

# Ursachen und Therapiemöglichkeiten der habituellen Aborte

Autor(en): **Lutziger, H.**

Objektyp: **Article**

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 (Jahr): **65 (1967)**

Heft 6

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951624>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Die Schweizer Hebamme

Bern, 1. Juni 1967 Monatsschrift 65. Jahrgang

6

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. med. M. Berger, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Fr. Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE) Tel. 57 32 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil pro einspaltige Petitzelle 60 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzelle 90 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 22 21 87, Postcheck 30-409, wohn auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. M. Berger)

## Ursachen und Therapiemöglichkeiten der habituellen Aborte

Von H. Lutziger

Unter habituellen Aborten versteht man drei oder mehr aufeinanderfolgende Fehlgeburten in den ersten sieben Schwangerschaftsmonaten. Dieses Los trifft glücklicherweise nicht viele Ehepaare. Die Häufigkeit lässt sich nur mutmasslich bestimmen. Es ist schwierig bis unmöglich, die Anzahl der normalen, spontanen Aborte zu erfassen, weil sie vielfach als Frühaborte in Form einer etwas verspäteten und verstärkten Regelblutung auftreten und von der Frau nicht als Fehlgeburt wahrgenommen werden. Im weitern basieren die Schätzungen der künstlich hervorgerufenen Aborte auf einer unbekanntem Vermutung. Daraus ergibt sich, dass wir jede Zahlenangabe von normalen, künstlichen und habituellen Aborten als eine persönliche Beurteilung auffassen müssen. Lavert nennt folgendes Verhältnis: Ein habituelle Abort entfällt auf 300 bis 400 Geburten. Anders ausgedrückt treffe es einen habituellen Abort auf 20 Fehlgeburten.

Die Ursachen der Aborte sind mannigfaltig. Wenige einzelne Faktoren sind sicher, viele werden angeschuldete, und eine reiche Auswahl von Kombinationen wird beschrieben. Entsprechend der Fülle der Ursachen findet man ein unübersehbares Angebot von heilungsversprechenden Behandlungsschemen. Einen einheitlichen Therapieplan wird man nie aufstellen können, weil zu viele verschiedenartige allgemeine und lokale Abortmöglichkeiten in Frage kommen. Zudem können bei wiederholten Fehlgeburten verschiedene Gründe sich ablösen. Es bleibt unklar, ob die habituellen Aborte eine Sondergruppe oder eine zufällige Häufung verschiedener Faktoren bei der gleichen Frau darstellen. Befürworter der einen wie der andern Ansicht finden sich. Jene, die keine Sonderstellung der habituellen Aborte annehmen, bringen vor allem zwei Argumente vor: Bei der Häufigkeit der Fehlgeburten ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass sie bei einer Anzahl von Frauen wiederholt auftreten. Zweitens kennen wir keine absoluten Abortursachen, d. h. solche, die in jedem Falle zur Fehlgeburt führen. Andererseits gibt es Affektionen, bei denen eine gegenüber dem Normalen etwas erhöhte Abortenrate auftritt (z. B. Knickung der Gebärmutter) und solche, bei denen in einem hohen Prozentsatz die vorzeitige Ausstossung der Frucht erfolgt (z. B. mangelnder Verschluss des Gebärmutterhalses).

In Anlehnung an das Einteilungsschema der Aborte nach Käser seien einige ursächliche Möglichkeiten erwähnt. Käser lehnt das althergebrachte Einteilungsprinzip in mütterliche, väterliche und eibedingte Gründe ab, weil wahrscheinlich — analog dem Tierexperiment — auch beim Menschen auf Grund einer Schädigung beim Ei wie bei der Mutter die gleiche missgebildete Erscheinung auftreten kann.

1. Mütterliche Allgemeinerkrankungen: Fast alle akuten Infektionskrankheiten können zum Abort führen. Sie wirken sich verschieden aus. Der Durchtritt der Bakterien oder Toxine durch die Placenta kann den Fruchttod bedingen. Einwirkungen durch hohes Fieber auf das Wehenzentrum werden ebenfalls vermutet. Die Erkrankung an Toxoplasmose, die bei der Mutter meist ohne sichtbare Erscheinungen abläuft, nimmt heute einen gesicherten Platz als Abortursache ein. Im mütterlichen Blut kann die Diagnose an Hand der Antikörper gestellt werden. Bei jedem Abort im zweiten Drittel der Schwangerschaft muss nach einer schleichenden Syphilis gesucht werden. Neben chronischen Krankheiten wie Nierenleiden, Hochdruck, Lungentuberkulose muss auch die gesamte Persönlichkeit der Frau mit ihrer psychischen Seite erfasst werden. Seelische Erschütterungen und Erregungen sind schon seit langem als auslösende Ursachen anerkannt. Im Gegensatz dazu spielen Unfälle eine stark untergeordnete Rolle. Schwerste Verletzungen bei Unfällen, die mit Frakturen und Gehirnerschütterungen einhergehen, lassen die Schwan-

gerschaft meist unberührt. Umso öfters wird ein Unfall als Grund von Frauen angeführt, die eine Abtreibung versucht oder gemacht haben.

2. Mangelernährung: Es ist schwierig, als Abortursache eine Unterernährung anzuschuldigen. Die mengenmässige Unterernährung dürfte bei uns ausgeschlossen sein. Mangelzustände zufolge einseitiger Ernährung, Vitamindefizit, schlechter Resorption und innerer Verwertungsstörungen kommen als begünstigende Faktoren in Betracht.

3. Ei- und Spermaanomalien: Sie werden vermutet, lassen sich aber bis heute nicht nachweisen.

4. Unverträgliche Blutgruppenbeschaffenheit: Die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Rhesus- und ABO-Blutgruppen-Unverträglichkeit der Eltern und Abort besteht, ist umstritten. Einen Beweis liefert allein der Antikörpernachweis, der in den meisten Fällen nicht erbracht werden kann. Frauen, die Antikörper besitzen, neigen sicher vermehrt zu Fehlgeburten.

5. Hormonale Störungen: In erster Linie wird eine Unterproduktion des schwangerschaftserhaltenden Hormons, des Progesterons oder Corpusluteum-Hormons angenommen. Dieses wird zuerst im Ovar und bald auch in der Placenta gebildet. An Hand der Ausscheidung der Abbaustoffe im Urin kann in spezialisierten Laboratorien die Progesteronproduktion ermittelt werden. Die Untersuchung im 24-Stunden-Urin ist zeitraubend und kostspielig. Inwiefern das oestrogene Hormon oder das Verhältnis zwischen Oestrogen und Progesteron einen Einfluss auf die Abortauslösung besitzt, ist schwierig zu erfassen.

6. Lokale Ursachen an den Genitalorganen: Eine Behinderung des Uteruswachstums ist möglich bei der Knickung der Gebärmutter nach hinten. Der Abort bei einem sehr kleinen Uterus und bei Missbildungen kann im Raummangel begründet sein. Bei einer myomatös veränderten Gebärmutter spielt vor allem der Sitz der Myomknoten eine wichtige Rolle. Während kleine Tumörchen unter dem Bauchfellüberzug des Uterus kaum störend wirken, können die Knoten, die direkt unter der Schleimhaut liegen, einen Abort bedingen. Es erfolgt an dieser Stelle keine

---

**Anmeldungen für die Delegiertenversammlung können keine mehr entgegen genommen werden!**

---

Dehnung, und die Durchblutungsbedingungen sind schlecht. Vorangegangene Operationen können unter Umständen ebenfalls verantwortlich gemacht werden. In seltenen Fällen kann eine Entzündung der Gebärmutter-schleimhaut zum Absterben des Eies zufolge Ernährungsstörungen führen. Der mangelhafte Verschluss der Gebärmutterhöhle gegen die Vagina zu erhöht nicht nur die Gefahr der aufsteigenden Infektion, sondern bedingt einen fehlenden mechanischen Schutz des unteren Eipols. Diese Zervixinsuffizienz tritt auf nach Geburten, Operationen oder kann angeboren sein. Sie hat in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen, da sie mit einer relativ kleinen Operation behoben werden kann.

Die Behandlung der habituellen Aborte wird von den verschiedenen Autoren recht unterschiedlich durchgeführt. Fast allen Untersuchungen haften die gleichen Mängel an. Die Zahl der Frauen ist zu klein, um mit Sicherheit entscheiden zu können, ob die neue Schwangerschaft wegen der Therapie erhalten blieb, oder ob sie sich auch ohne ärztliche Hilfe normal entwickelt hätte. Eine vierte Schwangerschaft nach drei Misserfolgen auf sich zu nehmen, bedeutet eine starke psychische Belastung. Einige Frauen verzichten aus freien Stücken auf eine erneute Schwangerschaft, um nicht nochmals die bittere Enttäuschung zu erleben. Bei anderen änderte sich die familiäre Situation, sei es durch den Tod des Ehemannes, Scheidung oder Allgemeinerkrankungen, die eine weitere Schwangerschaft nicht mehr tunlich erscheinen lassen.

Die Aussichten auf eine normale Schwangerschaft unter entsprechender Behandlung wird in der Literatur mit 75 bis 90 Prozent angegeben. Hie-

bei ist zu berücksichtigen, dass z. B. Tietze die Abortfrequenz nach zwei oder mehr Fehlgeburten unverändert auf 20 Prozent schätzt. Nach Warburton steigt sie mit der Anzahl der vorausgegangenen Fehlgeburten nur geringgradig an, nämlich von 20 Prozent nach dem ersten auf 26 Prozent nach dem dritten Abort. Nach diesen Zahlen würde also auch ohne Behandlung in 74 bis 80 Prozent eine normale Schwangerschaft auftreten. Käser erwähnt 36 Schwangerschaften nach habituellen Aborten, von denen 20 komplikationslos ohne jegliche Therapie ausgetragen wurden. Bei den intensiv behandelten Patientinnen kam es trotzdem in 4 von 38 Schwangerschaften zur erneuten Fehlgeburt. Oft handelt es sich um Scheinerfolge. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die publizierten Erfolgszahlen ähnlich lauten, obwohl die verschiedensten Therapiearten durchgeführt wurden. Entweder wäre der Erfolg auch ohne Behandlung eingetreten, oder die psychologische Führung der Schwangeren bewirkte den guten Ausgang.

Während man früher wartete, bis sich die bekannten Zeichen des Abortus imminens einstellen, geht heute die Tendenz dahin, unmittelbar im Anschluss an den Eisprung mit der Therapie zu beginnen. Untersuchungen der Gebärmutter-schleimhaut kurz vor der Periode haben gezeigt, dass in manchen Fällen eine minderwertige Einnistungsschleimhaut angeschuldigt werden kann. Mit Hilfe von Hormongaben wird die Schleimhaut vorbereitet und bietet dem ankommenden, befruchteten Ei optimale Ernährungsbedingungen. Diese Therapie wird über mehrere Monate bzw. bis zum Eintritt der Schwangerschaft fortgesetzt.

Unsere Mittel zur Behandlung des Abortes sind leider beschränkt. Bei den akuten Infektionskrankheiten kommen wir häufig zu spät. Die chronischen Leiden lassen sich nur schwer beeinflussen. Optimale Nahrung und ausreichende Vitamingaben können wir verschaffen. Bei einer Ei- oder Spermaanomalie stehen wir machtlos da. Nicht besser ergeht es uns zur Zeit noch bei der Unverträglichkeit der Blutgruppen, wobei sich therapeutische Möglichkeiten abzuzeichnen beginnen. Gute Erfolgsaussichten können wir bei den hormonalen Störungen buchen. Allerdings ist zu bemerken, dass wirklicher Mangel an schwangerschaftserhaltendem Hormon (Progesteron) eher selten ist. Die Hormonanalysen sind kompliziert, teuer und zeitraubend. Da keine Überdosierungsschäden

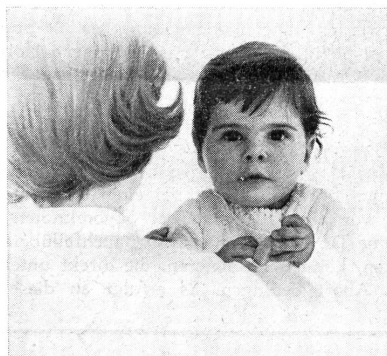
bekannt sind, wird auf die Untersuchungen verzichtet und sofort mit der Therapie begonnen. Bei einem habituellen Abort injizieren wir vorsorglicherweise zweimal pro Woche eine Ampulle des schwangerschaftserhaltenden Hormons, das heute synthetisch hergestellt wird. Im Falle einer drohenden Fehlgeburt wird die gleiche oder doppelte Menge täglich verabreicht. Progesteron bewirkt, dass die Uterusmuskulatur nicht mehr auf die wehenerregende Substanz anspricht. Die Ruhigstellung der Gebärmutter wird unterstützt, indem die Frau angehalten wird, sich zu schonen und möglichst zu liegen. Absolute Bettruhe fordern wir bei den ersten Zeichen einer beginnenden Ausstossung.

Der Uterus kann nicht nur mit hormonaler Medikation beruhigt werden. Aus der Reihe der neueren Beruhigungsmittel erwies sich Valium als gutes uterus-beruhigendes Medikament. Es wurde nachgewiesen, dass Valium eine Entspannung der muskulären Tätigkeit des Uterus resultiert. In den benötigten Dosen hat das Mittel einen einschläfernden Effekt, der den Schwangeren auf der andern Seite hilft, entspannt und unbeschwert die Bettruhe einzuhalten.

Erst in den letzten Jahren begann der Siegeszug der Operation nach Shirodkar. Viel häufiger als man vermutete, liegt der Grund der Aborte in einem mangelnden Verschlussapparat der Zervix. Der Zervikalkanal beginnt sich im zweiten Drittel der Schwangerschaft zu öffnen, bis die Fruchtblase schliesslich am äusseren Muttermund erscheint. Der spontane Blasensprung ist unvermeidlich gefolgt von der Fehlgeburt. Schon kleinere Schwächen des zervikalen Verschlusses können als mangelndes Widerlager für den unteren Eipol einen Abort bedingen. Die Operation besteht darin, dass ein doppelter Zwirnfaden um den Zervikalkanal gelegt wird. Durch kräftiges Zusammenziehen wird, der etwas eröffnete Zervikalkanal mechanisch geschlossen. Der Faden wird bei Wehenbeginn ohne Narkose mit einer Schere durchtrennt.

Zusammenfassend dürfen wir in der Behandlung der habituellen Aborte optimistische Prognosen stellen, wenn es sich um einen mangelnden Verschlussapparat der Zervix handelt oder um eine hormonale Unterfunktion. In allen andern Fällen ist die Therapie problematisch. Nachträglich ist es meist schwer zu entscheiden, ob der glückliche Ausgang durch die ärztlichen Bemühungen oder durch die Naturkräfte bedingt war.

## Für kleine Kostgänger haben wir



**frisches Gemüse  
und reife Früchte  
eingekauft,**

**Karotten geschabt, Kartoffeln geschält,  
Äpfel geraffelt, Bananen zerdrückt,  
zum Teil auch  
feinstes Fleisch hinzugetan**

**und zur vollständigen  
Galactina-Löffelnahrung  
auf zwei verschiedene Arten zubereitet:**



als viererlei  
anrührfertige, preisgünstige  
Galactina Instant-Breie



und als 18 abwechslungsreiche,  
fixfertige Galactina Babymahlzeiten-  
im Glas

# Galactina

Lasset uns aufsehen auf Jesus, den Anfänger  
und Vollender des Glaubens. Hebräer 12,2

Anfang und Vollendung liegen nicht in unserer Hand. Dass wir zum Glauben kommen, ist ein Geschenk Gottes. Wenn wir «am Ende» unseres Lebens und der Welt einmal bewahrt und begnadigt vor Gott stehen werden, wird das auch nicht unser Verdienst sein. Dazwischen aber liegt der «Kampfplatz unseres Lebens» (im vorhergehenden Vers wird das Leben des Christen mit einem Wettlauf verglichen). Hier ist vieles in unsere Hand gelegt: wir können uns so oder anders entscheiden, wir haben die Möglichkeit, alles schlitteln zu lassen oder uns wirklich einzusetzen, wir können uns mühen um rechte Beziehungen zu unseren Mitmenschen («so viel an euch ist, haltet mit allen Menschen Frieden»). Es ist ein Unterschied zwischen einem vom Glauben her zielgerichteten und einem verpläperten Leben. Aber eben: das alles ist weder Anfang noch Ende, denn beides steht nicht bei uns, und es ist noch mehr zu sagen: auch der dazwischenliegende Wettkampf ist nur zu bestehen im Aufblick, in der Hinwendung zu dem Anfänger und Vollender, Jesus Christus.

## SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

### Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin: Frl. Thérèse Scuri  
2012 Auvornier NE, Tel. (038) 8 22 04, zur Zeit  
in 2400 Le Locle, Maternité, Tel. (039) 5 11 56  
Zentralkassierin: Mme. A. Bonhôte  
Beaux-Arts 28, 2000 Neuchâtel  
Tel. (038) 5 30 22  
Fürsorgefonds-Präsidentin: Sr. Elisabeth Grütter  
Schwarztorstr. 3, 3000 Bern, Tel. (031) 45 09 46

### Zentralvorstand

#### Eintritte

Sektion Tessin

Gniocchi-Troglia Ines, geb. 1912, Bellinzona  
Der Zentralvorstand bittet alle Sektionspräsidentinnen bei Neueintritten den Einzahlungsschein auf der Rückseite korrekt auszufüllen