

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	24 (1926)
Heft:	7
Artikel:	Die neuzeitliche Bekämpfung des Verblutungstodes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, während und nach der Geburt
Autor:	Frei, E.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-952020

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: 24.01.2026

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

Die Schweizer Hebammme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausgasse 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Anzeigen-Aufträge zu richten sind

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Zellenberg-Lardy,

Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Spitäladerstrasse Nr. 52, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Fr. Marie Wenger, Hebammme, Lorrainestr. 16, Bern.

Abonnements:

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

Inserate:

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

Inhalt. Die neuzeitliche Bekämpfung des Verblutungstodes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. — Zur gesl. Notiz. — Schweizerischer Hebammenverein: Zentralvorstand. — Krankenfasse: Erkrankte Mitglieder. — Angemeldete Wöhnerinnen. — Eintritt. — Todesanzeigen. — Gebammtenstag in Lauau: Protokoll der Generalversammlung. — Vereinsnachrichten: Sektionen Aargau, Basel-Land, Bern, Biel, Freiburg, Luzern, Rheintal, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Werdenberg-Sargans, Winterthur, Zürich. — Vermischtes. — Anzeigen.

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

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 Organsfunktion im 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 Säugetiereihe. Die Bevölkerung 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 Geburtsatt selbst mit zahlreichen Gefahrensituationen verknüpft, welche rechtzeitig zu erkennen, zu verhüten und erfolgreich zu überwinden, das eigentliche Tätigkeitsgebiet der Geburtshilfe darstellt.

Forscht man nach den Ursachen der Todesfälle im Verlaufe des Fortpflanzungsvergangens beim menschlichen Weibe, dann findet man bei im übrigen Gesunden immer wieder entweder die puerperale Infektion oder dann den krankhaften Blutverlust verzeichnet, 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 Geburtshilfe zu allen Seiten beschäftigten.

Seitdem Ignaz Semmelweis im Jahre 1849 erstmals die Pathogenese des Kindbettfiebers ätiologisch richtig als eine Keiminfektion, von außen kommend, in vollem Umfang erkannte und 1861 in seiner Monographie „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“ begründete, haben in den verschloßenen 70 Jahren ungezählte Forstheren sich erfolgreich um den weiteren Ausbau der Kepfis und Antiseptis in der Geburtshilfe bemüht, sодаß 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 Antiseptis, und weiterhin dank unserer Kenntnisse über die Physiologie der Geburt und des Wochenbettes, das Auftreten von Kindbettfieber so eingeschränkt wurde, daß von 1000 Wöhnerinnen

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

Das Puerperalfieber ist in praxi heute nurmehr bekannt und berücksichtigt durch die recht zahlreichen Fälle von verbrecherischer Fruchtabtreibung, 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 bewahrheitet, daß Vorbeugung einfacher und erfolgreicher ist, wie die Heilung.

Ganz anders gestaltet sich dagegenüber die Frage der Bekämpfung des Verblutungstodes in der Geburtshilfe. Wohl hat die forschende Erkenntnis vergangener Jahrzehnte uns hier den Weg gewiesen und den großen Wert einer physiologischen Geburtsleitung dargetan, indem durch eine abwartende Geburtsbeobachtung und eine ungestörte Wallenlassen der Naturkräfte, insbesondere in der Nachgeburtperiode, 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 lebenssicherer und lebensrettender Operation. Die allerleiteten Jahre endlich brachten uns brauchbare Methoden des Erfuges des verloren gegangenen Blutes durch die Überleitung von Fremdblut. Jeder noch so unvorstellbare 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 zu treffend hervorhebt, daß die Vorgänge, welche man beobachten sollte und welche unfreie 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 Gespenst der Infektion, mit welchem die

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

Jede rationale 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 Regelmäßigkeit des Placentarfalls 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 infiziert hat und dem Kind bei seinem Austritt aus der Gebärmutter den Weg verlegt. Es gehört diese Anomalie zu den allergrößten Komplikationen der Geburtshilfe, was am besten aus einer Sammelstatistik von Hitzemann aus dem Jahre 1921 hervorgeht, indem auf über 5000 Fälle in beflter klinischer Behandlung eine mittlere mütterliche Mortalität von 7,6 Prozent resultiert. Dabei entfallen $\frac{2}{3}$ der Todesfälle auf den Verblutungstod und beträgt außerdem die kindliche Sterblichkeit 30—70 Prozent. In der Außenpraxis sind die Verluste dementspredigend noch größer. So gibt Fueh für den Reg.-Bezirk Koblenz auf 726 Fälle eine mütterliche Sterblichkeit von 18 Prozent an.

Der Grund, weshalb es bei dieser Anomalie des Placentarfalls 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 Vorbeugen, sicher jedoch im Verlaufe der Öffnungsperiode kommt es durch die Wehentätigkeit zu einer Dehnung des internen Uterinsegmentes. Die Öffnung des Gebärmutterhalskanals erfolgt so, daß sich der untere Uterusabschnitt über den internen Eipol zurückzieht. Da die Elastizität der Placenta sehr beschränkt ist, kommt es bei der Öffnung und vor allem bei der Zurückziehung des unteren Uterinsegmentes über den internen Eipol zu einer starken Flächenverschiebung des Uteruswand gegenüber der Placenta, welcher Vorgang zur Ablösung der Uteruswand von der Placenta führt. Dadurch werden die Blutsinus der Zwischenzottenträume eröffnet und aus den Uterusplacentarfäßen ergiebt 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 Nabelschur rein mechanisch erklärt werden konnten. Wohl kannte man eine Reihe von disponierenden Momenten, welche mit erhöhter Gefäßzerreißlichkeit einhergingen. Jedoch erst Walther brachte auf der Basis neuester Forschungen der Physiologie eine vollständige Erklärung, indem er zeigen konnte, wie im Schreckerlebnis die Triebregungen zur Abwehr und Flucht, welche mit Blutdrucksteigerung und Blutverteilung von der Peripherie zu den viszeralen Organen einhergehen, in der Schwangerschaft am Uterus, welcher unter dem Einfluss des Hormons des Corpus folliculare gravitatis 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 Früchte 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 Plakken varicos erweiterter Gefäße, sowie die Blutungen nach Spontanzerreibung des Uterus infolge Überdehnung bei Geburtshindernissen oder infolge von Plakken alter Operationsnarben am Uterus, wegen ihrer Seltenheit heute nur mehr von geringer Bedeutung, obwohl gerade die Rissblutungen 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 Blut-

tungen in der Geburtshilfe näher kommen wollen, ist es nötig, auf die physiologischen Geburtsblutungen und deren Blutstillungsmechanismus in der Nachgeburtperiode zurückzugreifen. Im Verlaufe der Lösung des befruchten menschlichen Eies aus seinem Einstüttungsbette 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 an nähernd 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 glattmuskeligen 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 beiden Jahrzehnten brachten die Bekanntheit 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 einzusetzt. Darunter versteht man die Gesamtheit der chemisch-physikalischen Maßnahmen, um möglichst rasch und möglichst vollständig eine maximale Dauerkontraktion zu erzielen. Neben den schon lange bekannten mechanischen Reizungen durch Reiben und Befolzen (Diaplastische 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-

haststelle 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 erreichbare therapeutische Weg bei pathologischen Placentarblutungen zur Blutstillung und Verhütung des Verblutungstodes 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 erreichbare Ziel war in den vergangenen Jahrzehnten in der Ära der Geburtshilfe, die nur die erfolglose Entbindung auf dem natürlichen Geburtswege kannte (d. h. bis vor 18 Jahren) nur dann möglich, wenn Voraussetzungen für eine sofortige Extraktion auf natürlichem Geburtswege erfüllt waren. Diese Voraussetzungen waren gebunden an das Eröffnen des Gebärmutterhalskanals, was nur durch mehrstündige Behentätigkeit erfolgt, und an eine genügende Weite des Gebärmutterhalskanals. Bis diese Voraussetzungen erfüllt waren, floss allzuoft reichlich Blut, dessen Strom man durch Schutzmaßnahmen auf exträgliches 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 Uterusinhaltsdrucks, 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 Ristort 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 Keizergenerationen, eine Behandlungsmethode noch immer so schlechte Resultate gibt, selbst in den Händen der Besten, trotzdem die A- und Antiseptik schon längst Allgemeingut des Medizinpersonals 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 gesl. Notiz.

Von jetzt an sind alle Anschriften für die Redaktion an folgende Adresse zu senden:
Vorrainestraße 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, angefischt 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 Gassfreundschaft, verbindlichst zu danken. Besonderen Dank insbesonders gebührt der Präsidentin, Mme. Mercier, welche für alle und alles so befreit war. Herr Professor Rossier hatte die Liebenswürdigkeit die Führung bei der Besichtigung der Maternité zu übernehmen, welche auf alle Teilnehmer einen ausgezeichneten Eindruck hinterlassen hat. Wir wissen ihm dafür großen Dank. In 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 Überraschungen. Und wenn wir auch unsere Verhandlungen verpätet begonnen 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 Anlaß einer Einladung folgend, der Fabrik Nestlé einen Besuch abzustatten. Diese übte eine große Gassfreundschaft, was wir an dieser Stelle lebhaft verdanken.

Gerne benügen 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 Unterstützungs-zwecke, nebst Biscuit; Wunder A.-G. in Bern lieferte Cullenin-Crème; die Firma Geschwister Meier in Lengburg schenkte Meierisli-Kinder-mehl; Singer in Basel lieferte ihren Singer-zwieback und die Société Suisse d'Antiseptie in Lausanne brachte sich mit Lysoformseife und flüssigem Lysoform in Erinnerung.

Allen Spendern sei namens der damit Befreiten herzlicher Dank — Über 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 welschen Kolleginnen möchten sich unserer Meinung anschließen können. Und nun auf frohes Wiedersehen in Basel!

Roch haben wir das Vergnügen, unsern Mitgliedern zur Kenntnis zu bringen, daß unsere Kolleginnen, Fr. Emma Hoch, in Liestal, und Frau Theresia Vogel geb. Holenstein in St. Gallen, das 50-jährige Dienstjubiläum; Frau Anna Meier-Denzler in Wollishofen-Zürich das 40-jährige Dienstjubiläum, feiern könnten.

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

Schaffhausen, den 12. Juni 1926.

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin:	Die Sekretärin:
Frau K. Sorg-Hörlé,	E. Schnebler,
Bordersteig 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 verdanken.

Schaffhausen, den 3. Juli 1926.

Für den Zentralvorstand:

Die Präsidentin:	Die Sekretärin:
Frau K. Sorg-Hörlé,	E. Schnebler,
Bordersteig 4, Schaffhausen.	Feuerthalen.

Krankenkasse.

Erkrankte Mitglieder:

Schwester Luggi Meier von Riehen (Basel).
Frau Kistler, Böziken (Aargau).

Frau Haas, Basel.
Frau Bettstein, Mellingen, d. B. Mägenwil (Aargau)

Frau Hatt, Hemmenthal (Schaffhausen).
Frau Nanser, Wülflingen (Zürich).

Frau Höfli, Biel (Aargau).

Fr. Ida Martin, Tüllinsdorf (Baselland).
Frau Lüthi, Schöftland (Aargau).

Frau Schneider, Bümpliz (Bern).

Frau Höhn, Thalwil (Zürich).
Frau Simmen, Zürich.

Frau Schuler, Rothenturm (Schwyz).

Frau Meister, Bern.

Frau Müller, Balsthal (Solothurn).

Frau Holzer-Erpf, Rorschacherberg (St. Gallen).

Fr. Stroß, Uznach (St. Gallen).

Frau Gysin, Pratteln (Baselland).

Frau Portmann, Romanshorn (Thurgau).

Frau Caflisch, Uetikon a. See (Zürich).

Frau Goldinger, Pratteln (Baselland).

Frau Bur, Selzach (Solothurn).

Frau Bill-Ruprecht, Biel (Bern).

Fr. Pochung, Münchenbuchsee (Bern).

Frau Bill, Fleurier (Neuchâtel).

Frau Gloor, Hendschiken (Aargau).

Frau Müller, Oberdorf (Solothurn).

Frau Schmid, Erstfeld (Uri).

Mme Julie Burnand, Brügy (Waadt).

Frau Verta Hauri, Embrach (Zürich).

Angemeldete Wöchnerinnen:

Frau Großenbacher-Wyss, Affoltern i. E. (Bern).

Eintritte:

347 Frau Hilda Schöni-Jenschmid, Niederscherli (Bern). 9. Juni 1926.

148 Frau Sophie Ackermann, Mörschwil (St. Gallen). 23. Juni 1926.

8 Mme Lina Dechanthy, Vissoix (Wallis). 3. Juli 1926.

Seien Sie uns herzlich willkommen!

Die Krankenkasselkommission in Winterthur:

Frau Ackeret, Präsidentin.

Fr. Emma Kirchhofer, Kassierin.

Fr. Rosa Manz, Aktuarin.

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



DIE WISSENSCHAFTLICH VOLWWERTIGE NAHRUNG FÜR KINDER IM ZARTEN ALTER