

**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:** 46 (1948)

**Heft:** 5

**Artikel:** Die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärdemutter

**Autor:** [s.n.]

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-951517>

### **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:** 24.01.2026

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

## Die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter.

Es ist heute bekannt, daß sich das Ei aus dem Graaffschen Bläschen etwa um die Mitte zwischen zwei Perioden löst und, wenn ein Beischnaf stattgefunden hat, durch die Samenzellen gleich nach seinem Austritt befruchtet werden kann. Die Befruchtung findet also in der Nähe des Eierstockes statt. Bei der Eilösung legt sich der Fransenrichter des Eileiters über die Stelle des Eierstockes, wo die Eilösung stattgefunden hat, so daß das Ei gewissermaßen zwangsweise in den Eileiter geleitet wird. Von da wird es durch das Fimmierepithel des Eileiters nach der Gebärmutter geführt, um sich dort in deren Schleimhaut einzubetten.

So geht der Prozeß vor sich bei normaler Schwangerschaft. Nun können aber verschiedene Ursachen den Transport des Eies nach der Gebärmutter verhindern; wenn dann ein so aufgehaltenes befruchtetes Ei sich weiter entwickelt, an einer Stelle, die noch außerhalb der Gebärmutter liegt, so haben wir eine Extrauterine Schwangerschaft vor uns. In den meisten Fällen dieser Regelwidrigkeit kommt es zur Einbettung des Eies im Eileiter; dann sprechen wir von einer Eileiterschwangerschaft. In seltenen Fällen kann es auch noch innerhalb des Graaffschen Bläschens befruchtet werden und sich dann dort entwickeln; dies ist die Eierstockschwangerschaft. Ferner kann das befruchtete Ei, statt in den Eileiter zu gelangen, auf das Bauchfell geraten. Dort kann es sich ebenfalls einbetten, so merkwürdig dies auch erscheinen mag, und dann kommt es zu einer Bauchhöhlenschwangerschaft. Es sind sogar Fälle bekannt geworden, wo das Ei an der Unterfläche der Leber zu sitzen kam; diese sind aber äußerst selten. Wenn eine solche Schwangerschaft, wie dies vorgekommen ist, sich bis in die zweite Hälfte der Tragzeit weiter entwickelt, findet man meist die Früchte mißgestaltet. Man sieht besonders ausgereifte Hüften, weil für die normale Entwicklung der Knochen und Gelenke kein genügender Platz in dem abnormalen Eissack vorhanden ist.

Um nun aber auf die häufigste Art der ectopischen Schwangerschaft (ek = außerhalb; topos = Ort) zurückzukommen, muß gesagt werden, daß hier bei der Eileiterschwangerschaft verschiedene Stellen des Eileiters in Frage kommen.

Wenn das befruchtete Ei nicht weiter gelangt als bis in den Teil des Eileiters, der die Gebärmutterwand durchbricht, also in die Gegend der Gebärmutterecke, so spricht man von einer interstitiellen Schwangerschaft (Interstitium = Zwischenraum). Hier ist die Wandung zwar dicker als im übrigen Verlauf des Eileiters; aber an dieser Stelle ist die Schleimhaut nur dünn; sie wird bald aufverdaut sein, und die Zotten des sich weiter entwickelnden Eies drängen dann zwischen die Muskelfasern; diese werden auseinander gedrängt und auch teilweise zerstört. So kommt es nach wenigen Wochen zu einer Zerreißen der Stelle. Man kann sich darüber ein Bild machen, wenn man sieht, wie in der Natur das langsame, aber stetige Dickenwachstum einer Baumwurzel mit der Zeit eine dicke Mauer aus ihren Jagen drängen kann. Unheimlich ist die Kraft der wachsenden lebenden Materie.

Bei diesem Plagen ergießt sich dann eine Menge Blut in die Bauchhöhle. Wenn die Blutung langsam erfolgt, in Schüben, so können die umliegenden Bauchfellpartien miteinander verkleben und es erfolgt ein abgefaßter Bluterguß. Ist dies nicht der Fall, so kann sich die Patientin in ihre Bauchhöhle hinein verbluten, wenn nicht rasche operative Hilfe zur Hand ist.

Ein zweiter Fall ist die Ansiedelung des Eies im Verlauf des Eileiters. Auch hier ist die Schleimhaut, in die sich das Ei einsetzt, nur dünn und darunter ebenfalls nur eine dünne

Muskelschicht. Wenn nun die Zotten gebildet sind und anfangen, das mütterliche Gewebe anzufressen, so ist bald einmal die Grenze des Zulässigen erreicht; nun muß es zu einer Eröffnung der Tube kommen. Allerdings kann auch das Ei frühzeitig absterben und sich nicht weiter entwickeln; dann blutet es noch um das Ei herum und teilweise auch aus dem Fransenrichter in den Douglasischen Raum. Der Eileiter platzt nicht, sondern ist nur stark aufgetrieben. Nach einiger Zeit kann auch der Blutkumpen mit dem Ei darin aus dem Fransenende ausgestoßen werden. Wir haben dann einen Tubarabort mit einem Bluterguß in den Douglasischen Raum, der aber nicht auf einmal stark, sondern in kleineren Schüben stattgefunden hat. Auch hier ist diese „Hämatotele“ abgeschlossen durch fibrinöse Verklebungen der Umgebung.

In anderen Fällen aber bricht, wie gesagt, das wachsende Ei durch die Eileiterwand durch. Hier kommt es darauf an, nach welcher Seite dies geschieht. Der Eileiter ist zu drei Vierteln von dem Bauchfell des breiten Mutterbandes umhüllt; nur gegen unten, wo sich die beiden Blätter dieser Umhüllung treffen, ist er ohne Ueberzug. Wenn nun der Durchbruch gegen die Beckenhöhle durch den Bauchfellüberzug erfolgt, so kann auch hier eine sehr heftige Blutung in die Bauchhöhle erfolgen, und manchmal ist sie so stark, daß die Patientin an Verblutung stirbt, bevor Hilfe gebracht werden kann.

Wenn hingegen der Ausbruch gegen den Raum zwischen den beiden Blättern des breiten Mutterbandes erfolgt, so blutet es zwischen diese Blätter hinein und die Folge ist ein großer Blutraum, der unter dem Bauchfell sich bis in die Nierengegend erstrecken kann und das ganze Beckenbindegewebe wenigstens auf der befallenen Seite durchtränkt. Auch hier kann der Blutverlust recht bedeutend sein. Man kann aber dann bei der Operation, nachdem man die Quelle der Blutung gestillt hat, diesen Bluterguß außerhalb des Bauchfelles ableiten.

Im Falle eines Blutergusses in den Douglasischen Raum oder sonst einer abgekapselten Blutung, ist die Möglichkeit gegeben, daß das Blut sich infiziert. Die Bakterien dringen durch die Darmwand, denn sie kommen aus dem Darne, und die Darmwand wird für die durchlässig, weil sie durch die Fibrinverklebungen eben geschädigt ist. Darum soll nicht zulange mit der Eröffnung eines solchen Blutergusses zugewartet werden. Der Erguß im Douglas kann so zu einem Douglasabszeß werden. Beide, der Bluterguß und der Abszeß im Douglas können von dem hinteren Scheidengewölbe aus eröffnet werden, weil ja das Bauchfell dieses Raumes bis zum mittleren Drittel der hinteren Scheidewand herunterreicht.

Wenn das Ei sich im Fransenrichter, also auf einer oder mehrerer Fransen, ansiedelt, so kommt es meist zum Tubarabort, wie er oben beschrieben ist.

Bei der oben erwähnten Bauchhöhlenschwangerschaft, wenn die Frucht sich bis zur zweiten Schwangerschaftshälfte entwickelt, muß immer operativ die Frucht entfernt werden. Es sind früher Fälle vorgekommen, wo eine solche Sache nicht erkannt wurde. Die Frucht starb ab, sie wurde trocken wie eine Mumie, sie verkleinerte sich dadurch und mit den Jahren lagerten sich Kalksalze ab. Wenn bei einer späteren Operation oder Leichenöffnung der Befund erkannt wurde, sprach man von einem Steinkind. Heute, bei der Menge von Spitälern und der größeren Operationsfreudigkeit von Ärzten und Patienten, sind solche Vorkommnisse sehr selten geworden.

Wird nach der oft schwierigen Diagnose einer Bauchhöhlenschwangerschaft operiert, so kann man nicht einfach das ganze Ei entfernen. Man findet die Frucht in einer Eihöhle, und eine

Plazenta, die auf Darmschlingen oder anderen Organen feststeht und ohne Verletzungen dieser nicht abgelöst werden kann. Man hilft sich dann so, daß man nach Entfernung der Frucht die Eihöhle mit einem Gazetampon austapeziert und sie sich selber überläßt, indem man nur Infektionen verhütet. Nach und nach verkleinert sich die Höhle, weil die umliegenden Organe zusammenrücken. Die Plazenta geht stückweise ab und läßt an ihrer Stelle ein Granulationsgewebe zurück. Die Wände der Höhle verkleben schließlich und an Stelle der Höhle bleibt eine narbige Schwarte mit den daran verwachsenen Darmschlingen oder anderen Bauchorganen. Doch braucht dies nicht zu Schwierigkeiten in der Zukunft zu führen, denn Verwachsungen können mit normaler Darmtätigkeit vorhanden sein, wenn sie nicht zu einer Abknickung einer Darmschlinge führen.

Meistens wird eine Bauchhöhlenschwangerschaft nicht durch sofortige Ansiedelung des Eies an einer Stelle der Bauchhöhle bedingt, sondern als sogenannte sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft, d. h. das Ei stammt aus einer Eileiterschwangerschaft oder Eierstockschwangerschaft und nach dem Plagen des Eileiters bleibt es noch mit genügendem Gewebe in Zusammenhang, um weiter zu leben; dann setzt es sich an einer anderen Stelle fest und entwickelt sich dort weiter. Bei der Kleinheit des befruchteten Eies im Anfang ist dies nicht so verwunderlich, denn in diesem Zeitpunkt stellt es noch keine großen Anforderungen an das mütterliche Gewebe. Doch ist dies nur ganz im Anfang der Fall; später hat es mehr nötig und stirbt ab, wenn es dies nicht bekommt.

Als Ursachen für eine Ansiedelung des Eies im Eileiter statt in der Gebärmutter können verschiedene Dinge in Frage kommen. Wir müssen heute als sicher annehmen, daß die Befruchtung des reifen Eies immer in der Nähe des gesprungenen Graaffschen Bläschens stattfindet. Die Samenzellen dringen infolge ihrer Eigenbewegung bis dorthin und das frisch ausgeschwemmte Ei kommt gleich mit ihnen in Kontakt. Wenn nun aus irgendeinem Grunde der Transport durch den Eileiter in die Gebärmutter sich verzögert, kann das Ei so stark wachsen, daß es in einer Falte der Eileiterschleimhaut, die ja sehr stark ausgebildet sind, hängen bleibt. Dann können auch Verklebungen solcher Falten infolge einer abgelaufenen Entzündung irgendwelcher Art eine Art Taschen bilden, in denen das Ei gefangen wird. Etwa hat man auch beobachtet, daß neben der eigentlichen Fransenöffnung des Eileiters noch eine kleine, blind endende Nebentube da war, in der das Ei saß und nicht mehr heraus konnte.

In allen Fällen, wo eine Schwangerschaft im Eileiter oder sonst außer der Gebärmutter diagnostiziert wird, ist die einzige Behandlung die Operation. Man öffnet die Bauchhöhle und entfernt den blutenden Eileiter und bindet die Gefäße ab. Nur bei Tubarabort kann oft zugewartet werden, um dann den Bluterguß im Douglas durch Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes abzulassen.

## Migräne?

# Melabon

hilft rasch und zuverlässig

In Apotheken erhältlich Fr. 1.20, Fr. 2.50, Fr. 4.80

Die vorteilhaften Vorratsspackungen sind wieder erhältlich: 100 Kapseln Fr. 18.— (Ersparnis Fr. 5.40) 200 Kapseln Fr. 33.— (Ersparnis Fr. 13.50!)

Bestellen Sie rechtzeitig! K 4429 B

A.-G. für PHARMAZEUTISCHE PRODUKTE, LUZERN 2