Zeitschrift: Blätter für Krankenpflege = Bulletin des gardes-malades
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 31 (1938)
Heft: 9

Heft

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: 09.07.2025

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

Solothurn, 15. September 1938 | Nr. 9 | Soleure, 15 septembre 1938
31. Jahrgang | 31e année

Blätter für Krankenpflege

Herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz

BULLETIN DES GARDES-MALADES

ÉDITÉ PAR LA CROIX-ROUGE SUISSE

Erscheint am 15. des Monats

Paraît le 15 du mois

REDAKTION:
(für den deutschen Teil)
Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes
Taubenstrasse 8, Bern

Abonnemente: Für die Schweiz: Jährlich Fr. 4.—, halbjährlich Fr. 2.50
Bei der Post bestellt 20 Cts. mehr
Für das Ausland: Jährlich Fr. 5.50, halbjährlich Fr. 3.—
Einzelnummern 40 Cts. plus Porto
Postcheck Va 4

REDACTION:
(pour la partie française)
Sous-Secrétariat de la Croix-Rouge suisse
Monruz-Neuchâtel

Abonnements: Pour la Suisse: Un an frs. 4.—, six mois frs. 2.50
Par la poste 20 cts. en plus
Pour l'Etranger: Un an frs. 5.50, six mois frs. 3.—
Numéro isolé 40 cts. plus port
Chèques postaux Va 4

ADMINISTRATION:
Rotkreuz-Verlag, Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn
Postcheck Va 4 - Telephon 22.155

Schweizerischer Krankenpflegebund.
Alliance suisse des gardes-malades.

Zentralvorstand — Comité central.

Präsidentin: Schwester Luise Probst, Socinstrasse 69, Basel.
Vizepräsident: Dr. C. Ischer, Bern.
Kassier: Pfleger Hausmann, Basel; Schw. Lydia Dieterle, St. Gallen; Mlle Henriette Favre, Genève; Schw. Bertha Gysin, Basel; Oberin Dr. Leemann, Zürich; Dr de Marval, Neuchâtel; Oberin Michel, Bern; Dr. Scherz, Bern; Schw. Anni v. Segesser, Zürich.

Präsidenten der Sektionen.

Présidents des sections.

Basel: Dr. O. Kreis.
Bern: Dr. H. Scherz.
Genève: Dr Alec Cramer.
Lausanne: Dr Exchaquet.
Luzern: Albert Schubiger.
Neuchâtel: Dr C. de Marval, Monruz.
St. Gallen: Schw. Anna Zollikofer.
Zürich: Frau Dr. G. Haemmerli-Schindler.

Vermittlungsstellen der Verbände. — Bureaux de placements des sections.

Basel: Vorst. Schw. Julia Walther, Kannenfeldstrasse 28, Telephon 22.026.
Bern: Vorst. Schw. Lina Schlup, Niesenweg 3, Telephon 22.903, Postcheck III 11'348.
Davos: Vorst. Schw. Mariette Scheidegger, Telephon 419, Postcheck X 980.
Genève: Directrice Mlle H. Favre, 11, rue Massot, téléphone 51.152, chèque postal I 2301.
Lausanne: Mlle Marthe Dumuid, Hôpital cantonal, téléphone 28.541, chèque postal II 4210.
Luzern: Vorst. Schw. Rosa Schneider, Museggstrasse 14, Telephon 20.517.
Neuchâtel: Directrice Mlle Montandon, Parcs 14, téléphone 500.
St. Gallen: Vorst. Frau Würth-Zschokke, Blumenaustr. 38, Telephon 23.340, Postcheck IX 6560.
Zürich: Vorst. Schw. Math. Walder, Asylstrasse 90, Telephon 2.50.18, Postcheck VIII 3327.

Aufnahms- und Austrittsgesuche sind an den Präsidenten der einzelnen Verbände oder an die Vermittlungsstellen zu richten.

Zentralkasse — Caisse centrale: Basel, Postcheck V 6494.
Fürsorgefonds — Fonds de secours: Basel, Postcheck V 6494.

Bundesabzeichen. Der Erwerb des Bundesabzeichens ist für alle Mitglieder des Krankenpflegebundes obligatorisch. Der Preis richtet sich nach dem jeweiligen Silberwert und der Ausstattung (Anhänger, Brosche usw.). Es muss bei Austritt, Ausschluss oder Ableben des Mitgliedes wieder zurückerstattet werden. Die Höhe der Rückerstattung beträgt Fr. 5.—. — Das Bundesabzeichen kann nur bei dem Vorstand des lokalen Verbandes, dessen Mitglied man ist, bezogen werden. Die Bundesabzeichen sind numeriert und es wird von jedem Verbandsvorstand ein genaues Nummern- und Inhaberverzeichnis darüber geführt. Wenn ein Bundesabzeichen verloren wird, ist der Verlust sofort an der betreffenden Bezugsquelle anzuzeigen, damit die verlorene Nummer event. als ungültig erklärt werden kann. — Das Bundesabzeichen darf von den nach der Delegiertenversammlung am 22. November 1914 eingetretenen Bundesmitgliedern ausschliesslich zur Bundestracht oder zur Tracht einer der vom Bund anerkannten Pflegerinnenschulen, deren Diplome den Examenausweis des Krankenpflegebundes ersetzen, nicht aber zur Zivilkleidung getragen werden. Die Bewilligung zum Tragen des Bundesabzeichens zu einer andern als von den vorerwähnten Trachten, muss in jedem einzelnen Falle beim Bundesvorstand vermittelst einer schriftlichen Eingabe eingeholt werden. Die bereits vor dem 22. November 1914 zum Krankenpflegebund gehörenden Mitglieder behalten das Recht bei, das Bundesabzeichen auch zu einer passenden, unauffälligen Zivilkleidung tragen zu dürfen. — Jede Pflegeperson ist für das Bundesabzeichen verantwortlich. Missbrauch wird streng geahndet.

Trachtenatelier: Zürich 7, Asylstrasse 90, Telephon 25.018, Postcheck VIII 9392
Bei Bestellungen sind die Mitgliedkarten einzusenden.

Inseraten-Annahme: Rotkreuz-Verlag, Geschäftsstelle: Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn.
Schluss der Inseraten-Annahme jeweilen am 10. des Monats.
Les annonces sont reçues par les Editions Croix-Rouge, Office: Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure.
Dernier délai: le 10 de chaque mois.

15. September 1938 | Nr. 9 | 15 septembre 1938
31. Jahrgang | 31e année

BLÄTTER FÜR KRANKENPFLEGE

Herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz

BULLETIN DES GARDES-MALADES

ÉDITÉ PAR LA CROIX-ROUGE SUISSE

Inhaltsverzeichnis — Sommaire

	Pag.
Der Bakteriophage	161
La peste de Londres en 1665	166
Enquête über maligne Tumoren 1933—1935	168
Schweizerischer Krankenpflegebund — Alliance suisse des gardes-malades	171
6. Fortbildungskurs des Krankenpflegeverbandes Zürich	173
Trachtenatelier des Schweizerischen Krankenpflegebundes	173
Bundesexamen	174
Examen de gardes-malades	174
Schwesterntypen	174
Longévité humaine	178
Soziale Frauenschule Zürich	179

Der Bakteriophage.

Aus einem Aufsatz von Dr. med. *André Raiga* in «La Revue de France», Paris.

Die Entdeckung des Bakteriophagen durch Professor F. d'Herelle ist sehr bedeutungsvoll. Obgleich sie schon 20 Jahre zurückliegt, ist sie doch der breiten Oeffentlichkeit noch fast völlig unbekannt, und auch in der Krankenbehandlung wird sie wenig angewandt.

Will man ermessen, welche Möglichkeiten diese Entdeckung vom wissenschaftlichen wie auch vom praktischen Gesichtspunkt aus eröffnet, so muss man als erstes sagen, dass sie uns erkennen lässt, weshalb Infektionskrankheiten heilen. Pasteur hat die Mikroben, deren Tätigkeit die Krankheiten hervorruft, entdeckt, und d'Herelle hat klargelegt, weshalb diese Krankheiten heilen.

Der Bakteriophage ist ein winzig kleiner Körper (ein Korpuskel), und dieser kleine Körper lebt, denn er besitzt, wie d'Herelle bewiesen hat, alle Eigenschaften eines Lebewesens. Dieses ultramikroskopische Lebewesen, das noch viel winziger als die Mikrobe ist — sein Durchmesser schwankt zwischen 8—100 Millionstel Millimeter —, vernichtet die Mikroben; wie sein Name besagt, «frisst» es sie; es nährt sich von ihrer Substanz.

Ein eigenartiges Drama spielt sich ab, wenn ein Bakteriophage mit einer für seine Wirksamkeit empfänglichen Bakterie in Berührung gebracht wird. Er (der winzige Schmarotzer) dringt in das Innere der Bakterie ein und sondert hier seine Fermente ab, welche die Bakteriensubstanz zersetzen. Die Mikrobe, in der sich dieser Vorgang vollzieht, schwillt an, zerplatzt dann mit einem Male wie eine Bombe und verschwindet, ohne die geringste Spur zu hinterlassen. Der ursprünglich nur in einem Exemplar vorhandene Bakteriophage hat etwa 50 neue Lebewesen erzeugt. Diese jungen Mikroorganismen, welche auf diese Weise mit den sie umgebenden Fermenten freigeworden sind, können nun ihrerseits sofort auf Kosten jeder der

benachbarten Bakterien die doppelte Erscheinung der Zersetzung und der Erneuerung, das sogenannte d'Hellersche Phänomen, hervorrufen.

Der Bakteriophage erscheint also wie ein Bakterienschmarotzer: er ruft bei den Bakterien eine ansteckende Krankheit hervor, die Bakteriophagie. Durch genaue Versuche hat man bewiesen, dass es genügt, einen einzigen Bakteriophagen in eine 10 cm^3 grosse Kultur zu bringen (die 1—2 Milliarden Bakterien umfasst), um deren vollständige Vernichtung herbeizuführen; ist ihre Zersetzung dann beendet, so enthält die Flüssigkeit einige hundert Milliarden Bakteriophagen. Die ursprüngliche Bakterienkultur ist jetzt zu einer Bakteriophagenkultur geworden. Wieviel Zeit benötigt die Krankheit bis zu ihrem Endstadium? Etwa eine bis anderthalb Stunden, nicht mehr, vorausgesetzt allerdings, dass sich der Bakteriophage, der sie hervorruft, im Maximum seiner Virulenz befindet.

Aber — wird man einwenden — wie lassen sich diese unsichtbaren Mikroorganismen zählen? Sehr einfach. Man verwendet in der Bakteriologie verdickte Nährlösungen, Gallerten, auf denen die Bakterienkultur sich nach Art einer gleichmässig zusammenhängenden, rahmartigen «Haut» entwickelt, die in einigen Stunden die gesamte Oberfläche bedeckt. Auf eine solche feste Schicht bringt man nun Bakterien, denen eine nur ganz geringe Menge einer Flüssigkeit beigemischt ist, die die bakterienfressenden Mikroorganismen enthält. Wenn man nicht als Vorsichtsmassnahme die Zahl der Bakteriophagen auf ein Minimum beschränkte, würden alle Bakterien getötet und die rahmartige Haut der Bakterienkultur würde sich gar nicht bilden. Jeder Bakteriophage infiziert nun die ihm unmittelbar benachbarte Bakterie und zerstört sie, indem er sich auf ihre Kosten vermehrt; die freigewordenen jungen Bakteriophagen fallen ihrerseits die unmittelbar angrenzenden Bakterien an, und so fort. Jeder der ursprünglichen Mikroorganismen wird also Stammvater einer Bakteriophagenkolonie. Diese Kolonie wächst allmählich so weit heran, dass sie in zwölf Stunden den Durchmesser von einigen Millimetern erreicht; sie ist also mit blossem Auge deutlich sichtbar, und zwar als ein bakterienfreier, kreisförmiger Fleck, der auf der Oberfläche der rahmartigen Haut, die von der dem zerstörenden Angriff der Bakteriophagen entgangenen Bakterienkultur gebildet wird, als kleines Loch erscheint. Der Zahl der bakterienfreien Flecken, welche die hautartige Bakterienschicht durchsetzen, entspricht die Zahl der bakterienfressenden Mikroorganismen (Bakteriophagen), die in der Flüssigkeitsmenge, welche ursprünglich den Bakterien bei der Aussetzung beigemischt wurde, vorhanden waren.

D'Herelle und seine Mitarbeiter haben mehr als 10'000 verschiedene Bakteriophagenarten isoliert, und sie haben nicht zwei gefunden, die in ihren Eigenschaften genau übereinstimmten.

Gewisse Bakteriophagenarten greifen nur einen einzigen Bakterienstamm an; andere fallen über alle Stämme einer gleichen Art her; wieder andere greifen gleichzeitig alle Stämme an, die mehreren, mitunter recht verschiedenen Bakterienarten angehören; so gibt es z. B. Rassen, welche die Koli-, die Ruhr-, die Typhus-, die Paratyphus- und die Pestbazillen angreifen. Die zahllosen Arten der Bakteriophagen weichen nicht nur in ihrem Tätigkeitsfeld voneinander ab, sondern auch durch die Intensität ihrer

Tätigkeit: die einen sind «hypervirulent» in bezug auf diese oder jene Bakterienart, andere wiederum haben nur eine derart schwache Virulenz, dass es fein angelegter Versuche bedarf, um sie nachzuweisen.

Ist die Virulenz des Bakteriophagen geschwächt, so werden nicht alle vorhandenen Bakterien zerstört; gemäss dem grossen biologischen Gesetz, nach dem sich jedes angegriffene Lebewesen verteidigt (die Menschen brauchen in dieser Beziehung die unendlich Kleinen nicht zu beneiden), sammelt dann die Bakterie, die der «Lysis» entgangen ist, ihre Kräfte und gewinnt, da sie siegreich aus dem Kampf hervorgeht, eine grössere Widerstandskraft. Diese erworbene Widerstandsfähigkeit verursacht häufig eine Aenderung ihres Aussehens und ihrer Eigenschaften: das ist die «Mikrobenmutation»; man kann z. B. bobachten, wie ein Gelber Staphylokokkus so weit die Erscheinungsform eines Streptokokkus annimmt, dass der Erreger von Furunkeln dem Erreger des Kindbettfiebers nicht nur zu ähneln, sondern sogar mit ihm identisch zu werden beginnt. Die Virulenz dieser «mutierenden» Bakterie kann ihrerseits Wandlungen unterworfen sein, sei es, dass sie verschwindet, abnimmt oder schliesslich zum Maximum anwächst. So ist es d'Herelle und Rakieten gelungen, mit Hilfe ein und derselben Mikrobenart, die sich im Zustande der Mutation befand, beim Tier nach Belieben eine äusserst akute oder eine chronische Krankheit hervorzurufen. Uebrigens beruht die Verschiedenheit des epidemischen Charakters gewisser Krankheiten, wie des Typhus, der Ruhr und der asiatischen Cholera, auf der Verschiedenheit des Verhaltens der Mutanten.

Der Bakteriophage lebt im Darm des Menschen und der Tiere in Lebensgemeinschaft mit der gewöhnlich «Kolibazillus» genannten Mikrobe und mit den anderen Bakterien der normalen Darmflora. Der Embryo und das Neugeborene haben noch keine Bakteriophagen; diese erscheinen im allgemeinen erst zwischen dem 4. und 7. Tag nach der Geburt, das heisst von dem Augenblick an, wo der Verdauungskanal des Kindes seine ursprüngliche Keimfreiheit verliert und wo er gelegentlich der ersten Schlucktätigkeit von der verschiedenartigen Flora der äusseren Umgebung, insbesondere von einem Kolibazillus, der den Bakteriophagen-«Träger» darstellt, befallen wird.

Die Geschichte der Cholera erlaubt es vielleicht am ehesten, sich mit der natürlichen Erscheinung der Bakteriophagie vertraut zu machen.

Im Jahre 1927 wütete im Pandschab in Britisch-Indien eine schwere Choleraepidemie. Professor d'Herelle begab sich sofort dorthin. Zunächst begnügte er sich damit, die natürliche Entwicklung der Krankheit zu beobachten. Er machte folgende Feststellungen, die von entscheidender Wichtigkeit sind: In dem Augenblick, in dem die Krankheit, die von einer von ihr befallenen Person in noch nicht deutlich erkennbarem Zustand eingeschleppt worden ist, offen ausbricht, lässt sich in den Brunnen, die der Trinkwasserversorgung des Dorfes dienen, das Auftreten von Choleravibrionen feststellen; die Krankheit wird durch das Trinkwasser verbreitet, dehnt sich rasch aus und hat im Anfang stets eine sehr hohe Sterblichkeit zur Folge. Dann wird erst ein Kranker gesund, bald folgen weitere Heilungen. Darauf beobachtet man, wie die Choleravibrionen aus dem Brunnenwasser verschwinden und an ihrer Stelle spontan Anticholerabakteriophagen mit höchstem Wirkungsgrad auftreten. Von diesem Augenblick an hört die Seuche auf.

Ist noch ein weiterer Beweis nötig? Er wird durch das experimentell bewirkte Erlöschen der Seuche geliefert. Das Experiment wurde von d'Herelle in Zusammenarbeit mit Major Malone vom Indischen Gesundheitsdienst in den Dörfern des Pandschabs durchgeführt: in den einen, die als Kontrolle dienten, wurden die klassischen Schutzmassnahmen angewandt, nämlich die Anticholeraimpfung der Einwohner und die Desinfektion der Wasserstellen mit Kaliumpermanganat; in den anderen Dörfern begnügte man sich damit, in jeden Brunnen, der zur Trinkwasserversorgung des Dorfes diente, eine gewisse Menge von Bakteriophagenkulturen zu schütten, indem man gleichzeitig alle Cholerafälle von ihrem ersten Auftreten an mit der Anwendung der gleichen Kulturen behandelte. Der öffentliche Gesundheitsdienst verzeichnete die nachstehenden Ergebnisse: Während in den Dörfern von 2000—3000 Einwohnern, in denen die üblichen Schutzmassnahmen angewandt worden waren, die Seuche im Durchschnitt 26 Tage dauerte, erlosch sie in jedem Dorf, das d'Herelles Methode unterworfen wurde, plötzlich und endgültig innerhalb von 48 Stunden.

Der Versuch, den Oberst Morison vom Indischen Gesundheitsdienst in sehr grossem Masstabe in zwei Gebieten der Provinz Assam durchführte, die ungefähr die gleichen Seuchenbilder und ungefähr die gleiche Bevölkerungsdichte zeigen, beweist mit noch grösserer Genauigkeit, dass Cholera durch Bakteriophagen geheilt werden kann und dass sich diese Heilung ganz nach Art einer echten ansteckenden Krankheit verbreitet. Seit undenklichen Zeiten wurden diese Gebiete infolge sehr eigenartiger örtlicher Bedingungen regelmässig zweimal im Jahre von Seuchenwellen heimgesucht. Eines dieser Gebiete, der Habiganj-Distrikt, dessen Bevölkerung 632'000 Einwohner umfasst, diente zur Kontrolle, und man fuhr fort, in ihm strikte die oben erwähnten alten Schutzmassnahmen anzuwenden. In dem andern Gebiet, dem Nowgong-Distrikt, wurden alle diese Massnahmen natürlich aufgehoben; man richtete bei allen «headmen» (Vorstehern) der 2323 Dörfer des Distrikts Depots von Bakteriophagenampullen ein, welche das Institut in Shillong lieferte, und es wurde Befehl gegeben, davon alle Personen, die irgendwelche Darmstörungen hatten, trinken zu lassen. Von 1929—1932 trat keine Seuche im Nowgong-Distrikt auf, während im Habiganj-Distrikt die Epidemien einander im gewohnten Rhythmus folgten und 2247 Opfer forderten.

Im Jahre 1932 befahl die Regierung von Assam, den Versuch auf den Habiganj-Distrikt auszudehnen. In dem Zeitraum von Juli 1932 bis Juli 1933 erlosch die Cholera in Habiganj; in Nowgong trat sie nicht mehr auf, während in allen benachbarten Bezirken die Epidemien einander folgten: in Sunamganj betrug die Zahl der Toten 1800, und allein im Kamrayo-Distrikt, der an Habiganj grenzt, zählte man während der Frühjahrsepidemie 1933 2139 Tote.

Seit 1919 hat sich d'Herelle mit Erfolg der Bekämpfung der Ruhr (Shigabazillus) in der Abteilung von Professor Hutinel im Kinderkrankenhaus zugewandt. Seitdem ist diese Krankheit in Südamerika laufend mit Bakteriophagen behandelt worden, und zwar derart, dass schon im Jahre 1924 das Institut Oswaldo Cruz in Rio de Janeiro mehr als 10'000 Schachteln mit Antiruhrbakteriophagenampullen verteilt hatte, und dass nur zwei Misserfolge (von Costa Cruz) mitgeteilt worden waren. Im Jahre 1925 wandte sich d'Herelle der Bekämpfung der Beulenpest in Aegypten zu.

Wenn man eine Infektionskrankheit mit Bakteriophagen behandelt, heisst das eine wirkliche Schlacht gegen ein Lebewesen, die Mikrobe, mit Hilfe eines anderen Lebewesens, des Bakteriophagen, entfesseln, und diese Schlacht geht in einem dritten Lebewesen, dem Kranken selber, vor sich. Es ist leicht einzusehen, dass diese drei Lebewesen unter gewissen Umständen und infolge ihrer besonderen biologischen Eigenschaften wohl imstande sind, Abweichungen in der Erzeugung des d'Herelleschen Phänomens hervorzubringen. Der menschliche Organismus vermag die Wirksamkeit der beiden in Rede stehenden Faktoren zu ändern, sei es, indem er die Vermehrung und die Angriffskraft der Mikroben erhöht, sei es, indem er die Erscheinung der Bakteriophagie hemmt oder gar zunichte macht. Sind einem die Eigenschaften der Körpersäfte, in denen sich die Schwäche des Organismus ausprägt, bekannt, so wird es möglich, das Genesungspotential eines Kranken abzuschätzen, und auf diesem Wege lässt sich dann der gutartige oder ernstere Verlauf der betreffenden Infektion voraussehen. Man kann dann dementsprechend handeln, das heisst man kann dann nicht nur mit Hilfe eines hypervirulenten Bakteriophagen die Mikrobe bekämpfen, sondern es ist ebenfalls möglich, den Organismus in den Stand zu setzen, selber aus der durch den Bakteriophagen erzielten Heilwirkung Nutzen zu ziehen.

Es folgt das Ergebnis von Forschungen, die ich seit 1928 an der Chirurgischen Klinik des Salpêtrière-Spitals in Paris dank der wohlwollenden Ratschläge des Professors d'Herelle und der freundlichen Unterstützung des Professors A. Gosset durchgeführt habe.

Die Darstellung der Staphylokokkenschädigungen des Gesichts (Furunkel oder Karbunkel) mag dazu dienen, die neue Richtung der Therapie zu veranschaulichen. Bekanntlich können diese Infektionen sich trotz einem ersten Anschein von Gutartigkeit innerhalb weniger Tage auf einen verhängnisvollen Ausgang hin entwickeln. Die rechtzeitige Anwendung der Bakteriophagie sowie der sie unterstützenden Methoden — die dazu dienen sollen, den Organismus zu beeinflussen, wenn die Blutuntersuchungen seinen ungesunden Zustand, die Ursache für die kritische Zuspitzung der Infektionen, enthüllen — beeinflusst den Krankheitsverlauf im günstigen Sinne: die Schädigung verbreitet sich nicht weiter, die so gefürchteten Komplikationen treten nicht ein, und der Kranke gesundet, ohne auch nur die geringste Narbe als Andenken an das beängstigende Drama zurückzubehalten, das sich an ihm abspielte und dessen unfreiwilliger Herd er war. Wir haben diesen gleichmässigen Verlauf zur Genesung Hunderte und aber Hunderte von Malen beobachten können.

Wir könnten noch eine ganze Reihe weiterer Infektionskrankheiten anführen, deren Prognose sich durch die Kenntnis und die vernunftgemässe Anwendung der Erscheinung der Bakteriophagie entscheidend gewandelt hat, aber wir müssten dann die ganze Mikrobenpathologie an unserem geistigen Auge vorüberziehen lassen. Wir wollen nur feststellen, dass es möglich ist, mit Hilfe von Bakteriophagen in wenigen Stunden die völlige und endgültige Heilung jener Septikämien genannten allgemeinen Infektionen herbeizuführen, von denen manche doch immerhin sehr zu fürchten sind, wie etwa die Staphylokokkensepsis, die einen Sterblichkeitssatz aufweist der zwischen 90 und 95 % schwankt. Bei diesen, wie übrigens auch bei all denjenigen Infektionskrankheiten, die für eine Bakteriophagenbehandlung in

Frage kommen, beruht die Erfolgsaussicht im wesentlichen auf den Grundsätzen, die wir eben darlegten und die einerseits die Bakterie betreffen — sie muss reagieren — und zum anderen den Bakteriophagen — er muss das Maximum von Virulenz aufweisen — und schliesslich den Organismus — er muss entweder von sich aus fähig sein oder er muss dazu gebracht werden, die uneingeschränkte Wirksamkeit der Bakteriophagie aktiv zu unterstützen.

La peste de Londres en 1665.

Pendant le règne de Charles II, Londres, après avoir cruellement souffert d'une grave épidémie de peste, fut, en partie, détruite par le feu. La première de ces calamités a été décrite par Daniel Defoe, l'auteur célèbre de Robinson Crusoe. Defoe n'avait que quatre ans en 1665, son récit est donc basé sur les témoignages qu'il a recueillis; il n'en est pas moins très intéressant tant par les détails qu'il donne, que par le caractère dramatique dont il est empreint. *A Journal of the Plague Year* (le journal de l'année de la peste) est considéré comme un classique.

Personne à cette époque ne se doutait que la peste était due à un microbe transmis des rats malades à l'homme, par l'intermédiaire de puces infectées. Le monde était alors aussi désarmé pour lutter contre le fléau qu'en 1918 lors de l'épidémie d'influenza qui s'étendit au monde entier. En 1665, les médecins étaient à peu près impuissants à soulager les malades. Comme l'écrit Defoe, la peste défiait tous les remèdes, les docteurs eux-mêmes la contractaient, leurs préventifs dans la bouche. Ceux qui croyaient connaître la façon de vaincre la maladie succombaient comme les autres: médecins et chirurgiens et aussi, en grand nombre, des charlatans.

L'isolement des demeures où sévissait la peste constituait une mesure de lutte efficace mais souvent bien pénible. Les portes de ces habitations étaient verrouillées et des gardiens veillaient à ce que personne n'en sorte; ils se chargeaient également des commissions pour les gens ainsi mis en quarantaine. Des cris et des gémissements provenaient d'une de ces maisons, raconte Defoe. Peu de temps après la charrette des morts arriva et emporta le corps d'une servante enveloppé seulement d'une couverture verte; puis le silence... Plusieurs fois, le carillonneur cria «Sortez vos morts». Aucune réponse. Un homme grimpa à une haute échelle et, par la fenêtre, vit une femme gisant, morte, sur le plancher, n'ayant sur elle qu'une chemise.

Cette pauvre femme était la sœur de la maîtresse de maison. Sa famille l'avait abandonnée: le maître de maison, sa femme, ses enfants, ses domestiques s'étaient tous enfuis pendant une absence du gardien.

Les fossoyeurs ne suffisaient plus à creuser les tombes; on fit d'énormes fosses — l'une d'elles mesurait 40 pieds de longueur, 15 à 16 de largeur et 20 de profondeur. On y plaçait 50 à 60 corps, qui, conformément aux règlements, devaient être recouverts d'une couche de terre d'au moins six pieds d'épaisseur.

Defoe décrit, avec une joie satanique mal déguisée, comment un simple d'esprit qui s'était endormi fut pris pour un mort et ramassé par la charrette funèbre. Lorsque la voiture, chargée de son triste fardeau, arriva à la fosse,

le pauvre homme réussit à dégager sa tête et à la soulever au-dessus des morts, à l'étonnement horrifié des assistants.

Certains passages du récit de Defoe sont consacrés à la maladie elle-même; les glandes enflées étaient extrêmement douloureuses. Quelques-unes étaient dures; on les soignait avec des cataplasmes, etc. ... et si ce remède était inopérant, on coupait, on tailladait ... «On peut dire que les médecins et les chirurgiens ont torturé de pauvres gens jusqu'à ce que mort s'ensuive.» Lorsque les glandes étaient dures au point de résister à tous les instruments, on les brûlait à l'aide de produits caustiques; la souffrance provoquée était telle que beaucoup mouraient fous de douleur et que quelques-uns succombaient pendant l'opération.

Si grande était la crainte de la contagion que les gens marchaient au milieu des rues afin d'éviter les malades sortant de leurs maisons. Un jour, personne n'osait ramasser une bourse de cuir contenant de l'argent et à laquelle étaient attachées deux clés. Un homme alla chercher un seau d'eau qu'il plaça près de la bourse; puis il prit de la poudre, en répandit sur le portemonnaie et en fit une traînée d'environ deux mètres à laquelle il mit le feu à l'aide de pincettes chauffées au rouge. Le feu se communiqua à la bourse. Ce n'était pas encore suffisant. L'homme la ramassa avec des pincettes et la tint ainsi jusqu'à ce qu'elle soit entièrement brûlée et que les pièces d'argent tombent dans le seau d'eau. Les 13 shillings qu'elle renfermait purent ainsi être recueillis. Cette désinfection rituelle avait aussi sûrement que nos appareils stérilisateurs modernes détruit la puce convoyeuse de la peste si toutefois il y en avait une.

Pendant la période la plus critique de cette épidémie, on compta environ 40'000 décès par semaine. A la fin, la crainte s'empara de ceux qui devaient transporter les cadavres. Une charrette de morts fut ainsi abandonnée par les conducteurs, les chevaux n'étant plus guidés, elle se renversa et les corps furent projetés ça et là. Un autre convoi, également sans conducteur, passant trop près du bord, versa dans une fosse, voiture, chevaux et morts à la fois. Dans un quartier on remarqua à plusieurs reprises des fourgons abandonnés stationnant devant la porte du cimetière.

Les habitants envisagèrent même l'évacuation de la ville; seuls les pauvres y seraient restés. La campagne aurait alors été pillée et dévastée par les fuyards. Heureusement les autorités locales, le Lord-Maire en tête, purent empêcher cet exode et assurer l'approvisionnement de la ville. En réalité, le pain ne manquait pas et son prix n'avait pas augmenté. On encourageait les gens de la campagne à apporter leurs denrées au marché et on veillait à éviter dans les rues tout spectacle effrayant. On procédait la nuit aux travaux trop sinistres.

Au moment même où l'effort humain s'avérait vain, l'épidémie céda. Le chiffre hebdomadaire des décès diminua ... La nouvelle se répandit comme une traînée de poudre, les gens ouvrirent leurs fenêtres, s'interpelèrent de maison à maison s'annonçant mutuellement l'heureux augure. Les médecins eux-mêmes en étaient étonnés. «Des familles entières de malades pour lesquelles des prêtres priaient et dont on attendait la mort d'heure en heure guérirent bientôt.»

Defoe rapporte ainsi ce brusque changement: «Il n'est dû à aucun nouveau remède, à aucune nouvelle méthode, à aucune nouvelle expérience

tentée par les médecins ou chirurgiens. C'est de toute évidence la main invisible de Celui qui nous envoya cette maladie en punition de nos péchés.»

(Communiqué par le secrétariat de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, 12, rue Newton, Paris, XVIe.)

Enquête über maligne Tumoren 1933—1935.

Von Dr. *Otto Stiner*, Bern (Eidgenössisches Gesundheitsamt).

Die ersten Zusammenstellungen der in den Jahren 1933—1935 ausgeführten Erhebungen über bösartige Geschwülste (Krebs, Sarkom etc.) sind dieser Tage beendet worden. Sie geben folgendes Bild:

Es sind dem Gesundheitsamt in den genannten drei Jahren 10'281 ausgefüllte Fragebogen eingesandt worden, davon 1892 von einzelnen Aerzten, 8389 von Spitälern. Von den 10'281 erwiesen sich 1210 als Doppel- oder mehrfache Meldungen (gleicher Patient von mehreren Aerzten oder von dem zuerst behandelnden Arzt und dann noch vom Spital gemeldet, in das er zur definitiven Behandlung eingeliefert wurde). 210 Meldungen betrafen Ausländer, das heisst Kranke, die aus dem Ausland zur Behandlung in die Schweiz (namentlich in die Spitäler von Basel und Genf) eingereist waren. Es bleiben somit als Material für die Bearbeitung der Enquête 8861 Fragebogen.

Zu diesen vorläufigen Ergebnissen ist folgendes zu bemerken:

Mit der Enquête wurden verschiedene Zwecke verfolgt. Unter anderem hoffte man, als Gegenstück zu der musterhaften Sterblichkeitsstatistik, deren sich die Schweiz rühmt, eine Statistik der Erkrankungen zu bekommen, um diese als Vergleichsbasis bei wissenschaftlichen Arbeiten benützen zu können. Es kann schon jetzt gesagt werden, dass die Enquête in dieser Beziehung versagt hat, denn die Zahl der eingesandten Fragebogen entspricht bei weitem nicht der mutmasslichen Zahl der Erkrankungen. Die Zahl der bei uns jährlich an Krebs Erkrankten wird von Klinikern und andern Sachverständigen ziemlich verschieden geschätzt, keine Schätzung geht aber so weit herunter, dass sie der Zahl der Sterbefälle entsprechen würde. Wir müssen wohl in letzter Zeit mit 8000—10'000 Krebserkrankungen im Jahre rechnen, denen in den Jahren 1933—1935 durchschnittlich 6500 Sterbefälle gegenüberstehen. Von den in den Enquête-Jahren an Krebs Erkrankten und dem Gesundheitsamt Gemeldeten ist wohl nur ein Teil während dieser Jahre gestorben, und es handelt sich also bei den 3×6500 Sterbefällen im wesentlichen um vor dieser Zeit Erkrankte. Leider ist es aber durchaus ausgeschlossen, dass der Krebs in diesem kurzen Zeitabschnitt derart abgenommen hat, dass die 9000 gemeldeten Fälle einigermassen der Morbidität entsprechen, und wir müssen annehmen, dass die gemeldeten Erkrankungen höchstens etwa ein Drittel bis zwei Fünftel der wirklichen Zahl ausmachen.

Eine gewisse Erklärung für diesen anscheinenden Misserfolg gibt das Verhalten der praktischen Aerzte, das aus der oben genannten Zahl der von diesen eingesandten Meldeformulare hervorgeht. Es wäre aber durchaus falsch, daraus ein geringes Interesse der Aerzteschaft am Krebsproblem abzuleiten. Vielen war es einfach unmöglich, mitzuarbeiten. Es gibt vor allem

zahlreiche Spezialisten, die jahrelang keinen Krebs sehen. Im Gegensatz dazu kommen zu den Aerzten mit sehr grosser, weit ausgedehnter Praxis sicher viele Krebskranke, aber es fehlt diesen Vielbeschäftigten, die nur ausnahmsweise über Hilfspersonal verfügen, Zeit und Musse, sich mit andern Problemen zu befassen. Abgesehen von diesen beiden Gruppen, gab es eine grosse Anzahl von Aerzten, die grundsätzlich die Mitarbeit an der Enquête ablehnten. Wenn unter diesen sich ein gewisser Prozentsatz von Kollegen befand, die aus nicht sehr stichhaltigen Gründen, zum Beispiel dass die Enquête unnütz, zu kompliziert, von vornherein zum Misserfolg verurteilt usw. sei, so wollen wir mit ihnen nicht rechnen. Die Mehrzahl gab für ihre Ablehnung der Mitarbeit einen Grund an, der wohl nach den bei uns geltenden Anschauungen als ausreichend betrachtet werden kann: Es ist in unserem Lande im allgemeinen ärztlicher Brauch, die an Krebs Erkrankten über die Natur ihrer Krankheit im Dunkeln zu lassen, auf alle Fälle ihnen nicht direkt zu sagen, dass sie an Krebs leiden. Dieser Brauch stammt noch aus der Zeit, als der Krebs praktisch als unheilbar angesehen werden musste. Der Arzt wollte nicht ein Todesurteil aussprechen und gab deshalb lieber eine Umschreibung seiner Diagnose.

In den letzten Jahren wird in der ausländischen Fachpresse viel über die Frage diskutiert, ob man den Krebskranken den Namen ihres Leidens nennen soll oder nicht. Es wird mit Recht darauf hingewiesen, dass mit den modernen Behandlungsmethoden sehr viele Krebse heilbar sind, wenn sie rechtzeitig zur Behandlung kommen, und dass deswegen die Patienten mit dem Befund des Arztes in richtiger und deutlicher Weise bekannt zu machen seien. Dagegen wird speziell von älteren Aerzten immer noch die Ansicht vertreten, dass der psychische Schaden, den man mit der Diagnose Krebs dem Kranken zufüge, viel zu gross sei. Von vielen Seiten wird sogar die Aufklärung über den Krebs bekämpft, mit der Begründung, dass dadurch in der Bevölkerung eine Krebsfurcht entstehe. Es ist hier nicht der Ort, zu diesen Ansichten Stellung zu nehmen, jedenfalls ist sicher, dass ein grosser Teil unserer Aerzteschaft der Ansicht ist, dass man dem Kranken gegenüber nicht von Krebs reden soll. So kam es, dass diese Aerzte sich meist von der Mitarbeit fernhielten, um nicht den Patienten zu schaden. Es war uns zu Beginn der Erhebungen bald von vielen Seiten mitgeteilt worden, dass sich die Aerzte nicht getrauen, ein Formular für ihre Fragen zu benützen, das den Titel «Enquête über den Krebs» trage, da die Kranken oder ihre Angehörigen dadurch zu sehr erschreckt würden. Wenn daraufhin die Aufschrift geändert wurde in «Enquête über maligne Tumoren», so war auch damit, abgesehen von den vielen, die auch diese Lesart verstanden, das Publikum über den Zweck der Befragungen nicht zu täuschen. Viele Aerzte standen deshalb von weiterer Mitarbeit ab, und wenn in einem ersten Bericht über den Verlauf der Enquête gesagt werden konnte, wie erfreulich das Interesse und die aktive Mitarbeit der praktischen Aerzte, speziell der Landärzte sei, so musste wenigstens bezüglich der Mitarbeit bald einmal das fast gänzliche Fehlen festgestellt werden.

Bei den Spitälern verhielt es sich umgekehrt. Im Anfang liefen die Anmeldungen verhältnismässig spärlich ein, und es benötigte bei nicht wenigen persönliche Verhandlungen und Besprechungen, bis sie sich entschlossen, ihre volle Mitarbeit zuzusichern. Sobald aber einmal diese Zusicherung

gegeben war, wurde das Versprechen auch mit ganz wenigen Ausnahmen vorbildlich gehalten.

Das Ergebnis war, dass die grosse Mehrzahl der öffentlichen Krankenanstalten, vor allem die Universitätskliniken und Kantonsspitäler, alle ihre Krebspatienten meldeten; die wenigen, die sich fernhielten, hätten mit Rücksicht auf ihre verhältnismässig geringe Frequenz oder weil sie zur Behandlung Krebskranker nicht genügend eingerichtet sind, darauf keinen merkbaren Einfluss ausüben können. Von den Privatspitälern haben die wichtigeren ihre Meldungen ebenfalls eingesandt, so dass man schätzungsweise annehmen kann, dass die eingangs erwähnten 8389 Meldungen der Spitäler etwa 90 % der während der drei Enquêtejahre hospitalisierten Krebskranken ausmachen. Mit dem meist sorgfältig ausgearbeiteten Nachrichtenmaterial über diese Kranken lässt sich etwas anfangen, so dass also wenigstens von einem teilweisen Erfolg der Enquête gesprochen werden kann.

Aus dem Vergleich der Sterblichkeit der verschiedenen Altersgruppen an Krebs kann man vielleicht schliessen, dass viele Krebskranke den Weg zum Arzt oder ins Spital nicht gefunden haben. Es fällt auf, dass die jüngeren Altersgruppen unter den Angemeldeten verhältnismässig viel besser vertreten sind. Wenn man annimmt, dass die Krebsletalität, das heisst das Verhältnis der Mortalität zur Morbidität in den verschiedenen Altersgruppen nicht allzu sehr voneinander abweicht, so geht aus dem Vergleich hervor, dass ein bedeutend höherer Prozentsatz der den Gruppen bis zu 59 Jahren angehörenden Kranken in ärztlicher Behandlung gestanden hat, als von denjenigen von 60 Jahren aufwärts. Die Zahl der im ganzen gemeldeten Erkrankungen beträgt 8861 (die 210 Ausländer, das heisst aus dem Ausland zur Behandlung zugereisten Kranken sind in den Zusammenstellungen nicht berücksichtigt), die der im gleichen Zeitraum an Krebs Gestorbenen 19'488. Während nun von den letzteren 12'756, also über 65 % auf das Alter über 60 Jahre fallen, beträgt der Anteil der gemeldeten Krankheitsfälle dieses Alters 4693 oder 53 %. Besonders scheinen die Gruppen von 70—79 und über 80 Jahren vernachlässigt. Während auf die 70—79jährigen 5221 von den insgesamt 19'488 Sterbefällen kommen, das heisst etwa 27 %, sind Kranke dieser Altersgruppe nur 1621 oder 18,7 % der Gesamtzahl gemeldet worden. Bei der Gruppe der 80- und mehrjährigen ist das Verhältnis noch schlechter; während sie 1336 = 6,8 % der Sterbefälle zählt, beträgt ihr Anteil an den Meldungen der Enquête (316 Fälle) nur 3,5 %.

Für die grossen Differenzen zwischen der Krebssterblichkeit der älteren Leute und ihrem zahlenmässigen Auftreten in der Enquête sind verschiedene Gründe massgebend. Es ist nur zu bekannt, dass sehr viele Krebskranke dem Arzte den Kurpfuscher vorziehen, weil dieser ihnen sichere Heilung ohne Operation verspricht. Besonders ältere Leute haben gewöhnlich eine übergrosse Angst vor den direkten Folgen chirurgischer Eingriffe und entschliessen sich erst spät, sehr oft zu spät dazu, den Arzt aufzusuchen, wenn sie nicht, wie schon erwähnt, von vorneherein zum Kurpfuscher gehen. Deshalb fielen wohl viele dieser Leute für die Enquête aus.

Auf dem Lande und besonders in abgelegenen Gegenden kommt dazu die Scheu vor dem Spital, das Widerstreben dagegen, die gewohnte Umgebung zu verlassen, um die Leute von Arzt und Spital fernzuhalten. Man darf sich nicht darüber täuschen, dass gewisse Kenntnisse über das Wesen

des Krebses in unserer Bevölkerung weit verbreitet sind und dass viele, speziell alte Leute den Arzt absichtlich nicht aufsuchen, wenn sie glauben, dass er einen Krebs feststellen würde.

Es wird sich jedenfalls im Verlauf der weiteren Bearbeitung des Enquêtematerials als nützlich erweisen, mit den Aerzten noch über diese Fragen zu diskutieren.

Sehr zahlreich sind jedenfalls bei uns die Kranken, bei denen erst der nach dem Tode zur Feststellung der Todesursache herbeigezogene Arzt den Krebs feststellt. Es wäre zu erwägen, ob nicht anhand der Sterbekarten für eine gewisse Zeit festgestellt werden könnte, wie gross die Zahl der an Krebs Gestorbenen ist, die eine Behandlung durchgemacht haben.

Schweizerischer Krankenpflegebund
Alliance suisse des gardes-malades
Aus den Sektionen. - Nouvelles des sections.

Sektion Basel.

Schwester Ethel Bachmann †. Der Krankenpflegeverband Basel hat einen schweren Verlust erlitten. Schwester Ethel Bachmann, langjähriges Mitglied unseres Vorstandes, ist uns jäh entrissen worden. Ein heimtückisches Nierenleiden, welches vor Jahren die nun Entschlafene für längere Zeit ans Krankenlager gefesselt hatte, führte zu organischen Veränderungen, die in den letzten August-Tagen den plötzlichen Tod verursachten. — Schwester Ethel kam am 15. August 1878 zur Welt als Kind eines aus dem Kanton Zürich stammenden Vaters und einer englischen Mutter. Ihre Ausbildung und Weiterbildung in Krankenpflege erhielt sie in der Andlauerklinik durch die Herren Professoren Hägler, de Quervain und Hotz. In einem gut bestandenen Bundesexamen wies sie sich über ihr Wissen und Können aus. Anno 1917 trat sie in den Krankenpflegeverband Basel als Mitglied ein. Das rege Interesse, welches sie zu einer wertvollen Mitarbeiterin in unserem Verband werden liess, lenkten die Aufmerksamkeit der Vereinsversammlung auf Schwester Ethel. Als im Jahre 1922 Neuwahlen für den Vorstand getroffen wurden, war Schwester Ethel selbstverständlich unter den Auserkorenen. — Nach der Spitalzeit arbeitete Schwester Ethel in Privatpflegen bis zum Jahre 1932. Die schon oben erwähnte langdauernde Krankheit hatte die Arbeitskraft geschwächt, sodass nur noch leichtere Pflegen für sie in Betracht kamen. In dieser Epoche ihres Lebens fand sie sich jederzeit bereit, im Bureau der Stellenvermittlung des Roten Kreuzes die Vorsteherin während deren Ferien und schweren Erkrankung zu ersetzen. Dankerfüllt werden wir Schwester Ethel ein treues Andenken bewahren.

Dr. *Oscar Kreis.*

Sektion Bern.

Wir ersuchen unsere Mitglieder höflich, die **Versicherungsprämien** bis spätestens 25. Oktober auf unser Postcheckkonto III 11.348, Schweizerischer Krankenpflegebund, Sektion Bern, einzusenden.

Der Vorstand.

Sektion St. Gallen.

Der im Juli-Heft angekündigte **Abendkurs des Roten Kreuzes** über *«Die Krankenschwester im passiven Luftschutz»* beginnt Freitag, 30. September, 20.15 Uhr,

im Vortragssaal Haus I, Kantonsspital (während fünf Wochen je ein Abend). Weitere Anmeldungen von Schwestern und Pflegern aus hiesiger Gegend an unser Bureau, Blumenaustrasse 38, erbeten. *A. Z.*

Unser Mitglied, Schw. Elisabeth Kälin in Neukirch-Egnach, ladet sämtliche abkömmlichen Mitglieder auf den 25. September (Sonntagnachmittag) zu einem **gemütlichen Tee** ein. Sonntagsbillet lösen nach Steinebrunn. Abfahrt 14.25 Uhr ab Hauptbahnhof St. Gallen. Bei unsicherer Witterung gibt Frau Würth gerne Auskunft. Anmeldungen sind erbeten direkt an Schw. E. Kälin oder an die Stellenvermittlung in St. Gallen.

Wir bitten alle Mitglieder, die nicht schon im Januar bezahlten, freundlich um Entrichtung des diesjährigen **Stellenvermittlungsbeitrages** von Fr. 5.—. Die Einzahlungsscheine werden in diesen Tagen verschickt.

Section Vaudoise.

La Caisse Cantonale Vaudoise des Retraites Populaires nous avise qu'elle est obligée de modifier ses tarifs par suite de la diminution de l'intérêt de l'argent et également par suite d'une forte diminution de la mortalité. — Dès qu'il sera possible, Mme Boy de la Tour avisera chacune des membres de notre groupement mutualiste du changement apporté à la prime qu'elle aura à payer avant le 15 décembre 1938. *Le comité.*

Sektion Zürich.

Liebe Schwestern! Der **Bazartag** ist vorüber; wir sind verregnet worden; aber dennoch ist es uns gar nicht so schlecht gegangen, wie man dem Wetter nach hätte schliessen müssen. Allen, die durch Gaben oder sonstige persönliche Teilnahme mitgeholfen haben zu diesem Erfolg, möchte ich im Namen des Mütter- und Säuglingsheims Inselhof herzlich danken. Gerade dieses gemeinsame Tragen und Einstehen für eine gute Sache verbindet und war für mich persönlich wieder ein unvergessliches Erlebnis. Mit Schwesterngruss Eure Schw. *Anny Pflüger.*

Neuanmeldungen und Aufnahmen — Admissions et demandes d'admission.

Sektion Basel. — *Austritt:* Schw. Ethel Bachmann (gestorben).

Section de Genève. — *Admissions définitives:* Mlles Hedwige Harnisch, Madeleine Wiegand.

Sektion Luzern. — *Aufnahme:* Schw. Marie Schmid.

Section de Neuchâtel. — *Admissions définitives:* Srs Maria Ackermann, Miggi Schmid, Elsa Kägi.

St. Gallen. — *Anmeldung:* Schw. Emmy Schär, geb. 1906, von Affoltern a. Albis (Krankenasyl Neumünster). — *Austritt:* Schw. Agathe Witzigmann.

Section Vaudoise. — *Admission définitive:* Mlle Marie Blatti.

Sektion Zürich. — *Anmeldungen:* Schwn. Eva Conrad, geb. 1906, von Davos-Glaris (Pflegerinnenschule Zürich); Dora Kuhn, geb. 1903, von Rheineck (Krankenhaus Neumünster, Zollikerberg).

6. Fortbildungskurs des Krankenpflegeverbandes Zürich

am 6., 7. und 8. Oktober 1938

im Turnsaal der Pflegerinnenschule Zürich (Eingang Klosbachstrasse).

Programm:

1. Tag: Donnerstag, den 6. Oktober.

8.30 Uhr: Begrüssung durch die Präsidentin, Frau Dr. *G. Hämmerli-Schindler.*

8.45—11.30 » Herr Dr. med. *Th. Hämmerli-Schindler:* «Kreislaufkrankheiten, Angina pectoris.»

14.00—15.00 » Frl. *Rahn:* «Gemeindeschwestern und soziale Fürsorge»

15.30 » Besichtigung des Krankenwagens der SBB.

2. Tag: Freitag, den 7. Oktober.

8.30—10.00 Uhr: Herr Dr. med. *K. Kistler:* «Angina und ihre Folgen.»

10.30—12.00 » Herr Dr. med. *H. Krayenbühl:* «Erkennung und Behandlung der Gehirngeschwülste.»

14.00—16.00 » Herr Dr. med. *H. Krayenbühl:* Fortsetzung des Referates mit Vorführung von Präparaten.

16.30—17.15 » Frau *Schuppisser-Wild:* «Wesen und Tätigkeit des Werkes Schweizerischer Verein der Freundinnen junger Mädchen.»

3. Tag: Samstag, den 8. Oktober.

8.30— 9.45 Uhr: Frau Dr. *Aebly:* «Schwerhörigkeit, ihre psychischen Folgen und ihre Begegnung durch Fürsorge und Absehunterricht.»

10.15—12.00 » Herr Dr. med. *H. Döbeli:* «Die rheumatischen Krankheiten und deren Bedeutung» (Filmvorführung).

15.30 » Besichtigung eines Flugzeuges mit Einrichtung für den Krankentransport. Abfahrt des Zuges ab Zürich um 14.33 Uhr (wenn Fahrplan nicht ändert). — Anschliessend gemeinsamer Kaffee im Restaurant des Flugplatzes.

Preis des ganzen Kurses Fr. 6.—, Halbtageskarten Fr. 1.— (Bahnspesen und Kaffeeauslagen sind nicht im Kursgeld inbegriffen). Anmeldungen sind bis spätestens 22. September an das Sekretariat des Krankenpflegeverbandes Zürich, Asylstrasse 90, zu richten, von wo auch alle Kurskarten bezogen werden können. Einzahlung des Kursgeldes auf Postcheckkonto VIII 3327 bis spätestens 3. Oktober. (Gefl. Vermerk «Fortbildungskurs» auf der Rückseite.)

Es würde uns sehr freuen, wenn recht viele Schwestern und Pfleger daran teilnehmen würden. Auch Mitglieder anderer Sektionen und Verbände sind herzlich willkommen.

Trachtenatelier des Schweizerischen Krankenpflegebundes

Asylstrasse 90, Zürich 7.

Das Trachtenatelier empfiehlt sich für die kommenden Herbst- und Wintertage für die Ausführung von Trachten und Mänteln in prima Stoffen. Auch Aenderungen und Flickarbeiten werden gerne ausgeführt. Die Schwestern werden höflich gebeten, ihre Kleider nachzusehen und

wenn etwas nicht klappt, diese dem Atelier zu übergeben. Jetzt, in der stilleren Zeit, kann alles umso sorgfältiger ausgeführt werden. Auch die Bestellungen für den Winter bitte frühzeitig aufgeben!

Bundesexamen.

Die Herbstsession des Bundesexamens wird im Laufe des *November* stattfinden. Die genauen Daten und Prüfungsorte werden erst später bekanntgegeben.

Anmeldungen sind zu richten an den Unterzeichneten bis zum 10. Oktober. Im Begleitschreiben ist womöglich anzugeben, wo sich die Kandidaten im Laufe des November befinden. Wir bitten, der Anmeldung Marken zur Rückantwort beizulegen.

Bern (Taubenstrasse 8), den 15. September 1938.

Der Präsident der Prüfungskommission:
Dr. *H. Scherz.*

Examen de gardes-malades.

La prochaine session des examens institués par l'Alliance suisse des gardes-malades aura lieu en *novembre* 1938.

Les inscriptions doivent être adressées jusqu'au *10 octobre 1938* au soussigné. Pour faciliter la répartition, les candidats voudront bien joindre à leur demande d'inscription l'indication de leur domicile en novembre. Nous les prions aussi de joindre les timbres nécessaires pour affranchir notre réponse.

Berne (Taubenstrasse 8), le 15 septembre 1938.

Le président de la commission des examens:
Dr *H. Scherz.*

Schwesterntypen.

So wie es ohne Raum kein Nebeneinander, ohne Zeit kein Nacheinander gibt, so kann sich kein Typus, kein Charakter bilden ohne eine bestimmte Einschränkung in der Benützung unserer Fähigkeiten. Keiner kann das geistige Erbe nach allen Richtungen ausüben und verschärfen, insbesondere heute nicht, wo die Spezialisierung sich mehr und mehr als unerlässlich erweist. Die Berufszweige sind durch diese wohl begrenzt, aber auch ganz wesentlich verfeinert und verbessert worden. Selbst der Begriff Krankenschwester ist nicht mehr so eindeutig wie vielleicht vor 20 Jahren noch, als eine Schwester neben Pflegebefohlenen etwa den Operationssaal, das Röntgen, Labor etc. dazu besorgen konnte. Die unaufhaltsamen Fortschritte auf allen Gebieten erfordern mehr Zeit und Konzentration, sodass kaum

mehr zu denken ist, z. B. eine ausgezeichnete Pflegeschwester und eine geübte und erfahrene Operations- oder Röntgenschwester in einer Person zu suchen. So hat denn auch, diesen Sondergebieten zufolge, die Schwesternschaft zeitgemäss angefangen, aus unterschiedlichen Schwesterntypen zu bestehen, das heisst wenn diese viele Jahre ununterbrochen auf demselben Gebiete tätig bleiben konnten. Nicht nur die Verschiedenheit der Arbeit, sondern auch die Umgebung vermag sich Merkmale zu schaffen in den Schwestern. Die jahrzehntelange Schwester einer Frauenabteilung ist anders als ihre Kollegin auf der Männerseite. Noch deutlicher ist die Abweichung bei der Kinderstubenschwester. Ihr Gemüt scheint länger jugendlich zu bleiben. Die Kinder äussern ihr nicht materielle Sorgen und seelische Nöte. Der Kindermund ist immer froh und macht herzlich zu lachen, sobald das körperliche Weh gelindert ist. Unverwechselbar mit der Spitalschwester ist die Gemeindeschwester. Ihre haushälterische Betätigung verleiht ihr eine gewisse Gemächlichkeit und sie hat etwas Heimeliges. Der Stempel der Aufgeregtheit und Nervosität, ist er nicht der Röntgenschwester aufgedrückt? Sie soll hier besonders analysiert werden, weil sie auf dem jüngsten Zweige am Baume der medizinischen Wissenschaft sitzt und somit auch ein neuer Typus ist. Den Typus der Einsamkeit möchte ich ihn nennen. Während die pflegende Schwester nie allein ist, ist die Röntgenschwester ganz auf sich selbst angewiesen, verkehrt sie doch fast wortlos nur zwischen Aufnahmeraum und Dunkelkammer. Die Verrichtungen der Diagnostikschwester sind auch die eines regelrechten Handwerkers. Während sie den zu Untersuchenden hereinruft, schätzt sie sogleich Expositionszeit und Röhrenhärte ab, die notwendig sind zur Erzielung eines möglichst guten Bildes. Von solchen Ueberlegungen absorbiert, reicht es kaum mehr zu einem persönlichen Wort als etwa: Wie lange sind Sie schon krank? Was ist passiert? Sind Sie in einer Krankenkasse oder Versicherung? Die Röntgenschwester — und wenn sie 20 Jahre Bilder macht — kann die erforderlichen Belastungsdaten nicht auf mathematischem Wege mittels Rechenschieber bestimmen. Jeder zu Untersuchende ist in seiner Strahlendurchlässigkeit so verschieden, als er es in seiner Konstitution ist. Von ihrer Geschicklichkeit und Ueberlegung hängt der ganze Erfolg bezüglich Bildqualität und Darstellungsmöglichkeit der interessierten Körperteile ab. In keiner Schule lernt sie das, als in der Schule der Erfahrung. In den wenigsten Schwesternunterrichtsstunden wird ihr Gebiet auch kaum nur gestreift. Ihre Arbeit wird tatsächlich unterschätzt und es wird zu wenig verstanden, dass nur ein ausgesprochener, gesunder Ehrgeiz und Strebersinn ihr die Fachunterweisung ersetzen kann, um sie für ihre Aufgabe begeistert zu erhalten. Während in der Wundheilung die Naturkräfte alles tun müssen und die vom Arzt angeordneten Medikamente die gestörte Funktion der Organe regeln, muss die Diagnostikschwester ihre rein nur technischen, chemischen und physikalischen Mittel selbst auswählen und anzuwenden wissen. Je erfahrener und ehrgeiziger sie ist, umso höher schraubt sie die Anforderungen an sich selbst. Diesen kann sie am besten nur in ihrer eigenen geistigen Welt gerecht werden. Von ihren pflegenden Mitschwestern kann sie sich nicht beraten lassen. Sie steht allein da mit ihren beruflichen Interessen und wird so eigentlich zum Sonderling in einem Krankenhaus, wo sie allein Röntgenschwester ist. Erlebt sie Freude in der Arbeit, können

die andern sie nicht verständnisvoll mit ihr teilen. Hat sie Misserfolg, wird es als übertrieben erachtet, wegen eines Bildes geknickt sein zu können. Dass sie Minderwertigkeitsgefühle haben muss, ist nicht zu verwundern, weiss sie doch, dass die heutige Apparatur alles leistet, wenn sie nicht unter der Unzulänglichkeit der Schwester schlecht ausgebeutet wird. Somit muss sie alles Mangelhafte als Selbstvorwurf drücken. Und was schneidet nicht tiefer in die Seele ein als die Peinigung durch Selbstvorwürfe? Dieser häufig wiederkehrende Druck bewirkt, dass bis zur Ferienreife ihr gesteigertes Minderwertigkeitsempfinden jeweilen so weit ist, dass sie die guten Resultate dem Zufall, die schlechten ihrer Unzulänglichkeit zuschreibt. Durch diesen nagenden Verlust des Selbstvertrauens ist sie unverkennbar schneller aufgebraucht als ihre Kollegin auf der Abteilung. Macht diese heute einen Verband weniger schön, kann sie sich morgen verbessern. Doch das Röntgenbild bleibt jahrzehntelang aufbewahrt als Nachweis, der, namentlich bei Begutachtungsfällen, von unabsehbarer Tragweite sein kann. Jedesmal, wenn sie es hervorbringen oder gar der Konkurrenz zur Einsicht überlassen muss, ärgert oder freut sie sich darüber. Dieser Schwesterntypus aber verschwindet wieder. Immer mehr wird die Röntgenologie Spezialfach. Röntgenassistenten schiessen hervor. Was sollten diese anderes tun als sich auch mit der Aufnahme- und Lagerungstechnik befassen? Es ist jetzt schon evident, dass die selbständige Röntgenschwester durch den Röntgenassistenten entbehrlich wird. Es wird nur noch ausdrücklich Gehilfinnen geben. Also: der Typus der Röntgenschwester kann sich nicht erhalten. Die Radiologie ist Sonderfach geworden und jedes Krankenhaus wird einen Radiologen haben müssen mit derselben Notwendigkeit, als es einen Chirurgen und Internisten erfordert. Es darf sich die Behauptung geltend machen, dass erst die Geschichte einst den Typus der Röntgenschwester erschöpfend darzustellen vermag. Darum möchte ich meine langjährigen Kolleginnen auffordern, alle Eindrücke und Erlebnisse ihrer beruflichen Laufbahn zu sammeln als historische Dokumente für die Nachwelt. So wie uns heute das einstige Arzten oder das Amt der Hebamme mit primitiven Mitteln durch nicht genügend Kundige anmutet, so wird für die Nachkommenden eine Vorstellung resultieren von der Röntgenschwester aus den Jahren 1900 bis 1950, wo noch der kühle Grundsatz der beruflichen Auffassung herrschte: Die junge Schwester lernt die diagnostische Anwendung der Röntgenstrahlen von der Erfahrenen; zweckdienlicher Unterricht durch Physiker und Praktiker mit obligatorischer Prüfung unnötig. — Schon die junge Schwester von heute wird nie mehr die Selbständigkeit und Liebe für ihr Gebiet erlangen können wie ihre Vorgängerin, die fast die ganze Entwicklungsgeschichte der Röntgenologie aktiv miterlebt hat. Nicht nur die Vervollkommnung der Geräte und der immer mehr an Boden gewinnende Wert der Durchleuchtung, sondern auch die Tatsache, dass die medizinische Radiologie als obligatorisches Lehr- und Prüffach anerkannt werden musste, bringt es mit sich, dass der Arzt der nächsten Generationen weder theoretisch noch praktisch nurmehr auf die erfahrene Röntgenschwester angewiesen ist. Heute schon ist die Röntgenschwester an den grossen Kliniken wenig mehr als eine Nummer. Durch die unvermeidliche Arbeitsteilung spaltet sich das Interesse so, dass z. B. die Schwester, die ausschliesslich Lungenaufnahmen macht, keine Ahnung hat von der Aufgabe

ihrer Kollegin am Bucky- oder Schädeltisch. Die Arbeiten in der Dunkelkammer verlieren sich aus dem Bereich der Erfahrung derer, die nur der Röntgentherapie zugeteilt sind. Die Ueberzeugung ist wohl nicht anmassend, dass es nur uns gegenwärtigen, langjährigen Röntgenschwestern vergönnt ist, auf ein äusserst wechselvolles und interessantes Wirkungsfeld Rückblick halten zu können. Wir sind die letzten, die sich ungehemmt die Neuerungen in der Aufnahme- und Lagerungstechnik durch zähe Ausdauer und harte Selbstkritik erobern konnten. Leider kommt in der Schweiz die Einsicht, der Ausbildung und den Arbeitsverhältnissen der Röntgenschwester mehr Rücksicht zu schenken, recht spät, nachdem die beiden Kardinalgefahren von seite des hochgespannten Stromes und der Strahlen selbst fast vollständig behoben werden konnten. Gewiss in einer jeden von uns ist der Wunsch rege, über soviel Nervenkraft verfügen zu mögen wie vor 20 Jahren noch, um den nun durch die Beseitigung der wesentlichsten gesundheitsstörenden und nervenpeitschenden Faktoren ruhiger sich gestaltende indirekte Dienst am Kranken noch lange ausüben zu können, unter Verwertung der reichen, in langen Jahren erworbenen Erfahrungen. Leider muss es beim Wunsche bleiben. Die verbrauchten Nervenkräfte ersetzen sich nicht mehr so rasch und vollwertig. Es besteht heute die Aussicht, dass eine Schwester nach 20 Jahren Röntgendienst an grösseren Krankenhäusern unter den frühern und heute noch nicht überall adäquanten Arbeitsverhältnissen bei Vorgesetzten, die ihren Dienst nur a priori kennen, nicht überzeugend Gehör finden kann, wenn sie erklärt, den Höhepunkt ihres Wirkens in der Vollkraft des Lebens überschritten zu haben und nicht mehr fähig sei, den fortschreitenden Neuerungen genügend rasch Folge zu leisten, ohne erhebliche Arbeitsentlastung, die sich nur auf das rein Aufnahmetechnische beschränken sollte. Für das Personal der Röntgentherapie ist die nötige Einsicht erwachsen, weit weniger aber für das der Diagnostik. Während in der Therapie die Gesundheit allgemein mehr gefährdet ist, so ist es in der Diagnostik der Aerger über missratene Bilder und das Nichtgelingen der Darstellung schwieriger Partien, der zur Ursache eines gesteigerten Reizzustandes der Nerven wird. Weiss doch die Schwester, wie unermesslich erschwert die Begutachtung mangelhafter Aufnahmen sein kann. Sie fühlt sich eben nicht nur für die Bildqualität verantwortlich, sondern auch für die Möglichkeit einer sichern Diagnosestellung auf Grund technisch einwandfreier Bilder. Welch beissende Schmach auch für sie, wenn der Kranke zur Konkurrenz geht und diese dann ein diagnostisch eindeutiges Bild zustande bringt! Dies wäre für sie eine tiefschürfende Schmälerung des Zutrauens von seite der Aerzte innerhalb und ausserhalb des Spitales. Von der Forderung, dass ein guter Radiologe selbst ein technisch schlechtes Bild lesen können müsse, darf sie keinen Gebrauch machen hinsichtlich ihrer eigenen Befriedigung in der Arbeit.

Am Schlusse der Betrachtung kann man nicht umhin, von zwei paradoxen Empfindungen erfüllt zu sein: Oh, wäre ich doch noch 20 Jahre jünger! — oder: Welches Vorrecht, Röntgenschwester gewesen zu sein zu einer Epoche, wo sie noch keine Nummer war, durch eigene Initiativen und Ueberlegungen es nicht nur zu einer anerkannten Selbständigkeit bringen konnte, sondern gleichzeitig viele ihrer Fähigkeiten im bunten Wechsel des Fortschrittes erhalten und entfalten konnte. Schw. *Leonie Moser.*

Longévité humaine.

S'il n'y avait les maladies et les accidents, il ne serait sans doute pas exagéré de prétendre que la longévité moyenne, pour le genre humain, pourrait être d'environ 80 ans, peut-être davantage. Il n'y a aucun doute qu'un des effets réalisés par les progrès sociaux actuels, de l'hygiène en particulier, est d'avoir allongé la durée moyenne de la vie des hommes. On peut constater aussi que si la vie moyenne est plus longue aujourd'hui que jadis, cela est moins dû à une prolongation de la vieillesse qu'à la diminution de la morbidité et de la mortalité dans les premières années de l'existence.

On a calculé qu'avant 1800, la vie moyenne était de 35 ans; qu'en 1890 elle était de 43 ans. Dès lors elle a bien augmenté, et des statistiques sérieuses prouvent qu'aux Etats-Unis, par exemple, elle a passé de 49 ans en 1900 à 51 en 1910, à 56 ans en 1920, et même (il s'agit du sexe masculin) à 59 ans en 1935. On peut donc affirmer que la durée moyenne de l'existence des êtres humains a presque doublé depuis un siècle et demi.

La raison de cette prolongation est connue: c'est grâce aux progrès de la science, de la médecine et de l'hygiène que le vieillissement devient plus fréquent. Avec Lecomte on peut dire que vieillir devient moins difficile et réclame moins de dispositions natives; jadis c'était une prouesse: «Aujourd'hui vieillir est à la portée de tous, comme l'instruction et le pain blanc», prétend cet auteur.

Ce sont les femmes qui arrivent le plus souvent à un grand âge. Et c'est le cas dans tous les pays du monde, au Nord comme au Sud; partout le sexe féminin fournit plus de vieillards que le sexe masculin. A vrai dire, on ne sait exactement à quoi tient cette influence du sexe. Sans doute l'homme mène, en général, une vie plus rude, plus exposée, plus trépidante, mais «le mâle» (et c'est le cas non seulement pour la race humaine, mais pour bien des animaux) est, de par sa constitution, moins apte à durer. On a calculé que, sur 1000 enfants qui naissent, on en trouve ayant atteint l'âge de 90 ans:

en Norvège	20 hommes, 31 femmes
en Angleterre	5 hommes, 11 femmes
en France	3 hommes, 8 femmes
en Allemagne	3 hommes, 5 femmes.

Il est remarquable de voir que la longévité des femmes norvégiennes est cinq à six fois plus forte qu'en Allemagne et en France. Si l'hérédité et la force de constitution des individus jouent certainement un rôle dans l'atteinte d'un âge dépassant la moyenne, le «milieu», dans lequel les vieillards ont vécu a tout autant d'importance. Il semble que les professions paisibles, dans les classes d'intellectuels, c'est-à-dire chez les professeurs, les magistrats, les savants, les fonctionnaires, etc., soient favorisées. D'autre part, on vit plus vieux dans les calmes villages que dans les grandes villes où les individus s'«usent» plus vite.

*

Scientifiquement, on n'est pas encore au clair sur les causes qui engendrent le vieillissement des individus. C'est là une question ténébreuse

à laquelle les savants ont cherché diverses explications. Parmi celles-ci, notons la sclérose des artères, la déchéance progressive de certains organes vitaux, l'accumulation dans le corps de déchets que l'individu n'arrive plus à éliminer, de sorte que la vieillesse serait due à une intoxication lente et persistante. Ce sont là des théories dont les unes ont une base chimique, d'autres physique, quelques-unes nerveuse.

La science ne possède jusqu'ici aucune méthode décisive pour combattre chez l'homme les effets de l'âge, et il en sera ainsi aussi longtemps que nous serons peu instruits de la manière dont le temps influe sur la vie. Constatons cependant que la vigueur de l'esprit est plus vivace que celle du corps, et que nous voyons tous les jours des personnes qui — jusqu'à l'extrême vieillesse — gardent intactes leurs facultés intellectuelles. C'est dire combien l'esprit peut demeurer fort et fécond chez les vieillards, car, du seul fait qu'il avance en âge, l'homme s'enrichit, s'augmente et se développe. Un savant a dit: «Rien n'est plus avantageux à l'homme que de vivre longtemps; s'il excelle en quelque chose, il y excellera toujours davantage.»

Le vieillard, soit l'homme qui s'est apaisé, assagi, libéré, voit le monde de plus haut. Devenu indulgent et sceptique par une longue expérience, il est plus apte que tout autre à donner de bons conseils, aussi représente-t-il dans la société l'élément régulateur et pondérateur dont l'humanité a besoin, et c'est bien là ce qui nous fait apprécier la sagesse des vieillards.

Souhaitons donc avoir auprès de nous de nombreux vieillards; souhaitons-leur une belle vieillesse! Espérons qu'arrivés aux extrêmes limites de l'âge, ils puissent accueillir amicalement la mort, comme un sommeil après une longue journée.

Soziale Frauenschule Zürich.

Viele Mädchen unseres Volkes wären bereit, ihre besten Kräfte in den Dienst der Mitmenschen zu stellen, wenn ihnen Möglichkeiten und Wege zu diesem Ziel bekannt wären. Es stehen dem geistig und praktisch begabten Mädchen unserer Zeit manche schöne Frauenberufe offen. Denken wir nur an jene der Kinder- und Krankenpflegerin, der Lehrerin oder der Hausbeamtin. Während der Beruf der Erzieherin im früheren Sinn beinahe am Verschwinden ist, so ist dafür die Nachfrage nach tüchtigen, geschulten *Anstaltsgehilfinnen* gestiegen. Dieser Beruf ist weniger bekannt, wie denn auch die Möglichkeit, sich hiefür ausbilden zu lassen. Unser Land, das so reich ist an Anstalten verschiedenster Art: für Kinder und Alte, Gesunde und Gebrechliche, Erziehungsfähige oder Verwahrungsbedürftige, hat ein Interesse, einen guten Nachwuchs an leitendem und Hilfspersonal heranzubilden.

Die *Soziale Frauenschule* in Zürich hat sich die Ausbildung besoldeter und freiwilliger Arbeitskräfte für soziale Arbeit zum Ziel gesetzt und bereitet die Schülerinnen durch theoretischen Unterricht und praktische Arbeit in der Wohlfahrtspflege auf den spätern Wirkungskreis vor. Sie umfasst zwei Kurse, den Jahreskurs und den zweijährigen Kurs, der für die Aufgaben der geschlossenen und offenen Wohlfahrtspflege vorbereitet; sowohl auf die Arbeit in Heimen und Anstalten, als auch für die Tätigkeit als

Fürsorgerin auf Jugendämtern, Berufsberatungsstellen, Amtsvormundschaften, Armenpflegen, Tuberkulosefürsorge, Fürsorge für Alkoholkranke, Fürsorge in Krankenhäusern und industriellen Betrieben, ferner für organisatorische Aufgaben in Sekretariaten von Verbänden der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege und von Frauenvereinen.

Der *Jahreskurs,* auf den hier besonders hingewiesen sei, setzt sich in erster Linie die Vorbereitung auf die Aufgaben der geschlossenen Wohlfahrtspflege, besonders auf pädagogische und pflegerische Arbeit in Heimen und Anstalten, vorwiegend für Kinder und Jugendliche, zum Ziel. Als Mindestalter für die Aufnahme wird das zurückgelegte 20. Altersjahr verlangt und als Vorbildung eine umfassende, über die obligatorische Schulpflicht hinausreichende Schulbildung, gute hauswirtschaftliche Kenntnisse und wenn möglich praktische Arbeit in Heimen oder Anstalten. Auch eine gewerbliche Ausbildung ist für spätere Arbeit von Vorteil.

Der Lehrgang umfasst zwei Theoriequartale am Anfang und Schluss des Schuljahres und sechs Monate praktischer Arbeit, verteilt auf zwei verschiedene Institutionen. Der theoretische Unterricht befasst sich mit folgenden Gebieten und Stoffen: Hygiene, Kinder- und Krankenpflege, Pädagogik und Psychologie, Jugendhilfe und Gesetzeskunde, Frauenfragen, religiöse Fragen, Einführung in Anstaltspraxis und Buchhaltung, Handfertigkeit, Spiel und Singen. Besichtigungen von Anstalten und Heimen ergänzen den Unterricht. Die praktische Arbeit stellt die Schülerinnen unmittelbar vor die Anforderungen des Berufes und lässt auch ihre praktische Eignung erkennen.

Wenn sich auch die Schule für spätere Vermittlung von Stellen nicht verpflichten kann, so zeigt doch der kürzlich erschienene Jahresbericht ein recht vielfältiges Bild der Stellenvermittlung. So konnten im Berichtsjahr 1937/1938 folgende Plätze besetzt werden: Kinderheime 6, Arbeitskolonien und Arbeitslager 5, Heime für Gebrechliche 3, Knabenerziehungsanstalten 3 und Mädchenheime 6.

Der Kurs beginnt jeweils im Oktober und es sind für das kommende Schuljahr noch einige Plätze zu besetzen. Prospekte und Auskünfte durch die Schulleitung der Sozialen Frauenschule Zürich, Schanzengraben 29. Sprechstunden: Dienstag von 11—12 Uhr.

Jetzt ist die Zeit der Erkältungen

Ein gutes Vorbeugungsmittel gegen Infektionen der Atmungsorgane ist Formitrol. Formitrol enthält als wirksamen Bestandteil Formaldehyd, das dem Speichel deutliche bakterienhemmende Eigenschaften verleiht und deswegen geeignet ist, die Ansteckungsgefahr zu vermindern.

FORMITROL

eine Schranke den Bazillen

Formitrolpastillen sind in den Apotheken zu Fr. 1.50 per Tube erhältlich.

Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn. — Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure

Leichte, elastische Beinbandagen

„SIDAL"-Binde
Seidencrêpe-Binde

Vorteile:

Leicht und dünn, fleischfarben, daher unter Seidenstrümpfen nicht auffallend. - Dauerhafte Webkanten

„FORMA"-Idealbinde

seidenähnlich, weich, besonders stark elastisch, nicht auftragend, fleischfarben, mit Dauerkanten.

Ausschliesslich Schweizerfabrikate

Zürich

Muster und Offerten durch

Verbandstoff-Fabrik Zürich A.-G.
Zürich 8

Suchen Sie oder Ihre Pflegebefohlenen **Erholung und Ruhe,** dann denken Sie an das

Erholungsheim

Pension Ruch
Sigriswil

ob dem Thunersee, 800 m über Meer.

Schöne, geschützte Lage, grosser Park mit vielen Liegeplätzchen, Zimmer mit und ohne fl. Wasser, Zentralheizung, währschafte Verpflegung, verständnisvolle Bedienung, mässige Preise. Prospekt zu Diensten. Telephon No. 73.032. Mit höfl. Empfehlung

Familie J. Ruch-Grosshans, Besitzer

Sichere Existenz für jungen Arzt oder tüchtige, selbständige Krankenschwester bietet sich durch Uebernahme eines gut eingeführten **Kinder- und Erholungsheims** mit mod. sanitärer Einrichtung. Offerten unter Chiffre 146 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Gesucht für kleine Privatklinik dipl.

Krankenschwester.

Offerten unter Chiffre 161 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

On demande

Infirmière

au pair. Service facile. Occasion d'apprendre un très bon français. Adresser offres sous chiffres 162 à l'Office Croix-Rouge à Soleure.

R. Steiner-Klinik in Dornach

sucht jüngere, sprachenkundige

Schwester sowie **eine Volontärin**

Junge, tüchtige

Pflegerin

sucht passenden Posten, am liebsten in Arztpraxis, Zürich oder Umgebung. Offerten erbeten unter Chiffre 165 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Für Kinderschwester

mit guten Verbindungen günstig zu vermieten **kl. Kinderpension** für 10 bis 12 Kinder, im Appenzellerland. Höhenlage 900 m. Nötiges Kapital zirka Fr. 600.— bis 700.— zur Uebernahme des Inventars. Ernsthafte Interessenten erhalten nähere Auskunft unter Chiffre 159 vom Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Tüchtige, diplomierte

Krankenschwester

deutsch, franz. und englisch sprechend, **sucht Posten** in Sanatorium, Klinik, Spital oder Privat. Gute Zeugnisse stehen zu Diensten. Offerten erbeten unter Chiffre 160 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Krankenpflegerin

Diplom S. K. B. 1923, gesund und kräftig, vielseitige Ausbildung und langjährige Tätigkeit im In- und Ausland, spricht deutsch, franz. und englisch, **sucht** Anstellung in Sanatorium oder Klinik im Hochgebirge. Frei ab November. Zeugnisse, Referenzen. Offerten unter Chiffre 164 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Gesundheitshalber ist im **Oberengadin** in Betrieb stehendes

KINDERHEIM

(18 Betten), in schönster Lage, freistehend und sonnig, mit grossem Garten und Wiese, zu günstigen Bedingungen **zu vermieten.** Jede Auskunft unter Chiffre 163 vom Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Im Trachten-Atelier
des Schweiz. Krankenpflegebundes
Asylstrasse 90 Zürich 7

werden unsere Schwestern durch tadellose **Massarbeit von Mänteln und Trachten** in nur prima Stoffen (Wolle und Seide) zufrieden gestellt.

Bitte verlangen Sie Muster und Preisliste

Schwestern-Trachten

in bester Qualität und Verarbeitung. Kleider werden auf Bestellung nach Mass angefertigt. Mäntel dagegen sind stets in grosser Auswahl vorrätig, in blau und schwarz.

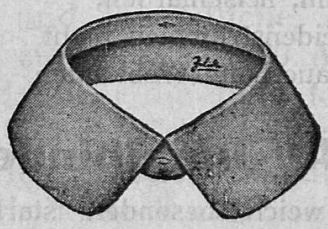
Verbandsvorschriften u. privaten Wünschen tragen wir gerne Rechnung. Bei Muster-Bestellungen bitten wir um Angabe des Verbandes.

Diplomierte Schwestern in Tracht erhalten 10% Rabatt.

Chr. Rüfenacht A.G.

BERN, Spitalgasse 17 - Telefon 21.255

Schwesternkragen



Manschetten und Riemli
kalt abwaschbar
sind sparsam und hygienisch. - Erhältlich in allen Formen, auch nach Muster bei

ALFRED FISCHER, Gummiwaren
ZÜRICH 1, Limmatquai 64

WÄSCHE-ZEICHEN

(Zahlen, Buchstaben und ganze Namen)
liefert schnell und vorteilhaft
LAZARUS HOROWITZ, LUZERN

Grosse Auswahl in

Schwestern-Mänteln

(Gabardine, reine Wolle) blau und schwarz zu Fr. 35.—, 42.—, 49 — und höher, bis Gr. 48 vorrätig. (Auch nach Mass.) - Verlangen Sie Auswahl.

A. Braunschweig, Zürich 4
Kalkbreitestr. 3, 1. Etage. Tel. 58.365

DELLSPERGER & CIE.
BERN, Waisenhausplatz 21
Apotheke zum alten Zeughaus

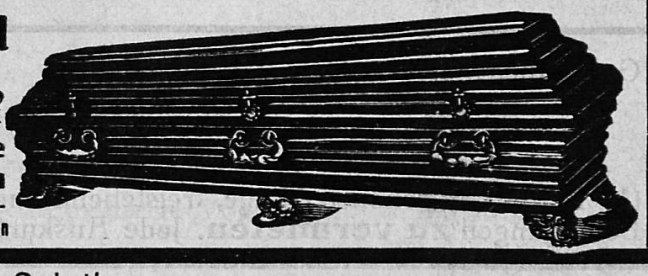
Wir führen alles
zur Pflege Ihrer Gesundheit in kranken und gesunden Tagen

Rheuma-Institut

Kräutersalbe-Packungen gegen alle rheumatischen Leiden, sowie Gicht und Nervenschmerzen. Grosse Heilerfolge. Kontrollarzt. Ausserdem ambulante Pflege: Injektionen, Schröpfen etc.

Schwester Martha Schwander, Bern
Gutenbergstr. 3, Tramhaltest. Hirschengraben, Tel. 3 80 17

Sarglager Gottfried Utiger, Bern
vormals Zingg
Junkerngasse 12 — Nydeck. Telephon 21.732

Eichene und tannene Särge in jeder Grösse
Metall- und Zinksärge - Särge für Kremation

Musteralbum zur Einsicht. - Leichenbitterin zur Verfügung. - Besorgung von Leichentransporten