

# Die neuzeitliche Bekämpfung des Verblutungstodes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, während und nach der Geburt

Autor(en): **Frei, E.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **24 (1926)**

Heft 7

PDF erstellt am: **06.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-952020>

## **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.

# Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“

Waghausegasse 7, Bern,

wobin auch Abonnements- und Anfertigungs-Aufträge zu richten sind

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,

Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Spitalackerstrasse Nr. 52, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Frl. Marie Wenger, Hebamme, Lorrainestr. 16, Bern.

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 3. — für die Schweiz  
Wf. 3. — für das Ausland.

Inserate:

Schweiz und Ausland 40 Cts. pro 1-sp. Zeile.  
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

**Inhalt.** Die neuzeitliche Bekämpfung des Verblutungstodes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. — Zur gest. Notiz. — Schweizerischer Hebammenverein: Zentralvorstand. — Krankenkasse: Erkrankte Mitglieder. — Angemeldete Hebammen. — Eintritte. — Todesanzeigen. — Hebammentag in Lausanne: Protokoll der Generalversammlung. — Vereinsnachrichten: Sektionen Aargau, Baselland, Bern, Biel, Freiburg, Luzern, Rheintal, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Werdenberg-Sargans, Winterthur, Zürich. — Vermischtes. — Anzeigen.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich  
Direktor Professor Dr. M. Walfisch.

## Die neuzeitliche Bekämpfung des Verblutungstodes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, während und nach der Geburt.

Von P.-D. Dr. E. Frei, Oberarzt.

Zufolge des komplizierten Baues und der hochdifferenzierten Organfunktion in menschlichen Organismus ist auch der natürliche Vorgang der Fortpflanzung des Menschen ein entsprechend komplizierter. Lebensbedrohende Störungen in der Gestationsphase des menschlichen Weibes sind schon deshalb weit häufiger wie irgendwo in der aufsteigenden Säugetierreihe. Die Bebrütung des befruchteten Eies während 9 Monaten im Fruchthalter bringt weiter eine Reihe von Veränderungen mit, wie sie sich in der übrigen belebten Natur nicht wieder finden. Zudem ist der Vorgang der Loslösung des Eies von der innigen Verbindung mit dem Fruchthalter, sowie der Geburtsakt selbst mit zahlreichen Gefahrensituationen verknüpft, welche rechtzeitig zu erkennen, zu verhüten und erfolgreich zu überwinden, das eigentliche Tätigkeitsgebiet der Geburtshilfe darstellt.

Forcht man nach den Ursachen der Todesfälle im Verlaufe des Fortpflanzungsvorganges beim menschlichen Weibe, dann findet man bei im übrigen Gesunden immer wieder entweder die puerperale Infektion oder dann den krankhaften Blutverlust bezeichnet, welche in letzter Linie zur Katastrophe führten. Es ist deshalb auch verständlich, daß die beiden großen Probleme: die Verhütung der Infektion und die Bekämpfung des Verblutungstodes die Geburtshelfer zu allen Zeiten beschäftigt.

Seitdem Ignaz Semelweis im Jahre 1849 erstmals die Pathogenese des Kindbettfiebers ätiologisch richtig als eine Keiminfektion, von außen kommend, in vollem Umfange erkannte und 1861 in seiner Monographie „Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“ begründete, haben in den verfloffenen 70 Jahren ungezählte Forscher sich erfolgreich um den weitem Ausbau der Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe bemüht, sodaß heute, dank der vorzüglichen Vorbeugung, bestehend in einer rationellen Hygiene der Schwangeren während der letzten Wochen der Schwangerschaft und in einer vorzüglichen Ausbildung des bei den Geburten beteiligten Medizinalpersonals in der A- und Antisepsis, und weiterhin dank unserer Kenntnisse über die Physiologie der Geburt und des Wochenbettes, das Auftreten von Kindbettfieber so eingeschränkt wurde, daß von 1000 Hebammen

in der Klinik heute keine mehr dem Kindbettfieber zum Opfer fällt.

Das Puerperalfieber ist in präzi heute nurmehr gekannt und berücksichtigt durch die recht zahlreichen Fälle von verdrückerischer Frucht-abtreibung, welche — in der Nachkriegszeit beinahe zur Modekrankheit geworden — so recht den zeitgenössischen Materialismus mit seiner Hemmungslosigkeit in weiten Kreisen in den grellsten Farben erscheinen lassen.

So groß die Erfolge in der Bekämpfung des Kindbettfiebers in vorbeugender Beziehung waren, so bescheiden sind auch heute noch unsere Heilerfolge, wenn einmal die Krankheit gewisse Grenzen überschritten und das Kräfteverhältnis zwischen dem Krankheitserreger und den Abwehrkräften des menschlichen Organismus sich zu Ungunsten des letzteren verschoben hat. Auch hier hat sich bemerkt, daß Vorbeugen einfacher und erfolgreicher ist, wie die Heilung.

Ganz anders gestaltet sich demgegenüber die Frage der Bekämpfung des Verblutungstodes in der Geburtshilfe. Wohl hat die fortschreitende Erkenntnis vergangener Jahrzehnte uns hier den Weg gewiesen und den großen Wert einer physiologischen Geburtsleitung darzulegen, indem durch eine abwartende Geburtsbeobachtung und ein ungestörtes Wartenlassen der Naturkräfte, insbesondere in der Nachgeburtsperiode, schwerste lebensbedrohende Blutungen sich auf ein Minimum beschränken lassen. Für die Großzahl der krankhaften Blutungen in der Schwangerschaft und im Beginne der Geburt kennen wir jedoch keine Vorbeugung. Umso bedeutungsvoller wurde hier der Ausbau der Behandlungsmethoden durch die neuzeitliche Entwicklung der abdominalen Schnittentbindung zu einer lebenssichereren und lebensrettenden Operation. Die allerletzten Jahre endlich brachten uns brauchbare Methoden des Ersatzes des verloren gegangenen Blutes durch die Ueberleitung von Fremdblut. Jeder noch so unscheinbare Fortschritt in der Bekämpfung des Verblutungstodes ist sehr willkommen.

Denn es ist stets ein erschreckendes Schauspiel, wenn eine blühende Mutter im steten Wechsel der Szenen mit dem gesamten Reichtum ihrer menschlichen Beziehungen, welche sie vertrauensvoll in die Hände des Geburtshelfers legte, in kürzester Zeit in Todesgefahr sinkt. Unheimlich ist dabei, wie Kermauer zutreffend hervorhebt, daß die Vorgänge, welche man beobachten sollte und welche unsere Handlungen leiten müßten, sich an einer dem Auge unzulänglichen Stelle abspielen und nur durch den rasch sich erschöpfenden Lebensstrom äußerlich sichtbar machen. Nach glücklicher Abwehr des Verblutungstodes droht dann immer noch das Gepeinst der Infektion, mit welchem die

operativen Maßnahmen naturgemäß häufig belastet sind, welche Tatsache umso bedeutungsvoller ist, als eben Ausgeblutete einer Infektion leichter erliegen.

Jede rationelle Bekämpfung des Verblutungstodes ist gebunden an die Erkenntnis der Pathogenese der Blutungsursachen. Die Blutungsursachen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt sind nicht sehr mannigfaltig. Nach der Häufigkeit finden wir an erster Stelle die Blutung wegen vorzeitiger Ablösung der vorliegenden Placenta. Nach den meisten Autoren sind 95 Prozent der Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt durch diese Regelwidrigkeit des Placentarfixes bedingt. Nach den Beobachtungen an der hiesigen Frauenklinik sind jedoch nur 55—60 Prozent der Blutungen Praevia-Blutungen.

Unter Placenta praevia versteht man bekanntlich jene Anomalie, wo die Placenta an abnormer Stelle am Ausführungsgang des Uterus sich inseriert hat und dem Kinde bei seinem Austritt aus der Gebärmutter den Weg verlegt. Es gehört diese Anomalie zu den aller schwersten Komplikationen der Geburtshilfe, was am besten aus einer Sammelstatistik von Hirschmann aus dem Jahre 1921 hervorgeht, indem auf über 5000 Fälle in besser klinischer Behandlung eine mittlere mütterliche Mortalität von 7,6 Prozent resultiert. Dabei entfallen  $\frac{1}{3}$  der Todesfälle auf den Verblutungstod und beträgt außerdem die kindliche Sterblichkeit 30—70 Prozent. In der Außenpraxis sind die Verluste dementsprechend noch größer. So gibt Fuetz für den Reg.-Bezirk Koblenz auf 726 Fälle eine mütterliche Sterblichkeit von 18 Prozent an.

Der Grund, weshalb es bei dieser Anomalie des Placentarfixes zu Blutungen kommt, liegt in der vorzeitigen Ablösung der Placenta durch die Uteruswehentätigkeit. Häufig schon in der Schwangerschaft durch die Schwangerschaftswehenreihen in der 32., 34., und 36. und 38. Woche und durch die Vorwehen, sicher jedoch im Verlaufe der Eröffnungsperiode kommt es durch die Wehentätigkeit zu einer Dehnung des untern Uterinsegmentes. Die Eröffnung des Gebärmutterhalskanals erfolgt so, daß sich der untere Uterusabschnitt über den untern Epipel zurückzieht. Da die Elastizität der Placenta sehr beschränkt ist, kommt es bei der Eröffnung und vor allem bei der Zurückziehung des untern Uterinsegmentes über den untern Epipel zu einer starken Flächenverschiebung der Uteruswand gegenüber der Placenta, welcher Vorgang zur Ablösung der Uteruswand von der Placenta führt. Dadurch werden die Blutsinus der Zwischenzottenräume eröffnet und aus den Uterusplacentargefäßen ergießt sich das Blut zwischen Uteruswand und Eiteilen durch den

Uterusausführungsgang in die Scheide und nach außen.

Etwas seltener, dafür wegen der noch größeren Sterblichkeit umso bedeutungsvoller, sind die Blutungen wegen vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Placenta. Berechnet doch Zweifel für diese pathologische Blutung eine mütterliche Mortalität von 32 Prozent und Frankel & Hieß für die schweren Fälle der Wiener Kliniken eine mütterliche Sterblichkeit von 50 Prozent nach einer Mitteilung aus dem Jahre 1921.

Die Ursache der vorzeitigen Ablösung der Placenta am normalen Sitz blieb bis in die allerjüngste Zeit hinein für die meisten Fälle ungeklärt, indem nur knapp  $\frac{1}{4}$  aller Fälle durch ein körperliches Trauma oder durch zu kurze Nabelschnur rein mechanisch erklärt werden konnten. Wohl kannte man eine Reihe von disponierenden Momenten, welche mit erhöhter Gefäßzerbrechlichkeit einhergingen. Jedoch erst Balthard brachte auf der Basis neuester Forschungen der Physiologie eine vollwertige Erklärung, indem er zeigen konnte, wie im Schreckelerlebnis die Triebregungen zur Abwehr und Flucht, welche mit Blutdrucksteigerung und Blutverschiebung von der Peripherie zu den visceralen Organen einhergehen, in der Schwangerschaft am Uterus, welcher unter dem Einfluß des Hormons des Corpus folliculare graviditatis steht, besondere Bedingungen treffen, welche eine Blutüberfüllung im Zwischenzottenraume und Zerreißung der Haftzotten und damit vorzeitige Ablösung der Placenta bedingen. Damit hat auch die von erfahrenen Praktikern schon längst rein empirisch empfohlene Weisung: Schwangere sollen sich keinen Aufregungen aussetzen, eine wissenschaftliche Begründung von praktischer Bedeutung erfahren. Denn aus der Physiologie wissen wir, daß es gerade Aufregungen sind, welche mit Blutdrucksteigerungen und Blutverschiebungen einhergehen und so Schwangere und ihre Fröchte in extra große Gefahrensituationen bringen können.

Im Vergleich zu den beiden bereits erwähnten pathologischen Blutungen sind die Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder unter der Geburt, wegen Zerfall bösartiger Neubildungen am Genitale oder durch Plaken variabils erweiterter Gefäße, sowie die Blutungen nach Spontanzerreißung des Uterus infolge Ueberdehnung bei Geburtshindernis oder infolge von Plaken alter Operationsnarben am Uterus, wegen ihrer Seltenheit heute nur mehr von geringer Bedeutung, obwohl gerade die Mißblutungen mit einer geradezu unheimlichen Mortalität belastet sind.

In der Nachgeburtperiode sind Blutungen wegen ihrer Häufigkeit und ihrem raschen Verlaufe von großer klinischer Bedeutung.

Wenn wir nun dem Verständnis einer rationalen Behandlung dieser pathologischen Blu-

tungen in der Geburtshilfe näher kommen wollen, ist es nötig, auf die physiologischen Geburtsblutungen und deren Blutstillungsmechanismus in der Nachgeburtperiode zurückzugreifen. Im Verlaufe der Vollendung des befruchteten menschlichen Eies aus seinem Einnistungsbette kommt es immer zu einem Blutverlust. Normalerweise geht jedoch die Ausstoßung der menschlichen reifen Frucht aus dem Fruchthalter am Ende der Zeit ohne Blutverlust vor sich und erst in der Nachgeburtperiode während dem Ablösungsmechanismus der Placenta, kommt es an der Ablösungsstelle, wo mütterliche Gefäße offen stehen, zu einer Blutung. Trotz der Zahl und Größe dieser Gefäße beträgt dieser natürliche Blutverlust nur 300 bis 400 ccm und ist für Frauen mit einem annähernd normalen Blutgehalt ohne klinische Bedeutung.

Die Blutstillung erfolgt spontan und automatisch dadurch, daß die Gefäße in ihrem Verlaufe in der muskulösen Gebärmutterwand durch die Kontraktion und Retraktion dank der Tätigkeit der zahlreichen glattmuskulösen Elemente komprimiert und verschlossen werden, sodaß aus den offen stehenden Gefäßlichtungen kein weiterer Blutaustritt mehr möglich ist. Diese Kontraktion und Retraktion ist die passende physiologische Reaktion auf den vorher bestandenen „Dehnungsreiz“ des Eies auf die Uteruswand. An diesem Mechanismus beteiligen sich Gefäßreflexe und hormonale Einflüsse. Die klinische Erfahrung lehrt nun, daß die Kontraktion und Retraktion nur dann zu einem genügenden Gefäßverschluß führt, wenn der Fruchthalter seinen Inhalt völlig ausgestoßen hat und weiterhin, daß nur der intakte Fruchthalter diese physiologische Höchstleistung der Kontraktion und Retraktion vollbringen kann.

Die Forschungen der letzten Jahrzehnte brachten die Bekanntschaft mit einer Reihe von chemischen Mitteln, welche die Retraktion des Uterus begünstigen und verstärken, sodaß mit dem Augenblicke der Uterusentleerung nach pathologischem Blutverlust und beim Versagen des physiologischen Automatismus heute die künstliche Tetanisierung des Uterus einsetzt. Darunter versteht man die Gesamtheit der chemisch-physikalischen Maßnahmen, um möglichst rasch und möglichst vollständig eine maximale Dauerkontraktion zu erzielen. Neben der schon lange bekannten mechanischen Reizung durch Reiben und Beflopfen (Diaplesie Lichtenstein) und physikal Kontraktionsreizen (Kälte und Wärme) kommen die chemischen Mittel, die Extrakte von Secale cornutum, der Hypophyse und der Nebenniere zur Anwendung, je nach der Dringlichkeit des Einzelfalles intramuskulär, intravenös oder intramural.

Demgegenüber spielen die chirurgischen Methoden der Blutstillung durch Umstechung oder Ligatur für die Blutungen an der Placentar-

haftstelle keine Rolle, da letztere der Naht nicht zugänglich ist und die Ligatur der Arteria uterina gleichbedeutend ist mit der Entfernung des Uterus.

Durch die Kenntnis des eben erwähnten Automatismus der physiologischen spontanen Blutstillung ist der ideale, immer erstrebenswerte therapeutische Weg bei pathologischen Placentarblutungen zur Blutstillung und Verhütung des Verblutungsstodes in der Geburtshilfe bereits in großen Zügen vorgezeichnet und kann dahin zusammengefaßt werden: Möglichst frühzeitige und möglichst vollständige Entleerung des Fruchthalters von Kind und Placenta mit nachfolgender Tetanisierung des Uterus, ohne denselben seiner physiologischen Funktionen zu zu berauben.

Dieses erstrebenswerte Ziel war in den verfloßenen Jahrzehnten in der Aera der Geburtshilfe, die nur die erfolgreiche Entbindung auf dem natürlichen Geburtswege kannte (d. h. bis vor 18 Jahren) nur dann möglich, wenn Vorbedingungen für eine sofortige Extraction auf natürlichem Geburtswege erfüllt waren. Diese Vorbedingungen waren gebunden an das Eröffnetsein des Gebärmutterhalskanals, was nur durch mehrstündige Wehentätigkeit erfolgt, und an eine genügende Weite des Geburtskanals. Bis diese Vorbedingungen erfüllt waren, floß allzuoft reichlich Blut, dessen Strom man durch Schutzmaßnahmen auf erträgliches Minimum zu beschränken suchte. Diese Palliativmaßnahmen bestanden in der indirekten Kompression der blutenden Gefäße, entweder durch Druck der Uteruswand gegen den Uterusinhalt oder durch Druck des Uterusinhaltes (Kindsteil) auf die Placenta und Uteruswand, resp. durch Herstellung einer Erhöhung des Uterusinhaltsdruckes, indem der Ausführungsgang des Uterus verschlossen wurde.

Daß diese Maßnahmen für schwere Fälle ungenügend waren, ist zur Genüge bekannt und in der Unzulänglichkeit der Methoden begründet. Berechnet doch Hirschmann bei dieser Behandlungsart für Anomalie der Placenta praevia centralis unter besten klinischen Verhältnissen eine mütterliche Mortalität von 13% im Durchschnitt, für die Klinik Schauta sogar 23%. Frankel & Hieß fanden bei der oben erwähnten Behandlungsart für die schweren Fälle von vorzeitiger Ablösung der Placenta am normalen Nistort eine Mortalität von 50%. Dies alles noch im Jahre 1921, nachdem doch Braxton Hicks seine klassische Methode der kombinierten Wendung auf dem Fuß bereits im Jahre 1861 bekannt gab. Wenn innerhalb von 60 Jahren, d. h. während 2 Arztgenerationen, eine Behandlungsmethode noch immer so schlechte Resultate gibt, selbst in den Händen der Besten, trotzdem die A- und Antiseptik schon längst Allgemeingut des Medizinalpersonals war und trotzdem die Verkehrsverhältnisse die denkbar besten geworden sind, dann heißt das, entweder

## Salus-Leibbinden

(gesetzlich geschützt)

sind die bestbewährten und **vollkommensten Binden der Gegenwart**. Sie werden von den Herren Aerzten aufs wärmste empfohlen und sind in fast allen Spitälern der Schweiz eingeführt. Dieselben leisten **vor** sowie **nach der Geburt** unschätzbare Dienste; ebenso finden sie Verwendung bei Hängeleib, Bauch- oder Nabelbruch, Wanderniere, Senkungen und nach Operationen etc.

Jede Binde trägt innen den gesetzlich geschützten Namen „Salus“

Erhältlich in allen bessern Sanitätsgeschäften, wo nicht, direkt bei der

**Salus-Leibbinden-Fabrik M. & C. Wohler**  
Lausanne

Verlangen Sie unseren illustrierten Gratis-Katalog



es sind diese Krankheiten überhaupt in vielen Fällen nicht heilbar, oder die Behandlungsmethode ist schlecht, oder sie wird zu spät angewandt und die Gesamtfrage ist revisionsbedürftig. Fortsetzung folgt.

**Zur gefll. Rotiz.**

Von jetzt an sind alle Zuschriften für die Redaktorin an folgende Adresse zu senden: **Lorrainestraße 16, Bern.**

**Schweiz. Hebammenverein.**

**Zentralvorstand.**

Werte Kolleginnen!

Die Delegierten- und Generalversammlung in Lausanne ist vorüber. Wie möchten Ihnen kurz aus den Verhandlungen mitteilen, daß die Sektion Aargau zum Vorort des Schweiz. Hebammenvereins gewählt worden ist und demgemäß den Zentralvorstand für die Periode 1927-1930 stellen wird. Als Vorort für die Krankenkasse wurde die Sektion Winterthur für eine weitere Amtsdauer bestätigt. Wir gratulieren beiden Sektionen zu ihrer Wahl.

Als Versammlungsort pro 1927 für die Delegierten- und Generalversammlung wurde Basel bestimmt.

Gewiß werden unsere Kolleginnen sich freuen, wieder einmal in Basel tagen zu können.

Ohne der Berichterstattung vorzugreifen empfinden wir es, angesichts des gelungenen Verlaufes der Tagung, als unsere Pflicht — und wir glauben auch in diesem Falle namens sämtlicher Teilnehmer zu sprechen — der Sektion Romande für die ausgezeichnete Organisation und Aufnahme und die opferwillige Gastfreundschaft, verbindlichst zu danken. Besonderen Dank insbesondere gebührt der Präsidentin, Mme. Mercier, welche für alle und alles so besorgt war. Herr Professor Rossier hatte die Liebenswürdigkeit die Führung bei der Befichtigung der Maternité zu übernehmen, welche auf alle Teilnehmer einen ausgezeichneten Eindruck hinterlassen hat. Wir wissen ihm dafür großen Dank. An dem von der Section Romande zu Ehren der Teilnehmer veranstalteten Familienabend teilzunehmen war entschieden ein Genuß! Nur zu rasch schwanden die Stunden des freudigen Beisammenseins.

Auch der zweite Tag brachte uns viele, äußerst angenehme Ueberraschungen. Und wenn wir auch unsere Verhandlungen verspätet beginnen konnten, so bereuten wir es nicht, uns schon verhältnismäßig früh den Auto-Cars anvertraut zu haben, um die landschaftlichen

Reize des Waadtlandes zu genießen und bei diesem Anlasse eine Einladung folgend, der Fabrik Nestlé einen Besuch abzustatten. Diese übte eine große Gastfreundschaft, was wir an dieser Stelle lebhaft danken.

Gerne benützen wir den Anlaß hier bekannt zu geben, daß eine ganze Reihe von Firmen unsere Hebammen mit Geschenken bedacht haben. So wie bereits erwähnt, die Firma Nestlé mit Trockenmilch und je zwei reizenden silbernen Kaffeelöffeln; die Firma Galactina, Bern, überwies Fr. 100.— in bar für Unterstützungszwecke, nebst Biscuit; Wander A.-G. in Bern lieferte Eulenin-Crème; die Firma Geschwister Meier in Lengzburg schenkte Meierisli-Kindermehl; Singer in Basel lieferte ihren Singerszwieback und die Sociéte Suisse d'Antiseptie in Lausanne brachte sich mit Lysoformseife und flüchtigem Lysoform in Erinnerung.

Allen Spenden sei namens der damit Beschenkten herzlichster Dank. — Ueber den geschäftlichen Verlauf des Hebammentages wird später eingehend berichtet werden, weshalb wir uns mit dem Mitgeteilten begnügen. Alles in Allem kann gesagt werden, daß alle sich gerne an die Lausanner-Tage erinnern werden. Hoffen wir nur, auch unsere weltlichen Kolleginnen möchten sich unserer Meinung anschließen können. Und nun auf frohes Wiedersehen in Basel!

Noch haben wir das Vergnügen, unsern Mitgliedern zur Kenntnis zu bringen, daß unsere Kolleginnen, Frl. Emma Hoch, in Biesstal, und Frau Theresia Vogel geb. Hostenstein in St. Gallen, das 50-jährige Dienstjubiläum; Frau Anna Meier-Denzler in Wollishofen-Zürich das 40-jährige Dienstjubiläum, feiern konnten.

Wir entbieten beiden Jubilarinnen die herzlichsten Gratulationen zu diesem ihrem Ehrentage und verbinden damit die besten Wünsche für ihr ferneres Wohlergehen.

Schaffhausen, den 12. Juni 1926.

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin: Die Sekretärin:  
 Frau R. Sorg-Hörler, E. Schnezler,  
 Vordersteig 4, Schaffhausen. Feuerthalen.

Von der Firma Henkel & Co., Basel ist uns erfreulicherweise auch dieses Jahr wieder die schöne Summe von Fr. 100.— zur Verfügung gestellt worden.

Wir benützen gerne den Anlaß auch an dieser Stelle diese Gabe aufs herzlichste zu danken. Schaffhausen, den 3. Juli 1926.

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin: Die Sekretärin:  
 Frau R. Sorg-Hörler, E. Schnezler,  
 Vordersteig 4, Schaffhausen. Feuerthalen.

**Krankenkasse.**

Erkrankte Mitglieder:

- Schwester Luggi Meier von Nehen (Basel).
- Frau Rittler, Bözen (Aargau).
- Frau Haas, Basel.
- Frau Wettstein, Mellingen, z. Z. Mägenwil (Aargau)
- Frau Hatt, Hemmenthal (Schaffhausen).
- Frau Manser, Wülflingen (Zürich).
- Frau Hofli, Zeihen (Aargau).
- Frl. Ida Martin, Füllinsdorf (Baselland).
- Frau Lüthi, Schöftland (Aargau).
- Frau Schneider, Bümpliz (Bern).
- Frau Hühn, Thalwil (Zürich).
- Frau Simmen, Zürich.
- Frau Schuler, Rothenturm (Schwyz).
- Frau Meister, Bern.
- Frau Müller, Balsthal (Solothurn).
- Frau Holzer-Erpf, Rorschacherberg (St. Gallen).
- Frl. Stroz, Uznach (St. Gallen).
- Frau Gysin, Pratteln (Baselland).
- Frau Portmann, Romanshorn (Thurgau).
- Frau Casliich, Uetikon a. See (Zürich).
- Frau Goldinger, Pratteln (Baselland).
- Frau Bur, Selzach (Solothurn).
- Frau Bill-Ruprecht, Biel (Bern).
- Frl. Pochung, Münchenbuchsee (Bern).
- Frau Zill, Fleurier (Neuchâtel).
- Frau Moor, Hendtschiken (Aargau).
- Frau Müller, Oberdorf (Solothurn).
- Frau Schmid, Erstfeld (Uri).
- Mme Julie Burnand, Prilly (Waadt).
- Frau Verta Hauri, Embrach (Zürich).

Angemeldete Wöchnerinnen:

- Frau Großenbacher-Wyß, Affoltern i. C. (Bern).

Nr.-Nr. Eintritte:

- 347 Frau Hilda Schöni-Ipsenschmid, Niederjcherli (Bern). 9. Juni 1926.
- 148 Frau Sophie Ackermann, Mörtschwil (St. Gallen). 23. Juni 1926.
- 8 Mme Lina Debantherg, Viffoiz (Wallis). 3. Juli 1926.

Seien Sie uns herzlich willkommen!

Die Krankenkassekommission in Winterthur:

- Frau Akeret, Präsidentin.
- Frl. Emma Kirchofer, Kassierin.
- Frl. Rosa Manz, Aktuarin.

**Schweizer Hebammen!** Berücksichtigt bei Euern Einkäufen und empfiehlt fortgesetzt die in der „Schweizer Hebamme“ inserierenden Firmen!

