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: 36 (1928)

Heft: 3

Artikel: Wissen, Erfahrung und gesunder Menschenverstand in erster Hilfe

Autor: Scherz

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-973996

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: 07.12.2025

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

Démonstration de premiers secours.

Une démonstration de premiers secours en cas d'accident ferroviaire, à laquelle ont pris part plusieurs colonnes sanitaires des Croix-Rouges suisse et allemande ainsi que certaines sections de l'Alliance suisse des samaritains, a eu lieu à Haltingen, le 1er octobre, sous les auspices du comité local de la Croix-Rouge. Le nouveau train-hôpital qui sera stationné à Haltingen, à quelques kilomètres de Bâle, a été employé pour cette démonstration. Les équipes ont simulé des manœuvres de sauvetage et de secours d'urgence à la suite du déraillement d'un train. Les blessés, qui étaient enfermés dans un wagon renversé, ont été transportés au train-hôpital où les premiers soins leur ont été donnés.

Le train se compose de quatre wagons dont l'un contient le matériel de premiers secours, le second est aménagé en hôpital, le troisième est affecté au transport des blessés et le quatrième à celui du personnel sanitaire.

Wissen, Erfahrung und gesunder Menschenverstand in erster Hilfe.

Das Samariterwesen kann heute als ein Teil der medizinischen Wissenschaft angesehen werden; dies wird von ihr im allgemeinen auch anerkannt. Es hat seine Berechtigung zu Hause, auf der Straße, auf dem Arbeitsplatz, im Geschäfte, wie auch während den unruhigen Zeiten der Mobilisation bewiesen und überall dort seine Pflicht getan. Daß es das hat tun können, ist das Resultat einer in langen Jahren sich immer mehr geltend machenden Tendenz, nicht stehen zu bleiben, sondern an seiner Weiterausbildung zu arbeiten und sich dabei dem Stande, dem Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnis innerhalb seines Rahmens anzupassen; wenn es das getan hat, so hat es sich dabei immer bestrebt, eine strenge Scheidung vorzunehmen und innezuhalten zwischen der Tätigkeit des Samariters und derjenigen des Arztes. Gegen alle Auswüchse dieser Art ist es aufgetreten und hat sich dabei die Mitarbeit derjenigen gesichert, die beständig seine Lehrer sein sollen: der Aerzte. Daß so viele Aerzte dem Samariterwesen günstig gesinnt sind, soll uns mit Stolz erfreuen; wir werden auch nur durch strenge Scheidung unseres Tuns von demjenigen der Aerzte uns ihre Sympathien erhalten und auch diejenigen Aerzte uns mit der Zeit zugänglich machen, die uns bisher fremd geblieben, weil sie vielleicht im Samariterwesen auf Grund von glücklicherweise seltenen Uebergriffen ein Pfuschertum erblicken oder sogar eine Konkurrenz. Der rechte Samariter will aber weder das eine noch das andere.

Wie können wir unsere Tätigkeit in erster Hilfe als Samariter möglichst wirksam gestalten? Sicherlich dadurch, daß wir uns soweit ausbilden, daß wir imstande sind, uns ein möglichst genaues Bild zu machen vom Unfallereignis und seinen Folgen für den Patienten und dementsprechend auch die richtigen Maßnahmen ergreifen können. Einer der schwierigsten Faktoren, die eine richtige Hilfe garantieren, ist für den Samariter die sogenannte Diagnosestellung, mit andern Worten: das Erkennen der durch das vorliegende Unfallereignis gesetzten Schädigung und Auswirkung auf den Patienten. Wenn richtige Hilfe geleistet werden soll, so muß kleinern und größern Details Rechnung ge-

tragen werden, aus denen sich erst ein Gesamtbild ergibt, das den Samariter in seiner Tätigkeit, in seinem Tun oder Nichttun leitet. Diagnose — ein aus dem Griechischen entlehntes Wort — heißt nichts anderes, als ein Zwischenheraus-Erkennen: Aus den vor uns liegenden verschiedenen Bildern sollen wir das Richtige herausfinden. Dabei besteht die Möglichkeit, daß uns dasselbe sehr rasch klar vor Augen liegt oder, was viel häufiger ist, daß wir genötigt sind, durch Kombination aller Eindrücke uns erst dasselbe zu verschaffen. Kann nun der Samariter und soll er eine Diagnose stellen? Diese Frage stellen, heißt sie auch gleich mit ja beantworten. Es gibt zwar viele Aerzte, die den Ausdruck Diagnose nur für sich beanspruchen, selbstverständlich einerseits, denn es wird sich bei der Diagnose des Samariters nicht um eine mit allen Mitteln der ärztlichen Wissenschaft erhaltene Diagnose handeln, sondern um diejenige, die ihm mit den geringen ihm zu Gebote stehenden Mitteln möglich ist. Für den Samariter ist es auch viel schwerer, eine einigermaßen richtige Diagnose zu stellen. Es ist dies vielleicht auch nicht immer nötig und vor allem aus nicht immer möglich, sowenig dies dem Arzte oft bei der erstmaligen Untersuchung möglich ist. Wenn wir uns aber nicht Rechenschaft geben von dem Zustand des Patienten und der Art des Unfallereignisses auf den Patienten bevor wir Hilfe leisten, so werden wir eben nur halbe Hilfe leisten können, in einigen Fällen vielleicht zufälligerweise die richtige, in recht vielen andern Fällen falsche und wohl recht selten eine vollständige. Wir dürfen nicht bloß schematisch dem Patienten Hilfe leisten, sondern müssen dabei unser Wissen, unsere Erfahrung und unsern gesunden Menschenverstand walten lassen. Was wir am Patienten, was wir aber auch in dessen Umgebung sehen, wird uns helfen, unsere Diagnose zu sichern und damit auch sachgemäß zu handeln. Wir müssen uns dabei angewöhnen, nicht allein nur die Verletzung, sondern auch den übrigen Patienten, sowie auch die Umgebung, in der er momentan lebt, zu betrachten.

Esmarch, der Vater des Samariterwesens im deutschen Sprachgebiet, sagt: „Wenn sich die Pioniere des Samaritertums und ihre Förderer darauf beschränkt hätten, allen Einwänden nachzugeben, welche kurzsichtige Aezte, Fachleute, gegen das Samariterwesen aufbrachten, so wäre die erste Hilfe nie zu ihrer Entwicklung gekommen." Wir können übrigens diese Entwicklung auch bei uns recht deutlich verfolgen und zwar gerade an Hand der sogenannten Diagnosekarten. Die ersten solchen Karten enthielten nur die recht einfachen Bezeichnungen der vorhandenen Verletzungen: Der Samariter sah sich beim Lesen der Karte sofort einem Oberschenkelbruch, einer Schlagaderblutung, einer Kohlenoxydvergiftung gegenüber; er hatte sich um eine Diagnose nicht zu kümmern, für die Uebungen des Anfängers mag eine solche Bezeichnung in formeller Hinsicht genügt haben und genügt auch heute; sie konnte es nicht für die Weiterausbildung in der Praxis, wo weder der Patient einen Zettel angehängt hat, noch vielfach überhaupt über seine Verletzung Auskunft geben kann, sei er, daß er in einem Schockzustand sich befindet, oder weil bewußtlos keine Antwort geben kann. Die ehemalige Samaritertätigkeit war anfangs viel zu viel vom rein militärischen Standpunkt aus geleitet; man nahm an, der Arzt hätte, wie nach beendigter Schlacht, das Feld abgesucht, mit Verwundetenzetteln die Verletzung und Behandlung kenntlich gemacht, die dem nachfolgenden Sanitätssoldaten Direktiven gab, was er zu tun hatte. So war auch dem Samariter alles wie auf einem Präsentierteller aufgetischt. Diesen Eindruck macht uns die damalige Ausbildung. Wenn wir jedoch daran denken, mit welchen Vorurteilen vor 50 Jahren das Samariterwesen zu kämpfen hatte, so versteht man vielleicht eher, warum so vorgegangen werden mußte. Aber später durfte man weiter gehen, man wollte

den Samariter doch nicht nur zur Maschine erziehen, sondern zum denkenden Arbeiter. Die Diagnosekarten wurden komplizierter, der Samariter mußte sich aus den darauf befindlichen Angaben die Diagnose erst machen, sich dabei schon mehr in die Wirklichkeit hineindenken. Der weitere Schritt war der, dem ersten Helfer in möglichst naturgetreuer Nachahmung Unfallbilder vor Augen zu führen, wie wir es seinerzeit in Olten angeregt und es heute da und dort auch ausgeübt wird. Seine Hauptausbildung wird freilich der Samariter in der Wirklichkeit erlangen; weil diese aber glücklicherweise für den Patienten, leider für den Samariter, nicht täglich vorkommt, so muß der Samariter mit allen Mitteln durch immerwährende Uebung, formell und angewandt dazu erzogen werden, sich auf der Höhe zu halten. Wie bereits erwähnt, müssen wir uns bei unserer Hilfe auf Wissen, unsere Erfahrung und unsern Menschenverstand stützen, dann wird unser Tun, unser Können aber auch erfolgbringend sein. Der Ausspruch, den man etwa hört, „Wissen ist nichts, Können ist alles", kann uns deshalb nicht verständlich sein, denn dann handeln wir nur als Maschine, geist- und denklos. Wir können vielleicht richtig handeln, aber wir haben keine Garantie dafür. Nur wenn wir Wissen, Erfahrung und Menschenverstand zunutze machen, dann werden wir bei einem Unfallereignis Ursache und Wirkung zur Sicherung der Diagnose erkennen können, um auf Grund derselben, unter richtiger Einschätzung von Haupt- und Nebensächlichem, unter Abwägung des Einflusses äußerer und innerer Faktoren, auf die ich später zu reden kommen werde, vorzugehen.

Das Wissen muß das Resultat unseres Studiums sein, das erst uns ermöglicht, praktisch das zu verwerten und umzusetzen, was wir in der Theorie gelernt haben. Erst dadurch werden wir klar und verständlich in unserm Handeln, nicht nur uns, sondern auch dem Patienten. So erlaubt uns das Wissen, z. B. zu unterscheiden, ob eine Blutung lebensgefährlich ist oder nicht. So lehrt es uns von den vorliegenden Verletzungen diejenige zu erkennen, die am dringlichsten zu besorgen ist. Mit dem Wissen, das wir so zeigen, wächst auch beim Patienten dessen Vertrauen in das, was wir tun, und er wird sich willig unsern Anordnungen fügen. Das Vertrauen wächst dadurch aber auch bei uns selbst.

Unser Wissen fördern wir durch genaues Studium unseres Lehrbuches, durch Anhören von Vorträgen, wenn möglich von solchen, die mit anschließenden praktischen Uebungen verbunden sind. Fördern können wir unser Wissen vor allem aus in der Erkenntnis unserer Fehler. Was wir aus ihnen lernen, ist oft von größerem Nutzen als unsere Erfolge.

Gesunder Menschenverstand ist für unser Handeln notwendig. Wir haben diesen entweder geerbt, oder können ihn erwerben; je mehr unser Wissen und unsere Erfahrung fortschreitet, desto mehr werden wir ihn nutzbar machen können. Unser Menschenverstand sagt uns, was wir vom Patienten verlangen dürfen, ob wir ihm zumuten können, uns zu helfen im Anlegen von Verbänden, ob wir ihm zumuten können, zu gehen; er sagt uns auch, zu was wir die Umstehenden brauchen können.

Unsere Erfahrung stützt sich auf unser Wissen und auf unsern Menschenverstand; wir erwerben sie allein durch die Praxis, sie wird uns immer weiter und besser ermöglichen, mit Erfolg an die Arbeit zu gehen, Ursachen und Folgen zu erkennen, z. B. schnelles Vorgehen bei Blutungen zu erzwingen, das Vorhandensein von frischer Luft und Ruhe für den Patienten einzuschätzen und in der Wahl des Transportmittels, sei es nach Hause oder ins Spital, das Richtige zu treffen.

Unser Erfolg in der ersten Hilfe liegt in ihrer richtigen Anwendung. Sie kann eine aktive oder eine passive sein. Aktiv,

rasch einsetzend muß sie sein bei starken Blutungen, bei Erstickungsgefahr, bei Scheintod, bei schwerem Schock oder bei Vergiftungen aller Art. Hier kann sie lebensrettend wirken. Diese Zustände kommen verhältnismäßig selten vor, so daß auch der Samariter selten dazu kommt; gerade deswegen ist es aber um so notwendiger, seine Pflicht zu tun und durch stete Uebung für solche Fälle gerüstet zu sein. Viel häufiger kommt der Samariter dazu, passiv zu helfen, das heißt mehr in vorbeugendem Sinne, dies in der Auswirkung des Gebotes: zu verhüten, daß das einmal gesetzte Unfallereignis für den Patienten nicht schwerer wird. Passives Eingreifen sehen wir z. B. bei Knochenbrüchen, wo wir durch Festhaltungen ein weiteres Verschieben der Bruchenden zu verhüten suchen, bei Verletzungen aller Art, wo wir durch keimfreien Wundverband eine nachträgliche Infektion verhüten wollen, bei Ausrenkungen durch Ruhigstellen des Gliedes, um Schmerzen zu verhüten usw.

Es ist nicht unwichtig, diesen Unterschied zu machen, damit der Helfer sich besinnt, bevor er zu stürmisch und unüberlegt dort vorgeht, wo keine Lebensgefahr zu befürchten ist. Diese Ueberlegung wird ihn verhüten, zur Umschnürung zu greifen, wenn vorübergehender Fingerdruck oder ein Druckverband genügen würde, sie wird ihn hindern, improvisiertes Material zum Transporte zu verwenden, wenn in Bälde technisch einwandfreies Material zur Stelle sein wird.

Wie gehen wir nun vor, wenn wir zu einem Verletzten gerufen werden? (sinngemäß wird unser Vorgehen für Kranke dasselbe sein).

Wir dürfen nicht beginnen mit planlosem Dreinfahren, Anfassen und Anpacken des Patienten; wer zu rasch vorgeht, verbirgt sehr oft darunter das Nichtwissen. Vielleicht, daß er damit dem Laien, dem Verletzten oder Zuschauer besser imponiert als der bedächtig überlegende Samariter.

Vor allem aus müssen wir unsere fünf Sinne walten lassen, wobei wir den Tastsinn auf Ausnahmefälle beschränken wollen. Unser Gesicht, Gehör, in einigen Fällen auch Geruch und Geschmack können uns wertvolle Fingerzeige geben. Wir sehen, welche Lage der Patient einnimmt, können mit unsern Augen erkennen, ob seine Glieder normale Stellung, normale Form aufweisen, wir sehen, ob seine Kleider mit Blut durchtränkt sind, ob eine Blutlache am Boden liegt. Unser Auge zeigt uns vor allem auch die Farbe seines Gesichtes, aus der wir soviel erkennen können. Das Gehör gibt uns manchmal fast besser, als das Auge, Aufschluß über die Atmung, oder ein Knacken verrät uns bei Bewegungen des Patienten den gebrochenen Knochen. Unser Geruch orientiert uns über giftige Gase, für den Patienten und auch für uns gefährlich, und der Geschmack kann uns vielleicht die giftige Flüssigkeit verraten, die irrtümlicherweise oder aus Absicht eingenommen wurde.

Wichtig sind für uns die Angaben des Patienten selbst oder seiner Begleiter, Zuschauer usw. Doch müssen wir uns hüten, von Anfang an einer vorgefaßten Meinung zu folgen; wir möchten da hauptsächlich auf die oft so leichtfertig gemachte Rausch-Diagnose hinweisen. Aber die Angaben, die uns gemacht werden, dürfen wir nicht immer blindlings verwerten, sondern müssen uns selbst eine Rekonstruktion des Unfallereignisses und seiner Folgen zurecht legen.

Und da gibt es noch viele andere Faktoren, die uns zur Sicherung unserer Diagnose helfen und gute Dienste leisten können, wenn wir sie beachten. So spielt das Alter eine Rolle. Wir wissen, daß z. B. Hirnblutung, beim Laien kurzweg Hirnschlag genannt, bei jugendlichen Personen ausgeschlossen werden kann, daß epileptische Anfälle dagegen bei ältern Leuten selten vorkommen. Anderseits sind wir belehrt worden, daß Blutungen und Verbrennungen bei kleinen Kindern und alten Leuten viel gefährlicher sind, als im mittleren

Alter. Aeltere Leute leiden mehr unter der Schockwirkung als jüngere. Die Kleidung wiederum birgt gewisse Gefahren, besonders die weibliche. Die weibliche wird viel eher Feuer fassen; auch das eisenfreie Korsett trägt zur Atembehinderung bei, enge Röcke führen ebenso zu Ohnmacht wie der hohe Stehkragen des Mannes. Anderseits bieten vielleicht gerade die Kleider einen gewissen Schutz: Frauenkleidung wird durch Luftgehalt die ins Wasser Gefallene länger auf der Oberfläche tragen; früher wenigstens, schützten die längern Röcke und grobwolligen Strümpfe der Frauen eher vor Hundebissen. — Die Kleider sind uns auch wertvolles Material zur Hilfeleistung, Hosenträger, Taschentuch usw. Sein Stock dient uns zur Schiene, ihr Regenschirm auch; aber viel besser ist unter Umständen der Schirm zum Schutz gegen Regen, gegen Sonnenstrahlen zu verwenden.

Wir können uns die Kleidung auch dienstbar machen zum Verband. Wir werden aber vorsichtig sein und sie nicht unnütz ausziehen, besonders bei kalter Witterung, wo wir die Körperwärme des Verletzten möglichst erhalten müssen.

Das Temperament des Verletzten beeinflußt zum Teil unser Handeln. Aufgeregte Menschen werden unsere Hilfeleistungen recht erschweren, anderseits die Gefahr bringen, daß auch wir uns aufregen und unüberlegt handeln. Ruhigere Elemente bringen es vielleicht sogar fertig, unbewußt uns zu täuschen, so der Fußballspieler, der erklärt, weiterspielen zu können, so daß wir uns bewegen, ihn gehen zu lassen, trotzdem wir fast mit Sicherheit annehmen können, daß er eine Rippe gebrochen hat. Vielleicht erleben wir, daß er einige Minuten später mit schwerem Kollaps am Boden liegt.

Gewohnheiten und der Gesundheitszustand an und für sich werden eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Blutarme, schwächliche Leute, werden eher von der Kälte, von Blutverlusten usw. beeinflußt werden, als kräftige, gesunde.

Nicht täuschen dürfen wir uns lassen dadurch, daß oft eine Erscheinung die andere verdeckt. Ein Alkoholrausch verdeckt die Verschlimmerung eines Schädelbruches, der Schockzustand bei schweren Wunden die Blutung, die nachher um so rascher und gefährlicher einsetzen kann, wenn wir nicht vorsorgen.

Und nun unser Handeln: Je näher der Arzt, desto weniger haben wir bei passiver Hilfe im allgemeinen zu tun. Die Frage stellt sich uns, ob wir den Patienten zum Arzte bringen oder ob wir den Arzt unbedingt herkommen lassen sollen. Das wird vom betreffenden Falle abhängen. So ein bißchen müssen wir wohl auch an die allfälligen Kosten denken. Es hat keinen Zweck, den Arzt einen weiten, für den Patienten teuren Gang machen zu lassen, wenn der Patient ohne Gefahr ebensogut zu ihm gebracht werden könnte. Wer bestellt, der zahlt, heißt es oft. Wann werden wir unter allen Umständen den Arzt benachrichtigen, und ihn bitten, rasch zu kommen? Bei schweren Blutungen, schweren Schockzuständen, Vergiftungs- und Erstickungsfällen, wo wir nicht durch unsern Eingriff die Gefahr sofort und völlig beseitigen können. Dann auch bei allen Fällen von Scheintod.

Aber auch bei schweren Fällen von Knochenbrüchen, Verrenkungen, Verbrennungen wird es immer besser sein, den Arzt kommen zu lassen, wobei wir ja nicht vergessen dürfen, ihm genauen Bescheid zu geben, um was für eine Verletzung es sich handelt. Niedergeschriebene Angabe der Verletzung ist immer dann angezeigt, wenn man nicht selbst telephonisch mit dem Arzte reden kann oder nicht einen vertrauten Berichterstatter zur Hand hat. Patienten mit Fleischwunden, Quetschungen, kleineren Brüchen werden wir dem Arzte zuführen. Auf alle Fälle haben wir immer dem Patienten Weisung zu geben, den Arzt aufzusuchen oder ihn kommen zu lassen, auch bei kleineren Verletzungen. Ein Dornenstich

kann unbehandelt unter Umständen zu schwerer Blutvergiftung führen!

Daß wir bei allen Zufällen die Beobachtung der Herzaktion durch Kontrolle des Pulses nicht vergessen dürfen, darüber ist kein Wort zu verlieren.

Noch ein Wort über die Bergung. Warum wollen wir einen Schwerverletzten, z. B. eine schwere Bauchverletzung, eine Rückenmarksverletzung usw., nach Hause transportieren, wo wir wissen, daß nur chirurgische Spitalbehandlung und richtige Pflege für eine Rettung garantieren kann? Warum einen schweren Oberschenkelbruch drei bis vier Treppen hinauf in die Wohnung des Verunfallten bringen, wenn wir uns denken können, daß die Verhältnisse, in denen der Betreffende lebt, nur Spitalbehandlung bedingen? Man wird mir antworten, daß über die Spitalverbringung der Patient zu entscheiden hat. Das mag stimmen; um so mehr ist es aber unsere Pflicht, ihn aufzuklären, um so nötiger wird es in solchen Fällen sein, den Arzt zur Stelle zu schaffen, damit er den richtigen Entscheid trifft.

Was soll uns helfen, alle diese Dinge zu erfassen, einzuschätzen, zu verwerten? Wissen, gesunder Menschenverstand und Erfahrung. Mit diesen drei Helfern werden wir richtig handeln, werden zu uns selbst Vertrauen gewinnen und vor allem aus auch dem Patienten Vertrauen einflößen, und damit haben wir schon unendlich viel in erster Hilfe erreicht. Dr. Scherz.

L'assistente sanitaria in Italia e all'estero.

Nel subito dopo guerra la Croce Rossa Americana volle iniziare in Italia come già aveva fondato in Francia *les infirmières de la santé publique,* le « Assistenti Sanitarie ». Ossia infermiere che sul tipo delle *public Health nurses* in Inghilterra, dopo tre anni di internato in Scuola convitto si spezializzano nella profilassi delle malattie sociali ed ereditarie coadiuvando egregiamente il medico nella esplicazione della sua opera.

Prematura era in Italia l'iniziativa, perchè non si poteva aprire un corso di specializzazione per infermiere di Scuola Convitto; quando le scuole convitto stesse, vi erano tanto poco diffuse, e la donna educata infermiera era si può dire nata con la guerra sotto il vessillo della carità.

Questa nuova initiativa di attività femminile, fu dalla Croce Rossa Americana, affidata al Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, ed il primo corso fu aperto a Roma nel 1918. Le allieve furono poche e quasi tutte ex infermiere volontarie, le quali per necessità di cose e di eventi trovandosi a guerra finita nella assoluta necessità di guadagnare, accolsero, con gioia questa continuità retribuita, di azione già cognita. Così ebbero inizio in Italia queste lavoratrici silenti e metodiche, per la difesa della razza, per la salute dell'umanità.

Il corso dell'inizio, aveva la durata di 10 mesi quasi esclusivamente di teoria, poi in seguito venne modificato ed ora sono 10 mesi di teoria a pratica alternate, e sei mesi di servizio, dopo i quali viene rilasciato il diploma di Assistente Sanitaria.

Il Consiglio delle Donne Italiane dopo due soli anni, si disinteressò della cosa, ed i corsi vennero da allora, esclusivamente gestiti dalla Croce Rossa italiana, che aprì varie scuole, coordinò il programma di studi, disciplinandolo ed adattandolo, alle esigenze italiane. Programma