Aus der Chirurgischen Klinik des Charité-Krankenhauses in Berlin. (Direktor: Geheimrat O. Hildebrand.)

Gedanken über einige chirurgische Beobachtungen in der Türkei.

Von Stabsarzt Dr. E. F. Curt Heinemann,
Assistent der Klinik, früher Beratender Chirurg einer osmanischen Armee.

Die von F. Brünig unter dem Titel „Chirurgie am unterernährten und durch chronische Krankheiten geschwächten Körper“ veröffentlichte Reihe interessanter Beobachtungen aus der Türkei, für deren Einsichtnahme vor der Drucklegung ich Brünig dankbar bin, veranlaßt mich zu Nachstehendem.

Im Laufe fast dreijähriger, chirurgischer Tätigkeit im Lande unseres früheren Bundesgenossen hatte ich Gelegenheit, ähnliche Erfahrungen wie Brünig zu machen. Auch ich kann dabei nichts wesentlich Neues bringen, immerhin dürfte ihre Mitteilung als Ergänzung der Brünigschen auch von allgemeinerem Interesse sein.

Wie Brünig, muß ich mich dabei auf mein Gedächtnis verlassen, da mir Krankenblätter und sonstige Aufzeichnungen, abgesehen von einigen kurzen Notizen, aus ähnlichen, leicht begreiflichen Gründen nicht mehr zur Verfügung stehen.

Meine Beobachtungen habe ich in der Hauptsache an türkischen Soldaten auf Gallipoli, in Thrakien und — die längste Zeit — in Smyrna, zum Teil auch an Zivilisten gemacht. Es handelte sich meist um anatolische Osmanen, in zweiter Linie um Levantiner, gewöhnlich griechischen Blutes, und schließlich zum kleinsten Teil um Araber.

Die klimatischen Verhältnisse, unter denen ich die Kranken bzw. die Verwundeten sah, waren, entsprechend der geographischen Lage usw. der Beobachtungsorte, sehr erheblich verschieden. Es besteht ein gewaltiger Unterschied zwischen den eiskalten, sturmdurchpeitschten, nassen Wintertagen des rauhen, vegetationsarmen Thrakiens mit seinem trüben, nebeligen und wolkenbehangenen Himmel und den warmen, zeitweise kaum erträglich heißen, staubtrockenen Sonnenmonaten, die dreivierteljahr lang fast ununterbrochen und wolkenlos eine tiefblaue Glocke über den glücklichen Golf von Smyrna und seinen fruchtbaren Vilajet wölben.

Hinsichtlich der Ernährungsverhältnisse, sowohl des Militärs wie der Zivilbevölkerung, kann ich für den Bereich auch meines Arbeitsfeldes Brünigs Angaben bestätigen. Allerdings

habe ich den Eindruck, daß der türkische Soldat an der west-anatolischen Küste auch unter den für ihn günstigeren Bedingungen, als denen der Zivilbevölkerung, im allgemeinen tatsächlich kaum genügend ernährt wurde. Er hungerte stellenweise nicht weniger als die zeitweilig verhungerte arme Zivilbevölkerung.

Nicht immer bedeutete das Nahrungsmittelmangel. Ich kann mich zweier Patienten erinnern, die in Lazaretten verhungert sind. Nicht, weil es nichts zum Essen gab oder etwa Operationen die Nahrungszufuhr bei den Leuten beeinträchtigten, sondern weil es an dem nötigen, geschulten und verständnisvollen Pflegepersonal fehlte. Die Kranken hatten früh und abend — Mittag in unserem Sinne kennt man in den türkischen Lazaretten nicht — ihre Schüssel mit Essen bekommen, von einem Wärter ohne persönliches Interesse für den Kranken auf das Bettischchen gestellt. „Friß Vogel oder stirb.“ Dort hatte es der Kranke, auch durch die Qualität der Speise wenig angelockt, stehen lassen, bis es kalt war. Dann nahm der Wärter den Topf ebenso voll, wie er ihn gebracht, wieder mit fort, ohne sich danach umzutun, warum der Kranke nicht gegessen hatte. Das Spiel wiederholte sich etliche Tage, bis der ermattete, immer tiefer unter seine Decke kriechende Patient so erschöpft war, daß auch ärztliches Dazwischentreten nichts mehr helfen konnte.

Mit dem fast durchgehends beim Soldaten, wie bei der armen Zivilbevölkerung bestehenden Zustand dauernder Unterernährung ist so gut wie immer eine verschiedengradige, meist recht erhebliche Anämie der Menschen verbunden. Dabei muß es zunächst noch als unentschieden angesehen werden, ob sie in der — übrigens auch schon zu Friedenszeiten — ungenügenden und unrationellen Ernährung der ärmeren türkischen Bevölkerung ihren Grund hat oder in den so weit verbreiteten chronischen Dysenterien oder Malariaen ihre Veranlassung findet.

Ich kann nicht sagen, daß ich an solchen unterernährten, anämischen Menschen hinsichtlich ihres Verhaltens chirurgischen Erkrankungen gegenüber prinzipielle oder auch nur dem Grad nach erhebliche Unterschiede gegenüber dem Verhalten gleicher Patienten bei uns in Deutschland habe beobachten können. Dieselbe Anfälligkeit für und geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen jedweder Art, die gleiche, unzulängliche Heilungstendenz bei allen Wunden, der nämliche Mangel eines gesunden Impetus beim Heilungsvorgang, die gleiche Schwäche gegenüber den Gefahren eines operativen Eingriffes, dieselbe Empfindlichkeit beim Ertragen von Schmerzen u. ä. wie bei uns in unseren Breiten.

Brüning zieht aus der Beobachtung, daß infizierte Gelenk- und Knochenverletzungen bei Unterernährten besonders schwere, häufig — bei den Türken fast regelmäßig — mit dem Tode endigende Krankheitsbilder geben, nicht nur den Schluß auf Notwendigkeit besonders sorgfältiger, Blutverlust und Eiterretention vermeidender Wundbehandlung, sondern fordert auch radikalere Indikationsstellung für das operative Vorgehen, ja beim Zweifel, ob ein verstümmelnder Eingriff zu erfolgen habe oder nicht, hält er „in dubio pro amputatione“ für richtig. So gewiß ich die traurigen Erfahrungen bei infizierten Kniegelenkschüssen und infizierten Brüchen solcher Knochen, die mit einem starken Muskelager umgeben sind, wie auch bei Frostgangrän bestätigen muß, erscheint es mir doch bedenklich, für die Radikalkur so allgemein einzutreten. Einmal, weil bei solchen Patienten in solchem Zustand der operative Eingriff auch unter Beobachtung aller nötigen Kautelen an sich kein gleichgültiger ist. Ich habe eine Anzahl derartiger Kranker alsbald nach der Operation, von der sie sich nicht wieder erholen konnten, zugrundegehen sehen. Die regionale Schmerzbetäubung ist dabei nicht viel gleichgültiger als die Vollnarkose. Und dann muß ich auch, wenn die Forderung besonders für die türkischen Verhältnisse bestehen soll, daran denken, in welcher Lage der Verstümmelte nach überstandener Operation ist. Es gibt im Osmanenreich noch keine soziale Gesetzgebung. Wenn wirklich eine gesetzliche Bestimmung den Verstümmelten eine gesetzliche Sicherung zusagt, so ist es noch keineswegs gewiß, daß sie sie erhalten, oder daß sie auch nur einigermaßen ausreichend ist, um den Verletzten im Daseinskampf den nötigsten Rückhalt zu gewähren. Das Bettlerlos ist das Schicksal dieser Unglücklichen. Ich glaube deshalb, gerade hier ist es nicht unbedenklich, solch weitgehende Allgemeinrichtlinien aufzustellen, und halte es für richtiger, hierin besonders individuell zu verfahren.

Bei der Gelegenheit möchte ich noch einer Erkrankung Erwähnung tun, welcher Brüning nicht gedenkt, obschon sie in den ersten Monaten des Jahres 1916 eine erhebliche und sehr verderbliche Rolle unter den ehemaligen türkischen Gallipolikämpfern spielte. Das war das Noma, die Erkrankung der Elenden und aufs äußerste Geschwächten kat' exochen. Ich darf hier von dem wiederholen, was ich in Adrianopel beobachtete und in der D. m. W. 1917 Nr. 5 über Stomatitis ulcerosa, Angina Vincenti und Noma veröffentlichte. „Immer handelte es sich um Patienten, die neben dieser Erkrankung noch Zeichen anderer Affektionen boten oder durch jüngst überstandene Infektionen in ihrem allgemeinen Kräftezustand erheblich geschädigt waren. Gewöhnlich litten sie schon an starkem Skorbut mit zahlreichen petechialen, weniger mit großen Gewebsblutungen. Häufig waren sie bereits zu Beginn der Munderkrankung nichts wie Haut und Knochen. Vorzüglich zu Beginn der Beobachtungszeit, als aus den verschiedensten Gründen die Verpflegung der Mannschaften bei der Truppe und in dem Lazarett zu wünschen übrig ließ, waren die Fälle äußerst

bösartig und schwer, verliefen in schneller Staffelung bis zum Bilde des Noma.“ Auch Sauerwald, der zu gleicher Zeit in Adrianopel eine Häufung von Nomafällen zu behandeln hatte, schreibt: „Es handelte sich bei fast allen Kranken um unterernährte Individuen.“

Das bringt mich auf eine weitere Beobachtung, die ebenso erschreckend wie auffallend war. Es kam häufiger vor, als man bei dem damaligen schlechten Ernährungszustand der türkischen Truppen in Thrakien hätte erhoffen dürfen, daß Kranke, die kurz hintereinander oder gleichzeitig zwei Infektions- oder sonstige konsumierende Krankheiten durchzumachen hatten, sie überstanden. Sei es eine Malaria und Dysenterie oder Ruhr und Grippe oder eine Pneumonie und Skorbut oder Flecktyphus. Die Leute konnten meist schon für gerettet gehalten werden. Wenn dann noch eine chirurgische Infektion selbst leichtester Art, wie ein Panaritium ohne Allgemeinerscheinungen, ohne Lymphangitis und sonderliche Beteiligung der regionären Drüsen oder ein an sich völlig lokalisierter Furunkel hinzukam, so war dies Ereignis das sichere Todesurteil des Patienten. Es blieb mehr als einmal nichts anderes übrig, als solche an sich fast belanglose, durchaus örtliche Erkrankung als letzte Todesursache zu bezeichnen. Keine sonst sicher erfolgreiche Therapie konnte das Unglück abwenden. Die Leute gingen in kürzester Zeit unter den Zeichen der Herzinsuffizienz ein. Der ausgepumpte Körper war offensichtlich so erschöpft, daß er nicht einmal soviel Schutz- und Antistoffe aufzubringen vermochte, um des lokalen Infektes Herr zu werden. Nicht eine Progression der Infektionskeime, eine Verallgemeinerung der Infektion brachte den Menschen um, sondern das geringe Quantum an Ort und Stelle des Infekts produzierter Toxine genügte offenbar, um dem bereits schwer geschädigten Herzmuskel den Rest zu geben.

Die an vielen Stellen gemachte Erfahrung, daß durch eine Verletzung oder Verwundung, durch eine Operation oder einen Verbandwechsel oder schließlich auch während eines sonst ungestörten Wundverlaufes ohne ersichtliche Veranlassung ein mehr oder weniger typischer Malariaanfall ausgelöst wird, kann ich auf Grund mehrfacher Beobachtung bestätigen. Ohne daß ich mich in Ermangelung exakter Blutuntersuchung dafür aussprechen möchte, daß in malarieverseuchter Gegend jedes unerklärliche, vorübergehende Fieber im chirurgischen Krankensaal als Wechsel-fieberattacke anzusprechen sei, und ohne mich mangels genügender Spezialkenntnisse in einer Erklärung des Auftretens solcher Anfälle zu versuchen, halte ich die Darreichung von geringen Dosen von Chinin in den ersten Tagen nach operativen Eingriffen oder größeren Verbandwechseln rein aus empirischer Erfahrung, die ich auch in Deutschland in sicher malariefreier Gegend schon vor dem Kriege gemacht habe, für praktisch. Ich glaube, daß Chinin und seine uns größtenteils noch unbekannten Umsetzungsprodukte im Körper nicht nur eine spezifische Wirkung auf die Wechsel-fieberplasmodien haben, sondern auch andere Keime beeinflussen, die den Wundverlauf beeinträchtigen könnten. Ich bilde mir nicht ein, eine bei dem Eingriff gesetzte ernsthafte Infektion damit unwirksam machen zu können, und möchte mich davor verwahren, mich — wie man es früher wohl mit dem Opium bei der Appendizitis tat — selbst täuschen zu wollen, wenn ich bei eventueller Infektion das augenfälligste Hauptsymptom verdunkle, aber leichte Infekte vielleicht an sich harmloser Art, die manchmal nach anscheinend aseptischen Operationen mäßige Temperaturerhebungen verursachen, werden nach meinen Eindrücken günstig beeinflusst.

Dabei möchte ich noch ausdrücklich betonen, daß ich nicht der wahllosen Chinindarreichung das Wort rede, vielmehr den Rat: „Was man nicht diagnostizieren kann, das sieht man für Malaria an“ dem orientalischen Arzt gegenüber, der sowieso eine bequeme Schwäche für Chinin hat, für ziemlich bedenklich halte.

Auch ich sehe, wie Brüning, einen Grund der auffallenden Häufung von Hämorrhoiden und Mastdarmpförfällen in der Türkei in dem dauernden Reizzustand der unteren Dickdarmabschnitte infolge chronischer Dysenterie, nur ist es nicht der einzige. Ich habe mich an der Hand einer Zusammenstellung von 26 schweren, nach einem Gesichtspunkte einheitlich operierten Rektumprolapsen an anderer Stelle eingehender mit dieser Frage befaßt und darf mich darauf beziehen. Die Tatsache, nicht daß der Orientale die Defäkation in Hockstellung erledigt, sondern daß er vielmehr bei jeder Gelegenheit, bei Arbeit und Siesta, und dann lange hockend kauert, ist gewiß ebenso für das häufige Vorkommen dieser Krankheitszustände am Mastdarm verantwortlich zu machen. Die Hockstellung schädigt die Beckenbodenmuskulatur durch dauernde Ueberdehnung. Dabei erscheint es mir irrelevant, ob das Defazieren in Hockstellung das Natürliche ist — das Natürliche ist ja auch keineswegs immer das Zweckmäßige —, sondern von größerer Bedeutung, daß auch das kleine Geschäft vom Türken häufig in Kauerstellung erledigt wird. Eine Prozedur, die bei den dort weitverbreiteten Strikturen gleichfalls eine erhebliche Belastung des Beckenbodens darstellt.

Meine Beobachtungen über Skorbut dürften Brünings Auffassung über die Ursachen dieser Erkrankung zu stützen geeignet sein. Ich sah in den ersten Monaten des Jahres 1916 unter den Truppen in Thrakien, ohne daß ich leider eine Zahl angeben könnte, auffallend viele und schwere Fälle. Gerade damals war die Trias von Schädigungen, unter denen die in Ruhequartiere gelegte Gallipoli-Armee litt — Dysenterie, Rekurrens und Skorbut — so ausgesprochen, daß es nicht wunderzunehmen brauchte, wenn der Gesundheitszustand der aufs äußerste angestrengt ge-

wesenen Truppe erschreckend schlecht war. In dem wärmeren, sonnigeren und länger bzw. eher mit frischen Gemüsen und Grünzeug versehenen Smyrna, wo auch dank der Bemühungen des Beratenden deutschen Armeehygienikers besser und energischer für passende Unterkunft der Truppe gesorgt werden konnte, gab es zwar auch noch Skorbutfälle, aber ihre Zahl war geringfügig gegenüber der in der europäischen Türkei und ihr Verlauf wesentlich milder. An den Dardanellen hatte es trotz aller Bemühungen des Oberkommandos bei manchmal mehr als unzureichender Kost wochen- und monatelang keine frischen Gemüse oder sonst größere Mengen Vitamine enthaltende Nahrung gegeben. Auf dem Marsch nach Norden durch die äußerst arme Gegend der verschneiten Berge bei Keschan war die Ernährung noch schlechter geworden und konnte auch in den Quartieren nördlich der Bahn nur ganz allmählich mit dem steigenden Jahr gebessert werden. Da es in dem rauhen Thrakien in unfreundlichster Weise naßkalt und stürmisch war, froren die höchst mangelhaft bekleideten, mit Unterzeug so gut wie nie versehenen Mannschaften aufs schwerste und drängten sich in den kümmerlichen, unvorbereiteten Quartieren naturgemäß auf das engste zusammen. Um Bewegung im Freien drückten sie sich, wo sie nur irgend konnten. An genügende künstliche Beheizung auch nur der Krankenanstalten, geschweige denn der Mannschaftsunterkünfte, war bei dem fast absoluten Mangel an Holz und Kohle nicht zu denken. Ich habe damals als Arzt bei der Truppe Bilder, über die ich an anderer Stelle zu berichten gedenke, gesehen, die lebhaft an den Zustand der großen französischen Armee nach dem Rückzug über die Beresina gemahnen mußten. So war es nicht wunderbar, wenn weitverbreiteter Skorbut einen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf chirurgischer Erkrankungen spüren ließ.

Die Erscheinungen beschreibt Brüning so eingehend und anschaulich, daß ich mir mit ausdrücklichem Hinweis auf seine instruktiven Angaben eine Wiederholung schenken darf. Auch dem, was Brüning über die Behandlung des Skorbut sagt, kann ich mich bestätigend anschließen. Auch ich möchte davor warnen, tiefe Hämatome in der Wade, selbst wenn sie lange bestehen und sich nicht zurückbilden wollen, zu inzidieren, wie ich es einmal durch einen türkischen Arzt — vielleicht auf Grund einer falschen Diagnose? — geschehen sah. Ob die Sonne unseres deutschen Nordens die gleiche energische und glückliche Einwirkung haben kann, wie die intensivere Konstantinopels und Smyrnas sie entschieden hat, oder ob sie in unseren Breiten im flachen Land für gewöhnlich nicht schon soviel an Kraft eingebüßt hat, um ähnlichen Einfluß geltend machen zu können, kann ich nicht sagen. Jedenfalls ist sie dort unten ein mächtiger, billiger und in Smyrna monatelang tagtäglich sicher zur Verfügung stehender Heilfaktor. Hinsichtlich der noch nicht zum Abschluß gekommenen Frage, ob Skorbut eine Infektionskrankheit sei oder nicht, kann ich sagen, daß ich keine Erscheinungen beobachtet habe, die unangreifbar für Infektiosität hätten gedeutet werden müssen. Immerhin ist es auffallend, daß, wie bei Brüning, auch bei mir gelegentlich schon lange im Lazarett liegende Patienten erst dann an Skorbut erkrankten, nachdem von außen derartige Fälle ins Haus gekommen waren. Brüning meint, die alten Patienten seien eben durch gleichzeitiges Einsetzen der Ueberfüllung der Krankenhäuser in den winterlichen ungeheizten Räumen neu auftretenden Schädigungen ausgesetzt gewesen, die nun Skorbutentstehung begünstigten. Wie kommt es dann aber, daß die — abgesehen von der Bewegung im Freien — hinsichtlich der übrigen skorbutbegünstigenden Momente, vor allem in der Ernährung und Beheizung soviel schlechter gestellte Zivilbevölkerung so auffallend viel weniger Skorbutfälle hatte? Danach könnte das Fehlen genügender körperlicher Bewegung im Freien und der dauernde Aufenthalt in ungeheizten, überfüllten, schlecht gelüfteten Räumen ausschlaggebend sein. Doch auch dem stehen Bedenken gegenüber, denn die Gallipoli-Armee war, nachdem sie an den Dardanellen dauernd im Freien gewesen war, auch während des dreiwöchigen Marsches in die Ruhequartiere ständig in frischer Luft und kam in Thrakien doch mit Skorbut an. Es wird also auch hier nicht ein Moment allein oder in der Hauptsache den Grund abgeben, sondern es ist das Zusammentreffen verschiedener widriger Verhältnisse erforderlich und dann wahrscheinlich auch noch eine individuelle erworbene Geneigtheit nötig, um die Krankheit zum Ausbruch kommen zu lassen.

Der chirurgischen Tuberkulose bin ich in der Türkei in größter Zahl begegnet. Vorzüglich im kindlichen und mittleren Lebensalter trifft man sie in allen Bevölkerungsschichten und Berufsständen in jeder Form in erschreckender Verbreitung. Im Vordergrund stehen Drüsen- und Knochentuberkulosen. Bei letzterer hauptsächlich Gelenkaffektionen. Aber auch — wenn schon in geringerer Zahl — reine Weichteiltuberkulose habe ich gesehen. Gehäuft, gerade bei Jugendlichen im Pubertätsalter, sah ich Bauchfelltuberkulose in ihrer exsudativen Form. Da ich die Verhältnisse in der Türkei nur unter den Zeichen des Krieges kennen gelernt habe, besitze ich kein eigenes Urteil, ob eine Vermehrung der Erkrankung gegenüber der Friedenszeit vorliegt oder nicht. Jedenfalls gewinnt man immer wieder den Eindruck, daß die Tuberkulose weit verbreiteter als bei uns, weniger daß die soziale Stellung — also im Grunde die Frage der individuell-hygienischen und der Ernährungsverhältnisse — von Bedeutung sei. Auch daß mir ein wesentlicher Unterschied im Befallensein der Rassen bei dem dort lebenden Völkergemisch aufgefallen wäre, kann ich nicht sagen. Höchstens könnte ich eindrucks-

mäßig feststellen, daß mir der Araber häufiger und schwerer an chirurgischer Tuberkulose erkrankt vorkam.

Im Ablauf des klinischen Krankheitsbildes im einzelnen ist mir keine Differenz den nordischen Erfahrungen gegenüber aufgefallen. Die chirurgische Tuberkulose ist auch dort eine exquisit chronische Erkrankung, die sich jeder Art ins Feld geführter Behandlung gegenüber ziemlich widerstandsfähig erweist und oft aller Therapie — meist nach vorübergehendem mäßigen Anfangserfolg — Hohn spricht, wenn es nicht gelingt oder nicht möglich ist, den Erkrankungsherd im Gesunden in toto zu eliminieren. Auch das Heilmittel, welches wir in Europa als mächtiges anzusehen gelehrt werden, die Sonne, hat nicht den helfenden Einfluß, den man unwillkürlich erhofft, wenn man ihre strahlende Kraft einen kleinasiatischen Sommer über kennen gelernt hat. Am ehesten hatte ich noch mit der Sonnenbehandlung Erfolg bei der exsudativen Bauchfelltuberkulose und bei Drüsen, wenn nach kurzer Zeit das bestrahlte Gebiet schwarzbraun gebrannt war. Bei Knochenerkrankungen sah ich am Ende nur Mißerfolge. Anfangs schien die Therapie zu helfen. Aufatmend glaubte man auf diesem wenig dankbaren Gebiete einen wirksamen Helfer bekommen zu haben, um dann doch zu resignieren, wenn man nach monatelanger, mühsamer, Zeit und Geld verschlingender Behandlung noch zum Messer greifen und sich sagen mußte, Monde vorher vielleicht günstigere örtliche Verhältnisse gehabt zu haben. Wenn sich unter der Sonnentherapie in fast allen Fällen der Allgemeinzustand des Kranken zwar sichtlich bessert, glaube ich darum doch, daß man sich der Brüningschen Auffassung der radikaleren Indikationsstellung für Zeit und Art des operativen Eingriffes gerade bei dieser Art der Erkrankung wird anschließen müssen.