Zeitschrift: Blätter für Krankenpflege = Bulletin des gardes-malades
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 35 (1942)
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 1942 | Nr. 10 | Soleure, 15 octobre 1942
35. Jahrgang | 35e 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

Paraît le 15 du mois

REDAKTION:
Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes
Taubenstrasse 8, Bern

Abonnemente: Für die Schweiz: Jährlich Fr. 4.50, halbjährlich Fr. 3.— Bei der Post bestellt 20 Cts. mehr
Für das Ausland: Jährlich Fr. 6.—, halbjährlich Fr. 3.50
Einzelnummern 50 Cts. plus Porto
Postcheck Va 4

REDACTION:
Secrétariat de la Croix-Rouge suisse
Taubenstrasse 8, Berne

Abonnements: Pour la Suisse: Un an frs. 4.50, six mois frs. 3.— Par la poste 20 cts. en plus
Pour l'Etranger: Un an frs. 6.— six mois frs. 3.50
Numéro isolé 50 cts. 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. H. Scherz, Bern.
Kassier: Pfleger Hausmann, Basel. — Dr. F. Dumont, Bern; Schw. Berthy Rüegg, St. Gallen; Mlle Henriette Favre, Genève; Schw. Bertha Gysin, Basel; Oberin Dr. Leemann, Zürich; Mme Prof. Dr Michaud, Lausanne; Oberin Michel, Bern; Schw. Anni v. Segesser, Zürich.

Präsidenten der Sektionen.
Présidents des sections.

Bern:	Dr. S. H. Reist.
Basel:	Dr. O. Kreis.
Genève:	Dr E. Martin.
Lausanne:	Dr Exchaquet.
Luzern:	Dr. med. V. Müller-Türke.
Neuchâtel:	Mme 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, Leimenstrasse 52, Tel. 22.026, Postcheck V 3488.
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 Mlle H. Favre, 11, rue Massot, téléphone 5 11 52, chèque postal I 2301.
Lausanne: Mlle 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 Mlle Montandon, Parcs 14, téléphone 5 15 00.
St. Gallen: Vorsteherin Frau N. Würth, Unterer Graben 56, Tel. 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 Verbandsvorstand 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 vermittelst 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.

15. Oktober 1942 | Nr. 10 | 15 octobre 1942
35. Jahrgang | 35e 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)

Inhaltsverzeichnis — Sommaire

	Seite
Die Epidemiologie der Kinderlähmung und Vorschläge zur Prophylaxe	181
Zur Bekämpfung der E-Ruhr	185
Schweizerischer Krankenpflegebund — Alliance suisse des gardes-malades	186
Cours de perfectionnement pour infirmières à Lausanne	187
Fortbildungskurs der Section Vaudoise vom 23. bis 26. September in Lausanne	188
Weihnachtsbitte an Mitglieder und Freunde!	189
Die Krankenpflegestiftung der bernischen Landeskirche	189
Cours de préparation au diplôme d'infirmière-visiteuse	190
Quelques réflexions sur la tuberculose au service militaire	191
Myalgia epidemica, eine neue Infektionskrankheit	195
Zahlenergebnisse	197
Altes, Aktuelles	198

Die Epidemiologie der Kinderlähmung und Vorschläge zur Prophylaxe.*)

Von Prof. *Fanconi* und Dr. *Zellweger*.

Die epidemiologische und experimentelle Poliomyelitis-Forschung hat in den letzten Jahren zu neuen Erkenntnissen geführt, die zweifellos neue Gesichtspunkte für unsere prophylaktischen Massnahmen ergeben.

1. Der Erreger der Poliomyelitis (P.) ist ein kleinstes Virus (8—12 mμ) von der Grössenordnung grösserer Eiweissmoleküle; es kann sich nur auf lebendem Gewebe vermehren, es hält Temperaturen aus zwischen minus 10 und plus 50 Grad Celsius; gegen die üblichen Desinfektionsmittel ist es ziemlich resistent, lässt sich aber durch oxydierende Substanzen ($KMnO_4$, H_2O_2) leicht zerstören.

Kling, Sabin, Trask und Paul und andere haben das Virus im Darminhalt und in den Faeces des Menschen nachgewiesen, und zwar fand es Sabin u. a. im Stuhle von erkrankten Kindern unter acht Jahren bedeutend häufiger als im Stuhle Erwachsener. Von Paul und Trask, sowie von Kling und seinen Mitarbeitern wurde das Virus in den Abwässern von Städten mit P.-Kranken, und zwar bis drei Monate nach Erlöschen der Epidemie an den betreffenden Orten, festgestellt. Kling glaubt sogar an eine Vermehrung des Virus in den Abwässern, wobei ein Protozoon als Vektor angenommen wird.

2. Bis vor kurzem galten die Atemwege (Staub- und Tröpfcheninfektion) als Haupteintrittspforten. Die experimentelle Forschung (vor allem

*) Wir sind gebeten worden, die in letzter Nummer in französischer Sprache wiedergegebene Abhandlung über die Poliomyelitis auch in deutscher Sprache zu bringen, welchem Wunsche wir hiermit nachkommen. *Die Redaktion*

in U. S. A.), ergab jedoch, dass das Virus vom Digestionstraktus (inklusive Mund, Rachen und Tonsillen) aufgenommen wird, und dass, wie bei den Erkrankungen der Typhusgruppe, die faecale Infektion — vor allem ist der mit faecalen Materien beschmutzte Mensch gefährlich — die Hauptrolle spielt. Daneben mag die Uebertragung auch durch mit virushaltigen Faeces oder Abwässern verunreinigten Speisen (Milchinfektion bei Aycock, Wickmann, Macnamara) erfolgen, wobei auch Fliegen als Zwischenträger eine Rolle spielen können (Trask und Paul).

3. Für den Verlauf der Krankheit sind wahrscheinlich, wenn das P.-Virus in den Darm eingedrungen ist, disponierende Faktoren von Bedeutung: nämlich Verdauungsstörungen, Katarrhe, vielleicht auch andere Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Varizellen, Otitis media. Auch starke Anstrengungen, Reisen, Traumata übermässige Besonnung, Tonsillotomien usw. finden sich in der Anamnese vieler P.-Patienten.

4. Die P. kommt hauptsächlich im Kleinkindesalter vor; nach Windorfer werden aber immer mehr auch ältere Kinder und Erwachsene befallen. Aus den schweizerischen Statistiken geht diese Altersverschiebung nicht eindeutig hervor.

5. Die P. ist eine Saisonkrankheit mit einem ausgesprochenen Maximum in den Monaten August, September und Oktober und einem ebenso ausgesprochenen Minimum im März, April und Mai. Auch hierin stimmt die P. mit der bacillären Dysenterie und den typhösen Erkrankungen überein.

6. Gelegentlich — so anfangs September 1941 in der Stadt Zürich — kommt es zu einer explosionsartigen Vermehrung der Fälle, wofür noch keine Erklärung gefunden wurde. Ueber die meteorologischen Einflüsse ist in Zürich eine möglichst viele Klima- und Witterungsfaktoren umfassende statistische Untersuchung, gemeinsam mit der meteorologischen Zentralanstalt im Gange.

7. Zur Erklärung der geringen Morbidität, d. h. der kleinen Anzahl der Erkrankten gegenüber der Gesamtbevölkerung — man spricht von Epidemien, wenn mehr als 0,9—1,5 auf 10'000 Einwohner befallen werden — hat man die Theorie der stillen Feiung aufgestellt: während einer Epidemie sei das Virus ubiquitär — Pette spricht noch 1942 von einer pandemischen Infektion — trotzdem würden nur einzelne (nach Aycock 1 %) manifest erkranken, während der grösste Teil der Infizierten immunisiert würde, ohne zu erkranken. Diese Theorie anerkennen wir heute nicht mehr. Denn Kleinraumepidemien, wie die von uns untersuchten Epidemien in Mesikon und Hirzel mit einer Morbidität bis 20 %, ferner eine Spitalepidemie, wobei in zwei Krankensälen 40 % der Patienten erkrankten, zeigen uns, dass wenn wirklich eine Infektion erfolgt, viel mehr als 1 % erkranken. Zur Erklärung der Tatsache, dass bei ausgedehnten Epidemien nur wenig erkranken — in der Stadt Zürich z. B. 1941 nur 1 ‰ der Bevölkerung — nehmen wir nicht an, dass ein flüchtiges Virus durch Tröpfcheninfektion oder gar durch den Luftzug, wie etwa bei Masern und Varizellen, ubiquitär vorkommt, aber nur wenige Individuen krank macht, sondern dass umgekehrt die P.-Infektion schwerfällig erfolgt, und deswegen nur einen kleinen Teil der Menschen befällt.

Wir vergleichen die Ausbreitung der P. mit derjenigen einer zähen Flüssigkeit, die langsam fortschreitet und zähe an Ort und Stelle haftet.

Zu dieser Auffassung haben unter anderem unsere Untersuchungen des Knabenschiessens 1941 in Zürich geführt, das während des Höhepunktes der P.-Epidemie stattfand:

«Von 921 Jünglingen aus allen Kantonen der Schweiz, ausser Zürich, ist nur einer aus der bereits P.-verseuchten Stadt Bern an einer fraglichen P. erkrankt. Von den ca. 2700 zürcherischen Teilnehmern ist keiner an einer gemeldeten P. erkrankt. Auch als Zwischenträger kommen höchstens ein oder zwei von diesen ca. 3600 Knaben in Frage, wobei beide Male andere Infektionswege noch wahrscheinlicher sind. Und doch tummelten sich mindestens sieben Kinder auf dem Rummelplatz, welche sich bereits im ersten Stadium der P. befanden.»

Auch die Tatsache, dass die P. sozusagen immer an der Pforte des Spitals halt macht, wenn sie aber einmal diese durchbricht, eine ganze Reihe von Kindern und Pflegerinnen befällt, wie im Kinderspital Zürich im Oktober-November 1941, spricht gegen die Theorie der stillen Feiung und für die schwerfällige, aber zähhaftende Infektionsart.

Auch die Enquête, die Zellweger über den Einfluss des Schul- und Familienraumes auf die Ausbreitung der Kinderlähmung in Zürich 1941 angestellt hat, spricht in gleichem Sinne:

«P.-Fälle traten in 113 Klassen zu durchschnittlich 35 Schülern auf. Nur in 11 Klassen kam es zu zwei P.-Erkrankungen, dabei fiel nur dreimal der zeitliche Abstand zwischen den beiden Erkrankungsdaten innerhalb die wahrscheinliche Inkubationszeit von 6—15 Tagen. Demgegenüber hatten wir im Kinderspital Zürich P.-Patienten aus 300 Familien, wovon in 42 Familien zwei- oder mehrfache Erkrankungen vorkamen. In diesen 42 Familien sind nicht weniger als 72,4 % aller Kinder erkrankt, während in den Schulklassen mit mehrfachen Fällen die Morbidität nur 5,7 % betrug. Aus der Gegenüberstellung dieser zwei Zahlen 72,4 und 5,7 % geht hervor, dass dem Familienraume mit dem viel innigeren Kontakte eine viel grössere Bedeutung für die Ausbreitung der P. zukommt als dem Schulraume.»

Aus dieser neuen Anschauung über die P. ergeben sich folgende Ratschläge für die hygienischen Massnahmen bei sporadischem und epidemischem Auftreten der P.:

I. Grösste Reinlichkeit ist eine wesentliche Massnahme. Händewaschen nach der Defaekation und vor den Mahlzeiten.

II. Das Zustandekommen der unter 3 genannten disponierenden Faktoren soll möglichst eingeschränkt werden.

III. Besteht der Verdacht auf P., so soll der Erkrankte genau so wie bei Typhusverdacht behandelt werden.

IV. Beim Auftreten eines Falles von Kinderlähmung sollte, wenn möglich, der Patient hospitalisiert werden, und zwar theoretisch solange, als er das P.-Virus im Darme beherbergt. Leider ist in praxi der Virusnachweis (Affenversuch!) nicht möglich. Das Virus wurde in Einzelfällen bis vier Monate nach Krankheitsbeginn im Stuhle gefunden. Trotzdem sind wir der Ansicht, dass die bisherige Isolierung von sechs Wochen für gelähmte, von vier Wochen für meningitische und von einer Woche für die fieberhaften Verdachtsfälle oder Liquorbefund genügt, zumal wir bei diesen Massnahmen nie Heimkehrfälle beobachtet haben.

V. Nach Spitalüberführung soll das Krankenzimmer wie bis anhin einer amtlichen Desinfektion unterzogen werden. Vor allem sollen auch Bettwäsche und Unterkleider, die häufig mit Stuhl beschmutzt sind, desinfiziert werden.

VI. Vom Verkehr und von der Schule fernzuhalten sind im gleichen Hause wohnende Kinder unter zwölf Jahren für zwei Wochen, ältere Kinder bis nach erfolgter Desinfektion des Krankenzimmers, da bei ihnen die Gefahr der Faecalübertragung geringer ist.

VII. Erwachsenen, in der Wohnung des Erkrankten lebenden Personen soll für einige Zeit ein Berufsverbot auferlegt werden, sofern sie in der Lebensmittelbranche, sowohl in der Produktion als auch im Vertrieb tätig sind. Besuchsverbote für Versammlungen, Kinos etc. brauchen nicht mehr unbedingt aufrechterhalten zu werden.

VIII. Erkrankt ein Schüler an Kinderlähmung, so soll die Klasse für zwei bis drei Wochen geschlossen werden, sofern es sich um einen Kindergarten oder um eine Volksschule handelt. Von der Sekundarschule aufwärts, deren Schüler schon reinlicher sind und in geringem Masse Virus ausscheiden als Kleinkinder (Sabin), scheint uns eine Schliessung der Klasse nicht notwendig zu sein. Treten mehrere Fälle in einer Klasse auf, so wird man vorsichtshalber den Schulschluss auch bei älteren Schülern durchführen. Treten in einem Schulhause gehäufte Fälle auf, so empfiehlt sich die Schliessung des ganzen Schulhauses. Auf jeden Fall soll bei solchen «Explosionen» der Ursache nachgegangen werden (Infektion der Milch an der Ausschankstelle von Schulhäusern, Zwischenträger etc.).

IX. Treten Kinderlähmungsfälle in Kinderheimen auf, so sollen diese für vier Wochen für Ein- und Austritte gesperrt werden; Kinderkrippen sollen für 14 Tage geschlossen werden.

X. Kindern, denen der Schulbesuch verboten ist, haben auch dem übrigen Verkehr fernzubleiben. Sie dürfen ins Freie gebracht werden, jedoch nur während der Schulzeit und in Begleitung von verantwortlichen Erwachsenen.

XI. Kontaktkinder sind von der Aufnahme in Kinderheime, Krippen, Ferienkolonien etc. für eine gewisse Zeit (drei bis vier Wochen) auszuschliessen.

XII. Im übrigen ist allen Kontaktpersonen grösste Sauberkeit, Händewaschen nach der Defaekation und vor den Mahlzeiten anzuraten.

XIII. Grössere Menschenansammlungen, wie Flugmeetings, Knabenschiessen etc. haben bei uns wenigstens nicht zur Ausbreitung der P. beigetragen. Vielleicht haben wir dabei Glück gehabt; es ist gut denkbar, dass eines Tages z. B. durch eine zufällige faecale Infektion der Lebensmittel in einem Restaurationsbetriebe eine Epidemie ausgelöst werden könnte. Trotzdem halten wir zu strenge, das Wirtschaftsleben zu sehr beeinträchtigende Massnahmen nicht für angezeigt.

Es ist zu erwarten, dass die Forschung der nächsten Jahre veranlassen wird, gewisse prophylaktische Massnahmen zu verschärfen, andere zu lockern.

Zur Bekämpfung der E-Ruhr.

Kreisschreiben des Eidg. Gesundheitsamtes an die kantonalen Gesundheitsbehörden.

Vom 14. September 1942.

Die derzeitige epidemische Häufung von E-Ruhrfällen lässt es angezeigt erscheinen, die Aufmerksamkeit der Gesundheitsbehörden und der Aerzteschaft auf diese in unserem Land häufigste und endemisch gewordene Ruhrform hinzulenken.

1. Wesen der E-Ruhr. Die E-Ruhr ist eine besondere Form der oligotoxischen Ruhr und wird hervorgerufen durch den Bacillus dysenteriae Sonne-Kruse (Syn. E-Rasse bzw. milchzuckervergärende Rasse der Dysenteriebazillen). Epidemiologisch zeigt die E-Ruhr hinsichtlich ihrer ausgesprochenen jahreszeitlichen Gebundenheit (Spätsommer—Herbst), hohen Kontagiosität, Uebertragungsart (Kontakt- und Nahrungsmittelinfektionen) und Rezidivgefahr alle Merkmale der übrigen Ruhrformen. Klinisch nimmt dagegen die E-Ruhr eine Sonderstellung ein: sie verläuft weit gutartiger als die toxischen Shiga-Kruse-Infektionen und auch im allgemeinen milder als die übrigen oligotoxischen Ruhrformen (A-, D-, H-Ruhr). Schliesslich werden auch toxisch-allergische Nachkrankheiten (Rheumatoide, Morbus Reiter) bei der E-Ruhr nur ausnahmsweise beobachtet.

2. Erkennung der ersten Fälle. Die Ruhrdiagnose ist vor allem klinisch zu stellen. Jeder in der ruhrgefährdeten Jahreszeit auftretende Darmkatarrh mit schleimigen oder schleimig-blutigen Stühlen ist *a priori* ruhrverdächtig. Charakteristisch sind fernerhin die Tenesmen, die Druckempfindlichkeit des Colons und — bei der E-Ruhr — der häufig initial vorhandene Meningismus (Opistothonus, Hyperästhesie, Hyperalgesie, etc.). Die bakteriologische Stuhluntersuchung soll zur Sicherung der klinischen Diagnose stets herangezogen werden, ergibt jedoch auch bei optimalsten Untersuchungsbedingungen (Verarbeitung von möglichst frisch abgesetztem Stuhl) nur in zirka 50 % der Fälle positive Resultate. Die Gruber-Widal-Reaktion, die frühestens in der zweiten Krankheitswoche positiv wird, ist dagegen zur Stellung der Frühdiagnose nicht geeignet.

3. Bekämpfung. Bei einer sich so ausserordentlich rasch ausbreitenden Seuche wie der Ruhr ist die rasche Erfüllung der Meldepflicht von grösster Bedeutung, da Isolierungs- und Absperrungsmassnahmen nur zu Beginn der Seuche Aussicht auf wirklichen Erfolg bieten. Sind bereits mehrere Seuchenherde vorhanden, so wird man zwar auf die Isolierung — am besten Hospitalisierung — der Erkrankten ebenfalls nicht verzichten dürfen; ein grösserer seuchenbekämpferischer Erfolg wird aber hierdurch kaum zu erzielen sein, da die zahlreichen Fälle von klinisch leichter, ambulanter Ruhr und vor allem die meist in der Ueberzahl vorhandenen gesunden Bazillenträger nicht erfasst und daher auch nicht abgesondert werden können. Bei Massenerkrankungen — besonders in ländlichen Bezirken — können Isolierungsmassnahmen schliesslich auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Die stets anzuordnende Ueberwachung der Lebensmittelbetriebe (Entfernung von Erkrankten und gesunden Bazillenträgern, Pasteurisieren der Milch etc.) erweist sich in vielen Fällen ebenfalls als eine kaum durchführbare oder zumindest hinsichtlich des Erfolges nicht zuver-

lässige Massnahme. Auch die aktive Schutzimpfung harrt noch ihrer endgültigen Lösung, jedenfalls vermögen die zurzeit im Handel befindlichen Impfstoffe noch immer nicht zu befriedigen; auch kann die Impfung im bereits durchseuchten Milieu — nach neueren Erfahrungen — schon deshalb nicht empfohlen werden, weil dieselbe anscheinend latente Infektionen zu aktivieren vermag oder zumindest die Disposition zur Ruhrerkrankung erhöht. Unter diesen Umständen kommt der eingehenden Aufklärung der Bevölkerung über die persönliche Prophylaxe die grösste Bedeutung zu. Als wirksame Schutzmassnahmen kommen in Betracht die Vermeidung von Darmstörungen (durch den Genuss von unreifem Obst und gleichzeitigem Wassertrinken, Speiseeis, verdorbenen Nahrungsmitteln, Abkühlung des Abdomens, etc.), der prinzipielle Verzicht auf unabgekochte bzw. nicht vorbehandelte Nahrungsmittel (Milch, Salat, ungeschältes Obst), Verwahrung der Lebensmittel in gegen Fliegen gesicherten Behältern, eine peinlich durchgeführte Aborthygiene (Fliegenschutz, Händereinigung nach der Defäkation, Nichtverwendung des Senkgrubeninhaltes zur Düngung von Gemüsen), grösste persönliche Reinlichkeit, vor allem Händewaschen vor jeder Mahlzeit. Schliesslich kann auch die völlig unschädliche und anscheinend oft wirksame Bakteriophagenprophylaxe empfohlen werden.

Schweizerischer Krankenpflegebund
Alliance suisse des gardes-malades

Aus den Sektionen. - Nouvelles des sections.

Section Genevoise.

Le pendentif n° 1462 a été égaré; ce numéro est donc annulé jusqu'à nouvel avis. (Mlle E. Bärtschi.)

Sektion St. Gallen.

Einladung zu einem *Vortrag von Herrn Dr. Pfister,* Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herisau, über *«Die heutige Behandlung der Schizophrenie»,* auf Donnerstag, 22. Oktober, 20.15 Uhr, im Vortragssaal des Kantonsspitals St. Gallen (I. Haus, II. Stock).

Fortbildungskurs
am 11. und 12. November 1942 in der Eidg. Materialprüfungsanstalt,
Unterstrasse 11, St. Gallen.

Programm:

Mittwoch, 11. November:

9.50 Uhr:	Begrüssung durch die Präsidentin.
10.00—12.00 Uhr:	Prof. Dr. Jovanovits: Struktur und Eigenschaften der Textilfasern; Aufbau der tierischen Haut und Eigenschaften des Leders.
14.00—16.00 Uhr:	Dr. K. Vogler: Praktische Erfahrungen mit neuen textilen Werkstoffen.
16.15—18.00 Uhr:	A. Fehrlin: Aufgaben und Organisation der Materialprüfung. Anschliessend Besichtigung der Laboratorien und Prüfeinrichtungen.

Donnerstag, 12. November:

8.00—10.00 Uhr: G. Weder: Waschmittel und Wäschereifragen.
10.00—10.30 Uhr: Diskussion:
10.45—11.45 Uhr: Filmvorführungen im Kino «Kapitol»: Wollfilm, Mitinfilm, Schuhfilm.
14.00—15.30 Uhr: Dr. A. Engeler: Die gebräuchlichen Ledertypen; Leder- und Schuhpflege.
15.45—17.00 Uhr: Dr. A. Engeler: Reinigung und Pflege der Bekleidung.
17.15—18.00 Uhr: Allgemeine Diskussion, eventuell Vorführung einiger Schadenfälle aus der Textil- und Ledersammlung.

Preis des ganzen Kurses: Fr. 5.—; Halbtagskarten: Fr. 1.50. Teilnehmerzahl beschränkt (50—60). Anmeldung und Kartenbezug bis 5. November bei Frau Würth, Unterer Graben 56, St. Gallen. Einzahlung des Kursgeldes auf Postcheckkonto IX 6560 (bitte auf der Rückseite Vermerk: Kurs). Auch an der Tageskasse beim Vortragssaal, Unterstrasse 11, können Eintrittskarten gelöst werden, soweit Platz ist.

Wie aus dem Programm zu ersehen ist, befasst sich dieser Kurs nicht mit Fragen der Krankenpflege, sondern mit der Behandlung von Kleidern, Wäsche und Schuhen, deren Haltbarkeit zu verlängern für uns alle in heutiger Zeit ungemein wichtig ist. Wir laden unsere Mitglieder, sowie Schwestern und Pfleger anderer Sektionen ein, diese einzigartige Gelegenheit, sich von erfahrenster Seite belehren zu lassen, zu benutzen.

Neuanmeldungen und Aufnahmen — Admissions et demandes d'admission.

Sektion Basel. — *Neuanmeldungen:* Schwn. Hanna Wickli, von Krummenau (St. Gallen), geb. 1912; Alice Bœsch, von Krummenau (St. Gallen), geb. 1917. — *Aufnahmen:* Schwn. Bertha Schmiedhauser und Emmy Buser. — *Austritt:* Schw. Hedy Mätzler-Suter.

Sektion Bern. — *Aufnahme:* Schw. Klara Schärer. — *Neuanmeldungen:* Schwn. Margrith Wüthrich, geb. 1918, von Trub, in Langnau (Bezirksspital Burgdorf, Zieglerspital Bern, Bundesexamen); Miggi Trefzer, von Mirchel (Bern), geb. 1917 (Bezirksspital Biel und Burgdorf, Zieglerspital Bern, Bundesexamen), in Bern. — *Austritt:* Schw. Hulda Zeller (gestorben).

Section Genevoise. — *Démission:* Mme Marie-Louise Bonna, pour cause de transfert dans la Section Vaudoise.

Sektion Zürich. — *Anmeldungen:* Schw. Ruth Naef, geb. 1918, von Zürich (Pflegerinnenschule Zürich); Schw. Martha Fuchs, geb. 1918, von Hofen, Kt. Schaffhausen (Pflegerinnenschule Zürich); Schw. Marie Schweizer, geb. 1916, von Zürich (Lindenhof Bern); Schw. Gertrud Ritter, geb. 1912, von Uster, Kt. Zürich (Krankenhaus Neumünster, Zollikerberg). — *Provisorisch aufgenommen:* Schwn. Marie Vollenweider, Wilma Lehner, Ida Wälti, Flora Thalmann, Lea Stoll, Helen Kienberger. — *Definitiv aufgenommen:* Schwn. Myrtha Schmid, Martha Trachsler, Milly Krapf, Frieda Kobelt, Martha Haltiner, Bignia Karst, Margrit Honegger.

Cours de perfectionnement pour infirmières à Lausanne.

La Section Vaudoise de l'Alliance suisse des gardes-malades conviait récemment les infirmières diplômées, sans distinction d'école, à un cours de perfectionnement de trois jours à l'Hôpital cantonal particulièrement bien outillé pour mener à chef des

tâches accessoires de cette importance. Ce cours était consacré au cœur et aux reins. Messieurs les professeurs de la Faculté de médecine et Messieurs les chefs de service du grand établissement hospitalier, soucieux de former des collaboratrices indispensables, au courant des idées et des méthodes de la médecine moderne, traitèrent le sujet sous tous ses aspects et dans tous ses rapports; ils furent suivis par un auditoire attentif et reconnaissant, heureux de l'occasion qui lui était offerte de rafraîchir et d'approfondir des connaissances toujours plus indispensables à l'exercice de la profession de gardes-malades.

Les participantes — elles étaient environ cent cinquante — tiennent à dire leur vive gratitude aux maîtres qui ont mis généreusement à leur disposition un temps et un savoir précieux, au comité vaudois de l'Alliance qui eut l'heureuse idée d'organiser le cours, au Département de l'intérieur qui ouvrit toutes grandes aux gardes-malades les portes de l'Hôpital.

Une heure de musique fut offerte aux infirmières par Mlles Magda Lavanchy, violoniste, et A. Fœtisch, pianiste, au Temple de La Sallaz; que les deux artistes reçoivent ici le témoignage de notre admiration.

Ajoutons que sœur Louise Probst, de Bâle, présidente de l'Alliance suisse, honorait le cours de sa présence.

Fortbildungskurs der Section Vaudoise vom 23. bis 26. September in Lausanne.

Wohl etwa 150 Teilnehmer, Nonnen, Diakonissen, freie Schwestern und Pfleger, hatten sich zum Fortbildungskurs im Hôpital cantonal in Lausanne eingeschrieben und wurden am Morgen des 23. September daselbst vom Sektionspräsidenten, Dr. Exchaquet, willkommen geheissen. Er machte auf die Bemühungen der kantonalen Behörden zur Erreichung des Berufsschutzes für das Pflegepersonal aufmerksam, die nunmehr dazu geführt hätten, dass die berufliche Ausübung der Krankenpflege an den Besitz eines Diploms gebunden sei. Momentan bilden die in kurzen Kursen geschulten Samariterinnen vielerorts eine nicht unbeträchtliche Konkurrenz durch Uebernahme von Pflegen, welchem Uebelstand man am sichersten begegnen kann durch eine gute Ausbildung der Berufskrankenpflegerin. Aus diesen Erwägungen heraus und ermutigt durch den glänzenden Erfolg des letztjährigen Fortbildungskurses, wurden die Vorbereitungen zum diesjährigen Kurse getroffen. Herr Payot, Chef des kantonalen Gesundheitswesens, betonte, wie wichtig die Zusammenarbeit von Krankenpflegepersonal und Staat sei, dass die anfänglichen Schwierigkeiten mit dem Krankenpflegebund gelöst und der Ausweis des Bundesexamens fast durchwegs anerkannt werde. Wohl mussten da und dort noch Konzessionen gemacht werden; aber die gut ausgebildete Krankenpflegerin wird sich mehr und mehr durchsetzen. So begrüsst auch der Vorsteher des Sanitätswesens die Förderung der Krankenpflege durch Kurse und die uneigennützige Mitarbeit der Aerzte. Das Initiativkomitee hatte sich gefragt, ob es zweckmässig wäre, Vorträge über die verschiedensten Gebiete der Krankenpflege vorzusehen, hatte dann aber doch beschlossen, den ganzen Vortragszyklus dem Studium von Herz und Nieren zu widmen. Es sprachen zu uns: der Anatom und der Pathologe, der Internist und der Chirurg, der Radiologe und der Diätetiker, der Geburtshelfer und der Kinderarzt. Praktische Demonstrationen am Krankenbett wurden eingeschaltet und täglich eine Stunde als Seminar reserviert, wo die Dozenten die schriftlich eingereichten Fragen beantworteten und auch bereitwillig auf Themen eingingen, die ausserhalb des Kursprogrammes standen. Angespannteste Aufmerksamkeit war nötig, um allen Vorlesungen folgen zu können. Aber es wäre auch schade gewesen, eine einzige Stunde zu versäumen, bildete doch der Kurs ein geschlossenes Ganzes, das uns die lebenswichtigen Zusammenhänge der normalen und krankhaften Funktionen von Herz und Nieren vor Augen führen sollte. Wir spürten voll Dank, wie

jeder der Dozenten sich bemühte, die Kenntnisse der Krankenpflegerin zu erweitern und zu vertiefen, um die Schwester in erhöhtem Masse zum Wohl der Kranken zur verständnisvoll arbeitenden Gehilfin des Arztes heranzubilden.

Am Donnerstagabend bot ein extra für uns veranstaltetes Violin- und Klavierkonzert im Temple de La Sallaz willkommene Entspannung. Was uns M. Jaccard, Direktor von «La Source», in Lausanne, über die Stellung der Schwester und ihre Berufung zur Krankenpflege sagte, werden Sie alle durch die «Blätter für Krankenpflege» vernehmen, hat sich doch Herr Prof. Jaccard in verdankenswerter Weise bereit erklärt, seinen Appell an die Schwestern für unser Berufsorgan zur Verfügung zu stellen. Es sei daraus nur erwähnt, dass die Schwester sich freuen darf, im Militärdienst den Rang eines Wachtmeiters zu haben, ist dies doch eine Stellung, die nur Menschen bekleiden können, die zur Ueberwachung anderer und zu verantwortungsbewusstem Handeln befähigt sind.

Erfüllt von der mannigfaltigen Belehrung und Anregung, die der Fortbildungskurs in Lausanne den Teilnehmern bot, möchte ich nicht versäumen, auch der Sektion Zürich im Namen des Zentralvorstandes herzlich zu danken, dass sie diesen Herbst nun schon zum achten Mal einen Fortbildungskurs inszenierte, der das Interesse weiter Kreise weckte und gewiss auch diesmal wieder von schönstem Erfolg gekrönt war.

Schw. *L. P.*

Weihnachtsbitte an Mitglieder und Freunde!

Wer hilft mit, auch in diesem Jahr allen unsern im Militärdienst stehenden Mitgliedern durch kleine, willkommene Gaben ein wenig Weihnachtsfreude zu bereiten? Die immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Verhältnisse haben uns gewiss wohl noch erfinderischer gemacht im wohlüberlegten, zweckmässigen Schenken, und so darf ich wohl damit rechnen, wiederum von allen Seiten praktische Gaben oder finanzielle Hilfe zu erhalten, um jedem von uns, das Weihnachten im Felde verlebt, ein Päckchen zusenden zu können.

An die einzelnen Mitglieder geht die Bitte, die Bureaux jederzeit von ihrer Feldpostadresse in Kenntnis zu setzen. Unsere Bureaux ersuche ich um möglichst frühzeitige Angabe von Namen und Adressen derjenigen Mitglieder, die voraussichtlich an Weihnachten im Militärdienst stehen.

Wollen Sie bitte Ihre Gaben bis spätestens 12. Dezember 1942 senden an Schw. Louise Probst, Socinstrasse 69, Basel.

Die Krankenpflegestiftung der bernischen Landeskirche

beabsichtigt, im Verlaufe des Monats November einen zweitägigen Fortbildungskurs durchzuführen, zu dessen Besuch (auch für Einzelvorträge) Schwestern und Pfleger anderer Institutionen ebenfalls freundlichst eingeladen sind. Nebst Vorträgen über religiös-ethische und soziale Probleme wird eine Gemeindeschwester Anleitung geben für Kursleiterinnen zur Durchführung eines Krankenpflegekurses. Vorgängig erfolgt ein einführendes Referat durch einen Mediziner.

Da Ort und genauer Zeitpunkt des Kurses heute leider noch nicht bekanntgegeben werden können, bitten wir die Interessentinnen, sich ab 6. November die näheren Angaben bei der Unterzeichneten oder bei Schwester

Lina Schlup, Vorsteherin der Sektion Bern des Schweiz. Krankenpflegebundes, Niesenweg 3, einzuholen. Den Mitgliedern der Krankenpflegestiftung der Bernischen Landeskirche werden die Programme direkt zugestellt.

Für die Krankenpflegestiftung der Bernischen Landeskirche:
Oberin *Gertrud Hanhart*, Gutenbergstrasse 4, Bern.

Cours de préparation au diplôme d'infirmière-visiteuse.

De nombreuses infirmières, appartenant à plusieurs écoles ou associations, se sont inscrites pour ce cours spécial qui aura lieu à La Source, du 2 novembre au 12 décembre. La publication du programme ayant été retardée, les délais d'inscription sont prolongés jusqu'au 20 octobre. Les candidates recevront des instructions spéciales au sujet des logements, etc. Le prix des deux repas, de midi et du soir, à La Source, est fixé à 3 francs.

On trouvera ci-dessous le programme des cours. Les leçons seront données à l'Auditoire de La Source, le matin de 9 h. à midi. L'horaire sera publié à la fin d'octobre. En même temps, connaissance sera donnée de la liste des établissements et institutions que les élèves visiteront l'après-midi pendant le mois de novembre. Ces visites seront suspendues en décembre pour laisser aux candidates le temps de se préparer à leurs examens. Un séminaire de prévoyance et d'assistance sociales, dirigé par Mlle L. Comte, docteur en droit, occupera les fins d'après-midi pendant les deux dernières semaines.

Toutes les infirmières-visiteuses diplômées, sans distinction d'école, sont invitées à assister gratuitement aux cours du matin pendant les six semaines. Elles pourront ainsi se perfectionner dans leur spécialité. D'autre part, les cours des deux premières semaines, qui porteront sur des sujets d'intérêt général, pourront être suivis sans frais par toutes les Sourciennes diplômées.

PROGRAMME DES COURS.

I. — *Questions médicales et médico-sociales.*

1° Médecine sociale (M. le Dr A. Guisan, médecin de La Source) 6 h.; 2° Hygiène de la femme 4 h., Le cancer au point de vue social (M. le Dr H.-C. Krafft, chirurgien de La Source) 1 h.; 3° Hygiène, alimentation et maladies du nourrisson (M. le Dr L. Exchaquet, médecin de l'Hospice de l'Enfance) 8 h.; 4. Tuberculose chirurgicale (M. le Dr L. Picot, chirurgien de l'Hospice de l'Enfance) 2 h.; 5° Tuberculose médicale (M. le Dr A. Vuithier) 3 h.; 6° Les dermatoses et les maladies vénériennes au point de vue social (M. le Dr R. Assal) 3 h.; 7° Les diverses formes de rhumatismes (M. le Dr Ed. Balissat) 3 h.; 8° Théorie et pratique de la désinfection (M. le Dr E. Bach) 3 h.; 9° La question sexuelle (M. le Prof. Dr M. Muret) 2 h.; 10° L'orthopédie au point de vue social (M. le Prof. Dr P. Nicod, directeur de l'Hospice orthopédique) 2 h.; 11° L'I.-V. et les gens qui voient mal (M. le Dr E. Bourquin) 2 h.; 12° L'I.-V. et les gens qui entendent mal (M. le Dr R. Tuscher) 2 h.; 13° Hygiène de l'habitation urbaine et rurale (M. le Dr W. Francken) 2 h.; 14° Dentition et maladies générales (M. G. Ferrari, méd.-dent.) 2 h.; 15° Les diverses origines de l'anémie (M. le Prof. Dr A. Vannotti) 1 h.; 16° Les stupéfiants et sédatifs (M. le Dr J.-S. Cart) 1 h.; 17° L'alcoolisme comme maladie (M. le Dr M. Burnier) 1 h.; 18° Les régimes dans les diverses maladies (M. le Dr L. Gallandat) 2 h.; 19° Hygiène alimentaire pratique (Mmes Mellet et Delarageaz) 4 h.; 20° Les méthodes de traitement à Cery

(M. le prof. Dr Steck, directeur de l'Asile d'aliénés de Cery) 1 h.; 21° Psychologie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent 2 h., Hygiène mentale 3 h. (M. le Dr L. Bovet, chef du service médico-pédagogique de l'Etat).

II. — *Questions juridiques, sociales et professionnelles.*

22° Notions de droit (M. Ed. Krafft, Dr en droit) 3 h.; 23° Législation sanitaire cantonale (M. le Dr F. Payot, chef du Service sanitaire cantonal) 1 h.; 24° Dispositions législatives concernant le travail antituberculeux des I.-V. 2 h., Rapports entre I.-V. et médecins 1 h. (Mme Ch. Olivier, Dr en médecine); 25° Les enfants difficiles et délinquants 2 h., Le droit tutélaire 1 h., La protection de l'enfance 2 h., Le droit de famille 3 h. (M. M. Veillard, Dr en droit, président de la Chambre pénale des mineurs); 26° La tâche du médecin scolaire (M. le Prof. Dr J. Wintsch) 1 h.; 27° Les fiches, théorie et pratique (Mlle M. Nicati, Dr en médecine) 1 h.; 28° Les assurances: maladie, accidents et Suval, vie et vieillesse (M. le Dr P. Pochon) 4 h.; 29° Caisses de compensation, secours militaires et assurance-chômage (M. M. Haldy, directeur des Retraites populaires) 1 h.; 30° Les assurances sociales et les médecins (M. le Dr H. Curchod, directeur de l'Hôpital Sandoz) 1 h.; 31° Pro Juventute et les institutions pour enfants (M. J.-H. Graz, directeur de Pro Juventute) 2 h.; 32° Les Gouttes de lait (Mme V. Vulliet, Dr en médecine) 1 h.; 33° L'alcoolisme au point de vue social (M. J. Balmas, secrétaire du Cartel romand H. S. M.) 2 h.; 34° Pro Infirmis (Mlle S. Gavin, secrétaire de Pro Infirmis) 1 h.; 35° La tâche de l'I.-V. scolaire (Mlle V. Courvoisier, infirmière scolaire) 1 h.; 36° La tâche de l'I.-V. à la campagne (Mlle H. Delachaux, infirmière-visiteuse) 1 h.; 37° Pratique de l'enquête dans les familles (Mlle D. Bornand, infirmière-chef du Dispensaire de La Source) 1 h.; 38° Travail administratif (Mlle M. Jaccard, lic. ès. sc. sociales) 2 h.; 39° Questions de psychologie religieuse et de cure d'âme (M. le Prof. P. Jaccard, directeur de La Source) 4 h.; 40. Séminaire de prévoyance et d'assistance sociales (du 30 nov. au 11 déc., dès 16.30 h.) 15 h. (Mlle L. Comte, Dr en droit).

Quelques réflexions sur la tuberculose au service militaire.

Par *Edouard Arnold,* Leysin.

Les quelques lignes qui vont suivre n'ont aucunement la prétention de soulever tous les points d'une question aussi importante que celle des relations entre le service militaire et la tuberculose. Elles ne sont que quelques remarques qui s'imposent tout naturellement à l'esprit de ceux qui ont été amenés à s'occuper durant cette guerre de soldats tuberculeux. Il s'agit là d'ailleurs d'un domaine particulièrement vaste et il nous appartiendra à la fin du conflit de tirer toutes les leçons de ce champ d'expériences d'un intérêt considérable pour le phtisiologue. Car on peut déjà dire aujourd'hui que ce conflit a malheureusement augmenté la morbidité par tuberculose, et nous devrons mettre toutes nos connaissances au service de la croisade contre la maladie afin que cette catastrophe mondiale serve au moins à la santé de la génération d'après-guerre.

*

Si l'on compare la tuberculose aux autres maladies infectieuses, on ne peut qu'être frappé par le caractère particulier de la nosologie de la bacillose. Autrefois, il était de règle que les guerres étaient suivies d'épidémies dont les ravages pouvaient dépasser ceux de la guerre elle-même. Aujourd'hui, hygiène et prophylaxie ont complètement modifié la situa-

tion. En 1914—1918 déjà, si l'on songe aux mauvaises conditions d'existence du combattant dans cette guerre de tranchée, on doit reconnaître que les maladies infectieuses n'ont pas occasionné de catastrophes. Pour ce qui concerne la guerre actuelle, s'il est prématuré d'émettre une opinion définitive, il semble bien qu'aucune épidémie grave n'a sévi, du moins à ce que nous pouvons savoir.

Or, la tuberculose fait exception. C'est même la maladie dont on parle. Les tuberculeux semblent nombreux dans les camps de prisonniers. L'arrivée en Suisse de soldats français tuberculeux ne fait que confirmer cette impression. La tuberculose échappe donc en quelque sorte à notre lutte contre les maladies infectieuses. L'intérêt essentiel de cette constatation est qu'elle confirme notre opinion sur l'étiologie de la tuberculose chronique de l'adulte; nous admettons en effet que cette forme de la maladie résulte moins d'un apport de bacilles dans l'organisme que d'un réveil de foyers préexistants. Ce n'est pas le lieu ici de discuter tous les arguments qui viennent défendre cette opinion d'ailleurs assez généralement acceptée. Mais nous pouvons constater à nouveau à l'occasion de la guerre actuelle que les conditions d'existence du soldat constituent des facteurs importants de réveil de la phtisie chronique de l'adulte, ceci vraisemblablement en dehors de toute contagion nouvelle. Ce n'est nullement mon idée de défendre ici la théorie unilatérale de Lumière qui veut faire de l'hérédité le facteur dominant dans l'éclosion de cette forme clinique de la tuberculose, mais nous devons bien admettre qu'à ce stade, l'infection joue un rôle minime, difficile à apprécier il est vrai, et que les facteurs individuels (terrain, caractères humoraux, etc.) sont beaucoup plus importants qu'elle. Nous dirons en deux mots: pas de tuberculose sans bacilles, mais conditions individuelles favorables indispensables pour l'éclosion d'une «tuberculose-maladie».

Ces facteurs nécessaires à l'éclosion de la maladie se trouvent tout naturellement réunis chez le combattant, car ils ressortissent à la fois au physique et au moral. A l'effort physique disproportionné aux capacités de l'individu s'ajoutent les mauvaises conditions d'existence, une nourriture irrégulière et insuffisante, les intempéries. Le rôle des facteurs moraux n'est pas le moindre, preuve en soient les nombreux cas de tuberculose observés dans les camps de prisonniers. Leur importance, si elle n'est nullement mise en doute, est peut-être encore plus grande qu'on ne l'imagine. Dans leur enquête faite dans un sanatorium français, Braun et Frey-Ragu ont trouvé dans 80 % des cas une cause de préoccupations morales à l'origine de l'incident tuberculeux. Laënnec déjà parlait du rôle «des chagrins profonds et de longue durée».

Il résulte de cet exposé succinct et forcément incomplet que pour un individu déjà préalablement infecté de tuberculose — ce qui représente la majorité des individus adultes — la lutte contre le bacille et les sources de contamination n'est pas suffisante à elle seule pour supprimer les dangers de l'éclosion de la tuberculose; qu'à ce stade les facteurs individuels sont de toute importance et qu'ils le sont particulièrement chez le combattant également exposé à ces facteurs à la fois physiques et moraux.

Bien entendu, en Suisse, les choses se passent sur une bien moindre échelle. Les conditions de vie de nos soldats ne sauraient se comparer à celles des armées qui subissent le choc de la guerre. Pourtant, pour beaucoup

de nos hommes, l'existence militaire représente un effort physique auquel ils ne sont pas accoutumés.

*

Nous savons, par les observations récentes faites principalement dans les pays scandinaves et en Amérique du Nord, que le nombre des individus arrivant à l'âge adulte vierges de toute atteinte bacillaire a nettement tendance à augmenter. On admettait avec Nægeli que le nombre des adultes infectés atteignait 95 à 98 %. Or, Arborelius trouve la cuti-réaction positive dans 75 % des cas chez les recrues à Stockholm, Kristenson 59 % chez les infirmiers de l'hôpital d'Upsala, Herman Baejter et Doull 57 % parmi les étudiants en médecine de l'Ecole John Hopkins, etc... Les faits observés en Suisse pendant cette mobilisation confirment-ils cette évolution? On peut répondre par l'affirmative: le nombre relativement élevé des primo-inoculations chez les soldats nous prouve le nombre croissant des individus arrivés à l'âge de 20 ans et plus avec une cuti-réaction négative. Dans un travail fait à Leysin et qui paraîtra prochainement, P. Press arrive à la conclusion qu'un soldat sur six ou sept environ vient à Leysin pour y soigner une lésion de primo-inoculation, soit près du 15 %, et ceci sans compter les pleurésies séro-fibrineuses qui pourraient cacher une lésion de primo-inoculation récente non repérable cliniquement ou visible sur le cliché.

Ici encore notre observation confirme les opinions précédemment émises: nos mesures d'hygiène et de prophylaxie ont certainement épargné à un nombre d'individus toujours plus élevé tout contage tuberculeux. Leur avons-nous rendu service? La question se pose sérieusement. Car il semble bien que l'adulte fasse à l'occasion de ce premier contact une maladie plus grave que l'enfant, ou, plus exactement, que ce contact occasionne une «maladie» plus évidente alors qu'il est bien clair que chez l'enfant il y a un gros écart entre le nombre de ceux qui font une primo-inoculation avérée et ceux qui acquièrent simplement une cuti-réaction positive. Cette gravité est moins le fait de la primo-inoculation elle-même que de la fréquence des complications, le passage à la période secondaire de la maladie, voire même au stade tertiaire. Ce point d'ailleurs reste réservé, car nous manquons encore de chiffres précis. L'étude d'ensemble de tous ces cas après la mobilisation offrira un intérêt scientifique considérable.

*

C'est lorsque la mobilisation aura pris fin que nous pourrons juger de la morbidité de la tuberculose parmi nos soldats. Aujourd'hui, on ne peut avoir qu'une impression. Or, cette impression est que le nombre des malades n'est pas considérable en Suisse et qu'il n'a absolument rien d'inquiétant.

Lorsqu'il s'agira d'établir une statistique, il faudra être très prudent pour ne pas faire dire aux chiffres ce qui n'est pas. Tout d'abord, la mobilisation, par son ampleur, a fait certainement œuvre de dépistage. Je pourrai citer plusieurs cas où c'est grâce au médecin militaire qu'une tuberculose jusqu'alors insoupçonnée a été découverte. De plus, les rayons X sont devenus d'un emploi courant, mode d'examen de valeur primordiale dans le diagnostic précoce, et l'indiscrétion des appareils radioscopiques de nos E. S. M. ont permis bien des découvertes.

Il faut aussi considérer que nous sommes devenus plus difficiles dans l'appréciation des cas. Nous étiquettons tuberculeux et susceptibles de cure

non seulement des individus porteurs de ganglions cervicaux, hilaires ou autres, mais les pleurésies séro-fibrineuses.

Comme notre mobilisation a été assez étendue, et que d'autre part tous ceux qui ont fait du service et sont tombés malades n'ont pas manqué de faire valoir leurs droits à l'Assurance militaire, on peut en conclure que les hommes traités aux frais de l'A. M. F. représentent la quasi totalité des cas de tuberculose chez les individus mobilisables. Ce chiffre se trouve être naturellement inférieur au pourcentage de morbidité par tuberculose auquel nous sommes habitués, car par le recrutement et les éliminations successives, on a déjà affaire à une sélection d'individus. Tous les hommes écartés de l'armée avant la mobilisation comme tuberculeux ou seulement suspects de tuberculose ne devront donc pas être oubliés dans la statistique.

De plus on peut se poser la question: parmi les soldats malades, combien y en a-t-il qui seraient également devenus tuberculeux sans avoir fait de service militaire? En considérant de près l'histoire clinique et les antécédents des hommes, on doit être forcé d'admettre que ce nombre paraît être relativement élevé. Le service peut ne pas avoir joué de rôle, car le fait que la maladie s'est déclarée au service ne prouve pas encore la responsabilité de ce service. Ou bien la vie militaire n'a été que le facteur déclanchant de la maladie, maladie qui se serait manifestée plus tard sous l'influence d'un facteur quelconque de la vie civile. Pour répondre à cette question, il conviendra donc d'étudier parallèlement les statistiques établies par les dispensaires et sanatoria cantonaux, car c'est l'addition des données civiles et militaires qui nous permettra de se faire une idée exacte de la morbidité de notre population.

Enfin, il nous reste la comparaison entre les deux sexes. Le nombre des malades masculins augmente-t-il par rapport à celui des malades féminins? Cette lecture aura une valeur certaine, le nombre des femmes mobilisées étant minime et ne jouant pratiquement pas un rôle suffisant pour modifier beaucoup les chiffres.

Bien entendu, un élément d'appréciation nous est fourni par les chiffres précis donnés par le Service fédéral de l'hygiène publique. Mais nous ne devons pas oublier que ces chiffres nous indiquent la «mortalité» et non la «morbidité» (les chiffres relatant les malades déclarés au service d'hygiène ne peuvent être acceptés d'une manière absolue). Or, pour la tuberculose — notamment dans sa forme la plus commune, la phtisie chronique de l'adulte — l'évolution de la maladie s'étend sur des mois ou des années. Si la morbidité augmente, ce ne sera donc que tardivement, peut-être après deux ou trois ans, que le chiffre de la mortalité pourra augmenter. En outre, nous pouvons espérer que nos progrès dans l'art de guérir contribuent de plus en plus à augmenter l'écart entre la morbidité et la mortalité. Donc le fait, par exemple, que les chiffres de mortalité sont presque semblables en 1940 et 1941 ne doit pas nous faire conclure prématurément que le nombre des tuberculeux n'a pas augmenté.

On voit donc une fois de plus que si tous ces renseignements sont d'un grand intérêt épidémiologique, il convient de manier les chiffres avec grande prudence, sous peine de tirer des conclusions erronées, qui, appuyées par des chiffres et des pourcentages, auraient toute l'apparence de la vérité mathématique.

*

Le but des ces quelques remarques n'est que de donner un bref aperçu de tous les précieux enseignements que cette guerre peut nous fournir sur la nosologie de la tuberculose, tant sur les questions cliniques, épidémiologiques que statistiques. De nombreuses tâches attendent le phtisiologue et l'hygiéniste, problèmes qui devront être envisagés avec calme et un recul de temps suffisant afin d'apporter des documents de poids à l'aide de notre lutte contre la tuberculose.

(Annexe au *Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique.*)

Myalgia epidemica, eine neue Infektionskrankheit.

Von Dr. med. *Ed. Jenny,* Aarau.

Krankheiten sind keine unveränderlichen Gegebenheiten; sie ändern ihr Gesicht im Laufe der Zeit. Krankheiten verschwinden, andere bisher unbekannte tauchen auf. So haben wir in den letzten 20 Jahren das Erscheinen der Feerschen Krankheit erlebt; auf der andern Seite ist die als Skrophulose bezeichnete Erscheinungsform der Tuberkulose selten mehr zu sehen.

In den letzten Monaten ist nun eine ansteckende Krankheit bei uns aufgetreten, welche der heutigen Aerztegeneration unbekannt war, die Myalgia epidemica. Zwar hat es schon einmal, und zwar im Jahre 1879, in der Schweiz eine ausgedehnte Epidemie dieses Leidens mit vielen Tausenden von Erkrankten gegeben. Dann hörte man aber nichts mehr von der Seuche, bis im Jahre 1930 ein dänischer Arzt, namens Sylvest, sie bei einem Ferienaufenthalt auf der Insel Bornholm beobachtete und als Bornholmsche Krankheit beschrieb. In der Folge traten dann ausgedehnte Epidemien in allen skandinavischen Ländern auf, während auf dem Kontinent nur vereinzelte Fälle zur Beobachtung kamen.

Im Jahre 1937 hatte ich zum ersten Male Gelegenheit, diese Krankheit kennen zu lernen, als zwei acht- und neunjährige Brüder in Aarau daran erkrankten. Es liess sich sogar ein Zusammenhang mit dem nordischen Epidemiegebiet feststellen, indem der Vater im Volksbildungsheim auf dem Herzberg mit Dänen aus Kopenhagen zusammengekommen war und dadurch den Krankheitskeim auf seine Kinder übertragen hatte. Ich äusserte damals die Vermutung, dass diese Fälle die Vorläufer weiterer Seuchenzüge sein könnten. Das ist nun eingetroffen, indem diesen Sommer und Herbst mehrere Krankheitsherde in verschiedenen Teilen der Schweiz auftraten: in Gais, Teufen, St. Gallen, in einem Pfadfinderlager in Wiesen bei Davos, in Kölliken, Safenwil, Aarau. Hier erkrankten sechs Pflegerinnen des Kinderspitals und eine Amme, während die Kinder selbst verschont blieben. Da anzunehmen ist, dass in den nächsten Jahren weitere Epidemien auftreten werden, so ist auch für Kinderpflegerinnen die Kenntnis dieses Krankheitsbildes notwendig.

Die Myalgia epidemica (zu deutsch: ansteckender Muskelschmerz) ist eine Erkrankung, die besonders im Sommer und Herbst auftritt. Ergriffen werden vor allem Kinder und junge Erwachsene. Die Inkubationszeit beträgt 2—4 Tage; Ansteckungsfähigkeit wurde noch mehrere Wochen nach Ueberstehen der Krankheit nachgewiesen.

Hauptsymptom sind plötzlich auftretende Schmerzen, die so stark sein können, dass der Patient laut aufschreit, die Hand an die schmerzende Stelle hält und eine Haltung einnimmt, in welcher es ihm am wenigsten wehe tut. In Kölliken brach ein Kind auf dem Schulweg zusammen und musste ins nächste Haus getragen werden; ein Jüngling liess plötzlich die Sense fallen und konnte der herbeieilenden Mutter vor Schmerz kaum Auskunft geben, was los sei. Ich sah einen Knaben, der beim Spielen plötzlich blass wurde, sich den schmerzenden Leib hielt und ins Bett getragen werden musste.

Befallen ist vor allem Brustkorb und Bauch. Bei genauer Beobachtung zeigt sich, dass besonders die Atemmuskeln ergriffen sind, also Zwischenrippenmuskeln, Zwerchfell, dann aber auch Bauch- und Rückenmuskeln. Deshalb ist besonders die Einatmung schmerzhaft, der Kranke atmet nur noch oberflächlich, rasch, oft stossend, und vermeidet jede tiefe Inspiration. Bei unsern leicht erkrankten Schwestern war vor allem das Lachen unmöglich geworden. So ein Schmerzanfall kann Minuten oder Stunden dauern, hört dann plötzlich auf. Das Kind, das eben noch nicht sich zu bewegen wagte, sitzt wieder auf und spielt vergnügt. Diese Schmerzanfälle können sich in wechselnder Stärke wiederholen. Die befallenen Muskeln sind manchmal druckempfindlich, ja in einzelnen Fällen sind sie leicht angeschwollen.

In vielen Fällen besteht Fieber bis 38,5, selten über 39. Nach zwei Tagen fällt es wieder ab, steigt aber später oft nochmals für einen Tag an. Meist ist der Patient nach 8—10 Tagen wieder ganz gesund. Neben ganz leichten Erkrankungen, die nur wenige Stunden dauern, gibt es aber auch schwere. So zeigte eine unserer Schwestern, die sehr heftige und langandauernde Schmerzen gehabt hatte, noch 14 Tage nach dem Abfall des Fiebers eine solche Müdigkeit in den Gliedern, dass sie arbeitsunfähig war.

Weniger regelmässige Symptome sind Kopfschmerzen, Halsschmerzen, bei Kindern auch Durchfall. An Komplikationen sind leichte Brustfellreizung und Meningitis serosa beobachtet worden. Die Krankheit geht jedoch immer gut aus. Es ist noch niemand daran gestorben.

Der Arzt findet bei der Untersuchung nichts als manchmal eine leichte Rötung des Rachens und selten die erwähnte Schwellung der befallenen Muskeln. Katarrhalische Symptome fehlen. Der Arzt ist daher ganz auf die Angaben des Patienten angewiesen. Die stark erschwerte Atmung wird ihn an Lungen- und Brustfellentzündung denken lassen; bei Befallensein der Bauchmuskeln muss er sich die Möglichkeit einer Blinddarmentzündung vor Augen halten. Die genaue Untersuchung und der weitere Verlauf werden ihn aber auf die richtige Spur führen. Wer einmal einen typischen Fall gesehen hat, dem hat sich das Krankheitsbild so eingeprägt, dass er es nicht mehr vergisst. Der Volksmund hat die Krankheit treffend Lungenstich oder Teufelsgriff getauft.

Wesen und Ursache der Myalgie sind noch unbekannt. Meist wird angenommen, dass es sich um ein Virus handelt, dessen Gift vor allem die Muskeln befällt. Da keine anatomischen Untersuchungen vorliegen, so ist das vorläufig nur eine Hypothese.

Die Behandlung besteht in Bettruhe, Auflegen eines Heizkissens oder heisser Umschläge, im Verabreichen von Aspirin und schmerzlindernder

Medikamente. Die Bettruhe muss mehrere Tage nach Abfall des Fiebers eingehalten werden, damit es keine Rückfälle gibt.

Wenn von den Leserinnen dieses Blattes in letzter Zeit entsprechende Krankheitszustände beobachtet worden sind, so wäre ich für eine kurze Mitteilung dankbar.

Aus: «Das Schwesternblatt des Schweiz. Wochen- und Säuglingspflegerinnenbundes».

Zahlenergebnisse.

Von Dr. *A. Studer,* Winterthur.

Die Tuberkulosesterblichkeit in der Schweiz sank bekanntlich seit 1918 ständig bis 1940 von 7778 auf 3303 Personen, aber 1941 zeigte sich wieder ein leichter Anstieg (3349), ähnlich wie in den Jahren des letzten Weltkrieges. Während früher die Sterbefälle beim weiblichen Geschlecht entsprechend seinem grössern Anteil an der Bevölkerung und sogar darüber hinaus überwiegten, sterben seit 1937 absolut mehr Männer, besonders an Lungentuberkulose. Genauer gesagt ist die Tuberkulosemortalität der Männer in den letzten Jahren nicht mehr so stark zurückgegangen wie beim weiblichen Geschlecht. Gegenüber 1931 sind 1940 492 Männer- und 821 Frauentodesfälle an Tuberkulose weniger eingetreten.

Die Männersterblichkeit an Tuberkulose war von jeher in den Altersklassen über 30 höher als bei den Frauen, wofür nebst beruflichen Einflüssen der Alkoholismus beschuldigt wird. Beim weiblichen Geschlecht war dagegen die Tuberkulosemortalität im jugendlichen Alter noch 1930 eine stark erhöhte (Baumann, «Tuberkulosefürsorge in der Schweiz», S. 62). Das seitherige Absinken scheint auf den Rückgang gerade in diesem Alter durch frühzeitige Erkennung und Behandlung zurückzuführen sein, doch sind noch keine statistischen Altersgruppenzahlen publiziert, die für diesen Erfolg der Tuberkulosebekämpfung sichere Grundlagen bieten würden.

Prozentual grösser als bei der Lungentuberkulose ist die Abnahme der Sterblichkeit bei Knochentuberkulose, im Zeitraum 1916/1920 bis 1936/1940 von 226 Männern auf 87 und von 291 Frauen auf 91 pro Jahr. Am grössten erweist sich der Rückgang bei der Hirnhauttuberkulose, von 644 auf 196 Todesfälle pro Jahr in den letzten 20 Jahren. Diese auffallende Mindersterblichkeit an Meningitis darf wohl als reiner Erfolg der Prophylaxis aufgefasst werden, da bei der tuberkulösen Hirnhautentzündung die Behandlung versagt, während bei den Knochen- und Lungentuberkulosen die Abnahme der Sterblichkeit zum grösseren Teil den intensivern therapeutischen Methoden und ihrer länger dauernden Behandlungszeit zugeschrieben werden können. Bei dieser Betrachtung hätte also die Tuberkulosebekämpfung durch ihre prophylaktischen Massnahmen, wo diese an der Sterblichkeit geprüft werden können, prozentual eine stärkere Senkung der Mortalität im gleichen Zeitraum erreicht als durch Therapie. Der Vergleich der Zeit, die der organisierten Tuberkulosebekämpfung durch die Gründung von Fürsorgestellen vorausging, 1901—1905, mit der Jetztzeit 1936—1940 stützt diese Ansicht am deutlichsten: Rückgang der jährlichen Meningitissterblichkeit von 1026 auf 196 Fälle, also auf 19 %, Rückgang der Knochentuberkulose-

sterblichkeit von 638 auf 178, also auf 28 %, Rückgang der Lungentuberkulosemortalität von 6396 auf 2693, also auf 42 % (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1940, S. 101). Würde der Mortalitätsrückgang nicht nach diesen absoluten Zahlen berechnet, sondern im Vergleich zur Bevölkerungszahl, so wäre die Abnahme prozentual noch grösser wegen der Zunahme der Bevölkerung um mehr als eine halbe Million. Der Einwand, dass früher vielleicht zu häufig die Diagnose tuberkulöse Meningitis gestellt worden sei, da in den nicht bakteriologisch oder autoptisch untersuchten Fällen die Erkennung nicht immer leicht ist, verliert an Gewicht, da die Zahl der nichttuberkulösen Meningitistodesfälle auch abgenommen hat mit Ausnahme der Jahrgänge mit Genickstarreepidemie wie 1940. Der Meningitissterblichkeit kommt die grosse Bedeutung zu, dass sie den Gradmesser für die prophylaktische Bekämpfung der Tuberkulose bildet. Ihre besonders starke Abnahme darf die die Bekämpfung der Tuberkulose leitenden Personen freuen und ermutigen.

Seit dem Inkrafttreten des Eidg. Tuberkulosegesetzes und seiner Verordnung ist die Anzeigepflicht auch der Todesfälle an Tuberkulose eingeführt worden. Ein Vergleich der Zahl der Meldefälle mit der Zahl der Todesfälle ergibt nun merkwürdige Verhältnisse. Nach der Publikation der anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten pro 1941 (Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes, 1942, Nr. 5) gingen z. B. aus dem Kanton Obwalden keine Tuberkulosemeldungen ein bei 23 Todesfällen an Lungentuberkulose und sechs an übrigen Tuberkuloseerkrankungen; aus dem Kanton Schwyz zwei Meldungen bei im ganzen 53 Tuberkulosetodesfällen. Die Kantone mit weniger Tuberkulosemeldungen als Todesfälle sind in der Mehrzahl, nur Zürich und Schaffhausen wiesen 1941 mindestens doppelt soviele Meldefälle als Todesfälle auf (Todesfälle, im Bulletin, 1942, Nr. 21). Bei diesem heutigen Stand des Meldewesens können aus seinen Zahlenangaben jedenfalls keine Rückschlüsse gezogen werden. Eine Revision des Gesetzes, die die Anzeigepflicht aller offenen Tuberkulosefälle bringen müsste, wäre gerade in der Zeit, wo die Tuberkulose wieder anfängt zuzunehmen, gewiss dringlich und für eine noch umfassendere Bekämpfung unbedingt nötig.

(«Bulletin des Gesundheitsamtes». Beitrag: Gegen die Tuberkulose.)

Altes, Aktuelles.

Schon vor vielen Jahren habe ich von Florence Nightingale gehört und wir haben als junge, begeisterte Mädchen ihr Lebenswerk besprochen und die grosse Engländerin bewundert.

Nun ist mir kürzlich wieder das Buch von J. Friz in die Hände gekommen und der Inhalt ist so aktuell, so «up to date», dass ich gerne ein wenig davon weitergeben möchte. Krieg und Elend wie heute. Nur schreiben wir nicht 1942 — sondern 1854. Der Krieg ist auch furchtbar, schrecklich, damals wie heute! Damals war das Rote Kreuz noch nicht gegründet. Die Not war gross; es gab noch keine richtigen Pflegerinnen. Immer wieder schreckliche, traurige Berichte in den Zeitungen über die Kriege in der Krim. Florence Nightingale war die erste Engländerin, die sich als gebildetes, junges Mädchen für die Krankenpflege interessiert hat. Aus diesem Grunde

wurde ein Appell an Florence Nightingale gerichtet, und ohne Zaudern und Zögern erklärte sie sich bereit. In dem Brief, der ihr die Mission übertrug, hiess es, es sei — genau wie es heute auch heisst — ausser Kenntnissen und gutem Willen auch ein grosser persönlicher Mut erforderlich.

Florence Nightingale hatte inzwischen den Aufruf an die Frauen Englands gelesen und sich freiwillig gemeldet. Die beiden Briefe kreuzten sich. «Ich glaube», sagte Florence Nightingale, «dass wir den unglücklichen Verwundeten von Nutzen sein können.» So denken sicherlich auch heute alle die Schwestern, die sich freiwillig für den Kriegsdienst melden.

In einer Woche hatte Florence Nightingale ihre Mobilmachung beendet. Mit 38 Pflegerinnen fährt sie nach Skutari, um ihre englischen Brüder, die in der Krim verwundet wurden, zu pflegen. Viele gute Abschiedsworte begleiten sie, so schreibt z. B. ihre Mutter: «Ich bitte Dich nicht, dass Du Dich für Dich selber schonen sollst, aber für die Sache, der Du dienst.»

Auf der Durchreise wurden die Schwestern in Boulogne mit stürmischer Freundlichkeit und «Hoch die Schwestern» empfangen. Die Reise auf dem Meer von Marseille nach Konstantinopel war «eine Vorahnung künftiger Beschwerden». Furchtbarer Sturm und strömender Regen bei der Ankunft in Konstantinopel. Skutari war der Ort ihrer Tätigkeit. — Eine sehr harte, sehr schwere Arbeit, aber auch eine überaus dankbare — genau wie es heute auch ist. Das Vertrauen der kranken Soldaten war so gross, als die Oberin mit ihrer Schar den ersten Rundgang durch die Säle machte, dass ihnen die Tränen in die Augen kamen und einer für viele unter Schluchzen rief: «Nein, nein, ich kann wirklich nicht mehr, wenn ich sie sehe. Denk nur einmal, englische Frauenzimmer kommen da heraus, um uns zu pflegen! Da wird's einem ganz heimelig und behaglich.» — Wie oft wird auch in diesem jetzigen Krieg den Verwundeten ein grosser, tiefer Seufzer der Erleichterung entrinnen, wie oft werden sie in all dem Elend und in der Not ein behagliches, glückliches Gefühl haben, wenn sie endlich «bei Schwestern» sind.

Und könnte der Inhalt dieses Briefes nicht auch 1942 von allen Fronten an uns gelangen, denn das Heldentum ist keine nationale, sondern eine internationale Tugend. So steht im Brief von Florence Nightingale: «Als ich in jener ersten Nacht meine Runde bei den Frischverwundeten machte, da war kein Murren, kein Stöhnen, die strengste Disziplin, es herrschte die äusserste Stille und Ruhe — nur der Tritt des Postens —, und ich hörte einen Mann sagen: ‚Ich träumte von meinen Freunden zu Hause' — und einen andern: ‚Ich hatte an sie gedacht!' Die armen Burschen tragen Schmerzen und Verstümmelung mit einem unverzagten Heldenmut, der wirklich übermenschlich ist, und sterben und lassen sich zerstückeln, ohne einen Laut der Klage.» — Das war 1854 — ist es heute nicht auch so? Auf der ganzen armen Welt Krieg, auf der ganzen Welt aber auch kraftvolles Heldentum.

Wieviel vermag die Gegenwart einer edlen Frau. Im Operationssaal wirkte Florence Nightingales Gegenwart Wunder. «Ehe sie kam», sagte ein Soldat, «da war so ein arges Fluchen und Schwören; aber nachher war's so heilig wie in der Kirche.»

Gewiss, Florence Nightingale hat auch ihre Fehler, ihre menschlichen, weiblichen Fehler. Wer von uns ist ihnen nicht auch schon unterlegen? Es ist wunderbar, was sie alles leistet. Die Ausdauer, die Umsicht, dies Durchhalten! Vorbildlich, bewunderungswert!

Am 2. Mai 1855 fährt Florence Nightingale nach der Krim. Denn nun erst kann sie es verantworten, die Lazarette in Skutari für einige Zeit den andern Pflegerinnen zu überlassen. Sie möchte gerne sehen, woher all die armen Verwundeten kommen. Als sie gar zu weit vor wollte in den Laufgräben vor Sebastopol wurde sie gewarnt. Der Posten erstaunte, als die Dame ihm antwortete: «Mein guter, junger Freund, mehr Tote und Verwundete sind schon durch meine Hände gegangen, als Sie hoffentlich in ihrer ganzen kriegerischen Laufbahn auf dem Schlachtfelde zu sehen kriegen; Sie dürfen mir glauben, ich habe keine Furcht vor dem Tode.» Auf der Krim erkrankte Florence Nightingale ernstlich. Nach der Genesung kommt sie nach Skutari zurück. Nun endlich, am 30. März 1856, als der letzte englische Soldat aus dem Lazarett auf das Schiff gebracht wurde, konnte auch Florence Nightingale daran denken, nach der Heimat zu fahren.

Was uns Schwestern besonders interessiert: Florence Nightingale wird die Gründerin der englischen Pflegerinnenschule. Später schickt sie auch junge Schwestern ins Ausland, nach Indien, Aegypten. Einmal, als wieder eine junge Schwester verreisen sollte, gibt sie ihr folgende Ermahnung: «Bedenken Sie, wenn Sie weit weg sind im Binnenland, vielleicht die einzige englische Frau dort (lasst uns ‚Schweizerfrau' lesen!), dass diese Männer jegliche Aeusserung von Ihnen auffassen und festhalten, nicht bloss von Ihnen als Schwester, sondern als Frau. Ihre Lebensführung wird für sie sein wie die Ringe, die ein Kiesel hervorruft, der in den Teich geworfen wird — sie reichen fernhin, reichen weit hinaus, Wellenring um Wellenring ihrem Griff entzogen, aber festgehalten, eher noch mit Vergrösserung, von diesen Soldaten, die hilflos in ihren Schmerzen liegen. Sehen Sie darauf, dass jedes Wort und all Ihr Tun Ihrem Berufe und Ihrer weiblichen Würde angemessen sei. Und nun nehme Sie Gott in seinen Schutz und mache Sie dessen würdig, dass er Ihnen unsere Soldaten anvertraut.»

Eine höhere und würdigere Berufsauffassung können wir auch heute nicht haben. Wir wollen sie recht beherzigen.

Und wie besorgt ist Florence Nightingale schon um das Jahr 1885, dass bei unserem Beruf die Berufung bleibt! Sie sagt: «Die Zeitströmung geht jetzt dahin, aus der Krankenpflege eine Formel, eine Schablone zu machen. Nun kann aber nichts in der Welt sich weniger einer Schablone fügen als die Krankenpflege. Krankenpflege hat es mit lebendigen Körpern und Seelen zu tun. Sie muss mitfühlend sein.»

Schw. *M. I.*

Die Uebergangszeit

ist heimtückisch

Begegnen Sie der Ansteckungsgefahr mit **FORMITROL**

Buchdruckerei Vogt-Schild A.-G., Solothurn. — Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure
Redaktion: Dr. H. Scherz, Bern. Schweizerisches Rotes Kreuz.

Die Gemeinde Bätterkinden **sucht** per 15. November eine tüchtige

Gemeindeschwester.

Anmeldetermin bis 25. Oktober. - Persönliche Vorstellung nur auf Verlangen.

Krankenpflegeverein Bätterkinden.

Gesucht tüchtige, gewissenhafte

Gemeindekrankenschwester

(Velofahrerin), für Landgemeinde im Kanton Thurgau. Wohnung mit Küche vorhanden. Offerten mit Zeugnissen und Gehaltsansprüchen erbeten an Gemeindeammann *Keller*, Herrenhof bei *Langrickenbach*.

Privatklinik in Basel (Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie) **sucht** per 1. Dezember eine gut ausgebildete, erfahrene

Etagen-Schwester

und eine jüngere, diplomierte

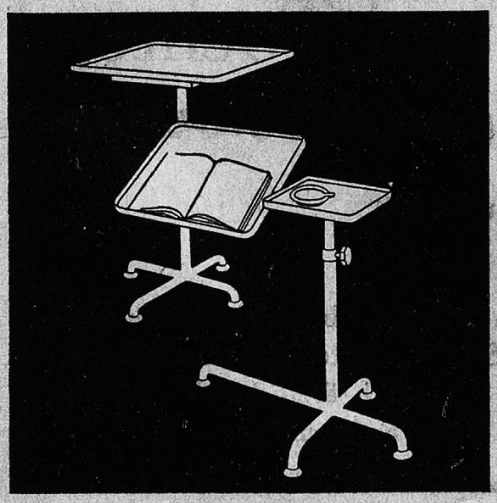
Schwester

zur Mithilfe. Offerten mit Zeugniskopien und Photo erbeten unter Chiffre 314 Bl. an den Rotkreuzverlag, Solothurn.

Das **Altersheim Brunnmatt in Liestal** (Institution der Bürgergemeinde Liestal) **sucht** diplomierte, arbeitsfreudige, in der Krankenpflege erfahrene

Schwester

die auf ungefähr 15. Dezember eintreten könnte. Dauerstelle mit dankbarem Arbeitsfeld. Offerten mit Bild, Referenzen, Zeugnissen und Angaben des Alters sowie des Bildungsganges an *Jacques Dill-Suter*, Präsident der Kommission des Altersheims Brunnmatt, *Liestal*, Telephon 7 29 58 Privat.



Ideales

Tischchen

für gesunde und kranke Tage, beliebig verstellbar.

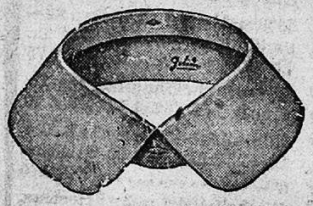
Bitte Prospekt verlangen.

Carl Neher, Talstr. 41, **Zürich 1** · Tel. 5 74 92

Schwesternkragen

Manschetten

kalt abwaschbar



sparen Seife — sind hygienisch — „im Felddienst unentbehrlich", schreiben die Schwestern. Form wie nebenstehend. — Prompt durch das Spezialgeschäft

ALFRED FISCHER, Gummiwaren

ZÜRICH 1, Münstergasse 25

Schwesternheim

des Schweizerischen Krankenpflegebundes

Davos-Platz Sonnige, freie Lage am Waldrand 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. - Teuerungszuschlag pro Tag Fr. —.75.

Stellengesuche

in der Zeitschrift „Blätter für Krankenpflege" haben sehr guten Erfolg.

Im Trachten-Atelier
des Schweiz. Krankenpflegebundes
Asylstrasse 90 Zürich 7

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

I.

Nur dauernde Insertion
vermittelt den gewünschten Kontakt mit dem Publikum

Schwestern-Trachten

in bester Qualität und Verarbeitung. Kleider werden auf Bestellung nach Mass angefertigt. Mäntel dagegen sind stets in grosser Auswahl vorrätig, in blau und schwarz.

Verbandsvorschriften u. privaten Wünschen tragen wir gerne Rechnung. Bei Muster-Bestellungen bitten wir um Angabe des Verbandes.

Diplomierte Schwestern in Tracht erhalten 10% Rabatt.

Rüfenacht & Heuberger
vormals Ch. Rüfenacht AG.
Spitalgasse 17 **BERN** Telefon 2.12.55

Frau H. Bauhofer-Kunz und Tochter

Atelier für orthopädische u. modische Korsetts

Zürich 1 Münsterhof 16, II. Etage - Telephon 36340

Spezialität: Stützkorsetts, Umstandskorsetts, Büstenhalter zum Stillen, Leibbandagen aller Art, nach Mass. — Brustprothesen nach Operation, Schalenpelotten für Anuspraeter und Rectum. Jedem individuellen Fall angepasst und nach ärztlicher Vorschrift. Für Spitäler und Aerzte tätig, auch auswärts. — Beste Referenzen.

Rotkreuz-Verlag Solothurn