VI. Aus den serbischen Kriegslazarethen.

Von

Dr. Hans Schmid,

Ordinirender Arzt am Augustahospital.

(Schluss aus No. 20.)

Sehr viel anders lagen die Verhältnisse bei meinen Verwundeten der anderen Rubrik, 25 an der Zahl; dieselben kamen erst 3 bis 5 Wochen nach der Verletzung in meine Behandlung, fast ausnahmslos waren es schwere Verletzungen.

Die Patienten fieberten Alle, waren theilweise in einem höchst heruntergekommenen Zustande, allgemein septisch. Es war eine schwierige Aufgabe, hier der Antisepsis zu genügen; 2 Oberschenkelamputationen und eine Anzahl von theils partiellen, theils totalen Resectionen und massenhaften Splitterextraktionen mussten sofort vorgenommen werden. Bei manchen der Patienten waren diese Operationen nur noch als letzter Versuch in der bestimmten Erwartung, den Patienten vor einem verstümmelnden Eingriff nicht zu schützen, gemacht worden. So mussten denn auch in der nächsten Zeit bei diesen Patienten noch 2 Unterschenkel-Amputationen und eine Hüftexarticulation gemacht werden.

Da von den ersten 40 leichten Fällen keine Aufzeichnungen gemacht worden sind, habe ich von den weiteren 157 Mann 165 Verwundungen verzeichnet.

Dieselben vertheilen sich folgendermaassen:

Reine Weichtheilwunden	79
Nervenverletzungen (Nervus radialis)	1
Penisschussverletzung	1
Arterienchussverletzung (Art. brachialis)	1
Schussverletzung einer Bursa	2
Knochenverletzung mit oder ohne Fractur	53
Gelenkverletzungen	25
Lungenschüsse	3.

Es waren dies mit Ausnahme von ca. 6 Fällen lauter Schussverletzungen, die übrigen waren Granat- und Hiebverletzungen.

Bei diesen Patienten hatte ich im Ganzen ausser den Fingerexarticulationen von verstümmelnden Operationen 2 Unterschenkelamputationen, 3 Oberschenkelamputationen und 1 Hüftexarticulation vorzunehmen; demnach bei der ersten Rubrik von 172 Mann eine und bei der zweiten Rubrik von 25 Mann 5 verstümmelnde Operationen.

Die Hüftexarticulation, bei der, als ich den Patienten in Behandlung bekam, die stinkende Jauchung bis weit in die rechten Glutaeen ging, starb 5 Tage nach dem Eingriff an Entkräftung; er hatte, wie die Section ergab, Phthisis pulmonum; immerhin aber muss dieser Fall doch als chronische Sepsis bezeichnet werden, bei welcher auch der radicale Eingriff nicht mehr lebensrettend wirken konnte.

Bei den Amputationen habe ich eigentlich den einzigen Misserfolg in meiner Antisepsis zu verzeichnen; zwei davon heilten per primam; bei dreien dagegen musste ich theils wegen Eiterung, theils wegen Lappengangrän eine Nachamputation vornehmen; sämtliche Patienten genasen. Ich schreibe diesen Misserfolg bei den Amputationen theils dem Umstande zu, dass ich zunächst sehr tief amputirte; theils dem, dass ich bei den so wenig günstigen Verhältnissen eine prima intentio erwartend nähte; bei den Nachamputationen tamponirte ich die Wunde nach Bildung sehr grosser Hautlappen mit Jodoformmull und nähte erst am 5. Tag, mit bestem Erfolg.

Von typischen Resectionen hatte ich eine Schulter-, eine Ellbogen-, eine Fuss- und mehrere Fusswurzel-Resectionen vorzunehmen. Die weiteren operativen Eingriffe der Zahl und dem Namen nach anzuführen, halte ich für ebenso schwierig und subjectiv, als eine Eintheilung in schwer und leicht Verwundete zu geben. Die partiellen Resectionen der Gelenke oder der Röhrenknochen in der Continuität;

¹⁾ Realencyklopädie der gesammten Heilkunde von A. Eulenburg. Band XI pag. 289. 1882.

die Trepanation des Darmbeins, die ich 2 Mal auszuführen hatte; die Versorgung der schweren complicirten Fracturen etc., das Alles sind ja sehr viel schwierigere Operationen, als typische Resektionen oder Amputationen, und sie können nicht in Rubriken gebracht werden, da man für viele derselben keinen bestimmten Namen hat, der das summarisch besagt, was gemacht worden ist.

Eine Anzahl der interessanteren Verwundungen werde ich mir erlauben casuistisch vorzuführen.

Von unsern 197 Patienten starben drei: Einer mit Zertrümmerung des rechten Oberschenkels, welcher nach 20 Tagen jauchend in meine Behandlung kam und auch durch die Hüftarticulation nicht mehr gerettet werden konnte.

Der zweite Fall betraf eine jauchige Zertrümmerung der rechten Mittelhand. Den Patienten fand ich mit den ersten Erscheinungen des Tetanus vor, welchem er am dritten Tage erlag.

Der dritte Fall betraf eine Zertrümmerung der rechten Scapula und des Schultergelenks, bei welcher ich wegen hohen Fiebers und Eiterung die Resektion des Kopfes vornehmen musste; während die Wunden reactionslos blieben und zuletzt bis auf Granulationsstreifen ausgeheilt waren, zeigten sich bei dem Patienten 4 Tage nach der Operation die ersten Erscheinungen von Trismus; 16 Tage nach der Operation erlag diesem der Patient.

Weitere Wundinfektionskrankheiten hatte ich nicht zu beklagen. Vier Fälle von Erysipel, welche ich theils übernahm, theils durch die Transporte überkam, erzeugten, trotzdem ich sie nicht isoliren konnte, keine Infection in dem Hospital.

Pyämie, acute Sepsis, Hospitalbrand, Nachblutungen habe ich nicht gesehen. —

Da ein grosser Theil der Collegen sich zu regelmässigem Austausch der Erfahrungen zusammenfand, haben wir auch einen Ueberblick über einen grossen Theil sämmtlicher Verwundeter.

Von 3100 Verwundeten starben während der Zeit meines Dortseins 51, also 1,6%.

22 Fälle von Tetanus waren bis dahin vorgekommen, welche sämmtlich tödtlich verliefen, das besagt, dass 43% sämmtlicher Gestorbenen an Tetanus verstorben sind. An Erysipel starb, soviel zu constataren war, kein Patient. Unter 2290 Verwundeten waren an 8 Fälle von Pyämie vorgekommen; wieviel an Sepsis starben, ist nicht constatirt.

Es muss hier übrigens auch hervorgehoben werden, dass fast gar keine internen Krankheiten, speciell keine epidemischen in Belgrad vorgekommen sind. Erst in den spätern Wochen kamen von dem furchtbar schweren Vorpostendienst zahlreiche Katarrhe und Pneumonien nach Belgrad, nach Nisch die schweren Congelationen, auch sollen daselbst viel Masernfälle gewesen sein. —

Wenn ich die Zeit nicht zu sehr in Anspruch nehme, möchte ich mir erlauben, Ihnen noch einige Fälle vorzuführen.

Mit geheilter Weichtheilwunde wurde mir ein Patient zugeführt, der eine ausgesprochene Radialislähmung hatte; dem entsprach auch der Wundkanal.

Nachdem ich einmal vergeblich den Nervus radialis gesucht hatte und der Meinung war, dass sich die Enden des zerschossenen Nerven so weit zurückgezogen hatten, dass ich dieselben deswegen nicht finden könne, während, wie sich nachher herausstellte, ich mich anatomisch falsch orientirt hatte, suchte ich ihn noch einmal in der Gegend auf, wo er sich um den Humerus herumschlägt; da fand ich ihn in einer Ausdehnung von 3 cm entzündet, sugillirt und fest mit der Umgebung verlöthet und mit dem Knochen verwachsen. Nachdem ich ihn aus seiner Narbe gelöst, fand ich die Verwachsung ganz besonders fest nach dem Knochen zu an einer Stelle, wo derselbe eine kleine Usur hatte; diese feste Verlöthung war bedingt durch ein kleines Restchen der Kugel; es gabelte sich förmlich in den Nerv hinein. Heilung der Wunde per primam; bei regelmässigem Elektrisiren beginnen nach drei Wochen erst die ersten Streckbewegungen der Finger.

Die Arteria brachialis hatte ich in folgendem Fall zu unterbinden: Es war mir ein Fall von Weichtheilschuss durch den linken Oberarm mit Phlegmone zugegangen; als ich dieselbe in Narkose spaltete, entstand eine heftige arterielle Blutung; nach Anlegung der Esmaich'schen Binde und breiter Spaltung fand ich die Arteria brachialis in einer Ausdehnung von über 2 cm zerschossen; Unterbindung derselben noch im Bereich des Abscesses mit Catgut, Tamponade mit Jodoformmull. Heilung ohne jede Störung.

Die Schüsse durch die Extremitätenknochen hatten in den meisten Fällen Fracturen erzeugt, zweimal jedoch hatte die Kugel einfach ein Loch geschlagen, durch die Mitte der Tibia resp. durch die Tuberositas tibiae. Die Zertrümmerung der Knochen war zum Theil sehr stark, besonders am Calcaneus, am Oberschenkel und am Oberarm. Einer der ersten Fälle, die mir unter die Hand kamen, war eine ungemein

schwere Zertrümmerung des Humerus hart unter dem Schultergelenk; die Kugel war von aussen eingedrungen, es bestand keine Ausschussöffnung, hohes Fieber und eine schwere Phlegmone. Nach breiter Spaltung und mehrfachen Incisionen und Extraction der massenhaften stinkenden Knochensplitter fand ich die Kugel nicht; Gelenk- und Brusthöhle waren intact. Der Defect im Knochen war wohl 5 cm lang, jedoch unregelmässig. Nach 7 Wochen wurde Patient vollkommen geheilt mit fester Consolitation und bereits leidlicher Beweglichkeit im Schultergelenk entlassen. — Die drei Oberschenkelschüsse, von welchen zwei bereits erwähnt sind und von welchen bei einem nach Extraction der Knochensplitter die Entfernung der Enden von einander ebenfalls soweit war, dass ich an einer Consolitation fast zweifelte, wurden mit Extension behandelt, wozu die Utensilien mit leichter Mühe zu beschaffen waren. In 6 Wochen heilten zwei von ihnen.

Zwei Unterkieferschussfracturen heilten ohne Dislocation unter leicht immobilisirenden Gazeverbänden. Die innere Wunde heilte schnell unter Jodoformmull-Tamponade. — Ein Schuss, der die Clavicula zertrümmerte, ohne bedeutende Gefässe zu verletzen, heilte ebenfalls mit fester Consolitation aus.

Zwei Schüsse durch das rechte Darmbein verdienen ebenfalls der Erwähnung. In dem einen Fall war die Kugel von aussen nach innen gedrungen; ich bekam den Patienten erst mehrere Wochen nach der Verletzung in Behandlung. Da er hoch fieberte, löste ich am äusseren Kamm die Weichtheile ab, bis ich in einer Tiefe von 3 cm auf eine thalergrosse Öffnung im Darmbein kam; eine Menge stinkender Knochensplitter waren nach innen gedrängt, und fand ich daselbst nach Ausräumung derselben eine grosse Jauchehöhle. Drainage. Als Patient nach 2 Tagen verbunden wurde, hatte er eine Kothfistel daselbst. Dieselbe heilte jedoch spontan in 8 Tagen, und konnte der Patient nach 4 Wochen geheilt entlassen werden.

Der andere Darmbeinschuss war etwas tiefer, ebenfalls von aussen durch das Darmbein gedrungen, hatte das Acetabulum zersplittert; Ausschussöffnung in der Nähe des Nabels; schwere Phlegmone in den Bauchdecken. Patient fieberte hoch und machte einen allgemein septischen Eindruck. Coxitische Stellung und Reizung. Nachdem die Phlegmone durch die ganze Tiefe der Bauchdecken vom Nabel bis zum Darmbein gespalten, fand ich das Peritoneum weithin blossliegend und jetzt die Zersplitterung im Acetabulum. Ich schwankte, ob ich nicht gleich die Hüfte reseciren sollte, verzichtete jedoch zunächst noch darauf und extendirte. Nach einigen Tagen war der Patient fieberlos, die Wunde heilte ungemein schnell aus. Nach 5 Wochen machte er die ersten Gehversuche, die coxitischen Erscheinungen waren längst verschwunden. —

Von den Wirbelschüssen sei hier nur einer erwähnt, der andere findet seine Beschreibung bei den Lungenschüssen. Dem Patienten war eine Kugel durch die rechte Nase, den harten Gaumen gegangen, hatte die Zunge in der Mitte zerfetzt und war an der linken Seite der hinteren Pharynxwand eingedrungen; keine Ausschussöffnung. Fast vollständige Parese der linken oberen Extremität. Keine Erscheinungen von Seiten des Rückenmarks, gutes Allgemeinbefinden. Der Patient behauptete die Kugel ausgespuckt zu haben, stopfte sich das Loch im Gaumen mit Watte zu und rauchte, ass und trank ohne Beschwerden.

Die Einschussöffnung in der Pharynxwand war mit dem Finger eben noch erreichbar. Nach kurzer Zeit bekam der Patient spondylitische Erscheinungen, und legte ich ihn deshalb in Kopf-Extension. Darin verlor er seine Schmerzen bald und konnte jetzt nur noch so existiren. Im Laufe der nächsten 3 Wochen jedoch wurde er elender, hatte viele Schmerzen auch in der Extension und namentlich beim Schlucken. Eine Infiltration in der linken Nackenseite hatte sich allmählich mehr localisirt. Ich nahm ihn deshalb zur Operation vor. Ich schnitt zunächst am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus ein, kam jedoch hier nur auf vereiterte Drüsen. Dann ging ich mitten durch die Nackenmuskulatur und hielt mich dabei möglichst an die Wirbel. Nachdem ich mich an denselben nach vorne präparirt, kam ich zunächst auf Granulationen und von da aus auf die Processus transversi etwa des 4. und 5. Halswirbels. Dieselben waren zum Theil zertrümmert, und zwischen ihnen hindurch kam ich in eine etwa wallnussgrosse Höhle, welche mit stinkenden Knochensplittern, mit Sehnen- und Nervenetzen ausgefüllt war. Nach mühsamer Ausräumung derselben durch die Processus transversi hindurch kam ich endlich an der tiefsten Stelle der Höhle auf das Geschoss; dasselbe hatte sich schon um wenigstens 3 cm gesenkt, es lag also zwischen Wirbelsäule und Speiseröhre. Tamponade mit Jodoformmull, erneute Extension. Ganz reactionsloser Wundverlauf; nach c. 3 Wochen stand Patient mit einer Fixation des Halses auf. —

Lungenschüsse kamen drei in meine Behandlung. Im ersten Fall war die Kugel durch die zweite Rippe links von vorne nach

hinten gegangen, Ausschussöffnung 2 cm nach links vom sechsten Brustwirbel. Elendes Allgemeinbefinden, starke Athemnoth, Puls 100, klein; geringes Fieber, unreine Wunden, Hautemphysem vom Hals bis in das Scrotum, weit über die Mitte hin nach rechts reichend. An der linken Thoraxhälfte überall tympanitischer Schall, kein Exsudat nachzuweisen, keine Dämpfung, mässiger Katarrh, Herzdämpfung nicht verschoben. Auf der rechten Seite dagegen geringe Dämpfung, crepitirendes Rasseln; rostfarbene Sputa. Die Wunden wurden oberflächlich gereinigt und mit Jodoformmull bedeckt. Der Patient erholte sich im Laufe der nächsten 14 Tage langsam, so lange dauerte es auch, bis die letzten Spuren des Hautemphysems verschwunden waren. Nach fünf Wochen wurde er geheilt entlassen.

Der zweite Fall: Einschussöffnung zwei Finger breit links vom Dornfortsatz des zehnten Brustwirbels, keine Ausschussöffnung. Geringer Blasenkatarrh und starke Schmerzen in den Beinen, sonst keine Rückenmarkerscheinungen; an Lunge und Pleura nichts nachweisbar. Patient hatte direct nach der Verletzung Blut gespien; kein Fieber; Jodoformmull, horizontale Lage. Nach ca. 1 1/2 Wochen fing Patient an hoch zu fiebern; in der Narkose spaltete ich breit die Einschussöffnung und kam nun in der Tiefe auf lose Knochensplitter, welche dem Processus transversus und wohl auch dem Corpus des zehnten Brustwirbels angehörten. Nach Ausräumung derselben kam ich mit dem tief sondirenden Finger in eine von weichem Gewebe begrenzte Höhle und befand mich hier am Ende derselben schon vor dem Wirbel. Ich fand keine Kugel, tamponirte die Wunde mit Jodoformmull. Die nächsten Tage hatte Patient wieder starken Blutauswurf, so dass ich mir die Sache so erkläre, dass die Kugel durch den Wirbel in die Lunge eingedrungen ist; die Pleurablätter hatten sich mit einander verklebt, und die Kugel steckt in der Lunge. Im Laufe der nächsten fünf Wochen heilte die Wunde bis auf eine Granulationsstelle; von Seiten der Pleura und der Lunge traten keine Erscheinungen auf, und ich nehme an, dass sich die Kugel in der Lunge eingekapselt hat. Starke Schmerzen in den Beinen ist das einzige, worüber Patient die ganze Zeit klagte; im Uebrigen hatte er sich bei steter Fieberlosigkeit vollkommen erholt.

Bei dem dritten Fall von Lungenverletzung war die Kugel an der Aussenseite des rechten Oberarmes durch die Weichtheile hoch oben eingedrungen, keine Ausschussöffnung, hohes Fieber, Phlegmone, Erysipel. Spaltung nach allen Seiten, auch in der Achselhöhle; ich fand jedoch kein Geschoss. Der Patient fieberte längere Zeit weiter, trotzdem das Erysipel bald abgelaufen war. Es wurden noch mehrere Incisionen gemacht, der Patient erholte sich auch, fieberte aber immer zwischendurch; keine Erscheinungen von Seiten der Lunge und der Pleura.

Als ich ihn verliess, war er immer noch elend und mürrisch. Bald darauf fing er wieder höher an zu fiebern, so dass sich Dr. Sieber zu einem operativen Eingriff veranlasst sah. Nach breiter Incision am hintern Ende der Achselhöhle kam man unter der Scapula etwa in der Mitte derselben auf ein Loch in den Rippen, in welches die beiden Fingerkuppen eindringen konnten. Vor der Thoraxwand, also zwischen Rippen und Scapula, war eine wallussgrosse stinkende Jauchehöhle. Zu gleicher Zeit pffte bei jedem Athemzuge Luft in die Wunde und entleerte sich Blut und Eiter aus dem Munde. Kein Erguss in der Pleurahöhle; Gummidrainage in die Caverne. Nach zwei Tagen war Patient fieberlos. Nach sieben Tagen pffte keine Luft mehr beim Verbandwechsel durch die Wunde, und als 17 Tage nach der Operation College Sieber Belgrad verliess, waren die Wunden bis auf Granulationsstreifen verheilt und der Lungenbefund ein normaler. Auch in diesem Fall scheint die Kugel in der Lunge eingeheilt zu sein.

Die Knochenschüsse vertheilen sich folgendermaassen:

Finger 18 Mal, Daumenballen 2 Mal, Metacarpen 4 Mal, Ulna 2 Mal, Vorderarmknochen 3 Mal, Humerus 4 Mal, Calcaneus 2 Mal, Tibia 2 Mal, Unterschenkelknochen 6 Mal, Femur 3 Mal, Darmbein 2 Mal, Clavicula 1 Mal, Wirbel 1 Mal (ausser dem bei den Lungen-schüssen angeführten Fall), Unterkiefer 2 Mal, Highmorshöhle 1 Mal. Zusammen 53 Mal.

Die Gelenkschüsse:

Fingergelenke 2 Mal, Mittelhand- und Handwurzelgelenk 9 Mal, Ellbogengelenk 1 Mal, Schultergelenk 2 Mal, Interphalangialgelenk der grossen Zehe 1 Mal, Mittelfuss- und Fusswurzelgelenk 5 Mal, Fussgelenk 4 Mal, Hüftgelenk 1 Mal. Zusammen 25 Mal.

Soviel aus der Casuistik; aus ihr sowohl, als aus dem Gesamtergebnisse und aus der Zahl der Todten im Verhältniss zur Zahl der Verwundeten geht wohl hervor, dass wir uns des Resultates unserer Arbeit freuen konnten, und ähnliche Erfolge wurden von den meisten Collegen berichtet, von welchen wir genauere Mittheilungen wohl bald bekommen werden. Und es mag, wie gesagt, militärärztlich und

kriegschirurgisch doch immerhin von Interesse sein, dass bei einer massenhaften Ansammlung von Verwundeten 5 bis 10 Tage und länger nach den Schlachten mit der Antisepsis noch die schönsten Erfolge zu erzielen sind, nicht nur in Bezug auf die Erhaltung des Lebens, sondern auch in Bezug auf Erhaltung der Extremitäten.

In Bezug auf die Erfolge sowohl, als auf rationelle und gute Einrichtungen der Lazarethe, war natürlich ein kleiner Wettstreit unter den Vertretern der verschiedenen Nationen, und die Controle des Belgrader Publicums war eine aufmerksame: Wir haben uns bestrebt ein deutsches Hospital mit deutscher Gewissenhaftigkeit zu gründen und zu leiten.

Sechs Wochen dauerte meine Thätigkeit in Belgrad, darnach übernahm Herr College Sieber den Rest der Kranken, um sie in dem angefangenen Sinne weiter zu behandeln, und hatte während dieser Zeit noch mehrere interessante Operationen auszuführen. Mit dem Aufbruch des deutschen Rothen Kreuzes und des deutschen Ritterordens aus Wien hatten die fremden Nationen Belgrad verlassen mit Ausnahme der Russen; diese und eine Anzahl serbischer Aerzte theilten sich in die Behandlung der letzten Verwundeten.

Die Segnungen der Antisepsis haben aber nicht nur diejenigen erfahren, welche in dieser Zeit in unserer Behandlung waren; sie sollte vielmehr ein bleibender Besitz und damit eine Errungenschaft aus diesem Kriege für das Land werden: König Milan hat noch zur Zeit unserer Anwesenheit von Nisch aus einen Befehl erlassen, wonach von da ab sämtliche Aerzte sich bei Behandlung von Wunden der antiseptischen Methode zu bedienen haben; und so können wir hoffen, dass auch der Rest der Verwundeten immerhin noch 2 bis 300 an der Zahl, da inzwischen auch der grösste Theil der schweren Congelationen aus Nisch nach Belgrad gebracht worden sind, wenn auch nicht antiseptisch, so doch mit antiseptischen Flüssigkeiten und Verbandmitteln werden behandelt worden sein. —