

<b>Zeitschrift:</b>	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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	61 (1963)
<b>Heft:</b>	8
<b>Artikel:</b>	Die Afibrinogenämie : Störung der Blutgerinnung bei vorzeitiger Lösung der Placenta
<b>Autor:</b>	Henry, P.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-951693">https://doi.org/10.5169/seals-951693</a>

### **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:** 25.01.2026

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

# Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

## Die Afibrinogenämie

### Störung der Blutgerinnung bei vorzeitiger Lösung der Placenta

von Ph. Henry, Universitäts-Frauenklinik, Bern

Der Blutstillung und Blutgerinnung liegen äusserst komplizierte Mechanismen zugrunde. Im zirkulierenden Blute spielen sich dauernd Reaktionen ab, die einerseits fördernd und andererseits hemmend auf die Blutgerinnung wirken. Das dynamische Gleichgewicht dieser antagonistischen Reaktionen ist unter normalen Bedingungen so eingestellt, dass das Blut in den Gefässen zwar immer flüssig bleibt, aber dennoch die zur physiologischen Gefässabdichtung und Blutstillung erforderliche Gerinnungsbereitschaft besitzt. Gerinnungsstoffe werden bei diesen Reaktionsabläufen dauernd und rasch verbraucht und müssen daher in abgestimmter Geschwindigkeit neu gebildet werden.

Störungen im äusserst komplexen Gerinnungssystem treten relativ häufig auf. Beispielsweise beobachten wir in der Schwangerschaft und im Wochenbett Fehlleistungen der Blutgerinnung in Form von Venenthrombosen. Ein anderes Beispiel stellt der Herzinfarkt dar, wo das Blut an veränderten Stellen der Kranzarterien obstruierende Gerinnsel bildet. Umgekehrt gibt es Krankheiten und Zustände, die durch eine mangelhafte Blutgerinnung charakterisiert sind. Hieher gehören die berühmten Bluterkrankheiten oder Hämophilien. Der klinische Verlauf dieser Krankheiten ist durch eine von Jugend auf bestehende vermehrte Blutungsneigung, vor allem aber durch die Unstillbarkeit der Blutungen nach geringfügigen Verletzungen gekennzeichnet. Bei diesen Gerinnungsanomalien handelt es sich um angeborene und erbliche Störungen. Aber eine mangelhafte Gerinnbarkeit des Blutes kann auch erworben sein. Gerade in der Geburtshilfe treten gelegentlich akute Gerinnungsdefekte auf.

Klinik der geburtshilflichen Ungerinnbarkeitsblutungen vor Einführung der Fibrinogentherapie.

Aufmerksamen Klinikern am Anfang dieses Jahrhunderts ist es nicht entgangen, dass bei gewissen Blutungen während und nach der Geburt das Blut seine Gerinnungsfähigkeit eingebüßt hatte. Im Jahre 1901 hatte DeLee den Verblutungstod einer Patientin mit vorzeitiger Lösung der Placenta (VL) auf eine Art erworbene Hämophilie zurückgeführt. Damit hatte der grosse amerikanische Geburtshelfer das Wesen dieser speziellen Komplikation bereits erkannt.

Bis vor kurzem stand man den Ungerinnbarkeitsblutungen machtlos gegenüber. Es soll hier an einem typischen Beispiel gezeigt werden, wie trotz aller ärztlichen Bemühungen die Frauen mit Ungerinnbarkeitsblutungen nicht gerettet werden konnten.

Bei einer 23-jährigen II-Gravida war die Schwangerschaft bis zum achten Lunarmonat ohne Komplikation abgelaufen. Lediglich war bei einer letzten poliklinischen Schwangerschaftskontrolle ein etwas hoher Blutdruck und eine Spur Eiweiß im Urin gefunden worden. Vier Stunden vor der Spitalaufnahme hatte die Patientin eher plötzlich einen Schmerz im Unterleib verspürt, wonach eine geringe vaginale Blutung eingesetzt hatte. Der einweisende Arzt hatte die Diagnose einer Placenta praevia gestellt. Bei Eintritt war sie blass und im Schock. Bei der Palpation des Abdomens war der Uterus gespannt und druckdolent. Kindliche Teile konnten nicht getastet werden und auch fehlten die Herztonen. Der Muttermund war fingerdurchgängig, die Cervix nur wenig verkürzt. Die Diagnose einer vorzeitigen Placentalösung (VL) wurde gestellt. Obwohl die vaginale Blutung gering war, nahm die Anämie innerhalb einer Stunde rasch zu und man entschloss sich zur Sectio caesarea. Bei der Operation wurde ein frischtotes Mädchen von 1630 g und 40 cm entwickelt. Nach der Naht des isthmischen Querschnittes kontrahierte sich der Uterus sehr gut und eine spezielle Blutung aus den Stichkanälen wurde nicht beobachtet. Man entschloss sich, der jungen Frau den Uterus zu erhalten und beendigte die

Bern, 1. August 1963 Monatsschrift 61. Jahrgang

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Fr. Martha Lehmann, Hebammme, Zollikofen (BE), Tel. 65 12 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil Pro einspaltige Petiteile 55 Rp., im Textteil pro einspaltige Petiteile 80 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 221 87, Postcheck III 409, wohin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

Operation ohne Komplikation. Postoperativ war der Zustand der Patientin zunächst befriedigend und der Uterus blieb gut kontrahiert. Eine geringe Sickerblutung aus der Vagina blieb bestehen. Eine Stunde danach nahm aber die vaginale Blutung progressiv zu und der Zustand verschlechterte sich zusehends. In diesem Momenten hatte sie bereits mehr als zwei Liter Vollblut infundiert bekommen. Man sah sich gezwungen, erneut zu operieren, um den Uterus supravaginal zu amputieren. Bei der Re-laparatomie sah man einen gut kontrahierten Uterus. Einige subseröse Blutungen fielen auf. Die Operation wurde ohne Komplikation durchgeführt. Wieder schien es, dass die Patientin die Operation überstehen würde. Mit der Zeit stellte sich aber eine zunehmende Atemnot ein. Trotz weiteren Bluttransfusionen entwickelte sich ein Kreislaufkollaps und die Frau verschied wenig mehr als eine Stunde nach der zweiten Operation. Bei der Sektion fanden sich in den verschiedensten Organen Blutungen. Namentlich in den Brusthöhlen und im Herzbeutel hatte sich viel Blut angesammelt.

Dieser schwere Fall einer VL illustriert recht eindrücklich, wie trotz reichlichen Bluttransfusionen und Exstirpation des Uterus das Blutungsüber nicht beherrscht werden konnte. In der Tat waren in unverletzten, lebenswichtigen Organen starke Spontanblutungen aufgetreten.

### Mechanismus der geburtshilflichen Ungerinnbarkeitsblutungen

Beim Studium des Blutchemismus von Frauen mit VL kam 1936 Diekmann zum Schluss, die Blutungen seien auf einen starken Abfall des Fibrinogens zurückzuführen. Fibrinogen ist ein im Blutplasma gelöster von der Leber gebildeter Eiweißkörper, der bei der Gerinnung das sog. Fibrin bildet. Das Fi-

Zum 1. August 1963



*Du einzig schöner Winkel hier auf Erden,  
ich weiss es wohl: Gott hat noch Stuben viel;  
wie unsre Bäche draussen Ströme werden,  
will er uns brauchen für ein grosses Ziel,  
will da, wo unsre Wurzeln kralien  
in deinem Boden, Heimat, ahorngleich,  
dass wir, so lang wir hier noch wallen,  
ihm helfen bau'n an seinem ew'gen Reich.*

Adolf Maurer



brin stellt ein mikroskopisches Fasergerüst dar, welches das Blutgerinnel verfestigt und die definitive Blutstillung sicher stellt. Wo ein Fibringerinnel entsteht, wird nicht nur Fibrinogen in Fibrin umgewandelt, sondern gleichzeitig das Fibrin z. T. wieder aufgelöst, wobei die entstehende Abbauprodukte mit dem ursprünglichen Fibrinogen nicht identisch sind. Je nachdem, ob der Aufbau oder der Abbau des Gerinnels überwiegt, wächst oder verkleinert sich das Gerinnel.

Bei einer gesunden, nicht schwangeren Frau beträgt die Konzentration des Fibrinogens 220 bis 400 mg%. In der Schwangerschaft steigt sie interessanterweise allmählich an und erreicht im 10. Lunarmonat Höchstwerte zwischen 300 und 600 mg%. Während der Geburt fällt der Fibrinogenspiegel wieder ab, da namentlich während der Placentaperiode die Blutgerinnungsfunktion in Anspruch genommen wird und dabei Fibrinogen verbraucht wird. Das Verhalten des Fibrinogens in der Schwangerschaft kann so gedeutet werden, dass in Voraussicht auf die Geburtsblutung der Organismus einen Vorrat dieses Gerinnungsstoffes bildet.

Unter normalen Bedingungen sind die Substanzen im zirkulierenden Blute, welche die Fibrinogenumwandlung in Fibrin bewirken, aktiv nur in Spuren vorhanden. Es gibt Organe, wie namentlich die Lunge, die Decidua oder die Placenta, die sehr reich sind an blutgerinnungsaktivierenden Substanzen (Gewebsthromboplastine). Bei Verletzungen solcher Organe kann es vorkommen, dass diese Substanzen plötzlich in abnorm hohen Mengen in den Kreislauf übertragen. In diesem Fall wird im ganzen Kreislauf die Blutgerinnung in Gang gesetzt. Im Gefässystem der verschiedenen Organe bilden sich dann Fibringerinnel, die aber, wie oben angedeutet, durch die sekundäre Aktivierung des Fibrinlösungsstoffs z. T. wieder aufgelöst werden. Dieser Vorgang ist mit einem massiven Verbrauch an Fibrinogen verbunden. Bei einem Abfall des Fibrinogenspiegels unter 100 mg% können stabile Gerinnel überhaupt nicht mehr gebildet werden. Das Blut ist mangelhaft gerinnbar und die Folgen davon sind unstillbare Blutungen. Bei diesen Blutungen auf Grund eines Verbrauchs des Fibrinogens, bzw. einer sog. Defibrinierung, spricht man von einer Afibrinogenämie. Man hat vorgeschlagen, dass im Falle der VL die gerinnungsaktivierenden Substanzen, die sich zunächst im Gebiete des retroplacentaren Hämatomgebietes angesammelt haben, durch den Uterus förmlich in den mütterlichen Kreislauf gepumpt werden (der sog. Pumpmechanismus von Schneider).

Die Afibrinogenämie beruht somit in einem Mangel eines Gerinnungsstoffes durch dessen übertriebenen Verbrauch. An sich könnte ein Mangel eines Gerinnungsstoffes auch dadurch entstehen, dass er ungenügend gebildet würde. Dies ist tatsächlich der Mechanismus bei den eingangs erwähnten Hämophilien. Uebrigens kommt eine mangelhafte Fibrinogenbildung als erbliche «Bluterkrankheit» auch vor.

#### Diagnose der afibrinogenämischen Ungerinnbarkeitsblutungen

Die Diagnose einer Afibrinogenämie beginnt naturgemäß mit der Erkennung der geburtshilflichen Komplikationen, bei denen solche Zustände überhaupt auftreten. Wie angedeutet, kommt die Afibrinogenämie besonders bei schwereren vorzeitigen Placentalösungen vor. Die Ursache dieser Komplikationen soll hier nicht besprochen werden. Es sei nur betont, dass im Moment, wo sich das retroplacentare Hämatom bildet, noch kein Gerinnungsdefekt besteht. Die VL ist somit eindeutig die Ursache und nicht etwa bereits ein Symptom der Ungerinnbarkeit. In über 40% der Fälle findet man bei Patientinnen mit VL eine arterielle Hypertension und eine Proteinurie (Toxikose-symptome). Im typischen Falle handelt es sich um eine Frau in den letzten Schwangerschaftswochen, die plötzlich einen Schmerz im Unterleib verspürt, gering oder überhaupt nicht aus der Vagina blutet und bald die Symptome eines Schockes aufweist. Der Uterus fühlt sich dann sehr hart an und ist druckdolent. Die kindlichen Teile werden schlecht palpirt und die Herztöne schlecht oder nicht gehört. Bei der Katheterisierung der Harnblase gewinnt man meist nur wenig Urin, der Eiweiss und geformte Elemente enthält. Geringe Grade der VL führen nur sehr selten zur Afibrinogenämie.

Eine andere Komplikation, bei welcher die Afibrinogenämie beobachtet wird, ist die verhaltene Fehlgeburt oder sog. «missed abortion». Meistens handelt es sich um Schwangerschaften, die älter als 20 Wochen sind und bei denen der tote Fetus mehr als fünf Wochen retiniert wird. Oft besteht eine Rhesus-inkompatibilität. Als erstes Symptom können Schleimhautblutungen in Erscheinung treten. Der Gerinnungsdefekt kann vor oder erst bei der Aussössung des toten Fetus manifest werden. Die Diagnose einer verhaltenen Fehlgeburt ist nicht sehr leicht zu stellen. Man denkt daran, wenn der Uterus im Verhältnis zur bestehenden Gravidität zu klein getastet wird oder besser wenn er im Verlaufe wiederholter Untersuchungen nicht normal an Größe zugenommen hat. Besteht irgend ein Verdacht auf eine verhaltene Fehlgeburt, muss auf jeden Fall eine Abklärung veranlasst werden, da wie oben erwähnt mit zunehmender Retentionsdauer des toten Fetus eine Afibrinogenämie sich eher entwickeln kann.

Defibrinierungsblutungen kommen ferner bei Fruchtwasserembolien vor. Diese Komplikation besteht darin, dass das Blutgerinnungsaktivatoren enthaltende Fruchtwasser in den mütterlichen Kreislauf übertritt. Wir denken an diese Komplikation, die häufiger als früher diagnostiziert wird, wenn im Verlaufe einer sonst unauffälligen Geburt plötzlich ein Schock und schwere Atemnot auftritt. Als ursächliche Faktoren scheinen eine schnelle

Geburt und heftige Wehen, wie sie nicht selten als Folge einer Verwendung von Wehenmitteln zustandekommen, eine Rolle zu spielen. Überlebt die Frau den initialen embolischen Insult, können dann uterine und andere Blutungen auftreten.

Im Laufe der letzten Jahre haben sich die Komplikationen gemehrt, bei welchen Blutgerinnungsdefekte festgestellt worden sind. Man hat sie beschrieben bei septischen Zuständen, bei Spontanaborten, bei Sectio caesarea, bei Uterusruptur, bei Blasenmole usw. Es scheint, dass gewaltsame Eingriffe, wie etwa der mit exzessivem Kraftaufwand geübte Crédé, den Übergang von gerinnungsaktivierenden Substanzen aus dem Uterus in den mütterlichen Kreislauf bewirken können.

Tritt eine der oben erwähnten Komplikationen auf, besteht namentlich der Verdacht auf eine VL bei einer Frau mit oder ohne Toxikosesymptomen, muss automatisch an die Möglichkeit einer Afibrinogenämie gedacht werden. Die Diagnose eines groben Gerinnungsdefektes, wenn man ihn einmal vermutet, ist relativ einfach. In einem sauberen, trockenen Gefäß gerinnt normales Blut in meist weniger als 10 Minuten. Afibrinogenämisches Blut hingegen bildet überhaupt kein Gerinnel, oder dieses ist unstab und löst sich in ungefähr einer halben Stunde wieder auf. Der Gerinnelbeobachtungstest kann etwas präziser ausgeführt werden, indem man durch Venenpunktion 5 cm<sup>3</sup> Blut gewinnt, dieses in ein Reagenzglas einbringt und beobachtet, ob innerhalb von höchstens zwölf Minuten sich ein Gerinnel bildet. Im Gebiete von i. v. oder i. m. Injektionsstellen können grössere Hämatome entstehen. Auch können spontan z. B. an den Schleimhäuten, Blutungen auftreten. Die uterine Blutung kann, aber braucht nicht im Vordergrund zu stehen. Obwohl eine Grosszahl von Gerinnungstesten verwendet werden können, bleibt der Gerinnel-Beobachtungstest selbst in der Klinik eines der besten diagnostischen Hilfsmittel.

#### Behandlung der Afibrinogenämie

Wie eingangs dargestellt, war die Therapie der Ungerinnbarkeitsblutungen bis vor kurzem oft erfolglos. Es gibt Fälle in der Literatur, die trotz der Infusion von 30 Liter Blut und mehr tödlich verliefen. Ein Liter Vollblut enthält zirka drei Gramm Fibrinogen, die sich bei der Infusion auf das gesamte Blutvolumen einer Frau verteilen. Da das Blutvolumen nicht beliebig gesteigert werden kann, ist es unmöglich, mit Blut allein den Fibrinogenspiegel bei ausgesprochener Afibrinogenämie genügend zu heben. Die Substitution des Fibrinogens kann daher nur mit einem konzentrierten Fibrinogenpräparat erfolgen. Im Jahre 1949 haben Moloney und Mitarbeiter zum erstenmal ein solches angewandt. Heute steht uns in der Schweiz ein relativ lang haltbares Fibrinogentrockenpräparat, das vom Zentrallaboratorium des schweizerischen Blutspendedienstes hergestellt wird, zur Verfügung. In jedes Spital, wo geboren wird, gehört ein Fibrinogenvorrat. Das Zentrallabor tauscht das Fibrinogen vor dessen Verfallsdatum gegen neues um. Das Bereithalten von Fibrinogen im Spital ist daher nur mit relativ geringen Unkosten verbunden.

Jede stärkere Blutung in der Spätschwangerschaft gehört in die Klinik. Da es sich um eine Placenta praevia handeln kann, ist es besser, überhaupt nicht zu untersuchen. Vermutet die Hebamme eine VL oder beobachtet sie irgend in einer Situation, dass das Blut nicht gerinnt, muss die Patientin sofort eingewiesen und dem Spital gemeldet werden, es könne sich um eine Ungerinnbarkeitsblutung handeln. Damit wird dem Spital Zeit gegeben, sich das eventuell fehlende Fibrinogen noch zu beschaffen.

In der Klinik beruht die Behandlung der Afibrinogenämie einerseits in der Bekämpfung des hämorrhagischen Schockes und der Wiederherstellung der Blutgerinnung, andererseits in der Korrektur des Zustandes, welches das Syndrom verursacht hat. Im Falle der VL ist das Ziel der Therapie, möglichst schnell und schonend den Uterus zu entleeren. Das Vorgehen hängt im Einzelfall von vielen Faktoren ab. Es hängt davon ab, ob die Bedingungen zur vaginalen Entbindung gegeben sind, ob das Kind lebt und vor allem ob man infolge des Schocks und Gerinnungsdefektes ein frühes operatives Eingreifen wagen darf. Oft wird man sich damit begnügen, die Fruchtblase zu sprengen und mit einer Operation abzuwarten. Am Dringlichsten ist in der Tat die Bekämpfung des Schocks und die Korrektur des Gerinnungsdefektes. Später, nach Aufhebung des Schocks und Normalisierung der Gerinnung, kann mit geringerem Risiko eine Operation vorgenommen werden. In den meisten Fällen kommt man mit einer Infusion von zirka zwei Litern Blut und vier bis acht Gramm Fibrinogen aus. Die assoziierte Gabe von Vollblut und Fibrinogen hat sich als sehr erfolgreich erwiesen.

Geht spontan oder infolge der Behandlung die Einschwemmung gerinnungsaktivierender Substanzen aus dem Uterus wieder zurück, kann der gesteigerte Fibrinogenverbrauch rasch abfallen. Da während des Fibrinogenverschleisses die Leber durch erhöhte Neubildung von Fibrinogen den Mangelzustand selbst zu korrigieren sucht, kann es durch Anhalten dieser Mehrbildung in einer Phase, wo der Verbrauch abfällt, vorkommen, dass der Fibrinogenspiegel übermäßig ansteigt. Da diese Überschussreaktion mit einer erhöhten Thromboemboliegefahr verbunden ist, hat man vorgeschlagen, bei der Fibrinogengabe von vornherein den Spiegel nicht über 200 mg% zu heben und nach Wiederherstellung der Gerinnung Antikoagulantien zu verabreichen. Uebrigens kann der Therapeut noch mit andern Stoffen wie Protaminsulfat oder Epsilon-Aminokapronsäure über die pathologischen Gerinnungsvorgänge einen günstigen Einfluss gewin-

nen. Es sei zuletzt erwähnt, dass das Tamponieren der Vagina nutzlos ist und höchstens vorübergehend die Schwere der Blutung verdeckt.

Zur Veranschaulichung, wie erfolgreich Mütter mit dem Afibrinogenämiesyndrom dank des Fibrinogens heute behandelt werden können, sei noch kurz ein Fall aus unserer Klinik geschildert.

Eine 20-jährige IV-Para wurde uns wegen VL als Notfall zugewiesen. Sie hatte kurz vor der Aufnahme einen plötzlichen, stichartigen Bauchschmerz verspürt und alsdann leicht aus der Vagina geblutet. Während des Transportes nahm aber die vaginale Blutung stark zu. Beim Eintreffen in die Klinik war die Patientin bereits in einem schweren Schock. Sie war bewusstlos und der Radialispuls war nicht tastbar. Das Abdomen war sehr gespannt, die kindlichen Herztöne fehlten. Nicht koagulierendes Blut floss aus der Vagina. Das sofort gemessene Blutfibrinogen ergab eine Konzentration von nur 63 mg%. Eine Therapie mit Bluttransfusionen und Fibrinogen wurde sofort eingeleitet. Auch entschloss man sich, in diesem Falle sofort eine Sectio vorzunehmen. Bei der Operation wurde ein frischotes, 1160 g schweres und 37 cm langes Mädchen entwickelt. Da der Uterus diffus Hämorrhagie aufwies, bzw. alle Zeichen einer sog. utero-

placentaren Apoplexie zeigte, wurde er sofort supravaginal amputiert. Während der Operation mussten zur Erreichung einer genügenden Blutgerinnung 14 g Fibrinogen verabreicht werden. Ferner bekam die Patientin sieben Blutkonserven. Die Operation wurde gut überstanden und auch der postoperative Verlauf war zunächst komplikationslos. Die Blutgerinnung hatte sich normalisiert. Leider kam es am fünften postoperativen Tag zu einer ziemlich starken Bauchdeckenblutung im Bereich der Pfannenstielincision, wobei aber die Gerinnungsverhältnisse normal waren. Mit Blutkonserven und Erythrocytenaufschwemmungen konnte aber diese erneute hämorrhagische Episode ohne weiteres beherrscht werden. Rund 50 Tage nach der Operation war die Patientin beschwerdefrei.

Abschliessend kann man sagen, dass es für die Hebamme wichtig ist, bei VL oder unstillbaren Blutungen an die Möglichkeit eines Gerinnungsdefektes überhaupt zu denken und ohne lange Zeit zu verlieren, sofort eine Spitaleinweisung zu veranlassen. Obwohl die Afibrinogenämie eine seltene geburtshilfliche Komplikation darstellt, lohnt es sich, stets auf sie vorbereitet zu sein, kann man doch heute diese Fälle erfolgreich behandeln.

## SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

### Offizielle Adressen

#### Zentralpräsidentin:

Schw. Alice Meyer, Rössligasse 8, Muttenz BL  
Telephon (061) 53 17 93

Anrufe wenn möglich zwischen 7.00—8.00 Uhr.

#### Zentralkassierin:

Frl. Ruth Fontana, Hauptstr. 8, Reigoldswil BL

#### Hilfsfonds-Präsidentin:

Schw. E. Grüttner, Schwarzerstrasse 3, Bern  
Telephon (031) 45 09 48

## Zentralvorstand

Allen Kolleginnen, die den Betrag von Fr. 80.— für den Kongress bezahlt haben, und die nicht daran teilnehmen konnten, möchten wir an dieser Stelle mitteilen, dass wir in Madrid Verhandlungen, wegen der Rückerstattung, geführt haben. Es wird jedoch noch einige Zeit dauern, bis London das Geld schicken kann. Dies gilt für alle, die nach London direkt, oder bei Schw. Alice Meyer, einbezahlt haben.

Über die Arbeitssitzungen und Diskussionen, die während des Kongresses geführt wurden, so

### Schweizerischer Bundesfeiertag

Mache dich auf, werde Licht; denn dein Licht kommt, und die Herrlichkeit des Herrn strahlt auf über dir.  
Jesaja 60, 1

Dieser Befehl des Sich-aufmachens gilt zwar nicht uns, sondern dem Volk Gottes. Aber hoffentlich machen wir Schweizer uns heute wenigstens auf, Gott zu danken für alle seine Wohltaten an unserem Volk. Wenn es bei uns nicht hell würde heute ob aller Verschönerung unseres kleinen Landes — welches Volk soll dann überhaupt Gott loben!

Der Befehl des Propheten Jesaja erging in einer Zeit, wo «Finsternis die Erde» und «Dunkel die Völker» bedeckte. Wenn wir heute die Zeitung lesen und das Radio hören, müssen wir den gleichen Eindruck bekommen. Es ist weit herum Verwirrung und undurchdringliches Dunkel auf dieser Erde. Und die menschlichen Versuche zur Lichung des Gestüppes scheinen nicht verheissungsvoll.

Dem Volk Gottes, uns Christen aber, ist geboten, uns aufzuraffen und im Vertrauen auf Gottes Zusagen jene lichte Zeit vorauszunehmen, wo Er Sein Reich durchsetzen und die neue Erde, den neuen Himmel schaffen wird. Es fällt uns nicht schwer, uns auf die blosse Zusage der Hilfe eines hochangesehenen Mannes zu verlassen. Und Gott sollte nicht Wort halten?

Aus: Boldern Morgengruß

wie über die Vorträge, wird zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlicher berichtet.

Wegen Ferien im Zentralvorstand, erfolgen alle Mitteilungen über Jubilarinnen, Eintritte usw. in der September-Nummer.

Für den Zentralvorstand

Die Beisitzerin:

Schw. Anne-Marie Fritsch

### 13. Internationaler Hebammen-Kongress

#### Madrid Juli 1963

Zürich-Kloten bietet, wie wohl jeder Flugplatz auf der ganzen Welt, ein buntes Bild von Menschen jeglicher Rasse. Es ist ein Zusammentreffen und ein Auseinandergehen von Menschen, die alle etwas gemeinsam Verbindendes haben: den Wunsch, wohlbehalten ans Reiseziel zu gelangen. Mit diesem Wunsch bestiegen auch wir «unsere Maschine», wobei mir das Lied in den Sinn kam worin es heißt: «Wir steigen durch Wolken zur Sonne». So war es denn auch die ganzen 10 Tage in Madrid; die Sonne verließ uns nicht mehr. Oft wussten wir nicht, ob es die Sonne war die uns so freudig machte, oder war die Freude so gross weil die Sonne immer schien. Eines steht fest, Kongress, Sonne, Freude, diese drei Begriffe zerschmolzen zu einem einzigen.

Der Kongress selbst war ein grosses Erlebnis. Es ist beeindruckend, wenn mehr als 1000 Menschen aus 35 Ländern zusammen kommen, von dem einen Wunsch beseelt, den besten Weg und die besten Mittel, zum Wohl von Mutter und Kind zu finden.

Nach echt südländischer Art, wurde viel Aufsehen um den Kongress gemacht. Von dem Eröffnungsgottesdienst, im Beisein vom Erzbischof,

bis zur Schlussitzung, an der Madame Franco persönlich teilnahm, war auch an jeder andern Sitzung eine Vertretung von Universität und Regierung anwesend.

Madrid fesselte uns sehr rasch. Wir standen sofort mitten in der Wirklichkeit — der Eile und Hetze — Reichtum und Armut — Weite und Enge — dem Staub und Durst dieser Zweimillionenstadt. Bald merkten wir auch, dass wir uns Begriffe von Zeit und Distanz gründlich revidieren müssen, wenn wir hier mitkommen wollten.

Brachtete man das Leben auf der Strasse etwas näher, so fiel gleich auf, dass trotz Gedränge und Eile, etwas sehr diszipliniertes vorherrschte. Vieles gab es zu sehen, das für uns fremd, deswegen aber um so reizvoller war.

Kinder spielen zu jeder Tages- und Nachtzeit in den Strassen. Die Kinder sind die Könige in der spanischen Familie. Die Kleinsten die noch nicht gehen können, werden getragen. Ein Kinderwagen scheint ein Luxusartikel zu sein, den sich der Arbeiter nicht leisten kann.

In dem grossen Spanien, kennt man den Mangel an Arbeitskräften nicht. Vielmehr müssen sie darauf bedacht sein, einen jeden zu beschäftigen. Uns erschien ihre Arbeitsweise deswegen oft unrationell.

Möglichst viel wollten wir natürlich von der Stadt und Umgebung sehen. Da gab es Stierkämpfe, die man nicht versäumen wollte. Besuche von Museen, Kirchen, Parkanlagen und Denkmälern, breite herrlichste Avenues, und enge trostlose Gassen, wo einem unwillkürlich das Gruseln überfällt.

Wir machten Ausflüge nach El Escorial, die Grabstätte der spanischen Könige. Hier hängen Gemälde von Ribera, Tizian, El Greco, Goya und



## SCHWEIZERHAUS

### Kinder-Seife



Mild und reizlos. Herrlich schäumend. In idealer Dosis mit Lanolin überfettet, auch der empfindlichsten Haut zuträglich.

Dr. Gubser Knoch AG. Schweizerhaus Glarus