

Zeitschrift: Blätter für Krankenpflege = Bulletin des gardes-malades
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 24 (1931)
Heft: 8

Heft

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.05.2025

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

Bern, 15. August 1931

24. Jahrgang

Nr. 8

Berne, 15 août 1931

24^e 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
schweiz. 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

Postscheck III 877

RÉDACTION:

(pour la partie française)

**Sous-Secrétariat de la
Croix-Rouge suisse
Monruz-Neuchâtel**

Abonnements: Pour la Suisse: Un an fr. 4.—, six mois fr. 2.50

Par la poste 20 cts. en plus

Pour l'Étranger: Un an fr. 5.50, six mois fr. 3.—

Numéro isolé 40 Cts. plus port

Chèques post. III 877

ADMINISTRATION: Bern, Taubenstrasse 8

Schweizerischer Krankenpflegebund.

Alliance suisse des gardes-malades.

Zentralvorstand — Comité central.

Präsidentin: Oberschwester Luise Probst, Krankenanstalt Aarau;

Kassier: Pfleger Hausmann, Basel; Schw. Lydia Dieterle, St. Gallen; M^{lle} Henriette Favre, Genève; Schw. Bertha Gysin, Basel; Dr. C. Ischer, Bern; Oberin Dr. Leemann, Zürich; D^r 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: D^r Adrien Miéville.
Luzern: Albert Schubiger.
Neuchâtel: Dr. C. de Marval.
St. Gallen: Schw. Anna Zollikofer.
Zürich: Oberin Freudweiler.

Vermittlungsstellen der Verbände. — Bureaux de placements des sections.

Basel: Vorsteherin Schw. Fr. Niederhäuser, Hebelstrasse 21. Telephon Safran 20.26.
Bern: Pflegerinnenheim d. Roten Kreuzes, Niesenweg 3. Tel. Bw. 29.03. Vorst. Schw. Blanche Gygax.
Davos: Schwesternheim. Vorsteherin Schw. Mariette Scheidegger. Telephon 419, Postcheck X/980.
Genève: Directrice M^{lle} H. Favre, 11, rue Massot, téléphone 51.152, chèque postal I/2301.
Lausanne: Home d'infirmières, Clinique du Signal, Dir. M^{lle} Grezet, tél. 31.925, chèque post. II/4210.
Luzern: Rotkreuzpflegerinnenheim, Museggstrasse 14. Tel. 517. Vorsteherin S. Rosa Schneider.
Neuchâtel: Directrice M^{lle} Montandon, Parcs 14, téléphone 500.
St. Gallen: Vorsteherin Frau Gähler, Rotkreuzhaus, Telephon 766, Postcheck IX 3595.
Zürich: Schwesternheim, Asylstr. 90, Tel. 2.50.18, Postcheck VIII/3327. Schw. Mathilde Walder.
Aufnahme- und Austrittsgesuche sind an die 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 5 Franken. — Das Bundesabzeichen kann nur bei dem Vorstand des lokalen Verbandes, dessen Mitglied man ist, bezogen werden. Die Bundesabzeichen sind nummeriert 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 Bezugsstelle 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 den vorerwähnten Trachten, muss in jedem einzelnen Falle beim Bundesvorstand vermittelt 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 2.50.18.

Postcheck: VIII 93.92.

Bei Bestellungen sind die Mitgliedkarten einzusenden.



Das Trachtenatelier bleibt geschlossen vom 20. Juli bis 10. August.

Inseraten-Annahme: Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82. — Schluss der Inseraten-Annahme
jeweilen am 10. des Monats.

Les annonces sont reçues par l'Imprimerie coopérative de Berne, 82, Viktoriastrasse. — Dernier délai:
le 10 de chaque mois.

Preis per einspaltige Petitzeile 30 Cts. — Prix d'insertion 30 Cts. la ligne (1 col.)

SCHWESTERN

zu ärztlichen Laboratoriums-
und Röntgen-Assistentinnen

bildet mit und ohne Staats-
examen aus **Dr. Buslik's**
staatlich anerkanntes höheres
bakteriologisches und Röntgen-
LEHRINSTITUT

Leipzig, Keilstrasse 12, Prospekt 50 frei

Kleinere bernische Berggemeinde **sucht**, wegen
Demission, auf 1. November

Gemeindepflegerin

Anfragen und Anmeldungen mit Angabe der Ge-
haltsansprüche bis 25. August an Frau A. Ueltschi,
a. Lehrerin, Därstetten.

Pédicures spécialistes diplômés

enseigneraient pédicure, cours sérieux et rapides.
Seulement une élève à la fois.

Case postale 20 - Territet près Montreux

Gesucht

auf 1. Oktober für das Merian-Iselinspital in Basel
8 Schwestern und 1 Küchenschwester
Auskunft und Anmeldungen bei Oberschwester
L. Probst, Krankenanstalt, Aarau.

Schwester

sucht auf 1. November lei-
tenden Posten; bewandert
auch im Instrumentieren und
Narkose machen. — Offerten
unter Chiffre 2048 B. K. an
Genossenschafts-Buchd. Bern,
Viktoriastrasse 82.

Krankenschwester

Absolv. eines Röntgenkurses.
Deutsch und franz. sprechend
sucht Stelle auf Sep-
tember. Event. Aushilfsstelle.
Gute Empfehlungen. — Of-
ferten unter Chiffre 2055 B. K.
an die Genossenschafts-Buch-
druckerei Bern, Viktoriastr. 82

Erfahrene, tüchtige

Krankenschwester

sucht Stelle für Ge-
meindepflege. Nähe Zürich
bevorzugt. — Offerten unter
Chiffre 2052 B. K. an Ge-
nossenschafts - Buchdruckerei
Bern, Viktoriastrasse 82.

Tüchtige

Krankenschwester

sucht Stelle für Privat-
pflege zu einem Herrn oder
Dame. — Offerten unter
Chiffre 2052 a, B. K. an die
Genossenschafts-Buchd. Bern,
Viktoriastrasse 82.

Diplomierte

Krankenschwester

tüchtig in Pflege und Ope-
rationssaal, **sucht** leitenden
oder selbständigen **Posten**
zu Arzt oder in Privatklinik.
Offerten unter Chiffre 2051
B. K. an Genossenschafts-
Buchdruckerei Bern, Viktoria-
strasse 82.

Schwesternheim des Schweiz. Krankenpflegebundes Davos-Platz

Sonnige, freie Lage am Waldesrand von Davos-Platz. Südzimmer mit gedeckten Balkons. — Einfache, gut bürgerliche Küche. Pensionspreis (inkl. 4 Mahlzeiten) für Mitglieder des Krankenpflegebundes Fr. 6 bis 8. Nichtmitglieder Fr. 7 bis 9. Privatpensionärinnen Fr. 8 bis 12, je nach Zimmer.

Gesucht

für sofort in kleineres bernisches Bezirksspital jüngere **Krankenpflegerin**, zur Besorgung von Röntgen, Diathermie, Bestrahlung. Daneben Aushilfe in der Krankenpflege, eventuell nach Wunsch Ausbildung im Operationsdienst. — Offerten unter Chiffre 2057 B. K. an Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastr. 82.

Wäsche-Zeichen

(Zahlen, Buchstaben,
ganze Namen)

liefert schnell und vorteilhaft

Lazarus Horowitz, Luzern

Gesucht

auf 1. September jüngere

Krankenschwester

zur Mithilfe in ausgedehnter allg. ärztl. Praxis (Sprechstunde, Diathermie etc.).

Freie Station. — Offerten unter Chiffre B. K. 2049 an Genossenschafts-Buchd. Bern, Viktoriastrasse 82.

Krankenpfleger

im Alter von 21 Jahren

sucht Stelle

für Privatpflege. Zeugnisse stehen zu Diensten. Offerten sind erbeten an **Otto Meyer, Eggen, Thun-Dürrenast.**

Tüchtige, erfahrene

Krankenschwester

sucht auf 1. Oktober Stelle zu wechseln. Gern in Spital, Sanatorium oder auch Privat. Offerten unter Chiffre 2050 B. K. an Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Diplomierte

Kindergärtnerin u. Kinderpflegerin

selbständig arbeitend, **sucht Stelle** in einem Kinderheim oder Kindersanatorium. Off. unter Chiffre 2047 B. K. an Genossenschafts-Buchd. Bern, Viktoriastrasse 82.

Badmeister und Masseur

sucht Stelle in Spital oder Klinik zur Ausbildung als Krankenwärter (Volontär). Alter 27 Jahre. Absolut zuverlässig. Deutsch und französisch sprechend. — Zuschriften unter Chiffre 2058 B. K. an Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Gesucht in kleine Privatklinik in Höhenkurort

ab Mitte September:

- a) eine Schwester für Station und Operationssaal,
- b) eine Schwester für Sprechstunde, Röntgen und Laboratorium.

Jahresstellen. Nur selbständige, durchaus zuverlässige Bewerberinnen wollen sich melden, mit Angaben über Sprachkenntnisse, Referenzen und Gehaltsansprüche unter Chiffre 2045 B. K. an Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

BLÄTTER FÜR KRANKENPFLEGE

Herausgegeben vom schweizerischen Roten Kreuz

BULLETIN DES GARDES-MALADES

ÉDITÉ PAR LA CROIX-ROUGE SUISSE

Mit der Beilage „Lindenhofpost“ (2monatlich)

Inhaltsverzeichnis — Sommaire

	Pag.		Pag.
Die modernen Methoden der Tuberkulosebehandlung	141	Eröffnung eines Spitals für Aussätzige in Frankreich im XX. Jahrhundert	155
Les gaz intestinaux	146	Aus den Verbänden. — Nouvelles des sections	157
La poliomyélite épidémique	147	Schwester! Auf zur Hyspa!	159
Ueber Statistiken und Krankenversicherung	150	Stimmen aus dem Leserkreis. — Echos de nos lecteurs	159
Invalidenfürsorge	152	Vom Büchertisch. — Bibliographie	160
Souvenirs de guerre d'une infirmière de la Croix-Rouge française, 1914—1919	153	Humoristisches	160

Die modernen Methoden der Tuberkulosebehandlung ¹⁾.

Von Dr. med. Rob. Kipfer, Bern.

I.

Bis in die letzten Jahre hinein galt das Kapitel der Tuberkulosebehandlung als eines der wissenschaftlich wenigst interessanten und wenigst aussichtsreichen Gebiete der praktischen Medizin. Diese Auffassung hing zusammen mit der noch ungenügenden Kenntnis der verschiedenen Entwicklungsstadien der Lungentuberkulose, deren Behandlungsbedürftigkeit und Heilungsaussicht. Unter *behandlungsbedürftiger Tuberkulose* verstand man bis in die letzte Zeit, wenn man von den Knochen-, Gelenk-, Drüsen- und Hauttuberkulosen absieht und nur die grösste Gruppe, die Lungentuberkulose, ins Auge fasst, einerseits die grosse Zahl der Lungenspitzen-tuberkulosen, die sogenannten Lungenspitzenkatarrhe, und andererseits die fortgeschrittenen, meist chronisch, seltener galoppierend verlaufenden Phthisen, die ausgesprochen Schwindsüchtigen.

Den *Lungenspitzenkatarrh* mit seinen relativ wenig ausgedehnten tuberkulösen Spitzenveränderungen hielt man bis vor kurzem allgemein für die Frühform der Lungentuberkulose, das Vorstadium der Auszehrung, und ging ihm daher von ärztlicher Seite aus besonders sorgfältig nach. Patienten mit leichten Lungenspitzenveränderungen wurden, wenn sie es wirtschaftlich irgendwie leisten konnten, monate- bis jahrelang in Sanatorien zu strenger Kur angehalten, in der Absicht, dadurch die Weiterentwicklung in eine schwere Phthise zu verhüten. Die kostspieligen Privatsanatorien der Tuberkulosekurorte haben immer zahlreiche derartige Patienten beherbergt. In die

¹⁾ Vortrag gehalten am 7. Juni 1931, anlässlich der Delegiertenversammlung des Schweiz. Krankenpflegebundes in Freiburg. — Das Vorgetragene wurde durch die Projektion von Photographien und Röntgenbildern, deren Reproduktion hier leider nicht möglich ist, illustriert und erläutert.

Volksheilstätten sind auch viele Kranke mit Lungenspitzenprozessen eingewiesen worden, doch haben es jeweilen die wirtschaftlichen Notwendigkeiten mit sich gebracht, dass sie schon nach relativ kurzen Kuraufenthalten wieder an ihre Arbeit zurückkehren mussten. Dabei hat sich die auffällige Erfahrung ergeben, dass aus diesen Lungenspitzenveränderungen, auch wenn die betreffenden Kranken keine oder nur kurze Kuren absolvieren konnten, recht selten bösartige Lungenerkrankungen hervorgingen. Bei nur etwa 7 % aller Individuen mit umschriebenen tuberkulösen Lungenspitzenveränderungen ist später eine fortschreitende Lungenschwindsucht aufgetreten. Die tuberkulösen Lungenspitzenveränderungen müssen ohne Zweifel einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle und einer gewissen Disziplinierung der Lebensweise unterstellt, wohl auch zeitweise eingehender behandelt werden, doch benötigen sie relativ selten eine langdauernde Kurbehandlung oder die Anwendung eingreifender Verfahren, da sie meistens günstige Heiltendenz aufweisen oder überhaupt schon bei ihrer Entdeckung nur mehr die narbigen Ueberreste abgelaufener tuberkulöser Prozesse darstellen.

Was anderseits die *fortschreitenden Lungenphthisen*, die ausgesprochen Schwindsüchtigen, betrifft, die meist äusserlich schon als solche erkennbar sind und die bei der ärztlichen Untersuchung bereits einen mehr oder weniger schweren Lungenbefund darbieten, so wurden sie vielfach von vorneherein beinah als Unheilbare behandelt, das heisst ihre Behandlung beschränkte sich, wenn eine Sanatoriumskur erfolglos geblieben war oder nicht mehr in Frage kam, zumeist auf die Verordnung von Hustenmitteln, Kreosotpräparaten usw.

Es war nun den *Erkenntnissen der letzten Jahre* über Beginn und Verlauf der Tuberkulose und den neuen Erfahrungen über die Behandlungsanzeigen in ihren verschiedenen Entwicklungsstadien vorbehalten, in dieser Hinsicht eine bedeutende Wandlung herbeizuführen. Heute weiss man, dass die gefährlichen Formen der Lungentuberkulose in der Grosszahl der Fälle sich nicht aus kleinen Lungenspitzenherdchen, aus dem alten Lungenspitzenkatarrh, allmählich entwickeln, sondern dass sie in Form einer grippeartigen, akut einsetzenden, in ihrem Verlauf aber schleppenden Erkrankung beginnen, mit mehr oder weniger erhöhten Temperaturen, leichter Abgeschlagenheit, etwas unauffälligem Husten und spärlichem Auswurf. Während der Perkussions- und Auskultationsbefund über den Lungen bei diesen Frühformen der Krankheit sehr wenig oder nichts Fassbares ergibt, zeigt das Röntgenbild bereits einen deutlichen Erkrankungsherd in der Lunge, der nun aber in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht in der Lungenspitze, sondern unterhalb des Schlüsselbeinschattens oder in noch tieferen Lungenteilen seinen Sitz hat. Diese wohl charakterisierten Erkrankungsherde, von denen viele oder vielleicht die meisten schweren Lungenphthisen ihren Ausgang nehmen, nennt man heute *tuberkulöse Frühinfiltrate*. Wird das Sputum im Zeitpunkt des Frühinfiltrates schon untersucht, so lassen sich in der Regel zahlreiche Tuberkelbazillen darin nachweisen. Die erst in den letzten Jahren in ihrer Häufigkeit und Bedeutung richtig erkannten Frühformen der Lungentuberkulose sind durchaus ernst zu beurteilen, obschon ihre Träger sich in diesem Entwicklungsstadium der Krankheit noch kaum krank fühlen, guten Appetit besitzen und kräftig aussehen können. In wenigen Wochen kann sich in einem solchen Frühherd schon eine Zerfallshöhle, eine Kaverne, bilden, und damit ist der schlimme Ausgang der Krankheit so gut wie besiegelt, wenn es nicht gelingt, durch eine energische Behandlung die Zerfallshöhle möglichst

rasch zum Verschluss und zum Verschwinden zu bringen. Anfangs sind die tuberkulösen Frühinfiltrate meist nur einseitig lokalisiert und daher therapeutisch in der Regel noch gut zu beeinflussen. Wenige Monate später, wenn deutlichere subjektive und objektive Krankheitszeichen sich eingestellt haben, ist der Krankheitsprozess häufig schon beidseitig und damit in ein schwer heilbares Stadium eingetreten. So geht die Krankheit früher oder später in die typische chronische oder auch in die galoppierende Lungenschwindsucht über, wenn sie nicht in ihrer Frühform noch zur Ausheilung gebracht wird, was bei richtigem therapeutischem Vorgehen in den meisten Fällen gut gelingt. So ergibt sich also die dringliche Notwendigkeit, *nach diesen tuberkulösen Frühinfiltraten zu fahnden* und sie einer sachkundigen Behandlung rechtzeitig zuzuführen. Wenn diese *Behandlung* aber nur in der Anwendung der bis in die letzten Jahre üblichen primitiven Methoden der Tuberkulosetherapie bestehen würde, so könnte mit einem befriedigenden Resultat in vielen Fällen nicht gerechnet werden. Kreosotpräparate helfen dabei wenig, Hustenmittel bringen höchstens Linderung. Hochgebirgskuren, bei denen nichts weiter getan wird, hindern das Fortschreiten der Krankheit in diesem Stadium häufig nicht, weswegen in solchen Fällen öfters ein weniger angreifendes Klima in mittleren Höhen vorgezogen wird. Sonnenbestrahlungen sind bei Frühinfiltraten gefährlich, und die Anwendung von Tuberkulin in irgendeiner Form ist zweischneidig. So hat man gerade durch die Kenntnis dieser häufigen Frühformen der Lungentuberkulose einsehen gelernt, dass die Tuberkulosebehandlung sich von dem allzulange herrschenden Schematismus freimachen muss. Die verschiedenen Formen und Entwicklungsstadien der Tuberkulose reagieren völlig verschieden auf die einzelnen Heilmassnahmen und verlangen daher genau abgewogene und individuell angepasste Behandlungspläne.

Ich habe einleitend einige wichtige Neuerkenntnisse auf dem Gebiete der Tuberkulosepathologie, soweit sie die Frage der Behandlungsbedürftigkeit betreffen, kurz gestreift, da ja zweifelsohne diese neuen Forschungsergebnisse auch für die Krankenpflegerinnen von Interesse sein müssen. Zumal für diejenigen Schwestern, die als *Gemeindeschwestern*, *Fürsorgeschwestern* oder auf ähnlichem Posten arbeiten, ist es sicher wünschbar und praktisch wichtig, dass sie über diesen häufigen, bisher aber verkannten, unauffälligen Beginn der Lungentuberkulose unter der Maske einer unschuldigen Grippe orientiert sind, weil in solchen Fällen keine Zeit verloren werden darf, sondern der Patient rechtzeitig einer sachkundigen ärztlichen Diagnose und Therapie zugeführt werden muss.

Nun wollen wir übergehen zu unserem eigentlichen Thema, zur *Besprechung der modernen Methoden der Tuberkulosebehandlung*.

Eine Tuberkulosebehandlung, wie wir sie heute verstehen, muss einerseits und vor allem den Allgemeinzustand des Patienten berücksichtigen, da die Tuberkulose in jedem Falle eine Erkrankung nicht nur eines Organs, sondern des gesamten Organismus darstellt. Eine richtig verstandene Tuberkulosebehandlung besteht also in erster Linie in einer umfassenden *Allgemeinbehandlung*. Andererseits muss eine wirksame Tuberkulosebehandlung danach trachten, die Heilungsprozesse auch am Sitz der Erkrankung, im kranken Organ selbst, nach Möglichkeit zu fördern. Sie umfasst deshalb auch zahlreiche Methoden der *örtlichen Behandlung*, die in der letzten Zeit einen erfolgreichen Ausbau erfahren haben.

Durch eine *systematische Allgemeinbehandlung* soll der Organismus in den Stand gesetzt werden, mehr und mehr seine Abwehrkräfte zu steigern, um vom Blut und den Körpersäften aus immer energischer und durchschlagender den Kampf aufzunehmen gegen die in den Körper eingedrungenen Erreger der Infektionskrankheit Tuberkulose, gegen die Tuberkelbazillen und ihre Gifte. In dem hartnäckigen und zähen Stellungskrieg zwischen dem eingedrungenen Feind und den körpereigenen Abwehrkräften müssen wir darauf ausgehen, das Kräfteverhältnis zugunsten der Infektionsabwehr immer und immer wieder zu stärken und zu verbessern.

Die *Grundlage einer jeden Allgemeinbehandlung* der Tuberkulose ist die ärztlich verordnete und vom Patienten genau eingehaltene *Kurdisziplin*. Sie besteht in erster Linie in einer dem Einzelfall genau angepassten Dosierung von Ruhe und allgemeiner Schonung einerseits und von Bewegung und Uebung anderseits. Die *Körperruhe* wird am besten gewährleistet durch die Innehaltung genügend langer Schlafzeiten und tagsüber durch die Anwendung einer streng durchgeführten Liegekur im Freien, die, je nach dem Krankheitsfall, auf bestimmte Stunden des Tages oder zeitweise mehr oder weniger auf den ganzen Tag sich erstrecken muss. Die Bewegung und *Uebung des Körpers*, die sehr vom Entwicklungsstadium der Krankheit und von der allgemeinen Körperbeschaffenheit und persönlichen Eigenart des Patienten abhängt, wird herangezogen entweder in Form von genau bemessenen Spaziergängen und Märschen oder von richtig gewählter und abgemessener körperlicher und geistiger Arbeit. Zur Kurdisziplin gehört aber noch manches andere. Allgemein gesagt gehört dazu alles, was einerseits schonend und anderseits anregend und stärkend auf den allgemeinen Kräftezustand des Kranken einwirkt. So gehört dazu, um nur auf einige wichtige Punkte aufmerksam zu machen, eine sorgfältige *Hautpflege* in Form von Abreibungen und Abwaschungen. Ferner gehört dazu eine Regelung der *Ernährung*, die Verordnung einer der allgemeinen Körperbeschaffenheit angepassten Kostform, die heutzutage viel weniger Gewicht legt auf Mästung und auf Zufuhr eiweisshaltiger Nahrungsmittel, als auf Zufuhr von reichlich vitamin- und mineralstoffhaltigem Gemüse und Obst. — Mit einer gründlichen Kurdisziplin allein ist in sehr vielen Fällen schon ein befriedigender, ja sogar oft ein völlig ausreichender Behandlungserfolg zu erzielen.

Dabei ist es in der Mehrzahl der Fälle durchaus nicht erforderlich — darauf muss noch ausdrücklich hingewiesen werden, da in dieser Frage viele falsche Suggestionen umgehen —, dass diese Kurdisziplin oder disziplinierte Kur in einem ganz *besonderen Klima* zur Durchführung gelangt. Die Tuberkuloseheilung ist nicht an ein spezielles Klima gebunden. Aus gründlicher Erfahrung lässt sich feststellen, dass entsprechende Tuberkuloseerkrankungsfälle bei sachkundigem Vorgehen sowohl im Gebirge als in den mittleren Höhenlagen, als schliesslich sehr oft auch im ausgesprochenen Tiefland und am Meer mit vollem Erfolg behandelt werden können. Es kommt im allgemeinen vielmehr darauf an, *wie* die Tuberkulose behandelt wird, und nicht, *wo* sie behandelt wird. Die Richtigkeit dieser Auffassung wurde mir dieser Tage noch von einem unserer besten und bekanntesten Hochgebirgsärzte unumwunden zugegeben. Und trotzdem kann und soll das *Klima als therapeutischer Faktor* bei der Tuberkulosebehandlung sehr wohl mitverwertet werden, auf Grund der Tatsache, dass die in den verschiedenen Klimaten zur Verfügung stehenden klimatischen Faktoren, wie die Temperatur,

die Luftfeuchtigkeit, die Sonnenstrahlung, die Luftbewegung, die Luftelektrizität u. a. m., je nach ihrer Besonderheit, einestheils mehr schonende und andertheils mehr anregende Einflüsse auf den Körper und auf die Gemütsverfassung des Patienten auszuüben imstande sind. Das Wesentliche dabei ist jedoch, dass die klimatischen Faktoren, ihrer Eigenart und Stärke entsprechend dosiert — ich weise insbesondere hin auf die Notwendigkeit einer genauen Dosierung der in der Tuberkulosebehandlung bei passenden Fällen sehr wohl verwertbaren, aber zweischneidigen Sonnenkur — und mit den übrigen therapeutischen Massnahmen im Behandlungsplan in Beziehung gesetzt werden. Es muss jedoch ausdrücklich betont werden, dass *nicht das möglichst lange Verweilen in einem bestimmten Klima* das therapeutisch Beste darstellt, sondern das Entscheidende an einer erfolgreichen Klimakur ist in der Regel der im geeigneten Zeitpunkt eingesetzte *Wechsel des Klimas*, der auf den körperlichen Organismus und auch auf die Psyche des Kranken als anregender und stimulierender Reiz günstig einzuwirken vermag. Dabei kommt es häufig gar nicht so sehr darauf an, ob dieser Klimawechsel vom Tiefland ins Gebirge oder umgekehrt vom Hochgebirge herunter in eine mittlere Höhe oder ans Meer erfolgt. Dies ist das Wesen und die Bedeutung der heute mehr und mehr anerkannten *klimatischen Wechselkur*.

Unter den Methoden der Tuberkulosebehandlung, die eine Steigerung der allgemeinen Abwehrkräfte des Körpers gegen die Tuberkelbazillen und ihre Gifte zum Ziele haben, ist weiterhin auf die *Tuberkulinbehandlung* in allen ihren Arten und Abarten hinzuweisen. Es gibt eine grosse Zahl von *Tuberkulinpräparaten* verschiedener Benennung, und im Laufe der Jahre wurden auch eine grosse Anzahl von Methoden der *Tuberkulinanwendung* empfohlen. Die alte Tuberkulinbehandlungsmethode von Robert Koch, dem Entdecker des Tuberkelbazillus, mit der Injektion grosser Dosen ist gefährlich und hat durch ihre Misserfolge in den Jahren gegen die Jahrhundertwende das Tuberkulin in Verruf gebracht. Unstreitig eine der besten therapeutischen Anwendungsarten des Tuberkulins ist die neue Methode der intrakutanen *Injektionen nach Prof. Sahli*, bei der kleinste, allmählich ansteigende Dosen von Beraneckschem Tuberkulin, einem schweizerischen Präparat, nicht *unter*, sondern *in* die Haut des Patienten eingespritzt werden. Wer die Sahlsche Tuberkulinkur gründlich geprüft und ihre Wirkungen in geeigneten Erkrankungsfällen — beileibe nicht in allen, denn es gibt keine in allen Tuberkulosefällen angezeigte Behandlungsmethode — erprobt hat, der wird sie dauernd in sein therapeutisches Rüstzeug aufgenommen haben. — Seit einigen Jahren macht eine bestimmte Tuberkulinanwendungsmethode, die sogenannte *Ponndorf-Impfung*, im Ausland und auch bei uns in der Schweiz an einzelnen Orten von sich reden. Es soll nicht bestritten werden, dass auch mit dieser Methode, die ein mit andern Bakterientoxinen vermisches Tuberkulin verwendet, gelegentlich Erfolge zu erzielen sind. Doch ist bei der Ponndorf-Impfung die Dosierung eine höchst unsichere, weil statt der Injektion einer in der Spritze genau abgemessenen Tuberkulinmenge der Impfstoff in die geritzte Haut eingerieben wird, ohne dass man sich über die vom Körper tatsächlich aufgenommene Dosis Rechenschaft geben könnte. Die Tuberkulinkur bei einem Lungentuberkulösen ist nun aber eine so delikate und zweischneidige Behandlungsmethode, dass jeder ernsthafte Arzt sich nur auf ein Verfahren verlassen wird, das ihm die genaue Bestimmung der anzuwendenden Tuberkulindose gestattet. Höchstens beim Vorliegen einer aus-

schliesslichen Erkrankung der Drüsen darf auf eine ganz feine Dosierung der Tuberkulinmenge verzichtet werden, da unregelmässige Reaktionen in einer tuberkulösen Lymphdrüse bei weitem nicht dieselbe Bedeutung besitzen, wie wenn sie sich in einer tuberkulösen Lunge abspielen würden. Bei der Lymphdrüsentuberkulose kann daher die *perkutane Tuberkulinkur*, das heisst die Einreibung des Impfstoffes durch die Haut, sehr wohl zur Anwendung kommen, wobei jedoch, da es sich vorwiegend um kindliche Patienten handelt, die Einreibung nach *Moro und Petruschky* durch die intakte Haut den Vorzug verdient gegenüber derjenigen nach Ponndorf durch die geritzte Haut.

(Fortsetzung folgt.)

Les gaz intestinaux.

La production exagérée de gaz dans l'intestin et leur accumulation est appelée du nom de météorisme intestinal.

Les gaz intestinaux sont constitués par de l'hydrogène, de l'azote, de l'acide carbonique. Dans certains cas aussi, on trouve de l'ammoniaque et de l'acide sulfhydrique.

Une partie de ces gaz provient de l'air atmosphérique. Normalement, avec chaque bouchée de nourriture avalée et avec chaque gorgée de boisson ingurgitée, l'homme avale toujours une certaine quantité d'air. Mais, en outre, il y a des gens qui ont la mauvaise habitude d'avaler de l'air, soit à sec, c'est-à-dire rien que de l'air, soit mélangé avec de la salive.

L'autre partie des gaz intestinaux est due aux réactions chimiques qui se passent dans l'intestin.

Les proportions des différents gaz qui se forment dans l'intestin varient beaucoup d'après l'alimentation. La plupart de ces gaz ne sont pas éliminés par l'anus, la plus grosse partie en est résorbée par l'intestin lui-même et ensuite éliminée par la voie sanguine au niveau du poumon où ils provoquent une odeur spéciale à l'air expiré. Ce sont eux qui donnent à l'air d'une chambre à coucher trop hermétiquement close cette odeur lourde et fade que l'on y remarque le matin.

Abstraction faite de l'air avalé, le météorisme intestinal peut être dû à une production excessive de gaz, d'autres fois à une élimination insuffisante de ceux-ci, ce qui arrive souvent chez les personnes constipées, quelquefois aussi à la combinaison de ces deux causes.

Certains aliments provoquent une production exagérée de gaz ou de flatulences chez des personnes qui n'y sont pas prédisposées, tels sont les radis, l'ail, l'oignon, les différents choux, les fèves. Ces végétaux produisent dans l'intestin des substances (acide sulfhydrique et du mercaptan), qui exercent une action irritante sur l'intestin.

A côté de cela, il existe des cas de flatulence nerveuse où l'irritabilité du sujet entre en jeu d'une façon particulière, même pour des quantités normales de gaz.

On trouve aussi de la flatulence chez les gros mangeurs, en particulier chez les individus qui absorbent de grandes quantités de certains aliments peu digestibles. Les aliments végétaux également, dont les cellules de cellulose ne sont pas détruites mécaniquement par la cuisson, fournissent des matériaux abondants pour la fermentation et la production des gaz.

Si l'on se rappelle que la fermentation de 100 grammes de cellulose donne 31 litres de gaz, on comprendra quel rôle important est joué par cette substance dans la formation des gaz intestinaux.

De même, la fermentation lactique et butyrique qui se produisent dans l'intestion à peu près constamment fournissent aussi de fortes quantités d'hydrogène, gaz qui, parmi tous les autres, est le plus difficilement résorbable par la muqueuse intestinale.

Il faut ajouter que des troubles de la digestion, surtout ceux qui découlent d'une insuffisance de la sécrétion des sucs gastriques, peuvent amener dans l'intestin des quantités d'aliments non digérés ou mal digérés, qui deviennent le siège de fermentations gazeuses.

Au point de vue du traitement, il faut régler l'absorption des aliments aussi bien quantitativement que qualitativement. Le prédisposé aux gaz intestinaux s'abstiendra de tous les aliments mentionnés plus haut qui provoquent des flatulences, et il ne choisira parmi les légumes verts que ceux qui fournissent le moins d'hydrogène sulfuré.

Une mastication lente et soignée est de rigueur. On a remarqué que la menthe, l'anis, le cumin, en infusion, donnent de bons résultats. On en prendra une tasse bien chaude à la fin de la digestion.

La poliomyélite épidémique.

Cette maladie, plus connue peut-être sous le nom de paralysie infantile, est à l'ordre du jour depuis un certain nombre d'années et a fait, l'an dernier, son apparition dans notre pays. Fort heureusement il ne s'est agi que d'un petit foyer qu'on a pu éteindre assez facilement, grâce aux énergiques mesures qui ont été prises.

Beaucoup de personnes pensent qu'il s'agit d'une maladie nouvelle ou relativement nouvelle. Ce n'est pourtant pas le cas, car la paralysie infantile a été décrite cliniquement pour la première fois en 1840 par Heine. Cette affection a longtemps été localisée dans les pays du Nord, surtout en Scandinavie, ne faisant que de rares apparitions ailleurs. A partir du début du XX^e siècle, la poliomyélite épidémique commence à prendre de plus en plus d'extension et des épidémies d'une certaine importance éclatent dans diverses régions de l'Europe centrale, et d'une manière générale des cas sont signalés dans toute l'Europe. La paralysie infantile est ensuite transportée de l'Europe aux Etats-Unis, en Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, etc. On peut dire qu'actuellement tous les pays froids et tempérés sont touchés par cette dangereuse maladie.

Depuis une vingtaine d'années, cette affection devient de plus en plus fréquente, surtout en Europe, si bien qu'elle rentre dans la catégorie des maladies dont la déclaration officielle est obligatoire auprès des autorités qui ont la surveillance de l'hygiène publique. En Suisse également, la déclaration des cas de paralysie infantile est obligatoire depuis un certain nombre d'années.

Quels sont les symptômes principaux de cette maladie épidémique, qui frappe surtout les enfants, car le 95 % des cas surviennent chez des enfants au-dessous de dix ans. C'est ce fait aussi qui lui a valu son nom de para-

lysie infantile. Elle peut néanmoins atteindre aussi les adultes, mais toujours dans une faible proportion. Ce qui fait toute la gravité de cette affection, c'est qu'elle occasionne des paralysies qui trop souvent restent définitives: en quelques heures elle fait d'un enfant bien portant un infirme pour toute sa vie.

La paralysie infantile éclate brutalement et frappe l'enfant en parfaite santé. Il semble fébrile et le thermomètre en effet marque 39° à 40°; puis apparaissent des maux de tête et des douleurs musculaires ou articulaires. Souvent on relève un rhume de cerveau, une angine, ou des troubles gastro-intestinaux. La fièvre dure parfois un ou deux jours ou quelques heures seulement. Ce sont là des symptômes qu'on observe dans presque toutes les maladies infectieuses et on comprend qu'un diagnostic plus précis est impossible, seule l'évolution de la maladie permettant des précisions qui ne tarderont pas.

En effet, si on veut proposer à l'enfant de se lever, la fièvre étant tombée, on constate qu'il est paralysé, l'infection ayant gagné la moelle épinière: on est en présence d'une poliomyélite.

Ces paralysies caractéristiques de la poliomyélite épidémique ont des sièges variables. Le plus souvent peut-être, ce sont les deux membres inférieurs qui sont atteints de paralysie flasque, le petit malade étant incapable de faire le moindre mouvement. Dans d'autres cas ce sont les deux membres supérieurs qui sont intéressés; dans d'autres encore seul un membre ou un groupe musculaire sont atteints de paralysie; rarement enfin on a observé une paralysie flasque des quatre membres.

On a observé parfois que la paralysie suit une marche ascendante, c'est-à-dire que les membres inférieurs sont atteints, puis les membres supérieurs, les groupes musculaires du cou et enfin la face. Ces cas sont très graves et le plus souvent se terminent par la mort, en suite de troubles profonds cardiaques ou respiratoires.

Au bout de quelques jours, les paralysies rétrocedent peu à peu et très lentement, ce qui peut durer des mois. Il arrive, malheureusement peu fréquemment, que le malade récupère en fin de compte l'intégrité complète de toute sa musculature. De beaucoup le plus souvent il reste des séquelles indélébiles, sous forme de paralysie définitive de groupes musculaires, ayant pour conséquence de donner de l'atrophie musculaire et des déformations osseuses les plus diverses. C'est dans ces cas si nombreux que l'enfant reste pour sa vie durant un infirme.

La mortalité de la paralysie infantile est en moyenne de 12 % pour les enfants au-dessous de dix ans et de 30 % au-dessus. Quant à la proportion des infirmes, elle est très considérable en regard des malades en petit nombre qui se tirent de cette dangereuse affection sans conserver des séquelles permanentes et contre lesquelles on reste impuissant.

La poliomyélite s'étant montrée une maladie indubitablement infectieuse et épidémique, il s'agissait de rechercher quel pouvait bien être l'agent propagateur de cette affection. On a constaté déjà par l'évolution de la paralysie infantile que l'agent en cause a une affinité toute spéciale pour le système nerveux et qu'en très peu de temps il atteint la moelle épinière où il provoque ces paralysies si caractéristiques.

La recherche de l'agent propagateur de cette maladie n'a donné aucun résultat, bien que tous les laboratoires se soient efforcés de le découvrir.

Par contre on réussit expérimentalement à reproduire la paralysie infantile chez des animaux. Toute une série d'expériences très importantes (entreprises sans la permission des anti-vivisectionnistes ou autres gens à sensiblerie pour le moins déplacée) démontrèrent que le virus de la poliomyélite est très semblable à celui de la rage qui lui aussi a une affinité marquée pour le système nerveux. De patientes recherches de laboratoire conduisirent les expérimentateurs à affirmer que le virus de la paralysie infantile est ce qu'on appelle un virus filtrant. On appelle de ce nom les microbes qui ne sont pas visibles au microscope et qui ont la propriété de traverser les bougies des filtres. C'est encore une propriété qui est commune à la rage et à la poliomyélite.

Comment se fait la contagion? Si on a pu dans beaucoup de cas constater la contagion directe, dans beaucoup d'autres ce mode de contamination n'a pu être mis en évidence. On sait en effet que la contagion peut se faire d'autres manières, comme d'ailleurs c'est le cas dans beaucoup d'autres maladies infectieuses. La propagation de la maladie peut se faire par des convalescents ou par des gens atteints d'une manière si légère que rien ne laisse supposer qu'ils soient infectés. Enfin, la contagion se fait beaucoup plus fréquemment qu'on ne le suppose par ce qu'on appelle les porteurs de germes. Nous avons eu maintes fois l'occasion de parler de ce facteur important de propagation des maladies infectieuses, aussi ne voulons-nous pas en reparler aujourd'hui. En effet, de nombreuses recherches ont montré que la notion des porteurs de germes joue un très grand rôle dans la propagation de la paralysie infantile.

Certains indices font supposer que l'eau ou le lait peuvent jouer un rôle dans la transmission de la poliomyélite. Des recherches faites dans ce sens par Levaditi, à qui nous devons une grande partie de nos connaissances sur cette maladie, ont montré que si la contagion peut se faire par la voie hydrique, la contagion interhumaine est de beaucoup le mode de transmission le plus fréquent.

La contagion directe se fait aisément par les parcelles de salive projetées au dehors en parlant, en toussant ou en éternuant. C'est d'ailleurs le mode de transmission le plus habituel de nombreuses autres maladies contagieuses. Mais la poliomyélite ayant son siège à la moelle épinière, il fallait encore démontrer que l'infection peut se développer en partant des voies respiratoires supérieures. C'est ce qu'ont montré expérimentalement des récentes recherches de laboratoire.

L'étude de la paralysie infantile a montré qu'elle est immunisante. En d'autres termes, une atteinte de poliomyélite laisse une immunité durable, car on n'observe jamais la maladie deux fois chez la même personne. La même remarque s'applique aussi aux animaux d'expérience.

Des expériences ont montré d'une manière irréfutable que si à une émulsion de moelle virulente on mélange le sérum sanguin d'un convalescent de paralysie infantile, on neutralise le virus actif qui peut être alors inoculé sans aucun danger. On a constaté que même une personne guérie depuis plusieurs années conserve cette propriété dans son sang. On a conclu de ces expériences que le sang des malades guéris de poliomyélite possède ce qu'on appelle des anticorps capables de neutraliser le virus de la paralysie infantile.

Cette propriété si particulière a été utilisée pour le traitement de la maladie. Cette sérothérapie a été employée dans la récente épidémie d'Alsace

et semble avoir donné des résultats encourageants. La condition essentielle pour obtenir un bon résultat consiste à pratiquer cette sérothérapie très précocement, soit avant les paralysies. Si cette application peut se faire avec succès en plein foyer épidémique où d'emblée on peut soupçonner un début de poliomyélite, d'autre part dans les cas sporadiques ou au début d'un foyer épidémique, cette pratique est à peu près irréalisable du fait qu'il est difficile, sinon impossible, de poser le diagnostic de paralysie infantile en évolution.

Au début, les injections de sérum se faisaient directement dans le canal rachidien, au contact immédiat de la moelle épinière, mais actuellement Netter propose d'employer tout simplement la voie intramusculaire qui est plus à la portée de chacun.

Une objection qui a été faite à cette thérapeutique est la difficulté qu'il y aurait à se procurer du sérum d'anciens malades. Vraie il y a peu de temps, cette objection n'existe plus, car au Canada, aux Etats-Unis et en Australie, par exemple, on est parvenu très facilement à constituer des approvisionnements de sérum en ampoules, de vrais stocks attendant leur emploi. Il en a été également constitué en Belgique, en France et probablement aussi ailleurs.

Il est bien évident qu'il serait plus simple de pouvoir employer un sérum obtenu en immunisant des animaux. L'Institut Pasteur s'est occupé activement de ce problème d'ordre pratique et déjà un sérum a été utilisé quelques fois avec des résultats favorables. Bien que la solution de ce problème ne semble pas encore être très exactement au point, on peut cependant prévoir que dans un proche avenir nous serons munis d'un sérum efficace, qui nous permettra d'intervenir le plus rapidement possible lorsqu'un foyer épidémique éclatera.

La paralysie infantile pose encore divers problèmes à résoudre qui intéressent tout spécialement la prophylaxie. De même le traitement de cette redoutable maladie, qui tend à devenir de plus en plus fréquente, n'est pas encore entièrement satisfaisant. Il appartient donc aux savants qui s'occupent de ces graves questions intéressant toute l'humanité d'élucider les derniers points qui restent encore obscurs dans la lutte entreprise partout contre la poliomyélite épidémique.

(« Feuilles d'Hygiène. »)

D^r Eug. Mayor.

Ueber Statistiken und Krankenversicherung.

An die Mitglieder der Sektion Zürich.

Unsere Mitglieder zeigen immer noch eine merkwürdige Scheu davor, durch die Statistikbogen Aufschluss über ihre Arbeit und die damit zusammenhängenden Fragen und Verhältnisse zu geben. Man könnte meinen, dass der Verband aus lauter Neugier Fragen stellte, deren offene Beantwortung irgendwelche Gefahren mit sich brächte, währenddem dieser durch Verarbeitung der sich aus der Statistik ergebenden Probleme den Mitgliedern dienen möchte.

Viele glauben, Statistiken seien etwas unnötig Bürokratisches, totes Material. Das ist ein grosser Irrtum. Hinter den anscheinend toten Buchstaben sehen wir unsere lebendigen Schwestern, wie sie arbeiten und kämpfen, zwischen den Zeilen erkennen wir noch ungelöste Probleme, die durch ge-

meinsames Bemühen bearbeitet werden können. Somit verkörpern uns die gewünschten Zahlen nicht Aktenstaub, sondern lebendiges, wertvolles Material.

Aus der letztjährigen Statistik fällt uns vor allen Dingen auf, wie weit die Ansichten über eine genügende *Krankenversicherung* auseinandergehen. Unser Verband hatte wohl seinerzeit das Obligatorium dieser Versicherung eingeführt, aber leider bestehen keine Bestimmungen über die Höhe desselben. Viele unserer Mitglieder tun daher wohl nach aussen hin ihre Pflicht, begnügen sich aber mit dem Minimum der Versicherung, die einen sind nur für Krankenpflege, die andern nur für ein Taggeld von Fr. 1 bis 2 versichert. Dass man damit im Krankheitsfall nicht auskommt und, falls kein eigenes Vermögen da ist, auf die Hilfe anderer angewiesen ist, ist wohl nicht schwer zu begreifen. Als mittlere Norm dürfte man nach meiner Ansicht eine Versicherung für Krankenpflege, das heisst für Arzt und Apotheke und zugleich für ein Taggeld von Fr. 5 ansehen.

Die monatliche Prämie dafür scheint auf den ersten Blick hoch zu sein, sie ist es aber nicht, sobald wir unsere Statistik weiter studieren. Es zeigt sich daraus, dass unsere Schwestern recht vielen Krankheiten ausgesetzt sind, fallen doch durchschnittlich auf ein Mitglied 49 Kranken- und Rekonvaleszententage, eine sehr hohe Zahl. Aus der Jahresabrechnung der Gewerbekrankenkasse wissen wir zugleich, dass diese in den letzten zwei Jahren mehr Auszahlungen an unsere Schwestern zu machen hatte, als ihre Einnahmen betrugen.

Ziemliche Gleichgültigkeit gegenüber der Krankenversicherung zeigen die Schwestern an Spitalposten und andern festen Stellen, sie sind es daher auch vielfach, die bei langdauernder Krankheit zu Schaden kommen, und zwar in doppeltem Sinne. Sie verlassen sich darauf, dass sie je nach Vertrag mit dem Arbeitgeber für gewisse Zeit versichert seien (gewöhnlich ein bis drei Monate). Was aber geschieht im Falle einer Tuberkulose oder andern langdauernder Krankheit? Eine solche kann ein Jahr dauern, aber ebenso gut zwei oder uns auch für dauernd arbeitsunfähig machen. Das Schlimme daran ist, dass man, bereits krank, überhaupt in keine Krankenkasse mehr aufgenommen wird. Somit verlieren sie neben der Arbeit zugleich die Möglichkeit einer späteren Versicherung. Um diesem sehr grossen Uebelstand abzuhelpen, hat unser Verband mit der Gewerbekrankenkasse die Möglichkeit einer Versicherung vom 31. Krankheitstag an abgeschlossen. Der Versicherte bezahlt eine bedeutend kleinere Monatsprämie und wird vom 31. Krankheitstag an je nach der Höhe der eingegangenen Versicherung entschädigt, und zwar erstmals ununterbrochen für ein Jahr, wie die gewöhnliche Versicherung. Die Monatsprämie für diese Spezialversicherung beträgt für ein Taggeld von Fr. 3 nur Fr. 1.65 monatlich und für ein Taggeld von Fr. 5 nur Fr. 2.65 monatlich. Diese kleine Ausgabe ist sicher jedem möglich. Alle, die an festen Posten und für gewisse Zeit von ihrem Arbeitgeber versichert sind, sollten Gebrauch von dieser Möglichkeit machen.

Wir haben gute Gründe, Ihnen unsere Kollektivversicherung bei der *Gewerbekrankenkasse Zürich* zu empfehlen. Erstens haben Sie selber durch diese Kollektivversicherung verschiedene Vorteile, niedere Prämien, keine ärztliche Untersuchung, lange Bezugsdauer und in Zweifelfällen durchaus entgegenkommendes Verhalten. Zudem aber, und dies liegt uns sehr am Herzen, verhelfen Sie durch ihren Beitritt zu dieser Kasse einer ganzen Anzahl vom Glück wenig begünstigter Mitschwestern zu der Möglichkeit, sich

zu versichern. Die Gewerbekrankenkasse hat uns schon eine ganze Anzahl von Schwestern, die von keiner andern Kasse aufgenommen worden wären oder von solchen wegen langdauernder Krankheit ausgestossen wurden, aufgenommen. Selbstverständlich ist es uns daran gelegen, dass dieser für uns so günstige Vertrag uns nicht einmal gekündigt wird, und dazu ist es notwendig, dass möglichst viele sich bei dieser Kasse versichern. Ein schönes Solidaritätsgefühl und das Mitempfinden für diejenigen Mitschwestern, die sonst von einer Versicherung ausgeschlossen wären, sollte uns veranlassen, sich bei der *Gewerbekrankenkasse* zu versichern. Damit tun wir unsern Mitschwestern einen grösseren Dienst als durch Unterstützung und können zugleich selber ruhiger zukünftigen Tagen entgegenblicken. Jeder, der nicht selber eigenes Vermögen besitzt, um sich im Krankheitsfalle selber helfen zu können, sollte es sich zur Ehrensache machen, sich beizeiten genügend zu versichern. Damit werden auch unsere Hilfskassen und der Fürsorgefonds, die noch genügend durch unverschuldete Not in Anspruch genommen werden, entlastet.

Viele unter Ihnen haben wohl die Einsicht und den guten Willen, aber sie denken, sie hätten gerade keine Zeit oder es pressiere ja nicht so sehr. Diesen können wir sagen, dass eine Erhöhung der Versicherung oder der Neueintritt wirklich keine Zeitversäumnis ist, da die Gewerbekrankenkasse keine ärztliche Untersuchung verlangt. Sie setzen sich ganz einfach an den Tisch, nehmen eine Karte zur Hand und verlangen heute noch von unserm Bureau das notwendige Anmeldeformular. Falls Sie den direkten Verkehr mit der Kasse vorziehen, so vergessen Sie nicht, die Mitgliedschaft zum Krankenpflegeverband Zürich anzugeben.

Schw. B. Baur.

Invalidenfürsorge.

Mancher Schwester und Fürsorgerin mag es von Nutzen für ihre Patienten sein, zu wissen, dass im September vorigen Jahres die « *Vereinigung für die Invaliden der Schweiz* » (VIS) als private Invalidenfürsorge-Institution gegründet wurde, mit Zentralsitz in *Zürich, Stampfenbachstrasse 69*, geleitet von Herrn Zentralsekretär Sauter. Die Vereinigung hat den Zweck, den annähernd 40 000 Invaliden in der Schweiz beratend und helfend zur Seite zu stehen.

Durch erfahrene Fachleute bietet sie denselben unentgeltliche wirtschaftliche, berufliche, seelische und technische Beratung (Erleichterung in der Beschaffung von Prothesen). Die Geschäftsstelle stellt sich folgende Aufgaben: Führung eines schweizerischen Invalidenregisters, Werbung für Unfallverhütung, Erhebungen über die Berufe und Entlohnungen der Körpergeschädigten. Sie steht in Fühlung mit sämtlichen ausländischen Organisationen der Invalidenfürsorge.

Die « *Vereinigung für die Invaliden der Schweiz* » ist eine reine, auf Selbsthilfe basierende Fürsorgeinstitution und ist daher bestrebt, Gebrechlichen und Invaliden bezahlte, ihren Kräften entsprechende Arbeit zu verschaffen, gewiss etwas ausserordentlich Wichtiges und Wertvolles, schreckt doch jeder Gebrechliche vor degradierender Almosengenössigkeit zurück. In einem Arbeitsraum sah ich zum Beispiel, wie ein auf den Gebrauch nur einer Hand Angewiesener die Vervielfältigungsmaschine bediente, ebenso ein

Fräulein, das mit einer Hand flink und geschickt an der Schreibmaschine tätig war. Da die Organisation weite Beziehungen hat, ist sie imstande, Arbeitsmöglichkeiten aller Art zu beschaffen.

Weitere Auskunft erteilen Herr Zentralsekretär Sauter, Stampfenbachstrasse 69, Zürich, sowie die Leiter der Zweigstellen: Fräulein J. Staehelin, Strickstube *Obersommeri, Thurgau*, Schwester Hanna Schwob, Kinderheim Sonnenblick, Haspelweg 42, *Bern*, Fräulein Marie Schäublin, Spalenring 66, *Basel*, Herr Hertig, Postfach, *Baden, Aargau*.

Bei schriftlichen Anfragen Porto beifügen.

Schw. M. F.

Souvenirs de guerre d'une infirmière de la Croix-Rouge française, 1914—1919.

II.

Quel est, parmi ces jeunes, cet homme à cheveux gris et au visage émacié empreint d'une dignité morale toute particulière? C'est un engagé volontaire de 55 ans qui n'a été au front que quelques semaines. Son fils étant tombé là-bas pour toujours, il a demandé à prendre sa place dans le même régiment. Le pied droit a été emporté par un obus. Les chirurgiens de l'avant ont régularisé, mais, si le moral est énergique, le physique n'a malheureusement plus de résistance. Gangrène et hémorragie nous l'enlèvent en 48 heures.

Sur un matelas de supplément posé par terre dans un coin de corridor, un petit gars de vingt-cinq ans, blessé aux bras et aux jambes, a 40° de fièvre à son arrivée: il a contracté en route une broncho-pneumonie. Pendant toute la journée il sera pour nous un vivant remords, car, faute de temps et de place, ce ne sera que tard dans la soirée que nous parviendrons à le caser dans une salle. Il aurait dû mourir... et il s'est guéri.

Plus tard, pendant une longue et dure période aussi, notre hôpital est spécialisé pour la chirurgie de la tête, de la face et du cou (trépanations, mâchoires fracturées, figures déchiquetées, etc.). C'est alors que nous avons connu les vrais amis et les vrais dévouements.

Les soins de propreté sont difficiles à prendre, ces plaies de bouche s'infectent rapidement, leur aspect est hideux, leur odeur répugnante¹⁾. Au cours des soins et des pansements, nos pauvres « Gueules cassées » nous crachent au visage sans le vouloir. Les pulvérisateurs désinfectants marchent bien sans arrêt et font merveille; néanmoins, une dizaine de nos infirmières paient leur tribut à la maladie (diphthérie, angines graves, phlegmons de la gorge, otites, etc.). L'alimentation de ces blessés est également difficile; la plupart sont nourris pendant des mois uniquement par le nez²⁾. De plus, ils sont souvent condamnés au mutisme complet: pendant plus d'un mois

¹⁾ Bien que l'hôpital, de construction toute moderne, soit facile à désinfecter, un relent de cette odeur subsistera plus d'un mois après le départ de ce service spécialisé.

²⁾ Suivant l'exemple des filles de notre médecin-chef, de toutes jeunes auxiliaires de 15 à 17 ans venaient nous aider pour les repas; autrement, nous n'aurions jamais suffi à la tâche. Une jeune fille modeste, employée de bureau, fut particulièrement dévouée, prenant pendant deux mois sur ses heures de repos pour faire manger un officier mutilé de la face ayant un bras amputé et l'autre fracturé.

aucun de nos hospitalisés ne put articuler une parole. C'était affreux pour eux, et cela ne facilitait pas les soins! Nous leur donnions des ardoises, mais certains ne pouvaient pas s'en servir: ou bien leur état était trop grave, ou bien la main droite était blessée, ou bien ils ne savaient pas écrire... Alors nous ne devinions d'eux que ce que nous voyions: des faces tuméfiées et des yeux angoissés, suppliants ou interrogateurs. Certains même sont aveugles et nous en arrivons alors à souhaiter, pour eux, qu'ils ne survivent pas!

Ceux qu'on peut tirer d'affaire et qui, entre les opérations successives qu'ils doivent subir chez nous, s'en vont « au pays », vont souvent au-devant de cruelles déceptions: personne ne les reconnaît, même pas leur femme...

J'ajoute enfin, que si, en chirurgie générale, nous avons pu quelquefois, pour des hémorragies sérieuses, sauver des vies en faisant la compression nécessaire jusqu'à l'arrivée du chirurgien, là, dans cette spécialité, dans ces hémorragies linguales ou autres, nous, infirmières, nous serons presque toujours impuissantes.

A la visite, lorsqu'est coupé et tombe le pansement souillé fait au front, cache-misère pendant le trajet, notre Chef de service lui-même a des minutes d'émotion intense; pourtant, c'est un tempérament énergique, et il en a déjà beaucoup vu...

Mais, quel est ce monstre? La gorge est ouverte, la langue énorme pend, les dents aussi; seul le haut du visage est intact. C'est un lieutenant de vingt ans que nous soutiendrons artificiellement trois semaines et qui lui-même, d'ailleurs, luttera contre la mort avec toute la force de sa jeunesse.

Chez nous, il recevra la légion d'honneur. Il reverra ses parents, mais il ne pourra rien leur dire. Une heure avant de mourir, il écrira encore d'une main ferme: « Est-ce l'heure de mon huile camphrée? » Quelques jours après sa mort, sa mère nous enverra une photographie de lui d'avant la guerre; physionomie fine, intelligente, aux traits réguliers. En même temps, elle nous réclamera, hélas! celle de sa pauvre face mutilée que nous n'avions jamais voulu lui laisser voir... Quel échange!¹⁾ Le Chef, consulté, nous répondra: « Dites-lui de ma part que non... qu'il vaut mieux qu'elle garde seulement le souvenir de ses beaux yeux ».

Ici, c'est un sergent; l'oreille est coupée, le maxillaire est en bouillie, la joue en lambeaux. Il note rapidement sur son calepin de poche qu'il veut un miroir pour se regarder et savoir si sa jeune femme peut venir le voir avec le petit. Sur l'ordre du Chef on lui passe une glace.... Il devient tout pâle, deux larmes perlent au coin des yeux, puis il se ressaisit et, du regard, interroge le Chef. Très ému, celui-ci lui pose amicalement la main sur l'épaule: « Ta blessure date de 4 heures seulement, tes tissus sont bons; notre programme est très chargé ici aujourd'hui, mais je t'opérerai ce soir et ta femme pourra te voir dans 8 jours.... Seulement préviens-la que tu ne pourras pas encore lui parler ». En effet, le soir même, la restauration faciale fut admirablement réussie et cicatrisa par première intention, fait assez rare dans ces plaies par éclatement d'obus.

Là, c'est un trépané aveugle, qui brusquement, vers 9 heures du soir, se met à hurler. Le temps que nous arrivions dans le dortoir, six ou sept camarades demi-valides le maintiennent à grand'peine sur son lit. Il réclame

¹⁾ Il s'agit de photographies médicales des mutilations prises en vue des restaurations faciales et des prothèses.

qu'on le tue tant il souffre. Un de nos chirurgiens, appelé d'urgence, se fraie difficilement un passage à travers la foule qui, attirée par les cris, s'est massée compacte devant l'hôpital. Abcès du cerveau pour lequel il n'y a rien à faire..... Nous aurons à le maintenir sous chloroforme durant toutes les heures de la nuit, ainsi que dans l'ambulance qui, de grand matin, l'emmènera dans un hôpital militaire, où une cellule capitonnée lui permettra de se taper la tête contre la paroi. La mort viendra heureusement le délivrer le lendemain.

Puis, c'est un autre soldat; 40° de fièvre, on le trépane, la sonde cannelée pénètre de toute sa longueur dans la substance grise laissant échapper un flot de pus, mais l'éclat d'obus révélé par les rayons reste introuvable. Le lendemain la température est à 37°, l'homme guérit en apparence et ignore la terrible menace qui pèse sur lui.

Là encore, c'est un opéré qu'il nous faut surveiller de près toute la nuit, car il est très agité, et une vingtaine de pinces à demeure ont été laissées au cou dans la région de la carotide.

Enfin, dans cette salle, c'est un sergent qu'une complication pulmonaire foudroyante emportera en quelques heures. Il étouffe, il voudrait parler, l'expression de ses yeux fait mal à voir.

Le surlendemain, quand le cercueil recouvert du drap tricolore passera le seuil de notre hôpital, le deuil sera conduit par un petit orphelin de quatre ans; son papa vient de mourir pour la France et sa maman est morte trois mois auparavant.

(Fin dans le prochain numéro.)

Eröffnung eines Spitals für Aussätzige in Frankreich im XX. Jahrhundert.

Nachdem Ludwig XIV. durch ein Edikt vom 23. August 1693 wegen Mangel an Kranken die letzten Leproserien in Frankreich aufgehoben hatte, verschwand der Aussatz nach und nach.

Jedoch Ende des XIX. Jahrhunderts, als die Beziehungen zwischen Europa und seinen Kolonien immer mehr zunahmen, trat sie wieder auf (10 000 Fälle in Europa, wovon mehr als 1000 in Frankreich).

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Herr Delord (wie unsere Zeitschrift früher schon erwähnt hat), seit 1922 Generalsekretär des Komitees für Hilfeleistung an die Aussätzigen, schon seit vielen Jahren im Gedanken an die Siechen der weissen Rasse, die er in ihren Wohnungen oder in den Spitälern von Paris besucht hatte, keine Ruhe mehr finden konnte.

Aber auf welche Weise alle diese Unglücklichen an einem Ort unterbringen, wo sie durch umsichtige und liebevolle Pflege die Freude am Leben und die Hoffnung auf Genesung wieder finden können? — Wo die nötigen Mittel dazu finden? — Von wo konnte Hilfe kommen? — Herr Delord jedoch vertraute auf das göttliche Wort «Die Hilfe kommt vom Herrn» und wurde auch in seinem Glauben nicht getäuscht.

Im September 1925 vernimmt der hochhehrwürdige E. Abbot, Direktor der «The American Mission of lepers», durch Herrn Delord die missliche Lage der französischen Aussätzigen; voll Mitleid erklärt er sich bereit, in Amerika 100 000 Franken aufbringen zu wollen, wenn ihrerseits die Franzosen dieses grossmütige Werk unterstützten.

Sofort machte sich Herr Delord an die Arbeit. Er durchreiste ganz Frankreich und hörte im Oktober 1925 von dem bevorstehenden Verkauf der « Chartreuse de Valbonne », einem alten ehemaligen Kloster, das 10 km von Pont St-Esprit (Gard) entfernt ist. Dasselbe umfasst mehrere grössere Wohngebäude, eine Kapelle, ein Refektorium, einen kleinen und grossen Kreuzgang, vierundzwanzig ehemalige Zellen der Kartäusermönche, jede mit drei bis vier Räumen, einen Brunnen, einen Garten, einen Holzschuppen usw. und zu allem noch ein Bauerngut mit zahlreichen Nebengebäuden, alles von Mauern umgeben. Das Gelände von Valbonne ist äusserst fruchtbar; es ist übersät mit Olivenbäumen, Weinreben und Fruchtbäumen. Ausgedehnte Wälder auf den benachbarten Hügeln trennen das Kloster von den nächsten Dörfern und bieten billiges Heizmaterial.

Zum Erwerb von Valbonne waren aber 400 000 Franken notwendig, noch weitere Hunderttausende von Franken für die Instandstellung und Möblierung des Klosters, sowie für die Wiederbelebung des landwirtschaftlichen Betriebes!

Einige Monate später schenkte die « American Mission of lepers », nachdem sie über die Sachlage orientiert war, dem Komitee für Hilfeleistung an die Aussätzigen in Paris 400 000 Franken! Im Juni 1926 wurde die « Chartreuse de Valbonne » gekauft.

Herr Delord, voll Dankbarkeit zu Gott, richtete sich dort mit seiner Familie ein; an der weiteren Finanzierung des Unternehmens arbeitend, überwachte er nebenbei die Instandstellungsarbeiten am Kloster, die je nach Zufluss der Gaben rascher oder weniger rasch fortschritten. Die Elektrizität wurde installiert, die alten Wasserleitungen wiedergefunden, der Bauernhof wohnlich gemacht, die Felder besät, der Weinberg und der Gemüsegarten bebaut.

Im April 1929 gab das « Comité supérieur d'Hygiène de France » endlich die Bewilligung zur Eröffnung des Sanatoriums. Die letzten wichtigen Arbeiten waren aber noch nicht beendet; so fehlte zum Beispiel noch ein Waschhaus mit Desinfektionsraum und anderes mehr; mit der Aufnahme der ersten Kranken musste deshalb bis Ende des Sommers zugewartet werden.

Valbonne wird eröffnet; jeder an seinem Platze macht sich voll Eifer an die letzten Vorbereitungen. Die bescheidene Zelle mit den weissgetünchten Mauern, den abgenützten Steinfliesen und dem einfachen Mobiliar wird durch die lebhaften Farben eines auf den Kaminsims gestellten Blumenstrausses verschönt; einige Süßigkeiten auf dem Tische bezeugen, dass der Kranke von den Bewohnern Valbonnes mit Freuden willkommen geheissen wird; alles spricht für die Liebe Gottes, die ihm dieses Heim bereitet hat.

Jetzt ist er in seine neue Wohnung eingezogen, erfreut und tiefbewegt vom herzlichen Empfang, der ihm zuteil wurde; es ist ein kaum 20 jähriger Mann mit unsicherem Blick, da der Hansen-Bazillus seinen Sehnerv angegriffen hat; sein Gesicht ist fahl und seine Wangenknochen stark hervorstehend; seine Lippen sind, trotzdem sie aufgeschwollen, nicht allzusehr entstellt.

Einige Tage nachher folgt ihm ein zweiter Unglücklicher; dieser ist 28 Jahre alt und sehr schüchtern; er hat eine angefressene Nase, rote, sehr rauhe Wangen und leidet in beiden Füßen an bohrenden Schmerzen. Diese zwei ersten Kranken bewohnen die gleiche Zelle, wo ihnen auch das Essen hingebracht wird; sie reinigen selbst ihre Wohnung und besorgen ihren kleinen Garten; endlich fühlen sie sich an einem Ort « daheim ».

Etwas später kommen vier neue Kranke, und zwar, wie die zwei ersten, aus dem Spital « St-Louis » in Paris; der eine ist fast blind und ein anderer hat vollständig verunstaltete Hände (Klauen).

Diese sechs Aussätzigen hatten seinerzeit in Paris den Orden der « Ritter der Finsternis » gegründet. Jetzt aber, wo die Hoffnung wieder in ihre Herzen eingezogen ist, haben sie den schönen Namen « Ritter der Hoffnung » gewählt. Die Bezeichnungen, die sie ihren Häuschen gegeben haben und die « Fröhlichkeit », « Eintracht », « Hoffnung » heissen, zeugen zur Genüge von ihrer frohen Dankbarkeit.

Einige junge Mädchen und einige ältere Männer haben seither die kleine Kolonie vergrössert; weitere Kranke sind eingeschrieben, darunter mehrere Jugendliche von 14 und 16 Jahren, die krank aus den Kolonien zurückgekehrt sind.

Verschiedene Broschüren und Albums über die Aussätzigen und Valbonne können bezogen werden bei Fräulein Helene *Meyland*, 8, Avenue Montajibert in *Lausanne*.

Gaben werden an der gleichen Adresse mit grosser Dankbarkeit angenommen. Postcheckrechnung: II 3529.

Aus den Verbänden. — Nouvelles des sections.

Schweizerischer Krankenpflegebund.

Section de Genève.

La broche n° 1294 a été égarée; ce numéro est donc annulé jusqu'à nouvel avis.

Krankenpflegeverband Zürich.

† Schwester Emma Scherrer ist, für Fernerstehende, anscheinend plötzlich von uns geschieden —, die treue, gute Seele, den älteren Verbandsmitgliedern wohlbekannt, weilt nicht mehr unter den Lebenden —, ein Herzschlag hat in der Morgenfrühe des 29. Juli diesem arbeitsreichen Leben ein Ende bereitet.

Schon seit längerer Zeit quälte sie ein Herzleiden und zwang sie vor etwa Jahresfrist, ihre liebgewordene Arbeit in Kemptthal zum grössten Teil aufzugeben, nur noch beratend und mit kleineren Hilfeleistungen konnte sie sich in ihrem gewohnten Wirkungskreis betätigen. Ihre näherstehenden Freunde sahen mit Besorgnis, wie sich ihr Leiden verschlimmerte; aber sie glaubte noch an eine Linderung und ging voll Hoffnung anfangs Juli mit einigen getreuen Freundinnen in die Ferien nach Arosa, wo sie sich früher schon frische Kraft geholt hatte. Dort oben aber merkte sie, dass ihr Zustand ernster war, als sie geglaubt hatte, und bange Ahnungen beschlichen bisweilen die sonst allzeit Fröhliche. — Ihre Begleiterinnen, sehr besorgt, rieten ihr, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Es trat daraufhin eine kleine Besserung ein, und schon dachte man an die Heimreise, als plötzlich der Todesengel erschien. Kein Todeskampf war der lieben Schwester Emma beschieden, still und unbemerkt schlummerte sie hinüber. — Und statt neugestärkt, kam sie still und ruhig, von lieber Hand ganz in weisse Blumen gebettet, in ihrem idyllischen Heim am Zürichsee an. Am 1. August wurde sie, begleitet von einer zahlreichen Trauergemeinde, auf dem wundervoll gelegenen Friedhof in Uetikon a. See bestattet. Nun ruht sie dort im reich mit prachtvollen Blumen bedeckten Grabe aus von ihrer treuen, mit vollster Hingabe geleisteten Lebensarbeit.

Schw. Emma Scherrer war am 27. Februar 1875 geboren, trat mit 19 Jahren in die Diakonissenanstalt Neumünster ein und war dort 20 Jahre lang auf allen Gebieten

der Krankenpflege als eine hochgeschätzte Krankenpflegerin und Leiterin tätig. 1914 trat sie aus dem Verband Neumünster aus, um als freie Krankenpflegerin in unsern Verband einzutreten. Im gleichen Jahre noch übernahm sie die Stelle einer Fabrik-gemeindeschwester in der grossen Fabrikanlage der Gebrüder Maggi in Kemptthal, wo sie bis zu ihrem Tode verblieb.

Schw. Emma war ein treuer, lieber Mensch, jedermann sympathisch durch ihr wohlwollendes, fröhliches und hilfbereites Wesen; ihre näheren Freunde und Verwandten betrauern schmerzlich ihr allzu frühes Hinscheiden, und alle, die sie kannten, werden ihr ein freundliches Andenken bewahren.

Zürich, im August 1931.

Schw. E. R.

Neuanmeldungen und Aufnahmen. — Admissions et demandes d'admission.

Sektion Basel. — *Aufnahmen:* Schw. Rosa Lerch, Frieda Manzoni, Annie Moos, Marie Bolliger und Pfleger Otto Schmid. *Neuanmeldung:* Schw. Elisabeth Müller, von Schupfart (Aargau), geb. 1898.

Bern. — *Anmeldung:* Schw. Martha Gerber, geb. 1905, von Oberlangenegg (Bern), in Trubschachen. *Aufnahmen:* Schw. Emma Hottinger, Anita Peter.

St. Gallen. — *Aufnahme:* Schw. Hermine Preisig.

Vaudoise, Lausanne. — *Demandes d'admission:* M^{lles} Marthe Dumuid, née 1891, à Lausanne; Madeleine Perrotet, née 1907, de Fribourg.

Zürich. — *Anmeldungen:* Schw. Fanny Fürst, von Friedrichshafen, geb. 1903 (ausgebildet Schwesternhaus Rotes Kreuz); Marie Kubli, von Netstal (Glarus), geb. 1900 (Schwesternhaus Rotes Kreuz); Alice Dolder, von Meilen (Zürich), geb. 1900 (Bürgerhospital Basel, Bundesexamen); Marie Rickli, von Thunstetten (Bern), geb. 1907 (Schweiz. Pflegerinnenschule Zürich); Hanna Heizmann, von Aadorf (Thurgau), geb. 1905 (Bundesexamen).

Schweizerischer Verband der Pflegerinnen für Nerven- und Gemütskranke.

Anmeldungen: Schw. Anna Vogt, von Sisseln (Aargau), geb. 1897; Luise Kopp, von Renfuthausen (Württemberg), geb. 1906; Luise Rosa Schick, von Därligen (Bern), geb. 1908; Irma Stäuble, von Sulz (Aargau), geb. 1907; Hedwig Suter, von Gränichen (Aargau), geb. 1909; Lina Ramseier, von Eggwil (Bern), geb. 1898; Anna Meier, von Regensdorf (Zürich), geb. 1901; Frieda Wülser, von Sinn (Aargau), geb. 1905.

* * *

Einladung zum Fortbildungskurs in Bern, 7., 8. und 9. September 1931,
im Auditorium Maximum, Universität Bern.

Montag, 7. September:

PROGRAMM:

- 11 Uhr: «Was ist Heilpädagogik?» Referent: Herr Dr. Hanselmann, Privatdozent, Zürich.
2. 30 Uhr: «Die Geisteshygiene in der Schweiz». Referent: Herr Dr. Répond, Malévoz.
4. 30 Uhr: «Prinzipien der Vererbung». Referent: Herr Dr. Schmid, Münchenbuchsee.

Dienstag, 8. September:

- 8 Uhr: Führung durch die wesentlichsten Abteilungen der «Hyspa» und Filmvorführungen. Führer: Herr Dr. Morgenthaler, Privatdozent, und Herr Dr. Walther, Privatdozent, Waldau.

- 2 Uhr: « Stoffwechselkrankheiten ». Referent: Herr Dr. Schmid, Thun.
4 Uhr: « Begriff und Aufgaben in der Krankenhausfürsorge ». Referentin: Schwester Rösli Tschudi, Inselspital, Bern.

Mittwoch, 9. September:

- 9 Uhr: Verschiedene Demonstrationen am Krankenbett.
2 Uhr: « Ueber Psychopathologie ». Referent: Herr Dr. Walther, Privatdozent, Waldau, Bern.
4 Uhr: « Mein Beruf und ich ». Referentin: Frau Oberin Dr. phil. Leemann, Zürich.

Karten für den ganzen Kurs: Fr. 10; *Tageskarten:* Fr. 3.50. Die ganzen Kurskarten können bis 1. September bei *Frl. Raschle, Badstrasse 3, Zürich 8*, Postcheckkonto VIII/12590, bezogen werden; die Tageskarten auch während des Kurses.

Wegen Logis sich melden beim Quartierbureau der « Hyspa », Bahnhofplatz 7, Bern.

Die Schwestern der verschiedenen Schulen werden darauf aufmerksam gemacht, die gute Gelegenheit zu benützen, Fortbildungskurs und « Hyspa » gleichzeitig besuchen zu können. Das einfache Bahnbillett, wenn in der « Hyspa » abgestempelt, ist sechs Tage gültig und berechtigt zur Rückfahrt.

Schwestern! Auf zur « Hyspa »!

Wir haben kürzlich, ohne jede Voreingenommenheit, in aller Ruhe und Beschaulichkeit einen Rundgang durch die Hygieneausstellung gemacht. Dass wir besonders durch die wissenschaftliche Abteilung gefesselt waren, wird man uns wohl verzeihen. Aber erstaunt waren wir, so viele Laien dort anzutreffen. Das Erstaunen wich aber bald dem Verstehen, als wir sahen, mit welcher Liebe die Wissenschaftler den so schwierigen Stoff dem Verständnis des auch weniger vorgebildeten Laien angepasst haben. Aber auch Aerzte und namentlich Schwestern, welche diese Dinge tagtäglich, sei es in konkreter Form oder in Bild und Wort, zu sehen und zu hören bekommen (wir nennen nur die Gebiete der Anatomie, Chirurgie und Infektion), werden mit Behagen sehen, in welcher elementar-klarer Weise alles veranschaulicht wird. Wir schreiben hier aus der Ueberzeugung heraus, dass jeder Besucher für seine Reise zur « Hyspa » reichlich entschädigt sein wird.

Es wunderte uns deshalb gar nicht, in jener Abteilung so viele Schwestern anzutreffen. Alles, was eine Schwester interessieren kann in theoretischer und praktischer Krankenpflege, findet sie dort in verblüffender Anschaulichkeit dargestellt, dazu in der unterhaltendsten Weise reichliche und angenehme Belehrung. Auch Schülerinnen, denen das grausame Diplomexamen bevorsteht, werden in jenen Hallen einen Anschauungsunterricht geniessen, der ihnen am Tage der Prüfung die herrlichsten Noten verschaffen kann. Das war wenigstens unser Gefühl, als wir diese Ausstellung verliessen.

Dr. C. Ischer.

Stimmen aus dem Leserkreis. — Echos de nos lecteurs.

Die durchbohrte Schlange der « Hyspa »

scheint das eine oder andere Gemüt verletzt zu haben. — Würde die Reklame z. B. von einem zoologischen Unternehmen ausgehen, dann müsste wohl die Schlange als Tierdarstellung aufgefasst werden und man könnte dieses Durchbohren als Tierquälerei

verstehen. Aber die «Hyspa» ist eine Hygieneausstellung, und was will Hygiene? Doch nichts anderes als das Fernhalten und Töten aller Gifte durch eben diese Hygienemassnahmen. So ist die Darstellung der Schlange eine *nur* symbolische, sie bedeutet «Gift». Ebenso ist die Handlung des Durchbohrens nur eine symbolische: «das *vollständige* Töten des Giftes» (viermal durchbohrt vom Kopf bis Schwanz).

Es liegt also der Entstehung dieser Reklame sicher kein tierquälerischer Gedanke zugrunde. Die Grundidee liegt tiefer. Schw. E. B. H.

Vom Büchertisch. — Bibliographie.

Von der Ethik der Krankenpflege, von Oberin *Estrid Rodhe*, Stockholm. Preis: Rm. 1.20. Ins Deutsche übertragen von Dr. Aug. und Friedeborg Heisler, Königsfeld (Baden). Verlag der «Aerztlichen Rundschau», Otto Gmelin, München.

Es ist sicher nicht zuviel gesagt, wenn es im Geleitwort heisst, dass das Büchlein in Schweden schon Tausenden von Schwestern zum Segen geworden sei.

Was die Verfasserin vor 20 Jahren geschrieben, gilt, besonders in ethischer Hinsicht, heute noch. — Nur einen kurzen Gedanken:

«Das Bewusstsein, dass man teil hat an einer grossen, dankbaren Arbeit — wenn auch in geringem Masse — sollte den Ausgleich schaffen, wenn die Schattenseiten sich zeigen und sich lastend auf einen legen.»

In knapp 45 Seiten behandelt Oberin Rhode die ethische und realistische Seite unseres Berufes, die Beziehung zu Arbeit und Institution, zum Arzt, zu den andern Pflegerinnen und zum Kranken in einer Art und Weise, die von höchster Auffassung des Berufes handelt und die erkennen lässt, dass die Verfasserin nicht nur Theoretikerin war. Schw. Anna Grosshans.

Humoristisches.

Mark Twain.

Der behandelnde Arzt hatte Mark Twain das Rauchen verboten. Eines Tages überraschte er seinen Freund und Patienten in einer Rauchwolke gehüllt mit einer dicken Zigarre im Munde am Schreibtisch.

— Mein lieber Freund, Sie huldigen schon wieder Ihrem Götzen?

— Ich bin gerade daran, ihn zu verbrennen.

Isidor Schläu.

Isidor Schläu geht zum Apotheker und fragt, was eine genaue Urinuntersuchung koste. «Drei Mark», antwortet der Apotheker; «bringen Sie mir nur morgen eine Probe, dann wird die Sache erledigt.» Andern Tags kommt Isidor Schläu mit einer Zweiliter-Flasche Flüssigkeit wieder. «Na, eine solche Menge wäre nun wirklich nicht nötig, gewesen» meint der Apotheker. «Bitte, untersuchen Sie nur», sagt der andere. — Nach einer Weile kommt der Apotheker zurück und teilt seinem Kunden mit, dass der untersuchte Urin vollkommen normal sei. Isidor zahlt die drei Mark und fragt, ob er mal telefonieren könne. «Bitte, im Nebenzimmer!» Nach einiger Zeit hört der Apotheker aus dem Nebenzimmer die folgenden Worte: «Liebe Frau, der Max ist gesund, der Moritz ist gesund, die Helene, die Lina, die Anna, die Klara sind gesund, Du bist gesund und auch ich bin gesund.»

Immer geschäftlich.

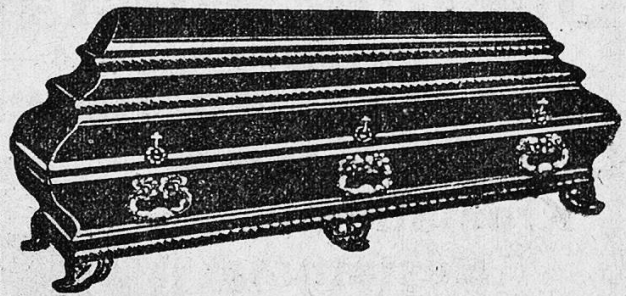
Der Börsenmann liegt in hohem Fieber. Er fragt die Schwester, wie hoch die Temperatur gegenwärtig sei. «41 Grad», antwortet die Schwester tieferntst. «Gut», sagt der Kranke, «bei 42 verkaufen Sie!»

Sarglager Zingg - Bern

Junkerngasse 12 — Nydeck — Telefon Bollwerk 17.32

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

Musteralbum zur Einsicht. Leichenbitterin zur Verfügung
Besorgung von Leichentransporten.



Alle Artikel zur Krankenpflege

Persönliche, fachmännische Bedienung im
Sanitätsgeschäft A. Gutherz
Rämistrasse 5, Nähe Bellevue, ZÜRICH

Das Frauen-Erholungsheim

des Zweigvereins Oberaargau des
Roten Kreuzes auf d. aussichtsrei-
chen Hinterberg bei Langenthal,
vollständig gemeinnütziges In-
stitut, nimmt erholungsbedürf-
tige Frauen und Töchter, ohne
Rücksicht auf Nationalität und
Konfession, unter günstigen
Bedingungen auf. Schöne Park-
anlagen und angrenzende, sehr
ausgedehnte Waldungen.

Pensionspreis, je nach Zimmer
Fr. 4.— bis Fr. 6.— pro Tag.
Prosp. verlangen. Tel. Nr. 201.

Alle Offerten-Eingaben

an uns beliebe man mit einer
20 Cts.-Marke zur Weiterbeförde-
rung zu versehen. Ebenso bitten
wir dringend, keine Originalzeug-
nisse einzusenden, indem wir jede
Verantwortlichkeit für deren Rück-
erhalt ablehnen müssten.

Schluss der Inseraten-Annahme:
jeweils am 10. des Monats.

Genossenschafts-Buchdruckerei
Bern, Viktoriastrasse 82

Ausbildung

= von Pflegepersonal =

als Spezialisten(in)

in der

Massage und Fusspflege

Kurserteilung in staatl. modern.
Bade.

Anmeldungen unter Chiffre 2038
B. K. an die Genossenschafts-Buch-
druckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Gesucht Gemeinde- Krankenschwester

für eine Landgemeinde. Be-
werberinnen, nicht unt. 30 J.
und protest., mögen sich mit
Angabe ihrer Gehaltsansprü-
che melden unter Chiffre 2042
B. K. bei der Genossenschafts-
Buchdruckerei Bern, Viktoria-
strasse 82.

Druckaufträge

aller Art und jeden Umfanges liefert
rasch und zu mässigen Preisen die

Genossenschafts - Buchdruckerei Bern

Viktoriastrasse 82

Postscheckkonto III 2601 • Tel. Christ. 45 52

Die Allg. Bestattungs A.-G., Bern

Predigergasse 4 — Telephon Bollwerk 47 77

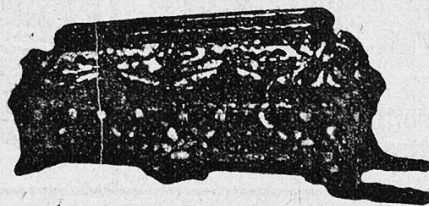
besorgt und liefert alles bei Todesfall

Leichentransporte

Kremation

Bestattung

Exhumation



P. S.

In Bern ist es absolut überflüssig noch eine Leichenbitterin belzuziehen

Pompes Funèbres Générales S. A. Berne

Tüchtige

Schwester

sucht Dauerstelle in Spital oder Klinik

Offerten unter Chiffre 2056 B. K. an Genossenschaftsbuchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Spottbillig ein grosses Haus

ob Gstaad, mit eigener starker Quelle, maximaler Besonnung. Nähe Station der M. O. B. 1200 Meter ü. Meer, geeignet als Kinder- oder Ferienheim. Wenig Kapital erforderlich. Ad. von Siebenthal-Bach, Bäckermeister, Gstaad, M. O. B.

Pflegerinnenheim
des

ROTEN-KREUZES

NIESENWEG N° 3 • BERN • TELEPHON 2903

Kranken- und Wochenpflege-
Personal