

Objektyp: **BookReview**

Zeitschrift: **Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazzetta militare svizzera**

Band (Jahr): **90=110 (1944)**

Heft 9: **III. Wehrmedizinisches Sonderheft**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

### **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.

bruch hält eine begeisterte Tischrede, erhebt sein Glas und trinkt, dass die Schweiz die Schweiz bleiben möge: «Es lebe die Schweiz!»

Ich treffe meine Verwandten. Sie jammern nicht, aber sie sind noch ganz benommen von der furchtbaren Nacht. Sie leben in einer ständigen Angst, die nächste Nacht kann's wieder bringen. Viele ihrer Bekannten sind umgekommen.

Wir steigen am Anhalter Bahnhof in unsern Wagen. Oh, wie seid ihr zu beneiden, in die glückliche Schweiz fahren zu können. Peter und seine ganze Familie ist hergekommen, sie winken mit feuchten Augen! Wenn wir nur mitfahren könnten. In dieses Paradies! —

Schweiz. Zu Hause. Erregt bummeln wir in Schaffhausen an der warmen Sonne. Keine Hast. Man spaziert, die guten Schweizer. Und wieviele wissen, was es heisst, heute Schweizer zu sein? Wir stürzen uns auf die Telephone. Die Stimmen der lieben Angehörigen wieder hören nach den langen Wochen des Fortseins. Wir sind wieder daheim. Freudig und dankbar.

## **Berichtigung**

In meinem kleinen Beitrage «Erfahrungen über gas- und ödembildende Infektionen an der Ostfront» habe ich die Einteilung und Auffassung der Gasödeminfektionen in braune, blaue, farblose Form, wie Malignesödem wörtlich aus der Arbeit von Prof. Dr. E. Dormanns, Oberfeldarzt d. R. (Zbl. Chir. Nr. 15/1942) übernommen. Prof. Dormanns hat als erster die sog. «farblose» Form in der deutschen kriegschirurgischen Literatur beschrieben und wegen ihrer schweren Erkennung scharf hervorgehoben. Die Einteilung in braunes, blaues, farbloses Gasödem, wie Malignesödem, stammen in dieser Form ebenfalls von diesem Autor.

Hptm. Weyeneth.

## **Wehrmedizinische Buchbesprechungen**

*Veröffentlichungen aus dem chirurgischen Sonderlazarett des O. K. W. 1942/43.*

Von Chefarzt Oberstarzt Wachsmuth. Brüssel 1944.

Der vorliegende Band enthält die in den Jahren 1942 und 1943 im chirurgischen Sonderlazarett des O. K. W. entstandenen Arbeiten, deren grösster Teil in verschiedenen Fachschriften — Chirurg, Milit.-Arzt, Zbl. Chir., Münch. med. Wschr., Kli. Wo. — bereits veröffentlicht wurde. Er soll Rechenschaft über die

wissenschaftliche Arbeit in zwei Kriegsjahren ablegen. Die Einheitlichkeit des Gesamtgebiets berechtigt zu einheitlicher Zusammenfassung. An der Front gesammelte Erfahrungen und gründliche klinische und experimentelle Arbeit am Krankenbett und im Laboratorium bilden die Grundlage der Ergebnisse. Auf 570 Seiten, in 59 Arbeiten, lassen sie sich in 8 Hauptgruppen zusammenfassen und behandeln: Allgemeines, Spezielle Kriegschirurgie, Spezielle Arbeiten aus der Friedenschirurgie, Blutersatz und Bluttransfusion, Schock und Kollaps, Klinische und physiologisch-chemische Beobachtungen bei Kriegsverletzten, Chemotherapie und klinisch-bakteriologische Arbeiten und Technische Neuigkeiten. Internist, Pathologe und Physiologe sind daran mitbeteiligt.

Das chirurgische Sonderlazarett enthält neben 600 chirurgischen Betten eine medizinisch-klinische, eine physiologisch-chemische, eine pathologisch-anatomische und eine Nachbehandlungsabteilung. Die Belegung erfolgt je nach der zurzeit in Bearbeitung befindlichen Frage mit den entsprechenden Verwundeten. Natürlich konnte nur ein Teil der kriegschirurgisch wichtigen Fragen bearbeitet werden. Eine mobile Chirurgengruppe studierte auch die *primären* Verwundungsfolgen.

Die Kriegschirurgie ist nur ein Teil der *Allgemeinen Chirurgie*. Nur in zweierlei Hinsicht bietet sie Besonderes. Mit ganz geringen Ausnahmen sind *alle* Wunden als — und zwar meist schwer — *infiziert* anzusehen. Die äusseren Bedingungen zwingen zu einem jeweiligen Anpassen der chirurgischen Indikation.

Was die *Wundinfektion* betrifft, ist wohl jeder Chirurg davon voll überzeugt, dass die operative Wundversorgung immer noch das sicherste von allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln der *Infektionsvorbeugung* und *-bekämpfung* darstellt. Während der Tetanus durch die Prophylaxe völlig (? der Ref.) an Bedeutung verloren, hat die Behandlung des Gasödems noch keinen wesentlichen Fortschritt zu verzeichnen. Der unbestreitbare grosse Erfolg der Sulfonamide bei örtlichen Infektionen — etwa der Co. — trifft leider bei Gasödem nicht zu (im Gegensatz zu Experimenten von Domagk, der Ref.). Im übrigen ist es sicher, dass man nur dann zu einer einwandfreien Beurteilung der Chemotherapie des Gasödems kommt, wenn man zunächst die bakteriologischen Unterlagen schafft.

Die *Flüssigkeits- und Blutersatzfrage* spielt im Felde eine überragende Rolle. Leider tritt sie zu Zeiten eines Massenandranges im Bewegungskrieg völlig zurück. Blutersatzmittel sind für die vorderste Front unentbehrlich. Bei den Frischausgebluteten stellen sie einen vollwertigen Ersatz dar. Schockzustände von solcher Schwere und Häufigkeit finden sich nur im Kriege. Aus Kreislaufs- und physiologisch-chemischen Untersuchungen haben sich neue Hinweise für seine Behandlung ergeben.

Von neuen Errungenschaften, die sich in diesem Kriege bewährt haben, sind zu nennen die *intravenöse Narkose* und Geräte zur *Lokalisation metallischer Fremdkörper*. Besondere Sorgfalt wird der Nachbehandlung zugemessen, bei der *aktiver Heilgymnastik* gegenüber passiven Bewegungsübungen der Vorzug gegeben wird. «Dort wo körperliche Ausarbeitung und Sport in freiem kameradschaftlichem

Wettbewerb ihren Platz haben, da haben Missmut und Minderwertigkeitsgefühl keinen Raum.»

Die Verwundeten des Krieges sind den Friedensverletzten nicht vergleichbar. Im Frieden reißt der Unfall den Menschen plötzlich aus dem Gleichmass des täglichen Lebens. Demgegenüber trifft die Verwundung im Felde meist einen Mann, der bereits schwerste körperliche Strapazen hinter sich hat, der körperlich und seelisch in höchstem Masse angespannt ist und dessen Reserven nur noch begrenzt sind. Seine Gesamtreaktion auf das Trauma muss also eine ganz andere sein. Der Chirurg muss sich bei allen seinen Massnahmen der herabgesetzten Leistungsfähigkeit des Kreislaufs bewusst sein. Oft kommt es schon bei kleinen operativen Eingriffen zu einem überraschend schnellen Versagen des Herzens oder des peripheren Kreislaufs.

Kriegswunden zeichnen sich durch besonders schwere Infektionen aus. Es liegen geradezu ideale Wachstumsbedingungen für die Anaerobier vor.

Die *Schädelchirurgie* gehört möglichst in die Hände von fachlich besonders geschulten Chirurgen. Endgültige Versorgung soll innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden. *Lungenschüsse* vertragen Transporte äusserst schlecht. Primäre Anwendung der Bülow-Saugdrainage bei allen infizierten Brustschüssen entlastet den Wundverschluss und stellt ein typisches Beispiel der Umstellung chirurgischer Massnahmen auf die besondern Kriegsverhältnisse dar. Bei den *Bauchschüssen* ist nicht nur die Zeit, innerhalb welcher die Operation vorgenommen wird, sondern auch die postoperative Liegezeit von ausschlaggebender Bedeutung. Für die *Oberschenkelschussfraktur* stellt der *Drahtzuggipsverband* das beste Verfahren dar. Der Bruch wird durch Zug richtig gestellt, dann ein Draht durch die Tub. tib. gebohrt, ein Extensionsbügel angelegt und das Bein im Beckengipsverband bei liegendem Draht und guter Polsterung ruhiggestellt. Ausreichende Fenster sorgen für gute Wundübersicht. Bei offenen *Gelenkschüssen* ist *primärer Verschluss* — wie bei der *dura* — innerhalb 48 Stunden durchzuführen. Ruhigstellung auf längere Zeit ist ausschlaggebend.

«Kriegschirurgie bedeutet Anpassung, oft sprunghafte Entwicklung und Umstellung. Nichts passt weniger zu ihr als ein Dogma. Richtlinien vermitteln jedem Arzt im Felde die anderweitig gemachten Erfahrungen und geben ihm die allgemeine Ausrichtung.» Kein anderer als der Arzt ist befähigt und berufen, den *seelischen Kontakt* mit dem Frischverwundeten herzustellen und ihn in seine Obhut zu nehmen. «Es ist erstaunlich und jedesmal ein Erlebnis, wie auch bei Schwerverwundeten der innere Schwung und die Haltung bestehen bleiben.»

Im folgenden soll noch kurz auf einige wichtige *Details* eingegangen werden. Die *Ausbreitung* der Eiterung bei Schussverletzungen der Gliedmassen — man nennt sie Röhren- oder Senkungsabszesse — verfolgen anatomisch vorgeschriebene Bahnen und folgen dem Gesetz der Schwerkraft. Vor allem am Bein ergibt sich eine gewisse Gesetzmässigkeit. Dies ist wesentlich im Hinblick auf die Lagerung, wobei Semiflexion ein Fortschreiten beckenwärts begünstigt. (Ref. kann dies nur

bestätigen, trotz ihm gegenüber geäußerten anderen Ansichten.) Bei der Behandlung vereiterter Gelenke ist Sorge für guten Abfluss durch breite Inzision, Aufklappen oder Resektion mit Drainage zu tragen, bei gleichzeitiger Entlastung durch Drahtextension. Für die Bauchschüsse ergibt sich eine Mortalität von 68,4 Prozent. Die 31,6 Prozent, im Bewegungskrieg 23,2 Prozent, Ueberlebenden zeigen gegenüber dem Weltkrieg nur einen geringen Erfolg. Oberstes Gesetz bleibt, ihn so früh als möglich zu operieren. Mo. ist schon vor der endgültigen Diagnose gestattet. Bei allen Thoraxverletzungen, die ja in hohem Masse unter Schmerzen und Atemnot leiden, ist Mo. so früh wie möglich zu verabreichen. Horizontale Lage wird am liebsten eingenommen. Der offene Pneu muss auch im Schock geschlossen werden, er unterhält mit Bestimmtheit den Schock. Nur die L. A. bietet keine Gefahr, während das S. E. E. und Evipan wegen ihrer Wirkung auf das Atemzentrum eine solche darstellen. Bei allen grossen intrathorakalen Operationen ist Ueberdruck wünschenswert. Eine prophylaktische Anlage der Bülaudrainage am Orte der Wahl ist von Wichtigkeit. Der Thoraxverletzte sollte möglichst drei Wochen liegen und nicht transportiert werden. Nachbehandlung hat auf Blutung, Druckerscheinungen und Mediastinalemphyse zu fahnden. Für die Behandlung des offenen Pneus wird, wenn operative Massnahmen nicht zum Ziel führen, luftdichter Verschluss durch ein Stensmoulage empfohlen, natürlich bei gleichzeitiger Saugdrainage. Als Betäubungsmittel kommt vor allem S. E. E., Aether, dann Chloräthyl und L. A. in Frage, während Evipan — im Feldlazarett — für entbehrlich gehalten wird. Eiterungen bei Drahtextensionen beschränken sich stets auf die Umgebung des Bohrkanals. Die Zahl ist so gering, dass der grosse Wert dieses Verfahrens nicht beeinflusst wird. Eine Drahtspannplatte vermag den Bügel zu ersetzen.

Die *Technik des Gipsverbandes* wird an Hand mehrerer Abbildungen eingehend beschrieben, unter besonderer Berücksichtigung des Extensions-Transportgipses. Er spielt mit Recht eine ausserordentlich grosse Rolle.

Mit der *Blutübertragung* als parenteraler Eiweissubstitution nach Eiterung oder Blutung sowie der Pathophysiologie und Therapie des Entblutungszustandes befassen sich mehrere Arbeiten. Es wird gezeigt, welche Eiweissmenge im Verlauf einer febrilen Wundeiterung verloren geht. In der Blut- und Serumübertragung ist das einzige wirksame Verfahren zur Verringerung, Besserung und Kompensierung gegeben. Die dabei enthaltene Eiweissmenge wird restlos retiniert. Also auch ohne Blutverlust kann ihr — wie Ref. bestätigen kann — eine ausschlaggebende Bedeutung zukommen.

Die *akute Entblutung* bedarf viel weniger eines *Blutfarbstoff-* als einer *Blutvolumensubstitution*. Wo Frischblutersatz, vor allem unter Frontverhältnissen, nicht möglich ist, soll ein geeignetes Ersatzmittel in Anwendung kommen. Die Flüssigkeit muss kolloidalen Charakter aufweisen und frei von schädlichen Nebenwirkungen sein. Alle künstlichen Kolloidlösungen sind unbiologisch. Es bleibt nur das vom Menschen gewonnene Serum, das sich als Konserve, als vollwertiges, biologisch einwandfreies Ersatzmittel erwiesen hat. (Wovon sich auch Ref. über-

zeugen konnte.) Erst bei längere Zeit anhaltenden Entblutungszuständen kommt es im Experiment zu Organschädigungen. Nach Blut-, Plasma- und Seruminfusion kann ein verstärkter Blutabbau in Milz, Leber und Lymphknoten beobachtet werden. Ueberschüssige Blutflüssigkeit wird in Depots dirigiert bzw. durch die Nieren ausgeschieden. Der Schwerpunkt der Anwendung liegt auf dem Hauptverbandplatz und im Feldlazarett. Hier ist sie als eine *Indicatio vitalis* durchzuführen. Im allgemeinen werden keine grösseren Mengen als 500 ccm gegeben. Die übereinstimmend günstigen Berichte und Erfahrungen über ihre oft lebensrettende Wirkung beweisen eindeutig, dass sie eine Ergänzung der operativen kriegschirurgischen Massnahmen darstellt, für welche Zeit gefunden werden muss, sobald die Anzeige für sie gestellt ist.

Der *Schock* umfasst heute immer noch ein sehr weites klinisches, aber wenig anatomisch geklärtes Bild. Eine Fülle schädlicher Einflüsse kann sich über den Organismus ausbreiten, deren im gegebenen Fall eine einzige genügt, um das empfindlichste und lebenswichtigste Organsystem, den Kreislauf, zu treffen und eine krankhafte Veränderung seiner Tätigkeit hervorzurufen. Die jeweils wechselvolle Kombination dieser Möglichkeiten ist wohl hauptsächlich als Grund dafür anzusprechen, dass die in der Literatur niedergelegten Beschreibungen in ihrer Symptomatik so widersprechend sind und immer wieder Unstimmigkeiten und Verwirrung über den klinischen Inhalt des «Schocks» erkennen lassen. In jedem Fall ist Voraussetzung, dass dieser Zustand sich in unmittelbarem Anschluss an das Trauma oder wenigstens im Verlauf der nächsten darauffolgenden Stunden entwickelt. Später auftretende Reaktionen sind meist auf eine ohne weiteres klare Ursache zurückzuführen. Nicht zu vermeiden ist es, im wesentlichen durch Blutverlust hervorgerufene Allgemeinreaktionen zunächst als Schock aufzufassen. Manche Autopsie korrigiert allerdings die Diagnose «Schock» durch eindeutigen anatomischen Befund. Unter 48 sog. Schockzuständen liessen sich die einzelnen Fälle wie folgt erklären: 1mal neurovegetative Regulationsänderung, 2mal Rückenmarksverletzung, 3mal ausgedehnte Fettembolie. Die übrigen waren durch starke Verringerung des Blutvolumens hervorgerufene Allgemeinreaktionen bedingt. Als die für die Differentialdiagnose wichtigsten Untersuchungen haben sich Feststellung der Wellengeschwindigkeit der Aorta, Höhe des mittleren Blutdruckes, Blutamplitude und Pulsfrequenz ergeben. Diese messbaren, in absoluten Zahlen ausdrückbaren Grössen liefern eine objektive, jeden Irrtum ausschliessende Grundlage.

Bei der Behandlung hat sich die Blutübertragung als wichtigstes Hilfsmittel erwiesen. Der grösste Nutzen einer Blut- oder Serumübertragung ist dann zu beobachten, wenn eine Verringerung des *Totalblutvolumens* vorliegt. Es steht aber jedenfalls fest, dass die Zahl der Verwundeten, die im Anschluss an Verwundungen unter dem Zeichen des Schocks an «natürlichen», d. h. fassbaren, Todesfällen stirbt, grösser ist, als man allgemein annimmt, und die Zahl der reflektorischen Schocktodesfälle demgegenüber wesentlich an Bedeutung zurücktritt.

Zahlreiche kleinere, z. T. mehr kasuistisch gehaltene Mitteilungen behandeln noch Erfahrungen in der unblutigen Mobilisation des Kniegelenks in Narkose, Behandlung der Knochenhöhlen nach Schussbruch mit gestielten Weichteillappen, Erhaltung von Gliedmassen bei bedrohlichen Schussbrüchen durch äussere Knochenschienung nach Lambotte, primäre Verbandanordnung bei Gliedmassenschussbrüchen und ihr Einfluss auf die endgültige Haltung versteifter Gelenke, Ergebnisse der Vaccine-Behandlung der chronisch-eitrigen Osteomyelitis mit Schick-Ostoe «Vaccine», Fersenbruch als typische Panzerverletzung, Das arteriovenöse Aneurysma als Kreislaufkurzschluss, Ueber Veritol-Test, Sollen Erfrierungen schnell oder langsam erwärmt werden, Ueber Wunddiphtherie u. a. m.

Zweifellos bringt diese Zusammenstellung klinischer, pathologisch-anatomischer, chemischer, physiologischer Ergebnisse ausserordentlich viel Wissenswertes, und es werden darin Fragen beantwortet, die auch für unsere Sanitätsoffiziere von grösstem Interesse sind.

Th. Naegeli.

*Die Erfrierung.* Von F. Starlinger und O. von Frisch. Steinkopff, Dresden, 1944.

Die Erfrierung als örtlicher Kälteschaden spielt — bei uns im Hochgebirge, (der Ref.) — eine grosse praktische Bedeutung. Wie überall, ist auch bei ihr die beste Behandlung stets deren *Vorbeugung*. Kälteschäden sind weitgehendst vermeidbar. Die *Truppenführung* soll bei allen ihren Verfügungen unter Berücksichtigung der Wettervorhersage an die Gefahren der Kälteschädigung denken. Die Ausrüstung soll allen Anforderungen entsprechen. «Jeder Vorgesetzte hat u. a. U. seinen Untergebenen bestes Beispiel zu geben, wie man Kälteschäden vermeidet. Jeder kleinste Kälteschaden ist sofort zu melden, bzw. zu erfassen und vom Arzt richtig zu behandeln. Letzterer darf nicht vergessen, dass alle möglichen ‚Fussbeschwerden‘ tatsächlich in einem Kälteschaden ihre Ursache haben können.» Bei eingetretenem Schaden seien der Frühbehandlung sehr befriedigende Erfolge beschieden, wobei jede Viertelstunde von entscheidender Bedeutung sein kann. Ist einmal das funktionelle Geschehen, d. h. der Gefässkrampf, abgelaufen, dann kann man den jetzt auftretenden Gewebstod nicht mehr aufhalten. Mit ihm droht Infektion, Gefahr für die Extremität, ja sogar für das Leben. Es kommt dann zu einem mehr oder weniger grossen Gewebsverlust. Bei einer Dauer der Schädigung von 4 bis 6 Stunden tritt in der Regel Erholung ein, nach 6—8 Stunden nur nach Sympathikusausschaltung innerhalb von 24 Stunden und nachher nur ausnahmsweise. Jeder ärztliche Kälteschaden ist bis zur endgültigen Klärung als *Notfall* zu behandeln, der dringendster Behandlung bedarf. Natürlich muss der Esmarschlauch sofort abgenommen werden. Der reflektorische Gefässkrampf ist reversibel. Erst bei einer gewissen Dauer der gestörten Funktion erfolgt der anatomische Zelltod. Ausser der Sympathikusausschaltung kommen ausgedehnte Scarifizierungen der betreffenden Körperabschnitte in Betracht. Sie führen ausserdem zur Gewebsentspannung und Ausschweimmung der gestauten Schadstoffe. Wichtig für den weiteren Verlauf ist auch eine entsprechende psychische Beeinflussung. Es dürfte sich empfehlen, San.-Offiziere an der vordersten Front

mit der Anästhesie der Hals- und Lumbalganglien vertraut zu machen, da diese möglichst frühzeitig ausgeführt werden muss, wenn sie Schaden verhüten soll (der Ref.).

Th. Naegeli.

*Der Arzt in der Wehrmachtsversorgung.* Von C. Heinemann-Grüder und E. Rühle. Steinkopff, Dresden, 1944. 2. Auflage.

Die ärztliche Tätigkeit in der Wehrmachtsfürsorge und -versorgung ist auf ärztliche Erfahrung aufgebaut. Sie setzt gleichzeitig eine gründliche Kenntnis der Gesetzgebung vor aus. Dafür das geistige Rüstzeug zu geben, ist Aufgabe und Zweck des vorliegenden Buches. Versorgungsärztliche Erfahrungen aus dem ersten Weltkrieg und die Weiterentwicklung für Fürsorge und Versorgung im 3. Reich haben darin ihren Niederschlag gefunden und bilden damit einen wertvollen Ratgeber für alle Sanitätsoffiziere. Der weltanschaulichen Auffassung des Nationalsozialismus wird Rechnung getragen. Trotzdem haben manche Kapitel auch für unsere Verhältnisse Bedeutung. Bei den Aufgaben der San.-Offiziere als Truppenarzt der Wehrmachtsfürsorge und Versorgungsstellen soll auch «nur der Anschein der Bureaucratie» vermieden werden. Jedem Soldaten oder Beschädigten soll schnell und ohne kleinliche Bedenken zu seinem Recht verholfen werden. Die Begutachtung von Wehrdienstbeschädigungen finden im Rahmen der allgemeinen Versorgungsmedizin statt. Die Frage einer Verschlimmerung wird grundsätzlich genau so behandelt wie die der Entstehung. Für die Spezialtruppen gelten Sonderverhältnisse. Hier wird vor allem bei der Einstellung volle Gesundheit und Funktionstüchtigkeit aller Organe gefordert. «Der Primärtuberkulose werden wir zukünftig häufiger begegnen, weil die Volksdurchseuchung während der ersten beiden Lebensjahrzehnte zahlenmässig offensichtlich zurückgeht und sich damit die Möglichkeit zur Primäraffektion und -erkrankung im wehrpflichtigen Alter erweitert.» Wichtig ist die Infektionsquelle. Ansteckung kommt nur in Betracht, die im Bereich der den Soldaten vorgeschriebenen Lebensführung und Umgebungsnotwendigkeit liegt. Genaue Erforschung der dienstlichen Umgebung ist unerlässlich. In den verschiedenen Kapiteln werden die einzelnen medizinischen Fragen und die einzelnen Erkrankungen abgehandelt und am Schluss noch einige Sonderfragen wie Selbstmord, plötzlicher Tod, Duldungspflicht und Nachuntersuchungen behandelt.

Th. Naegeli.

*Die Erfrierung als örtlicher Kälteschaden und die allgemeine Auskühlung im Kriege.* Von Prof. Dr. F. Starlinger, beratender Chirurg einer Armee, und Hofrat Prof. Dr. O. v. Frisch, Oberstabsarzt in einem Resevelazarett. 154 Seiten, 31 Abbildungen. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1944.

«Die Auswahl war so zu treffen, dass auf einfachen und gut begründeten Unterlagen klare und erfolgversprechende Wege der Behandlung aufzuzeigen waren, wobei der Vorbeuge besonderes Gewicht beizumessen war.» So lautet ein Satz im Vorwort. Die Arbeit fusst auf der Tätigkeit der Autoren während zweier

Winter bei der Truppe besonders im Osten und auf Erfahrungen an nahezu 1000 Kälteschäden 3. Grades während des ersten Halbjahres 1943 an einem Wiener Heimatlazarett. Die «Technik der Amputation am Vorfuss» wurde an über 150 Fällen in allen ihren wichtigen Einzelheiten erprobt.

Diesen Hinweisen mag entnommen werden, auf welche unerhörte Erfahrungen die Verfasser bauen können. Die Meisterschaft der Darstellung, die Fähigkeit, sich auf das Wesentliche zu beschränken, aber doch alles Wichtige zu sagen, kennen wir schon aus Starlingers «Fehler und Gefahren der Feldchirurgie». Man wird in dem neuen kleinen Werk jedes Problem des allgemeinen und des örtlichen Kälteschadens erörtert finden, aber die Darstellung ordnet sich stets dem Bedürfnis nach wirksamem praktischem Rat unter. Jedem weltfremden Schema abhold, rechnen die Autoren stets mit der harten Not, der Beschränkung und den ewigen Wechselfällen der Wirklichkeit und des Krieges. Die Darstellung der Zusammenhänge von Truppenführung und Sanitätsdienst, des überragenden Erfolges der weitblickenden Vorsorge gegenüber der überstürzten Nothilfe, die Bevorzugung des Einfachen, des Erreichbaren, die Klarheit der Weisungen für den Feldarzt in der frosterstarten Einöde des Winterkrieges — alles prägt dem kleinen Pappband den Stempel des unübertrefflichen Ratgebers auf. Zugleich aber liegt in diesen Seiten eine ärztliche Geschichtsschreibung von erschütternder Wirklichkeits- und Wahrheitstreue.

Es gibt kein Werk über Kälteschäden, das sich mit diesem in seiner Art messen könnte. Wo es seinem Ziel zuliebe physiologische Grundlagen nur kurz behandelt hat, da weist es durch sein Stichwort- und sein Literaturverzeichnis dem interessierten Leser den Weg zur Vertiefung seines Verständnisses. Die Berücksichtigung der grossen Linien hat die Verfasser nicht daran gehindert, sich mit kleinen, praktisch wichtigen Einzelheiten sorgfältig zu beschäftigen. Der Arzt im Felde, im Gebirge, in der Klinik wird nicht vergebens suchen, wenn er einen besonderen Rat braucht. Sanitätsoffiziere und Aerzte unseres Gebirgslandes werden für den schmalen Platz unter ihren griffbereiten Büchern wenig würdigere Klassiker finden.

Baumann, Langenthal.