

## Abstracts

Dinge unter der Lupe: Geschichte(n) und materielle Kultur(en) in den Gesundheitsberufen  
4. Workshop, Freitag, 16. Juni 2017. Institut für Medizingeschichte IMG der Universität Bern,  
Bühlstrasse 26, 3012 Bern.

Organisation, Übersetzung und Redaktion: Véronique Hasler, Kristin Hammer, Sabina Roth,  
Michèle Schärer (GPG-HSS).

## Résumés

Des objets sous la loupe : histoire(s) et culture(s) matérielles des professions de la santé  
4<sup>e</sup> workshop, vendredi 16 juin 2016. Institut d'histoire de la médecine de l'Université de Berne,  
Bühlstrasse 26, 3012 Berne.

Organisation, traduction et rédaction: Véronique Hasler, Kristin Hammer, Sabina Roth, Michèle  
Schärer (GPG-HSS)

### Dr. Corinne Doria (Université de Paris 1 et de Milan)

#### Objets médicaux et identité professionnelle des praticiens. Le cas de l'ophtalmoscope

Inventé en 1851 par le médecin prussien Hermann von Helmholtz, l'ophtalmoscope rend possible pour la première fois dans l'histoire d'explorer les milieux transparents de l'œil vivant. Saluée comme une découverte fondamentale, cet instrument se répand rapidement dans le milieu des spécialistes grâce notamment aux plus célèbres ophtalmologistes de l'époque (Jager à Vienne, Bowman à Londres, Donders à Utrecht), qui sont conscient de l'utilité de cet instrument au niveau du diagnostic et de la recherche médicale.

Si l'invention et la diffusion de l'ophtalmoscope accompagnent la naissance et l'institutionnalisation de l'ophtalmologie, qui se construit en tant que spécialité médicale courant la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, cet instrument contribue également à façonner l'identité professionnelle des ophtalmologistes. Inventé par un médecin, il fait l'objet de perfectionnements continus de la part des ophtalmologistes, qui revendiquent son utilisation exclusive et s'opposent à qu'il soit mis à disposition des non spécialistes ou d'autres catégories de professionnels (comme, par exemple, les opticiens).

Cette communication se propose d'interroger le rôle de l'ophtalmoscope dans la construction de l'identité professionnelle des médecins ophtalmologistes. Nous allons étudier sa diffusion dans la pratique médicale et analyser la littérature scientifique produite autour de cet instrument au miroir des apports les plus récents dans la recherche en sociologie des professions médicales (Ian Wilson et al. 2013).

#### Medizinische Objekte und professionelle Identität der Praktiker. Der Fall des Ophthalmoskops.

Als das Ophthalmoskop durch den preussischen Mediziner Hermann von Helmholtz 1851 erfunden wurde, ermöglicht es zum ersten Mal in der Geschichte die transparente Welt des lebenden Auges zu erforschen. Dieses Instrument, das als fundamentale Entdeckung begrüsst wird, verbreitet sich sehr schnell unter sämtlichen Spezialärzten, vor allem dank den in der damaligen Zeit bekanntesten Ophthalmologen (Jager in Wien, Bowman in London, Donders in Utrecht), denen der Nutzen des Instruments für die Diagnostik und die medizinische Forschung bewusst ist.

Wenn die Erfindung und die Verbreitung des Augenspiegels die Entstehung und Institutionalisierung der Ophthalmologie begleiten, die sich als medizinische Spezialdisziplin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts konstituiert, so trägt dieses Instrument ebenfalls dazu bei, die professionelle Identität der Ophthalmologen zu formen. Als Objekt eines Mediziners unterziehen die Augenärzte es ständiger Perfektionierung, fordern seinen exklusiven Gebrauch und weigern sich, dass es den Nichtspezialisten oder anderen Berufsleuten (wie z. B. den Optikern) zur Verfügung gestellt wird.

Dieser Vortrag befragt die Rolle des Ophthalmoskops in der Konstruktion der professionellen Identität der Augenärzte. Wir werden seine Verbreitung in der medizinischen Praxis untersuchen und im Spiegel der jüngsten Beiträge (Ian Wilson et al. 2013) aus der soziologischen Forschung zu den medizinischen Berufen die wissenschaftliche Literatur analysieren, die zu diesem Instrument entstand. (Übersetzung SR)

## Therese Hailer (ZHAW Departement Gesundheit, Winterthur)

### Die Fertigkeit der Leopold- Handgriffe in der Geburtshilfe

Die Leopold-Handgriffe als 1894 dokumentierte systematische Methode zur abdominalen Palpation, insbesondere um das damals weit verbreitete Kindbettfieber einzudämmen, wurden in der Hebammenausbildung jahrzehntelang ausführlich gelehrt. Es wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Lehre der Leopold-Handgriffe bis heute verändert hat, ob sie heute noch gelehrt und durch die Hebammen in der Praxis angewendet werden. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Rolle die Leopold-Handgriffe aus der Sicht der Hebammen in der heutigen Geburtshilfe spielen. Durch den Vergleich von vier Lehrbüchern des 19. bis 21. Jahrhunderts, die an der Hebammenschule St. Gallen und der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW) verwendet werden, mit dem Aufsatz Leopolds „Die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchungen“ von 1894 konnte die Autorin folgende Ergebnisse ermitteln: Die Lehre der Leopold-Handgriffe erfolgte jeweils im Kontext der Zeitgeschichte und des medizinischen Fortschrittes. Dem Grunde nach blieb sie unverändert. In der Lehre des 21. Jahrhunderts werden die Leopold-Handgriffe verstärkt eingebettet in das gewandelte Verhältnis zwischen Geburtshelfern und Schwangeren und ihren Kindern, die heute gleichberechtigt interagieren. Die ZHAW hat die Lehre der Leopold-Handgriffe entsprechend ihrer veränderten Rolle heute angepasst, insbesondere in den praktischen Ausbildungsteilen (Skillsunterricht) werden sie vertieft geschult. Für bestimmte Bereiche der Diagnostik werden heute die Leopold-Handgriffe weniger angewendet: Die Gefahr von Infektionen bei vaginalen Untersuchungen ist heute weitgehend eingedämmt. Technische Geräte, insbesondere der Ultraschall, stehen flankierend zur Verfügung. Dafür stehen neue Aufgaben für die Leopold-Handgriffe bereit: Die Verbesserung der Kommunikation, Schaffung einer entspannten Atmosphäre und Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen den Beteiligten sowie zwischen der werdenden Mutter und ihrem Kind.

### Les manœuvres de Léopold – un savoir-faire dans le domaine de l'obstétrique

Les manœuvres de Léopold ont été documentées en 1894 comme une méthode de palpation abdominale systématique destinée principalement à endiguer la fièvre puerpérale très répandue à l'époque. Cette méthode a été largement enseignée pendant des décennies dans la formation des sages-femmes. Les questions suivantes ont été examinées : comment l'enseignement des manœuvres de Léopold s'est-il transformé jusqu'à aujourd'hui ? Sont-elles aujourd'hui encore enseignées et pratiquées par les sages-femmes ? Quel rôle jouent-elles, de l'avis des sages-femmes, dans l'obstétrique actuelle ? La comparaison entre, d'une part, quatre manuels parus entre le 19<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> siècle, utilisés à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft – ZHAW) et, d'autre part, l'article de Léopold de 1894 intitulé « La conduite des accouchements réguliers au moyen des seuls examens externes » a permis à l'auteure de dégager les résultats suivants : l'enseignement des manœuvres de Léopold est à situer par rapport au contexte historique et aux progrès de la médecine de la période concernée ; dans ses fondements, il n'a guère changé ; dans l'enseignement au 21<sup>e</sup> siècle, les manœuvres de Léopold sont intégrées aux transformations qu'ont connues les relations entre l'équipe obstétricale, les parturientes et leurs enfants, interagissant aujourd'hui sur un mode égalitaire. Ainsi, la ZHAW a adapté l'enseignement des manœuvres de Léopold au rôle actuel des sages-femmes, en particulier dans le cadre de la formation pratique (enseignement des *skills*).

Dans certains domaines du diagnostic, les manœuvres de Léopold sont aujourd'hui moins appliquées. Le danger d'infection lors d'examens vaginaux est actuellement largement endigué. Des appareils techniques, comme l'ultrason en particulier, jouent un rôle complémentaire. En revanche, de nouvelles tâches peuvent être accomplies au moyen des manœuvres de Léopold : l'amélioration de la communication ; l'instauration d'une atmosphère détendue ; l'approfondissement de la relation de confiance entre les différentes personnes impliquées, de même qu'entre la future mère et son enfant. (Traduction MS)

## **Magali Bonzon (HESAV et Maternité d'Yverdon-les-Bains)**

### **La règle de Naegele pour le calcul du terme de la grossesse : exploration et questionnement autour d'une pratique enseignée aux sages-femmes depuis 200 ans**

Aujourd'hui, dans leur pratique quotidienne, toutes les sages-femmes utilisent un disque de carton imprimé ou une application électronique pour calculer la date présumée de l'accouchement, généralement inspiré de la règle de Naegele. Puis à chaque contrôle de grossesse, les sages-femmes se servent de ces mêmes outils pour déterminer l'âge gestationnel, avec la prise de décision qui peut y être associée, comme la prescription d'examen de laboratoire ou d'ultrasons. Lorsque le terme est dépassé, un enjeu particulier se profile : peut-on attendre le déclenchement naturel de l'accouchement ou faut-il provoquer, sachant qu'une grossesse normale dure, en moyenne, 40 semaines d'aménorrhée, mais que le terme est généralement considéré comme normal entre 37 et 42 semaines. Au-delà de 41 0/7, une grande Meta analyse a prouvé qu'il y avait un faible risque augmenté de mort fœtale (Gülmezoglu, 2012). Les femmes aussi sont intéressées par la date estimée de leur accouchement. Il n'y a qu'à voir le nombre prolifique de sites en ligne, gratuits ou payants, qui proposent ce service avec une qualité diverse.

Au vu de ce qui précède, il paraît intéressant d'approfondir l'origine, les bases et les enjeux du calcul du terme de la grossesse. Cette communication portera sur l'exploration historique de la règle de Naegele, ainsi que l'influence des apports scientifiques subséquents comme les observations sur le cycle féminin et l'avènement des ultrasons de datation.

Franz Carl Naegele (1778-1851) a été Professeur d'obstétrique à Heidelberg. Il est, entre autres, l'auteur d'un ouvrage destiné aux sages-femmes qui a été réédité huit fois en allemand et traduit en français, où est décrite la règle qui porte son nom. Naegele n'est pas à proprement parlé l'inventeur de cette règle. Le précurseur est Hermann Boerhaave (1668-1738) Professeur de médecine à Leiden. Les descriptions sur lesquelles repose la règle sont importantes pour comprendre le bénéfice d'un tel calcul, mais aussi ses remises en question ultérieures. Hermann Knauss (1892-1970), chirurgien et gynécologue autrichien, a démontré, sur la base d'observations concrètes du cycle féminin, que la durée effective de la grossesse humaine n'était pas de 280 jours comme le prétendait le calcul de Naegele, mais dépendait de la longueur des cycles. Plus récemment, des chercheurs ont comparé la fiabilité des ultrasons de datation par rapport à la méthode du calcul du terme. Les résultats se rejoignent pour dire que pour des femmes avec des cycles réguliers et une date connue du premier jour des dernières règles, l'ultrason de datation n'amène pas une prédiction meilleure que le calcul du terme selon Naegele (Rigshospitalet, 1998 ; Saunders, 1991 ; Zimmermann, 1998). En conclusion, la communication résumera les points contemporains de l'enseignement de la règle de Naegele aux étudiantes sages-femmes, incluant l'issue sociale pour les femmes et les implications obstétricales en cas de dépassement du terme.

### **Die Naegele-Regel zur Berechnung des Geburtstermins: Erkundung und Befragung einer seit 200 Jahren gelehrten Praxis der Hebammen**

Um das wahrscheinliche Geburtsdatum zu errechnen benutzen heute alle Hebammen in der täglichen Praxis eine bedruckte Kartonscheibe oder eine elektronische Applikation, die von der Naegele-Regel beeinflusst sind. Die gleichen Instrumente verwenden sie ausserdem bei jeder Schwangerschaftskontrolle, um das Schwangerschaftsalter zu bestimmen und um die damit verknüpften möglichen Entscheidungen wie etwa die Anordnung von Labor- oder

Ultraschalluntersuchungen zu treffen. Wenn der Geburtstermin überschritten ist, entsteht eine charakteristische Entscheidungssituation: Kann man den natürlichen Beginn der Geburt abwarten oder muss man sie einleiten? Mit dieser Entscheidung ist das Wissen verbunden, wonach eine normale Schwangerschaft seit ausbleibender Regel durchschnittlich 40 Wochen dauert, im allgemeinen aber eine Dauer zwischen 37 und 42 Wochen als normal betrachtet wird. Über die 41 0/7 hinaus besteht ein schwach erhöhtes Risiko des fötalen Todes, wie eine grosse Metastudie (Gülmezoglu, 2012) belegt hat. Auch die Frauen sind am geschätzten Geburtstermin interessiert. Dies bestätigt ein Blick in die zahlreichen lukrativen Internetseiten, die zu seiner Bestimmung kostenlose oder bezahlpflichtige Dienste unterschiedlicher Qualität anbieten.

Vor diesem Hintergrund ist es interessant, den Ursprung, die Grundlagen und die Probleme der Berechnung zum Ende der Schwangerschaft zu vertiefen. Dieser Vortrag widmet sich der historischen Erforschung der Naegele-Regel sowie dem Einfluss späterer wissenschaftlicher Entwicklungen wie die Beobachtungen des weiblichen Zyklus und die Einführung der Ultraschalldatierung.

Franz Carl Naegele (1778-1851) war Ordinarius für Geburtshilfe in Heidelberg gewesen. Er ist unter anderem der Autor eines deutschen Lehrbuches für Hebammen, worin die Regel, die seinen Namen trägt, beschrieben ist. Es zählte acht Neuauflagen und wurde ins Französische übersetzt. In Tat und Wahrheit ist nicht Naegele der Erfinder der Regel. Der Wegbereiter ist der Leidener Professor Hermann Boerhaave (1668-1738). Die Beschreibungen, auf denen die Regel beruht, sind wichtig, um den Nutzen zu verstehen, den eine solche Berechnung darstellte, aber ebenso ihre spätere Infragestellung. Auf der Grundlage von Beobachtungen zum Monatszyklus hat etwa der österreichische Chirurg und Gynäkologe Hermann Knauss (1892-1970) nachgewiesen, dass die effektive Dauer der menschlichen Schwangerschaft nicht wie nach Naegeles Berechnung behauptet 280 Tage beträgt, sondern von der Länge der Zyklen abhängt. Jüngst haben Wissenschaftler die Verlässlichkeit der Datierung durch die Ultraschalluntersuchung mit jener der alten Berechnungsmethode verglichen. Ihre Resultate schliessen an die älteren an; für Frauen deren Zyklus regelmässig ist und die das Datum des ersten Tages ihrer letzten Menstruation kennen, prognostiziert die Ultraschalldatierung den Geburtstermin nicht besser als die Naegele-Regel (Rigshospitalet, 1998; Saunders, 1991; Zimmermann, 1998). (Übersetzung SR)

## **Lucette Aubort und Kim Roos (ZHAW Departement Gesundheit, Winterthur)**

### **Ergotherapie: Puzzlesteine zur Geschichte eines jungen Gesundheitsberufes.**

Die Ergotherapie ist mit 60 Jahren noch eine junge Berufsgruppe in der Schweiz. Dennoch zeigt schon jetzt die Recherche in älteren Quellen, dass sich der Beruf seit Beginn teilweise sehr und teilweise wenig gewandelt hat. In der Ergotherapie geht es darum, den Patienten ein eigenständiges Leben zu ermöglichen. Daher prägen gesellschaftliche Werte und Voraussetzungen im Gesundheitswesen die Ergotherapie stark. Durch einen Auftrag, einen Unterricht über die Geschichte der Ergotherapie zu entwickeln entstand eine Sammlung aus verschiedensten Quellen und Exponaten, die allerdings bisher nur ansatzweise geordnet und kategorisiert ist.

In der Ergotherapie werden Hilfsmittel für den Patienten entworfen und hergestellt, angewendet, abgegeben und evaluiert. Somit hat die Ergotherapie sehr viele Materialien und Gegenstände, mit denen die Therapie ermöglicht wird, mit denen Therapeuten arbeiten oder die am Patienten angewendet werden.

Hilfsmittel können zu medizinischen Zwecken eingesetzt werden, um einen bestimmten Zustand oder Funktion zu erreichen. Beispiel hierfür wären Handschienen, die eine bestimmte Handstellung fördern oder Trainingsklammern, die bestimmte Muskelgruppen trainieren. In diesem Bereich zählen die Hilfsmittel sozusagen als therapeutisches Material.

Hilfsmittel wurden aber auch durch die Expertise von Ergotherapeutinnen entwickelt, um den Patienten die Alltagsbewältigung zu ermöglichen. Beispiele hierfür wären ein Schuhanzieher oder eine Anpassung zur Bedienung des Telefons. Diese Hilfsmittel wurden in Serie produziert oder individuell von der Therapeutin hergestellt, immer aber den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst. Anhand dieser Hilfsmittel lässt sich einiges über Verlauf und Prägung des Alltags, sowie gesellschaftliche Werte ablesen.

Eine letzte Kategorie Hilfsmittel wurde entwickelt, um den Patienten bestimmte Handlungen zu ermöglichen, z.B. das Ausführen einer Arbeit. Die Ergotherapie setzt dabei bereits im Krankbett ein, um den Patienten ein aktives Leben zu ermöglichen und begleitet ihn bis zur Integration in die Gesellschaft. Beispiele hierfür sind Die Fixierung eines Webrahmens über dem Krankbett zur Ermöglichung des Webens im flachen liegen bis hin zur stabilisierenden Stehhilfe zur Handhabung einer Holzwerkbank für einbeinige Männer.

### **Ergothérapie : quelques pièces du puzzle de l'histoire d'une jeune profession de la santé**

En Suisse, l'ergothérapie est avec ses 60 ans un groupe professionnel encore jeune. La recherche de sources plus anciennes montre cependant que la profession a, depuis ses débuts, en partie beaucoup et en partie peu changé. Le but de l'ergothérapie est de permettre au patient d'accéder à une vie autonome. Dès lors, les valeurs de la société et les conditions prévalant dans le système de santé marquent fortement l'ergothérapie. Le mandat de développer un enseignement d'histoire de l'ergothérapie a débouché sur la constitution d'une collection de sources et d'objets d'exposition les plus divers qui n'ont toutefois été, à ce jour, que partiellement mis en ordre et catégorisés.

En ergothérapie, des moyens auxiliaires sont conçus, fabriqués, utilisés et évalués. Ainsi, l'ergothérapie dispose de beaucoup de matériel et d'objets qui rendent possible la thérapie et qui sont utilisés par les thérapeutes ou auprès des patients.

Les moyens auxiliaires peuvent être introduits pour des raisons médicales, afin d'atteindre un certain état ou une fonction donnée. Par exemple, une attelle servira à promouvoir une certaine

position de la main, tandis que des pinces de musculation serviront à entraîner des groupes de muscles de la main spécifiques. Dans ce domaine, les moyens auxiliaires font pour ainsi dire partie du matériel thérapeutique.

Les moyens auxiliaires ont toutefois aussi été développés, par l'expertise des ergothérapeutes, pour faciliter les gestes de la vie quotidienne des patients. A titre d'exemples, on peut mentionner un chausse-pied ou une adaptation pour l'utilisation du téléphone. Ces moyens auxiliaires, qu'ils aient été produits en série ou confectionnés par les thérapeutes eux-mêmes, ont toujours été adaptés aux besoins individuels des patients. A leur manière, ces moyens auxiliaires sont révélateurs de certains aspects de la vie quotidienne, ainsi que des valeurs véhiculées par la société.

Enfin, une dernière catégorie de moyens auxiliaires a été développée pour permettre aux patients d'effectuer certains gestes, par exemple pour effectuer un travail. Ainsi, l'ergothérapie intervient déjà au lit du patient pour le préparer à une vie active et l'accompagne ensuite jusqu'à son intégration dans la société. A titre d'exemples, on peut citer l'installation d'un cadre au-dessus du lit du malade permettant une activité de tissage en position couchée, ou encore l'installation d'un support à la position debout permettant à des hommes unijambistes de travailler à un établi de bois.  
(Traduction MS)



## **Dr. Vincent Pidoux (UNIL et IUHMSP-CHUV, Lausanne)**

### **Intégrer, autonomiser, contrôler. Une approche socio-technique de l'auto-gestion diabète.**

Les maladies chroniques telles que le diabète impliquent de plus en plus de la part des professionnel-le-s de la santé une coordination de leur prise en charge. De plus, les personnes vivant avec une maladie chronique sont désormais tenues de participer activement à leur soin, ce qui demande un apprentissage de compétences et de techniques de la part de ces personnes et de leurs proches ainsi que des changements importants de leur style de vie sur le long terme afin de pouvoir être autonomes et de limiter les cas d'hospitalisation dus à des complications. Pour ce faire, les patient-e-s comme les praticien-ne-s du soin doivent s'appuyer sur des données cliniques, sur des observations et des mesures au travers de plusieurs outils de gestion et d'auto-gestion du diabète. Ces outils constituent ainsi des ressources de connaissances, d'actions et de normes de « bonnes pratiques ».

Nous proposons dans ce papier de cartographier quelques-unes des relations entre les praticien-ne-s du soin, les personnes vivant avec le diabète et les outils de gestion et d'auto-gestion du diabète. En basant l'analyse sur des objets concrets tels que le Passeport diabète, les principaux glucomètres disponibles sur le marché, ou un dispositif d'enseignement tel que le CDSMP (EVIVO dans le Canton de Vaud), nous soutenons qu'il est possible d'avoir une meilleure compréhension de la mobilisation/circulation de savoirs infirmiers, médicaux et issus des patient-e-s, par la saisie du rôle, des fonctions et des significations partagées (ou non) de ces objets matériels au cœur des soins. Quelles activités ces outils mettent-ils en œuvre/permettent-ils ? Quelles versions de l'autonomie du patient et de l'intégration des soins incarnent ces outils ? Quels sont les scripts de collaboration entre les professionnels de la santé sous-jacents à ces outils ? Ce papier, en répondant à ces questions, visera à poser quelques jalons d'une approche socio-technique de l'auto-gestion du diabète.

### **Integrieren, Autonomie ermöglichen, kontrollieren. Ein sozio-technischer Zugang zum Selbstmanagement von Diabetes.**

Chronische Krankheiten wie Diabetes gehen bei den Fachleuten der Gesundheitsberufe mit mehr und mehr Koordination in ihren Verantwortlichkeiten einher. Weiter werden die Personen, die mit einer chronischen Krankheit leben, nunmehr angehalten, an ihrer Pflege aktiv teilzunehmen, was von ihnen und ihren Angehörigen verlangt, Kompetenzen und Techniken zu erlernen sowie über lange Zeit wichtige Änderungen an ihrem Lebensstil vorzunehmen, damit sie autonom sein und Hospitalisierungen wegen Komplikationen begrenzen können. Dazu müssen sich Patient/innen wie Praktiker/innen der Gesundheitspflege auf klinische Daten stützen sowie auf Beobachtungen und Messungen mehrerer Instrumente für das Management und Selbst-Management von Diabetes. Diese Werkzeuge bilden Ressourcen für Kenntnisse, für das Handeln und für Normen «guter Praxis».

Wir schlagen in diesem Vortrag vor, einige der Beziehungen zwischen Pflegefachpersonen, den Personen, die mit Diabetes leben, und den Instrumenten für das Management und das Selbst-Management von Diabetes zu kartographieren. Die Analyse basiert auf konkreten Objekten wie dem Diabetespass, den wichtigsten Glukosemessgeräten auf dem Markt oder auf einem Unterrichtsdispositiv wie das CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program; EVIVO im Kanton Waadt). Wir vertreten, dass ein besseres Verständnis der Mobilisierung und Zirkulierung des Wissens der Pflege, der Medizin und der Patient/innen möglich ist, indem die Rolle, die

Funktionen und die geteilten (oder nicht geteilten) Bedeutungen dieser materiellen Objekte im Kern der Gesundheitsversorgung erfasst werden. Welche Aktivitäten setzen diese Werkzeuge in die Tat um/ erlauben sie? Welche Versionen der Patientenautonomie und der Integration der Pflege verkörpern diese Instrumente? Welche Skripts der Zusammenarbeit unter den Gesundheitsberufen liegen ihnen zu Grunde? Durch die Beantwortung dieser Fragen zielt dieses Paper darauf ab, einige Weichen eines sozio-technischen Zugangs zum Selbstmanagement von Diabetes zu stellen. (Übersetzung SR)

## Sunjoy Mathieu (UZH Lehrstuhl für Medizingeschichte, Zürich)

### Dinge im Umgang mit der Tuberkulose – eine neue Perspektive auf die Geschichte einer Krankheit

Im Mittelpunkt steht die materiale Kultur der Tuberkulose in der Schweiz, mit Fokus auf das 20. Jahrhundert. Die Dinge, grösstenteils aus dem Sanatoriumsumfeld, mit Glück museal erhalten, bilden den Ausgangspunkt zur Erforschung der Geschichte der Krankheit Tuberkulose, ihrer Behandlungen und der angewandten Therapien.

Ein spannendes Beispiel ist der Pneumothorax-Apparat, mit dessen Hilfe der Zustand eines teilweisen Lungenkollapses erreicht werden konnte, um die Lunge stillzulegen und dadurch einen Rückgang der erkrankten Lungenteile zu bewirken. Um diesen Zustand der Selbstheilung der Lunge aufrecht zu erhalten, war ein regelmässiges Nachfüllen notwendig.

Nicht minder interessant sind die weiteren in der Tuberkulose-Therapie angewandten chirurgischen Instrumente oder der Spucknapf, der unter dem Namen «Blauer Heinrich» in Thomas Manns «Zaubergberg» berühmt wurde. Er diente zum Auffangen des infektiösen Auswurfs eines Tuberkulosekranken.

Wie und von wem wurden diese Objekte angewandt und welches Wissen über die Krankheit und den Körper legen sie frei? Welche Erwartungen riefen die erwähnten Objekte hervor und welche Wirkung wurde ihnen zugeschrieben? Woher gewannen und verloren sie ihre Legitimation? Welches neue Narrativ der Tuberkulose ergibt sich durch die gewählte dingliche Perspektive und lässt sich damit das gängige Sanatoriumsnarrativ, wie wir es nicht nur aus Thomas Manns literarischem Werk kennen, historiographisch überwinden?

### Des objets dans le traitement de la tuberculose – une nouvelle perspective pour l'histoire d'une maladie

Il est question ici de la culture matérielle de la tuberculose en Suisse au 20<sup>e</sup> siècle. Des objets, provenant pour la plupart de sanatoriums et conservés par chance en musée, constituent le point de départ d'une recherche sur la tuberculose comme maladie, ses traitements, et les thérapies qui lui ont été appliquées.

L'appareil destiné à pratiquer un pneumothorax thérapeutique constitue à cet égard un exemple passionnant. A l'aide de celui-ci, il était possible de provoquer un effondrement pulmonaire partiel afin d'immobiliser le poumon et de produire ainsi une réduction des parties malades de cet organe. Dans le but de maintenir cet état d'autoguérisson du poumon, il était nécessaire de procéder régulièrement à une ré-insufflation (de gaz ou d'air filtré).

D'autres objets sont également intéressants : les instruments chirurgicaux utilisés dans le traitement de la tuberculose ou encore le crachoir – devenu célèbre sous le nom de « Blaue Heinrich » dans *La Montagne magique* de Thomas Mann – qui servait à recueillir les expectorations infectieuses des malades de la tuberculose.

Comment ces objets ont-ils été utilisés et par qui ? Quels savoirs sur la maladie et le corps dévoilent-ils ? Quelles attentes ces objets ont-ils suscité et quels effets leur a-t-on attribué ? Qu'est-ce qui leur a permis de gagner ou de perdre en légitimité ? Quelle nouvelle narration de la tuberculose cette approche par les objets permet-elle ? Et cette dernière, permettrait-elle de dépasser, du point de vue historiographique, l'habituelle narration du sanatorium que nous connaissons – du reste pas uniquement à travers du roman de Thomas Mann évoqué plus haut ? (Traduction MS)

## **Dr. des. Dorothe Zimmermann (IMG Universität Bern) und Stefanie Kohler (Historisches Seminar Universität Zürich)**

### **Das Medizinemuseum Bern – ein Werkstattbericht**

Im Frühling 2018 wird das Medizinemuseum Bern eröffnet. Das Medizinemuseum Bern wird vom Institut für Medizingeschichte (IMG) der Universität Bern geleitet, die Trägerschaft übernimmt die Inselspital-Stiftung. Grundlage für die Ausstellungsarbeit bieten die beiden Objektsammlungen des IMG sowie der Inselspitalstiftungen, welche insgesamt rund 10'000 Objekte zählen. Die Dauerausstellung des geplanten Museums fokussiert mit einem wissens- und kulturhistorischen Ansatz auf medizinische Praktiken seit 1884. In neun Ausstellungsmodulen, darunter etwa «Messen und Überwachen», «Schneiden», «Warten» oder «Entscheiden», wird danach gefragt, wie medizinisches Wissen entsteht, wie es zur Anwendung kommt und wie es sich ständig verändert. Als Akteure stehen dabei nicht nur Forschende und Ärzte, sondern ebenso Pflegepersonal und PatientInnen, und darüber hinaus auch medizinische Objekte im Fokus. Der geplante Beitrag stellt zunächst das Grobkonzept für das Medizinemuseum Bern und die Dauerausstellung vor. Mit einem Schwerpunkt auf die Frage nach Objekten der Pflege und den Umgang mit solchen im Ausstellungskontext wird in einem zweiten Schritt das Konzept für das Ausstellungsmodul «Pflegen» präsentiert und zur Diskussion gestellt.

### **Le Musée de la médecine de Berne – un rapport d'atelier**

Au printemps 2018, le Musée de la médecine de Berne ouvrira ses portes. Ce musée est dirigé par l'Institut d'histoire de la médecine (IHM) de l'Université de Berne et son financement est assuré par la Fondation de l'Hôpital de l'Ile. A l'origine du travail muséal, il y a les deux collections appartenant respectivement à l'IHM et à la Fondation de l'Hôpital de l'Ile, qui réunissent quelque 10'000 objets.

L'exposition permanente du futur musée est centrée sur les pratiques médicales depuis 1884, selon une approche d'histoire du savoir et de la culture. Elle se compose de neuf modules thématiques – dont « mesurer et surveiller », « couper », « attendre », « décider » – qui permettent de s'interroger sur la manière dont naît le savoir médical, comment il est appliqué et comment il se transforme continuellement. Les acteurs au centre de l'exposition ne sont pas uniquement les chercheurs ou les médecins, mais aussi le personnel soignant et les patient-e-s et, au-delà des objets.

Cette contribution s'attachera dans un premier temps à présenter le concept global du Musée de la médecine de Berne et de son exposition permanente. Dans un deuxième temps, le concept du module « soigner » sera exposé et discuté, principalement sous l'angle des objets des soins et de leur utilisation dans le contexte d'une exposition. (Traduction MS)