

Zeitschrift: Blätter für Krankenpflege = Bulletin des gardes-malades
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 24 (1931)
Heft: 9

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: 18.05.2025

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

Bern, 15. September 1931
24. Jahrgang

Nr. 9

Berne, 15 septembre 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

Abonnements: 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.

Insigne de l'Alliance. L'acquisition de l'insigne en argent est obligatoire pour tous les membres de l'Alliance. Le prix varie avec le cours de l'argent et suivant le modèle (pendentif, broche, etc.). L'insigne est à restituer en cas de démission, d'exclusion ou encore après décès du membre qui l'a possédé. Cette restitution a lieu contre la somme de fr. 5.—. Les insignes ne peuvent être obtenus que de la part du comité de la section dont la personne fait partie. Chaque insigne est numéroté, et les sections ont à tenir continuellement à jour un registre contenant le nom de leurs membres et les numéros d'insignes qui leur sont attribués. En cas de perte d'un insigne, la section qui l'a délivré doit en être immédiatement avisée afin de pouvoir annuler l'insigne perdu. — D'après la décision de l'assemblée générale du 22 novembre 1914, l'insigne de l'Alliance ne peut être porté que sur le costume de l'Alliance ou sur le costume d'une des Ecoles d'infirmières reconnues par l'Alliance; en aucun cas il ne pourra être porté avec des vêtements civils. L'autorisation de port de l'insigne en argent sur tout autre costume que ceux indiqués plus haut ne peut être accordée que par le Comité central à la suite d'une demande écrite adressée à cette instance. Seuls les membres faisant partie de l'Alliance avant le 22 novembre 1914 sont autorisés de porter l'insigne sur un costume convenable et n'attirant pas l'attention. Tous les membres sont responsables de l'insigne qu'ils portent. Tout abus sera sévèrement poursuivi.

Trachtenatelier: Zürich 7, Asylstrasse 90, Telephon 2.50.18.

Postcheck: VIII 93.92.

Bei Bestellungen sind die Mitgliedkarten einzusenden.

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

Pédicures spécialistes diplômés

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

Case postale 20 - Territet près Montreux

Gesucht auf 1. Okt. in Privatklinik im Hochgebirge tüchtige
diplomierte Krankenschwester

für die Abteilung. Sprachkenntnisse erwünscht. —
Offerten mit Zeugnisabschriften und Photo erbeten
unter Chiffre 2068 B. K. an die Genossenschafts-Buch-
druckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Gesucht auf 1. Oktober eine

Gemeinde-Krankenschwester

Anfragen und Anmeldungen mit Angabe der Gehalts-
ansprüche an den Krankenhilfsverein Neunkirch (Kanton
Schaffhausen).

Diplom. Krankenschwester

sucht selbständigen Posten in Arztpraxis

versiert in allen physik. Behandlungen; Maschinenschreiben.
Prima Zeugnisse und Referenzen. — Offerten unter Chiffre
2064 B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern,
Viktoriastrasse 82.

Schwestern-Trachten

Wir sind heute in der Lage, **Trachten**
in äusserst sorgfältiger Ausführung zu
sehr vorteilhaften Preisen auszuführen.

Wir bitten um Ihren unverbindlichen Besuch.

Sie werden es nicht bereuen.

Schwestern in Tracht erhalten 10 % Rabatt.

Chr. **Rüfenacht** A.-G.
BERN, Spitalgasse 17

Tüchtige Krankenpflegerin

mit mehrjähriger Praxis in
Pflegen und besonderer Aus-
bildung in Labor **sucht**
entsprechendes Engagement.
Beste Zeugnisse und Referen-
zen stehen zu Diensten. —
Angebote unter Chiffre 2402
Z. F. an Rudolf Mosse A.-G.,
Zürich.

Williger, zuverlässiger

Krankenpfleger

sucht Stelle auf den 1.
oder 15. Oktober in Spital,
Sanatorium oder auch Privat.
— Offerten unter Chiffre 2065
B. K. an die Genossenschafts-
Buchdruckerei Bern, Viktoria-
strasse 82.

Tüchtige Schwester

mit Sprachenkenntnis, er-
fahren in der Hauswirtschaft,
wünscht Dauerposten. —
Offerten unter Chiffre 2066
B. K. an die Genossenschafts-
Buchdruckerei Bern, Viktoria-
strasse 82.

Diplomierte Kindergärtnerin

(26 Jahre) **sucht Betätigung**
in Kindergarten, Heim oder
Sanatorium; auch zu einem
schwer erziehbaren oder anor-
malen Kinde in Familie. —
Offerten unter Chiffre 2062
B. K. an die Genossenschafts-
Buchdruckerei Bern, Viktoria-
strasse 82.

Erfahrene Schwester

mit guten Zeugnissen, sucht
Stelle in **Gemeinde- od.**
Altersheim. — Offerten
unter Chiffre 2075 B. K. an
die Genossenschafts-Buchdr.
Bern, Viktoriastrasse 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.

Wir **suchen** für unsere Gemeinde von ca. 2000 Einwohnern eine **treue, tüchtige**

Gemeinde-Krankenschwester

Für eine freundliche, dienstbereite Schwester bietet sich ein dauerndes Wirkungsfeld. Eintritt auf 1. Januar 1932 oder nach Ueber-einkunft. Anmeldungen mit Zeugniskopien, Referenzenangabe und Ansprüchen unter Chiffre 2073 B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Infolge Demission wird hiermit die Stelle der

Gemeinde-Krankenschwester

der **Kirchgemeinde Sumiswald** auf Anfang Winter 1931 zur Wiederbesetzung ausgeschrieben. — Anmeldungen mit Gehaltsansprüchen sind zu richten bis Ende September an den Präsidenten des Krankenvereins: Herrn Hirsbrunner, Neuhof, Sumiswald.

Erfahrene, tüchtige

Krankenschwester

sucht Stelle f. Gemeindepflege oder auch Privatpflege zu Herrn oder Dame. — Offerten unter Chiffre 2070 B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastr. 82

Infirmière

désirant se faire un chez-elle, est demandée dans petite pension d'enfants en vue d'association. — Adresser les offres sous chiffre 2071 B. K. à l'Imprimerie coopérative Berne, Viktoriastrasse 82.

Gesucht tüchtige

Abteilungsschwester

Eintritt u. Salär nach Ueber-einkunft. — Offerten unter Chiffre 2072 B. K. an die Genossenschafts - Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Diplomierte, junge

Krankenschwester

sucht Stelle in Spital, Privatklinik oder Sanatorium, event. Dauerpflege. Eintritt nach Wunsch. — Offerten unter Chiffre 2074 B. K. an die Genossenschafts - Buchdr. Bern, Viktoriastrasse 82.

Pflegerin

sucht auf Anfang Oktober Stelle zu Arzt zum Empfang und Mithilfe in der Praxis. — Offerten unter Chiffre 2069 B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Alle Artikel zur Krankenpflege

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

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.
Moderne Methoden der Tuberkulosebehandlung	161	Spitalerinnerungen	174
Les épilepsies	166	Aus den Verbänden. — Nouvelles des sections	179
Vom Brillentragen	169	Examen. — Examens	180
Souvenirs de guerre d'une infirmière de la Croix- Rouge française, 1914—1919	172	Nach Amerika	180
		Fürsorgefonds. — Fonds de secours	180

Die modernen Methoden der Tuberkulosebehandlung ¹⁾.

Von Dr. med. Rob. Kipfer, Bern.

II.

Auf einem gänzlich andern Wege sucht eine aus Dänemark stammende, in den letzten Jahren vielfach nachgeprüfte Behandlungsmethode den allgemeinen Körperkräften in ihrem Kampfe gegen die Tuberkelbazillen zu Hilfe zu kommen. Durch die chemischen Eigenschaften bestimmter *Goldpräparate*, die intravenös eingespritzt werden — die bekanntesten Goldpräparate heissen Sanocrysin, Krysolgan, Solganal usw. —, sollten, nach den ursprünglichen Absichten der Erfinder, die Tuberkelbazillen im Blut und in den Körpergeweben abgetötet werden. Eine solche *chemische Sterilisation* der Körpersäfte hat sich aber bald als unerreichbar erwiesen. Trotzdem ist nicht zu bestreiten, dass in ausgewählten Fällen von Tuberkulose, besonders bei frischen Lungeninfiltraten, mit den Goldpräparaten überraschende Erfolge erzielt werden können. Ueber die theoretische Erklärung dieser Erfolge herrscht vorläufig noch keine Einigkeit, so dass wir in der Goldbehandlung der Tuberkulose ein Beispiel besitzen für eine auf falschem Wege und unter falschen Voraussetzungen ausgedachte, aber dennoch brauchbare Behandlungsmethode.

Wiederum einen grundsätzlich anderen Weg der Allgemeinbehandlung besitzen wir heute in der *Diätbehandlung der Tuberkulose*. Früher glaubte man in der Tuberkulosebehandlung allgemein an den Nutzen von *Mastkuren*, meist noch unter besonderer Bevorzugung eiweisshaltiger Nährmittel und unter Heranziehung von Wein und Kognak. Diese Art der Diätbehandlung der Tuberkulose ist heute, für die grosse Mehrzahl der Erkrankungsfälle wenigstens, von allen wirklich Sachkundigen verlassen. Die heutige Zeit steht,

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.

was die Ernährung betrifft, ganz allgemein, und in der Tuberkulosebehandlung im besondern, mitten in einer grossen Wandlung. Der Alkohol als Kraftspender hat im Heilplan der Tuberkulosebehandlung wenig mehr zu suchen, höchstens dass er gelegentlich als Appetit- und Genussmittel in kleinen Dosen gestattet wird. In der *therapeutischen Diätetik* kommt die Wandlung ganz allgemein zum Ausdruck in der Reduktion der Eiweisszufuhr und der bessern Berücksichtigung vitaminreicher pflanzlicher Nahrungsmittel, auch in roher Form. Dabei stellt jedoch m. E. weder die einseitige *vegetarische* noch die fanatisch und sektiererhaft vertretene *Rohkost* die beste Kostform für die Tuberkulosebehandlung dar. Einseitigkeit und Fanatismus haben immer unrecht, wenn man sie in ihrer dogmatischen Kritiklosigkeit als Ganzes nimmt; sie können aber recht behalten, insofern man es versteht, den brauchbaren neuen Gedanken, den zu bringen und durchzusetzen sie häufig berufen sind, herauszuschälen und der übrigen Erkenntnis einzufügen. So wollen und sollen wir auch das Gute und Brauchbare, das uns die neuzeitlichen Modeströmungen in der Ernährungslehre, neben vielen Irrtümern, gebracht haben, vorurteilslos anerkennen und verwerten. Die ganze Frage ist zurzeit noch so sehr im Fluss, dass es gegenwärtig unmöglich ist, Endgültiges und völlig Abgeklärtes darüber zu sagen. — Unter den vielen verschiedenen diätetischen Behandlungsmethoden der Tuberkulose, die in den letzten Jahren vorgeschlagen worden sind und die sich teilweise untereinander beträchtlich widersprechen, sind am bekanntesten geworden die *Kostformen nach Gerson und nach Sauerbruch-Herrmannsdorfer*. Bei beiden Diätformen ist ausser der reichlichen Zufuhr von vitamin- und mineralstoffreichen Nahrungsmitteln die strenge Vermeidung von Kochsalz das Wesentliche. Im Privathaus sind diese Diätikuren, die vom Patienten eine völlige Umstellung verlangen und monatelang eingehalten werden müssen, sehr schwer richtig durchzuführen und vor allem auch sehr schwer ausreichend zu kontrollieren. Nur in strenger Anstaltsbehandlung lässt sich eine so ungewohnte Kostform zuverlässig in Anwendung bringen, und auch da erfordert sie scharfe Kontrollmassnahmen seitens des Krankenpflegepersonals, weil sehr oft Kochsalz von Besuchspersonen eingeschmuggelt worden ist. Die ärztlichen Meinungen über den Wert der Diätbehandlung nach Sauerbruch-Herrmannsdorfer — diese Methode ist zweifelsohne die meistversprechende und auf breitester Basis durchgeprüfte — gehen zurzeit noch weit auseinander. Es ist jedoch heute nicht mehr zu bezweifeln, dass von durchaus zuverlässigen Beobachtern viele sehr überraschende Behandlungserfolge erzielt worden sind. Dies gilt im besondern für Fälle von Hauttuberkulose (Lupus) und von sogenannten chirurgischen Tuberkuloseformen. Wer diese eindrucklichen und gut belegten Krankendemonstrationen selber gesehen hat, für den bestehen kaum mehr Zweifel an der Wirksamkeit der Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Diät in bestimmten, aber noch nicht genau zu umschreibenden Tuberkulosefällen.

Mit den Methoden der Allgemeinbehandlung, die je nach der Eigenart der Krankheitsfälle ausgewählt werden müssen, gelingt es in sehr vielen Tuberkulosefällen, durch Stützung und Anregung des allgemeinen Kräfte- und Abwehrzustandes des Organismus eine ausreichende Besserung und Heilung zu erreichen. Bei sehr vielen Kranken müssen jedoch auch *am Sitz der Erkrankung selbst unterstützende, die Heilung und Vernarbung fördernde Massnahmen* eingesetzt werden, da den Abwehrkräften des Blutes oft physikalische Hindernisse im Krankheitsherd entgegenstehen, so dass durch eine

örtliche Nachhilfe eine Besserung überhaupt erst möglich ist oder doch wenigstens die Heilungszeit beträchtlich abgekürzt werden kann. — So verhält es sich sehr oft bei den äussern Tuberkuloselokalisationen, bei tuberkulösen Abszessbildungen und Fisteln, bei vielen tuberkulösen Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Harn- und Geschlechtsorgane usw. Da kann in vielen Fällen durch eine chirurgische Nachhilfe, durch Beseitigung eines das Blut mit Krankheitsgiften überschwemmenden Krankheitsherdes oder eines schwer tuberkulös veränderten und funktionsuntauglichen Organs — ich erinnere zum Beispiel an eine tuberkulöse Niere — eine rasche Ausheilung ermöglicht werden.

Auch bei der Lungentuberkulose sind in den letzten Jahren immer häufiger Eingriffe ausgeführt und erprobt worden, welche heute vielen Kranken, die früher als verloren gelten mussten, Rettung bringen können. Es ist ein allgemein gültiges Prinzip, dass ein entzündlich krankes Organ nach Möglichkeit ruhiggestellt und geschont werden soll. Wenn wir uns zum Beispiel die mechanischen Verhältnisse in einer Lunge vergegenwärtigen, so verstehen wir ohne weiteres, dass die spontane Ausheilung einer Kaverne nur sehr selten zustande kommen kann. Bei jedem Atemzug wird durch die sich deh nende Lunge die Höhle auseinander gezerrt, so dass in der grossen Mehrzahl der Fälle eine Ausheilung verunmöglicht, die Kaverne vielmehr immer grösser wird. Eine Zerfallshöhle in der atmenden Lunge ist deshalb für ihren Träger immer eine sehr grosse Gefahr, und es hängt das Schicksal des Patienten meistens davon ab, ob es gelingt, die Kaverne rechtzeitig zum Verschluss und zur Ausheilung zu bringen oder nicht.

Die Natur war es nun selbst, die dem Arzte den Weg gezeigt hat, wie eine schwer tuberkulöse Lunge aus der Atmung ausgeschaltet und ruhiggestellt und dadurch der Krankheitsprozess in seiner Ausheilung gefördert werden kann. Seit altersher sind guten ärztlichen Beobachtern die Fälle aufgefallen, wo durch einen kleinen Einriss im kranken Lungengewebe Luft in die Brusthöhle, zwischen Rippenfell und Lunge, eindringt und die weiche, elastische Lunge von der Brustwand abdrängt, so dass sie, gleich einem Schwamm, zusammengepresst und damit aus der Atmung ausgeschaltet wird. Wenn in solchen Fällen später die Luft allmählich resorbiert wird und die Lunge sich wieder ausdehnt, wenn der spontane Pneumothorax — so lautet die medizinische Benennung dieses Zustandes — sein Ende erreicht hat, lässt sich manchmal eine auffällige Besserung des tuberkulösen Krankheitsherdes gegenüber vorher feststellen. Im Jahre 1888 hat der italienische Arzt Forlanini zum erstenmal den Versuch unternommen, bei schwerer einseitiger Lungentuberkulose einen Pneumothorax künstlich anzulegen, indem er mittels einer Nadel abgemessene Quanten Luft in die feine Spalte zwischen Rippenfell und Lungenoberfläche einführte. Und siehe da, der Eingriff gelang aufs beste. So entstand die heute in der Tuberkulosetherapie so überaus wichtige und segensreiche Behandlungsmethode des künstlichen Pneumothorax. Mit Hilfe eines gut ausgedachten Apparates lässt sich auf diese Weise bei schweren einseitigen oder vorwiegend einseitigen Lungentuberkulosen die kranke Lunge durch ein Luftkissen von der Brustwand abdrängen, gleich einem Schwamm elastisch zusammendrücken und ruhigstellen. Durch diese Ruhigstellung werden in den Krankheitsherden der Lunge die besten Heilbedingungen geschaffen. Befand sich vorher im Lungengewebe eine Kaverne, so wird diese Höhle, gleich einem Loch im Schwamm, zusammengedrückt, ihre Wände legen sich

aneinander und können nunmehr bindegewebig verwoben und narbig zusammengefügt werden. Die Dauer, während welcher ein künstlicher Pneumothorax durch regelmässige, zwei- bis vierwöchentliche Luftnachfüllungen erhalten werden muss, richtet sich nach der vor auszusehenden Heilungs- und Vernarbungszeit einer tuberkulöskranken Lunge. Wenn Kavernen zu dauerhafter Vernarbung gebracht werden sollen, so muss der Pneumothorax mindestens 2 bis 3 Jahre, oft aber auch noch länger, unterhalten werden. Gelingt der künstliche Pneumothorax komplikationslos, so erspart er dem Patienten sehr häufig eine jahrelange, und dann noch oft erfolglose Sanatoriumskur und ermöglicht ihm sogar, seine Arbeit auch während der Behandlungszeit in ungestörter Weise zu verrichten.

Es gibt nun aber nicht selten Erkrankungsfälle, bei denen das durch den Pneumothorax bewirkte Zusammensinken der Lunge, der *Lungenkollaps*, wie der technische Ausdruck lautet, nicht den beabsichtigten und zur Ausheilung nötigen Grad erreicht, weil die Lunge durch umschriebene *Verklebungen und Verwachsungen* mit der Brustwand verbunden bleibt. Solche Verwachsungen, die sich im Pneumothoraxraum zu dünneren oder dickeren Strängen ausziehen, halten die Lunge teilweise ausgespannt und reizen durch die Zerrung bei der Bewegung und Atmung die darunter liegenden kranken Lungenstellen, welche durch den Pneumothorax eben völlig zusammengedrückt und ruhiggestellt werden sollten. Im Laufe der Jahre, seit man den künstlichen Pneumothorax therapeutisch anwendet, sind viele Kranke, deren einzige Rettung ein vollständiger Pneumothorax hätte sein können, infolge von hindernden Brustfellverwachsungen zugrunde gegangen. Heute ist es nun glücklicherweise möglich, durch einen technisch schwierigen, aber bei genügender Uebung unbedenklichen Eingriff diese Lungenverwachsungen abzulösen und damit den Pneumothorax erst komplett und wirkungsvoll zu machen. Die *Thorakoskopie*, das heisst die Betrachtung des durch eine kleine Glühbirne innerlich beleuchteten Thoraxraumes mit einer durch eine Trokarhülse zwischen den Rippen hindurch eingeführten Zeissoptik — ganz analog also der Zystoskopie — und die unter der Leitung des Thorakoskops ausgeführte elektrische Durchbrennung von hindernden Verwachsungssträngen, die *Thorakokaustik*, sind heute zu wichtigen und oft für das Endresultat entscheidenden Ergänzungsoperationen bei der Pneumothoraxbehandlung geworden.

Eine weitere Errungenschaft der letzten Zeit auf dem Gebiete der Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose ist die gleichzeitige Anwendung des künstlichen Pneumothorax über beiden Lungen. Dieser *doppelseitige Pneumothorax* kommt dann in Frage, wenn in beiden Lungen bösartig fortschreitende tuberkulöse Veränderungen bestehen, die auf andere Art nicht aufgehalten werden können. Selbstverständlich dürfen die beiden Lungen beim doppelseitigen Pneumothorax nur teilweise zusammengedrückt werden, da die Atmung sonst unmöglich würde. Ab und zu gelingt es auf diese Weise, in schweren und sonst verlorenen Fällen einen Stillstand und eine Besserung der Krankheit, ja die völlige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Sogar während der doppelseitigen Pneumothoraxbehandlung ist es dem Patienten mitunter möglich zu arbeiten, da keinerlei Beschwerden damit verbunden zu sein brauchen.

Es gibt nun leider eine nicht geringe Zahl von Kranken mit einseitiger schwerer, kavernöser Lungentuberkulose, bei denen eine Ausschaltung der kranken Lunge durch Kollaps dringend angezeigt und die einzige Rettung

ist, bei denen aber die Anlage eines künstlichen Pneumothorax überhaupt nicht gelingen kann, weil zwischen der Lungenoberfläche und dem Rippenfell überhaupt keine freie Spalte besteht, in welche die Luft eingeblasen werden könnte. Wenn durch vorangegangene Brustfellentzündungen die Lungenoberfläche, das heisst das Lungenfell, mit der Innenfläche der Thoraxwand, dem Rippenfell also, in der ganzen Ausdehnung verklebt und verwachsen ist, so muss auf die Durchführung der Pneumothoraxmethode verzichtet werden. Das führt uns nun zu der Besprechung der sogenannten *chirurgischen Methoden der Lungenkollapsbehandlung*. Im Gegensatz zu der vorübergehenden Ausschaltung einer Lunge durch den künstlichen Pneumothorax ist der durch die chirurgischen Methoden erzielte Lungenkollaps ein dauernder und unabänderlicher und kommt daher in der Regel erst in Betracht, wenn die Pneumothoraxanlage sich als unmöglich erwiesen hat.

Unter den chirurgischen Methoden der Lungenkollapsbehandlung ist zuerst, als wenigstens eingreifende Methode, der *Phrenicus-Nervenschnitt*, die operative Durchtrennung des *nervus phrenicus* seitlich am Halse, zu nennen. Durch diesen Eingriff wird die gleichseitige *Zwerchfellhälfte gelähmt* — das auf- und absteigende Zwerchfell hat ja bekanntlich die Aufgabe, die Lunge bei der Atmung in der Längsrichtung zu dehnen —, und durch diese Zwerchfelllähmung wird eine relative Ruhigstellung der betreffenden Lunge zustande gebracht. Ausserdem rückt das gelähmte Zwerchfell in der Brusthöhle höher hinauf, woraus ein teilweiser Kollaps der über dem Zwerchfell gelegenen Lungenteile resultiert. In manchen Fällen von Lungentuberkulose, speziell wenn die Veränderungen in der Nähe des Zwerchfells sitzen, manchmal auch bei höher gelegenen Prozessen, kann dieser Eingriff entscheidend auf den Heilungsverlauf einwirken und sogar das Schliessen von Kavernen zur Folge haben.

Handelt es sich in einem Krankheitsfall um eine auf das Gebiet der Lungenspitze beschränkte und dabei doch schwere tuberkulöse Veränderung, zum Beispiel um eine Spitzenkaverne in einer sonst gesunden Lunge, so lässt sich manchmal, wenn die Pneumothoraxanlage unmöglich ist, durch einen chirurgischen Eingriff, der nur die obersten, allein erkrankten Lungenteile trifft, eine Heilung erzielen. Die sogenannte *Plombierung einer Spitzenkaverne* besteht darin, dass eine geeignete Paraffinmasse durch eine kleine chirurgische Oeffnung zwischen Thoraxwand und Lungenoberfläche eingepresst wird und dadurch die kavernöse Lungenspitze eindellt und zusammendrückt und so die narbige Verheilung ermöglicht.

Wenn schliesslich eine Lunge in grosser Ausdehnung von einem schweren destruktiven Krankheitsprozess befallen ist und der Zustand der anderen Lunge die Erwartung rechtfertigt, dass sie auf die Dauer der Atmungsfunktion allein werden genügen können, und wenn dabei der allgemeine Kräftezustand des Patienten einer eingreifenden Operation noch gewachsen scheint, so sind die Anzeigen und die Voraussetzungen erfüllt zur Vornahme der *Thorakoplastik*. Bei dieser Operation werden alle Rippen der einen Brustkorbhälfte, von einem längs der Wirbelsäule von oben nach unten verlaufenden Schnitt aus, um ein beträchtliches Stück gekürzt, wodurch eine Einengung der betreffenden Thoraxhälfte und ein hochgradiger Dauerkollaps der kranken Lunge erreicht wird. Diese grosse Operation, die an die Herzkraft und den Allgemeinzustand des Patienten beträchtliche Anforderungen stellt, ist unter Umständen die einzig noch übrigbleibende Rettungsmöglichkeit für den

Kranken und kann ihm, auch bei weit vorgeschrittener Zerstörung der einen Lunge, eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bringen.

Leider muss ich es mir versagen, da die Zeit dafür nicht ausreicht, auf so viele interessante Einzelheiten all dieser wichtigen Tuberkulosebehandlungsmethoden näher einzugehen. Es konnte sich nur darum handeln, das Wesentliche in grossen Zügen anzudeuten. (Schluss folgt.)

Les épilepsies.

Les épilepsies peuvent avoir pour cause une grosse lésion cérébrale, tumeur du cerveau, traumatisme crânien, méningite.

L'épilepsie essentielle ne reconnaît pas de lésion apparente; elle ne découle pas d'une maladie antérieure.

L'épilepsie se traduit par des manifestations très diverses:

1. *Epilepsie convulsive classique.* — Commence quelquefois par une impression de malaise physique, battements de cœur, gêne respiratoire, etc. Mais, souvent, il n'y a pas d'avertissement. Le malade pousse un grand cri particulier de détresse qui attire l'attention de l'entourage. Aussitôt, *il tombe brutalement par terre*, sans pouvoir choisir sa place, et généralement il se fait mal. Puis, spasmes cloniques des muscles; le malade, pâle au moment de la chute, devient bleu parce que la respiration s'arrête; la raideur se généralise, une écume rougeâtre apparaît devant la bouche parce que le malade se mord la langue. Cette phase de raideur dure vingt à soixante secondes, ensuite phase de secousses musculaires, puis le malade commence un peu à reprendre sa physionomie normale, mais reste abattu et, quand on le relève, on voit qu'il a perdu ses urines et matières. Il tombe dans un état de torpeur avec respiration stertoreuse.

2. *Epilepsie Bravais-Jacksonienne.* — Mouvements localisés à un bras, une jambe, une partie du corps. La perte de connaissance n'est pas toujours complète. Les crises s'annoncent par une aura; elles sont dues généralement à une lésion localisée à une partie du cerveau. Le malade est souvent averti par un engourdissement douloureux de la partie du corps qui sera prise par la crise, et celle-ci peut être évitée en serrant fortement le membre.

3. *Formes atténuées, ou « petit mal ».* — Des vertiges, sensation de ne pas être bien sur les jambes, de vaciller, tremblements; des absences, à certains moments, les personnes perdent le contact avec leur entourage; les yeux deviennent fixes, il y a un petit marmottement.

Ce sont des symptômes très délicats à observer et qui souvent passent inaperçus.

4. *Les équivalents.* — Fuites subites, jusqu'aux voyages pathologiques. Après, les malades ont une amnésie complète de ce qui s'est passé. Ils peuvent commettre d'autres actes impulsifs, attentats qui se déclenchent sans raison et dont ils n'ont aucune connaissance après.

Les crises d'épilepsie se succèdent de plus en plus rapidement et il s'établit un *état de mal* où le malade succombe à l'épuisement, aux troubles respiratoires et circulatoires, à la fièvre.

Petit mal. — Les formes atténuées de l'épilepsie ou « petit mal » sont très importantes à connaître et doivent être dénoncées:

Les absences qui constituent un état pendant lequel la vie semble momentanément suspendue sont souvent très difficiles à apercevoir. Le regard est fixe, les opérations intellectuelles sont suspendues, la conversation est arrêtée, souvent le visage est un peu pâle. Après cinq ou six secondes, la personne revient à l'état normal. Souvent, elle termine la phrase qu'elle avait commencée.

Les vertiges sont des sensations d'étourdissement qui se produisent tout à coup. La personne s'assied ou s'appuie sur une chaise, perd la notion des choses pendant quelques secondes. Cela peut se prolonger, avec trouble de la personnalité qui fait que le malade n'est plus le même. Il a une impression de malaise qui n'existe pas dans les absences.

Accès de sommeil passager qui se traduisent par le fait que le malade s'endort momentanément et que cela ne dure qu'un instant. La tête tombe puis, brusquement, il se réveille et c'est terminé.

Phénomènes psychiques caractérisés par une activité momentanée, gestes, démarches, actes. Tout à coup, la personne se lève, circule dans la pièce avec un regard un peu perdu, prend des objets, regarde les autres personnes présentes avec l'air de ne pas les voir. Cela peut durer un quart d'heure et plus. La physionomie peut s'altérer, prendre une expression de frayeur; puis cela se passe, la personne s'assied, mais pendant dix minutes, elle est troublée, ne sait pas exactement ce qui s'est passé et ne reprend que très doucement la notion des choses.

Tous ces accès de « petit mal » peuvent se produire chez des personnes qui n'ont jamais de crises d'épilepsie.

Autres formes plus graves, *équivalents* des grandes crises d'épilepsie, actes automatiques souvent très dangereux :

Les fugues. — Les personnes partent de chez elles subitement et circulent pendant des heures et des journées; leur activité semble assez bien réglée, elles ne font pas de choses qui attirent l'attention sur elles, elles prennent leurs billets de chemin de fer comme tout le monde et payent leurs taxis. Elles sont insensibles à la fatigue. Puis, tout d'un coup, elles reprennent la notion de leur existence sans savoir ce qui s'est passé. Il y a souvent une période de transition pendant laquelle elles se sentent un peu épuisées.

Dans d'autres circonstances, ces malades commettent *des actes antisociaux* dangereux, qui peuvent se répéter de façon variable ou être toujours de même type. Ils peuvent devenir agressifs, malveillants, commettre des actes délictueux très variés, automatiques, souvent dirigés contre des personnes : coups de couteau, coups de canne. Cela a une grande importance au point de vue médico-légal.

D'autre fois, les malades ont *des perceptions sensorielles* diverses, scintillements, vue de feu et autres manifestations psychiques qui peuvent tenir lieu de crise ou de la remplacer.

Des névralgies faciales peuvent tenir lieu d'épilepsie Bravais-Jacksonienne à cause de leur caractère de soudaineté.

Les *caractères essentiels* de toutes les formes de crise d'épilepsie sont :

- 1° La *soudaineté* avec laquelle les crises se déclenchent.
- 2° La crise reste en général *inconnue du malade*. Lorsqu'il reprend la notion des choses, il ne se souvient pas d'avoir eu la manifestation. Il a

une sensation de malaise, mais il ne peut pas dire ce qui s'est passé pendant la crise. La personne n'est donc pas responsable de ce qu'elle a fait.

L'épileptique a une mentalité spéciale. — Il est généralement mal équilibré, d'un caractère très difficile. La surveillance de ces malades est très délicate et demande beaucoup de doigté, car leur caractère est ombrageux, coléreux, ils se disputent avec tout le monde. En dehors de l'acte qui est la manifestation de la maladie, les grands épileptiques avec crises fréquentes sont impulsifs avec brutalité, comme les déments précoces.

Ils deviennent de plus en plus désagréables au fur et à mesure que la maladie avance. Au bout d'un certain temps, ils tombent dans un stade d'abaissement intellectuel comparable à la démence précoce.

Traitement pendant la crise. — Il faut laisser le malade étendu, le mettre éventuellement sur une couverture ou un matelas pour qu'il ne se fasse pas de mal. On peut desserrer les vêtements autour du cou et du thorax pour faciliter la respiration. Pour l'empêcher d'avaler sa langue, on peut la soulever en appuyant sur le plancher buccal. Si la langue est prise entre les arcades dentaires, il faut desserrer les mâchoires par un instrument quelconque. Puis on laisse le malade tranquille. La mort survient rarement pendant une crise.

Quand on a affaire à des gens sujets à des crises, il ne faut pas les laisser sortir seuls; ils ne doivent pas faire de bicyclette, ni conduire des autos. Il y a des malades qui ont, pendant longtemps, leurs crises toujours à la même heure; mais ces heures peuvent changer tout à coup.

Traitement de la maladie. — Autrefois, on employait surtout le bromure; actuellement on préfère le gardénal ou le luminal.

Le traitement doit être suivi de très près. Il faut évidemment obtenir la dose susceptible de faire disparaître les crises et monter progressivement jusqu'à obtenir le résultat. Une statistique des crises montrera si le médicament gagne sur la maladie. Le traitement au gardénal ne doit pas être suspendu brusquement, sous peine d'avoir des crises très fortes. On peut réduire les doses progressivement, mais ne jamais cesser brusquement pendant un ou deux jours.

Les enfants deviennent souvent d'un caractère très désagréable après la cessation des crises par le traitement. Dans ces cas, on modifie généralement le traitement et l'on associe le bromure au gardénal.

Crises avec lesquelles on pourrait confondre l'épilepsie. — 1. *La crise hystérique* à grand tapage; mais il n'y a pas de chute brusque entraînant des blessures, pas de morsure de la langue, pas d'incontinence d'urines. Elle est généralement précédée par un malaise, suffocation, constriction à la gorge, et le malade a en général le temps de s'asseoir ou de se coucher par terre. La perte de connaissance n'est pas complète et la crise dure en général beaucoup plus longtemps.

2. *La crise syncopale banale.* La personne devient pâle et sent qu'elle va perdre connaissance. Mais la disparition du pouls est un symptôme important de la syncope, ainsi que la pâleur.

(« *L'Infirmière française* », 1930.)

Vom Brillentragen.

Die Kulturvölker vermehren sich im Gegensatz zu den Naturvölkern bekanntlich nicht nach den Prinzipien der «natürlichen Zuchtwahl», die allein eine möglichst vollkommene Nachkommenschaft verbürgt — wenigstens was die körperliche Tüchtigkeit anbelangt. Es ist deshalb ein grosser Teil der Kulturmenschen körperlich minderwertig.

So ist auch das Sehorgan nur bei einem kleinen Prozentsatz unserer Bevölkerung als ganz vollwertig zu betrachten — die Normalsichtigen bilden nur etwa 15 Prozent davon. Ein minderwertiges Auge kann eine vererbte minderwertige Anlage besitzen oder es kann im Verlaufe des Lebens erkrankt oder verletzt worden sein. Von den genannten Erbanlagen können leider nicht alle gebessert werden. Ein Teil kann jedoch sehr gut korrigiert werden, und dies sind die Brechungsfehler der Augen und die Korrektur dafür sind die Brillengläser.

Die sich etwa in der Mitte des nahezu kugelförmigen Auges befindende Linse ermöglicht das scharfe Sehen in die Nähe, indem sie sich bei Naheinstellung vermöge ihrer Elastizität kugelig zusammenzieht. Bei Ferneinstellung flacht sie sich ab. Diese Naheinstellung gelingt aber leider restlos nur in der Zeit der grössten körperlichen Elastizität, also in der Jugend, und verliert sich systematisch mit zunehmendem Alter. Ein kleines Kind kann sehr kleine Gegenstände bis auf einige Zentimeter an das Auge heranbringen und sie immer noch scharf sehen (Nahepunkt). Der Nahepunkt rückt mit zunehmendem Alter, entsprechend der Abnahme der Linsenelastizität, immer mehr vom Auge ab. Er ist mit 45 bis 50 Jahren über diejenige Distanz hinausgerückt, in welcher gewöhnlich die Gegenstände bei der Nahearbeit gehalten werden — also beim Lesen, Schreiben, Zeichnen, usw. und die betreffenden Gegenstände können deshalb nicht mehr scharf gesehen werden — die Nahearbeit ist unmöglich geworden, und man muss zum Linsenersatz greifen, zum sog. Altersglas. Ein solches Glas ist somit nur für die Nähe verwendbar, und umgekehrt können mit «Fernglas»-Brillen nur weit entfernte Gegenstände deutlich gesehen werden.

Die Linsenelastizität nimmt in der Folge noch weiter ab bis zum Zustand der absoluten Starre, und damit rückt der Nahepunkt bis ins Unendliche (mit 70 bis 80 Jahren).

Es muss immer wieder betont werden, dass die eben geschilderte Alterssichtigkeit eine absolut normale Erscheinung ist und solche Augen deswegen in keiner Weise etwa krank sind.

Es ist ferner eine absolut irrige Meinung, eine Altersbrille, wie überhaupt eine richtig verordnete Brille, könne Schaden stiften. Das Gegenteil ist richtig: schädigend ist vor allem eine längere Zeit dauernde krampfartige Anstrengung der Augen bei der Nahearbeit, die unbedingt sehr rasch zu starker Ermüdung führen muss («Ueberanstrengung»). Die Altersbrille sorgt somit dafür, dass die Augen in einem guten Zustand erhalten werden.

Die Augenlinse kann aber nicht nur vollständig arbeitsunfähig werden, sie kann direkt fehlen. Dieser linsenlose Zustand ist oft angeboren, meist wird er jedoch künstlich hervorgerufen mit der Staroperation. Der «graue Star» besteht in einer Alterstrübung der früher klaren Linse. Die Linsenentfernung, die vollständig schmerzlos vorgenommen wird, bezweckt, dass der

Patient wieder scharf sehen kann, nur muss als Linsenersatz das sog. Star-glas getragen werden.

Das normalsichtige Auge besitzt eine den übrigen Augenteilen genau entsprechende Achsenlänge (von vorn nach hinten). Ist diese länger wie normal, so ist das Auge kurzsichtig, ist sie kürzer, so ist das Auge übersichtig. Da während des Wachstumsalters die Achsenlänge relativ stark zunimmt, entsteht die gewöhnliche Kurzsichtigkeit regelmässig während dieser Zeit und nimmt ebenso gesetzmässig bis zum 20. Jahre zu wie die Uebersichtigkeit im gleichen Zeitalter abnimmt —, um von da an gleichzubleiben. Der erwachsene Normalsichtige war somit als kleines Kind unbedingt stark übersichtig.

Das schwach übersichtige Auge besitzt eine Möglichkeit, seine Fehlsichtigkeit selbst korrigieren zu können, und zwar in der schon besprochenen Linsenkuglung. Da dieses Korrektionsvermögen der Linse aber mit zunehmendem Alter abnimmt und schliesslich ganz aufhört, braucht der Uebersichtige im höheren Alter — der stark Uebersichtige schon früher — zu der Altersbrille auch noch eine solche für in die Ferne. Und nun nochmals der Nahepunkt. Er liegt beim Kurzsichtigen zeitlebens näher am Auge wie beim Normalsichtigen und beim Uebersichtigen immer weiter weg. Der Uebersichtige wird also zum Lesen und Schreiben früher eine Nahebrille brauchen wie der Normalsichtige, und zwar um so früher, je stärker die Uebersichtigkeit ist.

Und wieder umgekehrt beim Kurzsichtigen. Je stärker die Kurzsichtigkeit ist, desto später braucht man die Nahebrille. Uebersteigt die Kurzsichtigkeit einen gewissen Grad, so wird eine Nahebrille überhaupt nie notwendig und es kann aus der Tatsache, dass ein Mensch bis ins höchste Alter ohne Brille gut lesen kann, mit Sicherheit geschlossen werden, dass er — mindestens an einem Auge kurzsichtig ist. Ausser der Kurz- und der Uebersichtigkeit gibt es nun noch einen dritten sehr verbreiteten Augenfehler, nämlich die sogenannte Hornhautverkrümmung oder der Hornhaut-Astigmatismus.

Man sollte annehmen können, dass die durchsichtige Hornhaut als vorderster Teil der kugelförmigen Augenhülle absolut gleichmässig gebaut wäre. Dem ist aber nicht so. Es wird offenbar durch den beständigen Druck der Augenlider die Form der Hornhaut derart beeinflusst, dass sie bei den meisten Leuten eher einem Ausschnitt aus dem flachen Teil eines liegenden Eies entspricht, dessen vertikaler Meridian also stärker gekrümmt ist wie der horizontale. Man kann sich leicht vorstellen, dass die Bilder von vertikalen und horizontalen Linien von einer solchen Hornhaut verschieden gebrochen, d. h. dass sie verschieden scharf gesehen werden. Das Gesamtbild erscheint dadurch verzerrt. Wir besitzen aber wiederum in der jugendlichen Linse ein Mittel, um diesen Hornhautfehler korrigieren zu können. Die Linse vermag sich nämlich nicht nur allgemein zu kugeln und abzuflachen, sondern sich auch so zu formen, dass sie der Gestalt eines aufrecht stehenden Eies entspricht, die das Fehlerhafte der Hornhautbrechung wieder aufhebt.

Uebersteigt die Hornhautverkrümmung ein bestimmtes Mass, so kann sie die Linse nicht mehr voll korrigieren, und wir müssen und können glücklicherweise wieder zu den künstlichen Linsen greifen, zu den Gläsern, und zwar diesmal zu den Zylindergläsern. Das richtige Zylinderglas bricht im entgegengesetzten Sinne wie die zu korrigierende Hornhautverkrümmung und kann trotz einem eventuell sehr starken Fehler ein scharfes Sehen ermöglichen.

Die Kurzsichtigen werden somit durch das richtige Glas in den Stand gesetzt, in die Ferne scharf sehen zu können, was wohl meist einen ganz enormen Vorteil bedeutet. Das gleiche gilt für die Astigmatiker. Der Uebersichtige erhält in der entsprechenden Brille ein wertvolles Mittel, um seine Augen vor Ueberanstrengung zu bewahren, und wir geben den älteren Leuten in der Nahebrille die alleinige Möglichkeit, überhaupt noch Nahearbeit mit den Augen leisten zu können. Die dem fehlsichtigen Auge entsprechende Brille ist somit nicht nur immer äusserst nützlich, sondern sie ist im Existenzkampfe vielfach eine direkte Lebensnotwendigkeit geworden. Die Brille macht als Ergänzung des optischen Apparates des Auges dieses sehr oft erst eigentlich vollwertig und sie ermöglicht einem Menschen oft allein, überhaupt einen bestimmten Beruf ausüben zu können. Die Brille ist ferner speziell in der Jugend immer dann angezeigt, wenn durch sie eine bessere Sehschärfe erzielt werden kann. Das im Wachstumsalter befindliche Auge muss unbedingt so scharf wie nur irgend möglich sehen können, damit es sich richtig entwickeln kann. Sieht es nur unscharf und wird ihm die Seh- und damit die Entwicklungsmöglichkeit nicht gegeben, so bleibt es zurück oder verkümmert direkt. Man macht immer und immer wieder die Erfahrung, dass Augen mit fehlerhaften Anlagen, die aber von früher Jugend an mit dem richtigen Glas korrigiert worden sind, eine völlig normale Sehschärfe besitzen können, und umgekehrt sind fehlerhafte Augen von Erwachsenen, die nie eine Brille getragen haben, auch mit Gläsern nicht mehr zu korrigieren — ein Zeichen, dass die normale Entwicklung ausgeblieben ist.

Die geschilderten Brechungsfehler der Augen sind wie alle übrigen körperlichen und geistigen Nachteile und auch Vorteile den Vererbungsgesetzen unterworfen. Ein Kurzsichtiger wird mindestens entweder einen kurzsichtigen Eltern- oder Grosselternteil haben —, gestohlen, wie man sagt, wird ein solcher Fehler nie. Man hat früher geglaubt, die im Wachstumsalter entstehende Kurzsichtigkeit werde in der Schule, resp. durch die Nahearbeit beim Lesen und Schreiben erworben. Aber es wurde nie bewiesen, und es kann ja auch nie bewiesen werden, dass bei den betreffenden Personen die Kurzsichtigkeit nicht entstanden wäre, wenn sie nicht in die Schule gegangen wären. Man sagt auch oft, Leute mit Berufen, die die Augen durch feine Nahearbeit stark anstrengen, wie z. B. die Uhrenmacher, seien besonders oft kurzsichtig; der Augenfehler komme «somit» von der betreffenden Arbeit. Man scheint aber dabei völlig zu vergessen, dass eben gerade Kurzsichtige für feine Arbeit, die sie näher an das Auge herannehmen können wie Normalsichtige, sich ausserordentlich gut eignen und dass dies der Grund ist, weshalb gerade die Kurzsichtigen solche Berufe bevorzugen.

Nach den gleichen strengen Gesetzen werden auch die Uebersichtigkeit und der Hornhautastigmatismus vererbt — nach den gleichen Gesetzen wie die Farbe der Augen und so viele andere individuelle Eigenschaften.

Es ist deshalb unsinnig, einen solchen Erbfaktor heilen zu wollen, der eben gar keine heilbare Sache darstellt, und es ist unglaublich, dass es auch heute noch Augen-Kurpfuscher gibt, die behaupten, u. a. auch die Kurzsichtigkeit heilen zu können und die mit der unseligen Leichtgläubigkeit der menschlichen Natur ein direkt verbrecherisches Spiel treiben.

(Von Dr. E. S. in der *Neuen Zürcher-Zeitung*.)

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

(Suite et fin.)

III.

Un autre genre de travail très particulièrement intense aussi nous attendait pour finir. Nous sommes mises au régime des hôpitaux d'évacuation de la zone des armées (H. O. E.). L'hôpital se remplit 24 heures, se vide 24 heures, et recommence. Les arrivées ont lieu en général le soir et se poursuivent pendant toute la nuit. Les blessés doivent être au fur et à mesure inscrits, examinés, radioscopés, opérés et triés. (Evacuables assis, couchés, à grande ou courte distance, etc.). Nous ne gardons le lendemain que les mourants et les intransportables. Tous les autres doivent repartir à l'heure que prescrit le Service de santé.

De cette série, pendant plusieurs mois, nous ne connaissons guère que leurs étiquettes et leurs plaies. On travaille sans relâche. Le matin, vers 7 heures on s'arrête quelques instants pour écouter le communiqué, puis on se hâte pour être prêts.

.....10 heures du soir. Par suite d'une surcharge momentanée, nous aurons cette nuit, non seulement des arrivées par les gares, mais aussi par les péniches de la Seine, et nous serons obligées de dédoubler les lits, de mettre des matelas par terre, car nous devons accepter tout ce qu'on nous envoie..... A la lueur de l'ampoule électrique bleue réglementaire qui fait veilleuse, j'aperçois autour de la première ambulance un groupe de forts gaillards à grands feutres kaki..... Ce sont des soldats de la jeune Amérique.

Le chef du détachement s'explique: « Nous venons d'arriver de Cherbourg après trois jours de voyage, et, de notre dépôt, voyant les ambulances, nous sommes venus pour vous aider, nous qui n'avons encore rien fait. Notre major sera aussi jusqu'à 5 heures du matin à la disposition du vôtre. A 6 heures, nous partons pour le front ». C'est de grand cœur que nous acceptons cette aide inespérée, car nos infirmiers sont épuisés et tous les blessés qui nous arrivent sont à brancarder couchés dans les services des différents étages.

A notre vie agitée où, assurément, peu de temps nous restait pour dormir, s'ajoutaient aussi les alertes, petits incidents dans une grande tourmente. Elles nous obligeaient à transporter nos blessés dans des caves voisines mieux conditionnées que les nôtres, mais qu'une torpille aurait néanmoins facilement éventrées. Il y avait un court passage à l'air libre, ce qui nécessitait de la rapidité dans les manœuvres pour éviter les éclats d'obus des tirs de barrage. Plusieurs fois des roues de chariots furent cabossées par des projectiles, mais aucun malade ne fut atteint ¹⁾

A l'aube, nous refaisions plus tranquillement la manœuvre inverse et, harassées, nous préférions prendre l'air quelques instants dans le jardinet de l'hôpital plutôt que de dormir une heure ou deux avant de nous remettre à l'ouvrage.

¹⁾ En 1914, les zeppelins nous étaient apparus pour la première fois par une nuit claire, en promenade inoffensive, à grande altitude, tels que des barrettes phosphorescentes dans le ciel étoilé. En 1918 — pendant 10 mois — ce fut autre chose: les raids de zeppelins et de gothas nous laissèrent peu de répit. Notre quartier fut une ou deux fois assez éprouvé. Une bombe incendiaire tomba même à 100 mètres de notre annexe.

D'ailleurs, dès 6 heures du matin, et de quart d'heure en quart d'heure, les détonations du gros canon qui tirait sur Paris prenaient la suite jusqu'au soir; nous ne nous en occupons guère.

Un jour un ami de mon père, apportant des livres pour distraire les blessés, s'informait affectueusement de nous. Je lui dis que nous pouvions être appelées — suivant les circonstances — à être évacuées avec nos blessés, et je lui demandai ce qu'il comptait faire lui-même: « Oh! moi, quoi qu'il arrive, je subirai le sort de Paris ». Puis, négligemment, il me raconta qu'en sortant de chez lui (quartier des Invalides) un obus était tombé à quelques mètres plus loin ensevelissant un passant. Je ne fus pas étonnée de sa réponse: Je savais que pour lui, savant et érudit, chaque gargouille de Notre-Dame et chaque pavé de Paris avait sa légende et son histoire.

Le front s'est éloigné de quelques kilomètres, nos armées avancent.... et ce fut le sursaut de la seconde Marne.

Un matin de novembre, un de nos docteurs entre inopinément. Il est si pâle que je crains un malheur.... Non. L'armistice est signé et il a voulu être le premier à nous annoncer la nouvelle qui s'est répandue avec rapidité dans le centre de Paris.

Nous nous rassemblons tous autour des lits des plus blessés, peu nombreux ce jour-là. Le docteur, homme à cheveux grisonnants, fin lettré, délicat de cœur et d'esprit, leur est connu pour sa bonté. En quelques mots simples et touchants, il leur dit notre reconnaissance pour les sacrifices faits par eux au pays, notre souvenir aux camarades disparus et l'espoir que la trêve militaire libérera nos provinces dévastées et aboutira à la paix. Les figures de nos hommes restent crispées, presque figées par l'émotion. La minute de silence qui n'est pas encore en usage chez nous se trouve spontanément instituée dans cette salle d'hôpital: quelques larmes furtives coulent sans être essuyées et c'est tout. La joie et la juste fierté patriotique ne viendront qu'après, quand nous en saurons davantage et que le canon — celui qui ne tue pas — aura vraiment fait comprendre à nos âmes trop longtemps meurtries que « le feu a cessé »....

Ce que vécurent, en ces heures tragiques, dans les deux camps, les Poilus de première ligne, nous Croix-Rouges de l'arrière, nous ne le saurons jamais, mais ceux que nous aimons, la vivent-ils aussi, cette heure unique? Où seront-ils des derniers tués de la dernière minute, des derniers massacrés par la volonté d'autres hommes? Angoissante question qui, pour le moment au moins, restera sans réponse¹⁾.... La nouvelle allait se répandre dans le monde entier à travers les frontières et les océans, et beaucoup allaient pleurer qui n'avaient pas pleuré depuis bien longtemps.

Mais notre tâche immédiate n'est pas terminée. Nous recevrons encore quelques convois de blessés, de malades, de rapatriés d'Allemagne, et ce n'est qu'au printemps que notre hôpital fermera définitivement ses portes.

Petit à petit, nos rescapés de la grande guerre redeviendront civils, mais que de soutiens de familles qui, physiquement, ne seront plus que des dépendants et des épaves inadaptables à la vie....

¹⁾ A cette époque, le *Daily News* estimait que si tous les morts de la grande guerre pouvaient se relever et défiler devant nous quatre par quatre, il faudrait jour et nuit six années complètes pour voir passer cette procession monstrueuse.

Ce n'est pas sans émotion que nous apprendrons dans la suite que trois « Gueules cassées », images vivantes des ravages de la guerre, auront eu l'insigne et douloureux honneur d'être présentes à la signature de la paix.

En quittant, le cœur lourd, notre petit hôpital, nous nous demanderons si les générations d'infirmières qui viendront après nous pourront réaliser ce que nous y avons vécu. Non, certainement pas, car il faut avoir « vu » pour comprendre ce qu'a pu être cette ambiance, cette longue veillée d'armes, ce flot incessant de misères et d'horreurs et cette attente indéfinie.....

Dernièrement encore, après 13 ans, la vieille maman d'une de nos plus fidèles infirmières — sa fille est morte peu de temps après la guerre des suites de trop grandes fatigues — nous écrit, sans amertume aucune: « Quand on a travaillé ensemble d'un même cœur pendant plus de quatre ans, on ne peut pas l'oublier ». Et, de son côté, un ancien blessé, revenu de loin, nous écrit: « Il me semble parfois avoir fait un mauvais rêve quand je songe au passé..... Du moins votre sacrifice n'a-t-il pas été inutile, puisqu'aujourd'hui des blessés que vous avez soignés peuvent refaire leur vie ».

Quant à nous, c'est précisément à ceux que nous avons soignés que va notre reconnaissance, car c'est par leur courage, leur bonne humeur, leur gaieté même souvent, qu'ils nous ont communiqué, jour après jour, l'élan nécessaire pour continuer.

Pendant la guerre de Crimée, loin de son pays, au mépris du danger, une femme au grand cœur, « La dame à la lampe », alla porter à ses compatriotes les soins physiques et le réconfort moral dont ils avaient besoin, montrant ainsi le chemin à tous les dévouements.

L'avenir seul dira si l'homme peut quelque chose pour éviter à l'homme le retour de semblables fléaux, car si sa science de laboratoire devait servir à perfectionner de terrifiants engins de destruction, il faudrait désespérer de la raison humaine, et alors le cauchemar que nous avons vécu ne serait sans doute *rien* comparé à l'abomination d'une guerre future.

Spitalerinnerungen.

Von Dr. E. Meier.

Schickt mir da eines Tages meine langjährige Freundin Frl. Dr. med. E. Meier, mit der Bitte um meine Meinung, ihre « Spitalerinnerungen ». Voll Interesse und mit Spannung lese ich dieselben, und meine Antwort lautet: « Ich finde sie ausgezeichnet, denn ich habe, ausgenommen die Operation, genau dasselbe erlebt. » (S. Dezemberrnummer 1929: « Anleitung von Lernschwestern ».) « Warst Du im ...Spital? » « Ja », erwidert meine Freundin.

Nun wird man ja, Gott sei Dank, in unsern meisten Spitälern bedeutend besser und sorgfältiger gepflegt als in diesem in vielen Dingen bedenklich mittelalterlich anmutenden. Aber es ist stets lehrreich — wenn auch nicht gerade immer erfreulich — sich durch die Augen anderer, gebildeter und massgebender Menschen zu sehen. Daher schienen mir Frl. Dr. Meiers « Spitalerinnerungen » wertvoll, geben sie uns doch manchen guten Wink, zeigen, wie man es *nicht* machen soll und wie der Patient dies und jenes auffasst und empfindet.

Schw. Marguerite Fisch.

Blinddarmenzündung! Operation! — Ich liess mich ins Spital fahren. «Vorerst noch etwas beobachten» beordnete der Tagesarzt.

Auf der Privatabteilung war alles besetzt, erst am folgenden Tage konnte ein Zimmer geräumt werden. Nach rascher Ueberlegung beschloss ich, für einmal mit einem Viererzimmer vorliebzunehmen. Müde und von den vorangegangenen Fastentagen geschwächt, sehnte ich mich nach Bettruhe. Kaum aber lag ich an Ort und Stelle, verspürte ich nur noch ein Verlangen: fort, weg in ein Privatkrankenhaus! Doch, wie das bewerkstelligen? Schwester und Kleider spurlos verschwunden, nirgends eine Glocke in Sicht. Gefangen! Brummend schickte ich mich in das Unabänderliche und versuchte, mich einmal bequem und flach hinzulegen. Es gelang nicht ohne Mühe. Trotz meiner nicht übermässigen Körperlänge stiess ich mit den Füßen ans Gestell. Wollte ich mich bis über die Schultern hinauf zudecken, so wurden die Zehen der schützenden Hülle beraubt. Mir blieb nichts anderes übrig, als mich zusammenzuklappen, was allen Uebeln abhalf. Nun hielt ich Inspektion. Ueber meinem Kopfe prangte, genau wie bei den Mitpatientinnen, eine schwarze Schiefertafel, die indiskret den vollen Namen preisgab. Blitzblank und leer standen die weisslackierten Nachttischlein. Keine einzige Bettpfanne, diese würden nur zu bestimmten Zeiten hereingebracht, wurde ich belehrt. Aha! also genau wie bei Katzen und Hunden. Und wenn jemand an Durchfall litt?

Ein Bett stand leer, in einem lag eine vor wenigen Tagen operierte Italienerin, neben dem dritten sass eine Rekonvaleszentin. Sie klagte, jammerte und krümmte sich vor Schmerzen, wagte es aber nicht, sich ohne Erlaubnis der Schwester wieder hinzulegen.

Um 6 Uhr abends ging die Türe sperrangelweit auf, Teller und Gläser wurden recht geräuschvoll hereingebracht. Die Jammernde war mitten im Durchzug, doch darum kümmerte sich niemand. Immerhin gestattete ihr die Schwester, zu Bett zu gehen. Servierbrettchen wurden verteilt. Zum Glück durfte ich nicht viel zu mir nehmen, das dicke Geschirr, die unförmlichen Löffel, das ganze Drum und Dran hatten gar nichts Appetitanregendes.

Bei meinem Eintritt hatte die Schwester meine Personalien aufgenommen, sie wusste daher, dass ich noch ein blutjunges Medizinsemester darstellte, und redete mich, wie ich es zu hören gewohnt war, mit «Fräulein» an. Anders ihre Gehilfin. Beim Darreichen des Waschwassers mit dem nötigen Zubehör kommandierte sie selbstbewusst: «So, jetzt können sie sich waschen, Emma». Einen Augenblick starrte ich sie sprachlos an. Die erste primitive, sogleich aber auch unterdrückte Regung war, ihr «eins zu wischen». Mich wunderte nur, dass mich diese um einige Jahre jüngere Dame nicht geradeheraus duzte. Das konnte vielleicht noch kommen. Dass das Waschen, wie alles andere, in einem gemeinsamen Saale der Ordnung wegen zu einer bestimmten Zeit geschehen musste, konnte ich gut begreifen. Ich glaube jedoch, ich hätte auch ohne den weisen Zuspruch verstanden, was wohl mit dem im Becken herbeigetragenen Wasser anzufangen war.

Nach der erledigten Prozedur erhielt ich Kamm und Bürste mit der Anweisung: «Jetzt werden zwei Zöpfe für die Nacht gemacht.» Das wurde immer bunter. Wahrhaftig, ich fühlte mich wieder in die ersten Kinderjahre zurückversetzt, dabei zählte ich doch meine 23 Lenze und hatte auf meinen vielen grossen Reisen doch auch schon einiges erlebt, gesehen und erfahren. Krampfhaft presste ich die Lippen zusammen, um ja nicht vor den andern herauszuplatzen. Die schienen sich gar nicht an diesem Verfahren zu stossen.

Vielleicht deshalb, weil sie aus einfachen Verhältnissen stammten. Die eine Kranke, die vom Schicksal mürbe geschlagene Dulderin, benahm sich ruhig und ergeben, während die Italienerin zum starren Entsetzen der Schwester bei jeder Gelegenheit loslegte, wie ein Fuhrknecht fluchte und jeder Belehrung hartnäckigen Widerstand entgegensetzte.

Ich beruhigte mich. Es schadet ja nichts, einmal ein total anderes Milieu kennenzulernen, um so mehr schätzt man später das Altgewohnte.

Die Schwester verteilte die verschiedenen Medizinen, gab jedem freundlich « Gute Nacht » wünschend die Hand. Ihr folgte mein delikater Schwarm, wie ein Papagei alles wiederholend. Dann wurde das Licht gelöscht und Ruhe trat ein. So früh fing für mich die Nacht gewöhnlich nicht an, aber nun es einmal so sein musste, nahm ich es eben hin. Lange würde dieser Zustand für mich doch nicht dauern.

Vor kurzem noch war ich reichlich müde gewesen, all das Erlebte aber hatte mich tüchtig aufgerüttelt und die Mattigkeit verscheucht. Zufrieden, endlich alles hinter mir zu haben, legte ich mich zum Schlafen zurecht. Als ich nach langer Zeit einzunicken begann, erhob sich von einem Bette her ein kräftiges Geschnarche, dem sich gar bald tiefe, regelmässige Atemzüge zugesellten. In bezug auf Nachtruhe war ich sehr verwöhnt, schlief ich doch meist allein in ganz stillen Zimmern. Ich hatte eine schlaflose Nacht vor mir. Doch auch mit dieser Perspektive fand ich mich rasch ab. Wenigstens konnte ich ungestört meinen Gedanken nachhängen. Um ja zu keinerlei Rapport oder sonstigen Erörterungen am folgenden Tage Anlass zu geben, schloss ich die Augen, sobald ich die Nachtwache kommen hörte.

Um 5 $\frac{1}{2}$ Uhr begann unser Tag. Wieder nahm man die Prozeduren des vergangenen Abends vor. Dann räumten Schwester und Gehilfin das Zimmer auf.

In grosser Ungeduld sehnte ich die Arztvisite herbei, entschlossen, keinen weitem Tag mehr hier zuzubringen. Konnte der versprochene Raum nicht frei werden, wollte ich mich nach etwas anderm umtun.

Die Italienerin und ich blieben im Bett, die andere Kranke nahm wie gestern ihren alten Platz ein. Endlich erschienen der Arzt und sein Famulus, die ich beide mit « Herrn Doktor » ansprach. Noch — so erfuhr ich später — hatten sie ihre Dissertationen nicht hinter sich, deshalb hörten sie den Titel wohl sehr gerne. Mir ging es später auch so.

Mit einem flüchtigen Gruss wurde die Sitzende erledigt. Als Rekonvaleszentin bot sie den Jüngern der Wissenschaft wenig Interessantes mehr. Nach der Italienerin, bei der ein Verbandwechsel vorgenommen wurde, kam ich an die Reihe. Noch einmal wurde die verdächtige Stelle abgetastet und genau untersucht, dann setzte sich der ältere von beiden ganz formlos auf den Bettrand und begann kreuz und quer zu fragen. Was mich weitaus am meisten freute, war die Mitteilung, dass das erhoffte Zimmer frei sei.

Gehobener Stimmung liess ich mich in ein Gespräch mit meinen Zimmergenossinnen ein, hörte aufmerksam ihren Leiden und Klagen zu, liess sie jedoch nicht gross zum Fragenstellen kommen. Nach wenigen Stunden kam Zuzug, ein nettes Grossmütterlein, das bald aufgeräumt an unserm Plaudern teilnahm.

Gegen Mittag fand meine Uebersiedelung in die Privatabteilung statt. Vergeblich bat ich, durch den anstossenden Saal zur Tragbahre gehen zu dürfen. Die Schwester wollte davon nichts wissen und beharrte darauf, mich

hinzutragen. Obwohl recht mager, überragte ich sie bei weitem an Körpergrösse, und sie mühte sich sichtlich ab, mich nicht auf dem Parkett, sondern eben noch auf der Bahre landen zu lassen. Gerade wohlgeborgen hatte ich mich in ihren Armen nicht gefühlt.

Mit dem Lift ging's in die Höhe. Mir war, als liesse ich eine dumpfe Welt hinter mir und führe dem Lichte entgegen. Befreit atmete ich im luftigen Zimmer auf und fast unbändig freute mich das Wiedersehen meiner Kleider, die in meiner Nähe verstaubt wurden, die elektrische Klingel und das Stehlämpchen neben dem Bett. Wieder eigener Herr und Meister! Welch wohltuendes Gefühl, wieder Mensch zu sein, dem Dinge gehören, nicht nur eine Nummer, der man ohne weiteres wortlos nimmt und gibt, wie's einem gefällt. Ich glaube, darin wird ein grosser Fehler gemacht. Nicht das Eingliedern des einzelnen in ein grosses Ganzes ist zu verwerfen, nur die Art, wie dies geschieht, dies gänzliche Ausserachtlassen des primitivsten Anstandes, der auf einfachster Achtung vor allem Lebenden basiert. Einem Gesunden würde keiner, ohne zu fragen, etwas wegnehmen. Diebstahl ausgeschlossen. Warum soll man sein Verhalten bei einem körperlich Erkrankten ändern? Anders ist es bei geistiger Umnachtung. Aber auch da wird immer und immer wieder darauf hingewiesen, dass man den Kranken möglichst als ganze Persönlichkeit und nicht nur als eine Ruine, auch wenn er eine solche ist, zu behandeln hat.

Hier oben erlebte ich während meines neuntägigen Aufenthaltes eine Nacht- und drei Tagschwestern. Immerhin etwas viel für einen kranken Menschen, der sich nicht gerne stets auf neue Gesichter und Charaktere einstellt. — Eine Pflegerin erschien mir als die personifizierte Güte, die andere besass viel Einfühlungsvermögen und verstand es, immer dann zu kommen, wenn ihre Gegenwart erwünscht war, die dritte, meine eigentliche Betreuerin, schien noch im Schwärmealter des Backfisches zu sein. Ich mochte sie gerne. Leider aber ging ihr, wie aus dem Folgenden zu ersehen ist, tieferes psychologisches Verständnis total ab.

Als Kind musste ich mich einmal einer Narkose unterziehen, die keinerlei unangenehme Erinnerungen bei mir zurückliess. Die Folge davon war, dass mir vor der so alltäglichen Blinddarmoperation nicht im geringsten graute. Darüber konnte sich nun die Schwester nicht genug wundern. Verschiedentlich versicherte ich ihr, dass man fest schlafe und von dem Eingriff nicht das Geringste spüre. Anstatt sich damit zufrieden zu geben, fing sie immer von neuem mit diesem Thema an. Ihr wäre besonders vor der Narkose Angst, alle sagten, man vermeine, ersticken zu müssen. Ich wiederholte ihr meine diesbezüglichen Erfahrungen, fragte mich jedoch im stillen, wie mir wohl nach all diesen Voraussagungen zumute wäre, könnte ich nicht auf die einstige Narkose zurückblicken oder zählte ich zu den ängstlichen Kranken. Ganz unmöglich benahm sich die Gute, als man mich zur Operation holen kam. «Fürchten Sie sich wirklich nicht?» zitterte sie besorgt und verhielt sich erst auf mein bestimmtes «Nein» hin ruhig.

Nun lag ich unten mit festgeschnallten Armen und Beinen, dem Kommenden zuversichtlich entgegensehend. Es wurde gesäubert und gejobet. Dann begann das Einschläfern. Du lieber Himmel! Das allerdings entsprach keinerlei meinen Erwartungen. Anstatt die durchtränkte Maske langsam Mund und Nase zu nähern, wurde sie sofort ganz aufgesetzt, somit mit einemmal jegliches Zuströmen der Aussenluft unterbunden. Eine brutalere Wirkung kann

man sich kaum denken. Nichts von dem so angenehmen Hinüberdämmern der gut gemachten Narkose, wohl aber ein abscheuliches Erstickungsgefühl. Ich hielt den Atem an und machte verzweifelte Abwehrversuche. Aber wie festgewachsen sass das lästige Zeug, alle meine Bemühungen waren erfolglos. Da hörte ich eine monotone Stimme, die mich aufforderte, nur immer tief zu atmen. Ich gehorchte, aber reflektorisch trat wieder Atemstillstand ein. Dabei verspürte ich einen höchst peinlichen Husten- und Brechreiz. Doch ich lag gebunden, gefangen. Es war ein furchtbarer Zustand. Endlich, endlich konnte ich mich ergeben.

Die Schwester droben hatte recht gehabt. Was für ein Glück, dass ich die Möglichkeit einer so schlechten Narkose nicht einmal geahnt hatte.

Wie lange an mir gearbeitet wurde, entzieht sich meiner Kenntnis. Mitten drin wachte ich allerdings einmal auf. Zufällig vernahm ich, der Puls sei schlecht, möglicherweise liege eine innere Blutung vor, man müsse nochmals öffnen. Das Wort «öffnen» weckte alle meine Lebensgeister, mir wurde angst und, die unsägliche Schläffheit überwindend, brachte ich mit äusserster Anstrengung heraus: «Tut — weh!» Einen Augenblick lang lauschte ich gespannt. Hatte man mich gehört? Wenn nicht, was dann? Aber da setzte sich auch schon wieder die Maske auf mein Gesicht, und bald darauf wusste ich nichts mehr. Wieder einige Zeit später spürte ich ein Reißen am rechten Arme. Zum Sprechen zu matt, liess ich es geschehen, und erneut verdunkelte sich alles um mich her. Als meine Sinne endlich wieder erwachten, vernahm ich die Worte: «Ist sie noch so apathisch?», dabei fühlte ich eine warme Berührung an meiner Nase. Die Antwort vernahm ich nicht, dagegen wurde ich mir bewusst, dass man wiederholt meine Nase betastete. Neugierde übernahm mich. Was bedeutete denn dies sonderbare Getue? Ich vermochte jedoch nicht zu sprechen und fühlte mich unfähig, irgendein Glied auch nur etwas zu bewegen. Als das Befühlen gar kein Ende nehmen wollte, dachte ich zornig: «Bin ich denn ein Hund, dass sich jeder erlaubt, mir an die Nase zu fahren?» Weiter kam ich nicht. Erst nach einer nochmaligen traumlosen Versunkenheit erwachte ich endlich voll und ganz in meinem Bett.

«Sie haben sich schöne Seitensprünge erlaubt», neckten später Arzt und Schwester. Mehr gaben sie mir nicht preis, ich sollte die Details später in der Krankengeschichte nachlesen.

Das Reißen am Arme erklärte ich mir mit Leichtigkeit nach der Wegnahme des mir rätselhaften Verbandes. Da kam eine hässliche zirka 10 cm lange Narbe zum Vorschein als Beweis einer ärztlichen Intervention in einem Augenblick, da mein kleines Leben auf dem Spiele stand.

Meiner rasch heilenden Natur entsprechend, genas ich in kurzer Zeit.

Der Schrecken der Narkose verschwand bald im Unterbewussten. Erst als ich viele Semester später als Praktikantin den ersten Aetherrausch unter Anleitung des Chefarztes vornahm, rückte das einst Erlebte wieder ins volle Bewusstsein. Nicht weiter überdenkend, wollte ich der Patientin eben die Maske voll auflegen, da wurde meine Hand heftig zurückgerissen und «das ist die grösste Gemeinheit, die man einem Kranken antun kann!» ertönte an mein Ohr. Mit hochrotem Kopf erklärte mir der Arzt, langsam müsse man mit der Maske näherkommen, so dass mit dem Narkotikum noch eine beträchtliche Menge atmosphärischer Luft eingeatmet werden könne. Erst wenn der Patient leicht bedöst sei, dürfe man die Maske ganz aufsetzen. Durch ein solches Vorgehen käme es zu keinem Erstickungsgefühl und dem-

zufolge zu keiner Abwehrbewegung. Je ruhiger aber der Patient einschlafe, desto weniger Narkotika brauche man und desto schneller könne der Eingriff vorgenommen werden.

Ich bin dem Lehrer von Herzen dankbar und wünschte nur, dass jeder Narkoseschwester und jedem jungen Arzte, der im Begriffe ist, ahnungslos diese «grosse Gemeinheit» zu begehen, jemand in den Arm fiel und ein gebieterisches «Halt» zurief.

Aus den Verbänden. — Nouvelles des sections.

Schweizerischer Krankenpflegebund.

Section de Neuchâtel.

Sœur Rosa Linder †. Une collègue, membre de notre section presque dès sa fondation, vient de nous être enlevée après de longues années de maladie; elle avait dû quitter déjà en 1924 une tâche qu'elle aimait, sa santé étant de plus en plus mauvaise, et ce fut pour elle un immense chagrin.

Sœur Rosa avait dès lors organisé sa vie de malade, car elle savait bien qu'il n'y avait pas de guérison à espérer, et pourtant elle accueillait toujours les visiteurs avec un sourire, s'intéressant à tout ce qui les concernait, parlant peu d'elle-même et ne se plaignant jamais, ni de la longueur de la maladie, ni des souffrances qui ne lui furent pas épargnées ces derniers mois.

Aussi désirait-elle s'en aller, car la lutte contre l'impitoyable maladie avait été bien longue et sa faiblesse était si grande; elle est partie tout doucement comme une lampe qui s'éteint faute d'huile, et entourée de chères affections.

Nous ne pouvons, tout en regrettant vivement son départ, qu'être reconnaissants de la savoir au Port, et nous lui garderons un souvenir ému pour sa vaillance et sa sérénité constante dans sa longue épreuve.

C. M.

Krankenpflegeverband St. Gallen.

Arbeitslosenversicherung. Wir ersuchen unsere versicherten Mitglieder, die zweite Rate bis Ende September auf Postcheck IX 3595 einzuzahlen. Zufolge einer Vorschrift des Bundesamtes in Bern sieht sich die Kasse veranlasst, die Mitgliederbeiträge etwas zu erhöhen, und zwar gilt diese Bestimmung rückwirkend ab 1. April 1931. Unsere Versicherten erhalten einen Einzahlungsschein mit der Angabe, was nachzuzahlen ist, und die neuen Statuten der Arbeitslosenversicherungskasse, auf deren Seite 3 die neue Zusammenstellung von Beiträgen und Staatsgeldern sich findet.

Krankenpflegeverband Zürich.

Im Oktober werden wir mit unseren *Monatsversammlungen* wieder beginnen. Als Referenten konnten gewonnen werden: Herr Dr. Braun, Oberarzt, Burghölzli, Herr Prof. Miescher, dermatologische Klinik, Frau Dr. Schlikow (Massage), Herr Dr. Weber, Dozent an der sozialen Frauenschule, und wir hoffen, dass auch Frau Oberin Schneider uns einen Abend widmen wird. Den Vorstand wird es sehr freuen, wenn auch dieses Jahr recht viele Schwestern zu unseren Vorträgen kommen, ist es doch für uns alle wichtig, immer wieder Neues zu lernen, und Gelerntes aufzufrischen. — Die erste Monatsversammlung findet am 30. Oktober statt. Vortrag von Herrn Dr. Braun: «Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie». Näheres im Oktoberheft.

Das **Bundesabzeichen Nr. 821** (Anhänger) ist **verlorengegangen** und wird als ungültig erklärt.

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

Sektion Basel. — *Aufnahmen:* Schwn. Alba von Herff und Henriette de Bonneville.
Neuanmeldung: Schw. Elise Tanner, von Herisau, geb. 1902.

Bern. — *Anmeldungen:* Schwn. Gertrud Hämig, geb. 1896, von Uster (Zürich), in Glarus; Nelly Pittet, geb. 1904, von Freiburg, in Freiburg; Rosa Weber, geb. 1908, von Hausen (Zürich), in Niederbipp; Anna Bucher, geb. 1899, von Dagmersellen (Luzern), in Niederbipp; Jeanne Salzmann, geb. 1903, von Signau (Bern), in Niederbipp. *Aufnahme:* Schw. Mina Egli.

Genève. — *Démision:* M^{lle} Elise Hirter, pour cause de mariage.

Luzern. — *Anmeldung:* Schw. Maria Luginbühl, von Oberthal, geb. 1908, in Luzern. *Aufnahme:* Schw. Ruth Melzer, geb. 1897, von Dessau, in Basel. *Austritte:* Schwn. Marie Schury; Hedwig Ochsenbein (Uebertritt in die Sektion Bern).

St. Gallen. — *Anmeldung:* Schw. Anni Keller, geb. 1908, von Steinach, St. Gallen (Diplom von Baldegg). *Aufnahme:* Schw. Anneliese Otto.

Vaudoise, Lausanne. — *Admissions définitives:* M^{lles} Madeleine Perrotet et Marthe Dumuis. *Démision:* M^{me} C. Barbanera-Mürset, pour cause de décès.

Zürich. — *Anmeldungen:* Schwn. Charlotte Helbling, geb. 1907, von Jona (Pflegerrinnenschule Zürich); Fanny Schmid, geb. 1902, von Winterthur (Schwesternhaus vom Roten Kreuz Zürich). *Provisorisch aufgenommen:* Schwn. Alice Dolder, Hanna Heizmann, Klara Hässig, Marie Kubli, Olga Müller, Frieda Pfenninger. *Definitiv aufgenommen:* Schwn. Amalie Lauinger, Ida Pappa. *Austritt:* Schw. Emma Scherrer (gestorben).

Schweizerischer Verband der Pflegerinnen für Nerven- und Gemütskranke.

Anmeldungen: Schwn. Frieda Vuille, von Tramelan (Bern), geb. 1892; Rosina Hilty, von Grabs (St. Gallen), geb. 1906; Ida Luginbühl, von Bowil (Bern), geb. 1897; Berta Rothen, von Rüschegg (Bern), geb. 1905; Erna Spring, von Steffisburg (Bern), geb. 1907; Maria Antonia Hurter, vom Oberamt Dettmang (Württemberg), geb. 1896.

Provisorisch aufgenommen: Schwn. Anna Meier, Emma Rüegg, Rosa Wirz, Ida Indlekofer.

Examen. — Examens.

Kandidaten haben sich bis zum 15. Oktober anzumelden. — Les candidats devront s'annoncer jusqu'au 15 octobre.

C. Ischer, Taubenstrasse 8, Bern.

Nach Amerika.

In der Julinummer der « Weltrundschau » lesen wir: « Der Weltbund möchte in den Schwesternzeitschriften aller Länder zur Kenntnis bringen, dass gegenwärtig unter den Schwestern der Vereinigten Staaten grosse Arbeitslosigkeit herrscht durch bedeutendes Ueberangebot. »

Möchten daher die gar so sehr « amerikalustigen » Schwestern sich eine Ueberfahrt wohl überlegen. Es ist ja auch nicht gesagt, dass amerikanische Systeme immer die besten seien. Wer sie aber kennenlernen will, kann das mit weniger Risiko tun in der *Ecole Florence Nightingale* in *Bordeaux*, die ganz von amerikanischen Schwestern gebaut wurde und von solchen geleitet wird.

Schw. M. F.

Fürsorgefonds. — Fonds de secours.

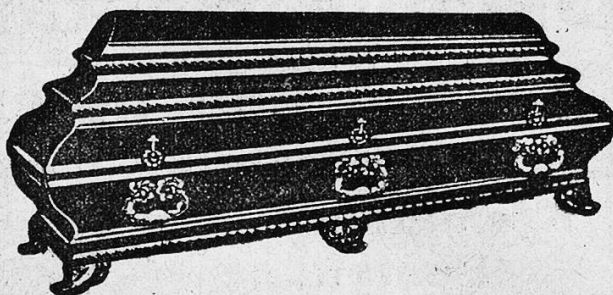
Schn. Sophie Straub, Zürich; Blanche Gyax, Bern; A. Baumann, A. und P. Schafheutle, Herr Lüttenegger, Neuchâtel. Total Fr. 51.50.

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.



Krankenpfleger

Deutsch und Französisch sprechend, **sucht Stelle** auf 1. Oktober für Privatpflege oder in Sanatorium

als Wärter u. Desinfektor.

Zeugnisse stehen zu Diensten.
— Offerten unter Chiffre 2076
B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Das Frauen-Erholungsheim

des Zweigvereins Oberaargau des Roten Kreuzes auf d. aussichtsreichen Hinterberg bei Langenthal, vollständig gemeinnütziges Institut, nimmt erholungsbedürftige Frauen und Töchter, ohne Rücksicht auf Nationalität und Konfession, unter günstigen Bedingungen auf. Schöne Parkanlagen 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 Weiterbeförderung zu versehen. Ebenso bitten wir dringend, **keine Originalzeugnisse** einzusenden, indem wir jede Verantwortlichkeit für deren Rückhalt ablehnen müssten.

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

Genossenschafts-Buchdruckerei
Bern, Viktoriastrasse 82

Schwester

sucht Stelle auf 1. oder 15. Oktober in kleineren Spital zur weitem Ausbildung, wenn möglich auf Chirurgie. — Offerten unter Chiffre 2067 B. K. an die Genossenschafts-Buchdruckerei Bern, Viktoriastrasse 82.

Tüchtige Krankenpflegerin

sucht auf Anfang Oktober **Stelle** in Klinik od. Spital, event. zu Arzt. Zeugnisse stehen zu Diensten. — Offerten unter Chiffre 2077 B. K. an die Genossenschafts-Buchdr. Bern, Viktoriastrasse 82.

Lugano-Suvigliana Evang. Erholungsheim

Idealer Ort für Erholungs-
u. Feriengäste. Mässige Preise

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

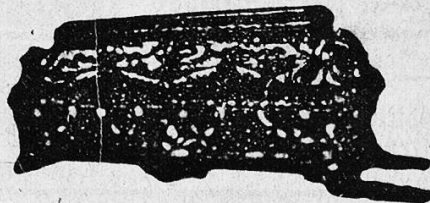
Leichentransporte

Kremation

Bestattung

Exhumation

Pompes Funèbres Générales S. A. Berne



P. S.

In Bern ist es absolut überflüssig noch eine Leichenbitterin beizuziehen

Pflegerinnenheim
des

ROTEN-KREUZES

NIESENWEG N° 3 • BERN • TELEPHON 2903

**Kranken- und Wochenpflege-
Personal**