

Eine Schweizer Ärztemission an der Ostfront

Autor(en): **Wengen**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **50 (1942)**

Heft 41: **Armee-Sanitätsmaterial**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-548064>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Eine Schweizer Ärztemission an der Ostfront

Von Dr. à Wengen

(4. Fortsetzung.)

Blutersatz.

Als Mittel der Wahl benützten wir als Blutersatz die Transfusion. Jeder Wehrmann trägt auf seiner ohne Namen aber mit Kontrollnummer versehenen Erkennungsmarke die eigene Blutgruppenzugehörigkeit.

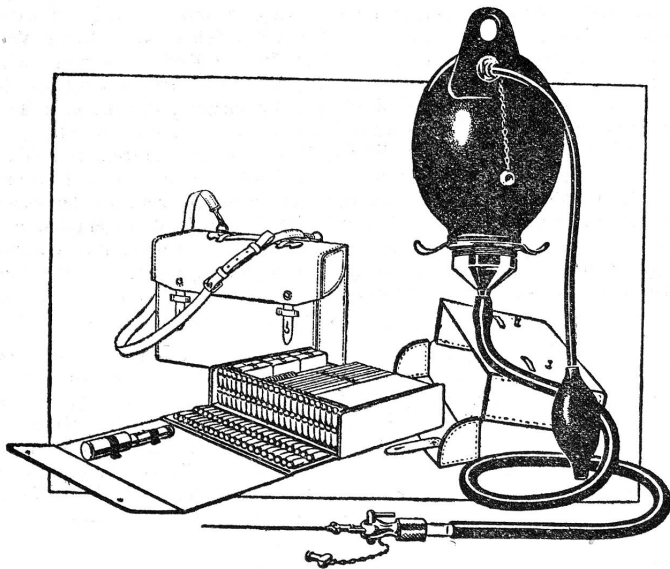
Wir hatten mit der uns nahe gelegenen Leichtverwundeten-sammelstelle eine Abmachung getroffen, wonach innert fünf Minuten zu jeder Zeit Blutspender zur Verfügung standen. Zur Verwendung kamen nur gruppengleiche Spender. Für die technische Durchführung der Transfusion benützten wir die indirekte Methode unter Beigabe von Natrium citricum oder Vetren. (Vetren = wasserklare, eiweissfreie und gereinigte Lösung von aus Tierleber gewonnenem Heparin [Chem. Fabrik Promonta] in Ampullen zu 2 cm³ für 150 cm³ Blut mit Gerinnungsverhinderung für zwei Stunden). Das Instrumentarium bestand aus Tutofusinfiasche, Gummischlauch, Bläser (Bukaldruck).

Von der Wiederholung der Blutgruppenbestimmung musste aus Zeitgründen Abstand genommen werden, dafür wurde die *Oehlecker*-sche Vorprobe strikte eingehalten, was bei der direkten Methode nicht so leicht durchführbar ist. Störungen zufolge Blutgruppenverwechslungen kamen keine vor. Die angepreisene Reaktionslosigkeit des Vetren konnten wir nicht bestätigen. Nach unserer Erfahrung war das Blutgerinnungsvermögen bei Vetrenzusatz grösser als bei der üblichen Natriumcitricum-Beigabe.

Durch Beimengung von Glukoselösung zum Zitratblut wurden die sonst gelegentlich auftretenden Allgemeinreaktionen, wie Temperatur- und Pulserhöhung, weitgehend verhindert.

Das deutsche Transfusions-Armeemodell beruht auf dem Prinzip des Dreiweghahns und kommt für die direkte Transfusion in Anwendung. Man glaubt unter anderem durch die Anwesenheit von Spender und Empfänger auch psychologisch menschlich verbindend zu wirken. Blutspende ist befohlene Dienstleistung. Der Spender erhält pro Gabe, unbekümmert um das Quantum, eine Einheitsentschädigung von zehn Mark als Zusatzverpflegung für zwanzig Tage.

In einem Smolensker Lazarett arbeiteten wir, entgegen der genannten Ausführungen, mit Universalspenderblut, das ein bis acht Tage alt und in sterile Bierflaschen abgefüllt war. Im Augenblick der Verwendung wurde es mit einem Gerät in Form eines Gummibeutels infundiert. Die Konstruktion wurde vom Expeditionsmitglied Dr. *Bucher* ausgedacht und verwirklicht (Vorteile: kein Arzt nötig, Zeitfrage, Transport, Wärme, Mitführen im Hosensack). Wir lassen hier das Bild dieses Gerätes folgen. Trockenblutkonserven haben wir keine verwendet; auch bei den Deutschen sahen wir keine in Verwendung.



Bluttransfusionsgerät Dr. Bucher

Appareil pour la transfusion du sang (Dr Bucher)

Als der Transfusion am nächsten stehend muss das Periston angesehen werden. Periston ist eine anorganische Salzlösung und basiert auf dem Prinzip der Colloidose und Isotonie des Blutes.

Von der Transfusion grösserer Quanten Blutes haben wir keine Vorteile gesehen. Unsere Praxis bewährte sich bei kleineren bis mittleren Transfusionsmengen, die dafür häufig wiederholt wurden (Repetitionstransfusion nach *Henschen*). Die Mikrotransfusion fand

neben der Funktion als Reiztransfusion zur Ankurbelung allgemeiner Reaktionen Anwendung.

Lokal scheint Tierkohle, besonders bei kleinen und diffusen Wunden, gerinnungsfördernd zu wirken.

Wundversorgung und Behandlung.

Der erste Wundverband wird im allgemeinen am Orte der Verwundung durch den Krankenträger angelegt. Es handelt sich dabei um einen reinen Schutzverband. Jeder Soldat trägt individuelle Verbandpatronen auf sich, die in Gummistoff eingepackt sind. Dieser Gummistoff kann bei offenen Thoraxverletzungen als luftdichtabschliessende Ueberdeckung verwendet werden.

Da jeder Verbandwechsel Schmerzen verursacht und die Infektions- und Blutungsgefahr erhöht, sollte nach Möglichkeit ein Verbandwechsel nur selten vorgenommen werden. Unter Umständen wird der erste Wundverband bis zur definitiven Versorgung belassen. Feuchtverbände und Salbenverbände sind in vordern Formationen und für den Transport verboten (Erfrierungs- und Infektionsgefahr).

Jeder Verletzte erhält sobald als möglich (Truppen- oder Hauptverbandplatz) die prophylaktische Antitetanuspritze, was recht häufig mit sekundären Injektionsabszessen abläuft.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die primäre Wundexcision (Excision = das Ausschneiden) auf der ersten Verwundetenversorgungsstelle die erhofften Erwartungen in bezug auf Infektionsverminderung nicht erfüllt. Praktisch werden durch dieses Verfahren oft mit der Schere nur Hautdefekte verursacht, der Infektionsherd bleibt jedoch in der Tiefe weiter bestehen. Nach unserem Dafürhalten und der uns gezeigten Erfahrung wäre die Wundränderexcision durch tiefe Incisionen (Einschnitte) an Ein- und Ausschuss zu ersetzen, eventuell mit Einlegen von Gummiläutchen. Neben der Sicherung des Sekretabflusses ist die absolute Ruhigstellung der Verletzung und ihrer weiteren Umgebung von eminenter Wichtigkeit.

Nur zu häufig sahen wir Fälle, deren Infektionsherde scheinbar beruhigten, auf dem Transport aber zu allgemein septischen Komplikationen aufflackerten.

Das eigentliche Transportfieber, das bei grossen Verletzungen bis über 40° steigen kann, ist im allgemeinen nicht als schwere Komplikation aufzufassen, klingt es doch üblicherweise nach zwei bis drei Tagen wieder ab.

Leider hatte ich keine Gelegenheit, Sulfamid-Derivate in lokaler Anwendung auf die Wundheilung zu prüfen. Immerhin sahen wir, besonders in der parenteralen Applikation, recht erfreuliche Wirkung.

Durch Sulfamidabgabe an den einzelnen Soldaten zur Einstreuung in die Wunde im Augenblick der Verletzung, wie es von verschiedenen schweizerischen Sanitätsoffizieren vorgeschlagen wurde, erwarte ich keine Besserung der Wundverhältnisse; verunreinigt der Soldat dadurch doch noch mehr seine Wunde als der Schutz durch das Sulfamid wert ist. Diskussionswert wäre meines Erachtens die lokale oder parenterale Applikation des Sulfamides durch das Sanitätspersonal beim ersten Verband (Parenteral = ausserhalb des Darmes bzw. des Verdauungstractus; z. B. Einführung eines Stoffes in die Blutbahn oder unter die Haut).

Das deutsche Reglement für die Versorgung Verwundeter verbietet bei der Kriegsverletzung die primäre Naht selbst nach gründlichster Wundausschneidung absolut und kategorisch. Der Vorteil des primären Verschlusses steht in keinem Verhältnis zu den Gefahren, die er birgt. Nicht wenige haben durch Missachtung dieses dringendsten Gebotes Schaden zum Nachteil Verletzter gestiftet.

Die Möglichkeit der primär verzögerten Naht oder der Sekundärnaht kompensiert die Nachteile, die der primären Offenbelassung der Wunden anhaften.

Als Ausnahmen des primären Nahtverbotes haben zu gelten:

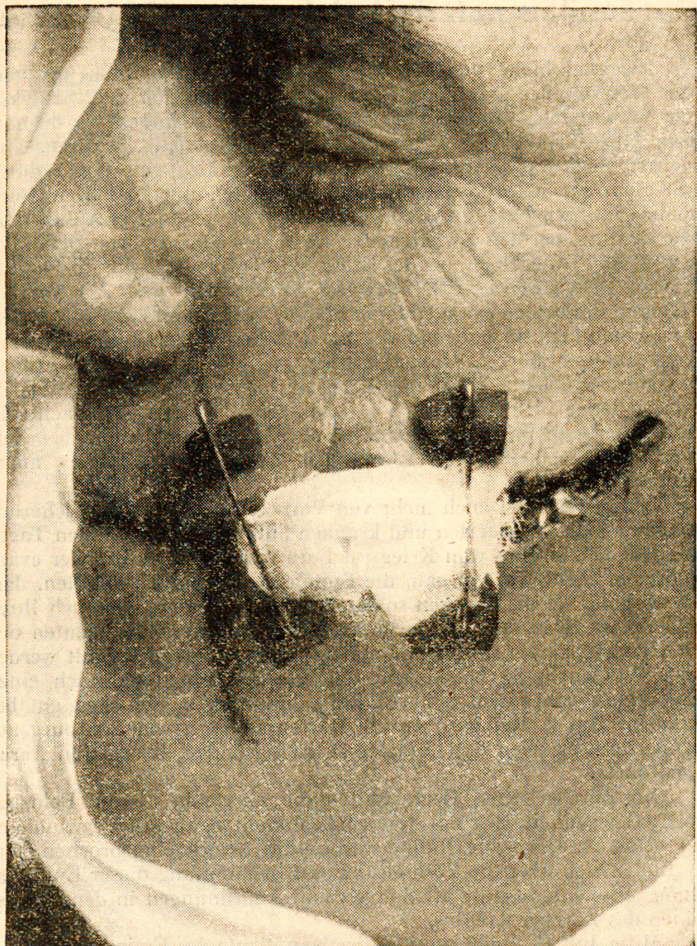
- Hirn-Schädelschüsse,
- offene Thoraxverletzungen,
- grosse offene Gelenke (nur Kapselnaht).

Bei grossen Weichteilverletzungen im Gesicht ist das Anlegen von Situationsnähten zur Verhinderung von Narbenschwundungen gestattet. Gut bewährt hat sich dabei die Metallnaht. Als Improvisationsfixation kann hier die *Henschensche* Sicherheitsnadel in Anwendung treten.

Die Wundtoilette ohne *Friedrichs*-sche Anfrischung und Naht ist an keine Stundengrenze gebunden, beschränkt sich jedoch auf mechanische Säuberung der Wunde von Nekrosen, zerstörten Gewebeteilen, Fremdkörpern usw.

Steckschüsse oder Splitter dürfen nur primär entfernt werden, wenn sie oberflächlich liegen oder bei der Wundtoilette angetroffen werden. Das Suchen nach Geschossen oder Geschossteilen ist im allgemeinen verboten. Nur in folgenden Ausnahmefällen soll das Projektile entfernt werden:

1. wenn das Projektil auf lebenswichtige Organe drückt und somit Gefahr für Arrosionen (Anfressen, Zerstörung von Gefässwänden,



Improvisationsfixation

mit Henschenschen Sicherheitsnadeln. — Fixation improvisée au moyen d'épingles de sûreté Henschenschen.

Knochen usw.) bietet (Trachea [Luftröhre], Urethra [Harnröhre], Blutgefässe);

2. wenn das Projektil als Quelle schwerster Infektion angesehen werden muss;
3. bei Gehirnschüssen nach genauer Lokalisation;
4. bei Gelenkschüssen, primär nur innert 48 Stunden.

Bei Verwendung von Gummirohrdrainage haben wir gelegentlich Arrosionsblutungen gesehen, weshalb wir in unseren Lazaretten vorwiegend Gummilaschen verwendet haben.

Wundtamponade, z. B. bei diffuser Blutung, bietet zufolge Infektionsbegünstigung eine grosse Gefahr und darf nicht länger als 24 Stunden belassen werden.

Von Feuchtverbänden mit Chloramin oder Rivanol haben wir in der Sekretionsphase Gutes gesehen, wie auch von Lebertran in der Granulationsperiode.

Bei nicht virulenter Infektion konnte durch die Heilung im Fitersee ebenfalls günstig eingewirkt werden. Selbstverständlich bringen warme Jahreszeiten für diese Behandlungsart zufolge der Insektenplage Schwierigkeiten.

Neben dieser chirurgischen Therapie von über-kalibergrossen oder besondern Schussverletzungen werden die kalibergrossen Projektilverletzungen primär konservativ behandelt. Sie fallen deshalb etwas aus dem Interessenkreis des operativ tätigen Chirurgen und werden hier nicht eingehender erörtert.

Die *Tetanus-Infektion* ist durch die generell gegebene Serum-spritze zur Seltenheit geworden; immerhin kommt sie noch vor, und zwar besonders bei *belanglos aussehenden Gelegenheitsverletzungen* respektive -schädigungen, wie Verbrennungen oder Erfrierungen, oder nach späteren operativen Eingriffen, falls die Seruminjektion nicht wiederholt worden ist.

Der Schrecken aller Kriegsinfektionen bildet immer noch der *Gasbrand*.

Wir unterscheiden dabei klinisch drei Formen:

1. der eigentliche Gasbrand mit Emphysem,
2. der Gasbrand mit Oedem,
3. die Phlegmone mit Gas.

Ich verweise bei dieser Gelegenheit auf die neueren Arbeiten von *Pfanner, Bieling* und *Nordmann* über Kriegserfahrungen und Gasbrand.

Sicher scheint die Tatsache zu sein, dass das *Vorhandensein grosser Muskelmassen* bei bestehender *Gefässverletzung* zum Ausbruch der Gasbrandinfektion disponiert.

In den Lazaretten von Smolensk hatten wir besonders reichliche Gelegenheit, Gasbrandfälle zu sehen. Es handelte sich dabei vorwiegend um kräftig entwickelte, muskuläre Menschen mit Verletzungen der *unteren*, seltener der *oberen Extremitäten*, die *einen längeren Transport* hinter sich hatten.

Das Auffallendste bei dieser Infektionsart ist der *plötzlich einsetzende schlechte Allgemeinbefund bei starken* lokalen Schmerzen.

Beim Gasbrand der 1. Gruppe habe ich nur sehr selten Fälle gesehen, die trotz sofortiger Gliedabsetzung mit dem Leben davon gekommen sind. Sie starben in der Regel an toxischen Anaemien, die auf keinerlei Aktionen, inkl. Bluttransfusionen, ansprechbar waren.

Die 2. Form ist bedeutend günstiger zu bewerten. Das Oedem geht dem Bazillennachschub, der relativ langsam vor sich geht, bedeutend voraus. Mit einer relativ tiefen Amputation kann der Patient häufig gerettet werden.

Bei der 3. Form genügen oft breite und tiefe Incisionen oder Ex-cision des nekrotischen Gewebes in toto.

Vom *Globucid* als therapeutisches Mittel bei Gasbrand wurden wir nicht überzeugt.

Neben der Applikation von Gasbrandserum in grossen Dosen sahen wir von der *repetierenden kleinen Bluttransfusion* am häufigsten Besserung.

Recht schwierig konnte die Operationsindikation zur Amputation werden, wenn bei klinisch fehlendem Gas- oder Tetanusbild die bakteriologische Sekretuntersuchung Tetanus- resp. Gasbrandbazillen ergab. Die latente Infektion kann durch kleinste Imponderabilien (Einflüsse, die sich einer genaueren Bestimmung entziehen) aktiviert und manifest werden.

Fleckfieber war zu jener Jahreszeit selten. Die schweizerische *Aerztemission* war *prophylaktisch* gegen diese Typhusart *geimpft*; wogegen die deutsche Armee *nicht generell durchgeimpft* ist, sondern nur die der Infektion besonders exponierten Leute. Fleckfieber ist ohne Impfung eine tödliche Erkrankung. Ich selbst habe drei Fälle beobachtet, wovon zwei gestorben sind. Die russische und

M. Schaerer A.-G., Bern

Transitfach 660 Telephon 5 29 25

liefert alles für den

Arzt- und Spital-Bedarf

ferner sämtliches

Sanitäts- und Verband-Material

Fachkundige Beratung, Offerten, Vertreter-Besuche

besonders die jüdische Bevölkerung ist gegen diese Erkrankung weitgehend aktiv immunisiert. Bei Krankheitsausbruch treten nur abortive (abgekürzt verlaufende) Formen auf.

Das Fleckfieber stellt eine in vielen Gegenden Ost- und Süd-europas *endemisch wie epidemisch auftretende schwere Infektionskrankheit* dar. Der Erreger des Fiebers wird durch Kleiderläuse auf den Menschen übertragen. Infektiös sind Läuse, die an Fieberkranken gesogen haben oder durch bereits infizierte Läuse angesteckt sind. Infektiös ist der *Läusekot*, sowohl der frische, wie der in Wäsche oder Kleidungsstücken angetrocknete, sofern er von kranken Läusen stammt. In Epidemiezeiten sind meistens in den Sommermonaten viele Läuse infektiös. Im Läusekot persistiert der Erreger unter üblichen Bedingungen während vielen Monaten.

Infektiös ist das *Blut von Fleckfieberkranken*, vom Beginn der Erkrankung bis einige Tage nach der Entfieberung. (Cave Blut Erkrankter bei Nasenbluten oder Venenpunktionen.) *Nicht infektiös* sind nicht blutige Ausscheidungen Fleckfieberkranker, wie auch der völlig entlaute und desinfizierte Krankenkörper.

Die Infektion entsteht:

1. durch Biss infizierter Läuse und Hineinreiben des von ihnen abgesetzten Kotes;
2. durch Hineingelangen der Erreger (Krankenblut) in oberflächliche Verletzungen und Wunden (Aerzte);
3. durch Aufnahme der Erreger in Form von Kotstaub in die Schleimhäute der Augen und des Respirationstraktus (Entlausungspersonal, Gasmasken).

Die Erkrankung beginnt am 6. bis 21. Tag nach erfolgter Infektion. Die ersten Symptome sind uncharakteristisch und ähneln häufig der Grippe (Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Bronchitis, Konjunktivitis (Entzündung der Augenbindehaut), hohes Fieber, ausgesprochenes Krankheitsgefühl).

Der Verlauf ist von der Schwere der Infektion abhängig. Am 3. bis 6. Tag erscheint ein fleckiger Ausschlag, der am Bauch und an den Schultern beginnt und auf Stamm und Extremitäten inklusiv Hand- und Fussflächen übergreift. Das Gesicht bleibt frei.

Das Exanthem (Hautausschlag) besteht aus kleinen, stecknadelbis linsengrossen, zarten Fleckchen, die auf Druck verschwinden und beim Nachlassen wiederkehren. Sie nehmen eine Mittelstellung ein zwischen Makula (Flecken) und Pakula. Wenige Tage nach dem Erscheinen des Exanthems kommt es in den typischen Fällen zur petechialen Umwandlung der meisten Flecken (Petechien = kleine, umschriebene, punktförmige Hautblutungen). Während der Ausbildung des Exanthems *verschlimmert sich das Krankheitsbild unter cerebralen Symptomen*, sensorische Störungen, Wechsel zwischen Benommenheit und Unruhe, hohes Fieber, weiche, vergrösserte Milz, Bronchitis oder Bronchopneumonie. Differentialdiagnostisch ist bei Fleckfieber, Grippe, Typhus abdominalis, Bronchopneumonie usw. auszuwerten.

Zur Sicherung der Diagnose kann die Weil-Felixsche Blutprobe angestellt werden.

Die Behandlung besteht in Serumapplikationen und Cardiacis. Lokal wird der Patient am ganzen Körper kahl geschoren und mit einprozentiger Zephirollösung desinfiziert.

Es wären noch viele und interessante Rückblicke über die verschiedensten Verwundungsarten, wie Schädelsschüsse, Kiefer- und Halsverletzungen, aufzuzählen; ebenso über Brust- und Abdominal-Kriegschirurgie, Frakturenverletzungen mit und ohne Beteiligung grosser Gelenke, Minenverletzungen, Leuchtspurmunitionsschäden, Verbrennungen und Erfrierungen zu berichten. Zeit und Raum fehlen dazu.

*

Anfangs Februar 1942 kehrte die erste Schweizer Aertzmission nach längerer, oft beschwerlicher Fahrt wieder auf Schweizerboden zurück.

Voll innerer Befriedigung über die geleistete Arbeit und deren restlose Anerkennung, und glücklich, wieder in der Heimat zu sein, wo Friede herrscht, halten wir Rückblick in das Vergangene.

Gewaltig war das Erlebnis, verheerend das gesehene Unheil, das ein Krieg anrichten kann.

So sind wir durch die kriegschirurgische Schulung des deutsch-russischen Krieges gegangen.

Getragen von der hohen Idee eines Henri Dunant, ausgerüstet mit optimalen Ausbildungsgrundlagen durch Elternhaus und Schule, sind wir hinausgezogen, Schweizer Aerzte und Schweizer Schwestern, in das Chaos des Krieges, um zu helfen und zu lindern, wie es Pflicht und Schuldigkeit eines Landes darstellt, das die Rotkreuzfarben in seinem Banner trägt.

Wir sind stolz darauf, dass wir als Exponenten dieser schweizerischen Idee mithelfen durften, Ehre und Anerkennung für unsere Heimat zu wahren und zu mehren.

Das Sanitätsmaterial bei den alten Eidgenossen

(Fortsetzung)

Zweimal bietet uns das 18. Jahrhundert Gelegenheit, uns nach der Tätigkeit des ärztlichen Personals im Kriege und dem Schicksal der Verwundeten umzusehen. Eine längere Friedenszeit wurde nach dem Jahre 1656 der Schweiz zuteil. Die konfessionelle Spannung aber zwischen den Kantonen hatte sich mittlerweile nicht gelöst; es bedurfte nur eines neuen Anstosses, um die verhaltene, immer frisch geschürte Feindschaft wieder zum Ausbruch gelangen zu lassen. Der Anlass dazu bot sich, als bei den Zwistigkeiten zwischen dem Abt von St. Gallen und dessen Untertanen aus der Grafschaft Toggenburg die fünf katholischen Orte Luzern, Uri, Schwyz, Unterwalden und Zug für den ersteren, die beiden evangelischen Stände Zürich und Bern für letztere Partei nahmen. So entstand der nach dieser Veranlassung benannte Toggenburger- oder 2. Villmergerkrieg.

Die Nachrichten über die Sicherung der Verwundeten lauten im ganzen lange nicht so trostlos wie aus der 1. Villmergerschlacht; die mittelalterliche Barbarei scheint vorüber, es ist eine humanere Zeit, vor allem auch für die Verwundeten des besiegten Heeres, angebrochen.

Schon verlautet auch mehr von Vorbereitungen für die Sicherung und Pflege der blessierten und kranken Soldaten. In den ersten Tagen des Mai 1712 erging vom Kriegsrat Bern der Befehl an die vier evangelischen Städte im Aargau, die Spitäler «also parat zu halten, dass im nothfall Sie die kranken soldaten losieren können, wie auch Ihren apothekern zu insinuieren, mit allen nothwendigen medicamenten sich zu versehen, sintemal eint und anderes nach billigkeit bezahlt werden soll. Wie auch, So haben wir, damit nichts ermangle, auch einen Chirurgum von einem höheren Rang hinunder zu schicken gut befunden.» Am 2. Mai wird an die Herren zu Bern von Lenzburg aus rapportiert, es seien drei Spitäler zu Königsfelden, Brugg und Aarau «geordnet».

Im Zürcherischen Heere hatten die Aerzte in diesem Feldzuge mehr Gelegenheit, sich mit inneren Krankheiten, als mit Verwundeten zu befassen. Die «rote Ruhr» war in die Armee eingebrochen, und es finden sich über die Verbreitung und Bekämpfung dieser Epidemie mancherlei interessante Meldungen und Anordnungen in den Kriegsakten des Zürcher Archivs.

Mitte Juli 1712 meldet einer der Hauptleute des Freiamtkorps laut Rapport seines Feldscherers nach Zürich, «dass seine soldaten anfangend ganz mager zu werden, und dass ein Theil davon anfangend das Heimbweh zu bekommen, auch lasse sich die rote Ruhr dann und wann ein wenig spüren». Am 2. August berichten Feldoberst und Kriegsrat des Freyamtkorps aus dem Hauptquartier zu Kappel an Bürgermeister und Rat zu Zürich, die Kranken nehmen mehr und mehr zu unter ihrer Truppe, sie wünschten Order, ob man sie «nacher Haus zu dimitiren oder allhier zu verpflegen habe»; im letzteren Fall, welche Dispositionen sie zur Verhinderung der Ansteckung treffen sollen. Auf diese Meldung hin wendet sich die Obrigkeit an die Herren Verordneten zur Gschaw, die mit der Aufsicht über die ansteckenden Krankheiten betraut waren, und lässt sich von diesen Weisung geben. Darauf erging am 9. August ein Zirkular an die Feldobersten der Truppenkorps zu Kappel, Rüti und Wädenswil, worin folgende Massregeln erteilt werden:

«Circular an die FeldObersten in Cappel, Rüti und Wädenswil betr. Versorgung und Verpflegung deren an der Rothen Ruhr erkrankten Soldaten.

Tit.

Demnach auf abgelesene Weisung der Herren Verordneten an der Gschaw, welcher gestalten zu Statt und Land, sonderheitlich by unseren Troupen im Feld, die rothe Ruhr sehr stark grassiren thüge, und auf was Weise dergleichen Kranken heilsamlich zu versorgen sein möchten, wir unsere reyffliche reflexiones harüber walten lassen. Als haben wir für gut angesehen und Erkennt, Euch, Unsere geliebte Mit- und Kriegsräthe, wie hiemit beschiehet, dahin günstig anzunehmen, dass Ihr Euch aufs sorgfältigste angelegen sein lassen thüget, die vorsichtigen anstalten zu verfügen, dass diese Krankne abgesondert, und zu dem end hin, Häuser und Ohrt auszusuchen, allwo dieselben kommlich einquartiert werden können. Demnach werdet Ihr denen Medicis und Chirurgis wol insinuieren, dass sie diser Kranknen halb sorgfältige und getreue Rechnung tragen, denenselben alle möglichste hilf und assistenz angedeyen lassen, und die erforderlichen Artzneyen aus der Statt beschicken thügend. Wann auch, wie wol zu vermuthen, es am Gligler (Bett) erwinden sollte, so werdet Ihr Euch umb das benöthigte Zeug zu Säcken allhier anmelden, und alsdann dieselben verfertigen, und mit Stroh zu füllen lassen. Insonderheit aber versehen wir uns, dass mehrbesagte Krankne, zu ihrem Trost und Leibsstärkung mit einer ohnentbehrlichen Fleischbrühen, je nach erheuschender Nothurft, werdind versehen werden. Gott wende in Gnaden ab alles fehrnere Ohngemach!»

Ueber die weitere Entwicklung des Armeesanitätsmaterials werden wir wieder in vierzehn Tagen berichten.