

Urologische Komplikationen in der Gynäkologie und der Geburtshilfe

Autor(en): **Moser, R.H.**

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): **69 (1971)**

Heft 6

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950915>

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.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

Urologische Komplikationen in der Gynäkologie und der Geburtshilfe

Dr. R. H. Moser

Verletzungen der ableitenden Harnwege und deren Folgezustände stehen meistens im Zusammenhang mit grossen operativen Eingriffen beim Genitalkarzinom. Eine Harnleiter- oder Blasenverletzung bei einem gynäkologischen Eingriff wird in der Regel sofort erkannt, so dass sofort die richtige operative Korrekturmassnahme vorgenommen werden kann. Anders ist die Situation, wenn unglücklicherweise ein Ureter bei einer Massenligatur miterfasst wird. Es kommt zur Anurie auf der entsprechenden Seite, jedoch nicht zur Hydronephrosebildung, weil eine solche sich nur bei einer langsam zunehmenden Kompression des Ureters entwickelt. Patienten bei denen ein Ureter ligiert wurde, haben in der grossen Mehrzahl überhaupt keine Beschwerden. Wenn die Läsion festgestellt wird, ist es daher meist zu spät für eine plastische Korrekturoperation. Nach einer ausgedehnten Skelettierung des Harnleiters bei der Wertheim'schen Operation kann es zur Ureternekrose kommen. Solche entstehen häufig auch im Anschluss an Röntgenbestrahlungen wegen Genitalkarzinom. Anschliessend entwickelt sich ein retroperitonealer Abszess, der in die Vagina durchbrechen und eine Ureterovaginalfistel bilden kann.

Geburtshilfliche Verletzungen der Harnröhre und Harnblase können entstehen, wenn ein Missverhältnis zwischen dem Kopf des Kindes und dem Becken der Mutter besteht und die Geburt dadurch verzögert wird. Die Druckischämie der Harnröhre kann zur Nekrose führen. Auf diese Weise entstehen Harnröhren-Scheiden- oder Blasen-Scheiden-Fisteln. Ebenso kann eine falsch angelegte Zange zu Verletzungen der Blase oder der Harnröhre führen.

Beachtlich gross ist auch die Gruppe der Patienten, bei denen ungeschickte Manipulationen (Katheterismus) zu einer Traumatisierung der Harnröhre geführt haben. Die im Anschluss an eine Verletzung der Urethra auftretende Infektion kann schwere Komplikationen verursachen. Zum besseren Verständnis der *Pathologie* der ableitenden Harnwege folgt einleitend eine Schilderung der *normalen Anatomie* der Harnblase und der weiblichen Urethra.

Die Harnblase

Die Harnblase ist ein muskulöses Hohlorgan, das als Urinreservoir dient. Bei der Frau ist die hintere Blasenwand durch den Uterus eingedellt. Das Volumen der Harnblase beträgt beim Erwachsenen 400—500 ml. Die leere Blase liegt hinter der Symphyse im kleinen Becken; die gefüllte Blase überragt den oberen Rand der Symphyse und kann daher leicht palpirt und perkutiert werden. Bei Harnverhaltung kann die überdehnte Blase die Bauchdecken sichtbar vorwölben. Am sogenannten Blasenboden treten etwa 2,5 cm voneinander entfernt die beiden Ureter schräg von hinten in die Blase ein.

Ein komplizierter Verschlussapparat im Bereich des intramuralen Harnleiterabschnittes verhindert ein Zurückfliessen des Urins (vesiko-ureteraler Reflux). Bei der Frau liegt zwischen Blase und Rektum der Uterus und die Vagina. Das Blasen-dach und die Blasen-hinterwand sind von Peritoneum überzogen. Die Hinterfläche der Symphyse ist mit der Blase fest verbunden. Im gefüllten Zustand legt sich die Blase der Bauchwand an, wodurch sie gegebenenfalls leicht punktiert werden kann. Die Blasen-schleimhaut ist oberflächlich bedeckt von einem Uebergangsepithel, unter dem eine gut entwickelte Submukosa aus Bindegewebe und elastischen Fasern zu finden ist. Nach aussen schliessen sich drei Lagen glatter Muskulatur mit bestimmter schichtweiser Faserarchitektur an. Die Blasenwand ist von perivesikalem Fettgewebe umgeben, sowie kranial und an der Hinterwand von Peritoneum überzogen. Die arterielle Blutversorgung der Harnblase erfolgt zur Hauptsache aus Aesten der Arteria iliaca interna. Bei der Frau gehen auch Aeste der Arteriae uterinae und vaginales zur Blase. Der Rückfluss des venösen Blutes erfolgt über einen dichten Venenplexus in die Venae iliaca internae. Ausserdem verfügt die Blase über ein gut entwickeltes Lymphgefässsystem.

Die weibliche Urethra

Die weibliche Harnröhre verläuft bogenförmig unter der Symphyse und liegt vor der Vagina. Sie ist ca. 3,5 cm lang mit einem Durchmesser von 8 mm. Im äusseren Bereich ist sie mit Plattenepithel, in den inneren Abschnitten mit Uebergangsepithel ausgekleidet. Die Submukosa enthält ebenfalls Bindegewebe, elastische Fasern, sowie Venengeflechte und zahlreiche periurethrale Drüsen. Die wichtigsten sind die sogenannten Skene'schen Gänge, die sich zu beiden Seiten dicht oberhalb der äusseren Harnröhrenöffnung finden. An die Submukosa schliessen sich nach aussen eine innere und äussere Schicht glatter Muskulatur an. Die arterielle Blutversorgung der weiblichen Harnröhre erfolgt aus Aesten der Harnblase und der Vagina; der Abfluss über die entsprechenden Venen. Die Lymphgefässe münden in die inguinalen, subinguinalen und hypogastrischen Lymphknoten.

Verletzungen der Harnblase

Verletzungen der Harnblase durch vaginale geburtshilfliche Operationen (Vakuumentextraktion, Zange, Wendungen) sind ausserordentlich selten. Dagegen kommen gelegentlich unbeabsichtigte Läsionen bei Operationen im kleinen Becken oder bei Hernieoperationen vor. Bei primären gynäkologischen Erkrankungen (Adnexitis, Zervix- oder Korpuskarzinom) ist die Harnblase nicht selten mitbeteiligt, so dass es später zur Ausbildung von Blasen fisteln kommen kann. Die Blasenruptur durch äussere Einwirkungen (direkter Stoss) setzt eine volle Harnblase voraus. Durch den raschen Anstieg des intravesikalen Druckes kommt es zur Zerreiung der Blasenwand und zum Urinaustritt in die Bauchhöhle. Wenn die Verletzung nicht sofort erkannt und operativ versorgt wird und der Blaseninhalt infiziert ist, kann eine tödlich verlaufende Peritonitis entstehen. Bei Blasenverletzung durch Knochen-

splitter bei Beckenfrakturen handelt es sich meist um extravasikale Blasenrupturen, die zu einem Harnaustritt in das perivesikale Gewebe (Urinphlegmone) führen. Rupturen und Perforationen der Harnblase sind lebensgefährliche Verletzungen, sofern sie nicht unverzüglich operativ behandelt werden.

Verletzungen der Urethra

Es handelt sich dabei um Quetschungen, Einrisse oder gänzlichen Abriss der Harnröhre. Solche Verletzungen ernster Natur sind vielfach Begleiterscheinungen bei Beckenfrakturen. Geburtshilfliche Verletzungen der Harnröhre sind sehr selten. Sie können zustande kommen durch ein Missverhältnis zwischen dem Kopf des Kindes und dem Becken der Mutter. Wenn dadurch die Geburt verzögert wird, kommt es zu einer Druckischämie der Harnröhre. Wie jedes Organ besitzt auch die Urethra eine Ischämietoleranzlimite. Wird diese zeitlich überschritten, kommt es unweigerlich zur Nekrose und Entstehung einer Harnröhren-Scheidenfistel. Es sind einzelne Fälle von Verletzungen der Harnröhre durch eine falsch angelegte Zange bei Zangenextraktionen bekannt. Verletzungen der Urethra müssen sofort operativ saniert werden.

Durch geburtshilfliche Traumen, ferner infolge von operativen Eingriffen sowie durch abnorme Dehnung der Harnröhre (zu dicke Katheter!), dann aber auch bei Prolaps und Ablösung der Urethra von der Unterlage, kommt es häufig zu einer Schwächung des *Blasenverschlussapparates*, bei dem es sich um ein sehr kompliziertes System einzelner Verschlusselemente handelt.

Werden die erwähnten Elemente offen oder submukös verletzt, so resultiert daraus eine *Inkontinenz*, wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine relative Inkontinenz handelt, indem noch eine gewisse Miktion möglich ist.

Durch die starke Belastung des Stützgewebes der Harnröhre und des Blasenbodens während der Geburt entsteht vielfach eine bleibende Schwächung des Beckenbodens. Die Urethra und die Blase senken sich in die Vagina, wodurch es zur Ausbildung einer Urethrozele bzw. Zystozele kommt. Daraus resultiert die sogenannte *Stressinkontinenz*, mit unfreiwilligem Urinabgang beim Niessen, Husten, Lachen, Treppensteigen etc. Die lästigen Erscheinungen dieses Zustandes lassen sich durch entsprechende gynäkologische Operationen beseitigen (Trigonum-Plastik, vordere Kolporhapie, Marshall-Marchetti). Bei diesen Operationen wird eine Hebung der Harnröhre und des Blasenbodens oder eine Aufhängung und Fixation des Blasenhalbes angestrebt.

Nicht zu vernachlässigen sind die Läsionen der Harnröhre durch ungeschickte Manipulation sowie Traumatisierung durch zu dicken Katheter. Bei Verwendung zu dicker Katheter (über Charrière 20) kann die normale Sekretion der Urethral Schleimhaut, die durch einen Dauerkatheter wesentlich vermehrt wird, nicht mehr neben dem Katheter nach aussen abfließen. Dadurch entwickelt sich bald eine schwere Urethritis purulenta. Verletzungen der Urethra beim Katheterismus entstehen in der grossen Mehrzahl der Fälle durch Forzierung. Läsionen der Harnröhre bedeuten für den Patienten grundsätzlich eine erhebliche Gefahr, da die später entstehenden Strikturen meist nur operativ korrigiert werden können. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Wahl geeigneter Katheter beim Katheterismus ausserordentlich wichtig ist. Katheter mit zu grossem Kaliber (über Charrière 20) können bereits Anlass zu schweren Urethritiden, Abszessbildungen und späteren Strikturen sein.

Der Blasenverschlussapparat

A. Urethra

1. Schleimhautfalten («Verzahnungsmechanismus»), «Uvula» am Blasenausgang (in 40—50 Prozent).
2. Kavernoöses Venengeflecht am Blasenhalbes («Schwellkörper»).
3. Elastische Fasern in der Submucosa.
4. Von der Blase auf die Urethra übergehende Spiral- und Längszüge glatter Muskelfasern («Lissosphinkter»).

B. Paraurethrales Gewebe

1. *Quergestreifte Muskulatur des Beckenbodens* (wichtig namentlich für den willkürlichen Verschluss der Blase).
 - a) Diaphragma pelvis (M. levator ani mit Faszie)
 - b) Diaphragma urogenitale, sog. «Rhabdosphinkter» (M. transversus perinei profundus)
 - c) M. bulbocavernosus mit Faszie
2. *Bindegewebige Fixation der Urethra an der Umgebung*
 - a) Tractus pubo-urethralis-vesicalis
 - b) Fascia pubo-vesico-cervicalis
 - c) Parakolpium

C. Die durch die Blasenfüllung zunehmende Abnickung der Urethra gegenüber der Harnblase.

Folgezustände nach Verletzungen der Blase und der Urethra

Verletzungen der ableitenden Harnwege stellen die häufigste Ursache für unfreiwilligen Urinabgang dar. Es kann sich dabei um Läsionen verschiedenster Art handeln, wie z. B. Schädigung des Blasenverschlussapparates, dann um Fistelbildungen, und ferner um Kombinationen beider Schädigungen. Nach Verletzungen der Harnblase kann eine Verbindung zur Haut, zum Darmkanal, zur Vagina oder zum Uterus zustande kommen. Die Primärerkrankung ist gewöhnlich nicht urologischer Natur. Als geburtshilflich-gynäkologische Ursachen kommen folgende Erkrankungen in Betracht:

1. *Primäre gynäkologische Erkrankungen:*
Adnexitis, Karzinom der Zervix oder des Corpus uteri.

2. *Traumen:*
Verletzung der Harnblase bei Operationen an den Genitalorganen (Hysterektomie), oder geburtshilfliche Verletzungen (Zange, Sectio caesarea).

Wir unterscheiden drei Gruppen von *Urinfisteln*: Die Harnröhrenfisteln, die Blasenfisteln und die Ureterenfisteln.

Harnröhrenfisteln führen nur dann zur Urininkontinenz, wenn sie in der Nähe des Sphinkterverschlusses liegen. Die Mehrzahl der Urethralfisteln ist symptomlos. Die Diagnose wird aufgrund der Besichtigung und Sondierung, eventuell mit Hilfe der Urethroskopie gestellt.

Blasenfisteln sind Kommunikationen zwischen der Harnblase und der Vagina oder Harnblase und Zervix. Ferner kommen Fistelgänge von der Harnblase durch die Bauchdecken nach aussen oder Blasen-Darm-Fisteln vor. Auch Kombinationen dieser Fisteln sind bekannt. Die Symptomatologie dieser Fi-

steln ist je nach der Art der Fistel verschieden. Eine Urininkontinenz ist je nach Grösse und Sitz der Fistel mehr oder weniger ausgesprochen vorhanden. In der Anamnese solcher Patientinnen finden wir in der Regel, dass die Fistel im Anschluss an eine schwere Geburt oder auch nach einer Operation entstanden ist. Auch durch einen zu lange in der Vagina belassenen Fremdkörper (z. B. Pessar) kann durch Drucknekrose eine Fistel entstehen. Sie kann überdies als Folge einer Abtreibung auftreten, ferner in fortgeschrittenen Karzinomstadien durch Einbruch des Tumors in die Blase oder auch als Folge einer Radiumbestrahlung.

Strikturen

Harnröhrenstrikturen finden sich bei Frauen relativ häufig. Sie können angeboren oder erworben sein und sind oft die eigentliche Ursache einer unspezifischen Urethritis oder Zystitis. Traumen beim Koitus und besonders bei der Entbindung können zu einer periurethralen Fibrose und Schrumpfung führen. Ferner kann sich eine Striktur auch nach akuter oder chronischer Urethritis entwickeln.

Bis zur Chemotherapie der Gonorrhoe waren 70 Prozent aller Strikturen postgonorrhöischer Natur. Diese früher sehr häufig beobachteten Formen postgonorrhöischer Strikturen sind heute selten geworden. Ursache von Strikturen sind heute meistens Verletzungen der Harnröhre bei unsachgemässen instrumentellen Untersuchungen, Katheterismus, Zystoskopie. Seltener entstehen sie auf der Grundlage primärer unspezifischer Entzündungen oder Tuberkulose.

Es sei nochmals an die Tatsache erinnert, dass in sehr vielen Fällen die Traumatisierung der Urethra durch ungeschickte und forzierte Manipulationen mit zu dicken (Charrière 20) oder Metallkathetern erfolgt. Neben den glücklicherweise seltenen, schwerwiegenden Perforationen kommt es im Anschluss an eine Läsion der Urethra zur Infektion, unter Umständen mit paraurethraler Abszessbildung. In den letzten 10 Jahren hat man begonnen, schwere Läsionen der Harnröhre mit relativ gutem Erfolg operativ zu sanieren. Es handelt sich dabei um früher unbekannte, grössere urologisch-plastische Operationen.

Katheterismus

An Stelle der früher sehr häufig beobachteten postgonorrhöischen Striktur sehen wir heute vermehrt narbige Harnröhrenveränderungen infolge instrumenteller Traumatisierung. Ausser den Läsionen nach transurethralen Eingriffen kommt dem Katheterismus eine sehr grosse Bedeutung zu. Die Wahl geeigneter Katheter ist ausserordentlich wichtig, da Katheter mit grossem Kaliber Anlass zu schweren entzündlichen Veränderungen und späteren Strikturen geben können. Die Indikationen zum Katheterisieren sind heute klar umschrieben; sie sollten streng eingehalten werden.

Katheter

Zum einmaligen Gebrauch werden am besten steril verpackte Kunststoffkatheter verwendet. Wir verwenden FEMALE-Katheter, Charrière 14, Länge 20 cm (V. Stein's Laboratory). Ausserdem kommen bei Frauen Glas- und Metallkatheter zur Anwendung. Diese müssen nach jeder Katheterisierung sorgfältig gereinigt und trocken- oder dampfsterilisiert werden. Die ebenfalls gebräuchlichen Nelaton-Katheter (Gummi-Katheter) werden dampfsterilisiert. Als *Dauerkatheter* eignen sich am besten Ballonkatheter (Rüsch-Gold® Ballonkatheter aus Silkolatex®) CH 16, welche für den mehrmaligen Gebrauch dampfsterilisiert werden können.

Die Weite der Katheter ist nach der Charrière-Skala nummeriert. Man erhält den Durchmesser des Katheters in Millimeter, indem man die Charrière-Zahl mit einem Drittel multipliziert.

Indikationen zum Katheterisieren

1. Entleerung der Harnblase:
 - a) vor grösseren Operationen
 - b) vor gynäkologischen oder geburtshilflichen Eingriffen
 - c) bei Patienten die nicht spontan Wasser lassen können (Harnverhaltung)
 - d) bei organischen Hindernissen
2. Aus diagnostischen Gründen:
 - a) zur bakteriologischen Urinuntersuchung
 - b) zur Nierenfunktionsprüfung
 - c) zur Bestimmung des Resturins
3. Aus therapeutischen Gründen:
 - a) zur Blasenspülung
 - b) zur Instillation von Medikamenten
4. In den folgenden Fällen muss ein *Dauerkatheter* eingelegt werden:
 - a) bei inkontinenten Patienten zur Dekubitusprophylaxe
 - b) bei Blasenlähmungen
 - c) bei organischen Abflusshindernissen
 - d) bei grösseren Operationen
 - e) zur Nierenfunktionsprüfung
 - f) zur genauen Bestimmung der Urinmenge bei Bewusstlosen und bei Patienten im Schock.

Technik des Katheterisierens

Zum Katheterisieren werden sterile Handschuhe getragen. Beim Einführen des Katheters darf nicht forziert werden. Durch ungeschickte oder grobe Manipulation kann die Harnröhre traumatisiert werden (via falsa!). Es sollen grundsätzlich nur Katheter unter Charrière 20 verwendet werden. Für bakteriologische Untersuchungen muss man zuerst ein wenig Urin abfliessen lassen, bevor man Urin im Bakteriologieröhrchen auffängt. Es muss sogenannter Mittelstrahlurin abgefangen werden. Wenn für eine Untersuchung auch nur wenig Urin gebraucht wird, sollte die Blase dennoch ganz entleert werden, da die erste Miktion nach dem Katheterisieren für den Patienten meist unangenehm ist. Wird nach langdauernder Harnverhaltung katheterisiert, so wird die Blase nur teilweise entleert und der Urin fraktioniert abgelassen (Blutungsgefahr). Zur Katheterisierung befindet sich die Patientin in Rücklage mit Beckenhochlagerung und Spreizung der Beine. Nach sorgfältiger Desinfektion der äusseren Genitalien und der Harnröhrenmündung wird der am hinteren Ende gefasste Katheter sorgfältig in die Urethra eingeführt. Sobald Urin abfließt darf nicht mehr weiter geschoben werden. Unter Umständen wird der Katheter mit einem sterilen Gleit- oder Anästhesiemittel benetzt. Bei Dauerkathetern wird, sobald Urin abfließt, der Ballon des Katheters mit der vorgeschriebenen Menge Aqua dest. gefüllt und anschliessend auf den Blasenboden zurückgezogen. Der Katheter wird mit einem Glaszäpfchen verschlossen oder mit einer sterilen Ableitung verbunden.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass beim Katheterismus die folgenden *Komplikationen* auftreten können:

1. Infektion
2. Verletzung der Harnröhre
3. Mechanische Reizung der Harnröhre, evtl. auch der Blase
4. Harnverhaltung durch Verstopfung des Katheters.

Der *Sterilität* muss grösste Aufmerksamkeit geschenkt werden, da Infektionen zu den erwähnten schweren Komplikationen Anlass geben können.

Literatur

1. *Alken, C. E.*: Leitfaden der Urologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1968).
2. *Kepp, R. und Staemmler, H.-J.*: Lehrbuch der Gynäkologie. Begründet von Heinrich Martius. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1971).
3. *Major, G.*: Die Indikationsstellung zu den plastischen Operationen im Urogenitaltrakt. *Therapeut. Umschau* 27, Heft 5 (Urologie), 298—305 (1970).
4. *Neuweiler, W.*: Gynäkologische Diagnostik. Hans Huber, Bern und Stuttgart (1958).
5. *Pschyrembel, W.*: Praktische Geburtshilfe. Walter de Gruyter & Co., Berlin (1967).
6. *Smith, D. R.*: Allgemeine Urologie. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien (1968).
7. *Zingg, E. J.*: Plastische Eingriffe an der Harnröhre (Harnröhrenstrikturen und ihre Behandlung).

Therapeut. Umschau 27, Heft 5 (Urologie), 293—297 (1970).

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Roland Moser, Universitäts-Frauenklinik, CH-3000 Bern/Schweiz.

Das Grundgesetz

An jenem Tage, spricht der Herr der Heerscharen, nehme ich dich, meinen Knecht, dass du mir seiest wie ein Siegelring, denn ich habe dich erwählt.
Haggai 2,23

Haggai muss diese Zusicherung einem Statthalter geben, der den zerstörten Tempel wieder aufbauen soll. Gott werde ihn am Tage des Umsturzes wie einen Siegelring bewahren.

Uns ist die gleiche Zusicherung gegeben. In Johannes 10,28 sagt Jesus von seinen Leuten: «Niemand wird sie aus meiner Hand reissen.» Das ist Artikel 3 der Christusverfassung. Artikel 1 heisst: «Wer zu mir kommt, den werde ich nicht hinausstossen.» (Joh. 6,37) Artikel 2 dieses Grundgesetzes lautet: «Wer mein Wort hört und glaubt dem, der mich gesandt hat, der hat das ewige Leben und kommt nicht in das Gericht.» (Joh. 5,24) Das ist unerhört. Unser ganzes Leben ruht auf diesen Grundpfeilern. Mit diesen drei Worten kann man wirklich leben und sterben. Wenn wir uns in banger Stunden in ein solches Wort hineindenken und hineindanken, dann erfahren wir, dass es mehr ist als Wort: es ist Kraft.

Aus diesem Grundwissen kommt, was wir zu bezeugen haben.

Aus: «Morgengruss» von Hans J. Rinderknecht.

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Sr. Thildi Aeberli, Grubenweg 1,
5034 Suhr, Tel. 064 24 56 21

Zentralsekretärin:

Sr. Martha Hunziker,
Viehmarktstrasse 3, 5734 Reinach

Zentralkassierin:

Frau Cely Frey-Frey, Egg 410,
5728 Gontenschwil, Tel. 064 73 14 44

Fürsorgefonds-Präsidentin:

Sr. Elisabeth Grütter, Laupenstrasse 20a,
3000 Bern, Tel. 031 25 89 24

Zentralvorstand

Neueintritte

Sektion Aargau:

Aeschlimann Verena, 5742 Kölliken
Arnold Annares, 6460 Altdorf
Hafner Margrit, 8211 Stetten SH
Möschberger Therese, 5040 Schöffland
Oetiker Erika, 4125 Riehen
Siegenthaler Jolanda, 5742 Kölliken
Tschudin Elisabeth, 4410 Sissach
Zahnd Margrit, 3154 Rüscheegg Heubach
Zeller Elisabeth, 8477 Oberstammheim

Alle eingetreten am 1. Mai 1971

Alle zurzeit: Frauenklinik Kantonsspital
Aarau.

Sektion Luzern:

Frau Nina Grüter-Wandeler, 6017 Ruswil
(Kassierin der Sektion Luzern)
Wir heissen Frau Grüter herzlich willkommen im Schweizerischen Hebammenverband.

Sektion St. Gallen:

Eschmann Monika, 8200 Schaffhausen
Frehner Ruth, 9244 Niederuzwil
Fuster Vreni, 9053 Teufen
Knöpfel Vreni, 9125 Brunnadern
Kundert Esther, 8756 Mitlödi
Müller Hanni, 8340 Hinwil
Rederer Luise, 9491 Schellenberg FL
Sr. Rzszenitzek, 9552 Bronschhofen
Schöch Wilma, 6811 Göfis, Rungels,
129 Vorarlberg
Stüssi Erika, 8750 Riedern
Sturzenegger Erika, 8590 Romanshorn
Wickli Anni, 9652 Neu St. Johann
Husistein-Ruckstuhl Luise, 8556 Erlen

alle Hebammen sind zurzeit noch in der Frauenklinik St. Gallen.

Greminger Susanna, 9601 Libingen

Wir heissen die grosse Zahl der jungen Hebammen recht herzlich willkommen und hoffen, dass sie aktive Mitglieder werden und dem SHV lange die Treue halten werden.

Austritte

Sektion St. Gallen:

Heimo Angelika, 1700 Fribourg
Huber Gertrud, 8500 Frauenfeld
Imhof Lydia, 9000 St. Gallen
Huser Verena, 6446 Seelisberg

Sektion Solothurn:

Kopp Trudy, 6052 Hergiswil NW

Todesfälle

Sektion Vaudoise:

Mme Progin Emilie, Vallorbe, geb. 1908,
gest. 22. April 1971

Sektion Tessin:

Soldini Maria, geb. 1890,
gest. 30. März 1971

Den Angehörigen sprechen wir unser herzlichstes Beileid aus.

Die Zentralpräsidentin ist vom 15. Juni bis 14. Juli 1971 in den Ferien. In dringenden Fällen wende man sich an die Sekretärin Sr. Martha Hunziker.

Für den Zentralvorstand

Sr. Thildi Aeberli, Zentralpräsidentin

Delegiertenversammlung 1971 in Muttenz

Die Fahrt zur Tagung des Schweizerischen Hebammenverbandes führte uns dieses Jahr, einer freundlichen Einladung der Sektion Baselland folgend, nach Muttenz. In Basel holten uns «freiwillige» Automobilisten ab und brachten uns in das Dorf, das der Einwohnerzahl nach sich Stadt nennen kann, das aber seinen Dorfcharakter bewahrt hat. Uns zu Ehren hatte es sich beflaggt. Wir waren, wie der Vorsteher der Sanitätsdirektion Baselland, Regierungsrat E. Loeliger beim Abendbankett sagte, der erste schweize-