

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: 60 (1962)

Heft: 9

Artikel: Die angeborenen Herzfehler und ihr frühzeitige Erkennung

Autor: Friolet, B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951708>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 31.07.2025

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: Frl. MARTHA LEHMANN, Hebamme, Zollikofen / Bern, Tel. 65 12 80

Abonnements:

Jahres-Abonnement für die Schweiz Fr. 6.—
für das Ausland Fr. 6.— 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.

Die angeborenen Herzfehler und ihre frühzeitige Erkennung

Von B. Friolet, Universitäts-Kinderklinik, Bern

Das Vorliegen eines angeborenen Herzleidens am jungen Säugling zu erkennen, wird dadurch erleichtert, daß die bunte Vielfalt von möglichen Herzfehlern sich in einer verhältnismäßig beschränkten Zahl von Krankheitszeichen ausdrückt. Die Kenntnis dieser Zeichen gehört nicht nur zu den Grundlagen ärztlichen Wissens, sondern auch zum unentbehrlichen Rüstzeug all jener Personen, die mit der Pflege des Neugeborenen und Säuglings zu tun haben, also insbesondere der Hebamme und der Säuglingsschwester. Oft nämlich ist es der Hebamme oder Schwester allein anheimgestellt, durch sorgfältige Beobachtung überhaupt erst den Verdacht auf das Vorliegen eines Herzleidens zu schöpfen und die entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zu veranlassen.

Ursache und Entstehung von angeborenen Herzfehlern

Um die große Vielfalt angeborener Herzfehler zu verstehen, muß man sich vergegenwärtigen, daß das Herz im Verlaufe der Entwicklung, d. h. während des embryonalen und fetalen Lebens, einer Reihe komplizierter Umgestaltungen unterworfen ist, bis schließlich die uns bekannte Form erreicht ist. In der Reihe der Wirbeltiere beobachtet man eine ganze Entwicklungsstufenleiter vom primitiven Herz der Fische z. B., das nur aus einem einfachen Schlauch besteht, über das Herz der Amphibien, die bereits zwei Vorhöfe bei einer noch einzigen Herzkammer aufweisen, bis zum Herz der Vögel und Säugetiere, wo durch die Zerteilung der Herzvorhöfe und -kammern eine vollständige Trennung des arteriellen und venösen Blutkreislaufes erreicht ist. In ähnlicher Weise finden wir auch während des embryonalen Wachstums des menschlichen Herzens eine Entwicklung vom einfachen Herzschauch, der schon beim Keimling der ersten Schwangerschaftswochen in Stecknadelkopfgröße vorliegt und da schon regelmäßige Pulsationen aufweist, über eine Reihe von Umformungen, Teilungen und Drehungen bis zur endgültigen Gestalt, die kurz nach der Geburt erreicht wird.

Eine letzte wichtige Wandlung macht das Herz unmittelbar nach der Geburt durch. Der Fötus erhält den lebenswichtigen Sauerstoff via Plazenta und Nabelvene von der Mutter. Nach der Geburt ist das Kind plötzlich von diesem Versorgungsweg abgeschnitten und in der Sauerstoffversorgung auf sich selbst gestellt. Mit dem ersten Schrei entfalten sich die Lungen und das Blut strömt aus der rechten Herzkammer in die Lungengefäße ein, um mit Sauerstoff beladen (arterialisiert) in den linken Vorhof und die Herzkammer zurückzuströmen und von dort in den großen Kreislauf zu gelangen.

Die vor der Geburt bestehenden «Kurzschlüsse» (Foramen ovale und Ductus Botalli), die es dem

Blut erlauben, die noch ruhende Lunge zu umgehen, schließen sich. Während vor der Geburt sauerstoffreiches (arterielles) und sauerstoffarmes (venöses) Blut infolge der Kurzschlüsse zwischen großem (Körper-) und kleinem (Lungen-) Kreislauf mehr oder weniger gemischt waren, sind nun nach der Geburt arterielles und venöses Blut getrennt (siehe Fig. 1).

Die angeborenen Herzfehler entstehen vor allem dadurch, daß die oben erwähnten Umformungen des Herzens während der embryonalen Entwicklung nicht normal vor sich gehen. Gewisse Krankheiten, vor allem Röteln, aber auch andere Virus-

krankheiten, von der Mutter in den ersten Schwangerschaftsmonaten durchgemacht, können solche Entwicklungsstörungen beim Kind verursachen. Aber auch Erbfaktoren und äußere toxische Einflüsse werden als mögliche Ursachen angeborener Herzfehler diskutiert.

Die häufigsten angeborenen Herzfehler

(siehe Fig. 2)

Man unterscheidet zwei große Gruppen angeborener Herzfehler:

- a) Herzfehler, die mit Cyanose (Blausucht) einhergehen;
- b) Herzfehler ohne Cyanose.

a) Die cyanotischen angeborenen Herzfehler

Bei dieser Gruppe kommt es durch das Offenbleiben der oben erwähnten Kurzschlüsse zwi-

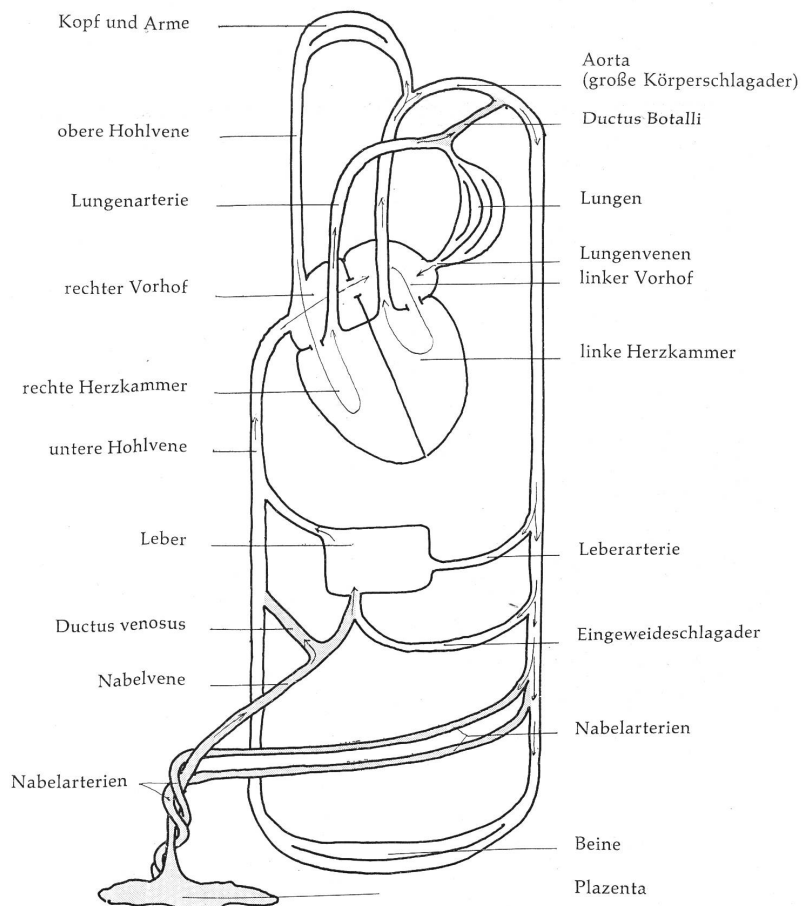


Fig. 1

Schema des fötalen Kreislaufes

(nach Sarwey im Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein und im American Textbook of Obstetrics)

Nach der Geburt obliterieren die getönte dargestellten Gefäße und das Foramen ovale (die Verbindung zwischen den beiden Vorhöfen) schließt sich

schen großem und kleinem Kreislauf, die für das Fetalleben notwendig sind, zu einer Durchmischung von arteriellem und venösem Blut, was sich als grünlich-bläuliche Verfärbung der Haut manifestiert. Die häufigsten Herzfehler dieser Art sind:

Die Tetralogie von Fallot

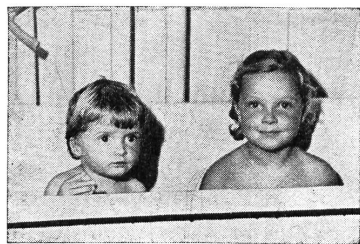
Es ist dies in seinen mehreren Varianten der häufigste cyanotische Herzfehler. Die Lungenarterie ist stenosierte (a), die Herzscheidewand entweder im Vorhof- oder Kammerbereich (b und c) oder beiderorts defekt und die Aorta mehr oder weniger nach rechts verlagert. Das Herz ist gar nicht oder nur wenig vergrößert, die Kinder sind oft von Geburt an blau, später entwickeln sich Trommelschlägelfinger, Uhrglasnägel und eine Erdbeerzunge. Diese blauen Kinder führen oft, um ihre Kreislaufverhältnisse günstiger zu gestalten, eine Art Hockerstellung aus. Die Prognose ist in der Regel günstiger als bei den übrigen cyanotischen Herzfehlern, vor allem bestehen operative Methoden, die Dauerheilungen versprechen.

Die Transposition der großen Gefäße

Die großen Gefäße (Aorta und Lungenarterie) haben die Drehung um die Längsachse nur unvollständig ausgeführt. Je nach dem Grad der mangelhaften Drehung und der Natur der meist damit kombinierten Fehlbildungen (offenbleiben der Herzscheidewand und des Ductus Botalli) ist die Blausucht mehr oder weniger ausgeprägt; sie kann schon bei Geburt bestehen oder erst später deutlich in Erscheinung treten. Das Herz ist meistens deutlich vergrößert. Die ungünstigsten Fälle sind gar nicht lebensfähig, aber auch sonst ist die Prognose dieser Mißbildung schlecht. Ohne Therapie erreichen die wenigsten Kinder das Pubertätsalter. Die operativen Heilungsmöglichkeiten sind beschränkt und z. T. noch im Versuchsstadium.

Die Tricuspidalstenose oder -atresie mit Defekten der Herzscheidewand (d)

Die Kinder sind von Geburt an blau, das Herz ist häufig vergrößert, man findet oft Pulsationen an der Leber und der Vena jugularis (Halsvene). Die Kinder erreichen selten das Pubertätsalter. Es bestehen Operationsmöglichkeiten, doch tritt oft wenige Monate nach der Operation der Tod ein.



**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, -Öl, -Seife, -Crème,
sowie Tropfen für zahnende Kinder.**

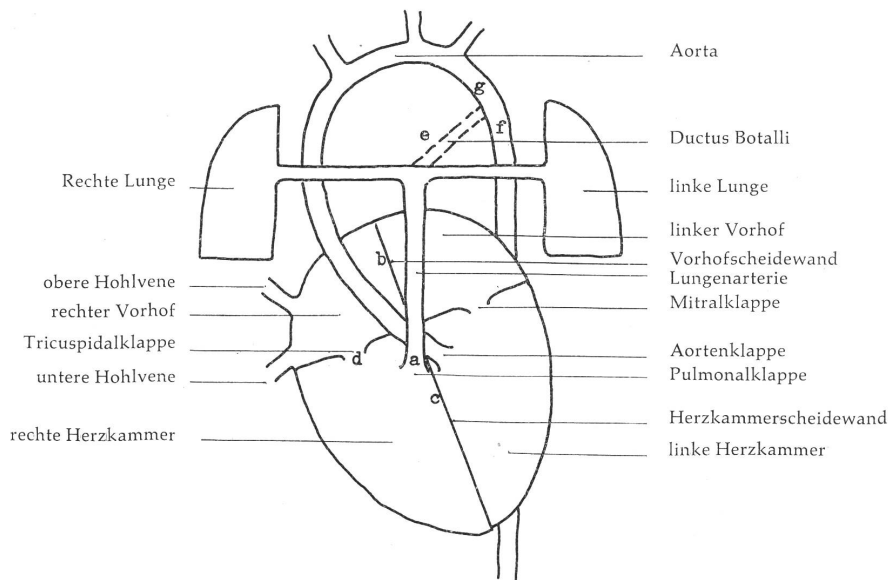


Fig. 2

**Schematische Darstellung des normalen Herzens nach der Geburt
mit Lokalisation der wichtigsten angeborenen Herzfehler**

(nach E. Rossi, «Herzkrankheiten im Säuglingsalter», Verlag Thieme, 1954)

b) Die nicht cyanotischen Herzfehler

Der Vorhofseptumdefekt

Die Scheidewand zwischen den Vorhöfen bleibt offen (b). Diese Mißbildung kommt isoliert, aber auch häufig kombiniert mit anderen Herzfehlern vor. Das Herz ist vergrößert, subjektive Beschwerden können im Kindesalter fehlen. Die Patienten erreichen meistens das mittlere Alter, wobei sich im Erwachsenenalter gelegentlich eine Cyanose einstellt. Die Operationsmöglichkeiten sind noch unbefriedigend.

Der Ventrikelseptumdefekt

Die Scheidewand zwischen den Herzkammern ist defekt (c). Je nachdem, ob der Defekt hoch oder tief sitzt und je nach Ausdehnung des Defektes kommt es zu mehr oder weniger starker Herzvergrößerung und Störungen in der körperlichen Entwicklung. Die Patienten erreichen meistens das Erwachsenenalter, eine operative Heilungsmethode besteht zur Zeit nicht.

Der offene Ductus Botalli (e)

Meistens besteht keine Herzvergrößerung. Die Patienten erreichen fast stets das Erwachsenenalter, fallen dann aber häufig Komplikationen zum Opfer. Die Operationsmöglichkeiten sind günstig.

Die Aortenisthmusstenosen

Diese Mißbildung ist verhältnismäßig häufig. Man unterscheidet zwei Formen. Bei der einen liegt die Stenose unterhalb der Einmündung des Ductus Botalli (f). An den Armen und in den Kopfgefäßen ist der Blutdruck erhöht (deshalb Kopfschmerzen und Ohrensausen), an den Beinen tief. Die Prognose ist relativ günstig und es bestehen gute Operationsmöglichkeiten. Bei der zweiten Form liegt die Stenose oberhalb der Einmündung des Ductus Botalli (g), der meistens offen bleibt. Dabei kommt Mischblut in die unteren Körperpartien, die untere Körperhälfte erscheint blau. Die Prognose ist ungünstig, vor allem, weil sich meistens andere Mißbildungen zugesellen, der Tod tritt fast immer im Säuglingsalter ein.

Unter den seltenen Formen angeborener Herzleiden, die sich in ähnlicher Weise wie die soeben besprochenen Herzfehler äußern können, ist die Glykogenose zu erwähnen. Dabei wird Glykogen, die Speicherform des Blutzuckers, in abnormer Weise in verschiedenen Organen, unter anderem oft im Herzmuskel, gespeichert. Herz und Leber sind stark vergrößert (großer Bauch!) und die häufig vergrößerte Zunge kann den Eindruck einer Hypothyreose erwecken. Diese Speicherkrankheit findet sich nicht

selten bei Kindern zuckerkranker Mütter sowie bei unbehandelten Rhesuskindern.

Ferner gibt es schon bei Geburt bestehende Erkrankungen des Herzmuskels (Myocarditis bei viralen Erkrankungen, bei angeborener Lues u. a.). Auch eine Erkrankung des Endocards, d. h. der innersten Herzwandschicht, die Fibroelastosis endocardica, kann schon perakut beim Säugling vorkommen und rasch zum Tode führen oder aber langsam verlaufend chronisch werden. Das Perikard (Herzbeutel) erkrankt beim Neugeborenen und Säugling kaum. Man kennt ferner beim Neugeborenen eine akute gutartige Herzdilatation mit Atemnot und Cyanose, für die mannigfaltige Ursachen geltend gemacht werden, wie z. B. Sauerstoffmangel, mangelnde Entfaltung der Lungen (Atelektasen), Fruchtwasserspiration. Es gibt auch durch ärztliche Maßnahmen herbeigeführte Herzvergrößerungen, z. B. bei übertriebener intravenöser Flüssigkeitszufuhr oder bei Austauschtransfusionen.

Die Erkennung der angeborenen Herzfehler

Für die Früherkennung der angeborenen Herzfehler sind vor allem jene Krankheitszeichen von Wichtigkeit, die für Hebamme, Schwester und Arzt am Krankenbett und ohne komplizierte technische Hilfsmittel erkennbar sind. Ohne auf die spezielle Symptomatik der einzelnen Herzfehler einzugehen, sind im folgenden die wichtigsten klinischen Zeichen besprochen.

Tachycardie und präcordiale Pulsationen. Rasche und starke Herzaktion, die sich in sichtbaren Pulsationen der Brustwand, der Halsgefäße, des Jugulums oder des Abdomens im epigastrischen Winkel äußerst oder durch die aufgelegte Hand deutlich fühlbar ist, spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines angeborenen Herzfehlers. Der Puls wird am besten am schlafenden Kind gezählt. Als Richtlinie für normale Pulswerte in den verschiedenen Altersstufen dienen folgende Zahlen:

	pro Minute
in den ersten Lebenstagen	bis 180
während der ersten Lebenswochen	ca. 140
während der ersten Lebensjahre	ca. 120
mit sechs Jahren	ca. 100
Pubertät	ca. 80

Sehr laute Herzgeräusche als Ausdruck eines angeborenen Herzfehlers sind in ausgesprochenen Fällen von bloßem Ohr hörbar oder mit der aufgelegten Hand als Schwirren fühlbar. Dabei ist aber zu bedenken, daß ein mäßig lautes Herzgeräusch in den ersten Lebenstagen nicht unbedingt auf einen angeborenen Herzfehler hinweist wie auch das Fehlen eines Geräusches diese Möglichkeit nicht ausschließt. Bleibt aber ein Geräusch einige Monate bestehen oder nimmt es an

Intensität zu, so ist das Vorliegen eines Herzfehlers sehr wahrscheinlich.

Wenn der *Herzspitzenstoß*, der normalerweise in einer Senkrechten zu fühlen ist, die ungefähr durch die linke Brustwarze verläuft, sehr viel mehr seitlich zu sehen oder fühlen ist, so spricht dies meistens für ein vergrößertes Herz und das Vorliegen eines Herzfehlers.

Atemnot. Sie äußert sich in einer zu hohen Respirationszahl. Man kontrolliert auch diese am besten am schlafenden Kind. Als Richtlinie dienen folgende Normalwerte:

beim Neugeborenen	55 pro Minute
halbjährig	40
einjährig	35
sechsjährig	25

Natürlich kann die beschleunigte oder erschwerte Atmung auch allein Ausdruck einer Lungenkrankung sein (Atelektasen, Fruchtwasseraspiration usw.), doch stehen dann mehr thorakale Einziehungen im Vordergrund. Das normale Verhältnis von Pulszahl zu Atemzahl beträgt ungefähr 4 : 1. Bei pulmonalen Störungen ist dieses Verhältnis in der Regel kleiner, bei cardialen Störungen größer.

Die *Cyanose*, d. h. die blaue oder blau-grünliche Verfärbung der Haut, findet sich in erster Linie bei den oben besprochenen cyanotischen Herzfehlern, sie ist allerdings nicht immer von Geburt an ausgeprägt, sondern tritt oft erst nach Tagen, Wochen, Monaten, ja sogar Jahren in Erscheinung. Aber auch bei den nicht cyanotischen Herzfehlern kann es zu einer leichten Cyanose kommen, die sich besonders bei Anstrengungen, wie sie das Trinken oder Schreien darstellen, vor allem um Nase und Mund zeigt. So kann denn auch die *Trinkschwäche* des jungen Säuglings ein indirektes Zeichen eines angeborenen Herzfehlers sein. Wie die Atemnot kann natürlich auch die Cyanose Ausdruck einer rein pulmonalen Erkrankung sein.

Weitere Zeichen, die für angeborene Herz- oder Gefäßanomalien sprechen können:

Fehlende Pulse an der Arteria femoralis (in der Leistenbeuge zu palpieren). *Herzbuckel*, d. h. abnorme ein- oder beidseitige Vorwölbung der Brustpartie. Bei Mißbildungen der Aorta kann es zu einem *Stridor* kommen, d. h. zu einer Erschwerung der Inspiration, die vor allem bei Aufregung und Nahrungszufuhr in Erscheinung tritt. *Angstvoller Gesichtsausdruck*, *Unruhe*, *Reizhusten* und *kalter Schweiß* sind oft Ausdruck mangelnder Sauerstoffversorgung des Gehirns infolge eines angeborenen Herzfehlers. Angeborene Herzfehler gehen nicht selten mit *anderen Mißbildungen* einher, wie z. B. *Mongolismus*, *Mißbildungen am Magendarmtrakt*, *Klumpfüßen* u. a.

Wenn einmal auf Grund der besprochenen Symptome der Verdacht auf einen angeborenen Herzfehler besteht, stehen dem Arzt eine Reihe von Maßnahmen zur Verfügung, um die Diagnose zu sichern oder zu vervollständigen:

Die *Herzauskultation* erlaubt, Charakter, Lokalisation und Ausbreitung von Herzgeräuschen zu beurteilen. Die *Herzperkussion* ergibt Anhaltspunkte über die Größenausdehnung des Herzens. Mittels der *Oszillometrie* und *Sphygmographie* wird die Pulsweite an den peripheren Arterien geprüft. Das *Elektrokardiogramm* gibt Aufschluß über Lage, Ausdehnung und Belastung der einzelnen Herzteile sowie über Störungen des Herzrhythmus. Das *Phonokardiogramm* (Herztönschreibung) erlaubt eine graphische Erfassung und Beurteilung von Herztönen und -geräuschen. Die *Messung der Zirkulationszeit* gibt Aufschluß über Vorhandensein und Ausmaß arteriovenöser Kurzschlüsse. Auch das *rote Blutbild* erlaubt gewisse Rückschlüsse; für eine Reihe von Herzfehlern ist das Vorliegen einer Polyglobulie, d. h. die Vermehrung von Erythrocyten und Hämoglobin, typisch. Ganz bedeutend verfeinert wurde die Diagnostik angeborener Herzfehler in den letzten

Jahren durch den *Herzkatheterismus*. Dabei wird von einer peripheren Vene aus ein Katheter bis ins rechte Herz vorgeschoben, wodurch es möglich wird, Blutdruck und Sauerstoffsättigung in den verschiedenen Herzabschnitten zu messen. Durch Einspritzung von Kontrastmittel durch den Katheter und gleichzeitige Röntgenaufnahme entsteht die *Angiokardiographie*, wobei Defekte der Herzscheidewand oder abnorme Gefäßmündungen sichtbar werden.

Therapiemöglichkeiten und Prognose

Bis vor zehn bis fünfzehn Jahren stand die Medizin den angeborenen Herzfehlern praktisch machtlos gegenüber. Erst die Entwicklung differenzierter diagnostischer Methoden wie des erwähnten Herzkatheterismus sowie die Fortschritte in der Narkosetechnik und die Konstruktion von Herzlungenmaschinen schufen die Voraussetzungen für die imponierende und rasche Entwicklung der Herzchirurgie, die bereits erstaunliche Resultate erreicht hat und zu weiteren großen Hoffnungen berechtigt.

Die operative Korrektur angeborener Herzfehler geht darauf aus, verengte Gefäßabschnitte zu entfernen oder durch Gefäßeinpflanzungen zu über-

Bitte Schwester

sage meiner Mama, sie soll mich mit Balma-Kleie baden. Diese speziell präparierte Kleie ist besonders reich an hautpflegenden Stoffen.

brücken, Defekte der Herzscheidewand zu schließen, verengte Klappen zu erweitern, aberrierende Gefäße zu ligieren oder abzutrennen. Einige Operationen sind noch im Versuchsstadium. Der günstigste Operationstermin variiert für die verschiedenen Herzfehler und muß von Fall zu Fall beurteilt werden. Es besteht heute die Tendenz, Herzfehler, die schon den jungen Säugling stark beeinträchtigen, möglichst früh zu operieren.

Die Diagnostik und Therapie der angeborenen Herzfehler muß erfahrenen Spezialisten überlassen werden und ist nur in hochspezialisierten Zentren möglich.

Leider trotzdem aber immer noch eine ganze Reihe angeborener Herzmißbildungen jeder Therapie oder die Operation ist mit einem so großen Risiko belastet, daß der Eingriff nicht verant-

PRIVATKLINIK <i>Humana</i>											
Geburtshilfliche Abteilung											
Geboren den: 22. 2. 1960											
Geburtsgewicht: 3430 g.											
Datum	1	2	3	4	5	6	7	Tagesmenge	Nachtgewicht	Stuhl	Bemerkungen
22. 2.								20 g.	3430 g.	1	absolut
23. 2.	40	40	40	40	40	40	40	60 g.	3700 g.	1	kein
24. 2.	30	20	30	20	30	30	30	100 g.	3240 g.	1	Milchmangel
25. 2.	40	40	40	40	40	40	40	200 g.	3270 g.	1	
26. 2.	50	50	50	50	50	50	50	200 g.	3290 g.	1	Nabel ab
27. 2.	60	60	60	60	60	60	60	30			
28. 2.	70	70	70	70	70	70	70	3			
29. 2.	80	80	80	80	80	80	80	6			
30. 2.											

Unsere Mütter

achten streng auf ihr Körpergewicht. Wenn sie auf der Waage stehen, ist jedes Pfund Zunahme eine Träne wert. Bei uns Babies ist gerade das Gegenteil der Fall. Liegen wir auf der Waage und unser Körpergewicht nimmt schön regelmässig Gramm für Gramm zu, dann freuen sich alle, die Eltern und wir. Mit Vergnügen werden unsere Fortschritte auf der Tabelle abgelesen. Wir sind aber auch gut umhert und umsorgt. Zum Beispiel nährt man uns bei fehlender Muttermilch, zum Nachschöpfeln oder nach dem Abstillen mit HUMANA einer hochentwickelten, in der Zusammensetzung und Wirkung der Muttermilch nahekommenden Säuglingsnahrung. Unsere Verdauung klappt vorzüglich. Mit HUMANA gedeihen wir prächtig und können euch mit einem Lächeln begrüßen.

HUMANA



Ein Produkt der Schweiz. Milchgesellschaft AG Hochdorf

Wir beschworen euch, würdig zu wandeln des Gottes, der euch zu seinem Reich und zu seiner Herrlichkeit beruft.

1. Thessalonicher 2, 12

Einen großen Gott über einem kleinen Land haben, dies ist Botschaft und Geschenk des Bettags und der Bettagswoche.

Aber nun hat das Konsequenzen. Man kann nicht danken ob der Berufung zu Gottes Herrlichkeit, ohne sich ihr in den kleinen und kleinsten Dingen zu beugen. «Würdig wandeln» heißt es hier. Beachten Sie dieses Wort, das uns zu einem neuen Leben, zu einem andern Wandel und Lebensstil verpflichtet: Würdig! Sich der Würde, Größe, Herrlichkeit Gottes bewußt sein und dementsprechend verhalten.

Das ist nun sicher kein hartes Gesetz. Aber auch keine weiche Forderung. «Wir beschworen euch.» Das Leben wird verpflichtender, wenn man einen großen Gott hat! Dann verklingt das «Bettagsmandat» (= der Auftrag des Bettags) nicht mit dem Ausläuten des festlichen Sonntags. Es kommen dann Aufträge hinzu, noch und noch, diese Woche, das Jahr über. *Danken, Bußetun, Beten* wird zum Dreiklang, der unser Tun, Denken und Reden fortan begleitet.

Ich möchte wohl, daß man es mir anmerkt, wie herrlich DU bist. Nimm mir das Kleine, das Kleinliche und Kleingläubige hinweg, ich danke Dir.

Aus: Boldern Morgengruß

wortet werden kann. So gibt es eine große Zahl von Herzfehlern, die entweder gar nicht lebensfähig sind oder nur wenige Monate bis Jahre überleben. Bei einigen Formen gelingt es, durch operative Maßnahmen die Kreislaufverhältnisse ganz zu normalisieren und die volle Leistungsfähigkeit herzustellen, bei anderen dagegen nur, den ungünstigen Verlauf teilweise zu bessern. Viele der angeborenen Herzfehler neigen zu Komplikationen, die die Prognose verdüstern und die durchschnittliche Lebensdauer verkürzen. Die häufigsten Komplikationen sind: Herzversagen, Hochdruck im großen oder kleinen Kreislauf, chronische Bronchitiden, Pneumonien, Endocarditis, Hirnabszesse und andere zerebrale Affektionen, Thrombosen, Embolien, Blutungen. Einige der Herzfehler führen zu einem mehr oder weniger ausgeprägten Wachstumsrückstand wie auch zur Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung.

Zweifellos kann das Los vieler Kinder mit angeborenen Herzfehlern verbessert werden, wenn es gelingt, den Herzfehler möglichst frühzeitig zu erkennen und zur Beurteilung und Behandlung dem Spezialisten zuzuweisen. Wie schon einleitend erwähnt, fällt dabei die große Verantwortung auf Hebammen, Schwestern und Aerzte.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Schw. Alice Meyer, Rössligasse 8, Muttentz BL
Telephon (061) 53 17 93
Anrufe wenn möglich zwischen 7.00–8.00 Uhr.

Krankenkasse-Präsidentin:

Frau G. Helfenstein, Oberfeldstr. 73, Winterthur
Telephon (052) 2 45 00

Hilfsfonds-Präsidentin:

Frau J. Glettig, Heb., Laubstenstr. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 74 98 77

Zentralvorstand

Eintritt

Sektion Zug

Frl. Maria Niggli, geb. 1935, Heimatstr. 23, Baar
Wir begrüßen unser neues Mitglied aufs herzlichste mit unsern besten Wünschen.

Jubilarinnen

Sektion Zug

Frl. Luise Reichmut, Cham

Wir gratulieren zum 40. Dienstjubiläum und wünschen alles Gute.

Sektion See und Gaster

Frau Katharina Steiner-Jud in Rieden

Zum 50. Dienstjubiläum gratulieren wir Ihnen und wünschen ferner recht viele sonnige Tage.

13. Internationaler Kongreß 1963

Der nächste Internationale Kongreß findet in Madrid vom 22. bis 29. Juni 1963 statt. Versammlungsort ist die «Facultad de Derocho», Cité Universitarre de Madrid. Weitere Einzelheiten über den Kongreß folgen noch.

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin: Schw. Alice Meyer

Die Aktuarin: H. Clerc-Hohler

KRANKENKASSE

Urabstimmung

Wir haben bereits das Stimm-Material für die Urabstimmung zum Versand gebracht. Bitte vergessen Sie nicht, den Stimmzettel auszufüllen und ihn mit dem dem Stimm-Material beigelegten Couvert bis zum 15. September zurückzusenden.

Im übrigen verweisen wir auf das Begleitschreiben, das dem Stimmzettel beiliegt.

Für die Krankenkasse-Kommission:

Die Präsidentin

*Selig, wer im Weltgebräuse
Nach der obern Gottesstadt,
Nach dem rechten Vaterhause,
Stets ein Fenster offen hat.*

Krankmeldungen

Frau H. Gisin, Tenniken BL
Frl. L. Moor, Ostermundigen
Mme J. Vallotton, Malley-Lausanne
Mlle. M. Parisod, Lutry
Frau A. Benz, Pfungen
Frau E. Frey, Ober-Entfelden
Frau A. Wyß, Fulenbach
Frau E. Kaspar, Aarau
Mme. V. Rauber, Romont FR
Mme. A. Chevallier, Chavornay
Frau A. Auer, Ramsen
Frau Kamm, Linthal
Frau T. Parth, Luzern
Frau L. Schütz, Konolfingen
Frau M. Bühler, Herrliberg
Mme L. Sallansonnet, Troinex GE
Frau C. Russi, Susten VS
Frau A. Waldvogel, Stetten SH
Mme J. Jaccard, Yverdon
Sig.^{na} L. Lucchini, Massagno TI
Frau L. Thalmann, Embrach ZH
Mme N. Pétremand, Fleurich NE
Frau R. Winet, Altendorf
Frau B. Heierli, Gais AR
Mlle J. Hayoz, Wünnewil FR
Frau J. Schädeli, Uerkheim AG
Frau F. Stäbler, Goldach
Frau A. Göldi, Sennwald SG
Frau A. Gasser, Sarnen OW
Frau E. Hiß, Basel

Mit freundlichen Grüßen

Für die Krankenkasse-Kommission

Die Kassierin: J. Sigel



KAMILLOSAN

Liquidum *

Salbe *

Puder

**entzündungswidrig
geruchbeseitigend
reizmildernd**

*** Kassenzugelassen!**

Prospekte und Muster
stehen zur Verfügung



TREUPHA AG BADEN