

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: 64 (1966)

Heft: 10

Artikel: Lues und Schwangerschaft

Autor: Crevoisier, P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951670>

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: 30.03.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Bern, 1. Oktober 1966 Monatsschrift 64. Jahrgang

10

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Frä. 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 Petitzeile 60 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 90 Rp.

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

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. W. Neuweiler)

Lues und Schwangerschaft

Von P. Crevoisier

Heutige Bedeutung der Syphilis.

Aus den in den letzten Jahren herausgegebenen Statistiken geht deutlich hervor, dass die Syphilis seit 1955 wesentlich häufiger vorkommt. Die Ansteckung erfolgt fast ausschliesslich durch den Geschlechtsverkehr. Die Hurerei spielt immer eine wichtige Rolle, welche aber von 60 Prozent auf 30 Prozent heruntergefallen ist. Dagegen ist der freie Geschlechtsverkehr zur Hauptquelle der Ansteckung geworden. Ebenfalls spielt die Homosexualität eine nicht unwesentliche Rolle.

Einer der Hauptfaktoren der Ausbreitung ist das Bestehenbleiben verkannter primären und sekundären Erscheinungen. Insbesondere die weiblichen genitalen Erkrankungsherde werden leicht übersehen. Die Syphilis wird ebenfalls durch lokal oder allgemein in geringer Menge verabreichte Antibiotika versteckt, wobei der Verlauf verzögert wird und die Laboruntersuchungen unklar ausfallen. Es kommt besonders bei Dirnen vor, welche Antibiotika in kleinerer Dosis zur Behandlung einer sonstigen gynäkologischen Erkrankung während längerer Zeit bekommen. Deshalb sind auch sogenannte latente Syphilis (s. unten) verhältnismässig viel häufiger geworden.

Ansteckung und Uebertragung.

Zwecks gründlicher Auffassung des Problems Lues und Schwangerschaft seien die Grundkenntnisse über diese Erkrankung kurz in Erinnerung gebracht.

Die Syphilis ist eine durch eine besondere Art von Spaltpilzen, sogenannten Spirochaeten verursachte Infektionskrankheit. Diese an zehn bis zwanzig gleichmässigen Windungen kenntlichen Erreger werden in der Art nachgewiesen, dass man einen Tropfen aus dem Gewebssaft des verdächtigen Herdes auf einen Objektträger bringt, mit Kochsalzlösung vermischt und unter dem Mikroskop unter besonderer Beleuchtung — Dunkelfeld — betrachtet.

Die Syphilisspirochaete vermag nur im Menschen zu leben. Sie ist bei ihm im Primärstadium und zum Teil während des Sekundärstadiums der Erkrankung direkt nachzuweisen.

Beim Menschen kommen folgende Wege der Ansteckung in Frage:

1. Die Uebertragung der Erreger auf die Haut oder Schleimhaut, entweder unmittelbar von Mensch zu Mensch oder auf andere Weise. Bei der unmittelbaren Uebertragung spielt der Geschlechtsverkehr die Hauptrolle. Da die Syphilis jedoch von jeder Körperstelle eines Kranken auf jede Körperstelle eines Gesunden übertragen werden kann, so fallen natürlich auch «nicht-venerische», z. B. berufliche Ansteckungen hierunter. An sich ist die unverletzte Haut für Spirochaeten undurchlässig. Aber schon ein kleiner, kaum sichtbarer Einriss kann zu einer Ansteckung führen. Das zeigen die immer wieder vorkommenden Ansteckungen bei Aerzten, Hebammen und Pflegerinnen.

Die mittelbare Uebertragung, meist «extragenital», ist weitgehend von den besonderen Lebensbedingungen des Erregers abhängig, der auf feuchtem Grund lange lebensfähig bleibt, dagegen durch Austrocknung, Lichteinwirkung, Erwärmung über 45 Grad und leichte Desinfektion schnell zugrunde geht.

2. Die Uebertragung der Syphiliserreger kann auch auf dem Blutwege erfolgen: ihre praktisch wichtigste Folge ist die angeborene Syphilis. Sie kann auch beim Blutspenden erfolgen, weshalb jede Blutkonserve entsprechend überprüft werden muss.

Klinik der Syphilis.

Der Verlauf einer nicht behandelten Syphilis gestaltet sich nach konstanten Regeln. Während der zwei bis drei Wochen nach der Ansteckung vermehren sich die Erreger nur am Orte der Ansiedlung. Indessen bleibt die Patientin vollkommen beschwerdefrei. Erst dann kommt es zur ersten klinischen Manifestation in Form des sogenannten Primäraffektes (Schanker). Der rundliche bis zirka Fünffrankenstück grosse infiltrierte Herd sitzt meistens am Genitale: Schamlippen, Harnröhrenmündung, Scheide, Muttermund, selten extragenital. Er wird sich bald geschwürig verändern. Aus der eitrigen Sekretion lassen sich meistens zahlreiche Spirochaeten nachweisen. Dieser Primärherd ist also hochinfektiös. Während der Ausbildung des Primäraffektes gehen immer mehr Erreger auf dem Lymph- und Blutwege in den Organismus über. Zirka zwei Wochen nach dem Erscheinen des Primäraffektes, d. h. zirka fünf Wochen nach der Ansteckung schwellen die zugehörigen regionären Lymphknoten an. Es handelt sich also meistens um die Leistendrüsen. Man merke sich aber, dass bei tiefem Sitz des Primäraffektes im Scheidenteil und am Muttermund die regionären Lymphknoten hinter dem Bauchfell liegen und dementsprechend nicht zu finden sind. Diese angeschwollenen Drüsen sind ganz auffälliger Weise nicht schmerzhaft (indolente Bubonen). In den folgenden Wochen wird der ganze Körper immer mehr von den Spirochaeten überschwemmt und es sind dann allerlei Symptome festzustellen. Hervorzuheben seien u. a. ein fleckförmiges röthliches Exanthem (Roseole), die Anschwellung sämtlicher Lymphknoten, welche zu den allgemeinen Erkrankungszeichen auffallend hinzukommen. Diese Symptome klingen im Verlaufe einiger Wochen ab und damit tritt die Syphilis in das symptomlose Stadium über. Dieses Stadium der sogenannten Latenz erstreckt sich über mehrere Monate, d. h. so lange bis die Abwehrkräfte des Organismus wieder so weit reduziert sind, dass sich die lokal am Orte der Herde des ersten Ausbruchs übrig gebliebenen Spirochaeten erneut vermehren können und den Körper wiederum überschwemmen. Unabhängig von diesem neuen Schub können in der Mundhöhle weissliche Flecken oder am Genitale sogenannte breite Kondylome als sehr spirochaetenreiche Herde zum Ausbruch kommen. Man merke sich also, dass der Träger in dieser Periode aus allen diesen frisch aufflackernden Herden immer noch ansteckend bleibt. Der Wechsel zwischen Latenzstadium und Rezidiven kann sich über drei bis fünf Jahre hinziehen.

Das spätere Stadium gehört unserem Thema nicht mehr: es handelt sich um die sogenannte tertiäre Syphilis mit Lokalisation am Gefässapparat und Nervensystem und an bestimmten Organen insbesondere mit tiefgreifender Organzerstörung.

Serologische Untersuchungen bei Lues.

Der Spirochaetennachweis kann im ersten Stadium der Syphilis sowie in den frühen Produkten der Syphilis im Sekundärstadium durchgeführt werden. Als wesentliches Hilfsmittel zur Syphilisdiagnose treten aber bei der Lues im Sekundärstadium — und ebenfalls im Tertiärstadium — die Seroreaktionen hinzu. Das Grundprinzip der Seroreaktionen sei kurz wie folgt skizziert: wenn die Spirochaeten einmal den Organismus auf dem Blutwege überschwemmen, d. h. erst nach der Ausbildung des Primäraffektes — weshalb diese Reaktionen in den ersten Erkrankungswochen noch nicht brauchbar sind — dann bildet der Organismus Abwehrstoffe gegen Syphiliserreger. Von diesem Moment an, wenn man Blut des verdächtigen Patienten — dieses Blut enthält jetzt Abwehrstoffe gegen Syphiliserreger — mit den Spirochaeten selber oder mit Produkten derselben auf irgend eine Weise in Kontakt bringt, so kommt es zu einer im Laboratorium nachweisbaren Reaktion: es heisst, die serologische Reaktion fiel positiv aus. Es wurden verschiedene wohl im Prinzip ähnliche Reaktionen aufgebaut. Von den wichtigsten üblichen seien erwähnt: die Wassermannsche Reaktion (WaR), die Reaktionen nach Meinicke, Kahn, die Cardiolipinreaktion. Die modernste sicher zuverlässigste, leider mancherorts noch wenig gebräuchliche Reaktion, ist der von Nelson

ausgearbeitete Treponemen-Immobilisierungstest. Dieser etwas teure Test wird gegenwärtig in der Schweiz nur in Lausanne (Clinique dermatologique universitaire, Hôpital Cantonal) durchgeführt und besteht darin, dass man eine gewöhnliche Blutprobe des Patienten in Reaktion mit lebenden Spirochäten bringt, die bei Kaninchen gezüchtet werden. Diese letztgenannte Methode ermöglicht eine Nachkontrolle der sogenannten «falschen» positiven Reaktionen und erlaubt eine ziemlich weitgehende Entscheidung über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Syphilis.

Vor allem bei den üblichen Reaktionen merke man sich, dass der positive oder negative Ausfall keine wie früher angenommen absolute Entscheidung ermöglicht. Zuerst und wie schon erwähnt wird die Reaktion erst zirka sechs Wochen nach der Ansteckung schwach und dann stärker positiv. Wir kennen andererseits Zustände, bei denen die Seroreaktionen positiv ausfallen, ohne dass wirklich eine Lues vorliegt, so bei tropischen Erkrankungen und gewissen Pneumoniearten. Wir wissen auch, dass mit der Dauer des Bestehens der Krankheit die Zahl der negativen Ausfälle zunimmt. In dem uns am meisten interessierenden Sekundärstadium reagiert aber wohl die Mehrzahl der Fälle positiv (97 bis 98 Prozent); im späteren Tertiärstadium, nur noch 60 bis 70 Prozent der Patienten.

Zur vielfach diskutierten Frage unspezifischer also nicht zuverlässiger positiver Seroreaktionen, dürfte man behaupten, dass dies bei gewissenhafter technischer Durchführung kaum vorkommt. Vor voreiligen Fehlschlüssen aus einem fraglich positivem Blutbefund schützen mehrere Sicherheitsmassnahmen: Wiederholung der Untersuchung sowie vor allem Vornahme eines Nelson-Testes bei jedem fraglichen Befund in der Schwangerschaft und Wiederholung im Wochenbett frühestens fünf bis acht Tage nach der Entbindung.

Wenn so viel Wert zur Serologie zukommt, ist es wohl deswegen, weil wenigstens die Hälfte der betroffenen Patientinnen Trägerinnen einer erscheinungsfreien Syphilis (Latente Lues) sind und ihr Leiden gar nicht kennen. Vorleben, Kreuzverhör nach Fehlgeburten und vor allem Frühgeburten sollten — abgesehen einer bei jeder schwangeren Frau einmaligen allgemeinen ärztlichen Untersuchung — nicht vernachlässigt werden.

Syphilis und Schwangerschaft.

In früheren Jahren und auch noch nach dem zweiten Weltkrieg wurde von einigen Aerzten die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Syphiliskranken ernsthaft erwogen. Eine eindeutige negative Beantwortung dieser Frage darf heute vertreten werden: eine rechtzeitige ausreichende Behandlung der werdenden Mutter gibt vollends die Gewähr für gesunde Kinder.

Ein Abort in den ersten vier bis fünf Monaten der Schwangerschaft hat in den allermeisten Fällen andere Ursachen. Fehlgeburten an sich sind auch bei Wiederholung gar nicht beweisend. Dagegen spricht die Geburt einer faultoten Frucht vom fünften bis sechsten Monat ab mit grosser Wahrscheinlichkeit für Syphilis. Ebenfalls sind Frühgeburten eine praktisch wichtige Erscheinung von latenter Syphilis. Nur 15 Prozent konnatal-syphilitischer Kinder dürften rechtzeitig geboren werden. Es ist wohl möglich, dass auch die gesunde Plazenta mit Beginn der zweiten Schwangerschaftshälfte (auch für Arzneimittel) durchlässiger wird. Im allgemeinen gilt aber die Syphilis der Plazenta als Vorbedingung für den Uebergang der Spirochäten auf den Foetus. Tatsächlich lassen sich bei der Geburt einesluetischen Kindes häufig krankhafte Veränderungen an der Plazenta nachweisen: blassrote Farbe und starke Vergrösserung sowie eine gewisse Derbheit ihres Gewebes. Das Gewicht einer normalen Plazenta beträgt durchschnittlich etwas über 500 gr, dasjenige einerluetischen Plazenta hingegen nicht selten 1 kg und mehr. Dies rührt von einer Vergrösserung und oedematöser Durchtränkung der Plazentarzotten her. Häufig kann man Spirochäten in der Plazenta oder in der Nabelschnur nachweisen. Die Nabelschnur selber weist keine auffallende Veränderung ausser einer gewissen oedematösen Anschwellung auf. Die serologische Untersuchung des Nabelschnurblutes gestattet nur Schlüsse auf den Zustand des Kindes. Auf den unzuverlässigen Ausfall der Wassermann-Reaktion aus dem Fruchtwasser — ebenso wie aus der Muttermilch — kann ganz verzichtet werden. Bis zur Zeit der Erkrankung der Plazenta sollte die natürliche Verzögerung der Krankheitsübertragung durch eine so bald wie möglich einsetzende Behandlung der Mutter ausgenutzt werden. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft finden andererseits die Heilmittel den gleichen Weg durch die Plazenta wie die Spirochäten. Die Behandlung ist also auch dann noch aussichtsreich.

Die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung von Syphilis und Schwangerschaft wurde nicht eindeutig geklärt. Besonderes Interesse dagegen verdient die Möglichkeit, dass durch die Schwangerschaft eine bis dahin erscheinungsfreie nicht geheilte aber seronegative Syphilis neuerdings hervorgerufen wird: ein Hinweis auf die Wichtigkeit wiederholter Untersuchungen einer Schwangeren beim geringsten Verdacht.

Die Geburt selber sollte nach erfahrenen Autoren in keiner Weise durch die Syphilis beeinflusst werden.

Wie steht es nun mit dem Wochenbett beiluetischen Wöchnerinnen? Die Lues selber wird durch die puerperalen Vorgänge nicht beeinflusst.

Dagegen wurden mehrfach ungünstige Einwirkungen einer bestehenden Syphilis auf den Wochenbettsverlauf beobachtet. Einmal bei sekundärluetischen Wöchnerinnen, mit nässenden Papeln am Genitale, werden sich pyogene Keime gern ansiedeln, um dann in die puerperalen Wunden zu ascendieren. Aber auch bei latenter Lues gibt es relativ häufigere Komplikationen. Letztere werden dadurch bedingt, dass die durch die Entzündung geschädigten Eihäute sich schlecht ablösen. Dies führt leicht zu Involutionstörungen mit Fieberzuständen und verlängerten und vermehrten Blutungen. Auf die Notwendigkeit einer wiederholten serologischen Reaktion im Wochenbett ab fünftem bis achtem Tag post partum sei nochmals hingewiesen.

Die Frage, ob die Lues Verzicht auf das Stillgeschäft erfordert, kann man nach folgenden Gesichtspunkten beantworten. Bei einer bereits vor der Gravidität bestandenen und behandelten Lues wird das Stillen ohne weiteres erlaubt. Bei einer in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten diagnostizierten Lues und wenn die Behandlung korrekt (zwei Penicillinkuren) durchgeführt wurde, besteht ebenfalls gar keine Kontraindikation zum Stillen. Bei allen erst im Laufe der zweiten Schwangerschaftshälfte diagnostizierten Fällen — sei es frische Erkrankung oder latente Lues — wird das Stillen strengstens verboten. Die Übertragung von Spirochäten auf dem Wege der Muttermilch ist zwar wenig wahrscheinlich, eine sonstige mittelbare oder unmittelbare Übertragung ist auch bei peinlicher Sauberkeit und Desinfektion nicht sicher zu vermeiden. Nach den gleichen Richtlinien sollte eine auf Lues verdächtige Wöchnerin isoliert werden und jede Hebamme oder Pflegerin sollte bei deren Versorgung die bei ansteckenden Krankheiten üblichen Vorsichtsmassnahmen treffen.

Die angeborene Syphilis.

Dank der serologischen Kontrolle ist die kongenitale Syphilis zur Seltenheit geworden. Bei korrekter Behandlung besteht praktisch keine Gefahr, dass eine syphilitische Schwangere ein krankes Kind gebärt. Es wurde sogar bei abgeheilten Frauen eine sogenannte «Konsolidationskur» während einer Schwangerschaft empfohlen. Wenn man sich aber die schweren möglichen Folgen einer verkannten angeborenen Syphilis vergegenwärtigt, dann liegt auch der Grund da, diese seltenen Fälle nicht zu übersehen.

Absolut anerkannt ist der Satz: «ohne kranke Mutter kein krankes Kind». Einzig befallen werden Säuglinge, deren Mutter entweder aus mangelnder serologischer Kontrolle nicht behandelt wurde oder bei späterer Erkrankung in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Die Spirochäten dringen aus dem mütterlichen Organismus mit dem Nabelblut über die Plazenta in den sich entwickelnden Foetus ein. Die Infektion erfolgt also auf diaplazentarem Weg, d. h. erst vom fünften Monat an, wenn die Erreger die Chorionzotten durchdringen können. Es sei hier nochmals betont, dass die früher angenommene wichtige Rolle der Lues in der Genese des Abortes im engen Sinne des Wortes heute praktisch negiert wird. Es wurden nie Spirochäten beim Foetus vor dem fünften Monat nachgewiesen. Sehr oft sogar erfolgt die Infektion erst gegen Ende der Schwangerschaft. Es dürfte sogar erst zur Zeit der Plazentalösung zustande kommen. Das Kind befindet sich in diesem Fall erst im Inkubationsstadium (Symptomfreiheit) der Krankheit. Je frischer die Syphilis der Mutter, um so deletärer sind die Folgen für das Kind. Bei frisch infizierten Müttern wird die Durchseuchung des Kindes mehrfach so intensiv, dass es abstirbt (Spirochätensepsis), mazeriert und ausgestossen wird. Bei älterer Syphilis der Mutter vermindert sich die Intensität des Krankheitsgeschehens, wohl dadurch, dass die Entwicklung der mütterlichen Abwehrkräfte, die ebenfalls auf das Kind übergehen, auch diesem eine gewisse Resistenz ermöglichen. Dementsprechend kann das Kind sogar bei der Geburt und noch über längere Zeit gesund erscheinen und dann erst in späteren Monaten oder Jahren an typischen Symptomen erkranken.

Was für Symptome müssen vor allem Anlass zur weiteren Abklärung geben? Die Hauterscheinungen bestehen in blasenbildenden Exanthen, welche mit Prädielen an Handtellern und Fusssohlen lokalisiert sind. Mehr fleckige Exantheme verbreiten sich auf den ganzen Körper. Am Gesicht wird man infiltrierte Bezirke beobachten. Ein Schnupfen mit charakteristischem «schniefendem» Geräusch, mit eitriger Sekretion und eventuell dann Geschwürsbildung, besteht gelegentlich schon beim Neugeborenen.

Das Befallensein des Knochens bleibt klinisch meistens stumm. Es kann sich jedoch durch das Bild einer Scheinlähmung des Armes (Epiphysenlösung an dem unteren Humerusende) oder durch schmerzhafte Auftreibungen an der Knochen-Knorpelgrenze der langen Röhrenknochen und der Rippen bemerkbar machen. Dies wird unmittelbar zur Klärung der Situation Anlass zur ärztlichen Nachuntersuchung mit Röntgenbild geben.

Die Meinung liegt vielleicht nahe, dass man mit Hilfe der serologischen Reaktionen die Situation einfach und sicher klären würde. Leider wird aber die Serologie mehrfach im Stich gelassen. Dies lässt sich ohne weiteres aus den vorherigen Angaben über Zeitpunkt und Weg der Infektion ableiten. Wenn der Foetus erst in den letzten, z. B. achten oder neunten Schwangerschaftsmonaten kontaminiert worden ist, weist der

Neugeborene eine negative Serologie auf, weil die Antikörper noch keine Zeit zum Ausbilden hatten. Erst die in den nächsten Lebenswochen positiv ausfallenden Reaktionen werden eine Therapie veranlassen. Dagegen wird eine im fünften oder im sechsten Monat erfolgende Infektion der Mutter eine positive Serologie beim Neugeborenen sicher bedingen. Andererseits bei latenter Lues können einmal die mütterlichen Antikörper die Plazentarbarriere durchdringen und dementsprechend kann der Neugeborene eine positive Wassermannsche Reaktion aufweisen, wenn er auch selber gesund ist. Man merke sich, dass die serologischen Reaktionen vielfach erst längere Zeit nach Abschluss der Behandlung negativ werden. Erst der weitere Ablauf der wiederholten serologischen Reaktionen erlauben eine definitive Stellungnahme zur schwierigen Frage: gesund oder krank. Wenn die Mutter während der Schwangerschaft antiluetisch behandelt worden ist und das Kind symptomfrei und mit negativer Wassermannschen Reaktionen geboren wird, so sollte man trotzdem bei dem Kind diese Reaktion in den ersten drei Lebensmonaten alle zwei bis vier Wochen kontrollieren. Es dürften diese Angaben auf die Schwierigkeit einer eindeutigen Luesdiagnose vom rein serologischen Standpunkt aus hinweisen.

Bei Gott steht die Kraft zu helfen.
2. Chronika 25, 8.

*Es ist nichts zu klein und unbedeutend,
wir ehren Gott, wenn wir Ihn um seine Leitung
bitten;
und wir tun Ihm weh, wenn wir es allein machen
wollen.*

*Auch in Kleinigkeiten suche Licht von Oben!
Wir machen die ärgsten Fehler, wenn wir
glauben,
wir können gar nicht fehlen.
Auf ebener Erde stolpern wir am meisten.*

Berlin ist eine Reise wert

Auch der XIV. Internationale Hebammenkongress in Berlin war eine Reise wert. Wohl Niemand der an diesem Kongress teilgenommen hat, vermag die Fülle und den Reichtum des Dargebotenen in Worte zu fassen. Doch nicht Worte sollen es sein die ein jedes mit nach Hause genommen hat. Klar wurde uns die Aufgabe gestellt, unermüdlich sich für die Hebung des Berufsstandes einzusetzen und unerlässlich um Harmonie und Einigkeit bestrebt zu sein.

Diejenigen die West- und Ostberlin besucht haben, wissen um die Tragik einer Teilung dessen, was ursprünglich als Einheit geschaffen wurde. Nicht im äusseren Kontrast von Wohlstand und Armut liegt die Mahnung. Keine Grenze und keine Mauer vermag Gedankengut und Ideologien einzudämmen.

Nur wer aufgeschlossen seine Pflicht im Alltag erfüllt und um Harmonie bestrebt ist, erfüllt seinen Teil an der ihm gestellten Aufgabe.

Anne-Marie Fritsch

Rund um das eidgenössische Diplom

Ich möchte heute zurückkommen auf die schöne Puppe, die mir an der DV in St. Gallen überreicht wurde, weil ich unter dem Eindruck stehe, dass viele Delegierte den Sinn dieser Puppe nicht verstanden haben und das finde ich schade im Blick auf die viele Arbeit, die damit verbunden war. Wie wir uns noch erinnern können, hat die Puppe «Becassine» geheissen und verriet durch die Far-

ben ihrer Kleidung ihre Herkunft, nämlich Neuenburg-Zentralvorstand.

(Dir. Mme. Bonhôte, ganz herzlichen Dank für die aufgewendete Mühe). Es wäre schon eine feine Sache, wenn wir, wie die Becassine, mit Augenaufschlag und liebäugeln zum eidgenössischen Diplom kämen, doch, wie Sie mich kennen, bin ich immer der Meinung, es soll erarbeitet werden.

Ich hoffe schon, dass die eigentlichen vorläufigen Schwierigkeiten bis nächstes Jahr überwunden sind und — um in der Berufssprache zu sprechen — darf vielleicht gesagt werden, dass ein solches Vorhaben nicht in 9 Monaten fertig wird und es halt etwas mehr Zeit braucht, bis so eine wichtige Angelegenheit Hände und Füsse hat.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich allen Herren Professoren danken für ihr wohlwollendes Verständnis, ganz besonders Herrn Prof. Dr. R. Wenner für seine bis anhin dauernden Bemühungen und den Zeitaufwand, den die Sache ihn kostete.

Dass ich diese erklärenden Zeilen erst heute schreibe, wollen Sie bitte freundlichst entschuldigen. Unserem Zentralvorstand wünsche ich weiterhin eine segensreiche Tätigkeit und gutes Gelingen in allen Chargen!

Sr. Alice Meyer

Der Entschluss zur Therapie wird dem Arzt je nach dem konkreten Fall verschiedentlich zufallen und häufig wird dann rein aus Vorsichtsgründen eine Therapie eingeleitet.

Es sei hier nur kurz auf die Möglichkeit — bei verpasster Diagnose — einer späten kongenitalen Lues hingewiesen: vor allem Augenerkrankungen mit Hornhautentzündung, Schwerhörigkeit, Zahnanomalien. Ebenfalls sind Erkrankungsherde an den inneren Organen insbesondere die Beteiligung des Zentralnervensystems mit im Gegensatz zum kongenitalen Wasserkopf spät auftretendem Hydrocephalus und Idiotie verhältnismässig häufig.

Obige Erläuterungen zum Problem der Syphilis mögen vielleicht etwas eingehender erscheinen. Die Behandlung und die Beurteilung des einzelnen Falles bleiben wohl Sache des Arztes. Die Hebamme wird jedoch öfters die alleinige und die erste sein, an die Möglichkeit einer Syphilis bei einer Schwangeren und bei einem Neugeborenen überhaupt zu denken. Wenn man sich andererseits vergegenwärtigt, dass die Syphilis heutzutage keine so grosse Seltenheit darstellt, dann dürften die klassischen wie auch die modernen Erkenntnisse aus diesem Gebiet als wesentlich gelten.

Berichtigung

Durch ein Versehen wurde beim Abschreiben des Protokolls die Ziffer 3 der Traktandenliste weggelassen. Sie lautet:

3. Wahl der Stimmzählerinnen

Es werden vorgeschlagen und gewählt:

Melle Braun, Genf
Schwester Poldi Trapp, St. Gallen
Frau Wüthrich, Solothurn

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin: Frl. Thérèse Scuri
2012 Auvernier 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

Hilfsfonds-Präsidentin: Schw. Elisabeth Grütter
Schwarztorstr. 3, 3000 Bern, Tel. (031) 45 09 48

Singer Solfarin

die bewährte, zuverlässige
Kleinkind-Nahrung ab 3. Monat
Wertvoll, aufbauend
und reich an Mineralstoffen



Jetzt in der neuen,
praktischen Dose: Inhalt 480 g
für 16–32 Schoppen
Verkaufspreis Fr. 4.20

Ch. Singer's Erben AG Basel