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: 57 (1959)

Heft: 6

Artikel: Fibrinogenmangel als Ursache von Geburtsblutungen

Autor: Herrmann, U.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951533

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

Fibrinogenmangel als Ursache von Geburtsblutungen

Von PD Dr. med. U. Herrmann, Biel

Die Bemühungen, die mütterliche Sterblichkeit zu senken, haben zu bedeutenden Fortschritten geführt. Dank der Einführung der Asepsis und der modernen Chemotherapie konnte die Zahl der Infektionstodesfälle (Kindbettfieber, Puerperalsepsis) wesentlich reduziert werden. Bei den Toxikosen vermochte die ärztliche Ueberwachung in der Schwangerschaft im Verein mit neuen Medikamenten eine Besserung herbeizuführen. In der operativen Geburtshilfe ist dank verbesserter Narkosentechnik eine optimistischere Prognose möglich. Geburtshilfliche Blutungen, die vor der Aera der großzügigen Anwendung von Blut- oder Blutersatz in einem beträchtlichen Prozentsatz infolge Kollaps oder Schock zum Tode führten, lassen sich heute in den meisten Fällen beherrschen, indem durch gut organisierte Blutbanken (Schweizerisches Rotes Kreuz) Blutkonserven zur sofortigen Verfügung bereit stehen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn heute geburtshilfliche Blutungen irgendeiner Art nicht mehr dermaßen alarmierend wirken wie früher. Insbesondere gibt die Kenntnis von Blutgruppe und Rhesusfaktor der Gebärenden — es gilt heute als selbstverständlich, daß Blutgruppe und Rhesusfaktor im Zeitpunkt der Geburt bestimmt sind — den in der Geburtshilfe Tätigen eine beruhigende Sicherheit, vor allem bei Entbindungen in der Klinik. Wenn z. B. eine Patientin wegen vorzeitiger Lösung der Plazenta schockiert ist oder in der Nachgeburtperiode 1000 Gramm oder mehr Blut verliert, wird einfach eine Transfusion angelegt. Tatsächlich lassen sich so in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schock- oder Kollapszustände verhüten oder beheben. Die Gewißheit, mit Blut oder Blutersatz jederzeit die Möglichkeit zu haben, den Kreislauf sofort wieder auffüllen zu können, ist aber in mancher Hinsicht gefährlich. So leidet vielfach die sorgfältige klinische Beobachtung, auf die früher mit Recht großes Gewicht gelegt wurde. Ueberdies wird nicht mit der Möglichkeit gerechnet, daß bestimmte geburtshilfliche Blutungen, und zwar nicht nur bei Plazenta praevia, auch bei den heutigen therapeutischen Möglichkeiten höchste Gefahr für Mutter und Kind bedeuten können. Es möge dies ein kürzlich beobachteter Fall zeigen, dessen Eigentümlichkeiten in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht von großem Interesse sind.

Eine 27jährige II. Para — erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren ohne Komplikationen verlaufen — wurde uns als Notfall drei Wochen vor errechnetem Termin zugewiesen. Der bisherige Schwangerschaftsverlauf war vollständig normal gewesen, insbesondere bestanden keine Oedeme, keine Albuminurie und keine Blutdruckerhöhung. Plötzlich setzten heftige Abdominalschmerzen ein, die Patientin hatte Brechreiz und mußte später wiederholt erbrechen. Daneben wies sie starke Kopfschmerzen auf. Kurz nach Einsetzen des akuten Krankheitsgeschehens kam es zu einer zunächst leichten, später stärkeren Genitalblutung. Bei der Klinikaufnahme war die Patientin sehr blaß, sie schwitzte am ganzen Körper und hatte deutlichen Lufthunger. Der Puls war sehr schnell, kaum fühlbar. Das Abdomen erschien kugelig aufgetrieben, der Uterus war steinhart und außerordentlich druckempfindlich. Herztöne konnten nicht mehr gehört werden. Bei der rektalen Untersuchung fand sich eine erhaltene Portio und ein geschlossener Muttermund. Der Blutdruck betrug 155/110. Eiweiß im Urin + +, im Sediment hyaline Zylinder. Haemoglobin 70 Prozent, Blutgruppe 0, Rhesus positiv.

Der plötzliche Beginn, die Spannung und Schmerzhaftigkeit des Leibes, der schockähnliche Allgemeinzustand, die Albuminurie, der erhöhte Blutdruck und die Kopfschmerzen führten zu der Diagnose: *vorzeitige Lösung der Plazenta vom normalen Sitz bei komplizierter Schwangerschaftstoxikose.*

Wegen des bedrohlichen Zustandes mußte aus vitaler mütterlicher Indikation heraus die sofortige Schnittentbindung beschlossen werden, obschon das Kind wahrscheinlich schon abgestorben war.

Bereits nach den Blutentnahmen aus der Fingerbeere (Hämoglobinbestimmung) und der Ellbogenvene (Bestimmung des Fibrinogens) fiel eine mangelhafte Blutstillung auf: es blutete aus den kleinen Blutentnahmestellen dauernd weiter, so daß Kompressionsverbände angelegt werden mußten.

Die Sectio wurde in Allgemeinnarkose (Intubation) unter gleichzeitiger Transfusion von gruppen- und rhesusgleichem Konservenblut vorgenommen. Bereits bei der Eröffnung des Abdomens fiel wiederum eine außerordentliche Blutungstendenz auf. Es war unmöglich, alle kleinen Gefäße, die bluteten, zu unterbinden. Der Uterus war straff gespannt. Nach seiner Eröffnung wurde die Fruchtblase gesprengt, wobei sich massenhaft Fruchtwasser und Blut entleerten. Das Kind war frischtot und wies keine Herzaktionen mehr auf. Die Plazenta lag lose im Uterus und wurde entfernt. Trotz guter Kontraktion des Uterus bestand weiterhin starke Blutung. Die Vorderfläche des Uterus, der Haftstelle der Nachgeburt entsprechend, war bläulich bis weißlich marmoriert. Es hatte also eine *utero-plazentare Apoplexie* bestanden.

Trotz beschleunigter Transfusion sistierte die uterine Blutung nicht. Insbesondere fiel auch bei der Naht des Uterus auf, daß es aus jedem Stichkanal blutete. Umstechungsnähte führten nicht zum Ziel, da auch hier jede Einstichstelle weiter blutete, wobei das Blut nicht gerann, sondern flüssig blieb.

Bei dieser Sachlage mußte eine Entscheidung getroffen werden. Früher, vor der Kenntnis der Fibrinogenmangelkrankheiten, hätte zur Beherrschung der Blutung die supravaginale Uterusamputation ausgeführt werden müssen. Heute stehen uns aber Möglichkeiten einer konservativen Behandlung zur Verfügung, die uns erlauben, verstümmelnde Operationen, die besonders eine weitere Fruchtbarkeit ausschließen (supravaginale Uterusamputation!) zu umgehen. Während der Operation wurde uns das Resultat der Fibrinogenbestimmung bekannt gegeben; das Blut der Patientin hatte einen Fibrinogengehalt von nur 30 mg %, gegenüber Normalwerten von 200 bis 400 mg %. Die Blutgerinnungsstörung war damit erklärt; es handelte sich um eine *Afibrinogenaemie*, um einen außerordentlich starken Fibrinogenmangel. Da wir in der Klinik ständig eine Reserve von Fibrinogen besitzen, waren wir in der Lage, sofort das fehlende Fibrinogen zu ersetzen. Wir infundierten total 4 Gramm. Der Effekt zeigte sich schlagartig, die Genitalblutung sistierte, die Nahtstellen am Uterus hörten auf zu bluten und wir konnten das Abdomen primär schließen.

Im postoperativen Verlauf stellten sich keine Komplikationen ein. Die Toxikose besserte rasch durch entsprechende Maßnahmen (Serpasil, Traubenzucker). Die Blutgerinnungsstörung blieb behoben, wie noch mehrfach vorgenommene Fibrinogenbestimmungen zeigten.

Die drei obgenannten Diagnosen (vorzeitige Lösung der Plazenta vom normalen Sitz, uteroplazentare Apoplexie, Afibrinogenaemie) bezeichnen eng zusammengehörende Zustände. Es sind gleichsam die drei sich steigernden Akte im blitzschnellen Ablauf der dramatischen Ereignisse.

1. *Die vorzeitige Lösung der Plazenta vom normalen Sitz* ist kein seltenes Vorkommnis und wird nach verschiedenen Angaben einmal unter etwa hundert bis tausend Geburten beobachtet. Sie beginnt mit der Bildung eines retroplazentaren Haematoms. Die Symptomatik ist in ihrer Intensität recht unterschiedlich. Man findet von leichten, eventuell symptomlosen, bis zu schwersten, schockauslösenden Fällen alle Uebergänge. Als Ursache besteht meist eine Toxikose.
2. Sehr schwere Fälle von vorzeitiger Plazentarlösung können in der Form verlaufen, daß sich das ausgetretene Blut durch die Muskelfasern der Gebärmutter durchwühlt und den Uterus haemorrhagisch infarziert. Dieses Krankheitsbild wird als *utero-plazentare Apoplexie* bezeichnet. Wenn sich auch in zahlreichen Fällen diese Blutungen in der Muskulatur spontan zurückbilden, besteht doch vielfach die Gefahr, daß die geschädigte Muskulatur ihre Kontraktionsfähigkeit verliert und daß es zu schweren atonischen Nachblutungen kommt. Deshalb muß oft der Uterus sofort exstirpiert werden.
3. Am interessantesten und bisher am wenigsten bekannt ist der Umstand, daß die vorzeitige Lösung der Plazenta mit Störungen der Blutgerinnung einhergehen kann, glücklicherweise ein recht seltenes Ereignis. Eingehende Untersuchungen haben gezeigt, daß es sich dabei um einen *Mangel oder ein Fehlen des Fibrinogens* handelt, wobei häufig gleichzeitig die Zahl der Blutplättchen vermindert ist (Thrombocytopenie).

Die Physiologie der Blutgerinnung ist eine höchst komplizierte Spezialwissenschaft geworden, auf die hier unmöglich näher eingetreten werden kann. Die Erforschung der geburtshilflichen Blutgerinnungsstörungen befindet sich noch in den Anfängen. Man stellt sich ihre Entstehung bei der vorzeitigen Plazentarlösung folgendermaßen vor: Plazenta und Decidua sind Gewebe von hohem Thromboplastingehalt (ein Faktor, der das Blut zum Gerinnen bringt; er wird frei, sobald Gewebe verletzt wird und führt zur Gerinnung des Blutes und damit zur Blutstillung, z. B. bei einer gewöhnlichen Schnittwunde). Bei der vorzeitigen Lösung

---

Erwecke die Gabe, die in dir ist

2. Tim. 1.6

Wir haben alle schon Menschen gesehen, die in ihrer geistigen Entwicklung stehen geblieben sind. Meist werden sie in einer Anstalt für geistig Minderwertige untergebracht und fristen dort ihr Dasein. Wer einen Blick in solche Anstalten getan hat, dem legt sich's wie ein Alp auf die Seele. Wie schrecklich, so stehen zu bleiben, welches Mißverhältnis, diese ausgewachsenen Körper und diese unentwickelten, verkümmerten Geister!

Und nun seht, Freunde, so muß es Gott zumute sein, wenn er auf seine Kinder auf Erden schaut. Wie haben sie sich äußerlich gemacht, groß und stark sind sie geworden, und ihre Kultur hat ungeahnte Höhen erreicht. Aber ach, das Innere, das Ewige, das ist stehen geblieben, das ist verkümmert und verkrüppelt. Und nun ist da ein unerträgliches Mißverhältnis zwischen Innen und Außen, und Gott muß sich seiner Kinder schämen. Als sein Ebenbild hat er uns gemacht und seine Gaben hat er in uns gelegt; wir aber haben sie nicht geachtet, und so ist aus diesem Ebenbild Gottes eine häßliche Karrikatur geworden.

Aber, Freunde, es ist nicht ganz hoffnungslos. Wo auch nur ein bißchen Glut ist, da kann sie zur Flamme angefacht werden. Aber dreierlei muß geschehen, daß der Funke wieder sich entfacht. Erstens: Die Asche muß weg, die ihn ersticken will. Asche, das sind Sünden, unverbrannte Rückstände von früher her, die zu verzehren das Feuer unserer Seele zu schwach war. Zweitens: Brennmaterial muß her. Und da müssen wir es machen wie der Weingärtner, der alles Unkraut umgräbt und alle wertlosen Schädlinge, die er abschnitt, sammelt und damit in seinem Weinberg ein prasselndes Feuer entzündet. Wir müssen mit all dem Unkraut, das auf unserem Acker gewuchert hat, das Feuer nähren, in dem wir die Früchte unseres neuen Pfingsten Gott darbringen. Und drittens: Sauerstoff muß her. Das heißt, wir müssen Gott um seinen heiligen Geist bitten und ihm sagen: «Sieh, da ist noch ein Fünklein von dir, wir haben es aus der erstickenden Asche gerettet. Und da ist auch all das wuchernde Unkraut von unserem Acker: Weltliebe, Fleischesliebe, Ichliebe, und wie die schlimmen Pflanzen heißen. Nun sende deinen heiligen Geist, daß der Funke auflodere und prasselnd ins dürre Unkraut fahre und alles verzehre, was vor dir nicht gilt».

Aus: «Andachten» von W. J. Oehler

SCHWEIZERHAUS

Spezialprodukte für

Säuglings- und Kinderpflege

Dr. Gubser-Knoch AG. Schweizerhaus, Glarus
zuverlässige Heil- und Vorbeugungsmittel für die Pflege des Säuglings und des Kleinkindes. Tausendfach erprobt und bewährt.

werden Plazenta und Decidua verletzt. Das frei gewordene Thromboplastin tritt in das retroplaplazentare Hämatom über und wird, falls dieses durch das nachströmende arterielle Blut unter Druck steht, in die mütterliche Blutbahn gepumpt. Hier verbindet es sich mit dem im zirkulierenden Blut vorhandenen Fibrinogen und fällt zum fädigen, geflechtartigen Fibrin aus, einem wichtigen Bestandteil der Blutgerinnsel. Das Fehlen des ausgefällten Fibrinogens führt dann zur Ungerinnbarkeit des Blutes. Auch ohne genaue Blutanalysen, die ein speziell eingerichtetes Labor erfordern, läßt sich diese Ungerinnbarkeit feststellen, indem das entleerte Blut keine Gerinnungsneigung zeigt, sondern flüssig bleibt, wie das auch in unserem Fall zu beobachten war.

Die Ursachen der Fibrinogenmangelkrankheiten sind noch nicht restlos abgeklärt. Ganz allgemein treten Afibrinogenämien bei den Zuständen auf, die sich durch Offenbleiben der Venen (wehenloser Uterus), Druckerhöhung im Uterus (Volumenvermehrung des Inhalts) und Freisetzung von Gewebeextrakt (Verletzungen oder Absterben von Gewebe) auszeichnen. Folgende Begebenheiten können damit zum Fibrinogenmangel führen:

1. *die vorzeitige Lösung der Plazenta vom normalen Sitz.* Dieses Krankheitsbild ist die klassische und häufigste Ursache des erniedrigten Fibrinogengehaltes des mütterlichen Blutes.
2. *Intrauteriner Fruchttod.* Bei intrauterin-mazerierter Totgeburt stirbt das Kind frühzeitig ab, meist infolge Rhesussensibilisierung der Mutter und der tote Fötus wird im Uterus zurückbehalten, wobei durch langsame Zersetzung ein sukzessiver Uebertritt von Zersetzungsprodukten in den mütterlichen Kreislauf stattfinden kann. Diese Zersetzungsprodukte lösen das Fibrinogen im mütterlichen Blut auf. Die Entwicklung des Fibrinogendefizits verläuft hier also nach einem etwas anderen Mechanismus als bei der vorzeitigen Lösung. Am Rande sei vermerkt, daß auch zu Beginn der Schwangerschaft bei abgestorbenen und retinierten Föten Fibrinogenmangel entstehen kann.
3. *Fruchtwasserembolien.* Es handelt sich bei diesem Krankheitsbild um eine Einschwemmung von geformten Elementen des Fruchtwassers in den mütterlichen Kreislauf bei Zerreißung von Blutgefäßen im Laufe der Wehentätigkeit. Diese Elemente gelangen durch den Blutstrom in die Lunge und führen zum typischen Bild der Lungenembolie.
4. *Retention von Plazentarresten.* Bekanntlich führt die Retention von Plazentarresten im früheren oder späteren Verlauf des Wochenbettes zu Blutungen verschiedener Intensität. Da es bei Plazentarresten zu einem Absinken der Fibrinogenwerte kommen kann, sind die Blutungen außerordentlich gefährlich; bei Nichterkennen der Ursache der Blutungen und bei Unmöglichkeit der Fibrinogenzufuhr können die Blutungen den Tod der Mutter herbeiführen.
5. *Schwangerschaftstoxikosen.* Eklampsie oder Präeklampsie sind gelegentlich mit Fibrinogenmangel begleitet. Aus diesem Grunde empfiehlt sich in diesen Fällen eine routinemäßige Bestimmung des Fibrinogengehaltes des mütterlichen Blutes.
6. *Normale Geburten.* Sehr selten beobachtet man erniedrigte Fibrinogenwerte auch bei normalen Geburten.

Vollständigkeitshalber sei erwähnt, daß Fibrinogenmangel auch außerhalb der Gestation vorkommen kann, so bei *bösartigen Geschwülsten, bei bestimmten Blutkrankheiten und bei Schockzuständen* (Operationen, Elektrizität, Verbrennungen usw.).

Wir haben oben erwähnt, daß die Ursachen des Fibrinogenmangels noch nicht restlos geklärt sind. Aus den zahlreichen Erklärungsversuchen haben wir die zwei wichtigsten, die wahrscheinlich am ehesten zutreffen, bereits kurz herausgestellt. Nach der ersten Hypothese — sie trifft vermutlich besonders für die vorzeitige Lösung zu — wird durch den gerinnungsfördernden Faktor Thromboplastin das Fibrinogen des mütterlichen Kreislaufes zum fädigen Fibrin ausgefällt, und zwar im Kreislauf selbst. Dadurch fehlt nun dem mütterlichen Blut das Fibrinogen, das bei der Geburt normalerweise in einer Gesamtmenge von 10 bis 20 Gramm vorhanden ist. Wenn das Fibrinogen aus der Blutbahn verschwunden ist, kann eine Gerinnung nicht mehr zustande kommen. Daß das Fibrinogen in den Gefäßen selbst zu Fibrin umgewandelt wird geht daraus hervor, daß sich nicht selten Fibrin in Form von kleinsten Embolien oder Thromben in den Lungenkapillaren und in den Uterusgefäßen nachweisen läßt. Die Entstehung von Gerinnseln in der Blutbahn ruft nun ihrerseits im Organismus Abwehrreaktionen hervor: es werden fibrinauflösende Fermentsysteme des Blutes aktiviert, die eventuell bereits entstandene Thromben wieder auflösen. Diese Fermentsysteme zerstören aber wahrscheinlich noch zusätzlich das restliche Fibrinogen, wodurch die Ungerinnbarkeit sekundär noch beschleunigt wird.

Als zweite Erklärungsmöglichkeit kommt eine primäre Fibrinogenauflösung durch besondere Fermente in Frage. Wie bereits erwähnt, enthalten Nachgeburt und Decidua reichlich solche Stoffe. Gelangen sie in den mütterlichen Kreislauf, etwa bei abgestorbenen Föten, ferner auch bei der vorzeitigen Lösung der Plazenta, dann wird das

Die Verdauungskraft des Säuglings wächst rasch.

Mit ihr muss auch die Nahrung Schritt halten.

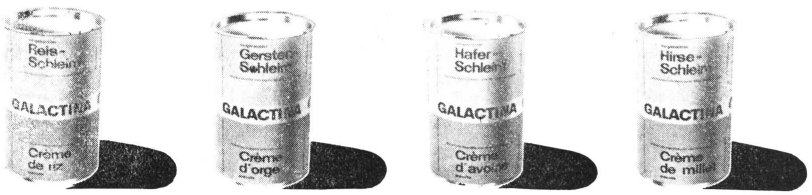
Die 4 GALACTINA-Schleimpräparate ermöglichen diese schrittweise Anpassung schon in den ersten drei Lebensmonaten. Beginnend mit dem besonders leichtverdaulichen Reisschleim, sobald als möglich zu den gehaltreichen Vollkornschleimen aus Gerste, Hafer und Hirse übergehend – so bieten wir dem Kindlein eine Nahrung, die seinen Bedürfnissen optimal entspricht.

Reisschleim
die bewährte, leichtverdauliche Anfangsnahrung

Gerstenschleim
als Übergang zu den gehaltreicheren Schleimsorten

Haferschleim
ein nährstoffreicher Schoppen vom 2. Monat an

Hirseschleim
zum Abwechseln, besonders wertvoll für Ekzemkinder



Fibrinogen des mütterlichen Blutes abgebaut und damit die Blutgerinnung mehr oder weniger stark beeinträchtigt.

Die Gerinnungshemmung kann sich klinisch verschieden manifestieren. In leichten Fällen braucht sie zunächst gar nicht zutage zu treten. Sie äußert sich meist erst, wenn eine Wunde vorhanden ist, z. B. bei der Geburt eben in der Gebärmutter. Es kann aber auch irgendeine andere Verletzung diesen Zustand aufdecken (z. B. eine Zahnextraktion). In schweren Fällen dagegen fällt vor allem ein Schockzustand auf, der in keinem Verhältnis zur verlorenen Blutmenge stehen muß und der in allerschwersten Fällen sogar der Blutung nach außen voranzugehen pflegt. Man bekommt den Eindruck, daß der Organismus durch tiefgreifende Veränderungen, in deren Gefolge es zu der Blutungsneigung kommt, erschüttert wird.

Die Behandlung besteht in Bluttransfusionen im Ersatz des verlorenen Fibrinogens. Bluttransfusionen (Konservenblut oder Frischblut) dienen zur Auffüllung des Kreislaufs und damit zur Verhinderung oder Behebung von Kollaps- oder Schockzuständen. Sowohl Konserven- wie Frischblut enthalten aber viel zu wenig Fibrinogen, um das fehlende oder verminderte Fibrinogen zu ersetzen. Es sei nachdrücklich betont, daß das auch für Frischblut gilt. Es bedeutet deshalb einen gewaltigen Fortschritt, wenn wir heute in der Schweiz Fibrinogen in Konservenform zur Verfügung haben (hergestellt durch den Blutspendedienst des Schweiz. Roten Kreuzes. Die Haltbarkeit ist sehr gut, weswegen das Fibrinogen in Kliniken beliebig lange in Reserve behalten werden kann). Durch intravenöse Zufuhr von 2 bis 12 Gramm Human-Fibrinogen erreichen wir schlagartige Erfolge; das Blut wird wieder gerinnbar und die Blutungen kommen zum Stehen. Falls keine Fibrinogen-Konserven zur Verfügung stehen, kann als Fibrinogenquelle doppelt konzentriertes Plasma verwendet werden. Die Transfusion von Fibrinogen ist aber der Plasmainfusion weit überlegen.

Abschließend sei festgehalten, daß bei Geburtsblutungen immer an die Möglichkeit des Bestehens eines Fibrinogenmangels gedacht werden muß und daß bei rechtzeitigem Erkennen die Zufuhr von Fibrinogen großartiges leistet. Man darf ruhig behaupten, daß dank Fibrinogen zahlreiche Frauen vor dem sicheren Tod bewahrt werden können.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:
Frau R. Wüthrich-Zaugg, Bellach SO
Telephon (065) 2 44 41
Krankenkasse-Präsidentin:
Frau G. Helfenstein, Oberfeldstr. 73, Winterthur
Telephon (052) 2 45 00
Hilfsfonds-Präsidentin:
Frau J. Glettig, Heb., Laubstenstr. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 93 08 77

ZENTRALVORSTAND

Einladung

zur 66. Delegiertenversammlung in Winterthur
Montag und Dienstag, den 22./23. Juni 1959

Traktanden

1. Begrüßung durch die Zentralpräsidentin.
2. Appell.
3. Wahl der Stimmenzählerinnen.
4. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 1958.
5. Jahresbericht pro 1958:
   a) des Hebammenverbandes
   b) der Stellenvermittlung
   c) des Hilfsfonds
   d) des Zeitungsunternehmens.
6. Jahresrechnung der Zentralkasse pro 1958 und Revisorinnenbericht.
7. Jahresrechnung des Zeitungsunternehmens pro 1958 und Revisorinnenbericht.
8. Bericht der Sektionen Freiburg und Unterwalden.
9. Wahlen:
   a) eines Mitgliedes (Präsidentin) der Zeitungskommission
   b) Revisionssektion für die Zentralkasse
   c) Revisionssektion für die Zeitschrift «Die Schweizer Hebamme»
   d) der beiden Sektionen zur Unterbreitung des Sektionsberichtes.
10. Anträge.
    a) *Sektion Romande:*
    Der Sektionsname «Romande» soll durch den Namen «Vaudoise» ersetzt werden.
    Begründung: Genf und Neuenburg haben ihre eigene Sektion gegründet. Die Mitglieder dieser Kantone gehörten zur Sektion Romande. Infolge der Neugründung gingen die betreffenden Mitglieder uns verloren.
    b) *Sektion Bern:*
    Das Honorar der Zeitungskommission sowie der Redaktorin soll erhöht werden.
    Begründung: 1. Die Kassierin sollte für ihre große Arbeit unbedingt besser entschädigt werden. Das bisherige Honorar von Fr. 200.— entspricht den heutigen Verhältnissen in keiner Weise und sollte auf Fr. 500.— erhöht werden.
    2. Das Honorar der Redaktorin beträgt seit dem Jahre 1903 Fr. 600.—. Wir beantragen eine Erhöhung auf Fr. 1000.—.
    c) *Sektion Bern:*
    1. Festsetzung eines Höchsttarifes der Festkarten für die Delegiertenversammlung.
    2. Haftgeld bei unbegründetem Wegbleiben an der Delegiertenversammlung.
    Begründung: 1. Es ist eine Gefahr da, daß eine Sektion die andere überbietet mit ihren Darbietungen und doch ist nach dem geschäftlichen Teil nicht das die Hauptsache, sondern gegenseitiges sichkennen-lernen und Gedankenaustausch.
    2. Ausbleiben der angemeldeten Kolleginnen kann eine kleine Sektion in unangenehme Situationen bringen.
    d) *Zentralvorstand:*
    Der Revisorin der Zentralkasse soll ein Taggeld von Fr. 20.— ausbezahlt werden mit Rückwirkung auf 1. Januar 1959.
    Begründung: Nachdem die Delegiertenversammlung letztes Jahr der Revisorin der Krankenkasse für die Revision ein Taggeld zugesprochen hat, soll auch für die Revision der Zentralkasse ein solches bewilligt werden.
    e) *Zentralvorstand:*
    Beschlußfassung über die Teilnahme des Schweiz. Hebammenverbandes an der «Hyspa» (Ausstellung über Gesundheitspflege, Turnen und Sport im 20. Jahrhundert im Jahre 1961 in Bern.
    Begründung: Vom Rotkreuz-Chefarzt, Herrn Dr. med. H. Bürgi, wird die Teilnahme des Schweiz. Hebammenverbandes in der Sektion «Personal» an dieser Ausstellung gewünscht.
    f) *Zentralvorstand:*
    Der Saffa-Ueberschuß soll auf Fr. 3000.— aufgerundet und dem Hilfsfonds überwiesen werden.
    Begründung: Nachdem die Saffa-Abrechnung sehr befriedigend ausgefallen ist, so wäre es für den Zentralvorstand die schönste Anerkennung, den Erfolg seiner großen Arbeit im Dienste an seinen notleidenden Kolleginnen zu wissen.
11. Verschiedenes.

Jubilarinnen

Sektion Uri

Frau Hedwig Pflanzer-Herger, Schattdorf
Frau Babette Gisler-Arnold, Spiringen

Gott gebe ihnen weiterhin Gesundheit und Kraft mit auf den Lebensweg und schenke ihnen einen frohen und geruhsamen Lebensabend.

Eintritte

Sektion St. Gallen

25a Frau Rupper-Profos Hanna, geb. 5. April, St. Gallen

Wir heißen die Eintretende recht herzlich willkommen.

—

Zur Orientierung für Sektionen, die gerne nähere Auskunft über die «Hyspa» hätten, teilen wir mit, daß voraussichtlich alle Berufsverbände mitmachen an dieser Ausstellung. Im Falle der Hebammen-Verband sich auch dazu entschließt, übernimmt das Rote Kreuz die Kosten weitgehend. Sr. Elisabeth Grütter, die Delegierte des Hebammen-Verbandes in der Kommission für Hyspafragen wird an der Delegiertenversammlung gerne nähere Auskunft geben.

Für den Zentralvorstand

Die Präsidentin:	Die Aktuarin:
R. Wüthrich-Zaugg	*E. Stalder-Dellsperger*
Seidenweg	Gerlafingerstraße 96
Bellach	Kriegstetten

Gesunde Nahrung kann auch Heilmittel sein

Seit Jahrmillionen hat die Natur den Beweis erbracht, daß sie fähig ist, gesundes Leben hervorzubringen. Die Zivilisation hat uns zwar viele Annehmlichkeiten gebracht, dafür aber mußte der Mensch eine ganze Anzahl chronischer Krankheiten in Kauf nehmen. Der Zusammenhang zwischen den Zivilisationskrankheiten und der Entfernung von einer naturnahen Lebensweise und Ernährung ist heute absolut klar geworden. Mit Recht sagt Prof. Dr. med. Karl Kötschau: «Die Zivilisationsordnung ist nicht in erster Linie auf die Gesundheit der Lebewesen zugeschnitten, sondern paradoxerweise eher auf ihre Vernichtung. In der Zivilisationsordnung entscheiden weit mehr wirtschaftliche Gesichtspunkte als gesundheitliche». Die wirtschaftliche Rendite steht leider allzu oft über der gesundheitlichen Qualität.

Glücklicherweise trägt die Pionierarbeit einsichtiger Wissenschafter und Ärzte doch langsam ihre Früchte, und es sind heute Nahrungsmittel auf dem Markt, denen man volles Vertrauen entgegenbringen kann. Noch bleibt jedoch viel zu tun, denn noch immer sind allzu viele wesentliche Nahrungsmittel entwertet und mit teilweise sehr fragwürdigen und schädlichen Stoffen durchsetzt. Immer mehr achtet der Konsument auf Nahrungsmittel, die ihm eine Garantie für absolute Naturreinheit und für Vollwert bieten. In dieser Beziehung stehen Holle-Produkte an der Spitze, denn die Holle-Nährmittel sind nicht erst seit gestern naturrein, sondern waren es immer — aus der Überzeugung heraus, daß nur vollwertige Nahrung eine größtmögliche Gesundheit und Widerstandskraft bringen kann. Als Grundlage unserer Ernährung hat die Holle vor allem dem Brot volle Aufmerksamkeit gewidmet. Holle-Vollkorn-Brote aus dem Holzbackofen sind ein Begriff geworden, und sie gehören zum Besten auf diesem Gebiet. Alle Holle-Brote enthalten biologisch und biologisch-dynamisch gezogenen Weizen, geben starke Zähne und bewirken eine gesunde Verdauung. Auch Holle-Frischkorn-Flocken bieten ein Maximum an Naturreinheit und Vollwert. Es lassen sich damit viele schmackhafte Gerichte und vor allem auch ein hervorragendes Birchermüesli herstellen.

In der Erkenntnis, daß Vollwert-Nahrung schon beim Säugling beginnen muß, legte die Holle seit jeher größten Wert auf eine wirkliche Vollkorn-Kindernahrung, welche alle nötigen Vitamine und Aufbaustoffe in natürlicher Zusammensetzung enthält. Ein großer Fortschritt ist zum Beispiel auch der neue Holle-Vollreis-Schleim mit den natürlichen B-Vitaminen des vollen Reiskorns, die für den Säugling besonders wichtig sind. Holle-Vollkorn-Kindernahrung verzichtet bewußt auf Malzbestandteile, die das Kind nur unnötig dick machen. Dafür aber wird auf die rein natürlichen Aufbaustoffe größter Wert gelegt.

Leserinnen der «Schweizer Hebamme», die gerne mit Holle-Kindernahrungsmitteln Versuche machen möchten, erhalten von der Holle-Nährmittel KG, Arlesheim, Muster und Ernährungsplan. Verlangen Sie bitte auch die kostenlose Zustellung der interessanten, illustrierten Hauszeitschrift «Frau Holle».