

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 61 (1963)

Heft: 6

Artikel: Der Kaiserschnitt

Autor: Künzli, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951691>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

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

Die Schweizer Hebammen

Bern, 1. Juni 1963 Monatsschrift 61. Jahrgang

6

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Frl. Martha Lehmann, Hebamme, 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 Petitzeile 55 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 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.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

(Aus der Universitätsfrauenklinik Bern (Direktor: Prof. W. Neuweiler)

Der Kaiserschnitt

von H. Künzli, Bern

Der Gedanke, durch aufschneiden des mütterlichen Leibes und der Gebärmutter ein Kind, das aus irgend einem Grunde nicht auf dem natürlichen Wege geboren werden kann, auf die Welt zu bringen, ist uralte. Die Beobachtung, dass beim Schlachten trüchtiger Opfertiere lebende Junge gefunden wurden, wird wohl den Anstoss dazu gegeben haben, den Kaiserschnitt an eben verstorbenen Schwangeren auszuführen. Das römische Gesetz gewährte bereits um 700 v. Chr. dem Foetus nach dem Tode seiner Mutter das Recht auf Leben und untersagt ausdrücklich die Bestattung einer schwangeren Frau, bevor das Kind herausgeschnitten worden war.

Das Wort «sectio» entstammt dem Lateinischen und bedeutet «Schnitt». Bürger des alten Roms, die auf diese ungewohnte Weise das Licht der Welt erblickt hatten, erhielten den Beinamen «Cesares», die «Herausgeschnittenen». Aus diesem Beiwort «Caesar» wurde dann das deutsche «Kaiser», dem man seine ursprüngliche Bedeutung nicht mehr ansieht.

Wir wissen nicht genau, wann zum ersten Mal der Kaiserschnitt an einer Lebenden ausgeführt worden ist. Gut beglaubigt ist die gelungene Operation des Schweineschneiders Jakob Nufer aus Sigershausen (Schweiz). Er soll im Jahre 1500 seiner eigenen Frau, die während einigen Tagen

unter der Geburt stand und fürchterlichste Qualen ausstehen musste, «nicht anders, als er es bei der Kastration der Schweine zu tun gewohnt war», den Bauch mit einem einzigen Schnitt eröffnet und das Kind ohne jede Verletzung herausgezogen haben. Die Wunde wurde «veterinario modo», d. h. wie er es bei den Tieren gewohnt war, zugenäht und soll ohne weitere Komplikation zugeheilt sein. Diese Frau habe später noch fünfmal normal geboren, einmal sogar Zwillinge. Jenes Kind aber, welches aus dem Leibe geschnitten worden war, habe ein Alter von 77 Jahren erreicht. So berichtet E. C. J. von Siebold in seinem Buch «Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe» 1839. Als erster einwandfrei beglaubigter Fall eines Kaiserschnittes an einer Lebenden gilt indessen die 1610 vom Chirurgen Jeremias Trautmann in Wittenberg ausgeführte Operation. Die Frau hatte sich in der Schwangerschaft durch einen losspringenden Fassreifen eine Verletzung des Unterleibes zugezogen, indem sich ein «Gebärmutterbruch» gebildet habe. Der Chirurg eröffnete die Bauchhöhle und die Gebärmutter und konnte das Kind so retten und am Leben erhalten. Die Frau starb jedoch vier Wochen nach der Operation.

Bis ins zwanzigste Jahrhundert hinein bildete der Kaiserschnitt ein nicht oder nur unvollkommen gelöstes Problem. Unendlich gross ist die Vielfalt der angepriesenen, angefeindeten, in Vergessenheit geratenen und wieder neu entdeckten Methoden, die allesamt überschattet waren von der ungeheuren Gefährlichkeit des Eingriffes. Vor der Einführung der Antisepsis in die allgemeine Chirurgie bildete der Entschluss des Arztes zur Schnittentbindung gleichsam das Todesurteil für die Mutter. Statistiken aus den Jahren 1750—1870 entnehmen wir eine mütterliche Gesamt mortalität von 62—95%, für die Kinder bis 30%. Von den bis 1870 in Paris operierten Frauen überlebte keine einzige den Eingriff. Das gleiche Schicksal war den bis 1877 im Wiener Gebärhaus Operierten beschieden. Dabei stellte die Infektion die grösste Gefahr für die Mutter dar, starben doch mehr als die Hälfte der Frauen an einer Peritonitis. Die weiteren Haupttodesursachen bildeten Kreislaufversagen, Pneumonien, postoperativer Ileus und Embolien, während bereits damals die Narkose verhältnismässig wenig Opfer forderte. Es ist heute nicht verwunderlich, dass die vor der antiseptischen Ära ausgeführten Kaiserschnitte das traurige Schicksal aller übrigen Bauchhöhlenoperationen teilten. Aber auch nach Einführung der Bekämpfung der Wundinfektion verlor der Kaiserschnitt keineswegs seinen Schrecken. Die dem operativen Eingriff selbst von aussen drohende Infektionsgefahr, die durch die Antisepsis so wirksam bekämpft werden kann, spielt eben beim Kaiserschnitt nicht die ausschlaggebende Rolle. Die Infektion erfolgte vielmehr in gar manchen Fällen von innen, vom infizierten Uterus aus. Das Aufsteigen pathogener Keime aus der Vagina, ihre rasche Ausbreitung in der ausgedehnten Wundfläche der Gebärmutterhöhle und die Durchwanderung in die freie Bauchhöhle konnte mit den damals zur Verfügung stehenden technischen und medikamentösen Mitteln nicht verhindert und beherrscht werden. So legten denn die Geburtshelfer der damaligen Zeit ihr Hauptaugenmerk insbesondere auf den möglichst weitgehenden Schutz der Peritonealhöhle vor Verunreinigung. Die einzige absolute Indikation zur Schnittentbindung bildete das hochgradig verengte Becken.

1876 führte Porro erstmals die nach ihm benannte Operation aus, indem er nach Entwicklung des Kindes unmittelbar die supravaginale Uterusextirpation anschloss und den Uterusstumpf in die Bauchdecken einnähte. Damit waren wohl die bis anhin erfolglos bekämpften Gefahren der Wundheilung des puerperalen Uterus beseitigt. Man musste sich nicht mehr um die Naht des Uterus bekümmern. Der so gefürchtete Rückbildungsprozess der Gebärmutter war mit seiner Entfernung auf höchst einfache Weise beseitigt. Die Gesamt mortalität konnte dank dieses radikalen Vorgehens auf 25% gesenkt werden, was in der damaligen Zeit als grossartiger Fortschritt in der Geburtshilfe bewertet wurde. Dass die Porro'sche Operation sich aber nicht sehr lange Zeit halten konnte, ist sehr begreiflich. In der Folge wurden weitere zahlreiche neue Operationsmethoden und Modifikationen entwickelt, die heute aber allesamt wieder verlassen worden sind. Beim «klassischen, korporalen Kaiserschnitt» wurde nach Eröffnung des

Liebe Kolleginnen,

Die Sektion Tessin möchte ihnen herzlich danken für die zahlreiche Beteiligung und das schöne Zusammensein in Locarno.

Die romantische Fahrt auf dem Lago Maggiore mit seinen berühmten Inseln, dem botanischen Garten, die einfachen aber aufrichtigen Tessinerlieder, mögen ihnen eine schöne Erinnerung sein.

Liebe Kolleginnen, wir bitten um Entschuldigung für eventuelle unfreiwillige Unannehmlichkeiten.

Die Sektionen St. Gallen, Zürich und Aarau bitten wir besonders um Entschuldigung für die Veränderung des Mittagessenprogramms in Brissago.

Wir danken Ihnen sehr für ihre Güte. Wir gratulieren der Sektion Uri und ihrer Präsidentin Frau Vollenweider, für die Wahl als Sitz der Delegiertenversammlung 1964. Beste Wünsche!

Wir sehen uns noch verpflichtet den folgenden Firmen für ihre Beiträge und Geschenke in Natura, herzlich zu danken:

Eau d'Evian Source für das feine Bankett im Hotel la Palma und den Aperitif auf der Insel Brissago.

Galactina AG, Belp, Nestlé S. A., Vevey, Dr. Wander AG, Bern, für die schöne Schifffahrt und Dr. Wander AG, noch besonders für den geschätzten Imbiss mit Omomaltine.

Guigoz, Vuadens, für die herrliche Biberon-Brosche.

Papierfabrik Balsthal, für die praktischen Säcke.

Opopharma AG, Zürich, für ihre schönen «Boccalino».

Milupa, Neuchâtel, und Humana, Hochdorf, für den «Tio di Gandria» und «La vos da Locarno».

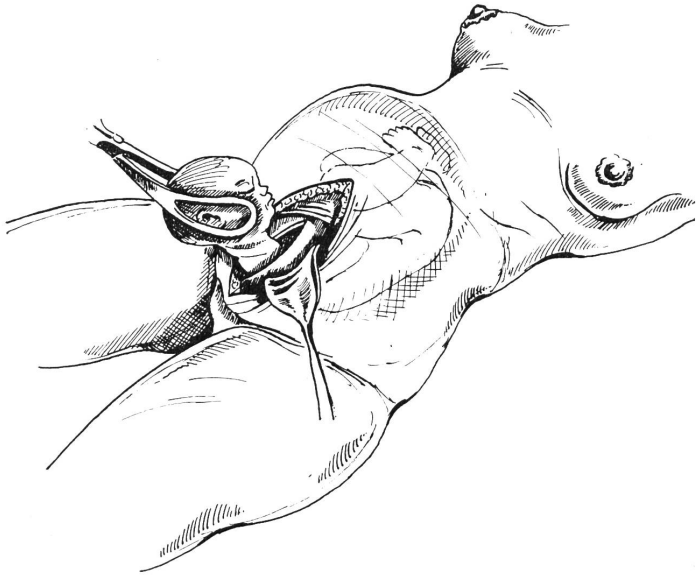
Evans Medical, Bern, Sandoz, Basel, Nobs AG, Münchenbuchsee. Herzlichen Dank für alle Naturalgaben im Mustersack.

Mit freundlichen Grüssen!

Für die Sektion Tessin:

Die Präsidentin: F. Bardin

Abdomens durch medianen Längsschnitt der Uterus im Fundus längs und quer eröffnet. Wegen seiner evidenten Nachteile (die starke Blutung aus der dicken Uteruswand, die Ueberschwemmung der freien Bauchhöhle mit möglicherweise infiziertem Fruchtwasser, die breite Berührung der Wunde mit dem Darm mit Bildung von Adhäsionen und Ileusgefahr, sowie das häufige Vorkommen von Uterusrupturen im Narbenbereich bei späteren Schwangerschaften) ist er heute überlebt. Vor und während des ersten Weltkrieges propagierten berühmte Geburtshelfer wie Sellheim, Doederlein, Frank und Küstner den «extraperitonealen Kaiserschnitt». Ohne die Bauchhöhle zu eröffnen, wurde dabei die Blase nach unten und seitlich, das Peritoneum nach oben abgeschoben und der Uterus so extraperitoneal freigelegt und eröffnet. So konnte die Peritonealhöhle vor Verunreinigung aus der Uterushöhle mit infiziertem Fruchtwasser geschützt werden. Dank dieser neuen Methode wurde die Gesamtmortalität unter 10% gesenkt. Untenstehende Abbildung, die dem Lehrbuch für «Operative Geburtshilfe» von A. Doederlein (1912 in dritter Auflage erschienen) entnommen wurde, dient zur Illustration der damaligen extraperitonealen Operationstechnik.



Heute wird diese Methode nur noch in Ausnahmefällen durchgeführt, ist doch die Operationstechnik recht schwierig und die Komplikationen (Blasenverletzungen) nicht selten. Sellheim empfahl 1908, das Bauchfell vor Eröffnung des Uterus mit den Hauträndern zu vereinigen und so die Bauchhöhle abzuschirmen. Nach Entleerung des Uterus nähte er dessen Wundränder ebenfalls an die Hautränder an, sodass der Uterus nach aussen offen blieb und in einer späteren Operation geschlossen wurde. Diese Methode, für sicher infizierte Fälle gedacht, hat nurmehr historisches Interesse. Schliesslich empfahl Gottschalk 1910, den Uterus vor die Bauchdecken zu wälzen und erst nach Verschluss der Bauchwand zu entleeren. Die Rückversenkung des Uterus in die Bauchhöhle erfolgte dann drei bis fünf Wochen später.

Alle diese, heute recht abenteuerlich anmutenden Operationsmethoden waren aus dem Bestreben heraus, die Bauchhöhle vor der drohenden Infektion, die mit der Eröffnung des Uterus verbunden war, zu bewahren entwickelt worden. Sie verdienen auch heute noch unsere grösste Anerkennung.

Seit der Einführung der Chemotherapeutica (Sulfonamide) und der Antibiotica verlor die Infektionsgefahr viel von ihrem Schrecken. Dank der Verbesserung der Operationstechnik, der Einführung der Bluttransfusion, der Fortschritte in der Narkosetechnik und der Möglichkeit medikamentöser Behandlung mit Antibiotica, Uterotonica (Methergin usw.) Antikoagulantien u. a. ist der Kaiserschnitt heute ein relativ harmloser Eingriff, dessen ungereinigte Gesamtmortalität nach grossen Sammelstatistiken unter 1% liegt.

Unsere eigenen Erfahrungen über den heutigen Stand der abdominalen Schnittentbindung basieren auf einem Krankengut von 890 am Kantonalen Frauenspital Bern in den Jahren 1954 bis 1961 durchgeführten Kaiserschnitten. Bezogen auf die Gesamtzahl aller in diesem Zeitabschnitt erfolgten Spitalgeburten (16 083) macht dies einen Prozentsatz von 5,53% aus. In weitaus den meisten Fällen wurde die «supracervikale, transperitoneale Sectio caesaria» ausgeführt: Das Abdomen wird durch einen suprasymphysären queren sog. Pfannenstielschnitt eröffnet und die Bauchhöhle mit Darmgazen abgestopft. Durch Spalten der den Uterus überziehenden Serosa kann die Blase stumpf nach unten abgeschoben werden. Hierauf erfolgt die Stichincision im vorderen supracervikalen Uterusabschnitt. Die Öffnung wird digital nach beiden Seiten soweit eröffnet, dass der kindliche Schädel manuell oder mit Hilfe des sog. Sellheimlöffels entwickelt werden kann. Nach der Abnabelung des Kindes wird der Uterus aus dem kleinen Becken vor die Bauchhöhle gewälzt und die Placenta exprimiert.

Regelmässig injizieren wir Syntocinon intravenös zur Förderung der Uteruskontraktion. Die Uterusnaht erfolgt in zwei Schichten durch fortlaufende Catgutnaht. Darüber sichert eine dritte Einzelknopfnahreihe, ebenfalls aus Catgut, die fortlaufenden Nähte. Mit Hilfe des zu Beginn der Operation nach unten abgeschobenen Blasenperitoneums wird nun in doppelter Schicht die Uterusnahtstelle gedeckt, peritonealisiert, unter Mitteinbeziehung der Ligg. rotunda, die damit die beiden Wundwinkel decken. Nun wird der Uterus ins kleine Becken zurückverlagert, die Nahtstelle am Uterus mit wasserlöslichem Penicillin umspritzt und die Bauchdecken schichtweise mit Cat-Nähten verschlossen. Die Operation dauert in den meisten Fällen weniger als eine halbe Stunde, die beschriebene Technik ist einfach und die Komplikationen sind sehr selten. Seit einigen Jahren führen wir den Eingriff grundsätzlich in Intubationsnarkose aus. Bei insgesamt 22 von 890 Kaiserschnitten musste der Uterus anschliessend an die Entwicklung des Kindes supravaginal amputiert werden. Wir wurden zu diesem radikalen Vorgehen durch atonische schwere Blutungen, Insertionsstörungen der Placenta (Placenta accreta und increta), Uterusrupturen und Uterusmyome gezwungen.

Die Sterblichkeit der Sectio caesaria ist heute so niedrig geworden, dass man fast von einer lebenssicheren Operation reden darf. Alle grossen Sammelstatistiken Europas und der USA kommen auf eine Mortalität, die unter 1% liegt. Wir haben am Kantonalen Frauenspital in den Jahren 1954—1961 zwei Frauen nach einer Kaiserschnittsoperation verloren, was einer ungereinigten Gesamtmortalität von 0,22% entspricht. Bei der ersten Patientin wurde 11 Tage vor dem errechneten Geburtstermin wegen vorzeitiger Placentarlösung bei Schwangerschaftstoxikose die Sectio ausgeführt. Trotz 18 (!) Bluttransfusionen und Fibrinogen musste der Uterus wegen unstillbarer Blutung supravaginal amputiert werden. Die Patientin erholte sich nicht mehr und kam wegen Afibrinogenämie und Crushsyndrom (ausgedehnte Parenchymnekrosen in Niere und Leber) ad exitum. Bei der zweiten Patientin musste die Sectio wegen Eklampsie und vorzeitiger Lösung der Placenta ausgeführt werden. Der Tod erfolgte zwei Tage später an Kreislaufversagen. Diese beiden Todesfälle dürfen nicht der durchgeführten Operation zur Last gelegt werden. 1959 führten wir bei einer 27-jährigen, die in moribundem Zustand bei uns eingeliefert worden war, fünf Minuten nach Eintritt des Todes die Schnittentbindung durch. Das blauasphyktische Kind konnte wiederbelebt werden und ist heute gesund.

Bei den Kindern sieht man in allen grossen Statistiken eine grössere Sterblichkeitsziffer als bei den Müttern. Dies ist gut verständlich, wird doch naturgemäss der Kaiserschnitt häufig bei bereits intrauterin geschädigten, kranken oder gar missgebildeten Kindern ausgeführt. Es besteht kein Zweifel, dass an sich der Kaiserschnitt für das Kind die schonenste Entbindungsart überhaupt darstellt. Von den 904 Sectiokindern der Jahre 1954—1961 kamen 70, d. h. 7,8% ad exitum, davon sind 27 (3%) Totgeburten. Wie gesagt, darf diese relativ hohe kindliche Sterblichkeit nicht überraschen, waren doch viele Kinder schon vor der Operation geschädigt, beispielsweise bei vorzeitiger Lösung der Placenta, Schwangerschaftstoxikose, intrauteriner Asphyxie, Diabetes, Rhesusincompatibilität u. a. mehr. Bei der Hälfte aller Totgeburten war der Tod auf eine vorzeitige Lösung der Placenta zurückzuführen, wobei besonders viele unreife Kinder betroffen wurden. Bei den nach der Geburt gestorbenen Kindern sind die vorzeitige Placentarlösung und die Placenta praevia mit Abstand die häufigsten Todesursachen. Mit Abstand folgt die Fruchtwasserrespiration (6 Fälle). Recht aufschlussreich ist die Feststellung, dass von den insgesamt 43 nach der Geburt gestorbenen Kindern 40% ein Geburtsgewicht unter 2000 gr. aufwiesen.

Vor der Einführung der Antiseptik nahm man wegen der grossen Lebensgefahr für die Mutter einen Kaiserschnitt nur bei Vorliegen einer absoluten Indikation, wenn die Entbindung per vias naturales nicht möglich war, vor (hochgradig verengtes Becken). Die Indikationsstellung wurde mit der Verbesserung der Heilungschance mehr und mehr erweitert. In Fällen von Eklampsie, ungünstiger Kopfeinstellung und vorzeitiger Lösung der Placenta, sowie von Placenta praevia wurde operiert, wenn bei noch nicht genügend erweiterter Cervix die Entbindung von unten unmöglich und eine rasche Entleerung des Uterus dringend notwendig schien. Die guten Resultate der Sectio caesaria haben in den letzten Jahrzehnten möglich gemacht, die Indikationsstellung grosszügiger zu handhaben. Die «kindliche Indikation», der Kaiserschnitt im Interesse des Kindes, hat zunehmend an Bedeutung gewonnen. Es gelingt heute, ohne grosses Risiko für die Mutter, das Leben vieler gefährdeter Kinder zu retten, wo früher andere, konservative Entbindungsarten wie Wendungs- und Zangenoperationen doch mit einer erheblichen Mortalitätsziffer belastet waren.

Von den Indikationen, die den Entscheid zu unseren in den Jahren 1954—1961 ausgeführten Kaiserschnitten abgaben, stand die klassische, das enge Becken, mit 21,8% an erster Stelle. Auf Grund früher bereits vorgenommener Schnittentbindungen wurde der Kaiserschnitt in 180 Fällen (20,2%) ausgeführt. Wir dürfen nicht vergessen, dass der Entschluss zur Sectio gewissermassen ein Präjudiz schafft für die nächste Geburt, indem man dann in vielen Fällen es nicht mehr wagt, die Spontangeburt wegen der möglichen Gefahr einer Uterusruptur im Narbenbereich abzuwarten. Die Blutungen (Placenta praevia und vorzeitige Lösung der Placenta) stellten mit insgesamt 139 Fällen (15,6%) die dritthäufigste Hauptindikation zur Schnittentbindung dar. Anomalien der weichen Geburtswege (Weich-

teilschwierigkeiten, Status nach früheren Myomoperationen, Wehenschwäche, alte Erstgebärende u. a.) machten 119 mal (13,4%) eine Kaiserschnittoperation notwendig. Mit deutlichem Abstand folgen die graviditätsbedingten Krankheiten wie drohende Eklampsie, Eklampsie mit insgesamt 41 Fällen (4,6%). Schwangerschaftsunabhängige Erkrankungen der Mutter wie Tuberkulose, Diabetes, Herzvitien und orthopädische Leiden (Discushernie, Spondylolisthesis usw.) bildeten in 38 Fällen die Indikation. Wegen Lageanomalien (Quer und Schief lagen) und falscher Einstellung des Kindes (Deflexionslagen) wurde insgesamt 69 mal (7,8%) ein Kaiserschnitt ausgeführt. Aus rein kindlicher Indikation, z. B. wegen Rhesusincompatibilität oder ABO-Antikörperbildung, habituellen Aborten oder habituellen Totgeburten, Uebertragungen und früheren schweren Geburten haben wir uns 85 mal zur Schnittentbindung entschlossen.

Der Wochenbettsverlauf war, trotzdem wir nur in 28,2% aller Kaiserschnittsfälle Antibiotica gegeben haben, in weitaus den meisten Fällen völlig komplikationslos. Seit mitte des Jahres 1956 erhalten sämtliche Operierte während 10 Tagen Butazolidin nach einem bestimmten, bewährten Schema.

Die guten Resultate, die alle Geburtshelfer mit dem Kaiserschnitt gemacht haben, könnten uns sehr leicht dazu verleiten, die Indikation grosszügiger, ja gar zu weitherzig zu stellen. Wir wollen aber nicht vergessen, dass die Schnittentbindung auch heute noch für die Mutter ein grösseres Risiko darstellt als die normale Geburt. Infekte und vor allem thromboembolische Prozesse sind trotz Antibiotica und Antikoagulantientherapie immer noch schwerwiegende, nicht immer vermeidbare Komplikationen, die uns davor bewahren sollen, eine Sectio caesaria ohne sorgfältige Indikationsstellung, etwa aus «Gefälligkeit», auszuführen.

Bitte Schwester

sage meiner Mama, sie soll mich mit Balma-Kleie baden; sie ist doch so froh, wenn meine Haut rein und gesund ist.

Der heilige Geist ist das Angeld unseres Erbes für die Erlösung seines Eigentums, zum Lobe seiner Herrlichkeit. Epheser 1, 14

Mit einem Gleichnis aus dem Wirtschaftsleben wird hier gesagt, was für ein Ereignis Pfingsten ist. Angeld, Anzahlung. Sie können sich ein Haus erwerben und leisten eine Teilzahlung. Sie erwarten das neue Auto, nachdem Sie das alte «an Zahlung» gegeben haben. In beiden Fällen ist nicht die Grösse des hingelegten Geldbetrages entscheidend, sondern die Freude am Neuen, die Gewissheit, dass Ihnen ein Ganzes zugesichert und jetzt schon in Gebrauch gegeben ist. Im Bewusstsein solcher Freude und Gewissheit feiert die Kirche Pfingsten. Heiliger Geist heisst die Kraft, die diese Freude und Gewissheit schafft, stärkt, erhält. Freude an dem, was schon geschenkt ist: Am Reichtum der Gaben Gottes. Gewissheit dessen, was noch nicht greifbar vor Augen ist: Das «Erbe», die Fülle und Erfüllung des göttlichen Versprechens. Solche Stärkung haben wohl auch Sie nötig. Mit uns die ganze Kirche. Wir brauchen Pfingsten, damit uns neu bewusst wird, welcher Zukunft wir entgegen gehen.

Du weisst es, wir möchten zum Lobe Deiner Herrlichkeit diesen Tag feiern. Gib uns den Geist, der unsere Herzen froh und zuversichtlich macht.

Aus: Boldern Morgengruss

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:
Frau J. Glettig, Laubstenstr. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 74 98 77

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Tessin

Signorina Giuseppina Perucchi, Stabio,
geb. 1931
Signorina Adriana Stroppini, Gnosca,
geb. 1940

Sektion Winterthur

Frau Vincens Ursula, Zürich, geb. 1927
Fräulein Forster Hilda, Spital Rüti,
geb. 1935

Wir wünschen unsern neuen Mitgliedern alles Gute und begrüssen sie herzlich.

Zur 70. Delegiertenversammlung im Tessin,

Noch lange werden uns die herrlichen Tage im Tessin in bester Erinnerung bleiben. Wir möchten an dieser Stelle den Tessinerinnen recht herzlich danken für ihre grosse Arbeit, vor allem der Präsidentin Frau Fausto Bardin sowie auch der Uebersetzerin Frau Gea Rätthey. Auch schliessen wir alle unsre Delegierten ein, die zu einem friedlichen und gemüthlichen Beisammensein beigetragen haben.

Für den Zentralvorstand

Die Vize-Präsidentin:
Sr. Ruth Zaugg

Die Aktuarin:
Frau H. Clerc

KRANKENKASSE

Anlässlich der Delegiertenversammlung in Locarno erhielt unser Krankenkasse wiederum Spenden von uns wohlgesinnten Firmen, nämlich:

Firma Auras S.A., Clarens . . . Fr. 75.—
Firma Opopharma AG., Zürich . Fr. 150.—
(Johnson und Johnson)

Diese Spenden, die uns sehr erfreuten und die wir im Namen unserer Mitglieder ganz herzlich verdanken, werden nun dem restlichen Vermögen beigelegt, das uns nach der Fusion für unsere kranken und hilfsbedürftigen Kassenmitglieder bleibt.

Auch den Kolleginnen der Sektion Tessin möchte ich im Namen der Krankenkassekommission herzlich danken für die sehr schöne und wohlgelungene Tagung. Schade dass uns die Tessinersonne nicht gut gesinnt war. Ganz speziellen Dank den lieben Tessinerkolleginnen von der Schreibenden für die wunderschöne Blumen-gabe.

Für die Krankenkassekommission:
Die Präsidentin

HILFSFONDS

Vergabung

Als freudige Ueberraschung kann ich ihnen mitteilen, dass die uns wohl gesinnte Firma Guigoz in Vuadens unserer Kasse den schönen Betrag von Fr. 150.— gespendet hat. Hierüber sind wir hocherfreut und danken herzlich für diese willkommene Gabe.

Von Ungenannt durften wir Fr. 35.— in Empfang nehmen, was wir auch hier bestens verdanken möchten.

Für die Hilfsfondskommission:
J. Glettig

SEKTIONSNACHRICHTEN

Sektion Baselland. Am 13. und 14. Mai reisten viele Hebammen aus der ganzen Schweiz nach Locarno an die Delegiertenversammlung. Von unserer Sektion waren es 11 Mitglieder, davon drei als Delegierte. Im schönen Tessin angekommen, bezogen wir als erstes unsere Quartiere. Wir verteilten uns in die Hotels und stärkten uns mit pikanten Mittagessen.

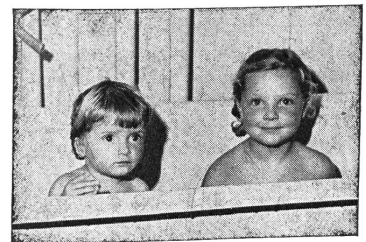
Um 13.30 Uhr versammelten wir uns im Palazzo Sopracenerina um das grosse Vorhaben zu erledigen. Einzelheiten über den Verlauf der Versammlung vernehmen Sie nächstens im Protokoll von unserer Juristin Frl. Dr. Nägeli. Die Zwischenverpflegung der Firma Dr. Wander AG stärkte uns für den zweiten Teil, der, Dank unserer Zentralpräsidentin Sr. Alice Meyer zum guten Ende führte.

Abends auf der Dachterrasse des Hotels Palma folgten wir gerne der Einladung zum Bankett. An Unterhaltung und guter Organisation fehlte es nicht. Das möchten wir der Sektion Tessin herzlich verdanken. Ganz besonderer Dank gebührt den vielen Firmen aus der ganzen Schweiz für die grosszügigen Spenden, die sie uns zukommen liessen, so auch für das gute Essen und die Fahrt nach Brissago die uns durch sie ermöglicht wurden.

Mit vielen freundlichen Erinnerungen gingen wir nach Hause und wir werden diese schönen Erlebnisse nicht vergessen.

Im Namen des Vorstandes:

Die Aktuarin: L. Jurt



Wir sind gesund und munter dank der Pflege mit Schweizerhaus-Spezialprodukten.

Annalise und Margrit werden sich freuen, Sie bei Gelegenheit im «Schweizerhaus» in Glarus begrüßen zu dürfen!



Dr. Gubser-Knoch AG. Schweizerhaus, Glarus

Schweizerhaus-Spezialprodukte für Säuglings- und Kinderpflege: Kinder-Puder, -Oel, -Seife, -Crème, sowie Tropfen für zahnende Kinder.