

# Der Aufbau und der Betrieb einer Hals-Nasen-Ohrenstation im Kriegslazarett

Autor(en): **Escher, F.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazzetta militare svizzera**

Band (Jahr): **90=110 (1944)**

Heft 1: **Wehrmedizinisches Sonderheft**

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-19010>

## **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.

à distance, en allant lier l'hypogastrique interne près de sa bifurcation de l'artère iliaque primitive. On l'aborde en faisant une incision lombaire, rétro-péritonéale. C'est une intervention facile lorsque l'on connaît bien ses plans anatomiques. Je l'ai pratiquée 3 fois sans incident.

Il ne faut jamais lier une artère sans que celle-ci soit proprement isolée, car l'on peut comprimer un nerf moteur accompagnant le vaisseau et compromettre irrémédiablement la fonction d'un membre. L'hémostase d'une hémorragie secondaire tardive demande des connaissances d'anatomie approfondies, car les tissus dans lesquels nous devons travailler sont tuméfiés et purulents, ce qui rend les repères difficiles à reconnaître.

En cas de doute revoir son anatomie avant d'opérer!

## **Der Aufbau und der Betrieb einer Hals-Nasen-Ohrenstation im Kriegslazarett**

Von Hptm. *F. Escher*, Kdt. einer Geb. San. Kp.

«Und Sie werden uns eine Hals-, Nasen-, Ohrenstation einrichten, da wir in unserer Lazarettstadt noch keinen Spezialisten haben,» so lautete der Auftrag des Oberstabsarztes, der uns empfing, die Arbeitsplätze zuwies und die Aufgaben verteilte.

Vor 6 Tagen waren wir von zu Hause weggefahren. Heute mittag mit dem Camion, der uns zuletzt aus dem Baltikum herführte, über die russische Grenze gerollt und am Bestimmungsort angelangt. Noch war alles fremd, das weite, öde Land, das Lazarett mit seinem Lysolgeruch und die erste Kontaktnahme mit den Verwundeten. Dann kamen die Sorgen um die Gestaltung der neu geplanten Station. Alles wirbelte durch den Kopf . . ., das Wie, Wo und Woher die vielen Sachen kommen. Wir sind doch in Russland. Alles muss doch irgendwoher beschaffen werden, von Russland jedenfalls sicher nicht. Mit Eifer traten wir aber an die Aufgaben heran. Zuerst wurden uns die Räumlichkeiten zugeteilt. Die neue Station sollte in einem Schulhaus, wo sich bis jetzt ein Leichtverwundetenlazarett und eine Zahnstation befanden, untergebracht werden. Dieses Gebäude war ca. 8 Minuten vom chirurgischen Hauptlazarett entfernt und dessen Kommando

unterstellt. Ein mächtiges Schulhaus war das, neu gebaut 1936, aber ein öder, roher Backsteinbau, der noch nie seinem richtigen Zwecke gedient hatte und von Anfang an für sanitätsdienstliche Einrichtungen verwendet worden war. Der Innenausbau war noch primitiver, als es der Anblick von aussen vermuten liess. Wohl waren es grosse Zimmer, aber mit rohem Boden, die Türen schlecht verpasst, die Fenster schlossen nicht recht und die sanitären Einrichtungen waren erst recht primitiv. Aber es war doch Platz und Licht vorhanden. Vier Säle mit zusammen 60 Betten wurden mir bereitgestellt, dazu ein Zimmer als Operationssaal und Vorbereitungsraum unterteilt, aber noch war alles leer.

Meine erste und wichtigste Bekanntschaft war der Lazarettapotheker, der Materialchef des Lazarettes. Von diesem war zu erfahren, was überhaupt zur Verfügung stand. Was nicht im Lazarett selbst aufzutreiben war, musste im Sanitätspark gesucht und zusammengestellt werden: die Instrumente, Lampen und Spitalgeräte. Meine Lausanner Operationsschwester legte sich mächtig ins Zeug. Zusammen entwarfen wir die Pläne für die Tische und Instrumentenschränke; der LazarettSchreiner hatte alle Hände voll zu tun und er lieferte uns schliesslich schöne Gestelle und Schränke, die gar nicht mehr nach Improvisation aussahen. Immer neue Listen mussten angefertigt werden, galt es doch, den ganzen Betrieb für alle einschlägigen Operationen einzurichten. Es wollte nicht aufhören mit neuen Materialanforderungen, Medikamenten, Verbandstoffen, Spritzen, Glasgefässen und Sterilisationsapparaten, obschon nur das Dringlichste und Wichtigste verlangt wurde. Vieles wurde improvisiert, die Flaschen alle selbst beschriftet, Seifenschalen aus Drahtgitter der Kramerschienen zusammengeflochten, eine Ersatzbeleuchtung mit einer starken Taschenlampe bereitgestellt. Immer fehlte wieder etwas und in den ersten Tagen war kein Ende der Arbeit zu sehen. Ganz allmählich nahm aber die Einrichtung Gestalt an, der Operationstisch stand, die Gestelle und Schränke rückten an, im Medikamentenschrank fand sich nun alles geordnet nach Verwendungszweck, auf den Tischen standen die Instrumentenschalen, das elektrische Sterilisationsgerät funktionierte, die Verbandtrommeln waren gefüllt mit Tupfern und Binden und die Operationslampen wurden installiert, so dass die Räume schon ganz spitalmässig aussahen. Die grösste Schwierigkeit machte die Beschaffung der Spezialinstrumente, die vorerst nicht aufzutreiben waren. Schliesslich schickte mir aber der beratende Otologe des Abschnittes seine grosse

Instrumentenkiste, in der alles in Kästen sortiert war, so dass nun auch dieses wichtigste Gerät seinen Platz fand, und der Anblick dieses Kastens hat mich denn auch ganz beruhigt und die Freude zur Arbeit gegeben. Stundenlang stellten wir die Materiallisten für das Inventar zusammen, um alles wieder perfekt übergeben zu können.

Parallel mit den Einrichtungsarbeiten begann aber schon die ärztliche Tätigkeit. Sobald bekannt wurde, dass ein Ohrenarzt anwesend sei, kamen die telephonischen Anfragen nach Besuchen in Lazaretten. Drei grosse chirurgische Lazarette, davon eines der Luftwaffe und ein Lazarett für innere Krankheiten befanden sich am Platze. So richtete ich bald einen regelmässigen Turnus zwischen den Lazaretten ein; denn oft waren ja multiple Verletzungen vorhanden, wobei der Verletzte nicht transportiert werden konnte und im Lazarett, wo er lag, untersucht und event. operiert werden musste. Sobald aber nach 10 Tagen die eigene Station eingerichtet war, wurden alle transportfähigen Hals-, Nasen- und Ohrenverletzten auf unsere Station gebracht. Die Bereitstellung wurde den vordern Sanitätsstaffeln und Krankensammelstellen gemeldet, die Transportoffiziere der Eisenbahn und des Flugplatzes wurden benachrichtigt, in der Stadt wurden Wegweiser für die Station angebracht, so dass automatisch die Kranken und Verletzten dieses Fachgebietes zu uns eingeliefert wurden.

Dazu wurde am Morgen zwischen 10 und 12 Uhr eine ambulante Sprechstunde eingerichtet, wo die stationierten Truppen und Hilfsorganisationen, die natürlich in grosser Zahl in der wichtigen Stadt zusammen waren, zur Untersuchung kommen konnten. Vor der Sprechstunde wurden die laufenden Operationen durchgeführt, wobei jeweils eine lettische Schwester die Narkose machte und der kleine Iwan mustergültig den Kopf der Patienten hielt. Die Operationsschwester assistierte und instrumentierte zugleich, da wir den Betrieb zusammen allein führten. Nachmittags kamen meist Neueintritte, wobei alles genau in die Krankenblätter aufgeschrieben wurde. Dann mussten die Patienten behandelt und verbunden werden, anschliessend kamen meistens die Besuche in den auswärtigen Lazaretten, so dass die Tage mächtig ausgefüllt waren, aber wir arbeiteten ja gerne und mit Freude, da wir mit den unverbrauchten Kräften die zur Verfügung stehende Zeit voll ausnützen wollten.

Es zeigte sich bald, wie wichtig unser Gebiet im Sanitätsdienst ist. Da sind vor allem einmal die Ohrschäden zu nennen. Durch die

Explosion der Granaten und Minen entsteht immer eine gewaltige Luftdruckwelle, welcher das Trommelfell des menschlichen Gehörorganes nicht standhält, so dass es sehr oft zu schweren Zerreissungen desselben kommt. Da gerade der Minenkrieg in unserem Abschnitt eine sehr grosse Rolle spielte, war die Zahl der Trommelfellverletzungen entsprechend gross. Oft wurden diese Schäden vorerst nicht beachtet, da gleichzeitige Arm- oder Beinverletzungen im Vordergrund waren. Wenn dann aber der Patient schlecht hörte und die Ohren zu eitern anfangen, so wurde ich zugezogen. So fand ich schliesslich in grosser Zahl Trommelfellzerreissungen und ich konnte mir ein Bild von den gewaltigen Kriegsschäden an diesem wichtigen Sinnesorgan machen. Daneben kamen auch sehr oft Störungen des Hörnerves vor, wobei am Trommelfell kaum etwas zu sehen war. Beim Abgeben von Trommelfeuer, Schiessen mit Panzer- und Fliegerabwehrwaffen, entsteht ein so intensiver Knall (hohe Mündungsgeschwindigkeit der Geschosse), der oft von den fein gebauten Hörnervenendigungen nicht ertragen wird. Die Folgen sind dann oft recht schwere und langwierige Hörstörungen mit Ohrensausen, die sich bedeutend mildern lassen, wenn die Bedienungsmannschaften von Ik. und Flakgeschützen immer gefettete Watte in den Ohren tragen. Diese Vorschrift hat auch für uns im Friedens- und Aktivdienst ganz besondere Bedeutung und volle Geltung, da wir diese Schäden bei uns leider oft sehen. Sie sind für die Betroffenen sehr unangenehm und geben meist Anlass zu Begutachtung für die Militärversicherung.

Ein weiteres wichtiges Gebiet bildete die Behandlung der Gesichtsschüsse mit Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Der knöcherne Gesichtsschädel besteht gewissermassen aus einem pneumatischen System von Hohlräumen, die durch Schüsse und Stecksplinter oft aufgerissen werden und dann zu schweren Eiterungen führen. Alle diese Verletzungen, wobei oft sehr schwere Zertrümmerungen vorlagen, mussten operativ behandelt werden, indem man diese Nebenhöhlen aufmeisselte, die Stecksplinter entfernte und alles zertrümmerte Knochengewebe und die eiternde Schleimhaut ausräumte. Einen ungünstigen Verlauf nahmen diese Verletzungen, wenn auf einer vordern Station die Gesichtswunde genäht wurde, ohne dass dabei die darunter aufgerissene Knochenhöhle beobachtet wurde. Dann stellten sich schwere Wundinfektionen ein, weil der Eiter wegen der genähten Wunde keinen Abfluss fand. Auch hier gilt das wichtige Prinzip, dass man im Krieg vorerst keine Kosmetik mit schöner Naht

treiben kann, sondern die Wunden müssen offen bleiben, höchstens eine lockere Situationsnaht ist erlaubt. Nur wenn gute Abflussmöglichkeiten geschaffen sind, können gefährliche Eiterstauungen vermieden werden.

Der Minenkrieg forderte ganz speziell viele schwere Opfer; die schwersten Gesichtsverletzungen habe ich bei Explosionen von Holzminen gesehen. Diese können mit dem elektromagnetischen Suchgerät nicht gefunden werden, sondern sind nur mit Sondierstangen aufzustochern, eine sehr heikle und gefährliche Aufgabe. Denn trotz aller Vorsicht gehen immer wieder Minen hoch und führen zu Sprengverletzungen, die Holzsplitter und die mitgerissene Erde dringen tief in die Wunden ein, welche äusserst infektionsgefährdet sind, da gerade hier ausser der üblichen Eiterung oft Starrkrampf auftritt.

Die Halsverletzungen waren auf unserer Station weniger häufig, und zwar vor allem deswegen, weil schwere Verletzungen, wie Halsschlagaderöffnungen meist zu sofortiger Verblutung, Luftröhrenschüsse oft zu Erstickung führen. Trotzdem konnte man ganz ausgefallene Sachen sehen. In einem Falle wurde ein Verletzter mit dem Flugzeug als dringlicher Notfall gebracht, bei dem ein Granatsplitter unterhalb dem Kehlkopf in der Luftröhre sass. Wegen Erstickungsanfällen wurde auf dem Verbandplatz der Luftröhrenschnitt ausgeführt und eine künstliche Kanüle eingelegt. Bei diesem Soldaten konnte mit einer Kehlkopfszange der Splitter vom Munde aus durch den Kehlkopf aus der Luftröhre geholt werden, worauf sofort wieder die normale Atmung einsetzte und die künstliche Luftröhrenatmung aufgehoben werden konnte.

Die Umstellung von der Friedens- auf die Kriegschirurgie fiel eigentlich nicht so schwer wie vorgestellt. Es zeigte sich, dass die klinische Erfahrung und die Technik mit gutem Erfolg den neuen Verhältnissen angepasst werden konnten. Die weitverbreitete Meinung, man könne bei der kriegschirurgischen Tätigkeit alles ohne besondere Vorbildung lernen, stimmt nicht. Nur wer sich schon vorher auf eine gründliche und seriöse Ausbildung stützen kann, wird in der Kriegschirurgie wirklich Wertvolles leisten, denn nirgends wie da spielt das rasche Erfassen der Situation und die allgemeine Beurteilung des Verletzten eine entscheidende Rolle. Wer diese Forderungen nicht erfüllt, läuft Gefahr, im Massenbetrieb ein Pfuscher zu werden. Das Ansehen und das ärztliche Niveau eines Lazarettes ist in allererster Linie vom Können des chirurgischen



Chefarztes abhängig, was sich bis in die kleinsten Details der Pflege auswirkt.

Besonders wertvoll war die Zusammenarbeit mit dem kieferchirurgisch erfahrenen Zahnarzt, da bei den Gesichtsverletzungen oft Kieferfrakturen mit Verschiebungen der Zahnreihe vorlagen, welche speziell geschient werden mussten.

Auch mit dem Augenarzt arbeitete ich Hand in Hand. Bei Augen- und Augenhöhlenverletzungen ist die Kieferhöhle oft gleichzeitig mitaufgerissen, so dass nach der Augenbehandlung, welche leider meist in der Enukeation des zerstörten Auges bestand, noch die Kieferhöhle operiert werden musste. Dadurch konnten dem Verwundeten zwei Operationen erspart werden, indem sich beide Eingriffe in einer Sitzung durchführen liessen.

So merkte man den raschen Ablauf der Zeit nicht, nur wurden die vorerst kaum bemerkbaren kurzen nordischen Nächte wieder länger, die ersten kalten Regenschauer meldeten den Herbst an. Noch erlebten wir die Genugtuung, dass bei der Lazarettinspektion die neugeschaffene Station den leitenden sanitätsdienstlichen Stellen sehr gefiel und dass wir die zur Verfügung stehende Zeit wirklich voll ausgenützt hatten. Ein neuer Chef, der sich für alles sehr interessierte, übernahm unsern Betrieb. Er hätte uns am liebsten weiter behalten. Nur schwer trennten wir uns von der «eigenen» Klinik, wo wir in intensiver Arbeit vieles geben, aber auch sehr vieles lernen konnten. Denn es steht ausser Zweifel, dass wer den Krieg als Arzt gesehen hat, nur noch das eine Ziel, zu helfen und zu lindern, haben kann. Und ein Volk, das nicht selbst auf dem Schlachtfeld geblutet hat, ist zu dieser Hilfe verpflichtet und muss im Urteil über andere, die bluten, milde und zurückhaltend sein.

Wer sie sah, diese jungen Soldaten, standhaft in ihrem Leiden, der bleibt davon ergriffen. Es sind die besten und gesündesten eines Volkes . . . Muss das wirklich so sein? Und oft stellte ich mir die leise Frage: wie werden wir einst dastehen und uns halten, wenn das Schicksal bei uns anklopft?

Da kam mir immer wieder unser Fahnenlied in den Sinn, welches für mich heute noch eine viel tiefere Bedeutung bekommen hat:

Gott schütz das Land vor Brande,  
Doch uns noch mehr vor Schande,  
Wenn wir im Feuer steh'n.