

Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières
Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
Band: 55 (1962)
Heft: 10

Heft

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 12.05.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

Revue suisse des infirmières

Herausgegeben vom
Schweizerischen Verband diplomierter
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

Edité par l'Association suisse
des infirmières et infirmiers
diplômés

627

10

Solothurn/Soleure Oktober 1962
Octobre 1962



**Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK)
Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID)**

Dem Weltbund der Krankenschwestern angeschlossen
Membre du Conseil international des infirmières
International Council of Nurses (ICN), 1 Dean Trench Street, London S. W. 1
Präsidentin - présidente: Alice Clamageran
Generalsekretärin - secrétaire générale: Helen Nussbaum

Zentralvorstand - Comité central

1. Vizepräsidentin - 1^{re} Vice-présidente Ida Pappa, Kantonsspital, Glarus
2. Vizepräsidentin - 2^e Vice-présidente Nicole-France Exchaquet, 14D, route d'Oron, Lausanne
Quästorin - Trésorière Marguerite Schor, 29, Pérolles, Fribourg, tél. (037) 2 66 46
Mitglieder - Membres Claire Beerli, Liliane Bergier, Marlies Fluck, Ruth Graf, Dora Kunz, Vreni Lehmann, Véréne Mouche, Annelies Nabholz, Odette Peter, Renée Spreyermann, Françoise Wavre, Heidi Wehrli-Zinniker
Zugew. Mitglieder - Membres associés Diakonisse Anni Meier, Ehrw. Schwester Esterina Zigerlig
Zentralsekretärin - Secrétaire centrale Erika Eichenberger
Geschäftsstelle - Secrétariat Choisystrasse 1, Bern, Telephon (031) 2 65 47, Postcheckkonto VIII 42274

Die Sektionen - Les sections

Sektion - section:	Geschäftsstelle - secrétariat:	Präsidentin - présidente:
Aargau, Solothurn	Schw. Rösli Weitnauer, «Gemperlebau», Wartburgstrasse 14, Olten, Telephon (062) 5 08 66	Schw. Julie Willimann
Basel, Baselland Bern	Leimenstrasse 52, Basel, Telephon (061) 23 64 05 Schw. Sonja Regli, Choisystrasse 1 (Soussol), Bern, Telephon (031) 2 94 03	Schw. El. Schwarz Schw. Nina Vischer
Fribourg	Sr. Laurence, Hôpital de la Providence, Fribourg, téléphone (037) 2 30 56; M ^{lle} Rosa Bregger, 145, Tilleul, Fribourg, téléphone (037) 2 30 34	M ^{lle} Marg. Carrard
Genève	4, place Claparède, Genève, tél. (022) 25 12 32	M ^{lle} J. Demaurex
Luzern, OW, NW, UR, SZ, ZG	Frau Vonlanthen, Geissmattstrasse 17, Luzern, Telephon (041) 3 18 32	Frau Karrer-Belser
Neuchâtel	M ^{me} A. Béguin, 61, Vieux-Châtel, Neuchâtel, téléphone (038) 5 14 35	M ^{lle} Renée Junod
St. Gallen, Appenzell, Graubünden, Thurgau	Schw. L. Giubellini, Paradiesstrasse 27, St. Gallen, Telephon (071) 22 39 34	Schw. Elsa Kunkel
Ticino	Signorina Rita Solca, Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Telephon (092) 5 17 21	Sig. Attilio Poretti
Vaud, Valais	M ^{lle} M. Bächtold, Ecole supérieure d'infirmières, 48, avenue de Chailly, Lausanne	M ^{lle} Paulette Testuz
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Schw. Gertrud Müller, Asylstrasse 90, Zürich 7/32, Telephon (051) 32 50 18	Frau M. Forter-Weder

Zugewandte Mitglieder - Membres associés

Schwestern-Institut Baldegg; Diakonissenhaus Bern; Institut der barmherzigen Schwestern, Ingenbohl; Spitalschwestern Kantonsspital Luzern; Institut der Schwestern von Menzingen; Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster; Diakonissenanstalt Riehen; Institution des diaconesses de St-Loup

Paritätische Stellenvermittlung für ausländisches Pflegepersonal, Röntgenassistentinnen und med. Laborantinnen: Schw. Nina Bänziger, Wiesenstrasse 2, Zürich 8, Tram 2 und 4 bis Kreuzstrasse, Telephon (051) 34 52 22

Connaissez-vous
déjà le nouveau

ETHICON OP FORUM ?

édité par
ETHICON S.à.r.l. - Hambourg

un bulletin d'information pour
l'infirmière instrumentiste
pour ses problèmes
et ses questions professionnelles :
vivant - instructif - moderne



Patient zu Hause?



Zweckmässige Krankenpflegeartikel erleichtern Ihre Arbeit, und der Patient fühlt sich besser. Verlangen Sie den ausführlichen **Katalog**. Spitalbetten, Patientenlifter, Fahrstühle, Sauerstoffgeräte usw. auch in **Miete**.

Sanitätsgeschäft
Dr Blatter + Co. | Limmatquai 82
Zürich 1 | Entresol
Tel. 051 | 32 14 74

Diät halten ist heute keine Qual mehr!



Ja früher, das wissen gewiss noch viele Pflegerinnen, war die fade, salzlose Diät der guten Stimmung des Patienten nicht eben förderlich. Und Lebensmut beschleunigt jede Gesundung. Mit Thomy Diät-Senf lassen sich nun auch salzlose Gerichte zu wahren Leckerbissen verfeinern. Dabei darf Thomy Diät-Senf auch für die strengste Form natriumarmer Kost frei verwendet werden.

Verlangen Sie bei uns gratis Mustertuben und Rezeptbroschüren für Ihre Patienten.

Thomi + Franck AG. Basel 7

Thomy Diät-Senf

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

A la recherche de la perfection — F.-Lillian Campion, M. A.	339
Wege zum psychotherapeutischen Verständnis des sehgeschädigten Menschen — A. R. Bodenheimer	341
Zur Problematik des Hospitalismus — R. Werner Behr	344
Kfar Shaoul - un village de travail pour malades mentaux en Israël — Ariane Jerome-Newman	349
Les indications et les abus des instillations nasales thérapeutiques — J. Bouche, Ch. Freche	353
Eine Umfrage des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN)	358
Schwestern-Studienreise nach Deutschland	359
Internationale Schule für Krankenschwestern in Edinburgh	360
Schweizerischer Verband dipl. Krankenschwestern und Krankenpfleger	361
Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés	362
Anna Seiler	363
Schweizerischer Verband dipl. Krankenschwestern und Krankenpfleger — Delegiertenversammlung	364
Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés — Assemblée des délégués	364
Sektionen, Verbände - Sections, Associations	366
Kurse und Tagungen	367
Wir fragen... Sie antworten	368

Redaktion: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Adresse: Anne-Marie Paur, Choisystrasse 1, Bern, Telefon (031) 2 64 27.

Redaktionsschluss: Am 18. des vorhergehenden Monats. Unverlangt eingesandte Manuskripte ohne ausreichendes Rückporto können nicht zurückgesandt werden. Die Besprechung unverlangt eingesandter Bücher behält sich die Redaktion vor.

Druck, Verlag und Inserate: Buchdruckerei **Vogt-Schild AG**, Solothurn, Telefon (065) 2 64 61, Postcheck Va 4.

Bestellung von Abonnements und Inseraten an die Buchdruckerei Vogt-Schild AG, Solothurn.

Abonnementspreis pro Jahr: Mitglieder des SVDK Fr. 10.—; Ausland Fr. 12.—; Nichtmitglieder: Halbjährlich Fr. 7.—, jährlich Fr. 12.—; Ausland: Halbjährlich Fr. 8.—, jährlich Fr. 14.—.

Schluss der Inseratenannahme am 27. des vorhergehenden Monats.

Adressänderungen bitten wir direkt und sofort der Buchdruckerei Vogt-Schild AG in Solothurn mitzuteilen, unter Angabe der **alten** und der neuen Adresse. Für Verzögerungen in der Zustellung durch unvollständige Adressen übernimmt die Druckerei keine Verantwortung.

Umschlaggestaltung: Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern

Zeichnung Anna Seiler: E. Trees-Schaffer, Bern
Photo H. Wunderli, Biel

Zeitschrift für Krankenpflege

10 Revue suisse des infirmières

Oktober 1962 55. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes
diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Octobre 1962 55^e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

F.-Lillian Campion, M. A.

A la recherche de la perfection

L'Association des infirmières canadiennes se propose une tâche bien ambitieuse, celle de mesurer la qualité des services infirmiers de son pays et d'étudier les moyens par lesquels la perfection peut être atteinte. En effet, dit l'auteur, « une fonction importante de l'association professionnelle est de diriger, de promouvoir un idéal désirable et d'indiquer les moyens à employer pour l'atteindre ».

Notre association, en pleine période de transformation, ne peut rester insensible devant une telle conception des tâches d'une association; elle ne manquera pas de s'en inspirer et de se mettre courageusement à l'ouvrage en vue de poursuivre son propre idéal.

Cet article a paru dans « L'infirmière canadienne » de juin 1962. Nous le reproduisons avec l'aimable autorisation de la rédaction.

En acceptant la troisième recommandation du Projet-pilote ayant en vue l'évaluation des écoles d'infirmières [1], le Comité exécutif reçut l'assentiment général de l'Association des infirmières canadiennes pour élaborer un plan devant servir à l'évaluation de la qualité des services infirmiers.

Evaluation et qualité! Ces deux mots expriment ou impliquent une idée de mesure et un degré de perfection. L'Association des infirmières canadiennes est donc engagée dans la mise en œuvre d'un programme pour mesurer le degré d'excellence des services infirmiers au Canada.

Que représente la perfection dans les services infirmiers? De quels critères, de quelles méthodes peut-on se servir pour mesurer ce concept? La perfection aura une signification particulière aux yeux de différentes personnes, que ce soit les infirmières, les médecins, les malades, les familles ou les autorités administratives. Chacun a un point de vue différent pour juger la qualité des soins infirmiers et en définir l'excellence. Certains, sans doute, souligneront la sym-

pathie envers les malades et la compréhension de leurs besoins, le zèle et la bonté que l'infirmière témoigne aux malades ou peut-être son ingéniosité à soulager la douleur.

D'autres peuvent considérer comme plus important le degré de compétence technique et de dextérité manuelle qu'elle apporte dans l'accomplissement de sa tâche et son efficacité dans l'organisation de son travail, l'économie de temps et d'efforts qu'elle sait y apporter. Pour d'autres, ce sera le sens d'observation aigu et averti devant certains signes et symptômes précoces indiquant des réactions significatives aux traitements et à la médication, de l'incidence des complications ou de l'aggravation de l'état du malade; en même temps que l'exercice d'un bon jugement pour apporter une action prompte et appropriée, qui sembleront les véritables aspects du mérite. D'autres encore apprécieront une certaine aptitude de l'infirmière pour enseigner au malade et à sa famille quelques notions sur sa maladie et son retour à la santé afin de permettre

au malade de s'aider lui-même, et à la famille de le comprendre et de lui prêter secours au besoin. Enfin la facilité d'adaptation et la souplesse de l'infirmière pour ajuster la routine et la technique des traitements en raison des besoins individuels des malades; son esprit d'initiative pour créer de nouveaux moyens lorsqu'il s'agit de faire face à des besoins particuliers, seront encore ce que d'autres estimeront les marques distinctives de la perfection.

Toutes ces dispositions ou comportements et plusieurs autres aspects de supériorité dans les services infirmiers devront être considérés avec attention pour déterminer les critères d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. La première étape de ce projet sera donc d'établir les *critères*. Viendra ensuite l'identification des signes importants ou des indices significatifs auxquels on devra porter attention pour savoir si les critères établis sont respectés. Le nombre et le genre d'observations, les méthodes à employer et les procédés nécessaires sont encore à organiser.

« Une fonction importante de l'association professionnelle est de diriger, de promouvoir un idéal désirable et d'indiquer les moyens à employer pour l'atteindre. C'est un principe courant que l'idéal à atteindre se situe toujours au-dessus de la réalisation actuelle; en serait-il autrement qu'il en résulterait une dangereuse stagnation [2].»

L'Association des infirmières canadiennes par cette entreprise répond à une responsabilité bien établie qui est de définir un idéal qui dépasse nos réalisations actuelles et d'indiquer les moyens par lesquels cet idéal peut être atteint.

Cependant, l'entière responsabilité de parvenir à la perfection dans les soins infirmiers ne relève pas uniquement du corps professionnel. Les institutions et les agences de santé qui dispensent des services infirmiers et les employeurs des infirmières ont aussi leur part de responsabilité dans la détermination d'un idéal à atteindre et la recherche des moyens et des procédés pour y parvenir. Les méthodes et les critères déterminés par le groupe professionnel doivent être tels qu'ils puissent servir de guides aux

autres qui partagent cette responsabilité; mais à chaque institution importe le devoir d'énoncer ses propres objectifs, le niveau d'excellence que chacune ambitionne d'atteindre, et d'adopter telle politique et telles techniques qui sauront promouvoir des soins infirmiers d'une plus grande valeur. L'administration doit être d'une telle nature qu'elle facilite la progression des soins infirmiers vers un niveau de qualité toujours plus élevé. De toute première importance est le choix judicieux d'infirmières compétentes pour occuper des postes supérieurs, de celles ayant les qualités requises pour concevoir et atteindre l'excellence des services infirmiers.

Toutefois, le degré d'excellence atteint dépendra, dans une large mesure, de chaque infirmière en particulier. En tant que personne faisant partie d'une profession, l'infirmière a la responsabilité d'établir la supériorité de son idéal, de tendre à sa réalisation et d'apprécier l'accomplissement de sa tâche à la lumière de cet idéal. Le degré d'excellence qu'elle atteindra ne dépendra pas seulement de ses connaissances et de sa compréhension ou de sa compétence, mais surtout de sa personnalité. Comme disait John-W. Gardner:

« Je n'affirme pas que nous pouvons espérer que tout homme peut être parfait, la chose me plairait bien si elle était possible... mais dans l'ensemble, très rares seront ceux qui y parviendront. Beaucoup trop manquent des qualités de l'esprit ou de compréhension qui leur permettraient de concevoir cette perfection comme un but ou d'y parvenir s'ils l'ont entrevue.

Mais beaucoup plus de gens qu'il y en a actuellement pourraient *essayer d'y atteindre*. Car ce ne sont pas seulement ceux qui atteignent à la perfection qui font un monde meilleur, mais aussi ceux qui s'y appliquent. »

Références

- [1] Helen - K. Mussallem, Regards sur l'Enseignement du Nursing, L'Association des infirmières canadiennes, Ottawa 1960.
- [2] Politique concernant le service du nursing et la formation des infirmières, L'Association des infirmières canadiennes, 1960.

Wege zum psychotherapeutischen Verständnis des sehgeschädigten Menschen

Einsam, dennoch allen nahe, bemitleidet und zugleich über jedes Mitleid erhaben, dem nächsten Stein am Wege hilflos ausgeliefert und dabei durch den Raum hindurch und über die Zeit hinweg sehend: So steht das Bild des Blinden vor uns, durch alle Phasen und Kulturen, in Bildnerei und Dichtung, von Homer bis Dürrenmatt. Dieses Bild hält sich so unveränderlich, dass man es einen Prototypus nennen oder es mit Jung als Archetypus bezeichnen möchte. Wenn wir von Archetypus sprechen, erübrigt sich die Frage, ob dieses Bild «gemessen an der Wirklichkeit», richtig oder unrichtig, ob es zutreffend sei oder nicht. Ein Archetypus, ein in die Seele gegrabenes Urbild, ist a priori richtig, genauer: Es steht jenseits von Bewertungen wie «richtig» oder «falsch».

In diesem Sinne kann man die Beziehung des Vollsinnigen zum Blinden als gleichsam präformiert auffassen. Aber gerade diese Präformation muss sich ja in jeglicher Begegnung, die der Sehende mit dem Blinden hat, erneuern. — Was geschieht nun in dieser Begegnung?

In der eilenden Menge unseres hastigen Zeitalters bewegt sich einer, der langsam geht, behutsam, bedächtig. Spricht man ihn an, so findet man sich von ihm seltsam und unerwartet intensiv angezogen. Der Blinde sieht den andern Menschen nicht, dennoch sieht er ihn *an* — er sieht ihn aber nicht nur an, sondern er schaut in seinem linearen, unablenkbaren Blick gleichsam durch den sehenden Partner hindurch, unberührt von den Eingebungen und Störungen des Momentes, und buchstäblich «ohne Ansehen der Person».

Nach dieser Art erneut sich stets das Bild des Blinden, und so bewahrt es sich auch.

¹ Herr Dr. med. A. R. Bodenheimer, psychiatrischer Consiliarius der von Prof. Dr. R. Witmer geleiteten Zürcher Universitäts-Augenklinik, psychotherapeutischer Betreuer der Taubstummen im Kanton Zürich und frei praktizierender Spezialarzt.

Wo nun der Blinde diesem Bilde gemäss ist, da findet er Entgegenkommen, Wohlwollen, Hilfe und Achtung in reichem Masse. — Wehe ihm aber, wenn er diese präformierte — archetypische — Vorstellung durchkreuzt. Solches Gehaben — es mag wodurch immer bedingt sein — kommt der Verletzung eines vorgebildeten Prinzips gleich, es zerstört ein Bild, mehr: ein Ur-Bild. Von dieser Gegebenheit müssen wir ausgehen, wenn wir die zahlreichen Schwierigkeiten verstehen und die schweren Notzustände ermessen wollen, die sich für den Psychotherapeuten ergeben, wenn er dem Blinden begegnet.

Sollen nämlich diese evidente Ueberlegenheit und das Erhöhtsein über Zeit und Raum nach aussen ersichtlich werden, so bedingen sie ein inneres Wachstum des Blinden über sein Schicksal hinaus. Gewiss können Blinde zur Gewinnung dieser Reife bestimmt sein, aber es müssen ihnen doch die Voraussetzungen dafür gegeben werden. — Da zeigt sich nun eine Schwierigkeit von solcher Art, dass *Erblindung nicht lediglich ein Nicht-mehr-Sehen*, also nicht allein den Verschluss eines Zugangs zur Welt bedeutet, sondern dass dem Patienten ein weiteres Erlebnis buchstäblich vor Augen — vor die erblindeten Augen — geführt wird, ein Erlebnis aber, das so eindrücklich und nachhaltig bedeutsam wird, weil es den Erblindenden oder Erblindeten unerwartet, unvorbereitet trifft: Wohl kann er sich nämlich darauf vorbereiten, dass er aufgehört hat oder zunehmend aufhören wird, das wahrzunehmen, was sich ihm von aussen her vermittelt und abbildet; dass diesem nämlich Menschen aber zu gleicher Zeit vorgehalten wird — und zwar mit nunmehr unabwendbarer Gewalt — was er *von innen her dargestellt* bekommt, das erwartet er nicht; und selbst wenn er es erwarten sollte, würde es ihn viel schwerer ankommen, sich allein, ohne Mithilfe, darauf vorzubereiten, als es ihm gegeben ist,

sich auf den Verschluss einer Sinnespforte beizeiten einzurichten. Denn die Befähigung des Menschen, nach innen zu sehen — eine Befähigung, die zugleich mehr ist, nämlich eine unabwendbare Nötigung, der man sich nicht entziehen kann —, erlischt ja nur in den relativ seltenen Fällen von Seelenblindheit, einer Form von Verlust des Gesichtsinnes, wie sie bei Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns mit Befallensein der zentralen Sehsphäre vorkommt. Allerdings sind selbst da die Verhältnisse nicht so einfach — etwa derart, dass man sich vorstellen könnte, wo früher etwas, nämlich ein Sinnesbereich, gewesen sei, da finde sich jetzt ein Loch, ein Garnichts. Doch soll der Kürze und Klarheit zuliebe die Situation der Seelenblindheit in diesen Ausführungen beiseite bleiben.

Wie dieser Vorgang sich für den Erblindenden auswirkt, das hängt nun damit zusammen, *was* es für den in seiner unmittelbaren visuellen Aussenzuwendung Behelligten innen drin, *bei ihm selber zu sehen gibt*. Das aber erfährt der Erblindende oftmals erst in dem Moment, da ihm die Wendung nach aussen, die sich in der Situation der Erblindung unvermittelt als eine Art von Flucht zu erkennen gibt, völlig bekommen ist.

In der Bewältigung der Probleme, die dem Erblindenden durch die *äussere Verdunklung* erwachsen, hat der Kranke zu meist Begleiter, Leute, die sich bereit zeigen und auch fähig sind, statt seiner zu sehen, ja, sogar das dem Auge Verschlussene auf anderen Wegen dem Sinn zugänglich zu machen. Das Begleiten nach innen aber ist schwerer, es ist nicht durch Mitleid und Wohlwollen, auch nicht durch Unterstützung zu verwirklichen, so wesentlich und für den Kranken wertvoll diese Regungen in dem ihnen zukommenden Bereiche auch sind.

Wollen wir aber in diesem Geleiten nach innen zugleich ein für unseren Erblindenden günstiges Fortschreiten, eine Entwicklung des Kranken zu sich selbst ermöglichen, so müssen wir versuchen, die vorgebildeten Anschauungen vom Blinden, wie sie eingangs dargestellt wurden — sie mögen

«richtig» oder «falsch» sein — im Kontakt mit ihm, so gut es möglich ist, zu vergessen. In der so gewonnenen Freiheit von Vorstellungen, die mancherlei *erschliessen*, mehr aber noch *verschliessen*, können wir uns um so besser dem zuwenden, was uns da an unmittelbarem Anliegen begegnet.

Wenn wir die blindenpsychologische und -psychotherapeutische Literatur durchgehen, finden wir daselbst häufig Hinweise auf das Ziel der Therapie, das sich nach Art des «weisen» und «erhabenen» Blinden kundtue, und auf den Weg, der dorthin führe im Sinne von «Blindheit als Heilsweg» und ähnliche Losungen. Solche Programme klingen ausserordentlich verheissend, aber weil sie so vieles verheissen, sind sie gefährlich und falsch. Es ist doch wohl ein allgemeines Gesetz der Psychotherapeutik, dass sie sich niemals programatisch auf ein Idealziel hin ausrichten darf. Sie muss dem Menschen helfen, sich selber zu finden, und wenn dann, vermöge Selbstfindung und Selbstbegegnung, ein solch ideales Ziel erreicht werden durfte: um so besser. Aber zum *Programm* darf eine solche Absicht, die direkt eine Erreichung des Idealzieles anvisiert, auch wenn sie die Ambitionen des Therapeuten wie des Patienten natürlich in hohem Masse befriedigt, niemals werden. Ganz allgemein gilt: Wer einen Weg geht, in der Absicht, dass er zum Heilsweg werde, wird schwerlich das Heil finden. Um so eher aber wird das Heil erreicht, je bescheidener die Intention gewesen ist, denn «der liebe Gott wohnt in den kleinen Dingen».

Zur Selbstfindung ist der Blinde vorausbestimmt, zur Selbstauseinandersetzung genötigt, und aus beiden Faktoren kann es zu einem glücklichen Ausgang kommen.

Vorgebildete Grundsätze können aber, wie wir sahen, nicht nur dann verderblich sein, wenn sie Vorurteile in bezug auf unbegründete Geringschätzung mit sich bringen, sondern auch dann, wenn sie von vornherein Hochachtung spenden und solcherweise eine Verkennung der Problematik bewirken. — Die Befreiung von solchen Auffassungen erweist sich nun auch um anderer Situationen willen als notwendig:

dann nämlich, wenn wir nicht den blinden, sondern unsern sehgeschädigten, also *schwachsichtigen Patienten*, verstehend begegnen wollen. Ueblichen Vorstellungen entspricht es doch, dass die Tragik eines Leidens mit dem Ausmass an Behelligung im nämlichen Masse einhergeht, dass also beispielsweise ein schwer Sehgeschädigter mehr als ein etwas besser sehender Augenkranker zu leiden habe. In diesem Sinne wird gewohnheitsmässig fast etwas wie «Leidens-Arithmetik» gehandhabt. Nach solchen Prinzipien wird die Grösse von Versicherungsleistungen bestimmt. Auf derselben Annahme beruht aber auch die Graduierung an Mitleid, das die Gesellschaft ihren Kranken zukommen lässt: Wer schlecht sieht, ist um so grösseren Mitleids würdig, je schwächer seine Sehkraft ist.

Mit diesen Ansichten, die gebräuchlichen Auffassungen weitgehend unbesehen entnommen sind, kontrastiert nun aber in geradezu tragischem Ausmasse die Gegebenheit, mit der sich der Psychotherapeut in der Begegnung mit Sehgeschädigten konfrontiert sieht: Er findet sich vor der Feststellung, dass er sich mit Sehschwachen erheblich häufiger als mit Blinden zu befassen hat. Besonders Unfallgeschädigte zeigen zahlreiche Probleme und Nöte, die oftmals in keiner sinnvollen Relation zu dem Ausmass an Behelligung zu stehen scheinen. Man behilft sich zur Ausmerzung dieses Problemes, das sich mit üblichen Vorstellungen nicht erklären und bewältigen lässt, durch Anwendung von bequemen, aber wenig hilfreichen Kennzeichnungen wie «Psychopathie» oder auch «Begehrungsneurose». Beiden Bezeichnungen wohnt — jedenfalls in dem Sinn, wie sie heute gebraucht werden — ein unverkennbar abwertender Gehalt inne. Dieser Umstand macht, dass einem solcherweise markierten Menschen von Leuten, die derartige Umschreibungen brauchen, schwerlich mehr geholfen werden kann.

Sehen wir jedoch, statt abzuwarten, darauf, was diese Art Leiden uns wohl zu sagen, zu bedeuten haben könnte, so zeigen sich uns einige seltsame Aspekte des Problems: Dem Sehschwachen wird eben diese Schwäche

gewissermassen «verübelt». Er hat, gleichsam, kein Recht so zu sein. Indem er sieht — und oftmals gerade das sieht, was er nicht sehen sollte — erinnert er zwar an den Blinden, jedoch ohne selber ein Blinder zu sein. Er «beleidigt» in gewissem Sinne das Bild, welches man sich vom Blinden macht.

Hinzu kommt, dass der Anblick des Sehschwachen — im Gegensatz zum Blinden — oft unschön ist: Das Gesicht ist verzerrt, die Augen häufig entstellt, ein schielender, zögernder Blick versucht halb sich am Gegenüber festzuklammern und halb sich von ihm abzuwenden.

Dieser Umstand steht mit einem weitem in Zusammenhang: dem Auge kommt nämlich eine Doppelfunktion zu, auf Grund deren es sich von anderen Organen unterscheidet: Es emittiert und rezipiert zugleich, es gibt von sich und nimmt gleichzeitig auf. Was in der akustischen Beziehungssphäre in zwei auseinanderliegende Organe, Mund und Ohr, geteilt und mit einiger Entfernung voneinander lokalisiert ist, findet sich in dem visuellen Bereich an einem einzigen Ort vereinigt. Um bei dem (an sich nicht angängigen) Vergleich mit Mund und Ohr zu bleiben: das Auge «spricht» und «hört» ineins, bzw., wie wir es für den visuellen Sinnesbereich auszudrücken gewohnt sind: es *sieht* und *blickt* zugleich.

Das Seltsame aber ist, dass diese beiden Funktionen nicht immer im einen und nämlichen Menschen auf gleiche Weise gestört sind bzw. dass eine Behelligung des Sehens keineswegs obligat mit einer Störung des Blickvermögens vergesellschaftet ist. Gerade bei Blinden finden wir bisweilen eine besonders intensive Fähigkeit, den Partner anzublicken, gleichsam durch ihn hindurch zu blicken, wogegen Sehschwache häufig in ihrer Fähigkeit zu blicken erheblich gestört sind. Dabei zeigt sich diese Störung oftmals besonders ausgeprägt in solchen Fällen, die, was das Ausmass der Sehbehinderung anbelangt, häufig gar nicht besonders stark behelligt sind. Zu denken ist etwa an Einäugige, denen ein völlig sehkräftiges Auge verblieben ist, aber auch an

Schielende. Dieser Umstand gibt den Kranken Unsicherheit und vermittelt zudem noch — was vielleicht noch wichtiger ist — im Partner seinerseits ein unsicheres Gefühl, das sich dem Sehschwachen gegenüber bemerkbar macht und ihn fühlen lässt, dass man ihm nicht traut. —

Was hier von einigen Gesichtspunkten her aufzuzeigen versucht worden ist, mag viel-

leicht nicht sehr angenehm klingen. Ueblicherweise spricht man von solchen Problemen nur unter Hinweis auf die Mitleidswürdigkeit der Blinden und Sehschwachen. Mitleid allein hilft aber nicht, leider nicht. Verständnis ist nötig, soll unseren behelligten Kranken wirklich nachhaltige Hilfe zukommen.

R. Werner Behr

Zur Problematik des Hospitalismus

Der Titel «Hospitalismus» ist irreführend. Wir kennen dieses Wort aus einem anderen Zusammenhang heraus. Es wird angewendet, um einen seelischen Zustand, ein besonderes Verhalten zu bezeichnen, das bei vielen Patienten im Laufe des Krankenhausaufenthaltes beobachtet wird. Der Autor des Artikels bedient sich dieses Ausdrucks, um über Infektionsgefahr oder Infektionsquellen im Krankenhausbetrieb zu sprechen. Wenn ein neues Wort geprägt und in Umlauf gesetzt wird, wäre es sicher vorteilhaft, wenn sein Sinn eindeutig bestimmt und festgehalten würde.

Wir übernehmen folgenden Artikel der Zeitschrift «Die Agnes-Karll-Schwester», April 1962, mit freundlicher Genehmigung des Verlags und des Autors.

Der Begriff Hospitalismus ist in medizinischen Kreisen zum Schlagwort geworden. Mit Recht, denn es zeigte sich, dass in den letzten Jahren in den Krankenhäusern der ganzen Welt eine deutliche Infektionszunahme zu beobachten war. Gleichzeitig hat sich eine *Resistenzsteigerung* gegen gewisse Bakterienarten — nicht zuletzt durch die Antibiotika-Aera — entwickelt.

Man hat dieses Problem mit allen zur Verfügung stehenden Methoden und Mitteln zu bekämpfen versucht. Wir sind ein gutes Stück weitergekommen. Neben Klinikern, Hygienikern und Bakteriologen war auch die Industrie bestrebt, neue Angriffspunkte zur Bekämpfung zu finden.

Unter Hospitalismus versteht man eine zusätzliche Infektion des Kranken, die aus dem Klinikaufenthalt resultiert. Der Begriff als solcher ist nicht neu, frühere Zeiten kannten zum Beispiel den gefürchteten Hospitalbrand, eine im Krankenhaus erworbene Gasbrandinfektion. Die Entwicklung

der modernen Medizin hat jedoch zu neuen Formen solcher Schädigungen geführt. Bei den heutigen Bildern des infektiösen Hospitalismus handelt es sich um Neuinfektionen oder um Superinfektionen mit antibiotikaresistenten Bakterienstämmen und Pilzen. An erster Stelle stehen die Infektionen mit Hausstämmen von Staphylokokken, die vielfach ein besonders hohes Toxinbildungsvermögen besitzen. Epidemisches Auftreten von sekundärer Wundinfektion und Furunkulose, postoperative Parotitis, schwere postoperative Enterokolitis, Staphylokokkeninfektion des Respirationstraktes, in Entbindungsheimen Kindbettfieber und puerperale Mastitis. Neben den Staphylokokken (*Staph. aureus haemolyticus*) sind auch andere Erreger für Krankenhausinfektionen verantwortlich zu machen (z. B. *B. pyocyaneum*, *B. Friedländer*, *B. proteus*).

Infektionsquellen können Aerzte und Pflegepersonal als Träger resistenter Keime, Staub und Luft des Krankenhauses, Bett-

wäsche, Matratzen, Klimaanlage, Besucher und dergleichen sein. Aus diesen Tatsachen ergeben sich Prophylaxe und Bekämpfungsmöglichkeiten, nämlich Einschränkung der Therapie mit Antibiotika in der gesamten Medizin, nur gezielte Anwendung dieser Medikamente und vor allem ein weiterer Ausbau von Asepsis und Krankenhaushygiene. Eine ständige Kontrolle von Mitarbeitern und Patienten im Krankenhaus (Rachenabstriche) und Sanierung von Keimträgern beim Krankenhauspersonal; Entkeimung der Luft, insbesondere in Operationssälen und Verbandräumen; wirksame Desinfektionsmassnahmen für Bettzeug, Wolldecken, Matratzen und andere Gebrauchsgegenstände. Eine Fussbodenpflege mit staubbindenden und bakteriostatischen Zusätzen ist Voraussetzung. Eine optisch eindrucksvolle Skizzierung dieser Probleme im Krankenhaus vermittelt der ausgezeichnete farbige Bildstreifen «Hospitalismus», der auf der XIV. Generalversammlung des Weltärztebundes Berlin 1960 allgemeine Anerkennung fand¹.

Daneben hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass möglichst viele Geräte und Hilfsmittel, mit denen der einzelne Patient in Verbindung kommt, nur für ihn allein bestimmt sein sollen. Daraus ergab sich die Entwicklung sogenannter *Einmal-Geräte*. Die moderne Kunststoffchemie und neuzeitliche Verpackungstechnik ermöglichen sterile, einzeln abgepackte Teile, die nur bei einem Patienten Anwendung finden und nach Gebrauch durch Verbrennen vernichtet werden.

Es soll dabei gleich auf das zuerst entwickelte und wichtige Gerät eingegangen werden, das *Einmal-Infusionsaggregat*. Jedem Fachmann ist der altbekannte Gummischlauch mit Glastropfkugel bekannt, der — man kann sagen, jahrelang, für Hunderte von Patienten verwendet wurde und zwischen jedem Gebrauch recht und schlecht gereinigt und desinfiziert wurde. Heute verwendet man formvollendete Einmal-Infu-

sionsgeräte aus Kunststoffen, einzeln steril verpackt. Es ist erfreulich, dass sich gerade dieses Gerät durchgesetzt hat und man nur noch wenige Krankenhäuser findet, die Gummischläuche verwenden. Es steht fest, dass die Reinigung dieser alten Gummischläuche nie hundertprozentig möglich war und dass Unverträglichkeitserscheinungen gewisser Infusionslösungen bei einzelnen Patienten — die nicht selten waren — ihre Ursache in einem ungenügend gesäuberten und unsterilen Gummischlauch hatten. Die neuen Einmal-Bestecke erlauben eine genaue und sichere Dosierung der Tropfgeschwindigkeit, den Zusatz von Medikamenten, sind garantiert steril und pyrogenfrei und zeichnen sich durch leichte, praktische Handhabung aus.

Die logische Fortentwicklung dieses Gedankens eines Einmal-Infusionsgerätes, das keinerlei Nachteile gegenüber dem Gummischlauch, aber bestechende Vorteile hat, war eine Kombination zusammen mit einer *Einmal-Plastikflasche* als geschlossenes System für Infusions- und Transfusionslösungen. Diese Plastikflaschen (Hersteller in Deutschland: Baxter, Braun, Dubernard, Ethicon, Fresenius, Hausmann, Schiwa) wurden zu mehr oder weniger technisch ausgereiften Systemen entwickelt, ohne dass eine Luftkanüle für die Entleerung dieser Kunststoffbehälter nötig wäre. Es gibt heute nahezu alle bekannten Infusionslösungen in Plastikbehältern. Gegenüber der gewohnten Glasflasche haben sie nicht nur den Vorteil, haltbarer zu sein, weniger Platz zu beanspruchen, transportfreundlicher und vom Gefrierpunkt unabhängig zu sein, sondern wie bereits erwähnt, kommt die sterile Lösung bis zur Infusion nicht mehr in Berührung mit unsteriler Luft. Dies bedeutet Ausschaltung von Zwischenfällen.

Nach Gebrauch werden diese Infusions-Sets ebenfalls vernichtet. Die früher übliche Rücksendung der Glasflaschen und Wiederverwendung durch die Industrie fällt weg.

Zieht man Plastikbehälter zu Infusionszwecken heran, so werden folgende Forderungen an das Material gestellt:

1. einwandfreie Sterilisierbarkeit bei 120 ° im Autoklaven,

¹ Dieser zu Unterrichtszwecken sehr geeignete Film kann in der Schweiz an folgender Adresse bezogen werden: Dr. R. Levy, Opharma S. A., Zürich 1, Telephon (051) 32 83 28 (Vertreter der Firma Ethicon, Hamburg).

2. klar durchsichtig und farblos,
3. keine Abgabe von Stoffen an die Arzneilösung (auch bei 120 ° nicht),
4. keine Absorption von Stoffen aus der Lösung,
5. geringe Wasseraufnahme und Durchlässigkeit,
6. bakteriendicht,
7. pyrogenfrei und nicht toxisch,
8. geschmeidig und doch reissfest,
9. gut schweisssbar,
10. keine Alterungserscheinungen.

Auf Grund von Ueberprüfungen entsprechen nach L. Anker diesen Bedingungen nur die verhältnismässig teuren Polyäthylen-terephthalate sowie bestimmte Formen von Niederdruckpolyäthylen.

Es erhebt sich aber nun die Frage, ob diese Systeme wirtschaftlich sind. Es gibt in Deutschland eine Anzahl von Krankenhäusern mit sogenannten Vollapotheken, die berechtigt und in der Lage sind, selbständig Infusionslösungen für den Eigengebrauch herzustellen. Diese Krankenhausapotheken fertigen gewisse Grundlösungen (v. a. Zucker- und Salzlösungen — teilweise aber auch einige Elektrolytlösungen) an. Die Herstellungskosten erscheinen bei dieser Methode im ersten Moment sehr niedrig. Macht man sich aber nun die Mühe und prüft durch eine REFA-Durchleuchtung genau die Gesteungskosten, den Aufwand an Material und Personal und die Zeit im Vergleich zu fabrikmässig hergestellten Infusionslösungen, so kann man — ganz abgesehen von dem auf lange Zeit gesehen immer prekärer werdenden Personalmangel — feststellen, dass diese Lösungen im Endeffekt doch nicht billiger sind. Zusätzlich zu diesen in Glasflaschen abgefüllten Hauslösungen muss ja doch noch ein Plastikinfusionsschlauch gekauft werden, während er bei den gekauften Plastikflaschen der Industrie bereits im Preis enthalten ist. Der Kalkulationsvergleich zeigte in einer modernen Vollapotheke bei einer 500-ccm-Glasflasche (einschliesslich eines dazu gekauften, industriell gefertigten Plastik-Einmal-Infusionsbesteckes) und folgendem Inhalt:

25 g Laevulose	}	= 200 Kalorien
25 g Glukose		
0,2 g Kalium		

und aufbereitetes, steriles, pyrogenfreies, bidestilliertes Wasser

folgende Situation:

Unter Berücksichtigung der dazu vorhandenen und benötigten Laboreinrichtungen und Apparate, Reinigung, Reparaturen, Miete und Instandhaltung derselben, Energie- und Materialverbrauch, Verpackung (Gummistopfen, Glas, Luftkanüle, Leichtmetallverschluss, Etikett, Nadel), Personalkosten, Zeitfrage, prozentualer Anteil an Investitionen und Abschreibungen, Lagerhaltung, Prüfung der Chargen, Transport auf Station, Rücknahme und Reinigung der Flaschen, Verluste und Bruch, Vorratshaltung an Zubehör und Material wurden Herstellungskosten pro Einheit von DM 3,28 errechnet. Gleichwertige Lösungen werden von der Industrie zu einem Preis von DM 3,10 bis DM 4,50 angeboten.

Es mag sein, dass in dem einen oder anderen Fall die Relationen etwas anders gelagert sind. Argumente — von welcher Seite sie auch kommen mögen —, dass Infusionslösungen für «ein paar Pfennige» herzustellen seien, sind bei genauer Betrachtung nicht haltbar.

Nicht nur die sichere Sterilität hat die für einen einzelnen Patienten bestimmten und zur einmaligen Verwendung vorgesehenen Teile entwickeln lassen, sondern auch der Personalmangel im Krankenhaus hat diese Entwicklung beschleunigt. Die praktische, leichte Handhabung soll dem Hilfspersonal die Arbeit erleichtern und den wenigen vorhandenen Kräften ein grösseres Tagespensum ermöglichen. Die Industrie hat bereits — um nur einige weitere Erzeugnisse zu nennen — einen Einmal-Mundschutz, einen Einmal-Operationshandschuh, einen Einmal-Plastikhandschuh für den Verbandwechsel, einen Einmal-Operationsschuh für Arzt und Personal im OP-Saal geschaffen. Durch die erwähnten *Einmal-Handschuhe* aus Kunststoff z. B., die nach Benützung im septischen Operationssaal nicht gereinigt, sondern sofort weggeworfen und verbrannt werden,

wird eine weitere Gefahrenquelle im Klinikbetrieb beseitigt. Daneben kennt man *Abdeckfolien* für die vorbereitete Operationswunde. Bei diesem Material handelt es sich um eine durchsichtige Nylonfolie (Vi-Drape), die eine sterile Abdeckung der Haut vor Operationen ermöglicht. Mit Hilfe eines Klebstoffes wird die Folie auf die vorbereitete Haut aufgeklebt und der Schnitt erfolgt durch diese sterile Folie hindurch. Eine wirksame Barriere gegen Bakterien in der Umgebung des Operationsfeldes, der Fortfall von Tüchern und Tuchklemmen, ein übersichtliches Operationsfeld ist gegeben. Ausserdem gibt es *Portex-Verpackungsfolien* zur Sterilisation. In diesem weichen, durchsichtigen und mehrmals verwendbaren Material können chirurgische Instrumente und Bestecke, Katheter, Wäsche, einfach und sicher im Autoklaven sterilisiert und unbeschränkt steril darin aufbewahrt werden.

Die Folie ist durchlässig für Dampf, aber undurchlässig für Bakterien. Sie gewährleistet eine sichere Sterilisation im Autoklaven bis 160°. Das sterilisierte Gut kann bei Nichtgebrauch monatelang gelagert werden und ist bei Bedarf sofort griffbereit. Gutachten von hygienischen Instituten ergaben eine günstige Beurteilung dieser *Portex-Verpackungsfolie*.

Postoperative Fadeneiterungen, Wundheilstörungen, ja Platzbäuche waren früher ein in Kauf zu nehmendes Uebel und Risiko. Auch heute noch treten solche Heilungsverzögerungen auf. Man ist geneigt, die Schuld auf ein unsteriles Nahtmaterial zu schieben. Sicher kann unsteriles Nahtmaterial Anlass zu solchen Komplikationen geben. Heute aber darf man sagen, dass industriell gefertigtes, steril deklariertes Catgut oder anderes resorbierbares und nichtresorbierbares Nahtmaterial in den bekannten Entnahmeflaschen die Fabrik auch tatsächlich steril verlässt. Eine Reinfektion kann aber während der Verwendung im OP-Saal eintreten. Aus diesem Grunde haben die meisten Pharmakopöen die Verwendung der in Deutschland so beliebten Nahtmaterial-Entnahmeflasche untersagt. Modernes *Sicherheits-Nahtmaterial* finden wir heute in Längen vorgeschritten als Portionsmenge einzeln

steril verpackt in Plastik- oder Aluminiumfolienpackungen. Die Alu-Folie hat dabei eine deutliche Ueberlegenheit gegenüber Kunststoffen gezeigt. Sie ist unbegrenzt haltbar, steril, tropfenfest, permanent unempfindlich gegen alle Arten von Aufbewahrungslösungen. Keine Diffusion von Gasen und Flüssigkeiten ist möglich; kurz gesagt — eine vollkommene Verpackungsform. Handlich und wirtschaftlich im Krankenhausbetrieb. Das bedeutet Arbeitserleichterung, Sicherheit, Rationalisierung, Fortschritt für die Chirurgie.

Das Problem der *Abfallaufbewahrung und -beseitigung* wurde ebenfalls glücklich gelöst. In kleinen fahrbaren, handlichen Metallständern werden Abfallbeutel aus Polyäthylen im Operationssaal aufgehängt, die geeignet sind, gebrauchte Verbandstoffe und sonstigen septischen Abfall aufzunehmen. Sobald der Beutel gefüllt ist, wird er mittels eines Bandes dicht verschlossen und verbrannt. Diese rationelle Beseitigung von Abfallstoffen hat sich nicht nur im Operationssaal, sondern auch im Verbandraum bewährt. Operations- und Stationswäsche wird ebenfalls in einem Zellulose-Einmal-Beutel unmittelbar ohne Öffnen oder Umfüllen in die Waschmaschine gebracht. In der warmen Waschlauge löst sich dieser Transportsack rückstandslos auf.

Spritzen aus Kunststoff zum einmaligen Gebrauch in allen Grössen stehen bereits zur Verfügung. Bald werden sie ebenfalls wirtschaftlich im Verbrauch sein, und ein umständliches und zeitraubendes Problem in Klinik und Praxis wird wegfallen; die *crux* der Spritzensterilisation. Katheter und Sonden aller Art (Hersteller: Baxter), Drainageschläuche, sterile Trinkhalme und Behälter für Medikamente und Lebensmittel, Plastikeinlagen für Betten, Einmal-Hand- und Gesichtstücher, einzeln steril verpackte Kanülen und Klängen für Skalpelle, Plastik-Sputum-Behälter, Narkosemasken, Einmal-Umschläge für die Sterilisation der OP-Gummihandschuhe runden das Bild ab.

Neben diesen entscheidenden Beiträgen zur Erhöhung des Operationserfolges gibt es weitere Hilfsmittel zur Bekämpfung von Infektionen und zur Verbesserung hygieni-

scher Bedingungen. Beispielsweise wären hier Kolostomie-Beutel für Anus-*praeter*-Patienten zu nennen. Diese Plastikbehälter sind ebenfalls zum einmaligen Gebrauch bestimmt und lassen sich unauffällig tragen.

Sie geben dem Patienten Sicherheit bei Tag und Nacht; für den Träger und seine Umgebung sind sie angenehm und hygienisch. Bei Säuglingen ist es immer ein grosses Problem, ausreichende Urinmengen für Untersuchungen zu gewinnen. Mittels eines leicht anklebbaren, anpassungsfähigen, sterilen Einmal-Kunststoffbeutels ist es für

den Kinderarzt und die Säuglingsschwester nunmehr sicher und leicht möglich, die benötigte Urinmenge auch während der Nacht zu gewinnen.

Vielfältig und sorgfältig gezielt sind die Angriffspunkte im Kampf gegen den Hospitalismus. Weitere Ideen sind in der Entwicklung und werden in absehbarer Zeit praxisreif sein. Der gefürchtete Hospitalismus der Gegenwart wird bald der Vergangenheit angehören. Einmal-Plastikgeräte und Hilfsmittel haben entscheidenden Anteil an seiner Bekämpfung.

Separatabzüge

Das *Schweizerische Rote Kreuz* hat von folgendem Artikel Separatabzüge herstellen lassen, welche gratis abgegeben werden: «Das öffentliche Gesundheitswesen in der Schweiz», Dr. H. Büchel, «Zeitschrift für Krankenpflege» Nr. 6, Juni 1962.

Folgender Artikel ist vervielfältigt worden: «Patienten, Schwestern- und Arztprobleme», Dr. H. Zollikofer, «Schweizerische Blätter für Krankenpflege» Nr. 9, September 1961. Sollten noch weitere Exemplare gewünscht werden, so müsste dies Schwester Magdelaine Comtesse möglichst bald mitgeteilt werden, damit sie die Grösse der neuen Auflage nach den Bestellungen richten kann.



Wird der Patient mit seiner Lagerung zufrieden sein?

Jérusalem. Le soir tombe. La chaleur fait place à une bienfaisante fraîcheur.

Je traverse la ville dans une jeep qui disperse un instant une foule indisciplinée qui se fait plus dense. Les trottoirs s'animent. Les vitrines grillagées claquent dans un bruit sec et ponctuel: il est seize heures.

Rapidement les rues défilent. Les arbres, les maisons s'espacent. Je dépasse la banlieue avec ses ruelles envahies d'enfants, ses terrains vagues, ses femmes qui s'interpellent d'une voix gutturale. Le brouhaha s'estompe, les enfants regardent s'éloigner ma voiture en agitant les mains et reprennent aussitôt possession de la chaussée.

La route est maintenant déserte et se faufile entre deux ravins desséchés. Le dernier autobus venant de la ville s'essouffle derrière moi. Le soleil est à son agonie et s'accroche une dernière fois aux collines de Jérusalem, roses, aux pierres de Jérusalem, chaudes et odorantes, aux murailles de Jérusalem qui enveloppent la cité d'une ombre violacée. J'ai quitté la ville.

Silencieusement, je roule ainsi, croisant irrégulièrement des groupes de maisons, quelques voitures. Au loin s'allongent les montagnes de Jordanie. Soudain, entre deux collines, j'aperçois un ancien village arabe. J'accélère. Après une bifurcation, je m'engage sur une route étroite, cahotante et poussiéreuse. A l'issue du chemin, je distingue un portail aux battants largement ouverts; très vite le portail se rapproche et je déchiffre l'inscription:

« Kfar Shaoul — Village de travail »

Je franchis la grille.

Un groupe d'hommes en vêtements de travail entoure aussitôt la voiture. Ils me dévisagent, curieux, intrigués. « C'est toi, la nouvelle? » me questionnent-ils.

¹ Travail d'élève à l'Ecole d'infirmières Le Bon Secours pour le cours « Questions professionnelles ».

— « Ne vous formalisez pas » me conseille un « homme en blanc » qui se détache du groupe et vient à ma rencontre.

« Soyez la bienvenue, nous vous attendions. »

Je le suis alors à travers le village, croise des infirmières et des infirmiers qui circulent entre les maisons, vont et viennent, me sourient avec amitié. Ils sont habitués aux visiteurs.

Nous longeons des ruelles étroites et tortueuses, des maisons construites dans le style arabe, avec de larges pierres blanches et épaisses, taillées dans les carrières séculaires de Jérusalem.

Arrivée au pied d'un long escalier, je gravis des marches lisses et usées, pénètre dans la maison du médecin en chef qui m'accueille avec bienveillance dans une pièce fraîche, calme, reposante. Je bois avec délices un grand verre de jus d'orange glacé, le médecin s'installe au fond d'un fauteuil, allume sa pipe et s'apprête à me conter l'histoire de Kfar Shaoul:

« Kfar Shaoul » — « Village de travail pour malades mentaux » fut édifié en 1951 sur les lieux déserts d'un village arabe abandonné, dans le but de développer, de faciliter le système de traitements psychiatriques en plein air.

Au début, la majorité des malades provenait d'institutions fermées qui n'étaient plus en mesure d'accepter un malade de plus.

Sur 330 malades actuels, 250 d'entre eux ont été enfermés des années durant; aujourd'hui, ils vivent dans la plus complète liberté.

Les chambres, de quatre à dix lits, sont groupées dans des maisonnettes et assemblées en secteurs dans le village. Chaque secteur se compose de soixante à quatre-vingts malades. Dans chaque maisonnette se trouvent un bureau d'infirmières, des douches et toilettes, une cuisine et un office.

Il y a actuellement à Kfar Shaoul six départements ou secteurs.

- I. *Département de réadaptation sociale*
— Une infirmière pour neuf malades
— 50 malades.
- II. *Département traitant des problèmes sociaux en général*
— Une infirmière pour sept malades
— 65 malades.
- III. *Département traitant des problèmes sociaux en particulier (malades plus dépendants)*
— Une infirmière pour six malades
— 65 malades.
- IV. *Département à traitement mixte (physico-psychique)*
— Une infirmière pour quatre malades
— 70 malades.
- V. *Département fermé (traitement intensif)*
— Une infirmière pour trois malades
— 50 malades.
- VI. *Département fermé (malades agités)*
— Une infirmière pour deux malades
— 25 malades.

*

1. *L'institution et le malade.* Les maladies mentales isolent les êtres les uns des autres. La solitude de l'individu dans nos communautés urbanisées a un effet pathologique sur les êtres sensibles et nerveux. La société repousse les inadaptés et, de ce fait, les rend encore plus inadaptés. A Kfar Shaoul, les malades sont acceptés avec leurs particularités; ils apprennent à ne pas les rejeter comme un déshonneur, mais à vivre avec elles, et même à en tirer profit.

C'est ainsi que les facultés saines de l'organisme sont préservées, cultivées, développées, alors que celles qui sont apparemment gravement atteintes, perdent l'importance que leur accorde la société. Kfar Shaoul est la première expérience qu'ait jamais tentée Israël: diriger un hôpital psychiatrique sous la forme d'un village de travail.

Dans ce village, les seuls malades ne jouissant pas d'une totale liberté sont ceux dont le psychisme est profondément troublé; ces malades-là sont désorientés et nécessitent une surveillance directe. En ce qui concerne les autres malades, la surveillance est très

restreinte et le principal moyen de traitement est la rééducation sociale, dans des conditions de liberté commune à tous.

2. *Rééducation sociale — moyens de thérapie.* Un moyen de rééducation, quel qu'il soit, doit impliquer, pour être efficace: une langue commune, un but commun, un sentiment d'appartenance. C'est pourquoi, en vue de permettre à ces êtres disparates, issus du monde entier, de communiquer entre eux, des classes d'hébreu ont été établies. Les malades actifs ont formé un club dont le comité se réunit régulièrement. Ce comité, assisté par quelques éducateurs, organise des rencontres sportives, le journal du village, la bibliothèque, des forums, des concerts, des projections de films, des productions théâtrales, des soirées de danse folklorique et de salon. Il ne faut pas non plus oublier la grande place que tient le dessin dans la vie du malade à Kfar Shaoul. L'expression des sentiments intérieurs est nécessaire pour établir des contacts. La capacité et la rapidité à s'exprimer est déficiente dans la maladie mentale et ceci contribue à l'isolement du malade. Le groupe artistique de Kfar Shaoul tend à diriger les émotions et l'attention du malade, ses capacités de perception et d'imagination, sur une scène réelle ou des objets réels placés devant lui.

Il est alors encouragé à trouver un chemin libre et facile afin d'exprimer son expérience. Aucune tentative n'est cependant faite pour lui « apprendre » à dessiner ou pour le forcer à exprimer son expérience. Cela signifierait qu'on lui impose un cadre inutile et un but non réaliste. Lui faire exprimer ses émotions dans le dessin produirait un effet choquant et compromettrait un équilibre déjà fort précaire.

Il va donc de soi qu'après un certain nombre de tableaux, n'importe qui acquiert une certaine technique, et c'est précisément cette technique qui révèle la structure mentale et émotionnelle d'un individu.

Le but des classes de dessin de Kfar Shaoul n'est donc pas d'apporter un diagnostic ou une solution aux problèmes du malade, moins encore de l'aider à se débarrasser de ses expériences troublantes; non, le bénéfice réel pour le malade est l'échange

et le contact avec les êtres humains l'environnant. S'il réussit à voir ce que les autres voient, à aimer ce que les autres aiment et à l'exprimer dans un langage compris de tous et réciproquement accepté, il aura fait quelques progrès dans la voie de la guérison.

En ce qui concerne les activités quotidiennes des malades il faut citer: le terrassement, le nettoyage du sol et des pierres, l'irrigation et le défrichage des terres, le jardinage, la plantation des arbres. Toutes ces activités sont menées à bien par des groupes de travail dirigés par une équipe de responsables. Les responsables doivent être plus que de bons instructeurs. En chacun d'entre eux, le malade sent un ami, un conseiller capable de le juger et de l'affronter. Il peut lui montrer fièrement son travail, sachant qu'il sera accepté et valorisé, quelle que soit sa valeur réelle. C'est pourquoi les ordres et les demandes, le travail et les critiques doivent être soigneusement équilibrés et adaptés au niveau mental et émotionnel du malade.

Cette méthode de thérapeutique par le travail a donné naissance à de petites activités s'échelonnant entre la pâte à modeler et la poterie; de véritables industries se sont ainsi peu à peu développées: des ateliers de tapisserie, d'abat-jours, de ceintures, d'enseignes, de cadres à photos, de jouets.

La menuiserie, le travail du cuir, la fonte des métaux, la cordonnerie sont maintenant des métiers bien établis.

La bonne marche du salon de coiffure, du bureau de poste et des téléphones internes est entièrement assurée par des malades dont l'état peut répondre aux exigences minimes de ces activités.

3. *Entraînement individuel du personnel.* Un vaste programme d'entraînement individuel est établi: un séminaire pour le personnel diplômé, un séminaire d'études pour les aides-infirmières, un groupe d'études pour les responsables des groupes de travail.

Le fait d'exposer, de comprendre, d'étudier et de discuter en commun un sujet, contribue à propager et à développer les connaissances, opinions et points de vue nécessaires à la continuation lente mais efficace du travail de rééducation mentale.



Le réfectoire

Photo: Jack Goren, Jérusalem

L'administration et l'économie de l'institution sont construites dans ce même but; c'est pourquoi les malades travaillent côte à côte avec l'équipe des cuisiniers, des magasiniers, des blanchisseuses et repasseuses, avec l'équipe sanitaire, avec l'office.

Il est bon de montrer aux malades combien leur travail est efficace et apprécié à sa juste valeur. Il est bon de leur donner le sentiment de leur utilité, voire de leur indispensable collaboration. Aussi les récompense-t-on chaque fois qu'il est possible et indiqué de le faire.

Les personnes qui travaillent dans l'institution doivent donc être bien orientées, afin d'aider le malade dans sa lutte vers la guérison, afin de lui apporter la bienfaisante atmosphère d'une guérison en commun.

La partie « ouverte » du village est divisée en trois secteurs; chaque secteur étant supervisé par une équipe d'infirmières. Le département représente pour le malade une communauté initiale qui le prépare à son adaptation sociale en tant que membre du village. Le fait qu'hommes et femmes soient traités en commun permet un meilleur équilibre de cet embryon de société.

Pour les malades atteignant le but, un secteur de « transit » a été formé: ce secteur constitue pour eux une étape. Les malades participent à des travaux effectués dans des ateliers surveillés par des malades externes inadaptés. Ce service de réadaptation établit un lien entre l'internement et ses inconvénients et l'individu lancé dans la vie sociale normale avec ses dangers de dépression nerveuse pour les individus « à la limite ». Kfar Shaoul rend à la vie sociale et familiale environ quinze malades par an. Le nombre peut paraître petit si l'on ne prend pas en considération la durée et l'importance de la maladie mentale par rapport à l'intolérance de notre société.

4. *Que devient le malade rendu à la société?* Il ne faut pas s'imaginer qu'un malade rendu à la vie sociale sera désormais livré à lui-même, désemparé, sans aide ni conseil. Le département du travail, les services sociaux locaux, le Ministère des affaires sociales ont créé des services de surveillance qui établissent un lien entre l'internement et la liberté complète.

Les services de collaboration restent en communication étroite entre Kfar Shaoul et la ville; ils sont mis au courant de chaque nouvelle sortie, prennent contact avec le malade qui a ainsi la possibilité de demander aide et protection si le cas se présente ou s'impose, sans pour cela retourner au village. Les services de surveillance ne se manifestent spontanément qu'au cas où le malade lui-même appelle au secours, ou après intervention de la famille ou de l'employeur du malade. Jamais il n'imposera son aide à un malade dont l'état est satisfaisant, qui est indépendant et a le sentiment d'avoir recouvré sa place dans la société.

...Arrivé à ce point de son exposé, le médecin-chef s'interrompt: « Je pourrais vous parler ainsi des heures durant de Kfar Shaoul, sans me lasser, je pourrais vous parler des traitements, et des résultats obtenus, de chaque méthode en particulier, du programme d'étude et de perfectionnement de nos infirmières et de nos médecins, de l'organisation de chaque secteur, des horaires, de nos projets d'avenir et de nos problèmes... Mais je ne me proposais que de vous donner une idée de ce que sont les principes de nos méthodes, de ce que signifie un *village de travail pour malades mentaux*, de la vie que mènent nos malades, de la joie que nous apporte notre travail, si ingrat puisse-t-il vous paraître. Car nous devons nous contenter de 5 % de guérison sans perdre patience ni courage, faute de quoi ce chiffre ne pourrait jamais augmenter... »

...Songeuse, je sortis, m'engageai dans la nuit tiède, errai au hasard des ruelles, croisai des groupes de malades qui allaient et venaient en échangeant des impressions.

Je perçus soudain, par bouffées, une musique vers laquelle je me dirigeai. Au détour du chemin un spectacle inattendu me cloua sur place: un feu de camp réunissait là plusieurs groupes de malades. Assis dans l'herbe, les entourant, médecins, éducateurs et infirmières les incitaient à chanter de vieux chants populaires tirés du folklore russe. Un médecin jouait de la guitare, tandis qu'une infirmière scandait le rythme en frappant un tambourin.

Et les malades, la joie se lisant sur leurs visages éclairés par les flammes, chantaient de tout leur cœur, épanouis, radieux.

Sans bruit, je m'assis auprès d'eux et bientôt me joignis à leurs chants.

La musique, certes, unissait les femmes, les hommes, les vieillards et les jeunes gens, mais dans leurs yeux, on pouvait aussi lire une confiance et un espoir éperdus dans l'avenir.

Je sentis alors que jamais je ne pourrais oublier ce que j'avais vu et entendu dans cet ancien village arabe niché entre deux collines, au pied des montagnes de Jordanie...

Les indications et les abus des instillations nasales thérapeutiques

La prescription des gouttes nasales dépasse le cadre de la spécialité O. R. L. En effet, le médecin praticien en prescrit volontiers; le pharmacien, consulté, en recommande facilement; et la mère de famille les administrera sentencieusement à ses enfants, souvent de sa propre initiative.

Si les instillations nasales peuvent être inefficaces, elles sont parfois responsables d'incidents et d'accidents graves, en particulier chez le jeune enfant. Nous allons, après un bref rappel de la physiologie de la fosse nasale, envisager:

— les différentes drogues utilisées sous forme d'instillation,

— les indications thérapeutiques les plus courantes,

— et les inconvénients résultant de leur emploi inopiné ou abusif.

La physiologie de la fosse nasale est bien connue

La respiration nasale seule peut être considérée comme physiologique, toute entrave au courant respiratoire nasal va entraîner un syndrome d'obstruction qui est responsable initialement des infections descendantes dominant la pathologie des voies respiratoires de l'enfant. L'air inspiré par le nez est réchauffé, humidifié, aseptisé:

— *réchauffé* grâce à l'extrême vascularisation de la pituitaire, dont les parois anfractueuses ralentissent le flux inspiratoire,

— *humidifié* grâce au contact de l'air avec le tapis de mucus qui recouvre harmonieusement la muqueuse,

— *stérilisé* par l'action conjuguée du mucus qui va retenir les poussières et les germes d'une part et d'autre part l'activité permanente des cils vibratiles de l'épithélium. De plus s'ajoutent l'action phagocy-

taire de la muqueuse et le pouvoir bactéricide du mucus.

Tout ceci est connu depuis longtemps. Par contre on insiste actuellement sur deux points particuliers de la physiologie nasale:

— Tout d'abord le rôle *essentiel de l'activité ciliaire* (Maduro et Chevance), à savoir « l'obligation impérieusement exigée de toute solution destinée à entrer en contact avec la muqueuse nasale de respecter scrupuleusement l'activité physiologique de cette muqueuse, c'est-à-dire son activité ciliaire et son activité sécrétoire » (Maduro).

Le mouvement ciliaire, permanent, à raison de 500 coups à la minute évacue, de façon continue vers le pharynx les impuretés et poussières qui encombrant la fosse nasale; de plus, au niveau des sinus, le mouvement ciliaire fait confluer les sécrétions vers l'ostium, et de là dans le pharynx.

On conçoit aisément l'inconvénient majeur que représentent certains agents médicamenteux inhibant cette action physiologique en raison de leur causticité immédiate ou de leur usage prolongé.

— *La vaso-motricité des cornets* réalise un ensemble bien particulier à la fosse nasale, l'extrême richesse vasculaire de la région où l'on entrevoit actuellement l'existence de dispositifs de blocs circulatoires artériels et de shunts artério-veineux explique la réactivité vaso-motrice particulière de la muqueuse à toute agression thérapeutique.

On invoque même un cycle nasal vaso-moteur (Flottes) propre à chaque individu. Tout ceci explique que la rhinite vaso-motrice soit une réponse fréquente de la muqueuse à toute intolérance médicamenteuse.

Voyons maintenant les différentes drogues utilisées sous forme d'instillation

Et tout d'abord un point de détail pratique: les instillations nasales se pratiquent au compte-gouttes. De nombreux flaconnages modernes délivrent le produit par un né-

¹ Docteur J. Bouche, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, chef de service O. R. L. de l'Hôpital Foch, Paris. — Docteur Ch. Freche, chef de clinique O. R. L., Paris.

buliseur, qui présente indiscutablement l'avantage de mieux disperser dans la fosse nasale la solution thérapeutique, d'une part en raison de la finesse des gouttelettes projetées, d'autre part en raison de la position du malade. En effet, la distribution maternelle de gouttes nasales se fait le plus souvent sur un enfant maintenu tête en arrière, ce qui a pour effet défavorable de faire glisser la solution thérapeutique sur le plancher de la fosse nasale, rapidement vers le pharynx. Rappelons à ce propos que c'est la *position latérale basse* qui est la meilleure pour une bonne imprégnation muqueuse.

Ouvrons maintenant un formulaire médical: il est facile de dénombrer plus d'une centaine de spécialités utilisables par instillations, ce qui, hélas! est bien souvent responsable de l'embarras du praticien. Ces produits peuvent se grouper sous plusieurs rubriques selon leur finalité thérapeutique présumée.

A) Les vaso-constricteurs

Ils tiennent la toute première place, leur rôle est de « déboucher » la fosse nasale pour permettre l'action d'un agent antimicrobien quelconque, ou tout simplement pour faire disparaître la sensation d'obstruction nasale. Leur action est en général efficace mais éphémère.

— *L'adrénaline* est responsable de phénomènes vaso-dilatateurs secondaires des plus déplaisants, et l'on préfère *l'éphédrine*, très largement utilisée, car elle entraîne une vaso-constriction durable sans grande vasodilatation secondaire.

— *La cocaïne*, excellent anesthésique, est également vaso-constricteur, mais n'oublions pas qu'elle est au tableau B. D'ailleurs irritante, toxique, elle n'est que très rarement utilisée sous cette forme.

— *la naphthazoline* (Privine) est un des vaso-constricteurs les plus utilisés. Son efficacité est indiscutable, d'action rapide, durable (3 heures) entraînant une intense ischémie de la muqueuse.

— *Les amines aliphatiques* (Demedrine).

— *Les amines aromatiques* enfin, type néosynéphrine ou noradrénaline, sont également de puissants vaso-constricteurs, non

seulement au niveau de la fosse nasale, soulignons-le, mais sur le compartiment vasculaire cérébral également.

B) Agents servant à désinfecter les fosses nasales

— *Les antiseptiques chimiques* sont encore largement utilisés à l'heure actuelle.

— Les sels d'argent sont fréquemment formulés; non seulement antiseptiques, ils ont un effet astringent.

— Les balsamiques et essences diverses sont en règle utilisés en solution huileuse.

— Le menthol également. Rappelons que l'essence de Niaouli (huile goménolée) connaît encore le succès après un demi-siècle.

— Enfin également utilisés en solution huileuse l'eucalyptus, le thym et diverses essences aromatiques. Rappelons à ce propos que l'huile minérale (vaseline) a été fort heureusement abandonnée au profit des huiles végétales.

— *Les sulfamides* nécessitent comme véhicule un solvant alcalin, irritant pour la muqueuse, ce qui restreint leur emploi; à part quelques exceptions de substances solubles dans le sérum physiologique.

— *Les vaccins* sont utilisés et valables, il faut le souligner, dans de nombreux cas, qu'il s'agisse de stock-vaccin, de bactériophage ou d'ampho-vaccin.

— *Les antibiotiques fungiques*.

— Pénicilline: elle diffuse mal en raison de sa grosse molécule; à concentration efficace, elle inhibe l'activité ciliaire, d'où la nécessité d'instillations répétées de doses à faible concentration.

La streptomycine est également irritante pour la muqueuse.

On utilise par contre plus aisément des antibiotiques de contact; par exemple néomycine ou soframycine d'efficacité certaine, également la terramycine.

C) Substances visant à modifier la muqueuse

en favorisant son action physiologique.

— Le soufre mérite qu'on lui fasse confiance; sans valoir le soufre « thermal », il ne peut qu'améliorer une muqueuse en-

flammée ou desséchée, par son action trophique et sécrétoire, sous forme de soufre organique.

— Les vitamines sont un élément d'appoint: vitamine A, C, D, acide panthotémique, volontiers prescrites en association avec un traitement buccal.

— Les dérivés cortisoniques sont basés sur l'activité anti-inflammatoire de la cortisone, ils sont fréquemment associés avec un antibiotique.

— Les anti-histaminiques locaux sont peu utilisés, car parfois irritants pour la muqueuse. Voici donc schématiquement les différents produits utilisés, dont la combinaison est pratiquement constante dans les différentes préparations du commerce.

Quelles sont les indications courantes de ces instillations thérapeutiques?

D'une façon générale: les affections inflammatoires aiguës des fosses nasales; prescription de courte durée.

a) Au cours des *rhinites aiguës et adénoïdites de l'enfance*, la prescription des gouttes devra s'efforcer de rétablir la perméabilité nasale indispensable, en particulier chez le nourrisson. Les sels argentiques sont fréquemment utilisés et leur efficacité est douteuse. Reste le problème des vaso-constricteurs à cet âge, nous y reviendrons en détail; on pourra également utiliser un antibiotique fongique.

b) Au cours des *rhinites aiguës et sinusites aiguës de l'adulte* la prescription de gouttes contenant simultanément cortisone, vaso-constricteur et antibiotique sera la règle pratique, associée au traitement par aérosols ou inhalations de balsamiques qu'elles favorisent.

c) Au cours des *affections chroniques* (rhinite ou sinusite chronique) les instillations nasales voient se réduire leur utilité. En effet elles ne seront prescrites que pour un traitement de courte durée; d'ailleurs elles ne parviendront jamais à elles seules à enrayer l'affection. Il faut bien se garder d'en ordonner l'utilisation continue sous peine de voir apparaître des phénomènes

d'intolérance faisant entrer le malade dans un véritable cercle vicieux.

d) Au cours des *rhinites dites vaso-motrices* se méfier que cette dernière ne soit précisément pas due à l'abus d'un vaso-constricteur. La prescription de ce dernier en cas de coryza spasmodique permet au malade d'attendre l'action conjuguée des dérivés de la cortisone prescrites par voie buccale ou parentérale.

e) Comme *préparation à une intervention sur la fosse nasale* ou le cavum, enfin, la prescription d'antiseptique est faite volontiers en pareil cas (adénoïdectomie).

f) La *thérapeutique hâtive* par vaso-constricteurs du classique syndrome du « nez bouché » devra être extrêmement prudente, et l'examen O. R. L. s'impose à vrai dire devant la persistance de ces symptômes; il découvrira parfois une anomalie de la fosse nasale (déviations de cloison, sinusite, voire tumeur ou polyposé nasale) nous le voyons donc: états inflammatoires aigus, traitement bref, volontiers associé aux inhalations ou aérosols chez l'adulte.

La pratique des instillations nasales est souvent abusive

Et sous ce terme il faut préciser les circonstances diverses d'utilisation entraînant ces abus; nous verrons ensuite les conséquences, c'est-à-dire les accidents que peut entraîner l'utilisation exagérée de tels produits.

a) *Il faut différencier en effet:*

— L'utilisation *systématique* de gouttes nasales pour toute affection: sans rechercher la cause exacte c'est en quelque sorte la généralisation de la prescription.

— L'utilisation *dangereuse* des gouttes contenant un vaso-constricteur chez l'enfant. Certains pédiatres interdisent tout vaso-constricteur chez l'enfant au-dessous de deux ans.

— Utilisation *prolongée ou réitérée*, cas le plus fréquent, et souvent à l'insu du médecin; le malade utilisant à nouveau de son propre chef le produit dont il avait déjà apprécié l'efficacité, et prolongeant le délai thérapeutique.

b) *Quels sont les troubles résultant de l'usage abusif des gouttes nasales?*

Ils diffèrent selon le produit utilisé, le terrain; chez l'enfant, en particulier, ils peuvent prendre un aspect véritablement alarmant.

Les accidents dus aux solutions huileuses ont été précisés par Despons, et ont fait l'objet d'une nombreuse littérature; leur nombre a déjà bien diminué depuis qu'on n'utilise plus l'huile de vaseline, l'effet antiseptique des huiles médicamenteuses est nié d'ailleurs par certains auteurs, qui contestent tout mélange du mucus et de l'huile.

On a décrit:

Des accidents pulmonaires: pneumopathies huileuses; c'est la lipoid-pneumonia décrite dès 1925 par Laughlen. Cette pneumopathie constitue une entité bien définie pour Ikeda et résulte de la réaction du tissu pulmonaire au corps étranger représenté par l'huile qui a réussi à parvenir jusqu'à l'alvéole pulmonaire; secondairement se produisent des phénomènes inflammatoires secondaires à une éventuelle invasion bactérienne. Selon ce même auteur un quart des cas surviennent par instillation nasale d'huile médicamenteuse, surtout chez de jeunes enfants.

La pénétration du produit est favorisée par la lutte inégale du bébé sur le dos, position hautement favorable à la pénétration du produit dans le larynx et les bronches.

On a également observé de tels accidents pulmonaires chez certains chanteurs qui font une consommation exagérée d'huile par pulvérisation directe au niveau du larynx cette fois.

Néanmoins de tels accidents sont rares, compte tenu de la foule innombrable des enfants soignés actuellement encore à l'huile goménolée, sans ennui d'aucune sorte.

Des troubles de la physiologie nasale, par instillation prolongée, aboutissant au rhino-œdème médicamenteux, état inflammatoire de la muqueuse.

Des syncopes dues à l'instillation d'huile mentholée chez le nourrisson ont fait proscrire le menthol au-dessous de 15 ans.

Les accidents dus à l'emploi abusif des antibiotiques.

Ce sont des accidents de sensibilisation au produit instillé de façon prolongée dans la fosse nasale.

La pénicilline, en particulier, serait susceptible d'entraîner une redoutable rhinite vaso-motrice, comme le souligne Jusseaume. Après une amélioration passagère des phénomènes infectieux apparaît une obstruction nasale tenace, avec cornets œdémateux, et réaction sinusienne concomitante évoquant le vacuum sinus.

La terramycine, la soframycine peuvent donner des accidents analogues.

Le traitement de tels troubles apparaît évident: suppression de l'antibiotique, anti-inflammatoires au besoin par voie générale.

Les accidents dus à l'emploi abusif des vaso-constricteurs sont parmi les plus fréquemment observés actuellement; récemment les pédiatres se sont élevés contre l'utilisation des vaso-constricteurs chez l'enfant et les proscrivent systématiquement. Il semble qu'il faille être moins draconien sur cet interdit, car les instillations éphédrinées à doses modérées et pendant une brève durée rendent encore de grands services dans les rhinites de l'enfance.

Chez l'enfant: les troubles peuvent être graves, comme le soulignent Accart et Guillen, et il faut séparer:

— Les incidents locaux mineurs (en particulier secondaires à l'instillation de naph-tazoline): disparition de l'activité ciliaire, œdème de la couche sous-épithéliale aboutissant à une rhinite médicamenteuse œdémateuse.

— Les accidents aigus: survenant sur un mode dramatique; il s'agit là d'accidents généraux graves, consécutifs à l'instillation de sympathomimétiques faite de bonne foi par les parents, volontiers réitérée et souvent avec la *solution à usage adulte*. On arrive ainsi à une succession d'accidents syncopaux reprenant avec l'administration du médicament. En effet, après ce dernier s'installe plus ou moins brutalement une pâleur accompagnée d'une transpiration profuse, d'une adynamie avec hypothermie,

le tout s'arrêtant avec la cessation de la thérapeutique nasale. Le mécanisme de ces accidents est mal élucidé: la voie sanguine est invoquée par les auteurs américains, les gouttes ingérées passant dans la circulation. La voie nasale est la plus plausible, par irritation sympathique à point de départ pituitaire, atteignant le ganglion sphéno-palatin tout proche. Ces troubles seraient favorisés par un terrain « nasal » et général et surviennent électivement chez des enfants au système neuro-végétatif instable.

Chez l'adulte on peut également observer des troubles de l'état général: bradycardie, hypertension, malaise, cessant également avec l'arrêt de la thérapeutique.

On observe surtout la rhinite médicamenteuse: soulagé par une première instillation, le malade va y recourir de plus en plus souvent et il n'est pas rare, à un stade avancé, de rencontrer de tels malades avec le flacon de privine dans la poche.

A l'examen, les cornets sont énormes, comblant toute la fosse nasale, pâles ou congestifs, atteignant la cloison, ne se rétractant plus à l'adrénaline. On s'explique alors la sensation de blocage total accusé par de tels sujets.

Il faut supprimer le toxique, prescrire des anti-inflammatoires par voie générale, faire

prudemment quelques attouchements caustiques des cornets pour les rétracter.

Enfin une véritable toxicomanie est installée chez ces malades, avec des manifestations dues au sevrage comme on l'observe avec les opiacés. La privation se traduit par une sensation très nette d'asthénie, oppression, palpitation qu'un traitement sédatif arrêtera dans un délai plus ou moins bref.

L'emploi prolongé des sels d'argent aboutit à l'argyrisme: et devant toute mélanodermie suspecte l'interrogatoire recherchera la notion d'une thérapeutique argentique prolongée.

Voici l'essentiel des manifestations cliniques dues à l'emploi prolongé des gouttes nasales. Le sérum physiologique, lui-même, peut à la longue entraîner une sécheresse de la muqueuse.

Ceci justifie la règle thérapeutique suivante: le traitement sera toujours bref, et l'on saura éviter le plus possible les vasoconstricteurs chez l'enfant.

Cet article a paru dans *La revue du praticien*, le 1^{er} novembre 1961. Nous remercions la rédaction de cette revue et les auteurs de nous avoir permis de présenter ce travail à nos lecteurs.

Le manque d'eau potable dans le monde

Moins de 10 % des 3 milliards d'habitants qui peuplent la terre disposent de services d'adduction d'eau sous canalisations. Encore faut-il préciser qu'une grande partie d'entre eux ne reçoit cette eau que quelques heures par jour. Dans les villes, la situation est un peu meilleure: 30 % des populations urbaines reçoivent de l'eau sous canalisation. Cette situation risque toutefois de se détériorer, car la construction

des systèmes d'adduction d'eau suit difficilement la croissance rapide des villes. Ce dramatique manque d'eau à usage familial dont souffre la plus grande partie du monde fait l'objet des discussions du Comité d'experts de l'eau de boisson de l'Organisation mondiale de la Santé qui a commencé ses travaux le 20 août 1962 à Genève.

Eine Umfrage des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN)

Der ICN führt zurzeit bei allen seinen Mitgliedern eine Umfrage durch. Den Anlass dazu bildet die am Weltkongress von 1961 in Melbourne beschlossene Abänderung der Einleitung zu den Statuten des ICN. Die neue Fassung bestimmt, dass zur Mitgliedschaft beim ICN nur nationale Schwesternverbände berechtigt sind, die *ausschliesslich* diplomierte «Berufskrankenschwestern» (professional nurses) als Mitglieder aufnehmen.

Die Einleitung (Preamble) der Statuten beschreibt diese Schwester wie folgt: «Als Berufskrankenschwester wird bezeichnet, wer eine allgemeine Grundausbildung in einer anerkannten Schwesternschule erhalten hat und somit berechtigt ist, den Krankenschwesternberuf in seinem Lande auszuüben. Eine solche Grundausbildung soll aus theoretischem Unterricht und unter Anleitung ausgeführter praktischer Arbeit bestehen. Sie soll die Schwester befähigen, für Menschen aller Altersstufen zu sorgen, deren Gesundheit zu fördern und sie in allen Arten von Krankheit, körperlicher wie geistiger Natur, zu betreuen.»

Es zeigte sich sogleich, dass in vielen dem ICN angeschlossenen Ländern die Schwesternausbildung diese Forderungen nicht erfüllt. In einem Nachtrag wird diesen Ländern eine Frist gesetzt (bis 1965), um ihnen zu ermöglichen, ihre Ausbildungsrichtlinien den vom ICN aufgesetzten Kriterien anzupassen.

Diese neuen Bestimmungen haben viele Mitgliedverbände in grosse Unruhe versetzt. Zahlreiche Einwände wurden vorgebracht. Drei Kommissionen des ICN wurden von diesen Neuerungen direkt betroffen: die Mitgliederaufnahme-, die Statutenrevisions- und die Ausbildungskommission. Die Abteilung für Ausbildungsfragen des ICN ist nun beauftragt worden, zusammen mit einer zu diesem Zweck eingesetzten Kommission¹ das ganze Problem zu untersuchen. Zuerst galt es, genaue Angaben über die in jedem Mitgliedland bestehenden Richtlinien und Ausbildungsprogramme einzuholen. Dann sollen die einzelnen Schwesternverbände zu

folgenden Fragen Stellung nehmen:

- Wie soll die diplomierte Krankenschwester bezeichnet werden, damit der Name auch auf internationaler Ebene dieselbe Bedeutung hat? (Professional nurse, registered nurse, qualified nurse usw.)
- Ist die in der Einleitung zu den Statuten aufgeführte Beschreibung der «Berufskrankenschwester» auch für unser Land annehmbar? Sollte eine solch umfassende Ausbildung noch nicht geboten werden, erachten die Schwestern diese als wünschens- und erstrebenswert?
- Ist es richtig, dass die Mitgliedschaft beim ICN von einer vorgeschriebenen Ausbildung der Schwestern in den nationalen Verbänden abhängig gemacht wird? Oder soll der ICN es wie bisher den Mitgliedverbänden freistellen, nach welchen Grundsätzen sie ihre eigenen Mitglieder aufnehmen wollen?

Anhand der eingehenden Antworten wird dann die damit betraute Kommission einen zusammenfassenden Bericht vorbereiten, den sie dem im Juli 1963 in Genf zusammentretenden Direktionsrat des ICN vorlegen wird.

Der Zentralvorstand des SVDK hat in seiner Sitzung vom 15. September 1962 beschlossen, die Fragebogen des ICN zwei Schwesterngruppen zur Bearbeitung vorzulegen. (Je eine Gruppe für französisches und deutsches Sprachgebiet.) Diese Gruppen sollen in Zusammenarbeit mit den Sektionsleitungen aufgestellt und von einer verantwortlichen Schwester geleitet werden. Das Ergebnis dieser Besprechungen wird den Lesern der Zeitschrift zu gegebener Zeit bekanntgegeben.

AMP

¹ Die Zusammensetzung der Kommission: Miss M. Simpson, Experte für Studien aller Art, England. — M^{lle} M. Duvillard, Leiterin der Schwesternschule «Le Bon Secours», Genf. — Miss B. Fawkes, General Nursing Council, England. — Miss R. Freeman, Johns Hopkins University, USA. — Miss C. A. M. Verbeek, Leiterin des Institute for Post-Graduate Education in Administration and Teaching, Utrecht, Holland. — Miss E. Broe, Leiterin der Ausbildungsabteilung des ICN. — Miss J. Hämelin, Nachfolgerin von Miss E. Broe.

Schwestern-Studienreise nach Deutschland

Die diesjährige Reise war wiederum vom Krankenschwesternverein der Schweizerischen Pflegerinnenschule Zürich mit einem guten Programm vorbereitet worden. In Schulen und Spitälern wartete unser überall ein freundlicher Empfang mit Orientierungen und Besichtigungen. Auch die Einladungen von Schulleitungen und Schwesternschaften, im Rahmen von gemütlichen Abenden, gaben uns Einblick in die gegenwärtigen Berufsprobleme.

Der erste Aufenthalt in *Heidelberg* galt der Kinderklinik und der Schwesternschule der Universität. Der Unterricht erfolgt hier durch Dozenten der Hochschule und speziell ausgebildete Schwestern aus der Sozialarbeit. Der Besuch des Apothekermuseums im Schloss Heidelberg versetzte uns während eines Vormittages in die «gute alte Zeit» zurück. Unter vielen Sehenswürdigkeiten im Kurpfälzischen Museum ist der Riemenschneider-Altar besonders zu erwähnen. Lohnend war der Ausflug in den prächtigen Schlossgarten nach Schwetzingen. Voll des Erlebten kehrten wir jeweils am Abend gerne nach dem auf einem Hügel gelegenen Wilhelmsfeld zurück, wo das schmucke Heim der Evangelischen Kirche Badens uns während des Heidelberger Aufenthaltes beherbergte.

Die Weiterreise am frühen Morgen durch den bekannten, mit vielen Eichen durchsetzten Odenwald war ein besonderes Vergnügen. In *Frankfurt* durften wir zwei Tage als Gäste des Agnes-Karll-Verbandes im neuen Wilhelm-Polligkeit-Institut verweilen. Das Haus wurde vom Paritätischen Wohlfahrtsverband erbaut und stellt dem Agnes-Karll-Verband 50 Betten für die Schwesternhochschule zur Verfügung. Ausser den einjährigen Lehrgängen werden dort Kurzurse und Fachtagungen durchgeführt.

Sehenswert in der Stadt ist das Goethehaus, die Geburtsstätte des Dichters. Eine kleine Fahrt in die Umgebung brachte uns zu mehreren Badekurorten.

In Fortsetzung der Reise reichte es zu einem Aufenthalt mit Rundgang durch das malerische Universitätsstädtchen *Marburg*. Das Schloss, die frühgotische Elisabethenkirche und das Rathaus sind Zeugen alter Zeit. Prächtige Fassaden von Riegelhäusern schmücken die engen Strassen. Bei der älteren Generation der Frauen ist hier noch die Tracht als Alltagskleid anzutreffen.

In *Bad-Salzuflen* orientierte uns der Oberarzt der Kreislaufklinik über verschiedene Behandlungsmethoden.

Das nahe bei *Bielefeld* liegende Bethel-Werk (Bodelschwinghsche Anstalten) würde eine ausführlichere Beschreibung verdienen, als hier möglich ist. Dort finden die Aermsten unter den Armen (schwere Epileptiker und Schwachsinnige) nicht nur vorübergehende Aufnahme, sondern meistens ein bleibendes Heim. Kranke und Personal, zum Teil mit ihren Familien, bilden zusammen eine Stadt mit 9000 Einwohnern. Dazu gehören auch Schulen, sogar eine Mittelschule und eine theologische Fakultät, dann Werkstätten, Gärtnereien und Kaufläden. Im Schwesternhaus Sa-repta durften wir, was sonst bei Führungen nicht üblich ist, den Speisesaal mit dem Wandgemälde von Jesu Einladung zum Hochzeitsmahl (Matth. 22.) besichtigen. Der Maler, Prof. Schäfer, lässt in eindrucksvoller Darstellung Bethels Arme, Verlorene und Kranke als Hochzeitsgäste einziehen.

In *Kaiserswerth*, der Wiege der Diakonissenhäuser, hat der Gründer, Pastor Fliedner, vor 125 Jahren mit Hilfe seiner Gattin sein Werk in einem Gartenhäuschen begonnen. Heute ist das Mutterhaus zu einer grossen Ausbildungsstätte für Kranken- und Kinderpflege und weitere soziale Frauenberufe geworden, ein eindrucksvolles Werk!

In *Marl* wurde uns das grosse Spital mit Schule gezeigt. Hier versorgt ein grossangelegtes Ambulatorium täglich eine grosse Anzahl von Verunfallten aus den umliegenden Bergwerken. Der vertretende Bürgermeister erklärte uns während der Stadtrundfahrt die neuartige Städteplanung, welche Marl verfolgt.

In *Recklinghausen*, unweit von Marl, hatten wir Gelegenheit, die seltene und reichhaltige Ikonensammlung anzusehen. Ein Ausflug in das «Land der Wasserburgen», in der Nähe von Münster, brachte uns auch zum Wasserschloss Hülshoff, der Geburtsstätte der Annette Droste von Hülshoff. Die Familie Droste bewohnt das Schloss noch heute und erzählte uns in liebenswürdiger Weise von «ihrer» Annette.

Auf der Fahrt am Rande der Bergwerke und der grossen Industriezentren des Ruhrgebietes wurde uns bewusst, was es heisst, in diesen Werken zu arbeiten und in unmittelbarer Nähe davon zu wohnen.

Nach kurzem Aufenthalt in Köln erreichten wir das Städtchen *Neuwied am Rhein*. Nach dem gemütlichen Abend bei der Schwesternschaft des Agnes-Karll-Verbandes wartete unser am folgenden Morgen einer der Höhepunkte unserer Reise: Von Koblenz brachte uns das Schiff bis Bingen an den Ufern des von Sagen umwobenen *Burgenlandes* vorbei.

In *Bad-Kreuznach* führte uns eine Schwester durch die Anlagen des Kurhauses. Eine solche alte, geradezu idyllisch anmutende Inhalationsanlage im Freien ist wahrscheinlich nur noch selten anzutreffen, dürfte jedoch schon beim Anblick wohltuend auf die Kurgäste einwirken.

Nach gemütlicher Fahrt begrüßte man uns anderntags im «Hôtel du Rhin» in *Strassburg* als «alte Gäste», da wir im letzten Jahr wäh-

rend der Elsass-Reise schon dort unser Nachtquartier hatten. Der letzte Teil unserer genussreichen Fahrt ging durch den *Schwarzwald*, am Titi- und Schluchsee vorbei.

Unsere Reise hat die berufliche Seite und die Ferienfreuden in bester Weise vereinigt. Die sorgfältig ausgewählte Reiseroute, abseits der Autobahn, brachte uns stets neue Ueberraschungen mit wechselvollen Landschaftsbildern. Erholsam waren immer wieder die grossen Wälder, wie der Odenwald, der Teutoburger und der Fränkische Wald.

Die dreizehn Reisetage haben uns nicht nur reiche Eindrücke vermittelt, sondern auch in froher Gemeinschaft verbunden. Schwester Hedi Kronauer, welche die Reise geplant und begleitet hat, danken wir nochmals herzlich.

M. Joneli

Internationale Schule für Krankenschwestern in Edinburgh

International School of Advanced Nursing Education

The University of Edinburgh states that it has concluded an agreement with the World Health Organization, whereby an International School of Advanced Nursing Studies will be developed at the University's Nursing Studies Unit. The new school will be *the first of its kind* in the world, and it will train selected professionally qualified nurses from the United Kingdom, Europe and other countries for appointment to senior posts throughout the world.

Amongst the objectives listed in the agreement is the preparation of nurses for:

- (a) Leadership in certain selected fields of nursing—for example in psychiatric, maternity and paediatric nursing,
- (b) Supervisory, administrative and teaching positions in schools of nursing, hospitals and community health services, and
- (c) Research work in nursing.

A further aim will be the institution of a certificate or diploma in nursing education,

nursing services administration, and certain other specialities. Apart from formal lectures, tutorials and practical work, training courses in the United States for nurse tutors from the Unit and study visits to European countries will be organised.

The greater part of the financial support for the scheme will be provided by the World Health Organization, but the university will also make a contribution. Students of many nationalities already attend courses at the Nursing Studies Unit, including a recently instituted combined arts or science degree and nurses training course designed to produce more leaders, who, in addition to their professional qualifications, will possess a sound educational background in the arts and sciences. The Nursing Studies Unit, under Miss Elsie Stephenson, its director, is a department of the University's Faculty of Arts.

International Nursing Review, August 1962, Vol. 9, No. 4.

Schweizerischer Verband dipl. Krankenschwestern und Krankenpfleger

Der Zentralvorstand

Als der Zentralvorstand am 15. September 1962 zu seiner Sitzung zusammentrat, begrüßte die Vorsitzende, Fräulein N.-F. Exchaquet, Schwester *Erika Eichenberger* als neu ins Amt eingetretene Zentralsekretärin. Es ist ein freudiges Ereignis für den SVDK, an der Choisystrasse in Bern nun eine Geschäftsstelle zu besitzen, welche alle Angelegenheiten des Verbandes koordinieren und sich in engem Kontakt mit den Sektionen der vielen neuen Aufgaben annehmen wird.

Grosse Dankbarkeit wurde Schwester *Nina Bänziger* und *Fräulein Baechler* gegenüber zum Ausdruck gebracht für die zusätzliche Arbeitslast, die beide seit der Schliessung des Sekretariats in Genf angenommen hatten, und für alle Hilfeleistung anlässlich der Einrichtung und Eröffnung der Büros in Bern.

Darauf behandelte der Vorstand das *Reglement für die zugewandten Mitglieder des SVDK*, das die besonderen Beziehungen dieser Mitglieder zu unserem Verband festlegt.

Weiter galt es, die neue *Vereinbarung zwischen dem Schweizerischen Roten Kreuz und dem SVDK* zu prüfen. Reglement und Vereinbarung werden am 17. November den Delegierten zur Genehmigung vorgelegt.

Die *Statuten der Sektionen*, soweit sie eingeschickt worden sind, werden zurzeit sorgfältig geprüft, um eventuelle Gegensätze zu den Zentralstatuten auszuschalten. Die *Zentralstatuten* sollen in nächster Zeit gedruckt erscheinen und allen Mitgliedern des SVDK zugestellt werden.

Der Stiftungsrat der «Stiftung Hilfskasse des Krankenpflegeverbandes Bern» hat in verdankenswerter Weise Schritte unternommen für eine Namensänderung, die wie folgt lautet wird: «*Stiftung Fürsorgefonds des SVDK*». Dadurch wird der Fonds allen Mitgliedern des SVDK zugänglich gemacht und bildet somit eine wertvolle Grundlage zum Ausbau unserer Fürsorge.

Die Vorbereitung der *Delegiertenversammlung* vom November 1962 erforderte die Besprechung zahlreicher Einzelheiten.

Auch für die *1. Präsidentinnenkonferenz* desselben Tages galt es noch verschiedene Punkte festzulegen.

Darauf behandelte der Zentralvorstand die *Umfrage des ICN* und beriet, wie der Fragebogen einer möglichst grossen Zahl von Schwestern vorgelegt werden könnte. Es wurde beschlossen, einer französisch- und einer deutschsprachigen Schwesterngruppe die Bearbeitung dieser Fragebogen anzuvertrauen. (Für weitere Einzelheiten siehe Artikel Seite 358 dieser Nummer.)

Erste Präsidentinnenkonferenz

Am 15. September 1962, um 14 Uhr, eröffnete Fräulein N.-F. Exchaquet im Sitzungssaal des Kaufmännischen Vereins in Bern die erste Präsidentinnenkonferenz des neugebildeten SVDK. Alle elf Sektionen waren durch ihre Sektionspräsidentin und ihre Sekretärin vertreten (mit einer Ausnahme). Als weitere Gäste wurden begrüßt: Fräulein Fürsprech V. Jost, Fräulein Dr. E. Nägeli von der Saffa-Bürgerschaftsgenossenschaft und Herr Brenner, unsere verdienstvollen Rechts- und Finanzberater. Auch der Zentralvorstand war durch mehrere Mitglieder vertreten.

Der Zweck der Zusammenkunft war in erster Linie das gegenseitige Sichkennnenlernen. Um eine erfolgreiche Zusammenarbeit aufbauen zu können, muss erst der persönliche Kontakt hergestellt werden. Alle Teilnehmer an der Konferenz haben diese direkte Begegnung wohl besonders geschätzt.

Im weiteren galt es, Fragen, Probleme, Unklarheiten gemeinsam zu besprechen. An Themen fehlte es nicht: Finanzausgleich, Unkosten der Sektionen, Mitgliederlisten, Sektionsstatuten, Delegiertenversammlung usw., es war ein vollbeladenes Arbeitsprogramm.

Die Sektionsleitungen haben noch viele Aufgaben zu bewältigen. Jede Sektion hat ihre eigenen speziellen Probleme. Doch die Tagung hat bestimmt allen Teilnehmern frischen Mut gegeben und ihnen ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt im Kreise der übrigen Sektionsmitarbeiterinnen.

AMP

Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

Le Comité central

Lors de la séance du Comité central le 15 septembre 1962, M^{lle} N.-F. Exchaquet, 2^e vice-présidente, souhaite la bienvenue à M^{lle} Erika Eichenberger, secrétaire générale récemment entrée en fonctions. Il est heureux que l'ASID ait maintenant, à la Choisystrasse à Berne, un secrétariat qui coordonnera toutes les affaires de l'association et qui s'occupera des nombreuses tâches nouvelles en étroit contact avec les sections.

Des vifs remerciements furent adressés à M^{lles} Nina Bänziger et Bächler pour le travail supplémentaire qu'elles ont toutes deux accepté d'assumer depuis la fermeture du secrétariat à Genève, ainsi que pour leur collaboration lors de l'ouverture et de l'installation des bureaux à Berne.

Ensuite, le Comité discuta du *règlement des membres sympathisants (associés) de l'ASID*, qui détermine les relations particulières de ses membres avec notre association.

Il s'agissait en outre d'examiner la nouvelle *convention entre la Croix-Rouge suisse et l'ASID*. Règlement et convention seront soumis à l'approbation des délégués le 17 novembre prochain.

Les *statuts des sections* (pour autant qu'ils ont été envoyés), doivent être examinés soigneusement le moment venu, afin d'éliminer d'éventuelles contradictions avec les statuts centraux. Les *statuts centraux* paraîtront très prochainement et seront envoyés à tous les membres de l'ASID.

Le Conseil de fondation de la «Stiftung Hilfskasse des Krankenpflegeverbandes Bern» a entrepris des démarches en vue d'un changement de nom. Celui-ci devient: «Stiftung Fürsorgefonds des SVDK» (Fondation fonds de secours de l'ASID). Ainsi, le fonds sera rendu accessible à tous les membres de l'ASID, ce dont nous sommes fort reconnaissants et il forme dès lors une base précieuse pour le développement de notre action de secours.

La préparation de l'assemblée des délégués de novembre 1962 fit l'objet d'une discussion détaillée.

Il fallut aussi préciser encore différents points, en vue de la *première conférence des présidentes* ayant lieu le même jour.

Enfin, le Comité central s'occupa de l'*enquête de l'ICN* et discuta de la manière dont le questionnaire pourrait être soumis au plus grand nombre possible d'infirmières. Il fut décidé de confier l'élaboration de ces questionnaires à un groupe d'infirmières de langue française et à un groupe de langue allemande (voir article page 308 du numéro de septembre).

Première conférence des présidentes

Le 15 septembre 1962, à 14 heures, M^{lle} N.-F. Exchaquet ouvrit, à la salle des séances de la Société des employés de commerce de Berne, la première conférence des présidentes de la nouvelle ASID. Chacune des onze sections était représentée par sa présidente et sa secrétaire (sauf une exception). En outre, on salua les hôtes suivants: M^{lle} V. Jost, juriste, M^{lle} Dr E. Nägeli de la «Saffa Société coopérative de cautionnement des femmes suisses», et M. Brenner, nos méritant conseillers juridiques et financiers. Le Comité central également était représenté par plusieurs membres.

Le but de la réunion était, en premier lieu, de faire connaissance. Pour pouvoir édifier une collaboration efficace, il s'agit d'abord d'établir des contacts personnels. Tous les participants à la conférence ont sans doute apprécié particulièrement cette rencontre.

Ensuite, il fallut discuter et résoudre en commun des questions, des problèmes encore en suspens. Les thèmes ne manquaient pas: répartition financière, frais des sections, listes des membres, statuts des sections, assemblée des délégués, etc. Ce fut un ordre du jour très chargé.

Les dirigeants des sections ont encore beaucoup de tâches à accomplir. Chaque section a ses problèmes particuliers. Mais la réunion a certainement donné un nouveau courage à tous les participants et leur a fait éprouver un sentiment de sécurité et de solidarité grâce au contact avec les collaboratrices des autres sections.

ANNA SEILER

1354 Gründerin des Inseleospitals, erwartet ihre Schwestern des 20. Jahrhunderts am 17. November 1962 in Bern. Im Schatten des Käfigturms, auf ihrer Brunnensäule stehend, wird sie den zu ihr aufblickenden, vom Bahnhof zum Konferenzsaal fahrenden Mitgliedern des SVDK grüßend zunicken.

ANNA SEILER

en 1354 fondatrice de l'Hôpital de l'Île, se réjouit de voir arriver ses sœurs du XX^e siècle le 17 novembre 1962 à Berne. Du haut de la colonne de son ancienne fontaine près de la Tour de la Prison, elle regardera passer les membres de l'ASID se rendant de la gare à la salle de réunion. A ceux qui lèveront les yeux pour la saluer, elle adressera un bonjour amical.



Delegiertenversammlung

Samstag, 17. November 1962, im Casino, Bern
(Tram Nr. 5 ab Bahnhof bis Casinoplatz)

Programm:

- 9.00 Ausgabe der Tagungskarten im Casino
(Im Hauptbahnhof Bern werden Schülerinnen der Pflegerinnenschulen Engeried und Lindenhof zur Auskunft bereit sein)
- 9.45 Delegiertenversammlung
- 13.00 Mittagessen im Casino
Nach dem Essen Fortsetzung der Verhandlungen
- 16.30 (etwa) Tee im Casino.

Traktandenliste

1. Eröffnung der Delegiertenversammlung und Begrüssung
2. Wahl der Stimmzähler(innen)
3. Genehmigung des Protokolls der letzten Versammlung vom 25. November 1961
4. Genehmigung des Jahresberichtes 1961/62
5. Entgegennahme des Revisorenberichtes
Genehmigung der Jahresrechnung und Dechargeerteilung an den Zentralvorstand
6. Genehmigung des Budgets 1963
7. Festsetzung
 - a) des Mitgliederbeitrages
 - b) des jährlichen Kopfbeitrages an die Sektionen
8. Wahl der Zentralpräsidentin
9. Wahl des Zentralvorstandes
10. Wahl der Rechnungsrevisoren
11. Wahl der Mitglieder der Fürsorgekommission
12. Wahl der zwei Delegierten in die Direktion des SRK

Assemblée des délégués

Samedi, 17 novembre 1962, au Casino, Berne
(Tram n° 5 de la gare jusqu'à l'arrêt Casinoplatz)

Programme:

- 9.00 Distribution des cartes de participants au Casino
(Des élèves des Ecoles d'infirmières d'Engeried et du Lindenhof se trouveront à la gare pour donner des renseignements)
- 9.45 Assemblée des délégués
- 13.00 Déjeuner au Casino
Après le repas reprise de la séance
- 16.30 environ, thé au Casino.

Ordre du jour

- 1° Ouverture de la séance et allocution de bienvenue
- 2° Nomination des scrutateurs
- 3° Acceptation du procès-verbal de la dernière assemblée du 25 novembre 1961
- 4° Acceptation du rapport annuel 1961/62
- 5° Lecture du rapport des vérificateurs de comptes
Acceptation des comptes annuels et décharge au Comité central
- 6° Acceptation du budget de 1963
- 7° Fixation
 - a) de la cotisation annuelle
 - b) du montant fixe par membre revenant aux sections
- 8° Election de la présidente centrale
- 9° Election du Comité central
- 10° Election des vérificateurs de comptes
- 11° Election des membres de la Commission du fonds de secours
- 12° Election de deux délégués à la direction de la Croix-Rouge suisse

13. Behandlung der Anträge des Zentralvorstandes und der Sektionen, Beschlussfassung
14. Genehmigung
 - a) des neuen Reglementes des Rechtsschutzfonds des SVDK *
 - b) des neuen Reglementes für die Zugewandten Mitglieder
15. Genehmigung der neuen Vereinbarung zwischen dem Schweizerischen Roten Kreuz und dem SVDK
16. Verschiedenes.

* Traktandum 14 a) fällt weg laut Beschluss des Zentralvorstandes vom 15. September 1962.

Die Anmeldungen sind bis spätestens 12. November 1962 zu richten an das Zentralsekretariat des SVDK, Choisystrasse 1, Bern, unter Beilage eines adressierten und frankierten Kuverts, zwecks Zusendung der Tagungskarte. Der Betrag von Fr. 12.— ist gleichzeitig einzuzahlen auf Postcheckkonto III 27 516:

«Delegiertenversammlung 1962, Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Bern»

Im voraus danken wir Ihnen für rechtzeitige Anmeldung und freuen uns auf Ihr Kommen.

- 13° Discussion et décisions concernant les propositions du Comité central et des sections
- 14° Acceptation
 - a) du nouveau règlement de la protection juridique des membres de l'ASID *
 - b) du nouveau règlement des membres associés (sympathisants)
- 15° Adoption de la nouvelle convention établie entre la Croix-Rouge suisse et l'ASID
- 16° Divers.

* L'ordre du jour 14 a) est supprimé par décision du Comité central du 15 septembre 1962.

Les inscriptions sont à envoyer au plus tard jusqu'au 12 novembre 1962 au Secrétariat central de l'ASID, Choisystrasse 1, Berne, en y joignant une enveloppe adressée et timbrée pour l'envoi de la carte de participant. La contribution de fr. 12.— sera versée simultanément au compte de chèques postaux III 27 516:

«Delegiertenversammlung 1962, Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Bern»

D'avance nous vous remercions de vous annoncer à temps et nous nous réjouissons de votre arrivée.

(Bulletin d'inscription au verso)

ANMELDUNG

Einsenden bis spätestens 12. November 1962 an das Zentralsekretariat des SVDK, Choisystrasse 1, Bern.

Die/der Unterzeichnete wird an der Delegiertenversammlung des SVDK vom 17. November 1962 teilnehmen.

Name, Vorname:

Adresse:

Sektion:

Bitte Anmeldeformular mit Blockschrift ausfüllen und adressiertes, frankiertes Kuvert für die Zustellung der Tagungskarte beilegen.

Sektionen, Verbände - Sections, Associations

Sektion Bern: *Anmeldungen:* Schw. Anna-Louise Arbenz-Müller, geb. 1919, von Gross-Andelfingen ZH, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern; Schw. Margret Schnurrenberger-Brechbühler, geb. 1922, von Winterthur, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern. — Schwestern und Pfleger sind eingeladen zu einem **Vortrag** über: *Fortschritte in der Gefässchirurgie*. Referent: Herr Dr. R. Wälti, Oberarzt an der chirurgischen Klinik, Inselspital. Der Vortrag findet am 30. Oktober 1962 um 20.30 Uhr im Hörsaal der chirurgischen Klinik des Inselspitals statt. Zur Deckung der Unkosten erheben wir einen Beitrag von 50 Rp. für Mitglieder, 1 Fr. für Nichtmitglieder. Für Schülerinnen ist der Eintritt frei. E. O.

Sektion St. Gallen, Thurgau, Appenzell, Graubünden: Die lehrreichen Vorträge im Wintersemester beginnen wieder, wir laden Sie dazu herzlich ein. 1. *Vortrag*, Donnerstag, 25. Oktober 1962, 20.15 Uhr, im Kantonsspital St. Gallen, Medizin I. Herr Dr. R. Fischer, Chefarzt am Krankenhaus Wattwil: Erfahrungen aus der Mayo-Klinik in den USA, mit Lichtbildern. Herr Dr. Fischer arbeitete längere Zeit in dieser grossen Klinik.

2. *Vortrag*, Donnerstag, 22. November 1962, 20.15 Uhr, im Kantonsspital St. Gallen, Medizin I. Herr Dr. J. Oberholzer, Chefarzt am Kantonsspital St. Gallen. Thema: *Der Carcinom-Kranke*.

Gemeindegewesternzusammenkunft: Mittwoch, 31. Oktober 1962, um 14.30 Uhr, in der Gemeindestube Nydegg (Läuferplatz-Mattenenge). Schw. Fina, Lindenhof, wird uns eine praktische Uebung geben.

Für die Schwestern von **Chur und Umgebung:** 7. November 1962 um 20.30 Uhr, im Hörsaal des Kantonsspitals Chur, Vortrag von Herrn Dr. med. N. Enderlin, über: «Das Nervensystem».

BULLETIN D'INSCRIPTION

à renvoyer jusqu'au 12 novembre 1962 au plus tard au Secrétariat central de l'ASID, Choisystrasse 1, Berne.

Je soussigné..... désire participer à l'assemblée des délégués de l'ASID du 17 novembre 1962 à Berne.

Nom, prénom:

Adresse:

Section:

Joindre une enveloppe timbrée, avec l'adresse exacte pour l'envoi de la carte de participant, s. v. p. Remplir le bulletin en caractères d'imprimerie s. v. p.

Sektion Zürich, Glarus, Schaffhausen: *Anmeldungen:* Hollenstein Hella, geb. 1932, von Mosnang SG, Krankenpflegeschule Neumünster Zollikerberg; Tobler Ursula, geb. 1939, von Speicher AR, Krankenpflegeschule Neumünster Zollikerberg.

Gestorben: Frau Prof. Dora Prasil-Calonder.

Wichtige Mitteilung: Bitte, die Fr. 15.—, zweite Rate des Jahresbeitrages für 1962, bis Ende Oktober 1962 einzahlen. (Gilt nur für vollarbeitende Schwestern!). — Wollen Sie uns auch den Talon zur Bestimmung der Beitragsklassen bis allerspätestens 31. Oktober 1962 ein-senden. Wir danken für Ihre Mitarbeit und grüssen Sie freundlich. Das Sekretariat

Für die Schwestern von **Schaffhausen** und Umgebung wird am 14. November 1962, um 14 Uhr, von der «Knorr»-Nährmittelfabrik in

Thayngen eine Führung durch den Betrieb veranstaltet. Es können auch andere Schwestern daran teilnehmen. — Anmeldungen bis 8. November 1962 an Frau M. Müller-Grundbacher, Barterweg 731, Thayngen.

Der ehemalige Krankenpflegeverband Zürich

macht seinen Schwestern und Pflegern den Vorschlag, sich je am *ersten Montag des Monats*, um 15 Uhr, zu einem Plauderstündchen und zu einer Tasse Kaffee im *alkoholfreien Restaurant Oleander*, Zeltweg 4 (Nähe Kunsthaus), zu treffen. Eine gemütliche Ecke wird dort für uns reserviert sein. Anmeldung nicht notwendig. — Die erste Zusammenkunft muss ausnahmsweise vom 5. November auf den 29. Oktober vorverschoben werden. — Es freut sich auf das Wiedersehen: der ehemalige Krankenpflegeverband Zürich. Schw. M. W.

Kurse und Tagungen

Die «**Evangelische Arbeitsgemeinschaft Christ und Welt**» in Basel lädt Schwestern und Spitalpersonal ein zu drei Kursabenden mit Referat und Diskussion:

Mittwoch, 7. November: «Der Sinn des Leidens» (Pfr. E. Kellerhals);

Mittwoch, 14. November: «Glauben, lieben und hoffen am Krankenbett» (Pfr. Dorothee Hoch);

Mittwoch, 21. November: «Das Problem des Todes» (Pfr. W. Sigrist).

Die Abende finden je 20 Uhr in der neuen Schwesternschule, Klingelbergstrasse 23, statt.

Vereinigung evangelischer Schwestern: Wochenende, 3./4. November 1962, in der Reformierten Heimstätte *Gwatt am Thunersee*. Programme mit Anmeldeformular versendet und Auskunft erteilt: Schwester Lydia Locher, Schänzlistrasse 19, Bern, Telefon (031) 42 06 77. — *Erste Winterzusammenkunft in Bern*, Sonntag, 21. Oktober 1962, 14.30 Uhr, im Kirchengemeindehaus Heiliggeist, Gutenbergstrasse 4, Bern. *Vortrag* von Herrn Ulrich Stückelberger, Lehrer, Rickenbach BL: «Sichtbare Auswirkungen des Kommunismus jenseits der Mauer in Ostberlin» (mit Lichtbildern). — Weitere Zusammenkünfte je am vierten Sonntag im Mo-

nat (25. November 1962, 27. Januar und 24. Februar 1963).

Ausbildung von Sprachheillehrkräften

Die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie* (SAL) organisiert 1963/64 einen Ausbildungskurs für Sprachheillehrkräfte. Der Kurs erstreckt sich über zwei Semester (Beginn nach Ostern 1963). Er umfasst einen zentralen Einführungskurs von zwei Wochen in Zürich, ein dreimonatiges Praktikum in einer von der SAL anerkannten Sprachheilinstitution, Fachvorlesungen, Uebungen usw. Während Einführungskurs und Praktikum ist ein Unterbruch der Berufsausübung erforderlich.

Die Teilnahme am Ausbildungskurs ist möglich für Inhaber eines kantonalen Lehrerpates, eines Maturitätszeugnisses, eines Diploms als Kindergärtnerin, Schwester, Physio- oder Beschäftigungstherapeut. Auf Grund des Ausbildungskurses kann ein Diplom als Logopäde erworben werden, das zur Behandlung Sprachgeschädigter berechtigt.

Anmeldeschluss: 31. Januar 1963. Interessenten erhalten die näheren Unterlagen bei der Geschäftsstelle der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie, Postfach *Pro Infirmis*, Zürich 32, Telefon (051) 24 19 97.

Wir fragen Sie antworten

Eine Schulschwester wendet sich mit zwei Fragen an die Leser. Wir danken ihr, dass sie es uns damit ermöglicht, zwei wichtige pflegerische Themen unter diesem Titel näher zu betrachten. Herzlicher Dank gilt auch den Schwestern, die einzeln oder in Gruppen zu den Fragen Stellung nahmen.

1. Frage:

Für welche Krankenlagerungen trägt die Schwester die Verantwortung; welche führt sie aus, ohne auf ärztliche Anweisung zu warten? Wie führt sie diese aus?

Antwort (aus fünf Zuschriften zusammengefasst):

- Lagerung des bewusstlosen Patienten
- Lagerung zur Dekubitusprophylaxe
- Lagerung zur Spitzfussprophylaxe
- Lagerung zur Verhinderung von Kontrakturen
- Notfall-Lagerungen bis zur Ankunft des Arztes, z. B. bei Herzkranken, bei Venenentzündung usw.

Wie werden solche Lagerungen ausgeführt?

Zuschrift A: Der bewusstlose Patient: Rasches Handeln nötig, da Gefahr des Erbrechens, Aspirierens, Erstickens.

Lagerung: Bett flach — Prothesen entfernen — Patient auf die Seite legen — unteres Bein leicht gebeugt — oberes Bein gut gebeugt — Spreukissen unter den Kopf, an den Rücken, zwischen die Beine, unter die Füße legen — aufliegender Arm nach oben gebeugt.

Dekubitusprophylaxe: Aufliegende Körperteile mit Alkohol und Seife einreiben, eventuell Siliconespray verwenden. Lagewechsel alle zwei Stunden.

Zuschrift B: Im Verantwortungsbereich der Schwester liegen vor allem die Lagerungen, die der Prophylaxe dienen. Die therapeutischen Lagerungen werden nach Anweisung, eventuell sogar unter Mithilfe der Aerzte, ausgeführt. Die Verantwortung wird von Arzt und Schwester gemeinsam getragen. Oft gehören Prophylaxe und Therapie zusammen.

Prophylaktische Lagerungen: Die Schwester bemüht sich vom Eintritt des Patienten bis zu seiner Entlassung um das Erhalten der normalen Körperfunktionen. Dazu gehören vor allem das Verhindern von:

I. Kontrakturen. Diese können Muskeln, Sehnen, Bänder, Gelenke betreffen. Sie entstehen bei Ruhigstellung, und zwar innert kurzer Zeit, besonders bei älteren Patienten. Die Gefahr ist noch grösser bei Lähmungen, schlaffer oder spastischer Art.

Kopf: Das Kinn soll nicht durch viele Kissen während längerer Zeit stark Brustwärts gedrückt werden.

Schultergelenk: Hier steht die Gefahr der Adduktionskontraktur im Vordergrund. Wenn das Schultergelenk oder der Arm ruhiggestellt werden muss, so soll der Arm im rechten Winkel zum Schultergelenk gelagert werden, der Ellbogen muss gebeugt und der Vorderarm in Pronationsstellung sein. Von Zeit zu Zeit sind Drehungen zur Supinationsstellung nötig.

Hand: Eine schlaff gelähmte Hand wird um eine Rolle gelegt. Dabei soll der Daumen in F-Greifstellung sein, weil bei allen unseren Handgriffen diese Gegenüberstellung des Daumens zu den anderen Fingern wichtig ist. Bei spastischen Lähmungen (z. B. nach Hemiplegien) neigen die Finger dazu, sich in Beugestellung zu versteifen. Hier muss die Hand flach ausgebreitet und eventuell zeitweise mit einem Sandkissen beschwert werden, um der Beugekontraktion entgegenzuwirken.

Hüftgelenk: Viele Patienten befinden sich lange Zeit in einer Lage, bei der das Hüftgelenk gebeugt ist, zum Beispiel bei Oberkörper-Hochlagerung. Diese Beugung wird noch verstärkt durch Kissen unter den Knien. Ideal ist es, wenn der Kranke wenigstens für kurze Zeit flach gelagert werden kann oder aufstehen und einige Schritte gehen darf. Sonst sind wenigstens die Kniekissen zeitweise zu entfernen. Im Hüftgelenk entsteht leicht eine Adduktionskontraktur. Deshalb sollen ruhig zu stellende Beine in eine gewisse Abduktion gebracht werden.

Kniegelenk: Auch beim Kniegelenk ist darauf zu achten, dass die gleiche Stellung nicht über zu lange Zeit eingehalten wird. Sowohl die durchgestreckte wie die gebeugte Stellung dürfen nicht versteifen. Nach Hemiplegien besteht die Tendenz, dass der Unterschenkel immer mehr angezogen und das Knie gebeugt wird. Auch hier muss eventuell mit schweren Säcken entgegengewirkt werden.

Fuss: Die Füße sollen in Standstellung fixiert sein, um den «Spitzfuss» zu verhindern,

d. h. dauernde Plantarflexion des Fusses, wobei die Achillessehne versteift und die Wadenmuskulatur verkürzt ist.

II. Dekubitus. Dekubitusgefährdete Patienten sollen oft gedreht werden, wenn dies ihr Zustand erlaubt. Folgende Stellungen kommen hauptsächlich in Frage:

Rückenlage: Die gefährdeten Stellen am Hinterhaupt, über Dornfortsätzen und Schulterblättern, in der Gesässgegend und an den Fersen müssen entsprechend weichgelegt werden.

Seitenlage: Wenn die Seitenlage über eine möglichst lange Zeitdauer angestrebt wird, sollen das untere Bein gestreckt, das obere Bein angewinkelt und mit Spreukissen bis und mit Fuss unterlegt werden. — Ein festes Spreukissen liegt unter dem oberen Arm, damit dieser nicht zu stark nach vorn zieht und den Thorax einengt. — Der untere Arm soll entweder hinten dem Rücken entlang oder unter den oberen Arm gelegt werden. — Ein Kissen unter dem Kopf wird zur Bequemlichkeit beitragen.

Bauchlage: Diese Lagerung kann wertvoll und erholend sein, obschon vor allem adipöse und ältere Menschen sich davor scheuen. Die Füsse werden entweder zwischen Matratze und Bettgestell eingeschoben oder die Unterschenkel mit Spreukissen so weit unterlegt, dass die Zehen nicht mit der Matratze in Berührung kommen. — Ein schmales Spreukissen unter dem Bauch zwischen Rippenbogen und Beckenkamm verhindert eine zu starke Lordosierung der Lendenwirbelsäule. — Entweder «umarmt» der Patient sein Kopfkissen, oder er hat ein kleines Kissen unter dem seitwärts gedrehten Kopf —, oder er liegt ohne Kissen, die Arme in Rechtwinkelstellung, die Unterarme parallel zum Kopf.

Das frühe und öfters wiederholte Aufstehen des Kranken wirkt sich günstig auf Kontrakturen- und Dekubitusverhütung aus und ist auch eine Lageveränderung.

III. Patienten mit Atemnot. Diese Kranken werden in sitzende oder halbsitzende Stellung gebracht. Durch das Aufstützen der Vorderarme auf festen Spreukissen werden die Ansätze der Brustmuskulatur fixiert, so dass diese ganz als Atemhilfsmuskulatur wirken kann. Den gleichen Zweck wie die Spreukissen kann unter Umständen ein Krankentisch erfüllen.

Auszug aus Zuschrift C: Die Schwester führt Krankenlagerungen aus, indem sie sich auf ihre Erfahrung und ihr Wissen stützt, nachdem sie sich klar darüber ist, welchen Zweck sie erreichen will. Sie informiert den Arzt so schnell

wie möglich, besonders bei Notfall-Lagerungen. Sie beobachtet die Wirkung ihrer Lagerung und notiert die Zeit, falls regelmässiger Lagewechsel angezeigt ist.

Auszug aus Zuschrift D: Für Narkosebetten wird ohne weiteres erwartet, dass die Schwester Bescheid weiss; dies gilt auch für Strumaoperierte oder Schädeloperationen. Die neuzeitlichen Krankenbetten erleichtern überaus das Lagern der Patienten. Wie schön ist es zum Beispiel, dass im modernen Krankenhaus die Fussenden der Betten nicht mehr auf «Böckli» gehisst werden müssen! Angenehm ist es auch, ins Zeitalter des Schaumgummis gekommen zu sein, selbst wenn man hin und wieder an eine Gummisorte gerät, die von der Unterlage abgekratzt werden muss.



2. Frage:

Welche Ihrer Aufgaben möchten Sie dem Arzt überlassen, weil Ihnen die Verantwortung zu gross erscheint für eine Schwester?

Antwort: (nur drei der fünf Zuschriften antworten auf diese Frage):

— Zuschrift A sagt: Verabreichung intravenöser Medikamente.

— Zuschrift B möchte dem Arzt überlassen: Fäden aus Operationswunden entfernen, Magen- und Darmsonden einlegen bei Schwerkranken.

Schülerinnen, welche bei der Zuschrift B mitgeholfen haben, stellen sich die Frage:

Ist es richtig, dass Schlaf-, Schmerz- und Stuhlmittel auf Verordnung der Schwester verabreicht werden, wie dies da und dort der Brauch ist?

- Zuschrift C wünscht, dass der Arzt neben den Cedilanid- und Vasocoreinspritzungen, die er zurzeit selbst übernimmt, auch Imferdex- und Ferrum-Hausmann selbst einspritzt. Weiter: die Ueberprüfung von Arterrenol-Tropfinfusionen (oder Aramin), besonders wenn die Infusion mehrere Tage dauert.

Aufklärung des Patienten über seine Krankheit, besonders im Falle schlechter Prognose. Selbstverständlich ist dies die Aufgabe des

Arztes, aber häufig übernimmt er diese nicht oder nur in ungenügender Weise. Die Schwester befindet sich in einer heiklen Lage vor einem Patienten, der sich mit der Frage seiner Diagnose quält, weil ihn der Arzt nicht genügend aufgeklärt hat.

Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Schwester wäre vielerorts wünschenswert, damit der Kranke nicht nur aufgeklärt wird, sondern dass ihm auch geholfen wird, die Wahrheit zu ertragen. Vielleicht sollten der Pfarrer, der Psychologe oder der Psychiater vermehrt zu Rate gezogen werden.

Hätte ein Leser diesen Ausführungen etwas beizufügen?

Stellen-Gesuche

Demandes de places

Suche für einen mir bekannten, zuverlässigen, etwa 38jährigen, verheirateten (wird aber allein in die Schweiz kommen), sizilianischen

Hilfskrankenpfleger

Stelle an einem Spital. (Bitte Angabe des Gehaltes!) Anfragen sind zu richten an: Dr. med. Bourquin, Spital Baden AG.

Dipl. Krankenschwester

mit Kenntnis in Maschinenschreiben und allgemeinen Büroarbeiten sucht Stelle auf Röntgenabteilung zum Schreiben von Befunden (mit Diktaphon) oder Aertzesekretariat. Hatte schon solchen Posten inne. Eintritt könnte sofort erfolgen. Kanton Bern bevorzugt. Offerten sind erbeten unter Chiffre 3411 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Erfahrene dipl. Schwester

gesetzten Alters, mit langjährigem Abteilungsdienst, sucht sich zu verändern, wenn möglich Loge, Aufnahme- und Austrittsbüro für Patienten oder Apotheke-Gehilfin. Eventuell auch nur aushilfsweise 4 Tage pro Woche, als Ablösung in Spital, Klinik, Zahnklinik. Offerten erbeten unter Chiffre 3412 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Stellen-Angebote

Offres d'emploi

Wir suchen zu sofortigem Eintritt (oder nach Uebereinkunft)

dipl. Krankenschwestern

in Dauerstellung. Angenehme Arbeitsbedingungen bei gutem Gehalt und Fünf-Tage-Woche, sehr schöne Unterkunft. Anmeldungen sind zu richten an das Spital Oberwynen- und Seetal, Menziken AG.

Im Kantonsspital Zürich sind für sofort oder in nächster Zeit auf verschiedenen Kliniken Stellen für

dipl. Krankenschwestern

zu besetzen. Gute soziale Bedingungen, gut geregelte Arbeitszeit und Fünf-Tage-Woche. Anmeldungen sind zu richten an das Personalbüro des Kantonsspitals Zürich, Rämistr. 100, Zürich 7.

Die Gemeinde Bätterkinden im unteren Amt Fraubrunnen (etwa 2000 Einwohner) sucht eine

Gemeinde- Krankenschwester

Anstellung erfolgt nach Vereinbarung, wenn möglich 1. November 1962 (Dienstjahre werden angerechnet). Zeitgemässe Sozialleistungen. Anmeldungen sind zu richten an M. Schilling, Vizepräsident des Krankenpflegevereins, Tel. (065) 4 40 36.

Im schönen zürcherischen Dorf Marthalen (etwa 1400 Einwohner, an der Bahnlinie Winterthur - Schaffhausen) ist auf den 1. Dezember 1962 die Stelle der

Gemeindeschwester

neu zu besetzen. Interessentinnen erhalten bereitwillig Auskünfte über Aufgabenkreis, Besoldung, Dienstwohnung usw. beim Präsidenten der Kirchenpflege Marthalen, Herrn J. Wipf-Meier, Tiefenwegen, Marthalen ZH.

Les communes de Bôle et Auvèrny (Neuchâtel) créent un poste commun

d'infirmière visitante

et engageraient une infirmière diplômée. Prière d'adresser les offres au président de l'Œuvre de la sœur visitante à Bôle NE, téléphone (038) 6 36 57.

Gesucht nach Weesen am Walensee auf Anfang Dezember 1962 oder nach Uebereinkunft

reformierte Gemeindeschwester

Anstellungsbedingungen nach den Ansätzen des SVDK. Offerten an Frau K. Indermaur, Krankenpflege-Institution Weesen SG.

Das Felix-Platter-Spital, Basel, Telefon (061) 39 28 10, sucht zu baldigem Eintritt

dipl. Schwestern und Schwesternhilfen

in Dauerstelle oder für Ferienvertretung. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen, Fünf-Tage-Woche, staatliche Pensionskasse usw. Wir bitten Sie, Ihre Anmeldung mit den üblichen Ausweisen an die Verwaltung zu richten.

Gesucht in neues, modern eingerichtetes Pflegeheim

1 Krankenschwester

Offerten sind erbeten an E. Stebler, Vorsteher, Evangelisches Pflegeheim St. Gallen, Telefon (071) 24 95 44.

Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht

dipl. Krankenpfleger ins Gipszimmer

(eventuell zum Anlernen); selbständige Arbeit. Wir bieten gezielte Freizeit (Fünf-Tage-Woche) und zeitgemässe Entlohnung. Offerten mit den nötigen Unterlagen sind an die Oberschwester der Klinik Balgrist zu richten.

Bezirksspital Herzogenbuchsee sucht für sofort oder auf 1. November eine gutausgebildete, diplomierte

Krankenschwester

Offerten sind mit Zeugniskopien an die Oberschwester zu richten.

Bezirksspital in Biel

Wir suchen tüchtige

Narkoseschwestern

für unsern lebhaften Operationsbetrieb. Neuzeitliche Anstellungsbedingungen. Offerten an: Oberin Minna Spring, Bezirksspital in Biel, Telefon (032) 2 25 51.

Cuno Amiet

ein Malerleben

Von Adèle Tatarinoff

Dem Künstler zu seinem neunzigsten Geburtstag (28. 3. 1958) gewidmet. Geleitwort von Dr. Urs Dietschi, Regierungsrat.

Das Buch, in Leinen gebunden, mit Schutzumschlag, umfasst 124 Textseiten, über 50 Abbildungen und zwei Farbtafeln.

Preis des Buches: Fr. 12.80

Zu beziehen durch jede Buchhandlung sowie bei der Verlagsabteilung der Buchdruckerei Vogt-Schild AG in Solothurn



CLAVI-Stärke

die neue, moderne Schweizer Plastikstärke, unerreicht in Preis und Qualität.

Grosspackung mit 550 g Inhalt zu Fr. 3.80. Grössere Gebinde zu günstigen Preisen, für Heime, Anstalten, Spitäler und für das Gastgewerbe.

Erhältlich in Drogerien, Lebensmittelgeschäften usw. oder durch:

CLAVIAG AG, Sempach-Station

Telephon (041) 78 16 46

Offene Privatklinik für Nervenranke, Nähe Berns, sucht selbständige

Psychiatrieschwester

für ruhige, interessante Tätigkeit. Offerten erbeten an Dr. R. Pia, Spezialarzt für Psychiatrie FMH, Klinik Chalet Margarita, Kehrsatz.

Gleichzeitig suchen wir eine

Haushalthilfe

auf Anfang November 1962.

Töchterinstitut sucht tüchtige, erfahrene, zuverlässige

Hausschwester

Erwünscht sind gute Allgemeinbildung und ausreichende Kenntnisse in Maschinenschreiben und Stenographie. Vertrauensposten.

Dr. M. Gschwind, Töchterinstitut, Fetan, Engadin.

Gesucht für sofort oder nach Vereinbarung

2 oder 3 dipl. Krankenschwestern

Offerten sind zu richten an die Oberschwester des Bezirksspitals Burgdorf, Telefon (034) 2 31 21.

Das Spital Grenchen sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

2 Operationsschwestern und 1 Narkoseschwester

in guteingerichteten Operationssaal mit lebhaftem, abwechslungsreichem Operationsbetrieb. Offerten mit Referenzen sind zu richten an die Oberschwester des Spitals Grenchen.

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft

dipl. Krankenpflegerinnen

Gute Anstellungsbedingungen. Fünf-Tage-Woche. Offerten mit Bekanntgabe der Gehaltsansprüche sind zu richten an die Verwaltung des Kantonsspitals Frauenfeld TG.

Protestantisches Hilfswerk Borinage (Belgien)

Auf Jahresende und Frühling 1963 müssen einige unserer Schwestern in die Schweiz zurückkehren. Wer möchte ihre wichtige und liebgewonnene Arbeit weiterführen? Auskünfte erteilt Schwester Maria Quitte-lier-Kunz, 48, avenue du Travail, Quaregnon (Belgien).

Auf den Zeitpunkt der Eröffnung des neuen Kantonsspitals suchen wir eine Anzahl

diplomierte Krankenschwestern

zum Einsatz auf den verschiedenen Abteilungen und im Operationssaal. Wir bieten gute Entlohnung und sehr schöne, zeitgemässe Unterkunft in Zimmern mit Bad und WC. Stellenantritt nach Vereinbarung. Anmeldungen sind unter Beilage von Zeugnisabschriften und Lebenslauf an die Verwaltung des Kantonsspitals Liestal zu richten.

Das **Sanatorium Braunwald**, etwa 70 Betten, auf der «Berg- und Sonnenterrasse» des Glarnerlandes, sucht baldmöglichst eine

Erste Schwester

mit etwas Kenntnissen im Operationssaal, Sterilisation usw. und zur Betreuung der übrigen Schwestern und der Apotheke. Fünf-Tage-Woche. Eignet sich eventuell auch für eine Schwester, die keinen vollen Einsatz mehr leisten kann. Anmeldungen mit Zeugnissen erbeten an Sanatorium Braunwald GL, Telefon (058) 7 22 43.

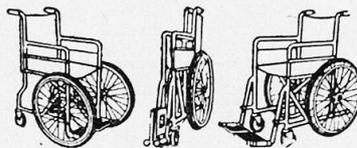
Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht nach Uebereinkunft

1 dipl. Krankenpfleger

dipl. Krankenschwestern

1 Nachtwache

Wir bieten zeitgemässe Anstellungsbedingungen (Fünf-Tage-Woche), Besoldung nach kantonalem Reglement. Offerten mit den üblichen Unterlagen sind an die Oberschwester der Klinik zu richten.



Erleichterung für Patienten und Pflegende durch moderne, klappbare Fahrstühle:
Unsere Modelle leisten jahrelange, zuverlässige Dienste.
A. Schubiger & Co. AG, Luzern
Krankenpflegebedarf seit 1873
Kapellplatz
Telefon (041) 3 43 43

Das Bezirksspital Uster sucht

diplomierte Krankenschwestern, Wochen- und Säuglingspflegerinnen

zum Eintritt für sofort oder nach Uebereinkunft. Gehalt gemäss kantonalem Anstaltsreglement und geregelte Freizeit zugesichert. Offerten sind erbeten an die Verwaltung.

Gesucht zu baldigem Eintritt eine

Gemeindeschwester

für die Dörfer Endingen, Unter-Endingen und Tegerfelden. Angenehme Wohnung in Endingen zur Verfügung. Anmeldungen mit Ausweisen gefälligst an den Präsidenten des Krankenpflegevereins Unter-Endingen AG.

Wir suchen tüchtige, erfahrene

1. Operationsschwester

für die Leitung des Operationsbetriebes. Vielseitiges Arbeitsgebiet. Eintritt 1. Januar 1963 oder nach Uebereinkunft. Anmeldungen an den Verwalter des Bezirksspitals Thun.

Pouponnière romande, ensuite de retraite de la titulaire, offre la place de

Directrice

de son établissement. — Offres détaillées avec curriculum vitae, photographie et références à adresser sous chiffre PV 81705 L à Publicitas Lausanne.

Die **Bündner Frauenschule Chur** sucht auf Mitte April 1963 eine
Leiterin des Heimpflegerinnenkurses

Aufgabenkreis: Leitung der Ausbildung, Erteilung von Unterrichtsstunden je nach Ausbildung der Kursleiterin, Organisation der Praktika, Besuch der Praktikantinnen und Kontakt mit den Praktikumsleiterinnen. — Die hauswirtschaftliche Ausbildung der Heimpflegerinnen liegt in den Händen von zwei Haushaltungslehrerinnen. Weitere Auskünfte erteilt die Vorsteherin der Bündner Frauenschule, Loestrasse 26, Chur.

Gesucht werden

1 erfahrene Krankenpflegerin

(mit Kenntnissen [Instrumente] für Operationssaal)

1 Krankenpflegerin für Etagedienst

(Chirurgie und Medizin)

Gehalt den gegenwärtigen Verhältnissen angepasst, gut organisierte Freizeit. Offerten an die Direktion der Clinique Cecil, 53, avenue Ruchonnet, Lausanne.

Wir suchen für baldigen Eintritt

1 Dauernachtwache

1 Krankenschwester

Gutes Gehalt, geregelte Arbeits- und Freizeit. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Sanatoriums Walenstadtberg.

Wir suchen auf Herbst oder nach Uebereinkunft selbständige und zuverlässige

dipl. Krankenschwester

mit Französischkenntnissen. Wir bieten selbständiges Arbeiten, gutes Gehalt, geregelte Freizeit. Offerten an die Oberschwester des Daler-Spitals, Freiburg.

Wegen Verheiratung der Krankenschwester sucht der Krankenpflegeverein Schleithem SH eine neue

Gemeinde- Krankenschwester

Anstellungsverhältnisse nach dem geltenden Arbeitsvertrag bzw. nach Uebereinkunft. Eintritt auf 1. Januar 1963 oder nach Vereinbarung. Anmeldung und Anfragen sind zu richten an das reformierte Pfarramt Schleithem.

Schreib- und Notizblocks

in jeder gewünschten
Anzahl und Auflage

für

**Handel, Gewerbe,
Industrie, Landwirtschaft
und Private**

können von der

**Buchdruckerei
Vogt-Schild AG,
Solothurn**

ab Lager zu vorteilhaften
Preisen bezogen werden

Vorhandene Formate

A 4 (21 x 29,7 cm)

A 5 (14,8 x 21 cm)

A 6 (10,5 x 14,8 cm)

Jeder Block enthält
100 Blatt mit Perforation,
Drahtheftung, Leinenfalz
und Kartonunterlage

Klinik in Bern sucht

Röntgenschwester

Offerten unter Chiffre G 14800 Y an Publicitas Bern.

Infolge Heirat der neugewählten Hausmutter suchen wir für unser evangelisches Altersheim «Churfürsten» in Nesslau SG eine

Hausmutter

die Freude und Geschick im Umgang mit alten Leuten besitzt und dabei über die notwendigen hauswirtschaftlichen Kenntnisse verfügt. Geboten wird ein selbständiger und unabhängiger Posten in einem neuzeitlich eingerichteten und gepflegten Heim.

Ferner suchen wir für unser Heim

1 oder 2 Hausangestellte

Anmeldungen sind erbeten an den Präsidenten der Altersheimkommission, Herrn Ed. Meyer, Kramenwiese, Neu-St.-Johann SG, Telefon (074) 7 65 22

Das **Kantonale Frauenspital in Bern** sucht

Operationsschwester und Schwestern

für die gynäkologische Abteilung. — Anmeldungen sind zu richten an die Direktion des Kantonalen Frauenspitals in Bern.

Infolge Pensionierung der bisherigen Inhaberin ist die Stelle einer

Gemeindeschwester

in der Heiliggeistkirchgemeinde Bern neu zu besetzen. Die Anstellung erfolgt gemäss den «Allgemeinen Bestimmungen zum Abschluss von vertraglichen Vereinbarungen in den evangelischen Kirchgemeinden der Stadt Bern». Diese «Allgemeinen Bestimmungen» können auf dem Kirchmeieramt der Stadt Bern, Gutenbergstrasse 4, Bern, eingesehen werden.

Diplomierte Krankenschwestern wollen ihre Anmeldung und Zeugnisse bis 31. Oktober 1962 senden an den Präsidenten des Krankenpflegevereins der Heiliggeistkirchgemeinde Bern, Dr. med. M. Lauterburg-Bonjour, Monbijoustrasse 82, Bern.

Gynécologue - obstétricien ouvrant cabinet à Genève en automne (fin octobre/début novembre), demande une

infirmière

possédant quelques notions de laboratoire et connaissant bien le français. Offres sous chiffre 3410 Bl. à la Croix-Rouge, Soleure.

Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht nach Uebereinkunft

1 Operationsschwester dipl. Krankenschwestern 1 dipl. Krankenpfleger

Wir bieten geregelte Freizeit (Fünf-Tage-Woche), angenehme Wohngelegenheit, Besoldung nach kantonalem Reglement. Offerten mit den üblichen Unterlagen sind an die Oberschwester der Klinik zu richten.

Gesucht nach Uebereinkunft anpassungsfähige

Praxisschwester

Kann in die Laborarbeiten eventuell eingeführt werden. Geregelte Freizeit. — Offerten an Dr. med. H. Zimmerli, Berg TG

Der Krankenpflegeverein Opfikon-Glattbrugg sucht zu baldigem Eintritt eine zweite

Gemeindeschwester

Anmeldungen mit Photo und Zeugnisabschriften an R. Weber, Präsident, Schaffhauserstrasse 11, Glattbrugg ZH.

Le Bureau Dacty-Stencil

est à votre entière disposition pour tous vos travaux professionnels.

Correction d'épreuves, édition de travaux, graphiques, formulaires administratifs, etc...

Tous stencils et photocopies d'ouvrages ou documents de formats divers.

Mme C. Piaget
Infirmière-conseil
Genève

15, rue des Voisins
(022) 24 93 52

Aelteren, hilfsbedürftigen, diplomierten Krankenschwestern von Stadt und Kanton Zürich können aus der

Doktor-Deucher-Stiftung für ältere Krankenschwestern

auf begründetes Gesuch hin Unterstützungen gewährt werden. Gesuche sind bis zum 10. November 1962 dem Präsidenten des Stiftungsrates der Doktor-Deucher-Stiftung, Dr. med. H. O. Pfister, Chefstadtarzt, Postfach Zürich 6/35, einzureichen. Der Stadtärztliche Dienst, Walchestrasse 33, Zürich 6/35, Telefon 28 94 60, erteilt den Gesuchstellerinnen gerne Auskunft und gibt entsprechende Formulare ab.

Der Stiftungsrat
der Doktor-Deucher-Stiftung
für ältere Krankenschwestern

In der kantonalen Heilanstalt Münsingen BE ist auf 1. November 1962 die Stelle einer leitenden

Laborantin

neu zu besetzen. — Erfordernisse: Ausbildung als Laborantin mit Diplom, Praxis in klinischen Laborarbeiten. Vielseitige Arbeit in guteingerichtetem Laboratorium. Besoldung nach Dekret, Anstellung im Beamtenverhältnis mit Pensionskasse.

Anmeldungen mit Unterlagen sind erbeten an den Direktor (Prof. Dr. H. Walther-Büel), der gerne weitere Auskunft erteilt.

Röntgeschwester oder techn. Röntgenassistentin

Das Bezirksspital Aarberg sucht auf 1. Januar 1963 oder nach Uebereinkunft erfahrene Röntgeschwester oder Röntgenassistentin. Geregeltete Freizeit, schöne Unterkunft und zeigemässiges Gehalt werden zugesichert. Offerten mit Zeugniskopien sind zu richten an die Oberschwester des Bezirksspitals Aarberg.

Gesucht christliche, ruhige

Pflegerin-Haushälterin

(leichte Arbeit) tagsüber zu älterem Ehepaar in kleine, moderne, gepflegte Wohnung in Zürich. Gutes Gehalt. Dauerstelle. Bewerberinnen mit Fahrerlaubnis werden bevorzugt. Offerten unter Chiffre 3415 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Auf Januar 1963 suchen wir eine

dipl. Krankenschwester

zum Einsatz auf einer Krankenabteilung. Auf den Zeitpunkt der Eröffnung unseres Neubaus (Herbst 1963) suchen wir weiter eine Anzahl

dipl. Krankenschwestern

zum Einsatz auf den verschiedenen Abteilungen und im Operationssaal. Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, geregelte Freizeit, gute Anstellungsbedingungen. Offerten mit kurzem Lebenslauf, Angaben über bisherige Tätigkeit, Zeugniskopien und Photographie erbeten an Krankenhausverwaltung Flawil, Telefon (071) 8 35 35.

Clinique et Permanence de l'Ouest à Lausanne cherche pour date à convenir

2 infirmières

ayant formation chirurgicale. Salaire adapté aux conditions actuelles. Les offres détaillées avec curriculum vitae, copies de certificats et photo sont à adresser à la Direction de la clinique, 68, avenue de Morges, Lausanne.

Zur Bekämpfung von Kopfweh
Migräne
Zahnweh
Rheuma-Schmerzen
Erkältungserscheinungen
Monatsschmerzen

Contra-Schmerz

das altbekannte, bewährte Mittel, welches Magen, Darm
und die übrigen Organe schont

DR. WILD & CO., BASEL

Kinderspital Zürich
Universitätskinderklinik

Auf unserer chirurgischen Abteilung ist der Posten einer

Operationsschwester

neu zu besetzen. — Für Schwestern, die Freude am Umgang mit Kindern haben, ist die moderne Kinderchirurgie ein sehr interessantes Arbeitsgebiet. — Unsere Arbeits- und Freizeitverhältnisse sind zeitgemäss geregelt (Fünf-Tage-Woche).

Bewerbungen sind an Herrn Prof. Dr. M. Grob, Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals, Steinwiesstrasse 75, Zürich 7/32, zu richten.

A remettre pour raison de santé

petite pension — famille

soignée (maison de repos pour personnes âgées), de bonne réputation, existant depuis 25 ans; situation idéale aux abords de la ville de Lausanne. Ecrire sous chiffre PZ 16612 L à Publicitas Lausanne.

Infirmière-instrumentiste

expérimentée (si possible avec formation école Suisse romande) demandée ainsi qu'une

infirmière

pour le service des étages (chirurgie et médecine). Salaires adaptés aux conditions actuelles, congés bien organisés. Offres à Direction Clinique Cecil, 53, avenue Ruchonnet, Lausanne.

Wir suchen

dipl. Schwester

für unsere Apotheke. Auch Anfängerin kann in Frage kommen. Eintritt nach Uebereinkunft. Anmeldungen an den Verwalter des Bezirksspitals Thun.

Clinique de la Suisse romande
cherche une

instrumentiste

expérimentée pour salle d'opération. Bons gages et bonnes conditions de travail. Entrée de suite ou à convenir. Faire offre sous chiffre 3413 Bl. à la Croix-Rouge, Soleure.

Gesucht für die Wintersaison
1962/63 von Mitte Dezember bis
Ende April

2 Pflegeschwestern

mit einigen Sprachkenntnissen,
und eine

Hilfsschwester

in kleine Unfallklinik im Engadin. Offerten mit Photo und Referenzen bitte unter Chiffre 3414 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Die Gemeinde Lützelflüh sucht
nach Uebereinkunft eine tüchtige

Gemeindegchwester

Gehalt, Ferien und Freizeit nach den Anstellungsbedingungen des SVDK für Gemeindegchwester. Autoentschädigung. Offerten mit Lebenslauf, Zeugniskopien und Bericht über die bisherige Tätigkeit sind zu richten an Herrn Fritz Wanzenried, Oberdorf, Lützelflüh.

Gesucht in Jahresstelle tüchtige

Krankenschwester

Offerten erbeten an Hochgebirgs-Augenklinik Guardaval, Davos-Dorf.

AZ
Solothurn 2

*
GR

300/D

Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

B e r n



Für Krankpflegerin Fr. 69.—
5% bei Barzahlung
Garantie 1 Jahr
Gut ausgearbeitetes Werk, 17 S., stossicher
wasserdicht
Die gleiche, grösser, für Krankpfleger
Fr. 69.—
Verlangen Sie Auswahlendung ohne
Kaufzwang bei

Montres Suava, La Chaux-de-Fonds
Avenue Léopold-Robert 75

Graphologische Ausbildung

für private und berufliche Zwecke. Interessanter,
lehrreicher Fernkurs mit Anspruch auf Attest.
Leitung durch dipl. Graphologen. - Kostenlose
Auskunft durch **Gesellschaft für grapholog.**
Fernunterricht, Postfach 237, Zürich 45.

Bindenwickelmaschinen

mit elektrischem Antrieb

Gipsverbandöffner

in verschiedenen Ausführungen

Elektro-Kreisscheren

für Verbandstoffe usw.

Verlangen Sie, bitte, Vorführung
durch

A. SCHUBIGER & CO. AG
LUZERN Kapellplatz

Spitalbedarf seit 1873
Telefon (041) 3 43 43

Sind Kopfwehnmittel schädlich?

Jedermann weiss, dass lediglich das «Zuviel» und das «Zuoft», also der Missbrauch von Kopfwehnmitteln, schädlich ist. Deshalb sollen Schmerzmittel dauernd und in höheren Dosen nicht ohne Befragung des Arztes genommen werden. Wenn Sie aber gelegentlich einmal

bei einem Anfall von Kopfweh, Migräne oder Rheumaschmerzen zu einem Arzneimittel greifen müssen, so verwenden Sie es sparsam, mit Zurückhaltung. Wählen Sie ein ärztlich empfohlenes, besonders wirksames und gutverträgliches Präparat: Melabon, die angenehm einzu-

nehmende geschmackfreie Ob-
latenkapsel. Schon eine ein-
zige Kapsel befreit Sie in we-
nigen Minuten von Ihren
Schmerzen. Deshalb: wenn
schon, denn schon

Mélabon