

Vom Bruchleiden

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes**

Band (Jahr): **23 (1915)**

Heft 2

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-545789>

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.

in den Lazaretten überall, er ist vorherrschend, so verbreitet wie das wohl begreifliche stolze Selbstbewußtsein, daß man sein Blut für das Vaterland hat fließen lassen. Nicht am wenigsten bei den Freiwilligen.

„Hier liegt unser Jüngster“, meint der Professor und zeigt auf einen 15-jährigen Jungen, der als Ordonnanz mit einem Hauptmann in den Krieg gezogen ist und mitgemacht hat, bis ihm eine französische Infanteriefugel den Oberschenkel zerschmetterte. Er wird wieder ganz gesund werden und will „wieder an die Front“, wie er sagt.

„Ja, wollen Sie als Gewehrtragender hin?“

„Freilich, ich hab' auch geschossen, und ob!“

„Aber auch getroffen?“

„Na und wie!“ kräht der Junge und will sich ans Erzählen machen, aber wir gehen weiter.

Ueberhaupt, erzählen tun alle gerne, wer will's ihnen verargen! Und namentlich mit

Stolz weisen sie die Geschosse vor, die in ihren Wunden gefunden worden sind, gut erhaltene oder verbogene Infanteriegeschosse, Schrapnellkugeln, große und kleine Granatsplitter. Sie tragen sie alle wohl verwahrt und mit silberner Einfassung verziert — ein Geschenk der Großherzogin von Baden — bei sich, eine Erinnerung, die ihnen nahe genug gegangen ist. Trophäen heimbringen zu können, muß ein beglückendes Gefühl sein und wären sie noch so sehr mit schmerzlichen Erinnerungen verbunden. Aber ganz gerecht ist das Schicksal in seinen Gaben nicht, denn uns hat jener bleiche Soldat wirklich gedauert, der mit uns die silbergefäzte Schrapnellkugel seines Kameraden betrachtete, selber aber nichts derartiges besaß, weil er gewiß mit derselben Tapferkeit im nassen Schützengraben ausharrend einen schweren Gelenkrheumatismus aufgelesen hatte, dessen Urheber er nicht mit Silber eingefäzt vorzeigen konnte.

(Schluß folgt.)

Dom Bruchleiden.

Nach einem Aufsatz von Dr. Heinrich Hilgenreiner, im „Gesundheitslehrer“.

Es gehört zu den häufigsten Vorkommnissen des Arztes, daß er bei Untersuchung eines ihn auffuchenden Kranken ganz zufällig ein Bruchband entdeckt, welches einen Bruch zurückzuhalten bestimmt ist, ohne daß es diesen Zweck erfüllt. Häufig sind auch nur Reste eines Bruchbandes zu entdecken oder der Bruch erfreut sich ganz ungestört seiner Freiheit. Die neugierige Frage, wie lange der Bruch schon besteht, wird meistens mit einem recht ungenauen „schon lange“ oder „schon viele Jahre“ oder „seitdem ich mich erinnern kann“ beantwortet. Eventuell erfährt man auch, daß der Bruch schon einmal oder öfters einmal eingeklemmt gewesen, „gottlob“ aber immer wieder zurückgegangen sei und bei Nach-

frage nach der Herkunft des Bruchbandes, daß dasselbe auf Anraten des K oder P in der Stadt oder auf dem Jahrmarkte gekauft oder durch einen Bekannten oder brieflich besorgt wurde. Fast stets handelt es sich dabei um doppelseitige Bruchbänder, wenn auch nur ein Bruch auf einer Seite vorhanden ist. Aus all dem geht hervor, daß das Bruchleiden speziell bei der Landbevölkerung und in der arbeitenden Volksklasse mit einer staunenswerten Sorglosigkeit aufgefaßt und von den Patienten durch Jahre und Jahrzehnte getragen wird, ohne daß die Kranken sich auch nur einmal über das Wesen ihres Leidens und die damit verbundenen Gefahren orientieren würden. Und doch ist die Zahl derer,

welche jährlich dieser ihrer Sorglosigkeit zum Opfer fallen, d. h. derer, welche infolge einer Einklemmung oder einer anderen Komplikation des Bruches zugrunde gehen, eine recht beträchtliche, wie die Berichte der größeren Krankenhäuser lehren. Folgende Zeilen verfolgen den Zweck, den Laien über das Wesen und die sachgemäße Behandlung dieses häufigen Leidens — nach den Untersuchungen Bergers sind etwa 7 Prozent der männlichen und 2 Prozent der weiblichen Bevölkerung bruchleidend — kurz aufzuklären.

Der äußere Eingeweidebruch, im Volksmunde auch schlechtweg Bruch oder Leibschaden genannt, stellt eine von Haut und Weichteilen bedeckte Geschwulst dar, welche dadurch entsteht, daß Eingeweide — stets vom Bauchfelle bedeckt — durch irgendeine Lücke der Bauchdecken aus der Bauchhöhle nach außen treten. Zumeist wird der Bruchinhalt durch eine Darmschlinge (meist Dünndarm) oder durch Netz, oft durch Darm und Netz, dargestellt. Weit seltener tritt ein anderes Bauchorgan nach außen in den „Bruch sack“, so daß man neben den häufigen Darm- und Netzbrüchen auch die seltenen Harnblase-, Gebärmutter-, Eierstockbrüche u. unterscheiden kann, in welchen eines der genannten Organe im Bruchjacke sich vorfindet. Selbst der Magen, die Milz, die Leber und die Niere wurden gelegentlich einmal im Bruche vorgefunden.

Wichtiger als diese Unterscheidung der Brüche nach ihrem Inhalt erscheint für den Laien die Einteilung derselben nach dem Sitze der Bruchgeschwulst in Leistenbrüche, Schenkelbrüche, Nabelbrüche. Sie seien im folgenden kurz skizziert:

1. Der Leistenbruch durchsetzt zumeist als äußerer oder schräger Leistenbruch die Bauchwand auf dem Wege durch den Leistenkanal und kommt dem äußeren Leistenring, d. i. oberhalb des Leistenbandes, zum Vorschein. Er stellt die bei weitem häufigste Bruchform dar und ist insbesondere

beim männlichen Geschlechte sehr verbreitet. In seinen ersten Anfängen, in welchen er noch im erweiterten Leistenkanale gelegen ist, bildet er nur eine unscheinbare Vorwölbung der Leistengegend, welche sich nach Passieren des äußeren Leistenringes beträchtlich vergrößern kann. Aus der faustgroßen Geschwulst kann eine finkskopfgroße Geschwulst werden. Ja selbst bis zum Knie reichende Leistenbrüche, welche den Großteil der Gedärme beherbergen, und das Gehen beträchtlich erschweren, sind nichts Seltenes. Was die Entstehungszeit dieses Leistenbruches anbelangt, so ist derselbe am häufigsten im ersten Lebensjahre als angeborener Bruch zu finden, wo er bei Knaben etwa 20mal so häufig vorkommt, wie bei Mädchen. Dann sinkt dessen Häufigkeit, und zwar beim männlichen Geschlechte rascher als beim weiblichen, so daß im 15. Lebensjahre die Zahl der Brüche bei Knaben nur mehr etwa 6mal so groß ist als bei Mädchen. Nach dem 11. — bei Mädchen, nach dem 20. — Lebensjahre beginnt die Zahl dieser Leistenbrüche wieder zu steigen und zeigt die größte Häufigkeit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre. Als Grund hierfür mag die größere Anstrengung des arbeitenden Mannes, Schwangerschaft und Geburtsakt beim Weibe während dieser Zeit gelten. Von den beiden Körperseiten erscheint die rechte im allgemeinen etwas häufiger betroffen als die linke.

2. Der Schenkelbruch nimmt seinen Weg entlang den großen Blutgefäßen, welche aus der Beckenhöhle zum Oberschenkel verlaufen und kommt so unterhalb des Leistenbandes an der Innenseite des Oberschenkels zum Vorschein. Vom gewöhnlichen Leistenbruche unterscheidet er sich auch darin, daß er meist erst im späteren Lebensalter, vor allem zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre, auftritt und vor allem das weibliche Geschlecht betrifft, so daß die Schenkelbrüche bei Frauen etwa den dritten Teil, bei Männern nur etwa den zwanzigsten Teil aller beobachteten Brüche ausmachen. Auch ihre Größe ist von jener

des Leistenbruches wesentlich verschieden, indem es sich hier fast durchwegs um kleine (nuß- bis hühnereigroße) Geschwülste handelt, während größere Geschwülste nur selten angetroffen werden. Endlich muß die relativ häufigere Einklemmung des Schenkelbruches gegenüber dem Leistenbruche hervorgehoben werden, sowie die geringere Eignung desselben für die Bruchbandbehandlung.

3. Der Nabelbruch nimmt seinen Weg durch jene Bauchwandlücke, welche am Nabel des Neugeborenen an der Durchtrittsstelle des Nabelstranges vorübergehend besteht und beim Erwachsenen durch starke Ausdehnung der Bauchdecken hier neu entstehen kann. Der Nabelbruch findet sich deshalb zunächst recht häufig bei Kindern im ersten Lebensjahre, ohne daß er hier eine große Bedeutung besäße, indem die weitaus größte Zahl dieser Fälle unter geeigneter Behandlung (Heftpflasterpelotte) oder auch ohne diese vollständig ausheilt. Ganz anders verhalten sich die Fälle, in welchen durch starke Ueberdehnung der Bauchdecken, wie sie namentlich bei starker Fettablagerung in den Bauchdecken und bei Frauen durch die Schwangerschaft stattfindet, neuerdings eine Lücke im Nabel geschaffen wird, durch welche sich das Bauchfell vorstülpen und Darmschlingen und Netz austreten lassen kann. Die Mehrzahl der erworbenen Nabelbrüche findet sich dementsprechend bei Frauen und zwar zumeist erst jenseits des 40. Lebensjahres (Zeit des Fettansatzes). In der Mehrzahl der Fälle erreichen diese Brüche eine beträchtliche Größe, können häufig infolge von Verwachsungen nicht zurückgebracht und nur operativ beseitigt werden. Das Vorkommen des erworbenen Nabelbruches ist ein bei weitem selteneres als das des erworbenen Leisten- oder Schenkelbruches.

Von allergrößter Bedeutung ist für die Entstehung der Brüche die angeborene Disposition, d. i. die Neigung zur Bruchbildung, wie sie bei einzelnen Personen, bei vielen Familien und selbst bei ganzen Völker-

schaften besteht, so daß man von einer Vererbung dieser Disposition, resp. des Bruchleidens sprechen muß.

Für die Beurteilung eines jeden Bruches erscheint weiter von Wichtigkeit der Umstand, ob der Bruchinhalt durch Druck auf die Bruchgeschwulst in die Bauchhöhle zurückgebracht werden kann, resp. durch horizontale Lage (beispielsweise während der Nacht) von selbst verschwindet, oder ob weder das eine noch das andere der Fall ist. Im ersten Falle spricht man von einem beweglichen (reponiblen) im zweiten von einem unbeweglichen (irreponiblen) Bruche. Der Grund für die Unbeweglichkeit eines Bruches kann gelegen sein in Verwachsungen zwischen Bruchsack und Bruchinhalt, oder aber in einer Einklemmung des Bruchinhaltes am Orte seines Durchtrittes durch die Bruchpforte.

Die Beschwerden, welche die Brüche verursachen, sind natürlich nach deren Größe, Inhalt, Beweglichkeit usw. sehr verschieden. Bald kennt der Bruchträger keinerlei derartige Beschwerden, bald wird über Verdauungsstörungen, heftige Schmerzen usw. geklagt. Letztere finden sich namentlich bei großen Brüchen, haben ihre Ursachen in Zerrungen des Bruchsackinhaltes am Neze und am Gefröße und können den Menschen in seinem Allgemeinzustande sehr herunterbringen. Insbesondere aber sind es eine Reihe von sogenannten Bruchzufällen, welche jeden Träger eines Bruches an seiner Gesundheit und selbst am Leben ernstlich gefährdet erscheinen lassen. Daß der Bruch durch Verwachsungen unbeweglich (irreponibel) werden kann, haben wir bereits oben kurz erwähnt. In anderen Fällen kann es durch Anschoppung eines Bruchdarmes mit geformtem Darminhalt zu völligem Stillstand in der Weiterbeförderung des Darminhaltes, d. h. zu Kotstauung im Bruchdarm und dadurch zum allmählichen Hinsiechen innerhalb weniger Wochen kommen, indem jedwede Nahrungsaufnahme unmöglich wird. In anderen Fällen

kommt es zu „Bruchentzündung“ der verschiedensten Art, zumal der Bruchdarm Schädigungen von außen weit mehr ausgesetzt ist, als der Darm innerhalb der Bauchhöhle. Endlich aber und vor allem kann es zur Einklemmung des Bruches, d. h. zur Abschnürung des Bruchinhaltes in der Bruchpforte kommen, welche den Bruch unbeweglich macht, die Blutzufuhr zu dem Bruchinhalte schwer schädigt und bei längerem Bestehen zum brandigen Absterben desselben führt.

Die Erscheinungen der Bruch Einklemmung sind für den Laien von solcher Wichtigkeit, daß sie hier kurz angegeben seien: Im Anschluß an irgendeine stärkere Anstrengung der Bauchpresse, bisweilen auch ohne bekannte Ursache, kommt es zu einer ziemlich plötzlichen Vergrößerung der Bruchgeschwulst und bald zu heftigen Schmerzen, welche, von der Bruchgeschwulst ausgehend und hier am heftigsten auftretend, über den ganzen Körper ausstrahlen. Der Stuhl ist dabei trotz andauernden Stuhldranges angehalten, nur zu Beginn der Erkrankung kommt es zuweilen zur Entleerung von reichlichen festen oder flüssigen Stuhlmassen, ohne daß der Kranke hernach eine Erleichterung verspüren würde. Bald stellt sich dann auch Aufstoßen, Ueblichkeit und Erbrechen ein, welches letzteres im Laufe der nächsten Tage übelriechend wird, bis endlich größere Mengen von schmutzig-grünen und schließlich bräunlichen zersehten Massen ausgeworfen werden und das gefürchtete Bild des Rotbrechens oder Miserere dem Kranken und dessen Umgebung den ganzen Ernst des Zustandes zum Bewußtsein bringt, meist schon zu spät, indem die Kranken rasch verfallen und zugrunde gehen. In anderen Fällen kommt es gar nicht so weit, die Kranken sterben schon wenige Stunden nach der Einklemmung unter der starken Einwirkung auf das Nervensystem (Shock), andere wieder nach einigen Tagen infolge einer komplizierenden Erkrankung, einer Lungenentzündung, einer eitrigen Bauch-

fellentzündung, einer Zellgewebseiterung an Orte der Bauchgeschwulst usw. Nur in sehr seltenen Fällen kann eine Art Selbstheilung eintreten, indem die brandig gewordene Bruchgeschwulst sich nach außen öffnet und so dem Darminhalt Abfluß verschafft. Allerdings geht auch von diesen Patienten noch eine größere Zahl zugrunde und nur wenige werden gerettet, freilich auf Kosten einer äußerst lästigen Kotfistel oder eines widernatürlichen Afters, welche selbst wieder eine operative Abhilfe verlangen. Tatsache ist, daß von 100 Leuten mit eingeklemmtem Bruch, welche sich selbst überlassen bleiben, durchschnittlich 95 zugrunde gehen und nur 5 mit dem Leben davorkommen.

Die Behandlung der Eingeweidebrüche.

Dieselbe ist je nach dem Alter der Bruchträger, je nach Größe, Inhalt und Beschaffenheit des Bruches eine verschiedene. Für eine Reihe von freien Brüchen kann zunächst die Selbstheilung des Bruches abgewartet oder angestrebt werden. Dahin gehören die kleinen Nabelbrüche Neugeborener, welche oft ohne jedes Zutun wieder verschwinden oder unter dem Einflusse einer Bandage (Heftpflasterpelotte) ausheilen, ferner die Leistenbrüche kleinerer und größerer Kinder, bei welchen durch das andauernde Tragen eines Bruchbandes ebenfalls vollständige Heilung erreicht werden kann. Verdauungsstörungen, heftiges Schreien, andauernder Husten und jede ähnliche stärkere Inanspruchnahme der Bauchpresse sind dem Heilungsprozesse hinderlich und müssen dementsprechend nach Möglichkeit hintangehalten werden. Wenigstens ein Drittel aller Säuglinge und Kinder unter 14 Jahren bleiben indes nach Coles 15 000 Brüche umfassender Statistik trotz derartiger mechanischer Behandlung ungeheilt. Zumeist handelt es sich dabei um größere Brüche, welche von vornherein nur geringe Heilungschancen abgaben, oder um Brüche

bei älteren Kindern. Gar keine Heilungschancen für die Bruchbandbehandlung geben die Brüche der Erwachsenen, bei welchen die Bruchbandbehandlung gewöhnlich nur einen Stillstand im Wachstum, aber keine Heilung bewirkt.

Für alle Fälle nun, in welchen eine Bruchbandbehandlung erfolglos ist oder von vornherein aussichtslos oder nicht anwendbar erscheint (große oder unbewegliche Brüche, Brüche bei Erwachsenen) ist eine Beseitigung des Bruches nur durch die operative Behandlung des freien Bruches zu erwarten. Die Operation hat dabei die Aufgabe, den Bruchinhalt in die Bauchhöhle zurückzubringen und die Bruchpforte, durch welche derselbe getreten ist, radikal zu verschließen, um ein Wiederaustrreten des Bruches zu verhindern. Die Gefahren der Radikal-Operation des freien Bruches sind heute fast Null. Pott berechnet auf 2401 seit dem Jahre 1895 von verschiedenen Chirurgen Operierte 0,7 Prozent Sterblichkeit. Von 421 Operierten der deutschen chirurgischen Klinik in Prag (1895—1902) starb ein einziger Patient, und zwar 10 Tage nach der Operation bei bereits geheilter Operationswunde an einer Lungenentzündung, was eine Sterblichkeit von 0,23 Prozent bedeuten würde. Bedenkt man weiter, daß die Heilungsdauer für die Operation nur wenige Tage (durchschnittlich 10—14 Tage und noch weniger) erfordert, und daß der Bruch durch die Operation fast stets dauernd beseitigt bleibt, so ergibt sich daraus ohne weiteres, daß es im eigensten Interesse jedes einzelnen Bruchträgers gelegen ist, sich der ungefährlichen Operation zu unterziehen, da diese ihn dauernd von seinem Leiden und allen Gefahren des Bruches befreit und ihm das Tragen eines Bruchbandes für die ganze Lebensdauer erspart. Tatsächlich suchen auch schon jährlich viele Tausende in Kliniken und Krankenhäusern operative Ab-

hülfe von ihren Leiden, der beste Beweis, daß diese Operation in den breiten Schichten, speziell der Großstadt längst ihren Schrecken verloren hat. Als Beweis für die Ungefährlichkeit der Operation mag hier noch angeführt werden, daß in einzelnen Staaten (Rumänien, Frankreich und andere) das Bruchleiden heute keinen Befreiungsgrund vom Militärdienste mehr darstellt, indem die Regierungen dieser Staaten auf dem Standpunkte stehen, daß es sich dabei um ein Leiden handelt, welches leicht und ohne besondere Gefahr beseitigt werden kann. Da die Operation umso einfacher ist, die Chancen der Operation umso günstiger sind, je kleiner der Bruch und je jünger das Individuum ist, so ist es für jeden Bruchträger von Wichtigkeit, die Operation möglichst bald ausführen zu lassen.

Ist die operative Behandlung des freien Eingeweidebruches für den Bruchträger sehr vorteilhaft und wünschenswert, so erscheint die chirurgische Behandlung des eingeklemmten Bruches ein Gebot dringender Notwendigkeit, um das gefährdete Leben des Bruchträgers zu retten. Die Operation hat dabei vor allem die Aufgabe, den eingeklemmten Bruchinhalt (zumeist Darm) aus seiner Einklemmung zu befreien. Auf unblutigem Wege kann man dies anstreben durch vorsichtig ausgeführte Taxisversuche, d. h. Versuche, den eingeklemmten Bruchinhalt mit den Händen in die Bauchhöhle zurückzudrängen. Derartige Versuche werden gewöhnlich nur innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Einklemmung von sachkundiger Hand, d. h. vom Arzte und unter Vermeidung jedweder rohen Gewalt ausgeführt. Von den Gefahren der forcierten Taxisversuche ist vor allem die gefürchtetste das Platzen des schon brandig gewordenen Darmes, wodurch tödliche Bauchfellentzündung entsteht. Trotzdem werden noch viele Patienten in diesem Zustand geheilt, wenn es dem Operateur gelingt, brandig gewordene Darmteile herauszuschneiden.

Wie mancher Patient hat es schon bitter bereut, daß er sich jahrelang mit einem Bruchband herumgeschleppt hat, anstatt sich einer sichereren, schmerzlosen und kurzdauernden Operation zu unterziehen.

Aus untern Zweigvereinen.

Bisher bestand im Kanton Neuenburg ein kantonaler Zweigverein vom Roten Kreuz, dem die andern Bezirkszweigvereine unterstellt waren.

In seiner Sitzung vom 28. Dezember 1914 hat diese kantonale Instanz ihre Auflösung beschlossen. Das Vermögen derselben hat der Zweigverein des Bezirks Neuenburg übernommen, dem die Verantwortlichkeit über die Spitalbaracke und dem Stellenvermittlungsbureau von nun an einzig zufällt.

Weihnachtspakete für Soldaten ohne Familie der I., III. und V. Division.

Unser Aufruf an das wohlthätige Publikum und die Geschäftsinhaber hat einen überaus erfreulichen Erfolg gehabt. Es gingen durch die Post aus allen Gauen unseres Vaterlandes 1617 Pakete ein, dazu von 77 Gebern an Geld Fr. 1296.45, vom schweizerischen Roten Kreuz in Bern 1900 Stück warme Unterkleider. Aus diesen Naturalgaben und den aus den Geldgeschenken angekauften Waren wurden durch die fleißigen Hände von Helferinnen während mehrerer Tage noch weitere 3071 Pakete hergestellt, so daß schließlich 4688 Pakete zur Verfügung standen. Die Zahl der uns durch das Mittel der Feldprediger und Truppenkommandanten angegebenen Soldaten ohne Familie oder näher Angehörige übertraf weit unsere Vermutung und war schließlich auf 5125 gestiegen. Wohl oder übel mußten wir etwas reduzieren. Es erhielten also:

die I. Division in 20 Säcken	463 Pakete
„ III. „ „ 90 „	2151 „
„ V. „ „ 63 „	1869 „
verschiedene Gruppen	134 „
Nachzügler	71 „
	<hr/>
Total	4688 Pakete

Die Pakete haben, wie uns zahlreiche Dankschreiben bezeugen, überall viel Freude bereitet und damit ihren Zweck vollständig erreicht. Allen freundlichen Gebern danken wir herzlich. Das Bewußtsein, so vielen wackeren, im Dienste unseres teuren Vaterlandes stehenden Wehrmännern eine Weihnachtsfreude bereitet zu haben, birgt den schönsten Dank in sich selbst. Warme Anerkennung gebührt aber vor allem aus dem unermüdlichen Vorsteher des Rot-Kreuz-Depots Zürich, dem schweizerischen Roten Kreuz in Bern und den zahlreichen hilfsbereiten freiwilligen Helferinnen.

**Die Zentralkommission
der Schweiz. gemeinnützigen Gesellschaft, Zürich I.**