Feuilleton.

Zum Bericht von Dr. Wada über die russischen Verwundeten in der Schlacht bei Chemulpo in No. 28 dieser Wochenschrift.

Von Dr. M. Banschtikoff, kaiserlich russischem Marinearzt, früherem „jüngeren Arzt“ des Kreuzers I. Ranges „Warjag“.

Ich beabsichtige nicht über die Schlacht und die Verwundeten bei Chemulpo vom 27. Januar (9. Februar) 1904 einen Bericht zu erstatten, da ein solcher in kürzester Frist in den „Medizinskija Pribawlenija k morskemu Sborniku“ (russisch) erscheinen wird; ich möchte nur die Arbeit des Dr. Wada, des „Flottenarztes der japanischen Flotte, Chefarztes des Kanjo-Hospitals und des Fliegenden Roten Kreuz-Hospitals in Chemulpo“, wie er sich nennt, ergänzen und der Wahrheit gemäß beleuchten.

Leider bin ich gezwungen, meinen Aufsatz mit alten Wahrheiten zu beginnen. Unsere Kriegsschiffe, welche ganze große Mechanismen darstellen, werden gegenwärtig so gebaut, daß auf ihnen jeder Winkel berechnet und jedes kleinste Stück freien Platzes ausgenutzt ist; für medico-sanitäre Einrichtungen ist so wenig Platz und sind so ungenügende Mittel übrig, daß man garnicht verlangen kann, daß sich das Schiff in wenigen Augenblicken in ein schwimmendes Hospital umwandeln solle, das noch dazu mit den neuesten Errungenschaften der Wissenschaft ausgerüstet ist.

In Friedenszeiten sind auf den Schiffen Lazarette eingerichtet mit einer Bettenzahl von 1 auf je 50–80 Mann der Besatzung, sodaß unter den günstigsten Bedingungen nur 1,25% bis 2% der Besatzung eine Bettpflege geboten werden kann. Während und nach der Schlacht aber erwies sich die Bettenzahl als ganz unzureichend; denn der Prozentsatz derjenigen, welche einer sorgfältigen Pflege im Bett bedürftig waren, stieg auf dem „Warjag“ auf das Zehnfache ($\frac{1}{10}$, das ist 40% des Oberdecks, welches im Kampfe besonders gelitten hatte, war kampfunfähig). Welche Zustände bei solch einer Zusammenpferchung von Kranken und Verwundeten herrschen müssen, wird, glaube ich, jedem, besonders jedem Marinearzt, einleuchten. In der Regel wird aus diesem Grunde der Aufenthalt von Verwundeten auf den Schlachtschiffen bis aufs äußerste Minimum reduziert, indem man die Verwundeten auf schwimmende Hospitäler überführt, denen ihre Weiterbeförderung obliegt.

Ich gehe nun dazu über, ein Bild davon zu entwerfen, wie es auf dem französischen Kreuzer zweiten Ranges „Pascal“ aussah, auf welchem wir nach der Schlacht 42 Verwundete, darunter 23 Schwerverwundete und solche, deren Wunden zur Kategorie der schweren zugezählt werden konnten, überführten. Sämtlichen Verwundeten wurden teils während der Schlacht, teils sofort nach derselben, noch auf dem „Warjag“ selbst Verbände angelegt. Da mit der Evakuierung der Verwundeten sehr geeilt wurde, konnten wir nicht daran denken, die Wäsche der Verwundeten mitzunehmen; nicht nur die Verwundeten, sondern auch die ganze übrige Mannschaft siedelte auf die fremdländischen Schiffe in der Kleidung über, welche sie während der Schlacht getragen, ohne andere Kleidung mitnehmen zu können. Die Aufnahme unserer Verwundeten kam für die fremdländischen Kommandeure so überraschend, daß begreiflicherweise nicht absolut ideale sanitäre Einrichtungen vorgefunden wurden. Zudem sollte der Aufenthalt für die Schwerverwundeten, deren Ueberführung ins Hospital irgend eines neutralen Hafens (Schanghai, Kiautschou) geplant war, nur ein Provisorium darstellen. Zusammen mit den Verwundeten gingen vom „Warjag“ auf den „Pascal“ 83 Mann über. Während man noch mit dem Unterbringen der Verwundeten beschäftigt war, wurde noch die ganze Mannschaft des „Korejetz“ — 166 Mann — auf den „Pascal“ übergeführt. Die Verwundeten wurden in den Mannschaftsräumen des Unterdecks direkt auf dem Boden gelagert und auf Matratzen, welche nicht einmal mit Laken bedeckt werden konnten, da wir keine hatten. Einigen Verwundeten, deren Kleidung und Wäsche, nachdem ihnen der Verband auf dem „Warjag“ angelegt worden war, sich in einem besonders jämmerlichen Zustande befand, gaben die französischen Offiziere und Matrosen ihre eigene Wäsche; die übrigen mußten sich mit derjenigen begnügen, welche sie während der Schlacht an hatten. Den Morgen des nächsten Tages (28. Januar = 10. Februar) begann die Uebersiedelung der russischen Kolonie aus Chemulpo und Söul auf den „Pascal“. Wie groß ihre Anzahl war, kann ich nicht genau angeben, glaube aber, daß sie mehr als 100 betrug. Es waren ganze russische Familien mit Kindern und Säuglingen, Chinesen und Koreaner, welche bei den Russen in Diensten standen und vor dem japanischen Ueberfall Rettung suchten — sogar japanische Wärterinnen. Alle diese unglücklichen, ruinierten Leute kamen mit den Resten ihrer Habe, die sie auf jeden Fall retten wollten. Es entstand eine Situation, welche schwer zu beschreiben ist. Der Kreuzer „Pascal“ mußte mehr als die dreifache Anzahl seiner Belegschaft beherbergen. Erschwerend fiel ins Gewicht, daß Fröste (bis 10°) und stürmisches Wetter eintraten, welches einige Tage anhielt. Die Ueberfüllung stieg auf den Gipfel, als die kaiserlich russische Mission mit 70 Personen an Bord des „Pascal“ kam. Der Schiffskoch arbeitete ohne Unterbrechung, da die ganze Mannschaft und alle Passagiere gespeist werden mußten. Die Verwundeten bekamen Bouillon, konservierte Milch, einige von ihnen Fleisch und alle, ohne Ausnahme, Wein, wobei das medizinische Personal die Verteilung der Rationen genau kontrollierte. Ich muß sagen, daß ich nie und nirgends ein größeres Gedränge als auf dem gastfreundlichen „Pascal“ gesehen habe. Beim Transport der Verwundeten zum Verbandplatz mußten wir uns, besonders des Abends, buchstäblich über die Beine der Schlafenden einen Weg bahnen, und da die französischen Kojen niedrig aufgehängt sind, wurde der Transport so erschwert, daß man mehr kriechen als gehen mußte. Wir zogen es daher bald vor, die Verwundeten über das Oberdeck zum Verbandplatz zu tragen, trotzdem wir zwei Treppen hinauf und hinunter passieren mußten.

Auf dem „Pascal“ befanden sich drei Aerzte: ein französischer Schiffsarzt (Dr. Prigent) und zwei russische Aerzte, je einer vom „Warjag“ und vom „Korejetz“. Da während der ersten großen Verbände, welche mit operativen Eingriffen verbunden waren, die Verwundeten chloroformiert werden mußten, so waren alle Aerzte gleichzeitig beschäftigt: einer chloroformierte, während zwei operierten. Wenn die operativen Eingriffe nicht die Gegenwart aller drei Aerzte bedurften, legte der freie Arzt mit Hilfe des Feldschers und der Sanitätssoldaten die nötigen Verbände an. Die Operationen wurden in einem kleinen Verbandplatz neben dem Schiffslazarett ausgeführt; derselbe war mit einem gewöhnlichen Destillator-Sterilisator versehen, in welchem nach jeder Operation die Instrumente gekocht und das Verbandmaterial sterilisiert wurde.

• Im Laufe von $3\frac{1}{2}$ Tagen wurden folgende Maßnahmen vorgenommen:

1. am Abend und in der Nacht des 27. Januars (9. Februar): a) fünf Operationen ohne Chloroformnarkose wegen übergroßer, durch den starken Blutverlust hervorgerufener Schwäche, b) zwei Operationen unter Chloroformnarkose (die eine von ihnen eine Amputation im unteren Drittel des Femur);

2. im Laufe des 28. Januars (10. Februar): a) sechs Operationen unter Chloroformnarkose (unter ihnen eine Amputation im mittleren Drittel des Armes), b) zwei Operationen ohne Narkose;

3. im Laufe des 29. Januars (11. Februar): a) vier Operationen unter Narkose (mit einer Amputation der Zehen mit teilweiser Resektion der Metatarsalknochen), b) sechs Operationen ohne Narkose;

4. im Laufe des 30. Januars (12. Februar): a) eine Operation unter

Narkose, b) Anlegen von Verbänden, womit wir den ganzen Tag über beschäftigt waren.

Ich kann mich hier auf keine eingehendere Besprechung der Verwundungen einlassen (ein ausführlicher Bericht darüber wird alsbald im Druck erscheinen) und will sie nur im allgemeinen charakterisieren. Alle Wunden hatten den Charakter von Rißwunden. Die Eintrittsöffnungen waren von unregelmäßiger Form und in sehr wenigen Fällen (nicht vorzugsweise, wie Dr. Wada sagt) rund; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren die Wunden mit großen Gewebsläsionen kompliziert. Die Wundgänge hatten die merkwürdigsten Richtungen, und die Splitter der Geschosse wurden an Stellen gefunden, wo man sie zu finden am wenigsten erwarten konnte (z. B. befand sich eine Wundöffnung auf der Wange unter dem Bogen des Backenknochens, während der Splitter in der Nackenmuskulatur steckte; ferner war eine Öffnung im Glutaeus, der Splitter in einem Winkel der Schaufelgegend); in vielen Fällen blieben die Splitter in den Knochen stecken; fast alle tiefgehenden Wunden der Extremitäten waren von Knochenverletzungen begleitet. Die überwiegende Mehrzahl der Wunden war infiziert, was daraus ersichtlich ist, daß in allen schweren und fast allen mittelschweren Fällen die Temperatur am Abend des 27. Januars (9. Februar), d. h. 7—8 Stunden nach der Verwundung, erhöht war. Diese Komplikation ist dadurch zu erklären, daß in allen Wunden Stücke der schmutzigen Kleidung sich befanden, welche durch das Geschloß in die Tiefe der Gewebe mit hineingerissen wurden.

Unsere operativen Eingriffe (außer den drei Amputationen, welche auszuführen ex consilio beschlossen wurde) bestanden in einer Reinigung der Wundfläche, im Entfernen der Geschosssplitter, der Kleidungsstücke und Knochensplitter. In den meisten Fällen wurde folgendermaßen verfahren: Die zerrissenen Gewebsteile, welche im Absterben begriffen waren, wurden entfernt; die ganze Wundfläche wurde mit einem scharfen Löffelchen ausgeschabt — hauptsächlich um die Wunde von den kleinsten Kleidungspartikelchen, welche in die Gewebe wie eingekittet waren, und von den schmutzig-grauen Granulationen, welche sich schon am zweiten Tage zeigten, zu reinigen; der Verlauf der Wundkanäle wurde sorgfältig untersucht, und wenn in der Tiefe Geschosssplitter entdeckt wurden, suchten wir diese zu entfernen; jedoch mußten in den meisten Fällen wegen der Schwierigkeiten, mit denen ihre Entfernung verbunden war, Gegeninzisionen gemacht werden, wodurch der weitere Verlauf des Prozesses günstig beeinflußt wurde, da die Wunden mit Hilfe einer Turunde von Gaze oder eines Gummischlauches drainiert werden konnten. Zum Teil wurde der Wundkanal auch mit einem Löffelchen ausgeschabt; wo eine Nekrose der Gewebe sich bemerkbar machte, wurde zum Thermokauter gegriffen. Unterbunden wurden die Arterien mit Seide; für Nähte à demeure diente öfter crin de Florence. Jede Wunde wurde mit einer antiseptischen Flüssigkeit gewaschen, mit einer Schicht Jodoformgaze bedeckt, sodann mit feuchter, sterilisierter Watte in mehreren Schichten, ferner mit wasserdichtem Papier und einfacher Watte, und endlich mit einer weichen Binde verbunden. In allen Fällen, wo Knochenbrüche der Extremitäten konstatiert wurden, legten wir Schienen aus Pappe an. Leider waren wir gezwungen, während der letzten 1½ Tage den Verbrauch von Verbandmaterial stark einzuschränken, da dieses rasch abnahm und wir nicht sicher wußten, ob es uns gelingen würde, die Verwundeten in ein Lazarett am Lande zu bringen. Die letzten zwei Tage machte sich noch der Mangel an Süßwasser fühlbar, da der Verbrauch desselben ein kolossaler war. Die allerschwersten Verwundeten lagen im Lazarett des „Pascal“ auf den sechs Kojen, bei denen immer zwei Sanitätssoldaten Dienst hatten.

(Schluß folgt.)