

Zeitschrift: Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes

Herausgeber: Schweizerischer Centralverein vom Roten Kreuz

Band: 18 (1910)

Heft: 8

Artikel: Knochenbrüche und Schienen

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-545475>

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: 18.07.2025

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

Knochenbrüche und Schienen.

In letzter Zeit sind wir von verschiedenen Seiten gebeten worden, unsere Ansichten über dieses Thema in unserm Blatte zu äußern. Wenn wir diesem Wunsche nachkommen, so geschieht es namentlich deshalb, weil wir in langjähriger Samariterpraxis die Beobachtung gemacht haben, daß auch in geübten Samariterkreisen noch vielfach verworrene Ansichten über die erste Behandlung von Knochenbrüchen herrschen, die wiederum auf denselben Grund zurückzuführen sind, den wir früher schon (1908, Seite 115) angedeutet haben, nämlich auf einen Mangel an Einheitlichkeit in der Leitung von Samariterkursen. Wohl sind heute die Hülfzlehrer, dank den besser eingerichteten Kursen, ziemlich gleichmäßig ausgebildet und haben einheitliche Grundsätze mitbekommen; bei den leitenden Ärzten ist das aber nicht der Fall und es würde sehr schwer halten, eine einheitliche Lehrmethode aufzustellen, ja, es fragt sich sehr, ob eine solche Schablone wirklich angebracht wäre, wenn man bedenkt, wie viele Anschauungspunkte bei der Behandlung gewisser Verletzungen möglich sind. Es führen eben viele Wege nach Rom.

Unsern folgenden Betrachtungen liegt das Motiv zugrunde, den Samariter zum Nachdenken anzuregen. Diesem Nachdenken wurde früher entschieden zu wenig Rechnung getragen. Wer die Anfänge des Samariterwesens mitgemacht hat, wird sich vielleicht erinnern, daß es auf die Frage: „Was wollen Sie bei einem Knochenbruch tun?“ nur eine Antwort gab, nämlich: „Ich würde Schienen anlegen“. Hier war die Vorsicht die Mutter der Lehrmethode. Es war durch mangelhafte oder un-zweckmäßige Behandlung von Knochenbrüchen so viel Unheil entstanden, daß die Ärzte froh waren, die Samariter zu lehren, wie man diesen schweren Folgen durch Anlegen von Schienen vorbeugen könne. Wenn man die damaligen Verhältnisse und den guten Zweck dieser An-

ordnungen im Auge hat, so kann man dagegen nichts einwenden, um so weniger, als dem Patienten dadurch wohl kein Schaden zugefügt wurde.

Schlimmer waren die Folgen für den Samariter, der durch diese schablonenhafte Methode in eine sträfliche Gedankenlosigkeit verfiel.

Und zu verübeln war ihm das nicht. Er hatte das Gefühl, etwas Wichtiges und nicht ganz Leichtes zu leisten, und da wurde denn drauflos geschient und gepolstert, daß es eine Freude war — für den Samariter! Wir haben z. B. folgendes gesehen: Wir wurden zu einem Manne gerufen, der altersschwach, aus dem Bette gefallen war und sich den Oberschenkel gebrochen hatte, was der herbeigerufene Samariter auch ganz richtig erkannte.

Als wir den Mann sahen, lag er auf seinem Bette eingeschient, so gut und regelrecht, wie man es in einem richtigen Samariterkurs lernen kann. Eine Schiene reichte bis zu den Rippen, eine äußere bis zur Achselhöhle, eine innere war nicht zu lang und gut gepolstert, der Fuß der verletzten Seite an dem andern festgebunden, alles mit Krawatten flott und sauber befestigt. Alles stimmte — nur schade! Wir mußten behufs Einrichtung den schönen Verband, der eine halbe Stunde gelegen hatte, wieder abnehmen und so dem Patienten unnötige Schmerzen verursachen. Und es klingt uns immer noch seine ängstliche Frage in den Ohren: „Warum noch einmal?“

Ein Grund, den Samariter zu tadeln, lag gar nicht vor, die Sache war durchaus recht gemacht und genau nach Vorschrift des betreffenden Kursleiters — aber es fehlte dem Samariter am Nachdenken.

Der Arzt war gerufen, der Patient durch die Angehörigen aufs Bett gelegt worden; warum ihn noch mit einem komplizierten Verband quälen? Hier hatten übrigens die Angehörigen den Samariter zum Verbandanlegen

gedrängt. Es gibt eben immer noch Leute, die sich einen Samariter nicht anders vorstellen können, als mit einer Flasche Ujzol in der einen, und mit einer Binde oder Schiene in der andern Hand.

Auf die genauere Hilfeleistung bei allen Knochenbrüchen genauer einzugehen, würde an die Geduld unserer Leser und an den Raum dieser Zeitschrift zu hohe Anforderungen stellen, es seien uns daher nur einige kurze Anleitungen erlaubt. — Wenn beim Schädelbruch, keine Hautwunde vorliegt, handelt es sich ja kaum um bewegliche Verschiebung von Knochenenden, sondern um mehr oder weniger tiefgehende Spalten, namentlich in der Basis des Schädels, also an einem durchaus unzugänglichen Orte; gefährlich sind diese Brüche durch die Blutungen, welche auf das Gehirn drücken. Was da ein Verband bezwecken soll, ist uns unerfindlich. Eher ist in der Bewegung des Kopfes, die beim Anlegen eines Verbandes unvermeidlich ist, eine Gefahr für den Patienten vorhanden.

Einer gewissen Heiterkeit können wir uns nicht erwehren, wenn wir immer wieder hören, daß man bei Nasenbeinbrüchen auf jede Seite der Nase eine gerollte Binde legen soll, „um die Bewegungen der gebrochenen Knochen zu verhindern“. Noch interessanter ist folgende Manipulation, die wir einmal in vollem Ernste empfehlen hörten: Man stecke in jedes Nasenloch ein unwickeltes Holzstückchen, so daß es etwa 3 cm hervorsteht, an deren Enden wird eine kleine Binde befestigt, um den Nacken geführt und vorn am Halse geknüpft, wodurch sich die in der Nase befindlichen Enden heben und die Knochen in ihre richtige Lage drücken.

Abgesehen davon, daß solche Vorgehren nicht zur ersten Hilfe, sondern in das Gebiet des Chirurgen gehören, möchten wir uns fragen, welches die unangenehmere Situation sein möchte, die des Patienten, den man so „eitzugehend“ behandelt, oder die des Samariters, der diese Prozedur etwa an einem mit zwei wackeren Häupten behafteten Kaufbold voll-

ziehen soll? Man begnüge sich doch, dem Patienten bis zur ärztlichen Behandlung kalte Umschläge zu machen und lasse ihn, wenn die Umstände einen Transport doch erfordern sollten, mit seiner geschwellenen Nase frei herumgehen, statt mit einem Verband, der, wenn auch noch so schön, doch entstellend ist.

Für den Bruch des Schlüsselbeins wurde in den ersten Samariterkursen der prächtige Belpeausche Verband gelehrt, dessen elegante Formen den Ellenbogen gebeugt am Thorax fixierten, so daß über eine in der Achselhöhle eingeschobene Bindenrolle die Frakturenden auseinandergezogen wurden. Der Verband war sehr schön, aber zu kompliziert, er wurde rasch vergessen. Der Zug nach Vereinfachung hat diesen Verband aus dem Bereich der ersten Hilfe eliminiert. Das Einfachste ist auch hier das Beste, und der Patient zeigt recht deutlich, welche Hilfeleistung er wünscht, dadurch, daß er den verletzten Arm mit dem gesunden breit stützt. Eine breit angelegte Tragschlinge, welche Ellenbogen und Hand bedeckt, verhindert sowohl das Herunter- als das Nachvornehsinken der Schulter und so das schmerzhafteste Einstechen der Fragmente in die Haut.

Fragen wir in Samariterkursen: Was wollen Sie tun bei einem Oberarmbruch?, so erhalten wir fast immer zur Antwort: „Eine äußere und eine innere Schiene anlegen“. Da sei zum voraus bemerkt, daß die innere Schiene meist entbehrlich ist, sie wird durch die Thoraxwand gebildet. Aber auch die äußere Schiene kann weggelassen werden, wenn es sich nicht um einen langen oder beschwerlichen Transport handelt. Sonst genügt es, eine Armtragschlinge anzulegen, und über derselben den verletzten Arm mittelst breiter Binden oder Tücher an den Thorax zu pressen, wobei natürlich auf der gesunden Seite geknüpft wird.

Auch bei den so häufigen Brüchen am Vorderarm sind die Schienenverbände bei kurzem Transport überflüssig. Ist der Patient zu Hause oder in der Nähe des zu erreichenden Zieles (Spital etc.), so genügt eine

Tragschlinge, die noch den Vorteil hat, daß man die kalten Umschläge bequem wechseln kann. Anders verhält es sich bei beschwerlichen Transporten, z. B. auf Hochgebirgstouren. Da erfordern die Erschütterungen, denen der Patient beim Marsch ausgesetzt ist, eine solide Fixierung der Bruchenden, die dann mit Schienenmaterial genau ausgeführt werden soll.

Die Frakturen der untern Extremität erfordern naturgemäß häufiger die Anwendung von Schienen, weil der Patient transportiert werden muß. Ein unvorsichtiger Transport ohne Schienen führt aber sehr leicht zu schlimmen Folgen. Es braucht ein Träger z. B. nur den Fuß des Patienten etwas sinken zu lassen, so sticht bei einem doppelten Unterschenkelbruch das Schienbein durch die Haut und es entsteht ein komplizierter Bruch mit der so häufigen und schlimmen Infektionsgefahr. Patienten mit solchen Brüchen ohne Schienenfixation zu transportieren, dürfte nur bei ganz kurzen Distanzen und bequemen Wegen gestattet sein. Einen Knöchelbruch einzuschienen hat dagegen wenig Zweck, eine Verschiebung der Knochenenden ist nicht zu befürchten und

es genügt meist, den verletzten Fuß an den gesunden zu binden, um ein seitliches Umfallen desselben zu verhindern.

Wie man sieht, hat sich aus der ziemlich komplizierten ersten Hülfsleistung bei Knochenbrüchen nach und nach ein bedeutend einfacheres Verfahren herauskristallisiert. Doch sind die Schienenverbände nicht immer entbehrlich, ja, in vielen Fällen angezeigt, wie oben demonstriert worden ist. Deshalb müssen sie fleißig geübt werden. Je seltener sie gemacht werden, desto schneller und vollständiger werden sie vergessen.

Mit diesen Vereinfachungen ist aber nicht nur Zeit und Material gewonnen, sondern der Samariter wird zum Nachdenken angeregt und hört dann auf, die Maschine zu sein, die auf das Wort „Knochenbruch“ einfach ohne Besinnen mit „Schienenverband“ antwortet. Dieses Nachdenken ist in unserer automatenreichen Zeit recht notwendig geworden und sollte ebenso sehr geübt werden, wie die Verbände selbst. Bei den Knochenbrüchen, wie auch überhaupt, merke sich der Samariter das Wort: „Nicht zuviel“!

Schweizerischer Militärsanitätsverein.

Der Zentralvorstand an die Sektionen.

Delegiertenversammlung am 7. und 8. Mai 1910 in Herisau.

Samstag den 7. Mai. Wir verweisen auf die Einladung der Sektion Herisau. Sonntag den 8. Mai, morgens punkt 8 Uhr, Beginn der Delegiertenversammlung im Großratsaal.

Traktanden: 1. Apell, Vollmachtsübergabe. 2. Protokollgenehmigung der Delegiertenversammlung vom 9. Mai 1909 in St. Gallen. 3. Verlesen des Jahresberichtes über das Vereinsjahr 1909/10. 4. Kassabericht, Mitteilung der Revisoren. 5. Wahl der Vorortssektion pro 1910/11. 6. Wahl von zwei Sektionen als Rechnungsrevisoren. 7. Bestimmung des Ortes der nächsten Delegiertenversammlung. 8. Diplomierung der schriftlichen Preisaufgaben. 9. Unfallversicherung der Aktivmitglieder. 10. Antrag der Sektion Luzern. 11. Diverses.

Indem wir zu dieser Delegiertenversammlung eine rege Beteiligung erwarten, zeichnen mit kameradschaftlichem Gruße

Für den Zentralvorstand des Schweiz. Militärsanitätsvereins:

Der Aktuar: Rob. Suber.

Der Präsident: Sch. Selbling.