Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières

Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Band: 59 (1966)

Heft: 12

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: 07.07.2025

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

Zeitschrift für Krankenpflege

627

Herausgegeben vom
Schweizerischen Verband
diplomierter
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

Revue suisse des infirmières

Edité par
l'Association suisse
des infirmières
et infirmiers diplômés

12

Solothurn / Soleure
Dezember 1966
Décembre 1966

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

Dem Weltbund der Krankenschwestern angeschlossen
Membre du Conseil international des infirmières
International Council of Nurses (ICN), 37, rue de Vermont, Genève

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	Annelies Nabholz, Basel
2. Vizepräsidentin - 2e vice-présidente	Jeanne Rétornaz, Fribourg
Quästor - Trésorier	Hans Schmid-Rohner, Winterthur
Mitglieder - Membres	Otto Borer, Luzern; Antoinette de Coulon, Neuchâtel; Monique Fankhauser, Lausanne; Janine Ferrier, Genève; Renate Josephy, Bern; Annie Kuster, Balgach; Christine Nussbaumer, Solothurn; Angela Quadranti, Bellinzona
Zugew. Mitglieder - Membres associés	Diakonisse Anni Conzett, Ehrw. Schw. Hildegardis Durrer
Delegierte des SRK - Délégués de la CRS	Charlotte von Allmen, Martha Meier
Zentralsekretärin - Secrétaire générale	Erika Eichenberger
Adjunktin - Adjointe	Marguerite Schor
Geschäftsstelle - Secrétariat	Choisystrasse 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, Choisystrasse 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, Langmattring 38, 6370 Stans, Telefon 041 84 28 88	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; Diakoniewerk 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	Oberin N. Bourcart
Lausanne: 48, avenue de Chailly	Directrice-adjointe: Mlle M. Baechtold

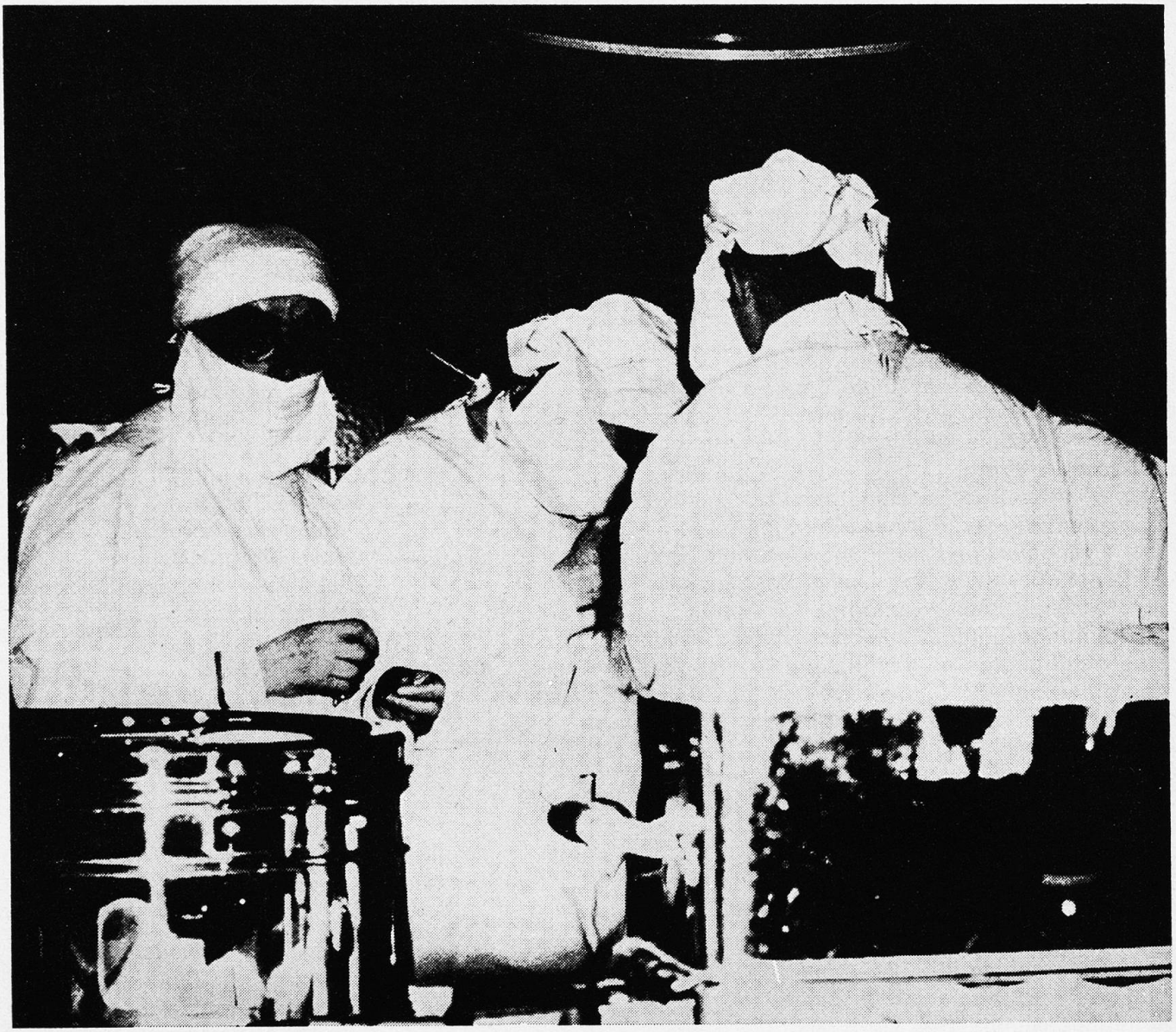
Vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannte Krankenpflegeschulen
Ecoles reconnues par la Croix-Rouge suisse

Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern	Oberin K. Oeri
La Source, Ecole romande d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, Lausanne	Mlle Ch. von Allmen
Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich	Oberin Dr. M. Kunz
Krankenpflegeschule St. Claraspital, Basel	Schwester Fabiola Jung
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, Zeughausgasse 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 E. Noetzli
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	
Ecole valaisanne d'infirmières, Sion	Sœur Marie-Zénon Bérard
Krankenpflegeschule Männedorf des Diakonissenmutterhauses «Ländli»	Schwester M. Keller
Pflegerinnenschule der St.-Anna-Schwestern, Luzern	Schwester M. Röllin
Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur	Oberin S. Haehlen
Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun	Oberin M. Müller
Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel	Oberin Minna Spring
Pflegerschule Kantonsspital Luzern	Dr. R. Blankart
Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn	Schwester Barbara Kuhn
Scuola Cantonale Infermieri Bellinzona	Dr. C. Molo
Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz Cham, Bürgerspital 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

Vor jeder Operation und Injektion

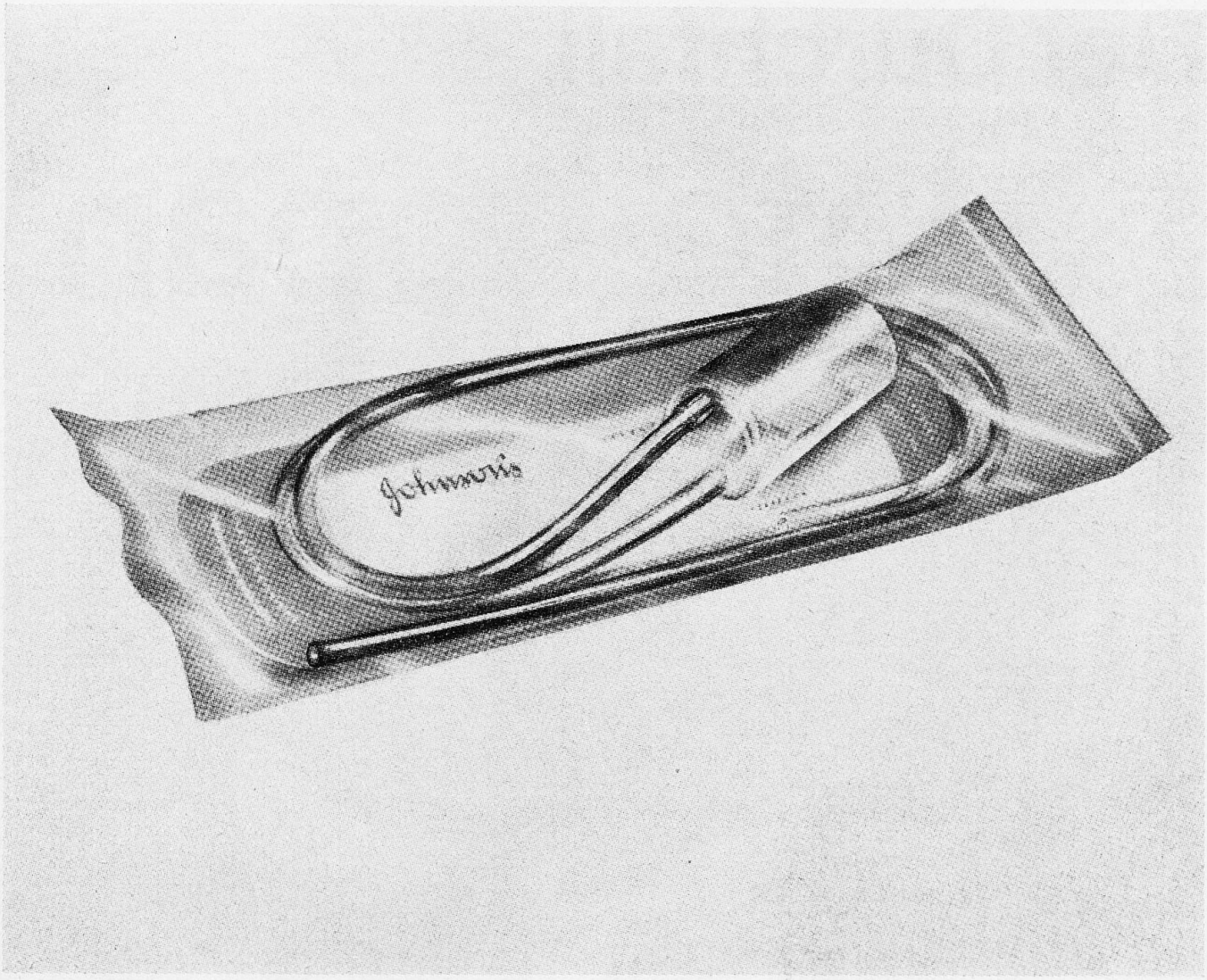


Merfen®-Tinktur

gefärbt

Optimale Operationsvorbereitung durch Hautdesinfektion mit Merfen®-Tinktur gefärbt.
Merfen®-Tinktur gefärbt ist hoch bakterizid und gut gewebsverträglich.

Zyma AG Nyon



Johnson's **Einmal Schleimaspiratoren**

aus Polystyrol
zum Schleimabsaugen bei Neugeborenen
einzeln steril verpackt

Wir erteilen Ihnen gerne Auskunft
über unsere verschiedenen Einmalgebrauchsartikel
für die Krankenpflege

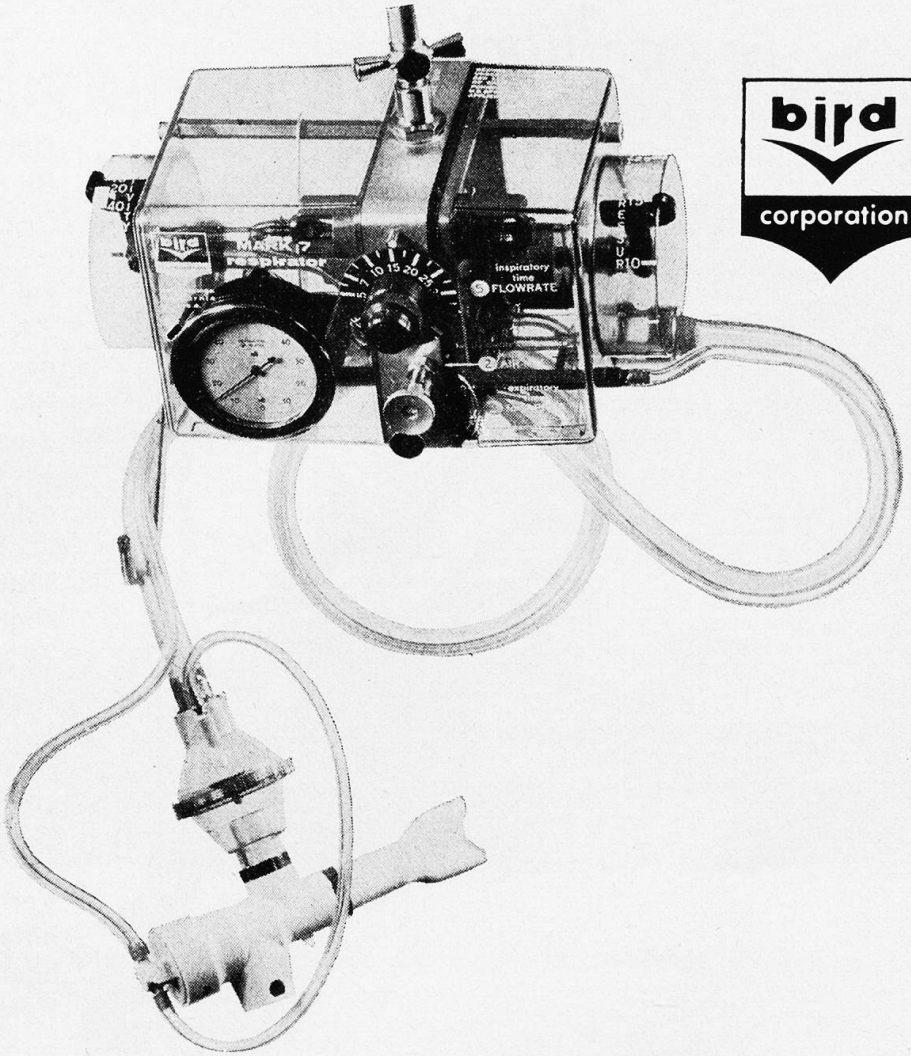
OPOPHARMA AG Kirchgasse 42 8001 ZÜRICH

Bei Durchfall

Intestopan®

SANDOZ

SANDOZ AG BASEL



bird corporation

Bird-Respiratoren zur Behandlung Ihres Asthma-Patienten in der Klinik, in der Praxis oder ambulant.

Einfache Bedienung. Anschluss an Sauerstoff- oder Druckluftflasche.

Bird-Respiratoren-Mikrovernebler bringen, kombiniert mit dem intermittierenden Positivdruck, ein Aerosol von 0,5—2 μ tief in die Lungen.

Die gestörte Respiration wird mechanisch korrigiert und assistiert. Dank der einstellbaren Respirationszeit wird mit dem entsprechend wählbaren Endinspirationsdruck eine optimale Belüftung der Lungen erreicht.

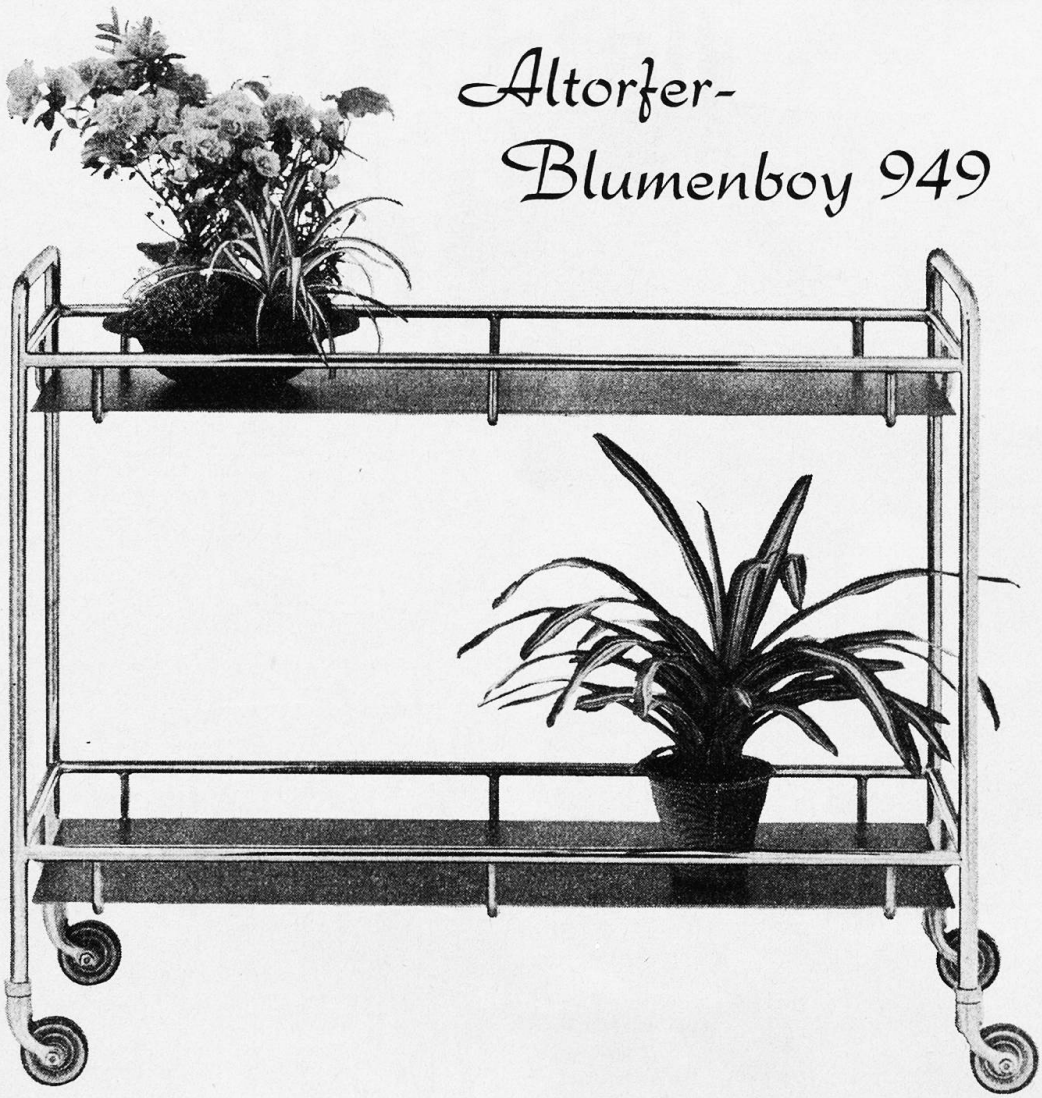
Nach ärztlicher Verordnung auch zur Therapie im Hause des Patienten geeignet.

Verlangen Sie bitte weitere Unterlagen und Offerte beim **Alleinvertreter für die ganze Schweiz:**

PREXA

Wullschleger & Schwarz 4001 Basel ✆ 061 23 55 22

Altorfer-Blumenboy 949



Der Altorfer-Blumenboy bringt dem Pflegepersonal eine sehr spürbare Erleichterung bei der Pflege der Blumen. Dieser Blumenboy ist ein schöner, gefälliger Abstelltisch und Transportboy zugleich. Tagsüber steht er im Patientenzimmer, nachts fährt man ihn bequem in den Korridor.

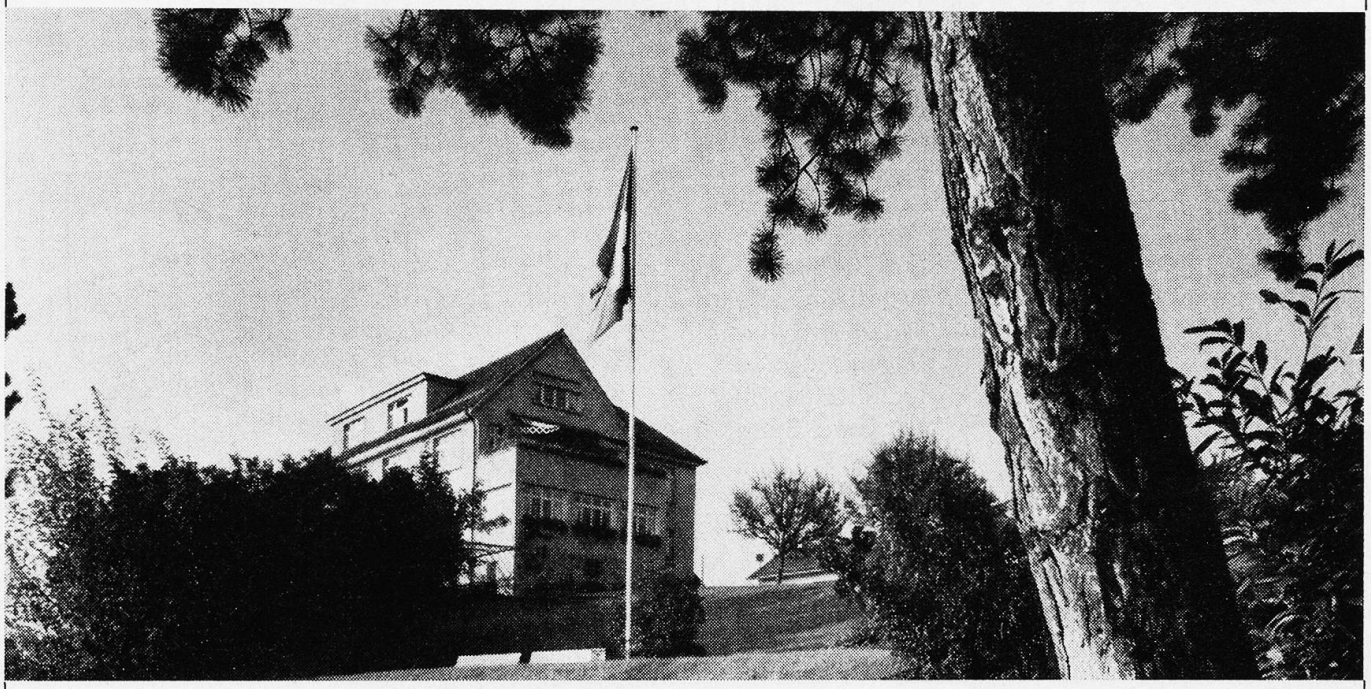
Verlangen Sie bitte den ausführlichen Prospekt.

Altorfer AG Abt. Metallmöbel Telefon 055 4 35 92 **8636 Wald**

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

Besonders wertvoll, weil er ohne künstliche Zusätze reifen darf!

In unser «Bergheim»...



...für Chronischkranke suchen wir eine reife, diplomierte Psychiatrieschwester mit fundiertem fachlichem Wissen als

leitende Schwester

Bei entsprechender Qualifizierung möchten wir sie mit der Aufgabe betrauen, zusammen mit dem Hausarzt dem ganzen Pflegedienst mit 115 Kranken und etwa 20 Schwestern und Pflegerinnen sowie der Apotheke vorzustehen.
Ganz besonders würden wir uns über eine aufgeschlossene Leiterin freuen, der auch die mitmenschlichen Beziehungen ein Anliegen sind und die Freude daran hat, Pflegerinnen für Chronischkranke während ihrer Ausbildung anzuleiten. Eine Persönlichkeit, die Frische und Harmonie ausstrahlt und die, im Kontakt mit Personal und Patienten, genau den richtigen Ton findet.
Sie finden bei uns: Zeitgemässes Salär, gute Sozialleistungen, geregelte Freizeit, fünf Wochen Ferien, freie Station und — ab Herbst 1966 — eine moderne Appartement-Wohnung im neuerbauten Personalhaus.
Interessiert Sie die umrissene Aufgabe? Dann setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Bergheim für Gemüts- und Nervenkranke, Dr. med. M. Hinderer, 8707 Uetikon am See, Telefon 051 / 74 14 66

66.108.1.1.2.d

COSMOS - Fahrzeuge unentbehrlich im modernen Betrieb

Für sämtliche Abteilungen haben wir geeignete Fahrzeuge, alle dank den bekannten COSMOS-Kugellagerrollen erstaunlich leicht und leise laufend!

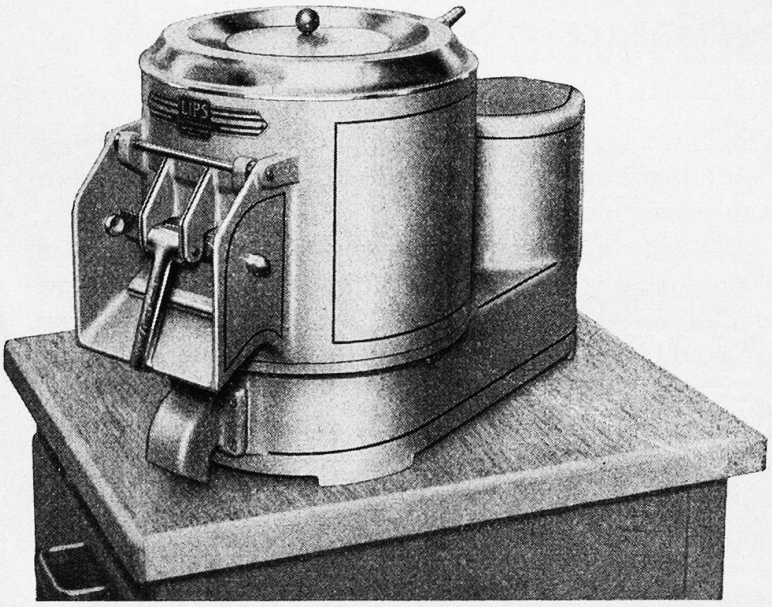
- Servierwagen und Abräumwagen
- Instrumenten- und Verbandwagen
- Wäschewagen für die schmutzige, nasse und saubere Wäsche
- Abfallsackwagen
- Putzdienstwagen
- Patientenwagen
- Nachtfahrstühle
- heizbare Speisetransportwagen

Abräumwagen

Verlangen Sie Beratung und ausführliche Offerten bei

COSMOS B. Schild & Co. AG, 2501 Biel ✆ 032 28 33 34–35

Elektro-Kartoffelschälmaschine Typ I



Lips

Universalmaschinen für

Küche

Bäckerei, Konditorei

Elektro-Schälmaschinen

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

Die **Universitäts-Frauenklinik Basel** sucht zum baldmöglichsten Eintritt oder nach Vereinbarung

2 oder 3 Instrumentierschwestern

für den Operationssaal.

Fünftagewoche, gut ausgebaute Fürsorgebestimmungen, Gehalt je nach beruflicher Ausbildung und Erfahrung.

Interessentinnen richten ihre Offerte unter Beilage von Lebenslauf, Diplom, Arbeitszeugnissen und Passphoto an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46.

HAEMO-SOL

Spezialreinigungsmittel
für Glaswaren
chirurgische Instrumente und Apparate

Büchsen zu 1000 g und 2500 g

Für die Schweiz:

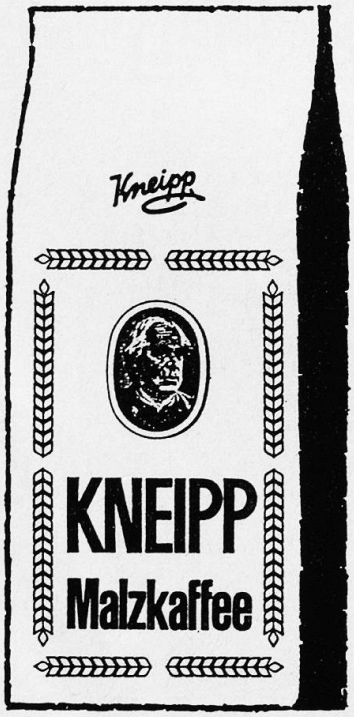
Galenica Vertretung AG 3014 Bern

gegen
Lärm
Calmor
Ohrenkugeln

VFC-3

plastisch formbare Kugeln
zum Abdichten des Gehörgangs

Schweizer Fabrikat
in Apotheken und Drogerien



Das ist der echte Kneipp Malzkaffee

Pfr. Seb. Kneipp hat Kneipp Malzkaffee geschaffen, weil er wie kein zweiter wusste, wie ein wahres Volksgetränk beschaffen sein soll. Heute noch wird Kneipp Malzkaffee nach dem Originalrezept hergestellt, so schmackhaft und bekömmlich wie eh und je.

Das 500-g-Paket, fixfertig gemahlen, kostet nur Fr. 1.60. – Achten Sie auf den Namen Kneipp.

KNEIPP MALZKAFFEE

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

Seite

Noël 1966 — Nicole-F. Exchaquet . . . 755

Weihnachten 1966 — Nicole F. Exchaquet 756

Frakturheilung — Dr. Th. Rüedi . . . 759

Chimio- et hormonothérapie du cancer — Dr. B. Courvoisier et Dr P. Siegenthaler . 763

Cava-Katheter — Dr. J. H. Dunant . . 769

A propos de l'acide lysergique ou LSD 25 Dr Cl. Cherpillod 775

Contact, moyen thérapeutique en ergothérapie — A. Teijeiro 777

L'amputé: hygiène du moignon — Dr J. Rippstein 781

Berufsethik der Krankenschwestern — Ursula Adler 784

Die neuen Richtlinien des SRK gehen uns alle an — AMP 787

Sektionen – Sections 790

Les activités du Comité de la section de Genève 793

Buchbesprechungen 796

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. 12.—; 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
12 Revue suisse des infirmières

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

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

Noël 1966

« Je lève mes yeux vers les monts:
d'où viendra mon secours? »
(Ps. 121:1)

Les visites faites, grâce à mon travail actuel, dans de nombreux établissements au cours de ces dernières semaines, m'ont révélé comme à nouveau la situation de dépendance et de détresse de ceux qui sont privés de la santé physique ou mentale. Ils semblent isolés dans la foule anonyme d'un monde à part. Etrangement proche de celle des malades m'est apparue la situation de ceux qui les soignent. Isolés dans la préoccupation lancinante d'arriver au bout d'une tâche toujours plus lourde et plus complexe, ils courent sans cesse au plus pressé. Aussi, bien souvent, les malades comme ceux qui sont responsables de leurs soins ont un regard qui reflète un appel au secours.
« D'où viendra mon secours? »
Tout appel au secours comporte l'espoir d'être sauvé. Sauveur, selon le dictionnaire, est celui qui « rend la santé ou la liberté ».
« Le secours me vient du Seigneur
qui a fait ciel et terre. »
Combien de temps a-t-il fallu au psalmiste pour que la réponse jaillisse de ses lèvres? Dieu seul sait. Mais après l'angoisse de l'appel, elle englobe ciel et terre dans un chant d'allégresse.
Noël est le premier acte de l'histoire de ce secours venu de la part du Seigneur:
« Un Sauveur vous est né. »
Mais avant d'aboutir à la lumière de Pâques, cette histoire comprend l'affrontement quotidien d'un monde hostile, l'abandon des amis, la solitude sur la croix. C'est à ce prix qu'ont été payées la santé et la liberté apportées aux hommes par le Sauveur du monde. Que veulent dire ici ces deux mots, santé et liberté? Noël n'apporte, en effet, ni la drogue miracle qui rend la santé au malade, ni le tranquillisant qui libère de l'angoisse celui qui est surchargé et découragé.
Noël est la venue de celui que l'on a aussi appelé Emmanuel, Dieu avec nous. C'est donc le rappel de la réalité d'une présence sécurisante qui vient dans la solitude de ceux qui sont fatigués et chargés. Le psalmiste a pressenti la grâce extraordinaire de ce secours, lui qui a modulé sur tous les tons les mots « garder » et « gardien ». C'est ainsi que le psaume 121 devient un vrai chant de Noël, un chant de délivrance qui retentit dans un éternel présent:

« Le Seigneur te garde de tout mal,
Il garde ton âme.
Il te garde au départ, au retour,
Dès lors et à jamais ».

En cette fin d'année, que notre « Joyeux Noël », transmis de proche en proche, soit réellement l'écho de ce chant-là!

Nicole-F. Exchaquet

Weihnachten 1966

«Ich hebe meine Augen auf zu den Bergen
von welchen mir Hilfe kommt.»
(Psalm 121:1)

Die Besuche, die ich im Verlaufe meiner gegenwärtigen Arbeit in den letzten Wochen in vielen Krankenhäusern und Anstalten machte, haben mir erneut die Augen geöffnet für die Not und Abhängigkeit vieler körperlich und geistig Kranker. Sie scheinen oft wie verlassen in der anonymen Menge einer abgesonderten Welt.
Seltsam ähnlich empfand ich die Lage der sie Pflegenden. Auch sie erscheinen isoliert in ihrer quälenden Sorge, wie die stets schwieriger und vielfältiger werdende Aufgabe zu bewältigen sei, in ständiger Eile, um die dringendsten Pflichten zu erfüllen. Wie oft begegnen wir in den Augen der Kranken, wie in jenen der Pflegenden, einem Blick der nach Hilfe sucht!
«Von wo kommt mir Hilfe?»
Jedem Hilferuf liegt die Hoffnung auf Erlösung zugrunde. Nach dem Wörterbuch heisst Erlöser, wer die verlorene Freiheit oder die Gesundheit wieder gibt.
«Meine Hilfe kommt von dem Herrn, der Himmel und Erde gemacht hat.»
Wie lange brauchte der Psalmist, um diese Antwort zu finden? Gott allein weiss es. Doch nun, nach der Herzensangst des Anrufs, umfasst diese Antwort Himmel und Erde in einem Jubelgesang.
Weihnacht ist in der Geschichte dieser göttlichen Hilfe das erste Ereignis. Bevor die Heilsgeschichte zum Osterlichte durchdringt, muss sie jedoch dem täglichen Widerstand einer feindlichen Welt begegnen, erfährt sie die Treulosigkeit der Freunde, die Einsamkeit am Kreuz. Dies ist der Preis, den der Erlöser der Welt bezahlte, um den Menschen Gesundheit und Freiheit zu bringen. Was bedeuten aber hier die Worte «Gesundheit» und «Freiheit»? Weihnachten schenkt uns ja weder die heilende Wunderdroge für den Kranken, noch das Beruhigungsmittel, das den Ueberlasteten und Mutlosen von seiner Bangigkeit befreit. Weihnacht ist die Ankunft dessen, den man am Immanuel, Gott mit uns, genannt hat. Es ist die Gewissheit der trostbringenden Allgegenwart Gottes, die in die Einsamkeit der Mühseligen und Beladenen eindringt. Der Psalmist hat die ausserordentliche Gnade dieser Hilfe vorausgeahnt, er der in seinem Loblied die Worte «behüten» und «Hirte» auf jede Weise wiederholt. So wird der 121. Psalm zu einem wahren Weihnachtsgesang, einem Lied der Befreiung.

«Der Herr behüte dich vor allem Uebel,
er behüte deine Seele,
der Herr behüte deinen Ausgang und Eingang
von nun an bis in Ewigkeit.»

Möge das «Fröhliche Weihnacht», welches wir an diesem Jahresende von Mund zu Mund weitergeben, als wahrhaftiges Echo auf diesen Psalm ertönen!

Nicole F. Exchaquet

Wir wünschen Ihnen von Herzen eine frohe und gesegnete Weihnachtszeit und ein glückliches neues Jahr.
Das Zentralsekretariat des SVDK:

A vous tous, nous souhaitons de tout cœur un Noël béni et une heureuse année.
Le Secrétariat central de l'ASID:

Erika Eichenberger — Anne Marie Paur
Marguerite Schor — Katharina Uhlmann

Die «Zeitschrift für Krankenpflege» im alten und im neuen Jahr

Rückblickend auf das vergangene Jahr möchte ich allen Mitgliedern des SVDK danken, die den anlässlich der Delegiertenversammlung in Basel ausgeteilten Fragebogen ausgefüllt ins Zentralsekretariat geschickt haben. Von dieser Leserumfrage in begrenztem Rahmen erhoffte sich die Redaktionskommission einige Hinweise auf die Beurteilung der Zeitschrift durch die Leser und auf deren Wünsche und Vorschläge. Wenn die bescheidene Zahl der zurückgekehrten Fragebogen auch etwas enttäuschte, so vermittelten die Antworten doch einige recht aufschlussreiche Einblicke. Die Januarnummer wird über die Ergebnisse dieser Umfrage eingehender berichten.

Zwei Wünsche, die uns aus Leserkreisen schon wiederholt vorgelegt wurden, gehen von der Januarnummer an in Erfüllung:

1. Der Textteil wird künftig separat mit fortlaufenden Seitenzahlen versehen. Der Inseratenteil erhält seine eigenen Seitenzahlen. Somit können Jahreseinbände unter Auslassung des Inseratenteils mit fortlaufenden Seitenzahlen zusammengestellt werden.

2. Das Inhaltsverzeichnis sei schwer zu finden, vernahmen wir verschiedentlich. Ab Januar 1967 soll diesem Uebel durch eine neue Seitengestaltung abgeholfen werden.

Allen aktiv an der Zeitschrift Beteiligten möchte ich im Rückblick auf das Jahr 1966 herzlich danken. Allein der Mitarbeit einer grossen Zahl von SVDK-Mitgliedern verdanken wir den reichhaltigen Inhalt der Zeitschrift. Viele unter Ihnen haben geholfen Aerzte für Beiträge zu gewinnen, andere haben selbst zur Feder gegriffen, oder haben bei Schülerinnen und Mitarbeiterinnen nach geeigneten Texten gefahndet. Wieder andere haben Ideen und Anregungen vorgebracht, oder haben mit Uebersetzen und Korrigieren unschätzbare Hilfe geleistet.

Ein warmer Dank sei auch an die Buchdruckerei Vogt-Schild gerichtet, welche von der Leitung bis in alle technischen Abteilungen für die so sorgfältige Ausführung und für den fristgerechten Versand der Zeitschrift an über 7000 Abonnenten sorgt.

Allen mir bekannten und nicht bekannten Mitarbeitern an der Zeitschrift entbiete ich die besten Glückwünsche zum Jahreswechsel.

Anne Marie Paur, Redaktorin

Mitteilung an die Nichtmitglieder des SVDK, die Abonnenten der Zeitschrift sind

Sie finden in dieser Nummer den Einzahlungsschein für das Jahresabonnement 1967. Bitte überweisen Sie uns

bis am 31. Januar 1967

den Abonnementsbetrag von Fr. 14.—. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie obige Frist einhalten. Sie ersparen sich und uns Umtriebe und zusätzliche Spesen, denn nach dem 31. Januar 1967 sind wir gezwungen, die noch ausstehenden Abonnementsbeträge per Nachnahme zu erheben.

Für Ihre rechtzeitige Ueberweisung heute schon vielen Dank.

Mit freundlichen Grüssen

«Zeitschrift für Krankenpflege»
Buchdruckerei Vogt-Schild, Solothurn

Im Zentralsekretariat des SVDK käufliche Drucksachen

Separatdrucke:

Jahresbericht der Präsidentin, 1. Januar bis 31. Dezember 1965, Preis Fr. 1.—
«Geschichte des Schweizerischen Verbandes diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger», Erika Eichenberger, Preis Fr. 1.20.
«Kreuzschmerzen», Dr. J. Rippstein, Preis 80 Rp. plus 10 Rp. Porto.

Vervielfältigungen:

Vereinheitlichung der Pflegetechniken: «Betten», Preis 30 Rp., «Katheterisieren», Preis 30 Rp.

«Nursing in Switzerland», M. Baechtold. Uebersetzung eines französischen Textes, der zur Auskunfterteilung an Ausländer bestimmt ist. Preis Fr. 1.—.

Weitere Drucksachen:

«Grundregeln der Krankenpflege», Virginia Henderson, herausgegeben vom Weltbund der Krankenschwestern, Preis Fr. 2.80
«Grundregeln der Berufsethik», Weltbund der Krankenpflege, revidierte Ausgabe von 1965, Preis 10 Rp.
«Gelöbnis» (für Diplomfeiern), Gwenyth E. Woodberry, Weltbund der Krankenschwestern, *gefalzt,* Preis 50 Rp., *offen,* Preis 35 Rp.

Dr. med. Th. Rüedi [1]

Frakturheilung [2]

Der menschliche wie auch der tierische Knochen hat mehrere Aufgaben zu erfüllen. Die augenfälligste Funktion des Knochens ist der Aufbau des Skelettes, das einerseits als Stützapparat den menschlichen Körper trägt, anderseits im Dienste der Fortbewegung steht. Je nach Funktion und mechanischer Beanspruchung ist der einzelne Knochen als Platte (Schulter und Becken), als Würfel (Wirbelkörper, Hand- und Fusswurzel) oder als Röhre ausgebildet. Die Blutbildung darf als weitere wichtige Funktion des Knochens, das heisst des Knochenmarks betrachtet werden. Schliesslich dient der Knochen dem Körper als Reservoir für Mineralsalze, die praktisch jederzeit verfügbar sind. Kalzium, Phosphor, Magnesium und Carbonate seien nur als wichtigste erwähnt.

Physikalisch mechanisch betrachtet ist der Knochen einerseits eine harte Substanz und kaum deformierbar, anderseits lebend und elastisch. Diese scheinbar sich widersprechenden Eigenschaften haben schon früh Ingenieure veranlasst, den Knochen in seinem Aufbau und auf seine mechanischen Eigenschaften zu untersuchen. So hat als einer der ersten der Zürcher Culmann, um 1850, auf die Architektur des Knochens, besonders im Bereiche des Schenkelhalses, hingewiesen. Er verglich dabei den Aufbau der Spongiosabälkchen mit dem Gerüst einer Brücke, wo die einzelnen Streben und Träger den Kraftlinien entsprechend angeordnet sind.

Diese zweckgerichtete Anordnung der Knochenfeinstruktur hängt bewiesenermassen von der *mechanischen Belastung* des Knochens ab, das heisst sie passt sich der Beanspruchung an. Grob gesagt, führt Belastung am Ort der maximalen mechanischen Beanspruchung zu Knochenanbau, Entlastung jedoch zu Knochenabbau. Dazu einige Beispiele:

Jeder während längerer Zeit ruhiggestellte und entlastete Knochen zeigt röntgenologisch eine Abnahme der Knochenstruktur oder *Osteoporose.* Oder ganz modern: Eines der grossen Probleme des bemannten Weltraumfluges ist der ungeheuer rasch erfolgende Knochenabbau infolge Schwerelosigkeit, was durch Ueberschwemmung der Nieren mit Mineralsalzen schon wiederholt bei Astronauten zu Nierensteinbildung geführt hat. Bringt man anderseits noch wachsende Ratten in eine rotierende Zentrifuge, wo die Tiere ständig durch die Zentrifugalkraft einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt sind, so werden die Röhrenknochen der beanspruchten Gliedmassen um ein Vielfaches dicker.

Wenn auch die Tatsache, dass mechanische Belastung den Knochenanbau fördert, längstens bekannt und durch zahlreiche Experimente bewiesen ist, so weiss man nach wie vor nicht genau, wie der Belastungsreiz geartet ist, und wie er auf die Knochenzellen übertragen wird, um ihnen das Signal zum Knochenaufbau bzw. Abbau zu geben.

Neueste japanische und amerikanische Untersuchungen haben im Knochen eine neue Eigenschaft entdeckt. Das Zusammenwirken der Kristallstruktur des Knochenminerals mit dem organischen Kollagen der Matrix verleiht dem Knochen Halbleiter- oder *Transistoreneigenschaften,* die folgendermassen zum Ausdruck kommen: Wird zum Beispiel ein Röhrenknochen, oder aber auch nur ein Stück davon, mechanisch deformiert, gebeugt, so kann mit empfindlichsten Messgeräten ein elektrischer Stromfluss registriert werden. Dieser Stromfluss ist proportional der Deformierungsgrösse und ändert seine Vorzeichen, wenn die Richtung der Deformierung geändert wird. Man kann auch — ähnlich wie mit einem Quarzkristall — mit kleinsten Knochenstückchen

[1] Dr. med. Th. Rüedi, Assistenzarzt, Kantonsspital Chur.

[2] Zusammenfassung des Vortrages, gehalten am 25. Mai 1966, anlässlich eines Fortbildungskurses am Kantonsspital Chur.

die Nadel eines Grammophons ersetzen oder sogar einen primitiven Radio bauen.

Diese neuen Erkenntnisse wurden nun zur Klärung vieler noch offener Fragen betreffend Knochenbildung und Frakturheilung herangezogen, doch kann auch mit der «*Elektrophysiologie*» des Knochens noch keineswegs alles, wenn auch vieles, erklärt werden.

Nach dem kleinen Exkurs wollen wir uns dem eigentlichen Thema der Frakturheilung zuwenden.

Wenn bei einer schweren Geburt eine Fraktur am neugeborenen Kind auftritt, so wird sich weder der Geburtshelfer noch der Kinderarzt sehr darum kümmern, auch wenn es sich um eine, allerdings seltene, Femurfraktur handelt. Beide Aerzte wissen erfahrungsgemäss, dass Frakturen beim Neugeborenen und Kleinkind ohne ärztliches Zutun und innert kürzester Frist heilen. Innert Jahresfrist ist im allgemeinen auch eine groteske Fehlstellung korrigiert, ohne Nachteile für Weichteile und Gelenke, und auf späteren Röntgenbildern wird sich zwischen verletzter und gesunder Seite kein Unterschied mehr feststellen lassen.

Diese Eigenschaft, einen frakturierten Knochen auch mit grosser Verschiebung der Fragmente auf jeden Fall knöchern zu überbrücken und völlig zu heilen, geht leider mit zunehmendem Alter verloren. Selbstverständlich wird die Natur immer bestrebt sein, Behandlungsfehler zu korrigieren und Frakturen trotz ungünstigen Verhältnissen knöchern zu überbrücken, aber mit dem Abschluss des Knochenwachstums am Ende der Pubertät, das heisst mit dem Schluss der Epiphysenfugen, erschöpfen sich die Korrekturmöglichkeiten. Pseudarthrosen und andere Fehlheilungen sind deshalb im Kindesalter eine grosse Seltenheit, nicht aber beim Erwachsenen. Dies will nicht heissen, dass kindliche Frakturen weniger sorgfältig behandelt werden können, sondern lediglich, dass gewisse Achsenknickungen eher zulässig sind als beim Erwachsenen. Darum soll man auch mit der Osteosynthese beim Kind eher zurückhaltend sein.

Was passiert nun, wenn ein Knochen bricht? Wir werden dabei nur vom primär gesunden Knochen sprechen, von der üblichen Fraktur nach Unfall, nicht von der sogenannten pathologischen oder spontanen Fraktur, wie sie vor allem bei Knochentumoren und Carzinommetastasen vorkommt.

Durch den Knochenbruch wird die Markhöhle eröffnet, es kommt dadurch zu einer Blutung. Das Periost oder die Knochenhaut wird eingerissen und je nach Unfallmechanismus werden die den Knochen umgebenden Weichteile — Muskeln, Sehnen, Gefässe, Nerven und die Haut — mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen.

Wird der Patient *konservativ* behandelt, das heisst mit Kirschnerdrahtextension oder Gips oder beidem, so wird sich die Frakturheilung folgendermassen abspielen: Das Blut im mehr oder weniger ausgeprägten Frakturhämatom koaguliert, und bereits innert 24 Stunden wandern aus den umgebenden Geweben junge Bindegewebezellen in das Gerinsel ein, um es sogenannt zu organisieren. Dies geht so vor sich, dass das Gerinsel zum Teil abgebaut und resorbiert wird, zum grösseren Teil jedoch in Bindegewebe umgebaut wird. Dieser bindegewebige Umbau ist die erste Phase zum später röntgenologisch sichtbaren und für die konservative Frakturheilung so wichtigen spindelförmigen Frakturkallus. Sobald das Gerinsel durch Bindegewebe ersetzt ist, wird letzteres zuerst in Faserknorpel und in einer weiteren Reifungsphase in hyalinen Knorpel umgewandelt. Der hyaline Knorpel wird sodann von den Osteoblasten oder den knochenbildenden Zellen infiltriert und als Leergerüst für die nun angehende Verknöcherung benutzt. Sowie das knorpelige Modell verknöchert und mineralisiert ist, kann der «Kallus» röntgenologisch als flauer Schatten in der Umgebung der Fraktur festgehalten werden. Zeitpunkt zwischen 3 bis 8 Wochen nach Fraktur. Vom mechanischen Standpunkt aus betrachtet, bedeutet diese Feststellung, dass die Fraktur nun durch die *Kallusspindel* weitgehend ruhiggestellt ist.

Wenden wir uns dem eigentlichen frakturierten Knochen zu, so werden wir feststellen, dass an beiden Fragmentenden die Randzonen der Kortikalis abgestorben sind.

Sobald die Blutversorgung innerhalb der Osteone, das heisst in den *Haverschen Kanälen* unterbrochen wird, sterben die sehr empfindlichen Osteozyten infolge Sauerstoffmangel. Bleibt zudem noch eine bewegungsstabile Fixierung der Fragmente aus, so reiben die Fragmentenden fortwährend gegeneinander, was eine Knochenresorption zur Folge hat. Bei der konservativen Frakturheilung tritt deshalb praktisch immer eine Verbreiterung der Frakturspalte auf. Auch diese Spalte wird vorerst mit Bindegewebe, Faser- und schliesslich hyalinem Knorpel ausgefüllt. Vom Endosteum, das den Markraum auskleidet, wird ebenfalls Knochenneubildung ausgehen, um eine Art inneren, röntgenologisch nicht fassbaren Kallus zu bilden.

Sobald äusserer und innerer Kallus der Fraktur genügend Bewegungsstabilität verleihen, kann in Ruhe die Regeneration der teilweise abgestorbenen Kortikalis erfolgen. Den Haverschen und Volkmannschen Kanälen entlang werden Gefässprossen mit Osteoklastenbohrköpfen voranstossen und die toten Osteone von innen abbauen, während unmittelbar nachfolgend junge Osteoblasten eine neue Kortikalis aufbauen. Sobald die Frakturspalte erreicht ist, werden die Osteoklasten auch die Knorpelmassen im Frakturspalt abbauen und durch Knochen ersetzen. Sowie die Knochenbrücke zwischen der Kortikalis der beiden Fragmentenden genügend stark ist, hat der fixierende äussere Kallus seine Funktion erfüllt und wird sukzessive wieder abgebaut. Die Fraktur ist klinisch und röntgenologisch geheilt. Je nach dem Repositionsresultat wird man aber histologisch noch relativ lange grössere und kleinere Umbauzonen antreffen, bis schliesslich die ursprüngliche Achsenstellung einigermassen wiederhergestellt ist.

Vergleichen wir nun den Ablauf der konservativen Frakturheilung mit demjenigen nach stabiler *Osteosynthese,* wie sie von der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese praktiziert wird, so stellen wir folgendes fest: Bei der Eröffnung des Frakturgebietes wird das Hämatom so vollständig wie möglich entfernt. Um eine millimetergenaue Reposition und Adaptation der Fragmente erzielen zu können, muss das Periost teilweise vom Knochen abgeschoben werden. Es kann in den meisten Fällen nicht mehr vernäht werden. Zudem müssen die Fragmente verschoben, vom Blut gereinigt und wieder eingepasst werden. Da durch die Eröffnung der Fraktur an sich und durch die Manipulationen an den Fragmenten sicher mehr Knochengewebe devitalisiert wird, als bei konservativer Behandlung, beansprucht die Kortikalisregeneration etwas mehr Zeit. Die Reposition muss daher optimal sein, und die Ruhigstellung durch einen äusseren Kraftträger, im allgemeinen Platte und Schrauben, muss absolut bewegungsstabil sein. Unter derartigen Verhältnissen verzichtet der Körper in den meisten Fällen auf äussere Kallusbildung, da sie sich erübrigt, und an den Fragmentenden kommt es nicht zur Knochenresorption. Die Kortikalis wird sich primär regenerieren können und primär heilen. Die histologischen Details der Kortikalisregeneration sind an sich genau die gleichen wie bei der konservativen Frakturheilung, nur erfolgt der Aufwand an Knochenneubildung scheinbar rationalisierter, da sofort der Umbau der toten Kortikalis in Angriff genommen wird, und dank exakter Reposition keine Defekte zu überbrücken sind. Acht bis zehn Wochen nach Osteosynthese sind nicht zu komplizierte Unterschenkelbrüche röntgenologisch «durchgebaut» und belastungsfähig, ohne dass eine äussere Fixation nötig ist. Bei der konservativen Behandlung kann wohl früher ein Gehgips angepasst werden, die volle Belastung ohne zusätzliche Stütze benötigt im allgemeinen mehr Zeit.

Selten kommt es im Heilverlauf nach Osteosynthese vor, dass trotz dem oben Gesagten ein röntgenologisch sichtbarer Kallus auftritt. Dies bedeutet, dass die Fraktur nicht genügend stabilisiert wurde oder vom Patienten vorschriftswidrig belastet wurde. Der Körper muss daher durch Anbau eines Kallus die notwendige zusätzliche Ruhigstellung erzielen. Gewisse Kallusformen werden auch als Reizantwort auf die Metallimplantationen gedeutet. Kommt es einerseits zu Kallusbildung nach Osteosynthese, so kann auch das Gegenteil beobachtet werden. Wird eine Fraktur, zum Bei-

spiel des Femurs, durch zwei Platten in zwei Ebenen fixiert, so kann die Ruhigstellung des Frakturgebietes derart ausgeprägt sein, dass auch nach längerer Belastung die Frakturheilung nur verzögert erfolgt. Dies führt dann unter Umständen zu Refrakturen, wenn beide Platten gleichzeitig entfernt werden. Man kann sich vorstellen, dass durch die Stabilisierung mit zwei Platten der erforderliche mechanische Reiz zu schwach oder ganz ausfällt, so dass der Kortikalisumbau nur in sehr gemächlichem Tempo vorangeht und strukturmässig unvollständig und wenig tragfähig erfolgt. Es sei hier noch erwähnt, dass nicht nur Belastung, sondern der reine Muskelzug an sich bedeutende mechanische Kräfte auf den Knochen ausübt.

Im Gegensatz zur Kortikalis des Röhrenknochenschaftes heilt der *spongiöse Knochen* wie er im Schenkelhals, Tibiakopf, Humeruskopf usw. vorkommt, bedeutend rascher, da die «Schwammstruktur» eine grössere Knochenoberfläche und damit eine bessere Blutversorgung aufweist.

Zusammenfassend darf gesagt werden, dass die Grundbedingungen für jede Frakturheilung, unabhängig von der Behandlungsmethode, dieselben sind:

1. gute Blutversorgung der Fragmente;
2. bewegungsstabile Ruhigstellung, wobei eine adequate Reizbildung entstehen können muss.

Wir sind der Ansicht, dass die Vorteile der Osteosynthese vor allem in der rationalisierter erfolgenden Primärheilung der Kortikalis liegen — unter Umgehung der Kallusbildung, ganz abgesehen von den riesigen Vorteilen, die dabei für Gelenke und Weichteile entstehen.

Im Alltag bedenken statt im Spital behandeln

Unsere Zeit beschert uns materiellen Wohlstand und längeres Leben. Sie schafft technische Wunderwerke und greift nach den Sternen. Sie hat auch ein anderes Gesicht. Sie erfindet das Fliessband und automatisiert die Arbeit. Der hochgeschraubte Lebensstandard verdünnt die Ideale. Er zwingt die Frau zum Mitverdienen. Inmitten der Massen bleibt der Einzelne isoliert und einsam. Modeströmungen überfluten uns. Glauben und innere Werte werden in Frage gestellt. Die persönliche Eigenart ist bedrängt. Leistungsfähigkeit und Gemütskräfte werden überfordert.

In den psychiatrischen Kliniken müssen immer mehr Patienten behandelt werden, die unter der Belastung des Alltags erkranken.

Die in ihnen wachsende seelische Spannung lässt sie körperlich krank werden. Oder sie beeinträchtigt Lebensfreude und Aktivität und macht sie arbeitsunfähig. Eine immer grösser werdende Zahl von Menschen versucht, sich leichtfertig oder aus Verzweiflung mit Alkohol oder Arzneimitteln billige Erleichterung oder sinnlose Betäubung zu verschaffen. Sie gefährden ihre Gesundheit und das Wohl ihrer Familien. Andere sehen den letzten Ausweg aus ihrer Not im Selbstmord.

Seelische Hygiene gründet im Wissen um die Gefahren und in den Anstrengungen, sie auszuschalten. Sie müht sich deshalb um Aufklärung. Für seine Zukunft bleibt der Einzelne aber sich selbst verantwortlich. Aus «Seele», Nr. 6, 1965

Dr B. Courvoisier et Dr P. Siegenthaler [1]

Chimio- et hormonothérapie du cancer

La lutte contre le cancer, qui est un des objectifs essentiels de la médecine moderne, comporte de nombreux aspects médico-sociaux: prévention, dépistage précoce, aide financière (et morale) aux malades, recherche scientifique et enfin mise au point des méthodes thérapeutiques les plus efficaces, dont l'application pratique est devenue d'une grande complexité en raison même de sa diversité. Il est bien connu, en effet, que le traitement d'une maladie est d'autant plus simple que sa cause est précise: l'anémie de Biermer, autrefois « anémie pernicieuse » est guérie par l'injection de quelques microgrammes de vitamine B 12 (pour autant bien entendu qu'elle soit diagnostiquée correctement); il en est de même des insuffisances surrénalienne et thyroïdienne, où l'administration quotidienne de 1 comprimé de quelques milligrammes de substance hormonale « ressuscite » les malades et les maintient en parfaite santé. De nombreux autres exemples pourraient heureusement être cités, qui constituent les plus grands encouragements pour le médecin et lui font réaliser en même temps ce qu'il doit au monde trop souvent méconnu de la recherche scientifique.

La cancérologie (oncologie) reste un des « parents pauvres » de la médecine, en dépit des moyens techniques de plus en plus complexes et coûteux qui sont utilisés pour le traitement des tumeurs malignes, et ceci est dû précisément au fait que la cause de ces tumeurs nous échappe. Nous sommes donc aujourd'hui encore tributaires de méthodes thérapeutiques indirectes, c'est-à-dire qui n'atteignent pas le mal dans son essence même, à son origine; d'où la diversité des moyens utilisés, qui concernent essentiellement trois disciplines: la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Il est évident que cette situation implique un travail d'équipe, une collaboration de plus en plus étroite et régulière entre ces différents spécialistes et le médecin praticien, dont l'importance n'est pas à souligner ici, et qui doit rester et restera toujours le médecin traitant prenant en charge son malade avec tous les problèmes techniques et moraux que comporte cette tâche.

Des consultations régulières ont été organisées récemment dans plusieurs régions de la Suisse (dans notre canton de Neuchâtel entre autre) qui permettent aux médecins traitants de présenter leurs malades à ces spécialistes réunis et de discuter avec eux les modalités de chaque traitement.

Nous exposerons ici un des nombreux problèmes que pose le traitement actuel des tumeurs malignes: la chimiothérapie et l'hormonothérapie du cancer proprement dit (carcinome). Un article ultérieur sera consacré aux autres tumeurs malignes, celles des ganglions lymphatiques en particulier (lymphogranulome, lymphosarcomes, etc.) et aux hémopathies malignes (leucémies, etc.).

Chimiothérapie du cancer

Le traitement des cancers par des substances chimiques est de date relativement récente. Au début, seuls quelques médecins courageux ont osé utiliser ces médicaments. Bien souvent ils ont été appliqués uniquement à des cas avancés, d'emblée désespérés, ce qui n'a pas aidé à répandre cette nouvelle possibilité thérapeutique. A l'heure actuelle, on a appris à les manier avec plus de circonspection et ils sont utilisés de manière plus large.

Quelle est la nature du traitement chimique des cancers? Il s'agit sans exception de substances toxiques pour les cellules cancéreuses, appelées également cellules malignes. Les différents agents chimiques utilisés à ce jour agissent d'une part sur la division cellulaire en empêchant les cellules cancéreuses de se diviser correctement. Ils

[1] PD Dr B. Courvoisier, médecin-chef, Service de médecine, Hôpital de La Chaux-de-Fonds.

Dr P. Siegenthaler, médecin responsable de la consultation d'oncohématologie de l'hôpital.

freinent par ce mécanisme la croissance de la tumeur. Pour cette raison, cette catégorie de médicaments est appelée *substance antimitotique* (mitose = division cellulaire). Il existe d'autre part des agents chimiques qui interviennent dans le métabolisme, c'est-à-dire dans la vie des cellules mêmes. Ces substances, appelées *antimétaboliques,* se fixent dans le noyau des cellules à division rapide et entravent les processus enzymatiques intra-cellulaires. Il en résulte une diminution de la croissance de la tumeur, voire une destruction des cellules cancéreuses.

Un fait important est à souligner; ces drogues agissent non seulement sur la division ou le métabolisme des cellules malignes, mais également sur les cellules normales du corps humain. Il n'existe malheureusement, à ce jour, pas de substances à action sélective sur le tissu tumoral. Invariablement les cellules normales sont exposées de la même façon aux antimitotiques et antimétaboliques. Le but de la recherche chimique et pharmacologique est de trouver par conséquent des substances nocives en premier lieu sur les tumeurs malignes et relativement inactives sur les cellules normales de l'organisme. Au cours des dernières années, plusieurs substances répondant dans une large mesure à ces critères ont été découvertes, qui sont utilisées actuellement dans le traitement de divers cancers.

Il ne faut pas perdre de vue que ces drogues ne donnent en principe pas la guérison du cancer. Elles ralentissent tout au plus la croissance de la tumeur ou provoquent dans les situations les plus favorables une diminution de son volume. En aucun cas il ne faut espérer à l'heure actuelle d'obtenir une disparition complète de la tumeur maligne.

Malgré ces restrictions importantes, la chimiothérapie a trouvé maintenant sa place dans l'arsenal complexe du traitement anticancéreux car elle permet bien souvent d'obtenir une amélioration clinique notable et d'une durée appréciable.

Le traitement des cancers par des agents chimiques ne peut être envisagé que dans le cadre de l'ensemble des mesures thérapeutiques antitumorales. La chimiothérapie ne doit pas être considérée comme une concurrence aux autres modes de traitement, elle est au contraire utilisée en étroite liaison avec la chirurgie et la radiothérapie. Il convient, en effet, de choisir la meilleure forme de traitement pour chaque malade atteint de cancer aux différents stades évolutifs. Souvent une combinaison des différentes possibilités mentionnées sera choisie.

La chimiothérapie emploie des drogues très agressives pour l'organisme humain. Il est donc nécessaire de surveiller étroitement les effets secondaires et nocifs. Toute cellule à division accélérée, aussi bien les cellules cancéreuses que les cellules de la moëlle osseuse fabriquant les globules rouges, globules blancs et les plaquettes, sont particulièrement sensibles à l'action des drogues mentionnées. Pour qu'elles soient efficaces au niveau de la tumeur, il faut en principe courir le risque d'entraîner une diminution des globules blancs et des plaquettes dans le sang circulant (leucopénie, plaquettopénie). Une grande prudence est de rigueur pour éviter des taux anormalement bas, ce qui peut favoriser des surinfections bactériennes et des hémorragies. Le médecin qui prescrit de telles drogues doit par conséquent particulièrement bien connaître les effets secondaires éventuels sur les différents systèmes cellulaires de l'organisme. On utilise de nos jours, une dizaine de substances pour le traitement des cancers divisés en trois groupes, les antimétabolites, les agents alkylants et les alcaloïdes.

Antimétabolites

Les principaux représentants sont le Méthotrexate, le 5-Fluor-uracil. Ces substances sont incorporées dans la cellule cancéreuse et empêchent sa survie normale. Le *Méthotrexate* a été au départ introduit pour le traitement des leucémies. Par la suite, cette substance s'est révélée être active contre différentes formes de cancers: cancer du sein, certaines formes de cancers gynécologiques. L'emploi du Méthotrexate pour le traitement du cancer du sein peut être envisagé comme ultime ressource thérapeutique à un moment où les autres possibilités sont épuisées, à savoir la chirurgie, la radiothérapie et l'hormonothérapie. Le 5-Fluor-

uracil, commercialisé sous le nom *Fluoro-Uracil* a été utilisé avec succès pour ralentir la croissance des cancers du sein et notamment des cancers inopérables du tube digestif. Il n'est pas rare d'obtenir une amélioration valable de l'état général du patient avec ce médicament. Même en présence d'une grande extension de la tumeur l'on peut quelquefois offrir au patient une vie convenable pendant de nombreux mois.

Agents alkylants

Ce sont des dérivés de la moutarde d'azote, un gaz toxique utilisé pendant la Première Guerre mondiale. Il faut citer avant tout le *Dichloren,* le Chlorambucil, commercialisé sous le nom de *Leukéran* et enfin le Cyclophosphamide, fabriqué sous le nom d'*Endoxan.* Le Leukéran est administré dans les cancers de l'ovaire, les cancers du sein; l'Endoxan, facile à manier, est employé pour les mêmes tumeurs et exceptionnellement pour les tumeurs pulmonaires.

Alcaloïdes

Les principaux représentants sont des extraits de la pervenche commercialisée sous le nom d'*Oncovin* et de *Velbe.* Ces deux médicaments, utilisés en premier lieu pour le traitement des leucémies et des tumeurs ganglionnaires, ont trouvé leur emploi à titre exceptionnel dans les tumeurs solides.

La recherche pharmacologique de plus en plus perfectionnée conduira sans aucun doute dans les années à venir à la découverte d'autres substances ayant une affinité particulièrement grande sur les tumeurs, tout en produisant des effets secondaires minimes sur les cellules normales de l'organisme. Toute personne appelée à utiliser cette forme de traitement dans le domaine du cancer, doit toutefois se souvenir qu'il s'agit non pas d'un traitement concurrenciel mais au contraire d'un traitement complémentaire à la chirurgie et la radiothérapie.

Traitement hormonal des cancers du sein et de la prostate

Des études expérimentales approfondies ont démontré que la croissance de la glande mammaire est liée à la sécrétion des hormones œstrogènes par l'ovaire et que la croissance de la prostate est liée à la sécrétion des hormones androgènes par le testicule. Il a été démontré en outre chez l'animal que le développement du cancer expérimental de la glande mammaire peut être inhibé par la suppression des hormones ovariennes (ovariectomie) et que le développement du cancer expérimental de la prostate peut être inhibé par la suppression des hormones testiculaires (castration). Ces notions ont été ensuite appliquées à l'être humain. Il y a plus de vingt ans que les cancers du sein et de la prostate sont reconnus comme étant des tumeurs dont l'évolution dépend dans une large mesure du « milieu hormonal », donc susceptibles d'être influencés par le changement de ce milieu, c'est-à-dire par l'ovariectomie et l'administration d'hormones virilisantes pour le cancer du sein chez la femme en période d'activité ovarienne (depuis la puberté jusqu'à la ménopause) et par la castration et l'administration d'hormones féminisantes chez l'homme. Des études ultérieures ont démontré que cet équilibre hormonal peut être influencé par d'autres procédés thérapeutiques que nous exposerons plus loin. Ce problème s'est posé ensuite pour les autres cancers (pulmonaires, digestifs, etc.), mais les essais de traitement furent négatifs à part quelques très rares exceptions, qui concernent certaines tumeurs malignes des testicules ou de l'utérus. Les cancers du sein et de la prostate sont donc pratiquement les deux seules tumeurs malignes qui ont cette particularité de dépendre de l'activité des glandes endocrines et d'être par conséquent sensibles aux modifications de cet équilibre hormonal. Ces deux types de cancer (sein et prostate) ont comme autre particularité commune le fait que leurs métastases ont une prédilection, une affinité, pour le tissu osseux. Il est bien connu qu'à part les tumeurs du système nerveux central, tout cancer peut être le point de départ de métastases qui peuvent en principe intéresser la plupart des organes et tissus. Les métastases des cancers du sein et de la prostate atteignent surtout le squelette d'une part, et d'autre part — le cancer du sein en particulier — le poumon, la peau et le tissu sous-cutané.

Si l'hormonothérapie constitue un apport souvent précieux dans la thérapeutique des cancers du sein et de la prostate, il est très important de souligner le fait qu'elle est uniquement palliative, en ce sens qu'elle permet d'obtenir dans un certain nombre de cas des rémissions plus ou moins longues, mais jamais une guérison complète; c'est dire que ces traitements ne doivent en aucun cas remplacer l'exérèse chirurgicale de la tumeur lorsque cette intervention est possible et qu'ils ne remplacent pas non plus la radiothérapie, mais la complètent. Il faut ajouter également qu'il existe des tumeurs du sein et de la prostate insensibles aux hormones pour une raison inconnue et qu'aucun test ne permet malheureusement de prévoir si une néoplasie sera favorablement influencée ou non par les traitements endocriniens. Rappelons enfin que les traitements de ces deux cancers (sein et prostate) comportent des différences notables, liées à l'âge des malades et à la localisation de la tumeur primitive, plus souvent inopérable pour la prostate que pour le sein.

Cancer du sein

Comme on vient de le voir, toute tumeur du sein doit être biopsiée dès que possible et suivie d'une exérèse du sein et des ganglions axillaires en cas de cancer, avec ou sans radiothérapie postopératoire, selon la décision du chirurgien et du radiologue. Chacun sait que le problème des métastases des cancers constitue à la fois un mystère et une inquiétude pour le médecin (et le malade!) puisque dans certains cas elles peuvent être mises en évidences en même temps que la tumeur primitive, dans d'autres cas se développer après un intervalle libre très variable — s'étendant sur une période de quelques mois ou de plusieurs années (guérison apparente) —, et dans d'autre cas enfin, ne jamais apparaître (guérison définitive). Jusqu'à maintenant, on n'a aucune preuve que la formation de métastases puisse être évitée par le traitement endocrinien, qui n'est donc à envisager dans la règle que lors de l'apparition de métastases.

Nous avons actuellement les possibilités suivantes d'agir sur le plan endocrinien:

1° Ablation chirurgicale (ou radiologique) des ovaires; son action s'explique par l'exclusion des hormones stimulant la glande mammaire.

2° Administration d'hormones du sexe opposé (hormones mâles, androgènes).

3° Suppression de l'hypophyse, par ablation chirurgicale ou par introduction d'éléments radio-actifs. Cette hypophysectomie agit probablement en supprimant d'une part la sécrétion des hormones œstrogènes de la surrénale et d'autre part la sécrétion de l'hormone de croissance. Ces malades doivent être traités ensuite régulièrement par des comprimés de Cortisone pour compenser l'insuffisance surrénalienne secondaire qui résulte de la suppression de leur stimulation par l'hormone adrénocorticotrope hypophysaire (ACTH).

4° Administration d'hormones œstrogènes. Ce traitement paradoxal peut s'avérer utile chez les femmes âgées bien que son mode d'action reste inexpliqué.

Nous expliquerons brièvement les différentes étapes de ces traitements, pour lesquels il est tenu compte de la localisation des métastases et surtout de l'*âge des malades,* qui détermine trois groupes principaux:

a) les femmes dont les ovaires sont actifs, c'est-à-dire depuis la puberté jusqu'à la ménopause, comprenant également les trois à quatre ans qui suivent l'arrêt des menstruations et au cours desquels les ovaires sécrètent encore des œstrogènes;

b) les malades ménopausées depuis quatre à cinq ans;

c) les formes « séniles » chez les femmes ménopausées depuis plus de 15 ans.

Dans le premier groupe, certains médecins pratiquent une ovariectomie immédiatement après l'ablation de la tumeur du sein, même en l'absence de métastases, donc à titre prophylactique. C'est la seule exception aux principes énoncés plus haut.

En cas de métastases (squelette, poumons ou peau) le premier temps du traitement hormonal est l'*ovariectomie* (si elle n'a pas été faite antérieurement) suivie immédiatement de l'administration d'*hormones androgènes*. Ce traitement, qui doit être fait à fortes doses sous forme d'injections intramusculaires, a le très grand inconvénient de viriliser les malades (développement de la pilosité du visage, acné, changement de voix, etc.), mais qui peut être compensé par une sédation importante, voire même par une disparition des douleurs dues aux métastases osseuses, au niveau de la colonne et du bassin en particulier, et qui sont souvent intolérables. Si ce traitement hormonal est inefficace (après un essai de quelques semaines) ou lorsque son effet s'épuise, on passe généralement à la troisième étape thérapeutique, c'est-à-dire à l'*hypophysectomie,* surtout en cas de métastases osseuses. Comme nous l'avons dit, le résultat de cette intervention est malheureusement imprévisible; il peut être nul chez une malade et « miraculeux » chez une autre. Nous avons soigné récemment une femme de 50 ans, grabataire, torturée par des métastases diffuses de la colonne et du bassin, qui n'avait pas réagi aux hormones et chez laquelle les douleurs ont totalement disparu dès le lendemain de l'intervention (hypophysectomie chirurgicale) et pendant une durée de deux ans, au cours desquels elle a repris son activité. Il s'est donc produit dans ce cas une rémission avec amélioration objective des lésions (à l'examen radiologique) jusqu'à l'apparition de métastases hépatiques qui devaient rapidement entraîner le décès.

Dans le deuxième groupe de malades (femmes ménopausées), l'ovariectomie n'a plus de sens, l'hypophysectomie est souvent contre-indiquée en raison de l'âge et on se contente généralement d'un essai de traitement hormonal par les androgènes ou parfois les œstrogènes en cas d'échec des androgènes ou/et s'il existe des métastases cutanées ou pulmonaires.

Quant aux malades âgées (troisième groupe), ce sont généralement les œstrogènes qui donnent les meilleurs résultats; ces hormones peuvent même être très efficaces dans les cas de tumeurs étendues et inopérables chez des malades — heureusement de plus en plus rares — qui ont échappé au contrôle médical par crainte ou négligence.

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate atteint essentiellement les sujets au-delà de 60 ans; c'est la tumeur maligne la plus répandue chez les hommes âgés; les grandes statistiques nous montrent que 17 pour cent des hommes de plus de 65 ans sont atteints d'un carcinome prostatique manifeste. Il est certain qu'aujourd'hui encore, l'ablation chirurgicale radicale constitue le seul traitement curatif de ce cancer, comme nous l'avons vu pour le cancer du sein. Cependant, en ce qui concerne la prostate, plusieurs raisons s'opposent très souvent à cette intervention, notamment l'extension de la tumeur qui ne peut plus être isolée et l'âge du malade. C'est la raison pour laquelle les traitements endocriniens constituent un enrichissement très précieux de nos possibilités thérapeutiques. D'une manière générale, l'hormonothérapie est plus efficace dans le traitement du cancer de la prostate que dans celui du cancer du sein. Ce traitement s'applique d'une part à la tumeur primaire lorsque celle-ci est inopérable et d'autre part à ses métastases, celles du squelette en particulier, dont on connaît leur affinité. Nous avons actuellement les possibilités suivantes d'agir:

1° La castration chirurgicale, qui permet de supprimer totalement la principale source d'hormones androgènes. Cette intervention est simple, avec le minimum de complications postopératoires jusqu'à un certain âge (70 ans); le choc psychologique qu'elle comporte est le principal inconvénient, mais peut être atténué ou évité dans la plupart des cas si le malade est bien orienté sur l'importance de son affection et sur les avantages de cette méthode thérapeutique.

2° L'administration d'hormones féminisantes œstrogènes.

3° Compte tenu de l'âge des malades, il est évident que l'hypophysectomie n'est jamais envisagée.

Des études effectuées sur des grandes séries de malades depuis plus de vingt ans ont montré que c'est la combinaison de ces deux traitements (castration et administration d'œstrogènes) qui donne les meilleurs résultats à tous les stades évolutifs de la maladie. Chez les malades dont la tumeur primitive a été opérée, la *castration* s'effectue systématiquement après la prostatectomie, dans le but de prévenir ou de ralentir une métastatisation éventuelle; chez les malades inopérables, elle est indiquée aussi bien en présence qu'en l'absence de métastases. L'*hormonothérapie* par les *œstrogènes* débute immédiatement après la castration — quelque soit le stade de la tumeur primitive ou de ses métastases — et doit être poursuivie sans interruption et d'une manière définitive. Ce traitement est très simple puisque les hormones sont administrées sous forme de comprimés; leurs effets secondaires sont beaucoup moins importants que ceux des androgènes chez la femme; certains malades réagissent aux œstrogènes par une gynécomastie, c'est-à-dire une hypertrophie de la glande mammaire, généralement indolore.

Dans la grande majorité des cas de cancer de la prostate, opérables ou non, avec ou sans métastases, la castration et l'hormonothérapie par les œstrogènes entraînent l'un et l'autre une régression des symptômes objectifs et subjectifs de la tumeur primaire; celle-ci diminue de volume, les troubles de la miction et les douleurs locales peuvent s'atténuer d'une manière considérable, l'urine résiduelle diminuer ou disparaître; l'état général des malades s'améliore souvent d'une façon très notable avec prise de poids. L'influence favorable s'exerce non seulement sur la tumeur primaire, mais encore sur les métastases osseuses. Dans la majorité des cas, les douleurs osseuses diminuent notablement dès les premières semaines qui suivent la castration et le début de l'hormonothérapie, avec ou sans modifications objectives à l'examen radiologique. La sensibilité des autres métastases (poumons, foie, ganglions, etc.) est plus variable et souvent difficile à apprécier.

Comme nous l'avons dit, le traitement endocrinien du cancer de la prostate — ainsi que celui du sein — n'entraîne jamais de guérison, mais donne lieu à des rémissions dont la durée est très variable d'un sujet à l'autre. Il est cependant évident que plus le malade est âgé, plus la rémission équivaut pratiquement à une guérison, puisqu'elle permet une survie qui se rapproche de plus en plus de la survie moyenne des hommes du même âge sans cancer.

Conférence des directrices d'écoles d'infirmières libres reconnues par la CRS

La Conférence des directrices d'écoles d'infirmières libres reconnues par la CRS, s'adressant au Comité central de l'ASID, formule le vœu d'une collaboration plus étroite entre leur groupement et le *Bureau de coordination des infirmières-monitrices d'école.* (Voir numéro août/septembre de la revue, page 537.) Une telle collaboration, dans le cadre de l'ASID, permettra des échanges utiles en vue de trouver des solutions aux problèmes communs.

Il est bien entendu que les directrices des écoles confessionnelles participeraient à ces rencontres.

Formation d'infirmières anesthésistes

Un groupement de médecins-anesthésistes, sous la présidence du Prof. Dr G. Hossli de Zurich, met sur pied un programme de formation pour infirmières anesthésistes. Il demande au Comité central de nommer une commission d'infirmières, prêtes à collaborer à l'élaboration de ce programme. Le Comité central, par l'intermédiaire de ses membres, recevra des propositions des comités de sections. Signalons, que Monsieur *G. Bachmann,* de l'Ecole d'infirmiers de Winterthour, représente l'ASID au sein de ce groupement de médecins-anesthésistes.

Dr. med. J. H. Dunant [1]

Cava-Katheter

Einleitung

Die Bedeutung des *Blutvolumenverlustes* für die Entstehung von Schockzuständen ist hinreichend bekannt. Volumenverluste lassen sich jedoch meist quantitativ nur ungenau festlegen, oft werden sie unterschätzt. Dies ist besonders der Fall bei Ileus, Entzündungen im Abdominalraum, Verbrennungen, geschlossenen Frakturen, ausgedehnten Weichteilquetschungen, retroperitonealen Hämatomen, aber auch bei schweren Durchfällen und starkem Schwitzen bei Fieber. Die Beurteilung eines Schockzustandes ist besonders erschwert, wenn kein Flüssigkeitsverlust nach aussen oder innen stattgefunden hat und es sich um eine *Volumenverteilungsstörung* handelt.

Durch Bestimmung von Puls, Blutdruck und stündlicher Urinproduktion, sinnvoll ergänzt durch die Messung des zirkulierenden Blutvolumens und durch die klinische Beurteilung der peripheren Durchblutung (Gesichtsfarbe, Rekapillarisierung, periphere Venenfüllung) erhält man Hinweise auf das Ausmass des Blutvolumenverlustes.

Einem «normalen» Blutdruck können verschiedene Kreislaufsituationen zugrundeliegen. Der Organismus reagiert auf einen Blutverlust vorerst mit gewissen *Gegenregulationsmechanismen* wie Pulsbeschleunigung und Zentralisation, das heisst dem Aufrechterhalten der Durchblutung von Herz und Gehirn durch Gefässverengerung in Haut, Muskulatur, Magendarmtrakt und Nieren. Diese Minderdurchblutung bewirkt eine anaerobe Stoffwechsellage und führt zur *Acidose*. Bei weiteren Volumenverlusten kommt es schliesslich zum Abfall des systolischen Blutdruckes.

Zu Beginn eines *hypovolämischen Schocks* kann der systolische Blutdruck jedoch normal oder erhöht, die Pulsfrequenz bei Schmerzen oder Vagusreizung, aber auch bei alten Leuten, verlangsamt sein. Bestand vor dem schockauslösenden Trauma ein erheblicher Wassermangel des Organismus (starkes Schwitzen, Durchfälle, Salzverlust), so kann bei an sich noch nicht erniedrigtem systolischem Blutdruck eine Oligurie oder sogar eine Anurie entstehen.

Die Kontrolle der Wirkung einer Schocktherapie allein auf Grund von Messungen von Blutdruck, Puls und stündlicher Urinmenge ist deshalb in komplizierteren Fällen zu ungenau.

Die Bestimmung des *zentralen Venendrucks* (ZVD) ermöglicht ohne grossen Aufwand die Beurteilung, ob das Herz als Pumpe das zuströmende venöse Blut bewältigen kann, das heisst sie gibt Auskunft über die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels in bezug auf das zirkulierende Blutvolumen. Damit lässt sich eine Infusionstherapie zuverlässig überwachen. Die Bestimmung des venösen Druckes erfolgt in der V. cava, da die Messwerte peripherer Venendrucke je nach Lage der Extremitäten verändert oder durch Venenklappen verfälscht werden. Der Druck in der V. cava ist ein wichtiger Hinweis für die Leistungsfähigkeit des Kreislaufsystems. Er steigt bei Herzinsuffizienz, Zentralisation und Uebertransfusion und sinkt bei Vasodilatation und Volumenmangel. Wichtiger als der einzelne Messwert des ZVD ist eine Tendenz zum Ansteigen oder Absinken. Zeigt beispielsweise der erniedrigte zentral-venöse Druck bei einem hypovolämischen Schock trotz Volumenzufuhr keine Tendenz zum Ansteigen, so ist das Blutvolumen noch ungenügend und der Patient benötigt weitere Infusionstherapie.

Neben der Anwendung bei Schockbehandlung sind weitere wichtige *Indikationen* für Cava-Katheter:

die langdauernde Infusionstherapie, wenn sämtliche Venen thrombosiert oder verstochen sind, und

[1] Dr. med. J. H. Dunant, Assistent, Chirurgische Universitätsklinik, Bürgerspital Basel. Vorsteher: Prof. Dr. R. Nissen. — Vom gleichen Autor erschien im März 1966 der Artikel: «Herzmassage».

bei Infusionen mit Medikamenten, welche die periphere Venenwand reizen (THAM- oder HCL-Infusionen).

Technik

Zur Einführung des Cava-Katheters kann die *V. jugularis externa* oder die *V. basilica* an der Innenseite des Oberarms verwendet werden. Nimmt man die V. jugularis, so hat man den Vorteil einer dicken, von aussen gut sichtbaren Vene, durch die der Katheter meist ohne Mühe bis in die *V. cava superior* vorgestossen werden kann und die bei waagrechter Körperlage ziemlich genau der Höhe des rechten Vorhofs entspricht. Als Nachteil dieser Lokalisation kann man — bei Venenfreilegung — die unschöne Narbe am Hals bezeichnen. Benützt man die V. basilica an der Innenseite des Ellbogens oder die *V. cephalia* im Sulcus deltoideopectoralis, so bezahlt man die kosmetisch und pflegerisch günstigere Lokalisation bisweilen mit gewissen Schwierigkeiten beim Einführen des Katheters, welche jedoch im allgemeinen durch Abduktion und Aussenrotation des Armes überwunden werden können. Bleibt hier der Cava-Katheter längere Zeit liegen, so entstehen oft Thrombophlebitiden, was bei Benützung der V. jugularis externa selten der Fall ist.

Der Katheter kann sowohl durch percutane Punktion der Vene als auch nach Venenfreilegung eingelegt werden. In jedem Fall ist peinliche Sterilität unerlässlich, auch sollte der Kunststoffkatheter distal der Venaesectio-Wunde gesondert herausgeführt werden und nicht durch die Hautincision, da der Katheter die Wundheilung stört und damit die Infektionsgefahr erhöht.

Die Längen der Katheter betragen: für die V. jugularis etwa 30 cm; für die V. basilica und cephalia etwa 50 cm.

Die richtige Lage, das heisst der zentrale Sitz der Katheterspitze, ergibt sich durch die respiratorischen Ausschläge der Flüssigkeitssäule, entsprechend den Schwankungen des intrathorakalen Drucks. Diese respiratorische Verschieblichkeit der Flüssigkeitssäule beträgt bei tiefer In- und Exspiration etwa 1 cm.

Kann dieses Pendeln eindeutig nachgewiesen werden, so wird ein Thoraxröntgenbild nach vorheriger Füllung des Katheters mit Urografin 60 Prozent meist nicht notwendig sein. Bei unklarer Lage der Katheterspitze wird man bisweilen doch auf dieses Hilfsmittel zurückgreifen.

Der Cava-Katheter wird nun über einen Dreiweghahn oder ein y-förmiges Anschlusstück mit einem kalibrierten Messrohr und einer Infusion verbunden (Abb.).

Beim System mit Dreiweghahn genügt es, zur Messung den Hahn so umzustellen, dass — bei abgestellter Infusion — der Katheter und das Messrohr kommunizieren. Beim Y-Anschluss klemmt man den Infusionsschlauch proximal des Y-Anschlusses ab.

Zur Festlegung des Nullpunkts an der Messkala, der der Höhe des rechten Vorhofs entsprechen soll, werden verschiedene Methoden angegeben, welche versuchen, trotz individuellen Schwankungen der Thoraxform (Veränderung des Thoraxskelettes, Emphysemthorax usw.) möglichst exakte Werte zu erreichen.

Die Messung erfolgt in Rückenlage, wobei zuerst der Thoraxdurchmesser auf mittlerer Höhe des Sternums gemessen wird. Der Nullpunkt wird von der Unterlage aus, auf der der Patient liegt, bestimmt und findet sich je nach den Autoren, welche die Methode angegeben haben, auf drei Fünftel oder zwei Drittel des Thoraxdurchmessers über der Unterlage.

Die normalen Druckwerte in der V. cava liegen zwischen 3 bis 10 cm Wassersäule.

Als *Material* für Zentralvenendruckmessung benötigen wir neben einem Polyäthylenkatheter (z. B. 1,5 mm Innen-, 2,0 mm Aussendurchmesser) lediglich eine Infusion mit entsprechendem Besteck, ein Y-Stück oder Plastikdreiweghahn, einen Infusionsständer und ein Zentimetermass.

Nach Bestimmung des Nullpunkts wird das Zentimetermass am Infusionsständer und parallel dazu ein Plastikröhrchen eines Infusionsbesteckes befestigt. An den Infusionsständer selbst hängt man die Infusion und schliesst deren Besteck über den Y-Ansatz oder den Dreiweghahn an das Messrohr und an den Cava-Katheter an. Nach-

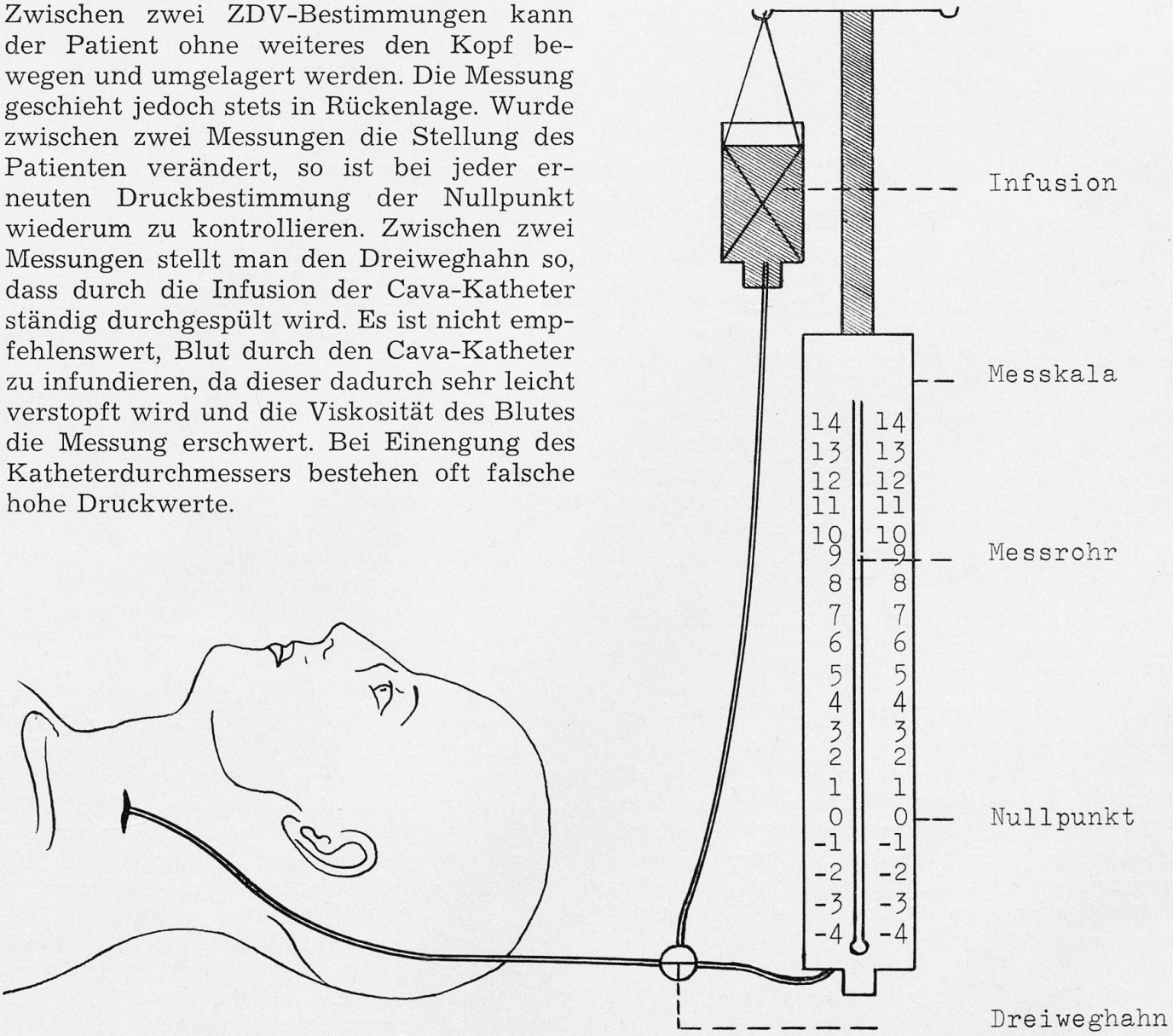
dem die Infusion frei einläuft, wird der Dreiweghahn umgestellt und das Messrohr bis auf etwa 50 cm Höhe über dem Nullpunkt gefüllt. Durch weiteres Umstellen des Dreiweghahns oder Abklemmen unterhalb der Infusionsflasche mit einer Klemme gibt man die Kommunikation zwischen Cava-Katheter und Messrohr frei, wobei die Messsäule unter atemsynchronen Schwankungen absinkt und schliesslich sich auf einem pendelnden Niveau einstellt. Damit ist der Ausgangsdruckwert erreicht und die Messungen können beginnen. Sie erfolgen in viertel- bis halbstündlichen Abständen, wenn nötig auch häufiger.

Pflegerisches

Zwischen zwei ZDV-Bestimmungen kann der Patient ohne weiteres den Kopf bewegen und umgelagert werden. Die Messung geschieht jedoch stets in Rückenlage. Wurde zwischen zwei Messungen die Stellung des Patienten verändert, so ist bei jeder erneuten Druckbestimmung der Nullpunkt wiederum zu kontrollieren. Zwischen zwei Messungen stellt man den Dreiweghahn so, dass durch die Infusion der Cava-Katheter ständig durchgespült wird. Es ist nicht empfehlenswert, Blut durch den Cava-Katheter zu infundieren, da dieser dadurch sehr leicht verstopft wird und die Viskosität des Blutes die Messung erschwert. Bei Einengung des Katheterdurchmessers bestehen oft falsche hohe Druckwerte.

Der Cava-Katheter kann, besonders wenn er in die V. jugularis externa eingeführt wird, längere Zeit belassen werden. Phlebitiden treten selten auf, da der dünne Katheter in der dicken Jugularvene allseits von Blut umströmt ist und wenig Kontakt mit der Gefässwand hat. Ist er einmal verstopft, so kann man versuchen, ihn mit etwas Heparin und Kochsalz zu spülen oder ihn um einen Zentimeter zurückzuziehen. Führt dies nicht zum Erfolg, so muss er entfernt werden und wenn nötig muss auf der anderen Seite ein neuer Katheter eingelegt werden.

Als *Komplikationen* des Cava-Katheters können genannt werden:



Endocardschädigungen bei zu weitem Vorstossen des Katheters in den rechten Vorhof.
Verletzungen von Venen, ja sogar Perforation bei Verwendung von zu steifen Kathetern.
Thrombophlebitiden bei zu peripherer Einführungsstelle (Ellenbeuge, eventuell V. saphena in Inguinalregion).

Die häufigsten *Fehler des Pflegepersonals* sind:
Es wird übersehen, dass die Nullpunktlage geändert hat (Lagewechsel beim Betten).
Es wird vergessen, den Dreiweghahn nach dem Messen wieder umzuschalten (der Katheter wird nicht mehr durchspült und verstopft deshalb rasch).
Es wird beim Messen übersehen, dass keine Atemschwankungen mehr vorhanden sind (verstopfter Katether, oft durch Rückfliessen des Blutes bei erhöhtem ZVD und niederer Messäule).
Unbeabsichtigtes Herausziehen des Katheters (beim Umlagern, Waschen und Kämmen des Patienten).

Der Cava-Katheter gestattet eine ständige Kontrolle des Therapieeffektes ohne teurere Apparaturen. Er hat den Vorteil der Einfachheit. Die Messung des ZVD erfolgt durch Umstellen des Dreiweghahns und Ablesen der Flüssigkeitssäule an der Skala. Auf dem Ueberwachungsblatt kann ohne weiteres eine zusätzliche Kolonne neben Zeit, Blutdruck, Puls, Respiration, Temperatur- und Urinausscheidung für die ZVD-Werte zugefügt werden.

Die Einfachheit des Instrumentariums und der Messtechnik lässt eine zukünftige weite Verbreitung der Methode voraussagen.

Empfehlung des Europarates für die Ausbildung in Bluttransfusion

Expertenkommission für öffentliches Gesundheitswesen

(Auszug aus der Beilage B, *Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes,* 17. September 1966. Nachfolgende Ausführungen betreffen den Krankenpflegeberuf. Der Text der Beilage B wendet sich im weiteren an die Krankenhausärzte, an Transfusionsspezialisten und an Laboratoriumspersonal.)

Angesichts der grossen Verantwortung, welche Aerzte, Krankenschwestern, Hebammen und Laborpersonal bei Bluttransfusionen übernehmen, empfiehlt der *Unterausschuss der Sachverständigen für Blutprobleme,* dass jede Regierung

a) für Medizinstudenten und nichtspezialisierte Medizinalpersonen, die Bluttransfusionen vornehmen,
b) für Krankenschwestern und Hebammen
c) für Laborpersonal

im Rahmen der landesüblichen beruflichen Ausbildung dieser Berufskategorien eine entsprechende Ausbildung in Aussicht nimmt, wobei wenn möglich in den Ausbildungsvorschriften ein obligatorischer Unterricht in Bluttransfusion vorzusehen ist.

Der Unterricht sollte sich über folgende Gebiete erstrecken:

1. Grundlegende Kenntnisse der Blutgruppen.
2. Elementare Kenntnisse über die Konservierung des Blutes und seiner Bestandteile sowie der Voraussetzungen für ihre Verwendbarkeit.
3. Technik der Bluttransfusion. Die Aufgabe der Krankenschwester in der Verhütung von Irrtümern in bezug auf Technik und Material.
4. Erkennung und sofortige Behandlung von Transfusionsreaktionen.
5. Elementarkenntnisse über die hämolytische Krankheit des Neugeborenen.
6. Organisation des Transfusionsdienstes, soweit dieser Krankenschwestern und Hebammen betrifft.
7. *Transfusionsprotokoll:* Grundlegende Bedeutung des Protokollierens genauer Beobachtungen und der allgemeinen Beschreibung der angewandten Methoden, unter besonderer Berücksichtigung jener Protokolle, die von Krankenpflege- oder Hebammenschülerinnen und von Krankenschwestern oder Hebammen erstellt werden können.

Die *praktische Ausbildung* von Krankenschwestern gemäss Punkt 1 bis 7 soll entsprechend den Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beteiligten organisiert werden.

Dr. med. H. Wick [1]

Ueber Tyzine-Vergiftungen [2]

Eine Warnung vor Nasentropfen!

Nasentropfen und Nasensprays sind so alltägliche Therapeutika, dass wir bei ihrer Applikation die Regeln individueller Pharmakotherapie glauben vernachlässigen zu dürfen. So überlassen wir häufig ihre Anwendung dem Gefühl des Pflegepersonals, des Patienten oder dessen Eltern.

Dabei sind besonders einige der verwendeten Vasokonstringentien bei Säuglingen und Kleinkindern recht gefährlich. Ueberdosierungen sind mit der wenig kontrollierbaren Applikationsart des *Sprays* schnell erreicht und führen zu schweren Vergiftungserscheinungen. Diese Vergiftungen sind schon lange bekannt. Doch wird dafür gesorgt, dass sie in unserem Bewusstsein nicht zu fest haften. So lesen wir etwa in der Gebrauchsanweisung eines Nasentropfenpräparates für Kinder: «Vorsicht: man vermeide Ueberdosierungen! Wie dies bei andern Abschwellmitteln auch der Fall ist, kann unser Präparat bei stärkster Ueberdosierung bei Säuglingen und Kleinkindern in seltenen Fällen zu Schläfrigkeit und Blutdrucksenkung führen. Diese Erscheinungen sind jedoch vorübergehend und lassen sich durch Analeptika in geringen Dosen leicht beheben.»

Unser Fall:

Ein neun Monate alter Knabe wurde uns abends von einem auswärtigen Spital zugewiesen wegen plötzlicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Er war dort wegen einer hartnäckigen, eitrigen Rhinitis hospitalisiert. Er hatte nach Angabe der dortigen Krankengeschichte und des Einweisungszeugnisses bis jetzt Achromycin, dann Sigmamycin, ferner am Einweisungstag ein Perphyllon- und ein Meliobalzäpfchen erhalten; sonst angeblich keine Medikamente.

Unsere Befunde beim Eintritt: Der normal grosse Knabe war grau-zyanotisch und tief somnolent. Er schwitzte profus am ganzen Kopf. Auffallend und besonders beunruhigend war seine Atmung. Längerdauernde Atempausen wurden durch einige tiefe seufzerartige Atemzüge unterbrochen, worauf wieder eine Atempause eintrat. (Dieser Atmungstyp ist bereits in der Einführungsarbeit der chemisch mit dem Tetrahydrozolin *[Tyzine]* sehr nah verwandten und pharmakologisch praktisch identischen Substanz Naphazolin *[Privin]* als toxische Manifestation im Tierversuch beschrieben worden.) Die Herzfrequenz lag zwischen 60 bis 80 pro Minute bei einem Blutdruck von 75/55. Die Sehnenreflexe waren nicht auslösbar. Sonst konnten wir klinisch keine weitern pathologischen Befunde erheben. Laborbefunde: Blutbild unauffällig. Lumbalpunktion: 43/3 Zellen, Gesamteiweiss 11 mg/%. Elektrolyte im Bereich der Norm. Blut und Liquorkultur normal.

Das ganze Bild sprach für eine schwere Intoxikation. Wir fragten deshalb den einweisenden Arzt an, ob der Knabe wirklich keine weitern Pharmaka erhalten habe. Er konnte uns nur die Angaben des Einweisungszeugnisses und der Krankengeschichte bestätigen.

Therapeutische Versuche mit Lethidrone (Nalorphin) und Micoren zeigten keinen Effekt. Schliesslich gelang es, mit Plasma und einer Infusion von Nor-Adrenalin den Blutdruck auf Werten um 100/75 zu halten. Der pathologische Atmungstyp wurde dadurch nicht beeinflusst.

Etwa neun Stunden nach Spitaleintritt wurde die Atmung regelmässig. Entsprechend besserte sich die Hautfarbe zusehends, und der Knabe nahm wieder Anteil an der Umgebung.

Eine andere Ursache als eine Intoxikation mit einer Substanz von nicht allzu langer Wirkungsdauer war nun fast ausgeschlos-

[1] Dr. med. H. Wick, Universitäts-Kinderklinik Basel.

[2] Dieser Artikel erschien in der «Praxis», Schweizerische Rundschau für Medizin, 1966, Nr. 28, Seite 791. Wir danken dem Autor und der Redaktion, uns die Bewilligung zum Abdruck erteilt zu haben.

sen. Jetzt erinnerte sich nach einer erneuten Anfrage die Schwester, die den Knaben gepflegt hatte, dass sie dem Kleinen wegen seiner verstopften Nase Tyzine-Nasenspray für Erwachsene appliziert hatte. Als sich kurze Zeit später der Allgemeinzustand des kleinen Patienten verschlechterte, dachte sie nicht mehr an die verabreichten «harmlosen» Nasentropfen.

Wie können solche Zwischenfälle vermieden werden? Die Radikallösung wäre der Rückzug von Substanzen, die keine vitale Indikation haben, aber die Gefahr schwerer Intoxikation in sich bergen. Dies lässt sich aus naheliegenden Gründen nicht durchführen. Auch kann man über die Wünschbarkeit einer solchen Massnahme in guten Treuen verschiedener Meinung sein. Hingegen darf man wohl fordern, dass eine entsprechende, auffällige Warnung auf der Packung (also zum Beispiel der Sprayflasche) aufgedruckt wird. Vorbildliche pharmazeutische Firmen tun dies bereits seit längerer Zeit. Eine Warnung auf dem Prospekt, der womöglich nicht gelesen wird, genügt nicht.

Auch muss das *Pflegepersonal, vor allem auf Abteilungen, wo nur gelegentlich Kinder sind,* instruiert werden, dass Säuglinge und Kleinkinder auf viele Pharmaka anders reagieren als Erwachsene. Der Arzt muss entscheiden, ob und in welcher Dosierung Säuglingen und Kleinkindern Pharmaka gegeben werden dürfen, die nicht speziell für sie bestimmt sind.

Zusammenfassung

Anhand eines Falles von einer schweren Tyzine-Vergiftung erinnern wir daran, wie gefährlich gewisse Nasentropfen und Nasenspraypräparate bei Säuglingen und Kleinkindern sind. Dieser Gefahren ist man sich oft zu wenig bewusst, auch wenn sie an sich schon längere Zeit bekannt sind.

Das Literaturverzeichnis ist beim Verlag der «Praxis» erhältlich, Hallwag AG, Nordring 4, Bern.

Behinderung und Bewährung. Von *Josef Dietziker.* Energetika-Verlag, Zürich. Fr. 5.—.

Kurze autobiographische Abrisse schwerbehinderter Menschen zeigen aufgeschlossenen, gesunden oder auch behinderten Lesern, dass es möglich ist, trotz aller Behinderung und Invalidität sein Leben aktiv, lebendig und interessant zu gestalten; ferner dass der Behinderte durch Selbsthilfe den Beweis erbringen will, dass er ein wertvolles Glied der menschlichen Gesellschaft bildet.

Es gibt unter ihnen Gestalten, die echte Vorbilder stellen, Vorbilder sogar für jene, «die alles haben». Wesentlich scheint mir, dass die Beispiele aus der Gegenwart stammen, unseren modernen Lebensstil betreffen und einbeziehen. Eine Quellenangabe dieser Skizzen soll zu vertieftem Studium dieser Lebensbilder anregen.

Gewiss gehört dieses Büchlein in die Hände der direkt Betroffenen, aber es gehört noch viel dringender in die Hände der indirekt Angesprochenen. Das handliche kleine Format und der klare Druck erleichtern das Lesen wesentlich. Mir, selber Behindertem, ist es eine Freude, um dieses Büchlein zu wissen, so möchte ich ihm einen grossen «Bekanntenkreis» wünschen.

R. G.

Dr Cl. Cherpillod [1]

A propos de l'acide lysergique ou LSD 25

Depuis une année environ, de nombreux articles de presse s'élèvent avec vigueur contre l'emploi d'un nouveau médicament: le LSD 25. Ce produit serait largement utilisé aux USA par certains milieux de jeunes adultes désœuvrés en quête de paradis artificiels qui chercheraient dans cette drogue des états psychiques particuliers. Des cas de toxicomanie auraient été signalés dans des travaux américains.

Récemment, la grande firme de produits pharmaceutiques *Sandoz S. A.* de Bâle a annoncé dans les milieux médicaux sa décision d'interrompre définitivement la fabrication du LSD 25 pour ne pas favoriser l'utilisation abusive de ce médicament.

Il nous est apparu utile de donner ici des éclaircissements sur cette affaire qui nous semble regrettable à plus d'un point.

En fait, le LSD 25 est connu depuis de nombreuses années. En 1934, au cours de recherches pratiquées sur l'*ergot de seigle* connu pour son action vasculaire et ocytocique, Hoffmann identifiait l'*acide lysergique* (LSD 25 ou Delyside Sandoz) l'un des alcaloïdes de l'ergot de seigle. On découvrit également que sa structure chimique était très semblable à celle de la *Mescaline,* l'un des alcaloïdes du peyotl, une plante utilisée depuis des centaines d'années par les Indiens du Mexique pour provoquer des états d'ivresse particuliers. Les visions que procure le peyotl et par voie de conséquence la Mescaline facilitaient l'extase au cours des cérémonies religieuses et conféraient temporairement à l'initié une puissance surhumaine.

Au cours d'une auto-expérimentation Hoffmann mit en évidence les manifestations psychopathologiques du LSD 25. Par la suite, ces manifestations ont été étudiées systématiquement aussi bien par les expérimentateurs eux-mêmes que sur des malades névrosés ou psychotiques. Les troubles peuvent apparaître après l'ingestion de doses infinitésimales (10-100 microgrammes) et durent quelques heures. Ils peuvent parfois se prolonger pendant deux ou trois jours.

On s'accorde généralement à dire que l'intoxication au LSD n'entrave pas chez les personnes saines le jeu des processus intellectuels; en ce sens que le sujet reste capable de comprendre son interlocuteur, de conduire un raisonnement logique, d'évoquer correctement un souvenir, mais sa capacité de concentration est si diminuée, la dispersion de son attention est telle qu'il est incapable de donner une suite à ses intentions et de se fixer sur un objet précis.

Il est en général conscient qu'il est l'objet d'une expérience et qu'il est dans une situation particulière, mais il ne peut pas maîtriser son humeur. Ainsi son affectivité peut être extrêmement labile: parfois exalté, euphorique, réprimant avec peine des fous rires incoercibles et à d'autres moments anxieux, méfiant et soupçonneux. A la fin de l'expérience, le sujet est généralement assez déprimé.

Ce sont les *troubles des perceptions,* surtout ceux de la sphère visuelle, qui sont les plus évidents: la forme des objets se modifie, les contours se déplacent, s'incurvent ou se redressent; leurs couleurs deviennent extrêmement vives et certains détails peuvent prendre une intensité lumineuse extraordinaire. Toute la chambre semble baignée de couleurs changeantes. On peut même parfois observer de véritables hallucinations visuelles. Pendant ce temps, le sujet d'expérience peut avoir l'impression que l'image de son corps se transforme, il peut se sentir agrandi ou au contraire télescopé; un bras ou une jambe peut apparaître plus grand, plus petit ou déformé.

Chez des *patients schizophréniques ou prépsychotiques* on assiste à l'apparition ou à l'exacerbation des symptômes typiques de leur maladie: délire de persécution ou hallucinations multiples, alors que chez les névrosés, le LSD entraîne des états de dés-

[1] Dr Cl. Cherpillod, médecin-chef adjoint, Centre psycho-social universitaire, Genève.

inhibition qui permettent une meilleure évocation de souvenirs refoulés.

Pendant de nombreuses années, les spécialistes en psychiatrie attachèrent une très grande importance à la découverte du LSD, et ceci pour plusieurs raisons. On pouvait créer artificiellement des états oniroïdes proches de ceux qu'on peut observer dans la schizophrénie. Il devenait ainsi plus aisé de les étudier et surtout l'expérimentateur pouvait les vivre lui-même et ainsi mieux comprendre le vécu particulier du schizophrène. On espérait également utiliser cette drogue pour établir un diagnostic différentiel entre les schizophrénies et certaines affections « borderline »; enfin, on fonda de grands espoirs dans le traitement psychothérapeutique sous LSD de certains cas de malades névrosés résistants au traitement psychothérapique simple.

Malheureusement, le LSD, bien que toujours intéressant à plus d'un point, ne donna pas toujours les résultats qu'on en attendait et surtout il se révéla d'un maniement peu aisé et provoqua parfois des accidents, même chez des personnes parfaitement saines. Nous avons nous-même observé, lors du contrôle d'une auto-expérimentation pratiquée par un jeune médecin psychiatre, l'apparition d'un véritable délire de persécution avec menaces de suicide qui dura pendant près de 24 heures. Le sujet fut longtemps persuadé que nous allions l'interner et qu'il ne lui restait qu'à se suicider.

Des accidents de ce type se produisirent des semaines ou même des mois après une seule prise de LSD.

Et finalement, l'acide lysergique qui, jusque-là, était resté un médicament de recherche de laboratoire exclusivement utilisé par des spécialistes — il ne fut jamais officiellement commercialisé — a été diffusé clandestinement dans des milieux non médicaux. Des officines secrètes se sont mises à le fabriquer et à le répandre sur le marché et l'on a abouti à la situation que nous décrivons au début de notre article.

Nous croyons cependant que s'il est nécessaire de mettre en garde tous les milieux médicaux et paramédicaux sur les dangers que représente l'utilisation abusive de ce médicament, il ne faut pas dramatiser de façon excessive la situation actuelle. Le LSD est surtout dangereux parce qu'il peut déclencher des états psychotiques, mais nous ne pensons pas pour notre part que les risques de toxicomanie soient aussi importants qu'on a bien voulu le dire. Les inconvénients dus à une prise régulière du médicament sont tels que les cas de toxicomanie signalés restent limités en nombre et localisés dans certains grands pays.

Health Education during the Next Decade

Annual Conference, 25th January, 1967
Church House, Westminster, London S. W. 1

The theme of the Conference is " Health Education during the Next Decade " and a panel of distinguished speakers will examine the needs associated with population changes, more leisure time, relations between the Community and the Health Service, and Mental Health, with a final presentation of possible resources available for the future of health education.

The conference is intended for chairmen of health committees, and hospital management committees, medical officers, chief public health inspectors and their staffs, social workers and others in the medical/educational field with a professional or a public interest in the subject.

The conference fee is *One Guinea* and this will include a report of the proceedings which will be produced as soon as possible after the event.

For the complete programme and for Registration Forms write to
" The Central Council for Health Education ", Tavistock House North, Tavistock Square, London W. C. 1.

A. Teijeiro [1]

Contact, moyen thérapeutique en ergothérapie

L'utilisation de l'occupation dans les hôpitaux psychiatriques est connue depuis longtemps. Au XVIIe siècle, un mandement royal de Louis XIII ordonnait que les pauvres des hôpitaux soient employés aux travaux d'entretien, situation qui subsiste encore dans quelques institutions. A la fin du XVIIIe siècle, *Philippe Pinel,* ayant observé des modifications dans le comportement des patients intégrés dans une activité, a été un des premiers à reconnaître la valeur de l'occupation comme moyen thérapeutique. Faisant œuvre de pionnier, Pinel inaugure une époque où le traitement des malades mentaux commence en quelque mesure à s'humaniser. C'est à partir de ce moment-là que l'utilisation du travail à but thérapeutique prend une réelle importance, surtout aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. Après les deux guerres mondiales, l'ergothérapie a pu se développer comme méthode de réhabilitation physique et psychique dans le traitement des grands blessés de guerre pour permettre, non seulement leur réadaptation fonctionnelle, mais également leur réinsertion dans le circuit socio-économique.

Les découvertes dans le domaine pharmacologique, qui sont à la base de la grande évolution de la psychiatrie actuelle, ont permis aux cliniciens de se situer en face du malade et de la maladie mentale, dans une position où l'espoir de guérir ou, au moins d'améliorer, est concevable. C'est alors que l'ergothérapie devient un secteur indispensable dans le système thérapeutique hospitalier, ayant une mission bien précise et déterminée: celle de redonner au patient hospitalisé le niveau de sociabilité nécessaire pour retrouver sa place en dehors de l'hôpital.

L'importance de l'ergothérapie s'affirme dans la psychiatrie actuelle. En effet, dans une circulaire de 1958 du Ministère de la santé française, nous relevons le passage suivant: « La thérapeutique par le travail, qui n'est qu'un aspect de l'organisation même de la vie des malades à l'hôpital, est le complément indispensable de l'application de toutes les autres méthodes thérapeutiques. Quelle que soit la perfection des soins biologiques qui peuvent être dispensés dans certains services, ils ne peuvent se suffire à eux-mêmes si les malades valides restent inoccupés des journées entières. » *Bleuler* va plus loin en décrivant l'ergothérapie comme la thérapeutique la plus efficace de la schizophrénie, la plaçant avant les divers traitements introduits au cours de ces derniers lustres. Pour *H. Ey,* certaines techniques d'ergothérapie « se rapprochent beaucoup des véritables thérapeutiques de groupe ».

Bien que l'ergothérapie soit indiquée dans presque tous les cas psychiatriques, elle est par excellence la thérapie de réadaptation des psychotiques, et en particulier des *schizophrènes.* La population des hôpitaux psychiatriques d'aujourd'hui étant constituée en grande partie de schizophrènes, dont un pourcentage considérable comprend des schizophrènes chroniques, résidu de la psychiatrie asilaire, notre exposé sera centré sur ce groupe précis, en laissant de côté intentionnellement les malades névrotiques et gériatriques qui bénéficient peut-être davantage des nouvelles thérapeutiques médicamenteuses.

De simple activité occupationnelle, l'ergothérapie est devenue une technique moderne, reconnue comme thérapeutique irremplaçable dans le traitement des malades psychiatriques. Au technicien d'hier, compétent dans certains métiers manuels, s'est substitué le thérapeute d'aujourd'hui. De ce fait, une connaissance plus étendue

[1] Mme Aileen Teijeiro a fait ses études d'ergothérapeute à la Scottish School of occupational therapy, Edimbourg. Elle a travaillé comme ergothérapeute à l'Astley Ainslie Hospital, Edimbourg, au Red Cross Readaptation Centre à Glasgow et à la Clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air, Genève.

des aspects psychodynamiques de comportement lui est nécessaire, afin d'agir d'une façon efficace et thérapeutique dans ses relations avec les malades.

Mais la possession de telles connaissances ne suffit pas. L'ergothérapeute doit posséder en outre certaines qualités sans lesquelles il serait difficile ou quasi impossible d'entreprendre la réadaptation des psychotiques. La patience et la persévérance figurent au premier plan.

Il s'écoule parfois des mois ou des années avant qu'une amélioration appréciable de l'état du malade apparaisse, car la récupération du schizophrène dépendra, en grande partie, de son niveau de régression, des relations établies avec l'ergothérapeute et l'entourage, de sa capacité et de ses possibilités d'adaptation à sa nouvelle situation dans le cadre précis de l'atelier. Bien souvent, au début, les tentatives de dialogue avec le patient n'aboutissent qu'à un monologue, d'autant plus frustrant pour l'ergothérapeute qu'il peut le convaincre de l'impossibilité d'obtenir une résonance quelconque chez « son » malade. Sans la persévérance qui émane de sa croyance en ce qu'il espère pouvoir apporter au patient, il serait vite découragé. « Le thérapeute guérit moins par ce qu'il sait, que parce qu'il se passionne. »

L'ergothérapeute doit être prudent lorsqu'il vise à sortir le schizophrène de son autisme, car il ne suffit pas de vouloir comprendre ce qui se passe dans le monde du psychotique, mais il faut encore pouvoir y parvenir. En effet, l'autisme du malade peut être le dernier refuge que celui-ci a trouvé pour lutter contre son angoisse. En essayant de franchir sans ménagements le mur dont le patient s'est entouré, nous allons nous placer dans une attitude qui peut être ressentie comme agressive. La réaction du patient en face de cette tentative d'intrusion peut se manifester par une attitude également agressive ou plus simplement par un rejet.

Il faut néanmoins considérer qu'un trop grand manque de sollicitation de la part de l'ergothérapeute risque d'aggraver davantage l'isolement du malade et de renforcer son autisme. Cela peut nous aider à comprendre la triste destinée de certains schizophrènes chroniques dans un état de mutisme. Combien de ces malades pourraient sortir de cet état s'ils avaient un interlocuteur compréhensif et disponible? En effet, « l'autisme n'existe pleinement que partagé par autrui ».

Donc, en voyant les deux attitudes extrêmes que l'ergothérapeute peut prendre, l'une pouvant être ressentie comme de l'*hostilité* et l'autre comme un *délaissement,* toutes deux doivent être considérées comme inadéquates, car elles provoquent chez le patient des réactions qui agissent dans le même sens que la psychose.

L'attitude paternaliste est également nuisible et doit, par conséquence, être évitée. « C'est assurément une des grandes difficultés du maniement d'un schizophrène confirmé ou latent, que de faire justice à l'enfant et à l'adulte qu'il est simultanément. » L'hyperprotection a l'effet de dévaloriser le malade et de le maintenir à un niveau de régression au-dessus duquel il pourrait peut-être s'élever si l'approche était d'un genre différent. Il faut remarquer en outre qu'une telle attitude de la part de l'ergothérapeute est déterminée très souvent beaucoup plus en vertu de ses propres motivations inconscientes qu'en fonction des besoins réels du patient. Tant que le malade continue à le gratifier en se comportant en « bon enfant », cette relation, satisfaisante pour l'ergothérapeute, risque cependant de condamner le patient à un état de dépendance parasitaire qui n'aura probablement pas d'issue.

Comment, alors, aborder le psychotique et comment établir ce « contact » dont on parle toujours? Nous estimons que l'ergothérapeute doit se situer à mi-chemin, en témoignant par sa présence et sa disponibilité même son engagement affectif avec lui. L'établissement de la relation avec le malade ne se réalise pas toujours sur la forme conventionnelle habituelle. En fait, le mutisme ou l'incohérence verbale n'excluent pas la possibilité de rapports entre le malade et son entourage; il incombe à l'ergothérapeute de trouver le mode de communication que le malade est disposé à accepter. «...de nombreux malades ne peuvent

trouver un premier contact que si l'on parle d'emblée leur langage. »

Nous allons décrire, à titre illustratif, le cas d'une schizophrène chronique dans la cinquantaine, hospitalisée depuis plus de vingt ans en régime de « pavillon fermé », et dont les symptômes les plus gênants pour l'établissement d'un contact étaient une incohérence verbale complète, des troubles moteurs de type catatonique et des impulsions agressives. Des phénomènes de persévération et d'itération avaient rendu inutile toute tentative d'approche par des techniques ergothérapiques habituelles (cartonnage, couture, dessin, modelage, etc.).

Au pavillon, elle avait toujours réussi, et ceci pendant de longues années, à s'isoler dans les coins les plus écartés. A l'atelier, ce comportement étant matériellement impossible, on observait une augmentation de son autisme, réagissant aux incitations de l'entourage par un repli presque total, comportant une attitude bien caractérisée de mutisme (yeux fermés, tête en flexion forcée, bras croisés qui cachaient ses mains, etc.), traduisant une sorte de crainte ou de répulsion du contact, comme si une distance limite entre elle et les autres lui était vitale.

En face de ce premier échec, il est apparu indispensable de trouver une autre voie d'accès relationnel, ce qui impliquait une connaissance plus précise et approfondie des particularités de l'existence de la malade dans le milieu hospitalier et de son existence même avant l'hospitalisation. Nous avons ainsi appris que la malade, pendant sa jeunesse, avait fait des études de musique assez poussées et, qu'au moment où la symptomatologie psychotique avait débuté, elle se préparait à devenir pianiste. D'autre part, les infirmières chargées de la promenade collective avaient remarqué que la malade, bien que n'ayant jamais exprimé verbalement le plaisir de ces promenades, n'avait néanmoins jamais refusé de sortir.

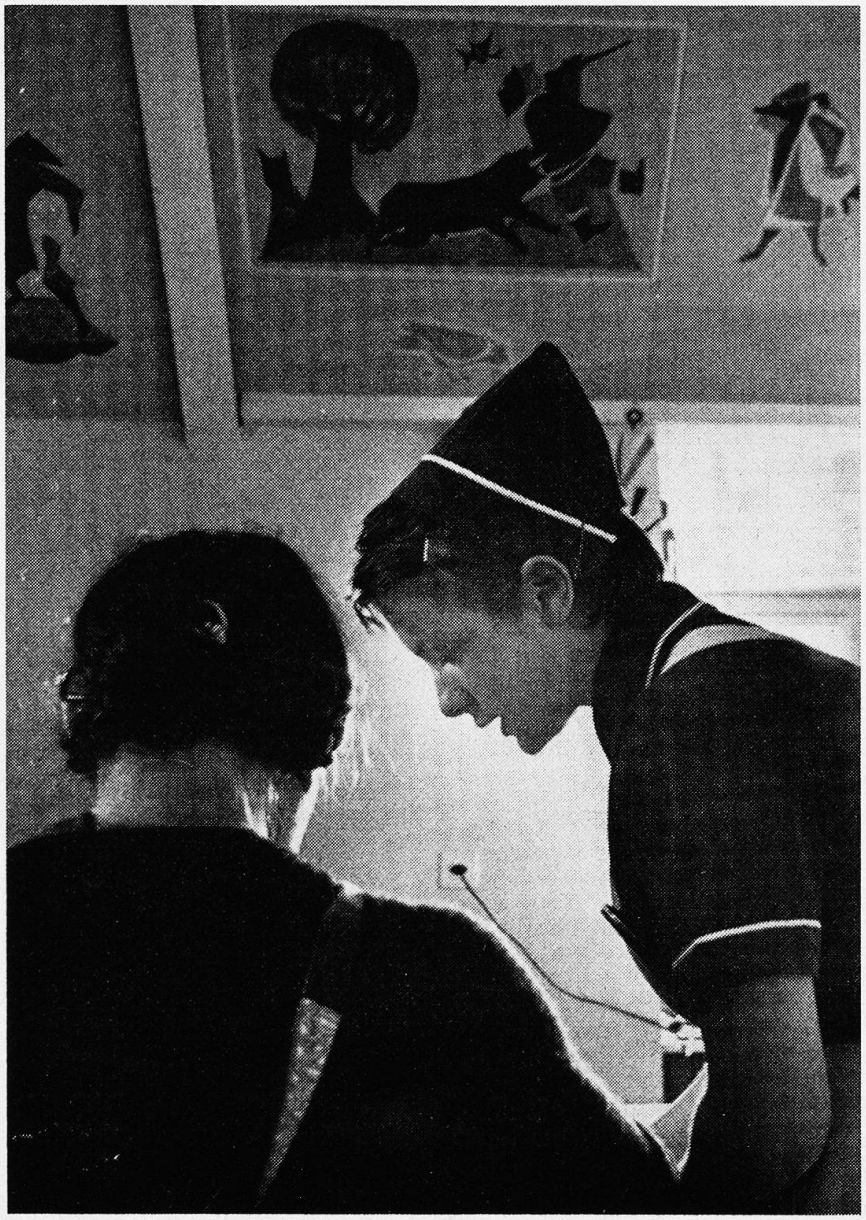
Dès lors, l'objectif à atteindre était celui de placer la malade dans une situation (jouer du piano) capable de la relier affectivement à son passé. Il n'y a pas de doute qu'une telle confrontation faite brutalement, sans ménagements, aurait pu être un nouveau stress susceptible d'aggraver l'état de la malade. Il s'agissait donc de ne pas décompenser celle-ci en exigeant une activation au-delà de ses possibilités actuelles, mais d'échelonner les consignes en fonction de ses progrès. Ainsi, les allées et venues à l'atelier ont été pour l'ergothérapeute l'occasion de réaliser ensemble de simples promenades dans le parc. Le plus souvent, nous marchions en silence; quelquefois, la présence d'un oiseau, d'une fleur ou du soleil attirait l'attention de la patiente qui, dans des phrases incohérentes mais pleines de sens poétique, montrait sa sensibilité aux beautés de la nature. De ce fait, nos premiers échanges verbaux ayant une signification affective réelle se sont faits à travers la nature (« objet intermédiaire »). Langage absurde si l'on veut, à tendance abstraite, métaphorique et symbolique, mettant constamment à l'épreuve la logique même du récit. Il était néanmoins suffisant à exprimer un état d'âme.

Par contre, au début, lorsqu'elle s'asseyait en face du piano, elle restait parfaitement indifférente, sans laisser apparaître le moindre signe d'émotion. Plus tard, nous avons pu prendre ses bras et placer ses mains sur le clavier. Ce geste, apparemment banal, était cependant un pas difficile à franchir. Auparavant, le contact corporel, même fortuit, avait invariablement réveillé chez elle une attitude de repli ou d'opposition. Le fait de se laisser saisir les mains, impliquait tacitement l'acceptation d'autrui en tant qu'interlocuteur ayant des « droits » dont personne n'avait sûrement bénéficié depuis longtemps. Nous pensons qu'on peut attribuer à cet acte une valeur relationnelle décisive, car le commencement de la résocialisation de cette malade n'aurait pu se réaliser sans l'expérience fondamentale d'une approche à la fois physique et affective.

Patiemment, sans compter les jours où rien d'extraordinaire ne se passait, nous avons pu assister au réveil d'une capacité d'expression — musicale — que le processus schizophrénique n'avait pas pu complètement ensevelir. Pendant une longue période, la percussion des touches ne paraissait obéir qu'au hasard des mouvements hésitants des doigts. Puis, ce furent des gammes

exécutées seulement d'une main et, petit à petit, des exercices simples des deux mains qui montraient un progrès lent mais sûr dans la synchronisation motrice et dans la cadence. La lecture et l'exécution musicale, bien qu'encore automatique, étaient donc possibles. Suivant une évolution toujours favorable, la malade a pu dépasser la phase où l'exécution musicale s'est trouvée entravée par les mêmes phénomènes cliniques qui lui conféraient un caractère d'absurdité analogue à celui du langage (barrages, fading, persévération, incohérence, etc.). Mais, tandis que les caractéristiques pathologiques restaient inchangés dans le discours, le récit musical, au contraire, était devenu adéquat et cohérent à un tel point que sa participation à des activités de groupe (chorale, danse, etc.) fut alors possible. Elle a même tenu occasionnellement un rôle de « leader » dans des manifestations de groupe.

Parallèlement, la malade a recommencé à se rendre à l'atelier d'ergothérapie, où on l'a vue accepter et essayer de réaliser les activités qu'elle avait refusées systématiquement auparavant. Comme les caractéristiques de l'organisation de l'atelier et le type de malades y travaillant n'avaient pas changé entre temps, il est légitime de conclure que ce sont des modifications introduites dans le statut personnel de la patiente qui ont permis son insertion au niveau



Elève aide-soignante en stage dans un atelier d'ergothérapie.

Photo: Jean Mohr, Genève

du groupe, autrefois rejeté. Nous pensons encore que l'élargissement des possibilités relationnelles de cette malade a pu se faire grâce à un prétexte suffisamment valorisant, mais que rien ne se serait produit si, au-delà de « l'objet intermédiaire », il n'y avait pas eu le désir sincère de la part de l'ergothérapeute d'établir un contact avec la malade.

Nous sommes conscients de n'avoir développé dans cet article qu'un des multiples aspects de la relation ergothérapeute-malade. En fait, nous nous sommes même limités à une étude partielle et, nous le craignons, insuffisante du problème du contact sur le plan individuel, et cela avec des malades appartenant à une catégorie nosographique précise. Ce sont, en effet, les schizophrènes chroniques qui, à cause de l'appauvrissement progressif de leurs possibilités de communication, constituent le groupe de malades hospitalisés qui tendent le plus à passer inaperçus de leur entourage. Pour cette raison, nous leur avons accordé ici la priorité de notre attention. C'est donc intentionnellement que nous n'avons pas abordé les autres dimensions du « contact en ergothérapie », c'est-à-dire dans ses implications au niveau de la collectivité de malades ou dans son articulation avec l'ensemble de l'équipe soignante.

(Pour la bibliographie s'adresser à l'auteur, s. v. p.)

Dr Jules Rippstein [1]

L'amputé: hygiène du moignon [2]

Quelques conseils pratiques

Le texte ci-dessous est le premier d'une série d'articles qui paraîtront dans les prochains numéros de la revue. Tous ces textes traitent des soins à donner à l'amputé. Ainsi que les lecteurs l'auront appris par le numéro d'octobre, page 618, un cours sera organisé à Lausanne, du 24 au 27 mai 1967, dont le thème est: « Cours pour le traitement des amputés ». Par ces articles l'attention des lecteurs sera attirée sur ce cours destiné aussi au personnel infirmier. Puis, d'une manière générale, nous nous réjouissons de pouvoir publier des informations, venant d'un spécialiste dans ce domaine, sur un aspect des soins infirmiers qui ne diminuera pas d'actualité; pensons seulement aux nombreux accidents de la circulation et du travail, sans oublier les diverses affections médicales qui aboutissent à l'amputation.

La connaissance de quelques principes fondamentaux de l'hygiène de la peau est d'une importance vitale pour l'amputé. La moindre écorchure, une petite éraflure, un petit bouton peuvent rapidement entraîner des lésions sous-cutanées étendues parce que la peau du moignon est soumise à une énorme sollicitation de la part de l'emboîtage de la prothèse. Dès qu'il y a une lésion cutanée, les conséquences sont donc importantes, non seulement du point de vue médical mais aussi en ce qui concerne la capacité de gain, l'amputé ne pouvant pas utiliser sa prothèse durant un temps plus ou moins prolongé. Il ne pourra travailler que partiellement ou même plus du tout.

C'est au personnel soignant qu'incombe la tâche d'orienter l'amputé sur l'hygiène du moignon et de lui montrer la façon de le soigner par une toilette journalière. Les bandes élastiques pour bander le moignon, les chaussettes utilisées pour enfiler le moignon dans la prothèse, ainsi que l'emboîtage de la prothèse font également partie des

[1] Dr Jules Rippstein, médecin adjoint à l'Hôpital orthopédique, Lausanne.

[2] Nous tenons ici à remercier « The Regents of the University of California » nous ayant donné les droits d'auteur et de traduction de leur excellente brochure: « Problems of the Amputee—Stump Hygiene » by S. William Levy, M. D., and Gilbert H. Barnes, M. D. Illustrated by Thomas D. Harris, 1961, sur lequel notre exposé s'est basé. J. R.

soins hygiéniques, car négligés, ils peuvent être la source d'ennuis cutanés assez considérables.

Manière de laver la peau du moignon

Deux connaissances fondamentales sont importantes:

1° La transpiration, le sébum et la poussière produisent sur la peau une couche qui doit être éliminée au moyen d'un savon doux qui n'irrite pas la peau.

2° La surface de la peau est peuplée de microbes qui peuvent avoir un pouvoir pathogène, c'est-à-dire être à la base d'infections purulentes (staphylocoques). Pour obtenir une peau avec le moins de germes possible (on ne réussit pas à avoir une surface de peau stérile, même en employant des désinfectants très puissants), utiliser des produits désinfectants qui doivent éliminer le plus de germes possibles sans provoquer d'irritation. A l'heure actuelle, on peut recommander les produits suivants à base d'hexachlorophène: Phisohex et Hibitane.

Pratiquement, on procède de la façon suivante: savonner la peau avec de l'eau chaude et un savon doux (savon pour bébés ou savon Callet 7 de la Maison Zyma) en utilisant les mains, une éponge ou une lavette mais pas de brosse qui irriterait la peau, puis rincer soigneusement, car tout résidu de savon est une source d'irritation possible. Ensuite, laver le moignon pendant une minute avec un des produits désinfectants nommés plus haut, rincer à fond et sécher. Le moignon doit être lavé le soir et non pas le matin, car le port immédiat de la prothèse sur une peau ramollie par le lavage pourrait provoquer une écorchure ou d'autres lésions cutanées.

L'emboîtage

Par emboîtage, on entend la partie supérieure de la prothèse qui reçoit le moignon. Les parois internes de l'emboîtage en contact avec la peau et soumises aux effets de la transpiration doivent également être lavées chaque soir. Le mieux est d'utiliser le même savon que pour les soins de la peau du moignon, avec de l'eau chaude mais jamais bouillante. A l'aide d'une éponge ou d'une lavette, rincer soigneusement les parois et sécher avec un linge. Ne jamais poser la prothèse à côté d'un radiateur ou au soleil, ce qui pourrait faire travailler le bois. Dès qu'on observe qu'à cause du frottement, la laque a disparu à un endroit, il faut porter la prothèse au prothésiste pour la retoucher. Si le bois n'est pas protégé par le vernis, il s'imbibe à un tel point de sébum et de transpiration qu'il ne peut plus être nettoyé et devient une source d'infections continuelles.

Après avoir lavé l'intérieur de l'emboîtage, prendre soin de bien le rincer, à l'aide d'un linge humecté avec de l'eau propre. Rincer plusieurs fois ce linge dans de l'eau propre et le passer sur les surfaces de l'emboîtage jusqu'à ce que les dernières traces de savon aient disparu. Ensuite, sécher l'intérieur avec un linge propre. Il existe des amputés, surtout parmi les personnes âgées ou qui ont une prothèse déjà depuis très longtemps, qui utilisent des emboîtages en cuir. Le cuir sera traité de la même façon que le bois.

La chaussette du moignon

La chaussette du moignon doit être changée tous les jours. Elle devrait être lavée le soir lorsqu'on l'enlève et cela avant que la transpiration ne sèche et s'incruste. La laver avec le savon Callet 7 ou un autre savon de toilette doux en évitant absolument l'eau bouillante (même principe de lavage que pour les lainages). Bien la rincer sans la tordre. Ne pas l'exposer sur un radiateur ou au soleil. Si le bout de la chaussette a des oreilles, enfiler une balle d'enfant du diamètre approprié sur laquelle elle séchera.

La bande élastique

La bande élastique utilisée pour le moignon doit être lavée régulièrement au moins tous les deux à trois jours, d'où la nécessité d'en posséder une de rechange. On utilisera avec avantage le savon Callet 7 ou un savon semblable. Eviter l'eau trop chaude. Après le lavage, bien la rincer et l'étaler sur une surface plate; ne jamais la suspendre au

soleil ni sur un radiateur, la chaleur intense étant nuisible à la partie élastique de la bande.

Les affections de la peau

Lorsque l'amputé constate une détérioration de la peau du moignon, il y a trois règles à observer:

1° *Voir le médecin.* Chaque irritation mineure, chaque petite écorchure pouvant entraîner de grands ennuis si un traitement correct n'est pas appliqué, il est recommandable que l'amputé s'adresse le plus tôt possible à son médecin.

2° *Voir le prothésiste.* Souvent des écorchures cutanées, des frottements exagérés à un point localisé, une pression trop grande sur une partie saillante du moignon sont dus à la surface de l'emboîtage qui s'est détériorée avec le temps, à un moignon qui a changé de volume ou à une modification des axes (cheville ou genou) due à l'usure. C'est en maintenant la prothèse en bonne condition qu'on évite ce genre d'ennui.

3° *Le désinfectant.* Il ne faut jamais utiliser un désinfectant trop fort comme l'iode par exemple, qui risquerait de détériorer et brûler la peau du moignon.

Les écorchures

L'écorchure est une plaie très superficielle de la peau due à un frottement de l'emboîtage. L'amputé pourra attoucher la plaie avec un désinfectant liquide (par exemple le Merfen orange ou le Mercurochrome) puis sécher avec une poudre désinfectante (Vioforme). De préférence, on ne fera pas de pansement mais on laissera sécher la plaie à l'air. S'assurer que la prothèse est bien sèche avant de la mettre. Si ce genre d'écorchure survient fréquemment, toujours au même endroit, il est indispensable de voir le prothésiste. Lorsque l'écorchure est accompagnée de rougeur ou d'enflure, il y a suspicion d'infection et il est indispensable de se rendre immédiatement chez le médecin.

Les cloques

Lorsqu'il s'agit d'une petite cloque qui ne provoque pas de douleurs, la laver simplement avec un désinfectant liquide (Merfen orange par exemple). Ouvrir une cloque sans précaution appropriée et sans instrument stérile peut entraîner une infection. Si la cloque est grande, si elle est douloureuse ou si elle revient fréquemment, il faut voir le médecin.

Les infections

Les infections peuvent devenir dangereuses et devraient être soignées sans délai, de préférence par quelqu'un de compétent.

Les infections de la base du poil (folliculite superficielle) sont des infections mineures qui surviennent fréquemment. Elles peuvent être traitées en nettoyant tous les jours la région avec un liquide antiseptique, tel que le Merfen orange, ou en essayant de garder l'endroit sec avec une bonne circulation d'air au-dessus de la partie infectée.

Furoncles et abcès: Ce sont des infections plus sérieuses qui nécessitent absolument un traitement par le médecin. Jusqu'à ce qu'on puisse voir ce dernier, ne plus porter la prothèse et se coucher avec le moignon surélevé en faisant des applications de Néodécongestine.

Ursula Adler [1]

«In der Pflege und in ihrem beruflichen Verhalten soll die Krankenschwester jederzeit höchste Anforderungen an sich stellen»

Berufsethik der Krankenschwestern und Krankenpfleger,
Internationale Grundregeln, Abschnitt 2

Arbeitsplan:

I. Kurze Einführung ins Thema, Einteilung der Klasse in zwei Gruppen.
II. Rollenspiel der beiden Gruppen.
III. Bewertung und Kritik der Rollenspiele, Begründung der Darstellung.
IV. Diskussion weiterer Punkte zur Begründung des Themas.
V. Zusammenfassung der Ergebnisse.

I. Einführung, Gruppeneinteilung

Im ersten Augenblick scheint das Thema so selbstverständlich und klar zu sein, dass sich eine Diskussion kaum lohnt. Es erscheint uns als selbstverständlich, dass der Beruf der Krankenschwester hohe Anforderungen stellt und dass die Krankenschwester bereit sein sollte, diese Anforderungen an sich selbst zu stellen.

Wenn wir aber zu überlegen beginnen, worin diese Anforderungen tatsächlich bestehen, können wir das nicht ohne weiteres beantworten.

Vielleicht kommen wir am schnellsten zu ein paar konkreten Feststellungen, wenn wir die Forderung des Themas in einem kurzen, improvisierten Rollenspiel zu verwirklichen suchen.

Wir numerieren auf zwei und bilden zwei Gruppen. Jede Gruppe hat zehn Minuten Zeit, sich eine zum Thema passende Situation aus dem Berufsleben auszudenken und diese in einem Spiel von fünf Minuten Dauer darzustellen.

Bei der Vorbereitung müssen Inhalt, Rollenverteilung, Anfang und Ende der Handlung genau abgemacht werden; ein vorheriges Durchüben ist unnötig.

[1] Ursula Adler, Schülerin des 2. Semesters, als sie diese Arbeit in Berufskunde ihrer Klasse vorlegte. Städtische Schwesternschule Triemli, Zürich.

II. Rollenspiel

Gruppe 1: Patientin, diplomierte Schwester, Schwesternhilfe.

Die Patientin in einem Krankensaal hat eine verschmierte Unterlage. Es ist 12 Uhr, der Esswagen steht vor der Türe. Die Schwesternhilfe möchte die Unterlage wechseln, die diplomierte Schwester findet, sie solle dies nach dem Essen besorgen und vorderhand die Unterlagen nur zusammenlegen, damit die Patientin auf sauberer Fläche liegt.

Frage: Was ist wichtiger, die sofortige Besorgung der Patientin oder das rechtzeitige Austeilen der Mahlzeit an alle Patienten? Wie könnte man die Arbeit organisieren mit dem vorhandenen Personal?

Gruppe 2: Patientin, Schwester, Diätassistentin.

Eine Patientin, die selten Appetit verspürt und sehr wenig isst, erhält Champignons zum Essen, was ihr seit langem wieder einmal mundet. Sie verlangt eine zweite Portion. Die Schwester telefoniert in die Küche. Die Antwortet lautet: «Wir kochen nicht mehr, das Personal muss in die Freistunde, wir können ihnen aber die rohen Champignons und das Rezept auf die Abteilung schicken.» Fragen, die sich die Schwester stellt: «Soll ich mir die Zeit nehmen, dieses Gericht zuzubereiten? Kann ich mir das leisten? Welche anderen Arbeiten müssen deshalb vernachlässigt werden?»

Schlussfolgerungen: Es gibt keine eindeutigen Antworten, die Krankenschwester muss fähig sein, auf der Stelle je nach Situation die richtige Entscheidung zu treffen. Gute Krankenpflege ist individuelle Krankenpflege.

III. Bewertung

Gemeinsam bewerten wir die Spiele und, wenn nötig, begründen die Gruppen die dargestellten Situationen.

IV. Diskussion

1. Welche Anforderungen soll die Krankenschwester an sich stellen?

a) pflegerisch, b) beruflich. Welches ist überhaupt der Unterschied zwischen diesen beiden Punkten?

a) Pflegerische Anforderungen:

Die Krankenschwester soll zum Wohle des Patienten alles tun, was in ihrer Macht steht. Grundsätzlich geht es um die in der letzten Stunde erwähnten Aufgaben: Leben erhalten — Leiden lindern — Gesundheit fördern.

Dazu gehören hauptsächlich:

Gewissenhaftigkeit in der Ausführung der ärztlichen Verordnungen, im Umgang mit Menschen, im Umgang mit sterilem Material.

Treue im Kleinen, konsequente Sauberkeit und Ordnung.

Beherrschung der Pflegetechnik.

Wissen, warum man etwas tut, Ueberzeugung in der Pflege.

Achtung und Verständnis für den Patienten.

Fähigkeit, anzuleiten und zu erklären.

Umfassende Beobachtung.

b) Berufliche Anforderungen:

An vielen Stellen gehen diese beiden Punkte ineinander über, da das Verhalten in der Pflege ein wesentlicher Teil des beruflichen Verhaltens ausmacht. Dazu gehören:

Höflichkeit, Takt und Freundlichkeit allen Mitarbeitern gegenüber.

Wille zur Zusammenarbeit.

Gewissenhaftes Rapportieren aller wichtigen Tatsachen.

Pünktlichkeit, Ehrlichkeit, Disziplin im Arbeitsteam.

Mithilfe bei allen Bestrebungen zur Förderung des Berufes und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Verständnisvolles Anleiten der Hilfskräfte.

2. Sind dies hohe Anforderungen — warum?

Sie sind sehr umfassend, sie verlangen jeden Tag von neuem unseren vollen Einsatz und grosse Konzentration, was bei der oft langen Arbeitszeit keine Kleinigkeit ist. Sogar auf die Freizeit erstrecken sich Planung der Arbeit, Ueberlegung und Weiterbildung, da wir nur durch reifliches stilles Nachdenken erkennen, was wirklich zu tun ist. Um die Probleme des Patienten besser verstehen zu können, braucht es ausserhalb der medizinisch-pflegerischen Fächer noch Kenntnisse in anderen Wissensgebieten, wie zum Beispiel Religion, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Literatur, Musik, Geschichte usw. Auch diese Gebiete sollten nebenberuflich gepflegt werden.

3. Ist es richtig und unerlässlich, so viel von sich zu fordern?

Leiden darunter nicht das Privatleben und die Gesundheit? Lassen sich vielleicht Kompromisse machen?

Von den Fähigkeiten, Möglichkeiten und von der Einsatzbereitschaft der einzelnen Schwester hängt es ab, wie sie die an sie gestellten Anforderungen erfüllt. Auch bei gleichen, höchsten Anforderungen können die Leistungen sehr verschieden sein.

Da sich jede Schwester ihren Arbeitsplatz selbst aussuchen kann, wird sie, entsprechend der übernommenen Aufgabe, das leisten, wozu sie gewillt ist. Sie kann mehr oder weniger Verantwortung übernehmen. (Das bedeutet jedoch nicht, dass sie mit mehr oder weniger Gewissenhaftigkeit arbeitet!)

Sie kann ihr Privatleben gestalten, je nach Arbeitsplatz. Sie kann in der Stellenwahl auch ihre Gesundheit berücksichtigen.

4. Gibt es noch andere Berufe, welche hohe Anforderungen an die persönliche Lebensauffassung stellen?

Gibt es Berufe mit mehr oder weniger hohen Anforderungen?

Es stellt im Grunde jeder Beruf hohe Anforderungen, sofern ein Mensch in ihm das Maximum seiner Fähigkeiten verwirklichen will. In seinem Beruf sollte jeder Mensch das Beste von sich fordern.

Am anspruchsvollsten sind jene Berufe, die unmittelbar mit Menschen zu tun haben. Es sind dies alle «sozialen» Berufe (zum Beispiel Arzt, Krankenschwester, Sozialarbeiter, Erzieher, Lehrer, «Eltern»). Ein Handwerker, etwa ein Möbelschreiner, kann ein missratenes Stück beiseite legen und von vorne beginnen. Am Menschen müssen wir

uns jede Handlung genau überlegen, da wir vieles nie mehr gutmachen können.

V. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wir haben gesehen, dass die Anforderungen an die Krankenschwester darin bestehen, bei der Pflege alle ihre Fähigkeiten zum Wohle des Patienten einzusetzen, dass sie in allen ihren Handlungen gewissenhaft ist, dass sie sich weiterbildet, den Patienten und ihre Mitarbeiter zu verstehen sucht. Dies verlangt einen grossen Arbeitseinsatz und planmässiges, überlegtes Handeln. Dadurch kann der Beruf bis in die Freizeit hineinreichen. Die Anforderungen richten sich aber nach der beruflichen Stellung der Schwester. Diese kann ihr Eigenleben, für das sie vor sich selbst ebenso verantwortlich ist wie für ihren beruflichen Einsatz, dem Arbeitsplatz entsprechend gestalten und ihrer Gesundheit anpassen. Hohe Anforderungen werden besonders in sozialen Berufen gestellt, weil man es hier mit dem gebrechlichen und hilfsbedürftigen Menschen zu tun hat.

R.-M. Joray, Basel

Die neuen Richtlinien des Schweizerischen Roten Kreuzes gehen uns alle an

Die neuen Richtlinien des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) für die Krankenpflegeschulen liegen nun gedruckt vor. Die kleine Broschüre erfreut durch ihre moderne äussere Gestaltung, durch die klare und übersichtliche zweisprachige Anordnung des Textes. Obschon es sich im wesentlichen um denselben Inhalt handelt, sind die neuen Richtlinien im Vergleich zu jenen von 1955 erstaunlich verschieden formuliert und angeordnet; es ist direkt schwierig, zwischen beiden Texten Vergleiche anzustellen. Ein Beispiel: die Richtlinien von 1955 enthalten 50 Artikel, jene von 1966 deren 10!

Die Richtlinien sind für die Schulen verbindlich, sie sind jedoch, wie schon die Ausführungen in der Julinummer, Seite 474, darlegen, in Zusammenarbeit mit den Schulleitungen entstanden. Den Verantwortlichen für die Berufsausbildung bedeuten die Bestimmungen des SRK eine verpflichtende Grundlage für den Unterricht, doch sollten sie auch den im Berufe stehenden übrigen Krankenschwestern weitgehend bekannt sein. Nur wenn auch die diplomierten, dem Schulbetrieb ferner stehenden Schwestern und Krankenpfleger über alle Neuerungen in den Ausbildungsmethoden laufend orientiert werden, kann mit ihrem verständnisvollen Mitgehen gerechnet werden. Wo neuen Ideen Ablehnung entgegengebracht wird, hat wahrscheinlich die richtige Aufklärung nicht stattgefunden. Die Leidtragenden sind dann die Schülerinnen.

Es kann hier nur auf einige spezielle Punkte der Richtlinien hingewiesen werden. So dürfte es zum Beispiel die Leser interessieren zu vernehmen, wie das Ziel der Ausbildung formuliert wurde.

Ziel der Ausbildung

«Es ist das Ziel der Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege, den von der Schulleitung sorgfältig ausgewählten Schülerinnen und Schülern

— grundlegende Berufskenntnisse zu vermitteln;
— sie zu hoher ethischer Berufsauffassung zu führen;
— in ihnen das Verantwortungsbewusstsein, das sich auf die Achtung vor jedem Menschen gründet, zu entwickeln;
— sie auf ihre Aufgaben in der umfassenden Pflege vorzubereiten;
— ihr Interesse für die Förderung des Krankenpflegeberufes zu wecken.

Die diplomierte Schwester soll fähig sein,

— Kranke fachgerecht zu pflegen unter Berücksichtigung ihrer körperlichen und seelisch-geistigen Bedürfnisse;
— an der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheit und an der Wiedereingliederung der Kranken mitzuarbeiten;
— mit Aerzten und anderen Angehörigen der im Dienste der Gesundheit stehenden Berufe zusammenzuarbeiten;
— über ihre Beobachtungen klar und zuverlässig zu berichten;
— die Anordnungen des Arztes sinngemäss und gewissenhaft auszuführen;
— einer Arbeitsgruppe vorzustehen;
— Schülerinnen und Hilfspflegepersonen anzuleiten und zu führen;
— ihre Arbeitsweise den jeweiligen Umständen und neuen Erkenntnissen anzupassen;
— die Notwendigkeit der fortwährenden eigenen Weiterbildung zu erkennen.»

Ueber die *Aufnahmebedingungen in die Schulen* orientierte der oben erwähnte Artikel in der Julinummer.

Zum *Ausbildungsprogramm* erfahren wir unter anderem:

«... Die Koordination des theoretischen Unterrichtes mit der praktischen Erfahrung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Schulleitung.
Es werden nach Möglichkeit Unterrichtsmethoden angewendet, welche die eigene

Ueberlegung und das selbständige Urteilen fördern, die Beobachtungsgabe schärfen und die Ausdrucksfähigkeit üben. Der Veranschaulichung des Unterrichtsstoffes wird grosse Bedeutung beigemessen, ebenso persönlichen Arbeiten der Schülerin, Gruppendiskussionen, Seminarübungen und fachlichen Besichtigungen.

Die Gesamtstundenzahl von 1250 ist verbindlich, jedoch kann die bei jedem Fach angegebene Stundenzahl in begrenztem Ausmass unter- oder überschritten werden.

Die Zeit für persönliches Studium, für Unterricht in Gesang, Freizeitgestaltung usw. ist in der angegebenen Unterrichtszeit nicht inbegriffen . . .»

Warum ist es gerade diese Zahl von Unterrichtsstunden und keine andere? Ohne Zweifel diente das Ausbildungsprogramm des *Europarates* als Vorbild, schreibt es doch eine ähnliche Stundenzahl vor. In den Richtlinien von 1955 finden wir die Minimalanforderung von 492 Stunden. Die Differenz zwischen diesen beiden Zahlen lässt auf eindrückliche Weise die Entwicklung der Berufsausbildung in den letzten zehn Jahren erkennen. Alle Schulen unseres Landes haben in dieser Zeitspanne ihre Lehrpläne ausgebaut und den sich wandelnden Berufsanforderungen weitgehend angepasst. Die Aenderungen im neuen Programm sind trotzdem einschneidend. Ueberall ist jedoch das «Einspuren» auf die neuen Richtlinien in vollem Gange. Können aber die Schulleitungen dabei auf die volle Unterstützung der Diplomierten zählen? Wer übernimmt die Aufklärung der grossen Zahl Berufskolleginnen und -kollegen auf den Krankenabteilungen? Wie gewinnt man deren Mitarbeit, unabhängig davon, ob sie Schülerinnen zu betreuen haben oder nicht? Wie wichtig ist es doch, sie mit überzeugenden Argumenten auszurüsten, damit sie gelegentlicher Kritik und Ablehnung von seiten der Oeffentlichkeit und sogar aus unseren eigenen Reihen begegnen können!

«Die Schwester zum halben Arzt ausgebildet» — «Ueberbetonung des Intellekts» — «Die echte Schwester in Gefahr» — usw., so tönt es. Wie zäh haftet doch die Ueberzeugung noch in vielen Köpfen, die «wahre Schwester» ohne grosses theoretisches Wissen stehe dem Patienten viel näher, besorge und betreue ihn «intuitiv» richtig, während die «intellektuellen Naturen» nie die Herzenseigenschaften einer guten Schwester besitzen. Welche verantwortungsbewusste Schwester wird sich heute noch auf ihre Intuition verlassen, wenn sie ihre Patienten fachgerecht pflegen will? Und warum soll eine fachlich tüchtige, lernbegierige und neuen Erkenntnissen gegenüber aufgeschlossene Schwester kein Verständnis und kein Einfühlungsvermögen für ihre Patienten besitzen? Sie wird im Gegenteil den Kranken in menschlicher Beziehung vielleicht bessere Hilfe leisten, da sie ihnen mit mehr Einsicht in ihre vielseitigen persönlichen Bedürfnisse begegnet.

Es genügt, die Aufteilung der verschiedenen Unterrichtsfächer zu betrachten, um zu erkennen, wie sehr die Verfasser der Richtlinien bemüht waren, ein harmonisches Verhältnis zwischen den pflegerischen, den medizinischen und den sozialwissenschaftlichen Fächern herzustellen. Die alte Vorstellung vom theoretischen Unterricht dürfte endlich verschwinden. Dieser besteht längst nicht mehr in ausschliesslich von Aerzten dargebotenem Fachwissen. Auch der eingewurzelte Begriff von der starren Trennung in der Ausbildung zwischen «abstrakter» Theorie und praktischer pflegerischer Tätigkeit ist nicht mehr zeitgemäss. Denken, Ueberlegen und Forschen bleiben nicht aufs Klassenzimmer beschränkt, sondern sollen sich auf die Arbeit auf der Krankenabteilung auswirken. Beobachtungen am Krankenbett illustrieren und bestätigen die theoretischen Grundbegriffe. Darum fällt auf, welch hoher Stundenanteil in den Richtlinien neben dem ärztlichen Unterricht den Schulschwestern und Fachleuten anderer Wissensgebiete zufällt.

Höhere intellektuelle Ansprüche, so hört man etwa, seien berechtigt bei Schwestern, die leitenden Stellen zustreben; sie seien aber überflüssig, wenn nicht sogar hinderlich, wo es um die «einfachen pflegerischen Verrichtungen» am Krankenbett gehe. Wo

aber, wenn nicht gerade in der direkten Pflege sind Ueberlegung und fachliches Können wesentlich? Gewiss, es entstehen gelegentlich Funken, wo alte Gewohnheiten mit traditionsfremden neuen Pflegemethoden zusammenprallen. Neuerungen sind auch nicht von vornherein besser, nur weil sie anders sind, als was bisher als richtig betrachtet wurde. Gerade deshalb müssen die Schülerinnen während ihrer Ausbildungszeit ihr Urteilsvermögen entwickeln, sie sollten lernen, bei allen Verrichtungen, auch den «einfachsten», zu überlegen, ob man diese vielleicht technisch noch korrekter, rascher, kräftesparender, materialsparender, für den Patienten schonender, wirksamer, seiner Situation besser angepasst ausführen könnte.

Wer die neuen Richtlinien mit den vorangehenden von 1955 vergleicht, erkennt sogleich, dass er darin einem veränderten Leitbild (ein heute vielgebrauchter Begriff) der Krankenschwester begegnet. Die jungen Schwestern wachsen mit diesem Leitbild auf, der älteren Generation ist dieses etwas fremd, das ist verständlich. Es zeugt aber bestimmt von mangelnder Einsicht, wenn Anteilnahme am Los der Kranken und das Verantwortungsbewusstsein der Jungen, verglichen mit früher, in Frage gestellt und als weniger ausgeprägt bezeichnet werden. Es ist nicht allein eine Aufgabe der Schulen, sondern aller Berufskreise, dafür zu sorgen, dass auch das elektronische Zeitalter auf «wahre» Krankenschwestern wird zählen können. AMP

Oberinnenkonferenz freier, vom SRK anerkannter Krankenpflegeschulen

Die Oberinnenkonferenz wendet sich an den Zentralvorstand des SVDK mit dem Wunsch nach engerer Verbindung mit dem *Koordinationsorgan der Schulschwesterngruppen.* (Siehe Zeitschrift, Juli 1966, S. 466.) Dieses Organ koordiniert die weitgehend unabhängige Tätigkeit der vier Interessengruppen der Schulschwestern. Eine Zusammenarbeit zwischen Oberinnen und Schulschwestern im Rahmen des SVDK, mit dem Zweck, bestimmte Fragen gemeinsam zu studieren, wird sich sehr fruchtbar auswirken. Die Oberinnen der konfessionellen Schulen werden bei diesen Besprechungen einbezogen.

Ausbildung von Narkoseschwestern

Eine Gruppe von Narkoseärzten unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *G. Hossli,* Zürich, beschäftigt sich mit dem Aufstellen eines Ausbildungsprogramms für Narkoseschwestern. Sie haben den Zentralvorstand des SVDK ersucht, eine kleine Kommission von Schwestern zu bilden, die an der Vorbereitung eines solchen Programms mitarbeiten werden. Nach Beratung mit dem Vorstand ihrer Sektion werden die Mitglieder des Zentralvorstandes Vorschläge für die Zusammensetzung dieser Kommission unterbreiten. Herr *G. Bachmann,* Krankenpflegerschule Winterthur, Mitglied der SVDK-Kommission für Aus- und Weiterbildung, vertritt den SVDK im oben genannten Aerztekollegium.

Sektion AARGAU / SOLOTHURN

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Eliane Schneeberger, 1944, Ochlenberg, Krankenpflegeschule Aarau; Lisbeth Bucher, 1939, Gunzwil, Pflegerinnenschule Baldegg; Regula Roth, 1943, Kesswil, Krankenpflegeschule Aarau.

Aufnahmen: Die Schwestern Barbara Kuhn, Veronika Faustinelli, Hedwig Scheurmann, Ruth Frey.

Gestorben: Schwester Frieda Gautschi, geb. 1887, gestorben 7. Mai 1966.

Fortbildungskurs für Gemeindeschwestern

Donnerstag, 19. Januar 1967, im Schulzimmer des Kantonsspitals Olten, neuer Haupteingang von Baslerstrasse zugänglich.

10.30 Leberkrankheiten und ihre Behandlung. Dr. Dorn, med. Oberarzt, Kantonsspital Olten.
12.30 Mittagessen im Selbstbedienungsbuffet, Preis Fr. 5.—.
13.30 Physiotherapie. Frl. Schüpbach, Physiotherapeutin des Kantonsspitals Olten.
15.30 Hautkrankheiten (Ulcus cruris, Allergien, Ekzeme). Dr. Ziegler, Oberarzt der dermatologischen Klinik Basel.

Schluss etwa 17.00 Uhr.

Kursgeld (ohne Mittagessen): Mitglieder Fr. 3.—, Nichtmitglieder Fr. 6.—.

Wir bitten um Anmeldung an unser Sekretariat, Maienzugstrasse 14, 5000 Aarau, Telefon 064 22 78 87.

Allen unsern Mitgliedern wünschen wir frohe Weihnachten und ein glückliches 1967. Wir freuen uns, wenn wir Sie im neuen Jahr recht zahlreich an unseren Veranstaltungen begrüssen können.

Der Vorstand und das Sekretariat

Sektion BEIDER BASEL

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Edith Bitterli, 1944, Wisen, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Nelli Ursula Buri, 1944, Bangerten, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Ruth Clematide, 1943, Amriswil, Pflegerinnenschule Bürgerspital Basel; Bianca Gaiba, 1944, Basel-Stadt, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Susanna Gysel, 1942, Wilchingen, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Leonie Kramer, 1942, Zürich und Thayngen, Schwesternschule Bürgerspital Basel; Hedwig Mosimann, 1944, Sumiswald, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Suzanne Schäffler-Lottas, 1934, Basel-Stadt, Krankenpflegeschule Bürgerspital Solothurn; Ursula Suter, 1942, Wädenswil, Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen; Susanne Martha Zimmermann, 1942, Basel-Stadt, Schwesternschule des Bürgerspitals Basel; die Pfleger Casimir Alexander Schäffler, 1932, Basel-Stadt, Krankenpflegeschule Bürgerspital Solothurn; Ernst Schibli, 1939, Otelfingen, Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur.

Aufnahmen: Die Schwestern Monique Fiechter-Prokesch, Frieda Furrer, Irma Oberholzer-Burkhard, Marinette Reuteler.

Gestorben: Frau Thirza Holzer-Gyssler, gestorben 29. Oktober 1966.

Weihnachtsfeier

Die Weihnachtsfeier der Sektion beider Basel findet am Mittwoch, 28. Dezember 1966, um 16.00 Uhr, im Festsaal der Schwesternschule des Bürgerspitals, Klingelbergstrasse 23, statt. Wir laden die Mitglieder zu dieser Feier herzlich ein und freuen uns, besonders die ältern Schwestern wieder an unserem Fest begrüssen zu dürfen, um einige gemütliche Stunden mit ihnen zu verbringen.

Anmeldungen bitten wir bis zum 23. Dezember 1966 an das Sekretariat, Leimenstrasse 52, Basel, zu richten, wo auch die Gaben für den Glücksack abgegeben werden können.

Voranzeige

Am 26. Januar, 2. Februar und 9. Februar 1967 (jeweils Donnerstag) finden im Bürgerspital Basel drei Fortbildungsabende statt, zu denen wir Sie schon jetzt freundlich einladen möchten. Thema: *Der Diabetiker in medizinischer und pflegerischer Sicht — Gefässerkrankungen als Diabeteskomplikation.*
Eine genauere Orientierung erfolgt im Januarheft.

Sektion BERN

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Irene Amstutz, 1939, Sigriswil, Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun; Françoise Yvette Bürdel, 1944, Freiburg, Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel; Hanna Berta Huber-Weidmann, 1943, Berg, Schwesternschule vom Roten Kreuz, Zürich-Fluntern; Claire-Marie Jeanneret-Grosjean, 1944, Le Locle, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern des Kantonsspitals Luzern; Gertrud Lack, 1938, Kappel, Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern; Gertrud Zürcher, 1944, Trub, Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel; Elsa Gertsch, 1937, Lauterbrunnen, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof Bern.

Gestorben: Schwester Mariette Trachsel, Bern, geb. 1910, gestorben 3. November 1966.

Aufnahmen: Die Schwestern Theres Racheter, Elsbeth Ruh, Margrit Junker, Emma Fuhrer-Rödlach, Therese Marti.

Weihnachtsfeier

Zur gemeinsamen Feier möchten wir Sie nochmals recht herzlich einladen. Sie findet Montag, 19. Dezember, um 15.30 Uhr, im neuen «Lindenhof», im Esszimmer des Schulgebäudes, Bremgartenstrasse 121, Bern, statt. Allen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Feier teilnehmen können, wünschen wir von Herzen, dass sie in der Stille der Weihnachtstage viel Freude erleben und mit neuer Kraft zuversichtlich ins neue Jahr hineingehen. Unsere besten Wünsche begleiten sie.

Zur Entrichtung des *Jahresbeitrages 1967* werden Sie zu Beginn des kommenden Jahres einen Einzahlungsschein erhalten.
SVDK-Ausweise: Das Mittelstück ist entfernt, die Ausweise müssen uns nicht zur Verlängerung zugestellt werden, merci!
Wir wünschen allen unsern Mitgliedern von nah und fern frohe, gesegnete Festtage, alles Gute im neuen Jahr, und freuen uns, wenn wir Sie im 1967 recht zahlreich an unseren Veranstaltungen begrüssen dürfen.

Section de FRIBOURG

A tous nos membres nous souhaitons une joyeuse fête de Noël et pour l'année 1967 bonheur et santé.
Allen unseren Mitgliedern wünschen wir frohe, gesegnete Weihnachten und ein glückliches, erfolgreiches Jahr 1967.

Section de GENEVE

*Demandes d'admission *:* Mlles Bernadette Bonvin, 1926, Veysonnaz, « La Source »; Monique Lagarde, 1942, France, « Le Bon Secours »; Colette Layaz, 1933, Noréaz, Ecole valaisanne, Sion; Lisette Rey, 1944, Presinge, « La Source »; Mme Josiane Monnerat-Zufferey, 1936, St-Luc, Ecole valaisanne, Sion.

Admissions: Mlles Juliane Cuendet, Rosemarie Grob, Hildegard Kühlewein et Mmes Lambelet-Vernet, A.-C. Osiek.

Sektion LUZERN / URKANTONE / ZUG

Aufnahme: Pfleger Martin Kottmann.

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Ursulina Camathias, 1939, Laax, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Maria Bättig, 1944, Mauensee, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Hanny Fischer, 1941, Triengen, Pflegerinnenschule St. Anna, Luzern; Trudy Kunz, 1943, Hergiswil, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Hedy Lagger, 1943, Münster, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Monika Seitz, 1944, Berneck, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Maria Ulrich, 1937, Muothathal, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Liselotte Zumsteg, 1940, Mettau, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Marta Spaeti, 1944, Luzern, Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern; Pfleger Franz Birrer, 1935, Romoos, Krankenflegerschule Kantonsspital Luzern.

Voranzeige

Die nächsten Fortbildungskurse finden statt: 28. Januar 1967, 25. Februar 1967, jeweils im Kantonsspital Luzern.

Wir wünschen allen unseren Mitgliedern frohe Festtage und ein gesegnetes, erfolgreiches 1967.

Section de NEUCHATEL

*Demande d'admission *:* Mlle Catherine Clottu, 1944, de Neuchâtel, Cornaux, St-Blaise, « La Source ».

Sektion ST. GALLEN / THURGAU / APPENZELL / GRAUBÜNDEN

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Verena Feldmann, 1942, Eriswil, Rotkreuzpflegerinnenschule Lindenhof Bern; Heidi Gees, 1942, Scha-

rans, Pflegerinnenschule Spital St. Nikolaus, Ilanz; Margaretha Lenzin, 1942, Oberhof, Krankenpflegeschule Theodosianum Zürich.

Aufnahmen: Die Schwestern Marie-Louise Clalüna, Silvia Schweizer, Ursula Wernli; Pfleger Kurt Eugster.

Wir wünschen allen unseren Mitgliedern frohe und gesegnete Weihnacht, zugleich danken wir sehr herzlich für die Treue, die Hilfe und alle Freundlichkeiten, die wir im Laufe des Jahres erfahren durften.

Section VAUD / VALAIS

*Demandes d'admission *:* Mlle Sylvette Pochon, 1943, Chêne-Paquier, Ecole de l'Hôpital cantonal de Lausanne; Mlle Janine-Alice Petremand, 1935, La Côte-aux-Fées et Le Locle, Ecole de l'Hôpital cantonal de Lausanne; M. Jacques Roulet, 1936, Echichens et La Sagne, Ecole de l'Hôpital cantonal de Lausanne.

Admissions: Mesdemoiselles Marie-Elise Bourgeois, Marie-Thérèse Nussbaumer, Sylviane Pont.

Groupe d'accueil

Prochaine réunion du Groupe d'accueil: le mardi 3 janvier 1967 à l'Hôtel Central-Bellevue, Lausanne.

La Section Vaud / Valais de l'ASID a le plaisir d'annoncer à ses membres que son « *Groupe d'intérêts communs des infirmières en hygiène sociale* » s'est créé le 26 mai 1966.

Sektion ZÜRICH / GLARUS / SCHAFFHAUSEN

*Anmeldungen *:* Die Schwestern Hedwig Derrer, 1942, Oberglatt, Krankenpflegeschule Rotes Kreuz Zürich-Fluntern; Martha Gabathuler, 1909, Appenzell, Krankenpflegeschule Diakonissenanstalt Riehen; Verena Kaiser, 1943, Horgen, La Source, Lausanne; Margrit Kürsteiner, 1923, Gais, Kantonsspital Aarau; Elsbeth Meier, 1943, Winterthur, Krankenpflegeschule Rotes Kreuz Zürich-,Fluntern; Marti Mühlemann, 1934, Winterthur, Schwesternschule Rotes Kreuz Zürich-Fluntern; Esther Müller, 1942, Schaffhausen, Schwesternschule Rotes Kreuz Zürich-Fluntern; Susanne Neitsch, 1941, Schaffhausen, Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich; Heidi Strasser, 1932, Wangen an der Aare, Schweizerische Pflegerinnenschule Zürich.

Aufnahmen: Olinda Bertschinger.

Gestorben: Helene Frick, geboren 1893, gestorben 27. Oktober 1966.

Weihnachtsfeier

Dienstag, 20. Dezember, 1966, 17 Uhr
Zur gemeinsamen Feier im Kirchgemeindehaus Hottingen (Asylstrasse 32) laden wir sie alle noch einmal herzlich ein.
Allen Verbandsmitgliedern wünschen wir frohe Weihnachtstage und ein gesegnetes neues Jahr. Es wird uns freuen, wenn wir Sie auch im kommenden Jahr an unsern Veranstaltungen begrüssen dürfen.

Der Vorstand und das Sekretariat

Club ... XY?

Im April dieses Jahres haben wir von Zürich und Schaffhausen aus eine Carfahrt nach Basel zum Besuch einer chemischen Fabrik organisiert. Die Begeisterung war gross über die herrliche Blustfahrt, die interessante Besichtigung der Hoffmann-La Roche und das von der generösen Firma offerierte Mittagessen im Zoo-Restaurant. Vor der Rückreise reichte die Zeit sogar noch zu einem Rundgang bei den Tieren im Zoo.

Ein anderes Mal, es war an einem schönen September-Nachmittag, fuhren wir per Auto nach Eglisau und per Schiff auf dem Rhein durch eine traumhaft schöne Landschaft bis Rüdlingen.

Dass sich alle bestens unterhielten und fröhlich waren, als wir sogar noch zu einem guten Kaffee kamen, kann man sich denken. Es ist verständlich, dass auf der Heimreise der Wunsch geäussert wurde, öfters solche gemeinsame Vergnügungsfahrten zu unternehmen, oder einmal einen Treffpunkt zu vereinbaren, wo man in Gesellschaft Gleichgesinnter Gespräche führen und ein paar frohe Stunden gemeinsam verbringen könnte.

Gedacht ist dieser Club für die nicht mehr voll in der Arbeit oder auf einsamen Posten stehenden Schwestern, die Aelteren, die Verheirateten und alle übrigen, die Kontakt mit andern suchen und Freude an der Natur haben.

Gesucht wird noch ein Name für diese neue Interessengruppe und ein guter «Manager»! Bitte melden Sie sich und machen Sie mit! Wir sind gerne bereit, für Sie solche Nachmittage vorzubereiten.

Melden Sie bitte Ihre Adresse auf dem Sekretariat Asylstrasse 90, 8032 Zürich, wenn wir Ihnen in Zukunft auch eine Einladung schicken sollen.

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

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

Les activités du Comité de la section de Genève de l'ASID
avril à octobre 1966

A plusieurs reprises il est apparu, au cours de conversations ou de rencontres, que les membres de la section de Genève de l'ASID n'étaient pas suffisamment informés des activités de leur association sur le plan local. Aussi, donnons-nous ici quelques brèves nouvelles concernant la période susmentionnée.

Comité

Le comité s'est réuni dix fois au cours de ces sept derniers mois. Il a accepté avec regret la démission du comité et des fonctions de vice-présidente de Mlle *G. Banderet* et a désigné Mlle *Henrioud* pour la remplacer. L'assistance aux séances est généralement très bonne et chacun participe à tour de rôle à des activités où l'ASID est invitée et doit être représentée (Centre de liaison des associations féminines, Protection civile, Croix-Rouge genevoise, Conseil international des infirmières, etc.). Un point important de l'ordre du jour de chaque séance est actuellement la préparation de l'Assemblée des délégués que Genève recevra en mai 1967. Des groupes de travail commencent à se constituer et préparent leur plan d'action. Nul doute que la collaboration de beaucoup d'infirmières sera sollicitée pour cet événement.

Secrétariat

Mlle *Wüthrich,* secondée de Mlle *Command,* continue d'être très occupée et sollicitée de tous côtés, par des infirmières, des institutions officielles et privées. Des renseignements de tous genres lui sont demandés et interrompent très souvent le travail commencé. Le bureau de placement continue à remplir un rôle très actif: le total des factures établies chaque mois se monte à environ 40 000 francs, ce qui implique naturellement de nombreux téléphones et écritures. Actuellement, le bureau se préoccupe des conditions de travail faites au personnel de nuit privé dans les établissements hospitaliers de Genève; des propositions sont en cours.

Groupes d'intérêts communs

Ces groupes se sont réunis de façon irrégulière en raison des vacances, mais semblent avoir repris leurs activités avec dynamisme.

Groupe d'accueil

Ce groupe, sous la présidence de Mlle *G. Pascalis,* continue de se préoccuper du sort des infirmières étrangères à Genève en soutenant un réseau d'infirmières-pilotes à l'Hôpital cantonal chargées d'accueillir leurs compatriotes et de faciliter leur adaptation à Genève. Une soirée très réussie a été organisée par les infirmières étrangères en mai dernier. Ce fut un apport de culture internationale présenté de façon charmante et qui fut fort apprécié.

Groupe Hôpital cantonal

Ce groupe a repris ses activités après les vacances et a organisé un voyage très réussi à Bâle où environ 50 infirmières ont fait une visite à Hoffmann-La Roche et du jardin zoologique. Une visite du CERN est prévue. Les cours de yoga ont repris et groupent 60 participantes. Mlle Banderet, responsable du groupe, assiste régulièrement aux séances de l'Inter-syndicale de l'hôpital ce qui permet de coordonner certaines démarches au sein de cette institution.

Groupe infirmières de la Santé publique
(anciennement d'hygiène sociale)

Ce groupe a tenu sa séance constitutive le 6 octobre dernier sous la présidence très agréable de Mlle *Eva Monnier.* Mlle *Jacqueline Gaillard,* infirmière attachée au Service social de la Policlinique universitaire de médecine, a été nommée présidente de ce nouveau groupe d'intérêts communs. Un bureau de sept membres a été constitué.

Groupe recrutement

Ce groupe a repris ses activités à fin octobre en réunissant environ 30 infirmières représentant différents domaines des soins infirmiers à Genève. Une information leur a été donnée concernant l'ASID en général, ses réalisations passées et actuelles, puis une discussion animée traita des problèmes concernant principalement le recrutement de nouveaux membres, problèmes où le désintérêt, le manque d'information, le problème financier posé par l'obligation d'adhérer à une caisse de retraite, semblent être les principaux éléments. Concernant ces divers points, une consultation des infirmières de Genève a eu lieu; des questionnaires ont été envoyés aux 469 membres de la section, à 91 élèves-infirmières de deuxième et troisième années d'études en stage à Genève et à 90 infirmières non membres de l'ASID. Le comité est en train d'en dépouiller les réponses et transmettra ses conclusions à la prochaine conférence des présidentes et secrétaires qui aura lieu à Berne le 3 décembre prochain.

Cours de perfectionnement

Un programme de cours sur le sujet des « soins aux brûlés » a dû être différé au printemps

1967 pour raison d'absence de médecins spécialisés en la matière. Une journée de perfectionnement pour les aides-soignantes est prévue au début de l'an prochain.

L'installation du secrétariat du *Conseil international des infirmières* à Genève le 1er août 1966 occasionne de nombreux contacts intéressants et sympathiques. En collaboration avec la direction de l'Ecole d'infirmières Le Bon Secours, la présidente de l'ASID, le Comité central et le Comité de la section ont invité à fin septembre les membres de ce nouveau bureau à une réception au Bon Secours qui fut très réussie.

Le travail ne manque donc pas mais se fait dans une atmosphère de collaboration très sympathique pour laquelle la présidente se fait ici un plaisir de remercier chacun. J. Demaurex

Genève, le 11 novembre 1966.

Groupe d'intérêts communs des infirmières de la santé publique

Ce groupe d'intérêts communs dépendant de la *section de Genève* de l'ASID s'est constitué le 6 octobre 1966. Les buts de ce groupe sont formulés dans le projet de règlement comme suit:

a) Maintenir et promouvoir les intérêts de ses membres au point de vue professionnel, social et économique;

b) encourager et faciliter la formation et le perfectionnement professionnels de ses membres, en Suisse et à l'étranger;

c) étudier, selon les nécessités, certains problèmes professionnels ou généraux touchant à l'activité des infirmières et infirmiers d'hygiène sociale (à l'avenir « infirmières de la santé publique »);

d) représenter les intérêts professionnels de ses membres auprès du Comité de la section de Genève de l'ASID, seul habilité à représenter le groupe auprès des employeurs et des autorités;

e) entretenir et favoriser les contacts avec les représentants d'autres professions ayant des intérêts communs.

Pourquoi ce groupe a-t-il remplacé l'appellation « infirmière d'hygiène sociale » par celle d'« infirmière de la santé publique »? En voici les motifs (extraits du procès-verbal de la séance constitutive du 6 octobre):

a) Mieux différencier l'infirmière d'hygiène sociale de l'assistante sociale;

b) clarifier par cette nouvelle dénomination la fonction de l'infirmière travaillant pour la santé des familles et de la population;

c) se rapprocher de la terminologie utilisée sur le plan international et dans les documents de l'OMS.

L'*Organisation mondiale de la Santé* (OMS) donne la définition suivante:

« L'infirmière de la santé publique est une infirmière d'un type spécial qui, aux compétences de l'infirmière proprement dite, associe celles du travailleur de la santé publique et jusqu'à un certain point, celles de l'assistance sociale.

Son activité s'inscrit dans le cadre général de l'œuvre de santé publique, dont le but est de promouvoir la santé, d'améliorer les conditions du milieu — qu'il s'agisse du milieu matériel ou du milieu social — de prévenir la maladie et l'invalidité et d'assurer la réadaptation des malades et des infirmes. Elle s'occupe avant tout des familles bien portantes, des malades non hospitalisés et de leurs proches, des collectivités et enfin des problèmes de santé qui ont des incidences sur la société dans son ensemble. »

Définition tirée du Rapport technique numéro 167 de l'OMS: « Services infirmiers de Santé publique », page 5.

Mlle *Jacqueline Gaillard* élue présidente du groupe d'intérêts communs, précise que des contacts étroits seront établis avec la section Vaud / Valais et les « Travailleurs sociaux ». Un des premiers objectifs poursuivis par les infirmières réunies dans ce groupe sera l'obtention de la reconnaissance de leur diplôme sur le plan cantonal et national.

Publications en vente au Secrétariat central de l'ASID

Tirés à part:

Rapport annuel de la présidente, 1er janvier au 31 décembre 1965, prix 1 fr.

« Histoire de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés », Erika Eichenberger, prix 1 fr. 20.

Polycopie:

« Les soins infirmiers en Suisse », Mireille Baechtold (texte rédigé à l'intention de personnes de l'étranger demandant des informations), prix 1 fr.

« Nursing in Switzerland », M. Baechtold, 1 fr.

Autres publications:

« Principes fondamentaux des soins infirmiers », Virginia Henderson, Conseil international des infirmières, prix 2 fr. 80.
« Code de déontologie de l'infirmière », Conseil international des infirmières, prix 15 ct.

« La Revue suisse des infirmières » en 1966 et en 1967

Récapitulant les événements de l'année, je pense entre autres à l'Assemblée des délégués à Bâle et aux membres qui ont pris la peine de renvoyer au Secrétariat central le questionnaire distribué à cette occasion. Je tiens à les remercier très sincèrement. La Commission de rédaction souhaitait retirer de cette enquête restreinte des renseignements quant à l'appréciation générale de la revue et quant aux vœux et propositions de ses lecteurs. Quelque peu décus du nombre de questionnaires remplis et reçus en retour, nous avons cependant recueilli des idées intéressantes. Un des prochains numéros vous donnera les résultats de cette enquête.

Deux parmi les vœux maintes fois exprimés se réaliseront dès le premier numéro de la nouvelle année:

1° Pagination du texte d'une part et des annonces d'autre part, permettant de relier la partie des textes avec pagination continue.

2° Nouvelle présentation de la table des matières, difficile à trouver jusqu'ici.

Je vous remercie à vous tous qui avez participé activement à la revue. Ce n'est que grâce à la collaboration d'un grand nombre de membres ASID que le contenu en a été si abondant. Beaucoup parmi vous ont demandé la contribution de médecins, d'autres ont pris la plume ou ont cherché des textes appropriés parmi les élèves et les collaborateurs. D'autres encore ont apporté des idées et des suggestions ou ont rendu d'inestimables services en traduisant des textes et en corrigeant des épreuves.

Je tiens aussi à remercier tout spécialement l'imprimerie Vogt-Schild qui, depuis la direction et en passant par tous les services administratifs et techniques est à l'origine de l'exécution si soignée et l'envoi de la revue dans les délais à plus de 7000 abonnés.

Mes vœux les meilleurs pour la nouvelle année s'adressent à tous les collaborateurs connus ou inconnus de la revue.

Anne Marie Paur, rédactrice

Communication aux abonnés à la « Revue suisse des infirmières » non-membres de l'ASID

Vous trouvez inclus dans le présent numéro le bulletin de versement pour l'abonnement 1967. Veuillez s. v. p. nous faire parvenir le prix de l'abonnement de 14 francs

jusqu'au 31 janvier 1967.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir respecter la date sus-mentionnée. Ainsi vous nous facilitez la tâche et vous vous évitez des frais supplémentaires, car après le 31 janvier nous nous verrons dans l'obligation d'encaisser contre remboursement les abonnements impayés. D'avance nous vous remercions de votre prompt versement et nous vous envoyons nos meilleurs messages.

« Revue suisse des infirmières »
Imprimerie Vogt-Schild, Soleure

Florence Nightingale International Nurses Association

(Formerly old internationals' Association)
A residential conference will be held in Athens, September 13th to 22nd, 1967.

Conference theme: *" A Key to better Nursing Service "*.

Residence for members of the Association at the Hellenic Red Cross School of Nursing, by generous invitation of the President of the Hellenic Red Cross. Residence elsewhere can be arranged for non-members on application.

Conference fee: For members of the Association £ 10; non-members, including residence £ 30 to be confirmed, subject to changing costs. Early application essential. Places limited, priority to members, others in order of application.

Further particulars available from The Hon. Secretary, 48 Wilbury Road, Hove, 3, Sussex, England.

«Der Körper des Menschen». Einführung in Bau und Funktion. *A. Faller,* Freiburg, Schweiz. 288 Seiten, 179 meist zweifarbige Abbildungen, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1966. DM 9.80.

Mit dem vorliegenden Buch haben wir ein neues, fein ausgestattetes Werk erhalten, das medizinisches Hilfspersonal in den Bau des menschlichen Körpers in überaus leicht fasslicher Art einführt. Nicht nur das rein Anatomische, sondern auch die Physiologie, d.h. die Lehre von der Lebenstätigkeit der Organe, kommt zu einem gewissen Recht, wodurch das Buch lebendig und anregend wird. Wir können unendlich viel aus diesem Werk lernen, indem der Verfasser auch auf zahlreiche Details eingeht, die wir in manchen grundlegenden Lehrmitteln nicht finden; auch sind sie in einer glücklichen, leicht fasslichen Art behandelt. So eignet sich das vorliegende Werk weniger für das erste einführende Studium in einer Schwesternschule, sondern es wird besonders Schulschwestern ein willkommenes Hilfsmittel sein, um ihre Kenntnisse zu festigen und vertiefen. Besondere Erwähnung verdient das Kapitel «Hormonale Drüsen», in welchem nicht nur die einzelnen Drüsen in ihrer Über- und Unterfunktion Erwähnung finden, sondern auch die so wichtigen Korrelationen der Drüsen untereinander und mit dem sympathischen Nervensystem.

Alle Abbildungen sind klar und mit viel Sorgfalt beschriftet.

Dr. med. F. M.

Lehrbuch für Krankenpflegeschulen Band I/II *Claire Dietrich.* Sechste bzw. vierte Auflage, Walter de Gruyter & Co, Berlin 1966, Band I, 226 Seiten, DM 16.—, Band II, 256 Seiten, DM 22.—.

Das Lehrbuch von Dr. med. C. Dietrich hat einen umfassenden Aufbau mit dem Vorteil, dass neben den Hauptgebieten auch die Augen- und Ohrenheilkunde, die Geisteskrankheiten, u. a. m. behandelt werden. Wir würden es aber begrüssen, wenn das Buch speziell auf dem Gebiet der innern Medizin ausführlicher wäre, denn die Krankenschwester sollte die Möglichkeit haben, darin auch dasjenige nachzuschlagen, das nicht in ihren Unterrichtsstunden behandelt werden kann und nicht direkt zum Examensstoff gehört. Dieser Forderung entsprechen z.B. die Tabellen über Zusammensetzung und Kaloriengehalt verschiedener Nahrungsmittel, das Verzeichnis der anatomischen und deutschen Namen. Wir vermissen hingegen eine Darstellung des Wasser- und Elektrolythaushaltes, der Isotopendiagnostik und -therapie, sowie der Enzyme. (Nur die Transaminasen sind kurz erwähnt.) Ferner wäre eine eingehendere Besprechung der pflegerischen Aufgaben der Schwester zu wünschen.

Dr. U. von Schulthess, Zürich

Psychotherapie in der Seelsorge. Von *Wolfram Kurth* und *Gerhardt Bartning.* 144 Seiten. Reinhardt-Verlag, Basel. Fr. 8.50.

Psychotherapie und Seelsorge begegnen sich heute in mannigfacher Weise und werden oft als Konkurrenten empfunden. Das zeigt sich z. B. auch in der Tatsache, dass viele hilfesuchende Menschen, die früher selbstverständlich zum Pfarrer gingen, heute den Psychotherapeuten aufsuchen. Ist Seelsorge als eine Verkündigung des Wortes Gottes an den Einzelnen, als Zuspruch der Vergebung überhaupt noch möglich und nötig? Von seiten der Christen wird immer wieder behauptet und befürchtet — und nicht immer zu Unrecht—, dass der Psychotherapeut die Schuld des Menschen wegerkläre, indem er zurückfrage bis auf frühkindliche Erlebnisse und Entbehrungen. Sehr viele gegenseitige Missverständnisse machen sich geltend, und doch wäre eine Zusammenarbeit dringlich; auch der oft geäusserte Wunsch an die Kirchen, es sollte wenigstens einigen Pfarrern eine gründliche therapeutische Ausbildung ermöglicht werden, stösst noch auf wenig Verständnis.

Auf dem Hintergrund dieser Auseinandersetzungen ist das uns vorliegende Büchlein entstanden. Es ist — und das ist erfreulich — das Ergebnis eines Gesprächs und der Zusammenarbeit zwischen einem Arzt und einem Seelsorger. In einem ersten Hauptteil stellt der Arzt Ursprung und Inhalt, Aufgaben und Ziele der Psychotherapie dar und charakterisiert die

wichtigsten verschiedenen Schulen. Er kommt am Schluss zu einer kleinen Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Seelsorge: die Aufgabe des Therapeuten ist es, den Kranken von seiner Last und seinen Komplexen zu befreien, ihn lebensfähig zu machen. «Das eigentliche Ziel des Seelsorgers hingegen ist — ausser der Verkündigung des Gotteswortes mit seinem Hauptinhalt, dass Christus für uns gestorben ist und uns dadurch erlöst hat — der Hinweis auf das volle Heil in einer neuen Schöpfung. Auch der Trost, den der Seelsorger im Namen Gottes spendet, geht als geistlicher Trost grundsätzlich über eine Diesseitströstung hinaus.»

Nun wartet man mit Spannung darauf, dass der Theologe seinerseits eine ebenso klare Grenzziehung vornimmt, in Auseinandersetzung mit der des Therapeuten, gegen die sich ja manches einwenden liesse. Leider ist das aber nicht seine Aufgabe, sondern er unternimmt es, der Psychotherapie ihren Platz in der Seelsorge anzuweisen, wobei das eigentliche seelsorgerliche Anliegen relativ wenig zur Sprache kommt. Sehr gut zeigt er bestimmte Konfliktzonen auf und zeichnet — natürlich sehr fragmentarisch — Wege der Hilfe in der Seelsorge. Dabei wird das Lesen dieses zweiten Teils dadurch erschwert, dass sehr vieles uneigentlich gesagt, d. h. in Anführungszeichen gesetzt wird.

Für den Nichtfachmann auf beiden Gebieten ist der erste Teil hilfreich, der zweite wohl nur teilweise verständlich. Marga Bührig

Menschliche Konflikte im Krankenhaus (People in Hospital). Von *Elisabeth Barnes,* aus dem Englischen übersetzt von Oberin L. Schleiermacher. 2. Auflage, 1966, 160 Seiten. W. Kohlhammer, Stuttgart. DM 6.50.

Dieses Buch gewinnt gegenwärtig wieder speziell an Wichtigkeit im Zusammenhang mit der *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* die demnächst in verschiedenen Spitälern durchgeführt wird. Es bringt in äusserst lebendiger und anschaulicher Form eine Zusammenfassung über die Ergebnisse einer internationalen Studie, die vor ungefähr zehn Jahren in Krankenhäusern verschiedener Länder, darunter auch der Schweiz, durchgeführt wurde. In jener Studie wurden vor allem die psychologischen Probleme in den Spitälern beobachtet, festgehalten und diskutiert. In der gegenwärtigen Studie werden in erster Linie faktische Tatsachen hinsichtlich des Einsatzes der verschiedenen Berufsgruppen im Pflegesektor festgehalten. So ist der Inhalt dieses Buches eine äusserst wertvolle Ergänzung zur Studie, die jetzt im Gange ist.

Auf vorzügliche Weise ist es der Autorin gelungen, den Gehalt nicht in Form einer nüchternen Berichterstattung, sondern auf interessante und spannende Weise darzustellen und die einzelnen Probleme von den verschiedensten Seiten her zu beleuchten.

Neben all jenen Personen, die mit der Studie über das Pflegewesen unmittelbar in Berührung kommen und darum den Inhalt dieses Büchleins unbedingt kennen sollten, wird es auch allen andern Lesern, die im ärztlichen wie im Pflege- und Verwaltungssektor tätig sind, eine wertvolle Bereicherung bieten. (Besprechung der 1. Auflage Dezember 1963.) K. R.

Was im Wirbel dieser Zeiten
Kann uns trösten, halten, leiten?
Welches Ding ist nicht bezüglich,
Welcher Kompass ist untrüglich?

Denn nach alter Menschenweise
Gehn wir rettungslos im Kreise,
Und mit tausend Finsternissen
Schlägt der Himmel unser Wissen . . .

Den wir leise Vater nennen,
Ahnen, fühlen, nie erkennen:
Ihm bleibt unser Tun verbindlich,
Ihm vertraun wir klein und kindlich.

Hermann Hiltbrunner
«Geistliche Lieder»

Wir suchen zur Betreuung kranker und verunfallter Mitarbeiter einen gutausgewiesenen,

dipl. Krankenpfleger

als selbständiger Werksamariter unseres Werkes.
Offerten sind zu richten an die Direktion der VON ROLL AG., Werk Choindez, 2763 Choindez.

Pour les soins à donner à notre personnel malade ou accidenté, nous cherchons un

infirmier diplômé

ayant une bonne formation professionnelle et étant capable de reprendre le poste d'infirmier de notre usine.
Les offres de service sont à adresser à la Direction de VON ROLL S. A., Usine de Choindez, 2763 Choindez.

Die **kantonale Heil- und Pflegeanstalt Wil SG** sucht im Zuge einer Neugestaltung einzelner Abteilungen

dipl. Krankenschwestern und Pfleger, Pflegerinnen für Alters- und Chronischkranke, Hilfsschwestern

Diplome werden anerkannt, Dienstjahre angerechnet. Raum für eigene Initiative, freie Arbeitsweise, beste Bedingungen, angenehme Unterkunft. Aufstiegsmöglichkeiten. Für diplomierte Krankenschwestern interessanter Einblick in Pflege Gemüts- und Nervenkranker; auf Wunsch Gelegenheit zum Erwerb des Psychiatriediploms in verkürzter Lehrzeit (ohne Lohnminderung).
Lernschwestern und -pfleger können mit 18 Jahren zu sehr guten Lohnbedingungen, die finanzielle Unabhängigkeit erlauben, eintreten.

Im **Kantonsspital Frauenfeld** (Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach) ist baldmöglichst die Stelle der

Oberschwester

neu zu besetzen.

Die Bewerberin soll über eine ausreichende Berufserfahrung, Organisationstalent und Geschick im Umgang mit dem Personal verfügen.

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

Offerten mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an: Verwaltung des Kantonsspitals Frauenfeld TG, Telefon 054 7 17 51.

Das **Tiefenauspital der Stadt Bern** sucht zur Ergänzung des Personalbestandes

diplomierte Krankenschwestern

und eine

Dauernachtwache

Zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen.

Anmeldungen sind mit Beilage von Diplomausweis und Zeugnisabschriften an die Oberschwester zu richten.

Wir suchen für unsere chirurgischen und medizinischen Abteilungen

diplomierte Krankenschwestern

Wir bieten zeitgemässe Lohn- und Anstellungsbedingungen. Eintritt nach Uebereinkunft.

Offerten sind zu richten an die **Verwaltungsdirektion des Rätischen Kantons- und Regionalspitals in Chur (Telefon 081 21 51 21).**

Das neue Kreisspital Bülach-Zürich sucht

dipl. Krankenschwester

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche.

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

Das Frauenspital Basel sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

eine Oberin des gesamten Pflegedienstes

Geregelte Arbeits- und Freizeit, Fürsorgeeinrichtung gemäss dem Gesetz für die staatlichen Spitäler, Lohn je nach beruflicher Erfahrung.

Bewerberinnen, die sich über selbständige Tätigkeit auf diesem Gebiet ausweisen können, wollen ihre Offerte unter Beilage von Lebenslauf, Berufsausweisen, Zeugniskopien und Passphoto an die Verwaltung des Frauenspitals Basel, Schanzenstrasse 46, richten.

Das Kantonsspital Aarau sucht für den chirurgischen Operationssaal

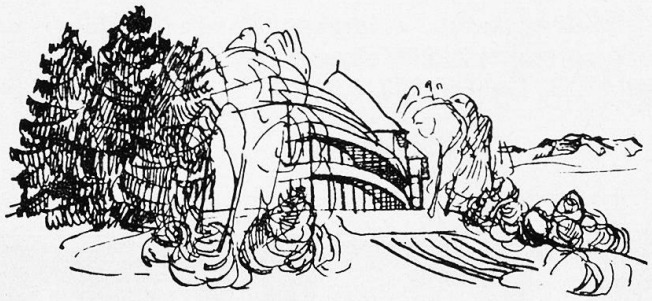
Schwestern für die Reanimationsabteilung

auch zur Ausbildung, ferner

1 Narkoseschwester
1 Instrumentierschwester

Geboten werden zeitgemässe Arbeitsbedingungen bezüglich Besoldung, Freizeit und Unterkunft.

Auskunft erteilt die Spitaloberin M. Vogt, Telefon 064 22 36 31.



Das Kreisspital Wetzikon-Zürich, im landschaftlich reizvollen Zürcher Oberland gelegen, sucht infolge Aufkündung des Stationsvertrages durch das Diakoniewerk Neumünster wegen Nachwuchssorgen, **spätestens auf Frühjahr 1967**

Oberschwester

Mittelgrosses Landspital mit 111 Betten. Chirurgische, gynäkologisch-geburtshilfliche und medizinische Abteilungen. Chefarztsystem. Projekt für die nächsten Jahre: Neubau mit 180 Betten, Akutspital.

dipl. Krankenschwestern
für chirurgische und medizinische Abteilung

Röntgenassistentin und / oder **Operationsschwester**

dipl. Wochen- und Säuglingsschwester

dipl. Pflegerin (1½-Jahreskurs)

Was bietet Ihnen Wetzikon:
Schöne, moderne Unterkünfte, Fünftagewoche, Salarierung usw. nach kantonalem Reglement.
Wetzikon ist nur 28 Bahnkilometer von Zürich entfernt, hat viele schöne Wanderwege, moderne Sportanlagen usw.

Richten Sie Ihre Unterlagen bitte an die **Verwaltung des Kreisspitals Wetzikon, 8620 Wetzikon-Zürich.** Für nähere Auskünfte: Telefon 051 / 77 11 22.

Littenheid

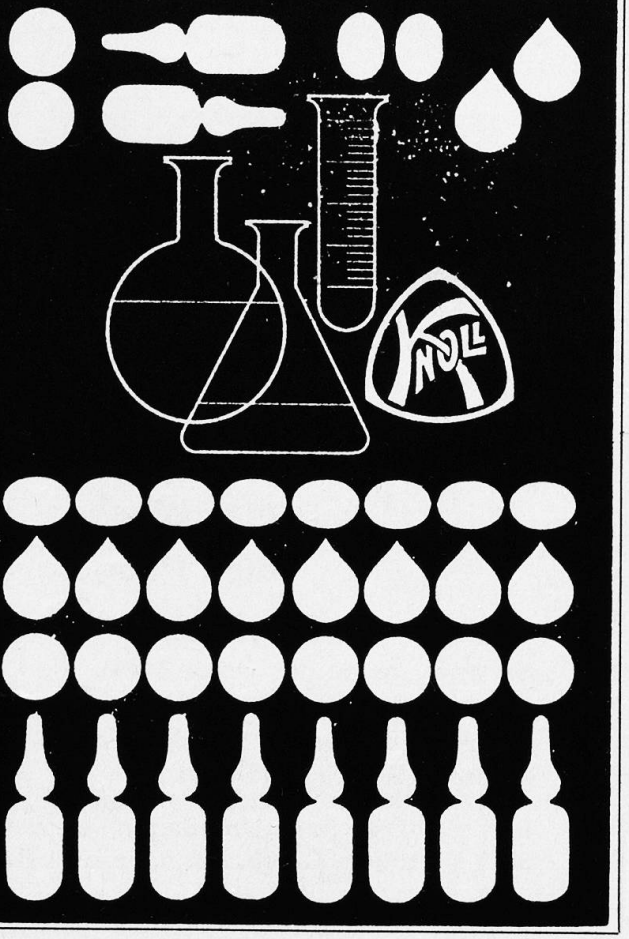
Wir suchen qualifizierte

Psychiatrieschwestern
Psychiatriepfleger

Zeitgemässe Lohnansätze unter Berücksichtigung der Dienstjahre.

48-Stunden-Woche, vier Wochen Ferien, Fortbildungskurse, Alterskapital- und Unfallversicherung, für verheiratete Pfleger Todesfallversicherung, modernes Wohnen.
Psychiatrisches Spital Littenheid, 9501 Littenheid TG, Telefon 073 6 01 01

Schöpferische Leistungen auf sicheren Fundamenten



KNOLL A.-G.
Chemische Fabriken
4410 Liestal

Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch einige

diplomierte Krankenschwestern

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

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

Bezirksspital Biel

Wir suchen zum baldigen Eintritt für unsere chirurgische, medizinische und gynäkologische Abteilung

dipl. Krankenschwestern
Operationsschwestern
Narkoseschwestern

Geboten werden neuzeitliche Anstellungsbedingungen mit geregelter Arbeits- und Freizeit.

Anmeldungen sind zu richten an die Personalabteilung des Bezirksspitals Biel, Vogelsang 84, 2500 Biel, Telefon 032 / 2 25 51.

Im Frühjahr 1967 verlassen uns fünf jüngere, tüchtige Schwestern, da sie sich im Ausland weiterbilden möchten.

Als Ersatz dafür suchen wir gutausgewiesene und qualifizierte,

diplomierte Schwestern

für unsere chirurgische Abteilung und Wachstation. Stellenantritt nach Uebereinkunft.

Zeitgemässe Arbeitsbedingungen: Fünftagewoche, Besoldung nach kantonalem Lohnregulativ.

Anmeldungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen an die Direktion des Kantonsspitals 8596 Münsterlingen TG.

Die **Schule der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich** sucht auf Frühjahr 1967

Schuloberin und Schulschwester oder -pfleger

Anforderungen: Aufgeschlossene Persönlichkeit mit pädagogischem Geschick, Freude am Erteilen von Unterricht, Erfahrung im Pflegedienst. Diplom der Psychiatriekrankenpflege erwünscht, jedoch sind nicht beide Bedingung.

Bewerberinnen mit Ausweisen über den Besuch der Fortbildungskurse des Schweizerischen Roten Kreuzes erhalten den Vorzug.

Wir bieten: der Aufgabe entsprechende Besoldung und gute Sozialleistungen.
Anmeldungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen erbeten an die

Leitung der Schule für Psychiatriekrankenpflege, Lenggstrasse 31, 8008 Zürich, Telefon 051 53 10 10.

Das **Kantonsspital Schaffhausen** sucht für den Aufbau und die Leitung einer Schule von «Pflegerinnen für Wochenbett und Gynäkologie» eine

leitende Schulschwester

für den Unterricht und die Betreuung der Schülerinnen.
Voraussetzung ist Freude an der Führung junger Menschen. Eine eventuell notwendige Spezialausbildung würde von uns übernommen.

Anmeldungen von Schwestern, die sich für diese Aufgabe interessieren, sind erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals Schaffhausen, Telefon 053 5 71 31.

Gemeinde Domat/Ems

Wir suchen eine

Gemeindekrankenschwester

Eintritt nach Uebereinkunft. — Schriftliche Offerten unter Beilage von Berufszeugnissen, Lebenslauf, Referenzen und Photo sind zu richten an Albert Brunner, Gemeindepräsident, 7013 Domat/Ems GR.

Einwohnergemeinde Langenthal

Infolge Rücktritt in den Ruhestand sind im **Altersheim der Einwohnergemeinde Langenthal** mit etwa 30 Betagten folgende Stellen neu zu besetzen:

die Heimleiterin
eine Krankenschwester oder Alterspflegerin
eine Hausangestellte

Besoldung: Nach Uebereinkunft. Im Rahmen der bestehenden Besoldungsordnung der Einwohnergemeinde Langenthal. Pensionskasse.

Stellenantritt: 1. April 1967 oder nach Vereinbarung.

Anmeldungen: Handschriftliche Bewerbungen mit Angaben über Personalien, Bildungsgang und bisherige Tätigkeit sind unter Beilage von Zeugnisabschriften und Photo bis spätestens 5. Januar 1967 an den Vorsteher der Sozialen Fürsorge, Gemeindehaus, 4900 Langenthal, zu richten. Persönliche Vorstellung nur auf Einladung hin.

Die Soziale Fürsorge

Für kleine medizinische Abteilung suchen wir eine

Dauernachtwache

Die Stelle würde sich auch für ältere Schwester gut eignen.

Stellenantritt nach Uebereinkunft. Besoldung nach kantonalem Lohnregulativ.

Anmeldung mit Bewerbungsunterlagen an die Direktion des Kantonsspitals 8596 Münsterlingen TG.

Krankenhaus Altstätten SG

Für unser neuzeitlich eingerichtetes Krankenhaus suchen wir zum sofortigen Eintritt oder nach Uebereinkunft

4 diplomierte Krankenschwestern
1 Dauernachtwache

ferner auf 1. Februar 1967

1 Narkoseschwester

Wir bieten zeitgemässe Entlöhnung, gute Fürsorgeeinrichtung, Fünftagewoche.
Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Krankenhauses Altstätten SG, Telefon 071 75 11 22.

Das **Kantonsspital Aarau** sucht für seine Krankenpflegeschule

zwei Schulschwestern

für den Unterricht in praktischer und theoretischer Krankenpflege und zur Betreuung der Schülerinnen.
Spezielle Ausbildung ist erwünscht, aber nicht Bedingung. Sie kann bei Eignung nachgeholt werden.
Zeitgemässe Anstellungsbedingungen hinsichtlich Besoldung und Unterkunft, geregelte Freizeit, auf Wunsch Externat.
Eintritt: 1. Januar 1967 oder nach Vereinbarung.
Nähere Auskunft erteilt die Spitaloberin M. Vogt, Telefon 064 22 36 31.

Anmeldungen sind erbeten an das Kantonsspital Aarau, Verwaltungsdirektion.

Welcher diplomierten Krankenschwester würde die selbständige Arbeit einer

Gemeinde-krankenschwester

in unserer Stadt zusagen?
Angenehmes Arbeitsklima, guter Verdienst, Pensionsversicherung.

Anmeldungen sind zu richten an die Gemeindekrankenpflege der Stadt Solothurn.

Das **Engeriedspital in Bern** sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

1 Narkoseschwestsr

Zum Eintritt auf 1. Januar 1967, eventuell später,

1 Hilfspfleger

für Operationssaal und Abteilung

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Entlöhnung, Fünftagewoche.

Schreiben oder telefonieren Sie bitte an Privatklinik Engeried, Oberschwester, 3000 Bern, Telefon 031 23 37 21.

Das Bürgerspital der Stadt Solothurn (med. Klinik) sucht zum Eintritt nach Vereinbarung

1 dipl. Pfleger

Neben der Arbeit auf der Station würde er für die Tätigkeit in der Bäder- und Massageabteilung angelernt. Schriftliche Bewerbungen sind erbeten an die Direktion des Bürgerspitals 4500 Solothurn.

Bezirksspital Uster

Wir suchen zum Eintritt für sofort oder später

Narkoseschwester

für modern eingerichteten Operationsbetrieb. Gehalt, Ferien und übrige Anstellungsbedingungen gemäss kantonalem Anstaltsreglement. Offerten sind erbeten an den Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Dr. med. R. Kübler, 8610 Uster.

Akutspital (45 Betten) sucht auf 1. Januar 1967 eine

Narkoseschwester — stellvertr. Oberschwester

Offerten sind erbeten an die Oberschwester des **Bezirksspitals Saanen bei Gstaad,** Berner Oberland.

Wir suchen zur Mitarbeit im **neuen Lindenhofspital** in Bern weitere

Narkose- und Operationsschwestern

diplomierte Krankenschwestern

für den Pflegedienst und die Anleitung unserer Schülerinnen

Eintritt nach Uebereinkunft. — Anmeldungen sind zu richten an Oberin K. Oeri, Lindenhofspital, 3000 Bern.

Zur Ergänzung des Personalbestandes suchen wir noch einige

diplomierte Krankenschwestern und -Pfleger

Unsere Universitätskliniken bieten eine Vielfalt interessanter Arbeitsplätze. Fünftagewoche, neuzeitliche Lohnverhältnisse.

Anmeldung nimmt das Personalbüro für das Pflegepersonal entgegen, wo weitere Auskünfte gerne erteilt werden.

Personalbüro II, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, 8006 Zürich, Telefon 051 32 98 11, intern 2831.

BROWN BOVERI · 75 JAHRE · 75 ANS · 75 YEARS · 75 ANNI · 75 AÑOS

1891-1966

Zwecks Erweiterung unserer Betriebe suchen wir gutausgebildete

Krankenschwester

für die betriebsärztliche Ambulanz.

Das Aufgabengebiet ist vielseitig:

— Beurteilung und Behandlung der Kleinunfälle
— Erste Hilfe
— Beratung in Krankheitsfällen.

Vorbildung

Wenn möglich gute Ausbildung in Erster Hilfe, Kleinchirurgie und Krankenpflege.

Erwünscht wären: Grundkenntnisse in Laborarbeiten und im Röntgen, Führerausweis.

Interessentinnen sind gebeten, ihre Offerte unter **Kennziffer 94/66** an unser **Personalbüro** zu richten. Unser Betriebsarzt, Herr Dr. med. H. Wyss, erteilt Ihnen gerne auch telefonisch Auskunft (056 7 51 51).

AG Brown, Boveri & Cie., 5400 Baden

Stadtspital Triemli Zürich

Wir suchen auf den 1. Mai 1967, eventuell später, eine

Spitaloberin

Aufgabenkreis:

Mitarbeit bei der Einrichtung und Inbetriebnahme des gegenwärtig im Bau begriffenen Spitals in allen den Pflegebereich betreffenden Fragen — Organisation der Pflegeabteilungen — Koordination der pflegerischen Arbeit im späteren Spitalbetrieb (690 Betten) — Mithilfe bei der Personalbeschaffung — Einführung und Weiterbildung des Pflegepersonals — Mitwirkung bei der Auswahl des Krankenpflegematerials.

Anforderungen:

Längere praktische Tätigkeit als leitende Spitalschwester oder in ähnlicher Funktion, wenn möglich Absolventin des Oberschwesternkurses des Schweizerischen Roten Kreuzes — Freude an organisatorischen Arbeiten — gute Führungseigenschaften — Takt und Verhandlungstalent im Verkehr mit den Abteilungsleitern und dem übrigen Personal.

Wir bieten:

Interessante, sehr vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem modernen Spitalbetrieb mit fortschrittlichen Arbeitsbedingungen — Besoldung nach städtischer Besoldungsverordnung.

Anmeldung:

Interessentinnen sind gebeten, ihre Anmeldung mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Photo an den Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes der Stadt Zürich, Walchestrasse 31, 8006 Zürich, zu richten.

Nähere Auskunft über die Stelle erteilt der Verwaltungsdirektor des Stadtspitals Triemli, Walchestrasse 31, 8006 Zürich, Telefon 051 29 20 11, intern 20.68.

Wir suchen
per sofort
oder nach Übereinkunft

1 Narkoseschwester

1 Hebamme

1 dipl. Krankenpfleger

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima, zeitgemässe Entlöhnung, Fünftagewoche, Pensionskasse

Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Krankenhauses Wattwil, 9630 Wattwil Telefon 074 7 10 21

Das Internationale Knabeninstitut Montana, Zugerberg, sucht eine

Krankenpflegerin

die Freude an einer interessanten Tätigkeit in einer internationalen Schulgemeinschaft hat. Bewerberinnen mit Kenntnissen in der englischen und der italienischen Sprache werden bevorzugt. Offerten mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Photo und Angabe des Gehaltsanspruchs (bei freier Station) sind der Direktion des Instituts einzureichen.

Bürgerspital Basel

sucht für die Pflegestation **Leimenklinik**

dipl. Krankenpfleger

Wir bieten geregelte Arbeitszeit. Eine preisgünstige Wohnung kann vermittelt werden. Handgeschriebene Offerten sind zu richten an die Spitaldirektion, Hebelstrasse 2, 4000 Basel.

Dalerspital, Freiburg, sucht auf 1. März 1967 oder nach Uebereinkunft

Operationsschwester

die unseren regen Operationsbetrieb leiten kann. Sowie

Narkoseschwester

mit guter Ausbildung (oder könnte eventuell auch angelernt werden). Fünftagewoche, gute Bezahlung. — Offerten an die Oberschwester des Dalerspitals, 1700 Freiburg.

Zwei neue Privatkliniken in Bari und Altamura (Italien) suchen

dipl. Hebammen
dipl. Schwestern
dipl. Kinderschwestern

für sofort oder nach Uebereinkunft. Deutsche, französische Sprache. Italienisch nicht unbedingt nötig.

Anmeldungen an Dr. Angelo Gallotta, ostetrico ginecologo, Via Latina 5, Altamura (Bari).

Wir suchen eine

Gemeindeschwester

für unsere zwei Gemeinden in der Nähe Zürichs. Lohn nach Normalvertrag. Neue Zweizimmerwohnung und VW stehen zur Verfügung.

Bitte sich zu melden bei Herrn R. Kull (Telefon 051 95 52 05), Präsident unseres Krankenpflegevereins Stallikon-Aeugst.

Einwohnergemeinde Thierachern bei Thun

Wir suchen auf den 1. Februar 1967 eine

Gemeindeschwester

Leichterer, selbständiger Posten mit geregelter Freizeit. Besoldung nach Dekret.
Anmeldung mit den üblichen Unterlagen bis zum 31. Dezember 1966 an Herrn Otto Blaser, Präsident der Fürsorgekommission, Schönegg, Thierachern, Telefon 033 6 32 63, wo auch nähere Auskünfte eingeholt werden können.

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

jüngeren, diplomierten Krankenpfleger

in neu eingerichteten Operationssaal. Gute Besoldung, geregelte Freizeit.

Offerten sind unter Beilage der üblichen Bewerbungsunterlagen zu richten an die Verwaltung des Kantonsspitals 8750 Glarus.

Gesucht

Krankenschwester
oder **geeignete Persönlichkeit**

zu hemiplegischem, jüngerem, teilarbeitsfähigem Architekten. Wir suchen einen frohmütigen Menschen, der fähig ist, eine gute Atmosphäre zu schaffen, einen einfachen Haushalt zu führen bereit ist und wenn möglich Fahrausweis besitzt. Platz Zürich.

Hans Niesz, Weinbergweg 5, 5400 Baden.

Gesucht auf anfangs Januar 1967 im Raume Zürich in modern eingerichtete chirurgische Privatklinik zur Assistenz bei Operationen und Pflege einiger Leichtkranker

dipl. Krankenschwester mit Operationssaalerfahrung
sowie baldmöglichst oder nach Vereinbarung
erfahrene Operationssaal-Schwesternhilfe

Geregelte Arbeitszeit, kein Notfalldienst, angenehmes Arbeitsklima, externe Stelle, gute Besoldung.
Offerten freundlicher, pflichtbewusster Bewerberinnen unter Beilage von Zeugnisabschriften erbeten unter Chiffre 3821 ZK an die Annoncenabteilung Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Der Verein für das Alter, Sektion Bern-Stadt, sucht zur Betreuung des im Frühjahr 1967 bezugsbereiten Altersheims Lentulus eine

Krankenschwester

Gewünscht wird eine teilnehmende Betreuerin der erkrankten Pensionäre, die sich in die stabilen Heimverhältnisse gut einfügen kann und bereit ist, eine schöne Teamarbeit aufzubauen und die Heimleiterin vertreten kann.

Offerten mit kurzen Angaben über die bisherige Tätigkeit sowie Gehaltsansprüchen sind zu richten an das Sekretariat des Vereins für das Alter, Sektion Bern-Stadt, Thunstrasse 37, 3005 Bern.

Spital St. Nikolaus, 7130 Ilanz

Wir suchen für sofort eine tüchtige

Instrumentierschwester

Unser Spital liegt günstig in der Nähe von guten Skigebieten. Welche begeisterte Skifahrerin hätte Interesse, bei guter Entlöhnung und Freizeit hier zu arbeiten? Offerten bitte an Schwester Oberin.

Wir suchen für unsere Krankenabteilung eine tüchtige

Laborschwester

Geboten werden moderne und zweckmässige Einrichtungen, ein vielseitiges und selbständiges Arbeitsfeld sowie vorzügliche Lohn- und Sozialleistungen. Interessentinnen wollen sich bitte melden unter Chiffre 3822 ZK an die Administration Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Das **Basler Kinderspital** sucht einige

Krankenschwestern

Tüchtige, aufgeweckte u. exakt arbeitende Schwestern finden ein interessantes Arbeitsgebiet. Besoldung nach kantonaler Verordnung, Fünftagewoche, geregelte Arbeits- und Freizeit. —

Handschriftliche Anmeldung mit Lebenslauf und Zeugniskopien sind an die Oberschwester zu richten.

L'Hôpital cantonal de Lausanne cherche pour ses différents services

infirmières et infirmiers diplômés en soins généraux

infirmières HMI

Les offres sont à adresser à la direction de l'Hôpital cantonal, 1000 Lausanne.

Entraide protestante du Borinage (Belgique) engage

infirmières et gardes-malades diplômées

1° Externes pour visiter malades à domicile,
2° internes pour ses homes de vieillards et réfugiés, malades et infirmes.

Conditions financières intéressantes. Frais de voyage remboursés. Voiture automobile aux frais de l'Entraide. Mise à disposition d'une maison meublée. Femme de ménage une fois par semaine. Travail indépendant. Ecrire 34, rue d'Arlon, **Bruxelles 4.**

En raison de la prochaine mise en service du nouveau bloc opératoire de l'Hôpital de la Gruyère à Riaz, le poste de

chef de salle instrumentiste

est à repourvoir pour Pâques 1967. Engagement et conditions de travail à discuter avec l'infirmière-chef de l'hôpital. Téléphone 029 2 84 31.

Infirmière-directrice
éventuellement couple

cherchée par Clinique psychosomatique « Le Pré du Château », Choulex - Genève. Envoyer offres à Mme H. Mentha, 10, cours des Bastions, 1200 Genève.

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

2 infirmières diplômées
2 infirmières instrumentistes

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

L'Hôpital d'Yverdon (200 lits) cherche

infirmière de salle d'opération
instrumentiste formée ou débutante

infirmière diplômée
pour son service de chirurgie.

Postes stables et de confiance, au bénéfice de conditions sociales et de travail avantageuses (semaine de cinq jours). Activité chirurgicale variée et intense.
Prière d'écrire au Dr A.-P. Naef, chef du service de chirurgie, téléphone 024 2 61 21.

La direction du Service de santé de la jeunesse cherche

3 infirmières diplômées

si possible avec spécialisation en hygiène sociale.

A qualification égale, la préférence sera donnée aux candidates de nationalité suisse.

Les offres manuscrites, avec curriculum vitae en trois exemplaires, doivent être adressées au médecin-directeur, Service de santé de la jeunesse, 11, Glacis-de-Rive, 1211 Genève 3, téléphone 27 24 18.

Le conseiller d'Etat chargé
du Département de l'instruction publique:

André Chavanne

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

Krankenschwester

auf neu eingerichtete Krankenabteilung. Besoldung nach kantonalem Tarif. Geregelte Freizeit.

Offerten unter Angabe von Ausbildungsgang und Beilage der üblichen Unterlagen erbeten an Chefarzt Dr. H. Helmig, Spital Bauma, 8494 Bauma.

Wir suchen in unser modern eingerichtetes Pflegeheim

1 diplomierte Pflegerin für Chronischkranke

Eintritt nach Vereinbarung. Ueber die Anstellungsbedingungen erteilen wir gerne die entsprechenden Auskünfte.

Offerten sind erbeten an die Verwaltung Evangelisches Pflegeheim, 9008 St. Gallen, Lettenstrasse 24, Telefon 071 24 95 44.

Bezirksspital Zofingen AG

Wir suchen zum baldigen Eintritt

dipl. Krankenschwestern

für Chirurgische Abteilung, Medizinische Abteilung und Gynäkologische Abteilung

dipl. Wochen- und Säuglingspflegerinnen

dipl. Hebammen

Zeitgemässe Besoldung nach kantonaler Verordnung. Fünftagewoche.

Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester oder den Verwalter, die auch gerne nähere Auskunft erteilen. Telefon 062 8 31 31.

Gesucht wird

Gemeindeschwester

für ambulante Pflege. Angenehme Arbeitsbedingungen und schöne Wohnung vorhanden. Pauschalentschädigung f. Auto. Lohn und Freizeit werden vertraglich geregelt. Eintritt baldmöglichst. Nähere Auskunft erteilt der Präsident des Krankenpflegevereins Bichelsee TG, Franz Münst, Loh, 8362 Balterswil, Telefon 073 4 36 17.

Wir suchen

dipl. Krankenschwestern

Bieten gute Anstellungsbedingungen in geregeltem Betrieb. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals 3506 Grosshöchstetten.

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. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche. Offerten mit Zeugniskopien erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals, 8500 Frauenfeld TG.

---

10 Prozent Rabatt

gegen Vorweisung Ihres Ausweises, erhalten Sie auf sämtlichen geführten Artikeln. — Schwesternuhr Fr. 64.— mit Garantie. Exklusives Modell. Reparaturen billigst.

Mäder, Uhren - Bijouterie,
Marktgasse 63, 3001 Bern
Telefon 031 22 30 19

Gesucht wird für sofort oder nach Uebereinkunft

Abteilungsschwester

Offerten sind zu richten an die Oberschwester des **Bezirksspitals Münsingen,** Telefon 031 68 12 68.

Zürichseegemeinde Richterswil sucht zu baldigem Eintritt eine

Gemeindekrankenschwester

die Freude an selbständiger Tätigkeit hat. Wir bieten zeitgemässe Anstellungsbedingungen nach den Richtlinien. Moderne Wohnung steht zur Verfügung. VW vorhanden (kann auch privat benützt werden). Anfragen und Offerten an Frau E. Bollinger, Chrummbuchli 31, 8805 Richterswil, Telefon 051 76 12 29.

Das Kantonale Krankenhaus Grabs (Nähe Grenzbahnhof Buchs SG) sucht

dipl. Krankenschwestern

für vorwiegend chirurgische Abteilungen. Unser Haus ist gut eingerichtet. Im Winter bietet sich ideale Gelegenheit für den Skisport. Im Sommer locken die umliegenden Berge zu Ausflügen und Wanderungen. Fünftagewoche Gehalt nach kantonalem Reglement. Unterkunft in gut eingerichtetem Personalhaus. Interessentinnen wollen sich bitte an die Oberschwester wenden.

Im **Krankenhaus Davos** ist auf 1. Januar 1967 oder später eine Stelle für eine

Krankenschwester

frei. Die Lohnverhältnisse sind kantonal geregelt. Anmeldungen sind an die Oberschwester zu richten, Telefon 083 3 57 44.

Kantonsspital Schaffhausen

Wir suchen für feste Anstellung

dipl. Pfleger

für Operationssaal und Gipszimmer. — Neuzeitliche Lohn- und Arbeitsbedingungen, flotte Zusammenarbeit.

Offerten mit kurzem Lebenslauf, Zeugniskopien und Photo sind zu richten an W. Graf, Verwalter.

Für unsere neue **Orthopädische Universitätsklinik** suchen wir eine

Krankenschwester

Interessantes Arbeitsgebiet in modernst eingerichteter Klinik. Geregelte Arbeits- und Freizeit, Fünftagewoche.
Anmeldungen mit Zeugnisabschriften und Photo sind erbeten an die **Verwaltungsdirektion Klinik Balgrist,** Forchstrasse 340, **8008 Zürich.**

Die **Aargauische Mehrzweckheilstätte Barmelweid** sucht

diplomierte Krankenschwestern

Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Fünftagewoche. — Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester der Heilstätte Barmelweid bei Aarau.

Krankenhaus Romanshorn

Wir suchen für einen noch zu vereinbarenden Zeitpunkt eine gutausgebildete, wenn möglich erfahrene

Oberschwester

sowie zur Ergänzung des Personalbestandes

dipl. Krankenschwestern

Geboten werden zeitgemässe Arbeits- und Lohnbedingungen sowie die Möglichkeit des Beitritts in die Gemeindepensionskasse.

Offerten unter Beilage der üblichen Ausweise sind an die Verwaltung des Krankenhauses, 8590 Romanshorn, zu richten. Telefon 071 63 12 82.

Für Krankenpflegerin Fr. 69.–
Garantie 1 Jahr
Gutausgearbeitetes Werk, 17 S., stossicher, wasserdicht
Die gleiche, grösser, für Krankenpfleger Fr. 69.–
Verlangen Sie Auswahlsendung ohne Kaufzwang bei

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

Infolge Rücktrittes einer Schwester aus Altersgründen auf 31. März 1967, suchen wir auf dieses Datum eine

Krankenschwester oder Alterspflegerin

Zeitgemässe Entlöhnung. — Altersheime der Gemeinnützigen Gesellschaft von Neumünster, Forchstrasse 81, 8032 Zürich, Telefon 051 53 67 16.

Moderne Privatklinik im Tessin sucht:

1 diplomierter Krankenpfleger

interessanter Posten, Gelegenheit, nebst der Abteilung, zum Assistieren im Operationssaal.

2 diplomierte Krankenschwestern

Gute Arbeitsbedingungen und Möglichkeit zum Italienisch lernen. Offerten sind zu richten an Clinica Sant'Agnese, Muralto TI.

Gesucht in vorwiegend internistische Praxis freundliche, zuverlässige

Praxisschwester

Kenntnisse der einfachen Laborarbeiten erwünscht. Kein Maschinenschreiben. Stelle extern. Geregelte Arbeits- und Freizeit. Fünf Wochen Ferien. Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Offerten mit Angaben über Ausbildung und bisherige Tätigkeit und Lohnansprüchen an Dr. F. Züst, Spannerstrasse 24, 8500 Frauenfeld TG.

L'Hôpital de la Broye à Estavayer-le-Lac, cherche pour entrée de suite ou à convenir

1 infirmière narcotiseuse

pouvant également aider l'infirmière du service de chirurgie.

Bonnes conditions de travail, salaire, congés.
Faire offre à la Direction de l'hôpital, téléphone 037 6 30 18.

Gesucht auf Frühjahr 1967 nach **Dietikon** ZH

dipl. Gemeindekrankenschwester

reformiert, für selbständigen Wirkungskreis. Besoldung nach Reglement plus allfällige Teuerungszulage und Treueprämie. Pensionskasse, Autoentschädigung, Fünf Wochen Ferien, Wohnung vorhanden. Offerten erbeten an Krankenpflegeverein Dietikon, Frau Eggli, Quästorin, Telefon 051 88 86 61, wo auch weitere Auskunft erteilt wird.

Infirmière diplômée, HMI de préférence, est cherchée à titre de

monitrice directrice

pour Clinique de nourrissons. Faire offres avec curriculum vitae, références et photo, au Dr R. Martin Du Pan, 22, rue de Candolle, Genève.

Clinique de Chamblandes, Lausanne, cherche pour date à convenir:

1 sage-femme
1 infirmière d'étage
1 infirmière HMI

Faire offres à la Direction.

La Municipalité de Pully met au concours un poste

d'infirmière-visiteuse dipl.

de préférence diplômée en hygiène sociale. Le cahier des charges peut être consulté ou obtenu au greffe municipal. Les offres écrites, accompagnées d'un curriculum vitae doivent être adressées à la Municipalité de Pully, 1009 Pully, jusqu'au 25 décembre 1966.

Municipalité de Pully

L'Hôpital de la Providence à Neuchâtel cherche pour février ou mars 1967:

infirmière

pour la salle d'opérations. — Faire offres à la Direction de l'Hôpital de la Providence à Neuchâtel, tél. 038 5 60 41.

Krankenhaus 9053 Teufen AR
Wir suchen zu baldigem Eintritt oder nach Uebereinkunft

1 dipl. Krankenschwester
1 Laborantin
1 dipl. Krankenpfleger

der auch als Chauffeur Krankentransporte macht.
Zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen. Anmeldungen sind erbeten an die Oberschwester des Krankenhauses Teufen AR.

Krankenhaus Wald ZH
sucht zu baldigem Eintritt

1 Operationsschwester
1 Narkoseschwester

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

Die kinderpsychiatrische Abteilung des Basler Kinderspitals sucht auf 1. Januar 1967 eine

Schwester

Aufgabe: Betreuung von psychisch kranken Kindern in kleinen Gruppen (zwei bis vier Kinder). — Bedingungen: Fünftagewoche, 4 bis 5 Wochen Ferien, Lohn und Sozialleistungen nach kantonalen Normen. Anmeldung an die Abteilungsärztin, Frau Dr. R. Haffter, Kinderpsychiatrische Abteilung, Basler Kinderspital, Römergasse 8, Basel.

Gesucht

1–2 dipl. Krankenschwestern
1 Dauernachtwache als Ablösung
1 Dauernachtwache für Überwachungsstation

in vielseitigen, interessanten Betrieb. Wir bieten angenehme Arbeitsbedingungen, zeitgemässe Entlöhnung und Unterkunft in neuem, modern eingerichtetem Schwesternhaus.

Anmeldungen sind an die Oberschwester des Bezirkskrankenhauses Herisau zu richten.

Das **Alters- und Krankenasyl in Biel-Mett** sucht für sofort oder nach Uebereinkunft

Dauernachtwache

und

Krankenschwester

oder

Pflegerin

Ueberdurchschnittlicher Lohn, geregelte Freizeit, angenehmes Arbeitsklima. Kleine, schöne Zweizimmerwohnung in Villa eventuell zur Verfügung.

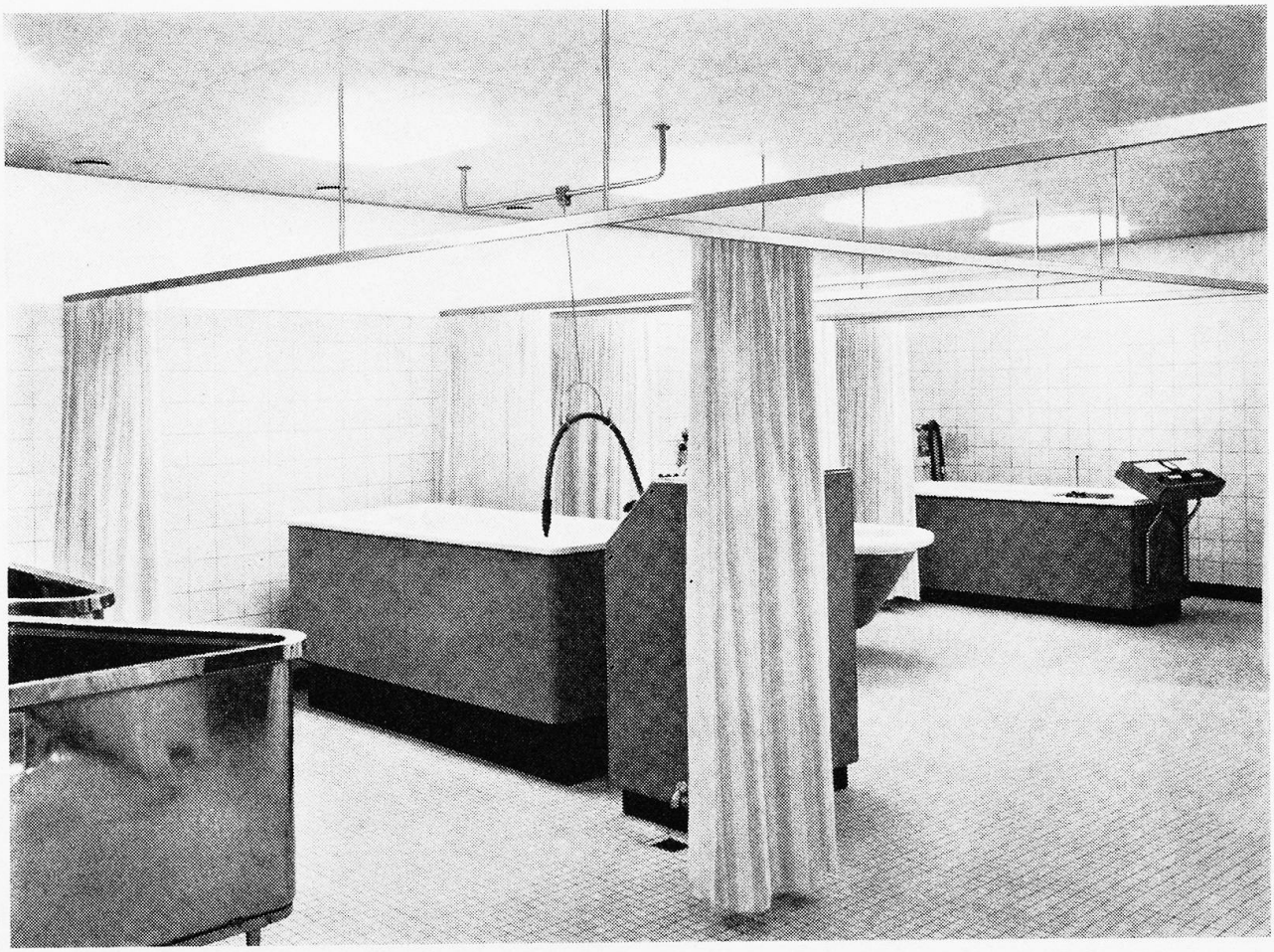
Psychiatrische Klinik im Bündnerland sucht

dipl. Krankenschwestern

Günstige Anstellungsbedingungen. Anrechnung der Dienstjahre. Es besteht die Möglichkeit, dem Unterricht unserer Schüler beizuwohnen; eventuell das Diplom als Psychiatrieschwester in zweijähriger Lehre zu erwerben.

Wir sind auch für kurzfristige Hilfen dankbar.

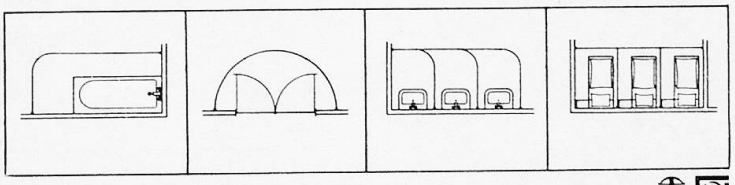
Auskunft erteilt Ihnen gerne die Direktion der psychiatrischen Klinik Beverin, 7499 Cazis (bei Thusis), Telefon 081 81 12 27.



Auch in der physikalischen Therapie – SILENT GLISS Cubicle Vorhangeinrichtung

Trennvorhänge in der physikalischen Therapie erweisen sich bei der Behandlung der Patienten als besonders praktisch. Sie geben Bewegungsfreiheit und werden immer häufiger anstelle fester Zwischenwände verwendet. Mit den freitragenden SILENT GLISS-Cubicle Vorhangeinrichtungen lassen sich Untersuchungs-, Behandlungs- und Krankenzimmer, Umkleide- und Baderäume zweckmässig unterteilen und individuell gestalten. Cubicle ist solid, beansprucht wenig Platz, ist leicht zu reinigen und korrosionsbeständig. Selbst schwere Vorhänge gleiten leicht und leise in den formschönen Cubicle-Garnituren. Gerne beraten wir Sie unverbindlich und können Ihnen mit zahlreichen Referenzen von bereits installierten Cubicle-Vorhangeinrichtungen in Spitälern, Sanatorien, Krankenhäusern, Kliniken usw. dienen. Handmuster, Prospekte durch

Anwendungsbeispiele:



SILENT GLISS®

F. J. Keller & Co., Metallwarenfabrik, 3250 Lyss, 032/84 27 42-43

AZ
4500 Solothurn 2

872 S

300/D

*
CR Schweiz. Landesbibliothek
Fächer-Filialen

Bern

Wundervoll weich, beschwerdefrei

...ich bin begeistert... Nichts mehr von Müdigkeit... Kalte Füsse kenne ich nicht mehr... Ich kann mich kaum mehr von den Schuhen trennen... Meinen Füssen ist noch nie so wohl gewesen...

so schreiben uns Kunden aus aller Welt. Viele Tausende tragen die patentierten Knellwolf-Sandaletten mit Begeisterung.

Die ideale Fussbekleidung für Krankenschwestern.

Modell G . . . Fr. 39.80
Standardmodell . . Fr. 69.80

Gratisprospekt, Auswahlsendungen nach auswärts. Samstags den ganzen Tag geschlossen.

hc knellwolf
orthopädie Tel. 051 / 34 06 40
Haldenbachstr. 21, 8006 Zürich

Die patent. Knellwolf-Sandalette

VOGT-SCHILD AG SOLOTHURN