

Zeitschrift: Blätter für Krankenpflege = Bulletin des gardes-malades
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 33 (1940)
Heft: 10

Heft

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 20.08.2025

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

Solothurn, 15. Oktober 1940

Nr. 10

Soleure, 15 octobre 1940

33. Jahrgang

33^e année

Blätter für Krankenpflege

Herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz
(Rotkreuzchefarzt)

BULLETIN DES GARDES-MALADES

ÉDITÉ PAR LA CROIX-ROUGE SUISSE
(Médecin en chef de la Croix-Rouge)

Erscheint am
15. des Monats



Parait le
15 du mois

REDAKTION:

Zentralsekretariat des
Schweizerischen Roten Kreuzes
Taubenstrasse 8, Bern

Abonnemente: Für die Schweiz:
Jährlich Fr. 4.—, halbjährlich Fr. 2.50
Bei der Post bestellt 20 Cfs. mehr

Für das Ausland: Jährlich Fr. 5.50,
halbjährlich Fr. 3.—

Einzelnummern 40 Cfs. plus Porto
Postcheck Va 4

REDACTION:

Secrétariat
de la Croix-Rouge suisse
Taubenstrasse 8, Berne

Abonnements: Pour la Suisse:
Un an frs. 4.—, six mois frs. 2.50
Par la poste 20 cfs. en plus

Pour l'Etranger: Un an frs. 5.50,
six mois frs. 3.—

Numéro isolé 40 cfs. plus port
Chèques postaux Va 4

ADMINISTRATION:

Rotkreuz-Verlag, Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn
Postcheck Va 4 - Telephon 2.21.55

Schweizerischer Krankenpflegebund.

Alliance suisse des gardes-malades.

Zentralvorstand — Comité central.

Präsidentin: Schwester Luise Probst,
Socinstrasse 69, Basel.

Vizepräsident: Dr. C. Ischer, Bern.

Kassier: Pfleger Hausmann, Basel; Schw. Berthy Rüegg, St. Gallen; M^{lle} Henriette Favre, Genève; Schw. Bertha Gysin, Basel; Oberin Dr. Leemann, Zürich; M^{me} Prof. Dr. Michaud, Lausanne; 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. E. Martin.

Lausanne: Dr. Exchaquet.

Luzern: Dr. med. V. Müller-Türke.

Neuchâtel: M^{me} la Dr. de Montmollin.

St. Gallen: Schw. Anna Zollikofer.

Zürich: Frau Dr. G. Haemmerli-Schindler.

Vermittlungsstellen der Verbände. — Bureaux de placements des sections.

Basel: Vorst. Schw. Julia Walther, Kannenfeldstrasse 28, Telephon 2 20 26.

Bern: Vorst. Schw. Lina Schlup, Niesenweg 3, Telephon 2 29 03, Postcheck III 11348.

Davos: Vorst. Schw. Mariette Scheidegger, Telephon 4 19, Postcheck X 980.

Genève: Directrice M^{lle} H. Favre, 11, rue Massot, téléphone 5 11 52, chèque postal I 2301.

Lausanne: M^{lle} Marthe Dumuid, Hôpital cantonal, téléphone 2 85 41, chèque postal II 4210.

Luzern: Vorst. Schw. Rosa Schneider, Museggstrasse 14, Telephon 2 05 17.

Neuchâtel: Directrice M^{lle} Montandon, Parcs 14, téléphone 5 15 00.

St. Gallen: Vorst. Frau Würth-Zschokke, Blumenaustr. 38, Telephon 2 33 40, Postcheck IX 6560.

Zürich: Vorst. Schw. Math. Walder, Asylstrasse 90, Telephon 2 50 18, Postcheck VIII 3327.

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

Zentralkasse — Caisse centrale: Basel, Postcheck V 6494.

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

Bundesabzeichen. Der Erwerb des Bundesabzeichens ist für alle Mitglieder des Krankenpflegebundes obligatorisch. Der Preis richtet sich nach dem jeweiligen Silberwert und der Ausstattung (Anhänger, Brosche usw.). Es muss bei Austritt, Ausschluss oder Ableben des Mitgliedes wieder zurückerstattet werden. Die Höhe der Rückerstattung beträgt Fr. 5.—. — Das Bundesabzeichen kann nur bei dem Vorstand des lokalen Verbandes, dessen Mitglied man ist, bezogen werden. Die Bundesabzeichen sind numeriert und es wird von jedem Vorstandsvorstand ein genaues Nummern- und Inhaberverzeichnis darüber geführt. Wenn ein Bundesabzeichen verloren wird, ist der Verlust sofort an der betreffenden Bezugsquelle anzuzeigen, damit die verlorene Nummer event. als ungültig erklärt werden kann. — Das Bundesabzeichen darf von den nach der Delegiertenversammlung am 22. November 1914 eingetretenen Bundesmitgliedern ausschliesslich zur Bundestracht oder zur Tracht einer der vom Bund anerkannten Pflegerinnenschulen, deren Diplome den Examenausweis des Krankenpflegebundes ersetzen, nicht aber zur Zivilkleidung getragen werden. Die Bewilligung zum Tragen des Bundesabzeichens zu einer andern als von den vorerwähnten Trachten, muss in jedem einzelnen Falle beim Bundesvorstand 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 9392

Bei Bestellungen sind die Mitgliedkarten einzusenden.

Inseraten-Annahme: Rotkreuz-Verlag, Geschäftsstelle: Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn.
Schluss der Inseraten-Annahme jeweilen am 10. des Monats.

Les annonces sont reçues par les Editions Croix-Rouge, Office: Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure.
Dernier délai: le 10 de chaque mois.

BLÄTTER FÜR KRANKENPFLEGE

Herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz
(Rotkreuzchefarzt)

BULLETIN DES GARDES-MALADES

ÉDITÉ PAR LA CROIX-ROUGE SUISSE
(Médecin en chef de la Croix-Rouge)

Inhaltsverzeichnis — Sommaire

	Pag.		Pag.
Die dem Menschen und seinen Haustieren gemeinsamen tierischen Parasiten	149	Schwester Emilie Janser †	161
Tuberculose et Mariage	154	Schwesterntag 1940	162
Schweizerischer Krankenpflegebund — Alliance suisse des gardes-malades	157	Schwesternbrief	162
Jahresbericht pro 1939	158	Le Comité international de la Croix-Rouge et la guerre.	164
		La sciatique	165

Die dem Menschen und seinen Haustieren gemeinsamen tierischen Parasiten.

Die Zahl jener merkwürdigen Tiere, die *in* und *auf* dem menschlichen Körper, dauernd oder bloss vorübergehend, schmarotzen, ist eine bemerkenswert grosse. Man kennt heute auf der ganzen Erde ungefähr 600 Arten von tierischen Parasiten des Menschen, der grössere Anteil hievon ist allerdings auf die wärmeren Länder beschränkt. Während nun eine Anzahl von diesen Parasiten einzig und allein den Menschen befallen, sich also ausschliesslich an das Leben in oder auf dem Menschen angepasst haben, mithin, wie wir uns auch ausdrücken, *spezifische* Parasiten des Menschen darstellen, gibt es andere, die, sei es in erwachsenem, sei es in jugendlichem Zustand, ausser an den Menschen auch noch an Tiere angepasst sind, z. B. an seine Haustiere. Von solch letzteren Parasiten will ich heute einige wenige herausgreifen, die wegen ihres häufigen Auftretens oder, weil sie schwere Erkrankungen hervorrufen, von besonderem Interesse sind.

So sei als einer der häufigsten Parasiten des Menschen und zugleich auch des *Schweines* der allbekannte *Spulwurm* oder *Ascaris lumbricoides*, wie sein wissenschaftlicher Name lautet, besprochen. Dieser rötlichgelbe oder graugelbe Rundwurm, dessen gestreckter, spindelförmiger Körper am Vorderende drei Lippen trägt, ist von ansehnlicher Grösse; das Männchen ist zirka 16 cm lang und 3 mm breit, während das Weibchen eine Länge von 25 cm und darüber erreicht, bei einer Breite von 5 mm. Der gewöhnliche Sitz des Spulwurmes ist der Dünndarm, wo er sich ausschliesslich vom Speisebrei des Wirtes ernährt. Beim Menschen aller Altersstufen — jedoch bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen und bei der Landbevölkerung verbreiteter als bei Stadtmenschen — findet er sich in der Regel bloss in einigen wenigen Exemplaren vor, doch sind Personen mit Hunderten von Spul-

würmern beobachtet worden. Von seinem regelmässigen Sitze im Dünndarm führt der Parasit oft weite Wanderungen aus und gelangt so in die Ausführungsgänge der Leber und der Bauchspeicheldrüse, in den Wurmfortsatz des Blinddarms, mitunter sogar, nach Durchbohrung der Darmwand, in die Bauchhöhle, ja er kann von hier aus in ganz seltenen Fällen die Bauchdecken selbst durchsetzen und einen sogenannten Wurmabszess verursachen. Mit Vorliebe wendet er sich aber magenwärts und wird dann durch Erbrechen entleert oder er wandert noch höher und kriecht aus dem Magen durch die Speiseröhre in den Rachen, von wo er durch den Mund oder Nase nach aussen gelangt. Es ist klar, dass solche Wanderungen die schwersten Schädigungen für den Wirt zur Folge haben können. Der Spulwurm ist zwar in vielen Fällen, trotz seiner bedeutenden Grösse, ein mehr harmloser Parasit, besonders wenn nur ganz wenige Exemplare in einem Darm hausen. Doch auch da kann er bei empfindlichen Personen sehr unangenehme Störungen nervöser und anderer Natur hervorrufen, z. B. hysterische und epilepsieartige Anfälle, Stimmlosigkeit, Kongestionen im Gehirn usw. Bei allen Patienten aber, menschlichen und tierischen, werden durch die Anwesenheit zahlreicher Spulwürmer meist arge Schädigungen hervorrufen, die indessen rasch schwinden, wenn die Würmer abgetrieben werden. Das Vorliegen einer Spulwurmerkrankung ist leicht durch eine mikroskopische Untersuchung des Stuhles festzustellen, in welchem man die dickschaligen, sehr charakteristischen Eier findet. Wie erwirbt man den Spulwurm und wie schützt man sich vor ihm? Zur Beantwortung dieser Fragen rasch noch einen Blick auf die interessante Entwicklung dieses Wurmes, die erst in den letzten Jahren vollständig aufgedeckt werden konnte! Man wusste schon seit langem, dass die noch vor ihrer Furchung mit dem Stuhl ins Freie gelangten Eier sich in feuchter Erde oder im Wasser innerhalb von 30—40 Tagen so weit entwickeln, dass der Embryo in der Eischale die Wurmgestalt erreicht. Erst in diesem Stadium sind die Eier befallsfähig, können sie Mensch oder Schwein anstecken; dagegen werden solche Eier, die auf einer niedrigeren Stufe der Entwicklung in den Magen gelangen, einfach verdaut. Niemals schlüpfen die jungen Spulwürmchen im Freien aus dem Ei; man hat voll entwickelte Eier bis fünf Jahre aufbewahrt, ohne dass der Embryo die Eihüllen verliess; dies geschieht vielmehr erst im Magendarmkanal des Wirtes. Wie gelangen sie nun in diesen? Sehr einfach: mit beschmutzter Nahrung oder ebensolchem Wasser. Es ist z. B. bekannt, dass Gemüsebeete oft zu besserem Wachstum mit Jauche begossen werden oder mit Wasser aus Tümpeln, in die auf irgendeine Weise Stuhl mit Spulwürmern gelangt sein kann. Werden nun namentlich roh genossene Gemüsearten, z. B. grüner Salat oder Brunnenkresse oder dergleichen, nicht sorgfältig genug gereinigt, bevor sie auf den Tisch kommen, so schluckt der Mensch die etwa anhaftenden Spulwurmeier mit und die Ansteckung ist erfolgt. Bis vor kurzem hat man angenommen, dass die so verschluckten reifen Eier aus dem Magen in den Darm gelangen, wo die jungen Würmchen ausschlüpfen und an Ort und Stelle bis zur Vollreife heranwachsen. Durch Jahrzehnte gab man sich mit dieser Vorstellung über den Entwicklungsgang zufrieden und hielt dieses Kapitel für abgeschlossen. Da gab während des Weltkrieges ein zufälliges Ereignis den Anstoss zu neuen Forschungen. In den Schweinezuchten, die an der Westfront Engländer und Amerikaner zu ihrer Verproviantierung angelegt hatten, brach eine merkwürdige Art von Lungenentzündung aus,

wodurch schwere Verluste, namentlich unter den Ferkeln, verursacht wurden. Bei der Sektion fand man in den Lungen massenhaft kleine Würmchen, die man, mit einigem Erstaunen, als junge Spulwürmchen ansprechen musste. Wie kamen die in die Lunge? Sofort setzten umfangreiche Untersuchungen ein, die zu überaus interessanten und wichtigen Entdeckungen führten, welche dann durch Versuche zweifellos sichergestellt wurden.

Danach stellt sich nun der Entwicklungsgang einer solchen *Ascaris* als eine komplizierte Wanderung im Wirtskörper dar, die folgendermassen verläuft: Die vorhin erwähnten, im Darne eines Menschen oder Schweines aus den reifen Eiern ausgeschlüpften, bloss $\frac{1}{4}$ mm langen, jungen Spulwürmer, bleiben nicht hier, sondern sie bohren sich sofort in die Darmwand ein und gelangen so in kleine Darmvenen, von hier, mit dem Blutstrom, durch die Pfortader in die Leber. Von da werden sie durch die untere Hohlvene und das rechte Herz in die Lunge befördert, wo sie am zahlreichsten vom siebenten bis zum zehnten Tage zu finden sind. Sie verlassen hier die feinsten Blutgefässe oder Kapillarien aktiv und treten in die Lungenbläschen, die sogenannten Alveolen, ein. Hierbei erzeugen sie eine Lungenentzündung, der die meisten Versuchstiere erliegen und die z. B. am eigenen Leibe einige japanische Forscher verspüren mussten, die an sich selbst solche Versuche angestellt hatten. Gleichzeitig erhellt hieraus die Gefahr für den Menschen, besonders für Kinder, die ja an und für sich meist eine erdnahe Lebensweise führen und nur selten Reinlichkeitsfanatiker sein dürften. Es sprechen schon neueste Beobachtungen dafür, dass gewisse rätselhafte Lungenentzündungen, die man bisher nicht zu deuten wusste, auf diese Weise eine einfache Erklärung finden.

Aus den Lungenbläschen steigen die jungen Spulwürmer in den Luftwegen bis zum Rachen hinauf, von wo sie sich durch den Schluckakt in den Magen befördern lassen. Auf dieser ganzen Wanderung sind sie von $\frac{1}{4}$ mm bis auf $1\frac{1}{2}$ mm gewachsen und haben sich zweimal gehäutet. Jetzt erst, zum zweitenmal in den Darm gelangt, haben sie die Fähigkeit, hier zu bleiben und vollständig bis zur Reife heranzuwachsen.

Die Entwicklung des Spulwurmes ist also eine direkte, ohne Einschaltung eines Zwischenwirtes, wie solche für so viele andere Parasiten des Menschen notwendig sind. Die Nutzenanwendung ergibt sich aus dem Gesagten: durch peinliche Sauberkeit bei Zubereitung und Aufnahme von gewissen rohen Speisen und Vermeiden von beschmutztem Trinkwasser kann man einem Befalle durch Spulwürmer entgehen.

Ich bin hier auf diese neueren Erkenntnisse über die Spulwurmentwicklung ausführlicher eingegangen, weil sich an ihnen recht gut zeigen lässt, wie wichtig, von hygienischen Gesichtspunkten aus, eine genaue Kenntnis des Entwicklungsganges der Parasiten ist. Noch deutlicher werden Sie dies an einem Parasiten mit anderer Entwicklung ersehen. Es handelt sich um einen Bandwurm, der gleichfalls dem Menschen und gewissen Haustieren gemeinsam ist, nämlich um den *Gurkenkern-* oder *Kürbiskernbandwurm* des Menschen und des Hundes (*Dipylidium caninum*). Wie die allermeisten Bandwürmer, besteht er aus dem Kopf mit den Haken und Saugnäpfen, dem kurzen Hals und den vielen Gliedern, von denen bloss die hintersten, reifen, namentlich nach ihrer Ablösung, Gurken- oder Kürbiskernen gleichen. Der ganze Bandwurm wird bloss zirka 15—35 cm lang, zählt also zu den kleineren Arten. Sein Hauptstandort ist der Dünndarm von Hunden, bei denen er über-

aus häufig zu finden ist; ausserdem aber wird er nicht allzuselten auch im Menschen beobachtet, wobei die Vorkommnisse wieder grösstenteils Kinder betreffen, darunter Säuglinge von 2—3 Monaten. Auch dieser Parasit ist manchmal harmlos und ruft keine auffälligen Krankheitserscheinungen hervor, in andern Fällen aber, und zwar namentlich bei Kindern, verursacht er chronischen Darmkatarrh oder hochgradige Abmagerung oder nervöse Erscheinungen in Form von Krämpfen. Der Nachweis in Mensch und Hund gelingt mit einwandfreier Sicherheit wiederum durch die mikroskopische Untersuchung des Stuhles, in welchem man abgegangene reife Glieder des Bandwurmes oder seine Eier findet. Von diesen sind je 5—15 durch eine gelbliche, glasige Kittsubstanz zu sogenannten Eierpaketen verbunden und so von denen aller anderen Darmparasiten leicht zu unterscheiden. Eine sofort nach hergestellter Diagnose einzuleitende, entsprechende Wurmkur befreit, wenn erfolgreich durchgeführt, die Patienten rasch von ihrem Leiden. Wie kommt der Hund und wie der Mensch zu dem Kürbiskernbandwurm? Wieder ist es notwendig, seine Entwicklung, die wesentlich anders verläuft als beim Spulwurm, nämlich nicht direkt, sondern mit Einschaltung eines Zwischenwirtes, einer kurzen Betrachtung zu unterziehen. Die Parasitologen bezeichnen ganz allgemein den Träger eines vollreifen Parasiten als Endwirt oder Wirt schlechtweg, den Träger eines Jugendstadiums dagegen als Zwischenwirt. Durch das vom Hunde mit Vorliebe geübte Wälzen in seinem eigenen Kote oder in dem eines Artgenossen, kommen also die mit dem Stuhle abgegangenen reifen Glieder oder die Eierpakete in sein Haarkleid. Hier werden die Eier von den daselbst hausenden Hautschmarotzern, und zwar Haarlingen und Flöhen, bzw. ihren Larven, aufgenommen und entwickeln sich in der Leibeshöhle dieser Zwischenwirte zu eigenartigen, mohnkorngrossen, geschwärzten Jugendstadien oder Finnen. Auf ihre Hautparasiten machen nun die Hunde gern und häufig Jagd, wobei sie sie oft zerbeissen und schlucken. Gelangen auf diese Weise mit finnigen Insekten die Bandwurm-Jugendstadien in den Hund, so werden sie in dessen Darm zu vollreifen Bandwürmern. Gelangen aber solche kleine Finnen, die zufällig auf Nase, Lippen oder Zunge des Hundes haften geblieben sind, dadurch in den Mund des Menschen, weil er sich vom Hunde im Gesichte ablecken, oder ihn den gleichen Teller usw. benützen lässt, so entwickeln sich im Menschen-darme dieselben Bandwürmer. Auch so kann die Uebertragung auf den Menschen erfolgen, dass z. B. Kinder, beim Streicheln oder Spielen mit Hunden, finnenbehaftete Teile des genannten Hautungeziefers auf die Finger bekommen und diese dann, ohne vorherige Reinigung, zum Munde führen. Die Nutzenanwendung für die Verhütung eines Befalles mit diesem Bandwurme ergibt sich von selbst: Man hüte sich und seine Kinder vor einem zu innigen Verkehr mit Hunden, aber auch mit Katzen, denn alles vorhin, der Einfachheit und des besseren Verständnisses halber bloss vom Hunde Angeführte, trifft auch für die Katze zu. Man kümmerge sich auch um die Lagerstätten unserer vierbeinigen Freunde, d. h., man halte sie sauber und, falls man dort die Brut der als Zwischenwirte fungierenden Hautschmarotzer findet (z. B. Floheier und Larven), so töte man sie durch Bebrühen mit kochendem Wasser.

Neben den beiden bisher geschilderten Entwicklungsarten der Parasiten darf man noch eine dritte erwarten, eine Entwicklung nämlich, bei der der Mensch als Finnenträger, somit als Zwischenwirt, fungiert, während

eines seiner Haustiere als Endwirt auftritt. Dies trifft tatsächlich bei dem sogenannten dreigliedrigen Hundebandwurm oder *Taenia echinococcus* zu, auf den ich nicht nur wegen dieses interessanten Entwicklungsmodus' Ihre Aufmerksamkeit nunmehr hinlenken will, sondern weil es sich um den vielleicht bösartigsten und gefährlichsten Menschenparasiten überhaupt handelt, dessen Befall beim Menschen manchmal tödlich endigt. Dieser ganz kleine, bloss zirka $\frac{1}{2}$ cm lange Bandwurm lebt erwachsen meist in grosser Zahl im Dünndarm des Haushundes und einiger freilebender Raubtiere. Die Wirtstiere verstreuen mit ihrem Stuhle die Eier in ihrer Umgebung oder sie zerbeissen die abgehenden, eiertragenden, letzten Glieder des Bandwurmes und bringen so die Eier auf ihre Lippen und in ihr Haarkleid, von wo sie wieder durch Be lecken, Küssen usw. direkt oder indirekt in den Menschen gelangen können. In diesem entwickelt sich nun, wie in noch zirka 30 Säugetierarten, das zugehörige Finnenstadium, der sogenannte Echinokokkus oder Hülsenwurm oder Blasenwurm, und zwar folgendermassen: Die im Darm des Zwischenwirtes ausgeschlüpften Embryonen bohren sich mit ihren Häkchen in die Darmwand ein und gelangen in den Blutkreislauf, mit dem sie in alle möglichen inneren Organe geschwemmt werden. An einem ihnen zusagenden Orte angelangt, wachsen sie rasch zu Blasen heran, die beim Schlachtvieh Apfelgrösse, beim Menschen die Grösse eines Kindskopfes erreichen können; das sind eben die gefürchteten Blasenwürmer. Sie sitzen vorzugsweise in Leber und Lunge, kommen aber auch im Gehirn, unter der Netzhaut, im Rückenmarkskanal, in den Nieren usw. zur Ausbildung. Es ist ohne weiteres verständlich, dass diese Eigentümlichkeiten die Echinokokken-erkrankung oder «Echinokokkose» zu einer der schwersten Krankheiten des Menschen stempeln, von der ihn in manchen Fällen nur lebensgefährliche Operationen befreien können, die ihn aber auch manchesmal einem vorzeitigen Tode überliefert. Auf die verschiedenen Ausbildungsformen des Echinokokkus kann hier nicht näher eingegangen werden, dies würde allein einen Vortrag füllen. Es sei bloss noch erwähnt, dass der Lebenskreis dieser Bandwurmart sich dann erst schliesst, wenn die durch einen merkwürdigen Knospungsvorgang an der Blaseninnenwand entstandenen Bandwurmköpfchen von einem Wirtstier verzehrt werden und sich dann in dessen Dünndarm zu reifen Bandwürmern entwickeln. Dies kommt zustande, wenn ein Echinokokken mit Köpfchen beherbergender Pflanzenfresser von einem Fleischfresser gerissen und verzehrt wird; oder wenn bei Schlachtungen von Haustieren, etwa Schafen, Rindern oder Schweinen, solche Blasenwürmer aus den befallenen Organen herausgeschnitten und den Hunden roh zum Frasse vorgeworfen werden. Namentlich letzteres wird oft geübt, ist aber im Sinne einer vernünftigen Vorbeuge dieser schrecklichen Erkrankung energisch zu bekämpfen. Andererseits kann man den Lebenszyklus auch dieses Parasiten wieder unterbrechen, wenn man allzu innige körperliche Berührungen mit dem Hunde meidet. Sie dürften den heutigen Ausführungen entnommen haben, wie unästhetisch nicht nur, sondern mitunter gefährlich, das sogenannte «Küssen» der Hunde und Katzen ist.

Tuberculose et Mariage.

Résumé du rapport présenté à l'Assemblée annuelle de la Ligue suisse contre la Tuberculose à Olten, le 3 décembre 1939, par le Dr N. Betchov, Genève.

Il est sans doute opportun, avant de traiter un sujet où l'impression clinique et l'empirisme l'emportent nécessairement sur les données exactes et sur les statistiques, de préciser d'emblée ce que nous entendrons ici par «Tuberculose». Il ne pourra s'agir que de la tuberculose-maladie, soit d'un écart de l'état moyen assez prononcé pour que les fonctions vitales (ou sociales) de l'individu en soient gênées ou pour faire prévoir que ces fonctions pourront l'être dans la suite.

Pour ne pas devoir entrer dans trop de distinctions et réserver trop de cas d'espèce, nous devons en outre bien spécifier que nous n'aurons en vue — sauf à mentionner en passant le cas de telle ou telle forme clinique différente — que la tuberculose pulmonaire de forme dite commune, le «cas moyen». Nous aurons à examiner successivement les points suivants:

- 1^o la disposition au mariage et les chances de mariage des phtisiques;
- 2^o les risques courus par le conjoint;
- 3^o les risques courus par le (la) malade qui se marie;
- 4^o les risques courus par l'ex-malade qui se marie;
- 5^o la tuberculose dans le ménage;
- 6^o faut-il encourager le mariage entre tuberculeux?
- 7^o le secret médical et la consultation pré-nuptiale .

1^o On a beaucoup écrit et surtout beaucoup imaginé au sujet du charme particulier qui émanerait de certains phtisiques, principalement du sexe faible; laissons cela aux romanciers et à l'appréciation subjective de chacun. Qu'il en soit de même pour le fameux «embrasement» que certains ont cru voir sévir dans les stations de malades. Pour qui sait voir les humains en tout temps et en toutes circonstances, le problème de concilier la vie des sens avec les exigences du comportement hygiénique ou social apparaît en tout lieu. Admettons donc que nos malades sont des hommes comme les autres, ni plus ni moins «embrasés».

2^o Les risques courus par le conjoint d'un phtisique constituent un des côtés les plus importants de la question que nous examinons. C'est le problème de la contagion conjugale. Il a donné lieu à des appréciations fort divergentes, et la discussion est loin d'être close.

Théoriquement, il faut convenir que la possibilité d'une contagion n'est jamais plus évidente que dans la vie conjugale. Et pourtant il apparaît que cette contagion ne se réalise que dans un nombre restreint de ménages. Selon A. Lumière, qui cherche là un de ses principaux arguments pour nier toute contagion entre adultes, la proportion des ménages où les deux époux sont atteints par rapport à ceux comprenant un seul phtisique résulterait de la seule fréquence de la maladie et n'obéirait qu'aux lois du calcul des probabilités. Cette proportion serait d'environ 10 %. Les éléments de ce calcul ne me paraissent point aussi simples que le voudrait Lumière; il n'en reste pas moins acquis, par l'observation de presque tous ceux qui se sont occupés de cette question, que la contagion conjugale se réalise beaucoup plus rarement que ne le permettrait de supposer l'intimité de tous les jours entre un sujet tuberculeux et son conjoint sain.

En pratique, la contagion conjugale apparaît comme un risque peu important. Comment expliquer ce fait d'observation, étant donné la sommation quotidienne de facteurs propices à la contagion? Si nous admettons la possibilité de celle-ci — et ce que nous savons de la primo-inoculation, qui est possible à tout âge, nous oblige à l'admettre — nous devons nous demander: Quels sont les facteurs de compensation qui, dans la vie du ménage d'un (d'une) tuberculeux, compensent ce risque de contamination?

J'ai tenté de donner à cette question, dans le tableau qui suit, une réponse. J'avoue que nombre des facteurs que j'énumérerai ici pourraient être appréciés quantitativement de tout autre façon, et que ce tableau ne saurait prétendre à quelque rigueur!

Probabilité de tuberculose conjugale, soit de la coexistence de la maladie chez deux conjoints

(en laissant de côté le problème de la contagion elle-même).

Age au mariage. Le tuberculeux se marie, en général, plus tard, étant donné les années consacrées à se soigner, à attendre la consolidation de sa guérison etc.

Le conjoint sera de ce fait, en moyenne, plus âgé que la plupart des personnes qui contractent mariage. Or, l'éclosion d'une tuberculose «spontanée» (nous voulons dire: sans contagion récente) est de moins en moins probable au fur et à mesure que le sujet avance en âge. La probabilité est donc

— —

Choix du conjoint. D'une part, le phtisique peut rencontrer, dans une station de cure, par exemple, un compagnon de vie atteint lui aussi par la maladie. D'autre part, la famille du malade ou de l'ex-malade favorisera le plus possible l'union avec un conjoint sain. Ces deux ordres de causes nous paraissent devoir s'annuler réciproquement

+ —

Durée du ménage. La survie moyenne d'un phtisique étant évidemment moindre que celle de sa classe d'âge, le risque pour le conjoint est de moindre durée. S'il doit devenir veuf, même si la maladie se déclare ultérieurement, il ne sera plus pointé par le statisticien parmi les cas de tuberculeux mariés. Probabilité

—

Genre de vie. Accroissement de fatigue pour le conjoint sain. Gain diminué, nourriture et logement au-dessous de la moyenne

+ + +

Mais: Précautions prises contre la contagion, meilleure hygiène commune lorsque les moyens le permettent

—

Moins d'enfants. Nombre de malades se marient avec l'intention bien arrêtée de ne pas avoir d'enfants. Dans le ménage d'un phtisique la restriction des naissances est plus largement pratiquée qu'ailleurs. Cela représente pour la femme un important risque en moins

— — —

Total 4+ et 8—

Si, à présent, nous faisons entrer dans ce tableau le risque de contagion sous la forme + + + + nous arrivons peut-être à comprendre pourquoi les statistiques ne paraissent pas révéler une plus grande fréquence de la tuber-

culose chez les conjoints des sujets malades. On pourrait trouver que la valeur + + + + est bien faible, eu égard aux risques de contamination que l'on est bien forcé d'admettre. Mais n'oublions pas que dans ces statistiques il s'agit le plus souvent d'adultes vivant depuis leur enfance dans un milieu qui les a exposés à la contagion. On sait bien que dans ces conditions il existe une certaine immunisation, et que de toute façon la plupart des tuberculoses sont contractées avant l'âge du mariage.

3° Les risques courus par le (la) malade qui se marie. Ils sont importants et évidents au point que nous nous dispenserons d'y insister longuement. La charge d'un ménage et ses responsabilités conduisent souvent au surmenage; le souci de conserver son emploi interdit au malade marié de se ménager dans son travail, de l'interrompre à l'occasion de légères maladies, comme pourrait le faire un sujet n'ayant de devoirs qu'envers sa propre personne.

La grossesse est, chez une malade en activité, un risque certain; c'est surtout la période des suites de couches qui se révèle critique. L'allaitement vient encore augmenter ces fâcheux facteurs. Ceux-ci tiennent à des causes diverses: la nutrition est souvent déficiente chez une personne qui édifie dans son sein un nouvel organisme, se développant avec rapidité; la déminéralisation est un phénomène sur lequel nombre d'auteurs ont insisté. Mais ce sont surtout des influences hormonales qui paraissent à craindre: la stérilisation (rayons X) n'a-t-elle pas été souvent conseillée pour enrayer un processus tuberculeux chez la femme approchant de la ménopause? La grossesse, puis l'allaitement, représentent de toute évidence un facteur inverse, dont l'influence nocive chez la mère n'est que trop souvent confirmée par l'expérience.

Nous laisserons de côté le problème de l'avortement thérapeutique, qui nécessiterait des développements considérables; c'est une question qui demanderait un débat pour elle-même.

Que faut-il penser de l'exercice de la sexualité? Il paraîtrait singulier que cette question ne soit pas traitée lorsqu'il s'agit de savoir si le mariage est à permettre ou non! Autant il faut l'interdire au cours des poussées actives de la maladie, tout autant il serait vain de vouloir s'y opposer chez des sujets en état de maladie latente ou bien tolérée. C'est dans ce domaine que nos prescriptions seraient le moins écoutées, bornons-nous donc à rappeler nos malades à la modération, et à l'abstention momentanée lorsque les circonstances de la maladie l'exigent. Il serait du reste vain d'attendre de l'abstinence sexuelle des effets de ménagement somatique qu'elle ne saurait donner chez un sujet aux instincts normaux. Les répercussions psychologiques d'une interdiction qui serait observée sont à considérer; elles pourraient être d'une portée imprévisible dans tel ou tel cas particulier et plus nocives encore, pour l'existence physique et morale des individus, que les habitudes conjugales elles-mêmes.

Puisque nous en sommes à la vie morale du ménage, rappelons un point très important: Lorsqu'un phtisique ou ancien malade va se marier, il est indispensable que le fiancé soit mis au courant, sans réticence aucune et sans substitution de diagnostic («anémie de croissance, un peu de lymphatisme, débilité de constitution que le mariage guérira...») de tout le passé

médical et des chances actuelles de santé de l'autre fiancé. La supercherie — dont nous ne voulons pas ici apprécier la gravité du point de vue éthique — ne pourrait entraîner que des désastres: impossibilité pour le malade de se soigner comme il convient ou même de subir d'utiles contrôles, gêne vis-à-vis des amis dont on craint les «gaffes» révélatrices, éloignement affectif du conjoint lorsqu'il apprendra, tôt ou tard, la tromperie dont il a été victime. Cet éloignement affectif pourra aller jusqu'au dégoût physique, alors que la vérité eût pu être acceptée le plus facilement du monde et une fois pour toutes à l'époque des fiançailles.

Nous devons instruire le fiancé malade ou ex-malade de la nécessité absolue d'exposer, avant le mariage, tout son passé médical et la vérité sur son état actuel à son futur conjoint.

(A suivre)

Schweizerischer Krankenpflegebund Alliance suisse des gardes-malades

Aus den Sektionen. - Nouvelles des sections.

Sektion Basel

Ausserordentliche Hauptversammlung vom 1. Oktober, 20 Uhr. Ungefähr 50 Mitglieder hatten sich eingefunden, um die den meisten zwar schon bekannte freudige Nachricht zu vernehmen, dass unser Verband durch das hochherzige Legat einer Gönnerin Hausbesitzer geworden ist. Der Wunsch der Donatorin lautet dahin, dass dieses Haus nicht verkauft werden darf, sondern zum Nutzen der Schwestern dienen soll. So ist nun unser lang gehegter Wunsch erfüllt, für unser Bureau ein bleibendes Heim zu haben und in den übrigen Zimmern ein paar ältern, arbeitsunfähigen Schwestern einen sorglosen Aufenthalt zu bieten. Um diesen Zweck zu erfüllen sind einige bauliche Aenderungen unvermeidlich. Herr Dr. Kreis und einige Vorstandsmitglieder hatten bereits mit einem Architekten Rücksprache genommen, und so konnte den Mitgliedern der Plan dieser Aenderungen sowie der Kostenvoranschlag vorgelegt werden. Selbstverständlich wurden in der Diskussion Stimmen laut, die noch Besseres und Schöneres verlangten für unsere alten Schwestern. Leider liessen sich diese Vorschläge aber nicht mit unserem Budget vereinbaren, und nach lebhafter Diskussion musste die Mehrheit der Versammlung einsehen, dass es heutzutage allzu leichtsinnig wäre, ein neues Heim auf Schulden aufzubauen, zu deren Tilgung keine Aussicht vorhanden ist. Die Abstimmung ergab mit 25 Ja, 6 Nein und dem Rest Stimmhaltung Annahme des vorgelegten Vorschlages. — Zur Beruhigung derjenigen, welche befürchteten, dass die Fenster im zweiten Stock zu wenig Licht und Luft hinein liessen, sei noch beigefügt, dass nachträglich bestimmt wurde, in jedem Mansardenzimmer ein Oberlicht einzubauen.

Wir bitten nun diejenigen Schwestern, die sich für ein Zimmer in unserem Heim interessieren, sich schriftlich bei unserer Vorsteherin, Schw. Julia Walther, zu melden, damit wir ihnen baldmöglichst den Termin der Fertigstellung des Heimes mitteilen können und zugleich die Pensionskosten bestimmen, die wir möglichst niedrig und den Verhältnissen der Pensionärinnen entsprechend ansetzen werden.

Schwesterntee auf dem Bureau: Mittwoch, 30. Oktober, 15 Uhr. Alle Mitglieder sind freundlich eingeladen.

Sektion Bern.

Einzahlung der Versicherungsprämien. Wir machen unsere Mitglieder darauf aufmerksam, dass die Versicherungsprämien, wenn immer möglich, bis spätestens 25. Oktober auf unser Postcheckkonto III 11348, Sektion Bern des Schweiz. Krankenpflegebundes, einbezahlt werden sollten, da nachher ein Zuschlag von $\frac{1}{2}$ % pro Monat berechnet wird.

Sektion St. Gallen.

Wir freuen uns, mitteilen zu können, dass die Reihe unserer **Wintervorträge** beginnt mit einem Vortrag von Herrn Chefarzt Dr. Brunner über: «*Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose.*» Er findet statt: Dienstag, 29. Oktober, 20.15 Uhr, im Vortragssaal des Kantonsspitals, Haus I, 2. Stock. Zu zahlreichem Besuch ladet ein
Der Vorstand

Neuanmeldungen und Aufnahmen — Admissions et demandes d'admission.

Sektion Basel. — *Aufnahmen:* Schw. Hedwig Müller, Lisette Portmann, Johanna Nyffenegger. — *Neuanmeldung:* Schw. Ruth Meyer, geb. 1916, von Muttenz (Baselland); Rosa Leuppin, geb. 1904, von Villmergen (Aargau), Uebertritt von Zürich.

Sektion Bern. — *Anmeldungen:* Schw. Martha Wälli, geb. 1909, von Krinau (St. Gallen); Bertha Wyssmann, geb. 1904, von Neuenegg (Bern), Uebertritt aus der Sektion St. Gallen. — *Austritt:* Schw. Helena Bandi.

Section de Genève. — *Démission:* Antoinette Licht, infirmière du Lindenhof.

Jahresbericht pro 1939.*)

Mitgliederbestand 1938 = 1952; Mitgliederbestand 1939 = 1961; Zunahme 9 Mitglieder.

Sektionen	Schwestern		Pfleger		W. S. Pflegerinnen		Total	
	1939	(1938)	1939	(1938)	1939	(1938)	1939	(1938)
Basel	303	(299)	24	(24)	3	(3)	330	(326)**)
Bern	435	(429)	12	(12)	7	(7)	454	(448)
Genf	102	(105)	7	(7)	5	(6)	114	(118)
Luzern	66	(67)	2	(2)	—	—	68	(69)
Neuchâtel	80	(80)	3	(3)	3	(3)	86	(86)
St. Gallen	90	(87)	2	(2)	2	(3)	94	(92)
Vaud	118	(110)	3	(3)	—	—	121	(113)
Zürich	686	(683)	8	(10)	—	—	694	(693)
Total	1880	(1869)	61	(63)	20	(22)	1961	(1952)

Gesamteintritte 1939 = 70; Gesamtaustritte 1938 = 61, wovon durch den Tod ausser den drei Ehrenmitgliedern HH. Schubiger, Dr. de Marval und Direktor Müller 13 Schwestern und ein Krankenpfleger, und zwar die

*) Verlesen an der Delegiertenversammlung in Olten, vom 8. September durch die Präsidentin Schw. Luise Probst

***) Plus 5 Ehrenmitglieder.

Schwestern Rosa Schaub, Frieda Germann, Marianne Brügger, Marianne Bertschmann, Margrit Bucher, Martha Märki, Helene Nager, Emma Aberle, Heidi Lutz, Lina Thalman, Luise Ott, Frau E. Faust-Meisterhans, Rosy Denzler und der Pfleger Carl Buck. — Alle schenkten einen Teil ihrer Lebenskraft der Krankenpflege in der Schweiz. Wir danken ihnen für ihre Mitarbeit, ob dieselbe in aller Stille durch treue Pflichterfüllung geschah oder ob die Dahingeschiedenen an verantwortungsvollen, exponierten Posten gestanden haben.

Ueber die Arbeit unserer Stellenvermittlungsbureaux ist folgendes zu berichten:

In *Basel* ging die Zahl der Pflegen um etwa 8 % zurück gegenüber dem Vorjahre. Die Vermittlungsmöglichkeit für Pfleger betrug sogar nur zwei Drittel des Vorjahrs, die Zahl der Pflage tage etwa drei Viertel desselben. In *Bern* nahm die Zahl der Pflegen und der Pflage tage etwas zu. Auch in *Genf* war eine Zunahme, aber die Nachfrage nach Pflegepersonal deckte sich nicht immer mit der Zahl des zur Verfügung stehenden Personals. Am geringsten war die Nachfrage in den ersten Monaten der Mobilisation; zu Anfang des Jahres fehlte es dagegen zeitweise an Personal. In *Luzern* ist keine Veränderung eingetreten, ebensowenig in *Neuchâtel* und *St. Gallen*.

Die *Section Vaudoise* meldet beinahe ein Drittel weniger Pflegen und etwa 16 % weniger Pflage tage. In *Zürich* ging die Zahl der Pflegen zurück, aber die Zahl der Pflage tage blieb gleich.

Bei genauerer Ueberprüfung dieser Statistik sehen wir, dass in denjenigen Sektionen, die zu Anfang der Mobilisation Schwesterndetachements zu stellen hatten, der Ausfall an Arbeitsmöglichkeit weniger spürbar war als an den andern Orten. Im übrigen wird man immer mit Zeiten rechnen müssen, wo der Ausgleich von Arbeitsangebot und Nachfrage nicht möglich ist.

Im *Schwesternheim Davos* arbeiteten durchschnittlich 13,9 festangestellte Schwestern gegenüber 12,6 im Vorjahr.

Der *Zentralvorstand* trat im Berichtsjahr dreimal zusammen. Das Haupttraktandum der ersten Sitzung bildete die *Revision der Vereinbarung* zwischen dem Schweiz. Roten Kreuz und dem Schweiz. Krankenpflegebund. Der Zentralsekretär des Roten Kreuzes nahm ebenfalls an den Besprechungen teil, so dass der Entwurf bereinigt werden konnte. Die *revidierte* Vereinbarung wurde dann am 26. April 1939 durch die Direktion des Roten Kreuzes und am 30. April 1939 durch die Delegiertenversammlung des Schweiz. Krankenpflegebundes genehmigt. Beide Partner hatten mit sorgfältiger Ueberlegung den Wortlaut der neuen Fassung überprüft, erschien es doch in der damals schon recht unsichern Zeit von grösster Wichtigkeit, die Vereinbarung zwischen dem Roten Kreuz und seinen Hilfsorganisationen den veränderten Verhältnissen bestmöglich anzupassen. Dem Vernehmen nach wurde das Dokument dem Bundesrat bis anhin noch nicht zur Genehmigung vorgelegt, so dass wir uns vorderhand noch an die Vereinbarung vom Mai 1920 zu halten haben. — In der letzten Vorstandssitzung, die erst im Dezember stattfand, gaben die durch die Mobilisation gemachten Erfahrungen Anlass zu eingehender Diskussion. Vor allem musste zur finanziellen Lage der im Militärdienst stehenden Schwestern Stellung genommen werden. Inzwischen wurde dann aber in überraschend kurzer Zeit durch die Schaffung der Lohnausgleichskassen eine allgemeine Regelung für die Wehrmänner und die Hilfsdienstpflichtigen eingeleitet. — Die Vorbereitungen zur Delegiertenver-

sammlung 1939 wurden uns weitgehend durch die gastgebende Section Vaudoise abgenommen und die ganze Tagung so festlich und beglückend durchgeführt, dass sie allen Teilnehmern in bester Erinnerung bleiben wird.

Der Schweiz. Krankenpflegebund hatte die Verpflichtung übernommen, zweimal 14 Tage eine Schwester für den Aufsichts- und Auskunftsdienst im Veska-Spital der Landesausstellung abzuordnen. Während der ganzen Dauer der Ausstellung versahen jeweilen drei Schwestern verschiedener Mutterhäuser oder Verbände gleichzeitig den Dienst, hatten es sehr nett untereinander, ahnten aber noch nicht, dass diese Zusammenarbeit eine Vorprobe für den schon so bald geforderten Zusammenschluss aller Schwesternschaften in den Rotkreuzformationen sein würde. Lag es uns schon damals am Herzen, nur gutqualifizierte, sprachgewandte Schwestern für diesen Dienst zu detachieren, so muss es uns jetzt, wo ständig ein Teil unserer Schwesterndetachements im Aktivdienst steht, Ehrensache sein, nur gute und zuverlässige Arbeit zu leisten und uns durch unsere Haltung als wertvolle, verantwortungsbewusste Hilfsdienstpflichtige der Schweizer Armee erweisen.

Wir sind als Zugehörige zum Roten Kreuz davor bewahrt, Wunden schlagen zu müssen; aber der Rotkreuzgedanke fordert mehr von uns als nur solide, berufliche Kenntnisse und sorgfältige Pflege der uns anvertrauten Kranken oder Verletzten. Wir müssen versuchen, im Alltag eine Atmosphäre der Ordnung und des Friedens zu schaffen, uns selber nicht mehr so wichtig zu nehmen, Gegensätze überbrücken, statt trennende Abgründe zu schaffen, durch sparsames Haushalten mit Material und mit unseren Kräften die Möglichkeit des Durchhaltens erhöhen und ein wachsames Auge haben für alles, was unserem Volke und unserer Heimat Schaden bringen könnte.

Unsere Hoffnung, endlich durch die Annahme der Abänderungsvorschläge zu den Wirtschaftsartikeln des Bundesgesetzes der Schaffung einer staatlichen Anerkennung für Krankenpflege näher zu kommen, wurde leider durch die Verwerfung der Vorschläge wiederum zunichte. Wenn auch da und dort von kantonalen Behörden und leitenden Persönlichkeiten des Krankenpflegewesens Verbesserungen vorgenommen und bestimmte Forderungen aufgestellt werden, so wäre eine einheitliche Regelung doch bei weitem vorzuziehen gewesen. Man darf ruhig sagen, dass die Krankenpflege in der Schweiz den neuzeitlichen Forderungen gewachsen ist, verlangen doch beinahe alle Krankenpflegeinstitutionen den Nachweis über eine dreijährige Ausbildungszeit bis zur Erlangung eines gültigen Diploms. Niemand bestreitet die Wünschbarkeit der Ausbildung in einer Schule, und es ist sehr zu begrüßen, dass sich auch unsere grossen Spitäler mehr und mehr auf einen solchen Lehrgang einstellen.

Im Frühjahr wurden 59 Kandidaten zum Bundesexamen zugelassen. 48 bestanden die Prüfung, 11 fielen durch. Zu den Herbstprüfungen hatten sich 77 gemeldet, wovon bis an 9 Kandidaten allen das Reifezeugnis abgegeben werden konnte.

Ich weiss wohl, dass vielfach die Behauptung aufgestellt wird, der Krankenpflegebund biete mit seinen Aufnahmebedingungen Schwestern, die als unfähige oder unerwünschte Elemente aus den Schulen ausgeschlossen worden seien, Unterschlupf. Wenn dem so sein sollte, so haben die Schulleitungen die Verpflichtung, die aufnehmenden Verbände vor der Ein-

gliederung solcher Leute zu warnen. Es kann auch vorkommen, dass die eine oder andere Schülerin nicht das richtige Milieu für ihren Werdegang gefunden und deshalb ausgeschlossen wurde. Viel grösser aber ist die Zahl derjenigen Examenskandidaten, die aus pekuniären Gründen oder weil sie Verpflichtungen gegenüber der Familie haben, von der Ausbildung in einer Pflegerinnenschule absehen und den meist viel schwereren, mühsameren Werdegang bis zur Erlangung eines Reifezeugnisses durchmachen müssen. Es wäre wohl der Mühe wert, einmal in einem besonderen Referat über den Lebenslauf und Bildungsgang einer Anzahl Schwestern zu berichten, die nicht durch Pflegerinnenschulen gehen konnten und doch mit vollster Berechtigung als vollwertige Mitglieder in den Schweiz. Krankenpflegebund aufgenommen wurden. Dadurch liesse sich der Nachweis erbringen, dass das Bundesexamen vorderhand noch ebenso notwendig und existenzberechtigt ist, wie die eidgenössische Maturitätsprüfung für Mediziner, die kein Maturitätszeugnis eines schweizerischen Gymnasiums besitzen und dennoch an unsern Hochschulen studieren wollen.

Gerade jetzt, wo wegen Mangels an diplomiertem Pflegepersonal öfters ungenügend geschultes oder nichtorganisiertes Pflegepersonal in die Rotkreuz-Schwesterndetachements eingefügt wird, muss der Krankenpflegebund besonders sorgfältig vorgehen in der Aufnahme neuer Mitglieder. Es wird aber auch immer eine seiner vornehmsten Pflichten bleiben, charakterlich und beruflich tüchtigem Pflegepersonal Halt und Hilfe zu gewähren.

Schw. L. Probst.

Schwester Emilie Janser †.

Schwester Emilie Janser war eine eifrige, getreue Bundesschwester. Im Jahre 1875 wurde sie in ihrer Heimatgemeinde Tuggen (Kanton Schwyz) geboren. Sie betätigte sich im Haushalt und in der häuslichen Krankenpflege, bis sie 1903 ihre Lehrzeit im Kantonsspital St. Gallen auf der Abteilung ihrer Schwester Adele antrat. Später wirkte sie im Pflegerinnenheim Bern, in Privatpflegen in Zürich; acht Jahre lang betreute sie die Damen Hürzeler und Friedel in Solothurn, welche ihr schönes Heim, Villa Riant-Mont, nach ihrem Tode den Krankenschwestern zur Verfügung stellten als Friedel-Hürzeler-Stiftung. Sodann führte sie ihr Weg in ein Privatalters- und Pflegeheim in Basel, und die letzten acht Jahre arbeitete sie in der katholischen Diaspora Liestal so hingebend, dass sie einem ernsten Magenleiden erst Beachtung schenkte, als es zu spät war. Eine Operation vermochte den rasch vorwärts schreitenden Zerstörungsprozess nicht aufzuhalten. Gott ergeben, tapfer und geduldig fügte sich Schwester Emilie in ihr schweres Schicksal. Sie war dankbar für die liebevolle Pflege im Kantonsspital Liestal, im Schwesternheim Riant-Mont und im Krankenhaus Uznach. Dankbar war sie vor allem ihrer Schwester Adele, die als Lebens- und Berufskameradin in unwandelbarer Liebe und Treue, in seltenem Verstehen und in steter Fürsorge ihr zur Seite ging.

Schwester Emilie hat in aller Bescheidenheit viel Gutes geleistet in ihrem Leben. Eine vor Jahren durchgemachte Zeit seelischer Depression lehrte sie, ihre Kranken nur noch besser zu verstehen. Ein köstlicher, wohl-

tuender Humor war ihr eigen. Die liebe Heimgegangene hinterlässt viele dankbare Patienten und Freunde. — «Selig sind die Toten, die im Herrn sterben; sie ruhen aus von ihrer Arbeit, ihre Werke aber folgen ihnen nach.»

E. A. M.

Schwesterntag 1940.

Im Felde, MSA. II/1.

Trotz strömendem Regen und heftigem Wind steuerte am Betttag eine Schar Schwestern (Kurs 75 und 76) aus der ganzen Schweiz dem Lindenhof zu. Im festlich geschmückten Schulzimmer überstrahlten goldene Hellenien, rotleuchtende Zinnien und Prachtsnelken den schrecklich düstern Tag und versetzten uns sogleich in feierliche Stimmung. Herr Dr. Röthlisberger begrüßte uns mit herzlichen Worten, die Bedeutung des wichtigen Tages erläuternd. Unsere liebe Frau Oberin erinnerte an die Freuden und Leiden unserer Lehrjahre, gab uns mütterlich mahnende Ratschläge und beste Wünsche mit auf unsern beruflichen Lebensweg.

Die folgenden Stunden wurden mit Essen, Trinken, Musik und frohem Plaudern zugebracht. Wir Diplomandinnen hatten uns so unendlich viel zu erzählen von den ersten Eindrücken in unserem Berufsleben, Erlebnissen im Militärdienst und schönen Ferientagen. Den Erstsemestrigen sei ein Extrakränzchen gewunden für ihren tadellosen Service und die abwechslungsreichen Darbietungen. Dank an Herrn Verwalter, der uns den Tisch so reich bestellt hat und Dank allen, die uns durch ihre Anwesenheit beehrten. Nur zu schnell war das schöne Fest zu Ende und wir mussten dem Bahnhof zueilen. Von einer treuen Begleitmannschaft verabschiedet, eilte jedes an seine Arbeit zurück. Mit Ergriffenheit und Dankbarkeit gedenken wir alle des schönen Schwesterntages.

R. M., Kurs 75.

Schwesternbrief.

Liebe Mitschwestern!

Gestatten Sie mir, an die verschiedenen Schwesternbriefe in den «Grünen Blättern» anzuknüpfen und Ihnen einige meiner Feststellungen und Erfahrungen zu erzählen, die ich als in Frankreich ausgebildete und tätig gewesene Schwester bei meiner Rückkehr in die Heimat gemacht habe, um in beruflicher Hinsicht Anschluss und Beheimatung zu finden. Sie sollen uns aber nicht zu nutzlosen Vergleichen führen, noch etwa bei uns Erreichtes verkennen, sondern mitverstehen und mittragen helfen an der Not von so vielen Schwestern, die Not, einen geliebten Beruf ausüben zu wollen, so wie es seiner Verantwortung und Würde entspricht und daran gehindert zu sein aus organisatorischen, administrativen oder gesundheitlichen Gründen. Die Hindernisse am Vorwärtskommen im beruflichen Leben liegen ja zwar oft bei uns selbst und nicht in den Verhältnissen. Warum aber bringen so viele Schwestern, die im Ausland gelernt oder gearbeitet haben, nach ihrer Rückkehr in die Heimat die Anpassung nicht zustande oder nur unter sehr grossen

Anstrengungen und Verzichtleistungen? Warum ereilt auch sie das Los des Auslandschweizers, dem erstklassige Referenzen, Zeugnisse, ja sogar Diplome nichts nützen, nur weil sie «nicht schweizerisch» sind? Warum hier keinerlei Konkordate und Anerkennung dessen, was anderswo geleistet wurde?

Wenn unsere Krankenhäuser und Spitäler nicht nur Stätten der Wissenschaft und der Heilkunst, sondern auch der Barmherzigkeit und der Volks-erziehung zu Gesundheit und Hygiene sein sollen, dann soll auch die dort arbeitende Krankenschwester wirklich «Schwester» sein dürfen, ohne befürchten zu müssen, dass sie nach 5, 10 oder 15 Jahren Dienstleistung so heruntergekommen ist, dass «man sie nicht mehr brauchen kann». Warum uns den nach dem Mutternamen schönsten und höchsten Namen geben, der Berufung und Hingabe zugleich in sich schliesst, wenn unsere Lebens- und Arbeitsbedingungen so sind, dass wir unsere körperlichen und seelischen Fähigkeiten zu dessen Verwirklichung manchenorts frühzeitig einbüßen müssen? Wie freudig und interessiert würden die Schwestern arbeiten, wenn die Kollegialität der Herren Aerzte sie teilhaben liesse an ihrem Wissen und ihren Erfahrungen!

Unsere schweizerischen, anerkannten Pflegerinnenschulen haben in den letzten Jahren ihre Aufnahmebedingungen verschärft, sei es durch Erhöhung des Schulgeldes oder durch anderweitige strengere Aufnahmebedingungen, und trotzdem besteht grosser Andrang. Unsere schweizerischen Diakonissenhäuser dagegen leiden unter grossem Zurückgang der Eintrittsgesuche und sind deshalb gezwungen, fremde Kräfte zu engagieren oder ihre Kandidatinnen nicht genügend zu «sieben». Weder die Bezahlung eines für viele oft recht hohen Schulgeldes in einer freien Schule noch der Wunsch des Geborgenseins in einem Mutterhaus können Garanten sein, dass aus der Kandidatin eine gute Schwester wird. Diese Garantie gibt einzig und allein die Schule, in die sie eintritt und die während der Ausbildungszeit festzustellen hat, ob die Schülerin die menschlichen und beruflichen Fähigkeiten besitzt oder nicht. Damit ist dem Schulsystem das Wort gesprochen, *das aber auch unbemittelten jungen Töchtern zugute kommen kann mit dem bei einzelnen Schulen vorhandenen, aber noch ausbaufähigen Stipendiensystem.*

In Frankreich hat sich nach dem ersten Weltkrieg die Schaffung eines staatlichen Schutzes der voll ausgebildeten Krankenschwester gegenüber dem Samariterpersonal, das wohl Lazarettendienst, aber keine allgemeintheoretische Ausbildung genossen hatte, als notwendig erwiesen. Das über alle beruflichen Gebiete sich erstreckende Staatsexamen aller schuldiplomierter Pflegerinnen (einschliesslich der Ordensschwestern!) vor einer neutralen Jury aus Fakultäts- und Oberinnenkreisen ist als letzte Instanz gewertet, und an ein berufliches Fortkommen ohne dessen Ausweis ist in Frankreich nicht zu denken! Was uns Schweizerinnen an den Massenbetrieben der Grosspitäler des Auslandes nicht gefällt, ist reichlich aufgewogen durch Krankenhäuser einfachsten bis luxuriösesten Stils, die jedem Stand gerecht werden und gut pflegen. Ausgeschaltet sind damit die Leiden der Autodidaktin, die Unklarheit des Publikums, ob Schul- oder Nichtschulschwester, die illoyale Berufskonkurrenz zwischen Kolleginnen und sogar die Notwendigkeit der Verwaltungen, sich mit billigen Lehrtöchtern abzufinden. Die staatliche Prüfung ist nicht mehr ein Umweg, sondern ein

Gipfelpunkt, und doch bleibt jeder Ausbildungsstätte, ob Mutterhaus oder freie Schule, seine charakterliche Eigenschaft und Entfaltungsmöglichkeiten gewahrt.

Ist nicht der Ruf nach einem Staatsexamen in unseren Reihen sehr alt und sehr oft vertreten worden von viel kompetenterer Seite? Wollen wir warten, bis die Not der Zeit, neue Bedürfnisse und veränderte Verhältnisse uns in vielleicht unerwünschter Form etwas aufzwingen werden, was wir heute frei schaffen und gestalten können, wenn wir beharrlich anklopfen, da wo ausserordentliche Befugnisse und das Machtwort der Entscheidung zu holen sind? Ist vielleicht die in vielen MSA. so wohltuend empfundene Zusammenarbeit von Schwestern aus ganz verschiedenen Schulen der Vorbote einer Einheit, wo wir vielleicht weniger «schul»gerecht, aber «sach»-gerechter denken und handeln werden?

In einer Welt, wo so viel Dezimierendes, Lähmendes und Vernichtendes am Werke ist, gilt es doppelt, alle guten Kräfte zur Stellungnahme aufzurufen und zu kanalisieren, damit unser Beruf, wie alle andern der Volksgemeinschaft dienenden Frauenberufe, Schutz, Achtung und Sicherstellung erlangen möge, so weit dies unser demokratischer Staat zu geben vermag.

Schw. G. W.

Le Comité international de la Croix-Rouge et la guerre.

La restitution du personnel sanitaire. (Art. 12 de la Convention de Genève.) Ceux qui ont vécu la première Agence internationale des prisonniers de guerre de 1914 à 1918 savent combien cette question a donné lieu à discussions et difficultés. Et cette restitution a été, au cours de ces quatre années et même après, une des tâches primordiales à laquelle le regretté Dr Ferrière s'était attelé avec un courage et une persévérance inlassables. Rien d'étonnant dès lors à ce que, malgré les précisions apportées par la Convention de 1929 à la solution de ce problème, le Comité international de la Croix-Rouge ne saisisse toutes les occasions pour rappeler les deux grands principes fondamentaux qui ont été réaffirmés ou admis lors de la dernière revision de la Convention de Genève. Ce sont les suivants:

- 1° Le personnel sanitaire ne doit pas être retenu.
- 2° S'il a été capturé, il doit être restitué au belligérant dont il relève dès qu'une voie sera ouverte pour son retour et que les exigences militaires le permettront, à moins toutefois que les deux belligérants intéressés ne se soient mis d'accord pour que sa restitution soit différée.

L'Etat auquel ressortit ce personnel peut en avoir un urgent besoin pour soigner les blessés de sa propre armée et dans son pays. Il peut, au contraire, désirer que son personnel sanitaire puisse continuer chez son adversaire à donner ses soins à ses nationaux, blessés ou malades, faits prisonniers de guerre.

Mais ni l'Etat capteur, ni le personnel sanitaire lui-même ne peuvent disposer souverainement de son sort.

Ce fut le cas des médecins polonais qui se trouvaient en Hongrie. Le Gouvernement hongrois a vu dans ce rappel une critique à son égard, qui n'était nullement dans nos intentions.

Tout d'abord, il faut observer que la Hongrie n'était pas en guerre et qu'en droit strict la Convention ne lui était pas applicable. Elle n'était pas l'Etat capteur prévu par l'art. 12, mais bien l'Etat qui avait recueilli le personnel sanitaire réfugié sur son territoire. En revanche, à titre d'Etat neutre, il devait aux termes de l'art. 15 de la Convention V de la Haye du 18 octobre 1907 sur les droits et les devoirs des Puissances neutres, faire application de la Convention de Genève aux blessés et aux malades internés sur son territoire.

Par ailleurs, il faut reconnaître que le renvoi de ce personnel au belligérant dont il relevait n'était pas sans poser quelques problèmes: qui était, à la suite de l'invasion de la Pologne et du départ du Gouvernement polonais, ce belligérant, et où ce personnel devait-il être renvoyé? Si l'occupation d'un territoire par l'ennemi n'est pas un motif suffisant pour délier un Etat de l'obligation contractée de restituer le personnel sanitaire, encore faut-il savoir où le diriger.

En outre, lorsque le gouvernement dont relève ce personnel ne se trouve pas à même de le revendiquer en vue de l'affecter aux soins de ses propres blessés, il semble qu'il faut admettre que, dans cette situation exceptionnelle, ce personnel doit être libre de décider de son propre sort.

Or, ainsi que nous l'avons appris après coup par la lettre de la Croix-Rouge hongroise du 4 juillet 1940, le Gouvernement hongrois a très correctement ouvert une enquête dans les différents camps d'internement où se trouvaient des membres du personnel sanitaire polonais pour savoir quels étaient ceux d'entre eux qui désiraient rentrer dans les territoires soumis à l'autorité du Gouvernement général de Pologne. Cette enquête révéla que seuls deux médecins et 14 soldats sanitaires étaient animés de ce désir. Nul doute que le Gouvernement hongrois n'eût été prêt alors à y faire droit, dès que la demande en aurait été formulée. Il a donc, dans les circonstances données, agi avec parfaite correction et selon l'esprit de la Convention de Genève. Selon le vœu qu'il en a exprimé, nous lui en donnons volontiers acte.

La sciatique.

On donne communément le nom de sciatique à la névralgie du nerf sciatique, ce gros nerf issu du plexus sacré, au niveau de la région lombaire, et qui, formant l'axe nerveux de toute la partie postérieure du membre inférieur, s'étend par ses subdivisions jusqu'aux orteils.

C'est une affection assez répandue, une des plus pénibles et, malheureusement aussi une des plus tenaces qui soient. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme et se montre le plus souvent entre 25 et 50 ans, mais peut de beaucoup dépasser ce terme. On ne connaît pas mieux sa nature essentielle que celle de toutes les névralgies en général. Le nerf peut manifester sa souffrance sans présenter aucune lésion, tout autant que lorsqu'il a été blessé directement, comme nous en avons vu tant d'exemples au cours de la guerre. Il peut être comprimé par une cicatrice le long de son trajet, ou, à son origine, dans le bassin, par une tumeur, par des masses ganglionnaires se développant dans son voisinage immédiat. Il peut être altéré dans sa nutrition propre par des troubles de la circulation dans les

petits vaisseaux qui le nourrissent et sur lesquels on peut observer alors de véritables varicosités, qu'il existe ou non, en même temps, des varices de tout le système veineux du membre inférieur. Enfin, il y a des cas où le nerf sciatique est le siège d'une névrite véritable, dont il faut rechercher l'origine jusque dans les racines nerveuses sacro-lombaires ou même dans les méninges rachidiennes.

Vous voyez par là que les causes de la sciatique peuvent être multiples et son mécanisme très variable, encore que celui-ci, dans beaucoup de cas, nous reste mystérieux, ce qui peut vous expliquer les insuccès trop fréquents de la thérapeutique à son endroit.

La sciatique rhumatismale, la plus fréquente, est presque toujours limitée à un seul côté. Quand la sciatique est double, il faut soupçonner une névrite d'origine médullaire ou une compression mécanique large à l'intérieur du bassin.

Il y a des sciatiques légères et fugaces, des sciatiques plus graves ou plus tenaces, et de sciatiques chroniques, difficilement curables, qui finissent par entraîner une déformation définitive de la marche et jusqu'à des déviations de la colonne vertébrale, conséquences de cette marche en attitude vicieuse.

Tantôt la névralgie existe d'une façon sourde et continue, s'éveillant surtout la nuit ou à l'occasion de certains mouvements. Tantôt elle procède par crises plus ou moins violentes, durant quelques jours ou quelques semaines, puis s'apaisant pendant un certain temps, et renaissant ensuite à la moindre occasion, froid, changement de saison, fatigue, etc.

Il y a, enfin, des sciatiques complètes, où le nerf est atteint dans toute sa longueur, et d'autres, plus fréquentes, où la souffrance est localisée en un des points de son trajet. Ces points sont bien connus et correspondent aux endroits où une pression un peu énergique provoque immédiatement une douleur aiguë: point lombaire, point sacro-iliaque (au niveau de l'articulation de ce nom, point fessier (au-dessous de la fesse et dans sa profondeur): il existe encore différents points le long de la cuisse, l'un situé derrière le grand trochanter, d'autres en haut, au milieu et à la base de la cuisse, un point au niveau du creux du jarret, un autre au bord extérieur de la rotule, un autre sur la tête du péroné, un autre sous la malléole externe de la cheville, un autre sur le dos du pied, un autre vers la partie externe de la plante du pied. Toute pression exercée en un quelconque de ces points et provoquant une douleur vive doit faire soupçonner l'existence d'une sciatique.

Nous possédons, d'ailleurs, un signe classique, indiqué par Lasègue, et qui permet de diagnostiquer celle-ci immédiatement. Si, chez un malade atteint de sciatique, on fait fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, ce mouvement n'est pas douloureux. Mais si l'on fait fléchir la cuisse, la jambe étant complètement étendue, on provoque aussitôt une vive douleur.

Avec une sciatique intense et invétérée, on peut observer des troubles de la motilité, des crampes musculaires et des modifications de la marche, qui s'étudie alors à éviter les mouvements douloureux. Le pied se pose en dirigeant sa pointe en dehors, et la jambe fléchit légèrement au moment où le poids du corps pèse sur elle, véritable claudication, qui entraîne tout le tronc du même côté et un peu en avant: le malade «salue» à chaque pas. Étendu sur le dos, il ne peut se relever qu'en s'arc-boutant sur les mains, puis en se roulant sur un côté et en s'agenouillant.

Avec le temps, le membre atteint s'amaigrit peu à peu par atrophie musculaire: des phlyctènes d'herpès apparaissent: les poils de la région poussent plus drus: la sueur est plus rare de ce côté.

Le plus souvent, je l'ai dit, la sciatique est d'origine rhumatismale et naît à l'occasion d'un froid humide: c'est une localisation du poison du rhumatisme et la maladie est alors intimement liée à l'état général. Mais d'autres poisons, de nature endogène (goutte, diabète) ou exogène (alcoolisme, saturnisme, cocaïnisme) ou d'origine microbienne (blennorragie, paludisme, syphilis) peuvent jouer, ici, le même rôle. Enfin, il y a des sciaticques purement névropathiques (hystérie).

La seule liste des traitements proposés contre la sciatique dépasserait les limites de cet article. Cette richesse, comme toujours en thérapeutique, n'est, ici, qu'un masque de la pauvreté. Si l'on connaissait un remède certain, on ne parlerait pas de tant d'autres.

Les uns ne visent que le traitement banal de la crise douloureuse et n'en sont que des palliatifs, dont l'emploi est à continuer sans cesse, non sans dommage pour l'organisme: antipyrine, exalgine, pyramidon. D'autres essaient d'atteindre l'élément causal: aspirine et salicylate (contre le rhumatisme), sels de quinine, bleu de méthylène, sels de zinc ou de calcium.

Tous ces médicaments n'amènent qu'un soulagement passager et n'ont de valeur que dans les cas de névralgie légère, ou pour faire supporter momentanément une crise trop violente.

Les traitements externes ont un effet un peu plus durable, en modifiant les conditions physiologiques de la vie même du nerf. Ce sont d'abord les révulsifs: teinture d'iode, sinapismes, cataplasmes sinapisés, pointes de feu, petits vésicatoires morphinés, applications d'essence de térébenthine, de gaïacol, de chloroforme, de salicylate de méthyle, pommades et embrocations diverses, applications chaudes, douches d'air chaud, applications de boues et d'emplâtres radifères, pulvérisations de chlorure de méthyle. Ces dernières, bien employées, donnent souvent des résultats remarquables par leur rapidité. Dans les cas légers, elles peuvent suffire à amener la guérison, quitte à y revenir si une nouvelle crise se produit. Après un *stypage* bien fait, au chlorure de méthyle, on a vu des malheureux, tourmentés par la sciatique depuis longtemps, amenés à l'hôpital sur un brancard, repartir à pied, la canne à la main, comme après un miracle.

L'électricité rend, ici, de grands services. On l'emploie sous diverses formes: courants continus, courants faradiques, électricité statique. La douche statique avec étincelage est spécialement recommandable, mais, peut-être plus encore, les courants de haute fréquence, aujourd'hui très usités. Enfin, la radiothérapie des racines du nerf, dans la région lombaire, méthode toute récente, paraît avoir donné des succès remarquables.

On a également tenté d'agir directement sur le nerf malade par des injections profondes d'eau pure, d'air stérilisé, d'alcool pur, d'alcool avec novocaïne. On a pratiqué des injections épidurales (sous les enveloppes de la moelle épinière, vers la terminaison de celle-ci dans le sacrum) avec des solutions de cocaïne ou de novocaïne, et même des injections intra-rachidiennes.

Enfin, on a eu recours, dans les cas rebelles, au traitement chirurgical, qui a parfois réussi là où tout avait échoué. Le sciatique est mis à nu par une longue et profonde incision: alors on pratique, soit l'*élongation* du sciatique, qui est d'abord isolé, puis tiré à deux mains comme une corde: ou bien on le décortique de son enveloppe: ou encore on pratique le *hersage*, c'est-à-dire qu'on le divise en faisceaux par une multitude de petites fentes rigoureusement parallèles, qui dissocient ses fibres sans les trancher.

Ces traitements énergiques s'appliquent surtout aux cas anciens et rebelles, où le nerf est altéré par des modifications chroniques, peut-être inflammatoires, de son enveloppe générale et des enveloppes particulières des faisceaux dont il se compose, — à la manière d'un câble de fils téléphoniques possédant chacun leur gaine isolante, — ou lorsque son réseau circulatoire nourricier est atteint de flexuosités et de varicosités, ou, enfin, lorsque, après une blessure, il existe un tissu cicatriciel de fibres scléreuses qui le compriment ou l'étranglent dans son trajet.

Mais j'ai dit qu'à l'origine des sciaticques, il y avait, la plupart du temps, une intoxication. Il faut la rechercher, la trouver et la traiter, sans quoi il est clair que tous les révulsifs locaux, tous les calmants nerveux n'auront que des effets passagers.

Les diabétiques, les goutteux, les alcooliques, les saturnins, les paludéens, les syphilitiques devront d'abord compter sur le traitement particulier de leur état. Les arthritiques surveilleront leur régime et le fonctionnement de leur foie.

Enfin, le régime joue encore, ici, un certain rôle par son action sur le foie, lequel, vous le savez, est si souvent en cause dans l'arthritisme. L'alcool, le café, le thé, les épices sont à éviter. Une alimentation plus abondante en légumes, fruits et laitages convient mieux, ici, qu'une nourriture trop riche.

Au résumé, et sans vouloir désespérer personne, convenons que le traitement de la sciatique est un de ceux qui réclament le plus de patience de la part du malade, comme de la part du médecin.

Heilend und kräftigend zugleich sind Dr. Wander's
Malzextrakte.

Rein, bei Husten, Heiserkeit und Verschleimung.

Mit Eisen, bei Bleichsucht, Blutarmut.

Mit Kalk, bei allgemeiner Knochenschwäche.

Mit Brom, erprobtes Keuchhustenmittel.

Trocken und dickflüssig, in allen Apotheken erhältlich

Im Trachten-Atelier des Schweiz. Krankenpflegebundes Zürich 7

Asylstrasse 90

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

Bitte verlangen Sie Muster und Preisliste

Das einzige

abwaschbare, wasser-
feste Heftpflaster

IMPERMAPLAST

ist erhältlich
in Döschen zu 1 m
und auf 5 m-Spulen



Erhältlich in den Apotheken, Drogerien und Sanitätsgeschäften
Verbandstoff-Fabrik Zürich A. G., Zürich 8

Für praktisch u. theoretisch vorgeschulten Lernpfleger

wird **Fortbildungsposten** in Spital mit chirurg. Krankenpflege gesucht. Offerten mit Angabe der Bedingungen unter Chiffre D 3308 an die **Annoncen-Expedition E. Diem-Saxer, St. Gallen.**

A remettre, cause de maladie,
pension de convalescence
en prospérité. Dégagement excellent, air pur. Adresser les offres à la **Pension La Famille, Grand'rue 2b, Corcelles (Neuch.)**

Diätension und Erholungsheim Berneroberland

Individuelle Behandlung - Bad - Massage - Rotkreuzschwester im Hause. - Prospekte zur Verfügung.

Mit höflicher Empfehlung: **Frau Gutjahr, Villa Unspunnen Wilderswil/Interlaken, Telephon 1094**

Couch-Betten

bewährte Modelle für Schwesternzimmer

Matratzen
aller Art, mit und ohne
Federeinlagen

**Steppdecken
Flachduvets
Reformkissen**

Carl Neher, spez. Werkstätte, Zürich 1
Talstrasse 41 (Bitte Katalog verlangen)

Diplomierte, zuverlässige

Krankenschwester

sucht Stelle in Klinik, Spital, Gemeinde oder zu Arzt. Offerten unter Chiffre 292 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Selbständige, tüchtige

Rotkreuzschwester

sucht guten Posten. Offerten unter Chiffre 294 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Diplomierte, erfahrene

Krankenschwester

sucht Stelle in Spital, Klinik oder Altersheim, eventuell zu altern, pflegebedürftigen Leuten. Privat. Offerten unter Chiffre 291 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Stellengesuch

Krankenpflegerin (Diplom des schweiz. Krankenpflegebundes) sucht Stelle in Spital, wo sie Gelegenheit hat, den Narkosedienst zu erlernen. Zeugnisse stehen zur Verfügung. Offerten erbeten unter Chiffre 293 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Tüchtige, erfahrene

Krankenpflegerin

sprachenkundig, Kenntnisse Stenographie und Maschinenschreiben, sucht Stelle in Klinik oder als Arzthilfe. Offerten erbeten unter Chiffre 295 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Stellengesuche

in der Zeitschrift „Blätter für Kranken-

pflege“ haben sehr guten Erfolg.

**Wärme
heilt**



Paket Fr. 1.25

In Apotheken erhältlich

Die Feuerwatte PYROGÈNE bekämpft erfolgreich Rheuma, Hexenschuss, Ischias, Ohren-, Hals- und Brustweh, neuralgische Schmerzen.

Leicht anzuwenden:

Einfach auflegen, über Nacht oder während der Arbeit und Pyrogène wärmt sofort.

„FLAWA“, Schweizer Verbandstoff-Fabrik AG., Flawil

Frau H. Bauhofer-Kunz und Tochter

Atelier für orthopädische und modische Korsetts

Zürich 1 Münsterhof 16, II. Etage - Telefon 3 63 40

SPEZIALITÄT: Massanfertigung von Stützkorsetts, Umstandskorsetts, Leibbinden, Brustersatz (nach Operation), Schalenpelotten für Anuspräter und Rectum. Seit Jahren für Aerzte und Spitäler tätig.

Schwestern-MÄNTEL

Anebra
DAMEN-KLEIDUNG

in nur bester Verarbeitung,
schon ab

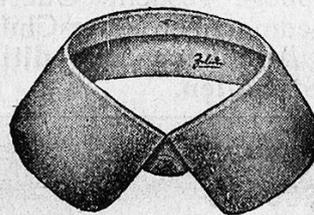
Fr. 49.—

Auch nach Mass

A. Braunschweig, Zürich 4

Jetzt bei der Sihlbrücke, Haus Berg-Apotheke, Wardstr. 4, 1. Stock. Lift. Tel. 5.83.65
Etagegeschäft!

Schwesternkragen



**Manschetten
und Riemli**

**kalt
abwaschbar**

sind sparsam und hygienisch. - Erhältlich in vielen Formen durch das Spezialgeschäft

**ALFRED FISCHER, Gummiwaren
ZÜRICH 1, Münstergasse 25**

Schwesternheim

des Schweizerischen 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. 5.50 bis 8.—. Nichtmitglieder Fr. 6.50 bis 9.—. Privatpensionäre Fr. 7.50 bis 10.—, je nach Zimmer.



Allgemeine Bestattungs AG.

besorgt und liefert alles
bei Todesfall

Leichentransporte

Bern

Nur: Zeughausgasse 27

Telephon 2.47.77

POMPES FUNÈBRES GÉNÉRALES S.A., BERNE