-7 mal weniger gebraucht wurden bei gleich grossen Gruppen mit oder ohne Methergin behandelter Geburten.

Placentarstörungen.

Wie schon mehrfach erwähnt, ist die Zahl der Atonien bedeutend geringer geworden seit der Metherginprophylaxe. Ja, in einigen Statistiken fehlen sie seither sogar! Dies ist auf die praktisch nach Methergingabe nie ausbleibende kräftige und anhaltende Kontraktion der Gebärmutter nach Ausstossung der Frucht zurückzuführen. Durch diese Kontraktion des gesamten Uterus lässt auch die Lösung der Placenta, sofern ihr Sitz und die Art ihrer Haftung an der Gebärmutterinnenwand normal sind, nie lange auf sich warten. Durch Injektion von Kontrastmittel in die Nabelschnur konnte festgestellt werden, dass die Placenta im Normalfall regelmässig nach drei Minuten gelöst ist. Sie liegt dann im unteren Uterinsegment oder in der Scheide.

Die Lösungszeichen sind allerdings nach Methergin nicht immer typisch zu sehen, es fehlen oft das Aufsteigen über Nabelhöhe und das Kantigwerden. Das sicherste Lösungszeichen bleibt der Küstner'sche Handgriff. Es muss indessen an dieser Stelle auf den alten geburtshelferischen Grundsatz hingewiesen werden, dass die Gebärmutter in der Nachgeburtszeit keinesfalls durch Manipulationen gestört werden darf. Dieser Grundsatz hat auch bei der Metherginprophylaxe seine unbeschränkte Gültigkeit! Der Küstner'sche Handgriff hat daher möglichst schonend, regelrecht und nicht häufiger als nötig durchgeführt zu werden.

Auch die unvollständigen Placenten sind seltener geworden und damit die Nachtastungen wegen ungewissem Zurückbleiben von Placentateilen im Uterus.

Dagegen gehen die Zahlen in den verschiedenen Statistiken über die Nachtastungen zwecks manueller Placentalösung z. T. stark auseinander. Bei einigen Autoren sind auch sie seltener geworden, bei anderen sind die Prozentzahlen gegenüber früher unverändert, bei einer dritten Gruppe schliesslich hat die Zahl seit der Metherginprophylaxe deutlich zugenommen. Dazu ist zu bemerken, dass vorerst einmal statistisch einige Vorbehalte angebracht werden können; denn trotz hohen Geburtenzahlen ist der Anteil an manuellen Lösungen stets klein, er schwankt zwischen 0,5 und drei Prozent (Nachteil der kleinen Zahl). Zahlenmässig sind das meist weniger als 20 Fälle bei Geburtenzahlen zwischen 100 und 1000, selten einmal mehr. Zum Teil führen die Autoren diesen prozentualen Anstieg auf falsche Manipulationen zurück, z. T. auf einen Spasmus der Cervix uteri, der die Ausstossung der gelösten Placenta verhindert. Dieser Spasmus wäre durch das Methergin bedingt. Vielerorts wird heute daher die sicher gelöste Placenta bei der ersten kräftigen Nachgeburtswehe exprimiert, um der Verhaltung zuvorzukommen.

Selbstverständlich kann bei abnormen Lokalisationen der Placenta (Tubenwinkel) oder bei Haftungsanomalien (Placenta adhaerens, accreta oder increta) das Methergin die Nachtastung oder andere Eingriffe nicht verhindern. Immerhin ist auch da in der Regel die Blutung geringer.

Leitung der Nachgeburtsperiode.

Wegen der an einigen Kliniken festgestellten Zunahme an manuellen Lösungen seit der Metherginprophylaxe, herrschen gegenwärtig verschiedene Ansichten über die «beste» Leitung der Nachgeburtsperiode. Wie erwähnt, ist man an verschiedenen Orten dazu übergegangen, die sicher gelöste Placenta möglichst rasch zu exprimieren. An anderen Kliniken ist die Leitung nach wie vor expektativ, d. h. abwartend und ein aktives Vor-

gehen nur für Komplikationen vorbehalten (starke Blutung, Placentaverhaltung über eine Stunde).

Im Frauenspital Bern konnte bis jetzt eine statistisch gesicherte Zunahme an manuellen Lösungen nicht festgestellt werden. Wir glauben nicht, dass bei regelrechter, abwartender Leitung der Nachgeburtsperiode wegen des Methergins vermehrte Lösungs- und Ausstossungskomplikationen der Placenta auftreten und sehen deshalb keinen Grund, diese Methode zu verlassen. Ein generell aktives Vorgehen kommt in der Aussenpraxis ohnehin nicht in Frage. Die jungen Hebammen an der Hebammenschule im Frauenspital Bern lernen so die Verhältnisse kennen, wie sie sie später, namentlich bei Hausgeburten, vorfinden werden. Sie lernen beurteilen, wann ärztliches Eingreifen in der Nachgeburtsperiode not tut.

Nebenwirkungen.

Es konnten nie toxische Nebenwirkungen des Methergins nachgewiesen werden. Auch hat es keine blutdrucksteigernde Wirkung. Das Methergin darf daher sogar bei Nierenschäden und bei präeklampsischen oder eklampsischen Zuständen ohne Bedenken verabreicht werden. Auch konnte nie eine nachteilige Beeinflussung der Milchleistung festgestellt werden.

Kontraindikationen.

Uterus myomatosus und frühere Operationen im Bereiche des Myometriums gelten am Frauenspital Bern als einzige Kontraindikationen der prophylaktischen Methergingabe. Immerhin liesse sich vielleicht noch eine weitere Einschränkung machen: hat eine Gebärende kurz vor der Geburt eine höhere Dosis Hypophysenhinterlappenpräparat (namentlich wenn dies auf intravenösem Wege geschehen ist) erhalten, so kann man auf das Methergin verzichten, um eine Kumulation der wehenfördernden Wirkungen und damit einen ev. Spasmus der Cervix uteri zu vermeiden.

Methergin im Wochenbett.

Der grosse Vorteil des Methergins beruht hier in seiner oralen Applikationsmöglichkeit. Dreimal 10 Tropfen Methergin täglich eignen sich bestens zur Tonisierung eines ungenügend rückgebildeten Uterus mit seinen Begleiterscheinungen wie Verhaltung des Lochialsekretes, dem öfters ja noch Koagula und Eihautfetzen beigemengt sind, sowie Sickerblutungen. Bei schweren Affektionen, wie Infektionen, Blutungen wegen Retention von Placentarteilen, Myomen, Gerinnungsstörungen usw. ist wohl eine kausale Behandlung angezeigt. Methergin ist indessen als Unterstützungstherapie zur Tonisierung der Gebärmutter und zur Stillung von Blutungen in jedem Falle anwendbar.

Ostern

Nun aber ist Christus von den Toten auferweckt worden als Erstling der Entschlafenen. 1. Korintherbrief 15. 20

Hören Sie den Jubel des Apostels aus diesem Satz heraus? Für Paulus ist Ostern das Bedeutungsvollste, was es gibt. Wäre Christus nicht auferstanden, so wäre es mit allem Glauben nichts. Wir wären nicht einfach nur die Dummen, sondern die bedauernswertesten Geschöpfe der Menschheit. Um unser ganzes Leben geprellt und betrogen. Das führt der Apostel in Vers 12-19 des Kapitels aus.

Wo bleibt der Jubel bei uns, liebe Freunde? Warum bedeutet Ostern auch für so viele Zeitgenossen nur Urlaub, Reisen, Sport — sonst aber auch rein nichts mehr? Sicher auch darum, weil wir Christen samt und sonders wenig von der Hoffnung auf das ewige Leben ausstrahlen. Auch wir klammern uns krampfhaft ans Diesseits. Von der Freude auf das «Bei dem Herrn sein allezeit» spürt man wenig bei uns.

Kommt wohl daher so viel falscher Ernst, so viel düstere Bekümmernis, so viel gottloser Sorgegeist? Herr, lass es wirklich festliche Ostern werden bei mir und allen meinen Mitchristen. Schenke Du uns etwas von der Heiterkeit der Gotteskindschaft, damit die Welt an dich glauben kann.

Aus: Morgengruss von Hans J. Rinderknecht



KAMILLOSAN

Liquidum *

Salbe *

Puder

**entzündungswidrig
geruchbeseitigend
reizmildernd**

*** Kassenzugelassen!**

Prospekte und Muster
stehen zur Verfügung



TREUPHA AG BADEN