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: 10

Artikel: Schwangerschaft und Diabetes mellitus

Autor: Teuscher, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951710

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: 15.07.2025

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

BERN, 1. Oktober 1962 MONATSSCHRIFT 60. Jahrgang Nr. 10

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

Inserate:
im Inseratenteil: pro 1spaltige Petitzeile . . . 48 Cts.
im Textteil: pro 1spaltige Petitzeile . . . . 72 Cts

Schwangerschaft und Diabetes mellitus

Von Dr. med. A. Teuscher, Medizinische Poliklinik der Universität Bern

Der Diabetes mellitus oder die Zuckerkrankheit ist gekennzeichnet durch Hyperglykämie und Glukosurie, die in jedem Alter auftreten kann, durch akute Komplikationen, wie Hypoglykämien (Filfer Blutzucker) und diabetische Azidosen (Entgleisung bis zum diabetischen Coma), sowie chronische Netzhautveränderungen bis zur Blindheit, Nierenbeteiligung bis zur Urämie, Gangrän, Herzinfarkt, Neuritis, Infektionen. Dadurch, daß die Lebensdauer der Diabetiker dauernd zunimmt, nimmt auch die Zahl der Diabetikerinnen im gebärfähigen Alter zu.

Natürlicher Verlauf. Es besteht eine destruktive Tendenz von Seiten des Diabetes auf die Schwangerschaft, wie auch von Seiten der Schwangerschaft auf den Diabetes. Ganz auffallend war das Ergebnis dieser Destruktion in der Präinsulin-Aera, als viele der schwangeren Diabetikerinnen unentbunden während der Gravidität an einer diabetischen Azidose verstarben. Heute, mit der Insulintherapie, ist die Situation günstiger. Die Mütter kommen nicht mehr mit ihrem Diabetes in der Schwangerschaft ad exitum. Aber die Sterblichkeit des Kindes durch intrauterinen, intrapartalen und postpartalen Tod ist immer noch hoch, wenn nicht bestimmte Maßnahmen ergriffen wurden. Ohne geeignete zusätzliche Therapie kann nur eine von drei Schwangerschaften mit einem lebenden Kind beendet werden. Die Ursache für diese hohe Mortalität kann bei der Mutter, in der Plazenta oder beim Fötus selbst liegen.

Mütterliche Faktoren

Stoffwechselstörung. Ganz allgemein hat der Diabetes die Tendenz, sich während der Schwangerschaft zu verschlimmern. Möglicherweise entsteht diese Intensivierung des Diabetes durch Produktion diabetogener Hormone in der Plazenta, wie Cortison, ACTH und Wachstumshormon. Wenn es zu einer Entgleisung des Diabetes in der Schwangerschaft kommt, d. h. einer diabetischen Azidose, die gekennzeichnet ist durch das Auftreten von massenhaft Azetonkörpern im Urin sowie im Blut mit Verminderung der Alkalireserve, so reagiert der Fötus sehr ungünstig darauf: die fötale Mortalität betrug bei 21 diabetischen Frauen, die eine Alkalireserve von weniger als 9 meq/L im Serum aufwiesen (d. h. Frauen, die eine schwere Form der diabetischen Azidose aufwiesen) 80 Prozent. Ungünstig kann sich auch die Erhöhung des Blutfettgehaltes (Beta-Lipoproteine) in der Schwangerschaft auswirken. Diese erreichen Werte, die dreimal den Normalwerten entsprechen. Gelegentlich hat man den Eindruck, daß ein fötaler Verlust durch eine Hypoglykämie zustande kommen kann. Es ist natürlich außerordentlich schwierig zu beurteilen, ob eine oder mehrere schwere Hypoglykämien in der Schwangerschaft für den Tod des Kindes verantwortlich sein können. Besonders während der ersten Schwangerschaftsmonate besteht eine erhöhte Insulin-Empfindlichkeit mit erhöhter Hypoglykämietendenz. Man ist heute einigermaßen sicher, daß Insulin nicht durch die Plazenta auf das Kind übergehen kann. Insulin wird nämlich in der Plazenta abgebaut. Das Kind bekommt also nur die direkten Auswirkungen der mütterlichen Hypoglykämie zu spüren. Wenn der Blutzucker bei der Mutter tief ist, wird er auch beim Kind tief sein, da ein Glukoseaustausch zwischen Mutter und Kind besteht.

Zwei weitere Strukturveränderungen können sich auf die kindliche Mortalität auswirken.

Die eine ist eine *Uterushypoplasie*, wie sie beim diabetischen Kleinwuchs, der heute viel seltener geworden ist, auftreten kann. Wenn sich der Uterus nicht richtig ausdehnen kann, kommt es zu vorzeitiger Geburt oder zu intrauterinem Fruchttod um die 28. Woche.

Von viel größerer Bedeutung sind aber die *Blutgefäßveränderungen*, die sich in der Folge eines langdauernden Diabetes mellitus einstellen können. Diese finden sich im Bereich der Augen, der Nieren, aber auch der peripheren Arterien, so der Arterien des kleinen Beckens, die den Uterus mit Blut versorgen. Die Netzhaut der Augen kann Blutungen, Exsudate und Gefäßneubildungen aufweisen (diabetische Retinitis), die bis zur Erblindung führen können. In den Nieren entwickeln sich spezifisch diabetische Veränderungen (Kimmelstiel-Wilson), die bis zu schwerer Niereninsuffizienz fortschreiten und schließlich zum Tod durch Urämie führen können. Die Veränderungen im übrigen arteriellen Gefäßsystem entsprechen weitgehend denen der Arteriosklerose. Diese können aber beim Diabetiker zu einem viel früheren Zeitpunkt auftreten als die Arteriosklerose beim Nichtdiabetiker. Verkalkte Beckengefäße spielen eine wichtige Rolle für eine mangelhafte Durchblutung des Uterus.

Plazentare Faktoren

Man weiß, daß die Produktion von Geschlechtshormonen in der Plazenta während der Schwangerschaft von großer Bedeutung ist. Die diabetische Plazenta weist nun eine *defizitäre Produktion von weiblichen Sexualhormonen* auf. Der Serumspiegel der Oestrogene (Follikelhormon) ist herabgesetzt, die Ausscheidung von Pregnandiol (Abbauprodukt des Gelbkörperhormons) im Urin ist vermindert. Eine der Funktionen der Oestrogene ist aber die, die Vaskularisierung der Organe im kleinen Becken zu fördern und dadurch die Blutversorgung der Plazenta zu verbessern. Da aber nicht nur eine plazentare Bildungsstörung für Hormone besteht, sondern zusätzlich eine *Insuffizienz des arteriellen Blutgefäßsystems*, kann es bei der schwangeren Diabetikerin leicht zu Durchblutungsstörungen im Bereich des Uterus kommen. Neben den chemischen Veränderungen der Plazenta weicht auch die grobe Struktur der Plazenta bei der Diabetikerin von der normalen ab. Es gibt abnorm große Plazenten, wie sie nicht selten bei relativ frischem oder leichtem Diabetes gefunden werden. Daneben gibt es abnorm kleine Plazenten, die bei langdauerndem juvenilem Diabetes mit Blutgefäßstörungen entstehen. Sie sind Ausdruck der ungenügenden Zirkulation. Man findet dabei bei der Patientin nicht selten eine Hypertonie oder Zeichen einer diabetischen Nierenerkrankung.

Eine weitere Funktionsstörung besteht darin, daß die Plazenta der Diabetikerin die Tendenz hat, *mehr Fruchtwasser* zu produzieren als die normale Plazenta. Wenn nicht diuretische Maßnahmen ergriffen werden, kann ein sehr ausgesprochenes Hydramnion die Folge sein.

Fötale Faktoren

Wir haben schon erwähnt, daß sich die Hypoglykämie in der Schwangerschaft ungünstig auf den Fötus auswirken kann. Als Ausdruck der hypoglykämischen Auswirkungen beim Kind findet man nicht selten eine Vergrößerung der Insulin produzierenden Beta-Zellen des Pankreas. Das Bestehen einer solchen Inselzellhyperplasie im Pankreas wird von einigen Untersuchern als bedeutungsvoll für die Entstehung des Diabetes mellitus in späteren Jahren angesehen. Es ist kein Fall bekannt, bei dem ein Diabetes schon bei der Geburt feststellbar war. Man mißt beim Neugeborenen einer diabetischen Mutter öfters den Blutzucker. Man ist dabei erstaunt, relativ tiefe Werte von 20 bis 40 mg % vorzufinden. Man darf aber nicht vergessen, daß auch der Blutzucker des

---

Herbst der Jahre

Der frische Schnee der Firnen
glänzt hell im Morgenlicht.
Nun macht der Himmel der Erde
gewiß ein freundlich Gesicht.
Jetzt kommen die klaren Tage
voll Leben ohne Glut,
die stählen Leib und Seele
und zeitigen den Mut.
Willkommen, Schnee im Haare!
Mein Winter bist du nicht.
Du kündest den Herbst der Jahre
fruchtschwer im milden Licht.
Sein Ende fand Glühen und Stürmen
am Himmel wie in der Brust.
Doch deutet er unabweislich,
daß endlich du reifen mußt.

Martin Kähler

normalen Kindes, d. h. des Kindes einer normalen, nichtdiabetischen Mutter, ähnlich tiefe Blutzuckerwerte aufweisen kann. Die Behandlung dieser klinischen Hypoglykämie durch Glukoseinfusion durch die Nabelschnurgefäße ist daher von fraglichem Wert, da die Hypoglykämie physiologisch zu sein scheint.

An fötalen Anomalien bei Kindern diabetischer Mütter findet man häufig einen erhöhten Wassergehalt, der sich in Oedemen manifestiert. Der Gewichtsverlust während der ersten Tage bei diesen Kindern ist dementsprechend größer. Nicht selten wird auch eine allgemeine Vergrößerung der inneren Organe gefunden: Herz, Leber, Milz und andere.

Klassifizierung der schwangeren Diabetikerinnen

Es ist nicht nur wichtig, darauf zu achten, ob eine schwangere Frau einen Diabetes aufweist, sondern es ist für den Verlauf der Schwangerschaft von ebenso großer Bedeutung zu wissen, wie schwer der Diabetes ist.

Die leichteste Gruppe von Fällen besteht aus Frauen, bei denen man einen Diabetes mit Hilfe einer Zuckerbelastung nachweisen kann. Erstaunlicherweise zeigen bereits diese Frauen eine große Häufigkeit von Geburten schwerer Kinder (mehr als neun Pfund). Deshalb sollte auch bei jeder Geburt eines schweren Kindes einer anscheinend normalen Mutter darauf geachtet werden, ob ein Diabetes vorliegt (Blutzucker- und Urinzuckeruntersuchung) oder ob ein latenter Diabetes besteht (Nachweis durch Glukosebelastung). Der Verdacht verstärkt sich, wenn weitere Familienmitglieder an einem Diabetes mellitus leiden. Die Erfassung einer auch nur beginnenden Form des Diabetes (Prädiabetes) hat nämlich eine sehr große Bedeutung, da solche Patientinnen nicht selten erst zehn, zwanzig, dreißig Jahre später an einem manifesten Diabetes erkranken können. Es ist deshalb wichtig, solche Frauen frühzeitig zu erfassen, damit Spätschäden vermieden werden können. Wenn bei allen Schwangeren der Urin systematisch auf Zucker mit einer der sehr einfachen Schnellmethoden (Clinitest, Tes-Tape) untersucht würde und die Positiven einer entsprechenden medizinischen Abklärung zugeführt würden, so könnte bereits ein wesentlicher Teil dieser Frauen, die später einen Diabetes mellitus entwickeln, erfaßt werden.

Die Schwere des Diabetes ist abhängig von der Dauer der Krankheit: Die Häufigkeit der Gefäßkomplikationen steigt nämlich mit der Dauer der Krankheit an. Ferner ist von Wichtigkeit, ob der Diabetes bereits im Kindesalter oder später zwischen zehn und zwanzig Jahren oder erst nach dem 20. Altersjahr aufgetreten ist. Schwangere mit dem jugendlichen Typus des Diabetes mellitus haben statistisch gesehen weniger Möglichkeit, ein lebendes Kind zu erhalten als solche Frauen, die den erwachsenen Typus des Diabetes aufweisen.

Für den Verlauf der Geburt ist das Gewicht des Kindes von großer Bedeutung. Ganz allgemein spricht man immer von den «großen Kindern» der Diabetikerinnen. Sogenannte Riesenkinder kommen aber nur dann zustande, wenn noch normale Zirkulationsverhältnisse im Bereich der Plazenta bestehen. Möglicherweise spielen hormonale Faktoren für die abnorme Größe dieser Kinder eine Rolle (Wachstumshormon?). Falls der Diabetes lange gedauert hat und bereits Blutgefäßveränderungen vorhanden sind, so kommt es auch im kleinen Becken zu Zirkulationsstörungen: die Plazenten sind dann nicht mehr normal groß und die Kinder sind bei diesen Formen von Diabetes eher klein. Um diese Frage im voraus abklären zu können, müssen wir von diesen Frauen Röntgenaufnahmen der Unterschenkel und des Beckens (letztere darf zu diesem Zweck nicht in der Schwangerschaft ausgeführt werden) vornehmen lassen. Sind dabei schon erhebliche Verkalkungen in den Gefäßen nachweisbar, müssen wir damit rechnen, daß die zirkulatorischen Verhältnisse auch im kleinen Becken mangelhaft sein können. Wir wissen, daß für die fötale Entwicklung ebenfalls ungünstige Verhältnisse bestehen, falls bei langdauerndem Diabetes eine Albuminurie, eine Hypertonie oder eine verminderte Nierenfunktion besteht. Da die kindliche Sterblichkeit während der Schwangerschaft und bei der Geburt bei Schwangeren mit Diabetes mellitus viel größer ist, gilt das Hauptaugenmerk unseren therapeutischen Bemühungen.

Verlauf des Diabetes während der Schwangerschaft

Während des ersten Trimesters besteht eine erhöhte Insulin-Empfindlichkeit. Die therapeutische Dosis kann weit unter die Dosis, die vor der Schwangerschaft gebraucht wurde, abfallen. Faktoren, wie hypophysäre Bremsung, schlechter Appetit, mangelhafte Resorption der Nahrung, werden hierfür eine Rolle spielen. Während des zweiten Trimesters nimmt die Empfindlichkeit ab. Mit der Zunahme der Produktion der diabetogenen Hormone nimmt auch der Insulinbedarf zu. Bis zum dritten Trimester kann die Insulindosis das Zwei- bis Dreifache der normalen Dosis betragen, obgleich die Ernährung nur etwa um 200 Kalorien zunimmt. Wichtig zu merken ist, daß sofort nach der Geburt der Insulinbedarf abfällt.

Dieser Verlauf ist so charakteristisch, daß bei Abweichung davon, z. B. wenn die Insulin-Empfindlichkeit im Beginn der Schwangerschaft plötzlich abnimmt, ein ungünstiger Verlauf der Schwangerschaft vermutet werden kann. Ein ebenfalls ungünstiges Zeichen ist es, wenn der Insulinbedarf gegen Schluß der Schwangerschaft plötzlich abfällt. Wenn eine auffallende Insulin-Empfindlichkeit nach der Schwangerschaft besteht, muß an eine Nekrose des Hypophysenvorderlappens (Sheehan-Syndrom) gedacht werden.

Therapie

Alle Autoren sind sich darüber einig, daß ein gutes Stoffwechselgleichgewicht die wesentliche Vorbedingung für einen günstigen Ausgang der Schwangerschaft für Mutter und Kind bei Diabetes mellitus ist.

Diät

Der Kalorienbedarf beträgt 25 bis 30 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht. Der Mehrbedarf während der Schwangerschaft muß eher niedrig gehalten werden, zirka 200 Kalorien, damit das Körpergewicht nicht mehr als etwa 15 Pfund ansteigt. Die Menge Kohlenhydrate, die während der Schwangerschaft pro Tag gegeben werden muß, beträgt 180 bis 250 g. Eingeschlossen darin ist der fötale Glukosebedarf, der im dritten Trimester für den Fötus etwa 50 g pro Tag beträgt. Eine hohe Zufuhr von Eiweiß in der Nahrung ist während der Schwangerschaft erwünscht. Mehr als 1 bis 1,5 g pro Kilogramm Körpergewicht kann aber meist nicht eingenommen werden. Da das Eiweiß der teuerste Bestandteil unserer Nahrung ist, wird vielfach dessen Zufuhr finanziell limitiert. Der Rest der Kalorien wird in Form von Fett gegeben. So ergibt sich z. B. für eine 60 kg schwere Frau mit einem Kalorienbedarf von 30 Kalorien/kg eine Diät von 1800 Kalorien, die ungefähr so zusammengestellt wird: Kohlenhydrate: 200 g; Eiweiß 90 g; Fett 70 g.

Insulin

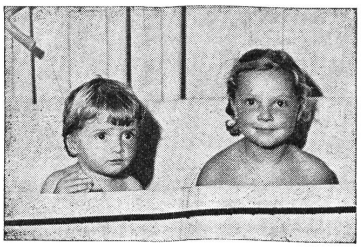
Am besten eignet sich für die Insulinbehandlung ein intermediäres Insulin vom Typus NPH oder Lente-Insulin. Da der Insulinbedarf in der Schwangerschaft häufig stark ansteigt, ist es vernünftig, die Gesamtdosis auf zwei Dosen morgens und abends vor dem Essen aufzuteilen. Häufig muß zusätzlich Altinsulin verabreicht werden, da sonst der Blutzucker vor allem während des Vormittages zu hohe Werte erreicht. Das Ziel der Behandlung des Diabetes in der Schwangerschaft ist die Erreichung von normalen Blutzuckern während des ganzen Verlaufes. Wenn es gelingt, durch die Insulinbehandlung eine Normalisierung des Stoffwechsels während der ganzen Schwangerschaft zu erzielen, so bleibt die fötale Mortalität gering. Wegen der herabgesetzten Ausscheidungsschwelle für Zucker in der Schwangerschaft gibt oft die Urinzuckerausscheidung keinen Anhaltspunkt für die Güte des Stoffwechselgleichgewichtes. Deshalb müssen häufige Blutzuckeruntersuchungen ausgeführt werden. Immerhin sollte durch die Glukosurie nicht mehr als 10 Prozent der eingenommenen Kohlenhydrate verloren gehen.

Diuretica

Bei der diabetischen Schwangeren besteht eine gesteigerte Oedemtendenz gegenüber der nichtdiabetischen Frau. Früher wurden Schwangerschaftsödeme bei Diabetikerinnen regelmäßig mit Quecksilber-Diuretica erfolgreich behandelt. Heutzutage werden vor allem die Thiazidderivate, wie Hygroton, Esidrex, Navidrex usw. angewandt. Sie sind ebenso effektvoll, man darf aber nicht vergessen, daß dabei die Glukosetoleranz herabgesetzt werden kann, d. h. daß der Insulinbedarf ansteigen kann. Das Hydramnion ist eine der folgenschweren Komplikationen der diabetischen Schwangerschaft und muß deshalb besonders aktiv behandelt werden.

Weibliche Geschlechtshormone

Ueber die Anwendung von Sexualhormonen während der Schwangerschaft einer Diabetikerin bestehen Kontroversen. Vertreter dieser Therapie sehen als Ursache der fötalen Mortalität ein gestörtes Verhältnis zwischen plazentaren Oestrogenen und Gestagenen einerseits und des Choriongonadotropines anderseits. Es konnte nachgewiesen werden, daß die Pregnandiol-Ausscheidung umso geringer war, je stärker die durch den Diabetes bedingten Gefäßveränderungen waren. Bei der Verabreichung von Oestrogenen und Progesteron (am besten in Form von wöchentlichen Injektionen von Depotpräparaten) muß die verabreichte Hormonmenge oft mit der Schwere des Diabetes und dem Fortschritt der Schwangerschaft vermehrt werden. Nur unter Berücksichtigung dieser Punkte gibt die Hormontherapie gute Resultate, d. h. eine verminderte fötale Mortalität. Wenn die Hormontherapie das hormonale Ungleichgewicht nicht korrigiert, so bleibt die fötale Mortalität trotz Hormontherapie hoch. Nur unter



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.

Berücksichtigung genügender Hormongaben kann man über den Wert dieser komplizierten, teuren, aber vielleicht doch entscheidenden Therapie diskutieren.

Geburtshilfliche Maßnahmen

Die besonderen geburtshilflichen Maßnahmen bei der diabetischen Schwangeren konzentrieren sich auf eine frühzeitige Hospitalisierung, die vorzeitige Entbindung, deren Zeitpunkt und die Art ihrer Durchführung. Daneben behalten die klassischen geburtshilflichen Indikationen ihre volle Gültigkeit. Von den meisten wird eine vorzeitige Entbindung gefordert (Polyhydramnie, übergroßes Kind, Neigung zu Ketonämie). Dadurch wird dem drohenden intrauterinen Fruchttod vorgebeugt, aber eine erhöhte Frühgeburtensterblichkeit in Kauf genommen. Als Zeit der Schwangerschaftsbeendigung wird im allgemeinen die 36. bis 38. Woche empfohlen. Auch bei der vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft scheint die vaginale Entbindung für das Kind weniger Gefahren zu bieten als der Kaiserschnitt.

Falls der Geburtstermin zum voraus festgelegt werden kann (Kaiserschnitt), wird während der letzten 24 Stunden kein Depotinsulin, sondern nur noch Altinsulin verabreicht. Am Morgen des Entbindungstages wird kein Insulin verabreicht, sondern nur langsam Glukose intravenös infundiert. Sofort nach der Geburt wird die Insulinbehandlung wieder aufgenommen. Sie hat aber der vermhrten Insulin-Empfindlichkeit Rechnung zu tragen. Deshalb muß meist die Dosis drastisch gekürzt werden. Um eine leicht mögliche Dekompensation des Diabets während dieser Zeit zu vermeiden, müssen häufig Blutzuckeruntersuchungen sowie Untersuchungen des Urins auf Zucker und Azeton ausgeführt werden. Der Hebamme kommt dabei die Aufgabe zu, frühzeitige Zeichen einer Entgleisung (Hypoglykämie, Hyperglykämie) festzustellen. Steht eine spontane Geburt bevor, wird nur die halbe Depotinsulindosis verabreicht. Zusätzliches Insulin wird erst im Anschluß an die Geburt nach Bedarf verabreicht.

Behandlung des Neugeborenen

1. Die wichtigsten Maßnahmen sind sofortige Kopftieflage und Aspiration der oberen Luftwege sowie des Magens. Vielleicht verhindern diese Maßnahmen die Ausbildung von hyalinen Membranen in der Lunge, eine der häufigen Todesursachen dieser Kinder (Ateminsuffizienz).
2. Hypoglykämie. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die meisten niedrigen Blutzucker physiologisch zu sein scheinen. Bei Blutzuckerwerten unter 25 mg % sollte Glukose durch die Nabelschnurgefäße gegeben werden.
3. Dehydrierung bei ödematösen Kindern wird dadurch erreicht, daß orale und parenterale Flüssigkeit während 24 bis 48 Stunden zurückgehalten wird.
4. Wegen der hyalinen Membranen sind die Neugeborenen in möglichst feuchter Atmosphäre zu halten.
5. Kongenitale Mißbildungen sind sehr häufig und müssen sorgfältig gesucht werden. Sie werden in bis zu 80 Prozent der Neugeborenen gefunden. Sie machen etwa 15 Prozent der Todesfälle aus (Defekte im Schädelgebiet, Herzmißbildungen, Zysten von Nieren, Ovarien, Pankreas, Mund; Blutgefäßnaevi, Syndaktylie, Klauenhände, Klumpfüße, kongenitale Hüftveränderungen, Zwergwuchs, zerebrale Anomalien, mongoloide Idiotie).

Eine erfolgreiche Behandlung der schwangeren Diabetikerin beruht vor allem auf den Kenntnissen, daß der Diabetes in der Schwangerschaft tiefgreifende Aenderungen durchmachen kann, daß diese abhängig sind vom Alter der Patientin beim Auftreten des Diabetes, der Dauer des Diabetes, und daß Verlauf und Resultat der Schwangerschaft dadurch anders sein können. Die Zusammenarbeit von Internist, Geburtshelfer, Pädiater und Hebamme ist entscheidend für die Prognose der durch den Diabetes komplizierten Schwangerschaft.

Wie bringen wir Gottes Plan mit unserem Leben zusammen?

Am besten zunächst in der *Stille*. Weil Gottes Plan und unser Leben zusammengehören, gehört die Stille zu jedem Tag. Stille, in der beides zusammenfindet.

Jeder weiß am besten, wann das in seinem Tag möglich ist, wann für ihn echte Stille werden kann. Christus hat dafür die Randstunden des Tages bevorzugt. Dieselben Zeiten werden auch für uns zu Möglichkeiten des Stilleseins.

Wesentliche Vorkenntnis: Die Stille führt uns nicht in eine andere Welt, sondern bringt unsere Welt vor Gott. Die Tage kommen und gehen. Jeder stellt uns vor die verschiedensten Aufgaben und Verpflichtungen. Jeder ist ein buntes Mosaik hunderterlei Gedanken und Geschehnisse. Damit unsere Tage nicht einfach wie Kalenderzettel zu Boden flattern, braucht unsere Zeit, braucht auch unser Leben eine Mitte.

Hier hapert es bei uns; denn wir sind alle angespannt, und das Maß unserer Zeit ist gefüllt bis zum Rnade. Macht es uns nicht schon Mühe, nur das zu erfüllen, was uns aufgetragen ist? Woher dann noch die Zeit zum Stillewerden stehlen? Flattert nicht ohnehin schon genug herum wie bloße Kalenderblätter bei diesem angespannten Leben?

Das muß nicht sein. Wenn wir uns nämlich Tag für Tag eine Zeit der Stille aussparen, entdecken wir das Geheimnis der Ordnung. Wenn wir täglich auf Gott hören, erhält unser Leben eine Zielsetzung. Auf sie hin gerät alles andere in Bewegung. Wir gewinnen die Möglichkeit des Einordnens, Ueberblickens und des Maßes für unsere Tage.

Hebammenkurs 1911 – 1912 in Bern

Am 15. Oktober sind es fünfzig Jahre, seit wir das Frauenspital mit großem Pflichtbewußtsein verlassen haben. Manches hat sich in diesen fünfzig Jahren geändert und viele von uns haben sich seither nie mehr gesehen.

Es wäre der Wunsch der Unterzeichneten, daß wir uns zu einer kleinen Jubiläumsfeier zusammenfinden könnten, und zwar an der Hauptversammlung der Sektion Bern im Januar 1963, um einige Stunden in alter Freundschaft miteinander zu verbringen. Das Datum dieser Feier wäre aus der Hebammen-Zeitung ersichtlich. Anmeldungen bitte bis spätestens 15. Oktober 1962 an die Unterzeichnete.

Mit kollegialem Gruß

Frau J. Meister, Gurnigelweg 8, Bern

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