

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: 73 (1975)

Heft: 3

Artikel: Infektiöse Erkrankungen der Geschlechtsorgane im Zusammenhang mit der Schwangerschaft

Autor: Berger, M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950926>

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: 14.03.2025

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

Liebe Leserinnen

Der 15. Februar 1975 ist vorüber. — Sagt Ihnen dieses Datum etwas? Wohl kaum.

Nun: Ich will es in die Erinnerung zurückrufen. Ich habe in der Januarnummer alle Leserinnen eingeladen, entweder selber einen Artikel zu schreiben über brennend interessierende Probleme, oder sich zu äussern, welche Themen Sie am liebsten behandelt sehen würden, oder aber zuhänden eines Briefkastens auftretende Fragen bei unklaren Fällen etc. vorzubringen. Und dies alles bis zum 15. Februar.

Ich weiss: Wir befinden uns nicht in den Bergen, wo man hinausschreien kann, und das Echo gleich zurückhallt.

Immerhin habe ich mich aufrichtig gefreut, aus Ihren Reihen Reaktionen zu spüren. Insbesondere hat es mir auch gut getan, die ermunternden Worte von Frau Nelly Marti und Sr. Olga Leu in der Februarnummer zu lesen. Dafür bedanke ich mich herzlich.

Doch so schön es ist, gute Worte zu bekommen: Damit wird die Zeitung auch nicht voll. Nicht dass ich fürchterliche Schwierigkeiten hätte, Artikel aufzutreiben. Aber es ist ja nicht meine Zeitung, die zu Ihnen ins Haus kommt. Es ist Ihre Zeitung. Und wir wollen doch, dass es Artikel sind für Sie, nicht für mich, nicht von Aerzten zu Aerzten.

Oder anders ausgedrückt: Ich habe keine einzige konkrete Anregung erhalten.

Wenn eine einzige Leserin unter Ihnen wirklich ohne Fragen und ohne Probleme ist: Melden Sie es mir sofort! Ich werde Ihre Stelle mit Handkuss übernehmen im Eintausch gegen meine Besoldung. Ich kann dies ruhigen Gewissens tun. Denn es wird sich niemand melden.

Also: Streifen Sie Ihre Hemmungen ab. Schreiben Sie von mir aus noch ein paar nette Dinge an mich, aber vergessen Sie vor Ihrer Unterschrift nicht, konkrete Anregungen und Wünsche beizufügen.

Ich hätte zwei Themen, die ich Ihnen einmal hinlege. Ich würde meinen, es wäre interessant zu wissen, wie einzelne Hebammen darüber denken:

1. Thema:

Soll man die Fruchtblase sprengen oder nicht? Wenn ja: wann? wie? warum?

2. Thema:

Wie sehen Sie die Zukunft des Hebammenberufstandes? Meinen Sie, dass die Bedeutung der Hebamme eher zu- oder abnimmt.

Wie würden Sie sich die ideale Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Geburtshelfer vorstellen?

Zum 1. Thema: Ich habe Ihnen in der Januarnummer Beiträge von ärztlicher Seite zu diesem Thema versprochen.

Ich habe das Glück, einen der führenden Experten auf diesem Gebiet zu kennen, und habe ihn um einen Artikel gebeten. Er hat mir nach langem Ueberlegen abgesagt mit dem Hinweis, das Thema sei für ihn zu gefährlich, zu politisch.

Deshalb gelange ich jetzt an Sie! Sie müssen sich ja nicht fürchten vor falschen Reaktionen, da Sie erstens anonym schreiben können (Adresse der Redaktion aber bekannt geben), und da Sie zweitens auch mit einem engagierten Artikel kaum Ihrer Karriere in Richtung «Bundeshebamme» oder ähnlichem schaden werden.

Vorerst aber lesen Sie einen Artikel über Entzündungen der Geschlechtsorgane während der Schwangerschaft. Ich hoffe, dass Sie das eine oder andere Vergessene hier wieder auffrischen können.

Nochmals vielen Dank für all die Zuschriften.

Jetzt aber wollen wir, das heisst Sie und ich arbeiten!

Mit freundlichen Grüßen Ihr

F. X. Jann

Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. M. Berger)

Infektiöse Erkrankungen der Geschlechtsorgane im Zusammenhang mit der Schwangerschaft

Einleitung

Die Hebamme wie auch der Arzt sehen häufig während der Schwangerschaft entzündliche Erkrankungen der Geschlechtsorgane. Es gibt davon eine ganze Anzahl. In diesem Artikel werden aber nur die häufigsten besprochen, bezüglich ihrer Krankheitszeichen und ihrer Behandlung. Besonders auch die Hebamme kann durch ihre Beobachtungen dem Arzt den ersten Hinweis geben, wenn es sich um eine Genitalerkrankung handelt, die evtl. auch das Kind schädigen könnte.

Kolpitis (Entzündung der Scheide)

Relativ häufige Erkrankung, weil die Scheide während der Schwangerschaft stärker durchblutet ist und daher einen besseren Nährboden für die Entzündung bietet. Die typischen Symptome der entzündeten Scheide: Ausfluss, Juckreiz, Rötung der Vagina. Als Ursache findet sich meistens Soorpilz (Candida

albicans), Trichomonaden, Bakterien (z. B. Staphylokokken, Streptokokken, Coli-Bakterien, Gonokokken etc.).

Die Diagnose kann durch einen Abstrich aus der Vagina mit sofortiger mikroskopischer Untersuchung gestellt werden. Mit einer speziellen Färbung (Brillantkresylblaufärbung) sieht man beim Soorpilz fadenähnliche Figuren unter dem Mikroskop. Soor ist eine häufige Erkrankung der Schwangeren. Als Behandlung werden pilzvernichtende Mittel eingesetzt (z. B. Mykostatatin, Monistat, Canesten). Für den Mann wird gleichzeitig eine pilzzerstörende, sogenannte antimykotische Creme empfohlen (z. B. Mycolog, Canesten).

Eine orale Tabletten-therapie ist während der Schwangerschaft meistens nicht am Platze. Bei den Nachkontrollen nach der Geburt sollte man erneut nach Soorerregern suchen. Die Trichomonaden zeigen sich im Mikroskop als ovales oder rundliches leucozytenähnliches Gebilde mit drei bis vier Geisseln. Sie sind etwas grösser als Leucozyten, und im frischen Präparat erkennt man die Bewegungen der Geisseln. Die Trichomonaden kommen besonders im Sommer häufig vor, weil sie leicht durch das warme, infizierte Wasser der Schwimmbäder übertragen werden. Ein starker, gelb-grüner, schaumiger Ausfluss ist für die Patientin sehr lästig. Der Mann hat selten oder nur wenig Beschwerden. Es ist die gleichzeitige Behandlung der beiden Ehepartner anzustreben (z. B. Fasygin 500, Flagyl, Trichomycin, Macmiror). In der Schwangerschaft ist die Behand-

lung mit Tabletten erst ab 3. Schwangerschaftsmonat zu empfehlen. Die Infektion der Scheide durch verschiedene Bakterien verlangt häufig eine spezielle Untersuchung. Je nach Schweregrad der Entzündung genügt in den meisten Fällen eine örtliche Behandlung mit Scheidentabletten oder Cremes (z. B. Gynosterosan, Vagramin, Cervicaletten, Vagomycin, Vago-Clyss).

Hauptprobleme für die Therapie:

- a) Vernichtung der Erreger.
- b) Verhütung einer Wiederinfektion: Harnblase, Mastdarm, eventuell Partner.
- c) Verhütung von neuen Erkrankungen: Allgemeine Hygiene.

Unter der allgemeinen Hygiene ist das regelmässige Waschen oder Duschen der äusseren Geschlechtsorgane gemeint ohne vaginale Spülungen mit Seife oder andern Mitteln. Bei unfachlichen Scheidenspülungen wird der normale Säuregrad der Scheide aus dem Gleichgewicht gebracht und die Besiedlung der Scheide mit «guten» Bakterien gestört, so dass eine neue Infektion ihren Weg noch leichter findet.

Gonorrhoe (Tripper)

Die Gonorrhoe ist eine akute infektiös-eitrige Entzündung durch das Bakterium *Neisseria Gonorrhoe* verursacht. Am häufigsten sind die Geschlechts- und Harnorgane befallen. Deshalb kann ein Kind beim Geburtsweg durch die Scheide von einer gonorrhoeerkrankten Mutter angesteckt werden und an einer gefährlichen Augenentzündung der sogenannten Konjunktivitis gonorrhoeica erkranken. Zur Zeit ist die Gonorrhoe eine der häufigsten Geschlechtskrankheiten.

Diagnose: Gelb-grüner rahmiger Ausfluss, Scheidenentzündung, Rötung der äusseren Geschlechtsorgane, Entzündung der äusseren Harnröhre. Ohne Behandlung steigt die Entzündung auf und befällt die höheren Partien der inneren Geschlechtsorgane und kann so schwere Entzündungen der Eileiter und sogar der Bauchhöhle verursachen.

Nachweis: Abstrich aus der Harnröhre und aus dem Gebärmuttereingang mit speziellen Transportreagenzgläsern für eine bakteriologische Untersuchung. Die sogenannte Gramfärbung des Abstriches unter dem Mikroskop kann nicht immer eine eindeutige Diagnose bringen.

Behandlung: In der Schwangerschaft vorwiegend Penicillin, weil die anderen Antibiotika in der Schwangerschaft zum Teil Schaden anrichten können.

Gonorrhoe im Wochenbett: Eine nur schwache, nicht behandelte Gonorrhoe kann durch die Schwangerschaft aktiviert werden. Bei eitrigem Ausfluss aus dem Auge des Neugeborenen muss die Hebamme an einen Tripper der Mutter denken. Heute ist die Augenprophylaxe des Neugeborenen obligatorisch. Unmittelbar nach der Geburt wird 1 Tropfen 1% Argentinum-nitricum-Lösung in jedes Auge geträufelt. Fieberanstieg in der zweiten Wochenbettwoche, begleitet von starken Schmerzen in der Eileitergegend kann ein Hinweis auf eine Tripperentzündung sein. Sehr wichtig ist auch die gleichzeitige Behandlung des Partners, da sonst eine hohe Wiederinfektionsgefahr besteht.

Lues (Syphilis)

Lues ist eine eher selten gewordene, aber in gewissen Agglomerationen (Grossstadt) immer noch häufig vorhandene Geschlechtskrankheit. Sie wird durch den Erreger *Treponema pallidum* hervorgerufen. Die sogenannte Lues connata ist ein angeborenes Krankheitsbild beim Feten, Neugeborenen und Schulkind.

Die häufigste Infektionsquelle für die Mutter ist der geschlechtskranke Partner. Die Zeit von der Ansteckung bis zum Auftreten der Krankheitszeichen beträgt ca. 3—4 Wochen. Es bildet sich im Gebiet der äusseren Geschlechtsorgane meistens ein hartes Geschwür (*Ulcus durum*). 6—7 Wochen nach der Infektion tritt eine schmerzlose Lymphknotenschwellung in der

Leistengegend auf. Im zweiten Stadium, ca. 8 Wochen nach der Infektion breiten sich die Syphiliserreger auf den ganzen Körper aus. Es kommt zu Ausschlägen an der Haut und an den Schleimhäuten. Im dritten Stadium (5—10 oder mehr Jahre nach der Infektion) erscheinen die Spätzeichen der Syphilis wie Erkrankungen der Verdauungsorgane, des zentralen Nervensystems oder des Herzkreislaufsystems.

Der Nachweis der Erkrankung geschieht mittels der sogenannten Wassermann-Reaktion. Ist diese positiv, kann mit einem spezifischen Test, dem sogenannten FTA-Test (Fluoreszenz-Treponemen-Antikörper-Absorptionstest oder Nelson-Test) verfeinert werden.

Infektion in der Schwangerschaft: Die Erreger der Syphilis, die Spirochäten, können erst ab 4. Schwangerschaftsmonat die Plazenta durchdringen. Die eigentliche Infektion des Feten beginnt ab 5. Schwangerschaftsmonat. Es gilt: Ohne syphilitische Mutter gibt es keine angeborene Lues. Die derzeitige Frequenz der Neuinfektion im Erwachsenenalter beträgt ca. 4 : 10 000. Frequenz der angeborenen Lues: Bei unbehandelten Schwangeren erkranken 70—100 % der Feten. Bei rechtzeitig und ausreichender Behandlung ist dies aber fast sicher vermeidbar.

Ueber den Schweregrad der angeborenen Syphilis entscheidet der Infektionszeitpunkt:

- a) Infektion Mutter drei Jahre und länger vor der Schwangerschaft: Kind wird gesund oder scheinbar gesund geboren (syphilitische Symptome können erst später auftreten).
- b) Infektion erst kurz vor der Schwangerschaft oder zu Beginn der Schwangerschaft: Fetale Syphilis führt zu einer Früh- oder Totgeburt, eventuell Geburt eines schwerkranken Kindes mit geringer Lebenserwartung.
- c) Infektion der Mutter in den letzten 6 Schwangerschaftswochen: Geburt eines möglicherweise gesunden Kindes, da die Spirochäten die Zottenoberfläche der Plazenta in dieser kurzen Zeit meistens nicht mehr durchwandern können.

Drei Formen der angeborenen Lues:

- a) Die fetale Syphilis: Die Infektion des Kindes erfolgt zu einem relativ frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft, der Fetus wird von den Spirochäten überschwemmt, die Haut bleibt meistens frei, die inneren Organe sind befallen. Meist folgt das Absterben im 7.—8. Schwangerschaftsmonat.
- b) Säuglings-Syphilis: Erste Symptome treten zwischen der 6. und 10. Lebenswoche ein. In der Neugeborenenperiode sind die Kinder meist unauffällig. Hauptsymptome sind nur bei ca. 15 % der erkrankten Kinder sichtbar: Lebervergrösserung, Lymphknotenschwellung, syphilitischer Schnupfen, milchkaffeeфарbene Haut, Hautbläschen, Knochenveränderungen. Die Sterblichkeit beträgt 10 %. Die Haut- und Schleimhauterscheinungen sind äusserst ansteckend.
- c) Schulkinder-Syphilis (*Lues connata tarda*): Tritt im 6.—14. Lebensjahr in Erscheinung mit den Zeichen der sogenannten Hutchinson'schen Trias: Hornhautentzündung, Innenohrschwerhörigkeit, tonnenförmige Schneidezähne.

Zu jeder Schwangerschaftsberatung gehört die Untersuchung auf Syphilis, die routinemässig ausgeführt werden sollte. Die Wassermann'sche Reaktion kann aber auch bei anderen Erkrankungen positiv sein, z. B. Malaria, Scharlach, Fieber nach Röntgenbestrahlung, nach Behandlung mit Sulfonamiden (Madribon etc.), Lungenentzündungen, bestimmte Herzentzündungen etc. Zur Zeit wird für alle Stadien der Syphilis Penicillin als erstes Antibiotikum empfohlen:

Lues Stadium I:

1 Million Einheiten Penicillin täglich 15 Tage lang .

Lues Stadium II:

Drei Injektionskuren mit 15 Millionen Einheiten Penicillin (jeweils einmonatiger Intervall dazwischen).

Lues Stadium III:

Drei bis fünf Injektionskuren mit Penicillin.

Bei penicillinallergischen Patientinnen wird Erythromycin oder Tetracyclin eingesetzt. Bei der Herxheimer-Reaktion wird 20—60 mg Prednisolon peroral zwei Tage lang verabreicht. Die sogenannte Herxheimer-Reaktion entsteht durch den plötzlichen Zerfall der Syphiliserreger nach Penicillininjektionen. Die zerstörten Bakterien setzen ihre Giftstoffe frei, so dass es zu Schüttelfrost, Fieber, hohem Puls, Schweissausbrüche, Durchfall, Kreislaufkollaps etc. kommen kann.

Im Prinzip kann die an Syphilis erkrankte Frau ihr ebenfalls erkranktes Kind stillen. Ist das Kind aber gesund oder scheinbar gesund geboren (Infektion in den letzten 6 Wochen der Schwangerschaft), soll nicht gestillt werden.

Obwohl die Syphilis relativ selten geworden ist, sollte man die Kennzeichen dieser heimtückischen Krankheit kennen, weil nur die Früherfassung die Mutter und das Kind vor schwerwiegenden Folgen bewahren kann.

Amnionitis (Entzündung der Fruchthöhle)

In der heutigen Literatur wird vermehrt auf die Gefahren dieser Eihautentzündung hingewiesen. Bei der Mutter äussert sich diese intrauterine Entzündung als übelriechender, oft eitriger Ausfluss mit Fieber, Pulsbeschleunigung und erhöhte Leukozytenzahl mit Linksverschiebung. Beim Kind führt diese Infektion nach der Geburt vor allem zu Lungenentzündungen wegen des Eindringens des Eiters in die Lunge, zu Blutvergiftungen, selten zu Mittelohrentzündungen, an die sich eine Gehirnhautentzündung anschliessen kann.

Nach vorzeitigem Blasensprung, wenn sich die Geburt nicht sofort anschliesst, oder bei verlängertem Geburtsverlauf kann es zu einem Aufsteigen der Bakterien aus der Scheide und dadurch zu einer Infektion kommen. Nach der Geburt findet man eine Trübung der Eihäute und manchmal einen üblen Geruch der Plazenta.

Behandlung: Bei Temperaturanstieg auf über 38 Grad und/oder Leukozytenanstieg auf über 16 000 und/oder fetale Herzfrequenz über 160 Schläge pro Minute, wird sofort mit einer hochdosierten Antibiotikabehandlung begonnen. In der Regel werden Einzelinjektionen Ampicillin i. v. (z. B. Penbritin, oder Spectacillin) in einer Gesamtdosis von 12—24 gr. (!) in 24 Stunden verabreicht. Bei Ueberempfindlichkeit auf Ampicilline kann evtl. Cephalosporin gegeben werden. Eine Einleitung der Geburt bei einer Amnionitis ist in jedem Schwangerschaftsabschnitt wegen hoher Lebensgefahr für die Mutter notwendig.

Es ist oft möglich, dass besonders die Hebamme dem Arzt Hinweise für eine infektiöse Erkrankung der schwangeren Frau geben kann. Durch Kenntnis dieser Krankheitsbilder kann man bei konsequenter Behandlung manchmal schwerwiegende Komplikationen bei der werdenden Mutter und dem Kind verhindern.

Die im letzten Abschnitt angeführte hohe Dosierung von 12—24 gr. Antibiotika pro Tag mag zwar manche Leserin zu einem Kopfschütteln verleiten. Es muss aber mit deutlicher Betonung darauf hingewiesen werden, dass eine tiefere Dosierung oder gar eine Therapie mit Sulfonamiden, wie sie leider immer noch da und dort anzutreffen ist, mehr schadet als nützt, was mehrfach bewiesen wurde. Selbstverständlich kann nach der Geburt des Kindes die Antibiotikadosierung auf etwa 1/4 bis 1/6 vermindert werden.

Autor:

Dr. med. Eugen Sacha, Universitäts-Frauenklinik Bern

Wiederholungskurse für Hebammen

Nach Art. 30 des Reglements für die Hebammenschule im kantonalen Frauenspital in Bern und über die Ausübung des Hebammenberufes im Kanton Bern haben die im Kanton Bern berufstätigen, diplomierten Hebammen und Hebammenschwestern alle fünf Jahre einen Wiederholungskurs im kantonalen Frauenspital in Bern zu besuchen.

Ein derartiger Wiederholungskurs wird anfangs September 1975 stattfinden.

Alle Hebammen, die 1974 versehentlich nicht zum obligatorischen Wiederholungskurs aufgeboten wurden, werden eingeladen, sich bis Ende März 1975 bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern, Rathausgasse 1, 3011 Bern, schriftlich zu melden.

Statt Pillen und Schmerztabletten ...

Wer eine Abneigung gegen das Schlucken von Pillen und Tabletten hat, wird von Melabon begeistert sein. Melabon ist ein schmerzstillendes Arzneimittel in Form einer Oblatenkapsel, die sich — einige Sekunden im Wasser aufgeweicht

— angenehm und ohne bitteren Geschmack einnehmen lässt. Denken Sie aber daran, dass Schmerzmittel nicht dauernd und in höheren Dosen eingenommen werden sollen ohne dass man den Arzt fragt.

The logo for Melabon, featuring the brand name in a bold, white, sans-serif font inside a black rectangular box.