

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: 59 (1961)

Heft: 6

Artikel: Tuberkulose und Schwangerschaft

Autor: Hildebrand, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951371>

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: 27.12.2024

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.

Tuberkulose und Schwangerschaft

I. Geschichte der Tuberkulose

Der Tuberkelbazillus wurde 1882 von Robert Koch entdeckt. Mit diesem Datum beginnt aber nicht die Geschichte der Tuberkulose, die fast so alt ist wie die Menschheit selbst, sondern jetzt konnte erst der zielgerichtete Kampf gegen diesen unheimlichen Erreger beginnen, der seit Jahrtausenden die Menschen einzeln und in schleichenden Seuchen dahingerafft hatte. Die Krankheit bestand in Europa schon 5000 v. Chr., die ersten Aufzeichnungen finden wir bei den alten Griechen (Hippokrates, 460 bis zirka 370 v. Chr.). Schon immer versuchte man, die Krankheit zu heilen. Im Mittelalter legten die Könige den Skrofulösen die Hände auf, und die verschiedensten homöopathischen Mittel wurden versucht. Das erste Sanatorium wurde aber erst 1871 in Schlesien eröffnet, womit die systematische Freiluft-Liegekur ihren Anfang nahm. Einen bedeutenden Fortschritt für die Erfassung der Krankheit brachte nebst dem Erregernachweis die Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 durch Röntgen. 1923 empfahlen Löffler und Alder die Reihendurchleuchtung zur Auffindung der Kranken. 1921 hatten Calmette und Guérin die BCG-Impfung propagiert (BCG = avirulente Bovinustämme Calmette-Guérin). Aber noch vergingen viele Jahre, bis der Arzt ein wirksames Medikament zur Bekämpfung der Tuberkulose erhielt. Erst 1944 entdeckte Waksman (Amerika) das Streptomycin, das erste auf den Tuberkelbazillus spezifisch wirkende Antibiotikum. Seither wurden noch mehrere Tuberkulostatika (Stoffe, die das Bakterienwachstum hemmen) entdeckt, von denen die bekanntesten das PAS (Para-Amino-Salicylsäure) und das INH (Iso-Nicotinsäure-Hydratid) sind. INH ist bei uns unter dem Namen Rimifon bekannt. Das wirksamste Mittel vor der Zeit der Chemotherapie und vor der Entwicklung der Lungen- und Thoraxchirurgie war die Kollaps-therapie, d. h. die Pneumothoraxbehandlung (sogenannte «Pneu»). Ihre versuchsweisen Anfänge finden wir schon Ende des 17. Jahrhunderts, doch wurde sie erst im 19. Jahrhundert durch Forlanini zu der noch heute häufig angewandten Behandlungsmethode ausgebaut. Die Entwicklung der Thorax- und Lungenchirurgie (Thorako-Plastik oder Rippenresektion, Plombe, Teilresektion der Lunge und Pneumonektomie oder Totalresektion einer Lunge) begann erst um die letzte Jahrhundertwende. Ihre bedeutendsten Vertreter waren oder sind: Krönlein, Spengler, Brauer, Friedrich, Sauerbruch, Brunner, Nissen u. a. m. Die chirurgische Behandlung der Tuberkulose hat in den letzten fünfzehn Jahren dank der Tuberkulostatika bedeutende Fortschritte gemacht.

In den chemischen Mitteln (Antibiotika und Tuberkulostatika) und in den chirurgischen Eingriffen sowie in der Kollaps-therapie (Pneumothorax) hat die Medizin wirksame Waffen im Kampf gegen die Tuberkulose. Etwas vom Wichtigsten bleibt aber immer noch die frühzeitige Ent-

deckung der Krankheit, wozu die Reihenuntersuchungen mittels Durchleuchtung, Schirmbild- und Röntgenaufnahmen wesentlich beitragen. Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel stellt die Tuberkulinreaktion dar (Pirquet 1907, Mantoux und Moro 1908), die auf der Allergie eines durch den Tuberkelbazillus infizierten Menschen beruht.

Alle diese und noch viele andere Errungenschaften und Erkenntnisse haben der Tuberkulose den Nimbus einer unheilbaren Volksseuche genommen. Aber solange sie besteht, bleibt sie ein heimtückischer und gefährlicher Gegner.

II. Das Tuberkelbakterium

Es gibt drei verschiedene Typen von Tuberkelbakterien:

1. Mycobacterium tuberculosis var. hominis («menschlicher» Typ).
2. Mycobacterium tuberculosis var. bovis (Rinder-Typ).
3. Mycobacterium avium (Vögel-Typ).

Das heißt, daß Menschen, Rinder und Vögel an Tuberkulose erkranken können, wobei der Mensch sowohl durch Infektion mit dem menschlichen Typ wie auch mit dem Rinder-Typ erkranken kann. Die Erkrankung durch den Vögel-Typ ist fraglich.

Das Tuberkelbakterium ist ein säurefestes Stäbchen, d. h. es wird durch Säure nicht angegriffen, und es kann speziell in der Ziehl-Neelsen-Färbung als rotes Stäbchen erkannt werden. Die Milchsäurebakterien sehen in der genannten Färbung gleich aus, weshalb vor Untersuchung des Magensaftes während drei Tagen milchfreie Diät gegeben werden sollte. Der Nachweis erfolgt im Sputum, Magensaft, Urin, Menstrualblut, Stuhl, Liquor und eventuell operativ entfernten Gewebsteilen usw.

III. Infektion

Die Infektion erfolgt fast immer von Mensch zu Mensch, wovon der eine an offener Lungentuberkulose leidet (Tröpfcheninfektion). Weiter kommen als Infektionsherde in Frage: tuberkulöse Wunden oder mit Tuberkelbakterien beschmutzte Gegenstände. Staubinfektion kommt auch vor. Bei der Infektion von Tier zu Mensch oder umgekehrt spielt ebenfalls das Einatmen der Erreger eine große Rolle. Zudem stellen vor allem die Milch und Milchprodukte sowie das Fleisch tuberkulöser Tiere eine gefährliche Infektionsquelle dar. Nicht zu vergessen sind die Haustiere wie Hunde und Katzen, die durch Menschen angesteckt werden können und so die Krankheit wiederum auf den Menschen übertragen.

IV. Erkrankung

Wenn das Tuberkelbakterium auf irgendeinem Wege (Lungen, Tonsillen, Darm usw.) in den menschlichen Organismus gelangt ist, vermehrt es sich an der Eintrittsstelle, verursacht dort eine spezifische Entzündung (d. h. typisch für Tuberkulose), eventuell ein Geschwür, und wandert

weiter in die regionalen Lymphknoten. Dies führt zum bekannten Primärkomplex (PK), der entweder durch Vernarbung und Verkalkung abheilen kann oder zu einer weiteren Ausbreitung der Krankheit führt. Ob Heilung des Primärkomplexes oder nicht hängt weitgehend von der Menge der eingedrungenen Bakterien und von der Abwehrkraft des Organismus ab.

Für die weitere Ausbreitung der Krankheit nehme ich das Beispiel der Lungentuberkulose, da sie bis 90 Prozent aller Tuberkulose-Erkrankungen ausmacht. Ist der Mensch von seiner ersten Erkrankung geheilt oder wurde er BCG-geimpft, so kann er trotzdem später wieder an Tuberkulose erkranken, da sie keine dauernde Immunität hinterläßt, wie z. B. Masern oder Röteln. Auch dauert der Impfschutz der BCG-Impfung nur zirka vier Jahre, was mittels der Tuberkulinreaktion geprüft werden kann. Tritt also nach Erkrankung, resp. Heilung, oder Impfung wieder Tuberkulin-Negativität ein, sollte der Mensch wieder geimpft werden, denn die Chance einer Re-Infektion ist viel kleiner, solange man tuberkulin-positiv ist, als bei Tuberkulin-Negativität. Die zweite Erkrankung kann aber auch vom abgeheilten Primärkomplex ausgehen, da in diesem PK immer Bakterien vorhanden sind, solange die Tuberkulin-Reaktion positiv ist. Störungen im Gleichgewicht zwischen der Abwehr des Organismus und der Virulenz (Infektionstüchtigkeit) der Bakterien können zu einer solchen Reaktivierung des Primärkomplexes führen. Die Ausdehnung der Krankheit im Körper, im speziellen in der Lunge, erfolgt dann entweder lymphogen (auf dem Lymphwege), bronchogen (via Bronchien) oder haematogen (auf dem Blutwege), und es entstehen verschiedene Krankheitsbilder. Die gefährlichste Ausbreitung ist die haematogene, weil dadurch die Bakterien in den gesamten Organismus gelangen, in alle Organe. So entsteht in der Lunge die Miliaris, im Gehirn die Meningitis und die Tuberkulose der Nieren, Genitalien, Knochen usw.

IV. Genital-Tuberkulose

Als einzige der Organerkrankungen möchte ich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft die Genital-Tuberkulose erwähnen.

Eine Infektion durch den Geschlechtsverkehr ist nicht bewiesen. Erkrankten können alle Teile des inneren und des äußeren Genitales, sowohl bei Männern wie bei Frauen, wobei die weibliche Genital-Tuberkulose häufiger vorkommt als die männliche. Die Genital-Tuberkulose kommt aber selten allein vor. Meistens ist sie kombiniert mit der tuberkulösen Erkrankung eines andern Organsystems, bei der Frau vor allem die Lungen (bis 98 Prozent) und die Nieren (bis 25 Prozent). Bei den Männern ist die Gen.-Tbc viel häufiger mit Nieren-Tbc kombiniert (bis 80 Prozent) als bei den Frauen wegen der engeren Beziehungen der beiden Organsysteme zueinander.

Diese Kombination der Erkrankung mehrerer Organsysteme spielt für die Therapie der Gen.-Tbc eine große Rolle. Sie muß also in erster Linie

konservativ mit Chemotherapie angegangen werden und erst operativ, wenn diese versagt. Auch die Fertilität (Fruchtbarkeit) verlangt dieses Vorgehen. Große Untersuchungen haben gezeigt, daß bis 20 Prozent der Frauen, die wegen Gen.-Tbc konservativ behandelt worden waren, wieder schwanger wurden, z. T. sogar während der Behandlung.

Zirka 10 Prozent der primären Sterilität der Frau haben eine tuberkulöse Genese, während sie für die sekundäre Sterilität nur etwa 2,5 Prozent erreicht.

V. Tuberkulose und Schwangerschaft

Die häufigste Tuberkulose-Form ist, wie bereits erwähnt, die Lungentuberkulose. Deshalb ist sie auch die häufigste Tbc-Form, die während einer Schwangerschaft bestehen oder auftreten kann. Wichtig ist aber, daß die Krankheit bekannt ist oder erkannt wird, damit die entsprechenden Maßnahmen getroffen werden können. Deshalb sollten auch die Hebammen die wichtigsten Symptome der Krankheit kennen, die folgende sind:

- Abnorme Müdigkeit: ist während der Gravidität auch ohne Tbc häufig vorhanden.
- Eventuelle Appetitabnahme und Gewichtsverlust: ist in der Gravidität ebenfalls schwer zu beurteilen.
- Nachtschweiß: ist immer verdächtig auf Tbc.
- Subfebrile Temperaturen: kommen in der Gravidität auch ohne Tbc häufig vor.
- Fieber: ist sehr verdächtig auf Tbc, wenn keine andere manifeste Krankheit vorliegt.
- Husten: ist sehr verdächtig auf Tbc, wenn keine katarrhale Erkrankung der Luftwege besteht.
- Auswurf: ist sehr verdächtig auf Tbc, wenn keine andere Erkrankung der Luftwege vorhanden ist. Eine Tbc liegt fast immer vor, wenn Blut ausgehustet wird, oder wenn das Sputum blutig ist.
- Atemnot: tritt häufig erst bei fortgeschrittener Tbc auf, wie auch bei fortgeschrittener Gravidität.

Weiß eine Hebamme um die Tbc einer Frau oder hat sie Verdacht geschöpft, so muß es sofort dem Arzt gemeldet werden. Denn auch eine abgeheilte Tbc muß während der Gravidität streng überwacht werden. Die Ueberwachung und Behandlung aber liegt in der Hand des Arztes. Bei einer nicht sicher stabilisierten Tbc sollte eine prophylaktische Kur mit Tuberkulostatika durchgeführt werden. Eine aktive Tbc muß hospitalisiert werden, darf auf keinen Fall zu Hause behandelt werden.

Die Behandlung der Tuberkulose in der Schwangerschaft

kann ohne Schaden für Mutter und Kind genau gleich durchgeführt werden wie ohne Gravidität, sowohl medikamentös wie auch chirurgisch.

a) *Chemotherapie:* Alle bekannten Antibiotika und Tuberkulostatika können ohne Schaden für Mutter und Kind angewandt werden. Eine Einschränkung sollte allerdings mit dem Streptomycin gemacht werden wegen seiner starken zytotoxischen Wirkung (giftig auf die Zellen wirkend), obschon es im Ausland angeblich ohne Schaden für das Kind auch in der Gravidität ohne Vorbehalt angewendet wird. Ein weiterer wichtiger Grund, Streptomycin in der Gravidität außer in Notfällen nicht anzuwenden, liegt darin, daß es das beste Mittel gegen die Tuberkulose ist. Ein solches Mittel muß also unbedingt für die gefährdetste Zeit aufbewahrt werden, nämlich das Wochenbett. Würde das Antibioticum schon während der Gravidität gegeben, könnte bis zur Geburt bereits eine Resistenz der Tbc-Bakt. (Unempfindlichkeit) gegen dieses Mittel entstehen. Die Dosierung und Wahl der übrigen Tuberkulostatika für die Behandlung während der Gravidität sollten von einem Lungenspezialisten bestimmt werden.

b) *Kollapstherapie:* Ein Pneumothorax kann ohne Gefahr und Schaden für Mutter und Kind

in der Gravidität angelegt und weitergeführt werden (intrapleurale Pneumothoraxanlage durch den Internisten).

c) *Chirurgische Behandlung:* Alle thorax- und lungenchirurgischen Eingriffe, von der Anlage eines extrapleurales Pneumothorax bis zur Teilresektion der Lunge, können während der Gravidität ohne Schaden für Mutter und Kind ausgeführt werden. Je nach Größe des Eingriffes und zeitlichem Abstand vom Geburtstermin muß die Entbindung dann durch Kaiserschnitt erfolgen. Chirurgische Eingriffe werden nie ohne vorherige Chemotherapie ausgeführt, wie es auch außerhalb der Gravidität geschieht.

Verlauf der Tuberkulose in der Schwangerschaft

Es ist nie möglich vorauszusagen, wie eine Tbc verlaufen wird, so auch in der Gravidität. Sie kann und wird deshalb auch gleich behandelt wie ohne Gravidität. Eine einzige Ausnahme für die Prognose bildet der Morbus Boeck, der in der Gravidität fast immer eine deutliche Besserung erfährt, was wahrscheinlich auf der vermehrten Aktivität der Nebenniere beruht (Cortisonbehandlung). Große Untersuchungen ergaben, daß kein Unterschied im Verlaufe der Krankheit (Tbc) besteht zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Die gefährlichsten Zeiten für die Verschlechterung der Tbc sind die ersten drei Graviditäts-Monate und das Wochenbett. Die sich verschlechternden Fälle machen aber nur einen relativ geringen Prozentsatz aus (er ist umso kleiner, je größer das Untersuchungsmaterial), der z. T. kaum höher liegt als bei einer gleichen Anzahl von Fällen ohne Gravidität. Der größte Prozentsatz der Schwangeren mit Tbc kann während der Gravidität gebessert, z. T. sogar geheilt werden, oder die Krankheit bleibt stationär oder stabil.

Die Entbindung

Jede Frau, die während der Gravidität wegen Tbc in Kontrolle war oder sogar behandelt wurde, muß im Spital entbunden werden, und zwar ausnahmslos, denn auch eine sogenannte stabilisierte Tbc kann im Wochenbett reaktiviert werden. Die Entbindung hat immer schonend zu erfolgen, je nach Zustand sogar durch Sectio. Morphium-Präparate sollten vermieden werden wie auch Wehenmittel zur Beschleunigung der Geburt. Die Abkürzung der Geburtsdauer hat eher durch Vakuum- oder Zangenextraktion zu erfolgen. Bei aktiver Tbc muß das Kind sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt werden. Die bekannten Isolierungsmaßnahmen gelten sowohl für die

Schwangerschaft wie auch für die Geburt und das Wochenbett.

Das Wochenbett

Nun wird nebst den üblichen Chemotherapeutica sofort das Streptomycin eingesetzt, meistens 1 gr. tgl. Die tuberkulöse Mutter darf nicht stillen, weil das Stillen für den Krankheitsverlauf fast belastender ist als die ganze Schwangerschaft und wegen der Gefahr der Infektion des Kindes. Eine Infektion des Kindes durch die mütterliche Milch ist nicht bewiesen. Sollte erst nach der Entbindung eine bazilläre Tbc entdeckt werden, so müssen die genau gleichen Maßnahmen getroffen werden wie bei jeder frisch entdeckten Tbc, vor allem die sofortige Isolierung der Mutter und die Umgebungsuntersuchung. Auch sollten die Kinder der Mitpatientinnen im Spital BCG-geimpft werden. Eine Frau mit aktiver Tbc darf nicht nach Hause entlassen werden, sondern muß in eine Tuberkulose-Station überwiesen werden.

Das Kind

Das Kind einer Mutter mit Verdacht auf aktive Tbc oder sicher aktiver Tbc muß von der Mutter getrennt gehalten werden, bis entweder der Impf-Schutz vorhanden ist, was ca. zwei Monate nach der BCG-Impfung der Fall ist, oder – wenn es nicht geimpft wurde – solange der Verdacht oder die Aktivität der Tbc der Mutter besteht, was unter Umständen Monate dauern kann. Der Säugling sollte am zweiten Tage nach der Geburt BCG-geimpft werden und zwar von allen Müttern, die an Tbc leiden oder einmal Tbc gehabt haben. Die Impfkontrolle mittels Tuberkulinreaktion (Moro) sollte nach zwei Monaten gemacht werden. Fällt sie negativ aus, müßte man das Kind nochmals impfen.

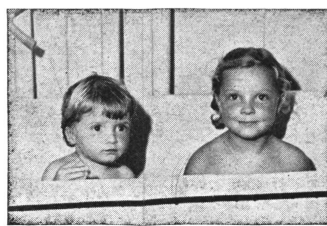
Die kongenitale Tuberkulose ist sehr selten. Sie entsteht entweder haematogen via Nabelvene oder durch Aspiration von Fruchtwasser. Bei Morbus Boeck konnte nie eine Uebertragung auf das Kind festgestellt werden.

VI. Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung

In diesem Punkte sind sich alle maßgebenden Autoren der gesamten Weltliteratur einig, nämlich, daß die Tuberkulose in keiner Form, selbst nicht bei tuberkulöser Meningitis, eine Indikation mehr darstellt für eine Interruptio, da die therapeutischen Möglichkeiten heute sehr groß sind. Es gibt natürlich auch bei der Tuberkulose-Erkrankung Grenzfälle, die dann aber von einem Lungenfacharzt und nicht von einem Psychiater beurteilt werden müssen. Dazu bestehen auch die strafgesetzlichen Grundlagen, die eine Interruptio im entsprechenden Falle bei aktiver Tbc gestatten. Dieses Gesetz wurde jedoch zu einer Zeit ausgearbeitet, als die therapeutischen Möglichkeiten der Tbc in der Gravidität viel kleiner waren als heute, während das Gefahrenrisiko für Mutter und Kind mit der modernen Tbc-Therapie auf ein Minimum beschränkt werden kann. Daß eine positive Indikationsstellung zur Unterbrechung wegen Tuberkulose heute kaum mehr berechtigt ist, liegt in der nachgewiesenen Tatsache, daß nach Aborten oder Interruptionen der Prozentsatz betr. Verschlechterung der Tbc bedeutend höher liegt als nach ausgetragener Schwangerschaft.

VII. Schlußfolgerungen für die Hebamme

- Die Tuberkulose ist nicht am «Aussterben», wie man häufig hört. Wohl ist sie im Rückgang begriffen, aber seit 1955 nur noch sehr langsam. Sie wird noch während Jahrzehnten in der Schwangerschaft vorkommen.
- Jeder Verdacht auf Tuberkulose oder deren Bestehen bei einer Schwangeren muß unverzüglich dem Arzt gemeldet werden, denn die Frau muß ärztlich überwacht oder hospitalisiert werden. Die Therapie wird vom Arzt bestimmt.



Wir sind gesund und munter dank der Pflege mit Schweizerhaus-Spezialprodukten.

Annalise und Margrit werden sich freuen, Sie bei Gelegenheit im «Schweizerhaus» in Glarus begrüßen zu dürfen!



Dr. Gubser-Knoch AG. Schweizerhaus, Glarus

Schweizerhaus-Spezialprodukte für Säuglings- und Kinderpflege: Kinder-Puder, -Oel, -Seife, -Crème, sowie Tropfen für zahnende Kinder.

- Jede tuberkulöse Schwangere muß zur Entbindung in ein Spital eingewiesen werden. Bei stabilisierter Tbc muß der Arzt über die Einweisung entscheiden.
- Die Entbindung muß schonend erfolgen. Die Medikamente unter der Geburt dürfen nur vom Arzt verordnet werden, der auch über eventuelle operative Eingriffe zu entscheiden hat.
- Das Kind einer tuberkulösen Mutter muß sofort nach der Geburt von ihr getrennt werden und von ihr getrennt gehalten werden, bis entweder der Impfschutz eingetreten ist, oder bis keine Gefahr mehr für das Kind von seiten der Tbc der Mutter vorhanden ist.
- Das Kind sollte am zweiten Tage BCG-geimpft werden. Impfkontrolle nach zwei Monaten, je nach Reaktion eine Re-Vaccination.
- Eine tuberkulöse Mutter, auch mit sogenannter stabilisierter Tbc, darf nicht stillen, d. h. sie muß abgestillt werden.
- Die spezifische Behandlung der Mutter muß nach der Geburt über Monate weitergeführt werden.

Zum Schluß möchte ich noch die Antworten geben auf zwei Fragen, die hier und da gestellt werden: «Wie lange soll eine Frau warten nach abgeheilter Tuberkulose bis zur nächsten Schwangerschaft?» und «Darf eine Frau, die eine Lunge entfernt wurde (Pneumonektomie), schwanger werden?».

Die erste Antwort lautet, daß die Frau nach abgeheilter Tuberkulose mindestens zwei Jahre warten sollte. Wenn nämlich die Heilung der Tbc mehr als zwei Jahre zurückliegt, tritt selten mehr eine Reaktivierung in der Gravidität auf.

Die zweite Frage muß bejaht werden, denn große Untersuchungen haben ergeben, daß während der Schwangerschaft bei pneumonektomierten Frauen keine abnormen Atembeschwerden aufgetreten sind, und daß die meisten ohne besondere Schwierigkeiten spontan geboren haben.

A. Hildebrand

Tbc-Abt., Tiefenauospital, Bern

Dazu ist der Sohn Gottes erschienen, die Werke des Teufels zu zerstören

1. Johannes 3. 8.

Deshalb ist Christus vertrauenswürdig. Es ist doch ganz selbstverständlich: Wir trauen dem, der die größere Macht hat. Darum sind die Machtdemonstrationen heute so erwünscht. Und so verführerisch. Man weiß, daß die Erdsatelliten nicht nur aus wissenschaftlichem Interesse in ihre Bahn geschossen werden. Sie sollen Vertrauen schaffen bei den staunenden Völkern. Verstehen Sie, weshalb dem Neuen Testament so viel am Bekenntnis zur Macht Christi liegt? «Mir ist gegeben alle Gewalt im Himmel und auf Erden.» (Matthäus 28. 18.) Oder der heutige Text von der Zerstörungskraft des Herrn im Bereich der teuflischen Werke. Das muß man gesehen haben, wie Jesus den Mächten der Krankheit, der Bosheit, des Todes begegnet — um vertrauen zu können! Wie sollten Sie in den Belastungen des heutigen Tages nur ein bißchen Zuversicht und Fröhlichkeit haben, wenn Sie nicht wüßten, daß Er der Stärkere ist in allem und trotz allem. Darum brauchen wir die Bibel. Darum predigen wir und schreiben Textauslegungen. Damit wir es täglich neu wissen, wer die wirkliche Macht hat und es lernen, in unbegrenztem Vertrauen zu Ihm unser Leben zu leben.

Aus: Boldern Morgengruß.

Erziehungsfragen im 1. Lebensjahr

(Schluß aus Nr. 5)

In den Wohnblocks wird es ja selten schwierig sein, einen Nachbarn zu bitten, während eines Abends in seiner eigenen Wohnung etwas aufmerksam zu sein und zu dem Kleinen zu eilen, wenn es plötzlich schreit. Meistens sind ja auch die Großeltern gerne bereit, zum Babysitten herzukommen. Wenn keine Großeltern am Ort sind, ist das Babysitten auch eine Pflichtaufgabe für Götti oder Gotte, die ja neben den Eltern sich verpflichtet haben, für das leibliche und seelische Wohl des Kleinen aufzukommen und besorgt zu sein. Das Wachen über den kindlichen Schlaf gehört zu einer der ganz wichtigen Aufgaben, schöpft doch das Kind aus dem Schlaf alle seine Kraft, sich körperlich und geistig zu entwickeln. Kinder, die regelmäßig nachts allein gelassen werden — Sie wissen genau so gut wie ich, daß es unzählige gibt —, zeigen häufig keinerlei Störungen. Die Eltern sind darum überzeugt, daß es keine Schädigungen gibt. Natürlich werden sehr viele Kinder nachts nie erwachen und nicht schreien, darum auch nicht geschädigt werden. Aber sehr, sehr viele gesunde Kinder haben doch einmal nachts Angstträume, das gehört eigentlich zur normalen Entwicklung mit all den neuen Eindrücken, die die Kinder zu verarbeiten haben, und dabei besteht die Gefahr beim allein gelassenen Kind, daß sich ein eventuell für immer bleibender

Schaden entwickelt. Nicht nur entstehen daraus hartnäckige Schlafstörungen, sondern es entwickeln sich häufig auch Angstgefühle, die sich am Tag auswirken, die die Persönlichkeit des Kindes beeinträchtigen. Ja, es können sich für das ganze Leben Neurosen entwickeln, richtige Angst- und Zwangsgefühle. Man muß die Eltern darauf aufmerksam machen, daß solche Gefahren bestehen, wenn sie die Kinder allein lassen. Die Entscheidung, ob sie unsern Rat befolgen wollen, steht ja natürlich den Eltern trotzdem zu, sie sind schließlich für das Wohl oder Wehe ihrer Kinder verantwortlich.

Soll man die Kinder anbinden im Bettchen? Auch dies eine Streitfrage, die wahrscheinlich nicht so wichtig ist. Es hat unter Ihnen sicher Befürworter und Gegner. Ich bin dafür, die Kinder vom achten Monat an, wenn sie beginnen, sich allein aufzusetzen, mit einem der speziellen Gürtel anzubinden. Die Kinder haben trotzdem die Möglichkeit, sich zu drehen und sich aufzusetzen, sie können aber nicht aus dem Bett fallen. Man soll die Kinder aber schon mit acht Monaten anbinden, damit sie sich ans Angebundensein gewöhnen. Dann bietet diese Maßnahme keine Schwierigkeit, die Kinder kennen einfach nichts anderes. Wann soll man dann mit dem Anbinden wieder aufhören? Im Moment, da die Kinder so vernünftig und geschickt sind, daß

Die Brustpflege mit Galamila dient der Erhaltung der Stillkraft



Galamila Brustsalbe deckt und schützt die empfindlichen Brustwarzen, verhütet Schrunden und Risse, heilt bestehende Verletzungen, beugt Infektionen (Mastitis) vor.

Galamila Brustsalbe fleckt nicht, riecht angenehm und ist völlig unschädlich.

Galamila Brustsalbe wurde in schweizerischen Universitätskliniken mit Erfolg geprüft.



Galamila Brustsalbe ist kassenzulässig

Galactina AG. Belp