

# REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET  
(ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

XXXVI. Band.

1914.

I. Heft.

## Kriegschirurgische Erfahrungen aus den Balkankriegen.\*

Von Regimentsarzt Dr. OSKAR HANASIEWICZ.

Gegen Ende des I. Balkankrieges wurde Vortragender als Delegierter des öesterreichischen Roten Kreuzes mitsammt drei andern Militärärzten nach *Thrazien* entsendet. Die beiden Chirurgen, darunter Vortragender und Ass. Arzt i. R. Dr. GOLDSCHMIDT übernahmen chirurgische Abteilungen in einem in der türkischen Kaserne zu *Dede-Agatsch* etablierten bulgarischen Etappenspitale; die beiden Internisten wurden in einem Adria-nopler Militärspital verwendet.

Vortragender berichtet über die reichen feldärztlichen Erfahrungen, die er unter den primitivsten Spitalsverhältnissen im okkupierten Gebiete — während  $4\frac{1}{2}$  Monate zu sammeln Gelegenheit hatte.

Die Mission bekam von zu Hause weder eigenes Pflegepersonal, noch Sanitätsausrüstung mit und mußte sich mit dem unzulänglichen bulgarischen Feldsanitätsmaterial begnügen und war vielfach auf Improvisationen angewiesen.

Zu den Mängeln der sanitären Mitteln kamen noch die allmählich ungünstiger werdenden hygienischen Verhältnisse, das Auftreten von Infektions-Krankheiten: Cholera, Typhus etc., die schlechte Verpflegung, die grosse Hitze dazu, welche die ärztliche Tätigkeit erschwerten.

\* Nach einem Vortrage in der medizinischen Sektion des „Erdélyer Museum-Vereines“ am 24. Januar 1914.

Am 8. Juli musste das Spital infolge der vor *Dede-Agatsch* sich abspielenden kriegerischen Ereignissen plötzlich evakuiert werden, zu einer Zeit, als es kurzvorher 500 frische Verwundete aus dem Gefechte von *Kukus* besorgt hatte.

Der Rückzug über *Adrianopel* musste weiter bis nach *Jamboli* (Südbulgarien) fortgesetzt werden, woselbst das Spital wieder etabliert wurde. Von *Jamboli* wurde die chirurg. Mission telegraphisch nach *Sofia* berufen, wo sie am 25. Juli 1913. die Leitung chirurg. Abteilungen in einem neuangestellten Verwundeten-Spital übernahm. In *Sofia* wirkte Vortragender bis Ende August v. J.

Verfasser bespricht in allgemeinem Teile die Schusswirkungen der einzelnen Projektile der kriegführenden Parteien, er kommt hiebei zum Schlusse, dass die Wirkung des türkischen „S“ (Spitz) Geschosses keineswegs human sei, es neigt zu Querschlägern, bleibt oft stecken, und splittert die Knochen ebenso stark, wie die andern Projektile. Das 6·5 mm. griechische Projektil verursachte vielfach leichte Weichteil- und Organverletzungen, die überraschend schnell heilten.

Im Allgemeinen findet Vf. die kriegschirurgischen Erfahrungen der letzten grossen Kriege bestätigt. SHRAPNELL-Schusswunden vereitern sehr oft, Granatsplitter schaffen die ungünstigsten Wundverhältnisse.

Im speziellen Teile bespricht der Verfasser unter Anführung einschlägiger, statistischer Daten, eigenen Fällen, die Schussverletzungen der einzelnen Körperregionen.

Bei den Schädelschüssen wird auf die Malignität der s. g. Tangentialschüsse hingewiesen, die unbedingt eine Operation (Debridement, Trepanation) erheischen. Steck- und Durchschüsse kamen sehr selten zur Beobachtung. 6 Fälle mit nachweisbarer Hirnverletzung heilten. In der Wundbehandlung der Schädelschüsse hatte sich Perhydrol Merck sehr gut bewährt. Grundsätzlich wurde bei jeder Hirnverletzung prophylaktisch 2 g. Urotropin pro diē verordnet.

Bei Besprechung der Halsschüsse berichtet Vf. über eine Anzahl glücklich verlaufener Halsschüsse. 18 Fälle heilten zumeist ohne Komplikation, bei einzelnen war Stimmband-

lähmung aufgetreten. Ein Fall von seitlichem Halsdurchschuss war bereits am 5. Tag vollkommen genesen.

Die Brustschüsse sind günstig verlaufen. Unter 59 Fällen wurde 26-mal Haemothorax nachgewiesen, nur in zwei Fällen war er hochgradig. In 12 Fällen lag Steckgeschoss vor. Empyem als Folgezustand wurde nicht beobachtet. Die Therapie bestand in Ruhe (Morphium) und aseptischer Wundverband.

Die Bauchschüsse (15) heilten ohne operativen Eingriff, nur ein Fall starb.

Es wird auf die prinzipiellen therapeutischen Unterschiede der Abdominalchirurgie im Krieg und Frieden hingewiesen und für Feldverhältnisse das konservative Verfahren empfohlen.

Ausgenommen sind jene Fälle, wo unbedingt operativ eingeschritten werden muss z. B. grössere Bauchwanddefekte, Darmprolapse etc., weiterhin sekundäre Abszessbildungen (im Douglas) in der Nachbehandlungsperiode.

Das Gros der Schussverletzungen bildeten die Extremitätenschüsse; nach Berechnung des eigenen Krankenmaterials ergab sich für selbe die Prozentzahl 77%, darunter fielen ca. 19% auf die oberen und 58% auf die unteren Extremitäten. Auffallend hoch war die Beteiligung der unteren Extremitäten. Gasphegmonen kamen 7-mal vor, darunter ein letaler Ausgang, die Übrigen konnten durch ausgedehnte Inzisionen, Hoch- und Ruhiglagerung der Gliedmasse, Perhydrol und Burow-Verbänden gerettet werden. Die Wundinfektionen sind im Allgemeinen günstig verlaufen: Erysipel wurde 3-mal, Pyozyanus einmal, Tetanus 2-mal beobachtet.

Grössere verstümmelnde Operationen (Amputation) an den Gliedmassen waren unter 1485 Fällen *nur einmal* (Oberschenkelamputation) notwendig, in allen übrigen Fällen sind wir mit der konservativen Methode ausgekommen, allerdings waren in der Nachbehandlung der infizierten Knochenschüsse häufiger Sequestrotomien auszuführen.

Im Anschluss von Gefässschüssen kommt es häufig zur Bildung von Aneurysmen, die dem Patienten oft unerträgliche Schmerzen bereiteten. Vf. beobachtete 6 Fälle (2 Brachialis,

1 Axillaris, 2 Femoralis, 1 Poplitea-Aneurysma) hievon wurden 2 Fälle operiert.

Ausser den Schussverletzungen wurden in *Ded.-Agatsch* noch 131 Fälle von schweren Erfrierungen der Extremitäten behandelt. Die Heilung der Stumpfreite erforderte viel Zeit und wurde in einzelnen Fällen durch Thierschungen beschleunigt. Die Wundbehandlung war aseptisch. Verfasser betont die Möglichkeit der Durchführbarkeit einer aseptischen Wundbehandlung selbst in primitiven Spitalsverhältnissen wie z. B. in *Ded.-Agatsch* und hält die antiseptische Wundbehandlung ein für allemal abgetan.

Nur die Anwendung der 5% Jodtinktur zur Hautdesinfektion wäre zu gestatten.

Mit dem v. OETTINGEN'schen Mastisol wurden sehr gute Erfahrungen gemacht. Als sehr zweckmässig bewährten sich die abnehmbaren Gypsschienenverbände, ferner die Cramerpfandrahtschienen.

Entsprechend der konservativen Richtung der neuzeitlichen Kriegschirurgie war die Zahl der chirurgischen Eingriffe sehr gering, im Ganzen wurden 121 Operationen ausgeführt, deren grösster Teil auf Phlegmoneinzisionen fiel.

Die hauptsächlichsten Operationen waren: Schädeldebridements, Finger- und Zehen-Enukleationen s. g. Korrekturen, Ligaturen, Nähte, vereinzelt Amputation, Sequestrotomien, Aneurysmen-Operation und Phlegmoneinzisionen.

Zur Narkose wurde reines Chloroform bevorzugt, Lumbalanaesthesia wurde nicht versucht.

Die gesammte Mortalität betrug unter 1485 Fällen: 5.

Als Schlussfolgerung glaubt Vf. dem Ausspruche Prof. CLAIREMENTS nur zustimmen zu können, dass wir im Kriege weniger grosszügige Chirurgen, als vielmehr zahlreiche, in der aseptischen Wundbehandlung und Immobilisationstechnik bewanderte Ärzte benötigen.

---