

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: 4

Artikel: Unterleibsgeschwülste und Schwangerschaft

Autor: Künzli, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951688>

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: 14.03.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Frä. 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 Petitzelle 48 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzelle 72 Rp.

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

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

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

Unterleibsgeschwülste und Schwangerschaft

Von H. Künzli

Die Beziehungen zwischen gut- und bösartigen Genitaltumoren und Schwangerschaft sind so mannigfaltig und praktisch bedeutungsvoll, dass ihre Besprechung auch bei den praktizierenden Hebammen bestimmt auf Interesse stösst. Wir wollen uns dabei auf das Wesentliche beschränken und die seltenen Tumoren, die u. a. von Knochen, dem Dickdarm oder von Lymphknoten ausgehen können, übergehen.

1. Myom und Schwangerschaft.

Das Uterusmyom ist eine aus glatten Muskelfasern bestehende gutartige Geschwulst der Gebärmutter von wechselnder Grösse, die sich nur während der Zeit der Geschlechtsreife entwickelt. Es steht punkto Häufigkeit an der ersten Stelle aller genitalen Tumoren. Myome ausserhalb der Schwangerschaft sind oft über Jahre hinaus symptomlos und beeinträchtigen den Allgemeinzustand ihrer Trägerinnen häufig in keiner Weise. Treten Beschwerden auf, stehen verstärkte und verlängerte Blutungen, Druck- und Verdrängungserscheinungen und Schmerzen im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes. Sterilität und herabgesetzte Fruchtbarkeit sind eine nicht seltene Komplikation der Uterusmyome, bedingt u. a. durch Entzündungen der Tuben mit Bildung von Hydrosalpingitiden.

Vielfach aber kommt es bei vorhandenen Myomen zur Konzeption. Dann kann je nach dem Sitz und der Grösse der Knoten die Schwangerschaft und auch die Geburt völlig normal und ungestört verlaufen. Die Erkennung eines Myoms in der Schwangerschaft ist für den erfahrenen Arzt meistens leicht. Schwieriger wird für ihn jedoch die Diagnose einer Frühschwangerschaft in einem myomatös veränderten Uterus, weil sich die Gravidität hinter dem knotig verdickten und vergrösserten Uterus versteckt. Auch kommt eine Verwechslung von Myom und Gravidität immer wieder vor. Die sorgfältige Befragung der Patientin nach dem Zeitpunkt der letzten Regelblutung, die eingehende klinische Untersuchung und der biologische Schwangerschaftstest (Ascheim-Zondek, Galli-Mainini, Pregnosticon usw.) bewahren den Arzt vor peinlichem Irrtum. Hört man in einem grossen «Uterusmyom» kindliche Herztöne, dürfte die Diagnose klar sein. Vom 4. Schwangerschaftsmonat an kann auch das Röntgenbild diagnostischen Aufschluss geben.*

Abbildung 1 gibt eine Schwangerschaft in einem mehrknotigen Uterus myomatosus wieder, während in Abbildung 2 ein grosser solitärer Myomknoten den Geburtskanal für das sich im Fundus entwickelnde Kind verlegt und den Brutraum wesentlich einschränkt.

Während der Schwangerschaft und unter der Geburt treten aber gewöhnlich trotz Vorhandensein von Myomen Schwierigkeiten und schwerwiegende Störungen nicht auf. Der Verlauf kann ein völlig normaler sein. Dies wollen wir besonders festhalten. Allein die Anwesenheit von Myomen in der Schwangerschaft rechtfertigt an sich allein auf keinen Fall ein aktives, d. h. operatives Vorgehen. Insbesondere ist ein Myom keine Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung.

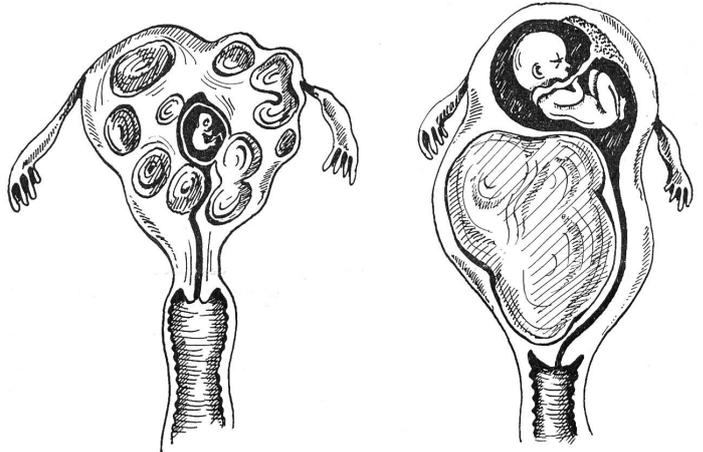


Abb. 1

Abb. 2

Allfällige Komplikationen können indessen in jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und der Geburt auftreten. Die Abortgefahr ist sicher erhöht, vielfach bedingt durch eine Einengung des Brutraumes, indem für die Entwicklung des Kindes nicht genügend Platz zur Verfügung steht. Die mit der Schwangerschaft verbundene starke Hyperaemie des Uterus führt auch zu einer vermehrten Durchblutung des Myoms. Ein starkes Myomwachstum kann die Folge sein. Andererseits aber kann auch die Ernährung des Myoms so unzureichend sein, dass es zu einer partiellen oder totalen Nekrose des Myoms kommt. Diese bedeutungsvollste Veränderung an den Myomen während der Schwangerschaft äussert sich in Schmerzen, die so intensiv sein können, dass die Patientinnen unter dem klinischen Bild eines «akuten Abdomens» notfallmässig in die Klinik eingewiesen werden müssen. Die Nekrose oder die Stieldrehung eines Myomknotens zwingt uns dann zu einem unverzüglichen aktiven Vorgehen, wobei das nekrotische Myom durch Bauchschnitt entfernt wird. Nicht selten gelingt es dabei, die Schwangerschaft zu erhalten, sofern bei der Operation die Uterushöhle nicht eröffnet wird.

Auch die Geburten verlaufen in der Mehrzahl normal. Doch müssen wir vermehrt mit Störungen rechnen. Gelegentlich, allerdings selten, werden Uterusmyome durch Verlegung des Geburtskanals zu einem vollständigen Geburtshindernis, besonders bei tiefsitzenden Zervixmyomen. Kleinere Knoten können das Zustandekommen einer normalen Hinterhauptslage behindern und zu Lageanomalien (Deflexionslagen, Schräg- und Querlagen, sowie Beckenendlagen) führen. Die häufigste Komplikation unter der Geburt ist aber eine Wehenschwäche, indem Myomknoten die Kontraktionsfähigkeit des Uterus beeinträchtigen können. Darauf sind auch die häufigen atonischen Nachblutungen in der Nachgeburtsperiode, die praktisch bedeutungsvollste Komplikation, zurückzuführen. Im Wochenbett bilden sich Uterus und Myom zurück. Ernährungsstörungen können zur Nekrose des Myoms und seiner Infizierung mit pathogenen

Verehrteste Kolleginnen.

Wir werden Ihnen in der nächsten Nummer das

Programm der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Hebammenverbandes

die am Montag und Dienstag den 13. und 14. Mai 1963

in Locarno

stattfinden wird, bekanntgeben. — Wir entbieten Ihnen zum voraus herzlichen Gruss verbunden mit dem aufrichtigen Wunsch auf zahlreichen Besuch dieser wichtigen Tagung.

Mit vollkommener Hochachtung:
Sektion Tessin

Keimen führen, ein mit Recht sehr gefürchtetes Krankheitsbild, das zu schwersten puerperalen Infekten, ja zur Sepsis und zum Tod führen kann. Die Infektion erfolgt gewöhnlich vom *cavum uteri* aus. Es ist dabei besonders wichtig, die Diagnose dieser lebensbedrohlichen Komplikation rechtzeitig zu stellen, die eine sofortige Operation notwendig machen.

Wie gesagt, verläuft die Geburt meistens normal. Ergeben sich indes aus der Grösse des Myoms oder seinem Sitz Schwierigkeiten für die Entfaltung des Zervikalkanals oder für den Durchtritt des Kindes, wird man nicht allzu lange mit der abdominalen Schnittentbindung zuwarten. Ob dabei das oder die Myome gleichzeitig mitentfernt oder sogar der Uterus mitexstirpiert werden muss, hängt von den entsprechenden lokalen Verhältnissen ab. Auch die Leitung der Nachgeburtsperiode erfolgt, unter sorgfältigster Ueberwachung der Patientin, primär konservativ. Um nicht die Gefahr einer Ernährungsstörung des Myoms mit nachfolgender Nekrosebildung zu fördern, vermeiden wir die Behandlung mit kontraktionsfördernden Substanzen (Methergin!) im Wochenbett.

Zusammenfassend wollen wir nochmals festhalten, dass in den meisten Fällen ein Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft ohne Komplikationen für Mutter und Kind ist. Eine sorgfältige ärztliche Ueberwachung der Frauen während der Schwangerschaft und ihre Entbindung in einer Frauenklinik ist aber unerlässlich.

2. Ovarialgeschwülste.

Das Zusammentreffen von Ovarialtumor und Schwangerschaft ist sehr viel seltener. Unter 1000 Schwangerschaften wird man vielleicht einmal eine Ovarialgeschwulst finden. Meistens handelt es sich dann um gutartige Demoide (eingekapselte, cystische Tumoren, die Haare, Talg, Zähne und Knochenteile enthalten können) oder um gewöhnliche Ovarialcysten. Schon ausserhalb der Schwangerschaft gilt der Grundsatz, dass jeder diagnostizierte Ovarialtumor operiert werden muss, da man aus dem klinischen Befund allein nie mit Sicherheit die Bösartigkeit der Geschwulst ausschliessen kann. In der Gravidität kommt noch wegen der allgemeinen Auflockerung die Gefahr einer Stieldrehung dazu mit all ihren schwerwiegenden Komplikationen für die Mutter. Die Gefahr der Stieldrehung ist im Wochenbett besonders gross, verbunden mit der Möglichkeit einer Vereiterung und Verjauchung.

Grundsätzlich wird deshalb aus den angeführten Gründen jeder festgestellte Ovarialtumor zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft operativ behandelt, wenn möglich unter Erhaltung der Gravidität.

3. Gebärmutterhalskrebs und Schwangerschaft.

Ein Zusammentreffen von Krebs und Schwangerschaft ist selten, weil das Portiokarzinom meistens nach dem 35. Lebensjahr aufzutreten pflegt. Die Häufigkeit eines solchen Zusammentreffens schwankt zwischen 0,01 und 0,04 %. Das bedeutet, dass unter 4000-5000 Schwangerschaften 1-3 Gebärende an einem Gebärmutterhalskarzinom latent oder manifest erkrankt sind. Wir müssen deshalb trotz der kleinen Zahl mit einer solchen Möglichkeit rechnen und bei der Untersuchung danach forschen.

Die Krankheitszeichen sind bei der Nichtgraviden die nämlichen: Spontane Blutabgänge, Kontaktblutungen und foetider Fluor. Dabei hängen die klinischen Symptome nicht etwa vom Ausbreitungsgrad des Karzinoms oder dem Alter der Gravidität ab. Der Fluor wird meistens von den Patientinnen übersehen oder bagatellisiert. Wohl suchen in den meisten Fällen Frauen, die während der Schwangerschaft wiederholte spärliche oder stärkere Blutabgänge aus der Scheide beobachtet haben, den Arzt auf. Dieser denkt dabei selbstverständlich zunächst eher an einen drohenden oder beginnenden Abort oder in der zweiten Schwangerschaftshälfte an eine Placenta praevia. Dabei wird dann vielfach auf eine innere Untersuchung bewusst verzichtet, um nicht die Abortgefahr zu erhöhen oder eine Praevialblutung zu provozieren. Die weiteren möglichen Begleitsymptome einer Krebserkrankung, wie Inappetenz, Uebelkeit, unklare Schmerzen, Miktionsbeschwerden und dergleichen werden begrifflicher Weise eher auf die Schwangerschaft zurückgeführt. Ich selber erinnere mich an den tragischen Fall einer 28-jährigen 1-para, die an einer ausländischen Universitätsklinik wegen recidivierenden Blutungen im 7. Schwangerschaftsmonat hospitalisiert wurde. Auf Grund der Anamnese wurde die Diagnose «*placenta praevia*» gestellt, auf eine vaginale Touchierung und die Spekularuntersuchung wurde bewusst aus Schongründen verzichtet. Die Frau blieb bis kurz vor

Termin in der Klinik. Wegen einer erneuten, massiven Genitalblutung wurde dann die *sectio caesaria* ausgeführt und tatsächlich eine tiefsitzende Placenta vorgefunden, die die recidivierenden Blutungen hätte erklären können. Der Wochenbettsverlauf war komplikationslos und die Frau konnte am 14. postoperativen Tag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden. Sechs Wochen später trat Sie wegen einer intensiven Genitalblutung als Notfall wieder auf die nämliche Klinik ein. Der Palpationsbefund der blumenkohlartig aufgetriebenen, grobhöckerigen Portio und die Spekularuntersuchung liessen an der Diagnose keine Zweifel mehr offen. Es handelte sich um ein nunmehr inoperables Kollumkarzinom, das schon Monate früher hätte diagnostiziert und therapeutisch angegangen werden können.

Abbildung 3 zeigt ein blumenkohlartig wachsendes Portiokarzinom in der Schwangerschaft. Genau so wie jede Nichtschwangere muss auch eine Frau, die sich in andern Umständen weiss, bei hartnäckigen Fluorbeschwerden und erst recht bei allen Blutungen, auch wenn sie noch so harm-



Abb. 3

los aussehen und keinerlei sonstige Beschwerden verursachen, den Arzt aufsuchen. Dieser sollte, selbstverständlich unter möglichster Schonung der Gravidität, eine genaue Abklärung vornehmen und auf eine vorsichtige Spekularuntersuchung nicht verzichten.

Der Einfluss der Schwangerschaft auf Entstehung und Wachstum des Kollum-Karzinoms beim Menschen ist noch nicht eindeutig abgeklärt. Immerhin nimmt man einen fördernden Einfluss der Frühgravidität auf das Tumorwachstum und eine gewisse Hemmwirkung in den zwei letzten Schwangerschaftsdritteln auf Grund zahlreicher klinischer Beobachtungen an. Sicher ist hingegen, dass im Wochenbett der Krebs zu exzessivem Wachstum und zwar Aussaat von Metastasen angeregt wird. Die besondere Bösartigkeit des Kollumkarzinoms im Wochenbett wird auf die hormonale Umstimmung des ganzen Körpers und die erhöhte Aktivität des Lymphsystems zurückgeführt.

Der Krebs wird selbstverständlich nicht nur von der Schwangerschaft beeinflusst. Er selber übt seinerseits eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes aus. Schwangere Frauen mit einem Kollumkarzinom neigen zu Aborten. Durch das infiltrative Tumorwachstum wird der Zervikalkanal eingengt und starr, dem Muttermond kann sich nicht mehr genügend erweitern. Ein vorzeitiges Blasensprung kann, da Krebsgeschwüre vielfach infiziert sind, zu einschweren puerperalen Infektion führen und für Mutter und Kind verheerende Folgen zeitigen. Dieselbe Gefahr besteht auch im Wochenbett, wo die ascendierenden Keime im entleerten Uterus sich raschestens ausbreiten und den ganzen Organismus überschwemmen können (Sepsis).

Entscheidende Bedeutung für die Therapie eines Kollumkarzinoms in der Schwangerschaft kommt seiner frühzeitigen Erkennung zu. Früher, als die operative Behandlung der Krebsleiden noch nicht so gut entwickelt war, stand die Sorge für das Kind im Vordergrund therapeutischer Möglichkeiten und Massnahmen. Die vom Krebs befallenen Mütter, die so keine Chance auf Heilung mehr hatten, liess man die Schwangerschaft austragen. Man versuchte dann bei Undehnbarkeit des infiltrierten Zervix durch digitale oder blutige Incision des Muttermundes die Geburt je nach der Lage des Kindes mittels Forceps oder Extraduktion zu beenden. Dass dabei die Resultate für Mutter und Kind gleich katastrophal waren, ist nicht verwunderlich. Das heutige Vorgehen ist differenzierter und hängt von der Schwangerschaftsdauer und vom Ausbreitungsgrad des Karzinoms ab. In der ersten Schwangerschaftshälfte wird der uneröffnete Uterus vaginal oder abdominal exstirpiert und die Patientin anschliessend einer

Frl. Martha Lehmann, Hebamme

wird auf den 1. April ihre Adresse ändern. Diese lautet

Bernstrasse 127, Zollikofen BE

Die Berichterstatterinnen sind gebeten, Manuskripte

nur noch an diese Adresse zu senden. Besten Dank.

Strahlenbehandlung zugeführt. Wird das Kollumkarzinom erst im 8. bis 10. Schwangerschaftsmonat entdeckt, wird das Kind mittels sectio caesaria entwickelt, der Uterus provisorisch verschlossen und radikal, d. h. unter Mitentfernung der Adnexe, der Parametrien und einer Scheidenmanchette exstirpiert. Postoperativ wird die Strahlenbehandlung angeschlossen.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass zwar ein Zusammentreffen von Gebärmutterhalskrebs und Schwangerschaft selten, aber leider eben doch in jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft möglich ist. Die Heilungschance

hängt weitgehend von der Früherfassung des Krebses ab. Hartnäckige Fluorbeschwerden und Genitalblutungen, auch wenn sie noch so gering sind, sollen die schwangeren Frauen unverzüglich zum Arzt führen, der durch sorgfältige Untersuchung in den meisten Fällen eine banale Erklärung dafür finden wird. Ist jedoch sein Verdacht auf das Vorliegen einer bösartigen Geschwulst geweckt, wird er die Patientin schleunigst einer fachärztlichen kunstgerechten Untersuchung und Behandlung zuführen und die Diagnose mittels histologischer Untersuchung sichern.

Auferstehung

Christus lebt! Er ist auferstanden! Der am Karfreitag am Kreuz in den Nägeln hing, er hat Schuld und Tod dieser Welt überwunden. Das ist die Osterbotschaft. So gross, so gewichtig ist sie, dass es in den Ostersonntagszeitungen als Schlagzeile oben stehen, dass es der Radio in der Frühe als erstes ausstrahlen müsste: «Christ ist erstanden!». Es wäre daher sinnvoll, sich am Ostertag nicht mit «Guten Tag!» zu grüssen, sondern mit dem alten russischen Ostergruss: Der Herr ist auferstanden, er ist wahrhaftig auferstanden!». Man denkt an jene seltsame Begebenheit: Als in Russland die Revolution ausbrach, die ja gar keine Erneuerung, sondern nur eine Zwangsherrschaft brachte, da wurde in einer Massenversammlung der Osterglaube verspottet von einem russischen Kommissar, weil, wie dieser sagte, jetzt erst mit dem Umsturz die wahre Erneuerung der Menschheit beginne. Wer wagt etwas dagegen zu sagen?, fragte der Redner. Da klettert ein armes russisches Pfäfflein auf die Tribüne und ruft in den Saal eben jenen russischen Ostergruss: «Der Herr ist auferstanden!» und die ganze Versammlung antwortete wie aus einem Munde: «Er ist wahrhaftig auferstanden!». Und die Rede des Kommissars war wie weggewischt.

Denn Auferstehung! Aus dem Tode ins Leben! — das ist ja der Inhalt der ganzen Bibel. Sie hat keinen andern Inhalt als diesen. Wenn das nicht ihr Inhalt ist, dann könnten wir sie heute noch zumachen und beiseite legen. Wenn sie uns das nicht sagt, dann sagt sie uns überhaupt nichts. Auferstehung müsste uns heute verkündigt werden und nicht nur in den Kirchen, sondern auf allen Strassen, in den Häusern, in jeder Begegnung von Mensch zu Mensch. Gibt es denn eine Botschaft, die wir nötiger hätten als diese? Wo wären wir, wenn Christus nicht auferstanden wäre? Immer weiter leben wir in einer grauenhaft verdunkelten Welt. Wenn es nicht zur Auferstehung kommt unter uns durch Christus, wenn nicht doch noch ein neuer Mensch aus allem Tod dieser Welt erweckt wird dann geht es noch grauenhafteren Katastrophen entgegen. Alles hängt daran, dass wir das glauben lernen: Christus ist auferstanden!

Warum sind wir so hoffnungsarm uns selber und dem Weltgeschehen gegenüber? Warum geht auch von unseren Kirchen so wenig aus von Kraft und Glaubensweisheit? Warum ist das sogenannte christliche Abendland so lahm und arm den Weltnöten gegenüber? Weil der wahre Osterglaube nicht da ist, weil man sich auch in den Kirchen vorbeidrückt an den frohen und starken Osterzeugnissen im Leben und Auferstehung Jesu. Aber es muss und wird nicht so bleiben. Der den Tod überwunden hat, kann und will auch uns auferwecken; hier schon und endgültig wird es klar werden: Sein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit!

Eduard Thurneysen

Bitte Schwester

Sage meiner Mama, sie soll mich mit Balma-Kleie baden. Balma-Kleie schützt meine zarte Haut vor Rötungen und Wundsein.

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.

Krankenkasse-Präsidentin:

Frau G. Helfenstein, Oberfeldstr. 73, Winterthur
Telephon (052) 2 45 00

Hilfsfonds-Präsidentin:

Frau J. Glettig, Heb., Laubststr. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 74 98 77

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Aargau

Fahrni Erika, geb. 1939 von Schalchen-Wila
Fischer Angela, geb. 1940 von Mettingen AG
Gugelmann Frieda, geb. 1941 von Brittau
Zimmermann Julia, geb. 1936 von Aarau

Sektion Baselland

Amrein-Waldis Lisbeth, geb. 1926 von Basel
Uebertritt:
Eichenberger Margrit, Schwester, Kantons-
spital Liestal, geb. 15. 4. 1926

Sektion St. Gallen

Kess Myrta, geb. 1942 von St. Gallen
Klaus Ida, geb. 1919 von Nieder-Uzwil

Wir begrüssen unsere neuen Mitglieder aufs herzlichste.

In Anbetracht der grossen Traktandenliste, hat der Zentralvorstand die Delegiertenversammlung auf 13.00 Uhr angesetzt, wobei wir mit Ihrem Verständnis rechnen.

Nach Erkundigung bei der SBB treffen folgende Züge rechtzeitig in Locarno ein:

Basel ab:	06.42 Uhr
Locarno an:	11.05 Uhr
Genf ab:	06.07 Uhr
Locarno an:	11.05 Uhr
Kreuzlingen ab:	06.32 Uhr
Locarno an:	11.32 Uhr
Neuenburg ab:	05.00 Uhr
Locarno an:	11.05 Uhr

Diese angegebenen Züge, haben die längste Fahrt.

Gewiss interessiert es Sie, zu wissen, dass die Einschreibgebühr (für den internationalen Kongress) von Fr. 80.— bis Ende März verlängert wurde. Später ist sie Fr. 106.—.

Einladung

zur 70. Delegiertenversammlung in Locarno,
Montag und Dienstag, den 13. und 14. Mai 1963
(Beginn der Verhandlungen um 13 Uhr)

Traktanden:

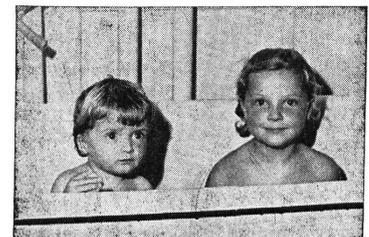
1. Begrüssung durch die Zentralpräsidentin.
2. Appell
3. Wahl der Stimmzählerinnen
4. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 1962
5. Jahresbericht pro 1962:
 - a) des Hebammenverbandes,

- b) der Stellenvermittlung,
- c) des Hilfsfonds,
- d) des Zeitungsunternehmens

6. Jahresrechnung der Zentralkasse pro 1962 und Revisorenbericht
7. Jahresrechnung des Zeitungsunternehmens pro 1962 und Revisorenbericht
8. Bericht der Sektion Graubünden und Rheintal
9. Wahlen:
 - a) Rechnungsrevisoren für die Zentralkasse, (Sektion und Fachmann)
 - b) Rechnungsrevisoren für die Zeitung «Die Schweizer Hebamme», (Sektion und Fachmann)
 - c) der beiden Sektionen zur Unterbreitung des Sektionsberichtes
 - d) Der drei Mitglieder der Hilfsfondskommission. (Da die drei Mitglieder der Kommission demissioniert haben auf den 30. Jun 1963, sind Neu-Wahlen nötig)

10. Anträge:

- a) des Zentralvorstandes:
 1. Erhöhung des Schweiz. Mitgliederbeitrages von Fr. 3.— auf Fr. 5.— (Mitglieder über 65 Jahre bleiben wie bisher bei Fr. 3.—)
Begründung: Der Beitrag ist seit 1953 gleich geblieben während die administrativen Auslagen gestiegen sind: a) durch grösser werden des Verbandes b) durch die Teuerung. (Vergleichen Sie bitte die Beiträge anderer Verbände)
 2. Erhöhung des Beitrages von Fr. 300.— auf Fr. 500.— an die Bürgerschaftsgenossenschaft der Schweizer Frauen, für Protokollführung und Beratung in jur. und verbandstechnischen Fragen inkl. Revision der Zentralkasse des SHV.
Begründung: Obige festgelegte Summe von Fr. 300.— liegt auf Jahre zurück, und sollte nach Erachten des ZV. der heutigen Teuerung angepasst werden.



**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.**