

Wir haben für Sie gelesen Nous avons lu pour vous

Tempo-Limiten in Europa

In den folgenden europäischen Ländern bestehen außerorts allgemeine Geschwindigkeitsbegrenzungen:

Belgien:	90 km/h Autobahnen frei
Bulgarien:	100 km/h
Bundesrepublik Deutschland:	100 km/h (mit signalisierten Abweichungen, z. B. 80/120 km/h) Autobahnen frei
Deutsche Demokra- tische Republik:	90 km/h Autobahnen 100 km/h
Frankreich:	110 km/h Routes Nationales
Griechenland:	110 km/h nur auf Autobahnen
Großbritannien:	112 km/h (=70 Meilen/h) inkl. Autobahnen
Irland:	96 km/h (= 60 Meilen/h)
Luxemburg:	90 (110) km/h Autobahnen frei
Norwegen:	80 km/h Autobahnen 90 km/h
Schweden:	70 (90) km/h Autobahnen 110 km/h
Schweiz:	100 km/h (mit signalisierten Abweichungen, z. B. 80/120 km/h Autobahnen frei, Richtgeschwindigkeiten 80–120 km/h

BfU

Das Maschinenschutzgesetz im Vernehmlassungsverfahren

Mit dem Entwurf zu einem «Bundesgesetz über die Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten» (Maschinenschutzgesetz) befassen sich zur Zeit nicht nur die an der Unfallverhütung unmittelbar interessierten Organisationen, sondern auch die Verbände der Wirtschaft und die politischen Parteien. Mit Recht sichert sich der Bundesrat schon im Vernehmlassungsverfahren eine sehr breite Basis, bezweckt doch das neue Gesetz «den Schutz des Menschen vor den Unfallgefahren, welche die Verwendung von Maschinen mit sich bringt». Dieses Ziel soll unter anderem dadurch erreicht werden, daß die für zweckmäßig befundenen Schutzvorrichtungen «nicht erst anläßlich der Inbetriebnahme, sondern schon im

Stadium der Fabrikation oder zum mindesten des Inverkehrbringens der Maschinen angebracht werden.»

Seit Jahren erteilt die Suva den ihr unterstellten Betrieben den Rat, «an die Bestellung neuer Anlagen, Maschinen und Arbeitsgeräte die Bedingung zu knüpfen, daß diese den geltenden Sicherheitsvorschriften entsprechen.» Wieviel mehr bedürften da der technische Laie, die Hausfrau und das Kind gesetzlichen Schutzes vor der Gefährdung durch Produkte, die den heutigen Sicherheitserfordernissen nur teilweise oder überhaupt nicht gerecht werden!

Das Maschinenschutzgesetz will der Unfallverhütung in denjenigen Lebensbereichen dienen, wo ungenügend abgesichertes technisches Gerät – angefangen beim mechanischen Spielzeug über Haushaltapparate bis zu kompliziertesten Werkzeugmaschinen – zur Verletzung der Benutzer Anlaß geben kann.

Während etwa in industriellen Großbetrieben ein ganzer Stab von Sicherheitsfachleuten, Arbeitstechnikern, Konstrukteuren und spezialisierten Handwerkern damit beschäftigt ist, die sich zeigenden Mängel zu beheben, fehlen in kleineren Unternehmungen und namentlich im privaten Haushalt oftmals sämtliche Voraussetzungen für die nachträgliche Korrektur sicherheitstechnisch unbefriedigender Einrichtungen und Geräte.

Man denke etwa – um nur wenige Beispiele herauszugreifen – an die schweren Unfälle als Folge von defekten oder ungeeigneten Türverriegelungen und Bremsen bei Liftanlagen, die zahlreichen Wäschezentrifugen ohne Schutzdeckel und Bremsvorrichtungen, die Fleischwölfe mit zu weiter «Beschickungsöffnung», die oft in keiner Weise abgesicherten Holzbearbeitungsmaschinen in der Privatwerkstatt, die den Mindestanforderungen nicht entsprechenden Ski-«Sicherheitsbindungen» usw. Täglich werden durch den Umgang mit solchen Anlagen und Gegenständen ahnungslose Menschen mehr oder weniger schwer verletzt, oft sogar getötet.

Leider erwies es sich als unmöglich, das Ziel – nämlich sicherheitsgerechtes Arbeitsgerät im weitesten Sinne des Wortes – auf freiwilliger Basis zu erreichen. Durch das in Aussicht stehende Gesetz wird die Verpflichtung zum Schutz vor vermeidbaren Gefahren auf die Herstellerebene verlegt.

Maschine, Gerät, Spielzeug usw. sollen von vornherein betriebssicher sein und die Folgen menschlichen Fehlverhaltens (Unachtsamkeit, Leichtsinnigkeit, Übermüdung usw.) auf ein praktisch nicht mehr unterbietbares Minimum reduzieren.

Das Maschinenschutzgesetz ist nicht etwa ein weiterer Schritt auf dem Wege der Verstaatlichung oder des reglementierenden Eingreifens in die Privatsphäre, sondern die im technischen Zeitalter unerläßliche Grundlage für stark erhöhte Sicherheit bei der Benützung von Maschinen und Geräten. Es erfüllt grundlegende Forderungen des Konsumentenschutzes. Nach Ansicht der BfU soll das neue Gesetz etappenweise in Kraft gesetzt werden. Dadurch ermöglicht man den Herstellern die sukzessive Anpassung der in Frage kommenden Produkte an den geforderten Sicherheitsstandard.

BfU

BfU für Gurten-Tragobligatorium

Nach übereinstimmenden Erkenntnissen könnten durch konsequentes Tragen von Gurten rund 70 Prozent der schweren Verletzungen ausgeschlossen werden. Seltene Ausnahmen angeblich negativen Effektes halten näherer Prüfung in der Regel nicht stand. Nachdem die öffentliche Hand durch die Unfallfolgen medizinisch, volkswirtschaftlich, sozial und infrastrukturell zunehmend belastet wird, erblickt die BfU im Gurten-Tragobligatorium, wie es der Bundesrat vorsieht, keinerlei unzulässige Beschneidung der «persönlichen Freiheit». Die BfU vertritt die Auffassung, daß bis etwa 1975 der 3-Punkt-Gurt wegen seines hohen Schutzeffektes obligatorische Standardausrüstung sein sollte (wobei der Frage der technischen Weiterentwicklung – Automatik-Gurten usw. – große Aufmerksamkeit zu schenken sei). Sie postuliert für Cabriolets und Wagen ohne Seitenpfosten den Hüftgurt.

Die BfU ist der Meinung, daß auch der Innerortsverkehr grundsätzlich dem Tragobligatorium unterstellt sein sollte, weil nach den Erkenntnissen der Untalldynamik und sämtlichen Erfahrungen bei Kollisionen selbst niedere Geschwindigkeiten erhebliche Verletzungen zur Folge haben können. Gegen eine Tragdispens für diejenigen Berufsgruppen, die innerorts häufig ein- und aussteigen müssen, ist nichts einzuwenden. Auch wird ein

Einbau- und Tragobligatorium für die Rücksitze und deren Benutzer nicht für dringlich erachtet.

Gleichzeitig spricht sich die BfU zum Vorschlag des Bundesrates, Kinder bis zu 8 Jahren seien künftighin nur noch auf den Hintersitzen mitzuführen, positiv aus. Allerdings wird auf die dringende Wünschbarkeit einer internationalen Anpassung der Vorschriften hingewiesen.

BfU

Pas d'hospitalisation pour les tuberculeux Aperçu en 25 points sur la tuberculose

Ce n'est qu'une faible proportion de la population mondiale bénéficie aujourd'hui des progrès récents de la prophylaxie et de la chimiothérapie de la tuberculose. Dans les pays développés eux-mêmes, il est relativement peu fait usage des méthodes économiques de lutte antituberculeuse actuellement connues.

1. La tuberculose est une maladie bactérienne chronique qui se range encore au nombre des principaux problèmes de santé publique, même dans beaucoup de pays techniquement avancés.
2. La mortalité dans le monde s'établit entre 1 et 50 décès pour 100 000 habitants. Dans les pays techniquement avancés, elle n'a pas cessé de diminuer depuis 15 ans, mais elle est encore aussi forte que la mortalité due à toutes les autres maladies infectieuses.
3. On compte aujourd'hui dans le monde quinze à vingt millions de cas de tuberculose infectieuse, et plus des trois quarts de ces cas sont recensés dans les pays en voie de développement. Chaque année, deux à trois millions de nouveaux cas infectieux se déclarent.
4. On appelle cas infectieux les patients qui rejettent des bacilles de la tuberculose en toussant ou en expectorant et qui transmettent ainsi la maladie à d'autres personnes.
5. L'infection par les bacilles de la tuberculose est encore très commune. Par chance, l'infection ne provoque pas souvent la maladie, mais le risque subsiste pendant l'existence tout entière.
6. La tuberculose ne disparaîtra vraisemblablement pas dans un avenir prochain. C'est pourquoi les efforts pour interrompre la transmission de l'infection devront se poursuivre pendant bien des années si l'on veut juguler cette maladie.

7. Auparavant, le seul moyen employé pour interrompre la transmission de l'infection consistait à isoler les malades au stade infectieux dans des sanatoriums. Le repos au lit, l'air frais, et une nourriture saine faisaient toujours du bien aux patients, mais il n'existait pas encore de traitements efficaces.

8. On connaît aujourd'hui des médicaments puissants qui permettent d'amener les patients en phase non infectieuse en peu de temps, et même de les guérir complètement. Le repos au lit n'améliore pas les résultats d'un traitement convenable.

9. Le traitement ambulatoire n'est pas seulement beaucoup plus commode pour le patient et sa famille; il est aussi bien moins coûteux que le traitement à l'hôpital.

10. La chimiothérapie ambulatoire a permis de mettre en train une lutte antituberculeuse effective, même dans les régions où ne pouvaient jusqu'ici être hospitalisés qu'une petite fraction des patients en phase infectieuse vivant dans la communauté.

11. La plupart des médicaments antituberculeux sont inoffensifs et peuvent donc être administrés par des auxiliaires sanitaires, ce qui réduit encore le coût du traitement. La principale difficulté de ce traitement est de veiller à ce que les patients prennent leurs médicaments régulièrement.

12. La formule la plus simple et la meilleure pour diagnostiquer une tuberculose infectieuse consiste à procéder à l'examen microscopique des crachats du patient. C'est là une méthode sûre et peu coûteuse qui peut être pratiquée par des auxiliaires au terme d'une formation relativement courte.

13. Les patients sont généralement amenés à consulter un médecin par les symptômes qu'ils présentent: toux, perte de poids, fièvre, par exemple. C'est pourquoi les centres de santé, les consultations externes, les dispensaires et les praticiens privés doivent être capables de diagnostiquer une tuberculose infectieuse.

14. Pour lutter efficacement contre la maladie, il faut que le diagnostic soit immédiatement suivi d'un traitement adéquat. C'est pourquoi le dépistage de la tuberculose ne peut contribuer à la lutte antituberculeuse que s'il est établi une organisation efficace pour le traitement.

15. Le succès du traitement exige une absorption régulière des médicaments pendant la période

prescrite, qui est d'ordinaire de 12 mois. L'administration régulière des médicaments doit être assurée moyennant une surveillance adéquate exercée par le personnel de santé ou, en cas d'impossibilité, par des travailleurs volontaires agissant dans un esprit de «participation communautaire».

16. Les programmes de diagnostic et de traitement contribuant effectivement à la lutte antituberculeuse ne sont réalisables que s'il existe en permanence des moyens d'action sanitaire qui permettent de prendre soin des patients. Dans les pays en voie de développement, le renforcement des services de santé constitue par conséquent une condition sine qua non de la lutte antituberculeuse.

17. Dans les pays techniquement avancés, le réseau des services de santé devrait en principe pouvoir faire face aux impératifs du diagnostic et du traitement de la tuberculose, à condition que cette tâche lui soit confiée. Cependant, elle est souvent laissée aux soins d'un petit nombre de spécialistes et de services dispersés.

18. La tuberculose est en régression dans les pays techniquement avancés, mais le nombre des spécialistes de la tuberculose a tendance à régresser encore plus vite. Si le service de santé général ne reprend pas leur travail en charge, il n'y aura dans l'avenir plus aucun moyen pour lutter contre la tuberculose.

19. Un autre moyen de réduire la tuberculose consiste à renforcer la résistance au bacille par la vaccination. Le vaccin BCG (Bacillus Calmette-Guérin) confère, on a pu le constater, un degré de protection élevé.

20. Le BCG doit être administré avant l'infection par les bacilles de la tuberculose. Si le risque d'infection est élevé, il vaut mieux vacciner les enfants très jeunes. La protection conférée par le BCG diminue lentement.

21. La vaccination au BCG constitue encore la méthode la plus rationnelle de lutte contre la tuberculose. Dans l'ensemble, une vaccination unique protège pendant plus de 10 ans, mais une deuxième vaccination peut être faite, notamment pour les enfants vaccinés la première fois peu de temps après la naissance.

22. Dans les pays dont l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour procéder efficacement au dépistage et au traitement, il faut donner la priorité à la

vaccination au BCG. Les vaccins peuvent être administrés par des équipes mobiles, en même temps que le vaccin antivariolique.

23. De nombreux pays ont adopté la vaccination par le BCG comme politique nationale de lutte antituberculeuse et certains l'ont rendue obligatoire. Pourtant, le nombre de sujets vaccinés est loin de correspondre à l'idéal dans la plupart des pays, et beaucoup d'enfants n'ont jamais été vaccinés au BCG.

24. Lorsque l'OMS a été créée, on s'est rendu compte qu'il serait impossible de lutter contre la tuberculose dans le monde entier en essayant d'établir des services spécialisés tels que ceux qui s'étaient révélés modérément efficaces dans certains pays d'Europe. C'est pourquoi on s'est efforcé essentiellement de trouver des méthodes et des techniques qui puissent être appliquées par le personnel des services de santé de base.

25. Il existe aujourd'hui une technologie adéquate et l'OMS s'emploie actuellement à ce qu'elle soit appliquée non seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays où la maladie et, avec elle, les services spécialisés sont actuellement en voie de disparition. La lutte antituberculeuse ne peut être menée avec efficacité qu'au moyen de programmes communautaires complets de protection de la santé, mettant en œuvre toutes les ressources en personnel et en équipements médico-sanitaires.

OMS

Blennorragie: progrès grâce à un nouveau test sérologique. Communiqué OMS/34, 30 septembre 1971.

Un progrès important dans la lutte contre la blennorragie, maladie vénérienne en recrudescence depuis une dizaine d'années, vient d'être réalisé. Il s'agit d'un test sérologique mis au point, avec l'assistance de l'OMS, au Center for Communicable Diseases d'Atlanta, en Géorgie (Etats-Unis) et au Wright-Fleming Institute du Royaume-Uni. Le test permet de détecter la blennorragie à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt. Les premiers essais sont en cours et le test devrait être sous peu prêt à l'usage général.

Cette information figure dans le numéro d'octobre 1971 de *Santé du Monde*, la revue de l'Organisation mondiale de la Santé, dans un article faisant le point des maladies vénériennes. Son auteur, le Dr T. Guthe, ex-Chef du Service des maladies vénériennes de l'OMS, précise: «qu'une enquête faite par l'OMS en 1962 révéla que la syphilis précoce était en augmentation dans 76 pays sur 106. La blennorragie, de 3 à 50 fois plus répandue que la syphilis, accusait la même tendance. En 1963, le nombre estimatif des vénériens dans le monde était de 60 à 65 millions. En 1970, en Scandinavie, en Angleterre et au Pays de Galles les maladies vénériennes étaient parmi les plus répandues des maladies notifiables; aux Etats-Unis, elles étaient les premières.»

Un autre article de la revue traite du problème de la lèpre dans le monde. Son auteur, le Dr L. M. Bechelli, Chef du Service de la lèpre de l'OMS, signale qu'en 1965 «l'OMS estimait à 10 786 000 le total des cas de lèpre dans le monde, sur lesquels 3 872 000 présentaient une certaine invalidité (y compris les troubles sensitifs). L'ensemble des cas se répartissait comme suit: Afrique 3 868 000; Amérique 385 000; Asie 6 475 000; Europe 52 000; Océanie 33 000.»

D'autre part, l'auteur note qu'on n'a pas tout dit quand on a cité le nombre de cas de lèpre, parlé de la chronicité et de l'invalidité provoquée par la maladie. «Il faut, écrit-il, songer aussi aux conséquences humaines et sociales dont souffrent ses victimes et leurs familles. Si le lépreux est incapable de travailler, il devient une charge pour la collectivité. La lutte contre la maladie instituée par les gouvernements exige des programmes à long terme qui sont coûteux et que ne facilitent pas les anciens préjugés attachés à la maladie; ces préjugés tendent à disparaître grâce à l'éducation sanitaire, à de meilleurs moyens de lutte et à la réduction du nombre des cas avancés.»

Egalement au sommaire de la revue:

- un article sur la race humaine, qui exprime le point de vue du généticien sur la discrimination raciale;
- un article intitulé: «La maladie à titre d'aile» sur les voyages en avion et les maladies importées;
- un reportage photographique sur la lutte menée en Afghanistan contre la variole.