

<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>	65 (1967)
<b>Heft:</b>	7
<b>Artikel:</b>	Überwachung und Beurteilung des kindlichen Zustandes in der Geburtshilfe
<b>Autor:</b>	Balmelli, G.P.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-951625">https://doi.org/10.5169/seals-951625</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:** 24.01.2026

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

# Die Schweizer Hebamme

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. M. Berger)

## Überwachung und Beurteilung des kindlichen Zustandes in der Geburtshilfe

von G. P. Balmelli

Es obliegt den Geburtshelfern (Hebamme und Arzt) die krankhaften Zustände nicht nur von der Schwangeren und Gebärenden, sondern auch vom Foetus und vom Neugeborenen zu erkennen und zu behandeln. So muss zur Zeit des Geburtstermins das Befinden von Mutter und Kind sorgfältig beurteilt werden. Beide bestimmen das weitere Vorgehen, das entweder im Abwarten oder im aktiven Einleiten besteht. In gleicher Weise kann während der Geburt eine dringende kindliche, mütterliche oder gemischte Indikation auftreten, die ein Eingreifen in den Geburtsverlauf notwendig macht. Da der Kinderarzt bei der Geburt nicht dabei ist, müssen die Geburtshelfer die Notzustände des Neugeborenen sowie deren Therapie kennen. Wir wollen für heute von der Therapie absehen, die in den letzten Jahren eine grosse Ausweitung erfahren hat. Wir beschränken uns auf die Rolle des Geburtshelfers in der Beurteilung des kindlichen Befindens vor, während und unmittelbar nach der Geburt.

Die ersten Minuten des extrauterinen Lebens sind ausserordentlich wichtig, weil in diesen Momenten die Anpassung des Kindes an das selbständige Dasein und das Ingangkommen von Funktionen stattfindet, die bis zur Geburt ruhten. Darüber hinaus ist das Kind zu diesem Zeitpunkt durch die Geburt zusätzlich belastet. Die Geburtsbelastung, die immer vorhanden ist, schwankt je nach dem Geburtsverlauf. Denken wir an die normale, zeitgerechte oder an die sich hinziehende Geburt, die mit Wehenmittel, Vacuum- oder Zangenextraktion beendet werden muss. Die Geburt stellt nicht nur ein Passageproblem durch das Becken und das Weichteilansatzrohr dar, sondern dem Kind erwachsen innert Sekunden neue Aufgaben. Es muss sich adaptieren, d.h. anpassen an die Lungenatmung, an neue Kreislaufverhältnisse, muss für die Wärmeregulation selber sorgen und muss die Entschlackung durch Leber und Niere selber übernehmen.

Normalerweise ertragen die Kinder dieses Trauma gut. Zahlreiche Abweichungen vom Normalen erschweren die ersten Stunden und Tage nach der Geburt. Von den Faktoren die eine schwierige und längere Anpassungszeit bedingen, seien die wichtigsten kurz erwähnt:

- a) vom Kinde abhängig: Unreife, Uebertragung, zu kleines oder zu grosses Körperfge wicht, Nabelschnurumschlingung, Missbildungen, geschlechtsabhängige Faktoren.
- b) von der Mutter abhängig: Alter, Parität, Krankheiten (Diabetes, Nierenleiden, Kreislaufstörungen, Anaemie).
- c) vom Geburtsverlauf abhängig: Zu lange oder zu schnelle Geburt, Geburtsverletzungen, Geburtsbeendigung mit Zange, Vacuum oder Extraktion, Medikamente.

Die Untersuchung des Kindes unmittelbar nach der Geburt ist unentbehrlich: Nur damit können krankhafte Zustände rechtzeitig erkannt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.

### Überwachung des foetalen Zustandes in der Spätschwangerschaft und unter der Geburt

Die Hebamme beschränkt sich meistens auf die Auskultation der foetalen Herztöne. Dem Spezialarzt stehen noch andere Möglichkeiten zur Verfügung, die ihm erlauben, den Zustand des Foeten besser zu beurteilen. Die wichtigsten Methoden sind folgende:

Bern, 1. Juli 1967 Monatsschrift 65. Jahrgang

7

Vorstandliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. med. M. Berger, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Fr. Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE) Tel. 57 32 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Insertate: im Inseraten teil pro einspaltige Petitzeile 60 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 90 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 22 21 87, Postcheck 30-409, wohin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

#### a) Auskultation der foetalen Herztöne

Diese einfache Methode wurde 1822 von Lejumeau de Kergaradec entdeckt. Sie ist das bedeutsamste und praktisch wichtigste Hilfsmittel für die Geburtshelfer. Man zählt die Frequenz und beachtet die Regelmässigkeit. Als Gefahrengrenze gilt heute eine Frequenz von über 160 und weniger als 100 Schläge pro Minute. Vergleiche mit anderen, genaueren Methoden haben aber gezeigt, dass dieses Kriterium nicht in jedem Fall zuverlässig ist. Die sogenannten schlechten Herztöne sind jedoch immer ein Alarmzeichen und eine Indikation, um die Geburt so schnell wie möglich zu beenden. Daneben konnte man schwer asphyktische Kinder beobachten ohne vorherige Herztonstörung und lebensfrische Kinder nach schlechten intrauterinen Herztonen. Die Auskultation der foetalen Herztöne hat dazu den Nachteil, dass sie nicht dauernd durchgeführt werden kann und Fehler beim Zählen leicht möglich sind, besonders bei leisen Herztönen oder sehr hoher Frequenz.

#### b) Mikroblutuntersuchung

Es wird eine minimale foetale Blutmenge gewonnen, indem man durch den Zervikalkanal bis zur Kopfhaut vordringt, dort eine kleine Stichverletzung setzt und einen Blutstropfen mit einer Mikropipette absaugt. Die Methode ist sehr zuverlässig, braucht aber spezielle Laboreinrichtungen. Die Indikation ist bei jedem Verdacht auf intrauterine Störung des Kindes gegeben, z.B. bei verfärbtem Fruchtwasser, Mekoniumabgang und bei schlechten Herztönen. Interessant sind die Beziehungen zwischen den kindlichen Herztönen und den reellen Ergebnissen der Mikroblutuntersuchung. Bei schlechten Herztönen fand man in zirka 40 Prozent der Fälle noch normale Blutbefunde. Bei Herztonfrequenzen über 160 Schläge pro Minute wurden nur in 24 Prozent der Fälle anormale Blutbefunde erhoben. Auf der andern Seite trifft man krankhafte Blutbefunde bei nur geringfügig veränderter Herztonfolge.

#### c) Amnioskopie

Darunter versteht man die Beurteilung der Farbe des Fruchtwassers durch direkte Betrachtung. Als Instrument dient eine kleine Röhre,

## Nachwort zur 74. Delegiertenversammlung

Wir hoffen, dass unsere Kolleginnen gut nach Hause gekehrt sind. Es freut uns, wenn sie eine gute Erinnerung an Bern bewahren werden. Vermutlich war diese letzte Delegiertenversammlung eine der bestbesuchtesten seit langem. Rund 450 Personen wurden gezählt. Der eigentliche Höhepunkt der Tagung sollte gewiss die Versammlung in unserem schönen ehrwürdigen Rathaus gewesen sein. Leider traf dies nicht ganz zu. Es wurde noch selten so viel «leeres Stroh gedroschen», um die Worte unseres Gastes, Herrn Gemeinderat K. Schädelin, zu gebrauchen, wie an dieser Delegiertenversammlung. Interessantes und Wichtiges wurde oft nicht, oder unzureichend übersetzt.

An dieser Stelle möchten wir den Herren Regierungsrat A. Blaser, Gemeinderat K. Schädelin und Professor Dr. Berger für ihre Begrüssungsworte recht herzlich danken. Nicht weniger herzlich danken wir all' den Firmen, welche durch grosszügige Spenden zum guten Gelingen unserer Tagung beigetragen haben.

Der Platzmangel, der sich im Casino einschneidend bemerkbar machte, war nicht unsere Schuld. Leider wurde unser Verbot, zur Abendunterhaltung Verwandte, Freunde und Bekannte mitzubringen, nicht befolgt.

Mit kollegialem Gruss

für den Vorstand der Sektion Bern: T. Tschanz

die durch die Vagina und den Zervikalkanal hindurch an die Eihäute herangebracht wird. Durch eine Lampe wird der Innenraum ausgeleuchtet, und die Farbe des Fruchtwassers kann erkannt werden. Das Kind ist gefährdet, wenn das Fruchtwasser gelb oder grün durchschimmert oder wenn Mekonium sichtbar wird. Es handelt sich um eine Methode, die am Ende der Schwangerschaft und vor dem Geburtstermin besonders bei Verdacht auf Toxikose oder Uebertragung sehr gute Dienste leistet.

#### d) Amniocentese

Bei der Amniocentese punktiert man die Fruchthöhle durch die mütterlichen Bauchdecken und die Uteruswand hindurch und entnimmt Fruchtwasser. Die Indikationen überschneiden sich teilweise mit jenen der Amnioskopie. Der Wert dieser Untersuchung liegt darin, dass das Fruchtwasser nicht nur mikroskopisch betrachtet, sondern auch für Laboruntersuchungen gewonnen werden kann. Die hauptsächlichste Anwendung entfällt auf die rhesusinkompatible Frau, bei der der Bilirubingehalt des Fruchtwassers bestimmt werden muss.

#### e) Foetales Elektrokardiogramm

Meistens wird die kindliche Herzaktivität von der mütterlichen Bauchwand abgeleitet. Die vaginale oder intrauterine Ableitung wird seltener vorgenommen, da sie eingreifender ist. Durch ein solches Elektrokardiogramm kann man Frequenz und Rhythmus des foetalen Herzens dauernd überwachen, eine Mehrlingsschwangerschaft diagnostizieren, die Lage des Kindes beurteilen und den Tod eines Foeten ausschliessen, wenn die Ausschläge im Apparat positiv sind. Ein negatives Elektrokardiogramm bedeutet hingegen nicht, dass das Kind gestorben ist.

#### Beurteilung des kindlichen Zustandes unmittelbar nach der Geburt

Die sofortige Untersuchung des Neugeborenen ist wichtig und sollte eigentlich selbstverständlich sein. Sie ist vergleichbar dem Anfangsbefund, den man erhebt, wenn man eine Patientin zum ersten Mal sieht. Verschiedene mehr oder weniger ausgeklügelte Schemas wurden vorgeschlagen. Der Zweck ist aber immer gleich: so rasch als möglich pathologische Zustände entdecken, damit die gezielte Therapie einsetzen kann. Erstaunlicherweise hatte es bis vor wenigen Jahren kein Schema gegeben, mit dessen Hilfe die Beobachtungen objektiv und immer auf die gleiche Weise niedergelegt wurden. Als Kriterium begnügten sich die einen mit der «Atmungszeit» und der «Schreizeit», während andere die Neugeborenen in die Kategorien «lebensfrisch», «leicht», «mittelgradig» und «schwer-asphyktisch» einteilten. Die Notwendigkeit einer von individuellen und emotiven Einflüssen freien Methode ist aber immer offensichtlicher geworden. Wir wollen hier lediglich zwei von diesen vorgeschlagenen Schemas beschreiben:

#### a) Das Apgar-Schema

Es wurde durch Virginia Apgar 1953 in den USA eingeführt. Es ist heute die verbreiteste Methode. Die Befunde Herzfrequenz, Atmung, Muskelspannung, nervöse Reflexe und Hautfarbe werden mit Punkten von 0 bis 2 bewertet. Bei einer Gesamtpunktzahl von 0 bis 4 wird der Allgemeinzustand als schlecht, bei 5 bis 6 als mittelmäßig und bei 7 bis 10 als gut taxiert.

Die Abbildung 1 wiedergibt das Schema:

	2	1	0
ATMUNG	normal kräftiges Schreien	langsam und regelmässig	nicht nachweisbar
HERZFREQUENZ	140—100	100	nicht nachweisbar
REFLEXEMPFINDLICHKEIT	Husten Niesen	Grimassieren	keine Reaktion
MUSKELTONUS	aktive Bewegungen	herabgesetzt	schlaff
HAUTFARBE	rosig	Körper rosig Extremitäten blau	weiss oder blau

Abbildung 1 Schema nach Apgar

Die Beurteilung wird eine, zwei und fünf Minuten nach der Geburt gemacht. Erreicht das Total nicht 8 Punkte, so soll 15 oder 20 Minuten nach der Niederkunft nochmals untersucht werden. Die Erfahrung zeigt, dass auch dieses Schema nicht frei ist von subjektiver Tönung und die vom Geburtshelfer erhobene Punktzahl oft höher liegt, als die von einem Kinderarzt oder einem Anästhesisten ermittelte. Der Zeitpunkt der Beurteilung spielt eine bedeutende Rolle für die totale Punktzahl. Nach verschiedenen Erprobungen nahm man die Zeit von einer Minute nach der Geburt als Standard. Die Wartezeiten von ein, zwei und fünf Minuten rechnet man von dem Moment an, wo das ganze Kind geboren ist. Eine automatische Zeitmessung wird empfohlen. Die Punktzahl nach einer und nach fünf Minuten kann, wie wir unten sehen werden, sehr verschieden sein.

Einer amerikanischen Zusammenstellung von 12 Spitätern mit über 17 000 Neugeborenen entnehmen wir folgendes:

Apgarwert	0—4	5—6	7—10
1 Minute nach der Geburt	6,7 %	14,4 %	78,9 %
5 Minuten nach der Geburt	1,8 %	3,4 %	94,8 %

Die Verteilung dieser Resultate nach Geburtsgewicht ist interessant und aufschlussreich. Weniger als 1,5 kg schwere Kinder hatten eine Minute nach der Geburt in 57,2 Prozent der Fälle ein Punkttotal zwischen 0 und 4, und nur in 3,9 Prozent der Fälle ein solches von 9 oder 10. Umgekehrt sind die Verhältnisse bei Kindern mit einem Gewicht zwischen 3,0 und 3,5 kg. Bei den übergewichtigen Kindern von über 4 kg ähnelt der Apgar-Index dem der Frühgeborenen. In der gleichen Arbeit wird dargestellt, dass 1,2 Prozent der Kinder mit Apgar 0 eine Minute nach der Geburt innerhalb der ersten vier Wochen starben. Die prozentuale Sterblichkeit sinkt mit steigender Apgarzahl. Es ist verständlich, dass die Mortalität bei Kindern, die fünf Minuten nach der Geburt einen Apgarwert von 0 oder 1 hatten, 49 Prozent betrug. Die Mortalität war ganz besonders hoch, wenn sich zu dem tiefen Apgar ein niedriges Körpergewicht gesellte. Neurologische Kontrolluntersuchungen der Kinder ein Jahr nach der Geburt zeigten eine erhöhte Zahl von cerebralen Anomalien bei Kindern, die einen niedrigen Apgarwert hatten. Das einfache Schema nach Apgar verlangt eine objektive Beurteilung von fünf kurzen Untersuchungen. Es gewährt einen hohen Aussagewert über den kindlichen Zustand bei der Geburt. Wird fünf Minuten nach der Entbindung der Test von der gleichen Person in gleicher Weise nochmals vorgenommen, so sind damit schlüssige Antworten über die erste Adoptionszeit des Neugeborenen gegeben.

#### b) Das Schema nach Saling

Dieses von E. Saling in Deutschland vorgeschlagene Schema basiert auf vier Faktoren, die durch alleinige Untersuchung mit den Augen des Geburtshelfers beurteilt werden.

1. Füllungszustand der Nabelschnur: Eine pralle Nabelschnur entspricht einem gut funktionierenden Placentarkreislauf. Ist die Nabelschnur nicht prall, so spricht es für eine vorausgangene intrauterine Störung.
2. Hautfarbe am Stamm: Sie gibt Auskunft über Sauerstoffsättigung des Blutes.
3. Muskeltonus und Bewegungen: Man sucht nach den typischen Umlammerungsbewegungen. Sie sollen nach 10 bis 15 Sekunden beurteilt werden.
4. Atmung: Sie soll 1½ Minuten nach der Geburt regelmäßig sein mit kräftigem Schreien. Wenn nur einzelne Schreie bei regelmässigem Ein- und Ausatmen auftreten, wird dies mit 2 Punkten beurteilt.

Bei jedem Befund gibt es vier Abstufungen. Die entsprechende Punktzahl wird eingesetzt.

Punkte	3	2	1	0
Nabelschnur	prall	—	mässig gefüllt	schlaff
Hautfarbe am Stamm	rosig	blau	blassblau	blass
Tonus und Bewegungen	sehr kräftig	gut	herabgesetzt	fehlen
Atmung	Schreiatmung	ungestört	gestört	fehlt
Gesamtpunkte :				

Abbildung 2 Schema nach Saling

Dieses Hauptschema genügt normalerweise dem Geburtshelfer. Finden sich pathologische Befunde oder ist eine weitere Differenzierung erwünscht, so besteht die Möglichkeit die wichtigsten Ereignisse nach der Geburt durch ein Nachschema (Abb. 3) zu ergänzen, indem der Zeitpunkt des ersten Atemzuges, des ersten Schreies, des Einsetzens der Spontanatmung und des Auftretens einer deutlichen Hautrötung im Gesicht notiert wird. Tritt das Merkmal innerhalb der als Grenzwert festgelegten Zeit ein, so wird es mit einem Punkt taxiert.

Merkmal	Grenzwert	Beginn nach	Punktbewertung
Erster Atemzug	20 Sek.	— Min. 5 Sek.	1
Erster Schrei	1¼ Min.	1 Min. 24 Sek.	—
Regelmässige Atmung	1½ Min.	1 Min. 10 Sek.	1
Hautrötung	5¼ Min.	2 Min. 30 Sek.	1
Total			3 Punkte

Abbildung 3 Ergänzungstabelle zum Schema nach Saling mit eingebautem Beispiel

Zusammenfassend gilt, dass uns heute für die Beurteilung des kindlichen Zustandes in der Spätschwangerschaft mehrere Untersuchungen zur Verfügung stehen. Sie erleichtern die Bestimmung des richtigen

Zeitpunktes der Geburtseinleitung bei Uebertragung, Rhesusinkompatibilität, Diabetikerinnen, um nur die hauptsächlichsten Indikationen zu nennen. Daneben ist es auch für die Hebamme ein dringendes Gebot, den Zustand des Neugeborenen bei der Geburt mit objektiven Befunden

## SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

### Zentralvorstand

Im Namen aller Hebammen, die an der Delegiertenversammlung in Bern teilnahmen, dankt der Zentralvorstand herzlich der Sektion Bern für den schönen Empfang in der Bundesstadt und die zwei schönen Tage, die wir gemeinsam erleben durften. Sicher haben sich Freundschaften geknüpft, dank der fröhlichen Stimmung, die während der zwei Tage herrschte.

Die schöne Fahrt per Auto-Car durch die reiche Berner-Landschaft mit Ziel Thun, wo uns der wunderbare Film «Die Geheimnisse des Lebens» gezeigt wurde, wird uns lange in Erinnerung bleiben. Und welche Fröhlichkeit in den Cars! Bravo den Anregnern!

Auch vielen Dank den Hebammenschülerinnen des Frauenspitals, die uns mit ihrem schönen Gesang beschenkt und die uns so freundlich im Bahnhof empfangen haben. Zuletzt einen Strauss des Dankes allen Kolleginnen der Sektion Bern und deren Mithelfer, die die Arbeit nicht scheut, uns zwei vollkommene Tage in unserer Bundesstadt zu offerieren. Nochmals allen ein Vergelt's Gott!

Während der Delegiertenversammlung in Bern wurden uns mehrere Gaben übergeben. Wir haben die Ehre und das Vergnügen den Firmen, die uns so reich beschenkt haben, zu danken:

Firma Nestlé, Vevey	Fr. 300.—
Firma Guigoz, Vuadens	Fr. 200.—
Firma Dr. Gubser, Glarus	Fr. 200.—
Firma Fissan, Genf	Fr. 200.—
Firma Humana, Hochdorf	Fr. 50.—

Dem Fürsorgefonds wurden folgende Gaben überreicht:

Firma Galactina, Belp	Fr. 100.—
Firma Doetsch-Grether, Basel	Fr. 100.—
Firma Humana, Hochdorf	Fr. 100.—

Im Namen der Beschenkten: *Thérèse Scuri*

#### Eintritte

##### Sektion Fribourg

Fr. Jungo Rose, geb. 1928, Maternité Pérrolles, Fribourg  
Fr. Sturmy Lydia, geb. 1935, Hôpital St. Joseph, Tavel  
Fr. Fasel Marthe, geb. 1942, Frauenspital Bern

##### Sektion Baselland

Fr. Naef-Rentegger, geb. 1941, Basel-Stadt

##### Section Vaudoise

Fr. Kaiser Rosa, geb. 1932, Lausanne  
Fr. Heusler-Mergy, geb. 1909, Pruntrut  
Fr. Marchand Hélène, geb. 1940, Lausanne

##### Sektion Graubünden

Fr. Meissen Ursula, geb. 1945, Kant. Frauenspital, Chur  
Fr. Roffler Anna, geb. 1937, Kant. Frauenspital, Chur  
Fr. Soler Maria Rosa, geb. 1936, Kant. Frauenspital, Chur

Wir begrüßen die neuen Mitglieder aufs herzlichste und wünschen ihnen viel Glück in ihrem Beruf.

Die Zentralpräsidentin: *Thérèse Scuri*

## SEKTIONSNACHRICHTEN

**Sektion Aargau.** Die Ansetzung der Sommerversammlung kann erst in der nächsten Ausgabe der «Schweizer Hebamme» bekanntgegeben werden. Dagegen wollen wir jetzt schon der Sektion Bern für die Durchführung der Delegiertenversammlung und ihre Gastfreundschaft herzlich danken. Ganz besonders tun wir dies auch ge-

zu belegen. Damit wird nicht nur eine medizinische Notwendigkeit erfüllt, sondern für spätere Auskünfte stehen bewusst erhobene Untersuchungsergebnisse und nicht nur vage Schätzungen über das Allgemeinbefinden zur Verfügung.

genüber allen Mitwirkenden und den Firmen, die in irgendeiner Form das Programm ermöglicht und zu dessen Durchführung beigetragen haben.

Am 25. März 1967 nahm in der Kapelle der landeskirchlichen Minoritätsgemeinde an der Bahnhofstrasse in Aarau eine kleine Trauergemeinde Abschied von unserer lieben Kollegin Althebamme Frau Elise Kaspar, zuletzt wohnhaft gewesen bei ihrer Tochter in Aarau. Sie erreichte ein Alter von 87 Jahren, ihr Hebammenpatent datiert aus dem Jahre 1909. Während 40 Jahren wirkte sie in Lenzburg und 48 Jahre lang war sie Mitglied der Sektion Aargau. Zu ihrer Ehre und als Vorbild wollen wir gerne festhalten, dass Frau Kaspar ihr berufliches Interesse auch durch regelmässigen Versammlungsbesuch gezeigt hat. Ihre Aufgabe als Hebamme hat sie stets ernst genommen, aber auch mit einem mütterlichen Verstehen zu verbinden gewusst. Die Einfachheit ihres Lebens, ihre Arbeitsfreude und ihre Aufopferung für die Mitmenschen mögen ihr reichlich belohnt werden. Wir werden ihr ein ehrenhaftes und dankbares Andenken bewahren.

Für den Vorstand: *Sr. Käthy Hendry, Präs.*

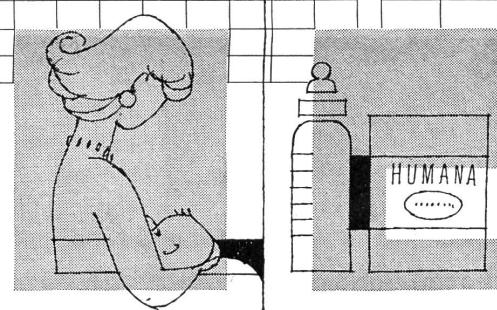
**Sektion Baselland.** Delegiertenversammlung 1967 in Bern. An die diesjährige Delegiertenversammlung begleiteten die drei Delegierten noch eine Gruppe Teilnehmerinnen. Den Verhandlungen wurde mit Interesse gefolgt. Der Sektion Bern gebührt der Dank für die Organisation der Tagung. Nicht minder in Erinnerung bleibt das gesellige Zusammensein. Der schöne Ausflug in Autocars in das prächtige Berner-Land und die Aufmerksamkeiten der Organisatoren fanden den Beifall aller. Ebenso sehr gilt unser Dank den zahlreichen Firmen, die uns mit «fachgemässen» Geschenken bedachten und mithalfen, die Delegiertenversammlung zu verschönern.

*M. Maurer*

**Sektion Basel-Stadt.** Für die gut geführte Delegiertenversammlung herzlichen Dank. Den Berner Kolleginnen, besonders Frau Marti und Schwester Gret Baumann und allen den grosszügigen Firmen, die uns so reich beschenkt, möchten wir auch an dieser Stelle herzlich danken. Dank gehört auch allen Vortragenden. Mlle. Suri und der ganze Zentralvorstand gab sich grosse Mühe. Es war wieder eine unvergessliche Tagung.

Tag	Datum	Gewicht	1. Mahlzeit	2. Mahlzeit	3. Mahlzeit	4. Mahlzeit	5. Mahlzeit	Total
55								
56	22. 3	4100	130	120	110	140	120	480 140
57	23. 3	4130	130	110	120	140	130	490 140
58	24. 3	4150	120	120	120	140	120	480 140
59	25. 3	4170	110	120	110	150	130	470 150
60	26. 3	4200	120	120	120	140	130	490 140
61	27. 3	4220	110	120	120	140	120	470 140
62								
63		Humana						
64								

Nur einmal  
von den Stillzeiten  
unabhängig sein,



nur einmal, vielleicht bloß einen halben Tag, weggehen können, ohne daß der kleine Schreihals zu Hause verhungert! Haben Sie diesen Stoßseufzer nicht auch schon gehört? Haben nicht schon junge Mütter Sie deshalb um Rat gefragt? Mütter, die voll hätten stillen können, die aber wegen anderen Verpflichtungen daran verhindert waren?

Es ist heute keine Hexerei mehr, einzelne Brustmahlzeiten durch einen Schoppen zu ersetzen, vorausgesetzt, daß eine Nahrung verwendet wird, die der Muttermilch in Geschmack, Zusammensetzung und Zuträglichkeit weitgehend entspricht. Eine derart «humanisierte» Säuglingsnahrung verlangt keinerlei Umstellung vom kindlichen Magen und bringt keine Verdauungsstörungen. Humana bedeutet hier Sicherheit, denn der höchste Grad der Humanisierung ist in Humana verwirklicht.

# HUMANA

die der Muttermilch angeglichen  
Säuglingsnahrung in Pulverform

Ein Produkt der Schweizerischen Milch-Gesellschaft AG Hochdorf