Zeitschrift: Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes

Herausgeber: Schweizerischer Centralverein vom Roten Kreuz

Band: 33 (1925)

Heft: 1

Artikel: Über die Grenzen der Samaritertätigkeit

Autor: Häni

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-973852

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: 09.12.2025

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

1. Januar 1925
33. Jahrgang

Nr. 1

1er janvier 1925
33e année

DAS ROTE KREUZ
LA CROIX-ROUGE

Monatsschrift des schweizerischen Roten Kreuzes
Revue mensuelle de la Croix-Rouge suisse

Inhaltsverzeichnis — Sommaire

	Pag.
Ueber die Grenzen der Samaritertätigkeit	1
Encore à propos d'infirmières-visiteuses	6
Schweizerisches Rotes Kreuz	10
Direction de la Croix-Rouge suisse	10
La Semaine de la santé en Malley sous Lausanne	12
Schweizerischer Militärsanitätsverein	12
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten	14
Les services sanitaires et l'aviation	17
Une belle définition de la Croix-Rouge	18
Die Altersgrenze für die Frau	19
Von unsern Nägeln	21
Wann soll ein Kind das Schlittschuhlaufen erlernen	22
Blutsverwandtschaften	23
Lichtbilderserien	24

Ueber die Grenzen der Samaritertätigkeit.

Vortrag von Herrn Dr. med. Häni, gehalten an der Tagung der Samariterhilfslehrer-Vereinigung des Zürcher Oberlandes am Sonntag, 12. Oktober 1924, in Tann-Rüti.

Ihnen einen Vortrag zu halten über die Grenzen Ihrer Tätigkeit als Samariter ist eine nicht ganz leichte Aufgabe, vor allem deshalb, weil das ein altes und viel besprochenes Thema ist und weil es deshalb nicht leicht sein wird, Ihnen auf diesem Gebiet irgend etwas Neues zu sagen.

Auf der andern Seite muß gesagt werden, daß die Festlegung der Grenzen Ihrer Tätigkeit in jedem einzelnen Fall eine der schwierigsten Ihrer Aufgaben ist. Sie erfüllen Ihre Aufgabe nur dann vollkommen, wenn Sie genau bis auf die Grenzlinie Ihres Gebietes gehen und mißkreditieren Ihre Tätigkeit vor dem kranken Publikum vor allem dadurch, daß Sie entweder diese Grenzlinie nicht erreichen, oder, was noch viel häufiger vorkommt, wenn Sie diese Grenzlinie überschreiten.

Die Grenzen Ihrer Tätigkeit sind festgelegt in § 6 der Statuten des schweizerischen Samariterbundes. Dort heißt es:

> Insbesondere müssen in die Sektionsstatuten folgende Verpflichtungen übernommen werden: Bei Strafe des Ausschlusses die Samariter zu verpflichten, in keinem Fall ohne ärztliche Anordnung mehr als die erste Hilfe zu leisten.

Und in den Normalstatuten für Samaritervereine heißt es in § 11:

> Niemals darf ein Samariter mehr als die erste Hilfe leisten. Die weitere Behandlung des Patienten ist ihm untersagt. Samariter, welche dagegen verstoßen, sind von jedem Samariterverein auszuschließen.

Ihre Tätigkeit ist dadurch gekennzeichnet mit den zwei Worten: „Erste Hilfe", und diese Worte begrenzen statutengemäß Ihre Tätigkeit.

Nun, was ist erste Hilfe? Dies läßt sich kaum besser ausdrücken, als wie es geschehen ist im Regulativ für Samariterkurse. Dort heißt es: Als Bestandteile zweckmäßiger Samariterhilfe sind zu betrachten:

1. Rettung des Verunglückten aus seiner gefährlichen Lage.
2. Abwendung unmittelbar drohenden Todes.
3. Erleichterung seiner Leiden und Linderung seiner Schmerzen.
4. Verhütung größern Schadens, und zwar
   a) durch Beschaffung rascher ärztlicher Hilfe,
   b) durch Beschützen des Verunglückten vor den zweifelhaften Hilfeleistungen unverständiger und ungeschickter Leute,
   c) Vorsorge für ein leichtes und gutes Gelingen der bevorstehenden Tätigkeit des Arztes an dem Verunglückten.
   d) Herrichten des Verunglückten für den Transport und Ausführung dieses Transportes.

Gestatten Sie mir nun, daß ich Ihnen die einzelnen Gesichtspunkte, wie sie in diesem Regulativ niedergelegt sind, an Hand praktischer Beispiele etwas näher beleuchte, um Ihnen zu zeigen, wo die Samaritertätigkeit ihre Grenzen finden soll.

1. Rettung des Verunglückten aus seiner gefährlichen Lage. Am allerhäufigsten kommt dies natürlich vor im Krieg, und die wichtigste und häufigste, aber auch die gefährlichste Tätigkeit des Sanitätssoldaten ist das Wegschaffen des Verwundeten aus dem Bereich der feindlichen Geschütze. Aber auch im gewöhnlichen Friedensdasein kommt es nicht selten vor, daß ein Verunglückter infolge seines Unfalls vielleicht ganz wenig verletzt ist, aber einer weitern Gefahr nicht mehr ausweichen kann. Das ist der Fall beim alten Mann, der einen Schlaganfall bekommt und auf einer belebten Straße liegen bleibt oder umfällt; ferner beim Halberfrorenen, der liegen und der Einwirkung der Kälte weiter ausgesetzt bleibt; beim Gaserstickten, der halb ohnmächtig ist und dem Gas nicht mehr zu entrinnen vermag; beim Halberstickten im brennenden Haus, der sich nicht mehr aus dem Feuer retten kann.

In allen diesen Fällen ist Ihre allererste Pflicht, den Verunglückten aus seiner gefährlichen Lage wegzubringen: den Mann auf der Straße unter ein sicheres Obdach, den Halbertrunkenen aus dem Wasser, den Menschen im Gas an frische Luft und den Halberfrorenen in ein kühles Zimmer.

Haben Sie damit die Grenzen ihrer Tätigkeit erreicht? Nein! Es kommen in allen diesen Fällen noch folgende Sachen hinzu:

Erstens die allererste Behandlung. Dem Halberfrorenen werden Sie die erstarrten Glieder leicht massieren, dem Halberstickten werden Sie die Kleider öffnen und künstliche Atmung machen, beim Mann mit dem Schlaganfall werden Sie für bequeme und ruhige Lagerung sorgen usw.

Zweitens schicken Sie in allen Fällen nach dem Arzt, und das auch dann, wenn Ihre Samaritertätigkeit zum Erfolg führt. Der Mann mit der Gasvergiftung erwacht und wird klar, der Halberstickte beginnt wieder regelmäßig zu atmen und erwacht aus seiner Ohnmacht. Sie könnten sich sagen: der Fall ist erledigt, der Mann ist geheilt, und könnten vom Berichten des Arztes absehen. Sie würden aber dem Patienten in den wenigsten Fällen einen Dienst leisten. Der Unfall kann seine Folgen haben. Der Gasvergiftete wird noch tagelang die Folgen seiner Vergiftung spüren. Er wird in den nächsten Tagen arbeitsunfähig sein. Der Halbertrunkene kann in seinem benommenen Zustand Wasser oder feste Gegenstände in seine Lungen eingeatmet haben und die Folge davon kann eine vielleicht tötlich verlaufende Lungenentzündung sein. Es können sich nervöse Störungen an den Unfall anschließen und diese können den Menschen in seiner Meinung arbeitsunfähig machen.

In allen diesen Fällen bedarf der Verunglückte ärztlicher Nachbehandlung, und da ist Ihnen der Arzt und der Patient dankbar, wenn Sie auch in diesen Fällen sofort den Arzt auf den Platz gerufen haben, damit dieser

die ursprüngliche Situation, aus der die Sache herausgewachsen ist, überblicken kann.

Alle diese Unfälle in ihrer tausendfachen Mannigfaltigkeit bekamen wegen ihren Folgen ein anderes Gesicht durch die moderne Unfallgesetzgebung. Vielleicht steht der verunglückte Mensch in irgendeinem Versicherungsverhältnis. Er ist Arbeiter in einer Fabrik oder in einem andern Betrieb, der der Unfallgesetzgebung untersteht und ist außer Betrieb versichert. Die Versicherung haftet nicht nur für den Unfall selbst, sondern auch für die Folgen, die mit ihm zusammenhängen, und der für die Beurteilung dieser Zustände Verantwortliche ist der behandelnde Arzt. Dieser ist Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie ihn so rasch als möglich an eine Unfallstelle gerufen haben, damit er den Fall gleich zu Beginn beobachten und beurteilen kann.

Noch ein drittes Moment kommt hinzu. Die moderne Unfallgesetzgebung nicht nur, sondern auch das gewöhnliche Strafrecht bringt es mit sich, daß sich oft an diese Unfälle die minutiöseste und genaueste Untersuchung anschließt, sei es durch die Organe der Versicherungsgesellschaft, sei es durch die staatlichen Untersuchungsbehörden.

Ich habe da vor allem die Unfälle im Auge, die in den letzten Jahren geradezu unheimlich sich häufen: die Unfälle der Velofahrer und der Autofahrer. Diese Unfälle nehmen derart zu, daß nach meiner Meinung in nicht zu ferner Zukunft eine viel rigorosere Gesetzgebung über den Verkehr auf der Straße Platz greifen muß, und zwar auch auf dem Land. Auch da soll sich nicht nur der Automobilfahrer, sondern auch der Velofahrer und der Fuhrmann daran gewöhnen müssen, korrekt zu fahren, rechts zu fahren, auf belebten Straßen und in unübersichtlicher Gegend aufmerksam zu fahren, die Kurven rechts zu nehmen, Signale zu geben, bei unübersichtlichen Straßenecken; auch wo man nichts sieht, das im Wege ist, sich daran gewöhnen, in jedem Momente daran zu denken, es könnte von rechts oder links, wo man nicht hinsieht, jemand kommen, ein Kind einspringen, ein Velofahrer auf die Straße schießen usw.

Heute noch hat nur der Autofahrer die Pflicht, korrekt zu fahren, der Velofahrer und der Fuhrmann bekümmern sich zu wenig um die Regeln des Straßenverkehrs.

In jedem einzelnen der Unglücksfälle wird die Frage von Schuld und Verantwortlichkeit aufgerollt und das ist nun der dritte Punkt, der noch innerhalb der Grenzen Ihrer Tätigkeit liegt: die Zeugenschaft, die Hilfe zur Festlegung des unparteiischen und wahrheitsgemäßen Tatbestandes.

Der Samariter wird sich natürlich nicht großartig als Bezirksanwalt und Untersuchungsrichter aufspielen. Er wird sich in allererster Linie bescheiden und hilfsbereit des Verunglückten annehmen. Aber sobald er an diese Sachen denkt, kann er doch auch seine Beobachtungen machen. Er merkt sich Auto- und Velonummern, schreibt diese eventuell rasch und unauffällig auf. Er erkundigt sich nach den Namen der Beteiligten. Er fragt unauffällig, wie sich die Sache zugetragen habe und kann so eine außerordentlich wertvolle Hilfe sein für diejenigen, die die Pflicht und Schuldigkeit haben, das oft recht komplizierte und rasch sich verwischende Geschehen nachträglich zu entwirren und zu rekonstruieren.

Die Grenze Ihres Tuns liegt dann da, wo der Arzt oder der Polizist oder der Statthalter auf dem Platze erscheint. Dem haben sie ihre Beobachtungen zu melden, unauffällig, ruhig und bescheiden und haben dann in dieser Sache ihre Grenzlinie erreicht.

2. Abwendung unmittelbar drohenden Todes. Da denken wir in allererster Linie an den Halberstickten, der nicht mehr oder nicht mehr richtig atmet. Die künstliche Atmung und ihre korrekte Ausführung ist für den Samariter außerordentlich wichtig. Verlegen Sie darauf einen Abend in jedem

Kurs. Lassen Sie jeden der Teilnehmer künstliche Atmung machen und achten Sie genau auf die korrekte Ausführung dieser Bewegungen. Die künstliche Atmung führt nur zum Ziel, wenn sie möglichst frühzeitig einsetzt und ganz korrekt gehandhabt wird. Oft ist der Samariter derjenige, der zuerst auf dem Platze ist, der beim Baden dabei ist, wo einer ertrinken will, der im Haus oder in unmittelbarer Nachbarschaft wohnt, wo jemand ersticken will.

Wo liegen nun die beiden Grenzen bei der künstlichen Atmung, die untere, wo die künstliche Atmung angezeigt ist und die obere, wo sie aufhören kann? Angezeigt ist sie natürlich nur bei mangelhafter Atmung und freien Luftwegen. Sie werden keinem Gruppkind und keinem Menschen, der einen Gegenstand verschluckt hat und deshalb nicht mehr atmen kann, künstliche Atmung machen. Sie werden keinen durch Grupp-Membran unwegsam gewordenen Kehlkopf durch künstliche Atmung wegsam machen und mit künstlicher Atmung keinen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernen können.

Sie kommt in Betracht bei Halbertrunkenen, bei vom Blitz oder von industriellen elektrischen Strömen Getroffenen und bei durch Gas oder andere Ursachen Halberstickten. Sie werden auch bei keinem künstliche Atmung machen, der nachweisbar schon stundenlang oder gar einen halben oder ganzen Tag im Wasser gelegen hat.

Sie werden es aber tun in allen Fällen, wo noch irgendwelche Aussicht ist, den Menschen zu retten, und fortsetzen werden Sie die künstliche Atmung so lange, bis ein Arzt auf dem Platze ist oder bis der Patient von selbst zu atmen anfängt, sagen wir mindestens eine Stunde lang.

Das Kriterium für den Arzt sind die Herztöne. Solange wir imstande sind, eine Spur von Herztönen zu hören, müssen wir mit der künstlichen Atmung weiterfahren. Wir lehren das Horchen nach den Herztönen in den Samariterkursen nicht. Aber ich kann mir vorstellen, daß hie und da ein Samariter zu Hause seinem Buben oder seinem Mädel sein Ohr an die Herzgegend legt und nach den Herztönen horcht. Ein jeder, es braucht kein Instrument dazu und keine medizinische Ausbildung, jeder, der ein normales Gehör hat, wird den regelmäßigen, dumpfen Zweierschlag des Herzens hören.

Wer sich am normalen Menschen einigermaßen gewöhnt hat, die Herztöne zu hören, dem ist es durchaus gestattet, in einer Pause während der künstlichen Atmung rasch das Ohr an die Herzgegend des Patienten zu halten und nach den Herztönen zu hören. Es wird ihm dies freilich praktisch nicht gerade viel nützen, denn wenn er nichts hört, darf er deshalb nicht aufhören, da es nicht ausgeschlossen ist, daß sich das Herz doch noch zusammenzieht und daß mit subtilen Instrumenten doch noch etwas zu hören wäre. Hört er aber die Herztöne, muß er erst recht weiter fahren. Er muß also auf alle Fälle weiterfahren, hört er etwas oder hört er nichts. Er wird aber mit erneutem Eifer fortfahren, wenn er noch eine Spur von Herztönen hört und seine Hoffnung wird sich in diesem Falle fast zur Gewißheit steigern, daß er mit seinen Bemühungen doch noch Erfolg haben wird.

Bei diesem Kapitel der drohenden Erstickungsgefahr kommt mir stets ein Fall in den Sinn, den ich vor ungefähr einem Jahr erlebt habe.

Eine junge Tochter hatte einen sogenannten urämischen Anfall, d. h. sie war nierenkrank und bekam einen Anfall, der nicht selten ist bei dieser Krankheit und hervorgerufen wird durch Harnstoffvergiftung. Die Leute werden benommen, vollständig bewußtlos, bekommen Zuckungen und Krämpfe und oft tritt dabei das ein, was ich gleich beschreiben werde.

Als ich zur Patientin kam, sah ich, daß sie im Gesichte ganz blau war und daß sie äußerst schlecht atmete. Als Grund dieser

schlechten Atmung bemerkte ich sofort einen vollständig nach rückwärts hinuntergefallenen Unterkiefer. Dieser Zustand ist uns von der Narkose her geläufig, wo er ziemlich häufig vorkommt. Er kennzeichnet sich dadurch, daß die untere Zahnreihe weit hinter der oberen zurücksteht. Ein Handgriff, der den Kiefer nach vorn und nach oben bringt, verschafft auch sofort bessere Atmung. Oft muß man noch die Zunge hervorziehen, die ebenfalls nach hinten gefallen ist und den Eingang zur Luftröhre verstopft hält.

Ich habe die Patientin ins Asyl gebracht und habe auf dem ganzen Weg dorthin den Unterkiefer nach vorn und nach oben halten müssen, sonst wäre sie erstickt. Sie ist dann im Asyl in einem neuen Krampfanfall gestorben. Die Aussicht aber war vorhanden, daß sie am Leben erhalten werden konnte.

Bei der Abwendung unmittelbar drohenden Todes denken wir in zweiter Linie an Blutungen. Das ist auch ein Kapitel, wo der Samariter seine Handlungsgrenzen nicht erreicht oder überschreitet, meistens aber nicht erreicht.

Wir unterscheiden bekanntlich zwischen Schlagader- und Venenblutungen. Bei den Schlagaderblutungen spritzt das Blut stoßweise und ist hellrot. Bei den Venenblutungen fließt es gemächlich und langsam heraus und ist dunkel. Unmittelbar lebensgefährlich sind nur die ersteren, die spritzenden Schlagaderblutungen. Sie werden also nur bei diesen Veranlassung haben, weitergehende Maßnahmen zu treffen.

Die Mittel des Samariters zur Stillung der Blutungen sind der Druckverband und die herzwärtse Abschnürung des blutenden Gliedes. Beim Druckverband legen Sie über die Schicht steriler Gaze einen festen Haufen Watte und legen den Verband so fest an, daß er diesen Wattepausch auf die Wunde drückt. Bei den Venenblutungen werden Sie in den meisten Fällen mit diesem Druckverbande auskommen und werden sehr selten zur Abschnürung des Gliedes greifen müssen. Bei dieser, also bei der Abschnürung des Gliedes, nehmen Sie einen Hosenträger und ziehen so fest, bis jegliche Blutung aufhört und bis Sie am untern Teil des Gliedes, sei es Arm oder Bein, keinen Puls mehr fühlen.

Wenn Sie bei Venenblutungen diese Umschnürung doch machen und dann nicht vollständig, nur halb, wenn Sie nicht so fest ziehen, bis kein Blut mehr in den abgeschnürten Teil des Gliedes gelangen kann, dann tritt das ein, was ich letzthin erlebt habe und was ein gutes Beispiel ist für den guten Willen und die Pflichttreue des Samariters, aber auch ein Beispiel für das Nichterreichen der Grenze seiner Tätigkeit.

Es handelte sich um eine ausgedehnte Handverletzung mit starker venöser Blutung. Der Samariter machte einen Druckverband und sah, daß es weiter blutete, d. h. der Verband durchblutete ziemlich rasch. Da legte er, um ja alles zu tun, was getan werden könne, am Oberarm noch eine Umschnürung an und war dann sehr erstaunt, daß es trotz dieser Umschnürung aus dem Verbande weiter blutete. Ja, als er zu mir kam, hatte es aus dem Verband ordentlich heruntergetropft oder gerörlt und der Mann war unterdessen, es war ein längerer Weg gewesen, ziemlich blutarm und schwach geworden.

Als ich nun die Binde am Oberarm löste, ohne die Hand nur anzurühren, hörte die Blutung augenblicklich auf und der Samariter war noch erstaunter als zuvor. „Sehen Sie", sagte ich zu ihm, „ein typischeres Beispiel gibt es nicht als dieses, dafür, daß es besser ist, gar nichts zu machen, als etwas Halbes. Sie haben mit Ihrer zu schwachen Umschnürung am Oberarm nur die oberflächlich liegenden Venen znsammengedrückt und die tiefer liegenden Schlagadern nicht. Das hat bewirkt, daß immer neues Blut in den verwundeten Arm hineingepumpt wurde und keines mehr zurück konnte. Daher die blaue

Stauung im Arm, daher die vermehrte Blutung aus der Wunde. Entweder Sie machen keine oder dann eine rechte Umschnürung. Ziehen Sie so stark, bis auch die tieferen Arterien unterbunden sind und dann hört die Blutung sicher auf."

Sie wissen, daß man aber dann diese Umschnürung nicht zu lange liegen lassen darf und daß es in diesem Falle heißt, sich sputen, um den Patienten so rasch als möglich in ärztliche Behandlung zu bringen.

Bei starken Blutungen an Orten, wo keine Unterbindung möglich ist, am Hals oder am Rumpf, müssen sie bekanntlich hie und da mit dem Finger die Arterie zusammendrücken und diese solange zusammengedrückt halten, bis der Arzt erscheint. (Schluß folgt.)

Encore à propos d'Infirmières-Visiteuses.

Il est, dans l'histoire, de nombreux exemples de personnages auxquels la gloire a tourné la tête, et dont le trop grand succès a causé la perte.

Nous nous demandons s'il en irait de même des institutions?

Grâce à la guerre et à ses suites, grâce à la Ligue des Croix-Rouges très particulièrement, la création anglo-saxonne, datant d'une trentaine d'années, de l'infirmière-visiteuse — la désormais fameuse I. V. — a franchi les mers, s'est installée sur notre continent et a gagné à sa cause, de proche en proche, tous les pays. C'est une mode, c'est une marotte, c'est de l'emballement. Dans certains cercles, on ne parle plus que de cela. Les journaux d'hygiène en sont pleins, et débordent sur les organes politiques. Des instituts d'I. V. poussent comme les champignons, et de vieilles écoles d'infirmières « hospitalières » ajoutent en hâte à leur titre et à leur diplôme: « et visiteuses ». C'est qu'aussi bien, poussées par une émulation générale, ou par la contagion, des communes, des Eglises, des sociétés féminines, des ligues contre la tuberculose, des associations pour la moralité publique, ou elles toutes ensemble, ont installé ou aspirent à posséder leur ouvrière d'hygiène sociale.

Ce serait fort bien... si l'on avait partout une claire vision de l'œuvre à poursuivre, si les précautions nécessaires avaient toujours été prises, si les intéressées avaient toutes reçu la formation indispensable, et observaient les limites que l'éducation, le tact, le sens des situations et de leurs compétences devraient leur imposer.

Peut-être que cela n'a pas été toujours le cas. Ce qui est certain, c'est qu'un malaise s'est peu à peu fait jour, et semble s'étendre en divers lieux et chez diverses gens, au sujet de l'activité des I. V. Faisons la part, la large part, de l'hostilité que soulève toute institution nouvelle, qui bouleverse de vieilles habitudes et des situations acquises. Faisons la part aussi, hélas! de susceptibilités ou de conflits personnels exacerbés par les difficultés, croissantes pour tout le monde, de l'existence. Il n'en reste pas moins qu'on entend l'écho de plaintes de docteurs, de sages-femmes, d'autorités sanitaires, auxquelles il est sage de prêter attention.

* * *

L'infirmière-visiteuse est une apparition infiniment réjouissante. Dès maintenant, son utilité, sa nécessité sont prouvées de façon éclatante par les faits; l'avenir lui est assuré.

Elle n'est qu'une manifestation de l'évolution qui mène de la médecine individuelle à la médecine sociale; elle est née de la découverte capitale que «prévenir» est plus important, plus efficace, moins décevant