

Geschlechtskrankheiten heute

Autor(en): **Geiser, B.**

Objektyp: **Article**

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 (Jahr): **68 (1970)**

Heft 10

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951642>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Dir.: Prof. Dr. M. Berger)

Geschlechtskrankheiten heute

B. Geiser

I. Häufigkeitstrend und Soziologie

Keine andere Krankheitsstatistik ist mit einem derart grossen Erfassungsdefizit belastet wie diejenige der Geschlechtskrankheiten. Die Gründe sind einfach: Zum einen berühren diese Krankheiten das Tabu der personalen Intimsphäre, zum anderen ist leider auch heute noch der Erwerb einer Geschlechtskrankheit in der Meinung der Öffentlichkeit mit einem minderwertigen Odium verknüpft. Jeder Mensch, der sich diesbezüglich infiziert, ist daher bestrebt, seine Erkrankung möglichst geheim zu halten, insbesondere, je höher er in seiner sozialen Stellung rangiert. Als selbstverständlich setzt der geschlechtskranke Patient voraus, dass dieser Wunsch respektiert wird. Leider kommt es deshalb in den meisten Ländern, obschon die Anonymität der Person des Erkrankten nicht verletzt wird, oft nur selten zu der vorgeschriebenen Meldung an die Gesundheitsbehörde. Da aber auch der Ausbau des Meldewesens in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ist, können die amtlichen Zahlen der Länder nicht miteinander verglichen werden. Es kann paradoxerweise sogar dahin führen, dass gerade Länder mit einem besonders gut organisierten Meldewesen, wie z. B. Grossbritannien und die skandinavischen Staaten, besonders stark durchsucht scheinen. In den Ostblockstaaten wiederum wird die Erkrankungshäufigkeit an Geschlechtskrankheiten zur Prestigefrage hochgespielt, so dass alle amtlichen Angaben mit Reserve zu betrachten sind.

Seit jeher gelten Kriege und kriegsähnliche Situationen, die eine zwangsweise Trennung sexueller Partnerschaft bedingen, als besonders günstiger Nährboden für ein seuchenhaftes Aufblühen der Geschlechtskrankheiten. Bereits das allererste explosionsartige Auftreten der Syphilis in Europa kann bekanntlich auf einen Krieg — den Feldzug Karls VIII von Frankreich gegen Alphonso II von Sizilien (1494—1495) — zurückgeführt werden. Besonders klar geht dieses Auf und Ab im Zusammenhang mit kriegerischen Aktionen aus der von der amerikanischen Armee seit 1840 geführten Statistik hervor, wobei auch der derzeitige Krieg in Vietnam keine Ausnahme macht. Für die europäischen Staaten hatte der zweite Weltkrieg einen erneuten Hochstand gebracht. Mit der Einführung des Penizillins anfangs der vierziger Jahre erhoffte man, die Geschlechtskrankheiten zum Verschwinden zu bringen oder doch wenigstens in ihrer Häufigkeit ganz wesentlich einschränken zu können. Dieses Ziel wurde nicht erreicht: seit Mitte der fünfziger Jahre haben sowohl die primäre und sekundäre Syphilis wie auch der Tripper erneut stark zugenommen, wobei allerdings zur Zeit der Eindruck besteht, dass der neue Erkrankungsgipfel der letzten Jahre keine weitere Steigerung erfahren wird, was vor allem auf der neu geweckten Aufmerksamkeit der Aerzte beruhen mag.

Weit mehr als bei sonstigen Infektionskrankheiten spielen für den Erwerb und die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten

soziologische Faktoren eine mitbestimmende Rolle. Früher führte man vor allem eine wirtschaftliche Notlage an; heute ist aber die Notprostitution, wo sich ein Mädchen «für ein Butterbrot» verkaufte, durch eine Luxusprostitution abgelöst worden, durch die sich bestimmte Frauentypen die Mittel für ihre ständig steigenden Lebensansprüche zu beschaffen trachten. Auch die Zeiten wirtschaftlicher Hochkonjunktur mit hohem Verdienst, Besuch von Unterhaltungslokalen mit «lockerem» Geld, reichlichem Alkoholkonsum und zunehmendem Tourismus fördern also durch manche Annehmlichkeiten die Geschlechtskrankheiten. Möglicherweise leistet auch die zunehmende Verstärkung unserer Gesellschaft mit der häufig damit verbundenen seelischen Vereinzelnung des Menschen dieser Entwicklung Vorschub. Die Fremdarbeiter spielen bei uns keine exponierte Rolle im Gegensatz zu den westindischen Einwanderern in England oder den nordafrikanischen Arbeitskräften in Frankreich, die in sehr viel höherer Masse infiziert sind als die Wohnbevölkerung. In den letzten Jahren dürfte auch die im Fluss sich befindliche Wandlung moralisch-ethischer Wertbegriffe, soweit sie die Sexualsphäre berühren, nicht ohne Einfluss sein. Dabei führen unter Umständen die familiären, sozialen, erzieherischen Schwierigkeiten, der Alkohol- und Drogenmissbrauch, die mangelnde Zielstrebigkeit bei erhöhten Ansprüchen an das Leben zu einer heimlichen, unkontrollierten Prostitution. Bei einer in Paris durchgeführten Untersuchung lag bei nächtlicherweise auf der Strasse aufgegriffenen Frauen der Prozentsatz von Infizierten zehnmal höher als bei eingeschriebenen, regelmässig kontrollierten Prostituierten. Zunehmende Bedeutung in einer materiell übersättigten Wohlstandsgesellschaft gewinnt jeweils auch die Homosexualität, was epidemiologisch insofern bedeutend ist, da der infizierte Patient die Person des Partners fast stets zu verschweigen sucht. Schliesslich wird immer wieder auf die starke Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei Jugendlichen hingewiesen. Seit jeher liegt aber das Maximum der Geschlechtskrankenquote in der Altersklasse der 20- bis 24-Jährigen, die Klasse der 15- bis 19-Jährigen rangierte stets an zweiter oder dritter Stelle, das heisst, es dürfen nicht die absoluten Zahlen, sondern jeweils nur die auf die altersdifferenzierte Bevölkerungsklasse bezogenen relativen Zahlen betrachtet werden. Nach den meisten Autoren ist von den «Roaring Twenties» bis heute kein eindeutiger Wandel im geschlechtlichen Verhalten der Generationen aufgetreten. Völlig ungeklärt ist bis jetzt hingegen die Rolle der «Pille» für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten; wird der Wegfall der Furcht vor unerwünschter Schwangerschaft die Häufigkeit sexueller Kontakte erhöhen und damit wiederum ein Ansteigen der Geschlechtskrankheiten mit sich bringen?

II. Gonorrhoe

Am klinischen Bild des akuten wie des chronischen unbehandelten Trippers hat sich nichts geändert. Beim Mann tritt 3—5 (eventuell bis 14) Tage nach der Ansteckung massiv gelber Eiter aus der Harnröhre verbunden meist mit Brennen beim Wasserlösen. Komplikationen im Sinne einer aufsteigenden oder streuenden Infektion werden seit der Einführung der Antibiotica keine mehr gesehen. Bei der Frau unterscheidet man weiterhin eine untere und eine obere Gonorrhoe, die Grenze

und Barriere ist der innere Muttermund. Beim Geschlechtsverkehr kommen Vulva, Vagina und Portiooberfläche mit dem infektiösen Sekret in Berührung. Die Gonokokken können sich dabei in der Harnröhrenöffnung, den Ausführungsgängen der Bartholinischen Drüsen, in der Cervix und im Mastdarm ansiedeln, während die intakte Haut der Vulva und das Plattenepithel der Scheide verschont bleiben (abgesehen vom Kind, der schwangeren Frau, der Greisin). Bei dieser «unteren» gonorrhoeischen Infektion kommt es durch physiologische Ereignisse (Menstruation, Abort, Geburt) oder durch intrauterine Eingriffe aber schnell zu einem Aufsteigen der Keime in die Gebärmutter und die Eileiter und damit zur Ausbildung der «oberen» Gonorrhoe. Wenn die Patientin vorerst wenige Stunden nach dem Verkehr nur ein Wasserbrennen (infizierte Harnröhre) verspürt, so tritt wenige Tage später ein eitriger Ausfluss von oft grün-gelblicher Farbe hinzu durch die unterdessen stattgefundene Infektion der Cervix. Dieser oft sehr charakteristische Ausfluss kann über Wochen andauern, er kann aber auch bald abgelöst werden durch eine reichliche Absonderung glasigen Schleimes, was keineswegs als Heilungszeichen gewertet werden darf; denn unterhalb der Drüsen sitzen immer noch massenhaft Gonokokkenester, die jederzeit aufbrechen können. Bei der frischen Gonorrhoe findet sich zu 95 Prozent eine Infektion der Harnröhre, zu 80 Prozent der Cervixdrüsen, zu 20 Prozent der Bartholinischen Drüsen und zu 10 Prozent der Mastdarmschleimhaut. Steigt z. B. im Gefolge einer Menstruation die Infektion auf, so entwickelt sich aus diesem symptomarmen, oft kaum bemerkten Zustand (die meisten Frauen litten schon vor der Infektion an Ausfluss) ein Krankheitsbild mit schwersten Erscheinungen, indem es plötzlich zu heftigen Unterbauschmerzen, hohem Fieber, Abwehrspannung, Stuhlverhaltung und vorübergehend zu peritonealen Symptomen kommt. Diese schweren akuten Erscheinungen verschwinden bei Penizillinbehandlung in 6—8 Stunden; was aber als Dauerzustand zurückbleibt, ist die doppelseitige, chronische Eileiterentzündung mit oft zeitlebender Unfruchtbarkeit.

Eine grosse Gefahr stellt der gonorrhoeisch infizierte Geburtskanal für den Fetus dar, da das Kind während der Geburt unweigerlich mit den hochinfektiösen Sekreten in Berührung kommt. Deshalb ist die Credé'sche Augenprophylaxe zur Verhütung der in früheren Zeiten häufigsten Ursache der Blindheit, der Conjunctivitis gonorrhoeica, aktueller wie nie zuvor und hat unter allen Umständen zu erfolgen. Nach wie vor besteht die Gefahr, dass eine jahrelang latente Gonorrhoe durch die Schwangerschaft aktiviert wird und im Wochenbett aufsteigt. Die Zahl der Gonokokkenbefunde bei Lochienuntersuchungen ist überraschend hoch (bis 3 Prozent). Schon in den ersten drei Tagen steigen die Keime in die Gebärmutter auf, subjektive Symptome treten aber erst bei einer Eileiterentzündung auf, was frühestens in der zweiten Woche des Wochenbettes meist aber später bei der Wiederaufnahme der Arbeit oder bei der ersten wiederauftretenden Menstruation der Fall ist.

Die weibliche Gonorrhoe stellt immer noch schwierige diagnostische Probleme. Da eine grosse Zahl von Frauen an Ausfluss leidet, wird eine zusätzliche Tripperinfektion von der Patientin oft nicht bemerkt; so werden die meisten Frauen, welche zur Untersuchung auf Tripper kommen, durch ihre angesteckten Partner dazu veranlasst. Dazu kommt, dass zunehmend Patienten ärztlicherseits oder «aus eigenen Beständen» eine unerschwerliche Behandlung erfahren und dann jeweils bei den ersten Kontrollen negative Befunde aufweisen. Ohne dies zu wollen oder zu wissen, können sie dadurch im Endeffekt Träger einer chronischen Gonorrhoe werden.

Die Therapie besteht in der Verabreichung von 4—6 Mega-E Penizillin. Eine echte Resistenz ist bis jetzt nicht bekannt; meist handelt es sich um Reinfektionen, eine Verwechslung

mit Myxobakterien der Mimea-Gruppe oder um eine Superinfektion mit penicillinase-bildenden Bakterien, die die Gonokokkenkolonien vor der Einwirkung des Penzillins zu schützen vermögen.

III. Syphilis

Auch das klinische Bild der unbehandelten Syphilis — einer chronischen, in drei Stadien verlaufenden Erkrankung — ist nach wie vor gültig: etwa drei Wochen nach dem infizierenden Kontakt kommt es an der Stelle des Spirochäteneintrittes zu einem harten, schmerzlosen Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, dessen Oberfläche nässt (harter Schanker). Bevorzugt sind die Vulva, das hintere Scheidengewölbe oder die Portiooberfläche; gleichzeitig schwellen die Lymphknoten der Leistenengegend erheblich an (Stadium I). Die Wassermann'sche Reaktion wird in der 3.—5. Woche positiv. Von diesem Geschwür und den regionären Lymphgefässen dringen die Erreger in die Blutbahn, so dass etwa in der 4.—9. Woche nach der Infizierung mit den Symptomen des Stadiums II zu rechnen ist: es tritt am Stamm und in der Schenkelgegend ein Ausschlag von leicht erhabenen, rötlichen Flecken auf für ca. 10 Tage, und an der Vulva, in der Scheide und auf der Portiooberfläche entwickeln sich breite, nässende, hoch infektiöse Papeln. Dieses 2. Stadium dauert 2—3 Jahre, es kann aber auch völlig unbemerkt verlaufen. Das Stadium III, charakterisiert durch einschmelzende Knötchen und Narben im Bereich der Haut, der inneren Organe und insbesondere des Nervensystems, ist heute kaum mehr anzutreffen.

Wichtig ist vor allem, dass wir einer Patientin mit florider Syphilis während eines symptomarmen Intervalles begegnen können, was sich in der Schwangerschaft für den Fetus äusserst verhängnisvoll auswirken kann. Deshalb gehört auch heute noch zu jeder Schwangerschaftskontrolle die Ueberprüfung aller Seroreaktionen. Wichtig ist heute aber auch, dass Patientinnen vielleicht während der Inkubationsperiode (d. h. der Zeit von Infektion bis zum Auftreten der ersten Symptome) aus irgendwelchen anderen Gründen Antibiotica erhalten haben, so dass dies zu einer verlängerten Inkubationszeit, zu einer Abschwächung der Hautveränderungen und zu einer Verzögerung im Positivwerden der serologischen Teste führen kann. Die heute zur Bekämpfung der Gonorrhoe angegebenen Penizillindosen reichen aus, um eine gleichzeitig erworbene Syphilis zu beseitigen, hingegen sind sie ungenügend, wenn schon eine manifeste Frühsyphilis besteht.

Früher galt die Regel: keine Therapie der Syphilis ohne absolut gesicherte Diagnose. Sie gilt auch heute noch für alle Fälle mit Hautveränderungen, welche an eine Syphilis denken lassen und bei denen durch serologische Untersuchungen die Verdachtsdiagnose bestätigt werden muss. Sie gilt aber nicht mehr bei der Partnerinfektionsgefahr: es hat sich gezeigt, dass ein einmaliger Kontakt mit einem Patienten, der an einer Syphilis I leidet, in 40—50 Prozent seine Krankheit auf den Partner überträgt. Leidet der Syphilitiker bereits an einer Syphilis II, so erhöht sich die Infektionsgefahr auf 70 Prozent. Deshalb wird heute in jedem Fall beim gefährdeten Partner bzw. Partnerin eine Penzillinkur in den ersten drei Wochen nach erfolgtem Kontakt durchgeführt mit späteren serologischen Kontrollen.

Syphilis und Schwangerschaft

Die Uebertragung der Syphilis auf den Feten kann nur durch die Mutter via Placenta erfolgen. Ungefähr 70 Prozent derluetischen Schwangeren wissen nichts von ihrer Erkrankung. Eine Schwangerschaft scheint die Ausprägung der syphilitischen Symptome bei der Mutter herabzusetzen; so ist der harte

Schancker mit der entsprechenden Lymphdrüenschwellung oft sehr unauffällig und wird kaum bemerkt, ebenso kann der nicht juckende Hautausschlag des 2. Stadiums sehr rasch wieder abklingen. Die Diagnose basiert dann allein auf der Vorgeschichte und auf den serologischen Blutreaktionen; es muss deshalb auch heute noch die Durchführung der entsprechenden Teste zu Beginn der Schwangerschaft und gegen deren Ende mit allem Nachdruck gefordert werden.

Abgesehen von Ausnahmen erfolgt die Infektion frühestens im fünften Schwangerschaftsmonat, indem das Chorionepithel der Placenta dem Angriff der Spirochäten einen erheblichen Widerstand entgegensetzt, der erst nach ungefähr 4 Monaten überwunden werden kann. Ob die Gravidität beendet wird durch einen Spontanabort, eine Totgeburt oder ein infiziertes — frühgeborenes oder termingerechtes — Kind, hängt vom Zeitpunkt der Infektion der Mutter ab; stets ist aber bei einer nicht behandelten Mutter mit einem kranken Kind zu rechnen. Je weiter die Infektion der Mutter zurückliegt, desto geringer wird die Gefahr einer vollständigen Ueberschwemmung der Frucht mit den Spirochäten, d. h. mit jeder weiteren Schwangerschaft nimmt die Schädigung sukzessive ab: so findet man u. U. die Reihenfolge von Totgeburt eines mazerierten Fetus, Frühgeburt eines erkrankten und oft in den ersten Tagen sterbenden Kindes, Geburt eines reifen aber deutlichluetischen Kindes und schliesslich die Geburt eines scheinbar gesunden Kindes, dessen erste Erkrankungssymptome erst nach 4—10 Wochen oder eventuell erst in der Jugend auftreten.

Grundsätzlich ist bei einer nicht behandelten Mutter Folgendes zu erwarten: 1. liegt die Infektion 3—5 Jahre zurück, so ist mit einem anscheinend gesunden Kind zu rechnen, bei einer Lues III ist sogar ein gesundes Kind zu erwarten. 2. Wenn es kurz vor der Schwangerschaft oder zu deren Beginn zur Infektion der Mutter kam, so wird der Fetus ab 5. Schwangerschaftsmonat schwer infiziert und stirbt ab oder es kommt zu einer Frühgeburt mit allen Zeichen einer angeborenen Syphilis. 3. Bei einer Infektion der Mutter in den letzten 6 Wochen vor der Geburt ist ein gesundes Kind zu erwarten, da die Spirochäten während dieser Zeitspanne die Placenta noch nicht zu durchdringen vermögen.

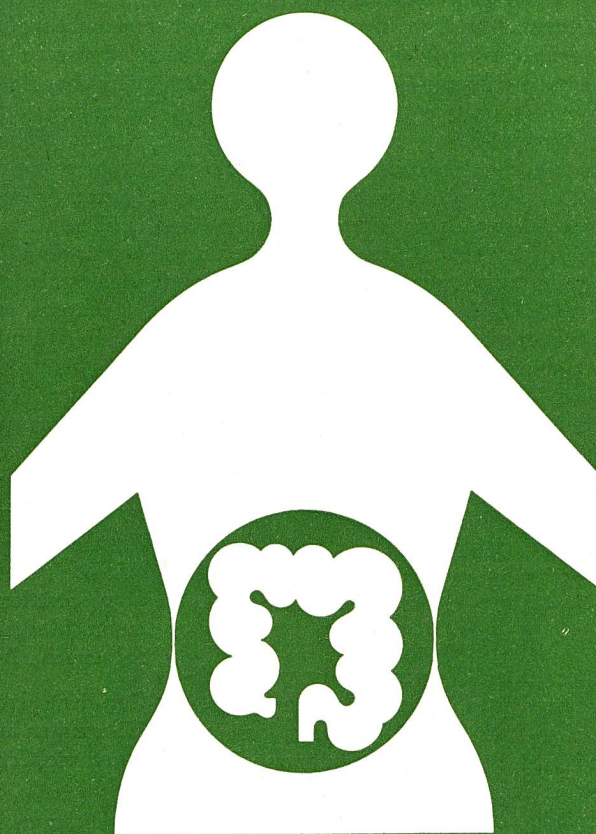
Die abgestorbenen Feten werden meist als faultote Früchte im 6.—8. Monat ausgestossen, wobei die Haut meist frei von syphilitischen Veränderungen bleibt, während alle inneren Organe mit Spirochäten überschwemmt erscheinen.

Bei den Neugeborenen lassen sich leider nur in 15—20 Prozent der Fälle schon bei der Geburt syphilitische Symptome erkennen, die aspektmässig eine Blickdiagnose erlauben würden; bei 10—12 Prozent treten sie bis zur 3. Woche auf, beim Rest erst später. Bei der Geburt schon sichtbar erkrankte Kinder zeigen in 75 Prozent als erstes Zeichen einen serös-eitrigen Schnupfen mit schniefender, schnüffelnder Atmung, der nur bei jedem 10.luetischen Kind blutig wird. 25 Prozent manifestieren sich zuerst durch typische Hautveränderungen: so findet sich ein charakteristischer Blasenausschlag an Handtellern und Fusssohlen, wobei die linsen- bis kirschgrossen, serösen Blasen massenhaft Spirochäten enthalten; daneben treten in den ersten Lebenstagen mit Vorliebe an der Streckseite der Extremitäten linsen- bis rappenstückgrosse, rosa- oder kupferrote Scheibchen auf. Eine Milz- und Leberschwellung fehlen selten. Besonders wertvoll bei entsprechendem Verdacht auf Lues ist der röntgenologische Nachweis spezifischer Knochenveränderungen, die schon beim Neugeborenen schwerste Grade erreichen können, die u. U. sogar eine Pseudolähmung der Arme vortäuschen können, wobei der einwärts gedrehte Arm schlaff neben dem Rumpf herunterhängt. Auch wenn nur ein einzelnes der aufgeführten Symptome vorhanden ist, muss es zur Vornahme der serologischen Untersuchungen führen, wobei leider ein Achtel der Fälle nur gerade dank dieser Seroteste erkannt werden kann. Auch schon nur bei einer Milch-

Dulcolax[®] Geigy

Heilgymnastik
für den trägen Darm

behebt die Verstopfung
— unschädlich
— mild
— ohne Gewöhnung



kaffeefarbe des Gesichtes, einer schlechten Gewichtszunahme und mangelhaftem Gedeihen ohne Durchfälle oder Erbrechen oder einer länger dauernden Neugeborenen gelbsucht ist eine Luesreaktion zu veranlassen. Die Prognose ist weiterhin ernst und weitgehend abhängig von einer rascheinsetzenden, genügenden Behandlung.

Placentaveränderungen: da stets zuerst die Frucht und erst später die Placenta erkrankt, so treten die Placentaveränderungen immer später auf, so dass deren Fehlen nicht gegen eine Luesinfektion des Feten zu sprechen braucht. Der auffallendste Befund einer infizierten Placenta ist ihre abnorme Grösse und Plumpheit, ihre blasse Farbe und eine gewisse Derbheit des Gewebes und ihr Gewicht, das bis zu 1 kg und mehr betragen kann.

Therapie der Mutter: da ohne prophylaktische Behandlung auch bei symptomloser Lues der Mutter in drei Viertel der Fälle mit einer intrauterinen Infektion zu rechnen ist, kann nur die möglichst frühzeitige Diagnose der mütterlichen Lues Voraussetzung einer rechtzeitigen Behandlung der Schwangeren sein. Das Kind einer luetischen Mutter kann nur durch eine gründliche Penizillinbehandlung während der Schwangerschaft vor der Syphilis bewahrt werden, und dies nach Möglichkeit vor einer fetalen Infektion, d. h. vor dem 5. Monat. Sofern keine Penizillinallergie vorliegt, wird täglich 1 Mill E Depot-Penizillin bis insgesamt 12 Mill E verabreicht; bei einer späten Lues II oder einer symptomlosen Lues wird eine zweite solche Kur nach 4—6 Wochen wiederholt. Nach dieser Behandlung darf mit einem gesunden Kind gerechnet werden. Früher galt die Regel, dass jede Luetikerin in jeder neuen Schwangerschaft einer erneuten Penizillinkur zu unterziehen sei; mit den heutigen Serumkontrollen ist dies nicht mehr nötig, doch wird man in Grenzfällen, in denen man nicht sicher ist, ob die früheren Behandlungen wirklich ausreichend waren, lieber eine weitere Kur durchführen. Bei Penizillinunverträglichkeit wird Erythromycin oder Oxytetracyclin empfohlen.

Therapie der Neugeborenenlues: da die Prognose vom Erkrankungs- und Behandlungszustand der Mutter und vom Zeitpunkt des Therapiebeginnes beim Kind abhängig ist, wird man bei der behandelten Mutter monatlich quantitative Titerbestimmungen durchführen und eventuell eine erneute Kur durchführen. Das auf Lues verdächtige Neugeborene ist bis zur Sicherung der Diagnose zu isolieren. Es wird nicht nur bei der Geburt sondern im Intervall von 3 Wochen bis zu einem halben Jahr auf das Auftreten syphilitischer Zeichen kontrolliert. Die Seroreaktionen werden wie bei der Mutter positiv sein; sofern der Titer aber nach der Geburt während dieser ersten Monate ansteigt, so handelt es sich sicher um eine ma-

nifeste angeborene Lues die entsprechend behandelt werden muss. Die Therapie erfolgt mit wasserlöslichem Penizillin in relativ hohen Dosen (insgesamt 600 000 IE/kg KG) und beim Positivbleiben der serologischen Kontrollen in wiederholten Kuren im Abstand von 3—6 Monaten. Die Sterblichkeit liegt heute noch bei 10 Prozent.

Dein Wille geschehe, wie im Himmel also auch auf Erden

Als Gott den Menschen zu seinem Ebenbild schuf, hat er ihm etwas gegeben, das für den Geber selbst eine Gefahr war: Den freien Willen. Die Stunde, da Gott den ersten Menschen mit diesem Geschenk begabte, war eigentlich die Stunde der Erschaffung des Menschen. Damit aber, dass er Geschöpfe machte, die auch «anders» konnten, die mit ihrem Willen sich seinem Willen entgegenstellen konnten, gefährdete er die Einheit seines Reiches. Dieser Gefahr hat sich Gott im vollen Bewusstsein von deren Grösse, ausgesetzt. So viel lag ihm daran, ein «Bild zu haben, das ihm gleich sei» oder sagen wir einfacher: Kinder zu haben.

Aber wie es eines Vaters höchster Wunsch ist, dass die Kinder trotz der ihnen eingeräumten Freiheit des Willens, sich dem Willen des Vaters anschliessen, so ist es auch bei unserem Vater im Himmel. Wohl hat er uns den freien Willen geschenkt, aber sein grösster Wunsch ist, dass wir diese Willensfreiheit nicht gegen ihn einsetzen und missbrauchen, sondern dass wir aus «freiem Willen» heraus uns dem Vater wieder unterordnen und zwar freudig und vertrauend, weil wir überzeugt sind, der Vater weiss besser als wir alle zusammen, was das Rechte ist. Wir können nichts besseres tun, als uns von ihm führen zu lassen.

Das hört sich zunächst ganz schön an. Aber in der Praxis ist das oft unerhört schwer und hat sogar dem Sohn Gottes den blutigen Schweiss auf die Stirne getrieben. Denn unser Wille ist gespalten. Fleisch und Geist liegen im Widerstreit miteinander. «Das Fleisch gelüstet wieder den Geist» schreibt Paulus an die Galater.

Es gibt nur einen Weg aus diesem Dilemma heraus, und er heisst: Liebe! Da, wo man lieb hat, vertraut man sich grenzenlos an. Das weiss jede Braut. Da wird Hingabe, und um diese geht es ja bei dieser Bitte, zur Freude. Da heisst es: Wo du hingehst, da will ich auch hingehen. Und eben darum bitten wir in dieser dritten Bitte, dass es immer mehr so werde, dass wir gerne seinen Willen tun.

Aus: «Herr, lehre uns beten» von W. J. Oehler

Zentralvorstand

Eintritte:

Sektion Bern

Bähler Erika, Kröschenbrunnen; Berchten Magdalena, Gstaad; Burgener Brigitte, Saas-Balen; Egli Margrit, Buswil; Erb Käthi, St. Stephan; Fählmann Ruth, Signau; Frey Elsbeth, Olten; Gehri Kathrin, Bern; Keller Yvonne, Wila; Klaus Vreni, Luzern; Kuhn Margrit, Bigenthal; Kuhn Rosmarie, Bigenthal; Kühni Anna, Oberburg; Matti Susi, Saanen; Moser Martha, Röthenbach; Nievergelt Margrit, Worb; Oberhänsli Monika, Gwatt; Oster

Inseratenverwaltung:

Künzler-Bachmann AG, Kornhausstrasse 3, 9001 St. Gallen, Telefon 071 22 85 88

Ursula, Bönigen; Rügger Therese, Rüti/Winkel; Solothurnmann Verena, Niederbipp; Stettler Annelies, Eggwil; Stirnemann Margrit, Buchs; Wieland Maria, Salvenach; Zogg Marietta, Grabserberg.

Der Zentralvorstand begrüsst die jungen Hebammen aufs herzlichste und wünscht ihnen viel Freude an ihrem Beruf.

Jubilarinnen:

Sektion Nidwalden

Frau Lachat-Amstalden, Wilen b. Sarnen

Sektion Thurgau

Frau Marie Brutsch, Diessenhofen

Herzliche Glückwünsche und gute Gesundheit!

Die Zentralpräsidentin *Thérèse Scuri*

Sektionsnachrichten

Aargau

Am Donnerstag, 20. August um 12.15 Uhr trafen sich die reisefreudigen Hebammen zu ihrem Sommerausflug. Geplant war eine Fahrt: Sursee - Huttwil - Fritzenpass - Wasen - Sumiswald - Weier - Häusernmoos - Wynigen - Langenthal - St. Urban - Zofingen - Aarau. Der Himmel war bewölkt als wir weg fuhren und hatte kein Erbarmen mit uns. Schon in Huttwil regnete es, so dass wir dort nicht gegen den Fritzenpass, sondern nach dem Ahorn fuhren. Dort oben im schönen, neuen Gasthaus sprach dann Herr Zsigmond (der Schöne) wie Sr. Käthy ihn uns vorstellte, von der Firma Milupa zu uns. In sehr sympathischer Art und Weise stellte er uns die Produk-