

Zeitschrift: Zeitschrift für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières
Herausgeber: Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger
Band: 66 (1973)
Heft: 1

Heft

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 26.12.2025

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

**Zeitschrift
für
Krankenpflege**

**Revue suisse
des
infirmières**

Édité par l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés

1973

Herausgegeben vom Schweizerischen Verband dipl. Krankenschwestern und Krankenpfleger

1

Bekannt?

Kurz das Wesentliche über vier Medikamente der Allgemein-praxis. Alle sind freiverkäuflich, bewährt und werden vom Arzt verordnet.

Agiolax



Zuverlässiges Darmregulans

Granulat auf pflanzlicher Basis. Wirkt mild, angenehm und sicher. Auch für Schwangere und Bettlägerige.
Kassenzulässig.

Reparil-Gel



Kühlende, schmerzlindernde und entzündungshemmende Salbe

Gegen Schmerzen und Schweregefühl in den Beinen, Krampfadern, Sportverletzungen und lokale Schwellungen.
Kassenzulässig.

Urgenin



Urologicum für Mann und Frau

Gegen schmerzhafte Miktionsstörungen, Prostatitis, Reizblase der Frau. Dragées, Tropfen, Suppositorien.
Kassenzulässig.

Algo-Nevriton



Antineuralicum/Antirheumaticum

Zweckmässige Ergänzung von zwei Stoffen (fettlösliches Vitamin B₁ plus mikroverkapseltes Salicylat) und daher schnellere und intensivere Linderung und länger anhaltende Beseitigung des Schmerzes.

Wir dienen Ihnen gerne mit weiteren Unterlagen!
Für die Schweiz: Biomed AG, Postfach, 8026 Zürich

BIO/MED

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

Präsidentin - Présidente Liliane Bergier, Mathurin Cordier 11,
 1005 Lausanne
 Zentralsekretärin - Secrétaire générale Erika Eichenberger
 Adjunktin - Adjointe Marguerite Schor
 Geschäftsstelle - Secrétariat Choisystrasse 1, 3008 Bern, Telefon
 031 25 64 28, Postcheckkonto 30 - 1480

Zentralvorstand – Comité central

1. Vizepräsidentin - 1re vice-présidente Martha Meier, Zürich
 2. Vizepräsidentin - 2e vice-présidente Janine Ferrier, Genève
 Mitglieder - Membres Bettina Bachmann, Bern; Monique Blumenstein, Lausanne; Walter Burkhardt, Chur; Denise Evard, Neuchâtel; Marie-Theres Karrer-Belser, Luzern; Ruth Kunz, Basel; Solange Ropraz, Fribourg; Rosemarie Trulizi, Lugano; Mario Demarmels, Olten
 Vertreterinnen der zugew. Mitglieder - Déléguées des membres associés
 Delegierte des SRK - Déléguée de la CRS Schw. Lydia Waldvogel, Schw. Martha Butscher Vakan Monique Fankhauser, Lausanne

Die Sektionen – Les sections

Sektion - Section	Geschäftsstelle - Secrétariat	Präsidentin - Présidente
Aargau, Solothurn	Frau Elisabeth Arthofer-Aeby, Auensteinerstr. 242, 5023 Biberstein, Tel. 064 22 78 87	Frau Rosemarie de Noronha-Berger
Basel, Basel-Land	Schw. Margrit Müller, Leimenstr. 52, 4000 Basel, Tel. 061 23 64 05	Frau E. Jucker-Wannier
Bern	Schw. Sonja Regli, Choisystr. 1, 3008 Bern, Tel. 031 25 57 20	Frau U. Rieder-Lüthi
Fribourg	Mme Denise Jenny, 43, rte Joseph-Chaley 1700 Fribourg 7, tél. 037 22 06 66	Mlle S. Ropraz
Genève	Mlle Verena Wuthrich, 4, place Claparède, 1205 Genève, tél. 022 46 49 12	Mlle E. Schwytter
Luzern, Urkantone, Zug	Frau Josy Vonlanthen, St. Josef 6, 6370 Stans, Tel. 041 61 28 88	Schw. K. Fries
Neuchâtel	Mme Anne Béguin, 20, rue du Reynier, 2000 Neuchâtel, tél. 038 25 14 35	Mme A.-M. Gnaegi-Amaudruz
St. Gallen, Thurgau, Appenzell, Graubünden	Schw. Laura Giubellini, Paradiesstr. 27, 9000 St. Gallen, Tel. 071 22 35 77	Herr R. Härter
Ticino	Signora Mina Rezzonico-Surber, 6517 Arbedo, tel. 092 25 23 93	Sign. A. Marzaro
Vaud, Valais	Mme Elsa Garboli, 34, rue St-Martin, 1005 Lausanne, tél. 021 23 73 34	Mlle J. Jaton
Zürich, Glarus, Schaffhausen	Frau Marlene Grimm, Asylstr. 90, 8032 Zürich, Tel. 01 32 50 18	Frau A. Bremi-Forrer

Dem Weltbund der Krankenschwestern angeschlossen - Membre du Conseil international des Infirmières - International Council of Nurses (ICN), 37, rue de Vermont, Genève Präsidentin - Présidente: Margrethe Kruse

Schweizerische Vermittlungsstelle für ausländisches Pflegepersonal (SVAP) - Bureau de placement pour personnel infirmier étranger: Schw. Erna Schär, Wiesenstrasse 2, 8008 Zürich, Telefon 01 34 52 22

Editeur: Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés, Choisystrasse 1, 3008 Berne

Rédactrice: Blanche Perret, Choisystrasse 1, 3008 Berne, tél. 031 25 64 27

Dernier délai pour l'envoi de manuscrits: le 18 du mois précédent. Les articles non demandés par la rédactrice, sans timbres pour le renvoi, ne seront pas retournés

Impression et administration: Vogt-Schild S. A., Imprimerie et maison d'édition, 4500 Soleure 2, tél. 065 2 64 61, télex 3 48 48, compte de chèques postaux 45 - 4

Changements d'adresse: pour les membres de l'ASID: adresser la formule de mutation qui paraît dans chaque numéro de la Revue à la section qu'on va quitter. Non-membres: directement, au moyen de la formule de mutation, à Vogt-Schild SA, CH - 4500 Soleure 2.

Régie des annonces: VS-Annonces, Vogt-Schild S. A., 4500 Soleure 2, tél. 065 2 53 93 et 065 2 64 61-66, télex 3 48 46

Dernier délai pour l'envoi des annonces: le 26 du mois précédent

Prix d'abonnement: pour les non-membres de l'ASID: Suisse, 1 an fr. 24.—, étranger, fr. 30.—, Suisse, 6 mois, fr. 15.—, étranger, fr. 20.—

Sommaire / Inhaltsverzeichnis

- 2 Kurz und wichtig/Dernière minute
- 3 Mordacq, C.: **Freins et perspectives dans la carrière d'infirmière**
- 6 Décosterd, E.: La douleur et ses modalités d'expression (2e partie)
- 10 Jenny, R.: Geschichte der Anästhesie (2. Teil)
- 14 Hasler, A.: **Ein Fuss und seine Geschichte** (Diplomarbeit)
- 19 Laugier, P., Prof.: **Actualité des maladies vénériennes**
- 23 Maillard, C. ISP: **La lutte anti-vénérienne**
- 26 Volla, M.: **L'ASID et ses membres** (dessins H. Gelzer)
- 27 Vischer, N.: **Aktuelle Fragen der Krankenpflegeausbildung**
- 30 Mitteilungen **SRK / Communiqués de la CRS**
- 31 Läng, B.: Mit 50 Jahren abgeschrieben?
- 32 Paur, A. M.: Der **SVDK** stellt seine neue Dokumentationsstelle vor
- 34 Briefe der Sektionen / Kurze Mitteilungen
- 35 Réd.: L'assemblée constitutive de l'Institut suisse des hôpitaux
- 36 Kurse und Tagungen / Cours et sessions d'étude
- 37 Sektionen/Sections
- 40 Filmkartei
- 41 Buchbesprechungen/Bibliographie
- 42 Mutationen/Mutations
(à votre ancienne section s. v. p.)

Umschlaggestaltung:
 Sylvia Fritschi-Feller, VSG, Bern

heydogen® spray

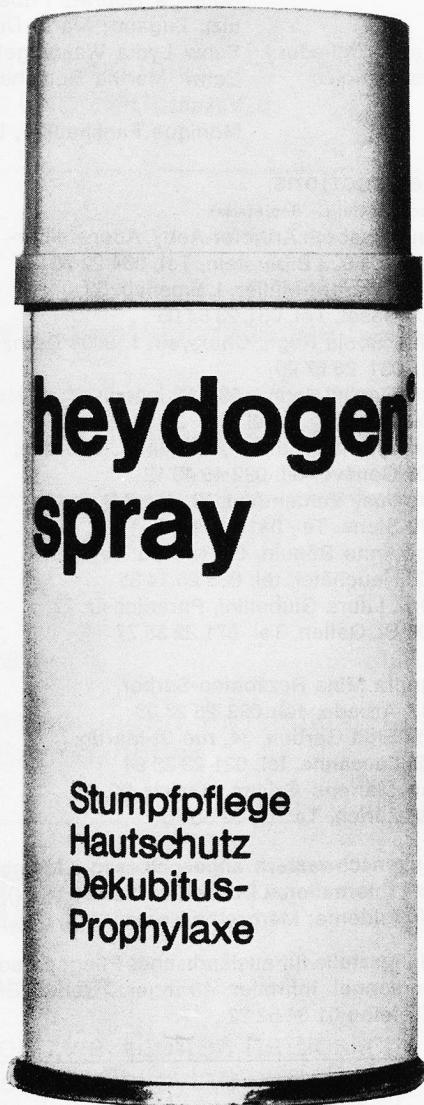
schützt die Haut vor Druck, Schweiß und Sekreten

Der widerstandsfähige
Heydogen-Film vermittelt
ein Gefühl der Sicherheit.

Die Haut bleibt trocken,
elastisch und voll atmungs-
fähig, ihre normale
Funktion bleibt erhalten.

Heydogen-Spray
erleichtert das Tragen von
Prothesen und ortho-
pädischen Stützapparaten.

von Heyden München



Für die Schweiz: Aldepha AG, Postfach 235, 8032 Zürich

Vitafissan pour le traitement efficace et la prévention des dermatoses



*Solide dans le tube,
liquide sur la peau,
la crème vitaminée Vitafissan
pénètre profondément
dans les tissus.*

La crème Vitafissan, à base de Labiline®, (albumines du lait hydrolysées) précieux composant des produits Fissan, enrichie des vitamines A, D, E et d'acides gras essentiels, est spécialement étudiée pour le traitement et la prévention des dermatoses. Elle est particulièrement efficace dans le traitement des peaux sensibles, irritées, crevassées ou déshydratées des nourrissons et des adultes.

La poudre vulnéraire Fissan, grâce à la Labiline®, nourrit et régénère les tissus. Elle absorbe rapidement les liquides et sécrétions et élimine toute trace d'humidité. Elle prévient les rougeurs et active la guérison des irritations.

Le baume Fissan, à base de Labiline®, prévient et guérit les inflammations du mamelon. Il est particulièrement efficace dans la prophylaxie de la mastite.

La pâte Fissan, émulsion grasse de Labiline®, est rapidement absorbée par la peau. Elle agite profondément et calme rapidement. Douée d'un grand pouvoir cicatrisant, elle permet une prompte guérison des plaies, rougeurs et inflammations.

Une gamme complète de produits Baby-Fissan à la Labiline®. Les meilleurs résultats sont obtenus en prescrivant l'utilisation conjointe de Vitafissan, de la pâte Fissan et des produits Baby-Fissan pour les soins et la toilette des bébés: crème, poudre, lait de toilette, huile, bain, savon et shampooing.

CSI

fissan

F. Uhlmann-Eyraud SA, 1217 Meyrin 2

SEMPERIT

OPERATIONSHANDSCHUHE

Weltruf durch Spitzenqualität

hautfreundlich und hochelastisch
griffsichere, satinierter Oberfläche
uneingeschränktes Tastgefühl
rationelle Einwegverpackung
kostensparend und preisgünstig



SEMPERIT

GANTS POUR OPERATIONS

Qualité supérieure – réputation mondiale

bien toléré par la peau
excellente élasticité
toucher sûr, surface satinée
pas d'entrave dans le maniement
emballage un emploi rationnel
économique, avantageux

Vertrieb durch:

IVF

Vente par:

Int. Verbandstoff-Fabrik Schaffhausen
8212-Neuhausen

Fabrique int. d'objets de pansement, Schaffhouse

Das wirksamste Wärme-
packungsmaterial
für Heimbehandlungen und
den Spitalgebrauch. Die
hervorragende und kosten-

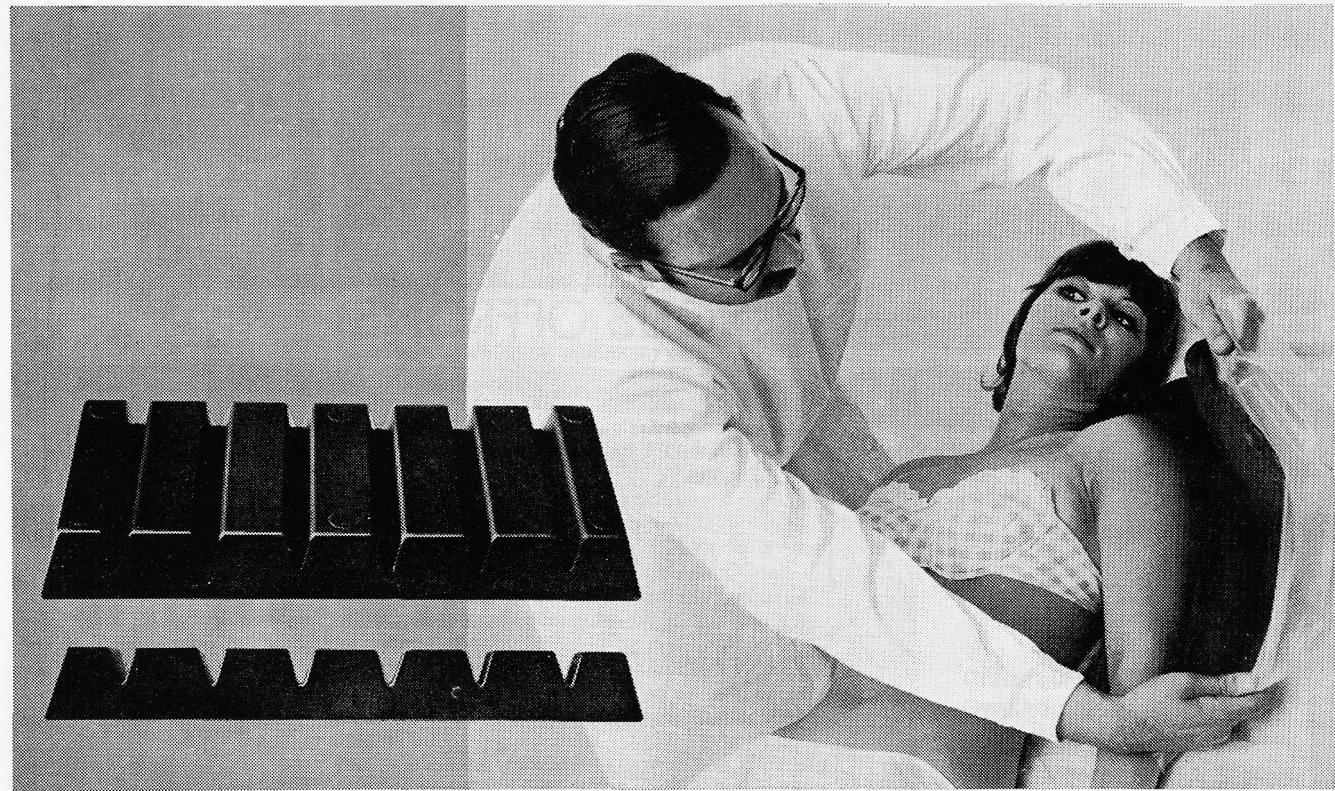
sparende Weiterentwicklung
der herkömmlichen Nass-
fangopackungen und Fango-
kompressen.

Parafango Battaglia

Dank der bestechenden
Saubерkeit können auch bett-
lägige Patienten mühelos

behandelt werden. Das
Duschen nach der Packung
fällt weg. Zubereitung
in normaler Pfanne oder in
thermostatisch gesteuerten
Erwärmungsgeräten.

Die unübertroffene Wärme-
haltung erzeugt eine
starke Hyperämie und
Schweissbildung.



Fango Co

Fango Co GmbH
8640 Rapperswil
Telefon 055 2 24 57

Verlangen Sie unsere wissen-
schaftliche Dokumentation.
Wir übernehmen kostenlos die
Instruktion Ihres Personals.

Für Schulen und Kurse kann
unser Film angefordert
werden.

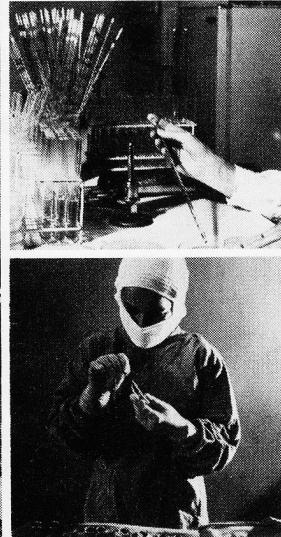
Wärmetherapie

am wirksamsten durch die
natürliche Parafango-Therapie

VENEZ TRAVAILLER AVEC NOUS...

SI VOUS ETES

Infirmière (ier) en soins généraux,
infirmière HMP,
Infirmière (ier) anesthésiste,
infirmière (ier) instrumentiste,
sage-femme,
infirmière assistante,
assistant(e) technique en radiologie,
laborantine,
physiothérapeute,
diététicienne,
secrétaire médicale,
aide hospitalière,
aide de maison,
cuisinier, cuisinière,
etc.



NOUS VOUS OFFRONS:

... un équipement technique moderne et spécialisé, des locaux agréables, une organisation du travail conférant à chacun des responsabilités, avec une information générale de tous nos collaborateurs, leur permettant de participer à part entière à l'objectif que nous poursuivons ensemble.

Vacances et horaire de travail sont semblables à ceux du commerce et de l'industrie.

Nous ne pouvons pas vous promettre des salaires princiers, mais nos conditions d'engagement sont adaptées aux exigences d'un hôpital moderne.

Quant à nos avantages sociaux, ils sont comparables à ceux de n'importe quelle grande entreprise. L'Ecole d'infirmières-assistantes, intégrée à l'hôpital, met ses salles de cours à disposition, permettant ainsi le recyclage régulier et la formation en cours d'emploi.

Pour vous détendre, un restaurant accueillant, une cafétéria moderne, des locaux de loisirs: piscine couverte, terrains de jeux, solarium, bibliothèque, atelier de bricolage, etc.

Morges, ville accueillante, en bordure du lac Léman, à peu de distance de Lausanne ou de Genève, vous attend.

Je m'intéresse à votre proposition et vous prie de me faire parvenir, sans engagement, de plus amples informations à ce sujet.

Nom: _____

Rue: _____

No: _____ Localité: _____

Coupon à détacher et à expédier à :

HOPITAL DE ZONE, MORGES

case 149

1110 MORGES

—

An alle Töchter,
die möchten, dass Neu-
geborene schon am ersten
Tag mit beiden Beinen
auf dem Boden stehen.

Die Hebamme verbindet ihre eigene Freude am jungen Erdenbürger mit dem dankbaren und notwendigen Dienst an Mutter und Kind. In der 3-jährigen (für Kranken- und Kinderkrankenschwester 1½-jährigen) Ausbildung werden neben allen wichtigen theoretischen Kenntnissen viel praktischer Unterricht in Gebär- und Operationssaal, Wochenbett- und Neugeborenenstation, Kinderklinik, interne Medizin und Gynäkologie vermittelt. Verlangen Sie mehr Informationen über diesen interessanten Beruf.



Hebamenschule
Kantonsspital
6000 Luzern
Tel. 041/25 37 78 +
Tel. 041/25 11 25



Immer griffbereit...

Desogen® Geigy

*zur Wundreinigung, Hände-
desinfektion, Desinfektion
von Krankengeschirr und
zum Auskochen der Spritzen
und Instrumente*

Desogen Lösung

Desogen fest

Desogen Tinktur

**wir freuen
uns
auf ihre
mitarbeit
im spital
limmattal
schlieren-zürich**



**Chirurgie, Medizin,
Gynäkologie:**
dipl. Krankenschwestern
dipl. Pflegerinnen FA SRK

**Operations- und
Notfallstation:**
dipl. Krankenschwestern
dipl. Krankenpfleger

- geregelte Arbeitszeit mit 45-Stunden-Woche (Gruppenpflege)
- Entlastung durch die zentralen Dienste
- Zeitgemäss Entlohnung nach kantonalzürcherischen Richtlinien
- Busverbindung ab Spital nach Zürich

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an die Verwaltungs-Direktion des
Spital Limmattal, Urdorferstrasse 100, 8952 Schlieren.
Für Auskünfte steht unsere Spitaloberschwester jederzeit zur Verfügung. Telefon 01 98 41 41.

Die guten Kyburz-Betten ersetzen Schlaftabletten



Garantiemarke

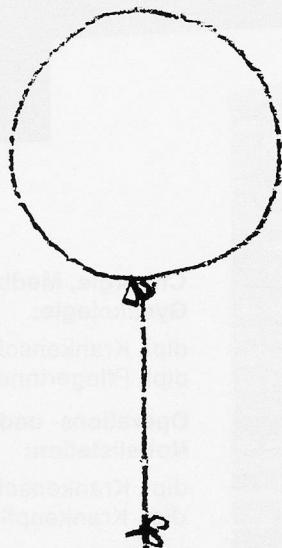
Bettwarenfabrik
Carl Kyburz AG
3122 Kehrsatz BE

Montana

Wer kommt zu uns ins sonnige Wallis? Wir suchen für den Winter in unsere Höhenklinik

2 dipl. Schwestern und 2 Pflegerinnen FA SRK

Montana liegt in 1500 m Höhe in einem herrlichen Ski- und Wandergebiet und bietet viel Gelegenheit zur Freizeitgestaltung. Wir bieten ausserdem: Fünftagewoche (2 Freitage pro Woche), angenehmes Betriebsklima, Entlohnung nach kantonalbernischem Tarif, Unterkunft im neuen komfortablen Personalwohnhaus in Südlage, jedes Zimmer mit Balkon. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Oberschwester der Bernischen Höhenklinik Bellevue, 3962 Montana, zu richten, Telefon 027 7 25 21.



Lenofor[®]
entlastet
und stellt wieder

eine normale Darmfunktion her

Packungen mit 100 und 250 g



Vifor S.A. Genève

Bezirksspital Thun

Wir suchen ausgebildete

Operationsschwester

Eintritt sofort oder nach Uebereinkunft. Wir bieten zeitgemäße Arbeits- und Lohnbedingungen. Herrliche Lage für Winter- und Sommersport. Bewerbungen an den Verwalter, Tel. 033 2 60 12.

Gesucht Stelle für ein Jahr in der Westschweiz als Hilfslernschwester zur Vervollständigung der französischen Sprache.
Anfragen an Telefon 065 2 58 04 ab 17 Uhr.



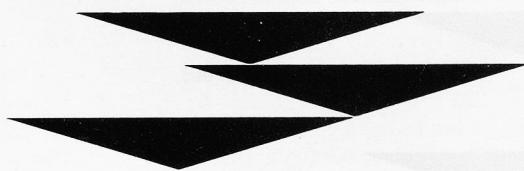
Voulez-vous devenir nos collaborateurs dans une cité pittoresque, admirablement située entre lac et montagne, permettant durant vos loisirs de vous adonner à de nombreux sports modernes?

Infirmières, infirmières-assistantes infirmiers, infirmiers-assistants

Nous sommes à même de vous offrir des postes dans nos unités de soins de:

médecine
chirurgie
pédiatrie
réanimation chirurgicale
soins intensifs de médecine
service des admissions.

Si tels sont vos goûts, n'hésitez pas à nous rendre visite ou à nous écrire à l'Hôpital des Cadolles à Neuchâtel, téléphone 038 25 63 01.



Riviera vaudoise

L'Hôpital de Montreux cherche pour entrée immédiate, ou date à convenir:

- 1 infirmière sage-femme ou une sage-femme**
- 2 infirmières de salle d'opération**
- 2 infirmières pour l'unité de soins intensifs**

de même que quelques infirmières pour les unités de soins de médecine et de chirurgie.

Le poste offre de bonnes perspectives d'évolution et de promotion. L'Hôpital de Montreux est un établissement de qualité et de renommée internationale.

Les offres avec curriculum vitae et copies de certificats sont à adresser à la Direction de l'Hôpital de Montreux, 1820 Montreux.

Stiftung Krankenhaus Sanitas Kilchberg

Eine einmalige Chance wartet auf Sie . . .

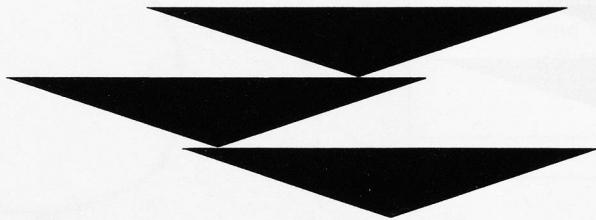
1974 wird unser modernes Spital, dem eine **SCHWESTERN SCHULE** angegliedert ist, eröffnet. Wir beabsichtigen, in den nächsten Monaten mit dem organisatorischen und betrieblichen Aufbau der Schule zu beginnen. Für die vielseitigen Vorbereitungsarbeiten suchen wir auf den Sommer 1973, oder nach Uebereinkunft, eine erfahrene

Schulleiterin

mit abgeschlossener Kaderausbildung, die von allem Anfang an die Schule massgebend mitgestaltet und aufbaut.

Unsere Schule liegt an prächtiger Lage zwischen Zürichsee und Sihltal und ist keine 10 km von der Stadt Zürich entfernt. Wohnungen oder Zimmer mit Dusche, WC und Lavabo stehen zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Bitte senden Sie Ihre Unterlagen mit Angabe der bisherigen Tätigkeit und den Zeugniskopien an den Präsidenten der Schulkommission, Dr. med. C. M. Meyer-Heilemann, Utoquai 41, 8008 Zürich (Telefon 01 32 09 93). Für zusätzliche Auskünfte steht auch der Spitalverwalter (Telefon 01 91 22 93) gerne zur Verfügung.



Bezirksspital Grosshöchstetten

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft

**1 oder 2 diplomierte Operationsschwestern
2 oder 3 diplomierte Krankenschwestern
1 diplomierten Krankenpfleger**

Unser aufgeschlossener Betrieb bietet in einer schönen Gegend bei zeitgemässer Besoldung und geregelter Freizeit sehr interessante und abwechslungsreiche Arbeit. Unser dieses Jahr eröffnetes Personalhaus kann mit einer modernen, komfortablen Unterkunft aufwarten.

Bewerbungen oder Anfragen wenden Sie bitte an den Verwalter, Bezirksspital 3506 Grosshöchstetten BE, Telefon 031 91 10 21, richten.

**Eidgenössische Invalidenversicherung
Sekretariat der IV-Kommission des Kantons Zürich**

Wir suchen für unser

Sekretariat

zwei neue Mitarbeiterinnen für den schriftlichen und mündlichen Kontakt mit Ärzten, Spitätern und den Versicherten.

Wir bieten:

- guten Leistungslohn
- Fünftagewoche
- englische Arbeitszeit
- Lunchchecks
- schönes Büro (10 Minuten ab HB)
- Pensionskasse

Wir erwarten:

- Initiative
- etwas Bürokenntnisse und Maschinen-schreiben
- verträgliches Wesen

Alles andere lernen Sie bei uns.

Nettes Team von drei oder vier Personen. Vielleicht ist dies Ihr neuer Wirkungskreis?

Bitte senden Sie uns eine Kurzofferte oder telefonieren Sie unserem Sekretariatsleiter, Herrn Bucher, der Ihnen gerne auch am Telefon jede gewünschte Auskunft gibt.

Sekretariat der IV-Kommission des Kantons Zürich, Josefstrasse 59, 8005 Zürich
Telefon 01 44 41 06

A

Kantonsspital Schaffhausen

Sie sind

dipl. Krankenschwester/ dipl. Krankenpfleger

und möchten Ihre Fähigkeiten in einem mittelgrossen Spital erproben?
Wir haben interessante Stellen für Sie!

Sie bringen mit:

- abgeschlossene Ausbildung
- Initiative, Organisationstalent
- neue Ideen
- integren Charakter

Wir bieten Ihnen:

- entsprechenden Aufgabenbereich (Chirurgie, Medizin, Geburtshilfe, Spezialkliniken, Intensivpflegestationen)
- selbständigen Kompetenzbereich
- Mitwirkung bei der Planung
- Führungsposition

Unsere Anstellungsbedingungen sind fortschrittlich: sehr gute Besoldung und Sozialleistungen, Fünftagewoche zu 45 Arbeitsstunden, preisgünstige Wohn- und Verpflegungsmöglichkeiten.

Richten Sie Ihre Bewerbung an die Personalabteilung des Kantonsspitals, 8200 Schaffhausen, Telefon 053 8 12 22.



Kantonsspital Aarau

Für das

Patientenaufnahme-Büro

unserer Chirurgischen Klinik suchen wir für möglichst baldigen Eintritt eine Angestellte. Sofern Sie Organisationstalent haben, einen lebhaften Betrieb bevorzugen und ständigen Kontakt mit Patienten, deren Angehörigen, Aerzten und Pflegepersonal wünschen, schreiben Sie uns.

Wenn Sie eine kaufmännische Lehre oder eine Ausbildung in einem pflegerischen Beruf absolviert haben, ist es für Ihre künftige Tätigkeit von Vorteil.

Wir bieten Ihnen eine selbständige und abwechslungsreiche Stelle, die Ihren Aufgaben entsprechend gut entlohnt wird.

Ihre Bewerbung wollen Sie bitte einreichen an die Verwaltung des Kantonsspitals Aarau, P 5001 Aarau.

Krankenhaus Wattwil / Toggenburg

Infolge einer Bettenvermehrung und Neuorganisation des Pflegewesens suchen wir für unser teilweise neues und modern eingerichtetes Krankenhaus (180 Betten, aufgeteilt in Chirurgie, Medizin und Geburtshilfe)

diplomierte Krankenschwestern

diplomierte Krankenpfleger

diplomierte Operationsschwestern

diplomierte Röntgenassistentin

In unserem mittelgrossen Betrieb finden Sie ein familiäres Arbeitsklima, zeitgemäss Arbeits- und Unterkunftsbedingungen (neues Personalhaus mit eigenem, geheiztem Schwimmbad), gute Besoldung, 13. Monatslohn, Voll- oder Teilverpflegung im Personalrestaurant, Pensionskasse usw.

Bewerbungen oder Anfragen sind zu richten an die

Verwaltung des Krankenhauses Wattwil, 9630 Wattwil, Telefon 074 7 51 51

Für unsere neu erstellte, modern ausgerüstete **Chronischkrankenabteilung** suchen wir

Krankenschwestern

Krankenpfleger

Pflegerinnen FA SRK für Betagte und Chronischkranke

Sehr gute Anstellungsbedingungen, schöne Unterkunft, Bonsystem bei der Verpflegung.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des

Kantonsspitals 4410 Liestal



Kantonsspital St.Gallen

In unserem bedeutenden Zentralspital (1100 Betten, Mitarbeiterbestand 1400) soll der Pflegedienst die seiner Bedeutung entsprechende fachlich kompetente und hierarchisch richtig eingestufte Spitze erhalten. Wir suchen für Eintritt nach Vereinbarung

Leiterin oder Leiter

des gesamten Pflegedienstes

Der Aufgaben- und Kompetenzbereich umfasst generell die übergeordnete fachliche Leitung des gesamten Pflegedienstes, die Förderung der Ausbildung und Koordination mit den Schulen sowie die massgebliche Mitwirkung bei der Personalrekrutierung und -selektion. Die anspruchsvolle Kaderposition verlangt eine Persönlichkeit mit Erfahrung in leitender Funktion und der Fähigkeit, gehobenen Ansprüchen in bezug auf Initiative, Organisationsgeschick und Personalführung gerecht zu werden (ergänzende Kaderausbildung wird ermöglicht und vom Spital unterstützt).

Die Stelle bietet Ihnen ein hohes Mass an beruflicher und persönlicher Entfaltungsmöglichkeit und eine der Verantwortung und Selbständigkeit entsprechende Besoldung.

Damen und Herren, die sich näher orientieren möchten, wenden sich für einen ersten, unverbindlichen Kontakt an den Personalchef. Schriftliche Bewerbungen sind erbeten an die

Verwaltungsdirektion des Kantonsspitals, 9006 St. Gallen, Telefon 071 26 11 11.



Auf Mitte 1973 suchen wir eine

Lehrerin

oder einen

Lehrer für Krankenpflege

(Herbst 1973 50 Schülerinnen und Schüler). Kaderausbildung erwünscht, aber nicht Bedingung.

Wenn Sie Freude haben, in einem jungen Team mitzuarbeiten, pädagogische und organisatorische Fähigkeiten aufzuweisen, dann melden Sie sich bei der Schulleitung der **Evangelischen Krankenpflegerschule Chur**, Loestrasse 117, Telefon 081 22 66 91

E

W. Burkhardt, Schulleiter

Bezirksspital Meyriez-Murten

In unserem Spital ist für sofort die Stelle der

Oberschwester neu zu besetzen.

Wir suchen im Hinblick auf die Eröffnung des Neubaues Ende 1973 (75 Akutbetten) eine initiative Persönlichkeit mit fachlicher Ausbildung und Freude am Organisieren. Das Spital hat deutsch- und französischsprachende Patienten, so dass Zweisprachigkeit erwünscht ist.

Anstellungsbedingungen nach Vereinbarung. Anmeldungen sind bitte an die Verwaltung des Spitals, 3280 Meyriez-Murten, zu richten.



Bernische Schule für psychiatrische Krankenpflege

Für die Schulklinik in Meiringen suchen wir eine(n) zusätzliche(n)

Unterrichtsschwester/Unterrichtspfleger

für den klinischen Dienst.

Sind Sie an Ausbildungsfragen interessiert?

Haben Sie Freude und Geschick, unseren Schülerinnen die Ausbildungsziele sichtbar und erreichbar zu machen?

Dann sind Sie die gesuchte Mitarbeiterin.

Natürlich freuen wir uns, wenn Sie für diesen Posten schon speziell ausgebildet sind. Einer(em) geeigneten Interessentin(en) ohne Spezialausbildung räumen wir jedoch gerne die entsprechende Zeit ein, sich für diese Aufgabe vorzubereiten.

Die Anstellungsbedingungen richten sich nach der neuen Besoldungsordnung des Kantons Bern.

Wir nehmen uns gerne Zeit, den Aufgabenbereich einmal unverbindlich mit Ihnen zu besprechen und freuen uns auf Ihren Anruf.

Auskunft erteilen die Schulleitung, **3110 Münsingen** (Tel. 031 92 08 11) oder die Direktion der privaten Nervenklinik, **3860 Meiringen** (Tel. 036 71 21 21).

B

Stiftung Krankenhaus Sanitas Kilchberg

1974 wird unser modernes Spital, dem eine **SCHWESTERN SCHULE** angegliedert ist, eröffnet. Wir möchten rechtzeitig unser Team von Schulschwestern einstellen und suchen auf den Sommer/Herbst 1973 oder nach Uebereinkunft

4 oder 5 Schulschwestern

die zusammen mit der Schulleiterin von allem Anfang an am Aufbau der Schule mitwirken können.

Wollen Sie mithelfen, unsere Schwesternschule aufzubauen? Eine interessante und dankbare Aufgabe wartet auf Sie!

Unsere Schule liegt an prächtiger Lage zwischen Zürichsee und Sihltal und ist keine 10 km von der Stadt Zürich entfernt. Wohnungen oder Zimmer mit Dusche, WC und Lavabo stehen zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Bitte senden Sie Ihre Unterlagen mit Angabe der bisherigen Tätigkeit und den Zeugniskopien an den Präsidenten der Schulkommission, Dr. med. C. M. Meyer-Heilemann, Utoquai 41, 8008 Zürich (Telefon 01 32 09 93). Für zusätzliche Auskünfte steht auch der Spitalverwalter (Telefon 01 91 22 93) gerne zur Verfügung.

Gesucht

Krankenschwester

für diverse Aufgaben im Führungsteam der Zürcher Höhenklinik Wald (900 m ü. M., in aussichtsreicher Lage des Zürcher Oberlandes, 40 Autominuten von Zürich entfernt)
Aufgabenbereich:

Tätigkeit auf der Aerztlichen Abteilung (Sterilisation, Verbände, Assistenz bei Punktionen und im Operationssaal usw.);
Vertretungen im Führungsteam;

Einführung neuer Mitarbeiterinnen auf den Pflegestationen in Zusammenarbeit mit Oberschwester und klinischer Schulschwester.

Entlöhnung und übrige Bedingungen nach kantonalzürcherischen Ansätzen.

Offerten und Anfragen sind erbeten an: Oberschwester Isolde Hoppeler, Tel. 055 95 15 15, die gerne weitere Auskunft erteilt.

Pflegeheim am See, Küsnacht ZH

Für die neu zu eröffnende Krankenstation suchen wir:

Diplomierte Krankenschwestern Pflegerinnen FA SRK

Wir bieten: Neuzeitliche Anstellungsbedingungen, Lohn nach kantonalem Besoldungsreglement, Veska-Personalfürsorgekasse; sehr schönes Personalhaus.

Auskunft erteilt gerne die Heimleitung: H. und I. Hügli, Seestrasse 264, 8700 Küsnacht, Telefon 01 90 71 32.

Bezirksspital Herzogenbuchsee

Für unser neues und modern eingerichtetes Spital suchen wir für sofort oder nach Ueber-einkunft eine ausgebildete

Operationsschwester

Wir bieten neuzeitliche Arbeitsbedingungen, sehr gute Besoldung und Sozialleistungen. Neues Personalhaus mit eigenem Zimmer, evtl. Wohnung und entstehendes Schwimmbad stehen zur Verfügung.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals 3360 Herzogenbuchsee, Telefon 063 5 44 44.

Gemeindeverband Buchen

Für unseren Fürsorgedienst suchen wir eine

Gemeindeschwester

Heimelige 2-Zimmer-Wohnung mit Bad in Homberg (15 Autominuten von Thun). Dienstauto vorhanden. Lohn nach Uebereinkunft. Entsprechend ausgebildete Schwestern wollen sich bitte melden bei Präsident Fritz Oesch, Käserei, 3611 Homberg. Telefon 033 42 11 84. G

Die Schweizerische Rheumaliga sucht

diplomierte Schwestern

als Leiterinnen der dreiwöchigen Gruppenferien für Rheumatiker.

Wir erwarten, dass Sie selbständig die Führung und Betreuung einer Gruppe mit 12 bis 18 Rheumapatienten und ein oder zwei freiwilligen Helfern übernehmen. Und dass Sie mit meist älteren, mehr oder weniger behinderten und vielleicht manchmal auch nicht ganz einfachen Menschen umzugehen wissen. Es geht uns darum, unseren Schützlingen zu ermöglichen, dass sie für drei Wochen ihren engen Lebensraum verlassen und bei Spiel und leichter Bewegungstherapie neue persönliche Kontakte anknüpfen können.

Wir benötigen Schwestern für nachstehende Feriengruppen:

- | | | |
|------------------|----------------------|----------------------------------|
| 1. 7. Mai | bis 24. Mai 1973 | Kurhaus Sennrütli, Degersheim SG |
| 2. 24. September | bis 12. Oktober 1973 | Pension Tusculum, Arogno TI |
| 3. 24. September | bis 11. Oktober 1973 | Kurhaus Sennrütli, Degersheim SG |
| 4. 6. Oktober | bis 25. Oktober 1973 | Pension Sunnehüsi, Krattigen BE |

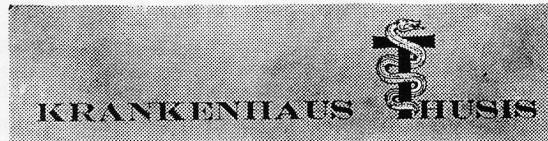
Regionalspital Thusis GR
(90 Betten) sucht dringend

dipl. Krankenschwestern Operationsschwester

für selbständige, vielseitige Tätigkeit.

Fünftagewoche. Zeitgemäss Besoldung mit grosszügiger Zulagenordnung. Neu: Treue- und Erfahrungszulagen. Schöne, moderne Unterkünfte in spitaleigenen Wohnungen ausserhalb des Spitals. Kein Verpflegungzwang.

Das Spital befindet sich inmitten landschaftlich reizvoller Gegend im Zentrum des Ferienlandes Graubünden, am Eingang zur wildromantischen Viamala-Schlucht. In der Freizeit sportliche Betätigung möglich (Skilaufen, Schwimmen, Tennis, Bergsteigen, Wandern usw.). Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an den Verwalter des Krankenhauses Thusis, 7430 Thusis.





Kinderspital Zürich - Universitäts-Kinderklinik

Für unsere **Rehabilitierungsstation in Affoltern a. A.** suchen wir

dipl. Kinderkrankenschwestern oder dipl. Krankenschwestern sowie Kinderpflegerinnen und Pflegerinnen mit FA SRK

Unsere Rehabilitierungsstation betreut 60 körperlich behinderte Kinder (cerebrale Lähmungen, Status nach schweren Unfällen usw.). Neben der medizinischen Behandlung nehmen auch erzieherische Betreuung und die schulische Förderung einen breiten Raum ein. Die Aufgabe der Schwester erfordert daher auch etwas Freude und Geschick an pädagogischen Problemen, sie ist aber namentlich deshalb dankbar, weil es sich durchweg um langfristige Hospitalisierung handelt.

Unsere Rehabilitierungsstation befindet sich zwar auf dem Lande, trotzdem sind unsere Anstellungsbedingungen neuzeitlich geregelt, zum Beispiel Gehalt nach kantonalzürcherischen Normen, Verpflegung im Bonsystem, Wohnen in kleinen Wohneinheiten etwas ausserhalb des Spitals.

Anmeldungen sind an die **Direktion des Kinderspitals, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich**, zu richten. Oberschwester Hedi Baumann ist gerne bereit, Interessentinnen nähere Auskunft zu geben (Telefon 01 99 60 66).

Wir suchen

diplomierte Krankenschwestern und -pfleger

mit Freude am psychotherapeutischen Umgang mit Patienten. Wir bieten bei zeitgemässen Anstellungsbedingungen die Möglichkeit zur zusätzlichen Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege mit Diplomabschluss sowie auch zu kürzeren Praktika.
Die ideale Lage von Herisau zwischen Alpstein und St. Gallen bietet sowohl Sportbegeisterten als auch kulturell Interessierten mannigfache Anregung.

Anmeldungen mit Zeugniskopien sind erbeten an die Direktion der **Psychiatrischen Klinik Herisau**, Telefon 071 51 21 81.



Kantonale Psychiatrische Krankenpflegeschule Rheinau

Um den gestellten Aufgaben in unserer Schule gerecht zu werden, möchten wir unser Schulteam vergrössern durch

2 Schulschwestern

für den Unterricht auf der Abteilung und im Schulzimmer.

Interessentinnen mit Diplom in psychiatrischer oder allgemeiner Krankenpflege bitten wir, Verbindung aufzunehmen mit dem Schulkommissions-Präsidenten Dr. med. R. Knab oder mit der Schulleitung. Telefon 052 43 18 21.

Gemeinde Buchs ZH

Wir suchen zu sofortigem Antritt

Gemeindekrankenschwester

Schöne 2-Zimmer-Wohnung vorhanden, 3 Wochen Ferien, zeitgemäss Entlohnung. Buchs ZH ist ca. 14 km vom Stadtzentrum Zürich entfernt, mit Busverbindung.

Weitere Auskünfte erteilt: Gesundheitsvorstand G. Zysset, Tel. Geschäft 01 71 30 40, Privat 01 71 66 60.

O

Pension pour personnes âgées cherche

infirmier-assistant

(infirmière-assistante)

Entrée de suite ou à convenir.

Pour renseignements: s'adresser Pension Le Signal, 1099 Les Cullayes (Vaud).

P

**INSEL
SPITAL**



Theoretischer Regionalkurs für Operations-schwestern und -pfleger im Inselspital Bern

Kursbeginn: 28. Februar 1973

Kursnachmittage: Mittwoch

Zeit: 15.00 bis 18.00 Uhr

Ort: Inselspital, Bettenhochhaus S 1

Der Kurs umfasst 90 Lektionen und wird in zwei Teilen durchgeführt.

1. Teil: 28. Februar 1973 bis 13. Juni 1973

2. Teil: 8. August 1973 bis 14. November 1973

Schriftliches Examen und Ausweis.

Kursgeld: Fr. 175.—

Kostenanteil an Skripten: Fr. 25.—

Anmeldungen sind bis zum 15. Januar 1973 zu richten an:

**Schwester Ruth Sutter, Kursleiterin,
Schulzentrum 8, Niesenweg 10, 3012 Bern**

Anmeldung

Schwester/Pfleger

Diplom der Schwestern-/Pflegerschule:

Operationslehrzeit:

- a) 1. Lehrjahr
 - b) 2. Lehrjahr
 - c) ausgebildet
- (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Arbeitgeber:

Das Kursgeld und der Kostenanteil an Skripten werden bezahlt durch:

Datum:

Unterschrift:



Um die letzten Stationen zu vervollständigen, benötigen wir noch

**dipl. Krankenschwestern
und Krankenpfleger**
**dipl. Psychiatrieschwestern
und -pfleger**
**Pflegerinnen und Pfleger
mit FA SRK**

für folgende Kliniken:

Chirurgie und Notfallstation
(Chefarzt Dr. med. M. Landolt)

Chirurgie Fachärzte
Augen — Gynäkologie — Kinderchirurgie —
ORL — Orthopädie — Thoraxchirurgie —
Urologie

Medizin
(Chefarzt PD Dr. med. U. Häggerli)

Nuklearmedizin und Radiotherapie
(Chefarzt Dr. med. F. Heinzel)

Rheumatologie und Rehabilitation
(Chefarzt Prof. Dr. med. D. Gross)

Wir bieten:

Gruppenpflege mit geregelter Arbeitszeit,
auch Teilzeitarbeit möglich
Innerbetriebliche Weiterbildung
Aufstiegsmöglichkeiten
Verpflegung im Bonsystem
Kinderhort

Auskünfte und Anmeldeformulare durch die
Spitaloberin, Schwester Veronika Schmidt,
Tel. 01 36 33 11.

Anmeldungen mit Lebenslauf, Foto und
Zeugniskopien an das

Stadtklinik Triemli, Pflegedienst, Birmensdorferstrasse 497, 8055 Zürich. (M)

Zeitschrift für Krankenpflege

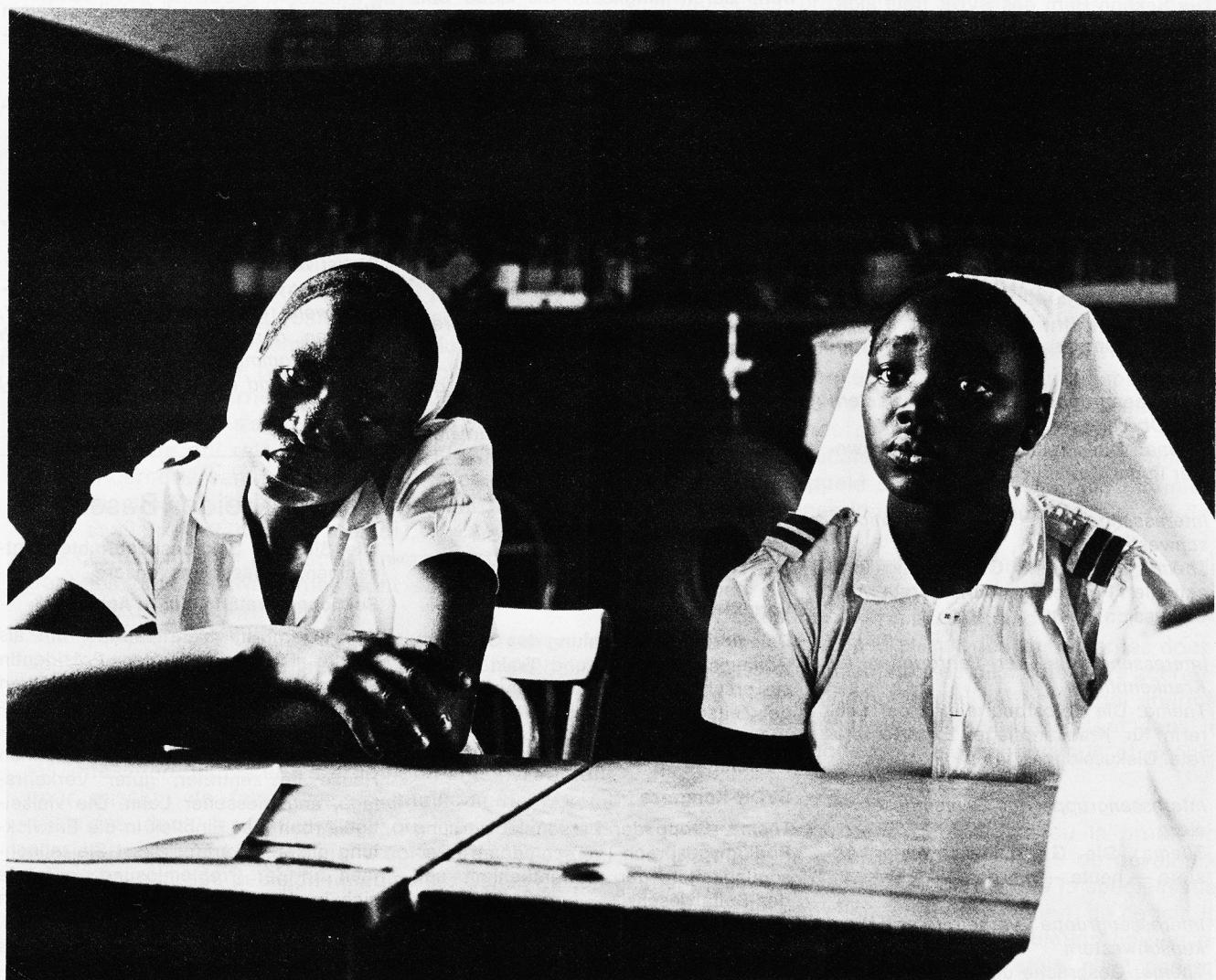
Revue suisse des infirmières

Januar 1973 65. Jahrgang (erscheint monatlich)
Offizielles Organ des Schweizerischen Verbandes
diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger

Janvier 1973 65^e année (paraît mensuellement)
Organe officiel de l'Association suisse des infirmières
et infirmiers diplômés

*«La formation... selon la seconde conception:
un apprentissage de la prise de décisions»*

C. Mordacq



A l'école d'infirmières de Dilling Hospital, Kordofan Province

Photo OMS Eric Schwab

Kurz und wichtig

Dernière minute

Pagina dell'ultima ora

Texte français page 5



DV und Kongress des SVDK 1973 in Bern

Die Sektion Bern des SVDK freut sich, am 27., 28. und 29. April 1973 anlässlich der diesjährigen Delegiertenversammlung des SVDK Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Schweiz in Bern willkommen heißen zu dürfen. Ein erster Überblick über das Rahmenprogramm der drei Tage soll Ihnen heute schon die Planung dieses Wochenendes erleichtern.

Freitag, 27. April 1973

Nachmittag Plenarsitzungen aller Interessengruppen:

Interessengruppe der Oberschwestern und Oberpfleger

Thema: Die Stellung der Oberschwester in der Spitalhierarchie

Interessengruppe der Operations-schwestern

Thema: Allgemeine Orientierung über aktuelle Probleme, Kurzreferate und Diskussion

Interessengruppe der Lehrerinnen für Krankenpflege

Thema: Die Selbstbeurteilung der Lehrerin für Krankenpflege. Expertenreferate, Diskussionen

Interessengruppe der Gemeindeschwestern

Thema: Die Gemeindeschwester gestern — heute — morgen

Interessengruppe verheirateter Kran-kenschwestern

Thema: Gespräche um die Problematik der Wiedereingliederung der verheirateten Schwestern

Interessengruppe für pflegende Schwestern und Pfleger

Thema: Die pflegende Schwester im Spitalbetrieb

Mit der Durchführung dieser Plenarversammlungen verwirklicht die Sektion Bern erstmals einen Versuch, von dem zu hoffen ist, dass die Erfahrungen positiv ausfallen und dazu führen, die Interessengruppen auch in Zukunft jährlich einmal auf schweizerischer Ebene zusammenkommen zu lassen. Einladungen zur Teilnahme an den Zusammenkünften der Interessengruppen sind sowohl deren Mitglieder als auch alle übrigen Interessenten.

Ziel:

- Ideen- und Erfahrungsaustausch
- Möglichkeit, einen Weg aus gemeinsamen Schwierigkeiten zu finden
- Möglichkeit zur gegenseitigen Förderung und zur Koordination der Bemühungen
- Festigung des Berufsbewusstseins und des aktiven Verbandsbewusstseins
- Mitgliederwerbung für die Interessengruppen

Organisation: Interessengruppen der Sektion Bern.

Genaues Programm mit Anmeldetalon: erscheint in der Februar-Nummer der Zeitschrift für Krankenpflege.

Samstag, 28. April 1973

Vormittag

Delegierten-Versammlung des SVDK

Genaues Programm und Traktandenliste erscheinen in der Februar-Nummer der Zeitschrift für Krankenpflege.

Nachmittag

SVDK-Kongress

Thema: Stopp der Personalabwerbung
Podiumsgespräch verschiedener Persönlichkeiten der Öffentlichkeit und des Spitalwesens.

Anschliessend Expertenbefragung und Diskussion.

Abend

???(*)

Sonntag, 29. April 1973

Vormittag

Öffentlicher ökumenischer Gottesdienst im Berner Münster.
Anschliessend Zusammenkunft einer Interessengruppe für **Forschung in der Krankenpflege**. Was denken Sie darüber?

Diskussion unter der Leitung von Frl. Nicole F. Exchaquet und Frl. Ruth Quenzer.

Oder Abfahrt zu verschiedenen Ausflügen.

Weitere Angaben und Detailprogramm folgen in der Februar-Nummer der Zeitschrift für Krankenpflege.

???(*) Beinahe hätten wir vergessen...

Ein Berner namens Röbi Klee begab sich auf den Thunersee. Da staunte er und sprach: «Sieh da, das ist ja der SVDK! Sie ist vergnügt, die ganze Schar, das sieht man auch nicht jedes Jahr!» Und wenn es Sie nun wunder nimmt, was an der Gschicht auch wirklich stimmt, kommt zum Kongress von nah und fern (und auch zum Festbankett!?) nach Bern.

Sektion beider Basel

Wie Sie den Sektionsnachrichten entnehmen, verlässt uns unsere

Sektionssekretärin auf 1. April 1973.

Wer kommt im März zu uns, um als engste Mitarbeiterin der Präsidentin und des Vorstandes am vielseitigen Geschehen in der Nordwestecke mitzuwirken? — Arbeitszeit 50 bis 100% (5-Tage-Woche). Büros im eigenen Hause an zentraler, guter Verkehrslage, angemessener Lohn. Die vielseitige Arbeit gibt Einblick in die Entwicklung unseres Berufes, lässt Sie teilnehmen an der Problemlösung, wie sie sich in der Praxis stellt. Sie sitzen an der Quelle der beruflichen Information. Rufen Sie Telefon 061 23 64 05 an, das Sekretariat erteilt gerne weitere Auskunft, ebenso die Präsidentin, Telefon 061 39 82 40.

Freins et perspectives dans la carrière d'infirmière

Par Mlle C. Mordacq, Directrice adjointe, Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur, Lyon

Deux conceptions de la fonction infirmière

Après avoir parcouru plusieurs pays d'Europe, rencontré des infirmiers africains, été allé aux Etats-Unis et au Canada, on ne peut manquer d'être étonné des différences dans les fonctions de l'infirmière. Par exemple, dans un pays elle n'exercera que des fonctions subalternes comportant un ou deux niveaux de responsabilité, alors que dans le pays voisin elles en comporteront dix, correspondant à tous les niveaux de l'organisation des services de santé du pays.

Quoique ces différences tiennent à divers facteurs culturels, économiques et politiques, nous ne considérons ici qu'un seul facteur culturel, lui-même lié à la structure culturelle globale de la société. Et pour caractériser plus nettement la situation, encore que d'une façon quelque peu excessive, nous décrirons les deux types de carrière opposés qui en découlent. Le facteur dont il s'agit est la réponse à la question suivante: «De qui relève la prise de décisions en ce qui concerne la santé des individus et des groupes?» A cette question les uns répondront que toute décision sanitaire est d'ordre médical, les autres diront que ce qui entre en jeu est un ensemble de décisions dont les plus déterminantes sont souvent, mais pas toujours, de caractère médical.

Selon la première conception, il n'y a, en matière de santé, de décisions réelles que d'ordre médical, et avant tout thérapeutique. Ce sont des décisions médicales qu'appliquent dans l'exercice de leur profession les infirmières d'abord, mais aussi les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Tous ont pour mission de faire passer «intelligemment» ces décisions dans les faits, ainsi que les règlements administratifs qui, indirectement, concourent eux aussi à l'application des décisions médicales. Celles-ci, toutefois, peuvent en l'absence d'un médecin, en cas d'urgence ou dans des régions rurales, être prises par l'infirmière; cela, d'ailleurs, ne modifie en rien les choses et signifie simplement qu'il peut y avoir des infirmières particulièrement intelligentes.

Simple exécutante

La physionomie de la carrière, suivant cette conception, est simple: c'est une carrière horizontale, une carrière d'exécutante avec, éventuellement, le niveau hiérarchique de la surveillante, dont le rôle est de veiller à la bonne exécution des soins médicaux, ou de la monitrice, qui est chargée de bien faire comprendre le contenu des cours médicaux. La variété est apportée par les spécialisations qui correspondent aux spécialisations médicales, la véritable promotion consistant à devenir médecin. Toute demande formulée par les infirmières pour un relèvement de niveau et la reconnaissance d'une compétence ne rencontre que la défiance, qui s'exprime par des propos tels que: «Elles veulent jouer les petits médecins? S'il en est ainsi qu'on les remplace par des aides-infirmières»... Et parfois, il n'y aurait pas beaucoup de différence. Toujours selon la première conception de la fonction infirmière, la formation professionnelle tient tout entière dans une formule simple: elle est brève et comprend essentiellement de la pathologie médicale et des techniques de soins. Elle se maintient à un niveau de recrutement peu élevé, qui correspond à des études secondaires interrompues avant leur terme normal; enfin, elle est liée aux services hospitaliers.

Sur le plan financier, la situation correspond à l'ensemble de faits suivants: les infirmières n'ont pour ainsi dire aucune part de l'enrichissement réalisé par de nombreuses professions de santé dans les pays à médecine libérale; cependant, dans les pays économiquement développés, l'éducation secondaire s'étend à une proportion élevée des jeunes générations, si bien que la profession d'infirmière se trouve placée en porte à faux et comme prédestinée à recueillir ceux qui n'ont pu terminer leurs études secondaires, malgré le décalage d'âge. Il est vrai, toutefois, qu'elle recrute aussi des éléments parmi ceux qui ont franchi cette étape, mais ni la formation, ni le statut social, ni le statut économique, ni les modalités d'exercice de la profession n'offrent de réelles possibilités de développement personnel. Aussi la fonction infirmière est-elle parmi celles qui offrent la durée de carrière la plus brève, en particulier dans le secteur hospitalier, qui devient une voie de passage soit vers la spécialisation, soit vers d'autres professions sanitaires, soit vers la profession médicale. Dans ces conditions, qui dispense et est appelé à dispenser les soins infirmiers?

- de très jeunes infirmières, pendant un an ou deux
- des élèves infirmières
- des travailleurs immigrés venant de pays moins riches
- des auxiliaires infirmières, quand il y en a.

Les services sont assurés par des surveillantes dont le poids des responsabilités et de l'autorité s'accroît à mesure que la compétence du personnel infirmier diminue. Cependant, les infirmières restent dans les services en période de crise économique et de chômage.

En résumé, dans cette perspective où la profession d'infirmière ne comporte pas de zone de développement propre, la carrière s'oriente vers la spécialisation ou prend fin par abandon de la fonction: de ce fait, les services infirmiers assurés à la population ne peuvent guère évoluer. Ce problème, toutefois, n'est pas mis en évidence puisque, officiellement, il n'existe que des services médicaux.

Responsable qui décide

Selon la seconde conception de la fonction infirmière, les décisions concernant la santé des individus et des groupes sont prises par de nombreuses personnes: par les intéressés eux-mêmes et par les professions sanitaires, dont le médecin, dans leur zone de responsabilité propre. Chaque profession effectue une synthèse des décisions arrêtées par les autres et prend celles qui lui sont propres. Ainsi, la fonction infirmière, caractérisée par sa permanence, consiste à effectuer la synthèse d'éléments qui peuvent être:

- médicaux (examens à faire et traitements à donner);
- personnels (mode de vie habituel et problèmes posés par l'état de santé actuel);
- éducatifs ou informatifs;
- relatifs à l'organisation ou à l'administration (planification des soins, du matériel, des transmissions, etc.).

La plupart des soins infirmiers qui découlent de cette synthèse originale et constamment renouvelée sont bien des décisions infirmières. *Ce n'est que dans cette perspective qu'il est possible de répondre à l'attente des personnes soignées.*

La physionomie de la carrière infirmière est alors tout autre. Elle comporte des postes de responsabilité qui correspondent aux divers niveaux du système de santé, étant donné que l'infirmière est reconnue apte à prendre des décisions en matière de soins. Elle participe ainsi à la planification et à l'administration du service infirmier, qui a une existence reconnue.

La formation, dans ce cas, est comparable à celle qui est donnée dans les autres secteurs d'activité. Elle n'a pas lieu à l'écart, mais dans le système d'éducation général, à l'université, tout au moins pour une partie des infirmières. Cette seconde conception se rencontre plus fréquemment dans les pays où l'université a des rapports avec les secteurs d'activité du pays. Avant d'évoquer les résultats, il convient de faire une autre remarque. De même que le service infirmier se trouve ainsi avoir une existence propre, de même, de son côté, le service médical s'organise. En effet, n'étant plus censé être le seul à prendre des décisions, mais se présentant malgré sa prééminence comme un service parmi les autres, il est plus structuré. Par exemple, on observe que les hôpitaux ont à leur tête, non seulement un directeur, mais un médecin élu par ses pairs et une infirmière, ce qui modifie grandement les possibilités de collaboration interprofessionnelle.

Rôles contradictoires

Cependant, quelle est en réalité, dans ce cas, la situation des soins infirmiers? L'infirmière se trouve devoir faire en permanence la synthèse d'éléments qui représentent la demande adressée à l'infirmière par la société, les personnes qu'elle a pour mission de soigner et les autres professions. Chacun de ces éléments peut se traduire en rôle: rôle technique, rôle personnel maternel, rôle enseignant, rôle administratif. Or ces rôles sont par certains côtés contradictoires. Il en est ainsi, par exemple, du rôle maternel et du rôle technique, si celui-ci exige que soient donnés des soins rapides et douloureux, en particulier à un enfant, ou de certains rôles dont les uns demandent du temps et de la disponibilité d'esprit, tandis que les autres doivent être remplis en un laps de temps court et imposé.

De ces rôles différents résultent des tensions que l'infirmière est amenée à résoudre en privilégiant l'un d'entre eux, ou même en s'y spécialisant: spécialisation technique, ou enseignante, ou administrative, ou puéricultrice ou psychiatrique. Cependant, dans l'exercice même de la profession infirmière, le rôle maternel ou les relations personnelles sont souvent confiés à des auxiliaires, d'abord parce que, n'étant pas obligées de remplir simultanément d'autres rôles, elles jouissent d'une plus grande disponibilité, et ensuite parce qu'elles sont parfois plus âgées et qu'elles ont acquis plus d'expérience sur un plan simplement humain. Le rôle éducatif qui, lui aussi, demande du temps et une compréhension de la situation telle qu'elle apparaît à chaque malade, est difficile à tenir. Restent le rôle technique et le rôle administratif, qui eux sont remplis; mais les autres attentes restent non satisfaites et créent un malaise.

En résumé, suivant la seconde conception de la fonction infirmière, la formation et la carrière d'infirmière donnent plus de satisfaction dans une profession qui recrute à un niveau plus élevé et pour des carrières plus longues. Cependant, dans la pratique, si les infirmières sont plus nombreuses que dans la situation précédente, parce que le nombre des postes prévus est plus grand, on retrouve un même sentiment de pénurie, l'instabilité des infirmières et la délégation de certains rôles à des auxiliaires. Le malaise est d'autant plus marqué que ce système prend en considération la qualité du service infirmier; or les demandes adressées à ce service deviennent plus explicites et plus nombreuses et les failles plus apparentes. Cependant, des études, des recherches effectuées sur et par les infirmières, ainsi qu'une large diffusion des idées par des publications, contribuent à une évolution constante du service infirmier.

Perspectives: trois suggestions

Des deux conceptions exposées, il ressort que le problème principal est bien celui de la fonction d'infirmière soignante, car cette fonction apparaît comme lourde de tensions si on la considère dans toutes ses dimensions, et comme pénible et ingrate autrement. Est-il possible d'envisager des mesures qui puissent avoir une action efficace dans cette situation? Nous en proposerons trois, qui se rapportent à la formation, à l'organisation des services et à la carrière d'infirmière.

En premier lieu, la *formation*, qui dans la première conception de la fonction infirmière était orientée vers un apprentissage de la soumission, devient selon la seconde conception un apprentissage de la prise de décisions. Cela suppose que l'organisation de la formation professionnelle est ouverte et basée sur l'analyse des situations, sur la communication, écrite ou orale, par le dialogue et la discussion en groupe, ainsi que sur une méthodologie propre à permettre d'acquérir des connaissances et de résoudre les problèmes.

En second lieu, l'*organisation des services*, qui dans le premier cas était orientée vers le contrôle hiérarchique de l'exécution d'ordres en série, permet dans le second cas la prise de responsabilités individuelles par chaque infirmière à l'égard de tous les rôles et pour toutes les dimensions de sa fonction, en relation avec chacune des personnes qu'elle soigne. Nous pensons que ces rôles sont difficiles à assumer, face à l'agressivité d'un malade qui refuse son état, face à la

souffrance, à la mort, à l'échec, à l'imprévu constamment renouvelé, et que, pour pouvoir assurer leur fonction, les infirmières ont besoin de divers soutiens: d'une part, des auxiliaires qui les déchargent de certaines tâches répétitives ou de soins qui, pour quelques malades, ne demandent pas un aussi grand effort d'adaptation constante, et d'autre part un travail en équipe comprenant des auxiliaires et des médecins, qui permette un échange d'idées régulier sur les problèmes posés par les soins à certains malades. En outre, des réunions, à intervalles relativement fréquents, entre chaque équipe et une personne extérieure au service (psychologue) aideraient les auxiliaires et les infirmières, de même que les médecins, à élargir leurs façons de penser et de voir au lieu de se durcir à travers les situations difficiles.

La troisième proposition concerne la *carrière d'infirmière*. Habituellement, quelle que soit la conception de la fonction infirmière, ce sont les postes qui sont le plus éloignés du contact direct avec les malades ou la population, c'est-à-dire les postes d'enseignement, les postes de direction ou les postes consultatifs, qui sont les plus considérés et les mieux rémunérés, d'abord parce que ces postes, étant moins nombreux, il en coûte moins cher à la société de les pourvoir, et ensuite parce qu'il est vrai qu'ils exigent une grande largeur de vues, ainsi que l'aptitude à communiquer

avec des publics divers et à prendre des décisions qui toucheront un plus grand nombre d'individus.

Je proposerais que l'on crée des carrières offrant le même statut et la même rémunération aux infirmières qui soignent directement les malades et montrent une aptitude particulière à le faire, et qui, ainsi, développent un savoir infirmier et des connaissances spécialisées dans certains domaines; faute de quoi on peut craindre que, quelle que soit la conception des soins infirmiers, plus une société se développera sur les plans économique et culturel, moins la population bénéficiera de soins infirmiers assurés par des personnes compétentes et satisfaites de leur choix professionnel.

Si l'on estime qu'il importe que chacun reçoive des soins individualisés lorsque surviennent les difficultés et les crises les plus aiguës de la vie, il faudra bien reconnaître que, par sa permanence, le service infirmier impose à ceux qui l'assurent un poids particulièrement lourd et qu'il convient de les aider à assumer cette charge en organisant un service infirmier cohérent et en créant des carrières ouvertes qui font place aux initiatives.

OMS «Features» No 22
Novembre 1972
Reproduction autorisée



Assemblée des délégués et congrès 1973 de l'ASID à Berne

Cette année, c'est la section de Berne qui se réjouit d'accueillir des collègues de toute la Suisse à l'occasion de l'assemblée des délégués de l'ASID, les 27, 28 et 29 avril 1973.

Voici un premier aperçu du programme de ces trois jours, pour vous faciliter la planification de ce week-end.

Vendredi 27 avril 1973

Après-midi

Séances plénaires de tous les groupes d'intérêt communs (GIC) de l'ASID

GIC des infirmier(ère)s-chefs

Sujet: La position de l'infirmier(ère)-chef dans la hiérarchie hospitalière

GEI (groupe des enseignants en soins infirmiers)

Sujet: L'auto-évaluation de l'enseignant(e) en soins infirmiers.

Exposés d'experts, discussions.

GIC des infirmières de santé publique
Sujet: L'infirmière de santé publique hier, aujourd'hui, demain

GIC des infirmières mariées
Sujet: Problématique de la réintégration professionnelle de l'infirmière mariée. (Entretiens)

GIC des infirmières et infirmiers soignants
Sujet: L'infirmière soignante en milieu hospitalier

En organisant ces rencontres plénaires, la section de Berne tente une expérience, dont elle espère qu'elle sera positive et qu'elle incitera les GIC à se réunir dorénavant une fois par an au niveau national. Sont invités à ces séances plénaires: les membres des divers groupes d'intérêts communs et les personnes qui s'y intéressent.

Buts

- Echanges d'idées et d'expériences
- Possibilité de rechercher en commun des solutions aux difficultés communes
- Stimulation réciproque et coordination des efforts

Organisation: les GIC de la section de Berne.

Un programme détaillé avec talon d'inscription paraîtra dans le No 2/1973 (février) de la Revue suisse des infirmières (RSI).

Samedi 28 avril 1973

Matin

Assemblée des délégués de l'ASID

Programme détaillé et ordre du jour suivront (RSI No 2/1973)

Après-midi

Congrès de l'ASID

Sujet: Halte à la surenchère dans le recrutement du personnel
Forum avec participation de diverses personnalités représentant les autorités et le monde hospitalier.

Interviews d'experts

Discussion

Soirée ??? (*)

Dimanche 29 avril 1973

Matin

Service religieux oecuménique en la cathédrale de Berne

Ensuite: Rencontre d'un groupe d'intérêts communs sur la **recherche en soins infirmiers**. Qu'en pensez-vous?
Discussion animée par Mles N.-F. Exchaquet et R. Quenzer
— ou départ pour diverses excursions.
D'autres informations et détails du programme paraîtront en février dans la RSI.

??? (*) NB... (Nous allions l'oublier)

Sur le lac de Thoune, en promenade

A fin avril si vous descendez

Joyeuse bande rencontrerez:

Les membres de l'ASID en balade

(On parle aussi d'un certain banquet...)

Mesdames et Messieurs, pour Berne n'oubliez

27, 28, 29 avril de réserver.

La douleur et ses modalités d'expression

Suite et fin du travail de diplôme de Mlle E. Décosterd (v. No 12/1972, page 452)

Deuxième partie

III. Etage d'intégration de la douleur

Au niveau thalamique, la douleur est encore une sensation élémentaire dotée d'une composante végétative et thymique. Le niveau cortical implique l'apport considérable de données psychologiques, qui ajoutent au caractère sensoriel de la douleur une dimension émotionnelle, différente suivant le contexte social, culturel, professionnel, racial, philosophique ou religieux dans lequel elle évolue.

La douleur varie donc en fonction

- de l'*expérience passée*. La représentation d'un danger, la peur accroissent la douleur. Ce phénomène est utilisé dans les techniques d'accouchement sans douleur, où la femme se prépare au stress physique de l'accouchement. Est à relever le caractère culturel de ce genre de peur. En effet, dans certaines civilisations, la femme travaille aux champs jusqu'au moment d'accoucher, tandis que son mari attend la naissance de l'enfant dans les gémissements... et au lit. Dès la naissance du bébé, la femme retourne à son travail
- de la *signification qu'on lui donne*. On a observé que des soldats amputés et soignés dans un hôpital militaire subissaient de fortes douleurs traumatiques et post-opératoires sans réclamer de calmants, alors que des civils dans la même situation recevaient des médicaments à haute dose. Pour les uns, la douleur n'était rien à côté de la mort frôlée sur le champ de bataille. Pour les seconds, l'amputation était ressentie comme une lourde atteinte à l'intégrité corporelle
- de la *focalisation de l'attention*, de la concentration d'esprit sur un sujet qui relègue la douleur à l'arrière-plan des préoccupations.

En définitive, la douleur vécue dépend de la personnalité entière de l'individu, de sa maîtrise de soi, maîtrise physique, intellectuelle, spirituelle. Elle reçoit alors un sens nouveau, elle cesse d'être uniquement contrainte, atteinte à la liberté, pour devenir le moyen hautement utilisable d'approfondir son humanité en vue d'un essentiel supérieur.

Modalités d'expression de la douleur

A. L'expression strictement corporelle de la douleur revêt divers aspects

- suivant la *localisation* de la sensation douloureuse. Une localisation précise et fixe signe à coup sûr une atteinte organique, tandis qu'une douleur qui «vogage» risque bien d'être de nature psychosomatique
- suivant les *phénomènes d'accompagnement*, tels que les troubles vaso-moteurs et sécrétoires,
- suivant le *mode de déclenchement*, parfois très caractéristique: crises paroxystiques des algies essentielles.

L'*évolution dans le temps* apporte aussi de précieux renseignements: douleur continue ou intermittente, rythme des crises douloureuses, horaire, mode d'apparition.

L'*intensité* et la *tonalité* sont plus difficilement appréciables, à cause du caractère unique de chaque comportement.

B. Beaucoup plus riches sont les expressions de la douleur liées à la personne elle-même. On risque souvent de les méconnaître par manque d'attention ou d'écoute... ou de leur accorder trop de signification, impressionné que l'on est par les manifestations offertes à l'observateur.

A l'extrême, on peut citer

- l'*expression simulée* de la douleur ou sa *majoration consciente*, qui pourrait valoir à l'intéressé une indemnisation pour dommages physiques,
- l'*expression quasi absente* de la douleur dans l'hystérie ou certains troubles démentiels.

La douleur s'exprime de manière extrêmement différente:

La mimique, outre les manifestations musculaires ou végétatives-réflexes significatives (spasme d'un hémiface, larmoiement des névralgies du trijumeau), signe ce que le sujet ressent au dedans:

...larmes de l'enfant qui s'est coupé... confiées à l'ours en peluche..., larmes de la douleur persistante trop intense, qu'on n'a plus le courage d'assumer...

...angoisse lisible dans le regard et sur chaque trait du visage...

...grimaces qui transforment le profil de celui qu'assiège tout à coup un mal inattendu *.

La gestuelle, du genre simple et vrai à la manière théâtrale. Sont à considérer les différences de tempéraments: vivacité méditerranéenne, capacité de donner à ses doigts un langage, ou... intérieurité «vauvoise» qui n'exprime que ce qu'on lui réclame.

...Mains crispées ou mains jointes, suivant l'attente recelée tout au fond de l'être.

Le langage est d'un riche apport dans l'expression de la douleur.

C'est la douleur qui se commente, se détaille et s'analyse, ou celle qui se plaint, à tort ou à raison, s'entre-tient, s'agrandit et se déforme.

Dans cette perspective se placent ces dialogues de sourds où chacun «en a vu» davantage que l'autre, où sa douleur est unique, et celle des autres universellement banale.

Il y a enfin celle qui s'offre simplement, comme un partage, et qui, au travers des mots se définit au-delà d'elle-même.

* «La souffrance paroxystique, objet d'étude pour l'artiste... comme pour le physiologiste?» Charles Le Brun (1619 à 1690) «Etude de physiognomie». Cab. des Dessins, musée du Louvre, Paris, dans *Encyclopédia Universales France SA* 1968, Vol. 5, p. 783.

Tableau des traitements

Techniques chirurgicales

But: Interruption des voies de la douleur, des récepteurs périphériques au neurone thalamo-cortical.

Sections des voies sympathiques si elles sont impliquées dans les processus douloureux.

Interventions sur le neurone périphérique

1. Au niveau des terminaisons périphériques.

Infiltration du territoire douloureux. Se fait au niveau des cicatrices douloureuses. Emploi de Novocaïne.

Dénervation d'un territoire cutané au profond. Section circulaire au niveau de l'aire douloureuse, ne laissant qu'un pédicule pour le passage de la vascularisation. Utilisation parfois pour les douleurs post-zonateuses, mais succès inconstant.

2. Au niveau des nerfs.

Neurotomie risquent de produire un névrome exubérant pouvant être lui-même à
Résection l'origine de douleurs.

Ceci explique l'emploi de divers procédés pour empêcher la régénération des fibres nerveuses:

- cautérisation du moignon nerveux. Emploi d'alcool, de phénol, de formol
- protection mécanique, assurée par un badigeonnage au moyen d'un dérivé acrylique
- inclusion du moignon dans un os voisin (nerfs digitaux ou intercostaux), ou dans un tube de polyéthylène.

Anesthésies et infiltrations sclérosantes des nerfs. D'usage courant. Technique simple, si l'anesthésie se fait à la novocaïne, plus compliquée s'il s'agit d'un blocage à l'alcool. Importance de la précision de l'injection, sans laquelle on peut déclencher des douleurs par irritation des tissus.

3. Sur les racines sensitives.

- a) Infiltrations. Exceptionnelles (ganglion de Gasser).
- b) Anesthésie épидurale par le hiatus sacré. N'atteint que les racines inférieures, jusqu'au renflement lombaire.
- c) Injection intra-rachidienne d'alcool pour bloquer les racines postérieures de la queue de cheval.
Dangereux à cause du risque de nécrose de la moelle, et acceptable au prix de séquelles importantes chez des malades atteints d'un cancer avancé.
- d) Radicotomie spinale, avec laminectomie. Emploi assez rare, pour des douleurs bien localisées. Se fait surtout pour la racine postérieure du trijumeau, soit par voie temporaire extra-dure-mérienne, soit à l'intérieur même du bulbe.

Interventions sur la voie spino-thalamique

1. Cordotomie antéro-latérale.

Provoque une analgésie hétéro-latérale en dessous du niveau de section.

Deux points importants: Tenir compte de la hauteur sur laquelle se fait la décussation du faisceau, et de l'abaissement du seuil d'analgesie quelques mois après l'opération.

Deux niveaux:

- Niveau dorsal supérieur, pour la suppression des douleurs des membres inférieurs et de l'abdomen.
- Niveau cervical supérieur, pour la suppression des douleurs des membres supérieurs et du thorax. Complications respiratoires éventuelles.

Résultats opératoires excellents, malgré la possibilité de paresthésies disparaissant spontanément, et de troubles sphinctériens (surtout pour les interventions bilatérales). Variante: Cordotomie bilatérale en un temps pour les cordotomies dorsales, en deux temps pour les cordotomies cervicales.

2. Tractotomie spino-thalamique bulbaire.

Provoque une analgésie hétéro-latérale à la section. Touche aussi le membre supérieur et le cou.

Incision pratiquée entre le plan de l'obex et une ligne imaginaire placée à 6 mm en dessous de lui, là où il n'y a pas de vaisseaux importants.

Suites opératoires complexes: Risque de troubles de la déglutition ou de la respiration.

Résultats: Risque de dysesthésies.

Non permanence de l'analgesie obtenue.

3. Tractotomie mésencéphalique.

Abord difficile, avec incision en dessus de l'émergence du nerf pathétique.

Avantage: Réunion des fibres du neurone secondaire du nerf trijumeau avec le faisceau spino-thalamique. Toutes les fibres de la sensibilité douloureuse sont ainsi groupées.

Résultats: Risque lié à la vascularisation des centres vitaux.

Analgesie remplacée rapidement par une hypo-algésie.

Paresthésies douloureuses fréquentes.

4. Myélotomie commissurale.

Touche le trajet initial du deuxième neurone. Section de la moelle médiane sagittale au niveau de la commissure blanche antérieure. Obtention d'une anesthésie suspendue de type syringomyélique.

Difficulté pour la précision de l'incision. (Niveau cervical: risque de troubles respiratoires).

Avantage: Pas de parésie résiduelle.

5. Interventions sur le thalamus.

Point d'impact sur le noyau ventral postérieur ou sur le noyau arqué.

∞ Interventions sur le troisième neurone

1. Cortectomie.

Rare. Utilisée pour certaines douleurs centrales ou algies des membres fantômes.

2. Sous-cortectomie de l'aire post-centrale.

Son choix, comme celui de la cortectomie, est discutable, en raison de la large diffusion des voies de la douleur à ce niveau.

3. Coagulation sous-corticale,

après repérage des fibres sensitives. Bons résultats, sédation assez durable.

4. Lobotomie préfrontale.

Opérations sur les nerfs végétatifs

1. Interventions sur le sympathique cervical.

Sympathectomie cervicale supérieure. Efficacité inégalement prouvée dans les syndromes algiques.

Stellectomie, employée pour les douleurs des membres supérieurs, et les syndromes céphaliques. Supplantées actuellement par d'autres techniques.

2. Sympathectomie sous-stellaire.

Pour la suppression des algies traumatiques du membre supérieur, par exemple.

3. Sympathectomie thoracique supérieure.

Pour la suppression des douleurs de l'angine de poitrine.

4. Sympathectomie lombaire.

Se fait lors de syndromes douloureux de la moitié inférieure du corps.

5. On peut aussi intervenir sur les nerfs splanchniques et le nerf présacré pour agir sur certaines douleurs du tronc.

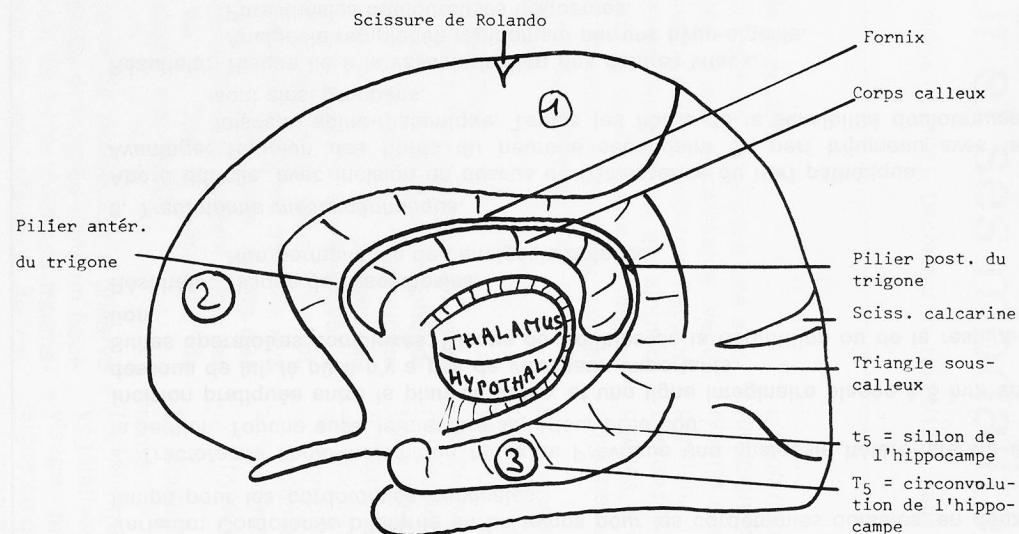
Remarques. La chirurgie de la douleur vit des échecs des autres thérapeutiques. Elle trouve son indication dans l'impossibilité de traiter l'affection provoquant la douleur. Sont à considérer:

- le temps de survie permise par une intervention éventuelle, temps en-deçà duquel celle-ci serait une surcharge inutile pour le malade. On recourt alors aux stupéfiants.
- la complexité des phénomènes douloureux et leur voie largement diffusée aident à comprendre l'extrême importance de poser d'emblée la bonne indication.
- la chirurgie périphérique de la douleur permet d'intervenir auprès du malade affaibli, incapable de supporter un stress physique plus important.
- la psycho-chirurgie de la douleur représente l'ultime ressource employée. Elle pose un problème moral d'envergure, car elle équivaut en somme à léser des organes nobles, en général sains.

Chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie de la douleur resteront dans l'ombre, à cause du souhait de ce travail, qui est de présenter la douleur comme une expérience humaine.

ETAGE D'INTÉGRATION

Face interne de l'hémisphère droit - Coupe sagittale médiane



. - Diffusion des voies thalamo-corticales de la douleur

- 1 - dans l'aire pariétale
- 2 - dans l'aire frontale
- 3 - dans les zones rhinencéphaliques et temporales

- Corrections avec
 - l'hypothalamus
 - les noyaux non spécifiques du thalamus
 - le système réticulé du tronc cérébral

Dessin de l'auteur

Fig. 7

Le silence exprime parfois la douleur. Les choses qui étreignent et qui font mal, par volonté de se maîtriser, et par souci d'être légères pour les êtres les plus proches, restent cachées...

Mais une absence de réaction à un stimulus douloureux peut être due à une atteinte de la sensibilité (lèpre) ou à son absence congénitale au niveau superficiel (rare).

L'expression artistique

A cause de la signification donnée à la douleur, et de la manière de la vivre, des chefs-d'œuvre d'une force bouleversante sont nés en musique, en peinture, en littérature. Ils prouvent que tout état est utilisable, et que d'un mal peuvent surgir une beauté et une vérité infinies.

Ebauche restreinte, car la vie refuse sa mise sur papier intégrale. Elle est toutefois l'occasion de rappeler que l'attitude face à la douleur et à ses modalités d'expression doit s'ouvrir grand sur

le connu et l'inconnu,
le possible et l'impossible,
le visible et l'invisible.

Réflexions

La solitude est un sentiment que tout être découvre en soi, tôt ou tard. Non la solitude faite de présences éloignées ou d'absences définitives, qui se comble et se refait indéfiniment, mais celle qui place brutalement l'homme face à un vide essentiel ou face à un tout, quel que soit le nom qu'on lui donne.

Je crois que l'expérience de la douleur, de la souffrance, est étroitement liée à cette solitude. Vient le moment où celui qui a mal gagne des régions qui l'isolent, et lui font toucher un monde différent du premier, incommunicable.

De même celui qui, à cause de sa profession ou d'un lien d'amitié, ou de toute autre cause, voit l'autre souffrir,

frir, se sent terriblement démunie. La finitude de l'être humain s'impose alors à l'esprit...

La douleur n'est pas un état héroïque d'où l'on ressort forcément grandi. Chaque situation, santé ou maladie, est un moyen de façonner l'être, de l'aider à se dépasser. La douleur peut être alors

prodigieusement formatrice
ou
cadeau sinistre...

Je crois aussi qu'en bonne santé, on vit souvent dans une inconscience négligente, dans un gaspillage de forces physiques, et une pauvreté spirituelle qui peuvent étonner l'homme malade, pour qui chaque répit est un merci, chaque douleur acceptée, un échelon gravi sur l'échelle de la volonté et de la solidité intérieure.

Au travers de la douleur, peut-être le «devenir» de soi est-il plus âprement ressenti, plus durement dynamique que dans la santé, où les mêmes choses sont acquises au prix de moins d'effort.

Ou plutôt:

Les deux chemins ont leur zone d'aridité où l'effort s'intensifie, mais en des endroits différents et non comparables.

Bibliographie

- *Pain, Basic Concepts and Assessment; Rationale for Intervention*. American Journal of Nursing. June 1966. Vol. 66, No 5—6.
- *The Perception of Pain*, Scientific American. February, 1961. Vol. 204, No. 2.
- *Samson Wright's Applied Physiology*, Keele and Neil. 11th Edition, Oxford Medical Publications.
- *Neurochirurgie*, Marcel David et Henri Pourpre. Collection médico-chirurgicale à révision annuelle. Edition Flammarion.
- *Manuel d'anatomie topographique et fonctionnelle*, Georges Winckler. Edition Masson & Cie, 1964.
- *Ce que je crois*, Gilbert Cesbron. Edition Grasset, page 27.
- *La difficulté d'être*, Jean Cocteau. Collection 10/18, page 79.

Petits communiqués

Feldcher, assistant médical, médecin aux pieds nus, officier de santé, infirmier chef de centre médical... tous ces noms plus ou moins synonymes désignent **l'auxiliaire du médecin**, «dont les fonctions peuvent aller du traitement simple des maladies courantes jusqu'à des soins plus étendus comportant l'application de diverses techniques, de diagnostic, de traitement et de prévention. Les membres de cette catégorie de personnel n'ont pas fait d'études médicales de niveau universitaire».

C'est à ce personnel sanitaire, dont l'idée fait son chemin aussi aux Etats-Unis, que «Santé du Monde», le magazine de l'OMS, consacre son No de juin 1972.

Selon son rapport annuel 1971, la **Croix Jaune et Blanche de Belgique**, service spécialisé de soins à domicile, occupe environ 1300 infirmières diplômées, emplantées dans une grande partie du pays, qui ont pour tâche de soigner à domicile malades, handicapés et personnes âgées selon les prescriptions des médecins.

Quelques chiffres donnent une idée du développement de cette organisation:

Année

1967
1968
1969
1970
1971

Total des soins dispensés
4 486 637
5 363 420
6 100 745
6 757 706
7 208 967

La Croix Jaune et Blanche de Belgique a le regard tourné vers l'avenir. Elle s'efforce d'arriver à une collaboration efficiente avec les médecins de famille, les hôpitaux et cliniques et les travailleurs paramédicaux, afin de pouvoir fournir au patient à domicile une aide toujours plus efficace et moderne. Quelques expériences dans le domaine de l'hospitalisation à domicile ont été mises sur pied récemment.

La Croix Jaune et Blanche espère ainsi, dans une mesure plus large encore que par le passé, pouvoir accéder au désir des malades d'être soignés à domicile chaque fois que les circonstances le permettent.

Fédération Nationale de la Croix Jaune et Blanche, avenue Adolphe Lacomblé 69 — 1040 Bruxelles

Geschichte der Anästhesie

(2. Teil)

Schw. Regina Jenny

Narkose-Apparate

Die ersten Aethernarkosen wurden mittels recht komplizierter Glaskugelinhaltoren verabreicht, Lachgas hingegen meist direkt aus gasdichten Säcken. Beide Verfahren waren jedoch nur sehr bedingt befriedigend.

Die Narkosedurchführung konnte mit der von Schimmelbusch im Jahre 1862 eingeführten Maske zur Tropf-Narkose stark vereinfacht werden. Die *Schimbelbusch-Maske* fand grosse und während Jahren starke Verbreitung, eignete sich jedoch nur für Aether- oder Chloroformnarkosen. 1870 wurden dann erstmals *Zylinder* für Lachgas und Sauerstoff hergestellt; der erste brauchbare Narkose-Apparat jedoch erst 1887 durch den Engländer *P. W. Hewitt* konstruiert.

Gegen Ende des letzten Jahrhunderts entwickelte dann *George H. Fell* in Amerika einen Apparat zur künstlichen Beatmung. Er bestand aus einem Blasebalg und einem damit verbundenen Tubus, der in die Luftröhre eingeführt wurde. Später ersetzte er den Tracheotomie-Tubus durch eine Gesichtsmaske, die fest auf Nase und Mund sass.

Die Weiterentwicklung der Apparate machte jedoch erst anfangs dieses Jahrhunderts grosse Fortschritte. Besonders die Herren *McKessen*, *Foregger* und *Boyle* haben sich um die Herstellung wirklich brauchbarer Narkose-Apparate verdient gemacht.

Grosse Sorge bereitete dabei immer noch das Problem, wie man das Kohlendioxyd aus der Ausatemluft absorbieren könnte. *Dennis E. Jackson* veröffentlichte 1915 einen Aufsatz, in welchem er eine Methode zur Einleitung und Erhaltung einer längeren Anästhesie oder Analgesie mit Lachgas, Chloräthyl, Aether, Chloroform und anderen Substanzen zusammen mit Sauerstoff angab. Sie basierte auf dem *Rückatmungsprinzip* gasförmiger oder flüchtiger Anästhetika, aus denen das ausgeatmete Kohlendioxyd mittels eines Absorbers entfernt wurde. Als geeignete Absorber-Substanzen bezeichnete er Natrium- oder Kalziumhydroxyd. Jackson hatte leider nie Gelegenheit, diese Versuche an Menschen auszuführen, war jedoch überzeugt, dass seine Methode auch bei diesen erfolgreich sein würde.

Dr. Ralph Waters zeigte als erster lebhaftes Interesse an Jacksons Ausführungen. Er bewies die klinische Brauchbarkeit der Methode und konstruierte einen Apparat, der einfacher war als derjenige von Jackson. Er bestand aus einer Maske, einem Behälter für Soda-lime-Körner, der sich in einen grossen Gummibeutel öffnete, einem Gummischlauch, der vom Beutel zum Lachgas und zum Sauerstoffzylinder führte. Der grosse Vorteil dieser Narkoseart lag naturgemäß in den erheblich geringeren Kosten für den einzelnen Patienten. Der Nachteil bestand darin, dass sich der Soda-lime-Behälter und der Atembeutel direkt über dem Gesicht des Patienten befanden, also in allzu grosser Nähe des Operationsgebietes und vor allem auch der Lungen des Narkotisierten.

Brian C. Sword trennte dann im Jahre 1926 bei seinen Experimenten mit dem «geschlossenen System» den

Gasfluss für die Ein- und Ausatmung. Er verwendete zwei Schläuche, die durch ein Y-Stück miteinander verbunden waren und dort an eine Maske angeschlossen werden konnten. Auf diese Weise konnte der Absorber und der Atembeutel zur Rückatmung weiter vom Kopf des Patienten entfernt angebracht werden.

Endotracheale Intubation

Die Endotracheal-Narkose begann sich erst nach der Entdeckung des Absorbers mehr und mehr durchzusetzen und nahm dann durch die Einführung der Muskelrelaxantien an Bedeutung noch zu.

Die Anfänge der endotrachealen Intubation reichen aber viel weiter zurück. Schon 1543 veröffentlichte *Vesalius* einen Bericht, in welchem er über Versuche bei Tieren schrieb, die er endotracheal intubierte und mittels eines Blasebalges über eine gewisse Zeit beatmete. Er führte aus, dass dieses Vorgehen eine lebenserhaltende Massnahme bedeuten könnte. Sein Bericht blieb jedoch unbeachtet und erst Ende des 18. und anfangs des 19. Jahrhunderts wurde dann erneut von verschiedenen Seiten wiederum darauf hingewiesen, wie man bei Ertrinken oder Erstickern einen Schlauch in die Trachea einführen und so eventuell ein Menschenleben retten könne.

Die erste bekannte Narkose durch Intubation wurde 1869 durch den deutschen Chirurgen *Friedrich Tendelenburg* durchgeführt und beschrieben. Allerdings intubierte er noch durch eine Tracheotomie.

Das Verdienst der ersten auf peroralem Weg ausgeführten Intubation fällt dem Glasgower Chirurgen *W. Mac Ewen* zu. Im Jahre 1878 benützte er dazu gekrümmte Metallrohre und intubierte mittels des Tast- und Gehörsinnes. Nach einem Todesfall gab er jedoch seine Versuche auf.

Im Jahre 1900 veröffentlichte *Franz Kuhn* seine ersten Mitteilungen über eine Reihe von Endotrachealnarkosen und 1902 über die nasale Intubation. Er intubierte unter Sicht mittels eines «Autoskop». Dieses wurde später von *Chevalier Jackson* weiter entwickelt und in *Laryngoskop* umbenannt; Jackson trug damit wesentlich zum Erfolg der endotrachealen Narkose bei. Kuhn empfahl weiter als erster die Kokainanwendung als nützliches Mittel bei der Intubation. Er machte sich um diese Technik besonders verdient, denn seine damals fortschrittliche endotracheale Narkose stellte die Grundlage für alle heute üblichen Methoden dar.

In den weiteren Jahren machten sich dann besonders *J. W. Magill* und *R. R. Macintosh* um die Weiterentwicklung und Verfeinerung der Intubationsmethoden und -geräte verdient. Magill diente während des Ersten Weltkrieges bei der britischen Armee als Anästhesist und hatte somit viel mit der Versorgung von Kriegsverletzten zu tun.

Heute wird von jedem Anästhesisten neben einem grossen theoretischen Wissen selbstverständlich verlangt, dass er die Technik der oralen, wie der nasalen endotrachealen Intubation beherrscht.

* 1. Teil: Siehe Zeitschrift Nr. 12/1972, Seite 457.

Lokal-Anästhesie

Die ersten Lokal-Anästhesie-Versuche wurden mit *Morphium* ausgeführt. Das Opium wurde durch gepresste und getrocknete unreife Kapseln des weissen Mohn gewonnen. Dieses berühmte pflanzliche Narkoticum fand in der Antike vorwiegend Verwendung zur Erzeugung eines künstlichen Schlafes. So goss Helena von Troja, die Tochter des Zeus, nach Berichten in der Odysee, schon 1149 v. Chr. jeweils eine Droge — wahrscheinlich Opium — in den Wein, «um das Leiden zu erleichtern, den Aerger zu vertreiben und alles Uebel vergessen zu lassen». Die Wirkung des Opiums war jeweils schwer vorauszusagen. Bei manchen Patienten zeigten erhebliche Mengen nur eine geringe Wirkung, während es für andere grosse Gefahren, bisweilen sogar den Tod bedeutete.

Um den risikolosen Einsatz dieses Mittels zu sichern, führte der Chemiker *Friedrich Wilhelm Sertürner* aus Westfalen zahlreiche Experimente durch: So gelang ihm schliesslich die Isolierung eines Alkaloids, das einen Opiumrausch hervorrief. Er nannte diese Droge *Morphium* nach Morpheus, dem griechischen Gott des Schlafes. Mit dem Morphium wurden Lokal-Anästhesien gesetzt, zuerst mittels Impfmesserchen, später mit Hohlnadeln aus Federkielen und Metall. Schon um 1868 schlug *W. W. Greene* den subkutanen Gebrauch des Morphins während Inhalations-Narkosen vor. Seiner Auffassung gemäss verhinderte seine Methode Schock, Delirium und Erbrechen.

Die Anwendung des *Kokains* bedeutete einen weiteren, wichtigen Schritt in der Entwicklung der Anästhesie. Das Kokain stammt von der Kokapflanze. Den Ein geborenen von Peru war die betäubende Eigenschaft der Kokapflanze bereits im Altertum bekannt. Während schweren chirurgischen Eingriffen wie z. B. der Trepbamation erzielten sie eine gewisse Lokalanästhesie, indem sie Kokablätter kauten und den Speichel davon auf die frische Incision laufen liessen. Die Kokapflanze wurde als ein Geschenk Gottes betrachtet, da sie «die Hungrigen sättigte, den Müden und Erschöpften neue Energien zuführte und den Unglücklichen half, ihre Sorgen zu vergessen».

Albert Niemann, ein Deutscher, stellte 1860 das Alkaloid der Kokapflanze in Kristallform dar und gab ihm den Namen Kokain.

Der bekannte Wiener Arzt *Sigmund Freud* entdeckte während Versuchen mit Kokain zur Behandlung Morphinsüchtiger dessen lokal schmerzstillende Wirkung. Sein Freund, der junge Augenarzt *Carl Koller* setzte die Versuche fort und wandte schliesslich die Lösungen mit gutem Erfolg bei Augenoperationen an. 1884 berichtete er darüber beim deutschen Ophthalmologenkongress.

Bald darauf wurde dieses Lokal-Anästhetikum dann auch von den Chirurgen aufgegriffen und die ersten Peridural-, Spinal- und Infiltrations-Anästhesien wurden ausgeführt. *W. S. Halsted* spritzte 1884 Kokain in die Nervenstämme und erzielte dadurch eine «Leitungsanästhesie» in den entsprechenden peripheren Regionen. Die ersten Spinalanästhesien wurden 1898 in heroischen Selbstversuchen durch *August Bier* in Greifswald und zwei seiner Assistenten durchgeführt. Wegen der toxischen Nebenwirkungen des Kokains wurde dem Mittel zunächst Adrenalin zugegeben, um die Resorption zu verzögern und vor allem wurde nach ähnlich wirkenden, weniger toxische Mitteln gesucht. Dem deutschen Chemiker *Alfred Einhorn* gelang schliesslich die Entwicklung eines synthetischen Prä-

parates, des *Novocains*. Unzählige weitere Präparate folgten sich im Laufe der Jahre und bis heute hat die Lokalanästhesie ihren festen und wichtigen Platz neben der allgemeinen Anästhesie.

Rektale Narkose

Bald nachdem der Aether seinen Siegeszug als Inhalations-Narkoticum angetreten hatte, führte der berühmte Chirurg *Pirogoff* aus Russland die ersten Versuche mit einer Anästhesie auf intestinalem Wege durch. Er führte flüssigen Aether in das Rektum ein. Später wurde der Aether zuerst erhitzt und in seiner flüchtigen Form verabreicht, dann auch mit Wasser vermischt. Die verschiedenen Verfahren zeigten aber einige Nachteile. Die Patienten bekamen heftige Diarrhoeen, Melena und auch ein Todesfall wurde beschrieben. In jedem Fall bewirkten diese Narkosenmethoden grobe Schleimhautläsionen. Diese entmutigenden Ergebnisse führten dazu, dass die rektale Methode schon bald wieder verlassen und bis anfangs dieses Jahrhunderts vergessen wurde.

Erst 1903 griff *Cunningham* dieses Verfahren wieder auf, gestaltete sie auch technisch neu, indem er den Transport des Aetherdampfes mit Luft erzielte. Diese Methode zeigte weniger Nachteile, doch im Jahre 1913 berichtete *Gwathmey* noch über bessere Ergebnisse mit einem Oel-Aether-Gemisch. Durch Zugabe von Carronöl war es ihm gelungen, die Mukosareizung zu verhindern. Allerdings musste die Mischung langsam als Einlauf verabfolgt werden. Diese rektale Narkose erwies sich als merklich erfolgreicher und wurde von vielen Krankenhäusern übernommen. Statt Carronöl wurde später mit gutem Erfolg Olivenöl verwendet. Im Jahre 1917 wurde ein weiteres Anästhetikum mit noch grösserem Erfolg rektal verabfolgt, nämlich das Avertin (Tribromäthylalkohol in Amylhydrat). Nach der Entdeckung des Pentothals wurde und wird auch heute noch dieses Mittel in einer speziellen Suspension zur rektalen Anästhesie, meist als Basis-Narkotikum benutzt.

Intravenöse Narkose

Der intravenösen Narkose kommt zweifellos das Verdienst zu, in entscheidendem Masse dazu beigetragen zu haben, die Angst vor Operation und Narkose stark zu verringern. Die «Schlafspritze in den Arm» ist bei den heutigen Patienten ein sehr fixierter Begriff.

Die Idee, eine Narkose durch Verabreichung eines Narkotikums in die Blutbahn zu erreichen, ist schon einige hundert Jahre alt. Schon im 17. Jahrhundert führte der Engländer *Wren* Versuche durch, in welchen er Hunden eine Opiumlösung i. v. verabreichte. Ende des 19. Jahrhunderts und um die Jahrhundertwende wurden immer wieder Versuche mit intravenösen Applikationen von wässrigen Aether- und Chloroformlösungen gemacht, ebenso wie mit Chloralhydrat, Hedonal, Morphium, Scopolamin, Magnesiumsulfaten, Avertin und Aethylalkohol. Die Erfolge waren jedoch eher unbefriedigend.

Die Grundlage für den Siegeszug der intravenösen Anästhesie bildeten die *Barbiturate*. Das *Veronal* (Barbital) war das erste derartige Mittel, dessen Synthese 1902 in Berlin *Emil Fisch* gelang. Dieses erste Barbiturat besass eine sehr lang anhaltende Wirkung bei einem sehr verzögerten Wirkungseintritt. Die Patienten schliefen 24—48 Stunden! 1920 erreichte *Bardet*, Frankreich, bessere Ergebnisse mit dem Somnifen, das eine Verbindung aus Veronal und Alurat darstellte. Einen grossen Aufschwung erlebte die intravenöse

Narkose mit dem erstmals im Jahre 1932 beschriebenen Evipan. Das Evipan besteht aus dem synthetisierten Na-Salz der Hexobarbitursäure und war das erste i. v.-Narkotikum, das den Hauptforderungen einer intravenösen Narkose wie grosser therapeutischer Breite, raschem Wirkungseintritt, kurzer Wirkungsdauer und guter Reversibilität sehr nahe kam.

In den folgenden Jahren kamen gegen 1220 Narkotika, meist auf der Basis von Barbitursäureabkömlingen, auf den Markt. Nur etwa 60 davon hielten jedoch der klinischen Prüfung stand. Das bekannteste Mittel dieser Reihe ist wohl das Pentothal, das 1935 entwickelt wurde, dann auch das Nembutal, Eunarcon, Kemithal usw.

Mit der Weiterentwicklung der Anästhesie versuchte man, mit der Narkose nicht nur Bewusstlosigkeit, sondern vor allem auch Analgesie, neurovegetative Dämpfung und Muskelrelaxation zu erreichen. Die sogenannte *Kombinations-Anästhesie* wurde erstrebzt.

So beschrieben Laborit und Hugenard im Jahre 1953 die *Cocktail-Lythique-Anästhesie*. 1959 folgte dann die von De Castro und Mendeleer entwickelte *Neurolept-Analgesie*, die die Indikationen zu einer Operation stark erweiterte. Die Ziele einer modernen Narkose können bei diesen Methoden auf getrennten Wegen erreicht und einzeln gesteuert werden. Das erst 1965 auf dem Markt erschienene Ketalar, das die sogenannte *«Dissoziative Anästhesie»* hervorruft, findet besonders in der Kinder-Anästhesie, bei alten und Risiko-Patienten, in der Geburtshilfe sowie bei Operationen im Gesicht und am Hals Anwendung.

Muskelrelaxantien

Die Verwendung von Muskelrelaxantien während Narkosen im Jahre 1942 durch die kanadischen Anästhesisten *Griffith und Johnson* bedeutete für die Entwicklung der Anästhesie wie der Chirurgie eine Revolution. Erst durch die Einführung dieser muskelerschlaffenden Mittel wurde die Anästhesie zu einer eigentlichen ärztlichen Disziplin erhoben und sicherte sich einen festen und wichtigen Platz als ebenbürtiges Spezialfach neben der Chirurgie. Für die Chirurgie bedeutete diese Entwicklung ebenfalls eine Revolution, konnten nun doch Eingriffe hauptsächlich in der Abdominal-Chirurgie viel leichter oder überhaupt erst richtig vorgenommen werden.

Zu Beginn des 16. Jahrhunderts, wenige Jahre nachdem Kolumbus zum erstenmal Amerika gesichtet hatte, schrieb *Petrus Martyr Anglerius*, ein spanischer Historiker, das erste Mal über eine unheimliche Substanz, die so rätselhaft war und so rasch und sicher wirkte, dass sie sich in den folgenden Jahrhunderten als das vermutlich gefürchteste Gift erwies: *Kurare*, der «fliegende Tod» in den Urwäldern des Amazonas. Er berichtete, wie ein indianischer «König» und siebenhundert nackte Krieger den Landungstrupp eines spanischen Schiffes beim Wasserholen aus dem Hinterhalt überfielen, die Männer mit einem Hagel ihrer giftigen Pfeile überschütteten und siebenundvierzig von ihnen töteten, da das Gift so stark war, obwohl ihre Wunden nicht gross waren.

Von dieser Zeit bis zum 23. Januar 1942 sollten vier einhalb Jahrhunderte vergehen, bis Harold Griffith dieses schreckliche Gift mit Erfolg in die Vene eines Patienten spritzte.

Wie und wann der erste Jäger auf den Gedanken kam, die tödbringende Eigenschaft seines Pfeiles oder Speers dadurch noch zu steigern, dass er die Spitze mit Gift bestrich, wird immer ein Geheimnis bleiben.

Jedoch wurden schon Speere gefunden, die aus einer Zeit von vor mehr als 25 000 Jahren stammen müssen. Ihre aus Knochen angefertigten Klingen wiesen Ausparungen und Aushöhlungen auf, die durchaus dazu gedient haben mochten, Gift in die Wunden gelangen zu lassen, die sie zufügten. Die ersten schriftlichen Hinweise auf Pfeilgifte stammen aus dem Wedischen Zeitalter in Indien, das fünfzehn Jahrhunderte vor Christus begann.

Vergiftete Pfeile werden des weitern mehrfach in der klassischen Literatur erwähnt. Homer liess Odyseeus nach dem tödlichen Gift suchen, mit dem er seine Pfeile bestreichen konnte und Vergil schrieb Jahrhunderte später von einem hochtalentierten Mann, der Wurfspeere und Schwerter mit Gift zu versehen verstand. Horaz, Ovid und andere berichteten von vergifteten Waffen und Plinius übte Kritik am Menschen, der als einziges Lebewesen seine Waffen in Gift tauchte. Es ist nicht bekannt, wie viele Arten von Pfeilgiften es im alten Europa gab und wie sie zubereitet wurden. Schlangengift spielte zweifellos eine grosse Rolle bei diesen Rezepten, entweder allein oder in Verbindung mit *Blut-* oder *Pflanzengiften*. Das gebräuchlichste aller Pflanzengifte war vermutlich der Saft aus der Wurzel des Eisenhuts.

Raleigh, wie auch später *Waterton* brachten von ihren Expeditionsreisen in Südamerika weitere Kunde des Kurares nach Europa. Das Kurare war bei den Indianern unter den Namen woorali, wooral, wourali, wourara, urari, uiaery, cururu, curuiri und curara bekannt. Alle diese Variationen stellten vermutlich nur Versuche dar, den indianischen Ausdruck uiaery, eine Kombination der Wörter uira für Vogel und eor für Töten, lautmalend nachzubilden.

Das Kurare, dessen sich Harold Griffith im Jahre 1942 bediente und das heute noch benutzt wird, stammt von einer Kletterpflanze der Mondsamenfamilie mit der Bezeichnung *Chondodendron tomentosum*. Der holzige Stengel dieser Pflanze steigt dreissig Meter hoch bis zum Blätterdach des Urwalds empor oder ringelt sich am Boden in grossen weitläufigen Windungen. Die Blätter wachsen nur auf neuen Stengeln und sind fleischig und lederig, auf der Oberseite dunkelgrün und unten fast weiss. Im Gegensatz zu den Blättern wachsen die winzigen Blüten und weintraubenartigen Früchte wahllos auf alten oder neuen Stengeln. Die Frucht sieht wie eine grosse längliche dunkelblaue Weintraube aus, doch im Innern hat sie im Gegensatz zu dieser nur einen einzigen Samen, der wie bei einer Pflaume oder einem Pfirsich in einem Stein eingeschlossen ist. Die Chondodendron tomentosum finden sich, wie auch noch andere Pflanzen der Strychnos-Arten, von denen ebenfalls Kurare gewonnen wird, in einem grossen Teil des nördlichen Südamerikas. Da die Indios oft Rinden von verschiedenen Arten nahmen und beliebig mischten, brauchte es sehr lange Zeit und viel Mühe, das Kurare zu isolieren und darzustellen.

Schliesslich fand die Art *Chondodendron tomentosum* in die praktische Medizin Eingang, weil sich bei dieser Pflanze das Gift über den gesamten holzigen Stengel verteilt und nicht nur auf die Rinde, wie z. B. bei den Strychnos-Arten, so dass von einer Chondodendron-Pflanze viel mehr Rohmaterial gewonnen werden konnte. Außerdem hat es sich erwiesen, dass es viel weniger schwierig ist, die Alkaloide der Chondodendron tomentosum zu isolieren als die der Strychnos toxifera.

Alexander von Humboldt beschrieb 1807 die Wirkung und Herstellung des Kurare. Mitte des 19. Jahrhunderts führte dann der französische Physiologe Claude Bernard eine Reihe von Versuchen mit Kurare durch. Er schrieb: «Im Innern des regungslosen Körpers, hinter dem starren Auge, wenn der Tod bereits eingetreten zu sein scheint, bleiben Gefühl und Verstand ohne die geringste Beeinträchtigung voll funktionsfähig. Kann man sich etwas Grauenhafteres vorstellen als die Qualen eines Verstandes, der genau registriert, wie alle Organe, die in seinem Dienst stehen, nacheinander ausfallen, der sich zum Schluss selbst lebend in einem Leichnam gefangen weiss?» Die vom «Fliegenden Tod» getroffenen Menschen starben einen grausamen Tod, blieben sie doch bis zur Erstickung durch Lähmung der Atemmuskulatur bei vollem Bewusstsein, ohne dass sie sprechen oder um Hilfe rufen konnten. Claude Bernard stellte im weiteren anhand zahlreicher Experimente fest, dass das Kurare weder die Nerven noch die Muskeln lähmte, sondern dass es in irgendeiner Form die Verbindung zwischen beiden unterbrechen musste. Um das «wie» herauszufinden, verging noch ein gutes Jahrhundert. Erst in jüngster Zeit, als es die Einführung des Elektronenmikroskops der biologischen Forschung ermöglichte, Messungen in der Größenordnung eines zehnmillionstel Millimeters vorzunehmen, sind wir zu unseren heutigen Erkenntnissen dieser äußerst diffizilen Materie gelangt.

Harold King, Nordwales, schaffte es im Jahre 1935 als erster, ein reines Alkaloid aus dem Kurare zu isolieren. Als Ausgangsmaterial benützte er 25 g Bambusrohr-Kurare aus einem Museum und er gewann daraus etwas mehr als 1 g eines reinen kristallinischen Alkaloids, das er *d-Tubokurarin-Chlorid* nannte und als die wirksame Kraft des Kurare nachwies. Da jedoch weder King noch das Museum, das ihm das Kurare zur Verfügung gestellt hatte, wussten, von welcher Lianenart es stammte, konnte er seine Forschungen nicht weiterführen. King befand sich somit in der einmaligen Lage, ein Alkaloid von einem Ausgangsmaterial isoliert zu haben, das er nicht identifizieren konnte. Diese Tatsache führte zu der paradoxen Situation, dass das

erste im Operationssaal verwendete Kurare lediglich ein Extrakt des rohen Urwaldgiftes war, obwohl Harold King sieben Jahre zuvor das reine Alkaloid isoliert und seine chemische Formel aufgestellt hatte. Dadurch, dass Griffith und Johnson 1942 mit der Einführung des Kurare in die Anästhesie die technische Voraussetzung, wie der endotrachealen Intubation nach Kuhn wieder aufgegriffen haben, wurde dem Verfahren ein voller Erfolg beschieden. Schon bald danach, das heißt seit dem Jahre 1947, wurden dann in rascher Folge synthetische Muskel-Relaxantien bekannt und klinisch angewendet. In der heutigen Anästhesie sind sie in der Kombinations-Anästhesie nicht mehr wegzudenken.

Es ist erstaunlich, grossartig und faszinierend, welche ungeheure Entwicklung die Anästhesie in den letzten etwa 130 Jahren durchlaufen hat und kaum verständlich, dass es Jahrhunderte dauerte, bis der Funke der Entdeckung springen konnte. «Wie in der Vergangenheit» — so sagte Waters einmal — «wird sich auch in Zukunft eine dauerhafte Weiterentwicklung vollziehen. Grundlage hierfür wird die Einbeziehung wissenschaftlicher Tatsachen sein, unermüdliches Lernen, unbeschränkte Einsicht und die Anwendung des Erfahrungsgutes».

Schw. Regina Jenny
Anästhesieabt.
Kantonsspital Aarau

Literatur

- Thomas S. Keys, Die Geschichte der chirurgischen Anästhesie.
Sykes, Essays on the first hundred years of Anaesthesia.
Jürgen Thorwald, Jahrhundert der Chirurgen.
Philip Smith, Ein Gift zum Wohle der Menschheit.
W. F. Henschel, und W. Peters, Intravenöse Narkose.
Therapeutische Berichte thb, 5000 Jahre Anästhesie.
F. Organon, Pavulon, Kapitel Geschichte der Muskelrelaxantien.
Dr. Alder, Kantonsspital Aarau, Anästhesie-Lehrgang für Schwestern.
Prof. W. Hügin, Lehrbuch der Chirurgie, Kapitel Anästhesie.

Ein Fuss und seine Geschichte

Anne Hasler¹

Pour partir du bon pied dans l'année nouvelle

Geburt

Ich gehöre zu Monika, die vor ein paar Stunden geboren wurde. Und zwar bin ich ihr rechter Fuss, dem man meist viel zu wenig Beachtung schenkt, bis es dann zu spät ist.

Anatomie und Physiologie

Meine Aufgabe besteht darin, Monika das Gehen und Stehen zu ermöglichen. Dementsprechend bin ich, im Gegensatz zu allen andern Körperteilen, horizontal am unteren Teil des Beines angebracht. Das Gerüst besteht aus Knochen, einem Gewebe aus vielen

Zellen, in welche Kalk eingelagert ist. Dieses bewirkt die bekannte Härte und Stabilität des Knochens. Rund um diesen herum befinden sich Muskeln und Sehnenstränge, Blutgefäße und Nerven. Das Ganze ist von einer derben Zellenschicht, der Haut, umgeben.

Das Fussskelett besteht aus sieben Fusswurzelknochen, fünf Mittelfussknochen und fünf Zehen.

Die Fusswurzelknochen sind würfelförmige Gebilde. Der grösste von ihnen ist das Fersenbein. Es überragt die andern nach hinten wie auch nach unten. Auf ihm ruht das Sprungbein und daneben das Kahnbein. Weiter nach vorne schliessen sich in mosaikartiger Form das Würfelbein und drei Keilbeine (in Fachsprache Os cuneiforme mediale, intermedium und laterale) an.

Zwei wichtige Gelenke ermöglichen meine grosse Beweglichkeit. Das obere Sprunggelenk verbindet die Unterschenkelknochen mit dem Sprungbein, das untere Sprunggelenk wiederum das Sprungbein mit dem Fersenbein und dem Kahnbein.

Die Mittelfussknochen sind im Gegensatz zu den Fusswurzelknochen längliche, runde Röhrenknochen. Von der Seite gesehen bemerkt man, dass sie zusammen mit den Fusswurzelknochen eine Längswölbung bilden. Daneben besteht auch noch eine Querwölbung, die ihren höchsten Punkt beim mittleren Keilbein erreicht und nach beiden Seiten wieder absinkt.

Die fünf Zehen sind ebenfalls Röhrenknochen. Die innere, grosse Zehe besteht aus zwei Gliedern, die andern vier aus deren drei.

Dieses Skelett ist eingebettet in die Fussmuskeln, die durch Sehnen verbunden sind und die Beweglichkeit der Zehen ermöglichen. Durch diese Muskelstränge ziehen unzählige Nerven und Blutgefäße.

Histologie

Der Aufbau von Knochen, Muskeln, Bindegewebe und Haut hat eines gemeinsam: sie bestehen alle aus einer Vielzahl von Zellen, die je nach ihrer Aufgabe eine andere Struktur und andere Lebensbedingungen aufweisen. Jede dieser Zellen besitzt einen Kern, ist also teilungsfähig.

Die Haut besteht aus mehreren Zellschichten. Zuoberst befindet sich die Epidermis, ein mehrschichtiges Plattenepithel, das bei mechanischer Beanspruchung verhornt und so einen Schutz bildet. Darunter liegt die Lederhaut, ein Gewebe von elastischen Fasern, Kapillaren, Nervenenden und Retikulumzellen. Hier sitzen auch die Schweiß- und Talgdrüsen sowie die Haarfollikel.

Zum Schutz der tieferliegenden Gewebe schliesst sich eine feine Fettschicht an. Dies ist eine Bindegewebsart, deren Zellen ganz mit Fett ausgefüllt sind und zur Polsterung und Vorratsspeicherung dienen.

Für das Bindegewebe selber sind die weit auseinanderliegenden Zellen cha-

rakteristisch, zwischen denen sich der Intrazellulärraum befindet. Er wird von kollagenen und elastischen Fasern durchzogen, die eine grosse Stützwirkung und Elastizität des Gewebes bewirken.

Der Muskel setzt sich aus Muskelbündeln zusammen, die wiederum aus Fasern und Fibrillen bestehen. Diese besitzen die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen, wodurch der Muskel seine Aufgabe als Bewegungsorgan erhält. Er wird von einer glatten, stabilen Bindegewebshaut, der Faszie, umgeben. Sie mündet am Muskelende in die Sehne, welche die Verbindung zwischen Muskel und Knochen herstellt.

Das Knochengewebe ist das härteste unseres Körpers. Seine Zwischenzellsubstanz besteht aus kollagenen Bindegewebsfasern, in die Kalksalze eingelagert sind. Dadurch erhält er seine grosse Widerstands- und Stützfähigkeit.

Kinderjahre

Wachstum

Monika ist nun mit ihrer Mutter nach Hause zurückgekehrt und liegt hier in einem weichen, weissen Bettchen. Sie ist ein äusserst lebhaftes Kind, was sich dadurch bemerkbar macht, dass sie mich andauernd von der einen Ecke in die andere, von unten nach oben und gegen ihr anderes Beinchen schlägt.

Wie schon gesagt, werden meine sämtlichen Zellen, sowohl diejenigen der Muskeln wie auch jene der Haut und sogar der Knochen, mit Blut versorgt und ernährt. Dieses Blut führt einen bestimmten Stoff mit sich, der aus dem Vorderlappen der Hypophyse kommt. Es ist das Wachstumshormon. Dieses bewirkt, dass sich die Zellen in einem mehrphasigen Prozess teilen und somit vermehren. Jede neu entstandene Zelle hat die genau gleichen Eigenschaften wie die Mutterzelle, weist also die gleiche Struktur, die gleiche Chromosomenanzahl und die gleichen Lebensbedingungen auf.

Das Wachstum ist ein kontinuierlicher Vorgang. Langsam aber beständig teilen sich alle Zellen, die Knochen werden grösser, Muskeln und Haut passen sich in gleicher Weise diesem Vorgang an. Das ist natürlich nicht nur bei mir, dem Fuss, so. Die ganze Monika macht da tüchtig mit. Es ist jetzt schon bald ein Jahr seit der Geburt verstrichen, und Monikas Eltern scheinen an diesem Wachstum eine grosse Freude zu haben. Die Strümpfhöschen sitzen bereits sehr satt an, und auch in den wohlen gestrickten Finken hat es nicht mehr so viel Platz wie am Anfang. Ich denke, es wird langsam Zeit, dass ich ein Paar neue bekomme!

Die ersten Schritte

Schon einige Male hat man versucht, Monika auf ihre Füsse zu stellen. Ich weiss wirklich nicht, was man von mir erwartet. Denn jedesmal, wenn sie losgelassen wird, kippt sie nach vorne

¹ Anne Hasler,
Krankenpflegeschule Kantonsspital
Winterthur
(Diplomarbeit)
September 1972.

oder nach hinten, und es gibt ein grosses Gelächter. Eines Tages jedoch — Monika ist nun gut fünfzehn Monate alt — ist der grosse Augenblick da. Mit einem enormen Kraftaufwand spannt Monika sämtliche Muskeln des Rückens, der Beine und auch meine eigenen an, balanciert ein wenig hin und her und steht dann aufrecht auf dem Boden. Ihr Gewicht drückt besonders auf meine Fersen, belastet aber auch die äussere Seite der Fusssohle und den Fussballen. Bei nahe verliert Monika wieder ihr Gleichgewicht, da setzt sie schnell den linken Fuss vor mich hin. Durch diese so entstehende Gewichtsverlagerung bin ich gezwungen, die Ferse vom Boden abzuheben, die Zehen in ihren Grundgelenken zu biegen und mich mit ihnen so gut wie möglich am Teppich festzukrallen. Dies ist gar nicht so einfach, wie es scheint, denn schon muss ich mich wieder nach vorwärts schwingen, die Ferse richtig aufsetzen und mich von neuem abrollen. Die Teppichhärrchen kitzeln mich empfindlich an der Fusssohle, denn auch dort ist meine Haut noch dünn und zart. Für das erstmal lässt es Monika bei diesen paar Schrittchen bewenden und lässt sich wieder auf ihr Hinterteil fallen. Doch der Anfang ist gemacht, und nun geht es von Tag zu Tag besser. Monikas Haltung wird langsam sicherer, und nach einiger Zeit trippelt sie schon fast ganz aufrecht und ohne langes Zögern in der Wohnung herum.

Das Schuhwerk

Da nun der Zeitpunkt gekommen ist, wo ich meine Aufgabe voll und ganz erfüllen muss — das heisst Monika das Gehen und Stehen zu ermöglichen — brauche ich ein paar Schuhe. Diese sollen mir genügend Halt geben, damit ich nicht bei schnellem Laufen auf eine Seite knicke. Aus diesem Grund sind sie aus festem Leder verarbeitet und reichen bis über die Knöchel hinauf. Es ist mir nämlich schon passiert, dass Monika eine Türschwelle zu spät entdeckt und mich unvorsichtigerweise auf deren Kante stellte. Ich rutschte ab und wurde auf die Seite gedreht. Die Seitenbänder des Sprunggelenkes wurden dadurch derart gedeihnt, dass die Nerven stark gereizt wurden und einen heftigen Schmerz auslösten.

Ein weiterer Vorteil der Schuhe ist die Gummisoche. Erstens rutsche ich auf glattem Boden nicht aus, und zweitens kann ich auch über Steine gehen, ohne dass mir diese in die Fusssohle drücken, mich schmerzen oder gar verletzen. Und zudem halten sie mich rundherum schön warm, wenn es draussen kalt ist. Zum Glück sind sie gross genug, so dass ich meine Zehen frei bewegen kann.

Barfuss gehen

Wieder einmal ist es Sommer geworden, und Monika darf mit ihren Eltern in die Ferien ans Meer fahren. Ist das ein Spass, mich in den weichen war-

men Sand zu graben! Anders als auf den geteerten Strassen passt sich hier der Boden bei jedem Schritt meinen Bewegungen an. Dadurch haben meine Muskeln viel mehr zu arbeiten. Beständig müssen sie die Zehen beugen und strecken, was für sie einen grossen Energieverbrauch bedeutet. Demzufolge brauchen sie auch mehr Sauerstoff, Zucker und Eiweiss, was ihnen durch eine bessere Blutzirkulation zugeführt wird.

Doch gibt es nicht überall nur Sand, und auch zu Hause, wo Monika nun meist ohne Schuhe herumspringt, muss ich manch Unangenehmes auf mich nehmen. Das schlimmste ist der Kiesweg, der zum Haus führt. Diese eckigen kleinen Steinchen bohren sich manchmal tief in die Haut ein, und da Monika nun schon gross und ziemlich schwer ist, verursacht dies grosse Schmerzen. Doch auch dagegen weiss ich mich zu wappnen! Die ständige mechanische Beanspruchung an der Fusssohle macht die äusserste Zellschicht meiner Haut derb, und es bildet sich langsam eine feine Hornhaut. Diese besteht aus Zellen, die abgestorben sind und keinen Kern mehr besitzen. Sie ist widerstandsfähiger und schützt zugleich die feinen Nervenenden vor schmerzverursachenden Einwirkungen. Der Belastung entsprechend ist diese Hornhaut an der Ferse und am Fussballen am dicksten.

Pubertät

Blasen

Monika geht nun bereits in die fünfte Klasse. Es wird eine Schulreise geplant, für welche eine mehrstündige Wanderung über einen Pass auf dem Programm steht. Darum erhält sie ihre ersten Wanderschuhe. Doch leider macht sie den Fehler, diese vorher nicht «einzulaufen», damit das Leder geschmeidiger würde. Am Anfang geht alles noch gut. Doch schon nach kurzer Zeit macht sich an meiner Ferse, im Bereich der Achillessehne, eine Hyperämie und Ueberwärmung bemerkbar, die durch die ständige Reibung entstanden ist. Auch die Nerven werden stark gereizt, und der Schmerz sollte eigentlich das Alarmzeichen sein, meine Ferse mit einem Pflaster zu schützen. Doch Monika hat allem Anschein nach keine Zeit dazu. Langsam löst sich nun die oberste Zellschicht, die Epidermis, von der Lederhaut, deren Zellen ihre Gewebsflüssigkeit in diesen Hohlraum absondern. So ist nun die Blase entstanden, die sich langsam vergrössert, weil der Weg noch weit ist! Die Spannung in der Epidermis wird immer grösser, weil immer mehr Flüssigkeit hinzukommt. Es ist darum nicht verwunderlich, dass es plötzlich einen kleinen Riss in die Blase gibt und sich die Flüssigkeit entleert. Die offene Wunde bereitet Monika nun so grosse Schmerzen, dass sie endlich anhält, Schuh und Strumpf auszieht und sich

ein grosses Pflaster auf die Ferse heften lässt.

Monika ist jetzt halt beim Wandern behindert. Sie hinkt, um mich dadurch so wenig als möglich zu bewegen und eine weitere Reibung zu verhindern. Zu Hause entledigt sie sich als erstes ihrer Schuhe, und in den nächsten Tagen zieht sie mir Sandalen, die hinten offen sind, oder überhaupt nichts an. Auf diese Weise kann die Heilung unbehindert vor sich gehen. An der betreffenden Stelle kommt es zu einer vermehrten Zellteilung, deren oberste Schicht wiederum verhornt, so dass nach einer Woche von der Blase nichts mehr zu sehen und zu spüren ist. Dieses Erlebnis ist für Monika eine Lehre. In Zukunft, nimmt sie sich vor, wird sie meine Ferse prophylaktisch mit Heftplaster schützen, wenn sie auf grosse Wanderungen geht!

Fussschweiss — Fusspilz

Eine von Monikas Untugenden ist, dass sie nicht allzu viel Wert auf ihre Sauberkeit legt. Wenn sie nicht von Zeit zu Zeit von ihrer Mutter dazu angehalten würde, auch mich zu waschen, so käme ich überhaupt immer um diesen Genuss herum. Anderseits will sie aber doch die Dame herauskehren und kleidet sich wie die Grossen. Zum Beispiel zieht sie mir nun immer diese modernen Nylonstrümpfe an, die absolut keine Saugfähigkeit haben. Zudem ist Monika ziemlich labil. Sie ist nervös und dauernd angespannt, kommt mit ihren Problemen nicht zurecht und reagiert auf schwere Anforderungen unter anderem mit Magenschmerzen. Dieser vegetativen Störung schreibt man auch ihren Fussschweiss zu, unter dem sie seit einiger Zeit leidet. Die kleinen unzähligen Schweißdrüsen, die sich in der Unterhaut meiner Sohle befinden und mittels feinster Kanälchen mit der Aussenwelt in Verbindung stehen, werden durch nervöse Einflüsse zu vermehrter Produktion angeregt. Dadurch bin ich unten immer ein wenig feucht, und da die Nylonstrümpfe und die eng anliegenden Schuhe kaum Luft durchlassen, kann der Schweiß nicht trocknen. Es entsteht also ein ideales Milieu für die Bakterien: Wärme, Feuchtigkeit und Luftabschluss. Durch deren Einwirkung zersetzt sich der Schweiß, es entwickelt sich ein gasförmiger Stoff, der sehr übel riecht. Es muss wohl kaum gesagt werden, dass man Monika überall, wo sie die Schuhe auszieht, aus dem Wege geht!

Würde sie mich täglich einer gründlichen Reinigung unterziehen, so hätte man wohl auch folgende Unannehmlichkeiten verhüten können:

In der Badeanstalt hat Monika einen Fusspilz aufgelesen. Es handelt sich dabei um eine chlorophyllfreie Zellart, die sich an die Haut anhaftet und sich vom einen zum andern übertragen lässt. Hat sich dieser Pilz einmal irgendwo festgesetzt, ist er nur mit Schwierigkeit wieder zu entfernen. Die Zellen nisten sich nämlich in die Epi-

dermis ein und vergrössern und vermehren sich dort, indem sie sporenähnliche Zellfäden bilden und sich so verbreiten. Der Pilz hat sich zwischen meiner vierten und fünften Zehe eingestellt. Er bewirkt dort eine entzündliche Veränderung der Epidermis. Es bildet sich ein kleines Bläschen, das platzt und eine runde, nässende Wunde zurücklässt. Rundherum dichten sich die Epithelzellen zu einem feinen Rand zusammen.

Monika wird sich dessen gewahr, weil diese Pilzerkrankung einen starken Juckreiz verursacht. Unglücklicherweise versucht sie mit ihren Fingern, diesen Juckreiz zu stillen und überträgt dadurch die Pilze zwischen die andern Zehen, wo sich das Gleiche wiederholt. Erst als sie merkt, dass durch Waschen mit Wasser und Seife keine Besserung eintritt, bittet sie den Arzt um dessen Hilfe. Dieser gibt ihr einen speziellen mycostatischen und desinfizierenden Puder, den sie regelmässig zwischen die betroffenen Zehen streuen muss. Doch die Pilze sind in ihrer Eigenart sehr hartnäckig, und es dauert mehrere Wochen, bis auch der letzte Zellfaden vernichtet und somit eine weitere Verbreitung unmöglich ist. Die feinen Wunden schliessen sich wieder, ohne Narben zu bilden, da bei der Heilung in der Epidermis kein Bindegewebe mitbeteiligt ist.

Fremdkörper — Sepsis

In der Nähe von Monikas Dorf gibt es einen kleinen See, wohin sie oft mit ihren Freundinnen baden geht. Am Ufer ist ein Haufen alter Bretter aufgestapelt, und voll Uebermut versucht sie immer wieder, darüber zu springen, ohne herunterzufallen. Doch einmal muss es ja schief gehen! Sie hat den rostigen Nagel nicht bemerkt, der aus einer der Latten ragt, und mit Wucht springt sie mitten darauf. Die Spitze bohrt sich durch meine Haut, durch das Fettgewebe und dringt bis zum Muskel vor. Kein Wunder, dass Monika laut aufschreit und sich ins Gras fallen lässt. Was sie sieht, ist ein grosses Loch in meiner Fusssohle, aus dem es stark blutet, und das ihr schrecklich weh tut. Der Nagel hat sämtliche Zellen an der Einstichstelle zerrissen, Blut- und Lymphgefässe und Nerven verletzt und schlussendlich einen Teil seines Rostbelages zurückgelassen.

Monika wird sofort zum Arzt gebracht, der ihr vorerst eine Tetanusimpfung verabreicht, um die womöglich eingedrungenen Starrkrampferreger abzutöten. Nachher werde ich in eine Wanne mit Kamillosan gesteckt, welches den Schmutz aus der Wunde waschen und diese desinfizieren soll. Doch der Einstich ist tiefer, als es aussieht, und es gelingt nicht, allen Rost daraus zu entfernen.

Dort, wo es ganz sauber ist, werden die zerstörten Zellen abgestossen und bilden mit dem aus dem Blut freigeworfenen Fibrin einen Schorf, der nach einiger Zeit abfällt. Die darunterliegen-

den Zellen beschleunigen ihr Wachstum. Nach sieben Tagen ist die Keimschicht auf beiden Seiten so weit vorgewandert, dass sie sich vereint. Das Loch ist wieder geschlossen und hinterlässt auf der Haut eine kleine bindegewebige Narbe.

Doch tiefer innen befinden sich immer noch Rostteilchen, die zu gross sind, um von den Leukozyten phagozytiert und durch die Lymphgefässe abtransportiert zu werden. An diesen Teilchen haften unzählige Bakterien, sogenannte Streptokokken, die sich in diesem Milieu wohl fühlen und ihre Tätigkeit aufnehmen. Das umliegende Gewebe beginnt sich rundherum zu entzünden, was sich bei Monika vorerst durch Schmerzen bemerkbar macht. Auch wird das Gewebe vermehrt durchblutet, weil es mehr Leukozyten zum Abtransport dieser Fremdstoffe braucht. Es entsteht zudem eine Ueberwärmung und Rötung der Haut, die nun sehr schmerzempfindlich ist. Die Kapillarwand wird porös und sondert ein eiweißhaltiges Exsudat ab, das zusammen mit den Leukozyten, den Bakterien und den nekrotischen Gewebszellen den Eiter bildet.

Nach einigen Tagen fühlt sich Monika müde und geschwächt. Sie wird ins Bett gebracht, und das Thermometer zeigt eine erhöhte Temperatur von 38,5 Grad an. Und auf meinem Rücken bildet sich eine bläuliche Linie. Nun weiss Monika: das ist eine Blutvergiftung. Die Bakterien sind in die Blutbahn eingedrungen und verseuchen nun den ganzen Körper mit ihren schädlichen Giften. Die blaue Linie ist die Lymphbahn unter der Haut, die die Fremdstoffe aufzunehmen versucht und nun prall und sichtbar geworden ist. Der Arzt muss die Stelle, an der der Nagel eingedrungen ist, nochmals eröffnen, und es entleert sich daraus eine grosse Menge Eiter. Vorsichtig schneidet er die Zyste aus, damit auch nichts vom nekrotischen Gewebe, den Bakterien und dem Eiter zurückbleibt. Die Haut verschliesst er mit Nadel und Faden, das tieferliegende Gewebe beginnt von neuem, sich zu regenerieren, das heisst, die Zellen vermehren sich, bis sie den Hohlraum ausgefüllt und wieder ganz verschlossen haben. Gegen die Sepsis erhält Monika Penicillin-Injektionen. Das Medikament tötet die Streptokokken ab, und nach etwa zwei Wochen fühlt sie sich wieder gesund und munter. Beim Gehen setzt sie mich jedoch nur sehr vorsichtig ab, denn die heilende Wunde ist immer noch sehr schmerzempfindlich.

Malleolarfraktur

Monika fährt schon recht gut Ski. Mit der Schulklassen darf sie einen Ausflug in ein bekanntes Skigebiet unternehmen. Der Tag ist sehr kalt, und Monika setzt mich auf eines der Bretter, ohne mir vorher durch kräftige Bewegungen Wärme zugeführt zu haben. Dadurch sind meine Muskeln noch etwas steif, und schon bei der ersten Abfahrt ge-

schieht dann auch das Unglück. Monika stürzt, fällt auf die rechte Seite, und ich werde samt Ski brutal nach aussen geknickt. Das mediale Tibiaköpfchen, also der innere Knöchel, wird durch den starken Zug abgerissen, das Sprungbein drückt gegen das Fibulaköpfchen, das die Last nicht aushält und ebenfalls bricht. Somit rutscht das Sprungbein aus seiner Pfanne und verursacht eine starke Zugwirkung auf das mediale Band des Sprunggelenkes. Was den starken Schmerz verursacht, ist vor allem die Verletzung der Knochenhaut, die von vielen Nerven durchzogen ist. Aus den zerrissenen Gefässen sickert das Blut ins Gewebe und bewirkt eine rasch zunehmende Schwellung.

Monika wird schnell zum nächsten Arzt gebracht, der mich rundum genau inspiziert, die Knöchelgegend abtastet und ein Röntgenbild anfertigt, das ihm seinen Verdacht auf eine Fraktur bestätigt. Dann wird Monika auf ein Liegebett gehoben. Das Fussteil wird hochgestellt, um den Blutrückfluss zu erleichtern. Der Erguss verteilt sich nun langsam ins anliegende Gewebe und wird von den Blutgefässen resorbiert. Um diesen Vorgang zu beschleunigen, massiert der Arzt sehr vorsichtig beide Knöchel, nachdem Monika ein Zäpfchen zur Schmerzstillung erhalten hat. Bis sich die Schwellung einigermassen zurückgebildet hat, muss Monika auf dem Bett liegend warten. Nun wird eine lange Nadel in meine Knöchelgegend gestossen und eine lokale Anästhesielösung injiziert. Nach einer Weile werden durch deren Wirkung sämtliche Nerven der Knochenhaut und des Gewebes gelähmt, so dass diese keine Reize mehr zum Gehirn weiterleiten können. Ich kann somit in allen Richtungen gedreht und bewegt werden, ohne dass Monika den geringsten Schmerz verspürt. Dies ist nötig, denn nun muss ich ja wieder richtig reponiert werden. Mit beiden Händen fasst mich der Arzt, zieht an der Ferse und schiebt das Sprungbein mit leichtem Druck an seinen ursprünglichen Platz. Mit den Fingerspitzen prüft er, ob auch die beiden Knöchel richtig liegen. Die Arztgehilfin hält mich mit festem Griff in dieser Position, um eine weitere Verschiebung zu verhindern, während der Arzt eine Gipsschiene, von den Zehen bis zum Kniegelenk reichend, anlegt. Ein zweites Röntgenbild bestätigt ihm, dass meine Lage in Ordnung ist und er den Gips so belassen kann. Nach einigem Warten ist dieser fest geworden, und eine elastische Binde wird satt darum herum gebunden.

Monika erhält nun einige Ratschläge, wie sie sich in der nächsten Zeit zu verhalten hat. Sie darf mich während der folgenden vierzehn Tage nicht belasten, muss im Bett liegen und das Bein hochlagern. Die Binde darf sie auf keinen Fall wegnehmen, da die kleinste Verschiebung den Heilungsprozess ver-

zögern oder Komplikationen auftreten könnten.

So liegt nun Monika schön brav in ihrem Bett, ohne zu bemerken, was an ihrem gebrochenen Knöchel vorgeht. Hier hat nämlich der Bluterguss die Vorstufe der Knochenzellen, die Osteoblasten, zur Reifung angeregt, und es sind daraus Osteozyten geworden. Diese wuchern und wachsen nun auf beiden Seiten, bis sie sich treffen und einen bindegewebigen Verschluss bilden. Durch die Blutbahn werden Salze herantransportiert, von welchen sich besonders das Calcium und die Phosphate in die Zellen einlagern. Dieser Vorgang — man nennt ihn die Bildung des Bindegewebsscallus — dauert zirka zwei Wochen. Es ist die Zeit, in der die absolute Ruhigstellung notwendig ist. Hat sich jedoch der Bindegewebsscallus einmal gebildet, so ist die Gefahr einer Verschiebung nur noch gering. Monika erhält darum einen Gehgips, der im Gegensatz zur Gipsschiene zirkulär um den Unterschenkel und mich herum angelegt wird und wesentlich dicker und stabiler ist. Auf der Unterseite, hinten bei der Ferse, wird ein rundliches Gummistück angebracht, auf dem ich mich ohne Schwierigkeiten abrollen kann. Monika darf nun wieder gehen und stehen, doch obwohl ich von allen Seiten gut gestützt werde, ist die plötzliche Belastung eine grosse Anstrengung für mich und verursacht Monika Schmerzen. Nach einigen Tagen geht es jedoch wieder recht gut.

In den Bindegewebsscallus wird nun langsam Kalk eingelagert. Dort, wo der Knochen gebrochen war, bildet sich eine Verdichtung, der Callus. Das knorpelähnliche Gewebe wird hart und ebenso stabil wie der übrige Knochen. Die Heilung ist nach etwa zehn Wochen abgeschlossen. Auch die Zerrung an den Seitenbändern hat sich durch die lange Ruhigstellung erholt, das verletzte Muskelgewebe ist wieder intakt, und somit kann der Gips entfernt werden.

Nun muss Monika sich wieder an normales Gehen gewöhnen. Die Gelenke haben in der Zwischenzeit von ihrer Beweglichkeit eingebüßt, die Muskeln sind atrophiert und müssen vorerst wieder durch aktive und passive Bewegungsübungen trainiert werden. Bis ich wieder voll funktionstüchtig bin, hinkt darum Monika noch eine ganze Weile und erinnert sich noch lange daran, wie eingeschränkt man ist, wenn man zu wenig auf mich acht gibt und mir ein Unglück geschehen lässt!

Berufsjahre

Durchblutungsstörungen

Monika wird älter. Wie alle andern hat sie sich für einen Beruf entscheiden müssen und ist Verkäuferin geworden. Die Arbeit gefällt ihr gut, sie kommt mit vielen verschiedenen Leuten in Kontakt und erlebt immer wieder interessante Dinge. Wenn ihr nur das lange Stehen hinter dem Ladentisch nicht so zu

schaffen machen würde! Sie empfindet es als Wohltat, von Zeit zu Zeit die Treppe ins Magazin hinunterzusteigen und sich so ein wenig Bewegung zu verschaffen.

Schon lange hat sie bemerkt, dass ihre Blutzirkulation in den Extremitäten nicht besonders gut ist, denn bei der geringsten Kälteeinwirkung oder auch nach längerem Ruhen hat sie kalte Hände und Füsse. Das störte sie anfangs nicht besonders, doch hier im Geschäft machen sich andere unangenehme Zeichen bemerkbar. Schon nach zwei Stunden Arbeit bereite ich ihr Schmerzen. Sie hat das Gefühl, ich sei ein Bleiklumpen, der schwer an ihrem Bein hängt und sie in kurzer Zeit ermüden lässt. Sie verspürt ein Brennen, besonders an meiner Sohle, das immer stärker wird, so dass sie von Zeit zu Zeit absitzen und mich mit den Händen massieren muss. Dass sie ihren langen Heimweg im Autobus zurücklegt, ist verständlich, verschlimmert aber die Sache nur noch mehr. Wenn ich sprechen und mich ihr mitteilen könnte, würde ich ihr sagen, woran es liegt, und was sie dagegen tun könnte.

Durch das lange Stehen nämlich werden meine Muskeln minimal bewegt. Dadurch helfen sie kaum mit, durch ihre Kontraktionen das arterielle Blut in die Peripherie und das venöse wieder zurückzupumpen. Der Druck vom Herzen her schafft das nur mit Mühe und ungenügend. Die Muskelzellen erhalten zu wenig Sauerstoff, was sich durch ein Gefühl der Müdigkeit und Schwere bemerkbar macht. Da, wie gesagt, mein venöser Rückfluss gestört ist, bleibt das Blut in den Venen liegen und füllt diese allmählich auf. Die Blutflüssigkeit sucht sich nun einen andern Weg und tritt aus den Gefäßen ins umliegende Gewebe aus. Es entsteht eine Schwelling, ein sogenanntes Oedem. Die Zellen werden zusammengepresst und die Haut mehr als sonst gedehnt, was Schmerzen und Juckreiz verursacht.

Die Kompression der Zellschichten macht sich besonders auch an meiner Sohle bemerkbar. Auch hier wird das Gewebe mangelhaft durchblutet. Dazu kommt die Last des Körpergewichts, und ein brennender Schmerz scheint mich zu durchrieseln, der ein wenig nachlässt, wenn ich entlastet werde. Wenn Monika nach Hause kommt, legt sie sich flach auf den Rücken und hält die Beine auf die Bettlehne. Dabei lässt sie mich auf beide Seiten kreisen, bewegt mich nach oben und nach unten, krallt die Zehen zusammen und streckt sie wieder aus. Schon nach fünf Minuten empfindet sie diese Gymnastik als grosse Wohltat, weil dadurch das Gewebe wieder durchblutet wird und das Blut leichter zum Herzen zurückfließen kann. Während der Nacht, in der sie die Beine ebenfalls hochlagert, bilden sich die Oedeme wieder zurück.

Den Rat ihrer Kolleginnen befolgend, entschliesst sich Monika endlich, den Weg ins Geschäft und wieder nach

Hause zu Fuß zurückzulegen. Im weiteren genehmigt sie sich von Zeit zu Zeit ein Wechselbad. Sie hält mich abwechselungsweise in warmes und in kaltes Wasser. Dadurch werden die Blutgefäße erweitert und wieder zusammengezogen, was ebenfalls die Zirkulation fördert.

Missbildungen:

1. Spreizfuss

Monika hat geheiratet und muss nun nicht mehr stundenlang herumstehen. Doch ihre Sorgen um meine Wenigkeit sind dadurch nicht kleiner geworden. Es hat sich bereits ein weiteres Uebel eingestellt. Es ist ihr aufgefallen, dass ich etwas breiter geworden bin, da sie beim Kaufen neuer Schuhe mehr Schwierigkeiten hat. Auch verspürt sie beim Gehen im Bereich des Fussballes mit jedem Schritt einen heftigen Schmerz. Sie konsultiert darum einen Spezialisten, der einen Spreizfuss feststellt. Im Laufe der Zeit hat sich durch abnorme Muskelwirkung die Querwölbung im Bereich der Metatarsalköpfchen abgeflacht. Die Gelenkänder sind erschlafft und die Köpfchen auseinandergedrängt. Diese drücken beim Gehen auf die Zehennerven, die hier entlangführen, wodurch die Schmerzen ausgelöst werden.

Indem der Orthopäde mit den Daumen auf den Fussballen drückt und die beiden Seiten nach unten zieht, stellt er eine künstliche Querwölbung her. Er fixiert mich in dieser Stellung mittels Heftpflasterverband, den er sehr straff anlegt. Diesen Verband muss Monika für einige Wochen belassen, damit sich die Köpfchen der Fusswurzelknochen wieder enger aneinanderreihen können und die Bänder zu deren Fixation straffer werden.

2. Hallux

Warum es bei Monika zur Halluxbildung gekommen ist, hat zwei Gründe: erstens hat der Spreizfuss den Vorgang begünstigt, und zweitens trug Monika während langer Zeit spitz zulaufende Schuhe. Diese beiden Komponenten haben bewirkt, dass das mediale Metatarsalköpfchen nun weit vorspringt, und sich die grosse Zehe x-förmig gegen die kleine hin abknickt. Diese Deformität behindert Monika ein weiteres Mal beim Schuh tragen. Sie hat es aufgegeben, mich in einen saloppen engen Schuh zwängen zu wollen, da die betreffende Stelle zu sehr drückt und schmerzt. Dafür hat sie sich nun ein Paar Sandalen gekauft, die einen Riemchen für den Zwischenraum zwischen der ersten und der zweiten Zehe aufweist. Dadurch wird die grosse Zehe beim Gehen wieder nach aussen und somit das Fusswurzelköpfchen nach innen gedrückt.

3. Hammerzehen-Hühneraugen

Aller guten Dinge sind drei! Durch den Verlust der Querwölbung, die sich auch nach dem Heftpflasterzugverband nicht

wieder völlig normalisiert hat, ist es zu einer Dorsalstellung der Grundphalangen und einer Plantarstellung der Mittelphalangen der zweiten, dritten und vierten Zehe gekommen. Die Oberseite ist dadurch rechtwinklig abgeknickt und bildet auf jeder dieser Zehen einen kleinen Höcker. Die Sehnenstränge, die an den untern Gelenkseiten angewachsen sind, haben sich verkürzt und begünstigen dadurch die abnorme Wölbung.

Die Epidermis über den abgeknickten Gelenken bildet eine Hornschicht, da jeder Schuh auf die besagten Stellen drückt. Diese andauernde mechanische Einwirkung lässt jedoch immer mehr Zellen verhören. Es entsteht ein keilförmiger Hornkonus, der schlussendlich bis in die Lederhaut dringt und die sich dort befindenden Nervenenden reizt. Also schon wieder eine Stelle mehr, „wo der Schuh drückt“!

Nun hat Monika genug. Sie will endlich Ruhe haben und entschliesst sich zur Operation, bei der sowohl der Hallux wie auch die Hammerzehen korrigiert werden sollen. In Lokalanästhesie wird ein keilförmiges Knochenstück auf der Aussenseite des Grundgliedes der grossen Zehe entfernt. Das Gelenkköpfchen wird auf die Innenseite verschoben und das Endglied in annähernd paralleler Richtung zum ersten Mittelfussknochen gerückt. Die äussere Gelenkkapsel wie auch die Sehne des Grosszehenspreitzers müssen verkürzt werden.

Die Korrektur der Hammerzehen erfolgt durch Entfernung der Gelenke zwischen Grund- und Mittelphalangen. Dadurch wird eine künstliche, unbewegliche Knochenverbindung (Synarthrose) hergestellt, die zu einer Versteifung der Gelenke führt. Die Sehnen werden vorsichtig nach vorne gezogen und die Zehen in Streckstellung mittels Gips-hülse fixiert.

Monika muss für vier Wochen das Bett hüten, da besonders die Haluxoperation eine Ruhigstellung verlangt. Nachher bekommt sie einen Gehgips für weitere vier Wochen. Nachdem auch dieser entfernt werden kann, wird ihr ein orthopädisches Schuhwerk mit spezieller Einlage verordnet, das sie fortan tragen muss und ein Rezidiv des Hallux verhindern soll.

Arthrose

Für einige Jahre hat Monika nun wirklich Ruhe. Doch es soll nicht dabei bleiben. Immer wieder bin ich der Stein des Anstoßes. Dieses Mal machen sich die Schmerzen an meinem oberen und unteren Sprunggelenk bemerkbar. Monika empfindet sie besonders am Morgen beim Aufstehen oder nach langerem Sitzen. Beim Bewegen der Gelenke ist ein Knirschen und Knacken deutlich hörbar. Der Grund dafür ist die degenerative Abnutzung der Gelenkinnenflächen. Das alternde Knorpel- und Knochengewebe ist nicht mehr imstande, der immer noch starken Beanspru-

chung standzuhalten. Auf der Innenseite der Gelenkfläche bildet sich der Knorpelüberzug zurück, so dass Knochen auf Knochen reibt und dadurch heftigen Schmerz auslöst. Am Gelenkrand hingegen kommt es zu einer vermehrten Wucherung der Knorpelzellen, die mit der Zeit durch Kalkeinlagerung hart wird und verknöchert. Dadurch wird meine Beweglichkeit beträchtlich eingeschränkt; es ist mir nicht mehr möglich, mich wie früher auf der Ferse abzurollen. Jeder Schritt bedeutet eine Qual für Monika, doch sie kann ja nicht den ganzen Tag herumsitzen oder -liegen.

Der Arzt sieht auf dem Röntgenbild schnell, wo der Schaden liegt. Er verabreicht Monika Medikamente zur Schmerzstillung, und zur äusserlichen Anwendung Butazolidinsalbe, die der Entzündung durch die Knochenreibung entgegenwirkt. Im weiteren empfiehlt er ihr warme Umschläge und Bäder, da die Wärmezufuhr eine schmerzlindende Wirkung hat. Doch die Hoffnung auf Heilung kann Monika fallen lassen. Was zerstört ist, wird nicht wieder ersetzt. Sie kann höchstens einem weiteren Fortschreiten des Prozesses durch aktive Bewegungsübungen entgegenwirken.

Alter

Diabetes

Wie bei ach so vielen machen sich auch bei Monika die Jahre bemerkbar. Sie ist in letzter Zeit immer so müde, dazu verspürt sie einen Heissunger, den sie kaum zu stillen vermag und hat grossen Durst. Mir ist schon lange aufgefallen, dass sich in der Blutzusammensetzung etwas geändert hat. Die Inselzellen der Bauchspeicheldrüse scheinen ihre Produktion vermindert zu haben, denn es hat plötzlich zu wenig Insulin im Blut, das die Glukose zur Umwandlung in Glykogen und deren Einlagerung in die Muskelzellen aktiviert. Dadurch steigt der Blutzuckerspiegel immer höher, was zu einer Ernährungsstörung der Gefässinnenwand, der Intima, führt. Diese verliert ihre glatte Fläche, wodurch sich Cholesterin an ihren Unebenheiten ablagert. Durch Kalkeinlagerung kommt es langsam zu einer Verhärtung und Verengung des Gefässvolumens. Das Gewebe wird mangelhaft durchblutet und die Diffusion von Sauerstoff erheblich gestört. Meine Haut, besonders die der Zehen, fühlt sich kalt und leblos an. Leider, leider schenkt Monika dem allem viel zu wenig Beachtung und lässt sich nicht vom Arzt untersuchen. Das Unglück wäre nochmals abwendbar — doch ich bin ja nur der Fuss, und reden kann ich nicht!

Ulcera. Gangraen

Wie zu erwarten war, nimmt die Sache ihren bösen Lauf. Monika hat meinen Knöchel an einem vorspringenden Stein angeschlagen und sich leicht ver-

letzt. Kaum der Rede wert, sagt sie sich, und heftet ein Pflaster darauf. Doch sie hat sich geirrt. Der Heilungsprozess geht nicht wie üblich vor sich. Da die Blutzufuhr gering und dessen Zusammensetzung falsch ist, sterben die Zellen ab, anstatt sich zu regenerieren. Es bildet sich ein eitriges Geschwür, das um sich greift und sich in allen Richtungen vergrössert. Erst jetzt zieht Monika den Arzt bei. Doch seine Hilfe kommt bereits zu spät. Weder die Auswaschung des Ulcus mit steriler Kochsalzlösung noch der desinfizierende Puder bringen die Wunde zum Verschliessen. Da nützen auch alle Vorwürfe des Arztes nichts, weil Monika so lange gewartet hat.

Inzwischen hat sich nun die Arterie, die zur grossen Zehe führt, vollkommen verschlossen. Die Zellen können weder ernährt noch mit Sauerstoff versorgt werden. Sie sterben ab. Der Blutfarbstoff zerstellt sich und färbt die ganze Zehe bläulich-schwarz. Durch eine Oeffnung im nekrotischen Gewebe, die durch Unvorsichtigkeit entstanden ist, dringen Bakterien ein. Es kommt zur Ausschwitzung seröser Flüssigkeit, und die Eiweissersetzung durch Bakterien-einwirkung verursacht eine stinkende Gasbildung. Das anliegende Gewebe hat sich stark entzündet und ist sehr schmerzempfindlich. Monika wird ins Spital gebracht, wo man ihr schonend beizubringen versucht, dass für mich keine Hoffnung mehr besteht, die tote Zehe im Gegenteil eine Sepsis im ganzen Körper hervorrufen könnte. Man versichert ihr, dass sie auch ohne mich, ihren rechten Fuss, noch viele schöne Jahre erleben könne, wenn sie nur wolle. Natürlich will sie!

Amputation

Ich muss also weg, man hat mich aufgegeben. Es geht alles sehr schnell. Monika erhält eine Narkose, und dann werde ich, etwa zehn Zentimeter über dem Knöchel, vom Unterschenkel abgetrennt. Was sie mit Monika und dem Stumpf machen, interessiert mich jetzt nicht mehr. Ich werde in einen Kübel geworfen und werde schliesslich in der Verbrennungsanstalt enden. Das ist mein Tod. — Wenn ich so zurückdenke, bin ich überzeugt, dass man manches hätte verhindern können, hätte man mir nur ein bisschen mehr Beachtung geschenkt. Doch wie viele gesunde und wie viele kranke Füsse leben auf der Welt. Ich glaube, die Gegenüberstellung würde allgemein erschrecken!

Quellenangaben

- H. J. von Brandis: Anatomie und Physiologie, Seiten 14—26 und 64—67.
- Dr. J. Heinzler: Frakturen, Luxationen, Orthopädie, Seiten 83—84 und 125—127.
- Skriptum über Rheumatologie.
- Pschyrembel.

Actualité des maladies vénériennes

P. Laugier¹

Aux environs de 1956, on a pu dire et écrire que *la syphilis* n'est plus un danger social, en raison de sa disparition quasi universelle. Si, à la même époque, *la blennorragie* est restée endémique dans le monde, on pouvait toutefois espérer la vaincre comme la syphilis. Or, deux ans plus tard, on constatait dans tous les pays la réapparition de la syphilis, et depuis lors, cette affection est redevenue une maladie d'actualité, l'extrême contagiosité de ses stades initiaux permettant une diffusion qu'augmentaient encore les phénomènes sociaux actuels que sont l'homosexualité, la drogue, le relâchement des mœurs, «le tourisme», et le vagabondage sexuel. Les importants déplacements de population qui ont accompagné les deux grandes guerres mondiales et largement favorisé la propagation des maladies vénériennes, sont devenus constants, permanents. On tente de trouver là une explication à la diffusion actuelle de la syphilis et à l'extraordinaire recrudescence des cas de blennorragie que les statistiques mondiales révèlent.

S'il est donc toujours utile de faire le point de ses connaissances sur les manifestations cliniques de ces deux affections, on peut se contenter de mentionner les deux autres maladies que sont *le chancre mou* et *la maladie de Nicolas Favre*, que l'on ne rencontre plus que très exceptionnellement. Le chancre mou ou chance simple ou chancelle, dû au streptobacille de Ducrey, est une affection vénérienne à localisation strictement génitale, sans retentissement viscéral. La maladie de Nicolas Favre ou bubon climatique des pays chauds, affection également génitale, est plus grave dans ses conséquences lorsqu'elle n'est pas traitée, en raison de l'important envahissement ganglionnaire de la fosse iliaque et des lésions rectales qui surviennent tardivement.

Mais il faut écrire dès maintenant, qu'il s'agisse de *l'une ou de l'autre de ces quatres maladies vénériennes*, que l'*essentiel* est un *diagnostic précoce* permettant un *traitement curateur rapide*.

Il n'y a de péril vénérien que si l'on ignore ces maladies qui toutes guérissent très vite par l'antibiothérapie appropriée.

La blennorragie et ses complications

Due au gonocoque de Neisser, diplocoque Gram négatif, en forme de grain de café, la blennorragie

aiguë est initialement une suppuration des voies génitales externes. On la constate donc au niveau de l'urètre chez l'homme, chez la femme à l'urètre, mais aussi et surtout au col de l'utérus. Le pus est caractéristique: épais, jaune verdâtre, abondant. Il tache le linge. Il y a des phénomènes subjectifs: cuisson et brûlure urétrale surtout lors de la miction, sensation de pesanteur ou de lourdeur abdominale en cas de mètrite. L'incubation est courte et la suppuration apparaît deux à six jours en moyenne après le contact infectant. Il est indispensable de faire le diagnostic de la blennorragie dès ce stade initial, tant pour la guérir et pour éviter ainsi la contamination d'autres sujets, que pour éviter le passage à la chronicité et l'apparition de complications. Sans traitement, la suppuration initiale importante s'éclaircit et se tarit peu à peu, mais le gonocoque persiste dans les diverses petites glandes uréthrales et cervicales et le sujet reste contagieux. Il y a *les complications* communes aux deux sexes et celles qui leur sont particulières. Elles sont heureusement devenues rares, en raison de l'efficacité des traitements et grâce aussi à la précocité de leur mise en route. On voit de moins en moins souvent le rhumatisme gonococcique, atteignant surtout les petites articulations (digitales, temporo-maxillaires en particulier) avec température oscillant autour de 38 °, fugace mais rebelle et de même la monoarthrite aiguë suppurée, frappant une grosse articulation (épaule, coude, hanche, genou, etc...) rouge, chaude, douloureuse, avec fièvre dépassant 39 ° heureusement très sensible à l'antibiothérapie. C'est cette complication qui avant l'ère chimiothérapique (sulfamides et antibiotiques) aboutissait à l'ankylose définitive de l'articulation.

Localisation et complication de la blennorragie: la *conjonctivite gonococcique*, que l'on redoutait tant chez le nouveau-né contaminé au passage lors de l'accouchement, car elle pouvait aboutir à la cécité. Pour la prévenir, Crédé inventa l'instillation systématique sous les paupières des nouveau-nés d'une goutte de solution de NO3 Ag ou d'Argyrol. Chez l'adulte, c'est par ses doigts souillés au contact des organes génitaux que le malade porte le gonocoque à ses yeux. C'est une localisation grave, dont nous avons pu suivre un cas récemment; en effet, chez l'adulte aussi, il peut s'ensuivre la fonte purulente de l'œil.

Enfin, localisation de plus en plus fréquemment signalée du gonocoque: l'anus (contamination homosexuelle) et les amygdales.

Par voie sanguine, le gonocoque peut réaliser d'autres accidents septicémiques, heureusement exceptionnels à l'heure actuelle: iritis, méningite, péricardite, lésions cutanées palmo-plantaires hyperkératosiques, les clous «cornés» gonococciques, dont la constatation soulève aussitôt le diagnostic différentiel avec les papules de la syphilis secondaire et le psoriasis palmo-plantaire.

Mais, à l'heure actuelle, assez fréquemment, on constate les manifestations de la *septicémie gonococcique bénigne*, caractérisée par des arthralgies atteignant plusieurs articulations (doigts, genoux, coudes), une température oscillant autour de 38 °, et l'apparition en quelques points des téguments, surtout aux extrémités: doigts, poignets, pieds et même sur le tronc de quelques éléments érythémato-pustuleux, punctiformes, douloureux. Ils doivent attirer l'attention et aussitôt entraîner l'examen des voies génitales où l'on

¹ Professeur P. Laugier, directeur de la Clinique universitaire de Dermatologie, Hôpital cantonal, 1211 Genève 4.

découvrira le gonocoque responsable et jusqu'alors ignoré. On le retrouve avec beaucoup de difficulté dans les lésions cutanées avec les techniques habituelles: les cultures sur milieux spéciaux, les examens en fluorescence sont indispensables.

Enfin, le gonocoque peut par propagation envahir les voies génitales profondes: *chez l'homme* la prostate, les vésicules séminales, l'épididyme et les testicules peuvent être atteints. Complications fébriles douloureuses, ces lésions s'accompagnent de sensation de lourdeur périnéale, de gêne de la défécation, en cas de prostatite et de vésiculite et, s'il s'agit d'une orchi-épididymite, de douleurs violentes associées au gonflement important de ces organes, rendant parfois la marche et la station debout impossibles. L'atteinte peut être parfois bilatérale.

Chez la femme: l'atteinte de la glande de Bartholin provoque un gonflement douloureux de la grande lèvre, mais la complication principale est l'infection des trompes (salpingite) se propageant quelquefois aux ovaires (salpingo-ovarite ou annexite) avec fièvre élevée, douleurs du petit bassin. Sans traitement, l'évolution peut se faire vers la pelvipéritonite. Ces complications génitales tant masculines que féminines de la blennorragie, curables, sont devenues heureusement exceptionnelles et la stérilité, conséquence autrefois si fréquente, ne doit plus être citée que pour mémoire.

En résumé, la blennorragie à notre époque, diagnostiquée et traitée précocement, guérit très vite et les complications ne devraient plus se rencontrer.

Quel est le *traitement* de la blennorragie?

C'est un très long chapitre qu'il faudrait écrire ici, car les médicaments efficaces sont nombreux: sulfamides et antibiotiques surtout se partagent les faveurs du vénérologue. Si la streptomycine et la Kanamycine doivent être rejetées parce qu'inefficaces, les autres antibiotiques sont employés par voie parentérale ou buccale. Celle-ci est choisie parfois pour le «traitement minute» qui consiste à faire absorber une dose massive, unique, d'antibiotiques en quelques instants. Le gros avantage de cette technique réside dans sa rapidité pour le malade et, pour le médecin, dans la certitude que le patient a bien absorbé la dose prescrite.

Quel que soit l'antibiotique utilisé, il faut se rappeler l'ambivalence de la chimiothérapie, active à la fois sur le gonocoque de la blennorragie et le tréponème de la syphilis. Le traitement de la première peut masquer l'apparition de la seconde et il doit s'ensuivre toujours une surveillance sérologique prolongée du sujet atteint de blennorragie traité par antibiotiques. Ceci se comprend et nous allons le voir, en raison de la durée d'incubation plus longue pour la syphilis que pour la blennorragie. Un sujet peut contracter en même temps ces deux maladies vénériennes. La blennorragie apparaît au bout de deux à six jours, la syphilis au bout de trois semaines seulement. Traiter et guérir la première avec des doses relativement modestes de médicaments n'empêchera pas la deuxième d'évoluer, mais en retardant l'apparition des symptômes et en les modifiant.

La *syphilis*

Le tréponème pâle de Schaudinn et Hoffmann est un spirille de la famille des spirochètes, mesurant douze

à seize μ de long, à spires régulières aussi hautes que larges. Il pénètre par la peau ou la muqueuse, et essaime aussitôt dans tout l'organisme, mais ce n'est qu'après trois semaines environ d'incubation qu'apparaît la première lésion de la syphilis, qui est *le chancre syphilitique*. Ce début modeste, par une seule et discrète lésion, sera suivi, s'il n'y a pas de traitement, d'une *explosion d'accidents cutanéo-muqueux, viscéraux, ganglionnaires, lésions multiples, fugaces, disséminées, extrêmement contagieuses*; puis, même sans traitement, après plusieurs mois d'évolution, tout paraît rentrer dans l'ordre. Il ne reste plus de l'affection que les anticorps humoraux antitréponémiques, et cependant le sujet n'est pas guéri et tardivement, trois à dix ans après la contamination, il peut faire des *accidents cutanéo-muqueux ou viscéraux graves*. Il y a donc trois stades évolutifs mais différents, que l'on distingue sous les appellations de *syphilis primaire, secondaire et tertiaire*, que nous allons étudier.

La *syphilis primaire*

caractérisée par l'accident unique qu'est *le chancre syphilitique*, débute trois semaines environ après la contamination, et à l'endroit même où le tréponème a traversé peau ou muqueuse. C'est le plus souvent, neuf fois sur dix, au niveau des organes génitaux externes: *chez l'homme* muqueuse du gland et du prépuce, fourreau de la verge, scrotum; grandes ou petites lèvres, urètre, entrée du vagin, mais surtout col de l'utérus *chez la femme*; plus rarement au niveau de la cavité buccale: lèvres, langue, amygdales. Mais le chancre peut siéger en n'importe quel point des téguments (doigts, nuque, tronc, etc.) ou des muqueuses (conjunctives, anus).

C'est une discrète érosion sans bords, une exulcération arrondie ou ovale, rouge, indolore et dure à la palpation; le chancre est «induré». Unique dans la règle, mais parfois multiple, il est toujours accompagné d'un volumineux ganglion, indolore et ne se ramollissant jamais, dans le territoire lymphatique correspondant. L'association érosion — ganglion volumineux, doit donc toujours faire penser au chancre syphilitique. Dans un seul cas, le plus fréquent chez la femme, on ne voit pas de ganglion, lorsque le chancre siège au col de l'utérus: le ganglion iliaque n'est alors perçu que par le toucher rectal ou vaginal.

C'est au stade primaire de la syphilis qu'il importe de faire le *diagnostic*, car le *traitement* institué aussitôt permet une *guérison* rapide, totale, définitive, de l'affection.

Pour cela il faut prélever la sérosité de la surface du chancre et l'examiner au microscope à fond noir. On voit alors le tréponème vivant se déplaçant dans le champ de la préparation. Si le malade négligent ne consulte pas, ou si le chancre passe inaperçu, soit en raison de sa très petite taille, soit en raison de sa localisation qui le rend invisible (col de l'utérus surtout), la lésion va s'épithérialiser en quelques semaines et disparaître sans laisser de trace visible, en même temps que l'adénopathie régresse. Mais trente à quarante-cinq jours après l'apparition du chancre, et souvent avant sa disparition définitive, les accidents de la période secondaire vont débuter.

La période secondaire de la *syphilis*

est caractérisée par la généralisation de l'affection, qui se traduit par la multitude des accidents de la

peau, des muqueuses, des viscères, leur répétition au cours de nombreux mois, leur caractère spontanément résolutif, sans séquelles, l'*extrême contagiosité* des lésions cutanéo-muqueuses.

Elle débute par la *roséole*, éruption de taches rosées lenticulaires, sur le tronc, la racine des membres, le plus souvent très discrètes et passant inaperçues, plus rarement profuses; il n'y a aucun phénomène subjectif: ni cuisson, ni brûlure; mais si on la recherche, on peut déceler la trace du chancre et surtout percevoir de multiples petits ganglions dans tous les territoires lymphatiques: nuque, aisselles, coudes (épithrochlées), aines; ce sont les micropolyadénopathies de la syphilis secondaire, qui vont durer de longs mois.

La roséole s'efface spontanément en quelques jours et apparaissent alors les *plaques muqueuses* de la bouche et des organes génitaux, accidents extrêmement contagieux, fourmillant de tréponèmes. On peut distinguer des *lésions érosives*, écorchures superficielles de la muqueuse, rouges vif et suintantes, des *lésions opalines* lenticulaires, sortes de pastilles d'un blanc laiteux, opalin, que l'on peut voir sur la langue, les amygdales, le gland, les grandes lèvres, le col de l'utérus. Sur la langue, on peut parfois noter des *plaques «fauchées»*, dépressions lenticulaires de la face dorsale de la langue, comme si l'on avait «fauché» en quelques points les papilles filiformes de cet organe. Toutes ces variétés peuvent éventuellement se voir chez le même sujet. Les commissures labiales peuvent également être fissurées, fendillées, ces rhagades profondes simulant une banale perlèche.

Avant même la disparition des lésions des muqueuses, on peut commencer à voir les lésions cutanées: les *papules syphilitiques*, ou *syphilides papuleuses*. Leur variété est grande: petites élevures, en pastilles, arrondies ou ovales, fermes, saillantes, rouge rosé ou rouge cuivre, de taille variable, grosses comme une tête d'épingle dans la variété péripirillaire, ou comme une lentille, entourées d'une collerette squameuse ou recouvertes de squames plus épaisses, rarement érosives, ou recouvertes de croûtes. Elles sont éparses sans ordre sur le tronc. Au visage, elles sont parfois groupées dans les régions séborrhéiques et forment alors des circinatifs qui les ont fait ironiquement appeler «syphilides élégantes de la face». Dans les plis (axillaires, inguinaux, sous-mammaires, fessiers, génitaux) les papules prennent un aspect exubérant, végétant: on parle de syphilides végétantes, hypertrophiques, voire même en raison de la proximité des muqueuses anales et génitales, de plaques cutanéo-muqueuses. Toujours érosives ou suintantes, ces syphilides des plis, macérées, sont très contagieuses. Sans diagnostic, sans traitement, ces lésions vont persister, ou se renouveler pendant des semaines, des mois.

D'autres manifestations cutanées ou muqueuses peuvent attirer plus spécialement l'attention: *angine rouge* (plaques muqueuses amygdaliennes), *enrouement* (plaques muqueuses des cordes vocales), chute des cheveux en petites touffes surtout pariétales (*alopecie en clairière*). Des lésions viscérales les accompagnent très souvent: ce sont des céphalées traduisant l'atteinte méninéale, des *douleurs osseuses* (ostéocopes), une *anémie* avec *asthénie*, une *hépatomégalie*, quelquefois avec *ictère*, une *splénomégalie*, une *glomérolonéphrite* aiguë; les poumons, le cœur, les glandes endocrines manifestent plus rarement leur atteinte, de

même que les vaisseaux; mais les *phlébites* des membres supérieurs sont très caractéristiques. Le passé pathologique du sujet accentue l'importance de telle ou telle lésion viscérale, qui prend alors une place parfois préminente dans la symptomatologie de cette période de la syphilis.

Le *diagnostic* est basé tant sur l'aspect clinique des lésions que sur la présence de tréponèmes (plaques muqueuses, syphilides hypertrophiques et végétantes des plis) mais on n'omet jamais de rechercher la présence des anticorps antitréponémiques; la *réaction de Bordet-Wassermann* et ses dérivés qui les met en évidence devient positive dès la seconde moitié de la période primaire de la syphilis, mais c'est surtout à partir de la syphilis secondaire qu'elle est constamment et nettement positive.

Le traitement permet la guérison rapide de ces manifestations. Mais il arrive encore trop souvent que par négligence ou ignorance, le malade laisse évoluer la syphilis et après cette période riche en accidents, tout paraît rentrer dans l'ordre. C'est la période dite *latente* de la syphilis qui sépare la syphilis secondaire de la syphilis tertiaire. Elle ne se traduit que par la positivité des réactions sérologiques. Il est difficile d'évaluer le nombre de malades qui, non traités, font ensuite des accidents *tertiaux*.

La syphilis tertiaire

semble devenue exceptionnelle: elle se traduit par quelques accidents peu nombreux et groupés, mais profonds, ulcérés et mutilants: *tubercules syphilitiques* cutanés fermes, saillants, groupés et évoluant par extension périphérique, circinée, polycyclique, géographique; *gommes* cutanées, muqueuses ou viscérales, sortes de tumeurs nodulaires se ramollissant, se nécrosant, ce qui, au niveau de la peau ou des muqueuses, se traduit par une ulcération plus ou moins importante; mais au niveau des viscères, après les troubles initiaux dûs à la compression par la tumeur gommeuse, ce sera la perte de substance grave et irréparable.

Enfin, les manifestations de la *syphilis nerveuse* que sont la paralysie générale progressive et le tabès traduisent l'atteinte cérébrale et médullaire, *irréversible* lorsque le traitement n'est pas institué dès l'apparition des *premiers symptômes*.

C'est dans la syphilis tertiaire que les réactions sérologiques prennent toute leur valeur pour le diagnostic.

On ne peut, avant d'aborder le traitement de la syphilis, passer sous silence la *syphilis congénitale* (abusivement appelée autrefois hérédosyphilis): la syphilis transmise par la mère à l'enfant au cours de la gestation. C'est donc une syphilis acquise, par transfusion sanguine. A partir du cinquième mois de la grossesse, les villosités placentaires devenant perméables, le tréponème passe directement de la mère dans la circulation sanguine du foetus: c'est une véritable syphilis transfusionnelle sans chancre.

Elle se manifeste, si le foetus résiste à une telle infestation, par une série d'accidents dans les jours ou les semaines qui suivent la naissance: *coryza syphilitique* (écoulement purulent, épais, obstruant les narines) *pemphigus palmo-plantaire*: papules syphilitiques avec petit décollement bulleux des paumes et des plantes, plaques muqueuses, rhagades des commissures labiales, et plus rarement *syphilides* du tronc et

des membres, mais aussi *lésions osseuses*, décollement des épiphyses des os longs donnant la pseudo-paralysie de Parrot, ostéite des phalanges (faux spina ventosa) et lésions *viscérales* (hépatiques, rénales, méningées, etc.), comme chez l'adulte.

Cette syphilis congénitale précoce floride peut être suivie dans la première enfance, si le sujet n'est pas traité, de manifestations diverses, véritables *stigmates* de la syphilis congénitale: bosse frontale exagérée, nez en selle, tibia en lamme de sabre, malformations dentaires (dents de Hutchinson), surdité, hydarthroze bilatérale des genoux, kératite interstitielle, atteinte des glandes endocrines et plus tardivement, quoique très rarement, des mêmes manifestations tertiaires qu'après une syphilis acquise de l'adulte. Il ne faut pas oublier en effet que la syphilis congénitale est une syphilis acquise qui évolue comme telle.

Ce tableau rapidement brossé de la syphilis, pourrait être grandement simplifié si le diagnostic était toujours rapidement posé et assorti du traitement qui, de manière constante, est efficace.

Comment traiter une syphilis?

Un médicament suffit: la Pénicilline, à doses modestes.

Pour éviter la *réaction d'Herxheimer*, exaltation de la virulence des tréponèmes et recrudescence des lésions cutanées, muqueuses ou viscérales, apparaissant si l'on institue d'emblée un traitement pénicilliné, on fait précédé la première injection de Pénicilline de la prise par voie buccale d'un antibiotique tel que la Rovamycine, ou de l'injection parentérale de bismuth ou de cyanure de mercure. La corticothérapie orale permet également d'éviter cette réaction. Cette précaution prise, la Pénicilline est administrée, soit sous forme de PAM à raison de 600 000 Unités trois fois par semaine avec une dose totale de 15 à 20 M. pour une cure; soit 2 400 000 Unités de Pénicilline long retard, telle que la Benzathine-Pénicilline. Cette dose unique de Pénicilline est théoriquement suffisante pour la guérison d'une syphilis récente, car elle permet de maintenir une Pénicillinemie de 0,03 Unité par ml de sang pendant quinze jours. Dans la règle cependant, on répète cette injection deux fois par semaine pendant quatre semaines.

Le traitement d'une *syphilis primaire* récente, avec *sérologie négative*, peut donc être fait par l'une de ces deux méthodes.

S'il s'agit d'une *syphilis primaire* avec *réactions sérologiques positives*, deux cures de 15 à 20 M. de Pénicilline PAM, séparées par un repos de trois semaines, peuvent suffire.

Le traitement d'une *syphilis secondaire* débutante comportera ces deux cures initiales et sera poursuivi pendant deux années, chacune comportant trois séries de 15 M. de Pénicilline PAM.

Si le traitement de la syphilis secondaire est commencé tardivement, la persistance de la positivité des réactions sérologiques est une indication de sa *prolongation*, sa durée ne peut être fixée a priori et il en est de même pour les sujets, si nombreux à l'heure actuelle, dont la syphilis a été découverte par un examen sérologique systématique.

Le traitement de la *syphilis tertiaire*, dont l'efficacité sur les lésions cliniques est extraordinairement rapide, aura également une durée très prolongée.

En résumé donc, pour la syphilis acquise, il faut distinguer les **cas diagnostiqués très précocement**, dont le **traitement** sera **très court**, et ceux où le **traitement tardif** aura une **durée prolongée**.

Il faut traiter à part la *syphilis congénitale* et la *syphilis de la femme enceinte*, le traitement de celle-ci évitant celle-là.

C'est à partir du cinquième mois que le foetus est contaminé par la mère, c'est donc à partir de là que le traitement par la Pénicilline peut être institué et poursuivi jusqu'à l'accouchement avec de brefs intervalles de repos, grâce à quoi la femme mettra au monde un enfant sain, indemne de toute manifestation de syphilis et qui, par conséquent, n'aura aucunement besoin de traitement. Mais bien entendu le traitement devra être institué dès la découverte de la syphilis maternelle et sans attendre le cinquième mois. *Si la mère n'est pas traitée pendant la grossesse, et si l'enfant naît vivant, porteur ou non de lésions de syphilis congénitale, il doit être traité.* Se rappelant qu'il s'agit d'une syphilis acquise et récente, on peut appliquer la même règle thérapeutique que pour la syphilis acquise récente de l'adulte: possibilité de réaction d'Herxheimer, courte durée du traitement.

Pour éviter la première, on commence par des doses très faibles de Pénicilline: 5 Unités par kilo de poids, que l'on augmente progressivement jusqu'à la dose moyenne de 10 000 Unités par kilo et par jour, jusqu'à la dose totale 300 000 à 500 000 Unités. Ces faibles doses de Pénicilline assurent une guérison définitive. Par contre la syphilis congénitale tardive doit être traitée suivant les mêmes modalités que la syphilis sérologique de l'adulte.

Bien que rarement, la Pénicilline peut provoquer des *accidents* et il faut être très attentif aux manifestations signalées par le malade: prurit, érythème, fièvre, qui sont souvent des signes d'alarme contre-indiquant la poursuite du traitement, sans attendre l'installation d'une véritable toxidermie. Plus rares sont les accidents anaphylactiques brutaux débutant par: une urticaire géante, un œdème généralisé qui peuvent être rapidement mortels. Il faut donc toujours avoir à sa disposition immédiate des corticoïdes injectables par voie veineuse, et de l'adrénaline injectable, afin d'éviter une issue dramatique.

Nous n'avons pas parlé du bismuth, de moins en moins utilisé si ce n'est chez les malades intolérants à la Pénicilline ou comme traitement complémentaire entre les cures de Pénicilline des syphilis tardives. Le produit est injecté par voie intra-musculaire à la dose de 7 à 10 cg de bismuth métal tous les quatre à cinq jours; il est indispensable, avant chaque injection, de rechercher une albuminurie qui serait une contre-indication formelle à la poursuite de la cure bismuthique.

En conclusion

nous dirons que si la blennorragie et la syphilis restent un péril pour la société, il ne devient réel que dans les cas où, par suite de négligence, d'inconscience ou d'ignorance, le diagnostic n'est pas fait précocement. En effet, on pourrait, sans trop de risques, écrire cet aphorisme: diagnostic fait = traitement institué = guérison assurée.

La lutte antivénérienne

Contribution de l'infirmière de la santé publique (ISP)

M.-L. Grand et C. Maillard, infirmières de la santé publique Genève

En matière de lutte antivénérienne, l'examen de *tous* les partenaires sexuels de chaque malade est la seule mesure de prophylaxie susceptible de dépister *toutes* les personnes contaminées. *L'enquête épidémiologique* permettant le dépistage en question exige beaucoup de temps et de disponibilité, de sorte qu'il n'est pas possible au médecin de s'en charger. Aussi, au sein des clinique et policlinique universitaires de dermatologie de Genève, cette tâche est-elle confiée au Service infirmier de santé publique, lequel s'en acquitte par l'intermédiaire de deux infirmières de la santé publique (ci-après ISP). Tout au long du présent exposé, il ne sera d'ailleurs question que des activités dudit service.

Il s'agit d'un service autonome, collaborant étroitement avec le corps médical, le personnel soignant et le secrétariat. Les deux ISP organisent leur travail en commun. Elles reçoivent des instructions, d'ordre administratif, du directeur de l'institution qui les emploie et, d'ordre médical, du professeur chef de service. Elles prennent en charge les personnes qui leur sont confiées, celles qu'elles dépistent elles-mêmes et celles qui les sollicitent, soit à la policlinique, à la clinique ou à domicile. Dans l'accomplissement de leur tâche, elles ont de multiples relations de coordination avec le personnel des services hospitaliers et des institutions extrahospitalières de santé publique ou de prévoyance sociale.

Pour être à même de jouer un rôle valable dans le domaine de la lutte antivénérienne, l'ISP doit connaître la pathologie ainsi que la thérapeutique des maladies sexuelles transmissibles, en particulier de la syphilis et de la blennorragie (voir article du professeur P. Laugier). Elle doit s'intéresser aux recherches médicales relatives à ce type de maladies, aux recherches sociologiques concernant tout spécialement l'évolution de la mentalité et des habitudes sexuelles de la population.

L'ISP doit également connaître les législations antivénériennes suisses et étrangères, afin d'être en mesure de juger de la nécessité d'une intervention des autorités responsables conformément auxdites législations.

La législation suisse prescrit:

- Code pénal.* Art. 231. Crimes ou délits contre la santé publique. 1. «Celui qui intentionnellement aura propagé une maladie de l'homme dangereuse et transmissible sera puni de l'emprisonnement d'un mois à cinq ans» [1].
- Recueil systématique des lois et ordonnances de 1848 à 1944*, p. 363. Arrêté du Conseil fédéral prescri-

vant la déclaration des maladies transmissibles (du 20 avril 1943). «La syphilis au stade de contagiosité, la blennorragie, le chancre mou doivent être déclarés par le médecin au cas où les personnes atteintes refusent de se faire traiter médicalement ou interrompent leur traitement avant qu'il soit terminé. Le médecin traitant est également tenu d'indiquer au médecin officiel les sources d'infection qu'il lui a été impossible d'examiner» [2].

Il y a en Suisse — étant donné que les questions de santé sont affaire des cantons — vingt-deux règlements d'application de la loi fédérale.

c) Nous citerons pour exemple le *règlement de la République et Canton de Genève* concernant la recherche et l'hospitalisation par contrainte des vénériens asociaux [3]: Art. 2. «Conformément à l'article de la loi sur la prophylaxie des maladies transmissibles, les médecins doivent signaler immédiatement au Service médical et prophylactique du Service d'hygiène tout malade vénérien qui fait courir un danger pour autrui, en particulier celui qui ne suit pas régulièrement ou abandonne son traitement avant guérison.» Art. 3. «Le médecin chef du service médical et prophylactique rend ces malades attentifs aux conséquences que peut entraîner leur négligence et au besoin propose au département de requérir l'hospitalisation d'office dans un des services spéciaux de l'hôpital cantonal par les soins du département de justice et police.»

L'ISP doit éviter, quant à elle, de représenter l'ombre du gendarme. Elle doit établir une relation de confiance avec la personne qu'elle a l'occasion d'écouter et d'informer. Une attitude de compréhension et de non-jugement préparera l'interlocuteur à collaborer à l'enquête épidémiologique. Elle est d'accord avec le professeur Pautrier lorsqu'il écrit: «L'idée directrice de toute prophylaxie antivénérienne est de faire le moins de police et le plus de médecine possible» [5]. Dans sa pratique journalière, l'ISP s'entretient avec des femmes et des hommes de tous âges, de tous les milieux, de diverses nationalités, souffrant d'affections vénériennes et dermatologiques. Elle introduit également aux consultations médicales des personnes apparemment saines, toutefois suspectes d'une maladie ou ayant été exposées à une contamination. Pour ces dernières, il s'agit d'organiser des contrôles préventifs, afin que le médecin puisse établir un diagnostic précoce. Elle veille en outre à la régularité des traitements et des contrôles de post-cure.

Quelles sont les méthodes de travail de l'ISP?

Elle s'efforce d'établir un plan de soins avec l'intéressé, en se fixant comme buts généraux la promotion de la santé, la guérison et la prévention. En présence de chaque personne qu'elle rencontre, elle se pose les questions suivantes: Qui est cette personne? Quel langage comprend-elle? De quoi souffre-t-elle objectivement et subjectivement? Quels sont les soins — au sens large du terme — dont elle a besoin aujourd'hui et dans l'avenir?

La personne atteinte d'une maladie sexuelle transmissible est un individu malade, avec sa personnalité unique et ses réactions propres. Elle sera donc soignée comme toute autre personne présentant un problème de santé. Toutefois, sa contagiosité exige d'elle des connaissances précises sur sa maladie, une collaboration régulière au traitement, ainsi qu'une participation active à la recherche des contacts (partenaires sexuels).

L'enquête épidémiologique

consiste à rechercher à la fois *la source de contamination* et les personnes susceptibles d'avoir été *contaminées* par notre malade, lesquelles, bien sûr, se trouvent toutes parmi les partenaires sexuels de celui-ci. Cette enquête demande une discrétion et une habileté à toute épreuve. Les confidences ayant trait à la vie sexuelle sont le plus souvent difficiles à obtenir. Les rapports sexuels sont liés à des valeurs et à des sentiments très divers. Il importe avant tout d'assurer et de sauvegarder à tout prix le caractère *strictement confidentiel* de l'entrevue et de souligner l'importance et la portée du problème de santé sur le plan individuel, familial et collectif.

Il est très difficile d'évaluer le résultat des enquêtes épidémiologiques. Les recherches de contacts aboutissent fréquemment à l'étranger et nos signalements restent alors, le plus souvent, sans réponse. De son côté, le malade encouragé à mener lui-même son enquête, n'a pas envie de dénoncer le ou les partenaires. Très souvent, ceux-ci consultent des médecins installés en ville, lesquels prennent rarement contact avec notre service. Il ne nous reste dès lors qu'à espérer que nos explications jointes aux documents [4] que nous remettons aux malades concernant la contagiosité ainsi que l'évolution de la maladie et, non moins, notre attitude à leur égard les incitent à agir rapidement, avec courage, respect d'autrui et en toute liberté. Les statistiques que nous établissons ne nous donnent donc qu'une idée approximative de l'efficacité de notre action. En 1971, sur 70 syphilis et 195 blennorragies, nous avons pu amener 96 contacts à la Polyclinique pour examen médical. Sur ces 96 contacts, 47 se sont révélés malades, soit 13 syphilis et 34 blennorragies. Nous sommes loin du «un égal trois» que souhaiteraient P. Durel et J. Pellerat [6] qui écrivent: «On ne devrait se réjouir du résultat d'une enquête épidémiologique que si à l'occasion d'un malade nouveau, on en découvrait trois ignorés. Si la syphilis et la gonococcie durent encore, ce n'est pas que nous ne sachions pas traiter les malades, c'est que nous ne savons pas trouver ces malades» [7]. Nous devons admettre, médecins et infirmières, que l'enquête épidémiologique n'est pas un acte secondaire qui lèse l'intimité du malade, mais une action de santé publique importante et rentable. En la négligeant, nous favorisons la transmission de la maladie à des victimes souvent innocentes; nous commettons

une faute professionnelle grave dont la portée n'est pas mesurable. Nos attributions d'enseignante nous donnent l'occasion de faire connaître cette optique aux élèves infirmières ainsi qu'aux étudiants en médecine, souhaitant qu'ils seront à leur tour des agents d'information efficaces.

Trois enquêtes épidémiologiques vont illustrer quelque peu nos propos et nous permettre d'y joindre quelques remarques.

1. *La famille R.-R. Domenico*, vingt-deux ans, peintre en bâtiment, Italien, est adressé à la Polyclinique de dermatologie par une permanence médico-chirurgicale de la ville. Il présente un chancre syphilitique du sillon balano-préputial (tréponèmes à l'examen sur fond noir). Marié, père d'une fillette de deux mois, il est sûr d'avoir été contaminé par une prostituée en Italie. Malheureusement, il ne connaît ni son nom ni le lieu où il l'a rencontrée.

Nous signalons à notre collègue de la Polyclinique de dermatologie de Lausanne un ami de notre patient, habitant le canton de Vaud, qui aurait eu, à la même époque, des contacts avec la même prostituée. Par la suite, notre collègue nous informe que les examens cliniques et sérologiques dudit ami sont négatifs pour la syphilis. Nous obtenons de notre patient qu'il annonce lui-même à sa femme, sans différer, qu'il est atteint de syphilis. Affolée et révoltée, celle-ci refuse de se présenter à la Polyclinique pour les examens: elle a honte, déclare-t-elle! L'ISP se rend à son domicile pour la prise de sang. A cette occasion, elle s'efforce de dédramatiser la situation en insistant, notamment, sur la guérison complète d'une syphilis traitée précocement. Elle donne les informations utiles quant aux maladies sexuelles et à leur prévention. Par la suite, le couple suit régulièrement son traitement, mais le mari, visiblement inquiet, pose constamment les mêmes questions: «sommes-nous encore contagieux? pouvons-nous prendre notre enfant dans notre lit? pourrons-nous avoir d'autres enfants? combien de temps durera encore le traitement?», etc. L'ISP répond si possible elle-même; si les questions ne sont pas de sa compétence, elle fait appel au médecin. Le malade a fréquemment besoin de se confier à quelqu'un, d'être rassuré, déculpabilisé. Ses questions doivent recevoir une réponse claire, vérifiable et bienveillante afin de l'aider à supporter un long traitement. L'examen de l'enfant, confié à la clinique de pédiatrie, n'a révélé aucun signe de syphilis.

2. *P. Alain*, vingt ans, célibataire, Français, cuisinier, homosexuel avoué, est hospitalisé à la clinique de dermatologie. L'hospitalisation est motivée par la présence d'un chancre de la langue (tréponèmes à l'examen sur fond noir), très contagieux. L'ISP se trouve en présence d'un malade collaborant, avec l'aide duquel elle peut convoquer vingt-deux garçons et cinq filles pour le contrôle médical. Les filles avaient eu des rapports avec certains des partenaires masculins de P. Alain. Sur ces vingt-sept personnes, deux sont atteintes de syphilis dont S. Louis, qui sera pris en charge par un médecin de la ville, selon son désir, et T. Robert, qui sera traité à la Polyclinique de dermatologie.

Les malades dépistés à partir de P. Alain peuvent paraître bien peu nombreux. Toutefois, l'ISP a pu, à cette occasion, prendre contact avec vingt-sept per-

sonnes courant constamment le risque d'une contamination. Elle en a profité pour exposer les raisons d'être du service infirmier de santé publique, pour faire leur éducation sanitaire, pour essayer de démythifier les maladies sexuelles. Le dialogue ainsi engagé, il n'est pas rare de voir revenir par la suite nos interlocuteurs, soit pour un examen préventif, soit pour une information utile.

La recherche des contacts dans le milieu homosexuel est, le plus souvent, très difficile et parfois impossible [7]. L'homosexuel refuse souvent de communiquer les noms de ses partenaires. Souvent, d'ailleurs, il ne les connaît pas. Il arrive aussi qu'il craigne d'être dénoncé à la police ou d'être victime de chantage. Il est pourtant urgent de dépister les sources d'infection dans ces milieux plus ou moins hermétiques où la maladie se propage très rapidement, d'autant plus que les premiers symptômes ont des localisations inhabituelles et passent de ce fait souvent inaperçus. Il ressort d'une étude sur la syphilis à Genève au cours des années 1969 et 1970 que l'homosexualité masculine constitue un problème important dans la propagation des maladies vénériennes, alors que la prostitution n'est pas le principal facteur de diffusion des tréponèmes [8].

3. G. Anna, 17 ans, Soleuroise, apprentie aux PTT, est admise dans un service de médecine pour arthralgie, céphalées, état fébrile (39 °) et éruption cutanée. Le dermatologue consulté précise le diagnostic de septicémie gonococcique bénigne. L'interrogation de la patiente dévoile plusieurs problèmes: entre autres, elle craint une grossesse. Elle ne voudrait pas que ses parents soient avertis de son affection vénérienne. Elle nous indique trois partenaires et désire avertir l'un d'eux elle-même. Les deux autres contacts sont convoqués par notre service, bien sûr sans que le nom de notre patiente soit prononcé (secret médical). Nous atteignons l'un des partenaires, un homme marié, à son lieu de travail. Il accepte l'examen, qui est négatif. Le deuxième, en déplacement à Zurich, nous fait parvenir le certificat médical demandé: la recherche de gonocoques est négative. Le troisième souffre de blennorragie asymptomatique. Il est reconnaissant que nous l'ayons averti: il ne se doutait pas qu'il était malade. En somme, il est très rare que les contacts refusent l'examen proposé: ils se rendent compte assez rapidement qu'il s'agit de leur santé; parfois ils pensent également à la santé des autres. Nous avons eu encore plusieurs entretiens avec la patiente, au cours desquels nous lui avons notamment suggéré de consulter le centre de planing familial avec son ami, conseil qu'elle a suivi.

L'insouciance et l'ignorance avec lesquelles beaucoup de mineurs abordent actuellement la vie sexuelle sont ahurissantes. L'éducation sexuelle dispensée dans les écoles est-elle reçue convenablement? On constate présentement une précocité manifeste dans les rapports sexuels et, parallèlement, une recrudescence des maladies vénériennes parmi les jeunes. Allons-nous être obligés de créer des dispensaires antivénériens pour adolescents, d'ici quelques années, comme il en existe à New York depuis dix ans [9]? Est-ce la bonne solution? Nous sommes d'avis qu'il serait plus souhaitable d'intensifier l'information des adolescents, de développer les possibilités de dépistage, c'est-à-dire de promouvoir la prévention primaire comme la conçoivent J.-M.-G. Wilson et G. Jungner: «La prévention primaire vise à combattre la maladie en protégeant l'individu et la population contre elle avant qu'ils en aient subi la première atteinte» [10].

En guise de conclusion

Il nous est agréable de constater que l'ISP s'intègre tout naturellement dans tout organisme de lutte contre la maladie quel qu'il soit. Notre expérience pratique confirme que l'ISP est bien à sa place («the right man in the right place») dans la lutte antivénérienne. Non seulement par sa spécialisation en soins infirmiers de santé publique, mais aussi grâce à sa formation en soins généraux, donc par son expérience des soins complets, l'ISP est à même d'établir une relation valable avec le patient. Elle a l'habitude de prodiguer les soins les plus intimes et d'adapter ses gestes et ses paroles aux besoins des personnes dont elle s'occupe dans toutes les circonstances de la vie. Elle est consciente de la nécessité de perfectionner et de réadapter continuellement ses méthodes d'éducation sanitaire.

Sa raison d'être dans le domaine de la prophylaxie antivénérienne est la grande fréquence de ces maladies, redoutables pour l'individu, pour ses enfants et pour les collectivités dans le monde entier. Son action est urgente, parce que ces maladies frappent des groupes d'âge de plus en plus jeunes, et que ces jeunes, s'ils ne sont pas traités à temps et correctement, risquent des complications sérieuses et même invalidantes à long terme.

Le vœu des soussignées serait de voir des collègues s'atteler à la même tâche, dans d'autres villes de Suisse, afin d'exercer, à l'échelle du pays, une action antivénérienne concertée, comme elle existe en France notamment. Son efficacité en serait décuplée.

[1] *Code pénal suisse*, 21 décembre 1937, publié par la chancellerie fédérale, Berne, 1957, page 66.

[2] *Recueil systématique des lois et ordonnances 1848-1944*, 4e volume, Berne, 1950, IX Hygiène publique, page 365.

[3] *Règlement concernant la recherche et l'hospitalisation par contrainte des vénériens asociaux*, 16 janvier 1942, République et canton de Genève, page 1-2.

[4] *Danger, pour adolescents seulement*, dépliant édité par le Département de l'instruction publique de la République et canton de Genève, section éducation sanitaire du Service de santé de la jeunesse.

Pour ne nuire, ni à toi, ni à eux, brochure de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, Institut Alfred Fournier, Paris.

[5] *Dermatologica*, L.-M. Paultrier et A. Ullmo, Bâle, 1946, vol. 921, pages 1-16, «Recrudescence inquiétante de la

syphilis dans le canton de Vaud et lacunes dans l'organisation de la lutte antivénérienne en Suisse.»

[6] *Maladies vénériennes*, P. Durel et J. Pellerat, éditions Foucher, Paris, 1972, page 25.

[7] *Dossier homosexualité*, Dallayrac Dominique, éditions Robert Laffont, 1968, Paris.

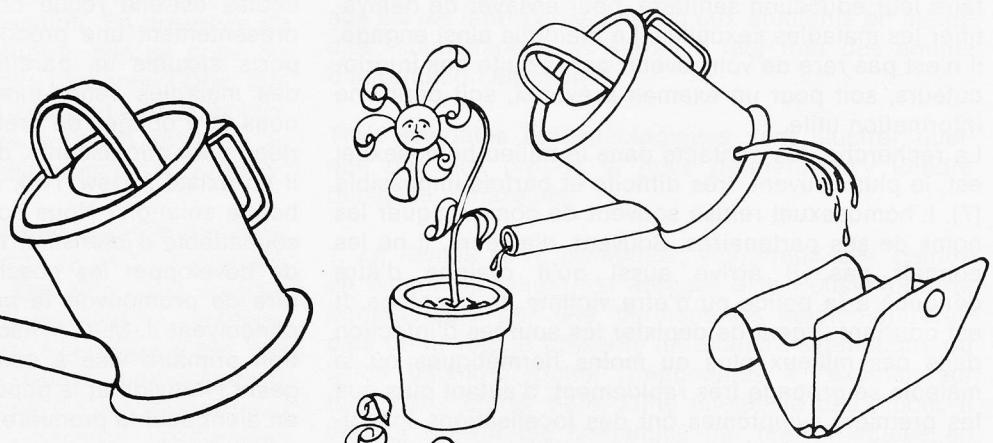
[8] *La syphilis à Genève au cours des deux années, épidémiologie, sérologie et traitement*, prof. P. Laugier, Berne, 1971, dans «Praxis», «Revue suisse de médecine», No 49, page 8.

[9] *Clinic for Adolescents with venereal disease*, Susan Daggett Taylor, dans l'«American Journal of Nursing», vol. 63, No 11, pages 63-66.

[10] *Principes et pratique du dépistage des maladies*, J.-M.-G. Wilson et G. Jungner, OMS Genève, 1970, page 14, Cahier de santé publique 34.



A. Voix active¹ Aktivmitglieder-Beiträge
Dessins: Heiri Gelzer



B. Voix passive / Juhui! Ich spare mir... im Monat!
C. Et si j'optais pour la voix réfléchie? / «Es guets Neus»
auch dem SVDK!
(Schlussfolgerungen ohne Bild)

Une fourchette, c'est pour manger.

Adaptation et traduction de «A fork is to eat with», par Edith P. Lewis. Nursing Outlook, septembre 1971.

Des psychologues faisant passer des tests à des enfants et testant également le vocabulaire, posent des questions du type: «Qu'est-ce qu'une fourchette? As-tu déjà vu une fourchette? Tu sais ce que c'est qu'une fourchette? Dis-moi qu'est-ce qu'une fourchette?» La réponse revenant le plus souvent et étant considérée comme juste est: une fourchette, c'est pour manger. Réponse indiquant que l'enfant reconnaît la fonction d'une fourchette.

«Qu'est-ce que l'ASID? Avez-vous déjà vu l'ASID? Vous savez ce qu'est, l'ASID? Dites-moi, qu'est-ce que l'ASID?» L'ASID réunit les infirmières. Réponse correcte mais incomplète, car elle ne reflète pas la notion de participation, de partage de ses membres. Ceci est vrai de toute organisation professionnelle. L'ASID, comme toute autre association, a besoin de membres qui prennent part, qui s'engagent. Sans cela, son autorité, son influence sont amoindries, sa voix assourdie, sa possibilité d'améliorer la qualité des soins compromise. Le succès des actions qu'une association entreprend dépend de la puissance qu'elle représente.

Celles qui fondèrent le premier regroupement d'infirmières en 1911, l'Alliance Suisse des gardes-malades, et celles qui fondèrent, en 1936, l'Association nationale des infirmières d'écoles suisses reconnues, avaient une idée plus précise du rôle d'une organisation que les infirmières d'aujourd'hui. Celles

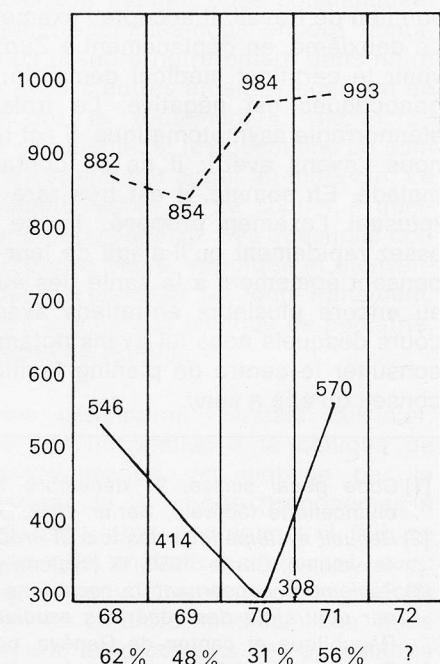
qui, en 1944, créèrent l'ASID, virent la nécessité de faire fusionner ces deux groupes dont elle est issue, pour mieux représenter la profession. Il est généralement reconnu que tous les membres d'une profession, et seuls les membres de cette profession, doivent fixer les critères concernant leurs études, leur activité et leurs prestations à la société. Ceci est un privilège, mais surtout une responsabilité. Cependant bien peu des professionnelles, au sein de l'Association ou en dehors, sont disposées à assumer cette responsabilité. «L'individu est perdu dans la masse de l'association», disent-elles. «Les réunions sont sans intérêt, pourquoi se déranger?» Ou plus particulièrement: «L'association se fiche de ce que je pense, moi.»

Beaucoup joignent l'ASID parce qu'elles pensent qu'elles le doivent. Même si les cotisations sont utiles, l'ASID a besoin de plus que cela: elle a besoin de l'engagement de chaque membre. Cela peut paraître un cliché, que de dire: «Vous êtes l'ASID»; toutefois c'est le groupe des membres qui prend les décisions, qui entreprend des actions. Qui, sinon l'ASID, peut parler au nom des infirmières? Qui d'autre peut demander que la durée du travail, que le statut des élèves soient adaptés à celui de la majorité des professions? Une association professionnelle a besoin de ses membres pour la pousser à agir; sans des membres actifs, déterminés, elle tend à devenir inerte.

Mais aucun membre ne peut se faire entendre, ne peut s'exprimer en n'apparaissant qu'une fois par an aux assemblées. Il doit rester concerné pendant toute sa carrière et au travers d'elle.

Nous formulons donc des vœux pour que chacune de vous soit consciente du rôle qu'elle doit jouer.

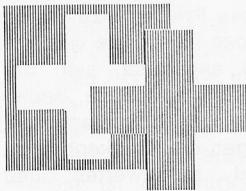
Une forme d'activité: *le recrutement*, en 1944 nous étions 2266
en 1971 nous étions 8658
combien en 1973, grâce à votre participation?



----- nouveaux membres ASID

— diplômes en s. g.
(soit membres possibles)

M. Volla, Genève



Aktuelle Fragen der Krankenpflegeausbildung

Allzuviel von dem, was heute über Krankenpflege gesprochen und geschrieben wird, erschöpft sich in düsteren und alarmierenden Schilderungen des Personalnotstandes und des Schwesternmangels! Mag sein, dass unter anderem die wohlgemeinte Absicht damit verbunden ist, die Bevölkerung aufzurütteln und unsere jungen Menschen zu ermuntern, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Persönlich möchte ich den Erfolg solcher Darstellungen stark in Frage stellen und glaube im Gegenteil, dass sie auf junge Menschen, die vor der Berufswahl stehen, eher abschreckend wirken. Ist nicht etwas «faul» an diesen Spitalberufen?, mag sich mancher fragen, wenn sie derart unter Mangel leiden. Ausdrücke wie «Notstand» und «Katastrophensituation» stifteten meines Erachtens nur Unsicherheit und Unruhe. Es wäre zutreffender, von einem *Mehrbedarf* zu sprechen, denn um einen solchen handelt es sich ja, und es wäre der Sache wahrscheinlich besser günstig mit vermehrter guter und sachlicher Information über die Krankenpflegeberufe und insbesondere über die vielseitige und interessante Ausbildung, die sie bieten, mit einer Information also, die das *Positive* und die *Reichhaltigkeit* dieser Berufe aufzeigt.

Heutige Lage

Positiv und erfreulich ist unter anderem die Feststellung, dass keineswegs weniger junge Menschen einen Pflegeberuf ergreifen, sondern Jahr für Jahr etwas mehr. Diese Zunahme ist beachtlich, wenn man bedenkt, dass die Auswirkung der geburtenschwachen Jahrgänge die Rekrutierung schon seit einiger Zeit beeinträchtigt. Sie beweist aber auch, dass die Ausbildung in Krankenpflege nach wie vor grosse Anziehungskraft auszuüben vermag, die zu bewahren und wenn immer möglich zu verstärken ein Anliegen *aller* sein muss, nämlich der Behörden, der Krankenpflegeschulen, der Spitäler und des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK). Dieses betrachtet es als eine seiner wichtigsten Aufgaben, seine Richtlinien und Stoffpläne laufend zu überprüfen und sie der fortschreitenden Entwicklung und den veränderten Bedürfnissen und Erkenntnissen anzupassen.

Keine der heute geltenden Ausbildungsrichtlinien sind älter als sechs Jahre! Es wäre aufschlussreich, zu überprüfen, wie alt zum Teil die entsprechenden Reglemente für die Beru-

fe in Industrie, Gewerbe und Handel sind.

Im Verlaufe der letzten 18 Monate sind nicht weniger als drei neue oder revisierte Ausbildungsrichtlinien erlassen worden.

KWS

So erschienen im Juli dieses Jahres vollkommen neu überarbeitete Richtlinien für die vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen für *Kinderkrankenpflege*. Sie tragen unter anderem dem Umstand Rechnung, dass der Pflege des kranken Kindes während der dreijährigen Ausbildung bedeutend mehr Gewicht eingeräumt wird, was auch in der neuen Bezeichnung dieses Pflegezweiges: *Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege* = KWS (früher WSK = Wochenpflege, Säuglings- und Kinderkrankenpflege) zum Ausdruck kommt.

Laboristinnen

Aus dem Jahre 1971 datieren die Richtlinien für die Ausbildung von Laboristinnen. Es handelt sich hier um einen noch weniger bekannten Beruf mit einer Ausbildungszeit von 18 Monaten. Aehnlich wie in der Krankenpflege besteht heute auch in den medizinischen Laboratorien das Bedürfnis nach einer gut ausgebildeten Hilfskraft. Es scheint einerseits weder sinnvoll noch nötig, dass Routinearbeit von diplomierten Laborantinnen mit ihrer differenzierten Ausbildung ausgeführt wird, anderseits gefährlich, wenn bei Mangel an qualifiziertem Personal unausgebildete Hilfskräfte eingestellt werden. In diese Lücke sollen inskünftig die Laboristinnen und Laboristen treten.

Praktische Krankenpflege

Mit dem Erlass gänzlich neu konzipierter Richtlinien vor einem Jahr hat auch die 18monatige Ausbildung in praktischer Krankenpflege eine wesentliche Verbesserung und Aufwertung erfahren. Seit er vor etwas mehr als zehn Jahren geschaffen wurde, hat dieser Beruf eine ungeahnte Entwicklung durchgemacht, und seine Angehörigen, die ehemaligen «Hilfspflegerinnen», später «Pflegerinnen für Betagte und Chronischkranke» und die heutigen «Krankenpflegerinnen FA SRK» (mit Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes) sind aus der Pflegeequipe nicht mehr wegzudenken. Sie befassen sich vor allem mit der

Grundpflege, aber auch mit einfacher Behandlungspflege.

Von der Annahme ausgehend, dass die Grundpflege zwar am besten in der Chronischkrankenpflege, doch auch in sämtlichen anderen Gebieten der Medizin erlernt werden kann, und angesichts der Tatsache, dass die Krankenpflegerinnen heute überall benötigt werden, sehen die neuen Richtlinien eine polyvalentere und umfassendere Grundausbildung vor als die bisherigen. Gleichzeitig ermöglichen sie es den Schulen, gewisse Schwerpunkte zu setzen. Während die einen ihre Schülerrinnen vorwiegend bei Chronischkranken und Betagten einsetzen, verfügen die anderen über mehr Ausbildungsstationen im Akutspital oder auf Spezialabteilungen wie Ophtalmologie, Orthopädie, Gynäkologie oder Psychiatrie. Neuerdings wird auch ein 18monatiges Ausbildungsprogramm mit Betonung der Kinderkrankenpflege erwogen; auch das ist dank der bewussten Flexibilität dieser Richtlinien durchaus möglich. Entscheidend ist das für alle Schulen geltende gleiche Ausbildungsziel und die *Gleichwertigkeit* der Praktika.

Nicht zuletzt bietet diese breitere Grundausbildung den ausgebildeten Pflegerinnen und Pflegern bedeutend mehr Möglichkeiten bei der Auswahl ihres zukünftigen Arbeitsplatzes, ein Vorteil, der, wie wir alle wissen, von jungen Leuten außerordentlich geschätzt wird und die Rekrutierung nur günstig beeinflussen kann.

Ich möchte keineswegs verschweigen, dass auch bei uns immer wieder Bedenken aufstiegen, ob es richtig sei, die beinahe spezialisierte «Pflegerin für Betagte und Chronischkranke» durch eine umfassender ausgebildete «Krankenpflegerin FA SRK» zu ersetzen, wissen wir doch um den grossen und ständig wachsenden Bedarf an Pflegekräften in allen Institutionen für Langzeitpatienten. Erfreulicherweise dürfen wir jedoch feststellen, dass viele ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger gerade dort eine Tätigkeit wahrnehmen, die sie vollauf befriedigt, weil sie bedeutend selbstständiger arbeiten, ja sogar die Verantwortung für eine Gruppe von Patienten übernehmen können. Im hektischen Betrieb der Akutstationen mit ihren komplizierten Behandlungsmethoden ist es weit schwieriger, ihnen ähnliche Posten anzuvertrauen.

Ueberaus wichtig für ihren sinnvollen Einsatz ist das Verständnis von seiten der diplomierten Krankenschwestern und ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Aerzte und diplomierte Krankenschwestern können viel dazu beitragen, dass die Pflegerin weder über- noch unterfordert wird und dass sie sich wohl fühlt in ihrem Arbeitsbereich. Es bestehen gute Aussichten, dass die Zahl der ausgebildeten «Blauen», wie man sie hin und wieder nennt, in den nächsten Jahren rasch ansteigt; bereits sind 22 Schulen für praktische Krankenpflege vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannt und nicht weniger als 9 im Aufbau begriffen. Wir erachten es als wichtig, für diesen schönen Beruf auch ältere Kandidaten zu gewinnen, sogenannte «Spätberufene» oder verheiratete Frauen, die nicht mehr durch Verpflichtungen zu Hause voll beansprucht sind. Es dürfte hier noch ein Reservoir an geeigneten, weil auch reiferen Personen vorhanden sein, das noch nicht voll ausgeschöpft ist. Bewusst hat man auch in den neuen Ausbildungsrichtlinien auf die Festlegung einer oberen Altersgrenze für den Einstieg in eine Schule für praktische Krankenpflege verzichtet. Die Abteilung Krankenpflege hat deshalb erst vor kurzem den Schulen in einem Rundschreiben nahegelegt, sich bei der Werbung auch an diese älteren Altersklassen zu wenden und vorgeschlagen, in gewissen begründeten Fällen eine *Teilzeitausbildung* vorzusehen, nach der Blockkurse und Studentage ganz zu besuchen wären, die Praktika hingegen in Teilzeitarbeit absolviert und auf eine längere Zeitspanne ausgedehnt werden könnten.

Sonderkurs

Der Gedanke «Spätberufenen» den Einstieg in die Krankenpflegeausbildung zu erleichtern, lag auch einer aus dem Kanton Bern stammenden Initiative für einen Sonderkurs zugrunde. Aehnlich wie die Sonderkurse für Lehrer ist dieser Kurs für Frauen gedacht, die eine Mittelschule abgeschlossen haben oder eine gleichwertige Ausbildung aufweisen und die bereits erfolgreich im Berufsleben standen. Ihnen würde die Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege mit Diplomabschluss auf zwei Jahre verkürzt und in einem sorgfältig aufgebauten Spezialprogramm vermittelt. Es ist zu hoffen, dass dieser Versuchskurs, den auch das Schweizerische Rote Kreuz voll und ganz unterstützt, bald zur Durchführung gelangen kann, um so mehr als man sich aus der Reihe seiner Absolventinnen eine Verstärkung des so dringend benötigten Kaders erhofft. Der Kanton Bern würde damit eine wertvolle Pionierarbeit leisten.

Entwicklung der Ausbildung

Wir alle, ob wir nun aktiv im Berufsleben stehen oder nicht, sind sicher immer wieder beeindruckt von der beinahe stürmischen Entwicklung, die die Medizin und damit auch die Kranken-

pflege in den letzten Jahren erfahren hat. Die Krankenpflegeausbildung, und hier denke ich in erster Linie an diejenige der diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger, muss mit dieser Entwicklung Schritt halten und hat sich in mancher Beziehung grundlegend verändert. Nicht nur übernimmt die Schwester heute Verrichtungen, die früher dem Arzt vorbehalten waren, sondern sie trägt auch die Verantwortung für eine Pflege, die komplizierter geworden ist und bei der Technik und Automation eine immer grössere Rolle spielen. In diesem rasch sich wandelnden und technisierten Spitalbetrieb, dem man nicht selten Unpersönlichkeit und Vermassung vorwirft, gehört es mehr denn je zu den Aufgaben der Krankenschwester, den Kontakt zum Patienten herzustellen und ihm ein Gefühl der Geborgenheit zu verschaffen. Ihr obliegt es, seine physischen, seelisch-geistigen und sozialen Bedürfnisse wahrzunehmen und ihm eine diesen Bedürfnissen entsprechende umfassende Pflege angedeihen zu lassen, wobei die «vorbeugende Pflege» und die «Wiedereingliederung» heute eine fast ebenso wichtige Rolle spielen wie die Behandlungspflege als solche.

Als beinahe wichtigste Veränderung gegenüber früher möchte ich die Tatsache bezeichnen, dass die diplomierte Schwester von heute nicht mehr *alles selbst tut*, auch wenn sie, bewusst oder unbewusst, das Verlangen darnach hätte! Sie ist umgeben von Angehörigen neuer Spitalberufe, die sich, nebenbei gesagt, oft durch eine Vielzahl von Nationalitäten auszeichnen. Sie muss also lernen, Arbeit zu delegieren, und wissen, *wem sie was delegieren kann*. Sie sollte am Ende ihrer Ausbildung fähig sein, eine Pflegegruppe zu führen, Pflegepläne zu erstellen und ihre Mitarbeiterinnen, insbesondere die Schülerinnen, anzuleiten und deren Arbeit zu überwachen.

Auf alle diese Funktionen müssen die Schülerinnen und Schüler unserer Krankenpflegeschulen heute vorbereitet werden, und es erstaunt nicht, dass in ihren Ausbildungsprogrammen, neben den naturwissenschaftlichen und rein medizinischen Fächern auch der Psychologie, der Pädagogik, der Gruppendynamik, der Gesprächsführung, der Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen und der Organisation des Pflegedienstes eine immer grössere Bedeutung zukommt. Sicher geht es nicht so sehr darum, wie oft irrtümlicherweise behauptet wird, den angehenden Krankenschwestern eine Fülle von medizinischem Wissen zu vermitteln und sie zu «halben Aerzten» heranzubilden. Vielmehr soll bei ihnen die Fähigkeit gefördert werden, selbständig zu überlegen, Zusammenhänge wahrzunehmen und sich neuen und veränderten Situationen anzupassen.

Auch in den *Unterrichtsmethoden* hat sich einiges geändert. Heute wird die Schülerin mehr als früher für ihre eigene Ausbildung verantwortlich gemacht.

Sie hat das grosse Privileg, «zu lernen wie man lernt», das heisst, sie wird systematisch dazu angeleitet, sich der einschlägigen Fachliteratur zu bedienen und sich darin zu dokumentieren, ihre Beobachtungen am Krankenbett zu analysieren und auszuwerten und schliesslich auch ihre eigenen Leistungen selbst zu bewerten.

Beratung

Eine weitere Aufgabe des SRK besteht darin, die Schulen bei der Anwendung der Richtlinien zu beraten. Diese Beratung erstreckt sich nicht nur auf die neuen, sondern auf alle 103 bestehenden vom SRK anerkannten Schulen. Sie erfolgt bei individuellen Gesprächen, auf schriftlichem Wege und namentlich anlässlich der Schul- und Examenbesuche, die laufend in den Schulen aller Berufszweige stattfinden. Den Verantwortlichen des Schweizerischen Roten Kreuzes liegt es daran, die bis zu fünf Tagen dauernden Schulbesuche nicht als Inspektion im herkömmlichen Sinn verstanden zu wissen, sondern als eine Möglichkeit zur Standortbestimmung und zur Selbstbewertung durch die Schule selbst.

Kaderschulung

Der dringende Bedarf an Kadern in unseren Krankenpflegeschulen und Spitälern ist unbestritten und stellt uns auch in Zukunft vor wichtige und grosse Aufgaben. In der Schweiz hat man schon frühzeitig die Notwendigkeit der Weiter- und Kaderausbildung in der Krankenpflege wahrgenommen. So führt das SRK seit dem Jahre 1950 eine Kaderschule für die Krankenpflege, mit Zweigen in Zürich und Lausanne. Die Erkenntnis, dass leitende Funktionen nur mit einer entsprechenden Vorbereitung übernommen werden sollten, hat sich erfreulicherweise so stark durchgesetzt, dass die Anmeldungen für die Kaderschule in den letzten Jahren sprunghaft in die Höhe stiegen. Das SRK lässt zurzeit durch eine diplomierte Krankenschwester eine umfassende *Expertise* über die Kaderschule durchführen, mit dem Zweck, die Aufgaben dieser wichtigen und einzigen Institution dieser Art in der Schweiz neu zu überdenken und zu prüfen, ob die heutige Gestaltung ihrer Programme dem wachsenden Bedarf auch an höherem Kader zu genügen vermag. Die Veröffentlichung des Schlussberichtes der Expertise steht unmittelbar bevor, und wir wissen heute schon, dass er interessante Empfehlungen für die Zukunft enthalten wird.

Weiterbildung für Krankenpfleger(innen) FA SRK

Verständlicherweise haben auch die Krankenpflegerinnen FA SRK ihr Bedürfnis nach Weiterbildung angemeldet und das SRK gebeten, Richtlinien dafür auszuarbeiten. Gegenwärtig sind Arbeitsgruppen am Werk, um Weiterbildungsmöglichkeiten abzuklären und Rahmenprogramme für entsprechende Kurse auszuarbeiten. In allen diesen

Arbeitsgruppen sind auch die Krankenpflegerinnen FA SRK gebührend vertreten. Die Psychiatrie und die Gemeindepflege sind Gebiete, in denen man den Pflegerinnen eine Weiterbildung und Spezialisierung anzubieten gedenkt. Ferner ist ein Kurs geplant, der die Pflegerin darauf vorbereiten soll, vermehrte Verantwortung im Pflegedienst zu übernehmen, und zwar insbesondere in der Chronischkranken- und Betagtenpflege. Damit dürfte die Tätigkeit in diesem Gebiet eine weitere Aufwertung erfahren.

Grundsätzlich können Krankenpflegerinnen, sofern sie die Aufnahmebedingungen erfüllen, auch in eine Schwesternschule eintreten und das Diplom erwerben. Es ist in diesem Falle Sache der Schule, die Vorkenntnisse der Bewerberin abzuklären und eine allfällige Verkürzung der Ausbildung zu beantragen. Von dieser Möglichkeit ist bis jetzt relativ wenig Gebrauch gemacht worden; häufiger kommt es vor, dass Schwesternschülerinnen, die sich in der dreijährigen Ausbildung überfordert fühlen, in eine Schule für praktische Krankenpflege überreten. Auch ihnen wird selbstverständlich dieser Uebertritt erleichtert und die bereits absolvierte Ausbildungszeit weitgehend angerechnet.

Ausblick in die Zukunft

Wir alle wissen, dass grosse Anstrengungen nötig sein werden, um die Pflege und Betreuung unserer Bevölkerung in den kommenden Jahren zu gewährleisten. Bevölkerungszuwachs, Ueberalterung, Arbeitszeitverkürzung und anderes mehr sind Zeitscheinungen, die nicht aufzuhalten sind und mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Ueberall wird nach Lösungen gesucht, die man unter anderem in der Reorganisation und Rationalisierung der Pflegedienste, den verbesserten Arbeitsmöglichkeiten für verheiratete weibliche Pflegepersonen, in der sorgfältigeren Abklärung der Spitalbedürftigkeit und in dem so dringenden Ausbau der ambulanten Krankenpflege zu finden hofft. Alle diese Anstrengungen können jedoch nur wirksam sein, wenn sie zwischen den verantwortlichen Instanzen des Gesundheitsdienstes koordiniert und als Bestandteil einer *Gesamplanung* an die Hand genommen werden. Auch das SRK wird seine Bemühungen fortsetzen, um die Zahl der Schülerinnen und Schüler in den Krankenpflegeschulen zu erhöhen, ohne indessen die *Qualität* der Ausbildung zu vernachlässigen. Eine Verbesserung der Rekrutierung ist kaum in der Gründung vieler neuer Schulen zu suchen, solange die Aufnahmekapazität in den bestehenden Schulen nicht voll ausgenutzt ist. Viel eher verdient der Ruf nach *regionalen Schulungszentren* und damit nach einem rationelleren Einsatz des Schulkaders und des Lehrkörpers unsere volle Aufmerksamkeit, und es sind neue Formen der Ausbildung zu studieren.

Nach den von der Kommission für Krankenpflege ausgearbeiteten Grundsätzen für die zukünftige Ausbildung in den Pflegeberufen (siehe «Zeitschrift für Krankenpflege» Nr. 11/1972, Seite 420) soll möglichst vielen geeigneten Kandidaten eine ihrem *Bildungsniveau* entsprechende Ausbildung angeboten werden. Damit hofft man den Anreiz der Krankenpflegeausbildung zu erhöhen und die Rekrutierungsbasis zu erweitern. Die Forderung lautet schlicht und einfach: wir brauchen mehr Krankenschwestern und Krankenpfleger, mehr Pflegerinnen und Pfleger und wir brauchen vor allem mehr Kader. Folglich müssen wir versuchen, jene zu gewinnen, die uns bisher zum Teil verlorengegangen, nämlich diejenigen, die nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit keine Wartezeit in Kauf nehmen wollen, und vor allem jene anderen, die sich nach dem Besuch einer höheren Mittelschule kaum der Krankenpflege zuwenden, weil sie sich von der Ausbildung nicht angesprochen fühlen.

Für die aus der obligatorischen Schulpflicht entlassenen 16jährigen denkt man an einen Grundkurs, in dem allgemeinbildende und hauswirtschaftliche Fächer sinnvoll ergänzt würden durch Sozialpraktika in Familien, bei gesunden Kindern, bei Betagten oder in anderen Gebieten der Gesundheitspflege. Der Grundkurs sollte überleiten zur Ausbildung für Spitalgehilfinnen oder für Krankenpflegerinnen FA SRK. Die Abteilung Krankenpflege klärt zurzeit die Wünschbarkeit eines solchen Grundkurses ab und versucht einen Ueberblick zu gewinnen über das, was bereits vorhanden ist. In der Tat besteht nicht die Absicht, den Grundkurs als obligatorisch zu erklären. Es gibt schon heute eine ganze Reihe von Kursen und gelenkten praktischen Tätigkeiten, die sich bestens für die Vorbereitung auf einen Pflegeberuf eignen, so zum Beispiel ein Haushaltlehrjahr, das Zürcher Sozialjahr, ein zehntes Schuljahr, Aufenthalte in fremdsprachigem Gebiet und anderes mehr. Wichtig ist wohl, dass man den vielumworbenen schulentlassenen jungen Menschen alle diese Möglichkeiten in konkreter Weise aufzeigt, dass man sie gewissermassen «einspurt» und dass man ihnen beispielsweise in Form des erwähnten Grundkurses etwas anbietet, das gezielt auf die Berufsausbildung vorbereitet.

Ebenso wichtig dürfte es jedoch sein, den Absolventinnen höherer Mittelschulen Ausbildungsprogramme zu bieten, die ihren Erwartungen und Fähigkeiten entsprechen und in denen gewisse grundlegende Fächer, die als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, wegfallen könnten. Die dafür vorgesehene gemeinsame Grundausbildung «tronic commun» — sie ist vielen Fachleuten von Studienreisen im Ausland bestens bekannt — bietet zweifellos bestechende Vorteile, nämlich die An-

näherung der drei heute vollkommen getrennt geführten berufszweigspezifischen Ausbildungen und die Vereinheitlichung ihres Ausbildungsniveaus, die Möglichkeit, sich erst bei Abschluss der Grundausbildung für den einen oder anderen Pflegezweig zu entschliessen und nicht zuletzt die gebotene Erleichterung für den Erwerb eines zweiten oder sogar dritten Diploms.

Zusammen mit einer Expertengruppe erarbeitet die Abteilung Krankenpflege zurzeit ein Rahmenprogramm für die gemeinsame Grundausbildung, wobei ausdrücklich festzuhalten ist, dass es sich bei der Durchführung dieses Ausbildungsganges vorläufig nur um vereinzelte *Experimente* handeln wird, und dass die traditionelle Ausbildung in allen Pflegezweigen weiterbestehen wird.

Schliesslich wäre auch in einer weiteren Zukunft ein Ausbildungsgang in Krankenpflege auf Universitätsniveau vorzusehen. Damit möchte man auch für Maturandinnen den Einstieg in die Krankenpflege «schmackhafter» und anziehender gestalten. Dass wir sie benötigen, ist unbestritten, und wir halten es für durchaus denkbar, unter den vielen jungen Leuten, die sich heute beispielsweise dem Medizinstudium zuwenden, einige für die Krankenpflege zu gewinnen, sobald die Ausbildung in Form eines Hochschulstudiums erfolgen kann.

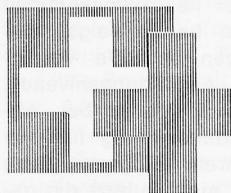
Schlussfolgerungen

Das Gesagte dürfte gezeigt haben, dass von seiten der Ausbildungsinstanzen eine grosse Bereitschaft besteht, neue und andere Wege zu beschreiten, und dass die Kommission für Krankenpflege des SRK gut durchdachten Experimentierprogrammen ihre volle Unterstützung zusichert. Bei der Ausarbeitung der Grundsätze hat man versucht, die Krankenpflege innerhalb und ausserhalb des Spitals als *Ganzes* zu sehen, als ein Gebiet, das sich von der einfachen Grundpflege über die komplizierte Behandlungspflege bis zur anspruchsvollen Kaderfunktion und Grundlagenforschung in Krankenpflege erstreckt. Durch ein grösseres und differenzierteres Angebot an Ausbildungsmöglichkeiten in diesem vielseitigen Gebiet dürfte das Interesse bei jungen Menschen aller Bildungsstufen wesentlich gefördert werden.

Da in Zukunft mit einem höheren durchschnittlichen Bildungsniveau der jungen Generation zu rechnen ist, muss sich die Krankenpflege schon heute darauf vorbereiten, aus dieser Situation Nutzen zu ziehen!

Nina Vischer

Referat, gehalten am Schwesterntag der Schwesternschule des Bezirksspitals in Biel, 17. November 1972 (leicht gekürzt)



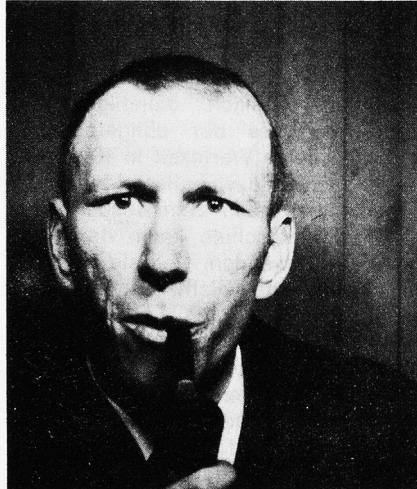
Mitteilungen/Communiqués

Betrifft: Schwesternheim Leubringen

Wir freuen uns, dass das Freibett auch im Jahr 1972 seinen Zweck erfüllen und mancher Schwester zur Erholung dienen konnte.

Für 1973 steht ein Wechsel in der Leitung bevor. Frau E. Hablützel wird anfangs Februar in den wohlverdienten Ruhestand treten, begleitet von unserem herzlichen Dank für ihr jahrelanges mütterliches Wirken im Schwesternheim. Wie Sie alle, wünschen auch wir ihr alles Gute für die neue Lebensphase.

Die Nachfolgerin ist Fräulein Marianne Habegger. Sie wird die Leitung des Hauses im Februar übernehmen, und wir zweifeln nicht, dass sich auch mit ihr eine gute Zusammenarbeit anbahnen wird.



Dr. rer.-pol. H. Locher

Am 1. Januar 1973 wird **Herr Dr. rer.-pol. H. Locher**, Unternehmensberater, die Leitung der Abteilung Krankenpflege des SRK übernehmen. In Spital- und Krankenpflegekreisen ist Herr Locher schon längst kein Unbekannter mehr. Durch Unterrichtstätigkeit an Schwesternschulen und Kader-Fortbildungs-kursen, Beratungen in Spitäler, Schulen, bei der Studie für das Pflegewesen, Gesundheitsdirektionen, dem SRK, der Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege und andern mehr ist er mit vielen Problemen des Gesundheitswesens vertraut geworden.

Seine Dissertation «Der Pflegedienst im Krankenhaus. Analysen und Lösungsvorschläge aus betriebswirtschaftlicher Sicht» wird in nächster Zeit im Huber-Verlag in Buchform erscheinen.

Seit dem 1. Mai 1972 ist Herr Locher als Mitarbeiter der Abteilung Krankenpflege tätig, wo er sich auf die Übernahme des neuen Amtes vorbereitet. Durch eine zweimonatige Studienreise in England hat er seine Kenntnisse noch vertieft.

Wir freuen uns, dass Herr Locher bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen und wünschen ihm für seinen zukünftigen Wirkungskreis alles Gute.

Abteilung Krankenpflege
des Schweizerischen Roten Kreuzes

Neuerung in der Krankenpflegeausbildung

Das Zentralkomitee des SRK hat anlässlich seiner Sitzung vom 14. Dezember verschiedene wichtige Entscheidungen betreffend die Ausbildung in praktischer Krankenpflege getroffen: Die Richtlinien für die vom SRK anerkannten Schulen für praktische Krankenpflege wurden in dem Sinne ergänzt, dass nunmehr vermehrt Praktika auf Kinderstationen angerechnet werden. Diese Neuerung soll den Schulen, die bis jetzt Kinderpflegerinnen ausbildeten, die Möglichkeit bieten, bei Anpassung ihres Ausbildungsprogramms eine Anerkennung durch das SRK zu erlangen. Die Ausbildung der Kinderpflegerin würde in diesem Fall jener der Krankenpflegerin FA SRK entsprechen.

Auf Antrag des Berufsverbandes der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (SVK) erklärt sich das SRK bereit, die **Weiterbildung der Pflegerinnen und Pfleger FA SRK** zu fördern und Weiterbildungsprogramme auszuarbeiten. Diese beziehen sich vor allem auf eine Spezialausbildung in Gemeindepflege oder in psychiatrischer Krankenpflege sowie auf die Übernahme vermehrter Verantwortung der Krankenpflegerin und des Krankenpflegers.

Die Schule für Krankenpflege Sarnen ist vom SRK als 104. Schule anerkannt worden. Im Gegensatz zu anderen Schulen für praktische Krankenpflege schliesst die Ausbildung eine Spezialisierung in ambulanter Krankenpflege ein.

Kurswesen

14 diplomierte Krankenschwestern aus den Sektionen Bern-Mittelland, Bern-Oberland, Freiburg, Sitten, Solothurn, St. Gallen, Werdenberg-Sargans, Zürcher-Oberland und Zürich waren die Teilnehmerinnen am zehntägigen *Lehrerinnenkurs für häusliche Krankenpflege*, der vom SRK in der Materialzentrale in Wabern-Bern organisiert wurde. Im Rahmen des Kurses für Gesundheitsschwestern, der gegenwärtig am Lindenhofspital in Bern läuft, erhielten sieben diplomierte Krankenschwestern ebenfalls diese Ausbildung. Ein Kurs für Lehrerinnen, die den Kurs Pflege für Mutter und Kind erteilen wollen, fand vom 20. November bis 1. Dezember in Lausanne statt.

Auf Wunsch vieler Sektionen wurde eine *Brosche* für ausgebildete Rotkreuzspitalhelfer geschaffen. Sie steht in deutscher und französischer Ausführung zur Verfügung und kann beim Zentralsekretariat des SRK, Abteilung Sanitätsdienst, Sektor Kurswesen, bestellt werden. In den vergangenen fünf Jahren haben sich nicht weniger als 70 Männer für den Einsatz als Rotkreuzspitalhelfer ausbilden lassen; sie sind in den Spitäler hochwillkommen.

Concerne: foyer des infirmières à Evilard

Nous sommes heureux de constater que le «lit gratuit» a rempli son but en 1972 également en donnant à mainte infirmière la possibilité de se reposer et de se recréer au Foyer d'infirmières à Evilard.

Un changement interviendra en 1973 dans la direction de la maison: Mme E. Hablützel qui, pendant de longues années, a été l'âme du «Foyer», prendra au mois de février une retraite bien méritée. Nous nous associons à vous toutes pour lui exprimer nos sincères remerciements et nos vœux les meilleurs.

C'est Mademoiselle Marianne Habegger qui lui succédera dans cette tâche et assurera depuis le mois de février la direction du «Foyer». Nous ne doutons pas que nous aurons le plaisir d'entretenir avec Mme Habegger les mêmes relations agréables qu'avec Mme Hablützel.

Dr. H. Schindler
N. Vischer

Mit 50 abgeschrieben?

B. Läng *

Der 11. November war mir letztes Jahr Anlass, Vergangenes zu überprüfen und Kommendes neu zu ordnen; denn der fünfzigste Geburtstag bedeutet wohl in jedem Menschenleben eine Zäsur.

Familie, Haus und Garten haben mich lange Jahre hindurch vollständig mit Beschlag belegt. Jetzt, da die Kinder selbständig und zum Teil schon verheiratet sind, stellt sich für mich die Frage: «Wie gedenke ich mein Leben für die nächsten zehn, zwanzig Jahre — je nach Gesundheitszustand — einzurichten?» An diesem Punkt meiner Ueberlegungen scheint es mir angezeigt, von der Einzahl «ich» zur Mehrzahl «wir» hinüberzuwechseln, da ich nur eine unter tausenden von Frauen bin, die sich mit dem gleichen Problem beschäftigen. Wie also soll unser Leben weitergehen? Kommt nun endlich die Zeit, da wir es richtig «schön haben» werden, die Hausarbeit auf die Hälfte oder darunter reduziert, Musse und Zeit genug, um endlich einen tadellos gepflegten Haushalt zu führen? Oder schlagen wir uns auf die Seite der Minderheit, zu jenen Frauen, die finden, sie seien geistig und körperlich elastisch genug, sich neue Welten zu erobern?

Unter neuen Welten verstehe ich keineswegs eine unbekannte Insel im Stilen Ozean oder einen unerforschten Landstrich am Saum der Antarktis. Neue Welten für uns Hausfrauen können sein: Mitarbeit in einer gemeinnützigen, konfessionellen oder politischen Organisation, Besuch von Volkshochschulkursen oder Wiederaufnahme von Musikstunden. Für die meisten von uns würde der Rotkreuz-Spitalhelferinnenkurs etwas vollständig Neues bedeuten, etwas, das uns begeistern und befähigen kann, Krankheitsfälle in der Familie mit Sicherheit zu meistern, und unsere neu erworbenen Kenntnisse der bettlägerigen Nachbarin oder dem Ortsspital zur Verfügung zu stellen. Neue Welten entdecken könnten auch heißen, in seinem Quartier eine gut funktionierende Nachbarschaftshilfe aufzuziehen: jungen Müttern mit Kleinkindern, einer grippekranken Nachbarsfrau, dem alleinstehenden, etwas unbeholfenen Grossvater und der ständig überlasteten, geschiedenen Verkäuferin — ihnen allen könnten wir einen Teil unserer unausgefüllten Stunden schenken.

Wahrscheinlich wenden Sie nun ein, unausgefüllte Stunden gäbe es nicht, die Hausarbeit reisse nie wirklich ab! In gewissem Sinn muss ich Ihnen recht geben: Hausarbeit ist eine Tätigkeit,

die sich ausdehnen oder rationalisieren lässt. Ob es jedoch «sinnvoll» ausgefüllte Zeit ist, die wir mit zusätzlichem Fensterputzen, Bodenfegen, Möbel aufpolieren zu bringen?

Da kommt mir Frau X. in den Sinn. Ihr kleines Haus blitzt und blinkt nur so vor Sauberkeit. Gartenarbeit und Einkäufe wurden fast ausnahmslos von Mann und Kindern besorgt. Zwei der drei Jugendlichen sind kürzlich für längere Zeit nach Uebersee ausgewandert, das Haus ist sehr still geworden. In den vergangenen Jahren wurde Frau X öfters um Mithilfe bei sozialen Werken gefragt. Ihre Antwort war stets die gleiche: «Ich habe absolut keine Zeit, denn ich führe einen gepflegten Haushalt.» Jetzt aber fühlt sie sich plötzlich allein, einsam. Womit soll die gesunde, rüstige, erst 53jährige Frau ihre Stunden ausfüllen, wenn bald auch das letzte Kind heiratet, und ihr Mann noch gut zehn Jahre seiner Arbeit nachgehen muss?

Jede von uns kann solche Beispiele anführen. Jede ist aber auch schon Frauen begegnet, die in ihrer zweiten Lebenshälfte gerne in den erlernten, mit Freude ausgeübten Beruf zurückkehren möchten — wenigstens für ein paar Stunden pro Woche. Wie oft wird Eifer und Enthusiasmus gedämpft durch ein hartes ehemännliches «kommt nicht in Frage, du hast daheim genug zu tun!»

Ich bin diesem Problem ein wenig nachgegangen und habe zwei Hauptgründe gefunden, die dem männlichen Veto zugrundeliegen. Der erste ist ein völliges Nichtverstehen der weiblichen Situation. Viele Männer begreifen nicht, dass ihren Frauen oft der tägliche Kontakt mit andern Menschen fehlt, dass sie gerne teilhaben würden am lebendigen Leben in Geschäft, Büro, Spital oder Schule. Für zahlreiche Frauen bedeutete es ein grosses Opfer, ihre Berufssarbeit zum Wohle der Familie aufzugeben. Jetzt, da ihr Haushalt sich nur noch auf zwei Personen beschränkt, sehen sie eine gute Möglichkeit, in den Beruf zurückzukehren. Manche schätzen es auch ausserordentlich, nach langen Jahren finanzieller Abhängigkeit wieder ein bisschen eigenes Geld zu verdienen. Es ist nicht immer leicht, diesen hausfraulichen Standpunkt erfolgreich zu vertreten, aber manchmal gelingt es doch. Vor kurzem hat mir der Mann einer Krankenschwester zugegeben: «Sie haben recht; bis jetzt war ich jedesmal wütend, wenn meine Frau am Samstag Spitalablösung machte. Ich musste dann die Kinder hüten und hatte weniger Zeit für meine Liebhabereien. Jetzt sehe ich ein, dass auch meine Frau

das Recht auf ein paar freie Stunden hat, in denen sie tun und lassen kann, was ihr gefällt.»

Der zweite Hinderungsgrund ist schwieriger zu bekämpfen, weil er an das Prestigedenken des Schweizers führt: «Meine Frau hat es nicht nötig, zu arbeiten.» Dieser Einwand bezieht sich immer aufs Geld. Man vergisst, dass es neben den finanziellen auch geistige Bedürfnisse gibt, die schwer wiegen und Inhalt einer grundsätzlichen Diskussion zwischen Mann und Frau bilden sollten.

Das grösste Hindernis liegt jedoch bei den Frauen selbst. Mit ihrer satten Zufriedenheit stehen sie sich selber im Wege. Sie haben noch nicht erkannt, dass es für uns alle eine selbstverständliche Pflicht sein sollte, wenigstens einen Teil unserer Interessen und unserer Zeit der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen, soweit und sobald dies Familienpflichten und Gesundheitszustand zulassen. Viele haben auch noch nicht gemerkt, dass kaum eine Zeit uns Frauen so viele Möglichkeiten bot an Schulung, Weiterbildung, Berufsausübung und Mitarbeit in den verschiedensten Organisationen, wie das heute der Fall ist.

Wie ich schon eingangs erwähnte, stehen uns in der Lebensmitte zwei Wege offen: wir können uns das Schön-haben zum Ziele setzen, den erwachsenen Kindern nachweinen und etliche Neurosen hätscheln — oder wir gehen die unbequeme Strasse, die Mühe und Anstrengung, aber ebenso erfüllte Stunden, gesteigertes Selbstbewusstsein und frohe Herzen verheissen. Wofür entscheiden wir uns?

Bundesrepublik Deutschland

Akademiker haben keine Chancen!

Ministerpräsident Filbinger warnte kürzlich vor dem Industrieverband in Stuttgart vor der Entstehung einer Reservearmee arbeitsloser Akademiker. Eine unüberlegte Ueberbewertung der akademischen Laufbahn, verbunden mit einer kurzsichtigen Abwertung praktischer Berufe, könne für die gesamte Gesellschaft schwerwiegende Folgen haben.

Die Gesellschaft der Zukunft benötigt laut Filbinger nicht mehr Soziologen als Installateure und Facharbeiter, nicht mehr Juristen als Krankenschwestern. Es gelte daher, sagte der Ministerpräsident, sich vermehrt auf den Ausbau des beruflichen Schulwesens zu konzentrieren.

* Frau Beatrix Läng-Heilinger, Mitglied der Redaktionskommission, Zeltnerweg 7, 4500 Solothurn.

Der SVDK stellt seine neue Dokumentationsstelle vor

Seit dem Bestehen des SVDK haben sich in Kartonschachteln und auf Regalen Schriften aller Art angehäuft. Anhand eines provisorischen, auf die Dauer ungenügenden Karteisystems konnten sich die Mitarbeiterinnen auf dem Zentralsekretariat einigermassen in diesem Material zurechtfinden. Es fehlte jedoch der Ueberblick über den angesammelten Stoff — wichtige Schriften verloren sich unter alten, überflüssigen Drucksachen.

Im Laufe dieses Jahres konnte nun endlich eine Neugestaltung dieser Dokumentation in Angriff genommen werden. Eine Krankenschwester, Mlle E. Isoz, die gerade im Begriff war, ihre Ausbildung als Bibliothekarin zu beenden und die schon während ihrer Studienzeit die Bibliothek der Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal Lausanne neu organisierte und betreute, wurde als fachkundige Beraterin zugezogen. Die wichtigste Entscheidung, die zu treffen war, galt dem System der Karteieinteilung. Nach Einsicht in die Art des vorhandenen Materials und im Hinblick auf die Benützung desselben riet die Expertin zu einem Aufbau der Kartei *nach alphabetisch geordneten Stichworttiteln*.

Nun konnte mit der Sichtung des Materials begonnen werden. Vieles verschwand im Papierkorb, für die bleibenden Schriften wurden Karteikarten erstellt. Das System erlaubt grösste *Beweglichkeit*: je nach Umfang des vorhandenen Materials können neue Stichworttitel geschaffen oder andere aufgehoben werden.

Die Kartei besteht nun aus folgenden Abteilungen:

1. Allgemeine Dokumentation auf deutsch (siehe Verzeichnis).
2. Allgemeine Dokumentation auf französisch;
3. SVDK-Dokumentation auf deutsch;
4. ASID-Dokumentation auf französisch;
5. englische Texte;
6. Personenkarrei. Diese enthält vorwiegend Titel aus der Zeitschrift für Krankenpflege von Texten über einzelne Personen.

Inhalt der allgemeinen Dokumentation

Wie aus dem Verzeichnis ersichtlich ist, umfasst das vorhandene Material hauptsächlich Themen, die für den Berufsverband von Bedeutung sind. Ein Blick auf das Verzeichnis lässt erkennen, wie weit dieser Interessenbereich gesteckt ist. Medizinische und pflegerisch fachliche Themen sind absichtlich weggelassen worden; sie sind in den Bibliotheken der Krankenpflegeschulen reichlich vertreten; auch ist dies ein

ausserordentlich umfangreicher Stoff, der dauernd à jour gehalten werden muss.

Die Kartei umfasst nicht allein Schriften und Publikationen, die in besonderen Schachteln eingeordnet sind; sie enthält auch Titel von Artikeln aus der Zeitschrift für Krankenpflege, deren Nummern bis auf den Jahrgang 1962 zurück ausgewertet wurden.

Verwendung der Dokumentation

Anhand der Kartei soll es künftig leicht sein, die benötigten Schriftstücke rasch aufzufinden. Die Dokumentation soll der Information dienen und die Auskunftsteilung erleichtern.

Die Kartei wie auch das Dokumentationsmaterial stehen jedermann zur Verfügung — beides kann im Zentralsekretariat, nach vorheriger Anmeldung, konsultiert werden. Auf schriftliche Anfragen wird gerne geantwortet unter Angabe der betreffenden Titel. Es werden jedoch keine Schriften verschickt. Auf Wunsch und gegen Bezahlung können Fotokopien hergestellt werden. Im Zentralsekretariat wird immer eine Person für diese Dokumentation verantwortlich sein.

Obgleich die Kartei heute schon etwa 1200 Titel enthält, bestehen noch grosse Lücken in der vorhandenen Dokumentation. Diese muss laufend ergänzt werden.

Wer sich über ein bestimmtes Thema informieren will, findet u. U. nur eine magere Ausbeute. Doch ein Anfang ist gemacht — die bescheidene Dokumentationsstelle wird wachsen und — das ist ihre Bestimmung — mit der Zeit vielen Auskunftssuchenden gute Dienste leisten.

Heute tritt sie zum ersten Mal an die Öffentlichkeit — wir wollen ihr viel Glück wünschen für ihr weiteres Gedeihen!

Das Stichwörterverzeichnis

Unter nachstehenden Titeln sind die Karteikarten eingereiht; es kann pro Titel eine einzige Karte sein — es können aber auch bis zu 20 und mehr Karten sein.

Dokumentation des SVDK Ueberschriften in der Kartei

A

- Anästhesie
- Arbeitsbewertung, siehe Studien
- Arbeitszeit
- Armeesanität
- Auffrischungskurse
- Ausbildung, siehe Grundausbildung
- Australien

B

- Berufsberatung, siehe Werbung
- Berufsethik
- Berufsgeheimnis
- Beschäftigungstherapie
- Bibelgruppen
- Bund: Gesetze, Verordnungen

C

- Chronischkranke
- CICIAMS

D

- Dänemark
- Deutschland

E

- England
- Erste Hilfe
- Europarat

F

- Feuerbekämpfung
- Filme
- Finnland
- Frankreich
- Frauenfragen

G

- Gehälter
- Genfer Abkommen, siehe IKRK
- Geschichte
- Gesundheitserziehung
- Gesundheitsschwester
- Gesundheitswesen
- Grundausbildung Krankenpflege
- Grundausbildung — Kosten
- Gruppenpflege

H

- Hausbeamtin
- Häusliche Krankenpflege, siehe Laien-Krankenpflege
- Hauspflegerin
- Hebamme
- Hospitalismus-Bekämpfung

I

- ICN
- ICN-Tagungen-Kongresse
- IKRK
- Innerbetriebliche Weiterbildung, siehe Weiterbildung
- Intensivpflege
- International, Ausbildung
- Ivalide
- Invalidenhilfe
- Israel
- Junioren

K

- Kader, Ausbildung
- Kader, Krankenpflege
- Kanada
- Kantone: Gesetze, Verordnungen
- Krankenhaus, siehe Spital
- Krankenpflege: Begriff, Funktion
- Krankenpflege: Berufsfragen
- Krankenpflege Schweiz
- Krankenpfleger, diplomiert
- Krankenpflegerin FA SRK

L

- Laboristin
- Laienkrankenpflege
- Lehrmittel

M

- Medikamente
- Medizin/Mediziner/Arzt
- Medizinische Laborantin

N

- Normalarbeitsvertrag, siehe Bund
- Norwegen

O
Oberinnenkonferenz
Operationssaal
Organisation-Leitung

P
Patienten
Personal, ausländisches
Personalmangel
Personal, Spital
Pflegeberufe
Pflegeeinheit
Physiotherapie
Praxisschwester
Privatschwester
Pro Infirmis
Pro Juventute
Psychiatrie
Psychiatrie, Ausbildung
Psychohygiene
Public Relations

R
Rechtsfragen
Registrierung
Rheumakranke
Rotkreuz-Spitalhelferinnen, siehe
Laienkrankenpflege

S
Sozialarbeit
Sozialdienst
Spanien
Spital, allgemeine Probleme
Spital-Aufnahme
Spital-Besuchszeit, Feiern
Spital-Planung
SVAP

SCH
Schulen für allgemeine Krankenpflege
Schweden
Schweiz. Krankenhausinstitut
Schweiz. Rotes Kreuz
Schweiz. Rotes Kreuz, Krankenpflege

ST
Statistik
Studien-Erhebungen
Studie über das Pflegewesen in der
Schweiz
Stipendien
Strahlenschutz

T
Teilzeitarbeit
Tracht, Kleidung

U
UNO
USA

V
Verheiratete Krankenschwestern, siehe
Teilzeitarbeit
Verpflegung
Versicherungen
Veska
Vorschulen

W
Weiterbildung
Werbung-Berufsberatung
Wochenpflege, Säuglings- und Kinder-
Krankenpflege
Wohnen

Z
Zivilschutz

A. M. Paur

interessen gruppen

Interessengruppe der verheirateten Krankenschwestern der Sektion Zürich

Plenarsitzung vom 14. November 1972 in Zürich

Zur Plenarsitzung vom 14. November 1972 fanden sich 35 verheiratete Schwestern im Restaurant Olivenbaum zusammen, um — nach eingehender Diskussion über die Möglichkeiten von sogenannten Ganztagschulen und nach der Entgegennahme von Berichten über die Tätigkeit regionaler Untergruppen — als Mittelpunkt des Abends den Ausführungen von Herrn Dr. iur. W. Tappolet über das Thema «Steuern» zu folgen.

Der Referent, der diese an sich trockene und eher als «Stieffkind» betrachtete Materie in bemerkenswert frischer und interessanter Art und Weise vortrug, gab einleitend einige allgemeine Erläuterungen zur Steuererklärung. In einer Gegenüberstellung der heute geltenden Familienbesteuerung (Zusammenrechnung der Erwerbseinkommen beider Ehegatten) und der heute nicht zulässigen getrennten Versteuerung der Erwerbseinkommen des Ehemannes bzw. der Ehefrau, wurde anhand theoretischer Beispiele gezeigt, dass bei niedrigen Einkommen diese Zusammenrechnung steuerlich keine Benachteiligung darstellt. Dies wegen dem zusätzlichen Sonderabzug, der bei Erwerbstätigkeit oder Mitarbeit der Ehefrau zulässig ist. Die Regelungen sind indessen kantonal verschieden. So ist zum Beispiel im Kanton Zürich ein solcher Sonderabzug für die Erwerbstätigkeit der Ehefrau bis zu Fr. 1800.— und ab 1.1.1973 bei der Wehrsteuer bis Fr. 2000.— zulässig. Bei höheren Einkommen bringt indessen die Zusammenrechnung der Erwerbseinkommen von Ehemann und Ehefrau eine höhere Steuerbelastung wegen der Progression mit sich. Zu diesem Problem verweist der Referent auf die Broschüre von Dr. F. Cagianut über die «Gerechte Besteuerung der Ehegatten», Cosmos Verlag AG Bern.

Mit der Heirat beginnt die gemeinsame Versteuerung der Einkünfte des Ehemannes und der Ehefrau. Es ist deshalb auf das Datum der Heirat eine Zwischentaxation vorzunehmen. Bei diesen Zwischentaxationen unterliegt

das neu hinzugekommene Einkommen der Ehefrau der Gegenwartsbesteuerung und wird als Jahreseinkommen zu den Steuerfaktoren des Ehemannes zugerechnet. Wichtig ist, dass von der Möglichkeit einer weiteren Zwischentaxation Gebrauch gemacht wird, wenn die Ehefrau ihren Beruf dauernd aufgibt. Bei dieser Zwischentaxation entfällt ab dem betreffenden Datum das ganze Fraueneinkommen aus der Besteuerung (auch hier wird das Jahreseinkommen der Ehefrau eliminiert). Hinsichtlich der steuerlich zulässigen Abzügen verweist der Referent auf die Wegleitungen zu den Steuererklärungen und gibt bekannt, dass ab 1.1.1973 für die zürcherischen Steuern und die Wehrsteuer teilweise höhere Pauschalsätze gelten werden als bisher. So zum Beispiel (in Klammern die bisherigen Ansätze):

Allgemeine Berufsauslagen
(Berufskleider usw.) pauschal Fr. 800.—
(Fr. 700.—). Höhere Abzüge müssten nachgewiesen werden.

Fahrtkosten zwischen Wohn- und Arbeitsstätte
— Benützung Fahrrad Fr. 200.—
(Fr. 150.—)
— Auto pro km Fr. —.30 (Fr. —.25) (sofern auf Benützung des Autos angewiesen).

Mehrkosten für auswärtige Verpflegung
pro Arbeitstag Fr. 4.— (Fr. 3.50).

Nach den Erläuterungen über die Steuerfragen orientierte der Referent in groben Zügen über die AHV, insbesondere über die Auswirkungen der Erwerbstätigkeit der Ehefrau auf ihre späteren Rentenansprüche ab dem 62. Altersjahr.

Am Schluss wurde noch darauf hingewiesen, dass das Erwerbseinkommen der Ehefrau gemäss Art. 191 ZGB Sondergut der Ehefrau darstellt, dass aber die Ehefrau ihren Arbeitserwerb, soweit erforderlich, auch für die Bedürfnisse des Haushaltes zu verwenden hat.

In der Schweiz gelten 25 verschiedene Steuergesetze — für jeden Kanton oder Halbkanton ein anderes. Dies macht, obwohl Bestrebungen zur Vereinheitlichung im Gange sind, die Erläuterungen von steuertechnischen Details besonders schwierig, weil von Ort zu Ort andere Richtlinien gelten können. Immerhin hat das interessiert folgende Plenum die grossen Linien in anschaulicher Art zur Kenntnis nehmen dürfen, und allgemein wurde mit Überraschung, Erleichterung und Genugtuung registriert, dass die berufstätige Ehefrau steuerlich nicht so schlecht behandelt wird, wie man gemeinhin geneigt ist anzunehmen.

Die Ausführungen Dr. Tappolets wurden untermauert und begleitet durch umfangreiches Anschauungsmaterial, das vom Auditorium besonders dankbar entgegengenommen wurde.

Jacqueline Kramer-Andrey
Affolternstrasse 106
8105 Regensdorf

Brief aus der Sektion Luzern/Urkantone/Zug

Wirb oder stirb

Wenn wir die Mitgliederstatistiken und die Mitgliederbewegungslisten unserer Sektion zurückverfolgen bis zur Reorganisation im Jahre 1962, können wir feststellen, dass dieser Slogan für unsere Sektion äusserste Tatsache ist. Wir hatten an der Vorstandssitzung vom 4. Dezember 1972 die grosse Freude, seit der Reorganisation unser 500. Mitglied in den SVDK aufzunehmen: Schw. Adelheid Weber, Kantonsspital Luzern.

Bei dieser 10-Jahres-Eintrittsstatistik sind nur die Aktiv- und Passivmitglieder miteinbezogen (494 Aktiv- und 6 Passivmitglieder). Die zugewandten Mitglieder wurden nicht mitgezählt, weil die Statistik unvollständig wäre, da bei der Neuregelung im Jahre 1970 keine Neuaufnahmen gemacht wurden. Die Junioren wurden in dieser Statistik wegen der grossen Rotation erst beim Uebertritt in die Aktivmitgliedschaft mitgerechnet. Bis jetzt sind 90 Junioren zur Aktivmitgliedschaft übergetreten.

«Wirb oder stirb!» Hätten wir nicht so viele Neueintritte, wäre unsere Sektion langsam, aber sicher am Aussterben. Jährlich haben wir doppelt so viele Wegzüge in andere Sektionen, als Mitglieder in unsere Sektion zuziehen. Trotzdem hat sich seit dem 1. Januar 1963 die Zahl der Aktivmitglieder von 118 auf über 300 und die Zahl der Passivmitglieder von 14 auf rund 100 erhöht.

«Nid mööögli!», würde vermutlich Grock sagen, wenn man mit ihm darüber diskutieren könnte. Natürlich können wir kein allgemeingültiges Rezept für die Mitgliederwerbung abgeben, möchten Ihnen aber doch einige Tips verraten, wobei wir nicht nur auf die Werbung neuer Mitglieder hinzielen, sondern alles versuchen, den Bedürfnissen der Mitglieder Rechnung zu tragen und sie dem SVDK zu erhalten (Austritte wegen Unzufriedenheit zu verhindern). Keine grossen Worte, auch keine grossen Taten, aber viel geduldige Kleinarbeit zum grossen Teil hinter den Kulissen; wenn nötig aber auch mit klaren Worten zur rechten Zeit am richtigen Ort; Zusammenarbeit nach oben und unten, nach rechts und nach links, ohne kostspielige Umschweife, aber so persönlich wie möglich — in diesem Sinn haben wir zehn Jahre am Aufbau unserer Sektion gearbeitet. Auf dem gleichen Gleis werden wir mit Voll-dampf weiterfahren. J. Vonlanthen

Brief aus Basel

Basel, den 8. Dezember 1972

—Abtrennung Bürgerspital Basel/Kantonsspital Basel

Sehr geehrte Damen und Herren,
Gemäss Vereinbarung zwischen der Bürgergemeinde der Stadt Basel und der Einwohnergemeinde des Kantons Basel-Stadt gehen die Universitätskliniken und die ihnen funktionell angeschlossenen Betriebsteile des bisherigen Bürgerspitals Basel mit Wirkung ab **1. Januar 1973** in den Kompetenzbereich des Kantons über.

Die bis anhin als Bürgerspital Basel geführten Universitätskliniken auf dem bekannten Areal zwischen Spitalstrasse und Hebelstrasse werden ab genanntem Datum als **Kantonsspital Basel** bezeichnet. Die Spitaldirektion bleibt personell unverändert. Dem Kantonsspital zugeordnet sind weitere Universitätskliniken, -polikliniken und -institute, die vorläufig ausserhalb des engeren Spitalareals betrieben werden, sowie die Rekonvaleszentenstation St. Chrischona (Bettingen).

Das **Bürgerspital Basel** bleibt als selbständige öffentlich-rechtliche Stiftung weiterbestehen. Seine Aufgabe ist die Betreuung von Betagten, Pflegebedürftigen, Rekonvaleszenten und Invaliden. Der neugebildeten Direktion des Bürgerspitals unterstehen die folgenden Betriebsteile: Leimenklinik, Medizinisch-geriatrische Abteilungen (ehemalige Altersheime im Markgräflerhof, im Gyengarten und in Aussenstationen) sowie die Sozialmedizinische Abteilung und das Schweizerische Paraplegikerzentrum.

Die bisher im Felix-Platter-Spital als Aussenstationen geführten medizinisch-geriatrischen Abteilungen des Bürgerspitals werden ab 1. Januar 1973 der Direktion des Felix-Platter-Spitals unterstellt.

Die **Anschriften** der beiden nunmehr getrennt geführten Institutionen lauten wie folgt:

Kantonsspital Basel
Universitätskliniken
4004 Basel
Tel. 061 25 25 25

Bürgerspital Basel
Leimenstrasse 62
Postfach 84
4003 Basel
Tel. 061 22 84 10

Wir bitten Sie höflich um Kenntnisnahme und grüssen Sie freundlich.

Kantonsspital Basel
Universitätskliniken
Der Verwaltungsdirektor:
A. Buser

Bürgerspital Basel
Der Direktor:
Dr. A. Zeugin

Kurze Mitteilungen

Der **Bund Schweizerischer Schwerhörigen-Vereine**, Postfach 129, 8032 Zürich, hat einen Separatdruck des Referates von Herrn Dr. Otto Bernath, Universitäts-Ohrenklinik, Bern, über das Thema «Ueber die Persönlichkeit des Hörbehinderten», herausgegeben. Das Referat wurde anlässlich der 52. Jahresversammlung des BSSV im Juni 1972 in Olten gehalten. — Gerne machen wir unsere Leser auf diesen aufschlussreichen Separatdruck aufmerksam, wissend, dass hörbehinderte Patienten auf allen Spitalabteilungen anzutreffen und sehr dankbar für das Eingehen auf ihre Behinderung sind.

Ebenfalls beim BSSV können folgende Separatdrucke aus «Pro Infirmis» bezogen werden: «Besser hören, besser verstehen» — Hörvorgang und Hörstörungen, Hörapparate, Pädagogische Möglichkeiten, Organisation der Schwerhörigenhilfe — und «Das schwerhörige Kind gehört in die Schwerhörigenklasse».

M. D., Bern

Die **Schweizerische Rheumaliga** sucht in allen Kantonen, besonders in kleinen Ortschaften und auf dem Land, **Ortsvertreter**, die über die Probleme des Rheumatismus orientiert sind und die die Interessen der Rheumaliga wahrzunehmen wissen. Die Schulung wird von der Schweiz. Rheumaliga übernommen.

Der **Zentralvorstand empfiehlt** verheirateten, nicht mehr berufstätigen Schwestern, sich bei Frau G. Dalvit, Geschäftsleiterin, Schweiz. Rheumaliga, Seestrasse 120, 8002 Zürich, Tel 01 25 23 46/36 58 62, zu melden, welche gerne für detaillierte Auskunft zur Verfügung steht.

L'assemblée constitutive de l'Institut suisse des hôpitaux

a eu lieu le 7 décembre 1972, sous la présidence de M. B. Hunziker, conseiller d'Etat d'Argovie. Le choix d'Aarau comme siège du nouvel organisme indique le travail précurseur de la VESKA (Association suisse des établissements pour malades) dont le centre se trouve en cette ville. M. F. Kohler, directeur de l'Hôpital de l'Île à Berne et président de la VESKA, a comparé cette cérémonie à un mariage, qu'il définit comme l'art des concessions mutuelles. L'idée de créer un organisme qui ait pour but la coordination des recherches et de la planification dans le domaine hospitalier est partie de la VESKA, mais ses finances ne lui permettaient pas de la réaliser. La Confédération, la plupart des Etats souverains en la matière que sont nos cantons (23 sur 25, exactement) font partie de la nouvelle institution, de même que la Conférence des Directeurs cantonaux des affaires sanitaires, la Fédération suisse des Médecins et la Croix-Rouge suisse.

Dix-sept délégués des membres titulaires susmentionnés ont ensuite été officiellement désignés pour former le *Conseil de l'institut*: La Confédération est représentée par les Drs Sauter et Kaeser, respectivement directeur du Service fédéral d'hygiène publique et médecin-chef de l'armée, et par M. Naef, de l'Office fédéral des assurances sociales. Représentants de la VESKA: M. F. Kohler, son président, le Dr E. Bonard de St-Loup, professeur de médecine à Lausanne, et Mlle Marilene Zihlmann, infirmière-chef à Bâle. Pour la Croix-Rouge suisse: M. H. Locher, Dr en sciences pol., et pour la Fédération suisse des médecins, son président, le Dr Jean Bergier, Le-Mont-sur-Lausanne.

Après examen des *statuts*, ceux-ci sont adoptés avec quelques modifications et adjonctions.

Le président de l'association de l'Institut suisse des hôpitaux est M. Gottfried Hoby, conseiller d'Etat à St-Gall, directeur des affaires sanitaires depuis une douzaine d'années, dans ce grand canton bien peuplé, mais dont les finances sont «moyennes». Dans son allocution, qui terminait cette assemblée constitutive, le président fraîchement nommé souligne le rôle alarmant de l'explosion des coûts et la nécessité absolue d'une coordination des efforts sur le plan suisse, pour arriver à une

gestion hospitalière basée sur des principes scientifiques. D'emblée l'Institut suisse des hôpitaux (ISH, en allemand SKI, sans plaisanterie: Schweizerisches Krankenhaus-Institut) s'efforcera d'éviter le double emploi et le fractionnement, en prenant contact avec les organisations analogues en Suisse et à l'étranger — il en existe en Allemagne, en Hollande et en Suède, et elles sont groupées en une fédération. — La position de l'ISH est (typiquement helvétique) celle d'un organe de conseil près la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires pour tout ce qui a trait aux hôpitaux, sans pouvoir exécutif. Son financement sera assuré par les cotisations de ses membres. Le canton d'Argovie a fait un premier versement substantiel pour le lancement, et la ville d'Aarau fournit un immeuble adéquat, où sera incessamment transféré le service central de documentation que la VESKA remet au nouvel Institut. Le personnel comprendra, outre un directeur attitré, un architecte, un médecin, un économiste, un administrateur d'hôpital et un juriste. D'autres membres pourront se joindre à ceux qui ont constitué l'ISH: on sait, par exemple, que les caisses-maladie et la protection civile s'y intéressent.

Agrémentée par des chants (en allemand et en français) d'un groupe de normaliens, cette assemblée constitutive était précédée d'une brève **conférence de presse**, à laquelle votre rédactrice a eu l'honneur d'être invitée. La presse pouvait ensuite assister à la cérémonie elle-même, d'une tribune où malheureusement la vue et l'acoustique laissaient à désirer. L'ASID n'est pas membre de la nouvelle association quand bien même elle en avait exprimé le désir en temps voulu: parmi les associations professionnelles, seule la Fédération suisse des médecins y a été admise. On peut s'étonner aussi que la recherche en soins infirmiers n'ait pas même été mentionnée par quiconque parmi les réalisations déjà effectuées: «L'Etude des soins infirmiers en Suisse» n'est-elle pas, depuis six ans, parmi les précurseurs? Réjouissons-nous cependant de constater que, par le truchement de la VESKA, Schwester Marilene Zihlmann est parmi les dix-sept élus du jour. Il nous reste à lui souhaiter une activité féconde dans cette nouvelle attribution. bp

Extrait de presse

La drogue est à l'ordre du jour: aucun autre problème médico-social ne préoccupe autant l'opinion publique. On oublie trop volontiers que l'alcool, selon une définition de l'OMS, fait partie des psychotropes qui peuvent engendrer une dépendance psychique et physique, et que *l'alcoolisme* représente «notre toxicomanie No 1». On estime à environ 130 000 le nombre des alcooliques en Suisse, soit environ 2 % de la population globale.

L'exposition «Pour la santé de notre peuple» a voyagé dans toute la Suisse, complétée par des films, des spots à la TV, des affiches scolaires, des brochures et un montage audio-visuel, «Drogues aujourd'hui», dont l'objectif est une information éducative de la population, scolaire en particulier, et une meilleure prophylaxie de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Une enquête, soutenue par le Fonds national de recherches scientifiques et par la Commission fédérale de l'alcoolisme, est actuellement en cours, pour étudier les rapports entre les coutumes de boisson et l'alcoolisme en tant que phénomène social.

Extraits du rapport d'activité 1971 du Secrétariat antialcoolique suisse, 9, avenue de Cour, 1007 Lausanne

Courrier des lecteurs



A Moudon le 17 octobre est décédé le Dr Michel Porchet. Chirurgien responsable de l'Hôpital de Moudon, il avait ouvert un cabinet médical avec Madame A. Porchet, son épouse, FMH en médecine interne.

Nous sommes quelques infirmières à avoir travaillé, sous les ordres du Dr M. Porchet, à l'Hôpital de Moudon. Ce décès prématuré nous a causé une grande peine, chacune de nous ayant beaucoup apprécié les talents, la modestie, la conscience professionnelle, ainsi qu'une grande disponibilité envers qui que ce soit, de ce chirurgien remarquable.

Nous n'avons pas hésité à confier nos parents malades aux soins de ce couple de grande valeur humaine.

Le souvenir du Dr Michel Porchet demeurera vivant dans nos cœurs.

Mmes M. Schäppi, S. Pittet, P. Kohler, M.-L. Manera, S. Suter, S. Cavin

Kurse und Tagungen

Section de Fribourg

Fortbildungskurs

Alle unsere deutschsprechenden Mitglieder möchten wir zum Vortrag von Herrn Dr. med. A. Spreng einladen. Thema: Initiative über Schwangerschaftsunterbrechung. Anschliessend ist eine Diskussion vorgesehen.

Dieser Vortrag findet am **Donnerstag, 18. Januar 1973**, 20.15 Uhr, in der St. Anna-Klinik statt.

Unkostenbeitrag: für Mitglieder Fr. 1.—, für Nichtmitglieder Fr. 2.—.

Fortbildungstag

3. März 1973

Hörsaal West, Kantonsspital, Rämistrasse 100, Zürich

9.30 bis 10.30:

Herr Prof. Dr. med. G. Yasargil, Neurochirurg, Kantonsspital, Zürich Anwendung der Mikrotechnik bei der Operation von Gehirntumoren und Hirngefässkrankheiten

11.00 bis 11.45:
Herr Dr. med. M. Rothlin, PD, leitender Arzt an der med. Klinik des Kantonsspitals, Zürich
EKG Rhythmusstörungen

Mittagessen

14.00 bis 15.00:
Herr Dr. med. K. Schriber, Chirurg, Chirg. A, Kantonsspital, Zürich
Angeborene Herzfehler

15.30 bis 16.45:
Schwester Dora Gautschi, Oberschwester, Asept. Ops. Kantonsspital, Zürich
Spezielle Instrumente für die Herzchirurgie

Alle Operationsschwestern und -pfleger, auch die, die noch in der Ausbildung stehen, sind herzlich eingeladen.

Arbeitsgruppe Leitender Operationsschwestern und -pfleger des SVDK
Schwester Helen Glatt
Kantonsspital, Olten

Interessengruppe der Operationsschwestern und -pfleger
Schwester Rosmarie Schäfer
Bergstrasse 16, 8805 Richterswil

Anästhesiologie

Als Veranstaltung des Institutes für Anästhesiologie der Johannes-Gutenberg-Universität findet am 23. und 24. März 1973 im Kurfürstlichen Schloss in Mainz das *dritte internationale Symposium für Krankenschwestern-/pfleger statt.*

Die Vorträge werden sich besonders mit den Aufgaben und der Verantwortung des Krankenpflegepersonals in der Durchführung der Infusionstherapie befassen.

Die Teilnehmer des Vorjahres erhalten sofort nach Drucklegung ein Programm zugestellt.

Andere Interessenten erhalten auf Anforderung das Programm und die Anmeldekartens.

Anschrift:

Therese Valerius
Institut für Anästhesiologie
65 Mainz, Langenbeckstr. 1.

Fortbildungstag der Gesundheitsschwestern der Kurse I, II, III

Am 4. November 1972 wurden wir Gesundheitsschwestern zur zweiten Fortbildungstagung in die Schwesternschule Lindenhof in Bern eingeladen.

38 Teilnehmerinnen aus den verschiedensten Gebieten der deutschsprachigen Schweiz trafen sich zu dieser interessanten und vorbildlich geführten Tagung. Es wurde uns ein aktuelles Programm geboten, das folgende Themen umfasste:

Begrüssung durch Schwester Ursula Lädrach, Gesundheitsschwester und Lehrerin für Krankenpflege, Schwesternschule Lindenhof, Bern.

«Die grünen Kinder»

Ein Film von Kurt Gloor. Es handelt sich um einen Dokumentarfilm über den Einfluss der baulichen Gegebenheiten einer Wohnsiedlung (Lage der Wohnungen, Grösse der Wohnräume, insbesondere der Kinderzimmer, Beschaffenheit und Zweckmässigkeit der vorhandenen Spielplätze u. a. m.) auf die seelisch-geistige und soziale Entwicklung des Kindes. In der anschliessenden Diskussion kam zum Ausdruck, dass dieser Film für uns Gesundheitsschwestern besonders viel aussagt. Jene unter uns, welche in einer Gemeinde tätig sind, werden wohl am direktesten mit den Auswirkungen dieser nicht nur menschenfreundlichen Wohnsiedlungen konfrontiert. Es könnte auch eine unserer Aufgaben sein, bei der Planung solcher Projekte mitzureden. Vie-

len Müttern müsste nahegelegt werden, dass ein Kind zu seiner gesunden Entwicklung Raum und Bewegungsfreiheit braucht. Was nützen geputzte und aufgeräumte Stuben, die man kaum betreten darf!

Gruppendynamik. Theoretische Einführung und praktische Uebungen.

Schwester Bettina Bachmann, Lehrerin für Krankenpflege an der Schwesternschule Lindenhof in Bern, verstand es ausgezeichnet, uns in den ihr zur Verfügung stehenden drei Stunden das Verhalten des einzelnen in der Gruppe mit aufschlussreichen und originellen Uebungen vor Augen zu führen. In jeder Form des menschlichen Zusammenlebens haben wir unsere Rolle, sei sie gegeben oder erworben, als Gruppenmitglied oder Gruppenführer. Was wir aus dieser Rolle machen, beeinflusst in hohem Masse das Verhalten, Unbehagen oder Wohlbefinden der übrigen Gruppenmitglieder. Schwester Bettina beschrieb unter anderem die verschiedenen Führungsstile.

- Den autoritären Führungsstil: die Leistung der Gruppe ist am grössten, Zufriedenheit fraglich.
- Den demokratischen Führungsstil: die Gruppe ist zufrieden, die Leistung ist deshalb auch gut.
- Den «Laissez faire»-Führungsstil: die Gruppe ist unzufrieden, die Leistung schlecht.

In unserem Beruf kann eine autoritäre Führung unter Umständen nötig sein.

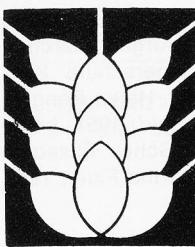
Beispiel: Notfallsituation. Hier ist es wichtig, dass der Gruppenleiter an jedes Mitglied klare, rasche und sachliche Anweisungen oder Befehle erteilt. Im übrigen wird der demokratische Führungsstil der geeignetste sein. Schwester Bettina wies darauf hin, dass es für eine jungdiplomierte Schwester schwer sein kann, Gruppenchef zu sein, weil sie den autoritären und den demokratischen Führungsstil noch nicht zu vereinen vermag.

Auswertung der Tagung

Dass diese Zusammenkünfte einem wirklichen Bedürfnis entsprechen, zeigte sich unter anderem auch darin, dass jede freie Minute dazu benutzt wurde, Erfahrungen und Erlebnisse aus den so verschiedenen Tätigkeitsgebieten der Gesundheitsschwestern auszutauschen.

Den beiden Organisatorinnen der Tagung, Schwester Renée Spreyermann und Schwester Ursula Lädrach, danken wir ganz herzlich für ihren grossen Einsatz. Es ist auch tröstlich, zu wissen, dass wir bei ihnen jederzeit Rat und Hilfe erhalten, wenn sich in unserer Tätigkeit ein Problem zeigt, das sich im «Alleingang» nicht gut lösen lässt. Wir freuen uns schon jetzt auf die Tagung im nächsten Jahr!

Frieda Wassmer, Gesundheitsschwester
Krankenpflegeschulen Aarau
Gertrud Zaugg, Gesundheitsschwester
Departement des Gesundheitswesens
Aarau



Sektionen / Sections

Aargau / Solothurn

Aufnahmen: die Schwestern Agnes Hunkeler, 1950, Maria Bühlmann, 1950, und Anna Boog, 1949, alle Krankenschwesternschule Baldegg, Sursee.

Von der Junioren- zur Aktivmitgliedschaft: aus der Krankenschwesternschule Baldegg, Sursee, die Schwestern Ursula Walker, 1950, Ursula Hengartner, 1950, Beatrice Zimmermann, 1950, Erna Schmid, 1947; aus der Krankenpflegeschule Aarau die Schwestern Esther König, 1950, Regula Merz, 1951.

Weiterbildungsprogramm 1973

3-Tage-Seminar, Kurs Nr. 2

Montags, 15. und 29. Januar sowie 12. Februar

Zeit: jeweils 9 bis 11.30 Uhr und 13.30 bis 16 Uhr

Ort: Klubhaus BBC, Ländliweg 5, 5400 Baden

Thema: «Der Vorgesetzte und seine Mitarbeiter»

Referent: Dr. Principe, Betriebspsochologe

Kursgeld: Fr. 90.—

Kurs Nr. 3

Freitag, 2. März

Zeit: 14.30 bis 17.30 Uhr

Ort: Kantonsspital Aarau, Kirchensaal

Themen: Neurochirurgie

Referent: PD Dr. med. Ch. Probst, Leitender Arzt, Kantonsspital Aarau

Die Pflege des Tracheotomierten Patienten

Referent: Dr. med. A. Alder, Chefarzt Anästhesieabt. Kantonsspital Aarau

Kursgeld: SVDK- und WSK-Mitglieder

Fr. 5.—, Nichtmitglieder Fr. 10.—

Kurs Nr. 4

Freitag, 16. März

Zeit: 14.30 bis 17.30 Uhr

Ort: Kantonsspital Olten, Kurszimmer

Themen: Allg. Haltungsschäden der Wirbelsäule, Physiotherapeutische Behandlung des hospitalisierten Patienten

Referenten: Dr. med. Kaganas, Bethesda-Spital, Basel, und Frl. Schupbach.

Kursgeld: SVDK- und WSK-Mitglieder

Fr. 5.—, Nichtmitglieder Fr. 10.—

Anmeldungen jeweils an: SVDK-Sekretariat, Auensteinerstrasse 242, 5023 Biel/Bienne

Interessengruppe der Oberschwestern und Oberpfleger Sektion Aargau-Solothurn

Nächste Zusammenkunft:
Dienstag, 23. Januar 1973

Besichtigung des Bruderholzspitals in Basel.

Hauptversammlung

Samstag, 10. März 1973, 14 Uhr
im Bahnhofbuffet Aarau

Das Sekretariat bleibt geschlossen vom 3. bis 11. Februar 1973. Ausnahmsweise fällt deshalb die Sprechstunde von Mittwoch, 7. Februar 1973, im Kantonsspital Aarau aus. In dringenden Fällen können Sie sich an Schwester Margret Wölke, Kantonsspital Aarau, wenden. Sollte jemand aus Versehen die neue SVDK-Agenda nicht erhalten haben, so wenden Sie sich bitte an das Sekretariat. Danke!

Liga-Lehrerinnenkurs als auch der Auffrischungskurs durchgeführt, daher muss diese IG-Zusammenkunft auf den Februar verlegt werden.

Unsere Sektionssekretärin Margrit Müller verlässt uns am 31. März. Helfen Sie mit, eine neue Sekretärin zu finden. Eventuell könnten sich zwei Schwestern in die Aufgabe teilen. Jede weitere Auskunft erteilt das Sekretariat (Tel. 23 64 05).

Wissen Sie schon, dass das Bad Ramsach den Schwestern eine Reduktion gewährt? Mit dem Ausweis bezahlen Sie Fr. 3.— Eintritt.

Bern

Neuaufnahmen: die Schwestern Christinne Baumann, 1950, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof; Martha Pia Bossart, 1949, Schwesternschule der Briger Ursulinen, Visp; Magdalena Feller, 1950, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof; Elisabeth Frey, 1949, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof; Therese Kuonen, 1949, Schwesternschule der Briger Ursulinen, Visp; Dora Vreni Meer, 1941, Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bern; Verena Pauli, 1945, Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bern; Ursula-Edith Stöckli-Ramseier, 1940, Schwesternschule des Bezirksspitals Thun; Ruth-Elisabeth Wyler, 1945, Krankenpflegeschule des Bezirksspitals in Biel.

Übertritte von der Junioren- zur Aktivmitgliedschaft: Katharina Knauss, 1950, und Marianne Locher, 1950, beide Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof.

Juniorenmitglied: Regine Thöni, 1945, Städtische Schwesternschule Engeried.

Ordentliche Hauptversammlung

Donnerstag, 15. März, um 14.15 Uhr im Kirchgemeindehaus Heiliggeist, Gutenbergstrasse 4, Bern, im Rahmen eines ganztägigen Fortbildungskurses.

Traktanden

Wahl der Stimmenzählerinnen (Stimmenzähler)

Genehmigung des Protokolls der letzten Hauptversammlung (bereits erhalten)

Genehmigung des Jahresberichtes

Entgegennahme des Revisorenberichtes, Genehmigung der Jahresrechnung und Dechargeerteilung an die Sektionsorgane

Wahl von 2 neuen Vorstandsmitgliedern
Wahlvorschläge für die Vertretung der
Sektion im Zentralvorstand

Beratung und Beschlussfassung über
Anträge des Vorstandes und einzelner
Mitglieder sowie über Vorschläge der
Organe des SVDK

Anträge sind dem Vorstand bis spätestens 19. Februar 1973 schriftlich einzureichen.

Adresse: Choisystrasse 1, 3008 Bern.
Wir erwarten Sie recht zahlreich zu unserer Hauptversammlung.

Interessengruppe der Oberschwestern

Nächste Zusammenkunft ausnahmsweise Freitag, 23. Februar 1973, um 14 Uhr im Schulgebäude der Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof, Bremgartenstrasse 119, Bern.

Thema: Vereinheitlichung der Anstellungsbedingungen.

Referent: Dir. Graf, Lindenhofspital, Bern.

Interessengruppe der pflegenden Schwestern

Wir treffen uns Donnerstag, 1. Februar 1973, um 14.30 Uhr zur Besichtigung der Zivilschutzanlage in Bern.

Programm:

- Kurzvortrag über Aufgabe und Organisation des Zivilschutzes
- Film «Und Du?»
- Rundgang durch die Anlage
- Zvieri (Kaffee, Gipfeli)

Dauer: rund zweieinhalb Stunden.

Besammlung beim Hochkamin hinter dem Eisstadion Allmend. Mit Tram 9 bis Endstation Guisanplatz.

Mitglieder und Interessenten aus nah und fern sind herzlich willkommen. Bitte Ideen mitbringen für die nächsten Zusammenkünfte.

Anmeldung bitte bis 29. Januar 1973 an das Sekretariat SVDK, Sektion Bern, Choisystrasse 1, Bern, Tel. 031 25 57 20.

Interessengruppe der Gemeindeschwestern Bern

Dienstag, 30. Januar 1973, um 14.30 Uhr treffen wir uns im kirchlichen Zentrum Bürenpark, Bürenstrasse 8, Bern. (Tram Nr. 9 bis Sulgenau, dann Richtung Monbijoubrücke.)

Fräulein Y. Sieber, Leiterin der Betagtenhilfe, orientiert uns über die Organisation der Betagtenhilfe und der Telefonkette in der Stadt Bern.

Interessengruppe der Gemeindeschwestern Thun-Oberland

Wir treffen uns am 25. Januar 1973 um 14.30 Uhr im Unterweisungshaus auf dem Schlossberg in Thun. Schw. Ursula Laedrach, Gesundheitsschwester der Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof, wird uns über den «Einsatz der Pflegerin FA SRK in der Gemeindepflege» orientieren. Anschliessend Diskussion; Fragen werden beantwortet.

Fribourg

Cours de perfectionnement

Nous rappelons à nos membres le cours qui sera donné le **jeudi 25 janvier 1973**, à 20 h, à l'Hôpital cantonal, étage K, par M. le Dr J. Widmer, pharmacien-chef, sur le thème suivant: «Dispensation des médicaments et sécurité des malades». Une discussion, où chacun pourra poser ses questions, fera suite à l'exposé.

Junioren: Franz Siegwart, 1952, Arthur Kamber, 1935, Hans Jürgen Karcher, 1949, alle Krankenpflegerschule Kantonsspital Luzern; Schw. Helen Renggli, 1952, Schw. Agnes Arnold, 1951, beide Kantonsspital Luzern; Schw. Elisabeth Mettler, 1945, Schw. Martha Flury, 1946, beide St. Anna, Luzern.

Arbeitstagung über Erste Hilfe

(mit praktischen Uebungen)

Donnerstag, 25. Januar 1973 im grossen Saal des Klubhauses, Kantonsspital Luzern

Vormittag: 9 bis 12 Uhr

Hans Ettlin, Samariterlehrer, Kerns «*Erste Hilfe in den Bergen, auf der Piste (Lawinendienst) und auf der Strasse*»

Nachmittag: 13.45 bis etwa 17 Uhr

Dr. med. F. Gozon, Leiter der Anästhesieabteilung Klinik St. Anna, Luzern: «*Sofortmassnahmen bei Zwischenfällen am Krankenbett*»

Kursgeld: SVDK-Mitglieder Fr. 17.—, Nichtmitglieder Fr. 35.— (inkl. Vormittags- und Nachmittagskaffee).

Falls Sie für den Mittag einen einfachen Lunch selber mitbringen, servieren wir Ihnen dazu eine Bouillon und einen Kaffee.

Für die **Hauptversammlung 1973** sind wir auf den **17. Februar** ins Kantonale **Kreisspital Wolhusen** eingeladen.

Programm

14.00 Uhr Hauptversammlung:

Traktanden

1. Begrüssung
2. Wahl der Stimmenzähler
3. Genehmigung des Protokolls der letzten Hauptversammlung
4. Genehmigung des Jahresberichtes 1972
5. Tätigkeitsprogramm 1973
6. Genehmigung der Jahresrechnungen, Revisorenbericht und Decharakterisierung an die Sektionsorgane
7. Budget 1973
8. Wahlen in den Vorstand

9. Wahl der Delegierten für die Delegiertenversammlung des SVDK für 1973
10. Beratung eventueller Anträge
11. Verschiedenes

Etwa 15 Uhr: Spitalbesichtigung

Etwa 16 Uhr: «Zobig», offeriert vom Kantonale Kreisspital Wolhusen

Fahrplan (per Bahn)

Luzern	ab 13.14 Uhr
Wolhusen	an 13.30 Uhr
Wolhusen	ab 16.40 17.54 18.29 Uhr
Luzern	an 16.56 18.21 18.46 Uhr

Für die Strecke Bahnhof Wolhusen bis zum Kreisspital wird ein privater Abholdienst organisiert.

Zu dieser Veranstaltung sind alle Mitglieder (auch die Junioren) herzlich eingeladen.

Genève

Admissions: Mme Mireille Bucheler-Porte, 1950, dipl. Bon Secours (ancien Junior); Mlle Camille Guyaz, 1949, dipl. Bon Secours (ancien Junior); Mlle Gertrud Harff, 1923, dipl. d'Etat allem. équivalence CRS; Mme Martine Marti-Bossen, 1943, dipl. Fribourg.

L'Assemblée annuelle générale aura lieu le jeudi 28 février 1973 à l'amphithéâtre de la clinique de Pédiatrie.

Programme

19 h: Séance administrative

Ordre du jour:

Procès-verbal du 23 mars 1972

Rapports d'activité et financier

Elections

Propositions individuelles (à envoyer au 31. 1. 1973)

Divers

20 h: Pause. Des sandwichs et boissons seront servis.

20 h 30: Conférence de M. W. Donzé, président du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique: «La politique de la santé publique et la planification hospitalière du canton de Genève».

Rencontre mensuelle du 26 janvier 1973

Sous le thème «Qu'est-ce que le BIS?» Que fait l'Hospice Général? nous aurons des projections de films et la présence de M. Monnet, pour répondre à vos questions. Venez nombreuses à 17 h 15 à l'Amphithéâtre des polycliniques.

Luzern/Urkantone Zug

Aufnahmen

Aktivmitglieder: Schw. Rita Kunz, 1938, und Schw. Marie Therese Bründler, 1950, beide St. Anna, Luzern.

Uebertritte von der Junioren- zur Aktivmitgliedschaft: Schw. Franziska Probst, 1950, und Schw. Rita Good, 1950, beide Baldegg, Sursee.

Uebertritt von der zugewandten zur Aktivmitgliedschaft: Schw. Adelheid Weber, 1940, Spitalschwestern Luzern.

Neuchâtel

Admission: Mlle Mariette Gauthey, 1949, dipl. de La Source.

St. Gallen / Thurgau Appenzell Graubünden

Aufnahmen

die Schwestern Regula Frei, 1949, Schweizerische Pflegerinnenschule, Zürich; Magdalena Gauder, 1942, Krankenpflegeschule am Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a. M. (D), Rotkreuz-Reg.-Nr. 72659; Hanny Guntli, 1950, Schweizerische Pflegerinnenschule, Zürich; Maria Felix-Stump, 1930, Sternenschule St. Claraspital, Basel.

Von der Bündner Schwesternschule Ilanz: die Schwestern Lea Amann, 1950, Blanca-Maria Caraventa, 1948, Reinhilda Kuper, 1941, Verena Loosli, 1951, Marianne Maier, 1947, Bernadette Simmen, 1950, Veronica-Klara Wick, 1925, Carolina Winzap, 1950.

Juniorenmitglieder: die Schwestern Philomena Arpagaus, Rita Gort, Anny Hörmann, Emma Jörger und Gertrud Stucki.

Interessengruppe Gemeindeschwestern

Der geplante Fortbildungskurs findet am 28. Februar in St. Gallen statt, vormittags in den Laboratorien Hausmann AG, nachmittags auf Schloss Oberberg. Ausführliches Programm in der Februar-Zeitschrift.

Ticino

Ammissioni: Sr. Damiana Imhof, 1936, Notkerianum, St. Gallen, Associata.

Dimissioni: Cristina Leonori, 1943, junior Scuola cantonale infermieri, Bellinzona.

Assemblea generale ordinaria

Cari soci,

Il Comitato della Sezione ASID Ticino, vi invita a partecipare all'Assemblea ordinaria che si terrà

Domenica 21 gennaio 1973 alle ore 14.00 al Caffé Carmine, I piano, Piazza Stazione, Bellinzona

Trattande

1. Approvazione verbale dell'ultima assemblea in data 20. 2. 1972
2. Rapporto del presidente e approvazione
3. Rapporto dei revisori, e approvazione dei conti d'esercizio, scarico al Comitato
4. Preventivo 1973

5. Attività soci junior — informazione e propaganda

6. Attività della sezione per il 1973

7. Eventuali — Discussione

Con la unità tradizionale agenda, il Comitato formula i migliori auguri per le feste di fine anno.

Hauptversammlung

Donnerstag, 1. März 1973, im Kirchgemeindehaus Hottingen, Zürich.

Anträge sind bis 4 Wochen vor der Hauptversammlung einzureichen.

Kurs in Gruppendynamik

unter der Leitung von Frau Dr. Magda Kelber, Wiesbaden, Mitarbeiterin des Hauses Schwalbach, Arbeitsstätte für Gruppenpädagogik.

Oberschwestern/Oberpfleger, Lehrerinnen/Lehrer für Krankenpflege, Abteilungsschwestern/-pfleger und Stationsschwestern/-pfleger sind zum Besuch dieses ausgezeichneten Kurses herzlich eingeladen.

Er findet statt vom Montag, 5., bis Freitag, 9. März 1973, in der Paulus-Akademie Zürich-Witikon.

Kosten: Verbandsmitglieder Fr. 160.—, Nichtmitglieder Fr. 250.—.

Bitte verlangen Sie das detaillierte Kursprogramm im Sekretariat, Asylstrasse 90, 8032 Zürich, Tel. 32 50 18.

Praxisschwestern

Wir laden alle Praxisschwestern herzlich ein zu einer Zusammenkunft am Donnerstag, 25. Januar 1973, um 17 Uhr im Schwesternhochhaus, Plattenstrasse 10, 8006 Zürich

Wir diskutieren den Entwurf der Richtlinien zu einem Anstellungsvertrag für Praxisschwestern. Gleichzeitig möchten wir abklären, ob der Wunsch besteht, eine Interessengruppe für Praxisschwestern zu gründen.

Interessentinnen können den Entwurf der Richtlinien schon vorher im Sekretariat anfordern. Tel. 32 50 18.

Anästhesieschwestern und Anästhesiepfleger

Zusammenkunft am Montag, 26. März 1973, um 20 Uhr im Spital Limmattal, Schlieren.

Thema: Ketalararkose

Referent: Frau Dr. Stadelmann, Oberarzt Anästhesiologie, Kantonsspital Zürich.

Interessengruppe für Intensivpflege

Zusammenkunft am Mittwoch, 24. Januar 1973, um 20 Uhr im Schwesternhochhaus, Plattenstrasse 10, 8006 Zürich.

Schwester Alice Matter und Herr J. Arnold orientieren uns über den jetzigen Stand der Ausbildung für Intensivpflege.

Interessengruppe der Operationsschwestern und Operationspfleger

Voranzeige

Ganztägiger Fortbildungstag am Samstag, 3. März 1973, im Hörsaal West des Kantonsspitals Zürich.

Das Detailprogramm erscheint in der Februarausgabe der «Zeitschrift für Krankenpflege».

Interessengruppe der verheirateten Krankenschwestern

Nächste Zusammenkunft am Dienstag, 13. März 1973, um 19.30 Uhr im Restaurant Olivenbaum, Zürich.

Vaud / Valais

Admissions membres actifs

Ecole de La Source à Lausanne: Mlle Martine Gygax, 1949, Mlle Anne-Claude Meylan, 1948.

Ecole de l'Hôpital cantonal universitaire de Lausanne: Mlle Josiane Lovey, 1948, Mlle Ariane Monvert, 1945, Mlle Catherine Pizzotti, 1949, M. Emmanuel Remy, 1945.

Equivalence CRS 71552: Mlle Elvira Van den Broeke, 1924.

Décès: Le comité a le regret d'annoncer à ses membres le décès de:

Mlle Félixe Bolomey, à Lausanne, diplôme de l'Hôpital cantonal de Lausanne; Mlle Suzanne Delessert, à Villeneuve, diplôme Hôpital cantonal de Lausanne; Mlle Agnès Favre, à Yverdon, diplôme de l'Ecole de Pérolle-Fribourg; Mlle Hélène Moret, à Lausanne, diplôme La Source, membres fidèles et dévoués.

Zürich / Glarus Schaffhausen

Aufnahmen

Schweizerische Pflegerinnenschule, Zürich: Rosa Becker-Elmer, 1943, Edith Kohli, 1950, Agnes Mächler, 1950.

Freie Evangelische Krankenpflegeschule Neumünster, Zollikerberg: Irma Moser-Joos, 1929.

Schwesternschule vom Roten Kreuz, Zürich-Fluntern: Ulla Gonzenbach-Stamm, 1947.

Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof, Bern: Annegret Baumann-Woodtli, 1943.

Evangelische Krankenpflegeschule, Chur: René Mäder, 1937.

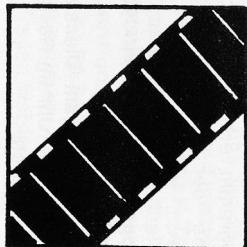
Juniorenmitglieder

Schwesternschule Bethanien, Zürich: Hanna Dössegger, 1951, Elsi Gasenzer, 1952, Esther Gassmann, 1951.

Gestorben: Heidi Geissberger-Hafen, 1927, Schweizerische Pflegerinnenschule, Zürich, gestorben am 19. September 1972; Martha Kupfer, 1891, Rotkreuz-Schwesternschule Lindenhof, Bern, gestorben am 29. November 1972.

Voranzeige

«Planung der Patientenversorgung bei Katastrophen und im Kriegsfall» Weiterbildungstag vom 22. März 1973 mit Wiederholung am 5. April 1973.



Filmkartei

Rotes Kreuz auf weissem Feld

Sachgebiet: **Berufsfragen**
 Farbfilm — 16 mm — Lichtton —
 20 Min. — Deutsch/Französisch —
 Drehjahr 1963

Inhalt: Entstehungsgeschichte des Roten Kreuzes:

- Leben von Henri Dunant mit «Erinnerungen an Solferino»
- Leistungen von Florence Nightingale im Krim-Krieg
- Anwendung der Genfer Konventionen in den Kriegen.

Stellungnahme: Eignet sich gut für Schulen für allgemeine Krankenpflege, Laienkurse.

Bezugsquelle: SRK-Filmdienst, Taubenstrasse 8, 3001 Bern, Tel. 031 22 14 74.

Diabetes I

Produzent: Hoechst AG
Technische Angaben: Farbfilm — 16 mm — Lichtton — Sprachen: Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch — Bestellnummer: Med./1 — Spieldauer: 50 Min. — Drehjahr: 1966

Inhalt: Der Film ist medizinisch-historisch aufgebaut. Er zeigt am Beispiel der Erforschung der Diabetes-Ursache und Diabetes-Therapie, wie sehr Irrtum, Zufall, Erfolge und neue Rätsel die medizinische Forschung beeinflussten. Der Film bringt unter Berücksichtigung der Quellen eine Fülle kulturhistorischen Materials und spannt den Bogen vom Altertum bis in unsere Zeit, wobei die Entdeckung des Insulins und der oralen Antidiabetika Höhepunkte, aber auch Ausgangspunkte für künftige Forschungen darstellen.

Stellungnahme: Eignet sich sehr gut für Schulen für allgemeine Krankenpflege als Einführung.

Bezugsquelle: Firma Hoechst AG, Bernerstrasse/Herostrasse 7, 8048 Zürich, Telefon 01 62 72 00.

Ausleihbedingungen: Gratis.

Prostata-Carcinom

Sachgebiet: **Urologie**
Produzent: Pfizer AG
Technische Angaben: Farbfilm — 16 mm — Lichtton — 1965 — 30 Min. — Deutsch/Französisch

Inhalt: Im ersten Teil zeigt der Film die anatomischen Verhältnisse der männlichen Genitalorgane und der Harnwege. Die Folgezustände der vergrösserten Prostatadrüse, die Metastasierung bei Carcinom in andere Organsysteme und die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand werden sehr gut besprochen und veranschaulicht. Die hormonelle Behandlung mit den Wirkungsmechanismen auf die Physiologie wird schematisch dargestellt.

Stellungnahme: Eignet sich sehr gut für Schulen für allgemeine Krankenpflege zur Vertiefung.

Bezugsquelle: Pfizer AG, Abteilung Filmverleih, Militärstrasse 84, 8004 Zürich, Tel. 01 39 80 50.

Ausleihbedingungen: Gratis. Der Film muss am Morgen nach der Vorführung sofort zurückgesandt werden.

Die periodische Selbstkontrolle der weiblichen Brust

Sachgebiet: **Chir. Krankheitslehre, Hygiene und Gesundheitswesen**
Produzent: American Cancer Society. Deutsche Bearbeitung: Schweizerische Nationalliga für Krebsbekämpfung und Krebsforschung
Technische Angaben: Farbfilm — 16 mm — Magnetton — Deutsch/Französisch — 15 Min.

Inhalt: Gute Orientierung eines Arztes über die regelmässige monatliche Selbstkontrolle der Brüste. Eine Patientin dieses Arztes demonstriert, wie sie die Kontrolle zu Hause durchführt.

Stellungnahme: Eignet sich gut für Schulen allgemeiner Krankenpflege zur Vertiefung und für Laienkurse.

Bezugsquelle: Schweizerische Krebsliga, Viktoriastrasse 94, 3013 Bern, Tel. 031 42 57 22.

Ausleihbedingungen: Gratis.



Buchbesprechungen Bibliographie

«Das gesunde und das kranke Kind»
Von Prof. Dr. W. Catel und anderen.
Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 10. Auflage, 1028 Seiten, DM 79.—.

Die neue Auflage (die 10.) des den Kinderkrankenschwestern wohlvertrauten Lehrbuches von Prof. W. Catel imponeert zunächst durch die Zunahme an Umfang und Inhalt. Angepasst an die neuen Richtlinien des deutschen Krankenpflegegesetzes entspricht die Art des Inhaltes auch den Richtlinien für die Ausbildung von KWS-Schwestern des SRK.

Gerade die neu in diese Auflage aufgenommenen Kapitel wie Sozialpädiatrie, Soziologie, Krankenhauswesen, Krankenhausbetriebslehre usw. sind u. E. vor allem sehr wichtig, da es ein Ziel des Werkes ist, als Fortbildung für schon länger im Beruf Stehende zu dienen. Diese erhalten dadurch den Anschluss an die heutige Ausbildung, was bei der Arbeit mit Schülerinnen sehr wichtig ist.

Nach eingehender Prüfung aller Kapitel anhand des Stoffplanes des SRK für die Ausbildung von KWS-Schwestern wird der gebotene Stoff als vollständig und ausreichend behandelt befunden, mit Ausnahme der Kapitel Kinderorthopädie und Kinderpsychiatrie, welche nur gestreift werden.

Für die Schweiz. KWS-Schülerinnen können die Kapitel Rechts- und Gesetzeskunde, Staatsbürgerkunde und Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes nur als Vergleich verwertet werden, da sie speziell auf die BRD zugeschnitten sind. Die u. E. eindeutig bestechendste Neuheit des Werkes ist die schon im Vorwort zur neuen Auflage erwähnte neue Anordnung des Stoffes nach Zusammenhängen. So werden z. B. zu den Erkrankungen des Harnapparates gerade noch die wissenschaftlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die wichtigsten Pflegeprinzipien und Pflegeverrichtungen besprochen. Die althergebrachte Einteilung, d. h. Theorie einerseits und Praktische Arbeiten anderseits, wurde zugunsten eines ganzheitlichen Systems aufgegeben. Die dadurch beabsichtigte Wirkung auf die Lernenden, also das bessere Verständnis für Zusammenhänge, kann u. E. dadurch erreicht werden. Besondere Erwähnung verdient auch die am Ende jedes Kapitels angegebene weiterführende Literatur. Sie gibt Möglichkeit und Anregung, das erworbene Wissen zu vertiefen, bzw. nur Angekündigte zu vervollständigen.

Als einziger effektiv negativer Punkt sind die sehr alten Fotografien (z. B. Verbände, Instrumentarien, Inhalationsapparat, Umbettmulde, Heben und Tragen der Patienten usw.), die wieder verwendet wurden, zu erwähnen.

Im allgemeinen wird bei uns ein Lehrbuch von solchem Umfang, das sozusagen alles Wissen der Kinderkrankenschwester enthält, eher als ungünstig für die generelle Anschaffung z. B. für die Schülerinnen empfunden, da einzelne Kapitel rasch veraltet und da für Gebiete wie Anatomie und Physiologie, Chemie und Physik andere Bücher schon vorhanden sind, bzw. von den Dozenten bevorzugt werden.

Wir möchten trotzdem das Buch allen an der Kinderkrankenpflege Interessierten wärmstens zur Anschaffung empfehlen, insbesondere auch den schon länger diplomierten Schwestern und den Schulen für die Bibliothek.

Sr. Vreni Kuhfuss
Schwesternschule
Kinderspital Basel

La Suisse au-devant de l'éducation permanente. A. Gretler, D. Haag, E. Halter, R. Kramer, S. Munari et F. Stoll. Ed. Payot, collection Greti-information (Groupe romand pour l'étude des techniques d'instruction), 1971. Fr. 17.—.

L'éducation permanente est devenue une des préoccupations majeures de ceux qui ont des responsabilités dans le secteur de la formation et de l'éducation. L'originalité de cet ouvrage collectif réside dans le fait qu'il est fondé sur la réalité telle qu'elle se montre dans le contexte suisse. Les auteurs débouchent ensuite sur des recommandations de mesures concrètes fondées sur un constat critique qui englobe tout le système d'éducation actuel. Le système préconisé va de l'éducation préscolaire à l'éducation post-obligatoire en passant par la scolarité obligatoire.

Ce livre peut être utile à tous les enseignants qui se préoccupent de formation permanente, il comporte aussi une part de philosophie montrant que l'éducation permanente est au service de la personne.

Cet ouvrage contient en outre une bibliographie très large concernant les divers chapitres traités.

Ouvrage présenté à la conférence des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse par M. Fankhauser, Lausanne.

Techniques for utilizing nursing principles, by Marion Brown Gooding. Ed. C. V. Mosby Company, St-Louis 1972. Fr. 26.20.

L'auteur est professeur associé au Collège des Virgin Islands, St-Thomas, USA. Le titre est révélateur du contenu: «Techniques pour l'utilisation des principes de soins infirmiers».

Il s'agit à la fois d'une conception des soins infirmiers et de conseils sur la manière de l'appliquer et de l'enseigner. L'auteur insiste sur la nécessité pour l'infirmière de baser ses interventions, ses gestes, sur des principes scientifiques. Le livre contient de nombreux exemples de méthodes employables pour un enseignement visant à donner ce type de formation à des élèves-infirmières. Les exemples sont applicables dans l'enseignement théorique autant que dans l'enseignement clinique. Ce livre peut être fort utile à toute infirmière enseignante persuadée de la justesse de cette conception des soins infirmiers qui cherche des moyens concrets de la réaliser.

C. Braissant, Lausanne

Nous signalons à nos lecteurs

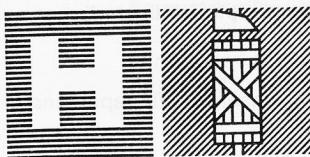
Le numéro de septembre 1972 de la **Revue Pro Juventute** où plusieurs auteurs et spécialistes traitent de la révision du droit de filiation (allemand et français).

Santé du Monde, novembre 1972, est consacré aux 150 ans de la maison de Pasteur. Il est aussi question d'autres instituts analogues, et de contrôle de l'alimentation et des médicaments.

«**Médecine et Hygiène**», du 29 novembre 1972, traite de la thérapeutique de l'hémiplégique: réadaptation, traitement chirurgical de l'ictus, problème de l'aphasie et son traitement. Dans le même numéro, «Eculape en Chine», suite du voyage du rédacteur, de ses découvertes et réflexions.

«**L'infirmière enseignante**», organe du Comité d'entente des écoles de cadres infirmiers de France, Supplément au No de novembre 1972: «Sensibilisation des infirmières à l'enseignement des élèves en stage», par un groupe d'enseignants de l'Ecole d'infirmières de Chambéry.

International Nursing Review (INR), vol. 19, p. 219: «Evolution des soins infirmiers en tant que profession», par G. Abdallah (en anglais).



Kantonsspital St.Gallen

Wir suchen zum Eintritt nach Vereinbarung

dipl. Krankenschwestern dipl. Krankenpfleger

für folgende Bereiche:

Medizinische Kliniken

Chirurgische Kliniken

ORL-Klinik und

Gesichtschirurgie

Gynäkologie

Intensivpflege

OPS und Anästhesie

Notfallstation

Ein grösseres Spital, klinisch gut ausgebaut, mit Ausbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten, kann Ihnen besonders viel bieten. Sie haben die Wahl, in der Sie beruflich am meisten interessierenden Klinik zu arbeiten oder einen Ausbildungslehrgang anzutreten.

Sie werden auch auf vielseitige Freizeitgestaltung Wert legen. St. Gallen bietet Ihnen alle Sparten des kulturellen Lebens, die Umgebung ist ideal für sportliche Tätigkeit jeder Art.

Für mündliche Auskünfte stehen Ihnen die Oberschwestern und die Personalabteilung gerne zur Verfügung.

**Verwaltung des Kantonsspitals 9006 St. Gallen
Tel. 071 26 11 11**

Senden Sie mir unverbindlich orientierende Unterlagen

Name: _____

Adresse: _____

Diplomjahr: _____

Erwünschter Arbeitsplatz: _____

KANTONSSPITAL ZÜRICH

Wir sind ein Universitätsspital mit 1400 Betten, im Zentrum von Zürich, mit guten Verkehrsverbindungen in alle Richtungen, und suchen diplomierte

Krankenschwestern und Krankenpfleger

für verschiedene Universitätskliniken:

- Medizin
- Radiotherapie und Nuklearmedizin
- Dermatologie
- Chirurgie A (Abdominal-, Thorax-, Herz-, Gefäss-Chirurgie)
- Chirurgie B (Unfall-, Knochen-, Wiederherstellungs-Chirurgie)
- Gynäkologie
- Neurochirurgie
- weitere Spezialgebiete

Wir bieten:

- Zeitgemäss Lohn- und Anstellungsbedingungen
- gute Sozialleistungen
- 44—45-Stunden-Woche, geregelte Freizeit
- Weiterbildungsmöglichkeiten
- Einerzimmer mit Wohnlage nach Wunsch
- Auswahllessen im Personalrestaurant

Das Personalbüro 2 (Pflegedienst) oder die zuständigen Oberschwestern erteilen gerne weitere Auskünfte, sei es telefonisch, anlässlich eines Besuches oder bei Einsendung des nachstehenden Abschnittes.

Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100,
8006 Zürich, Tel. 01 32 98 11

Ich interessiere mich unverbindlich für Ihre Anstellungs- und Gehaltsbedingungen.

Name: _____

Adresse: _____

Diplomjahr: _____ Alter: _____

gewünschter Arbeitsplatz: _____



Hôpital régional d'Orbe

cherche

pour ses services de: chirurgie générale, orthopédie, gynécologie-obstétrique, médecine interne:

2 infirmières diplômées 2 infirmières-assistantes

Travail d'équipe varié et intéressant. Traitement selon barème cantonal et capacités. Semaine de 45 heures.

Faire offres avec copies de diplômes et de certificats à la Direction de l'Hôpital ou téléphoner au 024 7 12 12.

Regionalspital Langenthal

Für unsere Intensivpflegestation mit einer Kapazität von 7 Betten suchen wir eine

Leiterin des Pflegeteams

Wir erwarten von Ihnen:

- abgeschlossene Ausbildung als Intensivpflegeschwester
- Freude an Organisations- und Führungs- aufgaben
- Verständnis für die Situation des Patienten und der Mitarbeiter als Menschen in der Intensivpflegestation

Wir bieten Ihnen:

- angenehme Arbeitsatmosphäre, bedingt durch gute Zusammenarbeit von Pflegedienst, Ärzten, Wirtschaftsbetrieben und Verwaltung.
- der Ausbildung und Aufgabe angepassten Lohn

Nähere Auskunft gibt Ihnen gerne: Gertrud Amann, Leiterin des Pflegedienstes, Regionalspital, 4900 Langenthal
Tel. 063 2 20 24

B

Thurgauisches Kantonsspital Münsterlingen am Bodensee

Zur Komplettierung unseres Pflegepersonals suchen wir noch einige

dipl. Krankenschwestern

für Langzeitpatientenstation, zugleich Schulstation für praktische Krankenpflege.

Chirurgische Klinik
Medizinische Klinik
Frauenklinik
Intensivpflegestation
Kinderabteilung

Wir bieten gutes Arbeitsklima, Weiterbildungsmöglichkeiten, zeitgemäße Besoldung, gut geregelte Arbeitszeit (5-Tage-Woche), Bonnsystem.

Eintritt nach Vereinbarung.

Nähere Auskünfte erteilt gerne unsere Leiterin des Pflegedienstes, Schwester Elsa Wagen, Telefon 072 9 11 11.
Verwaltungsdirektion
Kantonsspital Münsterlingen

K

Das Bezirksspital in Sumiswald sucht

Operationsschwester

zur Mitarbeit in neuer, modern eingerichteter Operationsabteilung. Sie finden bei uns ein gutes Arbeitsklima und ein vielseitiges, interessantes Tätigkeitsgebiet. Zeitgemäße Anstellungs- und Lohnbedingungen. Sumiswald liegt 30 Autominuten von Bern entfernt und befindet sich im landschaftlich schönen Emmental.

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Verwaltung zu richten, die über Tel. 034 4 13 72 für Auskunft zur Verfügung steht.

Engeriedspital Bern

Wir suchen für unsere Kinderchirurgie auf Februar 1973

1 dipl. Säuglingsschwester (mit KWS-Diplom)

und zu sofortigem Eintritt auf unsere Wöchnerinnenabteilung

1 Hebamme

Wir bieten zeitgemäss Anstellungsbedingungen und ein gutes Arbeitsklima.

Nähere Auskunft erteilt Ihnen gerne die Oberschwester des Engeriedspitals:
Telefon 031 23 27 21.

Bürgerspital Solothurn Schwesternschule (Pfleger)

Zur Ergänzung unseres Schulteams suchen wir sobald wie möglich eine aufgeschlossene

Lehrerin/Lehrer für Krankenpflege

Aufgabenbereich:

- Unterricht in der Schule
- Klinische Betreuung der Schülerinnen
- Mitverantwortung und Interesse für den Schulbetrieb

Wir bieten Ihnen einen selbständigen Arbeitskreis, ein gutes Arbeitsklima und würden uns freuen, Sie als Mitarbeiterin/Mitarbeiter in unsern Kreis aufzunehmen.

Wenn Sie Interesse haben, melden Sie sich bitte bei der Schulleitung.

4500 Solothurn
Tel. 065 2 60 22

* *Wir suchen
Ergänzung:*

Dipl. Hebamme

für unsere modern eingerichtete Geburtsabteilung.

Wir bieten angenehmes Arbeitsklima in kleinem Team, zeitgemäss Anstellungsbedingungen und geregelte Freizeit.

Ihre Anmeldung oder Anfrage richten Sie bitte an:

Klinik Liebfrauenhof Zug
Zugerbergstr. 36, 6300 Zug,
Tel. 042 23 14 55

Valens BÄDERKLINIK

Rheuma- und Rehabilitationszentrum

Für unsere Klinik suchen wir

2 dipl. Krankenschwestern

Es handelt sich um eine moderne, neuartige Klinik in herrlicher Landschaft mit Rheumaklinik, klinischem Rehabilitationszentrum, hand- und rheumachirurgischer Abteilung und Ambulanz.

Interessante Tätigkeit, gute Besoldung, geregelte Arbeitszeit und schönes Zimmer im neuen Personalhaus. Thermal-Hallenbad. Gelegenheit für Sommer- und Wintersport.

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind erbettet an die Verwaltung der Bäderklinik Valens, 7311 Valens SG, Tel. 085 9 24 94.

Das **Kantonsspital Olten** sucht

1. Operationsschwester und Operationsschwester sowie dipl. Krankenschwestern

für die Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung
Neuzeitliche Anstellungsbedingungen.

Verpflegung nach dem Bonsystem.

Stellenantritt nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen
werden erbeten an die Verwaltung des Kan-
tonsspitals, 4600 Olten, Tel. 062 22 33 33.

Asyl Gottesgnad St. Niklaus, 3425 Koppigen

Wir suchen per sofort oder nach Ueberein-
kunft eine

Oberschwester

für die Organisation und Leitung des Pflege-
dienstes.

Die Aufgabe eignet sich auch für eine ältere
Schwester.

Zeitgemässe Besoldung und Arbeitsbedingun-
gen, selbständige Tätigkeit.

Gerne erwarten wir Ihre Anmeldung.

Verwaltung Asyl Gottesgnad St. Niklaus,
3425 Koppigen, Telefon 034 3 41 12.



Das **Stadtspital Waid Zürich** sucht

für die **Intensivpflegestation**

dipl. Krankenschwester

Wir bieten eine vielseitige, interessante Tätig-
keit in einer modern eingerichteten, medizi-
nisch-chirurgischen Intensivpflegestation mit
neuzeitlichen Arbeitsbedingungen und inter-
nem Fortbildungsprogramm.

Eintritt sofort oder nach Vereinbarung.

Anstellungsbedingungen gemäss städtischer
Verordnung, 13. Monatslohn, gute Soziallei-
stungen.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten
an das Personalbüro des Stadtspitals Waid,
Tièchestrasse 99, 8037 Zürich, Tel. 01 44 22 21.

Wir suchen zum Eintritt nach Uebereinkunft

diplomierte Schwestern Dauernachtwache

Aufgeschlossene Schwestern sowohl der all-
gemeinen Krankenpflege wie der Psychiatrie
finden in unserer vielseitigen Klinik mannigfaltige
Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbil-
dung in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen
Team, in Fortbildungskursen, Gruppenaktivitä-
ten usw.

Die Anstellungsbedingungen sind günstig; wir
arbeiten in Fünftagewoche, und unsere Klinik
ist ausnehmend schön gelegen mit Blick auf
See und Berge. Meilen hat halbstündliche
Bahnschnellverbindungen mit dem nahen Zü-
rich.

Unsere Oberschwester gibt gerne alle ge-
wünschten Auskünfte.

**Sanatorium Hohenegg
Psychiatrische Klinik
8706 Meilen**
Tel. 01 73 00 88 oder 73 45 73



Stadtspital Triemli Zürich

Die **chirurgische und medizinische Intensivbehandlungsstation** (mit Herzüberwachungsstation) für Erwachsene und Kinder sucht

dipl. Krankenschwestern dipl. Krankenpfleger KWS-Schwestern

Wir bieten:

- die Möglichkeit einer zweijährigen Ausbildung zur Intensivpflege
- Schichtbetrieb (8 freie Tage pro vier Wochen)
- Innerbetriebliche Weiterbildung
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Verpflegung im Bonsystem
- Kinderhort

Dienstantritt nach Vereinbarung. Auskünfte und Anmeldeformulare durch die Spitaloberin Schwester Veronika Schmidt, Tel. 01 36 33 11. Anmeldungen mit Lebenslauf, Foto und Zeugniskopien an das **Stadtspital Triemli, Pflegedienst, 8055 Zürich, Birmensdorferstrasse 497.** (M)



Bezirksspital Rheinfelden

Wir sind ein sich in starker Entwicklung befindendes Akutspital von 100 Betten und suchen

dipl. Krankenschwestern für Intensiv-/Wachstation

Wir bieten eine interessante Tätigkeit, fortgeschrittliche Sozialleistungen, Fünftagewoche und gute Besoldung. Kinderhort vorhanden. Für verheiratete Schwestern ist Teilzeitarbeit möglich.

Anfragen sind zu richten an die Oberschwester oder den Verwalter des Bezirksspitals Rheinfelden, 4310 Rheinfelden, Telefon 061 87 52 33.



Das **Bezirksspital in Sumiswald**
(130 Betten, Neubau) sucht

dipl. Krankenschwestern

Sie finden bei uns ein gutes Arbeitsklima und ein vielseitiges, interessantes Tätigkeitsgebiet. Zeitgemäss Anstellungs- und Lohnbedingungen.

Sumiswald befindet sich im landschaftlich schönen Emmental und liegt 30 Autominuten von Bern entfernt.

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Verwaltung zu richten, die über Telefon 034 4 13 72 für Auskunft zur Verfügung steht.

Bezirksspital 3550 Langnau i. E.

Wir sind ein sich in starker Entwicklung befindendes Spital und suchen nach Uebereinkunft:

**2 dipl. Operationsschwestern oder -pfleger
dipl. Krankenschwestern für alle Abteilungen
dipl. Krankenschwestern für Intensivstation**

Wir bieten zeitgemäss Anstellungsbedingungen, geregelte Arbeits- und Freizeit. Fünftagewoche.

Anfragen sind zu richten an die Oberschwester oder an die Verwaltung

Bezirksspital 3550 Langnau i. E.
Telefon 035 2 18 21

Bezirks-Spital Dorneck, Dornach (140 Betten; Tram- und Bahnverbindung mit Basel) sucht per 1. März 1973 oder nach Uebereinkunft einen

Krankenpfleger

(auch mit Diplom als Psychiatriepfleger)

für unsere Männerabteilung der Geriatrie. Mit Freude und Einfühlungsvermögen finden Sie sicher eine befriedigende und einsatzreiche Tätigkeit.

Wir bieten:

Gutes Gehalt, Sonntagsdienstzulage (keine Nachtwache), 5-Tage-Woche, Pensionskasse und auf Wunsch günstige 3½- oder 4-Zimmerwohnung in der Nähe des Spitals.

Bewerbungen oder telefonische Anfragen sind zu richten an die Verwaltung des Bezirks-Spitals Dorneck, 4143 Dornach (Tel. 061 72 32 32).

Spital Neumünster, 8125 Zollikerberg/Zürich sucht zur Aushilfe für ca. 2 Monate oder länger eine

Operationsschwester

Guter Lohn, neuzeitliche Arbeitsbedingungen.

Eintritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen sind zu richten an die Oberschwester des Spitals Neumünster, 8125 Zollikerberg, Tel. 01 63 77 00.



Krankenhaus vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern

Wir suchen baldmöglichst oder nach Uebereinkunft für unsere Privatklinik, zentral und doch ruhig gelegen

1 dipl. Krankenschwester

für unsere Krankenabteilung

1 dipl. Krankenschwester

für die Ueberwachungsstation mit Schichtbetrieb. Wir bieten zeitgemäss Arbeits- und Lohnbedingungen, Fünftagewoche, angenehmes Arbeitsklima.

Anmeldungen sind zu richten an die Oberschwester Vreni Schindler, Krankenhaus vom Roten Kreuz, Gloriastrasse 18, 8006 Zürich, Tel. 01 34 14 10.



Sie verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege oder in Kinderkrankenpflege? Sie legen Wert darauf, sich weiterzubilden? Dann zögern Sie nicht länger, melden Sie sich für den

Ausbildungskurs

für Pflegepersonal in den Abteilungen Anästhesie, Reanimation und Intensivbehandlung an!

Nächster Kursbeginn: 1. Mai 1973 (Eintritt bis 1. August möglich). Kursdauer: 2 Jahre. Lehrabschluss: mit Examen und Fähigkeitsausweis.

Die Schulleitung, Telefon 031 64 24 51, oder die Direktion des Inselspitals, Pflegedienst, Telefon 031 64 28 39, erteilen Ihnen gerne weitere Auskünfte (Kennziffer 151/72). O



Kinderspital Zürich
Universitäts-Kinderklinik
Wir suchen auf Frühjahr 1973

diplomierte Kinderkrankenschwestern

für folgende Abteilungen:

- Medizin
- Chirurgie
- Neonatologie
- Intensivpflege

Wenn Sie Freude haben, Verantwortung zu übernehmen, gewillt sind, in der guten Atmosphäre unseres jungen Schwestern-Teams mitzuwirken, und wenn Ihnen das Arbeiten mit Schülerinnen liegt, dann würden wir uns gerne einmal mit Ihnen über die freien Stellen unterhalten.

Wir können Ihnen den Anforderungen entsprechende Arbeitsbedingungen, ausgezeichnete Weiterbildungsmöglichkeiten und eine interessante, vielseitige Tätigkeit bieten.

Nähtere Auskunft erteilt Ihnen gerne Ober-schwester Susi Pfister, Tel. 01 47 90 90.

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an die **Direktion des Kinderspitals, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich.**

Kantonsspital Liestal

Wir suchen für unsere Notfallstation

1 dipl. Krankenschwester 1 dipl. Krankenpfleger

Wir erwarten:

Gute Ausbildung und Erfahrung im Beruf.

Wir bieten:

Interessante Tätigkeit bei fortschrittlichen Anstellungsbedingungen und guter Entlohnung.

Anmeldungen sind unter Beilage von Lebenslauf und Zeugniskopien an die Verwaltung des Kantonsspitals, 4410 Liestal, zu richten.



Kreisspital Pfäffikon ZH
sucht für sofort oder nach Vereinbarung

leitende Operationsschwester

welche gerne in einem modernen Landspital (etwa 25 km von Zürich entfernt) tätig sein möchte. Kleines Team, bestehend aus zwei Operationsschwestern und einer Volontärin.

Wir bieten gutes Arbeitsklima, zeitgemäße Anstellungsbedingungen, 5-Tage-Woche sowie Unterkunft im neuen Personalhaus.

Anfragen sind zu richten an Herrn Dr. med. Meng, Kreisspital Pfäffikon, 8330 Pfäffikon, Tel. 01 97 63 33 (nur morgens).

Das Bezirksspital Affoltern a. A.

(20 km von Zürich)

sucht zu möglichst baldigem Eintritt

Operationsschwester

eventuell Operations-Lernschwester

Ferner Narkosepfleger
oder Narkoseschwester

für seinen modern eingerichteten operativen Betrieb (3 Operationsschwestern, 3 Narkosepfleger). Besoldung nach kantonalem Reglement, geregelte Arbeitszeit. Verpflegung und Unterkunft auf Wunsch im Spital.

Offerten unter Angabe des Ausbildungsgangs und Beilage von Zeugnissen erbeten an Herrn Dr. med. H. Meili, Chirurgischer Chefarzt, Sonnenbergstrasse, 8910 Affoltern a. A.

Die Tuberkulose-Liga des Kantons St. Gallen
sucht zu baldmöglichstem Eintritt eine zweite

Impfschwester

Es ist beabsichtigt, der neuen Impfschwester einen Teil des Kantons St. Gallen zur selbständigen Bearbeitung zu übertragen. Sie muss daher in der Lage sein, den BCG-Impfdienst in Schulen und andere Aktionen zu organisieren und den Impfärzten zu assistieren. Damit verbunden sind auch administrative Arbeiten.

Anmeldungen mit Angabe der Gehaltsansprüche sind zu richten an: Herrn Dr. med. O. Geel, Kantonsarzt, Moosbruggstrasse 11, 9000 St. Gallen. P

Hätten Sie Freude, in einem kleinen Team mitzuwirken?

Wir suchen für unser 10 km von der Stadt Zürich entferntes und nahe dem See gelegenes Krankenhaus

diplomierte Operationsschwestern

Wir bieten zeitgemäss Entlohnung, geregelte Freizeit, auf Wunsch Unterkunft und Verpflegung.

Unsere Oberschwester erwartet gerne Ihre Bewerbung.

THALWIL KRANKENHAUS

CH - 8800 Thalwil, Tischenloostrasse 55
Telefon 01 720 90 11

P

Hôpital de l'île Berne

Inselspital Bern

Etes-vous

infirmière ou infirmier diplômé

et désirez-vous vous perfectionner et vous spécialiser? Annoncez-vous sans hésiter pour suivre les cours spécialisés pour personnel infirmier de nos services d'anesthésiologie, de réanimation et de soins intensifs.

Prochains cours: 1er mai 1973

(Entrée en fonction possible jusqu'au: 1er août 1973). Durée des cours: 2 ans. Examen final et diplôme.

La direction de l'école, (tél. 031 64 24 51) ou la direction de l'hôpital de l'île (tél. 031 64 28 39) sont à votre disposition pour des renseignements complémentaires. (Chiffre 151/72) O

Spital Altstätten

Für die Aufsicht über den Pflegedienst unseres modern eingerichteten Spitals (140 Betten) suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine

Oberschwester

Wir wünschen uns eine Persönlichkeit, die neben fachlicher Qualifikation auch Erfahrung, Organisationstalent und menschliches Einfühlungsvermögen besitzt.

Wir bieten zeitgemäss Anstellungsbedingungen, gute Entlohnung mit 13. Monatsgehalt, moderne Unterkunft im neuen Personalhaus, 5-Tage-Woche.

Anmeldungen sind erbeten an die Spitalverwaltung, 9450 Altstätten, Tel. 071 75 11 22.

Maternité Inselhof Triemli, Zürich

Wir suchen für unsere moderne geburtshilfliche Klinik

**Stationsschwestern
dipl. KWS-Schwestern
Dauernachtwache**

für die Beobachtungsstation für Schwangere

Schwesternhilfen

für die Kleinkinderabteilung unseres Kinderheims

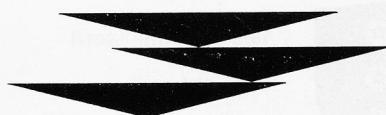
Stationsschwester

für unsere KWS-Schule

Unterrichtsschwestern

Wir bieten neuzeitliche Anstellungs- und Arbeitsbedingungen. Dienstantritt nach Vereinbarung.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an die Oberin Sr. E. Reich, Maternité Inselhof Triemli, Birmensdorferstrasse 501, 8055 Zürich, Tel. 01 36 34 11. M



Für die Frauenabteilung des Kant. Altersheims suchen wir

Abteilungsschwester

die Freude hat an der Leitung dieser Abteilung und am Umgang mit betagten Frauen. Es handelt sich um einen selbständigen Posten mit direkter Unterstellung unter den Verwalter, der grossen Wert auf kollegiale Zusammenarbeit legt.

Die sehr gute Besoldung entspricht der Aufgabe im Rahmen der Kant. Besoldungsordnung (übliche Sozialleistungen und Pensionskasse).

Anmeldungen von Bewerberinnen mit Diplom als Kranken- oder Psychiatrieschwester sind erbeten an den Verwalter des Kant. Altersheims, Rheinstrasse 43, 4410 Liestal, Tel. 061 91 03 03, der auch gerne jede weitere Auskunft gibt. K

**Kantonsspital Luzern**

Wir suchen für unsere **Dialyseabteilung** der medizinischen Klinik eine

dipl. Krankenschwester

Sie finden bei uns eine interessante, selbständige Arbeit in der Betreuung von Spitaldialysen, Heimodialysen und Transplantierten. Wenn Sie bereits über Dialysekenntnisse verfügen, so ist das sehr vorteilhaft. Andernfalls werden Sie sorgfältig in dieses Spezialgebiet eingearbeitet.

Wir bieten Ihnen geregelte Arbeitszeit, angenehmes Arbeitsklima in kleinem, aufgeschlossenem Team, zeitgemässes Besoldung (13. Monatslohn), sehr schöne Wohnmöglichkeiten und Verpflegung mit dem Bonsystem.

Der Leiter der Dialysestation, Herr Dr. med. A. Colombi, erteilt Ihnen gerne nähere Auskunft, Tel. 041 25 11 25.

Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen an das Personalbüro des Kantonsspitals, 6004 Luzern, zu richten.

Hôpital de l'Enfance, Lausanne
cherche pour le 1er février 1973 ou date à convenir:

**1 infirmière responsable
de division**

ayant obtenu le diplôme supérieur de la Croix-Rouge ou désirant accomplir cette école,

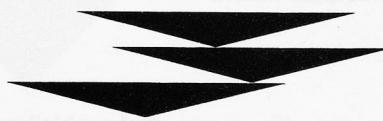
et

**plusieurs infirmières
(HMP ou soins généraux)**

pour ses services de soins.

Les conditions de travail, de traitement sont équivalentes à celles de tous les autres hôpitaux régionaux vaudois.

Les offres manuscrites accompagnées d'un curriculum vitae, copies de certificats, diplômes et d'une photographie format passeport doivent être envoyées à la Direction de l'Hôpital de l'Enfance, 16, chemin de Montétan, 1004 Lausanne, tél. 021 25 12 12.



**Hôpital de la Ville «Aux Cadolles»
2000 Neuchâtel**

cherche, pour entrée en fonction immédiate ou date à convenir

infirmier(ère) anesthésiste infirmière responsable pour son service de pédiatrie

Les offres sont à adresser à la Direction de l'hôpital avec copie de certificats et curriculum vitae.

**«La Source», Ecole Romande d'infirmières
à Lausanne**

cherche pour son stage extérieur à l'hôpital de la Ville «Aux Cadolles», Neuchâtel,

infirmière enseignante

si possible avec formation.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à Mlle C. von Allmen, Directrice de «La Source».

H

Evang. Pflegeheim St. Gallen-Bruggen

Im August 1973 wird unser modernes Chronisch-Kranken-Heim mit 69 Betten eröffnet. Für die Leitung der Pflegestationen suchen wir

3 dipl. Krankenschwestern

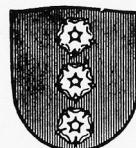
und

1 dipl. Krankenpfleger

Besitzen Sie gute Berufskenntnisse und Empathie sowie Freude an der Pflege chronischkranker Mitmenschen? Würden Sie auch gerne mithelfen, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen?

Sie finden bei uns selbständige Arbeit. Lohn nach kant. Besoldungsreglement. Sie können wählen zwischen einem hübschen Zimmer im Personaltrakt und Externat.

Ihre Bewerbung oder Anfrage erwartet gerne: Herr Professor Dr. Werner Weber, Steinbockstrasse 18, 9010 St. Gallen, Tel. 071 24 20 77. E



Bürgerspital Solothurn

Auf das Frühjahr 1973 suchen wir eine

Leiterin der Spitalgehilfenschule

Diplomierte Krankenschwester mit Freude am Erteilen von Unterricht und Erfahrung im Pflegedienst wird gründlich in den neuen Aufgabenkreis eingeführt. Es wird auch die Möglichkeit geboten, sich beruflich weiterzubilden. Die Besoldung richtet sich nach dem kant. Regulativ.

Weitere Auskünfte erteilt gerne die derzeitige Leiterin der Spitalgehilfenschule, Sr. Monica Arnold.

Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltungsdirektion des Bürgerspitals, 4500 Solothurn (Tel. 065 2 60 22).

Kantonsspital Basel

Chirurgische und medizinische Abteilungen
für Intensivmedizin

Am 7. Mai 1973 beginnen wir wieder einen gemeinsamen

Kurs für chirurgische und medizinische Intensivpflege

für diplomierte Krankenschwestern und -pfleger oder Kinderkrankenschwestern.

Wir erwarten Mitarbeit auf einer unserer Intensivpflegestationen für mindestens ein Jahr. Eintritt: spätestens 1. April 1973

Wir bieten einen 14tägigen Blockkurs als Basseinführung, regelmässige Weiterbildung.

Gute Anstellungsbedingungen.

Interessenten melden sich bei der Leiterin des Pflegedienstes, Bürgerspital Direktion, 4000 Basel.



Bezirksspital in Biel

Wir suchen zum Eintritt nach Vereinbarung

diplomierte Krankenschwester/-pfleger für die Anästhesie- oder Operationssaallehre

Bei beiden Ausbildungen kann nach 2jähriger erfolgreicher Lehrzeit der Fähigkeitsausweis erworben werden.

Ausgebildete Operations- und Anästhesieschwestern und -Pfleger sind uns selbstverständlich sehr willkommen.

Auskünfte und Anmeldungen durch die Spitaloberin, Bezirksspital in Biel, Sr. Klara Duss, Telefon 032 2 97 71.

Krankenheim Uster

Ende 1973 wird unser neuerstelltes städtisches Krankenheim mit 100 Pflegebetten dem Betrieb übergeben werden können.

Wir suchen eine tüchtige und erfahrene

Oberschwester

die Freude daran hat, die Ausstattung und Organisation ihres späteren Tätigkeitsgebietes heute schon massgebend beeinflussen zu dürfen.

Für diesen verantwortungsvollen Posten scheint uns das Alter weniger ausschlaggebend zu sein als eine ausgeglichene Persönlichkeit, die Wert auf eine verständnisvolle und angenehme Zusammenarbeit legt.

Eintrittsdatum nach Vereinbarung, etwa Mitte 1973.

Richten Sie bitte Ihre Offerte mit Angabe über Ausbildung und Referenzen an das **Sekretariat der Alters- und Krankenheimkommission, Stadthaus, 8610 Uster.**

Wir suchen auf den 1. März 1973 eine

Oberschwester

für unser Landspital, das momentan von 140 auf 200 Betten erweitert wird. Sie können bei der Einrichtung des neuen Spitals wesentlich mithelfen.

Wir bieten Ihnen alles, was ein modernes Spital bieten kann: Absolvierung des Oberschwesternkurses nicht unbedingt erforderlich. Kommen Sie nach Grabs im St.-Galler Rheintal (nächste Station bei Buchs, 5 Autominuten ins Fürstentum Liechtenstein) — wir zeigen Ihnen gerne Ihren zukünftigen Arbeitsbereich, die landschaftlichen Schönheiten und die vielen Möglichkeiten für Sommer- und Wintersport. Dürfen wir Sie zu einer unverbindlichen Aussprache bald erwarten? Unsere Oberschwester, die zufolge Heirat wegzieht, gibt Ihnen gerne jede Auskunft.

Kant. Spital Grabs SG
Tel. 085 6 41 41

K

Dame âgée

invalid et seule cherche une personne retraitée, chrétienne, pour petits travaux et pour aider au lever et au coucher. Chambre à coucher confortable à disposition. S'adresser à Mme Meyer, Rothaus, 3322 Mattstetten, tél. 031 85 07 42.

Oberwalliser Kreisspital Brig. Wir suchen eine gut ausgebildete

Anästhesieschwester

und für unsere neue Intensivstation eine
dipl. Krankenschwester

Wir bieten Ihnen zeitgemäße Arbeitsbedingungen und freuen uns auf Ihre Mitarbeit in unserem Spital. Im neuen Personalhaus finden Sie wohnliche Unterkunft.

Bewerbungen sind zu richten an die Spitaldirektion, Oberwalliser Kreisspital, **3900 Brig**.

Bezirksspital Burgdorf

Wir suchen für den Operationssaal der chirurgischen Abteilung (Chefarzt Prof. Dr. H. Stirnemann) eine

Operationsschwester

Die Anstellungsbedingungen erfolgen nach den neuen Richtlinien des Kantons Bern (Inselspital).

Anfragen sind erbeten an die Verwaltung des Bezirksspitals Burgdorf, Tel. 034 231 21.

MORGINS (Wallis, 1400 m)

Idyllisches Bergdorf in waldreicher Gegend, ideal zum Wandern und Skifahren (100 km Wanderwege, 12 Lifte)

Zu vermieten

heimeliges, gut möbliertes und eingerichtetes
Studio für 2 oder 3 Personen
(Küche, Bad)

Preis pro Tag und Person (alles inbegriffen): Fr. 10.— (Hochsaison) bzw. Fr. 7.— (Vor- und Nachsaison). Auskunft und Prospekte:

Fam. P. Pfister, Gwattstrasse 81, 3645 Gwatt, Tel. 033 36 10 06 P

In meine modern eingerichtete ORL-Praxis in Biel suche ich auf einen zu vereinbarenden Zeitpunkt (spätestens April 1973) eine Nachfolgerin für meine

Praxisschwester

(evtl. auch gut ausgebildete Arztgehilfin)

Es handelt sich um eine selbständige, abwechslungsreiche externe Stelle neben einer Sekretärin. Alternierende Fünftagewoche, reichlich Freizeit und Ferien. Es kann kleinere Wohnung zur Verfügung gestellt werden. Weitere Auskunft erteilt: Dr. med. Peter Egli, Hugistrasse 10, Biel, Telefon 032 2 94 33. Offerten unter Beilage von Ausbildungsausweisen, wenn möglich Zeugnissen.

Städtisches Krankenhaus Rorschach

Für unsere gut eingerichtete Operationsabteilung suchen wir eine(n)

leitende(n) Operationsschwester (oder -pfleger)

Sie finden bei uns einen sehr regen chirurgischen Betrieb, der einen vielfältigen und interessanten Aufgabenkreis bietet. Wir verfügen über 157 Krankenbetten; das Haus ist erweitert, renoviert und neu eingerichtet.

Es wird uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen, damit wir Ihnen über die Anstellungsbedingungen (nach kantonalen Normen) Aufschluss geben können. Chefarzt Dr. W. Ott und Verwalter H. Heer stehen gerne zu einer Besprechung zur Verfügung.

Anmeldungen wären zu richten an: Verwaltung Städt. Krankenhaus, 9400 Rorschach SG, Tel. 071 41 42 11.

Gesucht nach Faido ins Heilig-Kreuz-Spital (100 Betten) für sofort oder nach Uebereinkunft

1 dipl. Laborantin

1 Arztgehilfin mit Laborpraxis

Offerten mit Zeugnissen und Fähigkeitsausweisen sind an die Direktion zu richten. H

Venez dans le pays du soleil, à Sierre, au centre du Valais. Nous cherchons des infirmières en soins généraux,

une infirmière de salle d'opération

et des

infirmières-assistantes

Les candidates sont priées de s'annoncer à la Directrice ou à l'infirmière-chef de l'Hôpital d'Arrondissement de Sierre, tél. 027 5 06 21.

Evang. Kirchgemeinde Romanshorn-Salmsach

Für einen unserer beiden Gemeindeteile suchen wir zur selbständigen Betreuung eine diplomierte

Gemeindekrankenschwester

Die aufgeschlossene Kirchgemeinde bietet ein schönes Tätigkeitsfeld für einsatzfreudige Person unter einer dankbaren Bevölkerung, ferner zeitgemäße Entlohnung und 5-Tage-Woche, Pensionskasse, Beitrag an Wohnungsmiete. Auto wird zur Verfügung gestellt, oder die Spesen für Ihren Wagen werden vergütet. Stellenantritt womöglich 1. April 1973.

Nähere Auskunft erteilt gerne: S. Hüttinger, Tel. 071 63 27 41, Spielgasse 4, 8590 Romanshorn. P

Bezirksspital Leuggern AG

Wir suchen eine initiative Persönlichkeit mit fachlicher Qualifikation, Organisationstalent und gutem Einfühlungsvermögen als

Spitaloberschwester

Stellenantritt nach Vereinbarung. Wir orientieren Sie gerne über die Anstellungsformalitäten.

Anmeldungen sind zu richten an die Spitalkommission, Bezirksspital, 5316 Leuggern, Tel. 056 45 25 00.

**Bezirksspital Unter-Engadin
in Bad Scuol-Tarasp-Vulpera**

Wir suchen auf anfangs April 1973

2 dipl. Krankenschwestern**1 Physiotherapeuten (Physiotherapeutin)**

Zeitgemäße Lohn- und Anstellungsbedingungen. Bad Scuol-Tarasp-Vulpera ist Weltkurort und im Winter das Sportzentrum des Unter-Engadins.

Anmeldungen mit den üblichen Unterlagen sind erbeten an die Verwaltung des Spitals, 7500 Scuol, Tel. 084 9 11 62.

Etablissement médical cherche

infirmière sous chef

possibilité de devenir rapidement infirmière-chef. Préférence sera donnée à infirmière ayant les diplômes SSP et SG ou ayant suivi les cours de la Croix-Rouge.

Faire offres écrites à Dr. W. Semadeni, Médecin-chef, La Métairie, 1260 Nyon, en joignant curriculum vitae et copies des diplômes. L

Klinik Hirslanden Zürich sucht zum Eintritt nach Uebereinkunft eine tüchtige Krankenschwester als

Dauernachtwache

Interessentinnen mit Erfahrung erhalten Auskunft bei unserer Oberschwester Ruth, Telefon 01 53 32 00, intern 516.

L'Hôpital de Lavaux à Cully

au bord du Lac Léman (à 10 km de Lausanne) cherche

infirmières diplômées

Faire offre à la Direction de l'hôpital, tél. 021 99 13 25.

Gesucht ins **Heilig-Kreuz-Spital** Faido:
a) per 1. April 1973:

2 dipl. Krankenschwestern

b) sofort oder nach Uebereinkunft:

1 Krankenschwester

mit Praxis in der X-Strahlen-Abteilung

1 Krankenschwester

mit Praxis in der Diathermie-Therapie
Italienischkenntnisse sind nicht erforderlich.
Es besteht die Möglichkeit, die Italienisch-Schule mit Gratislektionen zu besuchen. Offerten mit Diplomen und Lebenslauf sind erbeten an die Direktion des Spitals Faido. H

Bezirksspital Zofingen

Wir suchen zu baldigem Eintritt

dipl. Krankenschwestern

Unsere Anstellungsbedingungen sind zeitgemäß und angelehnt an die kantonale Verordnung.

Anmeldungen sind erbeten an unsere Oberschwester oder den Verwalter des Bezirksspitals Zofingen, Telefon 062 51 31 31.



Urdorf

Als aufstrebende Gemeinde mit bald 10 000 Einwohnern und im Einzugsgebiet der Stadt Zürich gelegen, sucht auf den 1. März 1973 oder früher eine

Gemeindeschwester

Unsere jetzige Stelleninhaberin möchte zufolge Erreichung der Altersgrenze nach 22jähriger Tätigkeit in den wohlverdienten Ruhestand treten und die verantwortungsvolle Arbeit in jüngere Hände geben.

Die sinnvolle und dankbare Aufgabe der Gemeindeschwester im Kontakt mit dem Mitmenschen umfasst ein vielseitiges Arbeitsgebiet und kann selbstständig erledigt werden.

Wir bieten: eine 3-Zimmer-Wohnung, Dienstfahrzeug mit Garage wird zur Verfügung gestellt, eine zeitgemäße Besoldung mit gutausgebauter Treueprämienregelung, Sozialleistungen, Pensionskasse. Gerne erteilen wir auch nähere Auskünfte (Tel. 01 98 38 81, intern 24).

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die

Gesundheitskommission 8902 Urdorf

Schloss Mammern am Bodensee

Sanatorium und Klinik für innere Krankheiten, sucht auf 1. März/1. April 1973 erfahrene, tüchtige

dipl. Krankenschwestern

Interessante, abwechslungsreiche Tätigkeit, angenehmes Arbeitsklima, geregelte Freizeit, Fünftagwoche, sehr hohe Entlohnung. Offerten mit Zeugniskopien und Foto an

Dr. med. A. Fleisch, 8265 Mammern

Hôpital cantonal universitaire de Lausanne

cherche pour tout de suite ou pour date à convenir

infirmières (iers)

pour ses nouveaux Services de soins intensifs de chirurgie et de neurochirurgie. Conditions de travail agréables, semaine de cinq jours, avantages sociaux. Possibilités de logement dans l'établissement. Les offres sont à adresser à la Direction, 1011 Lausanne.

Davos

Wir suchen in unsere Höhenklinik

dipl. Krankenschwestern

Krankenpflegerinnen

Schwesternhilfen

(können angelernt werden)

Zeitgemäße Anstellungsbedingungen, 5-Tage-Woche.

Nähere Auskunft erteilt gerne die Oberschwester der Thurgauisch-Schaffhausischen Heilstätte 7270 Davos-Platz, Tel. 083 3 65 12.

Dipl. Krankenschwestern Dipl. Krankenpfleger

**Spitäler gibt es viele,
aber es gibt nur ein**

**INSEL
SPITAL**

Neben neuzeitlichen Anstellungsbedingungen bieten wir Ihnen:

- weitgehende Befreiung von fachfremden Arbeiten
- moderne Spital-einrichtungen
- gutes Arbeitsklima
- Fortbildungs- und Auf-stiegsmöglichkeiten
- zeitgemäße Besoldung
- gut ausgebauten Quartierdienst für die Zimmer- und Wohnungs-vermittlung
- verantwortungsvoll geführte Kinderkrippe

Ihre Anfrage oder Bewerbung richten Sie bitte an die Direktion des Inselspitals, Pflegedienst, 3010 Bern, Tel. 031/64 28 39

Evang. Kirchgemeinde Niederuzwil SG

Unsere langjährige Gemeindeschwester möchte auf den 1. Mai 1973 in den Ruhestand treten. Welche ausgebildete

Krankenschwester

möchte ihre Nachfolge antreten? Neben einer 2-Zimmer-Wohnung steht auch ein Auto zur Verfügung. Gehalt, Ferien und Ablösung sind grosszügig geregelt.

Wenn Sie sich für diese Aufgabe interessieren, senden Sie bitte Ihre Bewerbung an Herrn H. Zogg, Präsident der Evang. Kirchenvorsteherschaft, Henauerstrasse 4, 9244 Niederuzwil.

E

Hôpital de Delémont (Jura, Suisse)

cherche pour son service de salle d'opération,

2 infirmières de salle d'opération

En plus de la chirurgie générale, l'Hôpital de Delémont fonctionne comme clinique A. O.

De bonnes conditions de travail et de salaires sont offertes aux candidates intéressées qui sont priées de faire une offre de services, par écrit, à la Direction de l'Hôpital, accompagnée des copies de certificats et diplôme.



Engeriedspital Bern

Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft

2 dipl. Kinderschwestern WSK

für unsere Kinderchirurgie

Wir bieten ein gutes Arbeitsklima, zeitgemässe Arbeitsbedingungen, Entlohnung nach städtischem Besoldungsdekret.

Nähre Auskunft erteilt gerne die Oberschwester, Engeriedspital, Bern, Tel. 031 23 37 21.

Hauspfeiferin

(Familienhelferin) gesucht in aufstrebende so-lothurnische Industriegemeinde (3000 Einwohner). Nähe Stadt. Neuzeitliche Anstellungsbedingungen.

Geeignete Bewerberinnen mit entsprechender Ausbildung (Diplomabschluss erwünscht) sind gebeten, sich direkt an den Präsidenten zu wenden (Tel. 065 2 97 65).

Krankenpflegeverein Langendorf

K

Kantonsspital Frauenfeld

Chirurgische Abteilung, Chefarzt Dr. med. R. Gonzenbach. Wir suchen für sofort oder nach Uebereinkunft für die chirurgische Abteilung

dipl. Krankenschwestern

Interessentinnen wird der Besuch eines Stationsschwesternkurses an der Rotkreuz-Fortbildungsschule geboten. Wir bieten zeitgemässe Besoldung mit 13. Monatslohn. Gute Sozialleistungen. Unterkunft intern oder extern. Verpflegung mit Bonsystem. Für Ausküntfe steht die Oberschwester gerne zur Verfügung. Telefon 054 7 17 51. Anmeldungen richten Sie bitte an die Verwaltung des Kantonsspitals Frauenfeld, 8500 Frauenfeld TG.

Bürgerspital St. Gallen

Für unsere Schulstation suchen wir

1 oder 2 diplomierte Krankenschwestern

welche am akutgeriatrischen Spitalbetrieb interessiert sind und Freude an der Förderung und Ausbildung von Lernschwestern und Pflegerinnen haben.

Wir bieten regelmässige innerbetriebliche Fortbildung auf dem Gebiet der geriatrischen Fachmedizin sowie fortschrittliche Anstellungsbedingungen.

Anfragen oder Anmeldungen sind zu richten an die Verwaltungsdirektion oder an den Chefarzt des Bürgerspitals, 9000 St. Gallen, Telefon 071 26 31 21.

Institution de Lavigny cherche

infirmières diplômées

Horaire de travail de 45 heures par semaine. Facilités de transport et de logement.

Entrée dès que possible.

Prendre contact par téléphone au 021 76 55 81.

P

Verein für Gemeindekrankenpflege Zürich 2

Wir suchen zum Eintritt auf den 1. April eine

Gemeindeschwester

für Zürich-Wollishofen. Selbständige Tätigkeit mit eigener Wohnung. Besoldung nach städtischem Reglement, Freizeit geregelt.

Diplomierte Interessentinnen sind gebeten, Ihre Bewerbung mit Ausweisen über Ausbildung und bisherige Tätigkeit zu richten an den Präsidenten Pfr. Hs. Schneider, Rainstrasse 62, 8038 Zürich, Tel. 01 45 60 60. E

Institution de Lavigny, hôpital neurologique

cherche à s'assurer la collaboration d'un

infirmier(ère) chef

si possible en possession du certificat de capacité d'infirmier-chef, délivré par la Croix-Rouge. Nous souhaitons engager une personne dynamique et capable d'assumer l'organisation des soins infirmiers de l'établissement.

Entrée dès que possible. Salaire et travail intéressants. Ambience agréable. Appartement à disposition. Adresser les offres de service manuscrites, accompagnées d'un curriculum vitae et copie de diplôme, au **bureau du personnel de l'institution.** P

L'Hôpital Pourtalès, Neuchâtel

sucht per sofort oder nach Uebereinkunft

Krankenschwestern/Operationsschwestern

Chef-Krankenschwester/Operationsschwester

Bitte Ihre komplette Offerte mit Lebenslauf und Zeugniskopien an den Personal-Service des Spitals Pourtalès, Maladière 45, 2000 Neuchâtel, senden.

Hôpital de District, 2900 Porrentruy

(250 lits) cherche

infirmiers

infirmières

infirmières-assistantes

infirmières-anesthésistes

Ambiance de travail agréable — possibilité de stages dépt.: soins intensifs — réanimation — hémodialyse. Logement à disposition. Conditions de traitement et de travail intéressantes. 13ème mois. Faire offres avec copies de diplômes et certificats au chef du personnel.

Gesucht zu baldigem Eintritt in Arztpraxis im Glarnerland

Krankenschwester oder Frau

Schönes Zimmer mit Bad oder kleine Wohnung vorhanden. Geregelter Arbeitszeit. Eilofferte an Dr. med. M. Schneiter, 8776 Hätingen.

Stellengesuche

Dipl. Krankenpfleger

verheiratet, mit zweijähriger Tätigkeit in Op.-Saal und Gipszimmer sucht neuen Wirkungskreis. Welches mittelgrosse Spital kann mir eine interessante Stelle in Op.-Saal und Gipszimmer bieten? Eintritt Herbst 1973. Offerten mit genauer Gehaltsangabe unter Chiffre 4182 ZK an VS-Annoncen Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Initiative

Krankenschwester

mit Hebammendiplom und 20jähriger Spitalerfahrung sucht verantwortungsvolle, selbständige Tätigkeit im Raum Zürich oder nähere Umgebung für Februar oder Anfang März. Keine Nachtwache, gutes Betriebsklima. Kant. BVK erforderlich.

Ausführliche Angebote erbeten unter Chiffre 4183 ZK an VS-Annoncen Vogt-Schild AG, 4500 Solothurn 2.

Junger

Psychiatriepfleger

verheiratet, 2 Jahre dipl., möchte auf Frühling 1973 zur allgemeinen Krankenpflege, speziell Medizin, überwechseln. Mit Wohnmöglichkeit, 3—4 Zimmer.

Offerten bis 1. Februar bitte an Horst Göring, bei Familie A. Steinmann, Depotstrasse 52, 3012 Bern.

Hauben- und Maskenprogramm aus textilem Vliesstoff

SURGINE* Elast

elastisch, passend für jede Kopfgrösse, angenehm zu tragen, speziell entworfen für das männliche Op-Personal



SURGINE* Band

Op-Haube mit Bändern, passend für jede Kopfgrösse, wie sämtliche übrigen Hauben und Masken in praktischer Spende- packung erhältlich



SURGINE* Maske

ausgezeichnete Passform, angenehm zum Tragen, geringer Hitze- stau, unübertrof- fene Filterwirkung

DAY-LEE*

leicht und bequem, schont die Frisur, speziell gedacht für Schwestern in- und ausserhalb des Op's, sowie für Patienten



SURGINE* Tria

Op-Kopfschleier für Schwestern in- und ausserhalb des Op's, kann auch über die Schwestern- Haube getragen werden



* Trademark

Johnson & Johnson

Johnson + Johnson AG, Märzengasse 3, 5430 Wettingen, Tel. 056 6 50 76

Sollten Sie noch nicht im Besitze unserer neuesten Dokumentationsmappen über das Hauben- und Maskenprogramm sein, so senden wir Ihnen diese gerne unverbindlich zu.



Die drei Favoriten
für die Krankenpflege

Uroflex Practo-Clyss Gyno-Flex

Les trois favoris
pour les soins aux malades



Vifor S.A. Genève