

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: 57 (1959)

Heft: 12

Artikel: Kurze bakteriologische Orientierung für Hebammen

Autor: Delnon, I.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951539>

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: 08.11.2024

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

Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZ. HEBAMMENVERBANDES

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. NEUWEILER, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern
für den allgemeinen Teil: Fr. MARTHA LEHMANN, Hebamme, Zollikofen / Bern, Tel. 65 12 80

Abonnements:
Jahres-Abonnement für die Schweiz Fr. 4.—
für das Ausland Fr. 4.— plus Porto

Druck und Expedition:
Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Bern
Mattenenge 2, Tel. 2 21 87
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind

Insertate:
im Inseratenteil: pro 1spaltige Petitzeile 48 Cts.
im Textteil: pro 1spaltige Petitzeile 72 Cts

Kurze bakteriologische Orientierung für Hebammen

Von I. Delnon

Bei der *Mastitis puerperalis* unterscheidet man zwischen Früh- und Spätmastitis, je nachdem diese kurz nach der Geburt oder erst nach zehn bis zwölf Tagen auftritt. Auch hier, wie bei der bakteriellen Endometritis puerperalis, fand man früher mehr Streptokokken als den verantwortlichen Keim. Heute ist es bei über 90 Prozent der Fälle auch wieder der *Staphylococcus*, der allgemein auch nur «Aureus» genannt wird. Die Mehrzahl dieser Aureusstämme sind penicillin-resistent. Nicht jede Milchstauung mit Begleitschmerz ist eine bakterielle Mastitis, und nicht jede Mastitis bewirkt sofort Schmerzen und zeigt eine Hautrötung. Eine rasche bakteriologische Milchuntersuchung klärt am besten jeden verdächtigen Fall ab. Was eine Hebamme in jedem Verdachtsfalle sofort tun kann, ist das Abpumpen der Milch und Auflegen einer Eisblase. Das Weitere entscheidet dann der Arzt. Erfahrungsgemäß ist es ratsam, auch in Fällen mit negativem bakteriologischem Befund, jedoch bei Rötung, Druckempfindlichkeit und Temperaturanstieg sofort eine Behandlung einzuleiten. Eine Abortiv-Behandlung ist rascher und leichter durchzuführen, als diejenige verschleppter Fälle. Das Problem der Vorbeugung ist noch nicht überall gelöst; beweisend dafür ist der Anstieg der Mastitisfrequenz in vielen Ländern. Die hauptsächlichsten Übertragungsarten von pathogenen *Staphylokokken* in die Milchdrüse sind: Vom Nasen-Rachenraum und Vagina der Wöchnerin selbst auf die Mamilla, dann vom Pflegepersonal, von der Nase des Neugeborenen und aerogen, d. h. von der keimbeladenen Zimmerluft ebenfalls auf die Mamilla der Wöchnerin; auf indirektem Wege können die pathogenen *Staphylokokken* durch das Pflegepersonal, von der Vagina der Wöchnerin (beim Geburtsakt) und von der Zimmerluft vorerst auf die Nasenschleimhaut des Säuglings gelangen, von wo aus diese Mikroben während des Stillens direkt auf die Mamilla «abgestreift» werden können. Eine endogene Übertragung via Lymph- und Blutbahnen muß erfahrungsgemäß in einigen Fällen in Betracht gezogen werden.

Die meisten *Venenentzündungen* post-partum sind abakteriell, d. h. nicht durch Mikroben bedingt. Auch hier muß eine gewisse Veranlagung, z. B. wenn wiederholte Erkrankungen dieser Art im Wochenbett vorkommen, angenommen werden. Eine Verhütung derselben ist, auch wenn man über frühere Phlebitiden orientiert wurde, nicht immer möglich. Die Vorkehrungen, die in solchen Fällen — auch nur im Verdachtsfalle, daß die Entzündung bakteriell bedingt sein könnte — zu treffen sind, sind jeder Hebamme bekannt. Die bakterielle Venenentzündung wird meistens durch *Staphylokokken* und seltener durch *Streptokokken* oder andere Mikroben verursacht.

e) Ein Teil der Infektionen, die das *Neugeborene* befallen und durch Übertragung mütterlicher Mikroben verursacht werden, haben wir bereits erwähnt. Wir möchten hier nur noch auf eine Feststellung hinweisen, die das bereits angelegte Abwehrvermögen (Einzelwesen-, Organresistenz usw.) beim Neugeborenen trefflich illustriert. Von den in Frauenkliniken geborenen Kindern werden über 80 Prozent bereits in den ersten Lebenstagen u. a. von pathogenen *Staphylokokken* infiziert, aber nur der kleinste Teil dieser Kinder zeigt in den ersten Tagen oder im Laufe der folgenden Wochen Entzündungen, die auf diese *Staphylokokken* zurückzuführen sind. Zum Beispiel, wenn eine an Mastitis erkrankte Wöchnerin ihr Kind stillt, erkrankt dieses nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen an demselben *Staphylococcus*. Solche Beispiele kennen wir auch noch für andere Bakterien.

Die Behandlung aller erwähnten mikrobiellen Infektionen in der Geburtshilfe ist Sache des Arztes. Immerhin können die Hebammen in vielen Fällen die nötigen Vorkehrungen treffen, die die Therapie erleichtern, verkürzen und erfolgreicher gestalten. Auf dem Gebiete der Infektionsprophylaxe ist auch seitens der gut geschulten Hebammen viel erreicht worden.

Die heute überall gebräuchlichen *Antibiotika* haben die Behandlung, auch der mehrkeimigen Infektionen, sehr erleichtert. Ihre antibakterielle Aktivität besteht darin, daß sie imstande sind, die Vermehrung gewisser Erreger zu hemmen oder diese sogar zu «töten», ohne die Wirtszellen (Gewebszellen des Körpers) zu schädigen. Ueber Vor- und Nachteile dieser Substanzen wollen wir hier nicht eintreten. Eines steht jedoch fest, daß durch die Antibiotika einige Infektionsmikroben, darunter vor allem die *Staphylokokken*, therapieresistenter gemacht wurden. Genau wie auch auf andern biologischen Gebieten unterscheidet man auch bei den Bakterien zwischen Primär- und Sekundärresistenz. Die erste besitzen viele pathogenen Keime gegenüber gewisse Antibiotika; z. B. wirkt Penicillin gar nicht gegenüber *Colibakterien* usw. Die Sekundärresistenz kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden, u. a. eben durch den massiven Verbrauch an Antibiotika. Diese Stoffe können je nach Reaktionszustand (der im voraus schwer zu bestimmen ist) des Organismus zu leichten bis zu schweren Nebenwirkungen führen, so daß der Ausdruck, der neuerdings für sie geprägt wurde, nämlich ihr Wirkungsvermögen erlange die Bedeutung eines «zweischneidigen Schwertes», ganz am Platze ist. Aus gewissen schlechten Erfahrungen wird daher heute sehr darauf geachtet, die Antibiotika nur in bakteriologisch und klinisch indizierten Fällen anzuwenden. Anstatt diese keimtötenden Substanzen aus den so-

genannten Aktinomyceten (pilzähnliche Gebilde, die ebenfalls zum Bakterienreich gehören) zu isolieren, ist man neuerdings dazu übergegangen, sie von Mikroben zu gewinnen. Die so erhaltenen Substanzen bekamen den Namen «gezielte Antibiotika». Wir haben bereits bei der Erwähnung der nützlichen Darmflora darauf hingewiesen, daß einige Bakterien imstande sind, andere Mikrobenarten zu unterdrücken; ein solcher Antagonismus besteht, genau wie im Tier- und Insektenreich, auch bei vielen für uns Menschen apathogenen und pathogenen Bakterien. Auf diesem Prinzip basiert die Wirkung der eben beschriebenen Antibiotika.

Die heutige Forschung bemüht sich, die hygienischen Verhältnisse noch zu verbessern, ferner neue antibakterielle Substanzen zu erforschen, die weniger bzw. keine Nebenerscheinungen erzeugen sollen und die ein Resistenzwerden der gefährlichen Mikroben nicht zulassen, wie auch neue Stoffe aus biologischen Materialien zu isolieren bzw. herzustellen, die dem erkrankten Organismus einverleibt, diesen in seinem Abwehrkampf unterstützen sollten. Für große Kliniken ist die Anwesenheit eines bakteriologisch geschulten Arztes heute, angesichts der großen latenten Gefahr, die die *Staphylokokken* bilden, nur von Vorteil. Durch seine zusätzliche Arbeit können alle auftretenden Infektionen sofort diagnostiziert, die Erreger auf Empfindlichkeit oder Resistenz getestet und eine kausal angreifende Therapie eingeschlagen werden.

Zum Abschluß möchten wir noch kurz die empfohlenen Impfungen im Kindesalter erwähnen, auch wenn nicht bei jedem Arzt die gleiche Ansicht über die Notwendigkeit derselben besteht. Die gebräuchlichen Abkürzungen bedeuten: Di-Te-Per = Diphtherie-Tetanus-Pertussis (Keuchhusten); BCG bedeutet «*Bacillus-Calmette-Guérin*», es handelt sich um einen abgeschwächten avirulenten gemachten *Tuberkelbazillus*. Erfahrungsgemäß erzielt man die besten Resultate, wenn man im frühen Kindesalter impft. Um einen genügenden Schutz beizubehalten, ist eine Wiederimpfung in gewissen Abständen nötig.

Als bedingt empfehlenswert erwähnen wir nur die Tuberkuloseimpfung, die am besten gleich bei der Geburt vorgenommen werden soll. Sollten nach sechs bzw. vierzehn Jahren die Testreaktionen negativ ausfallen, so ist eine Wiederimpfung indiziert.

Empfehlenswert sind:

im 3. bis 5. Monat: Di-Te-Per

im 6. Monat: Pocken

im 8., 9. und 10. Monat: I., II. und III. Polio (Kinderlähmungsimpfung)

im 15. Monat: Di-Te (inj. de rappel = Wiederimpfung)

(von einer eventuellen V. Polioimpfung ein Jahr nach der IV. wird gegenwärtig gesprochen)

PS. Literatur beim Autor.