Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières

Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Band: 55 (1962)

Heft: 11

Heft

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 08.07.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

Revue suisse des infirmières

627

Herausgegeben vom Schweizerischen Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Edité par l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

11

Solothurn/Soleure November 1962
Novembre 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 - 1re Vice-présidente	Ida Pappa, Kantonsspital, Glarus
2. Vizepräsidentin - 2e 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, Vérène 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 générale .	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	Leimenstrasse 52, Basel, Telephon (061) 23 64 05	Schw. El. Schwarz
Bern	Schw. Sonja Regli, Choisystrasse 1 (Soussol), Bern, Telephon (031) 2 94 03	Schw. Nina Vischer
Fribourg	Sr. Laurence, Hôpital de la Providence, Fribourg, téléphone (037) 2 30 56; Mlle Rosa Bregger, 145, Tilleul, Fribourg, téléphone (037) 2 30 34	Mlle Marg. Carrard
Genève	4, place Claparède, Genève, tél. (022) 25 12 32	Mlle J. Demaurex
Luzern, Urkantone, Zug	Frau Vonlanthen, Geissmattstrasse 17, Luzern, Telephon (041) 3 18 32	Frau Karrer-Belser
Neuchâtel	Mme A. Béguin, 61, Vieux-Châtel, Neuchâtel, téléphone (038) 5 14 35	Mlle 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	Mlle M. Bæchtold, Ecole supérieure d'infirmières, 48, avenue de Chailly, Lausanne, tél. (021) 28 66 24	Mlle 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

Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern
Croix-Rouge, Ecole supérieure d'infirmières

Zürich 7/44: Moussonstrasse 15	Oberin N. Bourcart
Lausanne: 48, avenue de Chailly	Directrice-adjointe: Mlle M. Baechtold

Vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannte Krankenpflegeschulen
Ecoles reconnues par la Croix-Rouge suisse

Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern	Oberin K. Oeri
La Source, Ecole Romande d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, Lausanne	Directrice G. Augsburger
Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich	Oberin Dr. M. Kunz
Krankenpflegeschule St. Claraspital, Basel	Frau Generalrätin C. M. Wieser
Krankenpflegeschule Theodosianum, Zürich	
Schwesternschule und Krankenhaus vom Roten Kreuz, Zürich-Fluntern	Oberin A. Haus
Pflegerinnenschule Baldegg, Sursee	Schwester M. Esterina
Bernische Pflegerinnenschule Engeried, Bern	Frau H. Steinmann
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bern	Pfarrer R. Bäumlin
Pflegerinnenschule bernische Landeskirche Langenthal, Zeughausgasse 5, Bern	Oberin F. Liechti
Ecole d'infirmières Le Bon Secours, Genève	Mlle M. Duvillard
Ecole d'infirmières Fribourg-Pérolles	Sœur Anne-Antoine
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Neumünster-Zürich	Pfarrer R. Baumgartner
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen	Oberschw. M. van Vloten
Krankenpflegeschule Kantonsspital Aarau	Oberin J. v. Segesser
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bethanien, Zürich	Direktor W. Mühlethaler
Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal, Lausanne	Mlle F. Wavre
Pflegerinnenschule der Spitalschwestern des Kantonsspitals Luzern	Schwester M. Stocker
Ecole d'infirmières de l'Institution des Diaconesses de Saint-Loup	Sœur Cécile Desilvestri
Schwesternschule Bürgerspital Basel	Oberin A. Nabholz
Krankenpflegeschule Diakonat Bethesda Basel	S. F. Müller, D. D.
Krankenpflegeschule Ilanz, Spital St. Nikolaus, Ilanz GR	Schwester Maria Ruth Moor
Pflegerinnenschule des Instituts Menzingen, Notkerianum, St. Gallen	Frau Generalrätin M. L. Stöckli
Ecole valaisanne d'infirmières, Sion	Sœur Marie-Zénon Bérard
Krankenpflegeschule Männedorf des Diakonissenmutterhauses «Ländli»	Schwester M. Keller
Pflegerinnenschule der St.-Anna-Schwestern, Luzern	Schwester M. Röllin
Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur	Oberin S. Haehlen
Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun	Oberin M. Müller
Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel	Oberin Minna Spring
Pflegerschule Kantonsspital Luzern	Oberpfleger J. Bättig
Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn	Schwester Barbara Kuhn
Scuola Cantonale Infermieri Bellinzona	Dr. C. Molo
Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz Cham, Bürgerspital Zug	Schwester Michaelis Erni

Krankenpflegeschule, der die Anerkennung vom Schweizerischen Roten Kreuz zugesichert ist
Ecole ayant l'assurance d'être reconnue par la Croix-Rouge suisse

Ecole d'infirmières de Bois-Cerf, Lausanne	Mère Agnès

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.
Zürich 1

Limmatquai 82
Entresol
Tel. 051 / 321474

Muss Ihr Patient Diät halten?

Haben Sie Thomy Diät-Senf auch schon als Würze empfohlen? – Diät essen heisst jetzt nicht mehr fad essen, und gut gewürzte Gerichte fördern die Gesundung Ihres Patienten.
Thomy Diät-Senf kann bei strengster Form natriumarmer Kost frei verwendet werden. Sein pikantes Aroma macht salzlose Speisen wirklich schmackhaft. Bedeutende Ärzte haben Thomy's Diät-Senf erprobt und empfohlen.
Verlangen Sie bei uns gratis Mustertuben und Rezeptbroschüren für Ihre Patienten.

Thomi + Franck AG. Basel 7

Thomy Diät-Senf

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

«Erziehung heute — Erziehung morgen» — Schw. Michaelis Erni 380
Krankenpflegerausbildung in einem Bergbauerndorf — Pfleger Hans Schmid . . 382
Schweizerisches Rotes Kreuz 384
Travail au Cambodge pour l'Organisation mondiale de la Santé — Aurora Gysler . 385
L'infection virale — Dr M.-F. Paccaud . 388
Die erste Behandlung von Sportunfällen im Krankenhaus — Dr. F. Jakob . . . 393
Wettbewerb des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN) 395
Die postoperativen Komplikationen — Dr. med. C. Langemann-Lavater 396
Helfen — aber wie? 400
Psychologieunterricht in der Schwesternschule 402
Weihnachtsaktion 402
Observation de malade 403
Entraide de Noël 406
Concours du Conseil international des infirmières (ICN) 406
Le doigt dangereux 406
Sektionen, Verbände - Sections Associations 407
Cours préparant au diplôme d'infirmière d'hygiène sociale 408
Cours de perfectionnement organisé par la Société suisse de gérontologie en collaboration avec la Croix-Rouge suisse . . . 409
Croix-Rouge suisse 409
Loi fédérale sur les maladies rhumatismales 409
Aus Zeitschriften 410

Rédaction: Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés. Adresse: Mlle A.-M. Paur, Choisystrasse 1, Berne, téléphone (031) 2 64 27.

Délai: le 18 de chaque mois au plus tard. Les manuscrits adressés à la rédaction, sans frais de port pour le retour, ne seront pas renvoyés. La rédaction se réserve de faire le compte rendu des livres qu'on lui envoie.

Impression, édition et service d'annonces: Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure, téléphone (065) 2 64 61, compte de chèques postaux Va 4.

Pour **l'abonnement et les annonces** s'adresser à l'Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure.

Délai d'envoi: le 27 du mois précédent.

Prix d'abonnement par an: Membres de l'ASID fr. 10.—, à l'étranger fr. 12.–; non-membres: par 6 mois fr. 7.–, par an fr. 12.–, à l'étranger par 6 mois fr. 8.—, par an fr. 14.—.

Changement d'adresse: Prière d'en informer immédiatement l'Imprimerie Vogt-Schild S. A., Soleure, et d'indiquer **l'ancienne** adresse en même temps que la nouvelle. L'imprimerie décline toute responsabilité lors d'un retard de l'envoi en cas d'adresse incomplète.

Umschlaggestaltung: Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern
Photo Meyer-Henn, Bremgarten BE

Zeitschrift für Krankenpflege
11 Revue suisse des infirmières

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

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

Le but de l'enseignement en regard de l'acquisition du savoir n'est pas d'approfondir les connaissances de l'élève dans toutes les sciences ou même dans une seule, mais de donner à son esprit cette liberté, cette disposition et ces habitudes qui lui permettront d'atteindre quelque branche du savoir à laquelle il désire s'intéresser ou dont il puisse avoir besoin au cours de sa vie future.

JOHN LOCKE

Photo Peter Heman, Basel

Schwester Michaelis Erni [1]

«Erziehung heute — Erziehung für morgen»

So heisst das pädagogische Werk von Konrad Widmer, erschienen 1960. Es beschäftigt sich mit aktuellen Problemen der Gegenwartspädagogik. Auch in unseren Krankenpflegeschulen sind solche Fragen akut. Wir alle, Schul- und Abteilungsschwestern, sehen in unseren Schülerinnen die diplomierten Schwestern von morgen.

Die Verantwortung für den Schwesternnachwuchs zwingt uns zu einem offenen, aber zugleich kritischen Blick für die Gegenwartssituation. Wir müssen uns klar sein, dass Zeit und Zeitgeist sich von Grund auf gewandelt haben. Der Mensch steht in «der rauhen Zugluft einer technisierten Welt.» Fieberhafte Produktion, wachsender Wohlstand, der Glaube an Macht und Erfolg richten eine Mauer der Rücksichtslosigkeit auf zwischen ihm und dem Mitmenschen.

In dieser «Welt des Umbruches» wachsen unsere jungen Schwestern auf. Man braucht nicht steinalt zu sein, noch sich als neunzigjährig zu fühlen, um über gewisse Ideen hie und da den Kopf zu schütteln! Vergessen wir aber nicht: Immer ist die Jugend das Spiegelbild ihrer Zeit, das Spiegelbild auch der Torheiten der Erwachsenen.

Wilhelm Lichtenberg, der grosse deutsche Moralist, sagt ein hartes Wort: «Darin besteht der Fortschritt der Welt, dass jede ältere Generation von der Jugend behauptet, sie tauge nichts mehr.» Wer kennt nicht die Vertreter der älteren Garde, die ablehnend sind gegen die Jungen, weil sie die Mühe scheuen, sich mit den Forderungen einer andersgearteten Zeit auseinanderzusetzen? Es gibt ein sinnwidriges Beharren, das nichts mit dem Festhalten an einer notwendigen oder aufbauenden Ordnung zu tun hat. Unzeitgemäss und sinnwidrig ist ebenso das Beharren, das aus der Furcht stammt, man könnte etwas von seiner selbstherrlichen Autorität einbüssen.

Manche Erzieher sind in ernstlicher Sorge um eine Jugend, die nicht schlechter, aber anders ist als die frühere. Eine allgemeine Unsicherheit beherrscht sie. Sie suchen Antwort auf die brennende Frage: Wie müssen wir uns verhalten? Wo liegen die Grenzen des Anpassens und des Nachgebens?

In den Krankenpflegeschulen setzen wir eine gewisse geistige Reife der Schülerinnen voraus. Sie sind ja mindestens neunzehn Jahre alt. Das Bewusstsein unserer Verantwortung auch den kranken Menschen gegenüber bewog uns vor bald drei Jahren, beim festgesetzten Eintrittsalter zu bleiben. Aber Hand aufs Herz: Spüren wir nicht trotzdem oft die allgemein bekannten Erscheinungen der verspäteten Gemütsentfaltung und die damit verbundene gehemmte Reifung der Persönlichkeit? Dazu tritt die Schülerin in die völlig neue Welt des Berufes. Die moderne Medizin verlangt von der Schwester eine geistige Anstrengung, ein ständiges Mitdenken. Es geht bei unserer Arbeit um Menschen, und selbst eine Vergesslichkeit oder Ungeschicktheit einer Schülerin kann schwere Folgen haben. Wer trägt die Verantwortung? Wie weit ist die junge Schwester bereits charakterlich gefestigt, um einerseits voll in ihrer Pflicht zu stehen und anderseits ein froher junger Mensch mit einem persönlichen Privatleben zu bleiben?

Solche und ähnliche Probleme bewegen unsere Krankenschwestern, die fast unvermerkt auch noch Erzieherinnen geworden sind. Im bereits zitierten Buch lesen wir die tröstlichen Worte: «Der Erzieher braucht kein sittliches Genie zu sein, um Charaktere zu erziehen, aber er muss ein ganzer, lebendiger Mensch sein, der sich seinen Mitmenschen unmittelbar mitteilt: Seine Lebendigkeit strahlt auch auf sie aus und beeinflusst sie gerade dann am stärksten, wenn er gar nicht daran denkt, sie beeinflussen zu wollen.»

Der Weg von den Erwachsenen zur Jugend führt über das Verstehen und Mitgehen. Das Rad dreht sich nicht rückwärts. Durch das Zusammenspannen der Kräfte

[1] Schwester Michaelis Erni, Oberin der Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz, Cham, am Bürgerspital Zug.

auf der Ebene des Vertrauens ergänzen und bereichern sich Jugendliche und Erwachsene gegenseitig. In lebendiger Arbeitsgemeinschaft erfährt die junge Schwester, dass der taktvolle Umgang mit den Menschen, die wir pflegen, eine Hauptsache ist.

Vielleicht sind einige Grundziele der Erziehung erwähnenswert: Die Erziehung zur *Besinnlichkeit* gehört zur zentralen Aufgabe des modernen Erziehers. Die Besinnung, eine Grundlage für den Aufbau der Persönlichkeit, ist durch die Fülle der Reize in der heutigen Welt gefährdet. Auch der Krankenpflegeschule von heute ist es aufgetragen, ein neues Mass zu finden zwischen Aktivität und Besinnlichkeit. Auch sie kann Möglichkeiten der Besinnung suchen und verwirklichen. Eine entscheidende Vorstufe zur Besinnung ist das Schweigen und Hörenkönnen. Wo ist dieses «empfangende Miterleben» notwendiger als am Krankenbett?

Unsere Jugend ist gefährdet durch verdeckte Minderwertigkeitsgefühle, offene und verdrängte Angst und Unsicherheit. Die Frechheit dient oft zur Tarnung. Wir sollen ihr in «dieser unheilen Welt eine heile Umwelt schaffen, eine Umwelt, in der *Zuversicht* möglich ist.» Zuversicht ist nicht blinder Optimismus. Der zuversichtliche Mensch weiss um die Gefahr des Scheiterns, aber er spürt auch die Kraft, zu bestehen. «Zuversicht ist dort, wo in der Begegnung mit einem andern Du oder mit einer Gemeinschaft meine Unsicherheit und meine Angst aufgehoben sind in der Liebe; also dort, wo die Zuversicht nicht mehr das Ergebnis meines eigenen Tuns und Strebens ist, sondern wo sie mir aus dem Vertrauen in ein Du oder in eine Gemeinschaft erwächst.»

Wenn ein Patient zuversichtlich einer Operation entgegensieht, heisst das nicht nur, der Kranke spüre Widerstandskraft und Gesundungswillen in sich, sondern auch, dass er dem Arzt, der die Operation ausführt, Vertrauen schenkt. Es muss also jemand da sein, der zur Zuversicht verhilft. Jede Schwester weiss um das beglückende Erlebnis, wenn sie einen Kranken zur frohen Zuversicht führen darf. Immer mehr muss es den Schwestern auf den Abteilungen bewusst werden, dass ihnen neben den Kranken auch die Schwesternschülerinnen anvertraut sind, für die sie die Verantwortung tragen, so dass auch sie in der Zuversicht stehen!

Wir verlangen von den Schülerinnen äussere und innere *Ordnung*. «Wer Ordnung hält, wird von der Ordnung gehalten» sagt Augustinus. Die Ordnung sichert einen bestimmten Rhythmus, welcher der leiblichen und seelischen Gesundheit zuträglich ist und den Menschen vor vielen Aufregungen und Verlegenheiten und nicht zuletzt vor Verlust von wertvoller Zeit bewahrt. Die Treue gegenüber der Ordnung, auch schon der äusseren, verlangt Verzicht. Zur inneren Ordnung muss der Mensch durch Selbstentscheidung und Verantwortung für sein Tun und Lassen selber kommen.

Viel vermag sodann echte *Einsatzbereitschaft*. Dass diese möglich wird, muss etwas da sein, was die junge Schwester innerlich packt, sie beschäftigt und ihr Gemüt erfüllt. Setzt sie sich ein für das, was sie innerlich gefangennimmt und interessiert, spürt sie, ob ihre Begeisterung ehrlich ist oder nur flackerndes Strohfeuer. Nur dann wird ihre Berufsarbeit sinnvoll, wenn eine innere Bindung zur Arbeit und zum kranken Menschen da ist.

Was Widmer für die Erziehung der Kinder und Jugendlichen im allgemeinen schreibt, gilt auch für die Erziehung des Schwesternnachwuchses: «Unter dem Einfluss der vielen unkontrollierbaren Faktoren ist die Erziehung heute mehr denn je ein Wagnis ... Wir müssen aber das Wagnis der Erziehung immer wieder mit gläubiger Haltung vollziehen, indem wir auch die positiven Bezüge unserer Zeit anerkennen und miteinbeziehen. Vor allem aber dadurch, dass wir der Jugend unser Vertrauen entgegenbringen. Sie hat unser Vertrauen nötig, und sie verdient es auch. Im gläubigen Vertrauen an das Gute in unserer Jugend liegt der entscheidende Ansatz dafür, dass unsere ‚Erziehung heute' zur ‚Erziehung für morgen' wird.»

Hans Schmid [1]

Krankenpflegerausbildung in einem Bergbauerndorf

Bericht über eine Studienwoche der Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur in Buchen im Prättigau

Mit den neun Schülern des Kurses 19 führten wir, zum erstenmal in unserer Schule, eine Studienwoche ausserhalb der Schule durch. Die Schüler, die am 1. Mai 1962 in die Schule eingetreten waren, hatten die ersten acht Wochen des Einführungskurses hinter sich. Diese Periode brachte einen intensiven Unterricht mit bis zu 38 Stunden in der Woche. Die Stunden über Anatomie und Physiologie gelangten in dieser Zeit weitgehend zum Abschluss. In diesen zwei Monaten war eine Flut von Neuem auf die Schüler eingestürzt, es war unmöglich, dass der ganze Stoff verarbeitet werden konnte. Um eine bessere Verarbeitung dieses Stoffes zu erreichen, entschlossen wir uns zu dieser Studienwoche.

Die Gelegenheit war günstig: Das Ferienheim der Schwestern des Kantonsspitals Winterthur in Buchen (Stiftung eines Winterthurer Industriellen) war für die Woche vom 25. bis 30. Juni frei. Das Ferienheim, ein umgebautes Bauernhaus, bot genügend Platz; zwei Schüler anerboten sich, mit ihren Schlafsäcken auf Feldbetten zu schlafen. Ein Schüler übernahm das Kochen, dadurch konnte das Problem der Verpflegung recht günstig gelöst werden. Mit der Kostvergütung, die das Spital auszahlte (Fr. 5.— pro Tag und Schüler) versuchten wir die Verpflegungskosten zu decken. Es wurde eine Gruppe von drei Schülern gebildet, die sich mit der Verpflegung zu befassen hatte: Aufstellen eines Menüplanes, Einkaufen der Lebensmittel, das Essen geniessbar auf den Tisch bringen.

Zwei weitere Gruppen wurden gebildet, die eine war für alles verantwortlich, was mit der Reise zusammenhing sowie für die Ordnung im Heim, die andere wurde mit der Ausarbeitung eines Programmes für den vorgesehenen Unterhaltungsabend und den Spielnachmittag betraut.

Ein genauer Zeitplan für jeden Tag der Woche wurde aufgestellt, der folgendes vorsah: Morgenturnen, Morgenessen, drei Stunden Studium am Vormittag. Nach dem Mittagessen eine einstündige Ruhepause. Zwei Nachmittage für das Studium, die anderen für Spielen und Wandern. Am Samstagnachmittag musste das Haus sauber gereinigt werden. An den Abenden einmal Studium, eine Diskussion über «Freiheit und Verantwortung», zweimal Spiele und Unterhaltung. Weiter ein Abend, über den frei verfügt werden konnte. Ein ganzer Tag für eine Wanderung.

Für das Studium waren Kapitel aus Anatomie und Physiologie vorgesehen, die in verschiedenen Lehrformen durchgearbeitet werden sollten: Einzelstudium, Studium in Gruppen, schriftliche Zusammenfassung eines bestimmten Kapitels.

Jeder Schüler erhielt ein vollständiges Programm der Woche sowie einen Studienplan und ein Merkblatt über Abfahrtszeit, Adresse, Kosten usw. Die Schüler beteiligten sich eifrig an den nötigen Vorbereitungen. So zogen wir frohen Mutes, schwer bepackt, am frühen Morgen des 25. Juni ins Prättigau.

Wie die Schüler diese Woche erlebt haben, zeigen einige Auszüge aus dem Tagebuch, das für jeden Tag von einem anderen Schüler geschrieben wurde:

«Montag, 25. Juni: Heute morgen, um 5.30 Uhr, verliessen wir die Pflegerschule, um in Buchen eine Studienwoche durchzuführen.

Nach den letzten herrlich warmen Junitagen hatten wir gehofft, Petrus möge während dieser Zeit das schöne Wetter andauern lassen. Jedoch wurden wir auf der Bahnfahrt nach Landquart, dem Walensee

[1] Hans Schmid-Rohner, Schulpfleger, Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur.

entlang, von heftigen Regenschauern eingehüllt, was einige Skepsis hervorrief...

...Das Ferienheim bot bei der Ankunft eine freudige Ueberraschung: Einrichtung und Komfort übertrafen unsere Erwartungen bei weitem.

Dienstag, 26. Juni: Nach dem Nachtessen wurde eine Diskussion über die brennenden Probleme «Freiheit und Verantwortung» eingeleitet, die lebhaftes Interesse fand. Zwei Gruppen vertraten eine Gesamtanschauung, die eine über Freiheit, die andere über Verantwortung. Dann wurde die Diskussion eröffnet, die bis zur Geisterstunde andauerte. Alsdann zogen wir in unsere Gemächer, um im Traum weiter zu diskutieren.

Mittwoch, 27. Juni: Anschliessend (an Turnen und Spielen) zeigte uns Pfleger Aegerter eine Probe seines Könnens im Fussball, er kickte den Ball im hohen Bogen über die Turnplatzhecke. Dabei geriet der Ball auf die schiefe Ebene und in immer beschleunigterem Tempo talwärts über die steilen Hänge von Buchen. Was blieb unserem Walti anderes übrig, als dem Ball wie ein Hase nachzuhüpfen? Der Ball blieb zum Glück in einem Kartoffelacker stecken, der Verfolger liess eine zerrissene Trainerhose und einen reparaturbedürftigen Schuh auf der Strecke.

Donnerstag, 28. Juni: Tagestour: Buchen - Furna-Station - Furna-Dorf (Postauto) - Scära - Clavadätsch - Pass zwischen Falkenstein und Mittagplatten - Zizers (Zizers - Landquart - Buchen, Bahn und Postauto). Noch etwas skeptisch krochen wir am Mittwochabend ins Bett.

Welch eine Ueberraschung, als wir um 5 Uhr erwachten und aus dem Bett ans Fenster sprangen: Nicht eine Wolke zeigte sich am Himmel...

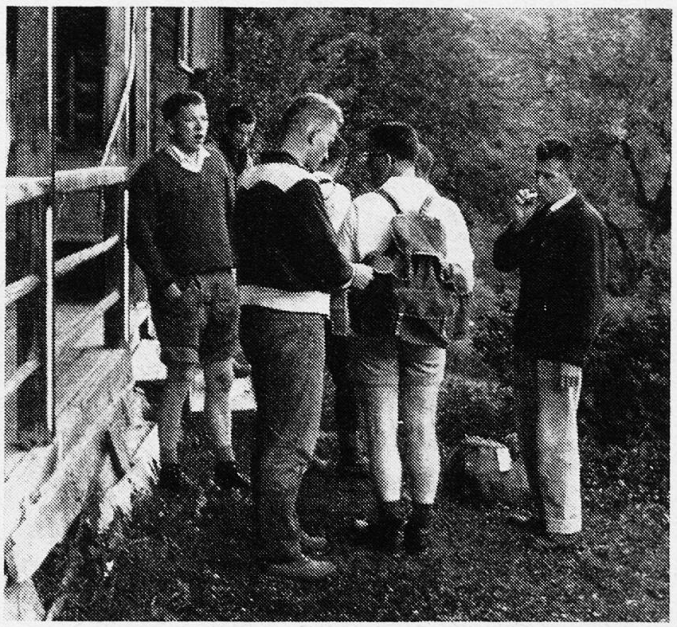
...Nachdem wir das Kirchlein Furna bewundert hatten, führte uns Pfleger Schmid Richtung Scära. Ohne Zwischenfall kamen wir oben an und liessen den Pass links liegen. Wir liefen Traverse, um den Weg abzukürzen, und gerieten dabei auf einen ‚Schmugglerpfad im Rhätischen Kongo'. Doch plötzlich trafen wir mit dem gewünschten Weg zusammen...

...Hungrig stürzten wir uns auf unsere Rucksäcke und taten uns gütlich an ihrem Inhalt. Ein Lob der Küchenmannschaft für die belegten Brote...

...Um 14 Uhr brachen wir auf und machten uns auf den steilen Weg nach Zizers. Das Postauto führte uns müde Schar sicher nach Buchen zurück. Nach einem feinen Abendessen, dem wir sehr zusprachen, verschwand so nach und nach einer nach dem anderen. Wir mussten uns alle sagen: Ein herrlicher Tag.

Freitag, 29. Juni: Am Morgen wurden wir vom Gebimmel der uns schon bekannten Geissenglocke aus unserem jugendlichen Schlaf gerissen. Wie gerne hätte man manchmal noch die Bettwärme länger ausgekostet... Das wohlschmeckende Morgenessen mit den gestifteten Kuchen gab uns wieder die nötigen Kräfte, um den vor uns liegenden Studienmorgen zu bewältigen. Die Arbeit bestand darin, ein bestimmtes Thema in eine kürzere, schriftliche Fassung zu bringen. Dies gelang mehr oder weniger. Das Mittagessen inklusive Mittagsruhe dauerte bis 15 Uhr. Anschliessend wurden die am Morgen ausgeführten Arbeiten besprochen und repetiert.

Samstag, 30. Juni: So verliessen wir das nette Dörfchen, das uns allen liebgeworden war. Die Einwohner von Buchen müssen



Abmarsch

hart arbeiten, junge Leute sieht man fast keine. Alle waren stets freundlich zu uns. Auch wir hoffen, einen netten Eindruck hinterlassen zu haben. Wie schnell ging alles vorbei, doch bleibt sicher jedem eine schöne Erinnerung.»

Soweit das Tagebuch. Wir hoffen, dass diese Woche nicht nur schöne Erinnerungen bei den Schülern hinterlassen hat, sondern ihnen auch ein Hilfsmittel sein wird im weiteren Unterricht, indem sich in dieser Zeit die Grundlagen verfestigt haben und dadurch ein tragendes Fundament ergeben.

Es war mir aufgefallen, wie die Schüler während dieser Woche besser und konzentrierter lernten. Bei einigen war es, wie wenn sich eine Verkrampfung gelöst hätte. Ich glaube, die andere Umgebung, der nicht «schulhafte» Unterricht, das organische Hineinwachsen des Studiums in den Tageslauf, die Ruhe, die Abgeschiedenheit, die vermehrte Abwechslung zwischen Studium und entspannender körperlicher Betätigung im Freien, schufen für das Studium ein günstiges Klima. Es ist sicher wert darüber nachzudenken, wie in der Schule selbst die Lehratmosphäre verbessert werden kann. Es hat sich wieder einmal mehr gezeigt, wie wichtig ein günstiges Lehrklima ist. Vielleicht vergisst man dieses nur allzuleicht neben Didaktik und Methodik, oder man baut es zu wenig in sie ein.

Auch bei der Diskussion über die Themata «Freiheit und Verantwortung» zeigte es sich, dass sich in einer gemütlichen Bündner Bauernstube besser darüber reden und diskutieren lässt, als in einem nüchternen Schulzimmer. Wir haben die gleichen Themata schon in der Schule selbst behandelt, was aber nie so ergiebig herauskam. Sicher liegt dies nicht nur an der Zusammensetzung der verschiedenen Klassen.

Zur Beurteilung jedes einzelnen Schülers hat diese Woche Wesentliches beigetragen. Ich habe in diesen sechs Tagen von der Persönlichkeit der Schüler mehr kennengelernt, als in den vorhergehenden acht Wochen zusammen.

Schweizerisches Rotes Kreuz

Zum Anlass des hundertjährigen Bestehens des Roten Kreuzes erscheinen zwei neue Werke über Henry Dunant und die Gründung des Roten Kreuzes.

J. Henry Dunant, Gründer des Roten Kreuzes, Urheber der Genfer Konvention; eine Biographie in Dokumenten und Bildern. Von *Willy Heudtlass.* 195 Seiten, 68 Bilder. Preis: Fr. 17.50. W. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1962.

Professor C. J. Burckhardt und der Präsident des Schweizerischen Roten Kreuzes, Professor Dr. A. von Albertini, haben die Geleitworte zu diesem reich illustrierten Buch geschrieben. W. Heudtlass, der Schriftleiter der Zeitschrift «Das Deutsche Rote Kreuz», verbindet in geschickter Weise und mit kritischem Urteil die dokumentarisch belegten Ereignisse in Dunants bewegtem Leben, wie er sie selbst darstellt und wie sie seine Zeitgenossen gesehen und festgehalten haben. Er vermittelt uns dadurch ein wahres und gerechtes Bild dieser von Grösse und Tragik gezeichneten Gestalt.

Eine Erinnerung an Solferino. Von *Henry Dunant.* 5. Auflage, 1962.

Das Schweizerische Rote Kreuz hat dieses Buch in der ausgezeichneten Uebersetzung von F. Tüngel 1959 erstmals herausgegeben. Es ist heute noch so packend wie vor hundert Jahren und eignet sich vorzüglich als Geschenk. Wir können nur wünschen, dass es im Jubiläumsjahr weite Verbreitung finde.

Das Schweizerische Rote Kreuz nimmt dafür gerne Ihre Bestellungen entgegen. Preis: Fr. 2.— pro Exemplar (plus Versandspesen); bei Bezügen ab 100 Stück wird ein Mengenrabatt gewährt.

Aurora Gysler [1]

Travail au Cambodge pour l'Organisation mondiale de la Santé

Chères collègues, chères amies,

Me voilà sur le chemin du retour après avoir passé deux ans et deux mois au Cambodge, ce pays lointain, mystérieux et tropical, connu surtout pour ses temples extraordinaires d'Angkor, enfouis dans la jungle du sud-est asiatique.

Du 23 janvier 1960 au 19 mars 1962, j'ai travaillé au sein d'une équipe de l'OMS qui a pour but d'aider les nationaux à préparer du personnel soignant.

Quelle était la situation professionnelle à mon arrivée à Phnom Penh? L'OMS y avait commencé son travail éducatif en 1952. Les premières infirmières internationales ont débuté dans un dispensaire en le transformant en un centre préventif de santé publique et en y formant du personnel. D'autre part, des cours donnés à de petits groupes d'infirmières diplômées avaient pour but d'en faire des cadres en comblant leurs lacunes en soins et en les initiant aux notions de prévention et d'éducation.

Puis en 1954, le Cambodge ayant obtenu son indépendance, les autorités sanitaires demandèrent l'aide de l'OMS pour la formation de tout le personnel soignant qui, jusque-là, travaillait pendant deux ans à l'hôpital et suivait quelques cours théoriques. Les infirmières de l'OMS ont alors mis sur pied des programmes d'enseignement, ont introduit des cours pratiques en soins infirmiers, ont collaboré à tous les aspects de la préparation des élèves et des diplômés en s'introduisant également dans le champ clinique. Simultanément l'Aide américaine construisait et aménageait une école pour les élèves se préparant aux soins infirmiers et obstétricaux.

En 1956, le gouvernement augmenta le nombre des élèves jusqu'à en avoir 150 à 200 par année, ceci malgré les recommandations de l'OMS. Ce fut le début d'une lutte qui dure encore, où les uns réclament la quantité et les autres la qualité.

*

A mon arrivée, l'équipe OMS comptait une infirmière chef canadienne, dans le pays depuis 1952, et deux infirmières (une Canadienne et une Française) qui s'occupaient du programme de deux ans pour infirmiers et infirmières. Le poste de sage-femme internationale était vacant.

L'OMS avait préconisé depuis quelques temps un cours s'adressant à un nombre restreint d'élèves ayant au moins dix ans de préparation scolaire (au lieu de six comme précédemment) et d'une durée de trois ans au lieu de deux. L'Organisation attendait l'approbation et une législation gouvernementales pour aller de l'avant. D'autre part, pour faire face à la demande en nombre, un cours pour 100 auxiliaires d'une durée d'une année avait été recommandé.

Une infirmière auxiliaire dans un service de pédiatrie, Phnom Penh

[1] A son retour du Cambodge, Mlle A. Gysler a accepté le poste de directrice des « Ecoles cantonales vaudoises d'aides soignantes et hospitalières » au Service de la santé publique, Département de l'intérieur, Lausanne.

Ma première année a été marquée par mon adaptation à ce nouveau pays, à la manière de penser et de vivre de ses habitants, à leur système gouvernemental, éducatif, sanitaire. Vite je me suis rendue compte que les soins infirmiers, tels que nous les concevons, étaient inexistants; qu'infirmiers, infirmières et sages-femmes sont des fonctionnaires à la recherche avant tout de sécurité, d'un poste gouvernemental et qui ne sont pas poussés par un idéal professionnel.

Les hôpitaux manquent d'installations et de matériel adéquats pour bien y soigner les malades. L'absence (sauf quelques exceptions) de personnel d'administration hospitalière et d'organisation en général rend la tâche très difficile à tous ceux qui cherchent à être utiles. Hélas, notre profession n'a encore aucun prestige dans ce pays asiatique et ne compte que quelques bons éléments qui, eux, méritent toute notre estime, qui ont besoin qu'on les encourage, qu'on les aide et qui en sont très reconnaissants.

A l'école, j'ai eu des responsabilités successives; notre équipe a vite fondu de quatre à deux, et ce n'est qu'en décembre 1960 que nous fûmes de nouveau quatre, la sage femme inclue. J'ai eu l'occasion de participer aux activités diverses à l'école et dans le champ clinique, et d'autre part de m'initier au travail international.

Après avoir travaillé en Suisse dans une école bien organisée, avec le but constant d'améliorer toujours davantage le niveau professionnel, je me suis trouvée dans un pays aux mœurs et coutumes totalement différentes, travaillant dans une équipe d'une organisation spécialisée des Nations unies comme membre professionnel et international. Le Cambodge, membre de la grande famille des Nations unies, et l'OMS ont conclu un pacte et signé un contrat en décembre 1951. L'Organisation s'engageait à apporter son aide dans différents domaines de la santé; en contrepartie, le Cambodge promettait sa collaboration, sa participation à l'effort commun.

L'aide de l'OMS est en général censée n'être que temporaire et limitée; un de ses buts essentiels est d'aider et de préparer les nationaux à poursuivre eux-mêmes la tâche lorsqu'elle se retire. Cette pensée nous a guidés constamment et a aussi souvent été à la racine de nos frustrations. Combien de fois nous sommes-nous posé ces questions: Ont-ils compris? Ont-ils appris? Les mettons-nous sur le bon chemin? Pourront-ils continuer seuls?

On voudrait s'appliquer à répandre des notions d'éducation et de santé internationalement acceptés; mais il faut les adapter aux conditions particulières du pays, il faut arriver à les faire accepter, à convaincre les gens que nous voulons leur bien, que nos principes sont sains et justes. Sommes-nous persuadés que notre aide est efficace? Les ultimes décisions sont laissées aux Cambodgiens; nous ne pouvons que suggérer et expliquer le pourquoi et les raisons de nos conseils. Cet aspect de notre travail est très subtil et délicat, il demande beaucoup de tact et de compréhension, une grande patience, de la persévérance et de la foi.

Vers la fin de 1960, nous commençâmes à voir un peu plus clair; les autorités cambodgiennes avaient mis au point des textes de loi régissant la préparation du personnel paramédical du pays.

*

L'OMS m'avait demandé de préparer, en collaboration avec des homologues nationaux, un programme pour le cours d'auxiliaires. En octobre, notre petite équipe, formée de trois infirmiers nationaux qui rentraient d'une année d'études au Canada, et de moi-même, s'est mis à la tâche. Le programme d'une année d'études fut élaboré, ainsi que les schémas de cours. Puis nous avons rédigé ensemble le contenu de l'enseignement théorique et pratique. Ce travail de préparation a été passionnant; toutefois l'équipe nationale était un peu dans le doute, réticente, car les projets de préparation de ce nouveau groupe d'élèves étaient pour eux, comme pour moi-même d'ailleurs, une aventure dans l'inconnu.

Le 16 janvier 1961 marqua le début d'un cours pour 100 jeunes filles cambodgiennes qui ignoraient ce qu'elles allaient entreprendre. La plupart n'ayant eu que six à sept ans de préparation scolaire, n'avaient

qu'une vague notion du français; elles avaient réussi le concours d'entrée et étaient prêtes à se lancer dans l'aventure, nouvelle voie que leur gouvernement leur offrait. Leur âge variait entre 18 et 23 ans; certaines étaient mariées, certaines déjà mères, d'autres enceintes. Les unes habitaient la capitale, d'autres nous venaient de villes de province où la vie se déroule à un rythme plus nonchalant. Certaines d'entre elles avaient vécu jusque-là loin de tout trafic, dans un hameau de paillottes au bord de l'eau, entouré de risières, de bananiers et de palmiers.

Pendant une année, l'infirmier responsable du cours, ses trois collaborateurs, ses deux collaboratrices et moi-même nous avons tenté de former ces jeunes filles afin qu'elles soient aptes à travailler dans les hôpitaux comme auxiliaires des infirmiers, infirmières et sages-femmes, pour l'amélioration de la santé de leurs compatriotes. Ce travail nous a passionnés; il a fallu lutter et chacun a dû donner beaucoup de lui-même. Je ne puis que louer mes collègues cambodgiens pour leur intelligence et leur enthousiasme. Au fur et à mesure que le cours avançait, les responsabilités augmentaient et chacun a toujours fait son possible pour arriver au but avec succès.

Notre plus grande difficulté était l'enseignement dans le champ clinique, car il est dur de demander aux élèves, guidées par leurs monitrices et moniteurs, de donner des soins de confort et d'hygiène lorsque personne d'autre ne les pratique. La petite équipe nationale (deux infirmières et quatre infirmiers) persévérait: elle suivait les élèves en stage, donnait tous les cours théoriques et pratiques — qu'il fallait répéter deux fois par jour vu le grand nombre d'élèves. Mon rôle était de planifier, d'organiser et de superviser tous les aspects du travail, tout en y initiant mon homologue direct, le directeur du cours. Nos réunions régulières, les critiques constructives, les encouragements étaient essentiels pour nous maintenir en haleine et pour garder notre optimisme.

Maintenant ces 100 auxiliaires sont au travail. La majorité a été placée dans le Service de pédiatrie. Bien sûr, il faudrait pouvoir les suivre et les guider... Mais le 5 janvier 1962, un deuxième cours pour 100 jeunes Cambodgiennes a commencé. J'ai pu être présente et collaborer au début. Maintenant la petite équipe lutte et fait de son mieux pour accomplir la tâche qui lui a été demandée. Un infirmier de l'OMS les suit et les guide de loin, mais il a encore d'autres responsabilités.

*

Ce bref récit a été rédigé en plusieurs étapes. Me voilà rentrée en Suisse, que j'ai trouvée glaciale à fin mai, mais si belle et accueillante!

En résumé j'aimerais dire que mon expérience au service de l'OMS au Cambodge a été très enrichissante et que je ne le regretterai jamais. Le travail n'y est pas facile, il faut avoir une base professionnelle solide, une bonne santé, beaucoup de patience, de compréhension et de souplesse. Les résultats? Les satisfactions? Il y en a aussi heureusement; mais la question se pose constamment: Est-on sur le bon chemin? Aide-t-on le pays à résoudre ses immenses problèmes dans le domaine de la santé en général, et plus spécialement dans celui de la formation du personnel soignant?

Ce qui commence par l'étude de ce qu'est une bonne santé devrait se terminer par la considération de ce qu'est une bonne vie.

La santé est un moyen, non une fin. Gordon Wright

Dr M.-F. Paccaud

L'infection virale[1]

Chacun se rend compte déjà par lui-même du nombre des infections virales qui peuvent le frapper: rhumes, état grippal, pour prendre les affections les plus bénignes, quelquefois même une vraie grippe, et ceci à plusieurs reprises durant l'année. Cela n'est pas étonnant si l'on pense que seulement ces dernières années, plus d'une centaine de nouveaux virus humains ont été isolés et sont rendus responsables d'un nombre considérable d'affections de tous types.

Mais avant de parler de l'infection virale, il nous faut savoir ce qu'est un *virus*.

On se représente souvent, mais faussement, un virus comme un agent assez semblable à une bactérie, mais beaucoup plus petit. De tels agents, intermédiaires du point de vue de leur taille entre les bactéries et les virus existent. Ce sont les *rickettsies*, responsables du typhus exanthématique ou de la fièvre Q; les *miyagawanella*, cause de l'ornithose, du lymphogranulome vénérien, et enfin les PPLO (organismes semblables à l'agent de la pleuropneumonie des bovidés) dont un type provoque chez l'homme la pneumonie dite à agglutinines froides.

Mais un virus est quelque chose de totalement différent d'une bactérie; nous devons le considérer comme un amas organisé de macromolécules.

La particule virale comporte une capsule qu'en virologie nous appelons une *capside*, formée de protéines, de mucopolysaccharides, éventuellement de lipides, et en son centre nous trouvons des nucléoprotéines, composées soit d'acide desoxyribonucléique (DNA), soit d'acide ribonucléique (RNA).

Ces acides jouent un rôle énorme en biologie. Rappelons en effet, que les chromosomes qui régissent toute la vie d'une cellule, et par conséquent d'un organisme, sont composés de gènes porteurs de l'hérédité, eux-mêmes composés d'acides nucléiques.

Le virus ne se multiplie que sur de la substance vivante, dans des cellules vivantes plus exactement. Parvenue au contact d'une cellule, la particule virale sera d'abord absorbée à sa surface grâce à la capside qui comporte des groupements chimiques que l'on appelle des *récepteurs*, groupements protéiniques ou mucopolysaccharidiques, qui vont se fixer à des récepteurs semblables sur la membrane cellulaire. Puis les acides nucléiques viraux et eux seulement, vont pénétrer dans la cellule; ils vont alors transformer le métabolisme cellulaire de telle façon que la cellule se met à élaborer des substances virales: les acides nucléiques viraux, les protéines virales, etc. A un moment donné ces éléments se réunissent soit dans le noyau, soit dans le cytoplasme de la cellule, soit même dans la membrane cellulaire, se recombinent et par là reforment des particules virales qui seront libérées et pourront infecter d'autres cellules.

La multiplication virale est donc bien différente de celle de la bactérie qui, elle, se divise en deux, puis chacune des cellules-filles en deux, etc. La différence entre bactérie et virus est donc fondamentale.

Outre les particules virales infectieuses et les particules virales incomplètes, non infectieuses, la cellule élabore, indépendamment des éléments proprement viraux, des protéines qui peuvent être soit antigéniques, c'est-à-dire provoquant l'élaboration d'anticorps par l'organisme, soit non antigéniques. Nous verrons plus loin toute l'importance de ces substances.

Suivons maintenant le sort de la cellule infectée par un virus. Il se pourra que l'infection virale lèse cette cellule et que celle-ci occupée uniquement à la synthèse du virus, ne pourra plus élaborer les substances nécessaires à sa vie propre: nous observerons alors des lésions aboutissant à la *lyse* de la cellule.

[1] Exposé présenté à la Journée de La Source. le 7 juin 1962. Nous remercions la Direction de l'école et l'auteur de nous avoir autorisés à reproduire cette conférence qui a paru dans la *Revue de La Source* de juillet-août 1962.

Dans d'autres cas, l'infection virale agit comme un stimulus. La cellule va commencer à se multiplier, et la prolifération cellulaire aboutira à des formations véritablement tumorales, soit bénignes, comme la verrue juvénile, ou le condylome acuminé, soit véritablement cancéreuses ou sarcomateuses telles qu'on peut les rencontrer chez l'animal.

Entre ces deux extrêmes nous trouvons un certain nombre de lésions virales que l'on appelle *pseudo-tumorales,* telles celles de l'herpès ou de la variole. Dans un premier stade, la multiplication cellulaire intense se révèle par l'apparition d'une papule; mais bientôt s'ensuit une nécrose cellulaire; la papule se transforme en vésicule, une croûte se forme et la lésion guérit, en laissant ou non une cicatrice.

Enfin, dernière possibilité, la cellule peut, tout en étant infectée, subvenir à ses propres besoins. Elle multiplie alors des virus, en excrète en plus ou moins grande quantité, mais, chose importante, sans en être lésée. Du point de vue épidémiologique, nous apprécions ici toute l'importance de ce dernier type d'infection dans la propagation des virus.

*

Examinons maintenant l'infection d'un organisme, infection qui pourra aboutir à des désordres, à une maladie. Pour qu'un organisme puisse être infecté, il faut qu'il y ait une porte d'entrée pour l'agent, le virus en l'occurrence. Celle-ci pourra être la voie aérienne, la voie orale, éventuellement la voie intra-cutanée.

Suivons par quelques exemples l'évolution de l'infection.

Vous êtes dans un lieu de réunion, en hiver, en période de grippe. Des personnes vous entourent, et certaines sont porteuses de virus. Elle vous les transmettront par l'intermédiaire de petites gouttelettes de salive qui peuvent rester en suspension dans l'air. Vous respirez ces gouttelettes qui seront captées par la muqueuse nasale. Le virus qui y est contenu s'absorbera sur les cellules de la muqueuse nasale, puis s'y multipliera. Dès lors l'infection virale va descendre de proche en proche le long du tractus respiratoire. Tant qu'il n'y aura pas de lésion cellulaire, nous n'observerons pas de maladie, quoiqu'il y ait multiplication virale. Mais dès le moment où un certain nombre de cellules seront lésées, dès le moment où le virus aura pénétré à l'intérieur de l'organisme, nous assisterons à l'apparition des premiers symptômes d'une grippe, caractérisés par le sentiment de sécheresse des muqueuses respiratoires, par de la fièvre et des myalgies.

Etant donné que le virus lèse les cellules du *tractus respiratoire* qu'il atteint directement, l'incubation de la maladie sera très courte: d'une douzaine d'heures à quarante-huit heures environ. Et chose importante, pendant ces quelques heures où le virus se multipliera très activement dans le tractus respiratoire, et alors que le sujet ne ressent encore aucun symptôme, il excrète néanmoins une quantité extraordinaire de virus qu'il dissémine autour de lui.

Par *voie orale* le virus peut être soit recueilli par les sécrétions nasales, puis avalé, soit être directement avalé dans de l'eau ou d'autres boissons. Le virus devra passer par l'estomac. La sécrétion gastrique étant très acide détruit un certain nombre d'agents, entre autres les virus grippaux, et c'est la raison pour laquelle ce qu'on nomme la « grippe intestinale » n'est pas due à un virus grippal. Par contre d'autres virus, tels ceux de la poliomyélite, sont très résistants à l'action du suc gastrique, et à celle du suc duodénal et de la bile. Le virus arrive donc intact dans l'intestin. Il s'absorbe sur les cellules intestinales, il s'y multiplie. Il peut dès lors causer des syndromes intestinaux, des « grippes intestinales », si les cellules sont lésées.

Bon nombre de virus se multiplient sur nos muqueuses sans causer de lésions. Puis, ils envahissent l'organisme et ils s'y multiplient en divers points où ils peuvent léser des cellules essentielles. Ainsi, le virus de la *poliomyélite* se multiplie d'abord dans le tractus intestinal, puis dans les ganglions nerveux du mésentère où il ne cause pas grand dommage. Mais il peut, dans certains cas, aboutir au système nerveux central; là, sa multiplication amène la destruction des

cellules des cornes antérieures de la moelle, et c'est alors que nous observons l'apparition de la paralysie flasque signant une poliomyélite. Dans ce cas l'incubation de la maladie sera naturellement plus longue; d'une durée moyenne de sept à dix jours.

Enfin, nous pourrons observer des incubations assez longues, de quinze jours à trois semaines. Ce sont les durées d'incubation de la *rougeole,* de la *rubéole,* des maladies dites exanthématiques. Le virus nous révèle sa présence, outre la fièvre, par l'apparition de placards rougeâtres sur la peau. Alors qu'il se sera multiplié d'abord sur la muqueuse de l'oropharynx, puis dans les cellules des ganglions lymphatiques et dans celles de la moelle osseuse, ce ne sera que lorsqu'il arrivera dans les capillaires terminaux que le virus causera les lésions qui provoquent l'éclosion de la maladie.

De même, en ce qui concerne les *oreillons,* le virus causal se multiplie d'abord dans l'oropharynx, puis dans les méninges, où la plupart du temps il ne crée pas de lésions suffisantes pour qu'apparaisse le syndrome clinique de méningite; puis il migre dans la parotide, éventuellement dans le pancréas ou dans les glandes sexuelles. Là, les lésions provoquées par le virus seront importantes: la maladie (parotidite, pancréatite, orchite ou ovarite ourliennes) apparaît.

*

Naturellement, quand il y a agression, l'organisme essaie de réagir. Cette réaction — lorsqu'il s'agit d'infection bactérienne — sera en premier lieu la réaction leucocytaire. En ce qui concerne les virus, nous savons que les leucocytes ne phagocytent pas les particules virales et ne les détruisent pas comme ils le font des bactéries. Au contraire, ils peuvent leur permettre de se multiplier. De plus, migrant dans l'organisme, les globules blancs peuvent jouer le rôle de transporteurs, de disséminateurs de virus.

La défense que l'on considérait il y a quelques années comme essentielle dans les affections virales est celle due aux anticorps, élaborés vis-à-vis des protéines virales. Mais l'expérience nous a montré qu'il s'écoule un temps relativement long avant que les anticorps n'apparaissent en quantité suffisante pour bloquer à coup sûr l'infection virale. C'est ainsi que dans le cas d'une grippe où la maladie a un temps d'incubation extrêmement court, l'organisme n'élabore des anticorps que tardivement. Cependant, la plupart des individus guérissent d'une grippe en quelques jours.

C'est ces toutes dernières années que l'on a mis en évidence un fait des plus importants: certaines protéines non antigéniques excrétées par des cellules infectées par des virus sont capables, lorsqu'elles pénètrent à l'intérieur de cellules non encore infectées, de bloquer totalement la multiplication virale. Ces substances sont ce que l'on appelle des *interférons.* Selon la conception actuelle, les interférons jouent un rôle considérable sinon principal dans la convalescence des maladies virales, alors que les anticorps ne jouent qu'un rôle minime, sauf lorsqu'il s'agit de réinfection.

*

Si nous en venions maintenant à quelques considérations pratiques: vous avez très souvent entendu les médecins dire au chevet d'un malade: « Ce patient est vraisemblablement atteint d'une maladie virale! »

Sur quoi se basent-ils pour suspecter une telle étiologie?

La fièvre, si on la considère seule, ne permet pas de distinguer une maladie bactérienne d'une maladie virale. Par contre, la fameuse dissociation entre le pouls — qui reste à un rythme presque normal — et la température élevée nous permet déjà de soupçonner une infection virale. De plus, l'aspect du malade est relativement bien conservé lorsqu'on le compare à celui d'un patient atteint d'une affection bactérienne, qui très souvent a une allure toxique.

Les examens vont nous guider: une maladie virale provoque une nécrose cellulaire. Cependant ce ne seront pas les granulocytes qui seront présents au lieu de la nécrose, mais bien des *lymphocytes:* nous n'aurons donc pas de pus. Pour la même raison, la formule sanguine ne montrera pas une augmentation du nombre des granulocytes,

comme lors d'infections bactériennes, mais au contraire une lymphocytose. Les examens bactériologiques seront négatifs.

Enfin les antibiotiques n'ont aucune action sur les virus, et après quelques jours de traitement d'une pneumonie, par exemple, où le malade ne réagit nullement à des antibiotiques à large spectre d'action, on soupçonnera une infection virale.

*

Si nous avons heureusement à disposition un nombre considérable d'antibiotiques pour lutter contre les infections bactériennes, nous n'avons pas pour l'heure d'antiviraux. En effet, pour empêcher la multiplication virale, il nous faut en quelque sorte attaquer le métabolisme cellulaire, essayer de le dévier de telle façon qu'il ne fabrique plus de virus, tout en conservant intact la cellule. Et ce point, vous le concevez facilement, pose de très nombreux problèmes non encore résolus.

Des antiviraux actifs «in vitro» et « in vivo » ont été obtenus, mais leur toxicité est telle qu'ils ne peuvent être utilisés chez l'humain. Face à une infection virale nous sommes donc pour l'instant désarmés si l'on cherche à véritablement lutter contre elle.

Cependant, nous ne sommes pas entièrement impuissants, car nous pouvons tenter de prévenir les infections virales au moyen de *vaccinations*. Nous disposons d'une part de vaccins dits inactivés, composés de virus tués, qui, tel le vaccin Salk contre la poliomyélite, injecté dans l'organisme, provoque l'élaboration par celui-ci d'anticorps qui permettront une meilleure résistance à l'infection; d'autre part, des vaccins à virus vivant dits atténués, tels que celui contre la variole, contre la fièvre jaune, ou le vaccin Sabin contre la poliomyélite. Avec ces vaccins on tente de provoquer chez le sujet une infection par voie naturelle (telle qu'elle se présente dans la nature), mais avec un agent dénué de pouvoir pathogène. Dès lors l'immunité est théoriquement bien meilleure que celle donnée par le vaccin inactivé, car non seulement nous aurons une élaboration d'anticorps, mais encore celle d'interférons.

Face à un patient atteint de maladie virale quels seront — si nous nous plaçons du point de vue de l'hygiéniste — *les devoirs du personnel soignant?* Il arrive que des infections virales soient transmises à l'hôpital même, de patient à patient, de personnel soignant à patient ou vice-versa. A ce sujet, je dirai que les enfants sont les porteurs de virus les plus dangereux, car ils en excrètent une quantité beaucoup plus grande et pendant une bien plus longue durée que les adultes.

On n'oubliera pas que les virus ne sont pas seulement excrétés par voie orale, mais encore par voie intestinale, et certains également par voie urinaire. Des précautions doivent donc être prises et selon les cas la désinfection devra être exigée.

Les virus sont extrêmement sensibles à l'action de la chaleur; bouillir pendant une dizaine de minutes un matériel contaminé permet la désinfection, à deux exceptions près: celles d'un matériel contaminé par les virus de l'*hépatite épidémique* ou par ceux de l'*hépatite sérique*. Ces agents qui se trouvent dans le sang des patients ne sont détruits que si le matériel est désinfecté à l'autoclave, à une température de 120 ° C, pendant 20 minutes, ou dans un four à calciner, à 180 ° C pendant deux heures.

Les sujets atteints d'hépatite aiguë ne sont pas seuls à être dangereux: il faut se souvenir en effet qu'un sujet ayant été atteint d'hépatite épidémique ou d'hépatite sérique peut être porteur de virus pendant des années. Par conséquent une seringue mal désinfectée, et utilisée même plusieurs semaines après la prise de sang infectante pour injecter un médicament quelconque peut transmettre la maladie. Toutes les observations qui ont été faites dans les hôpitaux tant en Suisse qu'à l'étranger, ont démontré la valeur de la stérilisation stricte de tout instrument lésant l'épiderme et employé pour injections (aiguilles, seringues, lancettes, etc.).

Enfin, on ne doit pas sous-estimer l'importance pour le patient de la surinfection par des bactéries pathogènes. Un certain nombre d'affections virales du tractus respiratoire préparent le terrain à une *infec-*

tion bactérienne; celle-ci doit donc être évitée à tout prix, jusqu'au moment de la guérison de la maladie virale. Or, le personnel soignant peut être porteur « sain » de bactéries, non dangereuses pour lui, mais bien pour le malade. Lors des pandémies grippales, la majorité des cas mortels sont dûs non à la grippe elle-même, mais bien aux surinfections bactériennes acquises, hélas! bien souvent dans les hôpitaux ou infirmeries. C'est la raison pour laquelle je recommande chaleureusement le port d'un masque par le personnel soignant surtout lors d'épidémie de grippe.

*

Il nous reste un dernier point à traiter, celui du *diagnostic étiologique* de la maladie virale, diagnostic qui ne peut être posé que par le laboratoire.

Si les techniques virologiques sont compliquées, le principe du diagnostic est relativement simple à comprendre. Nous ne pouvons pas pratiquer d'examens directs, comme en bactériologie car, d'une part la quasi-totalité des virus sont invisibles au microscope optique, d'autre part la concentration des particules virales dans les prélèvements qui nous sont envoyés n'est pas en règle générale suffisante pour que nous puissions utiliser avec fruits le microscope électronique. Nous tenterons donc d'isoler l'agent sur des cellules vivantes — que celles-ci soient cultivées « in vitro » ou qu'elles fassent partie d'un animal. Le virus se multipliant produit des lésions qui provoquent la dégénérescence des cellules cultivées « in vitro » ou une maladie chez l'animal inoculé. Ce sont ces lésions qui nous permettront de dire que nous avons isolé un virus et qui nous autoriseront à le classer dans une des grandes familles de virus. Par la suite nous devrons identifier l'agent plus exactement, au moyen de techniques sérologiques raffinées. Le diagnostic virologique exige beaucoup de temps: en effet, si certains virus se développent très rapidement sur nos cellules, en deux à trois jours, tels les virus de la poliomyélite, d'autres mettent des semaines avant de produire les lésions qui signent leur présence. Par exemple: les premières lésions nous indiquant que nous avons isolé un virus de la varicelle n'apparaissent que trois semaines à un mois après que nous ayons inoculé le matériel suspect à notre culture cellulaire.

Nous pouvons également établir un diagnostic en utilisant la sérologie, c'est-à-dire en recherchant la présence des anticorps dans le sérum du malade. Pour cela nous utilisons deux prélèvements de sang, effectués à quinze jours ou trois semaines d'intervalle; la présence dans le second prélèvement d'anticorps vis-à-vis d'un virus donné, alors que le premier prélèvement en est dénué, nous indique que l'organisme a été infecté récemment par cet agent.

*

Nous avons tenté de vous brosser un tableau de l'infection virale, et de ses implications, d'une façon fatalement fort schématique. Par le fait que les infections bactériennes sont de plus en plus et de mieux en mieux maîtrisées, grâce aux antibiotiques, les infections virales, elles, prennent une importance accrue en clinique des maladies infectieuses, heureusement plus par leur nombre que par leur gravité, du moins sous nos climats. Leur *importance économique* s'impose à nous. La lutte contre les maladies virales est entreprise activement, tant dans les laboratoires, que « sur le terrain »: l'éradication de la variole, celle de la poliomyélite sont en cours, alors que la fièvre jaune, qui a provoqué la mort de millions de personnes au siècle passé, est maîtrisée.

Nous avons, ici, seulement considéré les virus sous l'angle médical; mais les problèmes que nous nous posons à leur sujet ouvrent un nouveau chapitre de la biologie, plein de promesses, celui de la biologie moléculaire, qui nous mène aux confins de la vie.

Dr. F. Jakob

Die erste Behandlung von Sportunfällen im Krankenhaus

Der Winter naht —, die Skiausrüstung wird instandgestellt. Auch die Krankenhäuser rüsten sich, um den 2 bis 3 Promille Pechvögeln unter den Sportbegeisterten zweckmässige Hilfe und verständnisvolle Pflege zuzusichern. Wir danken Herrn Dr. Jakob vom Krankenhaus Davos für seine klaren Ausführungen über den Empfang von Sportverletzten im Krankenhaus.

Die Anzahl der Sportunfälle, insbesondere der Wintersportunfälle, hat in den letzten Jahren ganz beträchtlich zugenommen. Es ist dies nicht etwa die Folge davon, dass der Wintersport gefährlicher geworden ist, sondern kommt daher, dass die Anzahl der Skiläufer erheblich zugenommen hat. Man darf sagen, dass das Skilaufen heute ein Volkssport geworden ist. Die Unfallhäufigkeit beim Wintersport beträgt nach zahlreichen Statistiken 2 bis 3 ‰, d. h. von 1000 Skifahrern verunfallen 2 bis 3, von denen aber nur einer einen Knochenbruch hat, während die anderen leichte Verletzungen erleiden. Viele der leichtverletzten Fälle fahren noch selber zu Tal, wobei es sehr charakteristisch z. B. für eine Fussverstauchung ist, dass Schmerzen erst am Abend oder sogar spät in der Nacht auftreten. Die Schwerverletzten müssen die Hilfe von Rettungsorganisationen in Anspruch nehmen und werden von diesen zum Arzt oder ins Krankenhaus gebracht.

Nach der Ankunft im Krankenhaus wird der Verletzte in einen geeigneten Raum, meistens in das Röntgenzimmer, verbracht und dort vom Rettungsschlitten auf den Röntgentisch umgelagert. Die Aufgabe des Pflegepersonals ist es sodann, das verletzte Bein von den Kleidern zu befreien, was heutzutage bei den sehr engen Skihosen und den hohen, mehrfach geschnürten Schuhen ziemlich schwierig ist. Wenn aber ein ständiger gleichmässiger Zug in der Achse des verletzten Beines erfolgt, kann diese Aktion, die von dem Patienten oft sehr gefürchtet wird, nahezu schmerzfrei vor sich gehen und meist ohne Aufschneiden der Kleider. Wesentlich ist dabei, dass zuerst die Kleider des gesunden Beines ausgezogen werden und dann erst diejenigen des verletzten. Bei der anschliessenden Lagerung auf dem Untersuchungs- oder Röntgentisch muss darauf geachtet werden, dass das gebrochene Glied fixiert ist, so dass es sich nicht verdrehen kann. Das geschieht am besten durch dicke, lange Sandsäcke, die auf beiden Seiten des Gliedes gelagert werden.

Darauf erfolgt die Untersuchung durch den Arzt, der zuerst klinisch prüft und dann Röntgenbilder veranlasst. Gleichzeitig und nur auf Anordnung des Arztes wird dem Patienten ein *Schmerzmittel* gegeben, meistens handelt es sich dabei um Injektionen von Dolantin, Ketalgin, Cliradon oder ähnlichen Präparaten oder um Morphium. Ebenfalls gleichzeitig handelt es sich darum, den *Schock* des Patienten zu bekämpfen, der durch die Verletzung und die oft beträchtliche Kälteeinwirkung entstanden ist. Man wird dem Verunfallten heissen Tee geben und versuchen, ihn mit Wärmeflaschen wieder zu erwärmen. Bei schweren Schockzuständen, die allerdings beim Wintersport nicht häufig sind, wird der Arzt eine Infusion oder Transfusion anordnen.

Nach der ärztlichen Diagnose folgt die endgültige Versorgung des Verletzten, wobei heute der Satz gilt, dass ein Knochenbruch einen Notfall darstellt, der sofort versorgt werden muss. Das alte Vorgehen der Lagerung eines Knochenbruches auf einer Schiene bis zur Abschwellung sollte nicht mehr vorkommen. Die sofortige Einrichtung eines Knochenbruches ist aus drei Gründen notwendig:

1. Durch die endgültige Versorgung werden dem Patienten die Schmerzen beträchtlich vermindert.
2. Kurze Zeit nach dem Unfall befinden sich die Muskeln der verletzten Extremität für einige Stunden in einem Erschlaf-

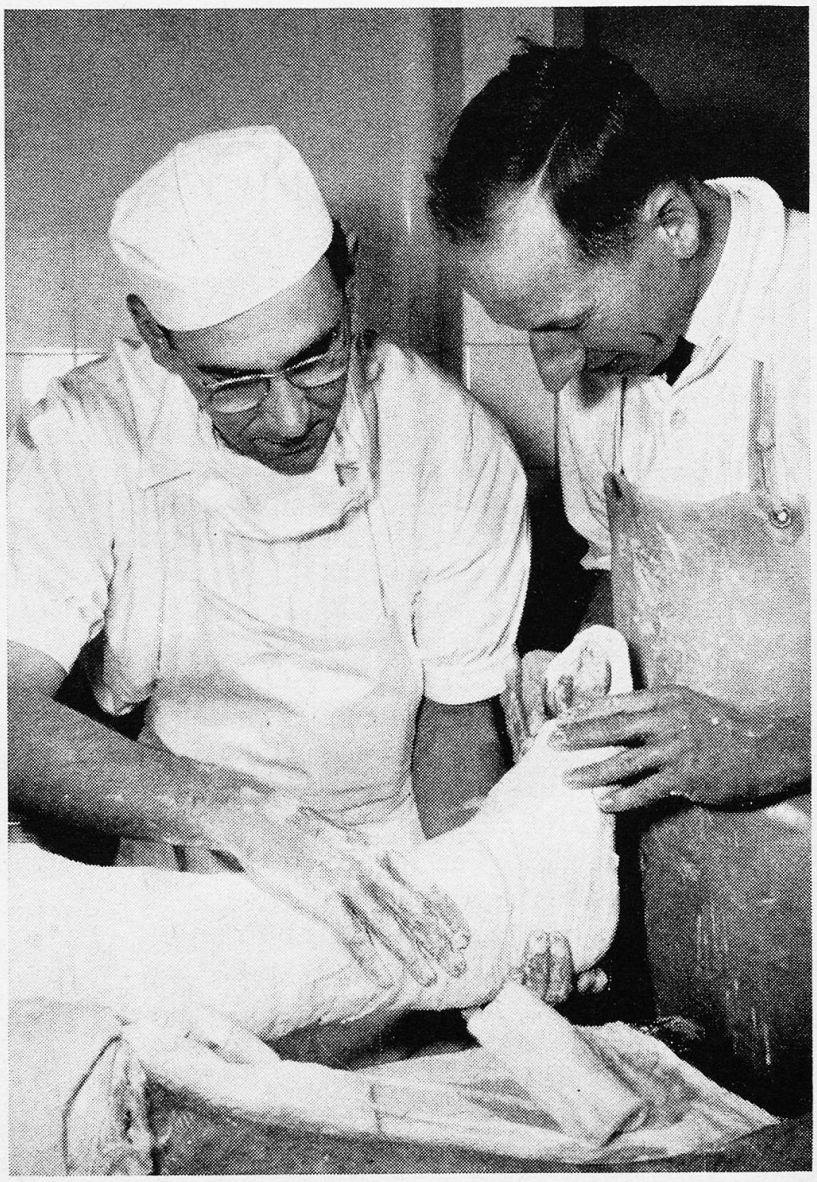


Photo: François Martin, Genève

fungszustand, der die Einrichtung wesentlich erleichtert. Dieser Zustand wird vom Arzt Stupor genannt.

3. Der Bluterguss zwischen den Bruchstükken ist nach dem Unfall noch nicht geronnen, so dass eine exakte Einrichtung noch möglich ist; sobald der Bluterguss geronnen ist, ist eine genaue Einrichtung erheblich erschwert.

Die Einrichtung eines Knochenbruches geschieht entweder in örtlicher oder allgemeiner Betäubung, wobei vom Arzt die mechanische Einrichtung als solche vorgenommen wird *(Reposition)* und dann der Knochenbruch durch Gipsverband, Streckverband oder Operation ruhiggestellt wird *(Retention)*.

Nachdem der Verunfallte definitiv versorgt ist, wird er der Krankenabteilung übergeben, die neben der evtl. Narkoseüberwachung vor allem für die Lagerung des gebrochenen Gliedes verantwortlich ist. Auch hier soll weiter dem Verletzten Wärme zugeführt werden, denn es ist auffallend, wie oft das Zittern und Frieren des Schokkes wieder beginnt, sobald man den Patienten in ein kaltes Bett legt.

Die Lagerung der verletzten Extremität muss meistens hoch sein, das Pflegepersonal wird einen evtl. Streckverband überwachen müssen und vor allem den Blutumlauf im verletzten Glied beobachten. Für die erste Nacht nach dem Unfall sind immer kräftige

Schmerzmittel notwendig, meistens wird dies Morphium sein.

In den ersten Stunden und Tagen nach dem Unfall hat das Pflegepersonal die Pflicht, den Verletzten in die neue Umgebung des Krankenhauses einzuführen und seine psychologische Führung zu übernehmen. Dies ist gerade bei Wintersport-Verletzten eine wichtige und oft sehr dankbare Aufgabe, denn es handelt sich um gesunde Sportsleute, die plötzlich aus dem normalen Leben herausgerissen wurden und die alle früher oder später eine Phase der psychischen Depression durchmachen, die man auch als «Cafard» bezeichnen kann.

Die Aufgaben des Pflegepersonals sind also bei Wintersportverletzten sehr beträchtlich, aber auch, wenn sie sorgfältig und gewissenhaft durchgeführt werden, sehr dankbar.

Wettbewerb des Weltbundes der Krankenschwestern (ICN)

Dieser Wettbewerb ist in der Mai- und in der Juninummer der Zeitschrift angekündigt worden. Wir wollen unsere Leser nun über den weiteren Verlauf des Wettbewerbs orientieren.

Wir wiederholen das Thema: *Das Gelübde der Krankenschwester,* wie es bei Diplomierungsfeiern abgelegt werden könnte. Die Grundregeln der Berufsethik sollen den Arbeiten als Grundlage dienen.

Neun Teilnehmerinnen haben sich am Wettbewerb beteiligt, acht aus der deutschen, eine aus der französischen Schweiz.

Die *Wettbewerbskommission* ist vom Zentralvorstand aufgestellt worden und setzt sich wie folgt zusammen: Fräulein L. Bergier, die Schwestern M. Comtesse, E. Maire, A. Nabholz, A. M. Paur, Diakonisse A. Meier, Ehrwürden E. Steinacher.

Der Zentralvorstand hat einen Preis für die drei besten Arbeiten ausgesetzt. Die mit dem ersten Preis ausgezeichnete Arbeit wird an das Komitee für Berufsethik des ICN weitergeleitet.

Die *Teilnahmebedingungen,* die den Bewerberinnen zugeschickt wurden, lauten wie folgt:

— Mitgliedschaft beim SVDK.

— Der Text des «Gelöbnisses der Krankenschwester» soll in fünffacher Ausführung mit Maschine geschrieben eingesandt werden. Nur eine Seite des Blattes beschreiben.

— Die Einsendung muss mit einem Decknamen unterzeichnet werden. Name und Adresse der Teilnehmerin müssen in einem verschlossenen Briefumschlag, auf welchem der Deckname vermerkt ist, dem Text beigelegt werden.

— Es darf keine Arbeit eingesandt werden, die schon vorher im Druck erschienen ist.

— Der Text mit Beilage ist bis zum 1. November 1962 an die Redaktion der «Zeitschrift für Krankenpflege» einzureichen.

Sobald die Arbeiten eingegangen sind, die Bewertung erfolgt ist und der ICN die Erlaubnis zur Veröffentlichung erteilt hat, werden wir den Lesern einige dieser Gelübde vorlegen. Gewiss werden wir aus der Feder der Wettbewerbsteilnehmerinnen manch gutes, wohldurchdachtes Wort vernehmen.

Zum Schluss möchten wir noch darauf hinweisen, dass die «Internationalen Grundregeln» unter dem Titel: *«Berufsethik der Krankenschwestern und Krankenpfleger»* als Separatabdruck in hübscher Aufmachung im Zentralsekretariat, Choisystrasse 1, Bern, zum Preis von 30 Rappen bezogen werden können. Bitte Rückporto beilegen.

Dr. med. C. Langemann-Lavater

Die postoperativen Komplikationen

(2. Fortsetzung und Schluss)

Ein weiteres, sehr bedeutungsvolles Kriterium zur Beurteilung des Allgemeinzustandes sind der *Bewusstseinszustand* und das *psychische Verhalten* des Patienten.

Ein langer Nachschlaf ist bei sachgemässer Narkoseführung mit modernen Narkotika nicht zu erwarten. Selbst eine Aethernarkose kann und soll so geführt werden, dass der Patient längstens innerhalb einer Stunde nach Beendigung des Eingriffes wach oder doch zumindest ansprechbar ist. Nach Pentothal-Curare- oder Halothannarkosen ist ein noch früheres Erwachen die Regel. Je rascher das Bewusstsein wiederhergestellt ist, desto leichter gestaltet sich die Pflege, lassen sich doch allfällige Komplikationen und Bedürfnisse des Patienten eher feststellen.

Verzögertes Erwachen oder Bewusstlosigkeit über mehrere Stunden lässt sich allein durch eine während oder nach der Narkose aufgetretene Hirnschädigung infolge Hypoxie oder Hypercarbie erklären. Als Ursachen kommen in Frage: Blutdruckabfall, Ueberdosierung mit Narkotika, ungünstige Positionen mit Erschwerung der Atmung während des Eingriffes sowie vorbestehende schwere Leber- oder Nierenkrankheiten, welche Abbau und Ausscheidung von Arzneimitteln verzögern.

Erneuter Bewusstseinsverlust nach einwandfrei festgestellter Ansprechbarkeit muss den Verdacht sofort auf eine Atemstörung mit zunehmender Hypercarbie richten. Niemand möge sich hierbei mit der Annahme zufriedengeben, der Patient sei nun in einen wohlverdienten, erfrischenden Schlaf gesunken. Falls Frischoperierte aus diesem «Schlaf» weder durch Anruf noch durch massivere Methoden weckbar sind, müssen unverzüglich therapeutische Massnahmen, in erster Linie künstliche Beatmung, eingeleitet werden.

Gelegentlich lassen sich nach Narkosen leichte Verstimmungen, Unruhe bis zu schweren Erregungs- oder Verwirrungszuständen beobachten. Diese Erscheinungen sind teilweise von der Art der Prämedikation und der Narkosemittel abhängig. Oft ergeben sie sich auch aus einer der Operation vorangegangenen veränderten, depressiven Grundstimmung. Alte Leute sind von solchen Erregungszuständen weniger bedroht. Viel eher werden Kinder oder junge Leute davon befallen, besonders wenn zusätzlich starke Schmerzen bestehen. Unruhige Leute müssen fortwährend überwacht, eventuell sogar festgebunden werden, will man nicht Gefahr laufen, den Frischoperierten womöglich neben dem Bett, auf dem Boden liegend, anzutreffen oder doch damit bemüht, Verbände wegzuzerren oder die Infusion herauszureissen. Erst die reichliche Verabfolgung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln kann diesem Zustand ein Ende setzen. Die intravenöse Applikation dieser Mittel ist hierbei gerechtfertigt, da eine möglichst rasche Wirkung erwünscht ist.

Hie und da lässt sich im Anschluss an eine Operation eine Störung der *Körpertemperatur* konstatieren. Narkotika beeinträchtigen neben anderen Hirnregionen auch das Temperaturregulationszentrum.

Bei starker peripherer Vasodilatation geht viel Wärme durch die Haut verloren. Der Patient ist gewissermassen der Umgebungstemperatur ausgeliefert, was bei Säuglingen und Kindern deutlich zum Ausdruck kommt. So entsteht in feuchten, heissen Operationssälen, unter dicken Abdecktüchern leicht Ueberhitzung des Körpers, besonders wenn durch reichliche Atropingaben Schwitzen verhindert wird.

Uebermässige Abkühlung wird begünstigt durch kühl gehaltene Operationsräume. Die modernen Lampen strahlen wohl Licht, aber keine Wärme mehr aus, grosse Körperhöhlen bleiben während Stunden eröffnet, und Blut wird oft direkt dem Eisschrank entnommen und transfundiert. Es ist eine Tatsache, dass sich besonders bei Kindern und Greisen die Körpertemperatur nach länge-

ren Operationen stets um 2 bis 3 Zehntelsgrade vermindert. *Untertemperatur* ist demnach eine häufige Erscheinung, mit welcher sich die Schwester auseinanderzusetzen hat. Sobald sich die charakteristischen Symptome: periphere Gefässkontraktion, als Schutz vor weiteren Wärmeverlusten, mit entsprechender Blässe oder Cyanose und Muskelzittern erscheinen, muss von aussen Wärme durch Heizkissen und warme Dekken zugeführt werden, um das sauerstoffkonsumierende Frösteln zu durchbrechen.

Die Cyanose des Frierenden beruht lediglich auf einer Kontraktion der feinen Hautgefässe. Durch Reiben tritt die rosige Farbe des Blutes wieder in Erscheinung — ein wertvolles Unterscheidungsmerkmal zur Abgrenzung einer Cyanose infolge Sauerstoff-Untersättigung, die sich auch nach noch so intensivem Reiben nicht verändert.

Mit zunehmender Erwärmung erweitern sich schliesslich die peripheren Gefässe wieder. Dies bedeutet nach einer Operation mit erheblichen Blutverlusten für den Patienten erhöhte Schockgefahr, ja es muss sogar eine Kreislaufverschlechterung nach Erwärmung des Körpers geradezu als Zeichen mangelhaften Blutersatzes angesehen werden.

Nachdem die Schwester nun eine Reihe objektiver Zeichen kennengelernt hat, die eine drohende Komplikation vermuten lassen, darf sie daneben nicht vergessen, dass das subjektive Wohlbefinden des Patienten mit allen Mitteln wiederhergestellt werden muss. Ein Kranker, der sich wohlfühlt, dem manche lästigen Begleiterscheinungen der ersten postoperativen Stunden erleichtert oder gar erspart werden können, wird sich rascher von der Operation erholen und seinen Spitalaufenthalt wenigstens in halbwegs guter Erinnerung behalten.

Schmerzen müssen tagsüber und ganz besonders nachts mit den wirksamsten Mitteln bekämpft werden.

Die früher sozusagen immer vorhandene *Uebelkeit* ist heute dank moderner Narkosemethoden bedeutend seltener geworden. Sie gehört mit Recht zu den gefürchtetsten und unangenehmsten Folgen einer Narkose, an welche manche Patienten nur mit grösstem Schrecken zurückdenken.

Uebelkeit muss wenn immer möglich vermieden werden, nicht nur zur Besserung des subjektiven Befindens oder wegen der Schmerzen, die sich während des Erbrechens noch unangenehmer bemerkbar machen. Nach gewissen Eingriffen, z. B. im Bereich des Kopfes oder des Thorax kann jedes Pressen und damit jede Drucksteigerung den Operationserfolg in Frage stellen. Daneben werden Flüssigkeits- und Salzverluste aus dem Magen sowie die Unmöglichkeit des Trinkens besonders bei Kindern weitere Unannehmlichkeiten heraufbeschwören.

Uebelkeit und Erbrechen können heute mit ausgezeichneten, wirksamen Mitteln behoben oder doch gebessert werden.

Aus Angst vor dem Erbrechen war es und ist es leider vielerorts auch jetzt noch üblich, die Patienten 24 Stunden und mehr dursten zu lassen. Stundenlanger, quälender Durst bedeutet aber für die meisten und weniger robusten Frischoperierten eine beinahe unerträgliche psychische und körperliche Belastung, die den Kranken unbedingt erspart werden muss, wann immer die Umstände es erlauben. Die Seltenheit des postoperativen Erbrechens erlaubt es heute schon, wenige Stunden nach der Narkose Flüssigkeit per os zu verabreichen, sofern je nach Art des Eingriffes Trinken erwünscht und überhaupt möglich ist.

Zum Wohlbefinden gehört auch eine *bequeme Lage* im Bett. Manche Patienten können sich mit einer durch den Eingriff erzwungenen Haltung nur schwer abfinden und leiden oft allein deshalb unter Schlaflosigkeit, weil die individuelle Schlafhaltung nicht eingenommen werden kann. Auch werden häufig Kreuzschmerzen infolge flacher Rückenlage lästiger empfunden als die Wundschmerzen selbst. Mit Unterlegen von geeigneten Kissen und gelegentlichem Lagewechsel, wenn die Operationswunde es erlaubt, wird meist grosse Erleichterung gebracht.

Miktionsbeschwerden, d. h. Störungen beim Wasserlösen, sind eine bekannte Erscheinung am Operationstag. Viele Patienten fühlen sich durch die fremde Umgebung, durch flaches Liegen oder durch Mitpatienten psychisch gehemmt. Daneben sind je-

doch die vor, während oder nach der Narkose verabreichten Medikamente immer mehr oder weniger an der Ursache dieser Störung mitbeteiligt. So erhöht z. B. Morphin den Tonus des Blasenringmuskels, der sich denn auch gegenüber allen Ueberredungskünsten und laufenden Wasserhahnen als resistent erweist.

Vor einem sog. Wasserstoss, d. h. dem Trinkenlassen grosser Flüssigkeitsmengen, muss unbedingt gewarnt werden. Die normale Nierenfunktion ist nach Narkosen stets etwas eingeschränkt, weshalb die Ausscheidung grosser Wassermengen nicht ohne weiteres bewältigt werden kann. Die Miktion kann in gewissen Fällen auf medikamentösem Weg, durch vagusreizende Mittel, wieder in Gang gebracht werden. Man verwendet dazu Prostigmin oder Doryl, die beide parenteral gegeben werden. Leidet ein Patient unter quälendem Harndrang, bringt wohl die einfache Prozedur des Katheterisierens rascher und sicherer Erleichterung als das Abwarten auf eine zweifelhafte medikamentöse Wirkung.

Die *Defäkation* wird gewöhnlich erst am zweiten oder dritten postoperativen Tag zum Problem. Dank Nahrungskarenz, gründlicher präoperativer Darmentleerung und der narkosebedingten Peristaltikverminderung besteht meist gar keine Veranlassung zu einer frühzeitigen Stuhlentleerung. Morphinhaltige Schmerzmittel sind jedoch oft genug Ursache einer hartnäckigen Darmatonie mit Stuhl- und Windverhaltung. Auch hier bringt Prostigmin mit seiner peristaltikanregenden Wirkung bei schmerzhaftem Meteorismus gelegentlich die gewünschte Erleichterung.

Der mit Vorliebe nach Oberbauchoperationen erscheinende *Singultus* oder «Hitzgi» bedeutet für den Patienten eine oft Stunden dauernde, ermüdende Komplikation, die den Allgemeinzustand erheblich zu stören vermag. Die üblichen Massnahmen, wie Trinken von kaltem Wasser, Atemanhalten und psychische Ablenkung sind beim Frischoperierten nicht anwendbar — es bleibt also nur der Versuch der medikamentösen Beeinflussung. Als die wirksamsten Mittel hiefür haben sich Largactil und Octinum intravenös erwiesen.

Husten kann postoperative Schmerzen erheblich verschlimmern und muss mit den üblichen Hustensedativa bekämpft werden. Daneben können sich aber Patienten z. B. nach Thoraxoperationen in vergeblichen und schmerzhaften Versuchen, zähen Schleim auszuhusten, regelrecht erschöpfen. Hier muss der Husten geradezu mit allen Mitteln gefördert werden. Es existieren zu diesem Zweck Medikamente, z. B. Tacholiquin, welche durch einen Aerosol versprüht werden. Sie verflüssigen zähes, fest haftendes Sekret in den Atemwegen und erleichtern das Aushusten.

Welchen Patienten soll im Anschluss an eine Operation *Sauerstoff* zugeführt werden? Die wohlbekannte Sauerstoffbombe mit dem Nasalkatheter oder der Sauerstoffbrille scheint sich bei jedem schlecht aussehenden oder cyanotischen Frischoperierten geradezu aufzudrängen. Indessen tut man gut daran, die Ursache einer Cyanose vorerst genau abzuklären.

1. Cyanose infolge akuter Kreislaufverschlechterung wird unter Sauerstoffzufuhr nicht verschwinden, weil der Sauerstoff bei verminderter Blutzirkulation gar nicht erst in die Peripherie transportiert wird.

2. Cyanose bei Ateminsuffizienz, sei es nun durch Vorliegen eines Atemhindernisses oder infolge Störung der zentralen Atemregulation, kann durch Sauerstoffinsufflation mittels eines Nasenkatheters u. U. tatsächlich behoben werden. Man darf sich indessen auch bei rosiger Hautfarbe des Patienten niemals über die Tatsache hinwegtäuschen lassen, dass die Atemfunktion damit ja noch längst nicht verbessert wurde. Die Kohlensäureüberladung nimmt unter dem verschleiernden Bild des guten Aspektes weiter zu und damit eben auch die Möglichkeit zu schwerwiegenden Komplikationen.

3. Cyanose bei normalen Atem- und Kreislaufverhältnissen wird gelegentlich durch Erschwerung des Gasaustausches in der Lunge verursacht, z. B. bei Pneumonie, beim Lungenoedem oder bei anderen krankhaften Lungenprozessen. Das gleiche geschieht bei Ausfall an funktionstüchtigem Lungen-

gewebe, wie z. B. nach Lobektomien oder Pneumonektomien, bei Atelektasen sowie bei schmerzbedingter Atemhemmung nach Thorakotomien.

Eine Sauerstofftherapie mittels Insufflation ist somit nur für Patienten der Gruppe drei indiziert. Man erreicht damit nicht nur eine objektive Verbesserung des Allgemeinzustandes, sondern der Patient fühlt sich tatsächlich erleichtert und empfindet die Sauerstoffgabe als eigentliche Wohltat. Die Cyanose der Gruppen 1 und 2 muss dagegen mit den früher besprochenen Massnahmen behoben werden. Im übrigen bedeutet eine durchgemachte Narkose noch längst keine Indikation zu routinemässiger Sauerstoffverabreichung, besonders wenn man bedenkt, dass ein Sauerstoffstrom von immerhin 6 bis 8 Litern pro Minute zu weiteren, lästigen Nebenerscheinungen und zu einer unnötigen Belastung des Allgemeinbefindens (und des Geldbeutels!) führt.

Damit kommen wir auf eine der ersten ärztlichen Forderungen zurück: dem Patienten in keiner Weise zu schaden! Für den Frischoperierten liesse sich dies folgendermassen formulieren: keine notwendigen Massnahmen zu unterlassen, die für die Heilung unerlässlich sind — aber auch kein Uebermass an ärztlicher und pflegerischer Betriebsamkeit, die oft allzu üppige Formen annimmt. Jede Infusion zu viel, jede gutgemeinte, aber unnötige Spritze, alle unnützen nächtlichen Blutdruckmessungen, nicht unbedingt notwendige Flüssigkeitseinschränkungen per os und vieles andere sind imstande, den ohnehin psychisch labilen Frischoperierten zur Verzweiflung zu bringen, den Glauben an die Genesung und den guten Willen, sich aktiv am Genesungsprozess zu beteiligen, im Keim zu ersticken.

All die zuletzt geschilderten, mehr oder weniger lästigen Begleiterscheinungen der postoperativen Phase sind alltägliche und grösstenteils vermeidbare Vorkommnisse.

Die lebensbedrohlichen Komplikationen aber ereignen sich naturgemäss nur dort, wo grosse, spezielle Eingriffe vorgenommen werden, wo durch Krankheit vorgeschädigte oder schwerverletzte Leute notfallmässig behandelt werden müssen. Diese Tatsache entbindet jedoch keine Schwester davon, sich über die möglichen Gefahrenquellen genau zu instruieren, auch wenn es sich nur um eine Pflege nach wenig eingreifenden Operationen bei an und für sich gesunden Menschen handelt.

Niemand möge sich selbstzufrieden hinter dem oft zitierten Wort verschanzen: Es ist ja bis jetzt immer alles gut gegangen; bei uns gibt es nie Zwischenfälle! Tragen wir alle aktiv unsern Teil dazu bei, dass kein Patient das Opfer von Nachlässigkeit, Unkenntnis und Ignoranz gegenüber Neuerungen werde und niemals durch Zeitmangel zu Schaden komme.

Der *Schweizerische Samariterbund* hat seinen Zentralpräsidenten *Emil Zweidler* am 14. September 1962 durch den Tod verloren. Herr Zweidler hat sein Amt als Nachfolger des vor viereinhalb Jahren verstorbenen Präsidenten Paul Hertig angetreten. Der Verstorbene hat sich neben seiner langjährigen Tätigkeit als Prokurist an der Zürcher Kantonalbank voll für das Samariterwesen eingesetzt. Die Anpassung der Ausbildung der Samariter an die neuzeitlichen Erkenntnisse und Aufgaben lagen ihm besonders am Herzen. Seine Bemühungen um das Samariterwesen wurden sogar im Ausland anerkannt, erhielt er doch im Jahre 1961 in St. Gallen die goldene Rotkreuzmedaille, überreicht durch den mailändischen Vertreter des Italienischen Roten Kreuzes. Im Namen der Leser unserer Zeitschrift sprechen wir dem Schweizerischen Samariterbund unsere aufrichtige Teilnahme aus.

Die Redaktion.

Eine Schulschwester und zwei Schülerinnen stellen sich diese Frage. Lassen wir zuerst die Schülerinnen reden. Beide haben ihre Krankenberichte am Ende des ersten Semesters verfasst.

«Jeder Patient ist vom andern verschieden, jeder kommt aus einem anderen Milieu, jeder hat ein eigenes Leben geführt, sein eigenes Schicksal erlebt. Ich versuchte, in eines dieser Leben Einblick zu bekommen und lernte dadurch auch den Patienten besser verstehen.

Der 47jährige Herr W. liegt seit einigen Wochen im Spital. Nach einem Verkehrsunfall musste ihm ein Bein amputiert werden. Er ist Bauarbeiter. Soviel ich beurteilen kann, ist Herr W. sehr leicht beeinflussbar. Je nachdem, wer im Sechsersaal gerade tonangebend war, liess sich Herr W. auf gute oder schlechte Art beeinflussen. Mir war Herr W. am Anfang gar nicht sympathisch, weil er oft grob und ungezogen redete, obschon er zu mir persönlich immer sehr anständig war. In den schweren Tagen nach seiner Operation lernte ich ihn dann auch besser kennen.

Eben war ich im Begriff, die Nachttischlämpchen hinzustellen und den Patienten die letzten Wünschlein zu erfüllen, als ich bemerkte, dass Herr W. in seine Kissen hineinschluchzte. Im ersten Moment erschrak ich ein wenig. Aber ich liess mir weiter nichts anmerken und wünschte jedem Patienten eine gute Nacht, wie immer. Als ich zum Bett von Herrn W. trat, weinte er noch immer und sagte dabei etwas zaghaft: Schwester, haben Sie noch einen kleinen Moment Zeit? Eigentlich hatte ich nicht viel Zeit übrig an jenem Abend, wir hatten noch recht viele Aufgaben. Aber ich konnte nicht anders als am Bett stehenbleiben und zuhören.»

Aus Gründen der Diskretion soll hier die Erzählung nicht wie von der Schülerin aufgezeichnet wiedergegeben werden. Es handelt sich um grosse seelische Not, entstanden durch eigenes Verschulden des Patienten seiner Familie gegenüber. Hat er sich früher in seiner rücksichtslosen Art über die Gefühle und Wünsche seiner Frau einfach hinweggesetzt, so scheint nun die Frau ihrerseits eigene Wege zu gehen. Momentan hilflos und abhängig, bangt der Patient vor der Düsterkeit seiner Zukunft.

...«Es ist natürlich schwer, in solchen Dingen Herrn W. zu helfen. Wir können eigentlich nur zuhören und unsere Patienten gut pflegen, damit sie möglichst bald wieder nach Hause gehen können.»

Zweiter Bericht: «Frau H., 42jährig, wurde ins Spital eingeliefert wegen Suicidversuchs. An jenem Abend, als ich auf die Abteilung kam, trat Schwester M. gerade aus dem Zimmer Nr. 8 und trug in der Hand den Bettbügel, das Nachttischlämpli und ein Glas. Sie erzählte mir, Frau H. habe eine Andeutung gemacht, sie wolle sich diese Nacht das Leben nehmen, und darum müssten diese Sachen aus dem Zimmer entfernt werden.

Diese Frau tat mir aufrichtig leid, sie war ganz allein in ihrem Zimmer und hatte nichts anderes zu tun, als über ihren Kummer nachzudenken. Als ich ihr das Nachtessen servierte, verweilte ich einen Moment länger im Zimmer als gewöhnlich. Und in dem Gespräch, das wir miteinander führten, kam immer wieder der Name Anni vor. Ich fragte sie nun, ob ich dieser Anni telefonieren solle oder ob sie herkommen solle. Aber Frau H. schüttelte nur den Kopf und fing dann zu erzählen an.» ...

Nun folgt die Schilderung der ehelichen Zerwürfnisse, der Sorge um die einzige Tochter, ein geliebtes 13jähriges Mädchen, und der eigenen seelischen Verfassung, aus welcher kein anderer Ausweg zu führen schien als der Weg in den Tod.

...«Was konnte ich da machen? Wohl konnte ich Frau H. ein wenig Trost zusprechen, aber was half das schon? Ich glaube, diese Frau muss allein einen Weg finden.»

Diese zwei Berichte weisen auf Begebenheiten hin, denen die diplomierte Schwester alltäglich begegnet, die aber für die junge Schülerin ein bedrückendes Erlebnis bedeu-

ten. Ein erwachsener, fremder Mensch spricht zu ihr von seinen intimsten Sorgen und Aengsten. Unvermutet enthüllen sich ihr die Lasten, die auf vielen Patienten liegen, die in der Einsamkeit des Krankenzimmers anwachsen und immer schwerer drücken. Wie machtlos fühlt sich die junge Schülerin vor so viel Not, was soll sie tun, wie sich verhalten, was erwartet der Patient von ihr?

Die Verfasserinnen der Berichte haben eines erkannt: die wohltuende Wirkung ihres Zuhörens auf die Patienten. War es wohl gerade dieses, was die Patienten brauchten, eine junge unbekannte Krankenschwester, die einfach zuhört und aufrichtige Teilnahme zeigt? Fühlen sie sich durch diese Aussprache schon erleichtert, sogar angeregt, ihre Lage klarer zu überprüfen und selber einen geeigneten Ausweg zu suchen?

Aber die Schülerin geht nicht erleichtert vom Krankenbett weg, die Schulschwester kann dies immer wieder beobachten. Ihr Mitgefühl ist geweckt, zahllose Fragen beschäftigen sie, sie möchte helfend einspringen, aktiv handeln können. Der Wunsch zu helfen, ganz allgemein und umfassend, hat sie zu dieser Berufswahl geführt. Schon vom Beginn der Schwesternausbildung an wird praktische, pflegerische Hilfeleistung geübt, sollte diese Hilfsbereitschaft vor der seelischen Bedrängnis der Patienten Halt machen? Wenn nicht, wo findet die Schülerin die Anleitung und Führung, deren sie bedarf, um solche Gespräche zu verarbeiten, um herauszufinden, worauf sie dabei zu achten hat, was für den Heilungsverlauf von besonderer Bedeutung ist? Die Schulschwester, der Arzt, der Psychologe können der Schülerin Wesentliches vermitteln, doch ist es wohl die Abteilungsschwester, die auf die Schülerin den unmittelbarsten Einfluss ausübt. Durch sie wird das menschliche Klima auf der Krankenstation bestimmt, von ihr hängt es ab, ob sich die Schülerin an sie wendet mit allem, was sie bewegt. Sie darf Beraterin der Schülerin sein, nicht nur bei technischen Verrichtungen, sondern auch im Gebiet der menschlichen Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten. Durch ihr Verhalten kann sie auf entscheidende Weise auf die Schülerin einwirken und sie vor zwei verhängnisvollen Wegrichtungen bewahren: vor dem Sichverschliessen angesichts der Not des Patienten, dem Vonsichweisen bedrückender menschlicher Probleme mit der Begründung, andere Berufsgattungen wüssten hier besser Rat (der Seelsorger, die Fürsorgerin) — und anderseits vor einem allzu intensiven Mittragen, einer Ueberbelastung des eigenen Mitgefühls.

Viele Schwestern schrecken vor dieser Rolle als Beraterin zurück, da sie denken, sie seien zu wenig dazu vorbereitet. Je eingehender und systematischer sie sich selber während ihrer Berufsausbildung mit solchen Fragen der zwischenmenschlichen Beziehungen befassen konnten, desto verständnisvoller werden sie später als Vorgesetzte den Schülerinnen begegnen. Doch wo Abteilungsschwestern und Schulschwestern gemeinsam und in gegenseitiger Ergänzung an ihre erzieherischen Aufgaben herangehen, sind wohl die besten Voraussetzungen vorhanden, dass die Schülerinnen trotz aller schweren Eindrücke während ihrer Lehrzeit freudig und zuversichtlich in ihren Beruf hineinwachsen. AMP

Unfreiwilliger Humor in der Schwesternschule

«Pasteur war der Entdecker des Hundeerregers.»

«Die sportliche Betätigung ist sehr gesund, besonders wenn auch die Muskeln beteiligt sind.»

Geschichte der Krankenpflege: «1900 wurde die erste Schulschwester ins Leben berufen.»

Psychologieunterricht in der Schwesternschule

Wann soll er beginnen? — So früh wie möglich. Nachfolgende Auszüge von Schülerinnenarbeiten zeigen, wie sehr diese jungen Mädchen für Anleitung und Wegweisung in der Begegnung mit den Patienten empfänglich sind [1].

«Wir Frauen sind zum Glück von Natur aus feinfühlend und haben das Pflegen ‚in uns', trotzdem machte ich die Erfahrung während meiner Schwesternhilfezeit, dass man einfach unsicher ist und nicht weiss, was im Kranken zutiefst vorgeht. Diese Unsicherheit einigermassen zu beheben, dazu hilft uns der psychologische Unterricht. Die Psychologie macht uns ja aufmerksam, dass jede Störung im Organismus auch eine seelische Störung mit sich bringt. Der Kranke ist vielleicht traurig, weil er Angst und Sorgen hat um die Seinen zu Hause, oder er ist trotzig, weil er sich nutzlos vorkommt und den Sinn seines Leidens nicht erfasst. — Diese Menschen müssen wir mit grosser Einfühlungsgabe pflegen; ihnen helfen, in der ‚neuen Welt' sich zurechtzufinden und ihnen die richtige Einstellung zur Krankheit geben.»

«Die Krankenschwester muss sich jedem Patienten anpassen können. Jeder Mensch ist ein Individuum. Das müssen wir immer berücksichtigen und auch danach handeln. Wir können nicht jeden auf dieselbe Art und Weise ansprechen. Der eine führt gern ernste Gespräche, der andere lustige. Der eine spricht gern und viel, der andere ist eher schweigsamer Natur. Da heisst es mit Feingefühl herausfinden, welche Art jeden einzelnen anspricht. ... Manchmal ist es vielleicht schwer, mit ernstem Gesicht ein Zimmer zu verlassen, um gleich darauf lachend das nächste zu betreten, oder auch umgekehrt. Man muss sich sehr in der Gewalt haben, aber das müssen wir einfach können. Wie oft kann nur durch ein unüberlegtes Wort vieles zerstört werden.»

«Durch den Psychologieunterricht lernen wir nicht nur unsere Mitmenschen beobachten, sondern auch uns selber. Mit sich selbst muss man in erster Linie zurechtkommen. Erst dann gilt die Fremdbeobachtung. Verstehen heisst: den Ausdruck des Leibes und der Seele richtig deuten, jedem Ausdruck seinen Sinn geben. Der Charakter jedes einzelnen spielt eine grosse Rolle. Wir müssen das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden können. Es ist wichtig, den Patienten so gut als möglich verstehen zu können. ... Wir sind ja in erster Linie da, ihnen viel Gutes zu tun, ihnen zu helfen.»

[1] Diese Arbeiten sind drei Monate nach Kursbeginn von Schülerinnen der Krankenpflegeschule Ilanz verfasst worden.

Weihnachtsaktion

Der SVDK bittet die Leser, den Aufruf zur Weihnachtsaktion als freudige Verpflichtung aufzufassen. Unsere Mitschwestern, die einsam oder in Not sind, sollen auch dieses Jahr in der Festzeit erfahren, dass ihre Berufskolleginnen an sie denken.

Ihre Gabe wollen Sie bitte auf Postcheckkonto VIII 42274 einzahlen, an den «Schweizerischen Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Zürich». Auf der Rückseite des Postchecks bitte vermerken: *«Weihnachtsaktion»*.

Herzlichen Dank allen Spendern.

François, âgé de six mois et demi, entre à la clinique infantile, envoyé par un pédiatre pour des crises convulsives.

La crise convulsive est une décharge motrice soudaine et violente, liée à un disfonctionnement cérébral; c'est un mode de réaction du cerveau à des incitations très diverses. Les enfants font des convulsions plus facilement que les adultes, à cause de l'inachèvement du névraxe à la naissance, et aux propriétés particulières (anatomiques et physiologiques) du cerveau au début de la vie. — Les causes peuvent être variables: fièvre, hypoglycémie, hypocalcémie, hématome cérébral, encéphalopathie, etc. — En pédiatrie, il est très important de distinguer les crises convulsives fonctionnelles des crises lésionnelles de pronostic grave (lésion cérébrale, paralysie, etc.), et de celles encore qui évoluent vers l'épilepsie.

Présentation de François: A première vue, il paraît être un beau bébé (grands yeux bleus, cheveux blonds et rares), éveillé et souriant. Le premier contact s'établit lors du bain du matin; ce contact est facile et bon dès le début, car, bien que le bébé ne semble pas s'ennuyer, il est heureux qu'on s'occupe de lui, s'amuse dans sa baignoire, sourit. Mais il est trop agité et ses mouvements sont brusques.

Anamnèse: L'accouchement a été normal, après une grossesse bien supportée. Le poids à la naissance était de 3,250 kg, et le bébé s'est développé normalement. Il n'a jamais été malade jusqu'à l'affection actuelle.

Dès l'âge de trois mois, l'enfant, à deux ou trois reprises pendant la journée, présente des crises convulsives par salves de deux ou trois; après les crises, il reste somnolent. Les crises sont apparues après la première injection de vaccin Di-Te-Per et Salk. Un électro-encéphalogramme a été fait, qui montre une anomalie, mais encore François n'a pas pu, vu son âge, participer à cet examen (yeux ouverts, agitation), l'E. E. G. n'a pas pu être interprété de façon certaine. François n'a reçu que du Calcium Sandoz. C'est le pédiatre qui envoie l'enfant en observation à la clinique de pédiatrie.

Status (à l'entrée). L'état général de François est apparemment bon. Son état de nutrition est excellent. Il mange et digère bien; son abdomen est plat et indolore; ses selles sont régulières. — Son comportement semble correspondre à son âge; il s'intéresse à ce qui l'entoure et porte tout ce qu'il prend à sa bouche. Cependant, il commence seulement à se tenir assis; il est peut-être trop agité aussi. Il voit les objets et ses pupilles sont égales.

Evolution: Durant la première semaine, François est très gai, souriant, parfois agité et nerveux, mais on n'assiste à aucune crise convulsive. Tous les matins, il est pesé, baigné, et se prête volontiers à ces soins de toilette (à part le nettoyage des oreilles et du nez, naturellement!). Habillé d'une salopette, il passe la matinée, soit attaché dans son lit, soit dans un parc, à la petite salle de jeux, avec d'autres bébés de son âge. — Après son repas à la cuillère, pris sur les genoux de l'infirmière, il dort jusqu'à 15 heures; puis boit alors sa première bouteille. Après avoir été changé — prise de température —, il joue jusqu'à 18 heures (lit ou parc), et prend son second repas à la cuillère; puis il est préparé pour la nuit. Il dort dans une chemise-sac pour qu'il ne prenne pas froid en se découvrant. La veilleuse le change à 20 heures, ainsi qu'à 6 heures où il aura sa seconde bouteille. — Cet horaire ne change que lors d'examens qui se font le matin. — Pendant la journée, François garde une humeur égale; il s'amuse avec ses jouets, ou s'évertue à trouver de nombreuses onomatopées. — Il aime qu'on s'occupe de lui, qu'on le porte, mais ne le réclame jamais. Il ne manifeste aucune jalousie (lorsqu'on porte d'autres enfants); il semble d'ailleurs complètement ignorer le bébé (dix mois) qui se trouve dans le même boxe que lui. C'est donc un bébé facile et joyeux.

Examens. Les nombreux examens que François doit subir ne semblent pas lui être trop désagréables; sitôt l'examen terminé, il cesse de pleurer et paraît oublier. — Si l'examen n'est pas exécuté par l'infirmière qui s'occupe de lui, elle est toujours présente pour que le bébé ne soit pas trop effrayé, qu'il voie quelqu'un de connu.

Examen d'urines: L'examen complet est normal. L'urine est récoltée au moyen d'une poche à anus *praeter* (poche Perfecta) posée à 6 heures et enlevée à 8 heures environ.

Examen de sang: Le sang capillaire est pris par une laborantine. Le sang veineux est pris par le médecin, par ponction à la fontanelle. Le bébé doit être couché, la tête légèrement plus basse que le corps, puis assis sitôt la prise terminée. — Les examens faits donnent des résultats dans les limites normales.

Radiographie. Les radiographies du crâne (face et profil), sont normales. Il a été assez difficile de prendre ces radios. Le bébé était agité et ne pouvait pas comprendre, bien sûr, qu'il fallait rester tranquille sur une table de bois dur!

Examen du fond d'œil. Cet examen a été fait après dilatation des pupilles (une goutte de Mydriaticum quatre fois dans les deux heures qui ont précédé l'examen, dans le but de provoquer une mydriase et une paralysie de l'accommodation); l'examen est rendu difficile, car François regarde de droite et de gauche; mais, d'après l'ophtalmologue, il n'y a pas de lésion visible.

Transillumination du crâne. On fait passer une lampe de poche sur le crâne du bébé pour apercevoir une éventuelle malformation ou un hématome. La clarté diffusée est symétrique et normale des deux côtés. L'auscultation du crâne ne montre rien d'anormal non plus.

Electro-encéphalogramme. A 9 heures, on injecte i. m. à François 8 mg de Phenergan (antihistaminique et hypnotique) et 4 mg de Largactil (tranquillisant, dépresseur du S. N. central et neuro-végétatif). Il s'assoupit rapidement; la promenade en poussette anglaise jusqu'au centre de radiologie ne le réveille pas. A dix heures, l'E. E. G. peut être enregistré dans de bonnes conditions. On prend l'enfant sur les genoux et l'on doit veiller qu'il n'ouvre pas les yeux; il reste calme, réagit lors des éclairs lumineux et des coups de sifflet, mais ensuite dort si profondément qu'il ne pleure même pas lorsqu'on lui fait un shampooing pour enlever la pâte qui tenait les électrodes. Rentré à la clinique, il est si pâle qu'on le laisse quelque temps en position de Trendelenbourg, jusqu'au réveil.

Le tracé de l'E. E. G. présente les caractéristiques d'une hypsarythmie.

L'hypsarythmie, ou tic de Salaam, ou tic de la salutation, ou maladie des spasmes en flexion, qui est une forme particulière de l'épilepsie, rare, apparaît entre 6 et 12 mois; elle est d'un pronostic grave (abêtissement rapide, régression psychomotrice, quadriplégie souvent). Il peut y avoir une association avec une microcéphalie ou une hydrocéphalie.

Encéphalographie gazeuse. François est à jeun. A 8 heures, on lui donne $^1/_4$ de mg d'atropine intramusculaire (alcaloïde de la belladone) pour préparer la narcose, et on le descend en radiologie. A ce moment, il présente des convulsions (action causale de l'atropine?); ce sont des spasmes en flexion typique: flexion brusque de la tête en avant, mouvements d'embrassement des deux membres supérieurs, flexion des membres inférieurs, yeux révulsés vers le haut, pas de perte de salive, inconscience. — Les crises se répètent plusieurs fois de suite par salves de deux ou trois et cessent sans intervention. — François semble angoissé et effrayé. L'examen se fait malgré ces crises. L'enfant est déshabillé, endormi et intubé; il restera sous narcose, en circuit fermé, jusqu'à la fin de l'examen. Il est placé en position assise, et on doit le maintenir dans cette position. Le médecin, par ponction lombaire, retire 55 cm^3 de L. C. R., qu'il remplace par 60 cm^3 d'air (pris sur une flamme), puis plusieurs clichés radiologiques sont pris. Cette méthode permet la mise en évidence du système ventriculaire de l'encéphale, l'air étant plus perméable aux radiations que la substance cérébrale.

Rentré dans sa chambre, François se réveille une heure plus tard et reste assoupi jusqu'au lendemain. Il n'aura que du thé toute la journée, à cause d'un léger vomissement au réveil. Il ne semble pas souffrir particulièrement de la résorption de l'air, qui dure deux à trois jours.

Cet examen révèle un début *d'hydrocéphalie interne* symétrique (dilatation progressive des ventricules par accumulation de L. C. R.), pour des causes diverses, souvent inconnues, en général rebelles à la thérapeutique.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien ne révèle rien d'anormal.

Diagnostic. D'après les paroles du professeur, lors d'une visite: « Vu les signes de latéralisation à l'E. E. G. et vu qu'à l'encéphalographie gazeuse, il y a plus d'air dans l'espace méningé du côté gauche, faisant penser à un début d'atrophie cérébrale, vu d'autre part l'hydrocéphalie interne, il faut penser à une lésion organique, avec hypsarythmie symptomatique. »

Evolution. Dès le lendemain de sa narcose, François tousse; il reçoit trois fois cinq gouttes de Résyl dans ses repas, et deux fois une goutte de Protédrine dans le nez, pendant 15 jours. — Il a perdu du poids. Après un contrôle de l'hémoglobine et des leucocytes, il reçoit une cure d'A. C. T. H. à raison de 40 unités i. m. par jour de Cortrophine Z, pendant 15 jours (préparation en solution acqueuse de l'hormone adrénocorticotrope, lobe antérieur de l'hypophyse — à laquelle il a été ajouté du zinc pour donner une action prolongée et plus puissante à l'A. C. T. H. en général). L'A. C. T. H. ne guérit aucune maladie, elle ne fait que modifier les réactions de l'individu envers certains agents pathogènes, dans toutes sortes de

maladies. Comme l'A. C. T. H. diminue la résistance aux infections, l'enfant prendra deux fois 300 000 unités de Maxipen pendant sa cure (pénicilline synthétique en solution orale). — Dès les premières injections, François change d'attitude: il est irritable, paraît mal dans sa peau; il pleure, ne sourit plus, il ne s'intéresse plus aux jouets qu'on lui présente; il suffit de le regarder pour qu'il se mette à crier. — Jusqu'à la fin de la cure, il prend trois fois par jour un comprimé de Luminalette à 0,015 g, écrasé dans ses repas (Phénobarbital, sédatif et hypnotique) qui le rendent somnolent et indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il n'est heureux que lorsqu'il mange; il avale d'énormes assiettes de purée et de bouillie, à grande vitesse, sans s'apercevoir du goût du Maxipen et du Résyl mélangés à ses repas. Si on cesse de lui donner à manger avant que sa faim se soit rassasiée, il pousse des cris effrayants! — Son poids, en deux jours, monte de 7,6 kg à 7,9 kg; cette hausse n'est pas due à la nourriture, mais à la perturbation de l'équilibre hydrique causée par l'A. C. T. H. (rétention de Na, des chlorures et de l'eau). — Malgré une nourriture abondante, l'enfant reste autour de 7,9 kg pendant sa cure, ses selles sont volumineuses. Par contre, dans les jours qui suivent l'arrêt des médicaments, il transpire et urine abondamment, son poids descend à 7,48 kg, sa température, qui oscille généralement entre 36,5 ° et 37,2 °, est à 35,0 °. — Deux E. E. G. faits pendant et après la cure, dans les mêmes conditions que le premier, montrent une évolution relativement favorable. Dès le sixième jour après l'arrêt de la cure, François reprend régulièrement du poids; il est plus calme, voire abattu. Ce n'est qu'une semaine plus tard qu'il sourit à nouveau (en montrant deux incisives toutes neuves!). — Il se remet à jouer, il rit encore plus souvent qu'avant son traitement; il paraît très heureux de vivre, chacun aime à jouer avec lui. Mais ce qui se passe autour de lui ne semble pas l'intéresser, et il ne se tient toujours pas assis. Il a perdu son agitation et sa nervosité. Comme aucune crise n'a été encore remarquée, à part celle qui s'est produite avant l'encéphalographie gazeuse, et que les E. E. G. sont toujours mauvais, l'enfant est placé une journée entière sous surveillance spéciale: une infirmière ne le quitte pas des yeux de 7 heures à 19 heures, mais elle n'assiste à aucune crise, aucun vertige, aucune absence.

Après avoir subi un examen de contrôle (sang et urines), donnant des résultats normaux, et un examen psychiatrique d'où il ressort qu'il a un développement psychomoteur normal, mais un retard de deux mois dans son développement mental, François peut rentrer à la maison.

Les différents statuts sont, en gros, comme à l'entrée. Le poids est monté de 7,79 kg à l'entrée à 8,40 kg. — Le médecin prescrit le même régime que François a suivi à la clinique et un comprimé de Luminalette par jour. Le développement de l'enfant devra être suivi de près.

Rapports avec les parents. Les parents habitant une localité éloignée, on n'a eu l'occasion de voir la mère de François qu'au moment du départ de celui-ci. Pendant son séjour, l'enfant n'a eu que les visites rapides d'une tante qu'il ne semblait pas reconnaître.

Contacts de l'infirmière avec l'enfant

Il n'est pas possible de ne pas être touché par le contraste entre le diagnostic sévère posé dans le cas de François, et le fait que cet enfant actuellement est un bébé apparemment splendide, qui, bien sûr, ne se doute pas de son avenir. — Ce contraste est une des raisons qui rend le contact avec un tel enfant attachant, et aussi très différent de celui qui s'établit avec un adulte, plus ou moins conscient de son état et qui a déjà un passé dont il peut parler. Le contact avec les bébés est marqué d'une dépendance absolue, qui donne naissance à une grande confiance envers la personne qui s'occupe d'eux. Ainsi, de part et d'autre, le contact est inévitablement attachant et ne peut être superficiel. Il est peut-être plus pénible à supporter pour l'infirmière que le contact avec un adulte, par exemple, lorsqu'on connaît le diagnostic grave, lorsqu'on doit exécuter des examens douloureux sans pouvoir en expliquer le pourquoi; lorsqu'on ne constate aucun progrès mental, tandis que l'enfant, lui, sourit, joue ou pleure, inconscient de son état et tout à fait impuissant, irresponsable. Mais ce contact peut apporter énormément de joie à l'infirmière, car rien n'est plus beau que le regard d'un enfant confiant et heureux.

Sources: Certains renseignements ont été pris dans le « Précis de Médecine infantile », P. Genet; dans le « Vademecum clinique », et le livre de pédiatrie de E. Glanzmann.

Anne-Lise Clavel, « La Source »,
élève de deuxième année.

Entraide de Noël

L'ASID prie les lecteurs de voir dans son appel en faveur de l'entraide de Noël une obligation à assumer avec joie. Nos infirmières solitaires ou dans le besoin doivent savoir cette année aussi, au moment des fêtes, que leurs collègues pensent à elles.

Vous voudrez bien verser votre don à l'adresse de: « Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger, Zurich », compte de chèques postaux VIII. 42274. Prière d'indiquer au dos du bulletin de versement: « *Entraide de Noël* ».

Un chaleureux merci à tous les donateurs.

Concours du Conseil international des infirmières (ICN)

Ce concours a été annoncé dans les numéros de mai et juin 1962 de la Revue. Par ces lignes, nous désirons donner à nos lecteurs quelques informations complémentaires à ce sujet.

Rappelons d'abord le thème du concours: *Le serment de l'infirmière,* à prononcer à l'occasion de la remise du diplôme. Les textes devront s'inspirer du code international de déontologie de l'infirmière.

Neuf concurrentes se sont présentées: une Suissesse romande et huit Suissesses allemandes.

Le Comité central a constitué le *jury,* qui se compose des personnes suivantes: Mesdemoiselles L. Bergier, M. Comtesse, E. Maire, A. Nabholz, A.-M. Paur, diaconesse A. Meier, Ehrwürden E. Steinacher.

Le Comité central décernera un prix aux trois meilleurs travaux. Le travail qui obtiendra le premier prix sera envoyé à l'ICN, au comité pour la déontologie de l'infirmière.

Voici les *conditions de participation* au concours, telles qu'elles ont été envoyées aux candidates:

— Les concurrentes doivent être membres de l'ASID;
— le texte du « Serment de l'infirmière » est à remettre en cinq exemplaires, écrits à la machine, d'un seul côté de la feuille;
— n'envoyer aucun travail qui ait déjà été publié;
— le travail doit parvenir à la rédaction de la *Revue suisse des infirmières* jusqu'au 1er novembre 1962.

Aussitôt que les travaux auront été reçus et appréciés et que l'ICN aura donné son autorisation pour leur publication, nous présenterons à nos lecteurs quelques-uns de ces serments. Nos concurrentes auront sans doute des réflexions intéressantes à nous communiquer à ce sujet.

Le doigt dangereux

Une lectrice attire notre attention sur la photo de couverture du numéro d'octobre de la Revue.

S'agit-il d'une faute de technique ou d'un effet d'optique trompeur? Le doigt de l'infirmière est-il appuyé sur l'aiguille stérile? Non, ce serait trop grave; admettons plutôt que ce doigt suspect se trouve seulement très près de l'aiguille et va incessamment se plier pour se poser doucement sur la garde.

Sektion Aargau/Solothurn: *Aufnahmen:* Die Schwestern Margret Altermatt, Silva Jäggi, Rosmarie Ritter, Hannelore Wehrli, Myrtha Dietschi, Theresia Kerbler, Helene Schreiner. Alle Schwestern mit Diplom der Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn. — *Wiedereintritt:* Frau Erna Lanz-Frischknecht, geb. 22. Dezember 1911 von Herisau AR. — *Anmeldungen:* Schw. Margrith Jelk, geb. 1920, von Plaffeien FR, Diplom der Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn; Pfleger Max Matter, geb. 1934, von Buchs AG, Diplom der Krankenpflegerschule Winterthur.

Sektion Bern: *Anmeldungen:* Schw. Martha Hostettler-Plüss, geb. 1926, von Rüschegg BE, Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun; Schw. Adelheid Schwarz, geb. 1936, von Langnau BE, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Schw. Rosa Zäch, geb. 1911, von Oberriet SG, Krankenpflegeschule St. Claraspital, Basel. — *Aufnahmen:* Die Schwestern Ursula Lädrach, Ruth Schaer, Heidi Trudi Schneider, Annemarie Stalder, Elisabeth Charlotte Tschannen. — Das Abzeichen Nr. 254 ging verloren und wird ungültig erklärt.

Gemeindeschwesternzusammenkunft: Mittwoch, 21. November 1962, um 14.30 Uhr, in der Gemeindestube Nydegg (Läuferplatz-Mattenenge). Wir basteln mit einer Kindergärtnerin für die Weihnachtszeit. Mitbringen: Schere, Bleistift, Gummi, Lineal und Klebstoff (Zementit). LZ

Weihnachtsfeier: Auch dieses Jahr wollen wir uns zu einer besinnlichen Feierstunde unter dem Weihnachtsbaum zusammenfinden. Wir laden alle unsere Aktiv- und Passivmitglieder herzlich ein zu dieser gemeinsamen *Weihnachtsfeier,* die am Mittwoch, 19. Dezember, 15.30 Uhr, im Esszimmer des Lindenhofspitals Bern, stattfindet. Ihre Anmeldung erbitten wir bis 15. Dezember an Schw. Sonja Regli, Sekretärin der Sektion Bern, Choisystrasse 1, Bern, Telefon 2 94 03.

Sektion St. Gallen, Thurgau, Appenzell und Graubünden: *Anmeldung:* Schw. Marianne Ruh, geb. 1939, von Zürich, Diplom der Schweizerischen Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof, Bern.

Section Vaud-Valais: *Demandes d'admission:* Mesdemoiselles Jacqueline Frossard, Ecole d'infirmières Sion; Madeleine Caloz, Hôpital de Sion; Françoise Bæhler, actuellement à l'étranger; Esther Chevalley, Hôpital cantonal, Lausanne; Hélène Grandjean, Hôpital cantonal, Lausanne; Sr. Marie-Paul Carrupt, Ecole d'infirmières Sion; Sr. Antoine Pralong, Ecole d'infirmières Sion; Sr. Marie-Zénon Bérard, Ecole d'infirmières Sion.

Sektion Zürich, Glarus, Schaffhausen: *Anmeldungen:* Werner Beuggert, geb. 1938, von Unterseen BE, Krankenpflegerschule Winterthur; Bruno Beurer, geb. 1936, von Altnau TG, Krankenpflegerschule Winterthur; Adelheid Juzi, geb. 1937, von Ermatingen und Flawil SG, La Source, Lausanne; Verena Krebs, geb. 1940, von Wattenwil BE, Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern; Justine Morf, geb. 1938, von Thalheim an der Thur ZH, Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern; Ida Schmid, geb. 1926, von Hünenberg ZG, Krankenpflegeschule Theodosianum, Zürich; Willi Thalmann, geb. 1936, von Wiezikon TG, Krankenpflegerschule Winterthur. — *Gestorben:* Margrit Kränzlin-Hafner.

Die Mitglieder von **Schaffhausen und Umgebung** sind herzlich eingeladen zur Adventfeier im Schwesternhaus I des Kantonsspitals Schaffhausen, Mittwoch, 5. Dezember 1962, um 20 Uhr. — Bei genügender Beteiligung Busfahrt bis zum Spital. Anmeldungen bitte bis 1. Dezember an Schw. Margrit Müller-Grundbacher, Barterweg 731, Thayngen, Telefon (053) 6 77 36.

Unfallversicherung: Die Mitglieder der Kollektiv - Unfallversicherung des *(ehemaligen) Krankenpflegeverbandes Zürich* wollen bitte ihre Prämie für 1963 auf Postcheckkonto VIII 3327, «Krankenpflegeverband Zürich», bis spätestens 15. Dezember einzahlen, mit dem Vermerk «UV».

Cours préparant au diplôme d'infirmière d'hygiène sociale

organisé par l'Ecole genevoise d'infirmières « Le Bon Secours », Genève, en collaboration avec la section genevoise de la Croix-Rouge suisse et l'Ecole d'études sociales

L'infirmière d'hygiène sociale

Nombreuses sont les institutions officielles et privées en Suisse et ailleurs qui demandent l'assistance d'infirmières d'hygiène sociale, dont le rôle est d'aider la famille comme l'individu à parvenir à un « état de complet bien-être physique, mental et social » (définition de l'Organisation mondiale de la Santé).

PROGRAMME

Le rôle de l'infirmière auprès des familles.

Rôle d'éducatrice sanitaire, de conseillère, de soignante. Connaissance des besoins psychologiques, sociaux et sanitaires des différents membres de la famille.

La mère et le nourrisson. L'hygiène prénatale, postnatale, questions d'hérédité. L'hygiène infantile, les étapes du développement mental, problèmes sociaux de la petite enfance.

L'enfant et l'adolescent. L'hygiène de l'âge préscolaire et scolaire au point de vue prophylactique et éducatif.

L'adulte. L'hygiène au lieu du travail, l'hygiène de la famille et de l'alimentation, la préparation à la retraite.

Le vieillard. La psychologie des vieillards. Problèmes sanitaires et sociaux posés par la vieillesse: aspect médico-social des maladies chroniques, l'assurance vieillesse et survivants, logements et foyers pour personnes âgées et diminuées.

L'infirmière dans la communauté. L'organisation sanitaire et sociale de la communauté. L'assistance et la prévention en Suisse et à l'étranger. La collaboration avec les différents membres de l'équipe médico-sociale. Principes et méthodes de travail avec des individus et des groupes. La lutte contre les maladies sociales.

Les méthodes d'enseignement. Conférences et cours par des spécialistes. Travaux en groupe: Discussions sur des problèmes pratiques rencontrés en stage. Exercices pratiques d'éducation sanitaire. Séminaires consacrés aux différents aspects du travail de l'infirmière d'hygiène sociale. Rencontres avec d'autres membres de l'équipe médico-sociale: médecins, assistantes sociales, auxiliaires familiales, etc. Visites d'institutions et de services sociaux à Genève et dans les environs. Expériences pratiques en relation avec le cours.

Renseignements généraux

Sont admises comme élèves régulières:

1° Les infirmières possédant un diplôme en soins généraux d'une école reconnue par la Croix-Rouge suisse et ayant travaillé pendant au minimum un an (de préférence deux) après l'obtention du diplôme.

2° Les infirmières possédant un diplôme étranger reconnu équivalent par la commission du cours et ayant travaillé pendant au minimum un an.

Des connaissances du travail de secrétariat sont souhaitables. Seules les élèves régulières seront admises aux examens et pourront obtenir le diplôme d'infirmière d'hygiène sociale.

Début des cours: lundi 4 mars 1963.
Fin des cours: vendredi 28 juin.

Horaire des cours théoriques et des stages pratiques: après une courte période d'introduction, la semaine se déroule de la façon suivante: trois jours de stage, deux jours d'étude (cours, séminaires, discussions, travaux). Samedi et dimanche libres.

Stage complémentaire: du 1er juillet au 31 août, ce stage est exigé des infirmières n'ayant pas d'expérience préalable dans un service d'hygiène sociale.

Les infirmières ayant déjà travaillé dans un tel service présenteront au début du cours un rapport sur leur expérience antérieure.

Auditeurs: Les cours théoriques sont accessibles à toute personne que le sujet peut intéresser.

Finance d'inscription: Cours complet: 250 fr. Sur demande motivée, une aide financière peut être obtenue dans certains cas pour couvrir une partie des frais d'étude et d'entretien.

Finances pour auditeurs: a) pour une heure 2 fr.; *b)* à partir de six heures 1 fr. 50.

Délai d'inscription: 1er décembre 1962.

Renseignements: Auprès de l'école d'infirmières « Le Bon Secours », 15, avenue Dumas, Genève, téléphone (022) 36 54 10.

Cours de perfectionnement organisé par la Société suisse de gérontologie en collaboration avec la Croix-Rouge suisse

Sous la direction du Prof. A. Delachaux, Lausanne

Thème: « Actualisation des soins aux malades chroniques et âgés »

Nombreux était le public professionnel sur les bancs de l'auditoire Spengler le samedi 20 octobre 1962.

Attirés par le programme de la journée les quelques 150 participants, venus du canton et d'ailleurs, ont été captivés par les brillants exposés de quatre médecins sur la physiopathologie du vieillard, les aspects psychologiques et psychiatriques, les troubles urinaires et leur traitement et les problèmes de diététique.

L'exposé de la kinésithérapeute de l'Hôpital Sandoz sur la participation de l'infirmière à la réhabilitation a été complété et illustré l'après-midi par diverses démonstrations, qui ont vivement intéressé le public. Celui-ci est reparti enrichi et désireux de mettre en pratique l'enseignement reçu.

Merci au professeur Delachaux, qui a organisé et dirigé la journée de main de maître; merci à tous les conférenciers, au personnel infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute et aux malades qui tous ont contribué au succès de ce cours de perfectionnement. A. Gysler

Croix-Rouge suisse

Nous avons le plaisir de vous annoncer la parution pour l'année du centenaire de la Croix-Rouge de deux ouvrages consacrés à Henry Dunant et à la fondation de la Croix-Rouge:

A la découverte de Henry Dunant. Par *Bernard Gagnebin* et *Marc Gazay*. Format 22 × 27,5 cm. 130 pages, couvertures cartonnée, photographies, dessins, fac-similés, hors-texte couleurs. Prix: fr. 25.—. Edition Georg, Genève, 1963 (disponible en janvier 1963).

Cet ouvrage très abondamment illustré et de belle présentation apporte une réponse enfin objective et complète à la question suivante: Qui était Dunant et quelle a été sa participation exacte à la fondation de la Croix-Rouge? Le professeur B. Gagnebin, conservateur de la bibliothèque de Genève où sont déposées la plupart des archives sur Henry Dunant et les origines de la Croix-Rouge, et Monsieur M. Gazay, directeur du Bureau de l'information de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, ont conjugué leurs connaissances approfondies sur ce sujet pour réaliser un document de grande valeur.

Nous saisissons cette occasion pour vous signaler qu'à l'occasion du centenaire de sa parution, nous avons réédité l'ouvrage:

Un souvenir de Solferino. Par *Henry Dunant*. Croix-Rouge suisse, Berne, 1962.

Format 13 × 18 cm. 149 pages, couverture brochée, photographies, un plan hors-texte. Prix de vente en librairie: 3 fr. 50. Prix auprès du Secrétariat central: fr. 2.—.

Loi fédérale sur les maladies rhumatismales

Le délai de référendum pour la loi du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales est échu le 26 septembre 1962, sans qu'il en ait été fait usage. La loi pourra probablement être mise en vigueur le 1er janvier 1963, de sorte qu'il sera possible d'allouer en 1964 des *subventions fédérales pour les frais que la lutte contre les maladies rhumatismales aura occasionnés en 1963.*

Service fédéral de l'hygiène publique

Was geschah auf einer psychiatrischen Männerabteilung, als Schwestern und Hilfskräfte in Privatkleidern zur Arbeit kamen? « Ritualism and Patient Reactions. » Von *Frances Gold Brown. American Journal of Nursing,* Vol. 12, Dezember 1961, Seite 63.

In der Krankenpflege, so schreibt die Autorin, gibt es oft Dinge und Handlungen, die zu einer Art Ritual geworden sind, die man gedankenlos beibehält, obwohl sie unnötig oder sogar sinnlos sind. Sie erinnert an das Bad oder die Dusche, die bis vor nicht allzu langer Zeit jeder Patient beim Eintritt über sich ergehen lassen musste, ob er sich nun vorher gewaschen hatte oder nicht. Manchmal kam es vor, dass Frauen sich vor Spitaleintritt noch extra schön herrichten liessen in einem Schönheitssalon. Das Ritual der Eintrittsdusche verdarb aber ihre ganze Pracht und nahm ihnen vielleicht gleichzeitig auch ihren Mut und ihr Selbstvertrauen. Solche Vorkommnisse wirken sich aber negativ auf die Beziehungen zwischen Schwestern und Patienten aus.

Im Oregon State Hospital, Salem, einem Psychiatriespital, wo grosser Wert auf einen guten Kontakt zwischen Schwestern und Patienten gelegt wird, hatte man den Eindruck, dass die weisse Schwesterntracht ein Hindernis bedeutete. Man fragte sich, ob eine Tracht für die Geisteskrankenpflege überhaupt notwendig sei und entschloss sich kurzerhand, diese Frage durch ein praktisches Experiment abzuklären. Das Pflegepersonal sollte, vorerst einmal auf der Männerabteilung, in Privatkleidern arbeiten, und man wollte bei dieser Gelegenheit die Reaktion sowohl der Patienten als auch der Schwestern beobachten.

Am ersten Tag erschienen nur die Schülerinnen ohne Tracht zur Arbeit. Die Patienten pfiffen sie aus und machten Bemerkungen. Die Schülerinnen wurden verlegen und standen wie Schulmädchen zusammen. Nach dem Neun-Uhr-Rapport wurden sie durch die Oberschwester aufgemuntert, fingen nun endlich richtig zu arbeiten an und vergassen bald ihre abgelegte Uniform. Ihre Gedanken konzentrierten sich ganz auf die Pflege der Patienten. Das einzige, was sie noch von den Patienten unterschied, war ein Passepartout, den sie als Erkennungszeichen vorzuweisen hatten, wenn sie ausserhalb der Abteilung etwas holen mussten.

Am zweiten Tag erschien auch die Oberschwester ohne ihre gewohnte Tracht. Anfänglich konnte sie gar nicht richtig arbeiten, da sie nur an sich und ihre Gefühle dachte. Einige Patienten fragten die Lernschwestern, wer denn nun als Oberschwester amtiere. Andere dachten, sie liebe ihre Abteilung so, dass sie sogar am freien Tag vorbeikomme. Einer sah sogar in ihr eine Spionin, weil sie nicht mehr in ihrem weissen Kleide war. Doch bald gewöhnten sich alle daran.

Am dritten Tag verzichteten auch die Hilfspfleger auf ihre weisse Uniform. Es gab einige Verwirrungen, weil sie allzu oft mit den Patienten verwechselt wurden. Doch hatten die Zivilkleider keinen negativen Einfluss auf die Qualität der Pflege.

Wie verhielten sich weiterhin die Schwestern, Hilfskräfte und Patienten? Die Schülerinnen waren begeistert, dass sie ohne Uniform pflegen durften. Sie hatten das Gefühl, dass sie nun wie Damen, und nicht nur wie Schwestern behandelt wurden. Dabei merkten sie, dass sie sich ohne Tracht viel mehr anstrengen mussten, um bei den Patienten Autorität zu erlangen. Der Kontakt zwischen Patienten und Schwestern wurde besser und menschlicher. Die Patienten waren weniger misstrauisch und hatten weniger Mühe, sich ihnen anzuvertrauen. Der Hygiene wurde mehr Aufmerksamkeit geschenkt, die Männer bügelten sich ihre Kleider und rasierten sich häufiger als sonst. Auch die Oberschwester, welche ursprünglich diesem Versuch ablehnend gegenübergestanden war, kam zur Ueberzeugung, dass ihre Autorität und ihre Beziehungen zur Abteilung nicht gelitten hatten. Es schien ihr, sie habe menschlich etwas gewonnen. Die Arbeit verlangte zwar viel mehr persönliche Hingabe von ihr als vorher, aber sie wurde nun um ihrer selbst willen ernst genommen und nicht allein wegen ihrer Oberschwesternuniform. Die Kranken fühlten sich nicht mehr wie Gefangene inmitten von weissen Gestalten. Die Moral auf der Abteilung stieg. Die Patienten begannen sich nun plötzlich füreinander zu interessieren und fühlten sich für «ihren» Saal verantwortlich. Der einzige Nachteil sei, so klagten die Schwestern, dass sie nun noch mehr Geld für Kleider auszugeben hätten.

Zum Schluss macht die Autorin ihre Leser noch auf die Tatsache aufmerksam, dass die Krankenpflege, wie die Welt um uns, in einem steten Wandel begriffen sei. Die Krankenschwestern sollten deshalb ihr gewohntes Verhalten und ihre vielleicht zur Routine gewordenen Verrichtungen immer wieder kritisch betrachten und sich fragen, ob sie noch sinnvoll seien.

Lily Renold

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

Stellen-Gesuche
Demandes de places

40jähriger, verheirateter

Pfleger

in ungekündigter Stellung, möchte sich verändern und sucht deshalb Stelle auf chirurgische Abteilung, eventuell auch Mithilfe im Operationssaal und Gipszimmer. Offerten mit Gehaltsangabe sind zu richten an Chiffre 3420 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Stellen-Angebote
Offres d'emploi

Wir suchen zu baldigem Eintritt

3 dipl. Krankenschwestern
1 dipl. Schwester für kranke und operierte Kinder
1 dipl. Krankenpfleger

Anmeldungen mit den üblichen Beilagen sind erbeten an das Bezirksspital Zofingen, Telefon (062) 8 31 31.

Wir suchen in unsere neuerstellte Spitalabteilung

2 Abteilungsschwestern

zur Betreuung der Frauen- und Männerabteilung. Es handelt sich um verantwortungsvolle Vertrauensposten. Wir bieten gute Entlöhnung, geregelte Arbeits- und Freizeit sowie modern eingerichtete Einzelzimmer. Bewerbungen sind an die Verwaltung des Alters- und Pflegeheims Frienisberg BE, Telefon (032) 8 23 76, zu richten.

In der Strahlenabteilung der Dermatologischen Universitätsklinik Zürich ist auf 1. Januar 1963 die Stelle einer

Röntgenassistentin

zu besetzen. Gutausgewiesene technische Röntgenassistentinnen oder Röntgenschwestern, wenn möglich mit Erfahrung in der Oberflächentherapie, wollen sich mit Zeugniskopien, Photo und Angabe der bisherigen Tätigkeit bei der Direktion der Klinik melden.

Dermathologische Klinik des Kantonsspitals Zürich, Gloriastrasse 31, Zürich 7/6.

Privatklinik Linde in Biel sucht gutausgebildete

Narkoseschwester oder Pfleger

Geregelte Freizeit und zeitgemässe Entlöhnung werden geboten. Offerten sind zu richten an die Oberschwester der Klinik.

Das Krankenhaus Davos, mit vielseitiger operativer Tätigkeit, sucht eine ausgebildete

Operationsschwester

Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Offerten sind an die Verwaltung zu richten.

Offene Privatklinik für Nervenkranke, 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 Dezember 1962.

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 Entlöhnung 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.

Gesucht in mittleres Landspital im Kanton Zürich eine

diplomierte Krankenschwester

für die chirurgische oder medizinische Abteilung auf 1. Dezember 1962. Besoldung und Ferien nach kantonalem Reglement. Offerten bitte an die Oberschwester des Kreisspitals Wetzikon ZH.

Für den Operationssaal unserer Neurochirurgischen Klinik suchen wir eine tüchtige, ausgebildete

Operationsschwester

Eintritt nach Vereinbarung. Schriftliche Offerten mit Zeugnisabschriften, Photo und Angabe der bisherigen Tätigkeit sind an das Personalbüro des Kantonsspitals Zürich, Rämistrasse 100, Zürich 6, zu richten.

Für den Operationssaal unserer Frauenklinik suchen wir eine tüchtige, ausgebildete

Operationsschwester

Eintritt nach Vereinbarung. Schriftliche Offerten mit Zeugnisabschriften, Photo und Angabe der bisherigen Tätigkeit sind an das Personalbüro des Kantonsspitals Zürich, Rämistrasse 100, Zürich 6, zu richten.

Bezirksspital in Biel

Wir suchen tüchtige,

dipl. Krankenschwestern

für unsere Krankenstationen. Günstige Anstellungsbedingungen mit neuer Besoldungsordnung. Offerten an: Oberin Minna Spring, Bezirksspital in Biel, Telefon (032) 2 25 51.

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.

Das Bezirkskrankenhaus Herisau sucht für sofort oder später

1 tüchtige dipl. Krankenschwester

für Abteilung (eventuell für Chronischkranke)

1 dipl. Krankenschwester

für Abteilung (mit Röntgenkenntnissen)

1 Krankenschwester

für Dauernachtwache

Geboten wird angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Entlöhnung und Station im neuerbauten, modern eingerichteten Schwesternhaus.

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.

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 **Kantonale Frauenspital in Bern** sucht

Operationsschwester und Schwestern

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

Pension Riant-Château - Territet-Montreux

Climat sédatif recommandé aux personnes fatiguées et malades du cœur. Maison avec confort et lift. Cuisine saine et variée. Régimes médicaux assurés. - Prix : Avec ou sans salle de bain de 21 à 30 fr.

Adr. : **JACCOUD, 6, avenue Riviera, téléphone (021) 61 42 08**

Der Krankenpflegeverein Opfikon-Glattbrugg sucht zu baldigem Eintritt eine zweite

Gemeindeschwester

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

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 Quittelier-Kunz, 48, avenue du Travail, Quaregnon (Belgien).

Auf Januar 1963 suchen wir eine

dipl. Krankenschwester

zum Einsatz auf einer Krankenabteilung. Auf den Zeitpunkt der Eröffnung unseres Neubaues (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.

Gesucht für Allgemeinpraxis in der Nähe Basels

Krankenschwester oder Arztgehilfin

Gutes Gehalt und geregelte Freizeit. Offerten unter Chiffre 3416 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

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

In Privathaus gesucht

Krankenschwester
oder
Pflegerin

zur Betreuung der betagten Grossmutter. Offerten unter Chiffre OFA 7360 R an Orell Füssli-Annoncen Aarau.

Wir suchen für unseren vielseitigen und interessanten Operationsdienst eine

Instrumentier-Schwester

Eintritt: 3. Januar 1963.

Ferner bieten wir einer jüngeren, diplomierten Schwester eine günstige

Ausbildung im Operationssaal

Eintritt: 1. Dezember 1962 oder nach Vereinbarung. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen, komfortables Wohnen, Sozialleistungen, Pensionskasse. Anmeldung an die Direktion Klinik Hirslanden, Witellikerstrasse 40, Zürich 8, Telefon (051) 32 70 80.

Kantonsspital St. Gallen

Wir suchen für die Frauenklinik (Gynäkologische Abteilung) für sofort oder nach Uebereinkunft

ausgebildete Operationsschwester

Anstellungsbedingungen gemäss Dienst- und Besoldungsordnung für das Stadtpersonal. Fünf-Tage-Woche. Anmeldungen mit Ausweisen bisheriger Tätigkeit sind zu richten an die Verwaltung des Kantonsspitals St. Gallen.

Zieglerspital Bern

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft selbständige und zuverlässige

dipl. Krankenschwester

Gutes Gehalt und geregelte Freizeit sind zugesichert. Offerten an die Oberschwester des Zieglerspitals Bern.

Die Gemeinde Wald AR sucht baldigst

Gemeinde-Krankenschwester

(Diakonisse od. Freischwester). Moped steht zur Verfügung. Die Gemeinde zählt 800 vorwiegend reformierte Einwohner und ist sehr schön gelegen. Anmeldungen an Pfr. B. Hartmann.

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.

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.

Les communes de Bôle et Auvernier (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.

Für die Modernisierung unseres Spitals suchen wir eine vollausgebildete

Narkoseschwester

Initiative Schwestern, die Freude an vielseitigem Operationsbetrieb haben, wollen sich unter Angabe ihrer bisherigen Tätigkeit und ihrer Gehaltsansprüche melden bei Herrn Dr. med. P. Dolf, Chefarzt, Bezirksspital Schwarzenburg BE.

Stellenausschreibung

Beim städtischen Krankenpflegedienst in Biel ist wegen Rücktritt der bisherigen Inhaberin aus Altersgründen die Stelle einer

Stadtschwester

auf anfangs Januar 1963 oder nach Uebereinkunft neu zu besetzen. — Erfordernisse: Diplom als Krankenpflegerin; Beherrschung der deutschen und der französischen Sprache; einige Jahre Praxis. — Besoldung: Besoldungsklasse 12 der städtischen Besoldungsordnung plus 10 Prozent Teuerungszulage. — Bewerbungen mit Ausweisen über die Ausbildung und die bisherige Tätigkeit sind an die städtische Fürsorgedirektion Biel einzureichen.

Städtische Fürsorgedirektion Biel

Gemeinde Uitikon ZH

Wir beabsichtigen, sobald als möglich, eventuell auch später, eine

Gemeinde-Krankenschwester

anzustellen. Für unsere noch kleine Vorstadtgemeinde käme auch eine Krankenschwester in Frage, die nur halbtagsweise zur Verfügung stände. Wer sich für diese Stelle interessiert, melde sich bitte bis 1. Dezember 1962 schriftlich beim Gemeinderat Uitikon. Für telephonische Anfragen steht die Gemeinderatskanzlei, Telefon (051) 54 61 00, gerne zu Ihrer Verfügung.

Infirmier (e)

cherché(e) de 8 à 10 heures et de 17 à 19 heures, pour grand invalide. Pressant. Renseignements et offres à Pro Infirmis, 11, rue Pichard, Lausanne, téléphone (021) 23 37 37.

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 3422 Bl. à la Croix-Rouge, Soleure.

Gesucht erfahrene, sprachenkundige

Praxisschwester

für sofort oder nach Uebereinkunft, in grosse internistische Spezialpraxis in Zürich. Keine Büroarbeiten. Externe Stelle. Geregelte Freizeit. Offerten mit Zeugnissen und Photo erbeten unter Chiffre 3418 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht nach Uebereinkunft

1 dipl. Krankenschwester
1 Dauernachtwache

Wir bieten geregelte Freizeit (Fünf-Tage-Woche) und zeitgemässes Gehalt. Offerten mit den nötigen Unterlagen sind erbeten an die Oberschwester der Klinik.

Modernes, diagnostisches Röntgeninstitut sucht

Röntgenassistentin

Anfragen erbeten unter Chiffre C 1482 an Benno Ott, Annoncen, St. Gallen.

STADT WINTERTHUR

Stellenausschreibung

Infolge Hinschied der bisherigen Stelleninhaberin ist für den Stadtkreis Oberwinterthur die Stelle einer

Gemeindeschwester

sobald als möglich neu zu besetzen. — Erfordernisse: Diplom als Krankenpflegerin mit einiger Praxis und angenehmem Umgang mit allen Schichten der Bevölkerung. Geboten werden fortschrittliche Besoldung gemäss dem städtischen Personalstatut, 4 Wochen Ferien nebst üblicher wöchentlicher Freizeit; Beitritt zur städtischen Pensionskasse oder Sparversicherung obligatorisch. Motorisierungsmöglichkeit vorhanden; nötigenfalls werden die Kosten der Fahrschule übernommen. — Bewerberinnen die in die Lücke springen möchten und Freude an der selbständigen Gemeindepflege haben, belieben ihre Offerte mit Ausweisen über Ausbildung und bisherige Tätigkeit nebst Zeugnisabschriften und Lichtbild an den Vorsteher der Städtischen Krankenpflege Winterthur ZH, Lagerhausstrasse 6, zu richten.

Gesucht gutausgewiesene

Röntgenschwester

oder

Röntgenassistentin

in vorwiegend diagnostischen Betrieb. Geregelte Arbeitsverhältnisse. Offerte mit Referenzen und üblichen Unterlagen erbeten an die Verwaltung des Bezirksspitals in Langenthal.

Stellenausschreibung

Im städtischen Pflegeheim Pasquart Biel ist die Stelle einer

Nachtschwester

neu zu besetzen. — Erfordernisse: Diplom als Krankenpflegerin; Beherrschung der deutschen und der französischen Sprache; einige Jahre Praxis. — Besoldung: Nach Uebereinkunft. — Stellenantritt: Nach Uebereinkunft. — Bewerbungen mit Ausweisen über die Ausbildung und die bisherige Tätigkeit sind an die Städtische Fürsorgedirektion Biel zu richten.

Städtische Fürsorgedirektion Biel

Gesucht christliche, ruhige

Pflegerin-Haushälterin

(leichte Arbeit) tagsüber zu älterem Ehepaar in kleine, moderne, gepflegte Wohnung in Zürich. Gutes Gehalt. Dauerstelle. Bewerberinnen mit Fahrbewilligung werden bevorzugt. Offerten unter Chiffre 3421 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Amerikanerfamilie in Rom sucht

Nurse

die Englisch und Italienisch spricht. Anfragen an L. Strub, c/o Mrs. Murray, Via Bruxelles 56, Roma, Italia.

L'Hôpital de Lavaux, à Cully, cherche d'urgence une

infirmière d'étages diplômée

Faire offres à la directrice. Téléphone (020) 4 23 25.

La Clinique de Collonges, Territet VD, cherche pour le début janvier 1963 une

infirmière diplômée

(médecine et personnes âgées) Faire offre à la Direction.

Das Kantonsspital Frauenfeld sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

1 Operationsschwester
und
1 Narkoseschwester

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

Zürcher Krankenkasse sucht für den Innendienst

Krankenschwester

die befähigt ist, die Krankenkontrolle selbständig zu organisieren und zu überwachen. Offerten sind zu richten an Postfach 211, Zürich 31.

Wir suchen in unsere schöne Gemeinde im Zürcher Oberland (5000 Einwohner) eine tüchtige

Gemeindeschwester

Anstellung gemäss Normalarbeitsvertrag, Dienstjahre werden angerechnet, Auto, eigene Wohnung. Interessentinnen sind gebeten, sich beim Präsidenten des Gemeindekrankenvereins Hinwil, Pfr. W. Wiedmer, zu melden, wo auch weitere Auskünfte erteilt werden.

La Clinique Montchoisi S. A., Lausanne, engagerait pour tout de suite

sages-femmes instrumentistes

infirmières instrumentistes

Places stables, bien rétribuées. Horaires réguliers. Semaine de cinq jours. Ambiance de travail agréable. Faire offres écrites avec curriculum vitae, prétentions, photo, à la Direction.

Schwester Ida Schönenberger

Triengen Telefon (045) 3 84 12

Aermelschürzen, Trägerschürzen, Hauben, Waschkleider nach Mass oder Konfektionsnummer. Stoffmuster zur Verfügung. Flickarbeiten exakt und prompt. Es werden auch Stoffe zur Verarbeitung angenommen.

Wir suchen für sofort nach Scuol/Schuls GR

Hebamme oder Hebammenschwester

für die Geburts- und Privatabteilung sowie

2 Abteilungsschwestern

auf Frühjahr 1963 (Anstellungsdauer mindestens ein Jahr). Zeitgemässes Gehalt und geregelte Freizeit werden zugesichert. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Ospidal d'Engiadina bassa Scuol/Schuls.

Gesucht in Arzthaushalt Nähe Zürich auf Mitte Dezember zuverlässige, junge

Schwester

zu Neugeborenem und zur Mithilfe in der Praxis. Offerten unter Chiffre 3417 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Clinique chirurgicale à Lausanne cherche pour date à convenir une

Infirmière-narcotiseuse

Prière d'adresser offres sous chiffre 3419 Bl. à la Croix-Rouge, Soleure, avec curriculum vitae, copies de certificats et photo.

Im Krankenhaus Münsingen wird eine tüchtige und zuverlässige,

dipl. Krankenschwester

gesucht. Eintritt möglichst bald oder nach Vereinbarung. Offerten sind erbeten an die Oberschwester des Krankenhauses Münsingen.

Gesucht

Krankenschwester

nach Mürren BO in Arztpraxis Dr. C. L. Mosca für die Wintersaison 1962/63. Zuschriften bitte mit Zeugniskopien und Bild. Telefon (036) 3 47 10.

Die Gemeinde Bätterkinden (1900 Einwohner) sucht eine

Gemeinde-Krankenschwester

zu neuzeitlichen sozialen Bedingungen, zuzüglich Autoentschädigung. Eintritt nach Uebereinkunft. Anmeldungen sind zu richten an Pfarrer Räber, Präsident des Krankenpflegevereins Bätterkinden, (Tel. (065) 4 40 81.

*
300/D
GR Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

Bern

AZ
Solothurn 2

Für Krankenpflegerin Fr. 69.—
5% bei Barzahlung
Garantie 1 Jahr
Gutausgearbeitetes Werk, 17 S., stossicher wasserdicht
Die gleiche, grösser, für Krankenpfleger Fr. 69.—
Verlangen Sie Auswahlsendung 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

Statt Pillen und Schmerztabletten . . .

Wer eine Abneigung gegen das Schlucken von Pillen und Tabletten hat, wird von Melabon begeistert sein. Melabon ist ein schmerzstillendes Arzneimittel in Form einer Oblatenkapsel, die sich — einige Sekunden in Wasser aufgeweicht — überraschend angenehm und ohne bittern Geschmack einnehmen lässt. Denken Sie aber daran, dass Schmerzmittel dauernd und in höheren Dosen nicht ohne Befragung des Arztes eingenommen werden sollen. Dies gilt auch für Melabon. Verwenden Sie Melabon auch bei starken Schmerzen mit Mass und Zurückhaltung, meist genügt schon eine einzige Kapsel zur völligen Schmerzbeseitigung in wenigen Minuten. Es ist ärztlich empfohlen. Deshalb: wenn schon, denn schon das besonders wirksame und gutverträgliche

Mélabon

VOGT-SCHILD AG SOLOTHURN