

## Inhaltsübersicht

# Schwangerschaft

	Seite
<b>Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft</b> . . . . .	1
<b>Diagnostik und Untersuchung in der Frühschwangerschaft (1.—4. Monat)</b> . . . .	3
<b>Diagnostik der Frühschwangerschaft</b> . . . . .	3
I. Die vier Scheidenzeichen (S. 3), II. Die Uteruszeichen (S. 5), A. Korpuszeichen (S. 5), B. Zeichen am unteren Uterinsegment, an der Zervix und an der Portio (S. 10)	
<b>Untersuchung der Frühschwangerschaft</b> . . . . .	14
Erhebung der Anamnese (S. 15), A. Name, Alter, -para (S. 15), B. Geburtenanamnese (S. 15), C. Schwangerschaftsanamnese (S. 16), Bestimmung des Geburtstermins (S. 17), D. Krankheitsanamnese (S. 20)	
Allgemeine Betrachtung . . . . .	21
Untersuchung . . . . .	23
I. Äußere Beckenuntersuchung . . . . .	23
Baummscher Handgriff (S. 23), Spreizhandgriff (S. 23), Beckenmessungen (S. 25)	
II. Vaginale Untersuchung . . . . .	28
Betrachtung des Introitus, der Vulva und des Dammes (S. 28), Spekulumuntersuchung (S. 29), Touchieren (S. 29), Bimanuelle Untersuchung (S. 29)	
Schwangerschaftsteste . . . . .	30
Tierteste . . . . .	31
Immunologische Teste . . . . .	31
Hormonaler Test . . . . .	33
Temperaturtest . . . . .	33
Retroflexio uteri gravidi . . . . .	34
Beckenauftastung (S. 37), Bestimmung der Conjugata vera (S. 39), Abformung des Schambogenwinkels (S. 40)	
<b>Diagnostik und Untersuchung der Schwangerschaft vom 5.—10. Monat</b> . . . .	42
Allgemeine Betrachtung . . . . .	43
Betrachtung des Bauches (S. 43), Schwangerschaftsstreifen (S. 44), Schwangerschaftspigmentierungen (S. 45), Ödeme und Varizen (S. 45)	
I. Äußere Untersuchung . . . . .	46
1. Palpation . . . . .	46
Fundusstände in den einzelnen Monaten (S. 46), Senkung des Leibes (S. 47), 8. oder 10. Monat? (S. 47), Leopoldsche Handgriffe (S. 52), Hilfsmittel bei der Palpation (S. 57), Vier Grundbegriffe: Lage, Stellung, Haltung, Einstellung (S. 59)	

	Seite
2. Auskultation = Abhören der kindlichen Herztöne . . . . .	63
Die 6 Schallerscheinungen beim Abhören des Bauches (S. 63), Grundregel für die Kontrolle der Herztöne (S. 65)	
3. Äußere Beckenmessung . . . . .	67
4. Messung des Leibesumfanges . . . . .	67
II. Untersuchung von Blutdruck, Harn und Gewicht . . . . .	67
III. Bestimmung der Blutgruppe, Blutfaktoren und Antikörper	70
Allgemeine Regeln (S. 71), Pränatale Diagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum infolge Unverträglichkeit im Rh-System und im ABO-System (S. 71, 72)	
Schwangerschaftsuntersuchung bei Diabetikerinnen . . . . .	72
Unterscheidung zwischen Erst- und Mehrgebärenden . . . . .	74

## Normale Geburt

<b>Mittel oder Faktoren der Geburt . . . . .</b>	<b>75</b>
1. Das Geburtsobjekt = Das Kind . . . . .	75
Längsdurchmesser, Ebenen und Umfänge des Kopfes (S. 76), Querdurchmesser des Kopfes (S. 78), Kennzeichen des Kopfes bei der äußeren und inneren Untersuchung (S. 78), Unterscheidung der großen und kleinen Fontanelle (S. 79), Wichtige Maße des kindlichen Rumpfes (S. 80)	
2. Der Geburtsweg = Geburtskanal . . . . .	81
1. Der Knochenkanal . . . . .	81
Beckeneingangsraum (S. 81), Geburtshilfliche Richtungsbezeichnungen (S. 83), Beckenhöhle (S. 84), Klassisches Ebenensystem (S. 84), Beckenausgangsraum (S. 85), Parallelebenen nach Hodge (S. 87)	
2. Der Weichteilekanal . . . . .	88
A. Das innere Rohr (S. 88), B. Das äußere Rohr (S. 89)	
3. Die Geburtskräfte = Die treibenden Kräfte oder Wehen . . .	92
Qualitäten der Wehen (S. 92), Arten der Wehen (S. 93), Funktionelles Verhalten des Uterus unter der Geburt . . . . .	93
Ursachen des Geburtsbeginns . . . . .	96
<b>Vorboten der Geburt . . . . .</b>	<b>98</b>
<b>Anzeichen der bald einsetzenden Geburt . . . . .</b>	<b>100</b>
<b>Beginn der Geburt . . . . .</b>	<b>100</b>
<b>Vorbereitung der Kreißenden zur Geburt . . . . .</b>	<b>102</b>
<b>Untersuchung der Kreißenden . . . . .</b>	<b>103</b>
Anamnese am Kreißbett . . . . .	103
Untersuchung der Kreißenden . . . . .	106
Die 4 Geburtsfaktoren: Kind, Becken, Wehen und Muttermund (S. 106).	
Äußere Betrachtung und Untersuchung (S. 106), Rektale Untersuchung (S. 108), Vaginale Untersuchung (S. 109), Indikationen zur vaginalen Untersuchung unter der Geburt (S. 110), Wann darf der praktische Arzt nicht vaginal untersuchen? (S. 111), Schema zur rektalen und vaginalen Untersuchung (S. 111)	

	Seite
<b>Verhalten des Kopfes beim Durchtritt durch den Geburtskanal</b>	113
I. Eintritt in den Beckeneingang = Eintrittsmechanismus	113
II. Eintritt und Durchtritt durch die Beckenhöhle = Durchtrittsmechanismus	114
II. Austritt aus dem Geburtskanal = Austrittsmechanismus	116
IV. Äußere Drehung des Kopfes = Rückdrehung	117
Die Drehungen der Pfeilnaht	117
<b>Der Höhenstand des Kopfes im Becken und seine Feststellung (Höhlendiagnose)</b>	123
A. Feststellung des Höhenstandes durch äußere Untersuchung Übersicht über die äußeren Handgriffe zur Bestimmung des Höhenstandes	123 124
B. Feststellung des Höhenstandes durch innere (rektale und vaginale) Untersuchung	127
<b>Geburtsleitung</b>	181
1. Eröffnungsperiode (EP)	131
Kennzeichen und Wirkung der Eröffnungswehen (S. 131), Lagerung (S. 133), Allgemeine Lagerungsregel (S. 134), Blasensprung (S. 135) Bekämpfung des Geburtsschmerzes	136
Psychoprophylaxe (Aufklärung, Schwangerengymnastik, Entspannungsübungen, Atemtechnik)	137
Schmerzlinderung	138
Medikamentöse Schmerzlinderung	138
Pudendusanästhesie	139
2. Austreibungsperiode (AP)	139
Preßwehen Wichtige Vorbereidungen zum Mitpressen (S. 140), Die richtige Lagerung (S. 141), Das richtige Ansetzen der Preßwehen (S. 141), Das richtige Verarbeiten der Preßwehen (S. 142), Kopfgeschwulst (Caput succedaneum) (S. 143), Kopfblutgeschwulst (Kephäthämatom) (S. 146)	139 147
Dammschutz	147
Zwei Handgriffe zur Beschleunigung des Kopfdurchtritts	150
1. Rittinger'scher Handgriff = Hinterdammgriff	150
2. Kristellerscher Handgriff	150
Entwicklung der Schultern	151
Entwicklung des Rumpfes	153
Entwicklung der Hüften und der unteren Extremitäten	153
Abnabelung	153
Frühabnabelung	153
Spätabnabelung	153
Reifezeichen	155
8. Nachgeburtperiode = Plazentarperiode (PLP)	156
Ablösung und Ausstoßung der Plazenta (S. 156), Modus der Ablösung (S. 157), Blutstillung an der Haftstelle (S. 158), Höhenstände des Uterusfundus während der Plazentarperiode und am ersten Wochenbett-Tag (S. 159) Leitung der Plazentarperiode (S. 160), medikamentöse Prophylaxe, Zug an der Nabelschnur (S. 160), Vorgehen bei verzögter Lösung (S. 162),	156

Lösungszeichen der Plazenta (S. 162), Inversio uteri (S. 164), Postplazentarperiode (S. 166)	
Inspektion der Plazenta, der Eihäute und der Nabelschnur (S. 167)	
<b>Geburtsdauer</b>	172
Normale Geburtsdauer (S. 172), Zulässige Höchstdauer einer Geburt (S. 173), Gefahren der langdauernden Geburt (S. 173)	
Überstürzte Geburt	173
Sturzgeburt	173
<b>Pathologie der Geburt</b>	
<b>Schlechte Herztöne</b>	174
<b>Asphyxie des Neugeborenen</b>	175
Intrauterine (S. 175) und postnatale (S. 176) Entstehung der Asphyxie, Zustandsdiagnostik des Kindes unmittelbar nach der Geburt (S. 177), Apgar-Schema (S. 177), Reanimation-Asphyxiebehandlung (S. 178), 1. Freimachung der Atemwege (S. 178), Technik des Trachealkatheterismus mit dem Laryngoskop (S. 179), Behandlung leicht (S. 180), mittelgradig und schwer asphyktischer (S. 180) Kinder, Ältere Verfahren (S. 183), Mund-zu-Mund-Beatmung (S. 184), Injektionstherapie schwer asphyktischer Kinder (S. 184)	
<b>Wehenschwäche</b>	184
Hypo-, normo- und hypertone Wehenschwäche	185
Primäre und sekundäre Wehenschwäche	185
Behandlung der Wehenschwäche	186
Einteilung der Wehenmittel (S. 187), Hauptgrundsätze zur Verordnung von Wehenmitteln (S. 187), Über den Zeitpunkt, an dem die Wehenmittel verabreicht werden sollen (S. 189)	
Applikation und Dosierung der Wehenmittel in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode	190
Intravenöse Oxytozin-Dauertropfinfusion (S. 191), Intramuskuläre (S. 190), intranasale und sublinguale (S. 191) Verabreichung von Wehenmitteln, Expressionsgürtel nach Saling (S. 192)	
Krampfmittel	192
Spasmenlösende Mittel	192
Mittel gegen Erschöpfung	193
<b>Entbindung mit dem Vakuumextraktor</b>	193
<b>Übertragung</b>	195
Definition, Ursachen, Gefahren (S. 195), Praktisches Vorgehen (S. 196), Überwachung von Verdachtsfällen mit der Amnioskopie (S. 197), Zeichen der Übertragung (S. 198)	
<b>Geburtseinleitung</b>	198
Indikationen	198
Technik der Geburtseinleitung	199
Geburtseinleitung mit Hilfe des Amnioskops	201

	Seite
<b>Geburtsstillstand . . . . .</b>	202
über oder im Beckeneingang . . . . .	202
in Beckenmitte . . . . .	203
auf Beckenböden . . . . .	203
<b>Indikationen für die operative Entbindung . . . . .</b>	205
<b>Vorbereitung zu geburtshilflichen Operationen . . . . .</b>	209
Der Operateur . . . . .	209
Die Kreißende . . . . .	210
<b>Episiotomie . . . . .</b>	212
Naht der Episiotomiewunde . . . . .	215
<b>Dammrisse = Scheidendammrisse . . . . .</b>	219
Naht der Dammisse (S. 220), Naht der Dammisse III. Grades (S. 221), Nachbehandlung der Dammisse (S. 222)	
<b>Klitoris- und Labienrisse . . . . .</b>	223
<b>Zangenoperation I . . . . .</b>	224
Vorbedingungen für die Zange (S. 225), Grundregeln für das Anlegen der Zange (S. 227), Schwierigkeiten beim Schließen der Zange (S. 232)	
<b>Zangenoperation II (Zange bei schrägstehendem Kopf) . . . . .</b>	237
<b>Gefahren und Prognose der Zangenoperation . . . . .</b>	241
<b>Regelwidrige Kopfstände und -lagen . . . . .</b>	245
1. Tiefer Querstand . . . . .	245
2. Hoher Gerastrand . . . . .	252
3. Hintere Hinterhauptslage (= HHHL) . . . . .	255
4. Deflexionslagen = Strecklagen . . . . .	267
Vorderhauptslage (= VoHL) . . . . .	269
Stirnlage (= StL) . . . . .	278
Gesichtslage (= GL) . . . . .	281
Tabelle der regelrechten und regelwidrigen Kopflagen . . . . .	292
<b>Beckenendlage (= BEL) . . . . .</b>	295
Äußere Untersuchung (S. 296), Innere Untersuchung (S. 289), Differenzialdiagnose (S. 299), Über die Notwendigkeit des vaginalen Untersuchens bei Beckenendlagen (S. 300), Geburtsmechanismus bei der Steißlage (S. 301), Gefahren der BEL (S. 311), Geburtsleitung bei BEL (S. 314), A. Konservative Behandlung (S. 314), B. Schnittentbindung bei Becken- endlagen (S. 316), C. Prophylaktisches Herunterholen eines Fußes (S. 318)	
<b>Manualhilfe bei Beckenendlage . . . . .</b>	318
Methode nach Bracht . . . . .	320
Methode nach Müller . . . . .	322
Methode nach Lövset . . . . .	323

	Seite
<b>Klassische Armlösung . . . . .</b>	<b>325</b>
<b>Velt-Smelliescher Handgriff . . . . .</b>	<b>329</b>
Zange am nachfolgenden Kopf . . . . .	332
<b>Manuelle Extraktion . . . . .</b>	<b>333</b>
Vorbedingungen (S. 333), 1. Fall: Unvollkommene Fußlage, vorderer Fuß vorliegend (S. 334), 2. Fall: Unvollkommene Fußlage, hinterer Fuß vorliegend (S. 339), 3. Fall: Vollkommene Fußlage (S. 340), 4. Fall: Steißfußlage (S. 340), 5. Fall: Kniestellung (S. 341), 6. Fall: Reine Steißlage (S. 341), Herunterholen des vorderen Fußes (S. 341), Schwierigkeiten beim Herunterholen eines Fußes: Pinardscher Handgriff (S. 343)	333
Hilfsmittel bei der Extraktion unmittelbar am Steiß . . . . .	347
Zusammenfassung der Regeln über die Ausführung der manuellen Extraktion bei der reinen Steißlage . . . . .	348
Vorgehen bei sicher totem Kinde . . . . .	349
Schwierigkeiten bei der manuellen Extraktion . . . . .	349
A. Schwierigkeiten bei der Armlösung (S. 349), B. Schwierigkeiten bei der Kopfentwicklung (S. 353), Umgekehrter Velt-Smelliescher Handgriff (S. 353), Wiegand-Martin-v. Winckelscher Handgriff (S. 354), Umgekehrter Prager Handgriff (S. 357), Zange am nachfolgenden Kopf (S. 358)	349
<b>Tiefer Scheidendammschnitt = Scheiden-Damm-Beckenbodenschnitt = Dührssen-Schuchardt-Schnitt . . . . .</b>	<b>358</b>
<b>Querlage (= QuL) . . . . .</b>	<b>361</b>
Einteilung, Häufigkeit, Ätiologie (S. 361), Prognose, Mortalität (S. 362), Verlauf der Querlagengeburt in drei Phasen (S. 363), I. Phase = Zeit der stehenden Blase (S. 363), II. Phase = Gefahrenphase: Beginn mit dem Augenblick des Blasensprungs (S. 366), III. Phase = Katastrophenphase, SOS-Phase (S. 373), Behandlung der Querlage (S. 376), Indikationen zur Sektio (S. 378), Vorgehen bei Armvorfall (S. 383), Vorgehen bei Nabelschnurvorfall (S. 385)	361
<b>Intrauteriner Fruchttod . . . . .</b>	<b>386</b>
<b>Wendung (Übersicht) . . . . .</b>	<b>390</b>
<b>Außere Wendung aus Querlage . . . . .</b>	<b>391</b>
<b>Kombinierte = innere Wendung aus Querlage . . . . .</b>	<b>394</b>
Vorbedingungen (S. 395), Zeitpunkt (S. 396), Ausführung (S. 397), Wahl der inneren Hand (S. 398), Unterscheidung von Hand und Fuß (S. 402), Die Pause (S. 404), Die Wendung gelingt nicht! Was nun? (S. 405), Gedopelter Handgriff der Siegemundin (S. 406)	394
<b>Zerstückelnde Operationen I: Dekapitation . . . . .</b>	<b>407</b>
Embryotomie . . . . .	411
<b>Zwillinge . . . . .</b>	<b>411</b>
Häufigkeit, Diagnose (S. 411), Schwangerschaft, Geburtsverlauf (S. 414), Komplikationen (S. 415), Geburtsleitung (S. 416), Geburt des ersten Zwilling (S. 416), Geburt des zweiten Zwilling (S. 418), Wie hat man nach der Geburt des 1. Zwilling vorzugehen? (S. 418), Nachgeburtsepisode (S. 419)	411
Eineiige oder zweieiige Zwillinge . . . . .	420

	Seite
<b>Nabelschnurvorliegen . . . . .</b>	422
<b>Nabelschnurvorfall . . . . .</b>	423
Definition, Ursachen, Häufigkeit (S. 423), Bedeutung (S. 424), Diagnose (S. 425), Prophylaxe (S. 425), Behandlung (S. 426), Vorgehen bei den verschiedenen Lagen (S. 427), Schädellagen (S. 427), Beckenendlagen (S. 429), Querlagen (S. 429), Vorgehen in der Hauspraxis (S. 429), Zusammenstellung der Behandlung des Nabelschnurvorfalls (S. 431)	
<b>Hydramnion . . . . .</b>	431
Definition (S. 431), Untersuchungsbefund (S. 432), Differentialdiagnose (S. 434), Akutes Hydramnion (S. 434), Ätiologie (S. 434), Geburtsverlauf (S. 435), Therapie (S. 435)	
<b>Vorliegen und Vorfall eines Armes . . . . .</b>	435
Definition (S. 435), Vorkommen (S. 435), Armvorliegen bei Kopfplagen (S. 436), Armvorfall bei Kopfplagen (S. 437), Behandlung des Armvorfalls bei Kopfplagen (S. 438), Behandlungsschema: Armvorfall bei Kopfplagen (S. 438), Technik der Reposition (S. 439)	
<b>Pathologische Blutungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt (Übersicht) . . . . .</b>	440
<b>Abortus = Fehlgeburt . . . . .</b>	441
Definition (S. 441), Ursachen der Aborte (S. 442), Ursachen der Spontanaborte (S. 442), Ovuläre Ursachen (S. 442), Mütterliche Ursachen (S. 444), Mechanismus und Verlauf des Aborts (S. 445), Klinik des Aborts (S. 448), Abortus completus (S. 448), A. incompletus (S. 449), A. incipiens (S. 450), A. imminens (S. 451), A. habitualis (S. 453), Missed abortion (S. 455), Fieberhafter Abort (S. 456), Septischer Abort (S. 456)	
<b>Endotoxinschock = bakterieller Schock = septischer Schock . . . . .</b>	457
Erreger, Häufigkeit, Mortalität, Pathogenese (S. 457), Symptomatologie, Prophylaxe (S. 458), Therapie (S. 459)	
<b>Blasennmole . . . . .</b>	460
Definition (S. 460), Histologie (S. 461), Ätiologie (S. 461), Klinische Zeichen (S. 461), Zusammenfassung der Hauptsymptome (S. 468), Therapie (S. 464)	
<b>Chorionepitheliose . . . . .</b>	466
<b>Chorionkarzinom = Chorionepithelioma malignum . . . . .</b>	466
Vorkommen (S. 466), Symptome (S. 467), Therapie (S. 467)	
<b>Extrauteringravidität (EU) . . . . .</b>	468
Ätiologie (S. 469), Pathologische Anatomie (S. 470), Klinik der Tubenschwangerschaft (S. 472), Tubenabort (S. 476), Tubenruptur (S. 478), Zusammenfassung der Hauptsymptome der Tubenschwangerschaft (S. 479), Verhalten des klinischen Assistenten (S. 481), Douglaspunktion (S. 479)	
<b>Placenta praevia . . . . .</b>	482
Zustandekommen (S. 482), Gradeinteilung (S. 484), Klinik der Placenta praevia (S. 484), Anweisungen für den praktischen Arzt (S. 488), Behandlung (S. 490)	

<b>Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta . . . . .</b>	497
Ursachen (S. 497), Typische Symptome eines schweren Falls (S. 499), Differentialdiagnose (S. 500), Couvelaire-Syndrom (S. 500), Gerinnungsstörungen (S. 501), Feststellung des Fibrinogenmangels (S. 502), Therapie der vorzeitigen Lösung (S. 502), Geburtshilfliche Behandlung (S. 503), Schockbehandlung (S. 504), Behandlung der Gerinnungsstörung (S. 505), Nachgeburtspériode (S. 506)	
<b>Gerinnungsstörungen = Hämostasestörungen = Koagulopathien in der Geburts- hilfe . . . . .</b>	501
Ursachen (S. 502), Schockbehandlung (S. 504), Behandlung der Gerinnungsstörungen (S. 505)	
<b>Kombinierte = Innere Wendung aus Kopflage . . . . .</b>	507
<b>Zweiflingerwendung nach Braxton Hicks . . . . .</b>	511
<b>Verstärkte Blutungen in der Nachgeburtspériode . . . . .</b>	513
Definition, Ursachen (S. 513), Verstärkte Blutung aus der Plazentahäftstelle und Rißblutung (S. 513), Medikamentöse Prophylaxe in der Nachgeburtspériode (S. 515), Wehenmittel und ihre Applikation (S. 516)	
<b>Verstärkte Nachgeburtblutungen vor Ausstoßung der Plazenta = verstärkte Lösungsblutungen . . . . .</b>	517
Ursachen (S. 518), Placenta adhaerens (S. 518), Tubeneckenplazenta (S. 518), Placenta membranacea (S. 518), Placenta anularis (S. 518), Placenta accreta und increta (S. 518), Behandlungsprogramm (S. 519), Manuelle Lösung der Plazenta (S. 521), Kurzprogramm bei schweren Lösungsblutungen (S. 523), Schwierigkeiten bei der manuellen Lösung der Plazenta (S. 524)	
<b>Nachgeburtblutungen nach Ausstoßung der Plazenta =</b>	
<b>Atonische Nachblutung . . . . .</b>	525
Atonische Nachblutung bei unvollständiger Plazenta . . . . .	525
Atonische Nachblutung bei vollständiger Plazenta . . . . .	527
Gerinnungsstörungen in der Nachgeburtspériode . . . . .	532
<b>Rißblutungen . . . . .</b>	534
<b>Zervixriß . . . . .</b>	535
Definition, Diagnose, Vorkommen (S. 535), Sitz, Symptome, Spätfolgen (S. 536), Nahttechnik (S. 537)	
<b>Insertio velamentosa . . . . .</b>	539
Definition, klinische Bedeutung (S. 539), Diagnose (S. 540), Differentialdiagnose (S. 541), Therapie (S. 541)	
<b>Enges Becken . . . . .</b>	542
Anatomische und funktionelle Diagnostik (S. 542). Wichtigste Formen des engen Beckens (S. 547), Komplikationen (S. 561), Schädigungen (S. 563), Geburtsleitung (S. 566), Zusammenfassung der Grundsätze der Geburtsleitung (S. 575)	
<b>Langes Becken (Kirchhoff) . . . . .</b>	576
Ätiologie (S. 577), Einteilung (S. 578), Geburtsmechanismus (S. 581), Klinik (S. 583)	

<b>Syphysenschaden</b>	584
Definition, Syphysenschaden und Syphysenruptur (S. 584), Symptome (S. 586), Röntgenuntersuchung (S. 587), Prognose (S. 587), Therapie (S. 588)	
<b>Hydrozephalus</b>	588
Definition (S. 588), Formen, Häufigkeit, Ätiologie, Prognose (S. 589), Diagnostik (S. 590), Tastbefund, Differentialdiagnose (S. 591), Geburtsverlauf (S. 592), Therapie (S. 593)	
<b>Uterusruptur</b>	594
Häufigkeit, Einteilung (S. 594), Vorkommen (S. 596), I. Hauptgruppe: Überdehnungsruptur (S. 595), Zustandekommen (S. 596), II. Hauptgruppe: Narbenruptur (S. 597), Drohende Ruptur (S. 598), Vorgehen bei drohender Ruptur (S. 600), Eingetretene Ruptur (S. 602), Stille Rupturen (S. 604), Vorgehen bei eingetreterner Ruptur (S. 605)	
<b>Zerstückelnde Operationen II: Perforation und Kraniotraxie</b>	606
<b>Gestosen = Schwangerschaftstoxikosen</b>	617
<b>Frühgestosen: Hyperemesis und Ptyalismus gravidarum</b>	617
Hyperemesis	617
Symptome (S. 618), Laboratoriumsbefunde (S. 618), Ätiologie (S. 618), Biochemische Vorgänge bei der Hyperemesis (S. 619), Therapie (S. 620, 621), Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Hyperemesis gravidarum (S. 622)	
Ptyalismus gravidarum (= Hypersalivation)	623
<b>Spätgestosen = EPH-Gestosen</b>	623
Präeklampsie und Eklampsie (S. 623), Hypertonie, Proteinurie, Ödeme (S. 624), Eklampsie (S. 624a), eklamptischer Anfall (S. 624a), Pathogenese der Spätgestosen (S. 624b), Einteilung der Spätgestosen (S. 626); EPH-Gestosen (S. 628); Prognose (S. 628), Behandlung der leichten Präeklampsie (S. 629), Behandlung der schweren Präeklampsie (S. 631), Überwachung des Feten bei Präeklampsie (S. 635): in der Spätschwangerschaft (S. 636), unter der Geburt (S. 637); Ernährung der Eklamptischen (S. 640), allgemeine Maßnahmen und Laboruntersuchungen (S. 640a), aktives Vorgehen bei Präeklampsie, drohender Eklampsie und Eklampsie in der Spätschwangerschaft und unter der Geburt (S. 640b). Was soll der praktische Arzt tun, wenn er zu einer Eklamptischen gerufen wird? (S. 641), Organschäden nach Spätgestosen (S. 642)	
<b>Andere Erkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft</b>	642
Herzkrankheiten	642
Lungentuberkulose	643
Pyelonephritis gravidarum	644

# Wochenbett

## Das normale Wochenbett

Seite

<b>Rückbildungsvorgänge</b> . . . . .	647
Veränderungen nach Ausstoßung der Plazenta (S. 648), Ausschaltung der Hormonversorgung des Uterus (S. 648), Wochenbettwehen (S. 648), Laktations- oder Stillwehen (S. 649), Lage und Haltung der Gebärmutter im Wochenbett (S. 650), Verschluß des Halskanals (S. 651), Stand des Fundus in den ersten Wochenbetttagen (S. 651)	
<b>Wundheilungsvorgänge im Wochenbett</b> . . . . .	652
Die Lochien (S. 654), Keimgehalt der Lochien, Farbe der Lochien (S. 655)	
<b>Laktation</b> . . . . .	656
Mammogenese, Laktogenese (S. 656), Galaktopoiese, Galaktokinese (S. 657), Laktationshyperinvolution (S. 657), Zusammensetzung der Milch (S. 657), Kolostrum, reife Frauenmilch, Kuhmilch (S. 657)	
<b>Wiederaufnahme der Ovarialfunktion</b> . . . . .	658
Laktationsamenorrhoe (S. 659), Anovulatorische Blutungen im Wochenbett (S. 659), erste echte Menstruation im Wochenbett (S. 659), Stillen und Empfängnis (S. 660)	
<b>Klinik des Wochenbetts</b> . . . . .	660
Puls, Temperatur (S. 660), subfebrile Temperatur (S. 660, 661), Fieber im Wochenbett (S. 661), Kontrolle des Fundusstandes (S. 662), hochstehender Fundus (S. 662), Lochienkontrolle (S. 663), Wochenfluß = infektiöses Wundsekret (S. 663), Harnentleerung im Frühwochenbett (S. 664), Ursachen der Harnverhaltung (S. 664), Therapie (S. 665), Wochenbettobstipation, Mastdarmenteleerung (S. 665)	
<b>Gymnastik im Wochenbett</b> . . . . .	666
<b>Frühauftreten im Wochenbett</b> . . . . .	667
Vorteile (S. 667), Gegenindikationen (S. 667)	
<b>Entlassung aus der Klinik</b> . . . . .	668
Entlassungsuntersuchung (S. 668), nachdrückliche Beratung und Belehrung (S. 668), Brüste! Stillen! Temperatur! (S. 668)	
<b>Stillen</b> . . . . .	669
Bedeutung der Brusternährung (S. 669), Händedesinfektion vor dem Stillen (S. 669), Warzenpflege (S. 669), Erstes Anlegen (S. 670), Häufigkeit der Mahlzeiten (S. 670), Tagestrinkmengen (S. 671), Stillschwierigkeiten, Stillhindernisse (S. 671), Abstillen (S. 672)	
<b>Pathologie des Wochenbetts</b>	
<b>Puerperalfieber</b> . . . . .	673
Ausbreitung der puerperalen Infektion (S. 673), Erreger (S. 674), Herkunft der Keime (S. 674), Virulenz der Erreger, allgemeine Abwehrkraft und Zeitpunkt der Infektion (S. 675)	

	Seite
<b>Geschichte des Puerperalfiebers . . . . .</b>	675
<b>Klinik des Puerperalfiebers . . . . .</b>	676
<b>Lokal begrenzte Infektionen im Wochenbett . . . . .</b>	676
Infektion der Wunden des Dammes und der Scheide (S. 676), Puerperalgeschwür (S. 676), <b>Endometritis puerperalis</b> (S. 677), Subinvolutio uteri, Kantenschmerz, Blutungen, subfebrile Temperaturen (S. 677), Therapie (S. 678)	
<b>Ausbreitung der Infektion auf dem Schleimhautweg . . . . .</b>	679
Übersicht (S. 679)	
<b>Adnexitis puerperalis . . . . .</b>	680
Endosalpingitis, Pyosalpinx, Pelvooperitonitis, Ovarialabszeß (S. 680), Therapie (S. 681)	
<b>Ausbreitung der Infektion auf dem Lymphweg . . . . .</b>	681
<b>Myometritis und Parametritis puerperalis . . . . .</b>	681
<b>Ausbreitung der Infektion auf dem Blutweg = Puerperalsepsis . . . . .</b>	683
Definition (S. 683), Gefäßherd = Sepsherd (S. 684), Primärer Sepsisherd, sekundäre Sepsherde (S. 685), <b>Endocarditis septica</b> (S. 686)	
<b>Symptome der Puerperalsepsis . . . . .</b>	686
Hohes Fieber (S. 686), Allgemeinerscheinungen (S. 687), Foudroyante Sepsis, Blutbild (S. 687)	
<b>Therapie der Puerperalsepsis . . . . .</b>	687
<b>Chemotherapie</b> (S. 687), Praktisches Vorgehen (S. 688), Endgültige Wahl des Antibiotikums auf Grund des bakteriologischen Testes (S. 689), Dosierung der Antibiotika (S. 689), Allgemeine Therapie (S. 690)	
<b>Puerperale (diffuse) Peritonitis . . . . .</b>	691
Wege der Infektion (S. 691), Symptome (S. 691)	
<b>Gonorrhoe im Wochenbett . . . . .</b>	692
Zahl der Gonokokkenbefunde im Wochenbett überraschend hoch (S. 692), Aszension der Gonokokken beginnt wahrscheinlich sogleich nach der Geburt (S. 693), Im Lochalsekret der puerperalen Uterushöhle finden sich häufig auch dann Gonokokken, wenn in Abstrichen aus der Zervix und Urethra keine Gonokokken nachzuweisen sind (S. 693), Aszension der Gonokokken im Wochenbett meist in der 2. Woche (S. 693), Therapie der Gonorrhoe im Wochenbett (S. 694)	
<b>Puerperale Gasbrandinfektion . . . . .</b>	694
Erreger, Prognose, Pathogenese (S. 694), Hämotoxine, die die Erythrozyten zum Zerfall bringen (S. 694), Diagnostik (S. 695), Differentialdiagnose (S. 695), Therapie (S. 695)	
<b>Puerperale Tetanusinfektion . . . . .</b>	696
Erreger, Diagnose (S. 696), Therapie (S. 696)	

	Seite
<b>Blutungen im Wochenbett . . . . .</b>	697
Plazentarest und Plazentapolyp . . . . .	697
Puerperale Endometritis . . . . .	700
Funktionelle Blutungen im Wochenbett . . . . .	700
<b>Mastitis puerperalis . . . . .</b>	701
Erreger (S. 701), Infektionswege der Keime zur Warze (S. 701), Interstitielle Mastitis (S. 701), Subareolarer Abszeß (S. 701), Sub- oder retro-mammärer Abszeß (S. 703), Parenchymatöse Mastitis (S. 703)	
<b>Symptome der Mastitis puerperalis . . . . .</b>	703
<b>Therapie der Mastitis puerperalis . . . . .</b>	704
1. Antibiotische Behandlung mit halbsynthetischen Penicillinen . . . . .	704
2. Resorpitive Therapie . . . . .	705
3. Chirurgische Behandlung . . . . .	706
Radiäre Inzision, Bardenheuersche Inzision = Hochklappen der Brust (S. 706), Man muß klare Wundverhältnisse schaffen (S. 707), Die drei größten Fehler bei der Behandlung des mastitischen Abszesses (S. 707), Über das Abstillen bei Mastitis (S. 708), Prophylaxe der Mastitis puerperalis (S. 708)	
<b>Beckenvenenthrombose im Wochenbett . . . . .</b>	708
Definition (S. 708), Ätiologie und Pathogenese (S. 709), Klinik (S. 709)	
Therapie der Beckenvenenthrombose . . . . .	710
1. Antikoagulantienbehandlung . . . . .	710
2. Thrombolytische Behandlung . . . . .	710

## Das Kind

### Das Kind vor der Geburt: Pränatale Erkrankungen

<b>Embryopathien . . . . .</b>	713
<b>Mißbildungen . . . . .</b>	714
Schädigungen durch Arzneimittel . . . . .	715
Strahlenschäden . . . . .	716
Nidationsstörungen = Eibettstörungen . . . . .	717
Sauerstoffmangel . . . . .	717
<b>Embryopathia toxoplasmotica . . . . .</b>	718
<b>Embryopathia rubeolica = Rötelnembryopathie . . . . .</b>	719
Die Organdefekte, typische Mißbildungen (S. 720), Horaire embryopathique (S. 720), Prophylaxe (S. 721)	
<b>Embryopathia diabetica . . . . .</b>	721
<b>Fetopathien . . . . .</b>	722

<b>Fetopathia toxoplasmotica, konnatale Toxoplasmose . . . . .</b>	722
--	-----

Erreger, Übertragung auf die Schwangere (S. 723), Übertragung auf den Feten (S. 723), Zwei verschiedene Gruppen bei den ausgetragenen Kindern (S. 723), Klassische Zeichen der konnatalen Toxoplasmose (S. 724), Latente konnatale Toxoplasmose (S. 724), Wandel der Auffassungen in den Beziehungen zwischen Toxoplasmose und Schwangerschaft (S. 725), Diagnostik (S. 726), Prophylaktische = Präventive Behandlung während der Schwangerschaft (S. 726), Therapie (S. 726)

<b>Fetopathia luetica = konnatale Lues . . . . .</b>	727
--	-----

Übertragung: Ohne syphilitische Mutter kein syphilitisches Kind (S. 727), Zeitpunkt der Infektion des Feten (S. 727), Häufigkeit der Totgeburten auf Grund luetischer Infektion (S. 728), Zeichen der fetalen Lues (S. 728), Zeichen der Neugeborenenlues (S. 729), Bekämpfung der Lues connata (S. 730), Therapie der Mutter (S. 730), Grundsätze über das Stillen syphilitischer Mütter (S. 730), Therapie des luetischen Neugeborenen (S. 731)

<b>Fetopathia listerlea, konnatale Listerlose . . . . .</b>	732
---	-----

Erreger (S. 732), Übertragung auf die Schwangere und auf den Feten (S. 732), Symptome (S. 732), Hinweisende Zeichen beim Neugeborenen (S. 732), Therapie (S. 732), Prophylaktische Behandlung (S. 733)

<b>Konnatale Zytomegalie . . . . .</b>	733
--	-----

<b>Morbus haemolyticus neonatorum (Mhn) . . . . .</b>	733
---	-----

Blutgruppen, Blutfaktoren, Antikörper, Antigene . . . . . 733

Ätiologie und Pathogenese . . . . . 734

Unverträglichkeit im Rh-System . . . . . 734

Unverträglichkeit im ABO-System . . . . . 735

Symptomatik des Morbus haemolyticus neonatorum . . . . . 737

Anaemia neonatorum = 1. Schweregrad . . . . . 737

Icterus gravis neonatorum = 2. Schweregrad . . . . . 737

Auftreten des Ikterus (S. 737), Bilirubinwerte, physiologische Grenze = 4 mg% (S. 738), Hepato-Splenomegalie (S. 738), Hyperbilirubinämie (S. 738), Überschreiten der Blut-Liquorschranke = Kernikterus (S. 738), Frühzeichen des Kernikterus (S. 738)

Hydrops universalis fetus = 3. Schweregrad . . . . . 739

Diagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum . . . . . 739

Diagnostik des Mhn infolge Unverträglichkeit im Rh-System . . 739

Jede Schwangere mit Antikörpern muß in einer Klinik entbinden (S. 739), Jede Schwangere mit Verdacht auf Mhn (S. 739/740) muß 4—6 Wochen vor dem Termin in die Klinik eingewiesen werden (S. 740), Verhalten des Geburtshelfers während und nach der Geburt eines Kindes, dessen Mutter Antikörper hat (S. 740)

Diagnostik des Mhn infolge Unverträglichkeit im ABO-System . 741

<b>Therapie des Mhn . . . . .</b>	<b>741</b>
Vorgehen beim Mhn inf. Unverträglichkeit im Rh-System (S. 742), inf. Unverträglichkeit im ABO-System (S. 742)	
<b>Prophylaxe der Rhesussensibilisierung mit Anti-D-Immunoglobulin . . . . .</b>	<b>742</b>
<b>Fetopathia diabetica und die schwangere Diabetikerin . . . . .</b>	<b>744</b>
Gefährdung von Mutter und Kind durch Verschlechterung der Stoffwechsellage . . . . .	744
Gehäuftes Auftreten von geburtshilflichen Schwangerschaftskomplikationen . . . . .	745
Besonderheiten der embryonalen und fetalen Entwicklung des Kindes . . . . .	746
Riesenwuchs . . . . .	746
Intrauteriner Fruchttod . . . . .	747
Richtlinien für die Schwangerenfürsorge der Diabetikerin . . . . .	748
<b>Entbindung der Diabetikerin . . . . .</b>	<b>749</b>
Zeitpunkt der Entbindung (S. 749), Zweckmäßigste Art der Entbindung (S. 750), Indikationen zur Sektio bei Diabetikerinnen (S. 750)	
 <b>Das Kind unter der Geburt</b>	
<b>Intrauterine Hypoxie und Azidose . . . . .</b>	<b>750</b>
Intrauterine Asphyxie (S. 750), Primäre respiratorische Schädigung (S. 750), Metabolische Azidose, primäre und sekundäre (S. 751 und 752), Klinische Besonderheiten der primären metabolischen Azidose (S. 752), Besondere Gefahr in der Austreibungsperiode! Frühzeichen der metabolischen Azidose = Mekoniumabgang (S. 752), Bedeutung der Amnioskopie und der Mikroblutuntersuchungen (S. 752/753), Erkennung aller wichtigen intrauterinen Störungen durch Blut-ph-Messung (S. 753)	
<b>Geburtsverletzungen . . . . .</b>	<b>753</b>
<b>Blutungen . . . . .</b>	<b>753</b>
Intrakranielle Blutungen; Tentoriumriß (S. 754), Konvexhämatom (S. 754), intrazerebrale Blutungen, Ursachen (S. 753), Diagnose, Therapie (S. 753)	
<b>Knochenverletzungen . . . . .</b>	<b>754</b>
Schädel (S. 754), Extremitäten (S. 754), Oberarmfraktur (S. 755), Oberschenkelfraktur (S. 755)	
<b>Entbindungsähmungen . . . . .</b>	<b>755</b>
Fazialislähmung (S. 755), Armplexuslähmung, Typ Erb-Duchenne (S. 755), Typ Klumpke (S. 756)	
<b>Haut- und Weichteilverletzungen . . . . .</b>	<b>756</b>
<b>Angeborene Anämien . . . . .</b>	<b>756</b>
1. Hämolyse . . . . .	757
2. Blutung (Hämorragie) . . . . .	757
Ursachen (S. 758)	
<b>Posthämorrhagischer Schock des Neugeborenen . . . . .</b>	<b>759</b>

## Das Kind nach der Geburt

	Seite
<b>Das Neugeborene . . . . .</b>	760
Weshalb ist das Neugeborene gefährdet? (S. 760), Physiologische Besonderheiten der Neugeborenenperiode (S. 760)	
<b>Erkrankungen des Neugeborenen . . . . .</b>	761
<b>Ikterus . . . . .</b>	761
Icterus neonatorum simplex = physiologischer Ikterus . . . . .	761
Ursachen (S. 761)	
Icterus neonatorum gravis . . . . .	761
Ursachen (S. 761, 762)	
<b>Morbus haemorrhagicus neonatorum</b>	
= Melaena neonatorum . . . . .	762
<b>Neugeborenen-Tetanie oder -spasmophilie . . . . .</b>	762
<b>Dyspepsie . . . . .</b>	762
<b>Das Frühgeborene . . . . .</b>	763
Prämatre (unterreife) und immature (unreife) Neugeborene (S. 763), Häufigkeit (S. 763), Ursachen (S. 763), Sterblichkeit (S. 764), körperliches und funktionelles Verhalten der Frühgeborenen (S. 764)	
<b>Geburtsleitung bei der Frühgeburt . . . . .</b>	764
Vermeidung einer langen Geburtsdauer (S. 764) und einer zu rasch ablaufenden Geburt (S. 765), Niemals die Blase sprengen, bevor der Muttermund vollständig ist (S. 765), Vermeidung einer langwierigen Austreibungsperiode (S. 766), Mittel dazu (S. 766), Vermeidung von zu großem Wärmeverlust (S. 766), Frage der Schnittentbindung (S. 766).	

## Propädeutik und Klinik der perinatalen Diagnostik

### Pathophysiologische Grundlagen

<b>Die Azidose . . . . .</b>	767
Azidose, Hypoxämie (S. 767), Hypoxie, Hyperkapnie (S. 768), Bedeutung für die Klinik (S. 768), flüchtige und nicht flüchtige Säure (S. 768), respiratorisch bedingte und metabolisch bedingte Azidose (S. 769)	
<b>Die Pufferung . . . . .</b>	769
Puffersubstanz, Säuren, Elimination von Säurebestandteilen, Pufferung, Puffer (S. 770)	

<b>Die Elimination von Säureresten . . . . .</b>	770
Austausch von Atemgasen, Diffusionsgesetz (S. 770), Aufrechterhaltung des Säurebasenhaushaltes, pH Feinregulation, pH-Grobregulation (S. 771), gefährliche Laktatbildung (S. 771), Abbau von Glukose bei aeroben und anaeroben Bedingungen, Azidose und Energieverarmung (S. 772), die zu Hypoxie/Azidose führenden Ursachen (S. 773), funktionelle Einheit Mutter-Plazenta-Kind (S. 773), Plazentarinsuffizienz (S. 774), respiratorische und nutritive Insuffizienz (S. 774), hauptsächliche Krankheiten, die mit Plazentarinsuffizienz i. e. Sinne einhergehen (S. 775)	
<b>Klinisch wichtige Regulations- und Kompensationsmechanismen bei Hypoxie/</b>	775
<b>Azidose . . . . .</b>	
Sauerstoff-Sparschaltung und Mekoniumabgang, Hyperperistaltik (S. 776), fetale Tachykardie (S. 777), fetale Bradykardie (S. 778), Literaturauswahl (S. 779)	
<b>Die pränatale Diagnostik</b>	
<b>Die Amnioskopie . . . . .</b>	781
Prinzip der optischen Beurteilung des Fruchtwassers (S. 781), Wann wird die Amnioskopie eingesetzt? (S. 783), Wie lange soll überwacht werden? (S. 784), Nebenaufgaben der Amnioskopie (S. 784), Aufnahmemethoden (S. 785), Nachteile, Gegenindikationen (S. 785), Technik der Amnioskopie (S. 785), Literaturauswahl (S. 786)	
<b>Die Mikroblutuntersuchungen (MBU) . . . . .</b>	787
Prinzip, pathophysiologische Grundlagen, pH-Wert der zuverlässigste Parameter, physiologische, präpathologische, pathologische pH-Werte (S. 787), Entnahme der Blutproben (S. 788), Normalbereich, Grundlage der biochemischen Überwachung, allgemeine und spezielle Indikationen (S. 789), klinische Warnzeichen (S. 790), Indikation zur operativen Geburtsbeendigung (S. 791, 792), Wie häufig sind Feten beim Auftreten klinischer Warnzeichen tatsächlich gefährdet? (S. 793), Technik und methodische Grundlagen der MBU (S. 793), Literaturauswahl (S. 794)	
<b>Die apparative Herzfrequenz-Registrierung . . . . .</b>	796
Drei Prinzipien der kontinuierlichen Registrierung (S. 796), Merkmale der fetalen Herzfrequenzkurven (S. 798), äußere und innere Wehenmessung (S. 798), unverdächtige und verdächtige Phänomene bei der apparativen Registrierung der fetalen Herzfrequenz (S. 798, 799), Herzfrequenzmuster (S. 801), Literaturauswahl (S. 801)	
<b>Die Östriolbestimmung im mütterlichen Urin . . . . .</b>	802
Auskunft über die Funktionseinheit Fetus/Plazenta (S. 802), Überwachungsmethode bei langsam fortschreitenden Störungen (S. 803), „fallender Trend“ (S. 803), Normalbereich der Östriolausscheidung (S. 804), Domäne der Überwachung: Fälle mit Gestose oder Diabetes (S. 805), Überwachungsprogramm (S. 805), neue, noch nicht genügend erprobte Methoden: Bestimmung von HPL, von DHES und HSAP (S. 806), Literaturauswahl (S. 807)	

<b>Die Untersuchung des Fruchtwasserpunktes . . . . .</b>	808
Eigenschaften des Amnionepithels, Fruchtwassermenge, Dynamik des Fruchtwassers (S. 808), Ausscheidung von Bilirubinoiden in das Fruchtwasser, Domäne der Fruchtwasserdiagnostik: Überwachung bei Rhesus-Inkompatibilität, Spektrophotometrie, Grundlage für Prognose und Therapie (S. 809), Plazentalokalisation, Ausführung der Punktions (S. 809), Schema zur Überwachung bei Rh-Inkompatibilität (S. 810), die drei Zonen des Prognoseschemas (S. 810), intrauterine Bluttransfusion an den Feten (S. 812), Literaturauswahl (S. 812)	
<b>Die feto-neonatalen Adaptationsvorgänge</b>	
<b>Respiration . . . . .</b>	813
Die passive Vorstufe vor dem ersten Atemzug (S. 813), Thoraxverformung beim Durchtritt der oberen Rumpfhälfte und ihre Folgen; erstes Residualvolumen; präparative Respirationsmechanismen (S. 814), Einsetzen der aktiven Atmung, weitere Ausbildung des Residualvolumens (S. 815), Druck-Volumenkurve = Atemschleife (S. 816), Atemvolumina und Drucke verkleinern sich während der Adaptation (S. 817)	
<b>Zirkulation . . . . .</b>	818
Prinzip der Kreislaufadaptation des Feten (S. 818), Störung der Adaptation (S. 818), Ursachen der Kreislaufumstellung; Änderung der Blutdruckverhältnisse (S. 820), Neugeborenenkreislauf Stadium 1 (S. 821), Stadium 2 (S. 822)	
<b>Die Adaptation der Säure-Basen-Verhältnisse und der mit ihnen gekoppelten Blutgaswerte</b>	
Postpartiales pH-Tief (S. 823), Ursache: Einschwemmung von Laktat aus intrauterin spargeschalteten Bezirken (S. 824), Verschlechterung der Situation bei schwer deprimierten Neugeborenen (S. 825), Literaturauswahl (S. 825)	
<b>Risikoschwangerschaft — Risikogeburt . . . . .</b>	826
Definition, Häufigkeit (S. 826), Begriff der Perinatalperiode (S. 826), Mortalitätsstatistik, Definitionen der Mortalität (S. 827), Mortalitätsraten einzelner wichtiger klinischer Diagnosegruppen (S. 828), Kombinationsdiagnosen (S. 829), Schwierigkeiten beim Vergleich von Mortalitätsstatistiken (S. 829), Risikofälle (S. 830), Intensivvorsorge (S. 831), Literaturauswahl (S. 831)	
<b>Die Plazenta als endokrine Drüse . . . . .</b>	831
Feto-plazentare Einheit (S. 832), Choriongonadotropin HCG, charakteristischer hoher Gipfel im ersten Schwangerschaftsdrittel (S. 832), Progesteron (S. 833), Pregnandiolausscheidung, ein Maß für den plazentaren Funktionszustand; Progesteronstoffwechsel während der Schwangerschaft, physiologische Bedeutung des Progesterons (S. 834), Östrogen-synthese während der Schwangerschaft (S. 835), etwa 80% des im Harn erscheinenden Östriols sind fetaler Herkunft; Östriolausscheidung im Harn der Mutter ein Maß für das Wohlergehen des Feten (S. 836), Literaturauswahl (S. 836).	

<b>Die Plazenta als Austauschorgan . . . . .</b>	838
Austauschorgan für den feto-maternalen Stoffwechsel, synzytio-kapilläre Membran, hämo-choriales System, mechanisch-physikalische Barriere (S. 838), chemische Barriere, Metabolisierung von nichtendokrinen Stoffen, Durchtrittsmechanismen verschiedener Stoffe (S. 839), einfaches Schema zur Leistung der Plazentazelle, Grundlage zum Verständnis der Plazentarisuffizienz (S. 840), drei klinisch faßbare Symptome der Plazentarisuffizienz (S. 841).	
<b>Grundlagen der Diffusion von CO<sub>2</sub> und O<sub>2</sub> . . . . .</b>	841
Der Austausch folgt dem feto-maternalen Konzentrationsgefälle; Änderungen der Oberfläche = weiterer Faktor zum Verständnis der Plazentarisuffizienz i. e. S. (S. 841), Oberflächenzunahme bedeutet nicht unbedingt Zunahme der Austauschfläche; Faktoren, die die Diffusionsfläche verringern (S. 842), Änderungen der Diffusionsstrecke und Änderung der Druckdifferenz der Gase = weitere Faktoren zum Verständnis der Plazentarisuffizienz i. e. S.; O <sub>2</sub> -Druck im intervillösen Spaltsystem (S. 843), die Druckdifferenz für O <sub>2</sub> und auch für CO <sub>2</sub> nimmt ab, wenn Veränderungen in den mütterlichen Gefäßwänden stattfinden; Begriff der Kontaktzeit (S. 844)	
<b>Modelle für die feto-maternalen Blutstromrichtungen . . . . .</b>	844
Gleichstromprinzip (S. 844), Kreuzstromprinzip (vorhanden beim Menschen), Gegenstromprinzip (S. 844)	
<b>Faktoren, die einen ausreichenden feto-maternalen Gasstoffwechsel begünstigen . . . . .</b>	846
Physiologische mütterliche Hyperventilation (S. 846), Ursachen (S. 846), Überströmung der Plazentazotten mit arterialisiertem mütterlichem Blut, Durchflußrate, Perfusionsrate, zirkulatorische Wirkung der Wehen; der einfache und der doppelte Bohreffekt (S. 848), O <sub>2</sub> -Versorgung fetaler Organe (S. 849), Literaturauswahl (S. 849).	

## Ultraschall in der Geburtshilfe

<b>Physikalische Grundlagen . . . . .</b>	851
<b>Technik . . . . .</b>	852
Impulseechoverfahren, A-Bild-Methode (S. 852), B-Bild-Methode = Schnittbildmethode (S. 853), Dopplerverfahren (S. 855)	
<b>Möglichkeiten der geburtshilflichen Diagnostik mit Ultraschall . . . . .</b>	856
<b>I. Diagnostik der normalen Schwangerschaft</b>	
Nachweis einer Schwangerschaft, Nachweis von Kindsbewegungen und kindlicher Herzaktion (S. 856), Größenbestimmung des Kindes bzw. Bestimmung des Schwangerschaftsalters; Beziehung zwischen der Länge des biparietalen Schädeldurchmessers und dem Schwangerschaftsalter (S. 857), Lage- und Mehrlingsdiagnostik, Plazentalokalisation (S. 858)	

	Seite
<b>II. Diagnostik der gefährdeten oder gestörten Schwangerschaft . . . . .</b>	<b>860</b>
Intrauteriner Fruchttod (S. 860), Blasenmole, Hydramnion, Morbus haemolyticus fetus (S. 861), Lokalisation der Plazenta, Nachweis (oder Ausschluß) eines Hydrops placentae et fetus (S. 863), Dicke normaler Plazenten im Verlauf der Schwangerschaft (S. 865), Ermittlung des kindlichen Reifegrades, Bestätigung der gelungenen intrauterinen Transfusion (S. 866), Anenzephalus, Hydrozephalus, Diabetes in der Schwangerschaft (S. 866)	
<b>Zur Frage der Fruchtenschädigung durch Ultraschall . . . . .</b>	<b>866</b>
Literaturauswahl (S. 867)	
<b>Sachregister . . . . .</b>	<b>869</b>