Zeitschrift: Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazetta militare svizzera

Band: 90=110 (1944)

Heft: 1: Wehrmedizinisches Sonderheft

Artikel: Eindrücke und Erfahrungen als Internist in einem Kriegslazarett der Ostfront

Autor: Pradervand, E.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-19014

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: 15.07.2025

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

jedoch am Orte des Einsatzes wegen der grossen Fliegenplage nicht möglich. Die durch die Incision gesetzten Wunden haben wir später mit Dakin'scher Lösung berieselt. Auf diese Weise haben sich diese relativ rasch gereinigt.

Dies ist kurz der Behandlungsplan der Gasödeminfektion. Derselbe ist natürlich nicht vollständig, sondern enthält nur einige wichtige Hinweise und Grundsätze. Wir haben versucht, mit wenigen Worten diese so gefürchtete Wundinfektion, wie es das Gasödem darstellt, zu beschreiben. Nur wenn man diese Fälle so frühzeitig als möglich erkennt und sie sofort an richtige Stellen transportieren lässt, so kann diesen Verwundeten geholfen werden. Dies gilt vor allem für die schwere, bösartige Gasödemform.

Der Zweck dieser Zeilen war nicht, eine wissenschaftliche Arbeit zu schreiben, sondern zu zeigen, dass auch durch einfache Mittel das Gasödem vom Laien erkannt oder doch mindestens vermutet werden kann, der unter Umständen auch für den sofortigen Abtransport dieser Fälle zu sorgen hat. Erst dann, wenn die Frühdiagnose infolge der Kenntnis der verschiedenen Verlaufsformen des Gasödems möglich ist, werden wir auch weitere Wege zur Verbesserung der ärztlichen Erfolge im Kampfe gegen diese bei Kriegswunden häufige und so lebensbedrohende Wundinfektion finden und beschreiten können.

Adresse d. Verf.: Chirurgische Universitätsklinik Genf (Kantonsspital).

Eindrücke und Erfahrungen als Internist in einem Kriegslazarett der Ostfront

Von *Dr. E. Pradervand*, Novaggio

Der Aufforderung des Herrn Oberstdivisionär E. Bircher, einige Schilderungen meiner Erlebnisse an der Ostfront zu geben, komme ich nach und möchte im Nachfolgenden die Tätigkeit als interner Mediziner in Kürze beleuchten.

Als im vorigen Jahre die Einladung des Oberfeldarztes an mich erging, an unserer Mission an die Ostfront teilzunehmen, erfüllte sich für mich ein schon seit langem gehegter Wunsch. Wollte ich doch nicht nur mein Scherflein auch im zweiten Weltkriege darbringen,

sondern auch für meine hiesige Tätigkeit Erfahrungen aus der modernen Kriegsmedizin sammeln und mit nach Hause nehmen. Der grosse unlängst verstorbene Wiener Chirurg Prof. Freiherr von Eiselsberg behauptete auf Grund seiner Erfahrungen im ersten Weltkrieg, dass die Aerzte eigentlich die *einzigen berechtigten Kriegsgewinner* seien, weil sie eben durch den Krieg sehr viel zugelernt hätten. Ich glaube, dass diese Auffassung sehr zu Recht besteht. Darum wäre es von grossem Nutzen, wenn speziell junge Kollegen möglichst zahlreich an heutige Fronten abkommandiert würden. Es handelt sich hierbei natürlich nicht allein um die rein medizinische Seite, sondern um Erlebnisse verschiedenster Art, die sich aus Beschreibungen niemals richtig erfassen lassen. Im Gegensatz zu meinen Kollegen, die sich wohl nur für die rein medizinische Seite interessierten, lag es mir auch sehr daran, das Sanitätswesen der Wehrmacht à fond kennen zu lernen, speziell was die Organisation der Sanitätsanstalten anbelangte, weiterhin die Frage der Evakuation zu studieren, des Rückschubes, des Transportes, der Rekrutierung, Ausmusterung usw. Alle diese Fragen bildeten für mich, der sich seit langen Jahren mit Aehnlichem beschäftigt, ein brennendes Interesse. Eine bessere Gelegenheit als sich mir nun darbot, um unsere eigenen Massnahmen und Gepflogenheiten zu überprüfen und mit anderen zu vergleichen, wäre wohl kaum zu finden gewesen.

Ich möchte schon vorgreifend erwähnen, dass mir mein Vorhaben dank verschiedenen glücklichen Umständen gelungen ist. — Der Einsatz unserer Mission fand im rückwärtigen Heeresgebiet, in der ersten Etappe, statt, und zwar verteilt in verschiedenen Kriegslazaretten. Unsere Sanitätsorganisation entspricht im allgemeinen der der deutschen Wehrmacht an der Front: zuvorderst Truppenverbandplatz — weiter der Reihe nach —, Hauptverbandplatz der Sanitätskompagnie, Feldlazarett und Kriegslazarett (unserer MSA entsprechend). Alles Rückwärtige bilden die Reservelazarette.

Das Kriegslazarett, in welches ich als Internist dirigiert wurde, umfasste 1300—1500 Betten; es war in einem älteren zivilen Krankenhaus untergebracht, hatte ausser Abteilungen für allgemeine Chirurgie, spezielle Abteilungen für Gehirn- und Lungenchirurgie, geleitet von entsprechenden Spezialchirurgen; weiterhin eine grössere oto-rhino-laryngische Abteilung, eine Augenabteilung mit ca. 300 Betten, die von einem Schweizerkollegen übernommen wurde, und eine Abteilung für interne Medizin. Letztere wurde mir als selbständigem Abteilungsarzt zugeteilt. Sie umfasste 3 Stationen, zusammen

250—300 Betten. Zudem wurde mir noch die Aufsicht über eine kleine urologische Abteilung von 10 Betten übertragen.

Ausser diesen stationären Abteilungen bestand für den Internisten noch die Verpflichtung, eine Ambulanz von durchschnittlich 15—20 Patienten täglich zu besorgen und die konsultative Praxis auf den verschiedenen anderen Stationen auszuüben. Diese Tätigkeit hatte ihre Vorteile in einer vollen Selbständigkeit und in einem Einblick in die verschiedenen Abteilungen, sowie auch in der Notwendigkeit des Studiums der Vorschriften und Verfügungen der Sanität. Zudem kamen noch andere Pflichten hinzu, wie Begutachtungen über Dienstfähigkeit, Ausmusterungen, Untersuchungen betreffend Tropendienstfähigkeit, Impfungen usw. Als Gehilfen verfügte die Abteilung über 7 Assistenten, darunter ein Schweizerarzt und ein deutscher Arzt, die übrigen stammten aus der einheimischen Bevölkerung — mit wenigen Ausnahmen tüchtige Aerzte.

Der beratende Internist stand uns seiner Aufgabe gemäss wie in administrativen, so auch in militärärztlichen Fragen zur Seite. Das Lazarett stand unter der Leitung eines Chefarztes, eines im Grade vom Oberstabsarzt stehenden Sanitätsoffiziers der Reserve, der auch unser einziger direkter Vorgesetzter war. In der Handhabung der medizinischen und administrativen Führung verfügte der Abteilungsarzt über volle Freiheit. Man konnte sich daher ein genaues Bild von der Organisation der Sanität machen und einen Vergleich mit unseren Verhältnissen ziehen. Die Schweizerärzte waren punkto Arbeit und Funktionen den deutschen gleichgestellt, was auch für die Schweizerschwestern Geltung hatte, die den deutschen Schwestern gleichgestellt waren, im Gegensatz zu den einheimischen Aerzten und Schwestern, die keine selbständigen Posten versehen konnten. Das Wärterpersonal bestand ausschliesslich aus Elementen der örtlichen Bevölkerung, war zahlreich und liess hie und da zu wünschen übrig. Einer unserer medizinischen Abteilungen stand eine schweizerische Schwester als Oberschwester vor. Die Aufsicht über Einhaltung der Hausordnung und über die Disziplin lag einem zum Lazarett etatmässig gehörenden Unteroffizier ob; diesem wurden zur Aushilfe ins Geschäftszimmer noch einige Ordonnanzen von den Patienten zugeteilt.

Das Unteroffizierskorps spielt eine weit grössere Rolle als bei uns, speziell die höhern Unteroffiziere, wie z. B. ein Feldwebel, präsentieren schon eine sehr respektable Persönlichkeit, der der gewöhnliche «Landser» die Honneurs abzugeben hat.

Zugeteilt waren dem Lazarett 4 Chirurgen, 2 Otologen, 2 Okulisten, 2 Internisten, 1 Neurologe-Psychiater, 1 Pathologe, 2 Apotheker, 2 Zahlmeister. Daneben noch eine grössere Anzahl von Aerzten aus der örtlichen Bevölkerung zur Mitarbeit.

Zur Verfügung standen grössere Laboratorien für chemische und bakteriologische Untersuchungen. Auch ein gut eingerichtetes Röntgenkabinett war im Betrieb; ebenso ein Apparat für Elektrokardiographie. Auch mit Apparaten für physikalische Therapie war das Lazarett versehen. Kurzwellen, Diathermie, Massage konnten angewandt werden. An Wasser und Bädern gab es keinen Mangel. Heizmaterial, speziell Holz, gab es zur Genüge. Die Verpflegung der Patienten war dermassen gut, dass man sich damals noch den Luxus von vier verschiedenen Spezialdiäten erlauben konnte (bei Magenaffektionen, Nephritis usw.). Auch die Verpflegung der Aerzte und diensttuenden Offiziere liess nichts zu wünschen übrig, wenn sie auch bescheiden und einfach war.

Die Vorrichtungen für den Luftschutz waren in jener Zeit noch im Entstehen: die russischen Flieger zeigten keine grosse Aktivität.

Schon am Tage nach unserer Ankunft durften wir mit unserer Tätigkeit beginnen. Mein Vorgänger verreiste sofort auf einen neuen Posten der Front und hinterliess mir nach kurzer Einführung seine Abteilung, um am Ende unserer Arbeit wieder zurückzukehren. Infektionskrankheiten durfte ich auf meinen Stationen nicht aufnehmen; diese Krankheiten kamen in speziell dafür bestimmte Lazarette. Es kamen aber immer wieder zahlreiche Fälle von Infektionskrankheiten vor: als ersten Fall musste ich eine schwere offene Lungentuberkulose bei einem jungen Russen in ein spezielles Lazarett verlegen. Sonst haben wir erstaunlich wenig Tuberkulose gesehen, auch nicht bei schwer heruntergekommenen Patienten (nach Dysenterien, verschiedenen Fiebern usw.). Vom Personal erkrankte einzig eine Schwester an einer Primoinfektion von Lungentuberkulose. Fälle von Paratyphus B. beherbergten wir dauernd. Hierbei war bezüglich Diagnose auf die Klinik mehr Verlass, als auf das Laboratorium. Die Gruber-Widal'sche Reaktion liess uns im Stiche, wohl nach den vielen prophylaktischen Impfungen, denen die Patienten ausgesetzt worden waren.

Hie und da schlich sich auch ein Fall von Flecktyphus ein mit positivem Felix-Weil.

Die verschiedentlich vorkommenden Malariakranken kamen aus den Sumpfgebieten des Nordens, aus dieser traurigsten und schreck-

lichsten Gegend, die man sich nur vorstellen kann; weglose Gegenden ohne Trinkwasser, wo die Soldaten im Sommer durch fürchterliche Mückenplage weder tags noch nachts Ruhe haben. Es ist interessant, dass man in diesen Breitegraden zuvor nie etwas von Malaria gehört hatte. Erst dieser Krieg brachte eine grosse Anzahl dieser Erkrankungen mit sich. Ein Beweis, dass die Anopheles-Mücke auch im hohen Norden gut gedeihen kann.

Eine häufige Erkrankung war in unserer Abteilung das febris Wolhynica, das sog. Fünftagfieber, eine typische Läusekrankheit (wahrscheinlich durch die Rickettsia quintana hervorgerufen). Diese Krankheit zeigte einen sehr verschiedenartigen Verlauf mit sehr mannigfaltigen Erscheinungen. Die Kranken waren meist für Wochen, teilweise für Monate dienstunfähig, weshalb die Krankheit für die Kampfkraft der Truppe von grosser Wichtigkeit ist. Das typische klinische Bild der fünftägigen Fieberkurve war leider nur die Ausnahme. Charakteristisch waren die Gliederschmerzen, meist in den Waden, auch im Rücken und Kreuz. Besonders typisch war der Schienbeinschmerz, der oft äusserst heftig war. Die Milz war meist vergrössert. Weitere Merkmale bestanden in Dyspnoe und Zyanose. Die Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit zeigte meist nur wenig erhöhte Werte, die aber dafür lange andauerte. Das Blutbild wies zu Beginn eine Leukocytose mit Linksverschiebung auf, im weiteren traten Lymphocytosen und Monocytosen auf. Die Fieberzacken wurden nach 3—5 Wochen kleiner. Nach 6—8 Wochen waren die Erscheinungen meist abgeklungen. Es kam aber vor, dass sich die Krankheit lange hinzog, wie beim Morbus Bang, mitunter mit einer Myocardschädigung endend. Oft traten im Anschluss Magen-Darmstörungen auf, die mit Uebelkeit, Magenschmerzen und Diarrhoe einhergingen. In seltenen Fällen trat Encephalitis auf. Die Behandlung bestand in Anwendung von symptomatischen Mitteln, wie Pyramidon, Novalgin. Die Sulfonamide und ihre Derivate liessen vollständig im Stiche.

Direkt von der Front wurde eine grössere Anzahl Kranker mit Hepatitis epidemica, als Icterus catarrh. auftretend, eingeliefert, wahrscheinlich eine Viruskrankheit. Alle diese Fälle verliefen günstig; es dauerte allerdings bis zur Ausheilung mitunter 1—2 Monate. Zu Komplikationen in Form von akuter Leberatrophie kam es niemals. Wir bekamen keine Viruspneumonien zu Gesicht. Isoliert haben wir diese Kranken nicht, sondern hielten sie auf den allgemeinen Abteilungen; auch wurde für sie keine Quarantäne einge-

halten. Einen Schaden haben wir dadurch nicht feststellen können. Auch haben wir keine Fälle von Ansteckung gesehen. Die Klinik dieser Erkrankung ist von Dr. Markoff in der Schweiz. med. Wochenschrift Nr. 12, 1943, unlängst ausführlich beschrieben worden.

Die Behandlung bestand anfangs in der Anwendung von Insulin und Traubenzucker. Späterhin begnügte man sich mit kohlehydratreicher Kost, mit Karlsbadersalz, Bettruhe und Wärmeapplikationen. Patienten mit Kriegsnephritis hatten wir nur wenig Gelegenheit zu beobachten, darunter jedoch schwere Fälle mit grossen Oedemen, die jeder Behandlung trotzten.

Recht zahlreich waren die Herzaffektionen verschiedenster Art und Genese, darunter schwere Endocarditiden; auch viele Myocardschäden wurden beobachtet.

In der Ambulanz war das Krankengut sehr verschiedenartig, wurde sie doch nicht nur von Wehrmännern aufgesucht, sondern auch von Personen, die mit der Wehrmacht irgendwie in Verbindung standen, wie z. B. von Angehörigen der Organisation «Todt», von Eisenbahnern und andern Formationen und nicht zuletzt von Familiengliedern der Zivilmobilisierten (Frauen und Kindern).

In unseren stationären Abteilungen wurden nicht nur deutsche Wehrmänner verpflegt, sondern auch andere Nationalitäten, die der Wehrmacht angeschlossen waren.

Die Evakuation von der Front geschah vorwiegend per Bahn, während die eiligen Transporte der Schwerverwundeten zumeist mit dem Flugzeug stattfanden. Ganz speziell ging diese Transportart die Hirn- und Augenverletzten an.

Die Patienten vom Hauptverbandplatz oder aus den Feldlazaretten waren meist mit ausführlichen Krankengeschichten versehen. Auch von uns verlangte man die Führung von recht eingehenden Krankengeschichten über jeden stationären Kranken, die ihn bei seiner Evakuation weiter begleiteten, nachdem sie vom Chefarzt visiert waren.

Mit der Zeit machte sich während der warmen Jahreszeit eine grosse Zunahme der Magenkranken bemerkbar, die dazu führte, dass man unsere Abteilungen zu reinen Magenstationen machte. Die ganze Lazarettordnung wurde dementsprechend angepasst: es betraf vor allem die Organisation der Verpflegung und der Untersuchungsmethodik (en masse). Bei jedem Patienten wurde der Magensaft untersucht, anfangs nach fraktionierten Methoden, später wegen Zeitmangel nach einmaligem gewöhnlichem Probefrühstück; jedem wurde eine Blutsenkungsprobe gemacht, der Urin untersucht, der Stuhl auf

Blut untersucht und das Haemoglobin bestimmt. Nachher fand eine Röntgendurchleuchtung des Magens statt nach Kontrastfüllung (Rg.-Apparat von Siemens). Bei Ulcusverdacht wurden regelmässig Zielaufnahmen ausgeführt. Bei diesem Massenbetrieb überschritten wir volens nolens die Zahl der statthaften täglichen Magendurchleuchtungen um vieles, waren doch 15—20 Durchleuchtungen an einem Tage keine Seltenheit. Uns fehlte als diagnostisches Mittel nur noch die Gastroskopie, von deren Einführung auch schon gesprochen wurde.

Diese Kategorie von Patienten klagte recht stereotyp über Magenbrennen, Schmerzen im Epigastrium, Schweregefühl im Magen und häufig auch über Erbrechen. Sie behaupteten die Frontkost mit den häufigen Hülsenfrüchten und das Soldatenbrot nicht vertragen zu können. De facto war die Verpflegung an der Front besser als in der Etappe oder im Hinterlande, z. B. war meistens Weissbrot vorhanden. Die Erfahrungen mit diesen Patienten erinnerten mich ganz an meine Magenkranken in Novaggio. Man hatte auch oft den Eindruck, dass die Einheitskommandanten diese recht klagesüchtigen Wehrmänner loswerden wollten und sie daher nach rückwärts verlegten. Mit der Zeit legten wir uns in der Fülle dieses Krankenguts ein Schema an, zur besseren und schnelleren Orientierung, das folgende Einteilungen enthielt:

1. Vegetative Dystonie,
2. post-enterocolitische Magenbeschwerden,
3. postoperative Magenbeschwerden,
4. tatsächliche Ulcera (akute und chronische),
5. röntgenologische deformierte Duodenalbulbi,
6. Gastritiden (subacide, superacide, normacide) mit Hinweis auf Nikotinabusus und den Zustand des Gebisses,
7. Roemheld'scher Symptomkomplex mit Herz- und Atmungsbeschwerden,
8. Cholecystopathien.

Wie schon erwähnt, wurde jedermann gründlich durchuntersucht. Die Röntgenuntersuchungen fanden von sachkundiger Seite statt. Was ergaben nun unsere Untersuchungen? Nur ein verschwindend kleiner Teil erwies sich als Ulcusträger — ca. 5—6 % unter einer Zahl von ca. 600 Patienten —, wobei nur vereinzelt Magengeschwüre, häufiger Zwölffingerdarmgeschwüre gefunden wurden. Interessant ist das seltene Auftreten von Perforationen; so hatten wir nur einen einzigen Fall von Ulcusdurchbruch, der in diesem Zu-

stande frisch eingeliefert wurde und sofort zur Operation kam mit günstigem Resultat. Etwas häufiger fand man narbig deformierte Bulben, wobei aber meist eine gute Passage erhalten war. Entleerungsverzögerungen des Magens gehörten zu den grössten Seltenheiten. Bei einem Teil dieser Fälle fand sich eine Begleitgastritis. Die Beurteilung bereitete oft Schwierigkeiten, weil die Patienten meist Kuren wegen «Geschwür» hinter sich hatten und psychisch auf ein Ulcus eingestellt waren. Die Stuhluntersuchungen auf Blut verliefen fast immer negativ. Genau die gleichen Beobachtungen, die auch wir bei unseren Patienten aus der Friedenszeit machen. Die Behandlung war meist erfolglos, d. h. die Klagen hörten nicht auf, auch bei Einhaltung von Schonkost und anderen therapeutischen Massnahmen. Die sicher festgestellten Ulcera und Resektionsmägen mit Sturzentleerungen wurden zweckmässig den Reservelazaretten der Heimat zugeführt, da diese Fälle doch als dienstuntauglich entlassen werden mussten. Auffallend war die verschwindend geringe Zahl blutender Ulcera mit Bluterbrechen und Teerstuhl. Das Hauptkontingent stellten die nervös überlagerten Gastritiden und reinen Magenneurosen. Der beratende Internist warnte mit Recht vor einer Ueberwertung der röntgenologischen Verbreiterung des Schleimhautreliefs, ebenso wie vor der Ueberwertung erhöhter oder subacider Säurewerte. In der weitaus grössten Mehrzahl der Magenfälle liessen sich objektiv keine krankhaften Befunde erheben. Es handelte sich hier meistens um vegetative Dystoniker mit allen ihren typischen nervösen Erscheinungen und subjektiven Sensationen (Schwitzen, Tachycardie, Druckschmerz hinter dem Sternum, spastische Obstipation oft wechselnd mit Diarrhoen, Depressionen, Migräne) oder um Psychopathen, die sich auch im Zivilleben schon seit langem ihren Magen behandeln liessen und die nun, wenn «Diät und familiäre Fürsorge» fehlten, versagten. Gegen das Aufkommen dieser Magenneurotiker wurde eine rigorose Strenge anempfohlen als bestes Bekämpfungsmittel. Allen Magenkranken wurden sofort nach ihrem Eintritt die Gebisse in der zahnärztlichen Klinik, die vorbildlich organisiert war, untersucht und wo nötig instandgestellt (auch Prothesen repariert oder neu angefertigt). Die hie und da vorgebrachten Behauptungen über den Verlust der Prothese oder Bruch derselben bedurften einer strikten Beweisführung.

Patienten, bei denen kein krankhafter Befund erhoben werden konnte, wurden laut Befehl unverzüglich zu ihrer Einheit zurückgeschickt.

Anfangs galt es als Regel, dass ein Wehrmann, der 28 Tage von seiner Truppe fort war, automatisch zu seinem Ersatzbataillon in die Heimat verlegt wurde. Diese Verfügung galt für die Armee, ausgenommen die Fliegertruppe, die Flotte und S. S.-Organisationen. Für letztere Waffengattungen gab es andere Bestimmungen. Späterhin fanden auch für Armeeangehörige neue Bestimmungen Anwendung. Die Transporte in die Reservelazarette der Heimat fanden per Bahn oder Schiff statt (liegend, halbliegend und sitzend, je nach dem Fall). Ein Teil der Kranken blieb im Kriegslazarett bis zur endgültigen Heilung; andere kamen in spezielle Lazarette für Leichtkranke oder Verwundete und von dort wieder zu ihrer Einheit. Erholungsbedürftige wurden in überall im Lande zerstreute Rekonvaleszentenstationen verteilt.

Operative Eingriffe bei Magen-Darmgeschwürkranken sollten im Kriegslazarett prinzipiell nicht ausgeführt werden, sondern diese waren den Reservelazaretten vorbehalten; diese Massregel hatte ihre Begründung darin, dass man in der Etappe jede Stauung vermeiden wollte und nur die dringlichsten Operationen ausgeführt werden sollten. Zudem war unser Kriegslazarett in chirurgischer Hinsicht schon überlastet durch das Vorhandensein der allgemeinen chirurgischen Abteilung (Extremitäten) und Spezialabteilungen für Gehirn- und Lungenverletzungen.

Bei häufigen Recidiven der Ulcuskrankheit und bei Misserfolg der konservativen Therapie rieten wir zur Operation.

Therapeutisch wurde in erster Linie Atropin und seine Derivate angewandt (Belladenal, Bellafolin, Bellergal). Oft sahen wir guten Erfolg von der 2 % Targesinrollkur morgens nüchtern neben einer Schondiät. Weiterhin wurde Novoprotin angewandt und Larostidin zu Beginn. Oertlich bewährten sich Kurzwellen.

Ein absolutes Rauchverbot für alle Magenkranken war eine Selbstverständlichkeit, an der sich niemand stiess. Das gleiche galt für die Konsumierung von Spirituosen. Auch war der Genuss von Süssigkeiten diesen Patienten verboten.

Diese Verfügungen wurden mit aller Strenge eingehalten. Ich kann mich nicht erinnern, dass die Durchführung irgendwelche Schwierigkeiten bereitete. Leider muss ich bekennen, dass es mir in 21 Jahren in Novaggio nicht gelungen ist, das Rauchverbot bei meinen Lungenkranken durchzuführen, ebensowenig bei Magenkranken. Auch ist der ständige Kampf gegen den Alkohol bis jetzt ziemlich erfolglos verlaufen. Aufklärungen jeder Art haben bis jetzt wenig

genützt. Ernste Massnahmen gegen diese Misstände scheiterten am Fehlen von genügenden Kompetenzen.

Die Magenerkrankungen spielen auch in unserer Armee eine grosse Rolle und ist die Erkrankungsziffer daran prozentual sehr hoch. Die zivilen Spitäler und die MSA. beherbergen stets eine grosse Zahl dieser Patienten. Die Militärversicherung wird dadurch stark belastet. Sie hat daher ein grosses Interesse an einheitlichen und präzisen Standpunkten der Aerzteschaft in bezug auf die Kausalitätsfrage bei dieser Affektion. Es ist wohl heute allgemein anerkannt, was Dr. N. Markoff unlängst in seinem Artikel über «die Magendarmerkrankungen und Militärdienst» in Nr. 6 der Schweiz. Med. Wochenschrift von 1943 vertritt, nämlich, dass ein Zusammenhang der Ulcuskrankheit mit dem Militärdienst nur in den seltensten Fällen anzunehmen sei. Die gleiche Meinung galt auch im Kriegslazarett der Ostfront. Die anamnestischen Angaben der Patienten waren oft sehr uneigennützig. So befindet sich beispielsweise in der vorgedruckten Krankengeschichte des Kriegslazarettes eine Rubrik, die lautet: «Ist Dienstbeschädigung vom Patienten behauptet?» Auf diese Frage antwortete nur ein Bruchteil der Patienten aus unserer Abteilung mit «ja», der grösste Teil mit promptem «nein».

In der urologischen Abteilung gab es immer eine Anzahl von Bettnässern, die man mit Sacralinjektionen von Novocainlösung teils mit gutem Erfolg behandelte. Dienstbefreiungen gab es für diese Kategorie meist nicht. Ziemlich häufig kamen unspezifische Urethritiden vor. Zu erwähnen ist, dass der Blutkörperchensenkung — einem so wichtigen diagnostischen Mittel bei uns — für die Frontmedizin fast gar keine oder höchstens eine sehr geringe Bedeutung zukommt, hatten doch fast alle Wehrmänner, die von der Front kamen, erhöhte Blutsenkungswerte. Es war daher unmöglich, auf dieses diagnostische Mittel abzustellen. Der Grund der erhöhten Senkungswerte lag wohl darin, dass fast alle Wehrmänner irgendwelche Infektionen durchgemacht hatten (Malaria, Sumpffieber, Enterocolitiden usw.) oder von Mücken, Flöhen oder Läusen verstochen waren.

Auch die Gruber-Widal'sche Reaktion liess uns, wie schon erwähnt, oft im Stiche. Ihr konnte keine entscheidende Bedeutung beigemessen werden. Es scheint, dass die vielen prophylaktischen Impfungen dafür verantwortlich zu machen sind. Ausschlaggebend für die Diagnose war immer der klinische Befund. Es passierte uns wiederholt, dass wir klinisch eindeutige Fälle von Typhus oder Paratyphus, die wir verordnungsgemäss in entsprechende Speziallazarette

verlegt hatten, kurz nachher wieder zurück bekamen mit der Bemerkung, dass diese Krankheiten sich serologisch nicht bestätigt hätten. Der weitere Krankheitsverlauf erhärtete jedoch unsere Annahme.

Während unserer Anwesenheit im Kriegslazarett fanden prophylaktische Impfungen gegen Cholera und Ruhr ihre Fortsetzung. Auch die gefangenen Russen, die im Lazarett arbeiteten, wurden diesen Impfungen unterzogen. Verschiedentlich wurden Lungensteckschüsse in die spezielle chirurgische Lungenabteilung verlegt. Die Geschosse wurden hier prinzipiell entfernt. Die Feststellung der Lage des Geschosses geschah vermittelst Röntgenaufnahmen in verschiedenen Ebenen oder vermittelst Stereoskopie. Bei der Operation wurde stets der Metallsucher von der Firma Siemens Reiniger Werke A.-G. angewandt. Sein Prinzip entspricht dem eines Lautsprechers, der die Selbstinduktionsänderungen, die ein metallischer Fremdkörper in einem hochfrequenten elektromagnetischen Feld hervorruft, zum Ausdruck bringt. Die Annäherung der mit dem Lautsprecher verbundenen Sonde an den metallischen Körper verursacht eine Veränderung des Summertones. Sehr eindrucksvoll waren diese Anwendungen des Metallsuchers im Bereich der Lungen und der Pleura, des Mediastinums und besonders des Gehirns. Bevor man die Sonde anwendet, werden verständlicherweise alle metallischen Gegenstände aus dem Bereich des Operationsfeldes entfernt, wie Haken, Pinzetten und durch solche aus Glas ersetzt.

Die Bluttransfusionen wurden in den chirurgischen Abteilungen largo manu ausgeführt, meist direkte. Es standen stets eine Menge bereitwilliger Spender, speziell aus unserer Abteilung, zur Verfügung, die häufig auch ohne unsere spezielle Einwilligung ihr Blut hergaben. Das treibende Moment dazu möge wohl in der ihnen zukommenden Belohnung gelegen haben, bestehend in Sahne, Wein, Zigaretten usw. Man sah ständig Leute, mit diesen Attributen bewaffnet, mit zufriedener Miene durch den Lazaretthof wandeln.

Sehr strenge wurden die Massregeln gegen die Verlausung gehandhabt. Ueberall gab es grosse Entlausungsanstalten; eine solche funktionierte auch ohne Unterbruch in unserem Lazarett. Beim Eintritt der Patienten ins Lazarett kamen ihre Uniformen ohne Verzug in diese Entlausungsanstalt. Den Patienten wurde für die Zeit ihres Lazarettaufenthaltes spezielle Bekleidung ausgehändigt, die in Socken, Pantoffeln, Unterhose, Hemd und Kittel (Schlafrock) bestand. Nach der Desinfektion kamen die Effekten der Patienten in eine Zeughauskammer.

Es ist einleuchtend, dass die Uniformen durch diese häufigen Desinfektionen sehr stark litten und sich stark abnutzten. Die Quarantäne in bezug auf die Entlausung wurde sehr streng durchgeführt, so dass niemand die Grenze ins Reich passieren konnte, ohne einen Entlausungsschein vorgewiesen zu haben; diese Massregel galt für jedermann, sei es Offizier, Soldat oder Zivilist.

Die Patienten hatten sich im Lazarett einer vorgeschriebenen Hausordnung zu unterziehen, deren Grundlinien auf Plakaten ausgehängt waren. Diese Hausordnung entspricht im grossen und ganzen der in unseren Militärheilanstalten angewandten.

Die Disziplin war in meiner Abteilung sehr gut, das Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Soldaten ein ausgezeichnetes. Strafen brauchten fast nie verhängt zu werden. Ich erinnere mich nur eines einzigen Falles von Angetrunkenheit während 3 Monaten unter einer sehr grossen Patientenzahl, der bestraft werden musste.

Die administrative Leitung lag zum grössten Teil in der Hand des Hauptfeldwebels.

Mit den Beurlaubungen aus dem Lazarett (Ausgang) war man im allgemeinen recht large. Die Gesuche gingen laut Dienstweg an den Abteilungsarzt und wurden dann dem Chefarzt zur Genehmigung vorgelegt.

Zwei, mitunter auch drei Kriegspfarrer (protestantisch und katholisch) betreuten die Patienten als Seelsorger. Es fehlte ihnen nicht an Arbeit, machten sie doch täglich ihre Besuche bei den Schwerverwundeten, besorgten deren Korrespondenzen, gaben Berichte an die Angehörigen ab, begleiteten die Gestorbenen zur letzten Ruhestätte auf dem Heldenfriedhof, photographierten die Gräber für die Anverwandten usw.

Interessant war die Beobachtung, dass sich die «Landser» so sehr nach dem Süden, speziell nach Afrika sehnten und haufenweise Gesuche um eine Versetzung dorthin eingaben. Die Begutachtungen über Tropentauglichkeit, die wir zu machen hatten, waren sehr weitläufig, weil die Auslese sehr streng gehandhabt wurde und nur kerngesunde Leute für Afrika genommen werden durften.

Für die Unterhaltung der Patienten war ausreichend gesorgt. Es fanden häufig Konzerte statt, Vorträge und andere Darbietungen; eine Bibliothek stand zur Verfügung.

Die Aerzte hatten Gelegenheit, aus dem Lazarett medizinische Zeitschriften zu erhalten; es war jedoch praktischer, sich diese auf eigene Kosten zu verschreiben.

Alle Monate fanden Vorträge statt über verschiedene aktuelle Themata der Kriegsmedizin: Ueber Malaria, Psychopathie, Kriegsnephritis, Narkose, Fremdkörperentfernung, über Kampfgase, über Organisation der Sanität bei der Fliegertruppe usw.

Auch im Kriegslazarett wurden hie und da Vorträge über medizinische Fragen gehalten, z. B. über den heutigen Stand der Lungenverletzungen usw.

Die Zusammenarbeit unserer Missionsmitglieder mit den deutschen Sanitätsoffizieren verlief durchaus harmonisch und das Verhältnis war ungetrübt. Die Mitglieder der Mission in unserem Lazarett kehrten, soviel mir bekannt ist, recht befriedigt nach Hause.

Man hatte das Gefühl, viel gesehen und erlebt zu haben, jedoch vor allem die Ueberzeugung, dass man noch sehr viel zuzulernen hat und es bewahrheiteten sich wiederum so recht die Worte von Prof. Eiselsberg, dass der Krieg für uns Aerzte sehr lehrreich ist, im Gegensatz zur Auffassung, die man hie und da vernimmt, dass die Kriegsmedizin für den Frieden ohne besondere Bedeutung sei.

Wehrmedizinische Buchbesprechungen

Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtsschädels. Von Hugo Ganzer. 651 Seiten mit 1637, davon 61 farbigen, Abbildungen. Preis: broschiert Fr. 125.55, gebunden Fr. 129.60. Verlag: Joh. Ambros. Barth, Leipzig 1943.

Die genannten Verletzungen werden mitsamt «den plastischen Operationen zum Ersatz der verloren gegangenen Weichteile und Knochen unter besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen» behandelt. *Ganzer* baut auf seine eigenen reichen Erfahrungen insbesondere im Weltkrieg von 1914/18 auf. Er geht aus zahnärztlicher Schule hervor und hat «gründliche technische Ausbildung neben guter biologischer Schulung höher einzuschätzen gelernt als die rein chirurgische Fertigkeit». Es scheint, dass der Verfasser für Dinge kämpfen musste, die heute selbstverständlich sind: Ohne gleichzeitige sinngemässe Anwendung der Lehren der Chirurgie *und* der «operativen und technischen Zahnheilkunde» ist eine erfolgreiche Behandlung der Gesichtsverletzungen nicht denkbar. Dass man mit Erfolg von der Zahnheilkunde ausgehen kann, beweist Ganzer, dass man dabei aber auch von der Chirurgie ausgehen kann, hat ja u. a. Lexer bewiesen. Das umfangreiche Werk selbst gleicht einem reichlich erklärten Atlas. Es ist ein wohldokumentierter Rechenschaftsbericht eines überaus gewissenhaften Chirurgen. Mit unermüdlichem Fleiss hat er jede Phase des oft langwierigen Wiederaufbaues eines Gesichtes in Lichtbild und Zeichnung festhalten lassen. Farbige Bildwiedergaben künstlerischer Oelporträts sind in grosser Zahl beigegeben. Gipsabgüsse und Röntgenbilder sind reichlich mitverwertet. Historische Ausblicke würzen die Erklärungen. Besonders hat es Ambrosius Pareus dem Verfasser angetan. «Wer etwas Sensationelles bringen will, braucht nur aus der alten Literatur zu schöpfen» ist ein grosses, gelassenes Wort des Verfassers. Der Entwicklungsgang der plastischen Gesichtschirurgie mit ihren Besonderheiten, die psychologische,