

Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières
Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
Band: 59 (1966)
Heft: 6

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: 26.12.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

Herausgegeben vom
Schweizerischen Verband
diplomierter
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

627

Revue suisse des infirmières

Édité par
l'Association suisse
des infirmières
et infirmiers diplômés

6

Solothurn/Soleure
Juni 1966
Juin 1966

Schweizerischer Verband diplomierte 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 Girard

Generalsekretärin - secrétaire générale: Helen Nussbaum

Zentralvorstand - Comité central

Präsidentin - Présidente	Nicole-F. Exchaquet, 14D, route d'Oron, 1010 Lausanne
1. Vizepräsidentin - 1re Vice-présidente	Renée Spreyermann, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof, 3000 Bern
2. Vizepräsidentin - 2e Vice-présidente	Liliane Bergier, 10, chemin de la Rosière, 1012 Lausanne
Quästor - Trésorier	Hans Schmid-Rohner, St.-Georgen-Str. 30, 8400 Winterthur
Mitglieder - Membres	Otto Borer, Erica Jaeggy, Annelies Nabholz, Jeanne Rétornaz, Verena Rutishauser, Myriam Schmid, Eugenia Simona, Marguerite Steiner
Zugew. Mitglieder - Membres associés	Diakonisse Anni Conzett, Ehrw. Schw. Hildegardis Durrer
Delegierte des SRK - Délégues de la CRS	Magdelaine Comtesse, Charlotte von Allmen
Zentralsekretärin - Secrétaire générale	Erika Eichenberger
Adjunktin - Adjointe	Marguerite Schor
Geschäftsstelle - Secrétariat	Choiystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 / 25 64 28, Postcheckkonto 30 - 1480

Die Sektionen - Les sections

Sektion - section	Geschäftsstelle - secrétariat:	Präsidentin - présidente
Aargau, Solothurn	Frau Elisabeth Arthofer-Aeby, Maienzugstrasse 14, 5000 Aarau, Telefon 064 / 22 78 87	Schw. O. Schmid
Basel, Baselland	Schw. Dora Wyss, Leimenstrasse 52, 4000 Basel, Telefon 061 / 23 64 05	Schw. El. Schwarz
Bern	Schw. Sonja Regli, Choiystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 / 25 57 20	Schw. Nina Vischer
Fribourg	Mlle Rosa Bregger, 145, Tilleul, 1700 Fribourg, téléphone 037 / 2 30 34	Mlle Marg. Carrard
Genève	Mlle V. Wuthrich, 4, place Claparède, 1200 Genève, téléphone 022 / 25 12 32	Mlle J. Demaurex
Luzern, Urkantone, Zug	Frau J. Vonlanthen, Geissmattstrasse 17, 6000 Luzern, Telefon 041 / 3 18 32	Frau M. Th. Karrer-Belser
Neuchâtel	Mme A. Béguin, 20, rue de Reynier, 2000 Neuchâtel, téléphone 038 / 5 14 35	Mlle B. van Gessel
St. Gallen, Appenzell, Graubünden, Thurgau	Schw. L. Giubellini, Paradiesstrasse 27, 9000 Sankt Gallen, Telefon 071 / 22 39 34	Schw. Elsa Kunkel
Ticino	Signorina Angela Quadranti, Ospedale San Giovanni, 6500 Bellinzona, Telefon 092 / 5 17 21	Signa. E. Simona
Vaud, Valais	Mme N. Musy-de Coulon, 20, chemin de la Bruyère, 1012 Lausanne, téléphone 021 / 28 67 26	Mlle L. Bergier
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Schw. Gertrud Müller, Asylstrasse 90, 8032 Zürich 7/32, Telefon 051 / 32 50 18	Frau M. Forter-Weder

Zugewandte Mitglieder — Membres associés

Krankenschwestern der folgenden Mutterhäuser - Sœurs infirmières des institutions suivantes: Schwestern-Institut Baldegg; Diakonissenhaus Bern; Communauté des Religieuses hospitalières de Sainte-Marthe, Brunisberg FR; Schwestern-Institut Heiligkreuz, Cham; Communauté des Sœurs de St-Joseph de Lyon, Fribourg; Province suisse des Filles de la Charité de St-Vincent de Paul, Fribourg; Institut St. Joseph, Ilanz; Institut der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz, Ingenbohl; Gemeinschaft der St.-Anna-Schwestern, Luzern; Spitalschwestern Kantonsspital und Elisabethenheim, Luzern; Institut der Lehrschwestern vom Heiligen Kreuze, Menzingen; Diakonissenmutterhaus «Ländli», Oberägeri; Diakonissenanstalt Riehen; Institution des diaconesses de Saint-Loup; Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster, Zollikerberg; Schwesternbund Unserer Lieben Frau von Zug; Diakonissenhaus Bethanien, Zürich

Schweizerische Vermittlungsstelle für ausländisches Pflegepersonal (SVAP) - Bureau de placement pour personnel infirmier étranger: Schwester Nina Bänziger, Wiesenstrasse 2, 8008 Zürich, Telefon 051 / 34 52 22

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

Zürich 7/44: Moussonstrasse 15
Lausanne: 48, avenue de Chailly

Oberin N. Bourcart
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	Mlle Ch. von Allmen
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. Issler-Haus
Pflegerinnenschule Baldegg, Sursee	Schw. Mathilde M. Helfenstein
Städtische Schwesternschule Engeried, Bern	Schw. Martha Eicher
Krankenpflegeschule des Diakonissenhauses Bern	Oberin E. Gerber
Pflegerinnenschule bernische Landeskirche Langenthal, Zeug- hausgasse 5, Bern	Oberin F. Liechti
Ecole d'infirmières Le Bon Secours, Genève	Mlle M. Duvillard
Ecole d'infirmières Fribourg-Pérolles	Sœur Anne-Antoine
Freie Evangelische Krankenpflegeschule Zollikerberg/Zürich	Schw. Margrit Scheu
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen	Diakonisse Jacobea Gelzer
Krankenpflegeschule Kantonsspital Aarau	Oberin M. Vogt
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bethanien, Zürich	Direktor W. Mühlthaler
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 Marguerite Genton
Schwesternschule Bürgerspital Basel	Oberin A. Nabholz
Krankenpflegeschule Diakonat Bethesda Basel	Direktor E. Kuhn
Krankenpflegeschule Ilanz, Spital St. Nikolaus, Ilanz GR	Schwester Pia Domenica Bayer
Krankenschwesternschule Institut Menzingen	} Frau Generalrätin M. L. Stöckli
Klinik Notkerianum St. Gallen	Sœur Marie-Zénon Bérard
Ecole valaisanne d'infirmières, Sion	
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	Dr. R. Blankart
Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn	Schwester Barbara Kuhn
Scuola Cantonale Infermieri Bellinzona	Dr. C. Molo
Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz Cham, Bürger- spital Zug	Schwester Michaelis Erni

**Krankenpflegeschulen, denen die Anerkennung vom Schweizerischen Roten Kreuz
zugesichert ist**

Ecoles ayant l'assurance d'être reconnues par la Croix-Rouge suisse

Ecole d'infirmières de Bois-Cerf, Lausanne	Mère Agnès
Städtische Schwesternschule Triemli, Zürich	Oberin H. Steuri
Evangelische Krankenpflegerschule Chur	Pfleger W. Burkhardt



Alimentation infantile: vocation exclusive de Kinderernährung: das einzige Anliegen

Guigoz

Grâce aux **laits Guigoz** (lait Guigoz, Guigolac, Alfalac) partiellement écrémés ou complets, des millions d'enfants «poussent» bien dans le monde entier.

En complément des laits, Guigoz met à votre disposition toute **une gamme de farines prêtes à l'emploi**:

5 Céréales et Enrichie dès 1 mois en décoction ou dès 4 mois pour la bouillie.

Printanière, délicieux mélange de 6 légumes frais et de 3 céréales pour la bouillie et les potages.

Et les **Menus variés Guigoz** (15 différents aliments homogénéisés) apportent à bébé les vitamines et les sels minéraux dont il a besoin à partir de 3 mois.

Dank der **Guigoz Kindermilch** (Guigoz-Milch, Guigolac, Alfalac) teilweise entrahmt oder Vollmilch, können sich Millionen von Babys auf der ganzen Welt einer gesunden Entwicklung erfreuen.

Guigoz bietet Ihnen, in Vervollständigung seines Milchsortimentes, **eine Reihe anrührfertiger Kindermehle**.

5 Kornmehl und Kindermehl mit 25% Eiweiss, als Schleim vom 1. Monat an oder vom 4. Monat an als Brei.

Gemüsebrei Printanière, ideale Mischung von 6 frischen Gemüsen und 3 Getreidearten, als Brei oder Suppe.

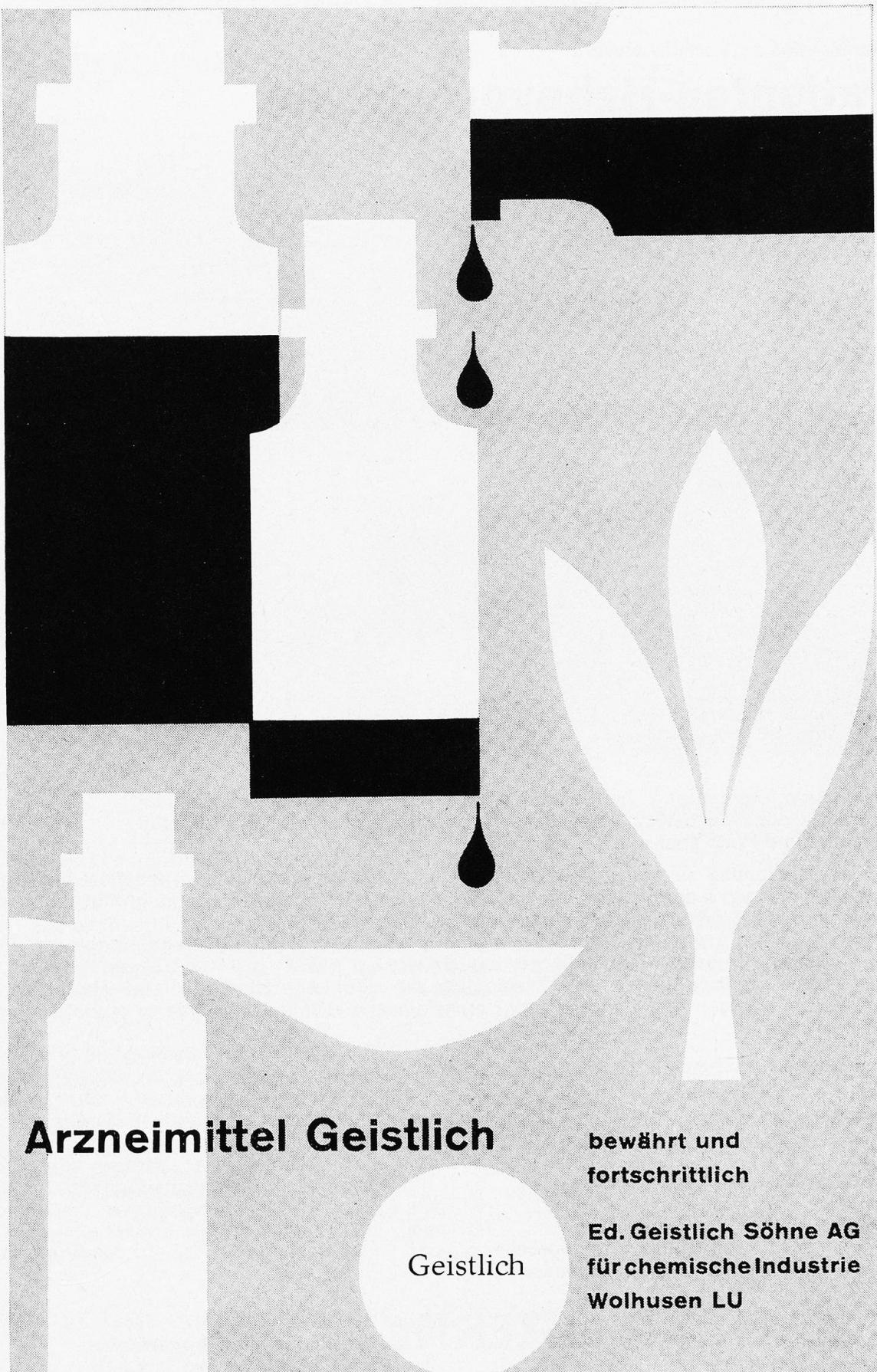
Menus variés Guigoz (15 Sorten homog. Nahrungsmittel), wichtig wegen ihrem hohen Gehalt an Vitaminen und Mineralstoffen, die der Säugling von 3 Monaten an benötigt.



Guigoz S.A., 1628 Vuadens (FR)

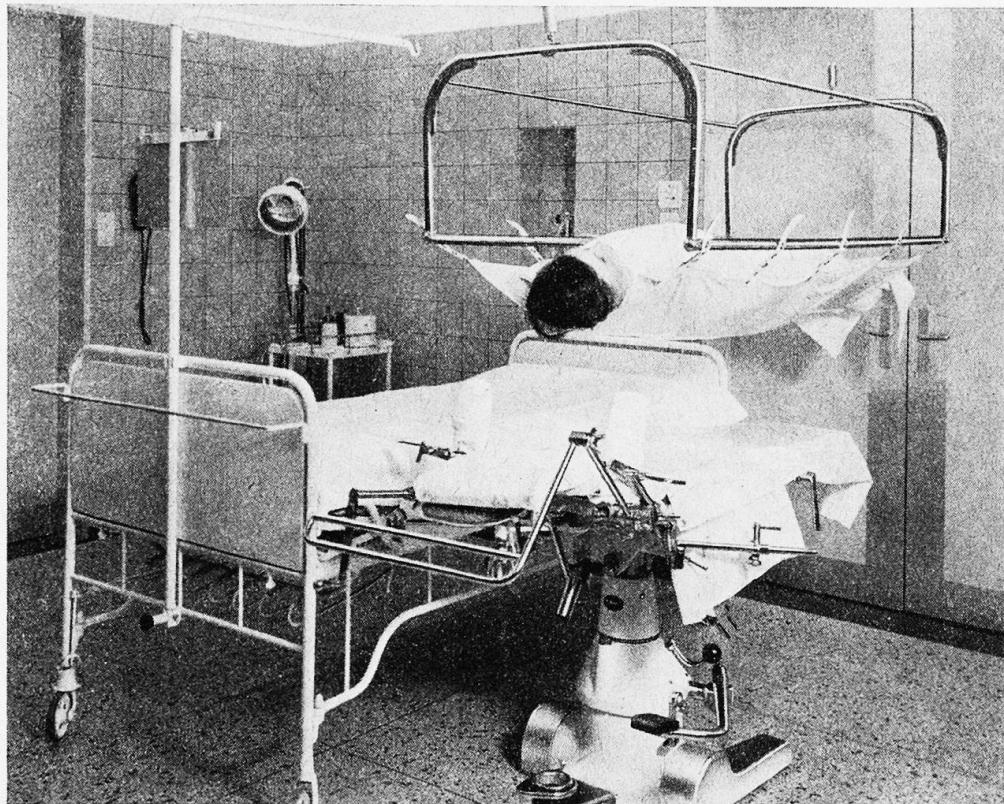
Guigoz





Die wichtigsten Vorteile dieser

Patienten-Hebevorrichtung



Schonende Umlagerung des Patienten vom Bett auf den Operationstisch und zurück ins Bett. Kein mühsames Heben der oft schweren Patienten, Personal und Platz sparend.

Für die Bedienung sind zwei Druckknöpfe (Auf – Ab) an der Wand vorgesehen. Die Hin- und Herbewegung der Laufkabine geschieht sehr leicht von Hand und geräuschlos, da die Rollen mit Gummibelag auf Kugellager laufen.

Der Weg für die Auf- und Abbewegung wird durch Endkontakte genau begrenzt und kann je nach Wunsch eingestellt werden. Er beträgt etwa 1 m in 30 Sekunden.

Das Befestigen und Lösen des Tragtuches mit den Lederzungen (siehe Photo) kann sehr rasch erfolgen und benötigt nicht mehr als eine Minute. Garantierte Hebeleistung: 130 kg.

Technische Angaben:

Masse der Laufkabine:

Länge 1650 mm

Höhe 250 mm

Breite 380 mm

Abstand von Decke bis Kabinenunterkant 440 mm

Abstand der beiden Laufschienen 1490 mm

Länge der Laufschienen entsprechend der Länge bzw. Breite des Operationssaales.

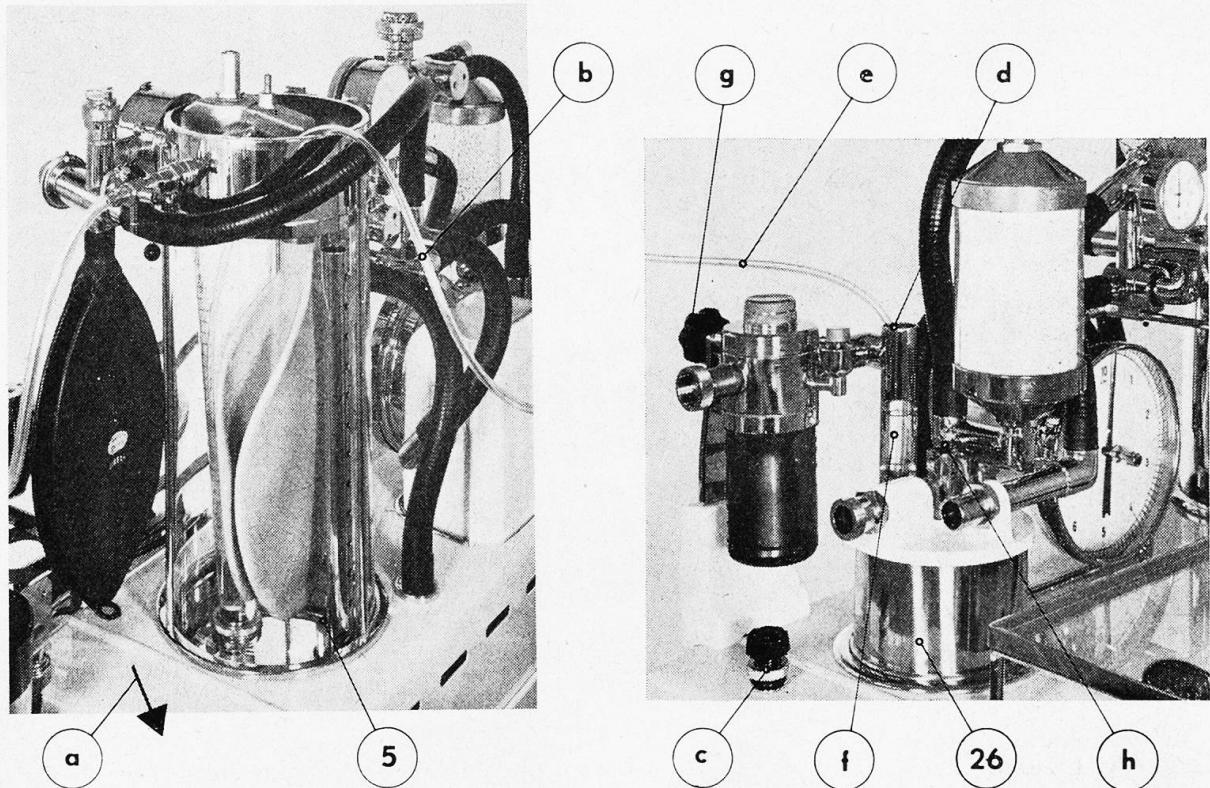
Die Kabine ist allseitig eingeschalt, weiss spritzlackiert und durch Infrarot kratzfest eingearbeitet, ebenso die Laufschienen. Traggestell verchromt. Sämtliche Aggregate befinden sich in der Kabine, wie: Motor von 0,15 PS, Drehstromumschaltungsschütz mit Überstromauslösern, zwei Endschalter, Anschluss der Endschalter inklusive notwendige Kabelverdrahtung auf Schaltschützen u. a. m.

KOLLER AG LUZERN

Maschinen- und Apparatebau
Tribuschenstrasse 51 Tel. 21748

Flüssigkeit-Austausch

Pos. 7



Luftbefeuchter 7.26

Die Flüssigkeit, eine Zwei-Promille-Hydro-Merfen-Lösung — verdünnt 1:20 —, muss wöchentlich gewechselt werden.

- Der Ppropfen 7c, welcher auf dem Stutzen 7d sitzt, wird entfernt. Die Lösung wird mit einer Saugpumpe via Schlauch 7e abgesaugt.
- Neue Lösung einfüllen bis Marke, sichtbar bei 7f.
- Ppropfen 7c wieder gut montieren.

Der Luftbefeuchter kann auch ganz demontiert und gereinigt werden. Man löse die Schlauchverbindungen und die Schraube 7g. Der Befeuchter wird jetzt abgehoben. Durch Lösen von Schraube 7h wird der ganze Befeuchter geöffnet. Bei dieser Arbeit sollten dann auch die Schaumgummiplatten 16105-4 und der Schwimmer ausgewechselt werden. Bitte beachten Sie Blatt Nr. 21 des Ersatzteilkataloges. (Diese Arbeit soll über einem Tropfstein gemacht werden.)

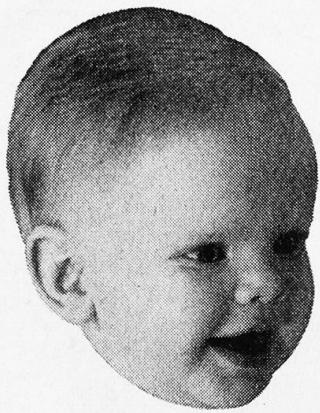
Ueberdruckaggregat 7.5 (Plexiglaszyylinder)

Die Flüssigkeit, dest. Wasser oder eine Zwei-Promille-Hydro-Merfen-Lösung — verdünnt 1:20 —, muss einmal monatlich gewechselt werden.

- Der Deckel und das Ablastventil 2.41 sind zu entfernen. Mit einer Saugpumpe wird die Flüssigkeit via Schlauch 7b abgesaugt. Der Drehknopf 7a (siehe Pfeil) wird dabei ganz nach rechts gedreht.
- Neue Lösung einfüllen. Knopf 7a vorerst wieder ganz nach links drehen. Füllen bis 20 cm (sichtbar im konischen Zylinder). Alsdann mit Knopf 7a Niveau bis 35 cm bringen.
- Deckel und Ablastventil 2.41 wieder montieren.

Engström Respirator AG, 6301 Zug 2 Telefon 042/45586

Forts. folgt.



Johnson - für mich



Johnson's

Baby-Puder
aus feinstem Talk hergestellt



Johnson's

Baby-Lotion
zur Reinigung auch empfind-
lichster Haut

Johnson's

Baby-Oel mit Lanolin
schützt die zarte Haut vor dem
Austrocknen



Johnson's

Keine Tränen mehr mit
Johnson's BABY-Shampoo



Johnson's

Baby-Seife
extra rein für die zarteste Haut



Johnson's

Baby-Crème
lindert und heilt entzündete und
wunde Stellen

Johnson's

Baby-Kölnisch
sorgt für Kühle, Erfrischung
und wohligen Duft



Johnson's

Wattestäbchen
zur sorgfältigen Nasen- und
Ohrentoilette



Johnson & Johnson

In der Schweiz hergestellt durch

OOPHARMA AG, Kirchgasse 42, 8001 Zürich

SILENT GLISS

Vorhang-

schienem

geräuschlos-

elegant-modern

Leicht und leise gleiten selbstschwere Vorhänge in den bewährten SILENT GLISS-Vorhangschienen. Mit SILENT GLISS lösen Sie jedes Vorhangseinrichtungsproblem. Wir beraten Sie gerne. Verlangen Sie ausführliche Unterlagen.



Keller + Co. Metallwarenfabrik, 3250 Lyss, Telefon 032 842742/43

10 c

Stellen-Gesuche

Demandes de places

Tüchtige Krankenschwester sucht auf dem Platze Zürich Stelle als

Dauernachtwache

Eintritt 1. September 1966. — Offerten sind zu richten unter Chiffre 3789 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Stellen-Angebote

Offres d'emploi

L'Hôpital cantonal de Genève

cherche des

infirmières-monitrices

pour l'enseignement clinique des stagiaires-infirmières. Conditions de travail intéressantes. Veuillez adresser les offres écrites à la Direction de l'Hôpital cantonal de Genève, 1211 Genève 4.



Leicht, bekömmlich, butterzart – in den meisten Diäten erlaubt:



Roth-Käse ist gerade so leicht, wie es Kinder brauchen – also sehr leicht! Und erst noch pasteurisiert.



Das Kantonsspital Aarau sucht für seine Geburtshilfliche Abteilung in der Frauenklinik eine gutausgewiesene, erfahrene

Hebammen-Schwester als Oberschwester-Stellvertreterin

sowie eine

Hebammen-Schwester oder Hebamme für den Gebärsaaldienst

Gute Besoldung, Fünftagewoche. Eintritt sofort oder nach Vereinbarung.

Nähere Auskunft erteilt die Oberschwester der Geburtshilflichen Abteilung.

Anmeldungen sind zu richten an Kantonsspital Aarau, Verwaltungsdirektion.

PLASTIC SURGERY, JAW INJURIES AND BURNS CENTRE, ST. LAWRENCE HOSPITAL, CHEPSTOW, MON. ENGLAND (127 PLASTIC SURGERY, 50 ORTHOPAEDIC BEDS)

Six months postgraduate Nursing Course in Plastic Surgery on which Swiss Trained Nurses are welcome, commences on October 1st. Post provides opportunity of gaining further experience and seeing something of England. Full national Staff Nurses' salary paid £ 690 a year, less £ 230 for board residence. Good knowledge of English essential and must pay own fare to England. Write quoting two referees to A. S. Anderton, Group Secretary, 64, Cardiff Road, Newport, Mon., England.

Gesunde, fröhliche Tochter

gesucht in modernen Arzthaus-halt zur Besorgung der Haus-arbeit und Mithilfe bei der Be-treuung der Kinder (8, 6 und 5 Jahre). Offerten mit Photo und Gehaltsansprüchen an Dr. med. F. Obrist, 5605 Dottikon AG.

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft für die medizi-nische und chirurgische Abteilung

3 dipl. Krankenschwestern

in Dauerstelle. Vorzügliche Arbeitsverhältnisse in modern einge-richtetem Spitalneubau. Zeitgerechte Entlöhnung zugesichert. Offerten sind an die **Verwaltung des Bezirksspitals Niederbipp** zu richten. Telefon 065 / 9 43 12.

Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur

Wir eröffnen im Spätherbst 1966 unter Leitung von Dr. med. Robert Landolt, Spezialarzt für Pädiatrie, unsere neue **Kinder- und Säuglingsstation** mit 60 bis 70 Betten. Auf diesen Zeitpunkt ist die Stelle einer

Oberschwester

dieser Abteilung neu zu besetzen.

Für diesen interessanten und selbständigen Posten suchen wir eine Persönlichkeit mit einer guten Fachausbildung und leitenden und organisatorischen Fähigkeiten.

Nähere Angaben erteilt die Verwaltungsdirektion des Rätischen Kantons- und Regionalspitals, 7000 Chur, Telefon 081/21 51 21, intern 121, an die auch Bewerbungen mit den notwendigen Unterlagen zu richten sind.

Die Universitäts-Frauenklinik Bern sucht

diplomierte Krankenschwestern

und

Operationsschwestern

Anmeldungen mit Zeugnisabschriften sind erbeten an die Verwalterin des Kantonalen Frauenspitals, 3012 Bern.

Das Krankenhaus Oberhasli in Meiringen BE sucht zu baldigem Eintritt

Abteilungsschwester

Zeitgemässer Lohn und geregelte Freizeit.

Anfragen sind zu richten an die Oberschwester.

Krankenhaus Oberhasli, Meiringen, Telefon 036/5 17 21.

Schweizerisches Rotes Kreuz

**Die Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern,
Zweig Zürich**

sucht eine weitere

Lehrerin (diplomierte Krankenschwester)

Wir bieten

- interessante, selbständige Arbeit in anregendem Arbeitsklima,
- die schöne Aufgabe, zukünftige Schulschwestern auf den Unterricht in Krankenpflege und Leitende Schwestern auf ihre Verantwortung für die Hochhaltung der Qualität der Pflege vorzubereiten,
- die Möglichkeit, sich auf den Posten vorzubereiten und sich auch weiterhin fachlich auf der Höhe zu halten.

Es kommt auch eine jüngere Mitarbeiterin in Frage.

Erforderlich ist eine gute Allgemeinbildung (Maturität).

Nähere Auskunft erteilt die **Schulleitung der Fortbildungsschule für Krankenschwestern,
Moussonstrasse 15, 8044 Zürich**.

Ihre Bewerbung richten Sie an das Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes, Personalabteilung, Taubenstrasse 8, 3001 Bern (Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Handschriftprobe, Photo und Gehaltsanspruch).



Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch
einige

diplomierte Krankenschwestern

Wir bieten gute Entlohnung und zeitgemässe Unterkunft.
Stellenantritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind unter Beilage von Zeugniskopien und
Lebenslauf an die Verwaltung des Kantonsspitals Liestal
zu richten.

Wir suchen per sofort oder nach Uebereinkunft

2 Narkoseschwestern oder Narkosepfleger

1 Hebamme

2 dipl. Krankenschwestern

1 Sekretärin für das Aerztesekretariat

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, zeitgemäss Entlohnung, Fünftagewoche, sehr schöne Unterkunft, Pensionskasse.

Kurzofferten sind zu richten an die Verwaltung des Krankenhauses Wattwil SG, Telefon 074 / 710 21.

Die Schwestern- und Pflegerschule der **Psychiatrischen Universitätsklinik Basel** sucht eine

SCHULSCHWESTER

Ausbildung in psychiatrischer und allgemeiner Krankenpflege erwünscht. Einer geeigneten Bewerberin wird später die Möglichkeit zum Besuch der Oberschwestern-Fortbildungsschule des Schweizerischen Roten Kreuzes geboten.

Arbeitszeit und Besoldung sind gesetzlich geregelt.

Interessentinnen wollen ihre Anmeldung an die Direktion der Psychiatrischen Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Strasse 27, 4000 Basel, Telefon 061 / 43 76 00, richten.

Das neue Kreisspital Bülach ZH sucht

dipl. Krankenschwester

Zeitgemäss Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche.

Anmeldungen an die Verwaltung oder an die Oberschwester des Kreisspitals Bülach.

Telefon 051 / 96 82 82.

gegen Lärm Calmor Ohrenkugeln



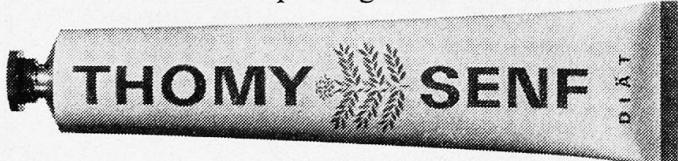
plastisch formbare Kugeln
zum Abdichten des Gehörgangs

Schweizer Fabrikat
in Apotheken und Drogerien

Salzlos mit Appetit geniessen



Wenn Ihr Patient bei Kräften bleiben soll, muss er seine Salzlos-Diät mit Vergnügen essen. Raten Sie ihm deshalb, mit Thomy Diät-Senf zu würzen. Denn Thomy Diät-Senf — von Ärzten geprüft, von Ärzten empfohlen — macht Fleisch und Fisch, Gemüse und Salat schmackhaft und appetitlich fein. Thomy Diät-Senf ist im Reformhaus und im Spezialgeschäft erhältlich.



VFC-3

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

Mitmenschliche Haltung	366
Les compressions médullaires — Dr J. Berny	368
Probleme der psychosomatischen Medizin — PD Dr. F. Meerwein	376
Was ist Automation, was ist Kybernetik? Die Pflege auf der neurochirurgischen Krankenstation — Johanna Lais	381
Le contact, moyen thérapeutique — N. Koull-Mutru	382
Histoires banales, qui cependant rendront service à ceux qui les lisent	386
Une étude sur l'analyse de fonctions exercées par les surveillantes, les infirmières, les aides-soignantes et le personnel hospitalier	389
Etude des soins infirmiers en Suisse — N.-F. Exchaquet	391
Studie über das Pflegewesen in der Schweiz — Nicole F. Exchaquet	393
Mein Einsatz auf einer Station für Betagte und Chronischkranke — Elisabeth Schäfer	394
5. Konferenz der Schulen für Hilfspflegerinnen	395
Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern	398
Sektionen — Sections	400
Zum Eintrittsalter für die Krankenpflegeschulen — Gertrud Eberhard	402
« Remèdes » à la pénurie d'infirmières	404
Erfolge im Kampf gegen Schwachsinn — die Phenylketonurie	407

Rédaction: Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés. Adresse: Mlle A.-M. Paur, Choisystrasse 1, 3000 Berne, téléphone (031) 25 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: Vogt-Schild S. A., imprimerie et éditions, 4500 Soleure 2, téléphone (065) 2 64 61, compte de chèques postaux 45 - 4.

Pour l'abonnement des personnes non-membres de l'ASID et les annonces s'adresser à Vogt-Schild S. A., imprimerie et éditions, 4500 Soleure 2.

Délai d'envoi: le 26 du mois précédent.

Prix d'abonnement par an: Membres de l'ASID fr. 10.—; non-membres: par 6 mois fr. 8.—, par an fr. 14.—, à l'étranger par 6 mois fr. 9.—, par an fr. 16.—.

Les **changements d'adresse** de personnes non-membres de l'ASID doivent être communiqués directement et sans délai à Vogt-Schild S. A., 4500 Soleure 2, en indiquant l'**ancienne** adresse aussi bien que la nouvelle. Les membres de l'ASID annoncent leurs changements de domicile à leur section. L'imprimerie décline toute responsabilité pour les retards d'acheminement dus à des adresses incomplètes.

Umschlaggestaltung: Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern

Zeitschrift für Krankenpflege 6 Revue suisse des infirmières

Juni 1966 59. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes
diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Juin 1966 59^e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés



Photo François Martin, Genève

« ...C'est un grand supplice de vieillir. On n'y échappe qu'en repensant encore et encore à tout ce que peuvent la gentillesse, le calme et la force de la vie. »

Jean Guéhenno

Wir haben zur inneren Welt eines anderen auch in sehr nahen menschlichen Beziehungen keinen unmittelbaren Zugang. Wir können nur raten, ahnen und intuitiv erfassen. So bleiben Worte, ja auch Blicke und Gesten unvollkommene Werkzeuge der Verständigung.

Magda Kelber

Mitmenschliche Haltung

Auszug aus dem Referat «Kommunikation oder Konflikt», von Frau Dr. Magda Kelber, Juni 1965, am ICN-Kongress in Frankfurt am Main

... Die Kommunikation in einer helfenden Beziehung wie in der Sozialarbeit, in der Erziehung und in der Krankenpflege... muss beruflicher und nicht privater Natur sein, wobei «berufliche» Kommunikation jedoch beileibe nicht mit unpersönlicher Kommunikation gleichzusetzen ist. Sie muss dem Patienten das Gefühl vermitteln, dass die Schwester bereit ist zuzuhören, ganz aufmerksam, ganz da zu sein, seine Gefühle ebenso zu beachten wie seine Worte, *mit* ihm zu fühlen, ohne jedoch zu fühlen *wie* er; ihm etwas von sich selbst zu geben, ohne etwas von ihm zu erwarten; eine persönliche Beziehung herzustellen, die aber zugleich übertragbar, befristet und von privaten Interessen gelöst ist. Solche Kommunikation muss gelernt werden, denn sie erfordert ein hohes Mass an Selbstverleugnung und Objektivität, die Fähigkeit, den anderen zu akzeptieren und sich ihm in Wärme und menschlicher Achtung zuzuwenden, sein Selbstgefühl zu stärken und ihn soweit wie möglich zur eigenen Entscheidung und zur Selbsthilfe zu befähigen. Sollen solche Forderungen erfüllt werden, so müssen wir anderseits eine eigene private Welt besitzen, in der unsere persönlichen Bedürfnisse nach Kommunikation auf der Ebene der Freundschaft und echter Gegenseitigkeit erfüllt werden. Bleiben sie unerfüllt, so besteht die grosse Gefahr, dass unsere berufliche Kommunikation durch unbewusste Antriebskräfte falsch gesteuert wird...

Bei aller Verschiedenheit gibt es aber zum Glück einige gemeinsame Grundelemente, die aller Kommunikation eigen sind, und die gelehrt und erworben werden können.

Da sind zunächst die einfachen und doch so wichtigen Fertigkeiten des *Sprechens* und *Schreibens*, sei es im persönlichen Ge-

spräch, in einer Diskussion, im Unterricht, in Sitzungen, am Telefon und heutzutage auch in Funk und Fernsehen. Haben wir gelernt, unsere Stimme zu handhaben, mit oder ohne Manuskript frei zu sprechen, vor dem Mikrophon keine Angst zu haben? Sind wir wirklich ganz da, wenn wir uns anderen zuwenden? Vermögen wir klar und verständlich zu schreiben, eine einfache Sprache zu gebrauchen, die nicht herablassend wirkt? Können wir unsere Gedanken übersichtlich, logisch und überzeugend darstellen? Finden wir den richtigen Anknüpfungspunkt für den jeweiligen Empfänger? Nutzen wir das Bild, den visuellen Eindruck, um unsere Wirkung zu verstärken?

Zum Zweiten: haben wir gelernt, *zuzuhören*, uns dem Sprechenden ganz zuzuwenden, um das aufzunehmen, was er uns vermitteln möchte? Beobachten wir aufmerksam, was uns seine Körpersprache und nicht-verbale Aeusserungen sagen — eine verkrampte Haltung, ein unruhiger Blick, ein vielsagendes «Ah» und «Oh» und «So» — Dinge, in denen die gefühlsmässigen und oft unterschwelligen Regungen aufscheinen? Sind wir uns der Wichtigkeit unserer Antwort und Bestätigung bewusst, deren Ausbleiben den anderen verstummen lässt?

Zutiefst jedoch ist die Kommunikation nicht eine Sache guter Techniken und gekonnter Fertigkeiten, wenn diese auch notwendig sind, das wirksam werden zu lassen, was dahinter steht: eine *Haltung*, die den anderen akzeptiert und achtet, die auf Aufrichtigkeit, Einfühlung und Mut der eigenen Ueberzeugung beruht. Sicherlich können wir eigene Reaktionen der Ablehnung oder Sympathie nicht ausschalten. Erst wenn wir sie erkennen, um sie wissen und sie als natürlich anzunehmen, können wir beginnen, sie zu kontrollieren. Dann werden wir uns besser auf die Wellenlänge des anderen einstellen können, ohne dass uns die eigenen Reaktionen dabei ohne unser Wissen und Wollen in die Quere kommen. Alle, die mit Führungsaufgaben betraut sind, tragen da-

bei einer besondere Verantwortung, überträgt sich doch der von ihnen geübte Stil des Gespräches auf alle ihnen unterstellten Ebenen eines Betriebes. Von der Oberin übernehmen Oberschwestern, Stationsschwestern und Unterrichtsschwestern wie alle übrigen die Art des Umgangs miteinander.

Solche mitmenschlichen Haltungen können nicht vorgetäuscht werden. Schliesslich erwachsen sie aus einer intakten Kommunikation des Menschen mit sich selbst. Wir alle brauchen Zeit zur Besinnung auf uns selbst und müssen echte Duldsamkeit uns und anderen gegenüber entwickeln. Wir müssen lernen, mit uns selbst zu leben und Schritt für Schritt in eine kritische und

selbständige Einstellung dem Leben und unseren Mitmenschen gegenüber hineinzuwachsen. Wir müssen lernen, unsere Affekte wahrzunehmen und in konstruktive Kräfte umzuwandeln. Wir müssen versuchen, zurückzufinden zu der Ungeteiltheit und Ganzheit, aus der heraus Kinder leben.

Solches Einssein mit sich selbst aber ruht auf der Verbindung mit dem Grund unserer Existenz, wie immer wir ihn benennen mögen. Dies ist der Punkt, an dem Kommunikation zu *Kommunion* wird. «Das Endziel der Sprache ist es, die Menschen zum Wissen der Dinge zu führen, die jenseits dessen liegen, was Worte auszudrücken vermögen (Isaac Pennington).»

Westeuropäische Vereinigung nationaler Schwesternverbände

(Groupement du nursing de l'Ouest européen,
GNOE)

Die Jahresversammlung fand am 19. und 20. März 1966 in Bern statt. Der GNOE ist eine regionale Vereinigung verschiedener nationaler Schwesternverbände innerhalb des *Weltbundes der Krankenschwestern*. Die Statuten, die erstmals aufgestellt und im März angenommen wurden, enthalten dieselben Ziele wie der ICN. Zur Präsidentin wurde Mlle *Nelly Goffard*, Brüssel, wiedergewählt; 1. Vizepräsidentin wurde Miss *Barbara N. Fawkes*, London, 2. Vizepräsidentin wurde Frl. *M. W. Schreuder*, Amsterdam. Dem GNOE gehören die Präsidentinnen der Mitgliedverbände und eine weitere Delegierte jedes Mitgliedverbandes an. Ende April traf sich ein kleiner Kreis der Mitglieder in Brüssel, um Vorschläge für die gegenseitige Anerkennung der Krankenpflegeausbildung und der Krankenpflegediplome in den *EWG-Ländern* auszuarbeiten. Diese Vorschläge sollen dem zuständigen Gremium der EWG zugeleitet werden.

Im Dezember 1966 findet die nächste Sitzung des GNOE in London anlässlich der Feierlichkeiten des goldenen Jubiläums des *Royal Colleges of Nursing* statt.

Weltbund der Krankenschwestern (ICN)

Der ICN gibt die neue Adresse seiner Geschäftsstelle bekannt. Sie lautet ab 1. August 1966:

International Council of Nurses
35-37, rue de Vermont, Genève

Neues Vorstandsmitglied: Anstelle des verstorbenen Mitglieds Miss *Flora J. Cameron* wurde Frau *Jadwiga Izzycka* aus Polen in den Vorstand (Board of Directors) gewählt. Diese Wahl entspricht den Statuten, welche bestimmen, dass die Person, die am Wahltag des Vorstands die nächsthöchste Stimmenzahl erreicht hatte, in den Vorstand aufgenommen wird.

Frau Izzycka ist «Assistant Director» im Gesundheitsministerium Polens. Als Mitglied des polnischen Schwesternverbandes beschäftigt sie sich vor allem mit internationalen Angelegenheiten.

I. — Généralités

La moelle épinière comme toute autre partie du système nerveux central est fréquemment comprimée par un processus pathologique. Composé d'éléments particulièrement délicats, le système nerveux central est protégé des agressions par un système d'enveloppes dont le crâne et le rachis forment la plus externe. Qu'une tumeur se développe à l'intérieur de cette enveloppe rigide, elle ne pourra faire son extension vers l'extérieur et viendra nécessairement comprimer le contenu nerveux. Plus que le reste du système nerveux central, la moelle est sensible à la compression, parce que tout d'abord l'espace disponible autour d'elle dans le canal rachidien est fort réduit et aussi parce que les éléments nerveux y sont particulièrement concentrés dans un volume restreint, que rien n'y est superflu et qu'il n'y a pas de vicariance possible. Il en résulte qu'une lésion de petite taille qui passerait totalement inaperçue dans la boîte crânienne provoque des troubles majeurs dans le canal rachidien.

Plusieurs facteurs interviennent dans la souffrance de la moelle comprimée. Le passage de l'influx nerveux est gêné ou interrompu dans les fibres, le réseau veineux évacue difficilement le sang ce qui entraîne de l'œdème et des hémorragies, les artéries enfin sont écrasées et l'ischémie s'ensuit.

La rapidité avec laquelle s'installe la compression a une importance considérable. Elle intervient dans le tableau clinique et conditionne le traitement et le pronostic de ces lésions. Lors d'une compression brutale, telle qu'on l'a dans les traumatismes rachidiens, les troubles sont immédiatement massifs et laissent peu d'espoir de récupération, même si la compression peut être levée. Dans la compression lentement progressive au con-

traire, la moelle et surtout son système vasculaire s'adaptent plus ou moins à cette gêne, la symptomatologie se constitue peu à peu et les perspectives d'amélioration ou de guérison sont grandes, d'autant plus grandes que l'on intervient plus tôt.

II. — Anatomie de la moelle et de ses enveloppes

L'étui osseux dans lequel est logée la moelle est formé par les *vertèbres*. En avant le canal rachidien est fermé par les *corps vertébraux* réunis les uns aux autres par un coussin cartilagineux plus ou moins élastique, le *disque intervertébral*. La paroi postérieure du canal est formée par les *lames* réunies sur la ligne médiane par leur *apophyse épineuse*; l'espace libre laissé entre les lames de deux vertèbres superposées est comblé par le *ligament jaune*. Les lames sont réunies latéralement au corps vertébral par les *pédicules*. Un pédicule et le pédicule de la vertèbre sous ou sus-jacente forment ensemble un orifice, le *trou de conjugaison*, par lequel sort un *nerf rachidien*; c'est par les nerfs rachidiens que passent toutes les communications entre la moelle et la périphérie. Le canal rachidien a un diamètre variable; relativement large dans la région cervicale, il se rétrécit dans la région thoracique pour s'élargir à nouveau au niveau lombaire, avant de se rétrécir et de se terminer dans le canal sacré.

A l'intérieur du canal rachidien se trouve un fourreau fibreux, qui est une expansion de la *dure-mère* crânienne. Ce fourreau ou *sac dural* s'étend du trou occipital à l'extrémité du canal sacré. Il envoie de chaque côté et à chaque niveau intervertébral une expansion latérale qui se termine au trou de conjugaison; cette expansion se nomme *gaine radiculaire* et contient les deux *racines antérieure et postérieure*, qui en se réunissant au trou de conjugaison constituent le nerf rachidien.

L'espace libre entre le canal osseux et le fourreau dural, l'*espace péri ou extra-dural*,

¹ Dr J. Berney, chef de clinique, Hôpital cantonal, Genève, Clinique universitaire de chirurgie. — Professeur J.-C. Rudler, Service de neurochirurgie. — Professeur A. Werner.

contient de nombreuses veines et du tissu graisseux.

La moelle à l'intérieur du sac dural baigne dans le liquide céphalo-rachidien qui circule librement autour d'elle; le liquide céphalo-rachidien est séparé de la dure-mère par une fine membrane, l'arachnoïde. Entre la dure-mère et l'arachnoïde se trouve un espace virtuel, l'espace sous-dural. On appelle espace sous-arachnoïdien l'espace occupé par le liquide céphalo-rachidien.

Au cours du développement de l'individu, la croissance du rachis est plus grande que celle de la moelle. Il s'ensuit qu'à l'âge adulte, l'extrémité inférieure de la moelle se trouve en regard du disque situé entre la première et la deuxième vertèbre lombaire. Il y a donc un décalage entre la vertèbre et le segment médullaire correspondant; ce décalage augmente à mesure que l'on s'approche de la région lombaire. De chaque segment médullaire, de part et d'autre de la ligne médiane, s'échappent une racine antérieure et une racine postérieure. Si les racines cervicales atteignent le trou de conjugaison après un bref trajet horizontal, les racines thoraciques ont un parcours oblique en bas et en dehors de plus en plus long à mesure que l'on descend vers la région lombaire et les racines lombaires et sacrées au-dessous de l'extrémité de la moelle sont réunies en un faisceau, la *queue de cheval*, qu'elles quittent successivement à la hauteur de chaque trou de conjugaison. La première racine cervicale quitte le rachis entre le trou occipital et la première vertèbre cervicale et la huitième racine cervicale entre la septième vertèbre cervicale et la première thoracique; au-dessous d'elles, les racines portent le numéro de la vertèbre qui forme le bord supérieur du trou de conjugaison.

Les segments médullaires et les racines C1 à C4 innervent la région cervicale; les racines C4 fournissent les constituants principaux des nerfs phréniques et jouent un rôle prépondérant dans la respiration. Les segments C5 à D1 innervent les membres supérieurs, D2 à D12 le tronc, L1 à S2 les membres inférieurs et les segments sacrés la région périnéale et les sphincters.

La moelle se compose de fibres nerveuses groupées en *faisceaux* qui la parcourrent longitudinalement et constituent la substance blanche, et de cellules nerveuses, les neurones, rassemblées au centre de la moelle et qui sont la substance grise. Sur une coupe transversale, la substance grise occupe une zone en forme de papillon dont les ailes antérieures portent le nom de *cornes antérieures* et les ailes postérieures plus grêles et plus allongées constituent les *cornes postérieures*. Dans les cornes antérieures se trouvent les *moto-neurones*, cellules d'origine des fibres des racines antérieures ou motrices, qui commandent la musculature. Les ordres moteurs du cerveau sont transmis aux moto-neurones médullaires par les fibres des *faisceaux pyramidaux* qui parcourrent la moelle juste en avant des cornes postérieures du même côté. Les cornes postérieures contiennent des neurones sensitifs intercalés dans les grandes voies sensitives ascendantes qui conduisent vers le cerveau les informations de la périphérie par les racines postérieures et dans la moelle par divers faisceaux spécialisés. Dans la partie antérieure de la moelle se trouve le *faisceau spino-thalamique* qui contient les fibres des sensibilités thermique et douloureuse ainsi qu'une partie des fibres du tact. De la racine postérieure les fibres gagnent le faisceau spino-thalamique contro-latéral en croisant la ligne médiane peu après leur entrée dans la moelle. A la partie postérieure de la moelle, entre les cornes postérieures se trouvent de chaque côté les *faisceaux de Goll et de Burdach* qui contiennent les fibres de la sensibilité profonde, c'est-à-dire celles qui transmettent les informations venues des muscles, des tendons, des os, des articulations et qui renseignent les centres supérieurs sur l'état de tension des muscles, sur la situation des divers segments du corps les uns par rapport aux autres; ces fibres restent dans la moelle du même côté que la racine par laquelle elles viennent.

Le complexe réalisé par les afférences venues de la périphérie par les racines postérieures, les cellules de la substance grise et les efférences quittant la moelle par les racines antérieures réalisent une organisa-

tion capable d'une certaine activité auto-nome, comme par exemple le réflexe patellaire, le réflexe bicipital, mais aussi comme un acte très élaboré, la miction. Normalement, tous ces actes réflexes sont subordonnés aux centres sus-jacents et contrôlés par eux. En cas de section médullaire la partie de la moelle située au-dessous de la lésion est privée du contrôle supérieur, ces activités élémentaires sont libérées et un automatisme médullaire apparaît. Le signe de Babinski, par exemple, fait partie de cet automatisme.

III. — Section médullaire totale

Tableau clinique

Une compression médullaire réalise le tableau de ce qu'en français on appelle une *myélite transverse* (en allemand « Querschnittsyndrom » est bien meilleur). Il s'agit d'une lésion transversale étendue sur une plus ou moins grande hauteur selon les cas. Elle va donc interrompre les faisceaux qui parcourent la moelle longitudinalement comme les fils d'un câble téléphonique, réalisant ainsi des symptômes sous-jacents qui constituent le *syndrome sous-lésionnel*. Mais aussi elle lèse la substance grise et les fibres horizontales qui croisent la moelle, qui pénètrent par les racines postérieures ou la quittent par les racines antérieures. Les symptômes qui en découlent sont groupés en *syndrome lésionnel*.

Lorsque la lésion survient brutalement, l'évolution du tableau clinique passe par deux phases séparées par une période de transition. La première phase, dite de *sidération médullaire*, survient au moment même de la lésion et dure quelques semaines. Elle est caractérisée par l'abolition de toute activité nerveuse au-dessous de l'atteinte médullaire: paralysie totale et flasque, abolition des réflexes élémentaires, disparition de toute sensibilité, blocage des sphincters avec rétention intestinale et vésicale. La limite supérieure des troubles indique le niveau de la lésion médullaire. Cette limite est très souvent surmontée d'une zone douloureuse correspondant aux racines et aux cornes postérieures lésées. Cette zone douloureuse suspendue repré-

sente le syndrome lésionnel alors que les autres symptômes sous-jacents constituent le syndrome sous-lésionnel.

Au cours d'une période de transition plus ou moins longue selon les cas, se crée progressivement le tableau caractéristique de la phase chronique définitive. Après la sidération du début, la moelle intacte au-dessous de la compression, reprend et développe son automatisme indépendant des centres sus-jacents dont elle est séparée. L'anesthésie bien entendu reste complète; la paralysie totale devient spastique; les réflexes réapparaissent exagérés; le signe de Babinski et des mouvements involontaires spasmodiques et grossiers peuvent être déclenchés par diverses stimulations cutanées; la vessie retrouve un certain automatisme. Tel apparaît le syndrome sous-lésionnel. Quant au syndrome lésionnel, il varie selon la localisation de la lésion médullaire. L'atteinte des cornes et des racines antérieures entraîne la disparition des réflexes, la paralysie flasque et l'atrophie des muscles qui en dépendent; l'atteinte des cornes et des racines postérieures provoque non seulement une anesthésie mais aussi des phénomènes douloureux répartis selon des bandes correspondant au territoire d'innervation des racines atteintes. Si la lésion est cervicale, le syndrome lésionnel intéressera les membres supérieurs; si c'est la moelle lombaire qui est atteinte, il touchera les membres inférieurs; en cas de lésion de la moelle thoracique, le syndrome lésionnel se résumera en une bande douloureuse à la limite supérieure du territoire anesthésié. Un des caractères très particulier des douleurs radiculaires dues à une compression est qu'elles sont augmentées par la toux et l'éternuement.

Si la compression s'est installée progressivement et qu'on la laisse évoluer, son stade ultime réalisera le tableau de la période chronique définitive de la section médullaire complète telle qu'elle vient d'être décrite.

IV. — Sections médullaires partielles

Avant de réaliser le tableau de la section totale, la compression médullaire plus ou

moins lentement progressive selon l'étiologie du processus en cause, se manifestera par des symptômes s'installant et évoluant, signes cliniques de la souffrance médullaire. On pourra tout au long de cette évolution découvrir un syndrome lésionnel et un syndrome sous-lésionnel.

Fréquemment le premier signe sera une douleur localisée au territoire d'innervation de la racine intéressée. Presque toujours et précocement les faisceaux pyramidaux manifesteront leur souffrance par un *syndrome dit pyramidal* caractérisé par une spasticité de la musculature évoluant vers la paralysie progressive, une exagération des réflexes et un signe de Babinski. La compression pourra occasionnellement lésier surtout les faisceaux postérieurs de Goll et de Burdach créant un syndrome sous-lésionnel de perte de la sensibilité profonde. Le plus souvent l'atteinte médullaire sera asymétrique, réalisant un *syndrome dit de Brown-Séquard* plus ou moins pur. Parfois, dans les tumeurs se développant à l'intérieur de la moelle par exemple, on notera un *syndrome syringomyélique*. Les troubles du contrôle des sphincters viendront plus ou moins tôt s'ajouter aux autres signes neurologiques.

Il vaut la peine de décrire un peu plus en détail deux des syndromes cités plus haut: le syndrome de Brown-Séquard et le syndrome syringomyélique.

Le syndrome de Brown-Séquard ou *d'hémi-section de la moelle* est une lésion médullaire limitée à une moitié gauche ou droite, réalisant un tableau clinique particulier. Le syndrome lésionnel est banal, semblable au syndrome décrit précédemment dans la section totale mais limité à un seul côté, celui de la lésion. Le syndrome sous-lésionnel est plus intéressant. L'atteinte du faisceau pyramidal conduit à une paralysie spastique avec exagération des réflexes et signe de Babinski du même côté que la lésion car dans la moelle, le faisceau pyramidal se dirige vers les moto-neurones des cornes antérieures du même côté. La lésion du faisceau de Goll et de Burdach provoque la perte de la sensibilité profonde du même côté que la lésion puisque les fibres qui les constituent venant de la ra-

cine postérieure montent directement dans la moelle sans croiser la ligne médiane. Le faisceau spino-thalamique enfin qui transmet les sensations thermiques et douloureuses, reçoit ses informations du côté opposé car en quittant la corne postérieure les fibres nerveuses qui s'y rendent traversent la moelle au niveau même de leur point d'entrée. La lésion de ce faisceau provoque donc une perte de la sensibilité au chaud et au froid et de la sensibilité douloureuse du côté opposé à la lésion.

Dans les compressions, si la souffrance médullaire prédomine fréquemment d'un côté, elle n'est que très rarement strictement unilatérale. Un syndrome de Brown-Séquard pur est donc extrêmement rare. Par contre on comprendra maintenant sans peine que très fréquemment les troubles moteurs sont plus marqués d'un côté et les troubles de la sensibilité superficielle (thermique et douloureuse) du côté opposé.

Le *syndrome syringomyélique* est caractéristique d'une lésion siégeant ou prédominant au centre de la moelle. Le syndrome sous-lésionnel est banal, surtout marqué par l'atteinte des faisceaux pyramidaux. Les autres faisceaux plus périphériques ne souffrent qu'au stade avancé. Le syndrome lésionnel est dominé par l'atteinte des fibres de la sensibilité thermique et douloureuse qui croisent la ligne médiane au niveau de leur entrée dans la moelle. Il s'ensuit une perte de la sensibilité au chaud et au froid et à la douleur dans un territoire cutané suspendu correspondant au segment médullaire atteint. La sensibilité tactile par contre reste intacte puisque un contingent de ses fibres ne croise pas la ligne médiane et monte dans les faisceaux de Goll et de Burdach. La disparition de la sensibilité douloureuse et de la sensibilité thermique coïncidant avec la persistance de la sensibilité tactile constitue ce qu'on appelle la *dissociation syringomyélique*. En outre, fréquemment, les cellules des cornes antérieures souffrent et des paralysies flasques avec abolition des réflexes et atrophie musculaire se développent dans les territoires correspondants.

V. — Etiologie des compressions médullaires

Les traumatismes:

Ils méritent une place à part car ils réalisent presque toujours des lésions brutales et rarement des lésions progressives dues soit à un hématome extra-médullaire soit à un œdème. La lésion est presque toujours d'abord osseuse, fracture ou luxation ou le plus souvent combinaison des deux, la fracture entraînant la luxation. Plus rarement il s'agit d'une hernie d'un disque intervertébral rompu. Parfois encore, fracture, luxation et hernie discale coexistent.

Les lésions de la moelle thoracique sont pratiquement toujours immédiates, totales et définitives.

Dans les régions cervicale et lombaire, les atteintes médullaires sont parfois partielles et peuvent régresser si la compression est levée suffisamment tôt. Mais si la lésion est immédiatement totale, il y a même dans ces localisations peu de chance de régression des troubles.

Les lésions osseuses:

Il s'agit le plus souvent de tumeurs. Les métastases vertébrales sont fréquentes, surtout dans le cancer du sein ou le cancer de la prostate. Le premier signe est presque toujours une douleur vertébrale accompagnée d'une douleur radiculaire souvent unilatérale. Dans certains cas la compression médullaire se manifeste progressivement, mais malheureusement dans la plupart des cas, elle provoque tout à coup, par atteinte vasculaire, une ischémie médullaire et un tableau de section totale irréversible même si l'on décomprime la moelle.

Il existe d'autres tumeurs osseuses, soit malignes soit bénignes qui peuvent se localiser à la colonne vertébrale et comprimer la moelle.

La tuberculose dans le Mal de Pott se localise aux vertèbres. La destruction des corps vertébraux peut entraîner une déformation de la colonne telle que la moelle est comprimée. La constitution d'un abcès froid dans l'espace épidual contribue également à comprimer la moelle.

Lésions extra-durales:

Un hématome spontané, un abcès peuvent se développer dans l'espace extra-dural rachidien. Ces lésions sont rares.

Le neurinome

est une tumeur bénigne qui se développe à partir d'une racine ou d'un nerf rachidien. Elle peut occuper l'espace extra-dural seul (fig. 2) mais très fréquemment elle a une expansion extra-rachidienne passant par un trou de conjugaison et une expansion intradurale suivant la gaine radiculaire (fig. 1). Cette tumeur peut être isolée, mais elle peut être accompagnée d'une multitude d'autres tumeurs plus ou moins volumineuses développées sur d'autres nerfs partout dans l'organisme: c'est ce qu'on appelle la *neurofibromatose* ou *maladie de von Recklinghausen*.

Lésions intra-durales:

Il a déjà été dit que le neurinome peut avoir une expansion intra-durale. Une autre tumeur bénigne peut se développer dans l'espace intra-dural et comprimer la moelle c'est le *méningiome*. Cette tumeur que l'on rencontre surtout chez la femme, est insérée sur la dure-mère. Il existe encore des lipomes.

Lésions intra-médullaires:

Certaines tumeurs, développées à partir du parenchyme nerveux, semblables aux tumeurs cérébrales, peuvent se développer dans la moelle. Ces *gliomes* sont d'une malignité plus ou moins grande mais ne font pas de métastase. Leur malignité est locale, quoiqu'on fasse ils repoussent presque toujours tôt ou tard. Infiltrant le tissu nerveux médullaire, ils sont le plus souvent inextirpables et ne peuvent être traités que par des irradiations.

Une tumeur très particulière peut se développer chez l'enfant et constitue vraiment au départ une malformation. C'est l'*épendymome* qui se développe au centre de la moelle, augmente très lentement de volume et peut être étendu sur une très grande hauteur, occupant par exemple toute la moelle



a)



b)

Fig. 1. Compression médullaire par un neurinome à la fois extra-dural et intra-dural.

- a) Après laminectomie bilatérale thoracique haute, la dure-mère apparaît déplacée et déformée par une masse tumorale localisée contre son flanc droit.
- b) Après ablation de cette première tumeur, la dure-mère incisée sur la ligne médiane est maintenue ouverte par des fils et une deuxième tumeur développée à partir de la même racine et comprimant la moelle est mise en évidence.
- (Photographies per-opératoires.)

thoracique. Cette tumeur se laisse en général séparer relativement facilement du tissu nerveux qui l'entoure et peut être extirpée avec succès. Il faut pour cela fendre la moelle sur la ligne médiane à sa face dorsale jusqu'à ce que la tumeur soit atteinte, puis extraire celle-ci comme on extraireait le noyau d'un fruit.

D'autres tumeurs encore peuvent exister dans la moelle, des lipomes, des tumeurs d'origine vasculaire comme les hémangio-blastomes.

VI. — Diagnostic

Lorsqu'on se trouve devant un tableau clinique évocateur de compression médullaire, diverses investigations doivent être entreprises afin de préciser le diagnostic étiologique, le siège et l'étendue de la lésion. C'est du résultat de ces investigations que dépendra l'indication thérapeutique.

Toutes les lésions osseuses, qu'elles soient tumorales, inflammatoires ou traumatiques seront visibles sur des radiographies de la colonne vertébrale, que des tomographies

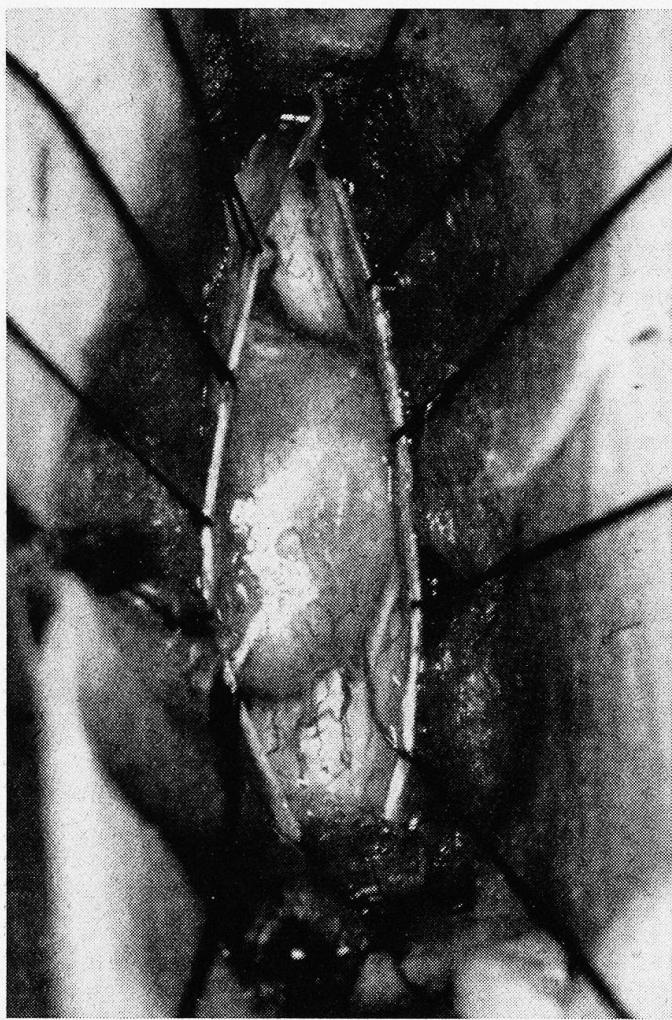


Fig. 2. Neurinome rachidien intra-dural comprimant la moelle thoracique. La dure-mère incisée sur la ligne médiane à sa face dorsale est maintenue ouverte par des fils. (Photographie per-opératoire.)

pourront compléter. Un neurinome, dans sa lente progression, pourra user les structures osseuses qui l'entourent et, par exemple, agrandir un trou de conjugaison de façon très spectaculaire. L'épendymome, qui se développe pendant plusieurs années, augmentant le volume de la moelle pourra de même user son étui osseux, amincissant lames, pédicules, corps vertébraux, si bien que le canal rachidien apparaît très élargi.

La ponction lombaire donnera également des renseignements utiles. Le liquide céphalo-rachidien sera presque toujours anormal, son contenu en protéines étant très augmenté. En outre, la *manœuvre de Quer肯sted*, pourra mettre en évidence un blocage du canal rachidien. En effet, lors de la

compression des veines jugulaires, la pression du liquide céphalo-rachidien à l'intérieur de la boîte crânienne augmente et cette augmentation de pression normalement se transmet au liquide céphalo-rachidien des espaces sous-arachnoïdiens lombaires. En cas de compression médullaire et d'obstruction du canal rachidien, cette augmentation de pression intra-crânienne ne se transmet pas au-dessous de la lésion.

L'examen le plus important enfin, la *myélographie*, permettra de préciser encore davantage le diagnostic. La myélographie peut être gazeuse par injections soit par ponction lombaire soit par ponction sous-occipitale soit par deux voies combinées d'oxygène



Fig. 3. Myélographie gazeuse dans un cas d'hématome épidual spontané. Coupe tomographique sagittale médiane de la partie thoracique moyenne du rachis. L'oxygène injecté par ponction lombaire remplit les espaces sous-arachnoïdiens péri-médullaires et dessine la moelle dont un segment apparaît repoussé en avant par une masse localisée à la face postérieure du canal rachidien.

dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cet oxygène, moulant la moelle, donnera une image très précise du processus pathologique en cause (fig. 3). Au lieu d'oxygène, on peut utiliser un contraste positif, Lipiodol, Myodil, Pantopaque. Ces produits qui devraient normalement circuler librement dans les espaces sous-arachnoïdiens, sont arrêtés par le processus comprimant la moelle.

VII. — Conclusion

Lorsque le diagnostic de compression médullaire est posé, que sa localisation est précisée par les investigations complémentaires, il importe d'intervenir rapidement pour la supprimer. On comprend aisément que plus vite la compression est levée et meilleures sont les chances de récupération et de guérison du malade. Malheureusement dans un grand nombre de cas, si la compression s'est installée brutalement comme dans

un traumatisme rachidien par exemple ou si les lésions médullaires sont apparues en quelques secondes ou quelques minutes comme c'est fréquemment le cas dans les métastases rachidiennes, il n'y a pratiquement aucune chance d'améliorer ces malades.

Lorsque les signes cliniques par contre se développent lentement, progressivement, pour peu que l'on intervienne à un stade où la section médullaire n'est que partielle ou mieux encore ébauchée, on a de bonne chance d'améliorer sinon de guérir ces patients. Mais, il y a toujours un mais, si certaines tumeurs sont relativement facilement extirpables, il y a malheureusement un certain nombre d'entre elles que le chirurgien ne peut exciser aussi habile soit-il qu'au prix d'une augmentation des lésions médullaires.

Il faut alors battre en retraite et confier ces patients à la radiothérapie.

Prendre le pouls dans le nez

C'est désormais possible grâce à un appareil inventé par un anesthésiologue de Los Angeles, le docteur J.-E. Groves. Cet appareil, qui enregistre le pouls au moyen d'une cellule photo-électrique, fonctionne de la manière suivante: il se place dans le nez, à cheval sur la cloison qui sépare les narines. Le rayon de lumière de la cellule photo-électrique traverse la cloison, qui est irrigée par des branchies de l'artère carotide interne, celle-là même qui amène le sang du cou au cerveau. Si bien que prendre le pouls à cet endroit privilégié permettrait de déceler des troubles circulatoires susceptibles de retentir sur le cerveau, et qui ne seraient pas perçus en prenant le pouls au bras ou au cou...

Techniques Hospitalières, avril 1966

Les paralysés en combinaison spatiale

Deux chercheurs des services de médecine aérospatiale des Etats-Unis ont constaté que les combinaisons pressurisées peuvent être utiles pour améliorer l'état de paralysés à la suite d'une attaque ou de malades atteints de troubles circulatoires. Trois malades souffrant de paralysie peuvent vivre une vie presque normale, à condition de porter des combinaisons pressurisées primitivement destinées à des cosmonautes. (« Oui », mars 1966.)

Lassen Sie mich meine Ausführungen über die psychosomatische Medizin mit einem Zitat beginnen, das folgendermassen lautet:

«Denn das ist der grösste Fehler bei der Behandlung der Krankheiten, dass Leib und Seele allzusehr voneinander getrennt werden, wobei es doch nicht getrennt werden kann — aber das gerade übersehen die griechischen Aerzte und darum entgehen ihnen so viele Krankheiten. Sie sehen nämlich niemals das Ganze. *Dem Ganzen* sollten sie ihre Sorge zuwenden, denn dort, wo das Ganze sich übel befindet, kann unmöglich ein Teil gesund sein.»

Diese Worte stammen vom griechischen Philosophen Plato, der im vierten vorchristlichen Jahrhundert gelebt hat. Ich stelle sie an den Anfang meiner Ausführungen, um Ihnen klarzumachen, dass in diesen Wörtern das ganze Anliegen der modernen psychosomatischen Medizin gefasst ist, und dass dieses Anliegen beinahe so alt wie die abendländische Geistesgeschichte selber ist. Das Ziel der psychosomatischen Medizin, von der hier die Rede sein soll, ist somit ein uraltes, nämlich den kranken Menschen nicht nur in seinem körperlichen Kranksein in den Griff zu bekommen und zu behandeln, sondern das Ganze seiner je vorliegenden Wesensverfassung in den Bereich des Krankheitsverständnisses und der daraus hervorgehenden Behandlungsweisen miteinzubeziehen, um damit eine wirklichkeitsnähtere, das Individuum in seiner Einmaligkeit mitberücksichtigende Medizin zu betreiben. Neu sind allerdings die Forschungsmethoden, die auf diesem Wege heutzutage angewandt werden. Sie kommen einerseits von der *Neurophysiologie*, dann aber auch von der *Tiefenpsychologie* und schliesslich von der *Soziologie* her. Davon soll später noch die Rede sein. Zunächst möchte ich Sie bitten, mit mir *ans Krank-*

kenbett zweier Patientinnen zu treten, damit wir von dem, was uns beschäftigen soll, eine etwas lebendigere Vorstellung bekommen.

Wir haben zunächst vor uns eine 40jährige, unverheiratete, alleinstehende Frau von ansprechendem Aussererem. Sie ist dunkelhaarig, mit dunkelpigmentierter Haut, die gut durchblutet ist, auf der sich aber bei seelischer Erregung leicht rote Flecken bilden. Ihre Augen sind braun und auffallend glänzend. Schon aus diesen Zeichen, denen sich bei genauerer Untersuchung noch weitere hinzugesellen, können wir auf eine *gesteigerte Erregbarkeit des sogenannten vegetativen Nervensystems* schliessen, also desjenigen Systems, das sich unserem bewussten Willen und Denken entzieht und die Lebensvorgänge unseres Körpers gewissermassen automatisch reguliert, ohne aber dabei von unseren Stimmungen, Ängsten und Erregungen, über die wir keine willentliche Verfügungsgewalt haben, ganz unabhängig zu sein.

Diese Patientin ist in eine Klinik eingewiesen worden, weil sie seit einiger Zeit an nächtlichen Anfällen leidet, die mit einem Angstgefühl einhergehen und sich in Kribbeln, Ameisenlaufen und Steifigkeit im Nacken, im Gesicht und in den Händen und Vorderarmen äussern. Solche Anfälle treten erst in den letzten Wochen auf. Die Kranke hatte früher nie ähnliche Beschwerden. Die Dauer der Anfälle beträgt einige Minuten. Wir erfahren von der Patientin zudem, dass die Anfälle meist nachts auftreten. Fragen wir hingegen etwas genauer, so teilt sie uns mit, dass die Anfälle meist in jenem Dämmerzustand zwischen Wachen und Schlafen, wie er sich vor dem Einschlafen einstellt, ablaufen, in jenem Zustand also, in dem unser bewusstes Denken, Wollen und Empfinden durch das Überhandnehmen der Schlafregulation bereits gedämpft ist, ohne dass wir aber die in diesem Augenblick mit besonderer Intensität sich meldende Phantasietätigkeit unserer Seele, die schliesslich

¹ PD Dr. med. F. Meerwein, Nervenarzt FMH, Zürich.

² Vortrag, gehalten am 26. Januar 1966, am Fortbildungskurs der Sektion Zürich / Glarus / Schaffhausen des SVDK.

in einen Traumzustand übergehen kann, mit unserem Bewusstsein wahrnehmen könnten.

Man untersucht die Kranke körperlich genau und findet bei ihr keinen krankhaften Befund. Schon aus der Schilderung der Beschwerden kann man sich ein Urteil bilden. Es handelt sich um ganz alltägliche Erscheinungen, die man kennt, die bei Frauen etwas häufiger als bei Männern vorkommen und die man diagnostisch als sogenannte *Hyperventilationstetanie* bezeichnet. Sie sind Ausdruck eines gestörten Atmungs-rythmus, auf Grund seelischer Erregung, woraus eine Veränderung des Blutchemismus hervorgehen kann, was schliesslich zum Anfall führt. Calciumgaben und Beruhigungsmittel führen oft schnell zum Erfolg, und vom medizinischen Standpunkt aus gesehen, kann man die Beschwerden der Kranken als Bagatelle bezeichnen, die Kranke beruhigen und mit entsprechenden Medikamenten versehen nach Hause entlassen.

An diesem Punkt macht aber eine psychosomatische Medizin nicht halt, sondern sie fragt weiter. Auffällig ist, dass die Patientin derartige Beschwerden früher nie hatte. Was hat also den Anlass dazu gegeben, dass gerade jetzt bei ihr solche Zustände auftreten, und woher stammt das Mass an seelischer, vorwiegend ängstlicher Erregung, das die Kranke in ihren nächtlichen, einsamen Dämmerzuständen überfällt?

Jeder Arzt wird sich in einem derartigen Falle diese Fragen stellen, und es fällt auch in einem kurzen Gespräch mit der Patientin nicht schwer, darauf eine *scheinbare* — ich betone jetzt *scheinbare* — gültige Antwort zu bekommen.

Die Patientin teilt nämlich mit, dass ihr Hausarzt bei ihr vor einiger Zeit in der linken Brust eine Schwellung festgestellt habe. Sie sei daraufhin zu Tode erschrocken und habe vermutet, es werde sich um einen Krebs handeln. Innert kurzer Zeit habe sich die Schwellung jedoch völlig zurückgebildet. Daraus sei mit Sicherheit zu entnehmen, dass es sich um eine harmlose, vorübergehende Schwellung der Milchdrüsen gehandelt habe. Nun liege eine solche Schwellung auch in der rechten Brust vor. Es be-

stehe zwar auch hier kein Anlass, an ein bösartiges Krankheitsgeschehen zu denken, hingegen sei eine gewisse Aengstlichkeit zurückgeblieben. Besonders bedrücke sie, dass sie nachts allein in ihrer Wohnung sei. Sie fühle sich so noch mehr allein und ihren Aengsten ausgeliefert. Im übrigen sei sie völlig glücklich, sowohl in ihrem Beruf als auch in ihren Beziehungen zu Familie und Bekannten und könne sich kein schöneres Leben vorstellen.

Es macht nun den Anschein, als ob die Fragen, die bei der Untersuchung der Kranke noch offen geblieben sind, ihre Beantwortung gefunden hätten. Die Schwellungen in den beiden Brüsten haben in der Patientin eine gewisse Krebsangst ausgelöst, der sie sich, allein in ihrer Wohnung, in besonderem Masse ausgesetzt fühlt. Es gilt also, die Kranke von ihrer Krebsangst zu befreien und dafür zu sorgen, dass sie in den kommenden Tagen und Wochen nicht ganz sich allein überlassen bleibt, sind doch in der Klinik, wo sie unter anderen Menschen lebte, die Anfälle ganz ausgeblieben.

Dies geschieht. Die Geschwulst in der rechten Brust bildet sich vollständig zurück. Die Patientin wohnt während einiger Zeit bei ihrer verheirateten Schwester, und die Anfälle bleiben aus. Von Krebs kann keine Rede mehr sein, und die Patientin beschliesst, wieder ihr früheres Leben aufzunehmen und in ihre eigene Wohnung zurückzukehren. *Kaum ist sie jedoch in ihre Wohnung zurückgekehrt, setzt das ganze Krankheitsbild in seiner früheren Stärke wieder ein!* Wie soll man sich das erklären, nachdem nun doch aller Anlass zur Angst weggefallen ist? Oder stimmt die so einleuchtende Erklärung der Angst nicht, ist sie zu oberflächlich, erfasst sie nicht das eigentliche Problem, an dem die Kranke leidet?

Die Patientin bringt die Antwort selber. Sie hat zum Arzt der Klinik Vertrauen gefasst und beschliesst, ihn nochmals aufzusuchen, und nun beginnt sie zu sprechen.

Wenn sie bei früheren Gesprächen gesagt habe, sie sei glücklich und leide nicht an ihrem Leben, so entspreche dies wohl doch nicht ganz den Tatsachen. Seit zwanzig Jah-

ren lebe sie in einer Beziehung zu einem um 15 Jahre älteren, verheirateten Manne. Als junge Frau habe sie gehofft, er werde sich scheiden lassen, was er aber nie getan habe. So sei sie während zwanzig Jahren seine Freundin geblieben und habe die besten Jahre ihres Lebens an sich vorbeiziehen lassen. Ihre beiden noch lebenden Eltern, beide streng katholischen Glaubens, hätten ihr damals, vor 20 Jahren, den Umgang mit jenem Manne verboten, so dass sie seit zwanzig Jahren die Beziehung ohne Wissen der Eltern und in aller Heimlichkeit fortfüre. Langsam beginne sie, ihren Freund zu verachten. Er sei doch wohl ein feiger Mensch, dass er es in all den Jahren nicht fertiggebracht habe, sich von seiner Frau zu lösen, an der er nur noch aus Prestigegründen, wie sie sagt, hänge, die keine Kinder habe und berufstätig und selbständig sei. Oder aber er hätte sie freigeben sollen, um ihr das Eingehen einer reiferen Beziehung zu ermöglichen. Schliesslich tönt sie an, dass die sexuellen Beziehungen unerfüllt geblieben seien, weil sie diesbezüglich sehr gehemmt sei. Darüber will sie aber nicht weiter sprechen.

Wir haben es nun also plötzlich mit einer Frau in tiefer Lebenskrise zu tun. Die Hälfte ihres Lebens lebte sie in einer unreifen Beziehung mit einem wohl ebenso unreifen Manne. Aus dieser Situation hat sie sich während zwanzig Jahren nicht befreien können. Ihre volle Fraulichkeit ist unentwickelt geblieben. Sie hat sich die Lebenslüge des «trotzdem glücklich» aufgebaut, bis die Schwellungen in den Brüsten und die drohende Amputation derselben sie unmissverständlich darauf aufmerksam machten, in welche Gefahr ihr Leben als Frau unter diesen Voraussetzungen nun geraten war. Ihre Anfälle erweisen sich als *Alarmzeichen* einer tiefen Depression, die die Kranke vorerst nicht anders als auf diese Weise zum Ausdruck bringen konnte. Auch in diesem Alarmzeichen ist die Lebenskrise noch nicht offen, sondern verborgen zum Ausdruck gebracht. Das Zeichen führt zwar nun endlich dazu, dass jemand sich der dringend hilfebedürftigen Frau annimmt, aber seine wahre Entschlüsselung ist erst möglich,

wenn die Patientin selber ihre Karten aufdeckt, was wiederum ein Vertrauensverhältnis zum Arzt zur Voraussetzung hat.

Es zeigt sich in diesem Umstand eine der wesentlichsten Erfahrungstatsachen der psychosomatischen Medizin. Im körperlichen Krankheitssymptom äussert sich eine Not, oftmals eine schwere Lebenskrise, aber sie äussert sich in einer Art und Weise, die diese Krise auch wieder verhüllt. Körperlich krank zu sein fällt leichter, als das Eingeständnis, dass das Leben in eine Sackgasse geraten ist. Der psychosomatische Krankheitsvorgang wird somit aus zwei Quellen gespeist: Einerseits ist er Ausdruck der Krise, anderseits auch deren Versteck. Es gehört das ganze psychologische Geschick des Arztes, ja schliesslich eine ganze Spezialausbildung dazu, den Kranken aus seinem Versteck herauszulocken, ihn dazu zu bringen, dass er seine Krankheit nicht mehr nötig hat, wenn wir so sagen wollen, und dass er den Mut fasst, mit uns gemeinsam die Bewältigung seiner Lebenskrise auf Grund der tatsächlichen Sachverhalte in Angriff zu nehmen.

Im Falle unserer Kranken bedurfte es langen psychotherapeutischen Einsatzes, bis sie imstande war, sich aus ihrer ungünstigen Situation aus eigenen Kräften zu befreien und sich vom Geliebten zu lösen. Ob es ihr mit ihren vierzig Jahren noch möglich sein wird, eine sie ganz erfüllende Beziehung mit einem anderen Menschen aufzunehmen, ist noch ungewiss. Da sie nun aber aktiv an die Lösung ihrer Krise herangeht, sind die Anfälle zum Verschwinden gebracht worden. Dass es hiebei nicht mehr um ein paar Pillen und ein paar beruhigende Worte gehen konnte, ist wohl selbstverständlich. Es ist ein ernsthafterer Einsatz des Arztes nötig, um der Kranken zu helfen. Was anfänglich als harmlose Bagatelle erschien, erweist sich nun als schweres Leiden, freilich in ganz anderem Sinne, als es eine nur aufs Körperliche ausgerichtete Medizin versteht. Von einer rein körperlich denkenden Medizin her betrachtet ist die Patientin eigentlich überhaupt nicht krank, sondern allerhöchstens etwas «nervös». Ueber die Behandlungsweisen, die aus einer

derart veränderten Einsicht in das Krankheitsgeschehen hervorgehen, wollen wir aber erst sprechen, nachdem wir uns nun noch eine zweite Kranke näher angesehen haben.

Hier haben wir es mit einer 29jährigen Frau zu tun, die auch in körperlichem Sinne schwer krank ist. Seit einigen Wochen leidet sie an einer geschwürigen Dickdarmentzündung, die in der Fachsprache *Colitis ulcerosa* bezeichnet wird. Die Krankheit besteht in einem geschwürigen Zerfall der Dickdarmschleimhaut, was oftmals zu quälenden Darmkrämpfen und blutigen oder schleimig-eitriegen Durchfällen — manchmal zehn- bis zwanzigmal pro Tag — führen kann. Die Krankheit kann chronisch verlaufen und sich schubweise über Jahre hinziehen oder aber in besonders ungünstigen Fällen innert kurzer Zeit zum Tode führen. Ein solcher Ausgang ist allerdings nicht die Regel. Seit langer Zeit weiss man, dass auch bei dieser Krankheit seelische Einflüsse eine ganz entscheidende Rolle spielen.

Wir machen es uns zur Regel, den Kranken nicht in erster Linie zu belehren, wie sich die medizinische Wissenschaft die Entstehung seiner Krankheit vorstellt, sondern uns von ihm darüber belehren zu lassen, wie er selber sich das Zustandekommen seiner Krankheit denkt. Oftmals erhalten wir von ihm auf diese Weise erst den Schlüssel zum psychologischen Krankheitsverständnis geliefert. Damit bekommen wir Zugang zu seinem tieferen Erleben, zu der Art und Weise, wie er selber seine Krankheit versteht und in das Gesamt seines Lebensschicksals miteinbezieht.

Unsere Kranke — die angesichts der Schwere ihres Zustandes natürlich mit allen Mitteln der körperlichen Medizin untersucht und behandelt werden muss — gab uns auf unsere Frage nach der Ursache ihres Zustandes in ihrer Sicht sofort zu verstehen, dass sie in einem schweren Konflikt stehe. Seit zwei Jahren sei sie von ihrem Ehemann geschieden. Das einzige Kind aus dieser Ehe sei ihr zugesprochen. Sie hänge sehr an ihrem Kinde, sei aber genötigt, einer relativ schweren Arbeit nachzugehen, um sich und das Kind durchzubringen. Ihr geschiedener

früherer Gatte, der inzwischen wieder geheiratet habe, unternehme nun Anstrengungen, dass das Scheidungsurteil revidiert werde, damit er das Kind zu sich nehmen könne. Er argumentiere damit, dass sie als berufstätige Mutter nicht genügend Zeit habe, sich um das Kind zu kümmern und dass es in seiner neuen Ehe bei einer nicht-berufstätigen Stiefmutter besser aufgehoben sei. Die Patientin erklärte sich überzeugt, dass ihre Erkrankung mit dieser Spannungssituation etwas zu tun habe und dass sie erst gesund werden könne, wenn die Angst vor einer eventuellen Trennung von ihrem Kinde aus der Welt geschafft sei.

So sehr wir die Sorge der Kranken um ihr Kind verstehen, so ist uns doch noch nicht vollständig einleuchtend, warum sie in solcher Situation an einer derart schweren Erkrankung leidet. Viele Frauen befinden sich in ähnlicher Lage, bewahren dabei aber ihre Gesundheit und meistern ihr schweres Lebensschicksal, ohne krank zu werden.

Im Falle dieser Patientin hilft uns zur Beantwortung dieser Frage eine Einzelheit aus ihrer Vorgeschichte weiter. Wir erfahren von ihr nämlich, dass sie eigentlich während ihres ganzen Lebens immer etwas «mit ihrem Bauch zu tun» gehabt habe. Krämpfe, Verstopfungen und Durchfälle seien bei ihr etwas Häufiges gewesen, jedoch habe sie nie ernstlich darunter gelitten. Auch diese Aussage hilft uns zwar zunächst nicht weiter, aber auf etwas präzisierende Fragen hin erfahren wir schliesslich, dass diese Bauchbeschwerden erst mit dem zwölften Altersjahr eingesetzt hätten. Und wenn wir nun noch etwas weiter fragen, ob vielleicht in jenem Lebensalter etwas besonders Schweres an die Patientin herangetreten sei, erfahren wir von ihr, dass damals ihre Mutter gestorben sei und dass sie nun eigentlich, wenn sie es sich so richtig überlege, sagen müsse, dass ihre Bauchbeschwerden nach dem Tode ihrer Mutter erstmals eingesetzt hätten. Nach ihrem Tode sei sie völlig sich selber überlassen gewesen. Ihr Vater habe wohl materiell für sie gesorgt, jedoch sei er ein brutaler Mann gewesen, vor dem sie sich gefürchtet und

der sich nur für seinen Beruf und die Jagd interessiert habe. Auch an ihrem Bruder habe sie keine Stütze gefunden.

Nun erst schliesst sich unser Kreis. Die drohende Trennung von ihrem Kind hat in der Patientin eigene Kindheitsängste wieder wachgerufen. In der Fachsprache sagen wir, die Kranke hat sich mit ihrem Kinde «identifiziert». Sie erlebt in der heutigen Situation beides. Sie erlebt sich einerseits als Mutter, der man das Kind wegnehmen will, anderseits erlebt sie aber selber durch ihr eigenes Kind hindurch erneut jene schwere Zeit ihres Lebens wieder, da sie ihre eigene Mutter verlor. Mit allen ihr zur Verfügung stehenden Kräften hat sie zu verhindern versucht, dass ihrem eigenen Kinde dasselbe Schicksal widerfährt, aber gerade dabei hat sie sich in einer Art und Weise überfordert, dass sie krank werden musste. Die Tatsache, dass in ihrer aktuellen Konfliktsituation ihre eigenen, anscheinend unbewältigten Kindheitsängste wieder mobiliert wurden, erklärt erst die Heftigkeit, ja Lebensgefährlichkeit ihrer Erkrankung. Man darf mit Recht behaupten, dass diese Frau wahrscheinlich nicht erkrankt wäre, hätte sie nicht durch den allzu frühen Tod der Mutter ein Lebensfundament zu einem Zeitpunkt verloren, da sie dieses dringend benötigte. So stand sie in ihrem Leben wohl immer auf eher schwachen Beinen, die sie jedoch so lange trugen, als durch ihr eigenes Schicksal als Mutter ihr eigenes unbewältigtes Kinderschicksal nicht angerührt wurde. Als es aber dazu kam, brach sie zusammen.

Es bedurfte in diesem vorliegenden Falle einer vermittelnden Aussprache zwischen der Patientin und ihrem geschiedenen Ehemann sowie einer geeigneten medizinischen Behandlung, um die Situation zu beruhigen und die Symptome der Patientin zum Abklingen zu bringen. Damit ist der vorliegende Konflikt behoben worden, und der wachgerufene Kindheitskonflikt kann sich wieder beruhigen. Zu einer völligen Bewältigung desselben bedurfte die Kranke allerdings einer Nachreifung ihrer Gesamtpersönlichkeit, die sie erst vor künftigen Rückfällen würde schützen können. Eine solche

Nachreifung ist aber an eine Vielzahl von Voraussetzungen gebunden, die nur in Ausnahmefällen tatsächlich gegeben sind.

Wir haben aus der Fülle der sogenannten psychosomatisch Kranken zwei Einzelschicksale herausgehoben, an denen sich die Fragestellungen und Forschungsansätze der psychosomatischen Medizin besonders deutlich aufzeigen lassen. Wenn wir von der Annahme ausgehen, dass es bei der Psychosomatik um den ganzen Menschen gehe, was ja auch im Begriff «Psychosomatik» zum Ausdruck kommt (Psyche = Seele, Soma = Körper), so gibt es eigentlich keine Krankheit, die nicht irgendwie psychosomatisch zu erfassen wäre. Die ärztliche Erfahrung hat nun aber ergeben, dass der psychosomatische Standpunkt bei manchen Kranken aus praktischen Gründen vernachlässigt werden kann, bei manchen aber auch wieder nicht. Wenn zum Beispiel jemand an einer einfachen Angina erkrankt, so kann es gewiss wertvoll sein, der Frage nachzugehen, warum dieser Mensch nun gerade jetzt und nicht zu einem anderen Zeitpunkt erkrankt und wie die Erkrankung mit seiner augenblicklichen Lebenslage verbunden ist. Man wird sich aber aus praktischen Gründen in den meisten Fällen damit zufriedengeben, die Angina medikamentös zu behandeln und die psychosomatischen Fragestellungen auf sich beruhen zu lassen, da der Patient auch ohne deren Berücksichtigung wieder gesund wird. Bei vielen Krankheitsbildern kommen wir heute aber nicht mehr entscheidend weiter, wenn wir diesen psychosomatischen Gesichtspunkt ausser acht lassen, also zum Beispiel bei folgenden Krankheiten:

Schlafstörungen, chronische Kopfschmerzen, ungeklärte Schmerzzustände aller Art, viele Magenerkrankungen, viele Darm-erkrankungen, manche Kreislaufkrankheiten, hoher Blutdruck, Asthma bronchiale, Magersucht der Frauen, Periodenstörungen bei Frauen, einzelne Augen- und Gehörkrankheiten usw.

Es wird heutzutage geschätzt, dass etwa 50 % aller Kranken, die einen Arzt aufsuchen, an Beschwerden leiden, die nicht wirksam behandelt werden können, wenn

nicht der seelischen Verfassung des Kranken gleichzeitig volle Aufmerksamkeit geschenkt wird. Was dies bezüglich des zeitlichen Aufwandes, des materiellen Auf-

wandes und der Arbeitskraft des Arztes schliesslich bedeutet, wollen wir uns etwas später noch vergegenwärtigen.

(Fortsetzung folgt)

Was ist Automation, was ist Kybernetik?

... Bei der Automation handelt es sich um ein aus der Fliessarbeit zur Erreichung von Massenproduktion entwickeltes Verfahren, bei dem die Fabrikation nach einem programmgesteuerten Verfahren erfolgt. «Die Steuerung und Lenkung vollzieht sich mittels elektronischer Speicher, die entsprechend den ihnen eingegebenen und aufbewahrten Informationen auf Abruf tätig werden und so die Informationen in mechanische Arbeitsleistungen transformieren.» Die Wissenschaft, die sich mit diesen Steuerungsmaschinen befasst, heisst *Kybernetik*. Solche kybernetische Aggregate sind elektronische Grossrechenmaschinen, sogenannte Datenverarbeitungsmaschinen, Elektronengehirne, Denkmaschinen oder kurz Computer, die durch Lochkarten, Lochstreifen oder Magnetbänder als Informationsträger Informationen wieder ausgeben. Gegenüber dem menschlichen Gehirn und Nervensystem, das als eine Art «kybernetischer Mechanismus» bezeichnet werden kann, hat die elektronisch arbeitende Maschine den Vorteil, dass sie von den biologischen Eigenheiten unabhängig ist. Das Elektronengehirn kann zwar keinen eigenen Entschluss fassen, aber sein entschiedener Vorzug liegt darin, dass es seine eigenen Operationen automatisch überprüft und nötigenfalls die erforderlichen Korrekturen vornimmt. «Die Automation ist somit die organische Zusammenfassung eines mehrstufigen Arbeitsganges, das heisst von vielfältigen individuellen Erzeugungsvorgängen, zu einem einzigen geschlossenen Arbeitsverfahren mit Selbststeuerung und Selbstkontrolle.»

... Allerdings muss M. zugeben, dass trotz der Entwicklung der Massenmedien die geistige Entwicklung mit den technischen Errungen-

schaften nicht Schritt gehalten hat. Der frühere Universal-Gelehrte wurde durch den Spezialisten abgelöst. «So werden wir heute Wissende, deren Horizont sich aber immer mehr verengt. Diese Situation drängt uns die Frage auf, ob nicht die Technik manche geistige Operation zu übernehmen imstande ist, um unseren Intellekt zu entlasten. Den Weg hierzu weist die Kybernetik.» Wenn der Mensch die geistigen Begriffe in die «kybernetische Begriffsschrift» umwandelt, vermag der Computer auf der Grundlage mathematischer Logik vergleichende Gegenüberstellungen und Abwägungen vorzunehmen. Sowohl auf dem Gebiet der Naturwissenschaften als auch der Volkswirtschaft hat die Kybernetik wesentliche Resultate gezeigt, und auch im politischen Leben wurde der Computer mit Erfolg angewendet.

... Völlig kann der Mensch indessen nie durch ~~dohne~~ Computer ersetzt werden; wo es nicht ~~ist~~ ein Sammeln, Abwägen und ~~Vergle~~ ~~eraturen~~ geht, wo vielmehr ~~die~~ ~~Vorgänge~~ erarbeitet werden ~~re~~ gesetzt. ~~ag~~ die Denkmaschine, weil sie uns ~~men~~ des Handelns vermitteln kann; ~~amente~~ ~~se~~ Normen werden aus der Erkenntni~~s~~ sittlichen Wertordnung gewonnen, die~~r~~ Linien in der Personhaftigkeit des Mensch~~hem~~ Sch~~let~~. Ein Computer wird das menschl~~is~~ drei wissen nie ersetzen können.

... Die ~~ius~~ 1. ~~efung~~ des Verantwortungsbewusstseins ~~der~~ immer noch ein Postulat, das allerdings ~~ka~~ einer lebensentscheidenden Dringlichkeit geworden ist.

(Ausschnitte aus einem Artikel, der unter dem Titel «Probleme der Menschheit, heute und morgen», Andreas Zürcher, im «Berner Tagblatt» Nr. 63, 5./6. März 1966, erschien.)

Die nachstehenden Ausführungen sind der postoperativen Pflege der Patienten mit Hirntumor oder Schädeltrauma gewidmet.

I. Der Patient mit Hirntumor

Als Operationsvorbereitung gilt das übliche, das heißt Darmentleerung, Bad mit Nagelpflege und Kopfwäsche, sofern der Zustand des Kranken dies noch erlaubt, sonst Ganzwäsche. Der Patient kann trotz seinem Tumor völlig geordnet sein, oft befindet er sich aber in recht bedauernswertem Zustand mit Seh- oder Sprachstörungen, Lähmungen, heftigstem Kopfweh oder Verwirrtheit. Am Operationstag wird dem nüchternen Patienten zur bestimmten Zeit die Prämedikation (z. B. 0,75 mg Atropin plus 75 mg Dolantin) injiziert. Rasiert wird erst im Vorbereitungsraum. Nach der Intubation wird in die Blase ein Dauerkatheter mit Dauerableitung eingelegt. Je nach Verordnung werden 60 bis 80,0 Mannitol intravenös gegeben. Mannitol dient der Entwässerung. Es tritt ein sofortiger Wasserentzug ein, so dass lokal rund um den Tumor bessere Operationsverhältnisse geschaffen werden. Das Bett wird oben und unten mit Mosettig geschützt, unten wegen der oft am Fuss zusätzlich gesteckten Infusion oder Transfusion. Wir richten ferner drei Hirsekissen in verschiedenen Größen zur ~~W~~stützen beim Lagewechsel.

Postoperativ

orliegenden
trache zw.

Je nach Grösse und Schwere des Eingriffs betreut die Reanimationsstation medizinisch operierten während der ersten 24 bis 3 Tage. Sind keine speziellen Komplikationen zu erwarten oder ist die «Reanst der...» überfüllt, übernimmt die Abteilung, den Patienten auch direkt aus dem OR in die Klinik. (Der Unterschied zwischen Reanimations-

¹ Oberschwester Johanna Lais, Neurochirurgische Abteilung der chirurgischen Universitätsklinik, Inselspital, Bern.

² Vortrag, gehalten am 3. März 1966, anlässlich des Fortbildungskurses der Sektion Bern.

station und Abteilung besteht darin, dass erstere mit allen Apparaturen für die Wiederbelebung eingerichtet ist und somit jeder auftretenden Komplikation sofort begegnen kann, während die Abteilung nicht über alle diese Einrichtungen verfügt, sondern nur die pflegerisch strenge Ueberwachung gewährleistet.)

Beim Ueberwachungsschema gehen wir von einem normalen Verlauf aus, wobei die pflegende Schwester beweglich genug sein muss, dem momentanen Zustand des Operierten entsprechend die Ueberwachung zu lockern oder zu verschärfen. Als Grundregel gilt für Hirnoperierte mindestens fünf Tage und Nächte Intensivüberwachung. Im Vordergrund steht die Blutdruckkontrolle, deren Werte auf einem Spezialblatt eingetragen werden.

Ueberwachung:

Während der ersten 12 bis 24 Stunden

Blutdruck (BD)	} viertelstündlich
Puls (P)	
Respiration (R)	
Temperatur (T) rektal	

halbstündlich

bei normalen Blutdruckverhältnissen lokalkern auf

BD	} halbstündlich
P	
R	
T rektal	

ständlich

nach Ablauf der ersten 24 Stunden

BD	} stündlich
P	
R	
T axillar	

vierstündlich

nach 48 Stunden genügen folgende Kontrollen

BD	} zweistündlich
P	

vierstündlich

am folgenden Tag reduzieren auf

BD	vierstündlich
P	
T	morgens und abends

am fünften Tag Stichproben

BD	dreimal täglich
P	
T	morgens und abends

Parallel zum Blutdruckmessen geht die Pupillenkontrolle während der ersten drei Tage sowohl hinsichtlich der Pupillengrösse als auch der Lichtreaktion. Es wird geprüft, ob die Pupillengrösse beidseits gleich und ob die Reaktion gut oder träge ist. Der Bewusstseinszustand wird ebenfalls laufend geprüft (örtliche und zeitliche Orientierung) und die Ansprechbarkeit auf dem Ueberwachungsblatt eingetragen. Während dieser Phase darf die verantwortliche Schwester das Zimmer nicht verlassen, ohne dass sie abgelöst wird. Nach Ablauf der Ueberwachungszeit erfolgen die Eintragungen auf dem normalen Kurvenblatt.

Als Komplikationen sind zu erwähnen:

a) Das häufig vorkommende *Hirnödem*. Es tritt in leichterer oder massiver Form bis zum 3./4. Tag auf und zeigt sich in

herabgesetzter Ansprechbarkeit
Verwirrtheit
Unruhe.

Sind die Auswirkungen gering, kann konservativ behandelt, d. h. die natürliche Resorption abgewartet werden. Wird der Patient jedoch zunehmend benommener, wird mit Mannitol (500 ml intravenös 20 %), Lasix oder Ultracorten H entwässert.

b) Die innere *Nachblutung*. Ihre Symptome sind:

Druckpuls = langsamer harter Puls
zunehmend herabgesetzte Ansprechbarkeit
allmähliches, aber konstantes Steigen des Blutdrucks

Weitwerden der Pupille auf der Seite des Druckes (bei Nichtbeachtung würde die Pupille reaktionslos).

Als Therapie kommt die chirurgische Revision in Frage.

Allgemeines zur Pflege:

Lagerung: bei Grosshirnoperierten ohne Besonderes: minim erhöht mit einem Kopfkissen
bei Kleinhirnoperierten: Kopf leicht nach hinten, um den Nacken zu entspannen.

Lagewechsel mindestens dreistündlich, sorgfältigste allgemeine Körperpflege, speziell auch Mundpflege. Wenn eine Kopfhälfte aus bestimmten Gründen nicht belastet werden darf, wird dies speziell verordnet. Für die täglichen leichten Bewegungsübungen wird die Physiotherapeutin zugezogen.

Der Verband wird aufs Durchbluten kontrolliert und wenn nötig durch den Arzt gewechselt. Bei begrenzt ansprechbaren, unruhigen Kranken werden beide Handgelenke schonend fixiert, einmal um die Infusion nicht zu gefährden und anderseits um jede Manipulation am Kopfverband zu verhindern. Das Risiko einer Infektion wäre zu gross.

Die Fäden werden der Lokalisation und Operationstechnik entsprechend nach Angabe des behandelnden Arztes entfernt.

Stellt sich ein Lidödem ein, sieht dies wohl bedrohlich aus; es ist aber harmlos und bildet sich nach zwei bis drei Tagen von selbst zurück. Der Patient wird kühl gehalten, d. h. er ist nur mit einem Leintuch bedeckt, ohne dass er aber aktiv hiberniert würde. Bei Fieber oder warmen Aussentemperaturen werden Ventilatoren in Betrieb gesetzt.

Medikamente

In erster Linie steht der Patient unter antibiotischem Schutz. Er erhält in den ersten zwei bis drei Tagen je 6 bis 10 Mio Penicillin plus 1 g Streptomycin in der Infusion. Sobald per os genügend Flüssigkeit gegeben werden kann und sich die Infusion erübrigt, wird umgestellt auf Megacillin 1 bis 2 Mio/24 Stunden. Das Megacillin (Depoteffekt) erhält der Patient bis die Fäden entfernt sind und die Wunde tadellos verheilt ist.

Für den Elektrolythaushalt werden der Infusion 1 bis 2 Amp./24 Stunden Laevo-fusin-Basislösung beigegeben. Vor allem dort, wo ein Drain eingelegt werden musste, besteht ein grösserer Verlust an Liquor und damit auch an Elektrolyten. Der Gehalt des Liquors an Elektrolyten entspricht demjenigen des Serums. Um hier ein Manko zu vermeiden, werden Elektrolyten im Ueberschuss gegeben. Was der Organismus nicht braucht, wird bei gesunder Diurese ausgeschieden. Voraussetzung für die Gabe von Laevo-fusin ist somit die Kontrolle über eine genügende Ausscheidung.

Stark erhöhter Temperatur wird mit Pyramidon-Suppositorien begegnet. Es handelt sich hier um eine physiologische, nicht entzündliche Reaktion auf den Eingriff, die auf einer vorübergehenden Störung des Regulierungszentrums beruht.

Als Analgetica kommen zur Anwendung: ½-ml-weise Cocktail, eventuell Vilan, dann Ircodenylsuppositorien, Treupelsuppositorien oder Optalidon usw., bei Brechreiz, Marzine, Dramamine. Der Cocktail hat sich in folgender Zusammensetzung bewährt:

Dolantin	2 ml	= 100 mg
Phenergan	2 ml	= 50 mg
Prazine	2 ml	= 100 mg

Dolantin = Spasmolyticum
(Betäubungsmittel)

Phenergan = Antihistaminicum

Prazine = Neurolepticum mit potenziender Wirkung auf Analgetica und leicht künstlich hibernierend.

Ernährung

Im Operationssaal erhält der Patient Bluttransfusionen im Ausmass des Verlustes, dann während der ersten zwei bis drei Tage je 2 Liter Glucose 5 %. Mit der oralen Flüssigkeitszufuhr kann theoretisch nach sechs Stunden begonnen werden, sie hängt aber völlig vom Wachheitszustand ab. Der Patient hat in den ersten postoperativen Tagen ein grosses Schlafbedürfnis. — Muss bei empfindlichen Venen die Infusion abgebrochen werden, bevor die orale Flüssigkeitszufuhr ausreicht, wird eine Magensonde ein-

gelegt. Die Breikost wird dem Patienten vorerst eingegeben, da er noch zu unsicher und mitgenommen ist. Ab fünftem Tag kann zu leichter Kost übergegangen werden. Ist der Verlauf normal, darf der Operierte vom fünften Tag an leicht aufgesetzt werden und damit kann er versuchen, selbständig zu essen.

Ausscheidungen

Der präoperativ eingelegte Dauerkatheter wird je nach Zustand des Patienten am ersten oder dritten Tag entfernt. Funktiert die Blasenentleerung ungenügend, wird er der genauen Kontrolle wegen länger belassen, dann allerdings unter Abgabe eines Harndesinfiziens (z. B. Madribon). Am fünften Tag wird mit Dulcolax und Glycerin abgeführt.

Laboruntersuchungen

Präoperativ werden routinemässig untersucht bzw. bestimmt

Blutgruppe
Hämoglobin
Leucocyten
Senkungsreaktion (SR)
Urinstatus.

Kontrollen erfolgen: Hämoglobin und Leucocyten am ersten und zweiten Operationstag, nachher wöchentlich einmal, SR und Urin in Abständen von einer Woche.

Das *erste Aufstehen* erfolgt in der Regel am zehnten Tag in der üblichen Weise: Bettrand — Lehnstuhl — Gehübung, in besonders günstigen Fällen bereits am achten Tag. Der Patient darf nicht forciert, sondern muss sehr schonend mobilisiert werden. Der Spitalaustritt erfolgt bei erfolgreich exstirpiertem Tumor nach etwa drei Wochen.

II. Der Patient mit Schädeltrauma

Die Traumatischen werden ebenfalls operiert, sofern es sich um

ein Subduralhämatom
ein Epiduralhämatom oder
eine Impressionsfraktur

handelt. Auch die Verunfallten sind hinsichtlich Blutdruck, Pupillenreaktion und Bewusstseinszustand aufs strengste zu überwachen. Wir halten uns dabei jedoch nicht an das vorerwähnte Schema, sondern richten uns nach der Schwere des Traumas. Bei diesen Ueberwachungsfällen beobachten wir oft eine grosse motorische Unruhe, besonders bei Alkoholisierten. Muss der Patient künstlich beatmet werden, wird er auf die Reanimationsstation verlegt. Erfolgt die Atmung spontan oder ist er soweit reanimiert, übernimmt ihn die Abteilung. Das heisst für die Pflegestation, dass sie einen Kranken zu betreuen hat, der unter Umständen tage-, wochen- oder monatelang komatos ist. Bei günstigem Ausgang erleben wir dann aus dieser Lethargie heraus das langsame Zurückfinden in die Umwelt. Andernfalls wird der Verunfallte zum äusserst anspruchsvollen Pflegefall, in dem Sinne, als der mit Tubus oder Kanüle, Dauerkatheter und Magensonde versehene Patient peinlichster Besorgung bedarf.

Allgemeines

Wir bestreiten den Aufwand des Ueberwachens nur mit Hilfe von externen Sitzwachen während der Nacht. Das ganze Jahr über sind wir auf den Einsatz von Medizinstudenten angewiesen. Wir schätzen uns glücklich, wenn verheiratete Kolleginnen für einzelne Nächte die Sitzwache übernehmen und unsere internen Schwestern teilweise entlasten.

In Pflegekreisen herrscht dem Gebiet der Neurochirurgie gegenüber eher eine gewisse Zurückhaltung. Vermutlich lässt man sich von den Defektzuständen bei Traumatikern und bei Patienten mit malignen Tumoren zu sehr beeindrucken und abschrecken. Das Krankengut umfasst aber noch viele andere Fälle mit harmloseren Diagnosen. Zudem sind wir immer aufs neue beeindruckt von den wahrhaft grossartigen Regenerationsvorgängen und beglückt über die neu aufbrechende Lebenskraft nach Darniederliegen subtilster Funktionen.

Aufruf an alle Invaliden der Schweiz

Die Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Kranken- und Invaliden-Selbsthilfeorganisationen (ASKIO) bittet die Leser der Zeitschrift von nachfolgendem Aufruf Kenntnis zu nehmen:

Immer wieder macht sich bei Hilfeleistungen an Invaliden das Fehlen einer Krankenversicherung negativ bemerkbar. Das neue Gesetz über die Kranken- und Unfallversicherung bietet nun aber allen Invaliden unter 55 Jahren die Möglichkeit, sich noch versichern zu lassen. Die gesetzlichen Bestimmungen lauten:

1. Niemandem darf aus gesundheitlichen Gründen die Aufnahme in eine Krankenkasse verweigert werden. Die Kassen können zwar weiterhin für bestehende Leiden einen Vorbehalt anbringen, doch muss dieser von gesetzeswegen nach spätestens fünf Jahren aufgehoben werden. Diese Bestimmung gilt

auch für Invaliden, die bereits vor dem 1. Januar 1965 einer Krankenkasse beigetreten sind.

2. Versicherte dürfen nicht ausgesteuert werden, solange sie eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung beziehen.
3. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt und bei Badekuren fallen die Selbstbehalte weg.

Wir rufen alle bis jetzt unversicherten Invaliden der Schweiz auf, sich sofort bei einer Krankenkasse anzumelden und durch diese Selbsthilfemaßnahme ihre Lage und damit diejenige ihrer Familie in einem Krankheitsfall zu verbessern. Alle Verbände der Schweizerischen Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe sind bereit, die Invaliden bei allfälligen Schwierigkeiten zu beraten.

ASKIO
Gryphenhübeliweg 40, Bern

Le contact, moyen thérapeutique¹

Le contact thérapeutique en tant que relation entre le médecin et son malade, semble être un sujet banal, commun à tous les praticiens, et qui pourtant peut être parfois vide de sens. Mais pourquoi réduire cette relation uniquement au seul médecin vis-à-vis du malade et ne pas l'étendre aux échanges vécus par l'équipe soignante dans son ensemble?

Pour mieux comprendre le rôle fondamental du contact, il faut se reporter au développement du nouveau-né, animal ou enfant. Le chaton léché par sa mère, le petit singe s'accrochant à la peluche d'une mère fictive en fil de fer (expérience d'Harlow), tout comme l'enfant qui témoigne d'un besoin indispensable de stimuli et de caresses pour se développer normalement. La nécessité de l'apport de relation, cette faim du contact qui est tout d'abord tactile (manipulation du corps, bercement et caresses) puis visuel (découverte du visage et du sourire de la mère ou de son substitut) devient ensuite verbal avec l'intonation de la voix; ces contacts sont de plus en plus différenciés.

Des carences dans ce domaine contribuent à l'apparition du syndrome appelé « hospitalisme », trouble grave marquant l'enfant privé, l'empêchant de se développer normalement ou le faisant régresser jusqu'à un dépérissement pouvant être fatal.

Il existe d'autres modes de contacts, plus difficiles à définir, tels que *présence et attitude* qui expérimentalement ont mis en évidence un dialogue implicite, des modifications du tonus corporel, car tout dialogue entre deux personnes est sous-entendu d'un mode tonique du corps lui-même. Si ces rapports n'existent pas pour l'enfant, s'il reste en dehors de toutes relations ou stimulations, il y aura absence du développement de l'in-

¹ Résumé et extraits de la conférence adressée aux jeunes diplômées de l'Ecole d'infirmières Le Bon Secours, par le professeur J. de Ajuria-guerra, lors de leur fête de diplôme, le 13 novembre 1965.

Ce texte est repris des « Archives du Bon Secours », décembre 1965.

telligence, absence du développement du langage, par manque de communication. De plus « l'affectivité est à partir de la vie instinctuelle, le fruit de l'interrelation: échanges entre celui qui donne et celui qui reçoit ».

Mais il n'y a pas que les carences entraînant le syndrome de l'hospitalisme ou d'abandonisme. Il peut y avoir également hyperdonation, hyperprotection, écrasement de la mère à l'égard de son enfant, rendant son épanouissement, sa maturation et son indépendance impossibles.

— « En fait le développement affectif dépend d'un juste dosage entre: les frustrations nécessaires et les donations indispensables! »

Comme l'enfant, l'adulte peut être désorganisé par un manque de contacts. Le manque total de stimuli exogènes, prouvé par l'expérience de la « désafférentation », ou le manque partiel de stimuli, illustré par le syndrome carcéral, entraînant des modifications du comportement chez l'individu qui y est soumis, qu'on retrouve également en partie chez des personnes atteintes de surdité ou de cécité.

Le contact fait partie de notre vie quotidienne, mais prend des formes particulières selon les moments ou selon les situations. De même, dans la vie courante, il existe des périodes de régression au cours desquelles le mode de relation de l'adulte se rapproche de celui de l'enfant. La maladie porte en elle-même des composantes régressives. Nous pourrions classer les malades en trois types distincts:

- 1° Ceux qui acceptent ou recherchent la régression.
- 2° Ceux qui ne savent pas régresser.
- 3° Ceux qui refusent de régresser ou cherchent à en tirer des avantages secondaires.

Cela dépend de la personnalité du malade, de son éducation, de son entourage, de cette dépendance ou indépendance de l'âge adulte.

Il y a le malade qui se sent frustré ou celui qui donne aux autres malades ce qu'il désirerait recevoir lui-même.

L'adulte doit sortir de cette dépendance et être remis progressivement face à ses responsabilités. La maladie peut être subie, mais elle peut aussi être utilisée. Ce rôle dépend également du moment historique de la maladie et du rôle joué par l'entourage.

Qu'y a-t-il derrière cette façade?

— « Parfois l'homme nous offre sa maladie mais nous cache le personnage; parfois, d'une manière plus ou moins vague, il nous offre ses faiblesses; parfois il ne se découvre que lors de la maladie comme d'autres ne se donnent que lors de la maladie d'autrui.

» L'insuffisance qu'implique la maladie, la diminution sociale qu'elle entraîne met le sujet dans un état de dépendance équivalent à celui des enfants par rapport aux parents. Passant d'un état d'activité à l'état de passivité, de l'état d'autorité à l'état d'être dirigé, de la sensation de force à l'impression de faiblesse, le sujet peut soit se révolter, soit subir cette régression, ou encore en tirer des bénéfices secondaires. L'individu malade peut ressentir cette rupture de ligne de vie, comme une vexation ou une humiliation. Dans d'autres cas: « La régression fugace aura accordé des vacances en quelque sorte à l'homme qui lutte tant sans le savoir pour faire taire l'enfant qu'il porte encore en lui. » (Nacht.) D'autres fois, le sujet se laisse aller à cette attitude infantile et puérile de l'enfant langé, nourri et cajolé.

» Le type de comportement de l'homme malade face à cette régression, dépend de sa personnalité et du comportement de l'entourage. Dans cette régression, certains retrouvent des vécus infantiles qui, avec regrets, ont été dépassés au cours de la maturation et de l'indépendance de l'âge adulte. D'autres recherchent des complaisances infantiles qu'ils n'ont jamais vécues. Les uns et les autres vivent le plaisir du maniement du corps par autrui et la chaleur d'un amour sans responsabilités personnelles. Ils donnent leur maladie et reçoivent en échange de l'affection.

» Cette régression ne dépend pas seulement de l'individu, elle est en rapport égale-

ment avec le comportement de l'entourage. Le médecin et les infirmières considèrent eux-mêmes le malade comme une infantilisation et se comportent avec lui comme avec un enfant. D'ailleurs lorsque ce n'est pas ainsi, le malade se sent frustré et trouve leur attitude agressive. »

Le personnel médical doit savoir que cette régression est un mécanisme normal, qu'elle doit être acceptée sans hostilité et que souvent derrière les résistances et la régression, derrière les mécanismes de défense, se trouvent des besoins d'affects surcompensés qu'il faut manier avec tact; il doit savoir donner à l'enfant caché derrière l'adulte qui se considère fort. Face à la réalité de la vie, le patient doit sortir de son état de dépendance et comme l'adolescent passant à l'état adulte, nous devons à un moment donné l'activer et le placer en face de ses responsabilités.

Le contact avec le malade doit être différencié. Il dépend des qualités de chacun, de la personne que l'on soigne et du moment de la maladie.

« Il y a des malades qui ont peur du contact physique, d'autres qui aiment à se faire pouponner au moment des phases de régression, mais qui s'en défendent ultérieurement. D'autres aiment verbaliser leurs troubles et attendent une réponse rassurante, même s'ils se considèrent comme des personnalités fortes. »

Le personnel soignant ne peut répondre à tout, mais « le silence n'est pas une solution. Ce qui compte, c'est une discréption donnante ».

Il faut rendre la maladie humaine et non se cacher derrière la technicité.

On dit que nous devons être bons! Qu'est-ce que cela veut dire? « La bonté est une qualité de l'âme, mais en dehors de sa qualité morale, elle est aussi une incantation charnelle. »

Dans notre activité, il importe de savoir comment utiliser ce potentiel. « La bonté se jauge dans le dialogue et il faut souvent se manifester avec parcimonie. Ceux qui sont bons parce qu'il faut l'être, font souvent du mal dans leur activité. La bonté hyperprotectrice est souvent mal supportée, pouvant

être ressentie comme répressive, créant des situations de dépendance dans lesquelles le sujet se sent inférieurisé. Ceci ressemble à la situation parents-enfants. Notre personnage n'étant cependant pas toujours l'équivalent de celui du père par rapport aux enfants, car si l'on nous recherche parfois comme figure paternelle ou maternelle, on nous réclame également comme personnage neutre qui ne viole pas les consciences, qui apporte sa technique et ses connaissances. Il faut savoir reconnaître ses faiblesses afin de répondre à l'appel d'autrui. Mais il faut être fort pour ouvrir des rapports sans écarter l'individu et dans l'échange, fortifier notre action. »

Nous devons souvent nous poser la question: Etre bons à quoi? « Dans notre métier, des attitudes restrictives, des refus, des silences sont souvent actes de bonté. Lorsque ce que l'on appelle la bonté, c'est-à-dire la donation bête, va à l'encontre de l'efficience thérapeutique, il faut avoir le courage de faire un choix. Le refus devient alors une bonté en sursis. »

« On parle souvent du don naturel, mais on oublie qu'il y a usure, perte énergétique de celui qui donne. Il doit se refaire. La donation ne doit pas aboutir à une destruction, mais rester construction. Celui qui ne cherche les apports de sa donation qu'en lui-même, qui ne trouve que dans sa propre contemplation sa complétude, reste dans un monologue artificiel. »

Savoir recevoir et ne pas prétendre tout donner.

« Si nous aimons sans produire d'amour, c'est-à-dire si notre amour comme tel ne produit pas d'amour; si par le moyen d'une expression de vie en tant que personne qui aime, nous ne nous convertissons pas en personne aimée, alors notre amour est impuissant, il est malheur. » (Karl Marx, Economie nationale et philosophie, 1884.)

« On doit trouver des satisfactions dans les échanges, non pas seulement par le fait que cela vous rapporte, mais par le fait que cela vous transforme. Lorsque dans un dialogue l'on n'est pas soi-même transformé, on n'a pas vécu le dialogue dans sa profondeur. On est bon lorsqu'on le devient davantage! »

Rôle de l'équipe: « Le contact thérapeutique n'est pas l'œuvre d'une personne, mais le climat d'une équipe, l'équilibre d'une entente dans laquelle le malade prend sa place dans la communauté de la vie de l'homme et de son mourir inéluctable, mais dans laquelle on tente de dire oui à l'espérance. »

Le conférencier cite encore Paul Valéry: « A force de construire, je me suis construit moi-même. » (Eupalinos.)

Il termine par ces mots: « Les problèmes que nous devons nous poser tous les jours et qui comportent toute une philosophie de la vie, c'est de savoir pourquoi, étant souvent démunis, nous sommes dans notre métier, capables d'assumer la nudité des autres. »

N. Koull-Mutrux

L'Office central suisse d'aide aux réfugiés

lance son appel à la solidarité humaine du 15 juin au 5 juillet 1966
(Collecte pour les réfugiés en Suisse c. c. p. 80 - 33000)

Il y a parmi les réfugiés nécessiteux qui ont trouvé asile dans notre pays des vieillards isolés, des malades et des invalides qui ont besoin de soins et d'assistance. Les enfants et les adolescents devraient pouvoir grandir dans des conditions de vie saine et apprendre des choses utiles. Des familles ayant un des leurs handicapé ne peuvent rebâtir leur existence sans notre appui. — Ne négligeons pas de faire chez nous, ce que nous faisons à l'étranger.

Histoires banales, qui cependant rendront service à ceux qui les lisent¹

A la fin d'une année bien remplie, de conseils quotidiens, patients et répétés aux diabétiques, on se dit que tout ira bien et on s'apprête à passer des fêtes bien tranquilles. « On leur a tout expliqué, ils sauront se débrouiller dans n'importe quelle situation » se dit le docteur qui commence à découper la dinde en famille. Mais voilà que le téléphone sonne: c'est le mari de Mme X: « En rentrant ce soir j'ai trouvé ma femme très fatiguée, je crois qu'elle n'a pas fait son injection d'insuline ce matin aussi je lui ai fait immédiatement 20 Unités de Rapitard. Que faut-il faire d'autre? Va-t-elle faire un coma diabétique? »

« Avez-vous fait le contrôle de l'urine? »

« Non. »

« Alors, cher Monsieur, veuillez contrôler le sucre et l'acétone dans l'urine de votre femme et me rappeler dans cinq minutes » (léger énervement dans le ton).

Cinq minutes plus tard, téléphone, ton penaude:

« Il n'y a ni sucre ni acétone dans l'urine. »
« Et bien nous voilà dans de beaux draps. Vous savez que votre femme fait des comas hypoglycémiques nocturnes avec des doses très faibles d'insuline: 15 de Rapitard le matin et 5 le soir. Nous sommes en début de soirée et elle a maintenant 20 U d'insuline, ce qui représente une dose dangereuse pour elle. Il faudra qu'elle mange suffisamment et qu'elle prenne un repas supplémentaire à minuit. J'espère que tout ira bien. Souvenez-vous dorénavant de ne jamais faire une injection sans contrôler préalablement l'urine. Bon Noël. »

Cette histoire est tellement banale, qu'il semble presque inutile de la raconter. Et cependant, elle pourra rendre service à ceux qui la lisent. De récentes statistiques montrent que pour plus de la moitié de cas mortels de coma hypoglycémiques, il s'est agi

d'une *injection intempestive d'insuline* chez un diabétique déjà hypoglycémique qu'on avait cru être en hyperglycémie. Il n'y a qu'un seul geste médical qu'on puisse faire sans contrôle: c'est de donner du sucre à un diabétique. S'il est en hyperglycémie l'administration de ce sucre supplémentaire ne fera pas de mal. S'il est en hypoglycémie, ce sucre fera miracle.

Mais pour l'insuline, de grâce, ne faites jamais une injection sans contrôle préalable. Deux grands ennemis du diabétique sont l'angoisse et la précipitation. Pour ne pas perdre la tête souvenez-vous des deux règles suivantes:

1° Dans le doute on peut toujours donner du sucre.

2° Dans le doute ne jamais faire d'insuline sans contrôle préalable de la glycosurie et de l'acétonurie.

Autre histoire trois jours plus tard. Téléphone à 9 heures 30 du matin de la mère d'un jeune diabétique, intelligent et bien équilibré. Elle raconte que son fils s'est cassé la cheville en ski l'avant veille et que depuis lors il ne mange presque plus. Ce matin il n'a vraiment plus faim, refuse toute nourriture et n'a pas fait son insuline. Que doit-elle faire?

« Avez-vous contrôlé le sucre et l'acétone dans l'urine? »

« Non, docteur. »

« Faites ces contrôles et rappelez-moi dans cinq minutes » (ton attristé et découragé du médecin). Il est découragé parce qu'il comprend que le jeune garçon a perdu la tête et qu'il a oublié tout ce qu'on lui a expliqué. Ce garçon prépare manifestement un coma diabétique dans les heures à venir et il reste paralysé, sans réaction, comme un débutant qui n'a jamais entendu parler du diabète, de l'acétone et de l'acidose.

En effet la mère annonce qu'il y a beaucoup de sucre et d'acétone. Elle reçoit l'ordre de faire 30 U d'Actrapide et de donner des boissons sucrées. De rappeler immédiatement en cas de vomissements, sinon

¹ Ce texte a paru sous le titre « Fêtes de fin d'année, remarques d'un médecin qui n'était pas en vacances à ce moment », dans le *Journal des Diabétiques*, janvier/février 1966.

de rappeler dans deux heures. De deux en deux heures le médecin donnera ses ordres pour finir la journée avec une dose totale de 56 U d'Actrapide. La mère et le fils vont beaucoup mieux, l'acétone a presque disparu, l'appétit est revenu.

C'est de nouveau une histoire trop classique. Puissiez-vous ne jamais oublier que, dans toute circonstance exceptionnelle les tests de sucre et d'acétone doivent être faits plusieurs fois par jour, à chaque émission d'urine s'il le faut. On ne peut de cette façon se laisser surprendre par une acidose diabétique, car l'apparition puis l'augmentation de l'acétone sont des signes d'alarme précoce qui obligent le diabétique à augmenter son insuline tout en augmentant ses hydrates de carbone, ou du moins, s'il ne sait plus que faire, à appeler précocement son médecin (à *n'importe quelle heure du jour*

ou de la nuit) pour lui demander un conseil d'urgence. Si le médecin était énervé ou attristé par les appels qu'il a reçus, ce n'est pas parce qu'on ne pouvait pas lui donner l'information *minimum*, c'est-à-dire un résultat d'urine. On comprend que certains diabétiques trouvent la routine des tests quotidiens fastidieuse, monotone et sans intérêt. En effet, ces tests donnent souvent des résultats identiques, peu encourageants et qui ne motivent pas de changements de dose d'insuline. Qu'ils ne les fassent pas, c'est humain, nous ne leur jetterons pas la pierre. Mais alors, ne pas faire ces tests dans un situation exceptionnelle, comme un accident, une fièvre, une indigestion, en un mot dans toute circonstance exceptionnelle, cela est *impardonnable*. Dans ces circonstances il faut faire ses tests plusieurs fois par jour.

Dr X.

Appel à tous les invalides de Suisse

La Fédération suisse des organisations d'*entraide pour malades et invalides* prie les lecteurs de notre revue de prendre connaissance de l'appel ci-dessous:

Nous devons encore et toujours constater qu'en cas de soins donnés à des invalides, une assurance maladie fait défaut. La nouvelle loi sur les assurances maladie et accidents offre actuellement la possibilité à tous les invalides au-dessous de 55 ans de se faire encore assurer. Les prescriptions légales prévoient que:

1° L'admission dans une caisse-maladie ne peut être refusée à personne pour raison de santé. Les caisses peuvent cependant appliquer une réserve pour la maladie existante; cette réserve devra toutefois être supprimée, selon la loi, au bout de cinq ans au plus tard. Cette prescription est également valable pour les invalides qui avaient déjà adhéré

à une caisse-maladie avant le 1er janvier 1965.

- 2° Les assurés ne peuvent pas être privés de leurs prestations s'ils touchent une rente ou une indemnité pour indigents de l'Assurance-invalidité.
- 3° En cas de séjour dans un établissement hospitalier et de cures thermales la franchise du malade est supprimée.

Nous recommandons à tous les invalides de Suisse qui ne sont pas encore assurés de s'annoncer immédiatement auprès d'une caisse-maladie; ils amélioreront, par cette mesure auto-protectrice, leur situation et celle de leur famille en cas de maladie. Toutes les associations des organisations suisses d'*entraide des malades et des invalides* sont prêtes à conseiller les invalides en cas de difficultés.

ASKIO
Gryphenhübeliweg 40, Berne

Une étude sur l'analyse de fonctions exercées par les surveillantes, les infirmières, les aides-soignantes et le personnel hospitalier

Les études sont à l'ordre du jour! En cette période où l'ASID est en train d'étudier le problème de l'utilisation du personnel soignant dans les services hospitaliers de notre pays, il est intéressant de savoir qu'en 1964, une étude à peu près du même genre a été conduite en France, dont le rapport final a été présenté en octobre 1965. Le texte ci-dessous est un résumé très succinct de ce rapport. Il a paru dans le numéro de mars 1966 de la Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale et nous le reproduisons avec l'autorisation de la rédaction.

Fin 1963, l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés d'Etat (ANFIIDE) décidait d'entreprendre une étude sur les fonctions du personnel de soins dans les hôpitaux. Cette étude semblait nécessaire pour tenter de clarifier une situation confuse et surtout pour trouver des solutions aux problèmes posés par la répartition des tâches, le bon emploi de chaque catégorie de personnel, la détermination des effectifs souhaitables dans tel ou tel type de service.

Bien entendu, l'association voulait que cette étude présentât le maximum de sérieux tout en fournissant le plus de renseignements possible. C'est pourquoi elle fit appel au concours de Monsieur Migeon, président du Comité des études CNOF (Comité national de l'organisation française).

Ainsi, dans un premier temps, fut établi et testé un questionnaire fort complexe qui comprenait quelques 28 pages. Certaines questions exigeaient un véritable travail d'observation et de réflexion avant qu'il soit possible d'y apporter une réponse. Par ailleurs, on demandait aux surveillantes de remplir un questionnaire pour elles, mais aussi pour l'infirmière et pour l'aide-soignante. L'infirmière répondait pour elle et pour l'aide-soignante, etc... Ainsi, il devenait possible de comparer la manière que chacune avait de juger son travail avec la manière dont les autres le jugeaient.

Malgré le travail important qu'on leur demandait, plusieurs surveillantes, membres de l'association, ont accepté de participer à cette étude et c'est ainsi que l'enquête a concerné quarante et un hôpitaux et que près de 300 questionnaires ont été remplis. Monsieur Migeon avait donné un premier résultat du dé-

pouillement de ces questionnaires lors du Congrès de l'ANFIIDE de 1964. Depuis octobre 1965, l'association est en possession du rapport complet de Monsieur Migeon.

Il n'est pas possible dans le cadre de cette revue de le reproduire intégralement, ni même d'en faire une synthèse puisque, justement, ce rapport est déjà une synthèse. Nous allons donc simplement essayer de le présenter. Les lecteurs intéressés pourront prendre connaissance du rapport intégral en s'adressant directement à l'ANFIIDE¹.

Le service

Le questionnaire demandait une description du service avec une appréciation personnelle de son importance et sa complexité. D'autres questions étaient posées sur les difficultés du service, le personnel (effectif réel et effectif souhaité), les horaires (théorique et réel), enfin les rémunérations. A peu près tous les types de service sont représentés dans le rapport. Les difficultés sont nombreuses et tiennent aussi bien aux locaux qu'à la surcharge du service ou à la mauvaise utilisation du personnel. Les liaisons avec les autres services ne sont pas toujours aisées et le grand nombre de médecins travaillant dans un même service peut encore ajouter aux difficultés. L'effectif du personnel est très variable d'un service à l'autre, même quand il s'agit de deux services de nature comparable. Les horaires réels dépassent la plupart du temps les horaires théoriques et les heures supplémentaires sont rarement rémunérées.

Les attributions

Le but de ce chapitre était de savoir si les attributions du personnel sont parfaitement définies. Les réponses laissent songeur, car jamais, semble-t-il, les attributions ne sont clairement précisées.

Les responsabilités

Les responsabilités étaient classées en quatre catégories différentes: responsabilités de gestion, de commandement, vis-à-vis du médecin,

¹ Ce rapport est en vente au prix de 35 F au siège de l'association, Résidence du Débuché, Domaine de la Ronce, 92-Ville-d'Avray.

du malade. Les réponses à cette partie du questionnaire dénotent un manque de précision au sujet de n'importe quel type de responsabilité.

Dans le même chapitre, on trouvait des questions sur les liaisons avec les autres services et sur les rapports avec la direction. Ceux-ci devraient trouver une forme plus adéquate.

Les occupations personnelles

Ce chapitre était divisé en quatre rubriques: les occupations personnelles; organisation du travail personnel; les communications; analyse de la fonction.

Le travail de la surveillante, de l'infirmière, de l'aide-soignante, etc., était décomposé en différentes tâches: secrétariat, organisation du service, relations avec les différents services, soins, etc., et le temps passé à ces différentes tâches devait être exprimé en pourcentage. Nous relevons quelques moyennes parmi les résultats obtenus:

les surveillantes consacrent 8 % de leur temps à des soins, 19 % aux relations avec les médecins, 12 % aux tâches de surveillance; les infirmières consacrent 57 % de leur temps aux soins, y compris les déplacements; les aides-soignantes consacrent 32 % de leur temps à des soins d'hygiène.

L'organisation du travail personnel doit souvent être faite en dehors des heures de travail. *Les communications* se font surtout par contacts directs, parfois par écrit, beaucoup moins souvent au cours de réunions.

Pour *l'analyse de la fonction*, il fallait décomposer, sous forme de pourcentage, les tâches d'exécution, d'adaptation et de conception (tous ces mots étaient clairement expliqués). Les pourcentages sont très différents. Par exemple, pour les surveillantes, leurs tâches d'exécution (application de règles bien définies) vont de 5 à 75 %. De même, en ce qui concerne les tâches de conception (élaboration de solutions à des problèmes nouveaux), les pourcentages vont de 5 à 40 %.

Les améliorations souhaitées

Les surveillantes, les infirmières et les aides-soignantes devaient répondre à cette partie du questionnaire. Il n'est absolument pas possible de rendre compte de cette partie du rapport qu'il vaut mieux lire intégralement.

Les activités du personnel appréciées par les surveillantes et par les infirmières

Il s'agissait, pour les surveillantes et pour les infirmières, de décomposer les activités de chaque catégorie de personnel en activités routinières, répétitives, répétées, difficiles, diverses, complexes. Une définition et un exemple étaient donnés pour chaque adjectif.

Les réponses présentent des différences sensibles, mais elles restent cependant homogènes. On peut donc, avec beaucoup de prudence, établir un graphique qui est une première approche d'une « norme » pour la fonction considérée.

Le temps d'adaptation

Il s'agissait d'apprécier le temps d'adaptation nécessaire à chaque catégorie de personnel, en distinguant la personne qui vient de l'extérieur et celle qui travaille dans un autre service de l'hôpital.

Les efforts physiques

Il fallait exprimer en pourcentage, pour chaque catégorie de personnel, le temps passé en position debout et en position assise, l'importance de la durée des efforts physiques demandés, les distances parcourues (en km) dans une journée. Les résultats sont donnés sous forme de tableaux. La plus grande distance parcourue est de 14 km (pour une aide-soignante dans un hôpital), la plus petite de 1 km.

La tension mentale

La tension mentale exprime le degré d'application mentale visuelle ou auditive nécessaire pour exécuter un travail. Il ne s'agit pas de l'intelligence dont il faut faire preuve, mais surtout de la nature de l'attention qu'il faut exercer. Il faut également tenir compte des facteurs de perturbation. Les plus fréquents sont le téléphone, les appels des malades, les courses, les familles, les médecins et les internes, etc.

Conclusions

L'étude prouve que les services « tiennent » grâce au dévouement du personnel, mais on ne peut compter indéfiniment sur ce dévouement pour résoudre les problèmes de rémunération, de réorganisation des services, de définition des attributions et de délégations de pouvoir.

Etude des soins infirmiers en Suisse

Nous cherchons des « observateurs » et des « observatrices »

L'échantillon d'établissements hospitaliers, représentatif de la Suisse, a été « tiré » au début de mai. Il inclut des hôpitaux en soins généraux, des cliniques privées et des établissements pour malades chroniques, de toutes dimensions et situés dans 14 de nos cantons suisses romands et suisses alémaniques et particulièrement dans les régions de Bâle, Berne, Zurich, Schaffhouse, Lucerne, St-Gall et Grisons (versant italien inclus).

Quels seraient les infirmières ou infirmiers intéressés à participer activement à notre étude et spécialement à *l'observation des activités du personnel soignant dans les services de malades*? Lesquels de nos lecteurs connaîtraient une ou des infirmières qu'ils pourraient encourager à ce travail?

Il s'agirait pour les intéressés de se libérer, d'entente avec leurs employeurs, *durant tout le mois de septembre 1966*, pour suivre un cours spécial donné en français par Mme Maillart, expert de l'OMS. Ce cours qui comprendra 15 participants apportera une information sur certaines méthodes de recherche dans le domaine des soins infirmiers et il donnera, en outre, une formation d'« observateur » ou d'« observatrice » des activités du personnel soignant dans les services de malades.

Par la suite et durant la fin de l'année, l'aide des participants du cours sera sollicitée pour une durée d'environ trois semaines, dont la répartition sera à fixer selon les possibilités des « établissements-échantillons » à observer. Chaque observateur ou observatrice constituera alors, sur place, une équipe de collaborateurs qui, ensemble, effectueront l'observation des services désignés. De

sorte que si le nombre de candidats au cours dépasse le nombre des places disponibles, ceux qui n'auront pu suivre le cours auront quand même la possibilité de participer directement à ce travail.

Le cours de septembre peut être considéré comme un *programme de perfectionnement* axé sur le domaine de la recherche en soins infirmiers. Il permettra à tout infirmière ou infirmier intéressé aux problèmes de l'organisation et de la rationalisation du travail d'acquérir quelques principes et méthodes facilitant son action future.

Les conditions demandées aux candidats sont les suivantes:

avoir un diplôme d'infirmière en soins généraux

avoir en principe suivi un cours à l'Ecole supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge suisse ou, à défaut, avoir suivi un cours analogue ou fait un voyage d'étude à l'étranger

avoir une bonne expérience dans le domaine hospitalier

avoir de l'intérêt pour l'organisation du travail dans les services de malades

en plus de la connaissance du français, être à même de lire l'anglais, car la documentation remise aux participants du cours est essentiellement dans cette langue.

Le lieu du cours sera communiqué ultérieurement et nous espérons, grâce à la compréhension et à l'appui des employeurs, obtenir les meilleures conditions possibles et éviter des frais particuliers aux participants.

Que toutes les personnes intéressées veuillent bien s'adresser au Secrétariat de l'Etude des soins infirmiers en Suisse, 1, Choisystrasse, 3000 Berne, téléphone 031 / 25 38 80.

Nicole-F. Exchaquet
directrice de l'étude

Studie über das Pflegewesen in der Schweiz

Wir suchen «Beobachter» und «Beobachterinnen»

Eine für die schweizerischen Krankenhäuser repräsentative Auswahl wurde anfangs Mai ausgelost. Sie umfasst Allgemeinspitäler, Privatkliniken und Krankenhäuser für Chronischkranke jeglicher Grösse, aus 14 Kantonen der deutschen und welschen Schweiz, vorwiegend aus den Gebieten von Basel, Bern, Zürich, Schaffhausen, Luzern, St. Gallen und Graubünden (einschliesslich italienischer Teil).

Welche Schwestern oder Pfleger wären bereit, aktiv an unserer Studie mitzumachen und sich besonders an der *Beobachtung der Tätigkeit des Pflegepersonals auf den Krankenabteilungen* zu beteiligen? Welche unserer Leser kennen eine oder mehrere Schwestern, die sie zu einer solchen Aufgabe ermuntern möchten?

Die Interessenten sollten sich, mit dem Einverständnis ihrer Arbeitgeber, während des ganzen Monats September 1966 frei machen können, um an einem Kurs teilzunehmen, der in französischer Sprache von Frau Maillart, Expertin der WHO, geleitet wird. In diesem Kurs, der 15 Schwestern und Pflegern offensteht, werden die Teilnehmer mit bestimmten Forschungsmethoden im Bereich des Pflegewesens bekanntgemacht und auf die Beobachtung des auf den Krankenabteilungen tätigen Pflegepersonals vorbereitet.

Später, am Ende des Jahres, werden die Kursteilnehmer zu einer dreiwöchigen Mitarbeit aufgefordert; der Zeitpunkt richtet sich nach den Möglichkeiten der für die Beobachtung ausgesuchten Krankenhäuser. Jeder Beobachter und jede Beobachterin bildet dann an Ort und Stelle eine Mitarbeitergruppe, die gemeinsam die Beobachtung auf den dazu vorgesehenen Abteilungen durchführt. Sollten die Anmeldun-

gen die Zahl der verfügbaren Plätze übersteigen, so besteht somit für die Anwärter die Möglichkeit, sich dennoch direkt an der Studie zu beteiligen.

Der Kurs im September kann als *Fortbildungskurs* betrachtet werden, der auf die Forschung im Pflegewesen ausgerichtet ist. Er wird es den an der Organisation und Rationalisierung der Arbeit interessierten Schwestern und Pflegern ermöglichen, sich einige Grundbegriffe und Methoden anzueignen, die ihnen ihre eigene Arbeit erleichtern werden.

Die Teilnahmebedingungen:

Diplom in allgemeiner Krankenpflege

Einen Kurs der Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern oder einen gleichwertigen Kurs besucht oder eine Studienreise ins Ausland gemacht zu haben

Grosse Erfahrung im Bereich der Krankenpflege

Interesse für Organisationsfragen im Pflegedienst

Kenntnis der französischen Sprache und die Fähigkeit, Englisch zu lesen, da die während des Kurses den Teilnehmern vorgelegte Literatur vorwiegend in dieser Sprache abgefasst ist.

Den genauen Ort des Kurses werden wir demnächst bekanntgeben. Wir hoffen, dank dem Verständnis und der Hilfe der Arbeitgeber, die bestmöglichen Bedingungen schaffen zu können, um den Kursteilnehmern besondere Auslagen zu ersparen.

Interessenten wenden sich bitte an das Sekretariat der *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz*, Choisystrasse 1, 3000 Bern, Telefon 031 / 25 38 80.

Nicole F. Exchaquet
Leiterin der Studie

Mein Einsatz auf einer Station für Betagte und Chronischkranke

Was ich in den ersten vier Wochen meiner Lehrzeit alles erlebt habe, werde ich nie mehr vergessen. Eigentlich wurde es mir bang, als ich hörte, wir würden schon nach etwa zehn Tagen irgendwo eingesetzt. Es war mir nicht wohl beim Gedanken, untätig herumstehen zu müssen und allen eine Last zu sein. Doch als ich von meiner Bestimmung zum Altersheim vernahm, da freute ich mich ganz einfach. Ich freute mich, weil ich ahnte, dass ich mich bei diesen alten Frauen wirklich einsetzen könnte und dass dort mein sehr geringes pflegerisches Können wirklich gebraucht würde.

Was ich nun erzähle, ist vielleicht für erfahrene Schwestern nicht der Rede wert. Ich muss jedoch erklären, warum mir diese Zeit so viel bedeutet hat. Man könnte den ersten Teil meines Aufsatzes etwa mit «Anfangsschwierigkeiten» betiteln.

Die Organisation unserer Abteilung wollte es so, dass die Arbeit der Pflegerinnen erst um 7.15 Uhr begann. Zu meinem nicht geringen Schrecken war ich also schon am ersten Morgen dreiviertel Stunden in meinem Saal allein. Natürlich hätte mich die Nachschwester vorstellen sollen, doch sie hatte so viel zu tun, dass ich sie nicht bemühen wollte. Meine Frauen machten es mir dann auch leicht, indem sie mich unkompliziert und freundlich empfingen. Und sogar, als ich mich als die Unterste auf der Leiter vorstellte, waren sie bereit, alles zu erdulden, was von mir kommen würde. Nur den einen Wunsch äusserten sie am ersten Morgen und an vielen darauffolgenden, dass ich einige Zeit bei ihnen bleiben möchte. Wie gut habe ich sie begriffen! Was für eine Qual ist es doch für eine alte Frau, der jede Berührung Schmerzen bereitet, wenn die Pflegerin wechselt! Natürlich ist Frau X durch Krankheit und Alter überempfindlich

geworden. Dazu ist sie gezwungen, schon jahrelang unbeweglich zu liegen und empfindet daher jede Störung als doppelt schmerhaft. Kann man ihr es da verübeln, wenn sie sich danach sehnt, von einer bleibenden, vertrauten Schwester gepflegt zu werden? Geduldig hat sie mir immer wieder gesagt, welcher Finger sie besonders schmerzt und an welchen Stellen ich sie auf keinen Fall berühren dürfe. Erst nach und nach, als ich sie und ihre Krankheit besser kennenernte, wurde mir bewusst, wie sehr ich sie mit meiner Unkenntnis und Unsicherheit geplagt haben musste. Sie hat mir jedoch alles verziehen.

Mit der Zeit lernte ich die alten Frauen im allgemeinen besser kennen. Ich wusste bald, welche Musik sie lieben, und wann das Radio schweigen muss — nullkomma plötzlich. Ich lernte das Taschentuch richtig rollen und (mit dem Saum nach oben) zwischen die verkrüppelten Finger schieben. Drei verschiedene Kaffeetassen vor drei verschiedenen Fenster stellen und zu drei verschiedenen Zeiten an die Betten zu bringen, wurde mir selbstverständlich. Dazu lernte ich, welcher Frau ich am Sonntag den Most, den Wein oder das Mineralwasser einschenken durfte, wo ich hingegen Wein mit Mineralwasser, Mineralwasser mit Most oder Most mit Wein zu mischen hatte. Nein, ich war während dieser vier Wochen nicht bei der Schwester, sondern bei den alten Frauen in der Lehre, und ich habe vieles — sehr vieles — gelernt, trotzdem ich mich oft sehr ungeschickt anstellte. Diese alten Frauen kannten nämlich auch ihre jeweilige Decubitus-Prophylaxe am allerbesten, ganz zu schweigen von den unzähligen Hirse- und Spreuerkissen, in die sie eingebettet waren!

Daneben haben sie mir immer so vieles erzählt! Jede von ihnen war ein ganz besonderer Mensch, hat ganz besondere Dinge erlebt — und hat vor allem ganz besondere Einzelheiten davon im Gedächtnis behalten.

¹ Schwester Elisabeth Schäfer war Schülerin des ersten Semesters an der Schwesternschule des Bürgerspitals Basel, als sie diesen Bericht schrieb.

Wenn ich den ganzen Tag auf der Abteilung gearbeitet hatte, blieb ich jeweils abends noch eine Weile an einem Bett stehen.

Da ist zum Beispiel ein altes Fräulein, das gelähmt, aber immer fröhlich in seinem Bett liegt. Immer fröhlich, obwohl sie eine Weltreisende gewesen ist, viele berühmte Städte und fremde Menschen kennengelernt und über vierzig Jahre in Irland gelebt hat. Nun hat sie Zeit, alles in Gedanken wieder und wieder zu erleben, denn sie ist geistig noch sehr rege. Erfüllt es sie wirklich nie mit Bitterkeit, dass sie nun, wer weiß wie lange, in diesem Saal liegen muss? Oder ist sie vielleicht gerade deshalb so fröhlich, weil sie ein so erfülltes und ausgefülltes Leben hinter sich hat? Sie ist noch nicht sehr alt, hat aber gar keine Bekannte mehr und selten jemanden, mit dem sie über ihr Leben sprechen könnte. Wie glücklich war sie, als ich mein ganzes Schulenglisch zusammenkratzte, um ihr Antwort zu geben!

Das Irland-Fräulein war nicht die einzige, die gerne ein wenig geplaudert hätte. In einem andern Zimmer liegt eine Frau, die informiert ist über die Tagesereignisse der ganzen Welt, die trotz schlechter Augen noch Bücher und Zeitungen liest und die am liebsten den ganzen Tag mit jemandem diskutieren würde. Sie ist aber keine Weltgereiste, nein, sie war während ihres ganzen Lebens Marktfrau auf dem Basler Marktplatz und ist sicher nie weit darüber hinausgekommen.

In meinem Saal haben mir zwei Frauen besonders grossen Eindruck gemacht. Die eine ist eine sehr alte Frau, die dem Tode nahe ist. Jeden Morgen war es meine erste Pflicht, sie zu waschen. In den ersten Tagen schien sie dabei gar nicht aufzuwachen aus ihrem schlafähnlichen Zustand und versteifte sich nur sehr, sobald ich sie anfasste. Da ich immer auf ein Echo hoffte, gab ich es nicht auf, mit ihr zu reden, während ich sie pflegte. Ach, es war so schwierig, ihre ganz steifen Finger voneinander zu lösen und die Arme zu heben. Doch wehe, wenn ich zwei Finger vergaß! Nur einmal passierte mir das und gleich bemerkte ich am andern Morgen die gerötete Haut einer Druckstelle. Von da an verwendete ich noch

mehr Zeit daran, die Finger zu trocknen und zu pudern, damit sie nie mehr zusammenkleben sollten. Nachdem ich diese Frau tagelang gepflegt hatte, ohne dass sie irgendwie reagierte auf meine Anreden, versuchte sie plötzlich eines Morgens, die Augen zu öffnen. Mit grosser Anstrengung gelang ihr das, und sie schaute mich lange fest an, wie um mich zu prüfen. Dann schloss sie die Augen wieder, doch sie hatte meine Hand so umklammert, dass es mir kaum gelang, sie aus ihrem Griff zu lösen. Am andern Morgen blickte sie mich auch schon bei den ersten Worten an, und von da an lächelte sie jeden Morgen sogar ein wenig. Ich bemerkte auch, wie sie auf meine Worte zu horchen begann und sich weniger versteifte. Da freute ich mich sehr über diese Beziehung, die zwischen uns entstanden war, wie wenn ich die Frau aus ihrem Schlaf zurückgeholt hätte. Ich weiß nämlich, dass tagsüber niemand mehr Zeit hat, sich richtig um sie zu kümmern.

Die zweite Frau, die mir aus meinem Saal immer in Erinnerung bleiben wird, ist Fräulein X. Heute vierundfünfzigjährig, liegt sie schon seit 25 Jahren auf dieser Abteilung des Altersheims. Für sie wird das Heim also erst in einiger Zeit zum eigentlichen Altersheim werden, denn seit sie hier ist, ist sie immer die jüngste, die viele Frauen kommen und sterben sehen musste. Warum das? Fräulein X ist schwer invalid seit der Geburt. Ihre Beine sind verkümmert und ungleich lang. Früher gab es noch keine Möglichkeit für sie, einen Beruf zu erlernen. Seit ihren ersten Gehversuchen trägt sie Prothesen. Sie ist mindestens äusserlich und im Umgang mit ihren Mitmenschen immer fröhlich, obwohl sie zeitweise grosse Schmerzen hat. Ihre Beinprothesen sind nämlich nicht leichte, moderne Modelle aus Kunststoff, so wie wir sie in der orthopädischen Werkstätte der «Milchsuppe» gesehen hatten. Nein, es sind alte, schwere Prothesen aus Leder und Metall. Zurzeit mussten sie neu angepasst werden, was unserer Patientin viele qualvolle Stunden bereitete, die sie jedoch mit vorbildlicher Geduld ertrug. «Wenn ich nicht tapfer bin, kann Herr Doktor ja nicht sehen, wo es

drückt und was abgeändert werden muss daran» — sagte sie mir immer wieder.

So ist mir manche Patientin in Erinnerung geblieben. Etwas Lustiges, das ich auch nie vergessen werde, ist das «Fräulein-Zimmer», das mir eines Morgens seine Insassen selbst vorstellte. Es waren eben alles Fräulein, eines fröhlicher als das andere, einige auch noch sehr energisch, wie sie sicher auch ihr Leben gemeistert haben.

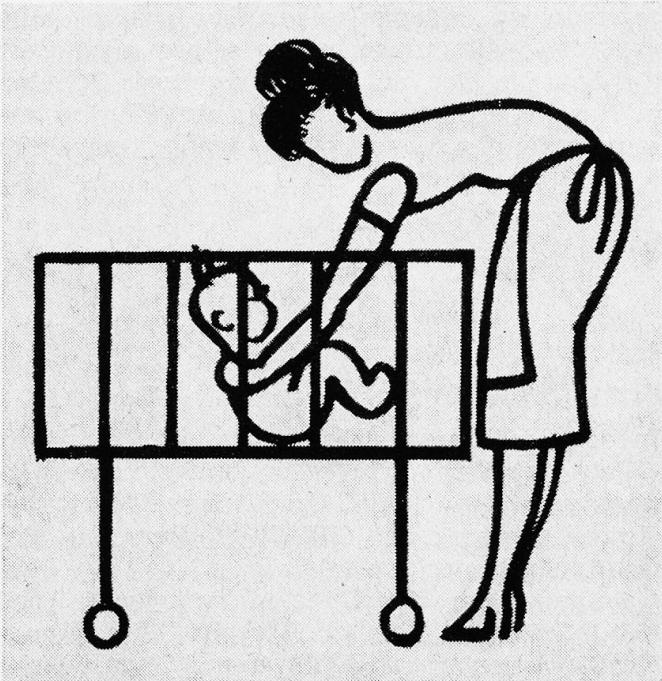
Auch ein aufregender Samstagmorgen wird mir immer im Gedächtnis bleiben. Als ich in den Saal kam, war Fräulein X schon angezogen und plagte sich eifrig mit ihren Zahnprothesen ab. Die andern waren erstaunlicherweise schon längst mit ihrer Morgentoilette fertig und spornten mich vereint zur Arbeit an. Ich musste doppelt so gut lüften, was sie noch nie geliebt hatten. Alle Angst vor einer Erkältung war verschwunden. Das Radio durfte nicht ange-

stellt werden. Der Türvorhang musste zurückgeschoben und der Tisch verbotenerweise ganz abgeräumt werden, um Blumen darauf zu stellen. Dann wurde ich gebeten, die Kerzen aus der Fensterecke hervorzuholen und anzuzünden. Nun ist der Grund zu all diesen Vorbereitungen nicht mehr schwer zu erraten. Der Herr Pfarrer wurde erwartet. Für alle, ob katholisch oder reformiert, ist das ein schönes, immer wiederkehrendes Ereignis. Ich glaube, dass sich der Herr Pfarrer noch viel mehr Zeit genommen hätte, wenn er die liebevolle und aufgeregte Vorbereitung auf seine Ankunft gesehen hätte.

Dies sind einige Erlebnisse aus meiner Altersheimzeit. Ich hoffe, mit diesen Schilderungen bewiesen zu haben, wie glücklich ich dort war und wie gerne ich wieder einmal dort arbeiten würde.

Kreuzschmerzen. Wie vermeiden? — Wie heilen? Dr. J. Rippstein.

Der Separatdruck kann im Zentralsekretariat, Choisystrasse 1, Bern, zum Preis von 80 Rappen bezogen werden. Bitte der Bestellung den Betrag in Marken beilegen und 10 Rappen für Porto dazugeben.



5. Konferenz der Schulen für Hilfspflegerinnen

Am 21. April versammelten sich in Bern auf Einladung des Schweizerischen Roten Kreuzes die Leiterinnen der Schulen für Hilfspflegerinnen zu ihrer fünften Konferenz.

Fräulein Nicole F. Exchaquet, Präsidentin des SVDK, orientierte zuerst eingehend über das Ziel und die Durchführung der «*Studie über das Pflegewesen in der Schweiz*», deren Leitung ihr anvertraut ist.

Es schien den Verantwortlichen des SVDK selbstverständlich, dass die Angehörigen dieses jungen Berufszweiges über kurz oder lang das Bedürfnis eines Zusammenschlusses verspüren mussten. Das Wie konnte ihnen nicht gleichgültig sein, wird doch naturgemäß die Zukunft eine immer engere Zusammenarbeit mit den Hilfspflegerinnen bringen. So beauftragte der SVDK im Herbst 1964 eine kleine Kommission mit der Prüfung und Ausarbeitung von Vorschlägen, damit diese mit den Hilfspflegerinnen besprochen werden können. Ueber die Vorarbeiten erstattete Frau Oberin Nabholz einen sehr aufschlussreichen Bericht. Die Erfahrungen im Ausland, wo zum Teil seit längerer Zeit Hilfspflegerinnen ausgebildet werden, vermittelten wichtige Hinweise. Nach Rücksprache mit einer Juristin gelangte die Kommission zu folgenden Vorschlägen: a) Anschluss der Hilfspflegerinnen als «Sektion» an den SVDK, b) Gründung eines selbständigen *Berufsverbandes*.

Der erste Vorschlag wurde sogleich als nicht befriedigend fallengelassen. Der zweite sollte mit den Hilfspflegerinnen selber diskutiert werden, die sich auf Einladung ihrer Schulen in Basel, Lausanne, St. Gallen und Zürich zusammenfanden. Dass die eingangs erwähnte

Vermutung des SVDK richtig war, bewies der zahlreiche Aufmarsch der Hilfspflegerinnen, folgten der Einladung doch nicht weniger als 50 bis 90 %! (Das wären auf SVDK-Verhältnisse umgerechnet 3200 bis 5700 Mitglieder!)

An diesen Zusammenkünften wurde ganz allgemein über Sinn und Zweck eines Berufsverbandes informiert. Es war erfreulich, von Frau Oberin Nabholz und den andern Referentinnen zu hören, dass die Hilfspflegerinnen bereits eine sehr konkrete Vorstellung von den Aufgaben eines eigenen Verbandes besitzen, welche nach ihrer Ansicht die folgenden wären: Mitgliederwerbung — Streben nach eigenständigem Beruf — Fortbildung — Vereinheitlichung der Arbeitsbedingungen — Schaffung eines Normalarbeitsvertrages — Arbeitstracht — Art und Weise der Anrede — Rechtsschutz — Hebung des Berufsniveaus — Hilfe für kranke und invalide Mitglieder — Vermittlung von Stellen im Ausland.

Alle befragten Hilfspflegerinnen wünschten einen eigenen, autonomen Berufsverband. Ebenso waren sie sich einig darin, dass der SVDK ihnen bei der Verwirklichung dieses Wunsches behilflich sein müsse, «wenn sie auch soviel wie möglich selber machen wollten».

Ich möchte unseren Mitarbeiterinnen in der Pflegeequipe der Spitalabteilung herzlich gratulieren, dass sie bereit sind, die Verantwortung für ihren Beruf selber zu übernehmen. Es wird dem SVDK eine Ehre und Freude sein, den Hilfspflegerinnen helfend und ratend zur Seite zu stehen, im Bewusstsein des gleichen Ziels, nämlich, dem Kranken die bestmögliche Pflege angedeihen zu lassen.

E. Eichenberger

Berichtigung

In der Aprilnummer der deutschen Zeitschrift «*Die Agnes Karll-Schwester*» erschien eine Mitteilung, welche eine Erwiderung durch die Geschäftsleitung des SVDK erfordert. Die Berichtigung lautet wie folgt:

Entgegen der Mitteilung in Nummer 4, April 1966, Seite 158, der Zeitschrift «*Die Agnes Karll-Schwester*» wünscht der Schweizerische

Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK) ausdrücklich bekanntzugeben, dass er nicht Mitglied des Kuratoriums der *B.-Braun-Stiftung Melsungen* ist. Der SVDK verzichtete aus grundsätzlichen Erwägungen darauf. Sein Name wurde ohne seine Zustimmung in der Stiftungsurkunde aufgeführt.

Die Geschäftsleitung des SVDK

Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern

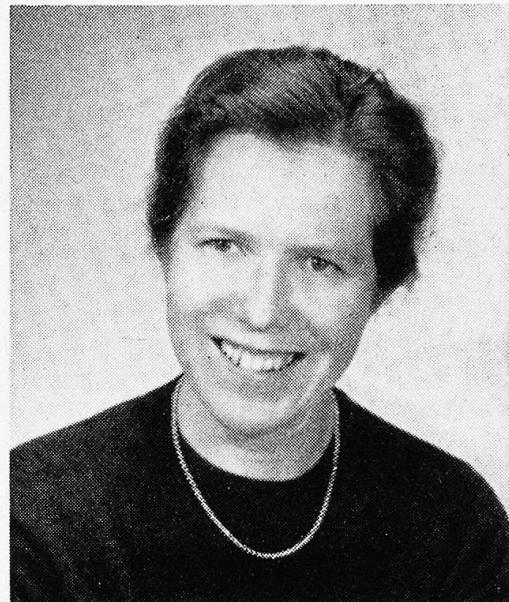
Frohe Nachricht aus der Fortbildungsschule

Am 1. April 1966 ist Fräulein *Ruth Quenzer*, Krankenschwester, dem Team der Rotkreuz-Fortbildungsschule, Zweig Zürich, als Lehrerin beigetreten.

Viele Schulen hat unsere neue Mitarbeiterin schon im Lauf der vorangegangenen sechs Monate kennengelernt, als sie an der Abteilung Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes arbeitete. Sie selbst erhielt damit einen sehr wertvollen Einblick in die Probleme der schweizerischen Krankenpflegeschulen. Im Frühsommer 1965 hatte sie erstmals im Dienst des Schweizerischen Roten Kreuzes gestanden, als sie einen Kurs für Stationsschwestern an der Fortbildungsschule leitete.

Ihr Schwesterndiplom hat sie an der Schweizerischen Pflegerinnenschule in Zürich erworben. Nach der entsprechenden Vorbildung, die unter anderem die Ausbildung zur Hebamme in Schottland umfasste, reiste sie für zweieinhalb Jahre im Auftrag der Basler Mission nach *Ghana*. Dort wirkte sie zuletzt anderthalb Jahre als Schulschwester / Schulleitern und Spitaloberschwester. 1962/63 besuchte sie an der Rotkreuz-Fortbildungsschule den Kurs für Schul- und Spitaloberschwestern.

Dank dieser Grundlagen kann sie sofort Aufgaben übernehmen und wird ihre Ausbildung durch Studien, namentlich auf dem Gebiet der Pädagogik, neben der Arbeit ergänzen. Sie leitet zunächst einen Kurs für Stationsschwestern, später wird sie sich auch an der Einführung der Schulschwestern in ihre Lehraufgabe beteiligen.



Die Fortbildungsschule freut sich sehr über diesen Zuwachs, wird es doch von 1967 an möglich, zwei Kurse gleichzeitig zu führen.

Allerdings suchen wir weiter nach einer Krankenschwester¹, die sich für die Naturwissenschaften interessiert. Ihre Aufgabe wird es sein, den angehenden Schulschwestern zu helfen, die Verbindung herzustellen zwischen der Krankenpflege und diesen grundlegenden Wissensgebieten, durch eigenen Unterricht und durch Koordination dieses Sektors des Schulprogramms. Gelegenheit zu entsprechenden Studien wird ihr geboten. Oder fände sich die Schwester, die eine solche Vorbildung schon besitzt?

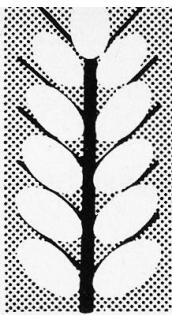
Noémi Bourcart

¹ Siehe Inserat in dieser Ausgabe der Zeitschrift.

Eine Auskunftsstelle für Pflegeberufe

Im Einverständnis mit dem kantonalen und dem städtischen Amt für Berufsberatung hat sich die Sektion Bern-Mittelland des *Schweizerischen Roten Kreuzes* entschlossen, eine Auskunftsstelle für Pflegeberufe zu schaffen.

Erfahrene Krankenschwestern sind ab 25. Mai jeden Mittwoch 16 bis 19 Uhr im Rotkreuz-Sekretariat der Sektion *Bern-Mittelland*, Gerechtigkeitsgasse 12, Bern (Telefon 22 29 44) bereit, über alle die Pflegeberufe betreffenden Fragen unverbindlich und kostenlos Auskunft zu erteilen.



Sektionen - Sections

Sektion AARGAU / SOLOTHURN

Anmeldung *: Schw. Liselotte Sager, 1932, Grä-
nichen, Krankenpflegeschule Aarau.

Aufnahme: Schw. Elisabeth Frei.

Sektion BEIDER BASEL

Anmeldungen *: Die Schwestern Emma Erika Mäder, 1943, Thayngen, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern; Rosmarie Weichert, 1943, Effingen, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern.

Aufnahmen: Die Schwestern Veronika Bolli, Thérèse Galle, Annette Matt, Irène Meili.

Sektion BERN

Anmeldungen *: Die Schwestern Elisabeth Prisi, 1942, Uebeschi, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern; Martha Linder, 1937, Linden, Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun.

Aufnahmen: Die Schwestern Heidi Berta Brunner, Ruth Lehmann, Rösli Meyer, Ursula Stu-ker-Studer.

Besichtigung

Wir haben die grosse Freude, Sie zu einer Be-
sichtigung des *Tscharnergutes* und der Freizeitanlage einzuladen. Sie findet statt: *Donnerstag, 30. Juni 1966, Treffpunkt 20 Uhr, Endstation Bus Bethlehem* (Abfahrt vor der Schweiz-Bankgesellschaft). Im besondern werden wir Gelegenheit haben, die Satellitenstadt unter der Führung von Herrn H. J. Uehlinger, Leiter der Freizeitanlage, zu besichtigen. Wir freuen uns, Sie an dieser Veranstaltung begrüssen zu dürfen. Die Führung ist gratis.

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Bern:

Montag, 27. Juni 1966, um 14.30 Uhr, in der Berchtoldstube Nydegg, Mattenenge / Läufer-
platz 1. — Fräulein *Ruth Steiner*, Fürsorgerin bei der Beratungsstelle des Vereins für das Alter, wird uns aus ihrem interessanten Tätig-

keitsbereich erzählen. Gerne wird sie uns auch Fragen zur AHV und über die Zusatzrenten beantworten. Wir hoffen auf zahlreiches Erscheinen. *Unkostenbeitrag*: Mitglieder Fr. 1.—, Nichtmitglieder Fr. 2.—.

Gemeindeschwestern-Zusammenkunft Thun-Oberland:

Donnerstag, 30. Juni 1966, dürfen wir das Lager der Firma Ernst Gribi, Aerzte- und Spitalbedarf in Spiegel-Bern, besichtigen. Wir treffen uns *pünktlich* um 14.30 Uhr bei der Kirche Spiegel (genügend Parkplatz vorhanden). — Route: Thun - Münsingen - Bern - Monbijoubrücke oder Gürbetal Richtung Spiegel. «Nicht-Autofahrerinnen» wollen sich bitte frühzeitig melden bei Schw. Heidi Fischli, Telefon 033 / 2 78 17, oder Schw. Mirta Tschabold, Telefon 033 / 2 78 30. Wir hoffen, dass sich recht viele freimachen können.

Section de GENEVE

Réadmission: Mlle Marie-Claire Lescaze, 1934, Avully, Ecole d'Infirmières Le Bon Secours.

Sektion LUZERN / URKANTONE / ZUG

Anmeldungen *: Die Schwestern Rita Grossmann, 1934, Horw, Pflegerinnenschule St. Anna Luzern; Nina von Arx-Buob, 1932, Malters, Pflegerinnenschule Baldegg, Sursee. Die Pfleger Paul Wigger, 1940, Marbach, Krankenpfleger-
schule Kantonsspital Luzern; Niklaus Blöchl-
linger, 1940, Goldingen, Krankenpflegerschule Kantonsspital Luzern.

Verloren

Die SVDK-Brosche Nr. 634 ist verlorengegan-
gen und wird als ungültig erklärt.

Interessengruppe der Operationsschwestern

Am 23. April wurde innerhalb unserer Sektion eine Interessengruppe der Operationsschwestern (Instrumentierschwestern) gegründet. Als Präsidentin wurde Schwester *Marlis Säker*, Baar, gewählt. Unsere freien Operationsschwestern

sind freundlich eingeladen, sich dieser Interessengruppe anzuschliessen. Bitte melden Sie sich bei der Sekretärin, damit wir Sie zur nächsten Versammlung der Interessengruppe einladen können.

Vom 18. Juni bis 2. Juli ist die Sekretärin abwesend. Für dringende Angelegenheiten wende man sich an die Präsidentin: Frau M. Th. Karrer-Belser.

Sektion ST. GALLEN / THURGAU / APPENZELL / GRAUBÜNDEN

Anmeldungen *: Die Schwestern Liselotte Natter, 1940, Hugelshofen, Diakonissenanstalt Riehen; Claudine Rohrbach-Jordan, 1923, Rüeggisberg, Ecole d'infirmières La Source Lausanne; Pfleger Julius Schärli, 1934, Zell / Hergiswil, Pflegerschule Kantonsspital Luzern.

Aufnahme: Schwester Martha Rüdlinger.

Gestorben: Schwester Julia Seeger, 1874, Flawil, gestorben 12. April 1966. Gross war die Teilnahme beim Heimgang unserer lieben Schwester Julia; alle, die sie kannten, werden sie in ehrendem Andenken behalten.

**Das Doppelheft Aug./Sept.
erscheint anfangs Sept.**

**Le double numéro août/sept.
paraît au début de sept.**

**Redaktionsschluss 2. Aug.
Délai d'envoi
des textes 2 août**

**Inseratenschluss 9. Aug.
Délai d'envoi
des annonces 9 août**

Wir wünschen allen frohe, erholsame Ferienzeit, sei es in den Bergen oder im sonnigen Süden.

Sektion ZÜRICH / GLARUS / SCHAFFHAUSEN

Aufnahmen: Die Schwestern Hanny Bachmann, Margrit Baer, Verena Fuhrimann, Annelies Zollinger.

Anmeldungen *: Lisbeth Fuhrer, 1941, Adelboden, Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern; Johanna Haldimann, 1931, Boswil, Krankenpflegeschule Bethanien Zürich; Lisette Hick, 1919, von Deutschland, Krankenpflegeschule Aarau; Ursula Russenberger, 1943, Schleitheim, Krankenpflegeschule Diakonissenanstalt Riehen; Ursula Schmucki, 1943, Eschenbach, Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern; Verena Weiss, 1943, Rüti, Sternhaus vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern; Pfleger Hans-Rudolf Züllig, 1937, Zürich, Krankenpflegerschule Winterthur.

Ferien: Während des Monats Juli ist Schwester Gertrud Müller ferienhalber abwesend.

* *Einsprachefrist*: *Zwei Wochen nach Erscheinen der Zeitschrift*.

* *Délai d'opposition*: *15 jours à partir de la publication du présent numéro*.

Fortbildungskurs für Operationsschwestern

Samstag, 2. Juli 1966, im Bürgerspital Basel, chirurgischer Hörsaal. Beginn: 10 Uhr.

Themen:

1. Schwere Verbrennungen:
 - a) Sofortmassnahme
 - b) Sekundärmassnahme
 - c) Plastische Korrekturen
2. Die Gefässnaht:
 - a) Gefässprothese
 - b) Nahtmaterial
3. Orientierung der Arbeitsgruppe über den Ausbildungsplan für Operationsschwestern und Pfleger.

Bezug der Kurskarten: ab 9.30 Uhr vor dem Hörsaal.

SVDK-Mitglieder Fr. 3.—, Nichtmitglieder Fr. 6.—.

Ende des Kurses etwa 17 Uhr.

Zum Eintrittsalter für die Krankenpflegeschulen

Brief aus Australien

Mit Befremden las ich in der «Zeitschrift für Krankenpflege», dass die kantonalen Sanitätsdirektoren an das Schweizerische Rote Kreuz den Antrag stellten, das Eintrittsalter für die Krankenpflegeschulen solle von 19 auf 18 Jahre herabgesetzt werden. Dazu würde ich mich gerne äussern, indem ich über meine Erfahrungen mit so jungen Schwesternschülerinnen berichte. Seit einem Jahr arbeite ich als Krankenschwester in Australien. Die ersten sechs Monate arbeitete ich zuerst in einem Universitätsspital mit Schwesternschule im Staat Victoria; drei Monate als Schülerin im dritten Lehrjahr, um meine Registrierung zu erhalten und dann drei Monate als «Staff Nurse».

Seit sechs Monaten arbeite ich nun in einem staatlichen Spital mit Schwesternschule im Staat New South Wales. Hier bin ich verantwortlich für eine chirurgische Männerabteilung mit 21 Patienten.

Die Ausbildung zur Krankenschwester variiert hier von Staat zu Staat, ja von Schule zu Schule.

Im Staat Victoria: Eintrittsalter 17 Jahre; die Lehrzeit dauert drei Jahre. Erforderliche Vorbildung: Sekundarschule. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden, geleistete Ueberzeit wird bezahlt: Stundenlohn plus 50 % Zuschlag. Vier Wochen bezahlte Ferien pro Jahr.

Im Staat New South Wales (NSW): Eintrittsalter 17 Jahre. Die Lehrzeit dauert vier Jahre. Die Kandidatin muss eine Eintrittsprüfung bestehen, um aufgenommen zu werden. Arbeitszeit 40 Stunden pro Woche, Ueberzeit wird bezahlt: Stundenlohn plus 50 % Zuschlag. Die Leistung von Ueberzeit kann verweigert werden. Sechs Wochen bezahlte Ferien pro Jahr.

In beiden Staaten sind die Krankenpflegeschülerinnen relativ gut bezahlt.

Die Bedingungen sind also nicht schlecht und doch beenden laut offizieller Statistik im Staat Victoria 40 % der Schülerinnen ihre Lehre nicht. Hier in NSW konnte ich keine offiziellen Angaben erhalten, doch sagte mir die erste Schulschwester, dass in diesem Spital in guten Kursen ein Drittel der Schülerinnen die Lehre nicht beenden, meistens sind es ungefähr die Hälften und in schlechten Kursen weit mehr. Dass diese Angaben stimmen, geht ja schon daraus hervor, dass die Zahl der im ersten Lehrjahr stehenden Schülerinnen ungefähr gleich gross ist, wie diejenige der im zweiten, dritten und vierten Lehrjahr stehenden

zusammen! Dabei ist Heirat kein Grund, die Lehre nicht zu beenden. Die Schülerinnen können intern oder extern wohnen, und da in Schichten gearbeitet wird, hat jede Schwester die Möglichkeit, daneben eine nicht zu grosse Haushaltung zu besorgen.

Welches sind nun die Gründe, weshalb so viele die Lehre nicht beenden? Meistens wird als Grund angegeben: Die Arbeit ist zu hart. Die Verantwortung ist zu gross. Ein relativ grosser Teil besteht die Examen nicht.

Auf der Abteilung sehe ich immer wieder, wie hilflos diese jungen Mädchen gewissen Situationen gegenüberstehen.

Da sind die drei jungen Männer, die im selben Autounfall schwer verletzt wurden, zwei sind nach sechs Wochen immer noch bewusstlos und es besteht kaum noch Hoffnung, dass sie sich je von ihrer schweren Gehirnverletzung erholen werden. Der dritte hat sich verhältnismässig gut erholt, wird aber zeitlebens invalid bleiben.

Da ist der ältere Mann der sexuell pervers veranlagt ist und sich selbst verstümmelt, was eine sofortige Operation erforderte.

Da ist der Neunzehnjährige, der sich keiner Ordnung fügen will, unflätige Reden führt, tatsächlich wird und allen das Leben so schwer als möglich macht.

Da ist der vierzigjährige Mann, der seine Frau tötete, auf der Flucht in eine Starkstromleitung geriet und nun mit schweren Verbrennungen in einem Einerzimmer liegt, Tag und Nacht von der Polizei bewacht.

Gewiss, Patienten wie die oben beschriebenen sind Ausnahmen; aber sie kommen leider vor, und ein siebzehn- bis achtzehnjähriges Mädchen, ja ein neunzehnjähriges, ist meistens einfach nicht reif genug, um damit fertig zu werden. Die Folge davon ist, dass die sensibleren Mädchen die Lehre nicht beenden und eine leichtere Arbeit suchen. Andere dagegen schützen sich, indem sie eine Art Schutzmauer um sich aufbauen und nichts mehr wirklich an sich herankommen lassen. Sie tun wohl ihre Arbeit, aber jeder Patient ist für sie ein Fall und kein Mensch! Ob es die Sanitätsdirektoren im Krankheitsfall schätzen würden, selber die allerdringendste Pflege von einem achtzehnjährigen Mädchen zu erhalten, das auf unpersönliche Weise und so rasch als möglich arbeitet und im übrigen die Patienten vollständig ignoriert? Bei der Pflege schwerkranker

Patienten sehe ich öfters, dass diese jungen Mädchen überhaupt nicht erfassen, wie krank diese Männer sind. Ich habe es erlebt, dass sie mir in allem Ernst erklären: Mr. X spielt sich sicher nur auf, es ist nicht möglich, dass er sich so elend fühlt oder dass er dies und jenes nicht selber tun kann!

Von Patienten und Aerzten vernimmt man öfters Klagen über mangelhafte Pflege, und dies obwohl der australische Patient nicht halb so verwöhnt ist wie der schweizerische, und auch der australische Arzt weniger anspruchsvoll ist als sein Kollege in der Schweiz!

Sicher, es gibt noch Mädchen, die diese Prüfung ohne Schaden überstehen, die ihre Arbeit zur Zufriedenheit von Patienten und Vorgesetzten ausführen und dabei lebensfroh und natürlich bleiben. Und es gibt glücklicherweise auch noch Mädchen, die zwanzig Jahre oder älter sind, wenn sie die Lehre beginnen.

Ich habe mit verschiedenen Schwestern, auch Schulschwestern, über dieses Problem gesprochen; alle finden, dass ein siebzehnjähriges Mädchen viel zu jung sei, um diesen Beruf zu erlernen. Bis vor einigen Jahren betrug das Eintrittsalter achtzehn Jahre; es wurde herabgesetzt, um den Schwesternmangel zu beheben. Resultat: Der Schwesternmangel ist grösser denn je, grösser als in der Schweiz.

Das ganze Problem hat auch noch eine materielle Seite. Es ist erstaunlich, wie gross der

Materialverschleiss hier ist. Fieberthermometer werden in unglaublichen Mengen zerbrochen. Von Bird's Respiratoren, teuren Apparaten, mussten in sechs Monaten vier zur Reparatur geschickt werden. Die jungen Mädchen sind sehr oft einfach ausserstande, rasch und gut zu arbeiten und gleichzeitig noch sorgfältig mit dem ihnen anvertrauten Material umzugehen. Dazu wird sehr oft geklagt, alle diese Mädchen, die zwar die Lehre beginnen, sie aber nicht beendigen, kosteten den Staat sehr viel Geld: die aufgewendete Zeit für Besprechungen, die Eintrittsexamen, Eintrittsuntersuchung und Röntgenbilder, Unterrichtsstunden, Uniform (die Uniform wird überall in Australien vom Spital gestellt).

Noch eine weitere Tatsache ist vielleicht interessant. Obwohl die Bedingungen für diplomierte Schwestern hier mindestens so gut und meistens besser sind als in der Schweiz, die Arbeitszeit vierzig Stunden pro Woche beträgt, der Schwesternberuf einer der bestbezahlten und angesehensten Berufe ist, sieht man hier mindestens doppelt so viele verbitterte, müde, verbraucht und unzufrieden aussehende Schwestern als in der Schweiz.

Nach meinen Erfahrungen in diesem Land, sehe ich keinen einzigen Vorteil in der Herabsetzung des Eintrittsalters, wohl aber zahlreiche Nachteile.

Gertrud Eberhard

Schweizer Schwestern für Somalia

Das Europäische Gemeinschaftswerk — « European Working Group » — stellt gegenwärtig eine internationale Gruppe von Krankenschwestern für eine einjährige Tätigkeit am Hospital in *Mogadisciu* (Somalia) zusammen. Für dieses Team werden vier Schwestern aus der Schweiz gesucht.

Das Europäische Gemeinschaftswerk ist die deutschsprachige Sektion der *European Working Group*, die 1962 auf Initiative von Kronprinzessin Beatrix der Niederlande gegründet wurde, und deren sehr aktive Präsidentin sie heute noch ist.

Die *Europäische Wirtschaftsgemeinschaft* hat vor ein paar Jahren in *Mogadisciu* ein hochmodernes Krankenhaus eingerichtet. Das Spital wird durch europäisches Personal betreut. Nun fehlen 30 Schwestern, ohne die der geordnete Betrieb nicht aufrechterhalten werden kann. Das Europäische Gemeinschaftswerk möchte mithelfen, diese Lücke zu füllen, und es ruft daher junge europäische Schwestern auf, sich zum Dienst im somalischen Spital in Ostafrika zu melden.

Nähtere Auskünfte durch: Europäisches Gemeinschaftswerk, Frühlingsanger 1, D - 8 München 45, oder Postfach 103, 5401 Baden/Schweiz.

Peter Meuwly

«Remèdes» à la pénurie d'infirmières

Dans une page médicale de La Nouvelle Revue, Lausanne, le Dr Edmond Girardet avait exprimé son opinion sur cet important problème. Le 16 février 1966, plusieurs réponses à son article ont paru dans le même journal. Le texte que nous reproduisons ci-dessous définit avec une clairvoyance remarquable la situation telle que nous la rencontrons partout autour de nous. L'opinion exprimée ici nous semble particulièrement objective vu qu'elle vient d'une personne connaissant à fond les problèmes du personnel infirmier sans appartenir à une des professions médicales ou para-médicales.

Les remèdes

...Titre du deuxième paragraphe de l'article paru récemment dans ce journal concernant la pénurie d'infirmières, rédigé par le Dr Edm. G. Il me semble que dans ce domaine, comme dans celui des médicaments, il s'agit de ne pas abuser des calmants. La pénurie d'infirmières est une grande plaie, connue des responsables de cette formation. Ils y remédient (exemple de l'Etat de Vaud: la construction de nouveaux bâtiments pour son école: 250 places).

Le premier remède: *l'abaissement de l'âge d'admission* («un stupéfiant») qui a fait ses preuves néfastes dans les pays qui nous entourent. La France, l'Allemagne ont à faire face à une plus grande pénurie que notre pays et ils ont abaissé l'âge d'admission à 18 ans et 17 ans et demi. Les infirmières, trop jeunes pour les charges incombant à des diplômées, quittent la profession, se dirigent vers d'autres domaines où les responsabilités sont supportables. La France et l'Allemagne avaient cédé à la pression des organes dirigeants et les écoles d'infirmières de ces pays se trouvent malgré tout devant le même problème de manque de personnel. Chez nous, les candidates ne manquent pas encore, voulons-nous

donc recourir à cette solution qui, si elle résolvait provisoirement et partiellement le problème, l'aggraverait par la suite?

Mais quel appui offrent ces «trop jeunes» filles à l'infirmière diplômée? Après peu de temps, l'infirmière se lasse, prend tout sur elle et... écrasée, quitte la profession. Il semble que les mauvaises expériences faites dans ce domaine devraient nous éclairer.

Plus loin, on a évoqué l'âge d'admission des aides-hospitalières. L'âge de 17 ans a été requis non par les membres directeurs d'écoles (elles n'existaient pas à ce moment-là) mais par les hôpitaux. Il n'y avait pas d'opposition officiellement «valable». Encore une fois, les infirmières qui doivent tenir compte de la jeunesse de leurs aides peuvent seules dire qu'humainement il est souvent impossible de leur confier les tâches qui devraient être les leurs. Malgré l'âge d'admission de 17 ans, le recrutement de l'école d'aides-hospitalières est loin d'être suffisant pour les besoins des hôpitaux.

Il est à relever que les offices d'orientation professionnelle sont actuellement au courant des problèmes des formations para-médicales. Ils peuvent renseigner les candidates et candidats sur la manière d'employer leur temps en attendant l'âge requis, avec raison, par la Croix-Rouge suisse. Le *cours préparatoire aux professions para-médicales* est en voie de réalisation. Peut-être que les jeunes filles pourront, comme les jeunes gens d'ailleurs, s'y inscrire à partir de cet automne. Ce sera la principale solution du problème.

Prenons garde à l'intoxication par les bruits émanant de divers milieux. Si les infirmières disposaient de plus de temps, elles répondraient plus souvent aux articles qui paraissent à leur sujet. L'avis des infirmières diplômées, des infirmières-monitrices, des directrices d'écoles d'infirmières n'est-il pas le seul qui puisse positivement influencer une jeune fille se trouvant devant le choix d'une profession?

Une jubilaire:

Mlle A. Morier, infirmière visiteuse à Bex

Au début du mois de mai Mlle A. Morier, infirmière visiteuse à Bex depuis plus de quinze ans, a fêté l'anniversaire de ses *vingt-cinq années d'activité au service de la Ligue vaudoise contre la tuberculose*. A cette occasion la Municipalité de Bex organisa une petite réception. Dans le *Journal de Bex*, Bernard-A. Gilliéron adresse les paroles suivantes à la jubilaire:

« *Et vous, Mademoiselle Morier? Eh bien! il y a vingt-cinq ans que vous êtes ce que vous êtes, et vous le resterez autant que les forces vous le permettront, c'est-à-dire encore longtemps. Vous n'aimez pas les compliments, et pourtant acceptez quand même qu'au nom du comité de la section de Bex/Lavey de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, auquel se joignent les Municipalités de nos communes et tous vos amis, nous vous disions, en toute simplicité mais en toute affection, notre grande reconnaissance. »*

Et voici quelques extraits du même article qui parle des tâches variées accomplies par cette infirmière:

Dans les écoles

En 1965, les visites de classes par l'infirmière visiteuse se sont montées à 98 au cours desquelles il a été examiné 715 élèves à deux ou même trois reprises. Les visites ou démarches auprès des parents ont été au nombre de 155, et les lettres écrites 65.

Habituellement, les visites aux classes se font en deux temps. Une première fois, l'infirmière

examine tous les élèves, contrôlant leur poids, leur taille, leur vue et plusieurs autres points. Elle fait à chacun une cuti-réaction, qui sera contrôlée deux jours plus tard, pour voir si l'enfant a été contaminé ou non par la tuberculose au cours de l'année. En un deuxième temps, l'infirmière est accompagnée de l'un des trois médecins scolaires, à qui elle transmet de cas en cas les constatations qu'elle a faites préalablement. Les déficiences et les troubles décelés au cours de ces visites sont communiqués aux parents afin que suite leur soit donnée.

Au début de la scolarité, l'infirmière prend d'ailleurs personnellement contact avec les parents de chaque nouvel élève, et se renseigne sur les antécédents de l'enfant et de sa famille. C'est là l'occasion de rappeler aux parents ce qui se fait à l'école dans le domaine de la santé, et de les inviter à y collaborer.

Soins et démarches sociales

Mlle Morier a pu constater que ce sont les écoles qui lui demandent le plus grand travail. Puis vient le travail antituberculeux, suivi du soin aux vieillards. Après quoi l'on trouve les soins courants, l'hospitalisation et le placement des malades, l'aide aux mères et aux nourrissons, le service de l'enfance, l'alcoolisme, la psychiatrie, le vestiaire, l'assurance-invalidité, Pro Juventute, Pro Infirmis, l'office des mineurs, le rhumatisme, la Croix-Rouge, etc.

Tous ces domaines requièrent le dévouement et la compétence de l'infirmière visiteuse dans des proportions qu'on ignore souvent, et qu'il est bon de connaître.

L'Ecole d'infirmières Le Bon Secours est devenue une Fondation de droit public

L'Ecole du Bon Secours qui, depuis sa fondation, était propriété privée de l'*Association du Bon Secours*, est devenue une Fondation de droit public. Ainsi en a décidé le Grand Conseil de Genève dans sa séance du 25 février.

*

Par la Convention, l'*Association du Bon Secours*, propriétaire de l'école, cède gratuitement à l'Etat ses biens, à savoir l'*école d'infirmières*

avec le passif de ses engagements, la dénomination « *Le Bon Secours* », l'équipement pédagogique comprenant le programme pour *infirmières d'hygiène sociale*, le programme pour le perfectionnement des diplômées travaillant dans le canton, le programme pour la formation *d'aides-soignantes*.

Cette fondation est « destinée à assurer la formation et le perfectionnement de personnel soignant qualifié ». Elle « s'inspire des principes fondamentaux de la Croix-Rouge et l'école maintient son statut d'école reconnue par la Croix-Rouge suisse ». « L'enseignement

fait partie des cours pour auxiliaires des professions médicales, les programmes tiennent compte des normes nationales et internationales en la matière et des besoins éducatifs des élèves. »

*

Le *Conseil de fondation*, formé de 11 membres (représentants de l'Instruction publique, de la

Prévoyance sociale, de la Croix-Rouge genevoise, de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés et de l'Association du Bon Secours), contrôlera beaucoup plus largement que par le passé et efficacement la gérance de l'école. Le *Conseil d'école* veillera à ce que les statuts soient respectés.

Extraits d'un article paru dans *Communauté*, Genève, le 31 mars 1966.

Le Dr Arnold Sauter, président de la 19e Assemblée mondiale de la Santé

Le Dr Arnold Sauter, directeur du *Service fédéral de l'hygiène publique* (Suisse) a été élu président de la 19e Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est ouverte le 3 mai au Palais des Nations. Il succède au Dr V.-V. Olguin, Argentine, président de la précédente assemblée, qui a dirigé les travaux de la séance d'ouverture.

Quelque 400 délégués des 123 Etats membres et des trois membres associés participent à cette réunion, ainsi que des représentants des Nations Unies, de plusieurs organisations internationales et des 68 organisations non gouvernementales qui entretiennent des relations officielles avec l'OMS.

Extraits de l'allocution du Dr Sauter à la séance d'ouverture de l'assemblée

...Lors de la fondation de l'organisation, Genève, qui avait déjà eu l'avantage d'accueillir la Société des Nations et sa Section d'hygiène, réunissait les conditions nécessaires à l'édification de la nouvelle organisation mondiale et à la réalisation de ses tâches. *Vingt ans* ont passé. L'*Organisation mondiale de la Santé* a grandi à un point tel qu'elle a dû trouver des locaux supplémentaires hors du Palais des Nations, situés dans différentes parties de Genève. Pendant de nombreuses années de surchauffe dans le domaine de la construction, les conditions de logement précaires ont gêné le travail de l'organisation. Tous les problèmes qui se sont posés pendant cette période et pendant la construction du nouveau bâtiment ont pu être résolus grâce à un excellent esprit de

collaboration entre l'OMS, le Conseil fédéral suisse, la République et canton de Genève et la ville de Genève. Aussi aimerais-je que la République et canton de Genève ainsi que la ville de Genève soient associées à l'honneur rendu à la Suisse par le choix que vous avez fait...

...Les moyens dont l'homme dispose aujourd'hui peuvent exercer leurs efforts d'une manière bienfaisante ou nuisible, non seulement pour notre génération, mais pour les générations à venir. L'homme peut créer les dangers non seulement pour lui-même, mais pour les éléments vitaux indispensables: l'air, l'eau, la terre, et ceci d'une manière qui pourrait bien être *irréversible*. Ce sont les responsables des services de santé publique qui, dans une large mesure, peuvent faire reculer ces périls. C'est ici que l'on rencontre l'une des graves préoccupations qui nous sont communes: la *pénurie de personnel qualifié* est aujourd'hui un problème pour chacun d'entre nous. Elle affecte les pays qui se trouvent sur la voie du développement et qui ont besoin de personnel technique de toutes catégories et de tous niveaux pour l'élaboration des structures fondamentales de leurs services de santé; elle touche également les pays industrialisés et ceci d'autant plus que leur industrie et leur population s'accroissent rapidement. Si le problème est universel, il ne se présente pas partout au même niveau. Il importe que nous examinions toutes les possibilités de le résoudre, que nous ne nous bornions pas à former un personnel plus nombreux, mais que nous examinions toujours les fonctions et la répartition des tâches du personnel de santé publique.

Erfolge im Kampf gegen Schwachsinn – die Phenylketonurie

Drei kleine Blutstropfen haben dieser Tage eine junge Zürcher Erdenbürgerin und ihre Familie vor namenlosem Leid bewahrt: Seit Jahresbeginn werden nämlich alle in Spitäler des Kantons Zürich geborenen Säuglinge einem einfachen Bluttest unterzogen, um einer gefährlichen, aber vermeidbaren Form des Schwachsins auf die Spur zu kommen. Wird diese Krankheit nicht in den ersten Lebenswochen erkannt und hierauf richtig behandelt, ist das Kind unweigerlich dem Schwachsinn verfallen und bringt seinen Angehörigen unendliche Sorgen und dem Staat enorme Kosten durch eine lebenslange Anstaltsbehandlung. Die Reihenuntersuchung lohnt sich, denn letztlich ist der menschliche Gewinn, jährlich mehrere Neugeborene vor Schwachsinn retten zu können, gar nicht mit Geld aufzuwiegen.

Die Ursache dieser Form des Schwachsins ist die sogenannte *Phenylketonurie*, eine seltene, vererbbare Stoffwechselstörung, die 1934 vom Norweger *Fölling* erstmals erkannt und beschrieben wurde. Sie ist heute die am besten bekannte und erforschte Art der zu Schwachsinn führenden angeborenen Stoffwechselstörungen.

Die betroffenen Kinder sind bei der Geburt durchaus normal, weisen dann aber in den ersten Lebensmonaten eine zunehmende Verzögerung der geistigen und körperlichen Entwicklung auf. Sie lernen später sitzen, später gehen und wesentlich später sprechen als ihre gesunden Geschwister. Mit dem Alterwerden verstärkt sich der Schwachsinn. Die Kinder können die normale Schule nicht besuchen und müssen häufig in einem Heim untergebracht werden. Kinder mit einer Phenylketonurie sind meist blond, blauäugig und haben eine helle Haut, die oft ekzemartige Veränderungen aufweist. Sie zeigen eine eigenartige Unruhe oder Krampfanfälle. Häufig stellt man im Urin, in den Haaren und an der Haut einen unangenehmen, süßlich-scharfen Geruch fest.

Die Tücke dieser Krankheit liegt darin, dass sie in den ersten Lebensmonaten nicht bemerkt wird und die Kinder erst nach Monaten oder Jahren wegen ihres Entwicklungsrückstandes zum Arzt gebracht werden. Der Arzt

kann mit einer einfachen Urinuntersuchung die Krankheit sofort erkennen, aber das Gehirn ist dann bereits unheilbar geschädigt. Trotz nachfolgender Behandlung bleiben die geistigen Fähigkeiten lebenslänglich beeinträchtigt. Mit einer komplizierten und teuren *Diät* unter genauer ärztlicher Kontrolle bis etwa zum zwölften bis dreizehnten Altersjahr kann die Verschlimmerung des Schwachsins verhindert und gelegentlich eine Verbesserung der Intelligenz erreicht werden.

Eine normale geistige Entwicklung ist jedoch nur gewährleistet, wenn die Behandlung in den ersten Lebenswochen und -monaten einsetzt, zu einem Zeitpunkt, in dem keine eigentlichen Krankheitserscheinungen sichtbar sind.

Daraus ergibt sich mit aller Deutlichkeit, dass alle Neugeborenen auf das Vorliegen dieser Stoffwechselkrankheit untersucht werden sollten.

Nur so kann es gelingen, die kranken Kinder rechtzeitig zu erfassen, folgerichtig und erfolgreich zu behandeln und das Auftreten des Schwachsins zu verhindern. Vor fünf Jahren hat der amerikanische Arzt *Robert Guthrie* in Buffalo eine einfache Untersuchungsmethode entwickelt, die es erlaubt, die Diagnose bereits am fünften bis siebenten Lebenstag zu stellen; lange bevor die sonst übliche Urinuntersuchung ein positives Ergebnis zeigt. Der Test eignet sich für Reihenuntersuchungen besonders, denn drei Blutstropfen werden auf ein Filterpapier gebracht und dann zur Untersuchung in ein Speziallabor gesandt.

Der *Guthrie-Test* wurde letztes Jahr in Zürich versuchsweise von der Kantonalen Gesundheitsdirektion und vom Kinderspital eingeführt und zu Jahresbeginn auf alle Spitäler ausgedehnt. Jährlich werden so etwa 19 000 Säuglinge erfasst. Nach den Erfahrungen im Ausland erwartet man auf 10 000 Neugeborene die Entdeckung eines kranken Kindes. Doch bereits Ende Februar wurde nach 7002 negativen Tests ein gefährdeter Säugling festgestellt, dem nun dank der frühzeitigen Behandlung eine normale Entwicklung wartet.

Medizin. Presse Zürich, März 1966

Studien- und Ferienreise des Schweizerischen Verbandes diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger nach

Israel / Rotes Meer / Griechenland

2.—12. Oktober 1966 — Reisebeitrag Fr. 1385.— ab Zürich oder Genf

Eine speziell für SVDK-Mitglieder mit Angehörigen und Bekannten organisierte Fahrt ins Heilige Land, mit hochinteressanten Besichtigungen auf dem Gebiete des Spital- und Wohlfahrtswesens.

Ein von vielen Mitgliedern längst gehegter Wunsch geht in Erfüllung. Wir überraschen Sie 1966 mit einem höchst verheissungsvollen Reisevorschlag. Israel gehört heute zu den schönsten Reiseländern an den Gestaden des Mittelmeeres. Ein herrlich mildes Klima verlängert den Sommer bis in den späten Oktober hinein.

Bemerkenswert sind auch seine Errungenschaften auf dem Gebiete der Krankenpflege und Fürsorge. Moderne Spitäler, ein weitverzweigter Gesundheitsdienst, ausgezeichnete Schulen und eine weitblickende soziale Fürsorge kennzeichnen die Entwicklung des jungen, dynamischen Staates Israel.

Zusammen mit dem dortigen Landesverband haben wir deshalb ein wunderschönes Besucherprogramm zusammengestellt. Wertvolle informative Besichtigungen und Kontakte wechseln harmonisch ab mit interessanten touristischen Besichtigungen und freien Stunden.

Dabei kostet unsere 11tägige Sonderflugreise samt allem Drum und Dran wie Flug, grosser Israel-Rundfahrt, ausgezeichneten Hotels (zumeist Zimmer mit Bad oder Dusche), Busfahrten, Besichtigungen, Mahlzeiten, Reiseleitung usw. nur Fr. 1385.—

Hier einige der Höhepunkte unserer Reise 1966:

- * **Flug Genf/Zürich — Tel Aviv und zurück mit erstklassiger Fluggesellschaft wie Swissair oder Olympic Airways.**
- * **Grosse Israel-Rundfahrt mit modernsten Pullman-Cars und Besuch von Nazareth, Tiberias, Kapernaum, Haifa, Jerusalem, Wüste Negev, Eilath am Roten Meer und vielen anderen historischen Stätten und religiösen Heiligtümern.**
- * **In die Israel-Rundfahrt eingestreut finden folgende aktuelle Besichtigungen unter Leitung des israelischen Verbandes statt: Beilinson Hospital in Petach Tikva mit Schwesternschule und vielen Spezialabteilungen — Physikalische Therapie-Station im Mahane-Israel Hospital — Erholungsheim der Krankenkasse Kupat Holim in Nazareth — Hadassah-Gesundheitsdienst in Jerusalem (Familienfürsorge) — Ambulante Klinik für Beduinen im Negev.**
- * **Auf dem Rückflug nehmen Sie noch mehr als einen vollen Tag Aufenthalt in Athen und besichtigen Akropolis, Königspalast, Olympia-Stadion und viele andere Sehenswürdigkeiten dieser sympathischen Stadt. Ein wahres Einkaufsparadies für Souvenirsammler!**
- * **Zudem haben Sie auf der ganzen Fahrt Gelegenheit zum Baden im Meer sowie zu Spaziergängen in der herrlichen Sonne.**

Unsere Reise verspricht ein Erlebnis besonderer Art zu werden. Ob Sie sich allein oder zu zweit anmelden, Sie werden diese Reise unter Gleichgesinnten in vollen Zügen geniessen.

Wir würden uns freuen, wenn dank unserer frühzeitigen Ausschreibung viele unserer Mitglieder von diesem sicher einmaligen Vorschlag Gebrauch machen könnten.

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt, so dass wir auf einen festen Anmelde-termin verzichten. Wir empfehlen Ihnen deshalb, sich rechtzeitig die begehrten Reiseplätze zu sichern.

Bitte hier abschneiden

Anmeldung

Sobald wie möglich einzusenden an das Zentralsekretariat des Schweizerischen Verbandes diplomierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, Choisystrasse 1, 3000 Bern.

Ich bitte Sie, folgende Teilnehmer(innen) für die Studien- und Ferienreise nach Israel — Rotes Meer — Griechenland, vom 2. bis 12. Oktober 1966, einzuschreiben:

Name, Vorname, genaue Adresse und Telefonnummer sämtlicher Teilnehmer(innen):

Zutreffendes bitte unterstreichen:

a) Flug ab Genf/Zürich

b) Unterkunft in Doppelzimmer/Einzelzimmer
(Einzelzimmer kosten pro Nacht Fr. 6.— Zuschlag)

Ort und Datum: Unterschrift:

Voyage d'étude et d'agrément de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés en

Israël / mer Rouge / Grèce

du 2 au 12 octobre 1966 — Frais du voyage: fr. 1385.— de Zurich ou Genève

Un voyage en Terre Sainte organisé spécialement pour les membres de l'ASID, leurs proches et leurs connaissances avec des visites très intéressantes dans le domaine du service de l'hôpital et de l'assistance publique.

Ce que beaucoup de membres souhaitent depuis longtemps va enfin s'accomplir. En 1966 nous vous faisons la surprise de vous proposer un voyage des plus prometteurs. Israël est un des plus beaux pays au bord de la Méditerranée que l'on aime visiter. Un climat merveilleusement doux prolonge l'été jusqu'à la fin octobre.

Les progrès de ce pays dans le domaine de l'aide aux malades et de l'assistance publique sont remarquables. Des hôpitaux modernes, un service de santé très étendu, des écoles exemplaires et une assistance sociale qui voit loin sont des preuves du développement du jeune état dynamique d'Israël.

C'est pourquoi nous avons préparé un programme de visites admirable en collaboration avec l'association relative du pays. Des visites instructives et des contacts précieux alternent harmonieusement avec d'intéressants tours de ville, des excursions et des heures libres.

Pourtant, notre voyage en avion de 11 jours ne coûte en tout que fr. 1385.— avec le vol, une grande tournée à travers Israël, des hôtels excellents (la plupart du temps chambre avec bain ou douche), des trajets en car, des visites, des repas, la compagnie d'un guide, etc.

Voici quelques points culminants de notre voyage 1966:

- * Vol Genève/Zurich — Tel Aviv et retour avec des compagnies d'aviation de premier ordre comme la Swissair ou l'Olympic Airways.
- * Grande tournée à travers Israël en cars Pullman des plus modernes et visite de Nazareth, Tibériade, Capharnaüm, Haïfa, Jérusalem, le désert de Négev, Eilath au bord de la mer Rouge et bien d'autres lieux historiques et sanctuaires religieux.
- * Pendant la tournée à travers le pays, les visites actuelles suivantes sont parsemées sous la conduite de l'association israélienne: Beilinson Hospital à Petach Tikva avec une école d'infirmières et plusieurs départements spéciaux — station de thérapie physique au Mahane-Israel Hospital — home de convalescence de la caisse-maladie Kupat Holim à Nazareth — service de santé Hadassah à Jérusalem (assistance familiale) — clinique ambulante pour Bédouins dans le Négev.
- * Sur le chemin du retour, vous passerez plus d'un jour à Athènes et vous visitez l'Acropole, le Palais Royal, le Stade Olympique et bien d'autres curiosités de cette ville sympathique. Un vrai paradis d'achat pour les collectionneurs de souvenirs!
- * En plus, pendant tout le voyage, vous avez l'occasion de vous baigner dans la mer ou de vous promener et de profiter du soleil.

Notre voyage promet d'être un événement tout à fait exceptionnel. Que vous vous inscriviez seul ou à deux, vous jouirez entièrement de ce voyage.

Nous serions particulièrement heureux si beaucoup de nos membres saisissent cette occasion certainement unique grâce à l'empressement que nous avons eu à faire paraître ce programme.

Les inscriptions seront prises en considération dans l'ordre de leur arrivée, ainsi nous renonçons à un délai fixe. Nous vous recommandons donc de réserver les places désirées le plus tôt possible.

détacher ici

Inscription

A envoyer le plus vite possible au secrétariat central de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés, rue Choisy 1, 3000 Berne.

Je vous prie de bien vouloir inscrire les personnes suivantes pour le voyage d'étude et d'agrément en Israël — mer Rouge — Grèce, du 2 au 12 octobre 1966:

Nom, prénom, adresse exacte et numéro de téléphone de tous/tes les participants/tes:

Souligner ce qui convient:

a) Vol à partir de Genève/Zurich

b) Logement dans une chambre à 2 lits/à 1 lit
(pour les chambres à 1 lit, supplément de fr. 6.—
par nuit)

Lieu et date: Signature:

Montana, Sonnenterrasse des Wallis

In die Bernische Höhenklinik Montana suchen wir per sofort oder nach Uebereinkunft

2 dipl. Krankenschwestern 2 Pflegerinnen für Chronischkranke

Gute Entlohnung, Fünftagewoche. Schriftliche oder telefonische Anmeldungen erbieten an die Oberschwester, Telefon 027 / 725 21.

Die **kantonale Heil- und Pflegeanstalt Wil SG** sucht

Pflegerinnen für Alters- und Chronischkranke

Geregelte Arbeits- und Freizeit. Beste Bedingungen.

Bewerbungen sind an die Direktion zu richten, die gerne unverbindlich nähere Auskunft erteilt.

Für unser **Pflegeheim** suchen wir dringend

1 dipl. Krankenschwester

und

1 Schwesternhilfe

Wir bieten gute Entlohnung und zeitgemäße Anstellungsbedingungen. Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Offerten an die **Verwaltung des Seeländischen Krankenasiels Gottesgnad, 2500 Biel-Mett, Telefon 032 / 423 88.**

Die Universitäts - Frauenklinik Basel sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 dipl. Krankenschwester für die Frischoperierten- station

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima bei geregelter Arbeits- und Freizeit. Besoldung je nach Alter und Ausbildung. Offerten mit Lebenslauf und Photokopien der Berufsausweise und Arbeitszeugnisse sowie eine Passphoto sind zu richten an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46.

Gesucht für sofort

Leitende Schwester

sowie eine zweite **Schwester** oder **Chronischkrankenpflegerin** für kleines Pflegeheim im Kanton Zürich. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Krankenasiels Rorbas, Telefon 051 / 96 22 09.

Privatspital in Zürich

sucht eine diplomierte Krankenschwester zur

Ausbildung als Röntgenschwester

Unser Röntgeninstitut ist ganz modern eingerichtet, verfügt über eine Kobaltanlage und entspricht allen Erfordernissen des neuen Strahlenschutzgesetzes. Die interessante und sehr abwechslungsreiche Tätigkeit — in angenehmem Arbeitsklima — führt die Schwester sowohl mit Therapie- als auch mit Diagnostik-Patienten zusammen. Eintritt 1. Oktober. Offerten mit Diplom, Zeugniskopien und Lebenslauf erbitten wir unter Chiffre 3792 ZK an die Annoncenabteilung Vogt - Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Bezirksspital Dorneck, Dornach
sucht

dipl. Krankenpfleger

oder eventuell

ausgebildeten Narkosepfleger

in unseren neuen, modern eingerichteten Operationssaal für die Narkose. Interessenten ohne Kenntnisse in der Narkose können angelernt werden. Bewerber die Freude haben selbstständig, verantwortungsbewusst und mit Interesse diesen vielseitigen Posten zu versehen, können sich telephonisch über diese Stelle erkundigen.

Moderne Vierzimmerwohnung, gutes Gehalt und fortgeschrittliche Sozialleistungen sind zugesichert.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung Bezirksspital Dorneck, 4143 Dornach, Telefon 061 / 82 78 92, intern 115.

Gemeindeschwester

Welcher diplomierten Schwester, die den Kontakt mit den Patienten und ein freies Arbeiten schätzt, die sich eventuell gern nochmals verändern würde, sagt wohl die

Gemeindekrankenpflege

in unserer stattlichen Bodenseegemeinde zu? Eine Zweizimmerwohnung mit Bad steht zur Verfügung. Je nachdem sorgen wir für die Möblierung. Wir stellen ein Auto oder zahlen eine grosszügige Autoentschädigung. Anstellungsbedingungen nach den Richtlinien.

Auf Ihre Anmeldung freut sich der Präsident des Krankenpflegevereins Neukirch-Egnach, Telefon 071 / 66 13 29.

Das **Spital Bauma ZH** sucht für sofort oder nach Vereinbarung eine

Operationsschwester

für seinen modern eingerichteten operativen Betrieb. Besoldung nach kantonalem Tarif. Geregelte Freizeit. Offerten unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage der üblichen Unterlagen erbeten an Chefarzt Dr. med. H. Helmig, Spital Bauma, 8494 Bauma.

Gesucht für sofort oder Anfang Juli

dipl. Pfleger

zur Mithilfe auf der Männerabteilung und Krankentransporte. Offerten an die Oberschwester, Bezirksspital, 3110 Münsingen, Telefon 031 / 68 12 48.

Das Bezirksspital Lachen am See sucht eine gutausgebildete

Narkoseschwester

Selbstständiger, interessanter Posten. Zeitgemäss Entlohnung und geregelte Freizeit. Anmeldungen an den Chefarzt Dr. med. A. Enzler.

Das **Bezirksspital Aarberg** sucht zu baldigem Eintritt

dipl. Krankenschwestern

in Dauerstellung. Wir bieten angenehme Arbeitsbedingungen (Fünftagewoche), zeitgemäss Besoldung, nette Unterkunft. — Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester, Tel. 032 / 82 27 12.

Kreisspital Rüti ZH

Wir suchen auf sofort oder nach Vereinbarung

1. Operationsschwester

für unseren vielseitigen, neuzeitlich eingerichteten operativen Betrieb.

Entlohnung nach kantonalen Normen, geregelte Freizeit.

Anmeldungen unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage von Zeugniskopien erbeten an Chefarzt Dr. med. R. A. Leemann.

Dringend gesucht für sofortigen Eintritt

Leitende Röntgenassistentin

(wenn möglich mit Schwesternausbildung)

für die Strahlentherapieabteilung des Kantonsspitals Winterthur. Konventionelles Bestrahlungsgerät, Cobaltanlage und Nahbestrahlungsapparatur.

Bewerbungen sind zu richten an den Chefarzt Dr. W. Bessler des **Röntgeninstitutes des Kantonsspitals Winterthur**.

L'Institution de Lavigny près d'Aubonne (Suisse), Centre neurologique et éducatif de la Sté romande en faveur des épileptiques, cherche

infirmière diplômée

(évent. ménage d'infirmiers)

Occasion de collaborer avec services divers et de suivre séances de perfectionnement. Horaire de dix heures par jour, deux congés par semaine et un congé supplémentaire par mois, quatre semaines de vacance, logement assuré. Faire offres avec curriculum vitae et références à la Direction de l'Institution, 1171 Lavigny VD.

Grosse Klinik auf dem Platze Bern sucht

1 Leitende Operationsschwester

1 Pfleger für den Operationssaal

Neuzeitliche Arbeitsbedingungen, gute Entlohnung, geregelte Freizeit. Eintritt nach Uebereinkunft.

Offerten mit den üblichen Unterlagen sind zu richten unter Chiffre 3793 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Das Bezirksspital Schwarzenburg (Nähe Berns) sucht

1 Krankenschwester

1 Nachtwache

Eintritt nach Uebereinkunft. Bezahlung im Rahmen der für den Kanton Bern geltenden Besoldungsordnung. — Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an den Chefarzt Dr. med. P. Dolf, 3150 Schwarzenburg.

Spital Menziken

Wir suchen zu baldigem Eintritt gutausgebildete

Röntgenschwester

in Dauerstellung. Weitgehend selbständiges Tätigkeitsgebiet. Wir bieten angenehme Arbeitsbedingungen (Fünftagewoche) bei zeitgemässer Entlohnung. Geregelter Arbeits- und Freizeit, sehr schöne Unterkunft steht zur Verfügung. Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des Spitals Menziken AG, Telefon 064/71 46 21.

Die evangelische Kirchgemeinde Wil SG sucht zu baldigem Eintritt eine gutausgewiesene

Gemeindekrankeinschwester

für vielseitige, selbständige Tätigkeit. Wir bieten zeitgemäss Anstellungsbedingungen. Möblierte, moderne Zweizimmerwohnung steht zur Verfügung.

Bewerberinnen wollen sich mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Referenzen wenden an: **Evangelische Kirchenpflegschaft, Scheffelstrasse 6, 9500 Wil SG.**

Kantonsspital Zürich

Auf unserer Neurologischen Klinik ist die Stelle der

Oberschwester

neu zu besetzen. Die Abteilung umfasst 15 bis 30 Betten. Für diesen interessanten, entwicklungsähigen Posten suchen wir eine gutausgebildete Krankenschwester mit Sinn für Organisation und Personalführung. Sie könnte sich in das Gebiet der Neurologie einarbeiten.

Wir bieten zeitgemäße Anstellungsbedingungen. Eintritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind an den Adjunkten für den Pflegedienst, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, zu richten, der auch gerne weitere Auskunft erteilt.

Kreisspital Rüti ZH

Wir suchen für unsere chirurgische Abteilung

1 oder 2 Schwestern

Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Vielseitiger, moderner Betrieb. 48-Stunden-Woche. Geregelte Freizeit. Entlohnung nach kantonalen Vorschriften.

Anmeldung erbieten unter Beilage von Lebenslauf und Zeugniskopien an Dr. R. A. Leemann, Chefarzt.

Altersheim in landschaftlich schöner Lage sucht für die Chronischkrankenabteilung eine diplomierte

Chronischkrankenpflegerin

Geboten wird: geregelte Frei- und Arbeitszeit, hoher Lohn, Pensionskasse. Angenehmes Arbeitsklima. Eintritt sofort.

Offerten sind erbieten an Chiffre 3795 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

An grösserem Bezirksspital des Mittellandes ist für sofort der Posten einer

Operationsoberschwester

neu zu besetzen. — Modern eingerichteter chirurgischer Betrieb. Selbständiger, interessanter Posten, der persönliche Erfahrung und Organisationstalent verlangt.

Bewerbungen mit Zeugnissen sind erbieten unter Chiffre 3794 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Clinique Valais central cherche

infirmières diplômées pour chirurgie

infirmières diplômées pour médecine

infirmière chef d'étage pour médecine interne

aide pour service radiologie

Offre sous chiffre 3796 ZK aux Editions Vogt-Schild S. A., département des annonces, 4500 Soleure 2.

Krankenhaus Thalwil

Wir suchen zu baldigem Eintritt tüchtige,

dipl. Krankenschwester oder Krankenpfleger

Wir bieten: Gute Zusammenarbeit, geregelte Freizeit, Fünftagewoche, Besoldung nach kantonalem Reglement. Für die Entgegennahme von Bewerbungen und Anfragen steht die Oberschwester gerne zur Verfügung. — Krankenhaus Thalwil, 8800 Thalwil, Tel. 051 / 92 01 82.

Krankenhaus Flawil

Für unser neuzeitlich eingerichteten chirurgischen Betrieb suchen wir

Leitende Operations-schwester

zweite Operations-schwester

Narkoseschwester

Narkosepfleger

Arbeitsbedingungen und Entlohnung nach kantonaler Dienst- und Besoldungsordnung. Anmeldungen sind erbieten an die Verwaltung des Krankenhauses Flawil, 9230 Flawil, Telefon 071 / 83 22 22.

Ecole cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie

Prilly-sur-Lausanne, téléphone 021 / 25 55 11

L'école est placée sous la haute surveillance du Département de l'intérieur du canton de Vaud.

Formation théorique et pratique: soins aux malades, psychologie, psychiatrie, réadaptation sociale.

Age d'admission: de 19 à 32 ans.

Durée des études: 3 ans.

Diplôme décerné par la Société suisse de psychiatrie.

Ouverture des cours: 2 mai et 1^{er} novembre.

Délai d'inscription: 15 mars et 15 septembre.

Activité rétribuée dès le début de la formation.

CENTRE DE SPECIALISATION PSYCHIATRIQUE

pour infirmières et infirmiers diplômés en soins médicaux.

Conditions spéciales.

Pour toute demande de renseignements, s'adresser à la Direction de l'école.

Offre de place

Par suite de démission pour cause de maladie, nous cherchons

une sœur visitante

pour une population de 2000 habitants répartis sur deux villages.

Entrée en fonction: le 1^{er} janvier 1967, éventuellement en automne 1966.

Salaire et autres conditions: à convenir.

S'adresser à M. Henri Widmer, président de l'Œuvre de la Sœur visitante de Pery-La Heutte, 2603 Pery-sur-Bienne (Jura bernois).

Grössere Privatklinik in Zürich sucht auf 15. Juli oder nach Ueber-einkunft eine tüchtige, diplomierte Krankenschwester als

Nachoberschwester

Es handelt sich um eine verantwortungsvolle Aufgabe. Wir bieten zeitgemäss Anstellungsbedingungen mit geregelter Arbeits- und Freizeit. Fünftagewoche, Pensionskasse.

Offerten erbeten unter Chiffre 49774-42 an Publicitas, 8021 Zürich.

Die **Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft** veranstaltet im Sommer 1966 wiederum vierwöchige Erholungsaufenthalte für schwerbehinderte Patienten in Sanatorien. Sie sucht für die Zeit vom 28. August bis 24. September für die **Leitung**

diplomierte Schwester

die bereit ist, eine Patientengruppe von 15 bis 20 Personen mit Hilfe von 10 bis 12 Rotkreuz-Spitalhelferinnen zu betreuen. Nähere Auskunft bei Frl. M. Eidenbenz, Sekretariat der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft, Forchstrasse 55, 8032 Zürich, Telefon 051 / 34 99 30.

Orthopädische Klinik Balgrist in Zürich sucht zu baldigem Eintritt

1 Dauernachtwache

1 dipl. Krankenpfleger

dipl. Krankenschwestern

Unser Haus bietet Ihnen ein gutes Arbeitsklima, schöne Wohngelegenheit, geregelte Freizeit und gute Anstellungsbedingungen. Offerten richte man bitte an die Oberschwester.

Das Städtische Krankenhaus Baden sucht für die gynäkologische Station

2 oder 3 dipl. Krankenschwestern

eventuell eine Schwester als **Dauernachtwache**. Freundliches Arbeitsklima. Fünftagewoche. Gutes Gehalt. Eintritt nach Vereinbarung. Schriftliche oder telefonische Anmeldung erbeten an Oberschwester Elsi Widmer, gynäkologische Abteilung, Telefon 056 / 6 16 91.

Das **Kantonsspital Frauenfeld** sucht tüchtige

Narkoseschwester

eventuell

Narkosepfleger

Wir bieten ein angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Arbeits- und Unterkunftsbedingungen, Fünftagewoche, Entlöhnung nach kantonalem Besoldungsregulativ. Es besteht die Möglichkeit zum Beitritt in die staatliche Pensionskasse.

Anmeldungen sind erbeten an den Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Herrn Dr. med. R. Gonzenbach, Telefon 054 / 7 17 51.

Wir suchen auf den 1. August, eventuell auch auf einen späteren Zeitpunkt,

eine Heim- und Krankenpflegerin

Anmeldungen sind zu richten an den Kranken- und Hilfsverein Merishausen-Bargen SH.

Wir suchen jüngern,

dipl. Pfleger

als Mitarbeiter für den Operationssaal und das Gipszimmer. Eintritt nach Uebereinkunft.

Anmeldungen an den Verwalter des Bezirksspitals Thun.

Gesucht auf Sommer 1966 oder nach Vereinbarung nach Zürich in modern eingerichtete chirurgische Privatklinik zur Betreuung einiger Leichtkranker und Assistenz bei Operationen

dipl. Krankenschwester mit Operationssaalerfahrung erfahrene OPS-Schwesternhilfe

Geregelte Arbeitszeit, kein Notfalldienst, externe Stelle, komfortables Zimmer zur Verfügung, gute Besoldung. Tüchtige, verantwortungsbewusste Bewerberinnen wollen sich bitte unter Beilage von Zeugnisabschriften melden an Chiffre 3790 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

L'Hôpital Pountalès Neuchâtel cherche pour entrée immédiate ou à convenir

2 infirmières diplômées

pour ses services de chirurgie et médecine

1 infirmière-instrumentiste

spécialisée ou qui désirerait se spécialiser.

Bonnes conditions de travail et de salaire. Prière d'adresser les offres et prétentions avec curriculum vitae à la Direction de l'hôpital, Maladière 45, Neuchâtel.

L'Hôpital des bourgeois à Fribourg cherche quelques

infirmières diplômées

Date d'entrée: immédiate ou à convenir. Adresser les offres avec curriculum vitae, certificats (originaux ou copies) en indiquant les prétentions de salaire à l'Administration de l'Hôpital des bourgeois, 1700 Fribourg.

Wir suchen zufolge Verheiratung der bisherigen Stelleninhaberin eine

Gemeinde- krankenschwester

Anmeldungen sind erwünscht an den Krankenpflegeverein Luterbach SO; Präsident: Herr F. Bader, Vorholz, 4708 Luterbach.

Kleine Privatklinik sucht

Oberschwester

mit guter Ausbildung im Operationssaal. Zeitgemässe Entlöhnung und angenehmes Arbeitsklima. — Offerten an Dr. A. Guenin, Unterer Quai 23. Biel.

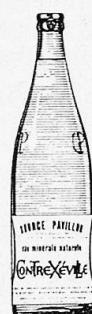
pour aider
votre foie,
la cure

CONTREX

Votre foie a deux missions: il règle l'équilibre entre les sucres et les graisses, il lutte contre l'envahissement des toxines. Qu'il devienne paresseux et la graisse gagne, le teint se brouille.

Aidez votre foie à travailler pour votre santé et votre beauté: buvez l'eau minérale de Contrexéville. Matin et soir un grand verre de Contrex et aux repas le reste de la bouteille.

une **CONTREX**
par jour
active l'élimination



Eau minérale
sulfatée calcique.

64-53



Kinderspital Zürich

Universitäts-Kinderklinik
Auf unserer chirurgischen Abteilung ist der Posten einer

Operationsschwester

neu zu besetzen. Etwas chirurgische Praxis erwünscht, jedoch nicht Bedingung, da eventuell Gelegenheit zum Anlernen vorhanden. Für Schwestern, die Freude am Umgang mit Kindern haben, ist die moderne Kinderchirurgie ein sehr interessantes Arbeitsgebiet. Anmeldungen an Prof. Dr. Max Grob, Direktor der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals, Steinwiesstr. 75, 8032 Zürich. (Auskünfte erteilt die Leitende Oberschwester, Schw. Elsbeth Zollinger, Telefon 051 / 32 71 10.)

Wir suchen für unser Privatkrankenhaus eine erfahrene Krankenschwester als

Dauernachtwache

Eintritt ab sofort oder nach Uebereinkunft. Anfragen sind erbeten an die Oberin, Krankenhaus vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern, 8006 Zürich.

L'Hôpital de Fleurier cherche pour entrée au plus vite

1 infirmière diplômée 1 veilleuse (diplômée)

Conditions de travail et de salaire intéressantes, dans climat agréable. Jours de congé réguliers. Faire offre avec curriculum vitae à la Direction de l'Hôpital de Fleurier, Fleurier NE.

Warum **NISIOLFEN**

Weil **NISIOLFEN** Wundspray desinfizierend, hygienisch und einfach in der Anwendung, für Schnitt-, Schürf-, Brandwunden und sonstige Verletzungen, ist.

Weil **NISIOLFEN** Wundspray der pflasterlose Wundverband vor infektiösem Lufteinfluss schützt.

Weil **NISIOLFEN** Wundspray eine ausgezeichnete Hautverträglichkeit aufweist, und keine Gefahr des Auftretens von toxischen oder allergischen Reaktionen von Seiten des Hautorgans befürchtet werden muss.

Mit **NISIOLFEN** Wundspray wurden unter den dermatologischen Erkrankungen besonders günstige Resultate bei der Behandlung der Ulcera cruris, der bakteriell ausgelösten Erkrankungen, wie der Dermoepidermitis, bakterielles Ekzem, Akne vulgaris etc. erzielt.

Bestellung und Anfragen richten Sie bitte direkt an:



**fixol-produktion
erwin wolf
abt. sprühtechnik
4002 basel
tel. 061 24 8140**

Schreib- und Notizblocks

in jeder gewünschten
Anzahl und Auflage

für

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

können von der

**Buchdruckerei
Vogt-Schild AG,
Solothurn**

ab Lager zu vorteilhaften
Preisen bezogen werden

Vorhandene Formate

A 4 (21 x 29,7 cm)
A 5 (14,8 x 21 cm)
A 6 (10,5 x 14,8 cm)

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

CREATION

Arly
FINEST SWISS QUALITY

Arly offeriert
gediegene,
speziell für
Kranken-
schwestern
geschaffene
Uhren



18 Karat Gold
mit Datumanzeige

Massiv
Silber

Bezugsquellennachweis

P. JOVANOVITCH Uhren en gros Ponte Tresa

Wir suchen für sofort eine

dipl. Krankenschwester

in mittelgrossen Betrieb für Fe-
rienablösung. Freizeit und Lohn
sind geregelt. — Offerten mit
Zeugnissen sind erbeten an die
Oberschwester des Kranken-
hauses Oberdiessbach.

Kinderspital Zürich

Universitäts-Kinderklinik

Wir suchen sowohl für die in-
tern-medizinische als auch für
die chirurgische Abteilung

**Kinderkranken- oder
Wochen-Säuglings-
pflegerinnen
(eventuell auch Kranken-
pflegerin)**

Interessante Tätigkeit f. Schwei-
stern, welche die abwechslungs-
reiche und anregende Atmo-
sphäre einer Universitätsklinik
lieben. Gut geordnete Besold-
ungs- und Arbeitsverhältnisse
nach Reglement für die kanto-
nal-zürcherischen Anstalten. —
Anmeldungen und Anfragen sind
an die Leitenden Schwestern
(Schw. Heidi Rüegg für die in-
tern-medizinische bzw. Schw.
Ilse Oberboersch für die chirur-
gische Abteilung) zu richten.
Adresse: Kinderspital Zürich,
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zü-
rich, Telefon 051 / 32 71 10.

B.F.Goodrich

Operations- Handschuhe

durch Ihren Handschuhlieferanten

Das Doppelheft Aug./Sept. er-
scheint anfangs September

Le double numéro août/sept.
paraît début septembre

**Redaktionsschluss 2. Aug.
Délai envoi des textes 2 août**

**Inseratenschluss 9. Aug.
Délai envoi des annonces 9 août**

Schwestern-Mäntel

- aus Popeline**, schiefergrau, changeant ganz doppelt, mit Kapuze und Gurt Fr. 159.—
- aus Terylene** mit Baumwolle, blau, ganz doppelt, mit Kapuze und Gurt Fr. 165.—
in grau Fr. 165.—
- aus Loden**, Fasson Raglan/Kymono, in bester Lodenqualität, grau, ganz gefüttert, mit Kapuze Fr. 219.—

Loden-Diem

Zürich, Limmatquai 38, Tel. 051 / 32 62 90

Dalerspital Freiburg sucht per sofort oder nach Ueber-einkunft

Operationsschwester

die unseren Operationsbetrieb leiten kann.

Narkoseschwester

mit guter Ausbildung;

Abteilungsschwester

wenn möglich mit Französischkenntnissen.

Fünftagewoche, gute Bezahlung.

Offerten an die Oberschwester des Dalerspitals, 1700 Freiburg.

Krankenhaus Altstätten SG

Zur Ergänzung des Personalbestandes in unserem neuzeitlich eingerichteten Krankenhaus suchen wir zu möglichst baldigem Eintritt tüchtige, selbständige

Hebamme

Wir bieten günstige Anstellungsbedingungen. Anmeldungen mit Zeugnissen sind erbeten an die Verwaltung Krankenhaus Altstätten SG, Telefon 071 / 75 11 22.

Gesucht werden für sofort oder nach Uebereinkunft

einige Kranken- und Kinderschwestern

für die hochalpine Kinderheilstätte Pro Juventute, 7270 Davos-Platz. — Schwestern, die Freude am Umgang mit Kindern jeglichen Alters haben und das Flachland gerne einmal mit der schönen Bergwelt tauschen möchten, sind gebeten, ihre Offerte an die Verwaltung der Kinderheilstätte Pro Juventute, Davos-Platz, Tel. 083 / 361 31, zu richten.

Universitäts-Frauenklinik Basel sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

dipl. Wochen-, Säuglings- und Kinderschwestern für die Ueberwachungsstation (Reanimationsabteilung)

Arbeitszeit im Turnus von acht Stunden. Besoldung je nach Ausbildung und beruflicher Erfahrung. Offerten unter Beilage von Lebenslauf, Berufsausweisen, Arbeitszeugnissen u. Passphoto sind zu richten an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46.

INSEL SPITAL



sucht

für das modern eingerichtete Reanimationszentrum der Chirurgischen Klinik einige

Krankenschwestern

und

Kinderkrankenschwestern

Die Bewerberinnen erhalten eine sorgfältige Einführung in die Reanimationspflege. Bei Eignung ist Gelegenheit geboten, den zweijährigen Schwesternlehrgang für Anästhesie und Reanimation zu absolvieren. Fünftagewoche. Geregelter Arbeitszeit.

Anmeldungen sind erbettet an die **Direktion des Inselspitals Bern**. (Bitte Kennziffer 27/66 angeben.)

Gesucht

Krankenpflegerin

zu älterem Ehepaar in komfortables Einfamilienhaus in Weinfelden TG. Hausangestellte vorhanden. Anmeldungen erbettet an Frau O. Naef-Kunz, Büelstrasse 6, 9244 Niederuzwil, Telefon 073 / 5 65 65.

Gesucht wird für sofort oder nach Uebereinkunft

Abteilungsschwester

wenn auch nur für Ferienablösung. Fünftagewoche. Offerten sind zu richten an die Oberschwester des Bezirksspitals 3110 Münsingen, Telefon 031 / 68 12 48.

Modernes Ferienchalet

im Berner Oberland

zu vermieten

Das ganze Jahr offen. In äusserst ruhiger Lage. Vor- und Nachsaison Fr. 125.— pro Woche. Auskunft: Schwester G. F. Normoyle, Chalet Georgine, 3714 Frutigen.

Das Frauenspital Basel sucht nach Uebereinkunft

Oberschwestern für leitende Posten

Geregelter Arbeits- und Freizeit, Fürsorgeeinrichtung gemäss dem Gesetz für die staatlichen Spitäler. Bewerberinnen mit langjähriger beruflicher Erfahrung in ähnlichen Posten belieben ihre Offerte unter Beilage von Lebenslauf, Berufsausweisen und Zeugniskopien sowie Passphoto an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46, einzureichen.

Über 70jährige Erfahrung in
der Herstellung diätetischer Produkte für

Diabetes
Nephritis
Hypertension
Dyspepsie
Konstipation

**Fabrik diätischer
Nahrungsmittel**
1196 GLAND VD



Hunderte
von Spitäler, Kliniken, Heimen verwenden
unsere Produkte mit bestem Erfolg

Kantonsspital St. Gallen

Zu baldmöglichen Stellenantritt suchen wir für die Medizinische Klinik

dipl. Krankenschwestern

für die Chirurgische Klinik einen

dipl. Krankenpfleger

und für die Frauenklinik (Gynäkologische Abteilung) und Ohren-, Nasen-, Halsklinik je eine

Operationsschwester

Dauerstellen oder auch als Ferienaushilfe.

Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 9006 St. Gallen.

Die Universitäts-Kinderklinik Basel sucht für ihre EEG-Station

Laborantin oder Krankenschwester

die während mindestens zwei Jahren auf diesem Gebiet arbeiten möchte. Entsprechende Vorkenntnisse sind erwünscht, aber nicht Bedingung. Es besteht die Möglichkeit, als EEG-Laborantin ausgebildet zu werden. Verlangt werden selbständiges Ableiten von Elektroenzephalogrammen sowie damit verbundene administrative Arbeiten (Maschinenschreiben).

Bewerbungen sind zu richten an die Verwaltung des Basler Kinderspitals, Römergasse 8, 4000 Basel.

Kant. Krankenhaus Uznach

Wir suchen zum sofortigen Eintritt (oder nach Uebereinkunft)

1 Leitende Operations-schwester

2 Instrumentierschwestern

1 Narkoseschwester

Wir bieten interessante, abwechslungsreiche Tätigkeit in kleinem Team (Landspital mit 170 Betten). Besoldung je nach Ausbildung und bisheriger Tätigkeit, Fünftagewoche, Pensionsversicherung. Schönes Einzelzimmer im neu erstellten Schwesternhaus steht zur Verfügung. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Kantonalen Krankenhauses Uznach, 8730 Uznach, Tel. 055 / 817 15.

Der sehr schön gelegene Kurort **Engelberg** sucht

1 oder 2 Kranken-schwestern

zur Leitung und Führung des Krankenheimes Engelberg mit seinen 20 Betten. Wir bieten Ihnen geregelte Arbeitszeit und Freizeit, angenehmes Arbeitsklima, Fürsorgekasse, Kost und Logis im Krankenheim. Bewerbungen mit Lohnansprüchen sind erbeten an Talamannamt Engelberg, Tel. 041 / 74 15 55.

Kreisspital Oberengadin Samedan

Zur Ueberwachung unserer frischoperierten Patienten suchen wir eine

Sitzwache

Der neue Posten wäre besonders geeignet für eine ältere Schwester, die eine leichtere Arbeit sucht und sich gern im Engadin niederlassen möchte. Genaue Auskunft erteilt die Oberschwester, Telefon 082 / 6 52 12.

NORWEGEN

Hatlestad Krankenhaus bei Bergen

(Rheumatische Krankheiten)

Zum sofortigen Antritt oder nach Absprache sind folgende Stellen zu besetzen:

1 Abteilungskrankenschwester

2 assistierende Abteilungskrankenschwestern

Die Stellen werden nach dem offiziellen Tarif und nach Uebereinkunft mit dem norwegischen Krankenschwestern-Verband bezahlt. Frühere Dienstzeit wird angerechnet. Das Gehalt ist unter Revision.

Das Krankenhaus liegt in schöner Umgebung und hat separate Personalwohnungen. Verpflegung und Unterkunft nach Tarif.

Bewerbungen mit beglaubigten Zeugnisabschriften an Oberarzt Quamme, Hatlestad Sykehus, Kalandseid pr. Bergen, Norge.

Altersheim in Zürich sucht noch eine weitere

Schwester oder Pflegerin

für Chronischkranke und Betagte. Eintritte sobald als möglich oder nach Uebereinkunft.

Zeitgemäss Entlohnung.

Altersheime der Gemeinnützigen Gesellschaft von Neumünster, Forchstrasse 81, 8032 Zürich, Telefon 051 / 24 67 16.

Das **Kantonsspital Frauenfeld** sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

dipl. Krankenschwestern

für chirurgische und medizinische Abteilung (Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach), in Dauerstelle oder nur für Ferienvertretung. Zeitgemäss Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche. Offerten mit Zeugniskopien erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 8500 Frauenfeld TG.

Für die evangelisch-reformierte Kirchgemeinde St. Leonhard in Basel suchen wir auf Anfang 1967 eine dritte

Gemeindeschwester

Vielseitige, selbständige Arbeit. Autofahren von Vorteil, aber nicht Bedingung. Anstellung nach NAV.

Auskunft und Anmeldung bei der Präsidentin der Krankenfürsorge St. Leonhard, Frau A. Burckhardt, Kanonengasse 21, Basel, Telefon 061 / 24 11 84.

Bezirksspital Brugg

sucht gutausgebildeten

Krankenpfleger

für interessanten Posten, selbständige Führung einer Abteilung. Eintritt nach Uebereinkunft. Offerten sind zu richten an Dr. med. R. Zubler, Brugg.

Suchen Sie sich als Krankenschwester oder als Gemeindeschwester zu entlasten?
Wir bieten Ihnen eine

leichte Stelle als Gemeindeschwester

für sofort oder nach Uebereinkunft. Autofahren unerlässlich. Schöne Wohnung vorhanden. Angenehmes Arbeitsklima, ge- regelte Ferien- und Freizeit. — Offerten sind zu richten unter Chiffre 3797 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Klinik Linde 2500 Biel Blumenrain 105

Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung

dipl. Krankenschwestern und 2 Dauernachtwachen

auf unsere medizinisch-chirurgische Abteilungen. Französischkenntnisse sind erwünscht. Eröffnung eines Neubaues vor- aussichtlich Oktober 1966. Anmeldungen erbeten an die Ober- schwester der Klinik, Telefon 032 / 3 81 81.

Infirmière instrumentiste

pour salle d'opération est demandée pour le 22 août 1966 par Clinique des Charmettes, 10, chemin de Mornex, Lausanne, téléphone 021 / 23 41 33.

Stadt Winterthur

Gemeindeschwester

Welche Krankenschwester mit Diplom, schweizerischer Nationalität, die sich bereits über einige Jahre Praxis in der Krankenpflege ausweisen kann, hätte Freude, die selbständige und schöne Aufgabe einer Gemeindeschwester im Stadtkreis Veltheim zu übernehmen? Alter nicht über 45 Jahre. Antritt: 1. September 1966. Es werden eine zeitgemäss Besoldung, geregelte Ferien (von Anfang an vier Wochen) und Freizeit sowie Beitritt zur Pensionskasse bzw. Sparversicherung geboten. Ein Dienstauto und eine schöne Zweizimmerwohnung sind vorhanden. Interessentinnen sind gebeten, ihre Offerte mit Ausweisen über Ausbildung und bisherige Tätigkeit nebst Photo an den **Vorsteher der städtischen Krankenpflege Winterthur**, Lagerhausstrasse 6, 8400 Winterthur, zu richten.

L'Hôpital de la ville de La Chaux-de-Fonds cherche pour entrée en fonction immédiate ou pour date à convenir

un(e) laborant(ine)-chef des laborantines diplômées

pour le nouveau laboratoire de chimie-clinique de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Préférence sera donnée à personne possédant déjà de l'expérience en micro-analyse. Conditions de traitement et de logement intéressantes.

Faire offres détaillées avec curriculum vitae et pièces justificatives à la Direction de l'hôpital, 41, rue des Arbres, La Chaux-de-Fonds.

Gesucht in moderne ORL-Praxis in grösserer Stadt der Nordwestschweiz zuverlässige, tüchtige

Praxisschwester

Ich verlange: einsatzbereite, exakte Arbeit, Mithilfe in der Sprechstunde und bei kleineren Eingriffen, Instrumentenpflege, selbständige Durchführung sämtlicher Injektionen und einfacher Therapie, kein Labor, wenig Krankenkassenwesen oder schriftliche Arbeiten, Französischkenntnisse erwünscht.

Ich biete: geregelte Arbeit, angenehmes Klima, guter Lohn, externe Stelle, Möglichkeit zur Erlernung der Audiometrie.

Handgeschriebene Offerten unter Angabe der bisherigen Tätigkeit sowie eventueller Referenzen oder Zeugnissen an Chiffre 3791 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Die Gemeinde Unterentfelden (Vorort von Aarau) sucht für sofort oder nach Vereinbarung eine

Gemeinde-krankenschwester

Die Stelle wurde von der Einwohnergemeinde 1966 neu geschaffen. Besoldung, Wohnung, Ferien und Pensionskasse werden fortschrittlich geregelt. — Schwestern, welche Freude hätten, den Krankendienst in unserer Gemeinde aufzubauen, sind gebeten, sich beim Präsidenten des Hauspfegevereins, Pfr. K. Woodtli, 5035 Unterentfelden, zu melden.

L'Hôpital de l'Enfance à Lausanne

cherche pour entrée immédiate ou à convenir

infirmières HMI ou infirmières en soins généraux

pour ses services de chirurgie et de médecine. Adresser offres à la Direction, 16, Montétan, à Lausanne, tél. 021 / 24 07 25.

Die Gemeinde Klosters-Serneus sucht auf 1. Juli 1966 oder nach Vereinbarung

Hebamme und Krankenschwester

eventuell nur Hebamme

Entlohnung auf Grund der Angestelltenordnung nach Vereinbarung und je nach Aufgabenkreis. Anmeldungen sind sofort an den Gemeindevorstand Klosters-Serneus in 7250 Klosters zu richten, welcher auch weitere Auskunft erteilt.

Gemeindevorstand
Klosters-Serneus

Die Rheumaklinik Leukerbad mit physikalisch-balneologischem Institut sucht zu sofortigem Eintritt:

1 Krankenschwester

1 Nachtschwester

Bedingung: Dreijährige Ausbildung und Diplomabschluss.

Geboten werden: interessantes, vielseitiges Arbeitsgebiet in modernst eingerichteter Spezialklinik in einem Sommer- und Winterkurort; geregelte Arbeits- und Freizeit, teilweise Fünftagewoche; gute Entlohnung; Pensionskasse; Betriebsunfallversicherung.

Offerten mit Zeugnisabschriften sind zu richten an den Chefarzt der Rheumaklinik, Dr. N. Fellmann, Rheumaklinik, 3954 Leukerbad VS, Telefon 027 / 6 42 52.

Krankenhaus Wald ZH sucht zu baldigem Eintritt

1 Operationsschwester

1 Abteilungsschwester

1 Dauernachtwache

1 Narkoseschwester

Besoldung nach kantonalem Anstaltsreglement, geregelte Freizeit. Offerten sind erbeten an die Verwaltung Krankenhaus Wald ZH, Telefon 055 / 9 13 67.

Krankenhaus Schwyz

sucht zur Ergänzung des Pflegepersonalbestandes für sofort oder nach Uebereinkunft

dipl. Krankenschwestern

dipl. Säuglingsschwestern

für die medizinische, chirurgische und geburtshilfliche Abteilung. Interessentinnen die bereit sind mitzuhelfen, eine schöne Teamarbeit aufzubauen und Wert legen auf ein gutes Arbeitsklima, finden in unserem gut eingerichteten Spital ein interessantes Tätigkeitsgebiet.

Geboten werden gute Anstellungsbedingungen mit geregelter Arbeits- und Freizeit. Gute Lage für Sommer- und Wintersport. Offerten mit Ausweisen über Ausbildung, bisherige Tätigkeit sowie eine Photo sind zu richten an die Verwaltung des Krankenhauses Schwyz, 6430 Schwyz.

Das Bezirksspital Saanen BO sucht auf den 1. Juni 1966 oder nach Uebereinkunft eine tüchtige, gutausgebildete

Operationsschwester

die unserem Operationsbetrieb vorstehen kann. Ebendaselbst suchen wir

2 dipl. Schwestern

für die Abteilungen. Offerten mit Zeugniskopien sind erbeten an die Oberschwester, Telefon 030 / 4 12 26.

Wir suchen eine

dipl. Krankenschwester

in mittelgrosses, schön gelegenes Bezirksspital (130 Betten). Wir bieten zeitgemäss Entlohnung, geregelte Freizeit und schönes Wohnen im neuen Personalhaus. — Offerten sind erbeten an den Verwalter des **Bezirksspitals in Sumiswald**, Telefon 034 / 4 13 72.

Das Frauenspital Basel sucht

dipl. Krankenschwestern und Wochen-, Säuglings- und Kinderpflegerinnen

Wir bieten Fünftagewoche, zeitgemäss Entlohnung, geregelte Fürsorgebestimmungen. Offerten unter Beilage des Lebenslaufs, Photokopien der Berufsausweise und Zeugnisse sowie einem Passphoto sind zu richten an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46

Bezirksspital Rheinfelden sucht

1 Krankenschwester

Zeitgemäss Arbeits- und Lohnbedingungen. — Anmeldung an Verwaltung Bezirksspital Rheinfelden, Telefon 061 / 87 52 33.

Die Wundsalbe für die tägliche Praxis

Vita-Merfen®



Verbrennungen
Decubitus
Schürfwunden
Fissuren
Rhagaden
Säuglingspflege

Vita-Merfen®
ist die völlig geruchlose
Lebertransalbe.

Sie wirkt stark bakterizid
und fördert
die Zellregeneration.

Neu
ist die Tube zu 40 g à Fr. 3.50

die Tube zu 20 g à Fr. 2.25
ist kassenzulässig

Vita-Merfen®
enthält 400 I.E. Vit. A je g

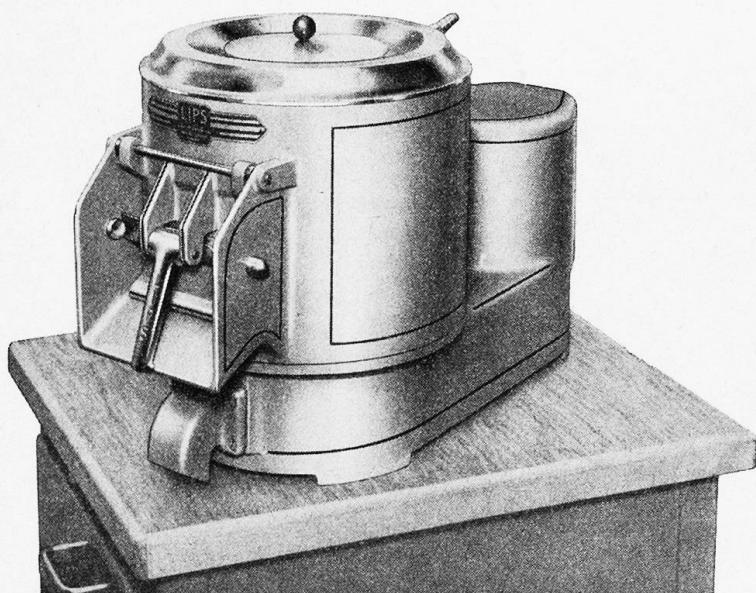
Zyma AG Nyon

AZ *
4500 Solothurn 2 GR

300/D
Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

B e r n

Elektro-Kartoffelschälmaschine Typ I



Lips

**Universalmaschinen
für
Küche
Bäckerei, Konditorei
Elektro-
Schälmaschinen**

Maschinenfabrik Jakob Lips 8902 Urdorf Telefon (051) 98 75 08