

# Die gesundheitlichen Schutzmassnahmen (Seuchenprophylaxe) im Aktivdienst

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen  
Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz.  
Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes**

Band (Jahr): **54 (1946)**

Heft 39

PDF erstellt am: **10.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-557159>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Une altération de l'émail, qui est la couche superficielle de la dent, peut être comparée à la brèche faite dans la coque d'un navire: l'infection pénétrera dans la dent aussi facilement que l'eau dans le bateau.

La fréquence de la carie est proportionnelle à l'abondance du bacille. Un régime pauvre en sucre ne permet pas en général le développement de ce bacille.

Nous disions que le complexe vitaminique B est favorable à la dégradation du sucre. On peut qualifier le sucre de «voleur de vitamines»: pour la décomposition dont nous avons parlé plus haut, il lui en faut beaucoup; alors, pourquoi lui enlever, en le raffinant, celles qu'il possède. Mangeons moins de sucres raffinés et plus de sucres naturels contenus dans les fruits. (Nos restrictions alimentaires actuelles nous y obligent d'ailleurs de plus en plus!)

Vous allez sourire, chers lecteurs, pensant que nous sommes végétariens, désireux de faire de l'ironie ou encore... soldé par la Confédération pour encourager la population aux restrictions! Non, rien de tout cela! Mais c'est en tant que médecin-dentiste, voyant journellement tous les ravages produits par notre alimentation, que nous essayons de donner quelques conseils utiles et faciles à suivre.

Vous ne vous étonnez plus si les dents se carient beaucoup plus actuellement que jadis, lorsque vous saurez que la quantité de sucre fabriqué a augmenté de 30 fois de 1850 à 1900.

Avant de terminer ce chapitre si important de l'alimentation, voyons un peu l'effet de la nourriture que nous donnons à nos nourrissons. Un vieux proverbe dit: «Chaque enfant coûte une dent à sa mère.»

Nous avons bien pu constater qu'actuellement on peut dire que l'enfant coûte plusieurs dents à sa mère. Dans la plupart des cas, nous avons observé que la maternité produit plusieurs nouvelles caries;

d'où la nécessité, pour une future maman, de compléter son alimentation par des vitamines faisant défaut, telles que les vitamines C.

Nous savons que la couronne des dents de lait se forme dans le temps qui s'écoule entre le cinquième mois de la grossesse et la première année du nourrisson. Il en résulte que, si la future mère à un déficit vitaminique, l'enfant l'aura aussi. On dit que l'enfant, durant son développement embryonnaire, prend tout ce qu'il faut et que c'est la mère qui en pâtit; c'est bien exact pour l'organisme en général, mais pour la formation des dents, il a été démontré que la vitamine C est absolument nécessaire, et si la mère n'en a pas assez, où l'enfant la prendra-t-il?

Il est à déplorer que, de nos jours, beaucoup trop de jeunes mamans refusent «volontairement» d'allaiter leurs enfants. Certaines s'y opposent par souci d'esthétique, d'autres par crainte des privations de sorties et de plaisirs, ou encore par manque de patience et de persévérance. Ces raisons ne sont pas des excuses valables et nous qualifions de criminelles les mères qui peuvent, mais ne veulent pas allaiter. Savez-vous, Mesdames, qu'un litre de lait de femme contient 40 à 70 milligrammes de vitamines C, alors qu'un litre de lait de vache n'en recèle que 10 à 20 milligrammes? La cuisson du lait de vache, sa dilution, etc., contribuent encore à abaisser ce taux en vitamines C. Côté santé mis à part, qu'y a-t-il de plus doux pour une mère que de nourrir son enfant? que de lui donner le meilleur d'elle-même et de sentir ce tout petit être chaud, confiant, impuissant, abandonné dans ses bras? Pourquoi se priver de tout cela volontairement, car nous ne pensons point à celles qui, pour des raisons majeures, ne peuvent allaiter!

La nature fait tout pour le mieux. — Ecoutons-la!

(Extrait de *Leben und Gesundheit*,  
publié par la Basler Lebensversicherungs-Gesellschaft.)

## Die gesundheitlichen Schutzmassnahmen (Seuchenprophylaxe) im Aktivdienst (Aus dem Bericht des Generalstabschefs)

Vorbereitung und Organisation allgemeiner Schutzmassnahmen war Aufgabe der I. Sektion (Hygienesektion) der Abteilung für Sanität. An vorbeugenden Massnahmen wurden durchgeführt:

- Schutzimpfungen
- Schutzstoffbereitung
- Blutgruppenbestimmung
- Ungezieferbekämpfung
- Reihendurchleuchtung
- Trinkwasser- und Ernährungskontrolle.

*Schutzimpfungen.* 1939 wurde die ganze Armee gegen Pocken vacciniert bzw. revacciniert, 1940/1941 erfolgte die Schutzimpfung gegen Typhus, Paratyphus, Tetanus mit der Ramon'schen Vaccine aus dem Institut Pasteur Paris, 1943 die Tetanus-Schutzimpfung (in drei Teilen in Form der Injection de rappel) und 1944/1945 eine Selektivschutzimpfung gegen Flecktyphus von besonders exponierten Armeeingehörigen (Hygienesanitätsdetachements). Anlässlich der Pockenschutzimpfungen starb ein Wehrmann an Impfenephalitis; anlässlich der P. P. T.-Impfung waren drei Todesfälle zu verzeichnen (zwei Schock-todesfälle, ein Herztodesfall). Bei den Tetanus- und Flecktyphusimpfungen ereigneten sich keine Zwischenfälle.

Leider lassen sich weder Impfenephalitis noch Impfschock unbedingt vermeiden. Die Zwischenfälle sind aber andererseits an sich niemals ein Grund, um auf die Vorteile und den grossen Nutzen der Schutzimpfungen zu verzichten.

Grosse gefährliche Epidemien sind 1939 bis 1945 in der Armee nicht aufgetreten. Die Morbidität in der Armee war in der Regel geringer als in der Zivilbevölkerung. Eine grössere Ausdehnung hat 1939/1940 die Grippe, im Sommer 1943 die Dysenterie genommen, doch handelte es sich bei der letzteren um ausgesprochen gutartige, kurzfristige Sommerdiarrhöen. Eine Grippeepidemie mit dem damaligen Verlauf von 1918/1919 ist nie aufgetreten.

Für die Behandlung von Seuchen und Starrkrampf in der Armee und Zivilbevölkerung sind grosse Serumvorräte im A. S. M. und in den Sanitätsdepots angelegt worden. Als weitere ergänzende Massnahmen ist 1943/1944 eine Serumanstalt eingerichtet und bis Mitte 1945 17 Pferde gegen Tetanus vorimmunisiert worden.

In der ganzen Armee ist als vorbereitende Massnahme für die Bluttransfusion die *Blutgruppenbestimmung* durchgeführt worden.

Zur Entlausung und Ungezieferbekämpfung sind 51 Douchewagen eingerichtet und den Heeresseinheiten, Festungen und Ter. Kdo. zugeteilt worden. Die Leistungsfähigkeit beträgt im Schichtenbetrieb mit gut eingearbeitetem Personal 500 bis 600 Mann pro Tag und Wagen.

Bei der Truppe, beim Grenzsanitätsdienst und in den Flüchtlingslagern wurden 168'000 Personen entlaust und gereinigt.

Die Wagen haben sich im allgemeinen überall da bewährt, wo eine relative Stabilität der Verhältnisse vorhanden war. Für einen grossen Strassentransport, im Winter sowie im Gebirge sind die Wagen zu schwer. Genaue technische Ueberwachung ist Grundbedingung für einen störungsfreien Betrieb. Seit Januar 1944 wurde deshalb von der K. M. V. eine mobile Revisionsgruppe organisiert und eingesetzt.

Die Zahl der Hygiene-Detachements ist von 2 auf 63 bzw. von 29 Mann auf 1714 Mann erhöht worden.

Zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Armee, die mehrere 100 Opfer forderte, sind vom 1. März 1943 bis 31. März 1944 alle Armeeingehörigen einer Thoraxröntgenuntersuchung unterworfen worden. Dabei wurden 0,76 ‰ offene Tuberkulosen, 1,11 ‰ geschlossene akute Tuberkulosen und 3,17 ‰ inaktive Tuberkulosen entdeckt.

Zur *Trinkwasserkontrolle* wurde unmittelbar nach der Mobilmachung 1939 bei der Abteilung für Sanität ein geologischer Dienst eingerichtet und später mit dem geologischen Dienst der Armee vereinigt. Die Zahl der verunreinigt befundenen Trinkwasseranlagen steht in keinem Verhältnis zur Zahl der Sanierungen. Die Trinkwasserverhältnisse sind in vielen Gebieten nicht gut und revisionsbedürftig.

*Sanitätsdienst in den rückwärtigen Staffeln.* Zu den vorsorglichen Massnahmen des Sanitätsdienstes gehörte die Bereitstellung von Militärspitälern. Unter Auswertung der Kriegserfahrungen der Jahre 1914—1918 wurden in der neuen Truppenordnung von 1936 die M. S. A. aufgestellt. Sie traten an Stelle der früheren Etappensanitätsanstalten. Es sollten Grossspitäler sein mit einer Aufnahmefähigkeit von 5000 Verwundeten. In den M. S. A. waren zusammen für 40'000 Mann günstige Behandlungs- und Heilungsbedingungen zu schaffen.

Ursprünglich war die Vorstellung wegleitend, dass die M. S. A. in grossen Ortschaften in Anlehnung an grössere zivile Spitäler zu

errichten seien und am zweckmässigsten unter zentraler Leitung in klinische Grossbetriebe (chirurgische Abteilung, internistische Abteilung, Isolierstation, Rekonvaleszenzstation) unterteilt werden. Zu den Vorbereitungen gehörten:

Rekognoszierung der Etablierungsorte M. S. A.;  
Materialanschaffung und Materialsicherstellung;  
personelle Kriegsvorbereitung, die im Jahre 1938 in zweiteiligen taktisch-technischen Kursen II durchgeführt wurde. Im zweiten dieser Kurse wurden speziell die M. S. A.-Kommandanten auf ihre Aufgabe vorbereitet und die in Aussicht genommenen M. S. A. rekognosziert.

*Erste Aktivdienstperiode entsprechend dem Operationsplan Nord.*  
Im Operationsplan Nord mit der Konzentration der Armee in der nördlichen Abwehrfront war der Hauptanfall eventuell Verwundeter in den M. S. A.-Zentren Luzern, Interlaken und Glarus zu erwarten. Im Westen wurde nur eine M. S. A. in Montreux etabliert. Als weitere Einsatzorte für M. S. A. waren Lausanne und Genf sowie für eine Erweiterung Interlaken und die Lütschinentäler vorgesehen. Diese Grossspitäler, von denen diejenigen von Luzern, Interlaken, Grindelwald und Wengen ausgebaut wurden, erwiesen sich vom betriebstechnischen Standpunkt aus als schwerfällig. Die einzelnen Krankenstationen wurden zu gross, der nötige gegenseitige Kontakt der verschiedenen medizinischen Fachgebiete fehlte vielfach. Dazu kam noch, dass an keinem Ort, nicht einmal in Städten wie Luzern und Montreux, die Spitalkomplexe zusammengelegt werden konnten, sondern vielfach räumlich stark getrennt waren.

Die vorbereitete Einrichtung von Hotels und Schulhäusern für die M. S. A. bereitete wesentlich grössere Schwierigkeiten, als vorausgesehen war. Die Gemeinden konnten bei einer längeren Dauer des Aktivdienstes nicht auf die Schulhäuser verzichten. Die Hotels erwiesen sich vielfach als wenig geeignet; manche von ihnen mussten wieder geräumt werden, insbesondere wegen des Fehlens einer genügenden Heizung. In Interlaken wurden Kredite bewilligt, um in einzelnen Häusern die Heizung zu verbessern und zu erweitern. Am günstigsten war noch die Belegung von grösseren Institutsgebäuden, die aber nur an wenigen Orten zur Verfügung standen. Auch der Ausbau und die im Interesse der Ersparnis an Personal und Material wünschbare Zentralisation und Kocheinrichtungen bereitete Schwierigkeiten. Durch die ausgezeichnete Arbeit der Kommandanten der M. S. A. und des ihnen zur Verfügung stehenden qualifizierten Personals liessen sich diese Mängel im Laufe der ersten Betriebsmonate weitgehend beheben. Hingegen blieben lange zwei Probleme ungelöst; Beschaffung des qualifizierten Spitalpersonals und Beschaffung des nötigen Spitalmaterials.

Die Erfahrungen zeigten bald, dass die Dotierung der M. S. A. mit Aerzten und sonstigen Personal wohl für den Friedensbetrieb mit etwa 2000—3000 mehr oder weniger Leichtkranken ausreicht, dass sie aber für den Kriegsfall mit einer voraussichtlich doppelt so grossen Belegzahl ungenügend war. Insbesondere musste der Mangel an ausgebildeten Chirurgen die grössten Bedenken hervorrufen. Die Lücken wurden mit der Zuteilung möglichst vieler H. D.-Aerzte auszufüllen versucht. Diese arbeiteten im allgemeinen zufriedenstellend, teilweise sehr gut. Aber auch die Zahl dieser Hilfskräfte war beschränkt. Zum Teil gelang es, sich für den Kriegsfall die Mitarbeit von Aerzten, die aus der Wehrpflicht entlassen waren, zu sichern. Bei diesen Bemühungen hat es sich als grosses Hemmnis erwiesen, dass die Verpflichtung zum Eintritt in den H. D. von 48. bis 60. Jahre im Jahre 1938 nicht mit rückwirkender Kraft verfügt wurde, so dass alle jene Aerzte der Armee verloren gingen, die damals schon aus der Wehrpflicht entlassen waren, mit Ausnahme derjenigen, die sich freiwillig in den H. D. einteilen liessen.

Die etatmässige Dotierung der M. S. A. mit H. D.-Formationen und dem Personal der freiwilligen Hilfe war für einen Kriegsbetrieb ungenügend. Der Bestand an H. D. war durch die notwendig gewordene Ausschaltung ungeeigneter Elemente und durch die sanitarischen Ausmusterungen bald kleiner geworden als beim Beginn der Mobilmachung. Die vom Rotkreuzchefarzt verlangte fachtechnische Ausbildung von 1500 Angehörigen der Gattungen 10 und 16 des F. H. D. war deshalb dringlich. Der Betrieb ist ferner durch das Fehlen einer genügenden Zahl von Quartiermeistern und Fourieren erschwert worden. Es wurden infolgedessen Kurse für Hilfsfouriere eingeführt.

Die M. S. A. sind ihrer Organisation nach weitgehend auf Improvisation angewiesen, da sie nur im Aktivdienst in Funktion treten. Das bei der Mobilmachung vorhandene Korpsmaterial, das mangels genügender Kredite nicht vermehrt werden konnte, erwies sich als ungenügend. Auch die Ergänzungen, die vom Schweiz. Roten Kreuz an Bett- und Spitalmaterial geliefert werden konnten, reichten bei weitem nicht aus. Es wurde versucht, das Fehlende durch Requisition zu ergänzen, was nur teilweise möglich war. Soweit als möglich wurden die Lücken durch Herstellung von Behelfsmaterial, teils in den eigenen Werkstätten der M. S. A., teils durch Vergebung an Gewerbe und Industrie ausgefüllt. Die gleichen Schwierigkeiten ergaben sich mit den Operationseinrichtungen, den Röntgen- und andern Apparaten.

Es zeigte sich, dass für die vorsorgliche Requisition dieses Materials, das beim Ausbruch von Feindseligkeiten praktisch gar nicht mehr requiriert, abmontiert und transportiert werden kann, die nötigen rechtlichen Grundlagen nicht vorhanden waren. Diese Erfahrungen führten dazu, dass die Abteilung für Sanität die nötigen Materialergänzungen mit einem Kreditbegehren von zehn Millionen Franken anforderte.

*Periode der definitiven Planung gemäss Réduitorganisation.* Mit der im Sommer 1940 erfolgten Umstellung des Operationsplanes auf die Réduitkonzeption mussten die M. S. A. innerhalb des Réduits untergebracht werden. Es wurden abgelegene Bergtäler und geschützte Kurorte herangezogen, Orte, welche möglichst ablegen von voraussichtlichen Kampfgebieten, in ruhiger Lage den Verwundeten und Kranken günstige äusseren Heilungsbedingungen geboten hätten. Der Réduitoperationsplan erlaubte dem Sanitätsdienst ein Durchorganisieren bis zu den letzten M. S. A.-Stationen. Der voraussichtliche Anfall, die möglichen Transportwege, die zur Verfügung stehenden Transportmittel liessen sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehen, und die nötige Kapazität für die einzelnen Réduitsektoren konnte festgelegt werden. Grössere Kur- und Fremdenorte mit gut eingerichteten Hotels wurden vom R. D. der Abt. Sanität für ihre Zwecke zur Verfügung gestellt. Da diese Hotels für die volle Beanspruchung der M. S. A. nicht ausreichten und überdies bei den sehr gespannten Unterkunftsöglichkeiten im Réduit noch andere Dienststellen ebenfalls in Hotels unterzubringen waren, ging die Abt. für Sanität daran, Sanitätsbaracken und Barackenspitäler aufzustellen.

Die Unzulänglichkeit der meisten Holzbauten für sanitätsdienstliche Zwecke liegt nicht nur in den vielen Einzelzimmern, die einen unverhältnismässig grossen Bestand an Wartepersonal verlangen, sondern die Hoteleinrichtungen waren infolge lang anhaltender Krise in der Fremdenindustrie vielfach in sehr schlechtem Zustande. Bettwäsche, Geschirr und sonstige Utensilien waren spärlich. Zahlreiche Gebirgshotels sind Holzbauten mit grosser Brandgefahr. Es sei an den Brand des Hotels Bär in Grindelwald in der Nacht vom 14./15. Januar 1941 erinnert. Dieses Hotel diente als M. S. A.-Station. Wenn auch bei dem Brand keine Patienten zu Schaden kamen, ging doch sehr viel Material verloren.

Von ausschlaggebender Bedeutung war aber das sanitätsaktische Bedürfnis. Viele gute Hotels waren nicht brauchbar, weil sie in den voraussichtlichen Kampfzonen lagen oder wiederum zu grosse Distanzen von diesen aufwiesen, während bei den mutmasslichen Kampfgebieten geeignete Räumlichkeiten fehlten. Aus diesen Gründen hatte die Abt. für Sanität am 22. Januar 1941 ein grosses Kreditbegehren für Barackenbauten eingereicht. Dieses Gesuch umfasste sowohl den San.-Barackenbau der M. S. A. 1—8 als auch der A. K. und Flieger- und Flab.-Trp. Der Gesamtbedarf von rund 300 Sanitätsbaracken verschiedener Typen für Pflege und Behandlung, dazu 28 Sanitätsmaterialbaracken wurde projektiert und der Kredit von Fr. 12 894 800.— vom Bundesrat bewilligt.

In umfangreichen Vorarbeiten und in enger Zusammenarbeit mit dem Geniechef der Armee gelang es, sehr zweckmässige Operations-, Behandlungs- und Spezialbaracken für den San.-D. zu konstruieren, die dann in kleineren und grösseren M. S. A.-Zentren im Réduit aufgestellt wurden. Diese Barackenspitäler erwiesen sich in der Folge als vom betriebstechnischen Standpunkt günstiger als die Hotelspitäler; sie wurden seit dem Herbst 1941 fast ausschliesslich als Etablierungsorte der diensttuenden M. S. A. verwendet. Beim Uebergang der Gross-M. S. A. in Städten zu den Réduit-M. S. A. war die Unterteilung in kleinere Spitalsektoren erst recht nötig. Die Aufteilung in kleinere M. S. A.-Stationen verlangte die Umstellung des Grossspitals auf Mittel- und Kleinspitäler, in denen die verschiedenen Fachgebiete nebeneinander vertreten waren. So kam es zu einer weitgehenden inneren Umorganisation der einzelnen M. S. A. Das Personal der verschiedenen Sektionen wurde zu neuen Spitalformationen ad hoc zusammengezogen. Auch die Materialzuteilung musste sinngemäss revidiert werden. Diese kleinen Spitäler haben sich als sehr leistungsfähig erwiesen. Sie werden für die neue Organisation der M. S. A. richtungsweisend sein. Gut eingerichtete und zweckmässig betriebene Spitalbaracken und umgebaute Hotels für Spezialzwecke führen zu den erwähnten M. S. A.-Spitalern, die, medizinisch vorzüglich ausgestattet, in ihrer Leistungsfähigkeit mit gut eingerichteten Kantonsspitalern oder gar Kliniken vergleichbar waren, die aber, einmal etabliert, kaum mehr disloziert werden können. Die Immobilisierung einer eingerichteten M. S. A. ist heute des grossen technischen Apparates wegen eine viel stärker als früher. Der San.-D. im Kriege verlangt aber auch für rückwärtige Formationen eine gewisse Beweglichkeit, wenigstens insofern, als diese Formationen instande sein müssen, eine vorgeschobene Uebernahmestelle oder kleinere Behandlungsstelle, Triagestelle usw. einzurichten. Bei jeder M. S. A. wurden mobile Feldspitaldetachemente gebildet, die einerseits mobil, leicht aus der M. S. A. herausgelöst werden konnten, andererseits instande waren, der M. S. A. vorgelagerte Kleinspitäler einzurichten. Sie bestehen aus chirurgischen Equipen, Behandlungspersonal, dem entsprechenden San.-Material und motorisierten Transportmitteln.