

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle 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:	17 (1919)
Heft:	12
Artikel:	Ueber die gonorrhoeischen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane
Autor:	[s.n.]
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-952162

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: 18.02.2026

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

Die Schweizer Hebammme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühlér & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausg. 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Insertions-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Zellenberg-Lardy,
Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Spitaladerstrasse Nr. 52, Bern.

für den allgemeinen Teil:

Fel. Marie Wenger, Hebammme, Lorrainestr. 18, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnement Fr. 3.— für die Schweiz
Mr. 3.— für das Ausland.

Insetrate:

Schweiz und Ausland 35 Cts. pro 1-sp. Petitzelle.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Über die gonorrhöischen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Die Gonorrhöe, der Tripper, ist eine Infektionskrankheit der Geschlechtsteile, die durch den Beischlaf mit einem Kranken erworben wird. Außer den Geschlechtsorganen können auch andere Körperteile erkranken: die Augen bei direkter Infektion, wie sie ein Neugeborenes unter der Geburt erleiden kann; und, wenn bei einem Kranken die Erreger ins Blut gelangen, auch verschiedene Gelenke, besonders die Kniegelenke, die als Folge der Entzündung einer bleibenden Versteifung anheimfallen können.

Für uns kommen hier nur die Erkrankungen der weiblichen Genitalien in Betracht.

Die Erreger der Krankheit, die Gonokokken, sind Bakterien, die eine Kaffeebohnenform haben, immer zwei mit der flachen Seite einander zugeklebt: dadurch kann man sie unter dem Mikroskop bei frischen Fällen ziemlich leicht erkennen. Bei älteren Fällen sind sie schon schwerer zu finden, da sie oft nur noch in geringer Zahl existieren und ihre Form und Färbbarkeit sich auch vermindert und verändert kann.

Der Gonokokkus gedeiht nur auf menschlichen Schleimhäuten, auf Tiere lässt er sich, im Gegensatz zu den meisten anderen Mikroorganismen, nicht übertragen. Man findet ihn im Eiter unter dem Mikroskop stets innerhalb einer Zelle, einer Eiterzelle.

Auch scheinbar geheilte Kranken können in ihren Schleimhäuten noch virulente Gonokokken beherbergen und bei einer gesunden Person eine akute schwere Infektion hervorrufen. Leicht werden auch kleine Kinder, besonders Mädchen, infiziert, wenn sie mit erkrankten Erwachsenen im selben Bett schlafen oder mit demselben Schwamme gewaschen werden; ihre zarten Genitalschleimhäute sind besonders wenig widerstandsfähig gegen gonorrhöische Infektion.

Die erste Aniedelung der Gonokokken findet bei Kindern auf Scheide und Harnröhre statt, bei Erwachsenen auf Harnröhre und Gebärmutterhalsschleimhaut. Auch an der äußeren Scham sind genüsse Stellen besonders empfindlich: die Drüsenausführungsgänge der kleinen neben der Harnröhrenmündung gelegenen Drüschen und der großen Bartholiniischen Drüsen. Letztere können oft im Ganzen erkranken und vereitern, was Anlaß gibt zu einem Abszeß in einer der großen Schamlippen.

Die meisten gonorrhöischen Infektionen gelangen nur bis zum inneren Muttermunde. Wenn sie aber aufsteigt, was besonders zur Zeit der Periode oder des Wochenbettes möglich ist, so ist die Schleimhaut des Gebärmutterinneren weniger empfindlich, als die der Eileiter. Da die Gonokokken keine Eigenbewegung besitzen, so müssen andere Kräfte ihr Aufsteigen veranlassen. Man denkt dabei in erster Linie an eine sehr rasche Vermehrung, wodurch sie nach oben wachsen, ferner können Samenkörperchen sie mittschleppen, starke peristaltische Bewegungen der Gebärmutter bei stürmischem

Beischlaf usw. dabei mitwirken. Auch Einführung von Instrumenten in die Gebärmutter, sei es bei ärztlichen Untersuchungen, sei es bei verbrecherischen Maßnahmen zur Entfernung einer Schwangerschaft, kommen dafür in Betracht.

Was nun die einzelnen Abschnitte der Genitalien in ihren Beziehungen zur Gonorrhöe betrifft, so können wir in erster Linie sagen, daß bei Erwachsenen die äußere Scham nicht in erheblichem Maße ergreift wird, weil ihre Bedeckung aus geschichtetem Plattenepithel besteht, das, wie die gesamte äußere Haut einer Infektion ohne Verletzung des Zusammenhangs nur wenig zugänglich ist. Bei kleinen Kindern hingegen, bei denen die Epithelbedeckung der kleinen und selbst der großen Schamlippen eine viel zartere ist, können diese Teile auch einer Ansiedelung von Gonokokken unterliegen. Hingegen kommt es bei Gonorrhö mit reichhaltigem Ausfluß und wohl auch nicht großer Reinlichkeit der Kranken oft zur Bildung von sogen. spitzen Kondylomata an der Haut der Scham und des Dammes: es sind dies blumenkohlartige Auswüchse, die oft einen großen Umfang annehmen können und die aus gewucherten Hautpapillen bestehen. Oft müssen sie operativ entfernt werden; wenn sie bei Schwangeren auftreten, so ist ihre Folge eine größere Berührbarkeit des Dammes unter der Geburt und es kommt dann oft zu tiefen Rissen. Wenn man aber verucht, sie in der Schwangerschaft schon abzutragen, so kann der Reiz zu einer Frühgeburt führen.

In der Schwangerschaft kann allerdings auch eine gonorrhöische Entzündung der Scham vorkommen, wobei die Keime zwischen den Epithelzellen in die Tiefe dringen und jene abheben und zerstören. Es kommt zur Bildung wunder Stellen, die Brennen beim Wasserlassen und Jucken und Schmerzen verursachen. Bei Erwachsenen heilen diese Entzündungen schon nach wenigen Tagen in der Regel ab; bei Kindern können sie länger dauern.

Eine der häufigsten befallenen Stellen ist auch beim Weibe die Harnröhre; beim Manne erkrankt sie zuerst allein. Es findet starke Eiterung statt, die Schleimhaut wird gerötet und geschwollen, wölbt sich aus der Harnröhrenmündung vor. Der Eiter ist grünlich und dick am Anfang; in ihm finden wir Eiterkörperchen, Epithelzellen und Gonokokken. Meist treten größere Veränderungen erst nach einigen Tagen auf und verschwinden wieder im Verlauf einiger Wochen. Oft wird dann die Entzündung zu einer chronischen und jahrelange Behandlung ist oft nicht imstande, Heilung zu bringen. Auch die neben der Harnröhre befindlichen Gänge (hier Öffnungen, in die ungeübte oft den Katheter einzuführen suchen und dann Schmerzen erregen) bleiben oft jahrelang ein Depot von virulenten Gonokokken. Daneben kommt hauptsächlich die Bartholiniische Drüse in Betracht, die unter dem hinteren Teil der großen Schamlippen liegt und die bei Gonorrhö oft vereitert. Auch wenn dies nicht eintritt, so

können sich in ihrem Ausführungsgange ebenfalls lange Gonokokken lebend und virulent erhalten. Solche Frauen infizieren dann einen gesunden Partner beim Beischlaf, trotzdem sie selber nicht mehr krank scheinen.

Die Scheide wird bei Erwachsenen selten durch die Gonorrhö wirklich infiziert, denn ihr dicker Plattenepithel schützt gewöhnlich vor der Ansiedelung der Gonokokken. Bei Kindern dagegen treten akute und heftige Entzündungen auf, die in vielen Fällen bleibende Schädigungen zurücklassen können.

Die Gebärmutterhaut teilt sich in Bezug auf die gonorrhöischen Infektion in zwei Abschnitte: in erster Linie der Halskanal und nur bei aufsteigender Infektion die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers.

Im Halskanal ist eine akute Infektion der Schleimhaut mit Tripper äußerst häufig; man kann annehmen, daß oft der Eiter beim Beischlaf mit dem Samen direkt in den Halskanal hineingespritzt wird.

Man erblickt bei einer frischen Entzündung eine Schwellung des Scheidenteiles und aus dem äußeren Muttermund fließt ein grünlicher Eiter. Oft ist der Muttermund von einem Geschwür umgeben, das infolge der Reizung durch den Eiter entsteht, die Schleimhaut des Halskanals ist geschwollen und dunkler. Eine deutliche Schmerzhaftheit zeigt sich meist nicht.

Bei chronischer Gonorrhö des Halses ist meist kein für den Tripper charakteristischer Befund vorhanden: man sieht ein Geschwür, das den Muttermund umgibt und das so aussieht, wie die nicht gonorrhöischen Geschwüre auch. Der Fluß ist mehr schleimig und die Diagnose kann nur gestellt werden durch die mikroskopische Auffindung von Gonokokken.

Wie schon erwähnt, geht selten die Infektion ohne Gräne vom Hals in die Innenseite der Gebärmutter über: meist bildet der innere Muttermund eine Mauer, über die hinaus die Gonorrhö nur unter besonderen Umständen geht. Meist werden, wenn diese Mauer überwunden ist, die Eileiter nach ganz kurzer Zeit ergreift und sehr oft heilt die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers rasch aus, denn für die Gonokokken ist diese Schleimhaut kein günstiger Nährboden. Diese bleiben in den obersten Schichten der Schleimhaut liegen und dringen dort nur höchst selten in die Tiefe ein. Bei der akuten Entzündung findet man Schwellung der Gebärmutterwand und dumpfe Schmerzen im Unterleib, Drang und bei der Untersuchung Empfindlichkeit auf Druck. Meist sind diese Symptome in ein bis zwei Wochen vorbei.

Die gonorrhöische Entzündung der Eileiter ist selten eine gleichzeitige mit der Entzündung der Harnröhre und des Halses; meist tritt das Höherwandern der Infektion erst nachträglich ein. Dies ist für die Behandlung insofern günstig, als man dann wenigstens alles anwenden kann, um dies Höhersteigen zu verhindern. Einen Anlaß zu diesem Vorkommnis geben die Menstruation, und besonders Aborte,

Geburten und Wochenbetten. Zuweilen aber, gerade, wenn die Menstruation rasch auf die Infektion erfolgt, kann das Aufsteigen sofort erfolgen. Dies ist dann oft ein sehr stürmischer Vorgang. Ich erinnere mich an einen solchen Fall, wo eine junge Frau von ihrem Mann infiziert wurde und gerade darauf die Regel eintrat. Dadurch verbreitete sich die Infektion bis in die Eileiter und zwar so stürmisch, daß zuerst von dem behandelnden Arzte an eine Blinddarmentzündung gedacht wurde. Unter Ruhe und Vaccinebehandlung besserte sich dann der Zustand rasch und es erfolgte völlige Heilung, der schon nach einem Jahre eine eintretende Schwangerschaft keinen Abbruch mehr tun konnte.

Das Aufsteigen erkennt man an den plötzlich auftretenden Schmerzen im Unterleib, mit Fieber oft mehr auf einer Seite; bei der Untersuchung findet man einen Eileiter sehr empfindlich und in Narrose kann man ihn als geschwollenen Strang oft direkt durchfühlen.

Es entsteht nun oft aus dieser Entzündung ein Eiterack in dem Eileiter. Der Eiter kann rein nur Gonokokken enthalten und kann ganz ausheilen. Doch dies ist eher die Ausnahme. In den meisten Fällen bleibt die Eiterung längere Zeit bestehen und die Behandlung kann wohl eine Verringerung der Symptome herbeiführen, aber sehr oft bleibt ein Eiterack bestehen, der oft nur aus dem Eileiter, oft aber aus diesem und dem Eierstock besteht. Vielfache Verwachungen mit der Umgebung erzeugen Schmerzen, die meist als Druck im Unterleib, oft aber in heftigerem Ziehen bestehen. Wenn man nach langer konservativer Behandlung schließlich gezwungen ist, zur Operation zu schreiten, findet man in dem Sack nur sterilen Eiter, der keine Bakterien mehr aufweist, denn die Gonokokken sind abgestorben und die Beschwerden sind eben nur von dem Bestehen der verwochsenen eiterigen Geschwulst her. In anderen Fällen kann sich bei dazu disponierten Patienten in den so veränderten Eileitern Tuberkulose ansiedeln und von da aus auf das Bauchfell weitergreifen, so daß aus der alten Gonorrhöe eine Genitaltuberkulose wird.

Dass sich solche große Tubeneiteräcke wie oben beschrieben bilden können, ohne daß der Eiter durch die Tubenmündung in die Bauchhöhle fließt, kommt daher, daß infolge der Entzündung sich gleich anfangs die Tubenmündungen verkleben und vernachsen, weil ihre oberflächliche Schleimhautschicht raus wurde und so gut vernachsen kann. Auch die Partie der Tube, die in der Gebärmutterwandung liegt, verwachszt rasch, so daß auch in diese der Eiter nicht übertragen kann. In anderen Fällen tritt allerdings Eiter in das Beckenbauchfell aus: aber er ist nicht so heftig, daß die Entzündung in die große Bauchhöhle dringen könnte und dort eine tödliche Bauchfellentzündung hervorrufen würde, wie wir dies sehen, wenn von einem Wochenbettfieber aus das Bauchfell ergriffen wird; er bringt nur eine lokale Entzündung zustande und diese führt dann rasch zu Verklebungen, die den Herd einkapseln. Wie schon erwähnt, wird hier und da der Eierstock, oder besser ein gelber Körper infiziert und Eileiter und Eierstock bilden dann einen gemeinsamen Absatz. Wenn gelegentlich mal unter sehr stürmischen und bedenklich ausschenden Symptomen das Bauchfell heftiger erkrankt, so klingen diese heftigsten Erscheinungen meist rasch ab und es kommt, wie in den anderen Fällen zu einer lokal bleibenden Entzündung.

Es ist aus dem Gesagten leicht ersichtlich, daß die Gonorrhöe, wenn sie schon in den weitaus meisten Fällen nicht zum Tode führt, dennoch keineswegs leicht genommen werden darf. Denn nicht nur bleibt sie lange oft nach scheinbarer Heilung noch ansteckend, nicht nur führt sie, wenn sie die Eileiter ergreift, meist zu jahrelangem Siechtum und sehr oft zu einer schweren Operation, nicht nur ist sie oft der Anlaß zu

einer tuberkulösen Erkrankung der Genitalien mit ihrem ebenfalls fast nicht aufhörbaren Siechtum, sondern sie führt oft auch zum völligen Aufhören der ehelichen Fruchtbarkeit. Denn die so veränderten Eierstocke und Eileiter sind nicht mehr imstande, ihre Aufgabe zu erfüllen. Sehr häufig finden sich die Folgen der Gonorrhöe in Form der sog. Einkindsterilität: trotz der Infektion der unteren Geschlechtswege tritt Schwangerschaft ein; im Wochenbett steigt die Infektion dann auf und zerstört die Eileiter, so daß es zu keiner Schwangerschaft mehr kommt.

Sehr gefährdet sind auch die Augen der Neugeborenen, weil sich der Gonokokkus auf der Bindegewebe sehr leicht ansiedelt und dann die resultierende Entzündung meist zu Hornhauttrübung mit Verlust des Sehvermögens führt. Die meisten „Blindgeborenen“ sind solche unter der Geburt infizierte Kinder.

Aus der Praxis.

Die 39 Jahre alte 5.-Gebärende (Dauer der Geburt fünf Stunden, Abgang der Nachgeburt $\frac{1}{2}$ Stunde, eine Querlage, Wendung, Extraktion, Kind scheintot) Frau hat immer gestillt. Die Frau hatte bei jeder Schwangerschaft enormen Leibumfang infolge zu vielem Fruchtwasser. Bei der ersten Geburt entstand ein Dammriss infolge Sturzgeburt; es war niemand anwesend. Es wurden dann drei Dammnähte angelegt, wovon die vorderste nicht hielt. Es kam schon von der 1.—2. Geburt zu einer kleinen Senkung, die durch Einführen eines Gebärmutterringes gehoben werden konnte. Von Geburt zu Geburt, die alle normal verliefen, bedurfte es eines größeren Ringes. Während der letzteren Schwangerschaft klagte die Frau über sehr viel Kreuzschmerzen und mußte sich hier und da etwas niederlegen, da ein erheblicher Scheidenvorfall entstanden war, der sich dann auf Liegen wieder zurückzog (also trotz des Gebärmutterringes). Am 27. Mai wurde ich dann zum Untersuch zu ihr gerufen. Da war sehr große Ausdehnung des Leibes (die ärztlichen Mittel, um nicht so viel Fruchtwasser zu bekommen, hatten wenig Erfolg gehabt), unmöglich Lage festzustellen, Herztonen fast nicht hörbar, Vorliegen der entzündeten Scheide wie ein großer Kindskopf, stark riechender, blasfroter Aussfluß. Nehme den vom Arzt bis fast zur Geburt gelassenen Gebärmutterring heraus, ich komme fast nicht durch die Masse des Scheidengewebes hindurch, mache Lysolspülung der Scheide und reinige den Vorfall peinlich. Verordne Bettruhe bis zur Geburt. Am 30. Mai, morgens, hat die Frau kleine Wehen. Leib enorm groß und fest, Lage sehr wahrscheinlich quer, Herztonen und Bewegungen nicht zu ermitteln, stinkender Aussluß, die Scheide hat sich nun ordentlich zurückgezogen, Muttermund geschlossen, Scheideenteil 1 cm lang, kein vorliegender Teil. Infolge des vielen Gewebes ist die Scheide für den Finger fast nicht durchgängig, mache Lysolspülung und gehe dann heim. Abends 7 Uhr Bericht, es seien bessere Wehen da. Untersuch: Äußerlich gleich wie am Morgen, stark stinkender Aussluß, Muttermund handtellergroß offen, Scheideenteil fast verstrichen, Blase liegt ganz schlaff hinunter, Fruchtwasser noch vorhanden, kein vorliegender Teil, ganz kleine schwache Wehen, keine Bewegungen und keine Herztonen. Temp. 38,4, Puls 120. Nach Aussage der Frau hätte sie schon einige Tage keine Bewegungen mehr gespürt. Bericht an den Arzt. Unterdessen mache ich wieder eine Scheidenpülung, desinfiziere und reinige die Frau, ordne und richte alles parat zur Wendung. Um 10 Uhr kommt Herr Dr. Er macht eine Pituitrineinspritzung, worauf sich bald bessere Wehen einstellen. $\frac{1}{4}$ vor 11 Uhr sprengt Herr Dr. die Blase, große Wassermengen entleeren sich, er findet unter großer Anstrengung eine Querlage, Bauch nach unten. Er wendet das Kind auf die Füße und zieht einen derselben nach unten. Rottaupe im Falle es

es noch lebt. Es kommen keine Wehen mehr. Herr Dr. extrahiert ein kleines, tief scheintotes Mädchen. Schulze'sche Schwingungen bringen es endlich zum Atmen, es erholt sich später recht gut. Plazenta kommt ohne weiteres in einer halben Stunde. Zur Hebung der Bauchdecken wird eine zweckentsprechende Binde nicht allzuweit angelegt. Die Frau muß 14 Tage das Bett hüten und soll sich tunlichst bald einer Operation unterziehen.

Dieser Fall betrifft eine 35-jährige Fünftgebärende Tripperin. Geburt dauerte nach Angaben $\frac{1}{2}$ Stunde. Zeit des Abgangs der Nachgeburt zwei Stunden. Frau kann nicht stillen wegen absolutem Milchmangel. Die sehr stark nach Schnaps riechende Frau hatte schon geboren als ich ankam und lag in einer großen Blutlache. Groß ausgedehnter Uterus fast nicht zum Umlaummern in Magenhöhe. Versuche langsames, zielbewußtes Reiben der Gebärmutter, flaches Lagern der Frau, Crede'scher Handgriff, es entleert sich viel geronnenes Blut. Gebe ein Kaffeelöffel Ergotin. Bis abgetochtes Wasser zur Stelle ist, kalte Umschläge, es blutet immer noch. Die ganz teilnahmlos daliegende Frau bekommt Ohnmachten. Telephonischer Bericht an den Arzt. Frische Luft, Schläge mit einem naßfeuchten Handtuch auf Herzgegend. Zwischenhinein erholt sie sich wieder etwas. Endlich kommt eine gute Nachwehe. Mit kräftigem Crede'schem Handgriff bringe ich die ganz eigenartlich gräulich ausschende Nachgeburt hinaus, es blutet aber gleichwohl noch, die Nachwehen lassen zu wünschen übrig. Mach eine heiße Spülung. Unterdessen tritt wieder schwere Ohnmacht ein. Lasse die Fußsohlen bürsten mit Erfolg. Endlich kommt der längst erschöppte Arzt. Schnell Abwaschen, gutes Desinfizieren der Geschlechtsteile und umliegenden Partien, frische Wäsche unter, Querbett, während der Arzt sich für die Tamponade rüstet. Herr Doktor macht eine Einspritzung zur Stärkung des Herzens und gibt Ergotin zum Einnehmen. Frau sieht sehr blutleer aus. Tamponade der Gebärmutter und Scheide (Dührken). Nach und nach erholt sich die Frau. Es wurde ihr schon vorher und jetzt noch hier und da ein Eßlöffel starker, schwarzer Kaffee (natürlich ohne ihre gewöhnliche Zutat) verabreicht. Tags darauf wird die Tamponade entfernt. Gebärmutter ist noch groß und schlecht zusammengezogen. Die Frau bekommt nebst guter Kost und sorgfältiger Pflege täglich dreimal ein Kaffeelöffel Ergotin. Das ganz lebensschwache, kleine verkümmerte Kind stirbt am 14. Tage. Es hatte sterilisierte Kühmilch mit Wasser 1 zu 3 sehr gut extragen, eine Stunde vor seinem Einschlafen soll es sein Schöppchen noch mit gutem Appetit genommen haben. Dem Himmel sei Dank für sein Eingreifen, nur das erste Kind ist normal veranlagt, die andern drei sind mehr oder weniger blödunig. O heiliger Alkohol!

Schweiz. Hebammenverein.

Zentralvorstand.

Wieder stehen wir am Ende eines Jahres und wie rasch ist es wieder dahingeil, gleich einem jungen Bergstrom. Und doch so vieles hatte Raum in diesem kurzen Jahr; wie ein Stern in dunkler Nacht leuchten noch die herrlichen Appenzellertage in die trübe Gegenwart zurück. — Das Völkermorden hat ein Ende genommen, aber statt daß Friede und Ruhe eingeföhrt sind, erfüllen heute Hass und Neid die Gemüter auf Erden. Wie klein erscheint uns doch das eigene persönliche Erleben, Freude wie Leid, im Vergleich zu all dem Gewaltigen, das geschehen ist. Wir haben Großes miterlebt in den letzten Jahren, eine neue Zeit ist im Werden. Sind es die Todeskämpfe einer sterbenden Menschheit oder die Geburtswehen zu neuem Leben, wer mag es ermessen? Tatsache