

**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:** 55 (1947)

**Heft:** 2

**Artikel:** Armeedurchleuchtungen 1943/1944

**Autor:** Vollenweider, P.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-556280>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 30.03.2025

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

daher Oeleinreibungen prophylaktisch und schliesslich auch bei bereits an der Pest Erkrankten anzuwenden; Larrey dagegen glaubte nur an die prophylaktische Wirkung. Diese Methode erwies sich als wirksam, ohne dass man die Zusammenhänge erkennen konnte. Heute weiss man, dass Ratten- und Menschenflöhe, die die Pest übertragen, im allgemeinen einen mit Oel eingeriebenen Körper meiden.

Die Pest wurde damals in ihrem Anfangsstadium mit leichten Brechmitteln, schweisstreibenden Tränken und antispasmodischen Mitteln behandelt. Bei fortgeschrittenen Fällen gab man Chinin und Kaffee. Die Beulen wurden mit aufweichenden Lotionen behandelt, man öffnete sie mittels Kauterisation und verband sie dann. Larrey erklärte, dass er mit dieser Therapie zuerst ein Drittel der Kranken, später bis zu zwei Drittel geheilt habe.

Auch der spanische Feldzug stellte die Aerzte Napoleons vor neue Aufgaben. Vor allem durch die dort heimische sogenannte «Kolik von Madrid», eine Darmentzündung, die mit Fieber, Erbrechen, Trockenheit der Haut, Erschlaffung der Eingeweide einherging und häufig tödlich verlief. Larrey glaubte, dass an diesen Erkrankungen die raschen Temperaturveränderungen, die schlechten Nahrungsmittel, aber vor allem der spanische Wein schuld seien, in den die Spanier zu seiner Konservierung allerhand narkotische Ingredienzien mischten. Die Kranken wurden mit Chinin und schweisstreibenden Getränken behandelt, und Napoleon liess aus den umliegenden Klöstern Mönchskutten und wollene Stoffe requirieren, um den Soldaten ein warmes Lager geben zu können.

In Spanien machte sich der Mangel an ausgebildetem Sanitätspersonal besonders fühlbar; man behalf sich mit einheimischen Barbieren und einer eilig aus Frankreich herbeigeholten Schar von Chirurgen, die, wie Percy klagte, nichts Besseres als «Ausschussware von zweifelhaften Chirurgen» waren.

Beim Rückzug aus Russland spielte die Bekämpfung des Typhus eine wichtige Rolle. Auch traten wieder Augenentzündungen auf, die von den Aerzten auf die blendend weissen Schneefelder und den Rauch der nächtlichen Kohlenfeuer zurückgeführt wurden. Die ungeheure Kälte führte zu übertriebenem Alkoholgenuss, an dessen Folgen viele Soldaten erkrankten. Bei den tagelangen Märschen in Eis und Schnee gab es viele Erfrierungen von Fingern, Füssen und Nase, oft kam noch Brand hinzu. In solchen Fällen amputierten Larrey und seine Chirurgen sofort. Auf dem Marsch nach Russland kamen viele Fälle von Diarrhöe vor, die, wie Heinrich von Roos, ein württembergischer Arzt der Grosse Armee, in seinen «Denkwürdigkeiten» berichtet, mit Opiumtinktur, Hoffmannstropfen, Kamillen- oder Minzeinfusionen und Zucker geheilt wurden.

Von den furchtbaren Strapazen in Russland, von den endlosen Märschen in den Schneewüsten und den Miseren des Rückzuges konnte sich das dezimierte Sanitätskorps des Kaisers nicht wieder erholen. Viele Aerzte und Chirurgen waren der Kälte oder einer Krankheit erlegen, viele, wie Desgenettes, in Gefangenschaft geraten oder bei nicht transportfähigen Kranken zurückgelassen.

Bei den Feldzügen von 1813 und 1814, jenen letzten gewaltsamen Anstrengungen Napoleons, die ihm entgleitende Macht zu halten, war die Zahl der Militärärzte, der Chirurgen und des unteren Sanitätspersonals ganz unzulänglich, und Aushebungen, die in letzter Minute vorgenommen wurden, konnten die Lücken nicht mehr füllen. So kam es zu der tragischen Tatsache, dass Napoleon, trotz jahrelanger Erfahrungen, bei seinen letzten Feldzügen mit fast noch grösseren Schwierigkeiten im Sanitätswesen zu kämpfen hatte als zu Beginn seiner Laufbahn.

(Aus einem in der «Giba-Zeitschrift» erschienenen Artikel von Dr. A. G. Chevalier.)

# Armeedurchleuchtungen 1943/1944

Nach einem Bericht von Dr. P. Vollenweider, Direktor des Eidg. Gesundheitsamtes

In der öffentlichen Diskussion von Vorbeugungsmassnahmen gegen die Verbreitung der Tuberkulose stand in letzter Zeit das Schirmbildverfahren im Vordergrund. Die Bewegung für seine Ausdehnung auf breiter Grundlage geht auf die

*Motion Bircher*

vom 16. Dezember 1943 zurück. Sie gelangte am 22. März 1944 im Nationalrat zur Behandlung und wurde von ihm mit 93 gegen 15 Stimmen angenommen. Um die Quellen der Tuberkulose zu verschütten, wurde darin der Bundesrat ersucht, die gesetzlichen und finanziellen Grundlagen der Tuberkulosebekämpfung dahin zu erweitern, dass 1. die gesamte Schweizerbevölkerung durchleuchtet und ein Schirmbildkataster erstellt wird, 2. auch der Bekämpfung der Tier-tuberkulose vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Aus der Begründung des Motionärs war dann zu ersehen, dass er entgegen dem Wortlaut der Motion nicht an die Durchleuchtung dachte, sondern an die Aufnahme von Schirmbildphotographien. Nur aus ihnen lässt sich ein Schirmbildkataster erstellen. Trotzdem bis zur Stunde eine bundesrätliche Verordnung betreffend das Schirmbildverfahren oder gar eine bundesgesetzliche Regelung noch nicht verwirklicht werden konnte, sind sowohl hinsichtlich Schirmbildphotographie wie auch Durchleuchtung in der letzten Zeit wichtige und ausgedehnte Anwendungen zu konstatieren.

Die Schirmbildphotographie hat sowohl behördlicherseits wie im Schulwesen, in der Industrie und in der Armee Boden gefasst, die ältere Röntgendurchleuchtung hat aber trotzdem ihre grosse Bedeutung als zuverlässiges diagnostisches Verfahren im Kampf gegen die Tuberkulose beibehalten. Sie war bis zur Konstruktion der Apparate für die Schirmbildphotographie die einzige Methode für Massenuntersuchungen. Vorteilhaft sind die geringen Kosten und das sofort erhaltene Untersuchungsergebnis. Für den Wert desselben im besondern ist ausschlaggebend die Qualität des untersuchenden Arztes.

Man sagt: Die Durchleuchtung, wenn sie gut ist, ist besser als ein nur einmaliges Röntgenbild. Ist die Durchleuchtung schlecht, so ist ihr das Schirmbildverfahren vorzuziehen.

Es ist meines Erachtens nicht ganz richtig, wenn das Schirmbild- und das Durchleuchtungsverfahren gegen einander ausgespielt werden, indem beide ihre Vor- und Nachteile aufweisen und indem unter gewissen Umständen einmal das eine, ein anderes Mal das andere vorzuziehen ist.

## Das Durchleuchtungsverfahren in der Armee

besitzt eine relativ alte Tradition. Bereits 1923 wurden die Stellungs-pflichtigen in verschiedenen Landesgegenden bei der Aushebung durchleuchtet, die Rekruten auf gewissen Waffenplätzen dann nochmals im Beginn der Rekrutenschule. Im Laufe der Jahre wurden die vom damaligen Oberfeldarzt Hauser unternommenen Versuche immer weiter ausgedehnt und gingen lange vor Beginn des zweiten Weltkrieges in ein Definitivum über in dem Sinn, dass die Durchleuchtung bei den meisten Aushebungen stattfindet und ein zweites Mal in den sämtlichen Rekrutenschulen zu Beginn derselben. Nach Aufhören des Aktivdienstzustandes geht die Sache in gleicher Weise weiter mit dem Unterschied, dass bereits in zahlreichen Rekrutenschulen die Schirm-bildphotographie aufgenommen wird und eine Röntgenuntersuchung der Rekruten nicht nur zu Beginn, sondern auch am Schluss der Rekrutenschule stattfindet.

Die von jeher grosse Zahl von schweizerischen Wehrmännern, für welche die öffentliche Hand (Militärversicherung) wegen im Militärdienst erfolgter Erkrankung an Tuberkulose — nicht nur Lungentuberkulose — aufzukommen hat, darf als bekannt vorausgesetzt werden. Von den Geldleistungen der Militärversicherung entfällt rund ein Drittel auf die Behandlung und wirtschaftliche Versorgung der Tuberkulosekranken. Es wäre ein Irrtum, anzunehmen, dass der Zugang von neuen Tuberkulosefällen nur im Aktivdienst erfolgt. Auf Grund verschiedener schweizerischer Bearbeitungen gibt es unter hundert Stellungspflichtigen einen Fall von Lungentuberkulose, von deren Vorhandensein der Mann selber nichts weiss. Weiterhin ist bemerkenswert, dass trotz der Durchleuchtung der Stellungs-pflichtigen und der Rekruten zu Beginn der Rekrutenschule in der Schule selbst immer noch ab und zu ein Tuberkulosefall in Erscheinung tritt. Dass neue Fälle auch in andern Schulen und Kursen während der zwischen den beiden Weltkriegen liegenden Instruktionsdienstperiode trotz der Kürze der Dienstzeit auftreten, ist nicht weiter verwunderlich, wie später noch näher ausgeführt werden soll.

Ein besonderes Gepräge weisen die Verhältnisse des Aktivdienstes auf. Er zeichnet sich durch längere Dienstperioden (Ablösungsdienste) und grössere Truppenkontingente aus. Im Aktivdienst 1914—1918 waren die Tuberkuloseerkrankungen im wesentlichen Rückfälle im Zusammenhang mit einer frühen, zumeist in der Kindheit erworbenen Primärinfektion. Es würde zu weit führen, die damalige Morbidität oder Mortalität wieder zu geben.

Beiläufig möchte ich erwähnen, dass vor 1939 auch in zahlreichen ausländischen Armeen systematische Röntgendurchleuchtungen der Rekrutentkontingente stattfanden, so z. B. in Frankreich. Es kamen im Jahre 1933 über 100 000 Mann zur Untersuchung, 1932 wurde die systematische Röntgendurchleuchtung auch in der deutschen Armee eingeführt.

*Aktivdienst 1939—1945.*

1940 sind 125, 1941 134 Wehrmänner an Tuberkulose gestorben. Wenn man bedenkt, dass der Stellungspflichtige vorerst bei der Aushebung, der Rekrut in der Rekrutenschule und der Soldat bei jedem Dienst Eintritt sich einer ärztlichen Musterung zu unterziehen hat, die zum Teil weit über das, was man im allgemeinen unter Musterung versteht, hinaus geht und eine richtige ärztliche Untersuchung mit neuzeitlichen Methoden ist, so mahnt die Zahl der an Tuberkulose verstorbenen Wehrmänner zum Aufsehen. Ebenso bedenklich ist die Tatsache, dass 1940 und 1941 in Leysin 725 Wehrmänner wegen Tuberkulose in Behandlung standen. Die Gesamtzahl der Tbc-Todesfälle in der Armee vom September 1939 bis 20. August 1945 beträgt 561, davon Lungen-Tbc 337, 1914—1918 292, davon Lungen-Tbc 202.

Frühzeitig mussten wir erkennen, dass die bisherigen sanitätsdienstlichen Massnahmen zur Fernhaltung der Tbc von der Armee und der Bekämpfung nicht genühten. Das Problem wurde allseitig als dringlich betrachtet. Es wurden grundsätzlich zwei dienstuntaugliche Gruppen geschaffen: Tbc-Kranke und Tbc-Gefährdete.

Als «suspect de tbc» werden alle diejenigen bezeichnet, die auf Grund der familiären Tbc-Belastung oder des Konstitutionstypus mit überdurchschnittlicher Wahrscheinlichkeit an Tuberkulose erkranken. Es wird vorgeschlagen, diese Tbc-Gefährdeten bei der Rekrutierung auf Grund der sorgfältig erhobenen Familienvorgeschichte und des Konstitutionstypus auszuscheiden. Untersuchungen über Tuberkulose bei Zwillingen haben aber ergeben, dass es wohl eine «erbliche Tbc-Disposition» gibt, diese aber nicht an eine bestimmte Konstitution, insbesondere nicht an den asthenischen Habitus gebunden ist. Es wäre eine durchaus ungerechtfertigte Massnahme, wenn bei der Rekrutierung alle Astheniker als tuberkulosegefährdet betrachtet und dienstuntauglich erklärt würden; die betreffenden jungen Leute würden im allgemeinen auch vom öffentlichen Dienst ausgeschlossen. Die Ausscheidung aller angeblich tuberkulosegefährdeten wegen familiärer Belastung muss dazu führen, dass zahlreiche Stellungspflichtige vom Militärdienst ferngehalten werden, die im späteren Leben nie an Tbc erkranken, also sehr wohl Militärdienst hätten leisten können.

Das Eidg. Versicherungsgericht ging 1939 von der Voraussetzung aus, dass während der Kindheit eine durchgehende Tbc-Durchseuchung der Bevölkerung erfolgt und die Erkrankungen z. B. im Militärdienstalter Rezidive sind oder Schübe, dass weiterhin nur zu Tbc disponierte, früher infizierte Wehrmänner erkranken. Heute wissen wir, dass sich gegenüber der Zeit vor 40—50 Jahren die Tbc-Durchseuchung wesentlich verlangsamt hat. U. a. wird das durch die obligatorische Obduktion der verstorbenen Wehrmänner bewiesen, eine Massnahme, die ab und zu kritisiert worden ist, deren Ergebnisse jedoch hinsichtlich Versicherungsfrage und Tuberkulose äusserst wertvoll sind. Es konnte einwandfrei festgestellt werden, dass von 702 infolge von Selbstmord, tödlichem Unfall oder rasch tödlich verlaufender Krankheit verstorbenen Wehrmännern nur 23,4 % sichere Zeichen einer früher durchgemachten Tbc-Infektion aufwiesen. Im Durchschnitt rechnen wir heute in den Altersklassen von 20 bis 60 Jahren (Wehrpflicht) mit einer Tbc-Durchseuchung von 50 %.

Diese lebenszeitliche Verzögerung der Tbc-Durchseuchung hat für die Bekämpfung der Tuberkulose in der Armee zwei ausserordentlich wichtige Folgen:

1. Wird bei der Rekrutierung im 19. Lebensjahr bei den noch nicht Infizierten ein vollkommen normaler Lungenbefund festgestellt.

2. Von den bis zum 18. Lebensjahr mit Tbc Infizierten ist ein Teil an Tbc zugrunde gegangen, kommt also überhaupt nicht zur Rekrutierung, d. h. die 50 % Tbc-Infizierten bilden in bezug auf weitere Tbc-Gefährdung ein gesiebtes Kontingent. Werden zu gleichen Teilen in der Jugend infizierte und noch nicht infizierte Rekruten oder ältere Wehrmänner einer Tbc-Infektionsquelle ausgesetzt, so ist die Erkrankungszahl bei den Nichtgesiebten, d. h. noch nicht Infizierten, ungleich höher als bei den schon Infizierten, die durch die Ausheilung des Primäraffektes ihre natürliche Resistenz gegenüber Tbc. bewiesen haben.

Bei der ärztlichen Untersuchung mit Durchleuchtung anlässlich der Rekrutierung und in der R. S. werden die Nichtinfizierten als lungengesund, d. h. bezüglich ihres Lungenbefundes diensttauglich erklärt. Zahlreiche von ihnen werden anlässlich des mit der Rekrutenschule und dem Aktivdienst verbundenen Umgebungswechsels mit Tbc infiziert. Morbiditäts- und Letalitätsziffern sind bei diesem Kontingent höher als bei der immer kleiner werdenden Gruppe von früher Infizierten. Diese Zunahme der Erwachsenen-Tbc, welche die Armee

und EMV. so sehr belastet, ist also eine zwangsläufige Folgeerscheinung der Verzögerung der Tbc-Durchseuchung der Gesamtbevölkerung.

Die Schwierigkeiten einer erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose in der Armee werden wesentlich dadurch vermehrt, dass sowohl die Tbc-Erstinfektion, als auch die chronische offene wie geschlossene Lungentuberkulose, wenigstens bei Beginn der Erkrankung, sehr oft keine wesentlichen subjektiven Krankheitserscheinungen auslöst, so dass sich die Infizierten voll leistungsfähig fühlen und für gesund halten. Sie rücken zum Militärdienst ein und bilden eine besondere Gefahr für ihre Umgebung.

Die offensichtliche Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in der Armee,

die damit verbundene Gefährdung des gesunden Wehrmannes und seiner militärischen und zivilen Umgebung,

die Unmöglichkeit, Tbc-gefährdete Stellungspflichtige als solche zu erkennen und auszuschneiden,

die finanzielle Belastung des öffentlichen Haushaltes durch die tbc-kranken Wehrmänner, HD., FHD. und Angehörigen der Arb. Kp., riefen gebieterisch nach neuen Massnahmen zur Bekämpfung der Tbc in der Armee.

Man hat davon auszugehen, dass die Tuberkulose eine Infektionskrankheit ist. Die Infektion erfolgt bei Erwachsenen in der Regel von Mensch zu Mensch. Infektionsquellen (Streuer) sind offene Lungentuberkulosen, Infektionseintrittspforte die Lungen. Gefährdet sind in erster Linie alle diejenigen, die noch nie mit Tbc in Berührung gekommen sind. Dienstuntauglich ist jede aktive Tuberkulose, gleichgültig, ob es sich um eine Erstinfektion, eine Reinfektion oder ein Rezidiv handelt. Das souveräne Mittel, sowohl Streuquellen wie Frischinfizierte zu erfassen, ist die Reihendurchleuchtung.

*(Fortsetzung folgt.)*

## Une mise au point

La presse française ayant récemment publié plusieurs articles relatifs aux prisonniers de guerre allemands détenus en France, articles dans lesquels le Comité international de la Croix-Rouge était mis en cause, le Comité international a aussitôt chargé sa délégation en France de faire une mise au point, qui n'a été que partiellement reproduite.

Le Comité international de la Croix-Rouge tient donc à préciser ce qui suit:

- 1° les rapports sur les inspections de camps effectuées par les délégués du Comité international sont remis uniquement aux Gouvernements responsables des prisonniers de guerre;
- 2° des informations, qui ne provenaient pas du Comité international, ont entraîné la rédaction d'articles de presse très imparfaitement documentés. Les constatations qu'on attribue aux délégués du Comité international dans ces articles n'émanent donc pas d'eux;
- 3° le Gouvernement français et le Gouvernement des Etats-Unis, qui reçoivent régulièrement des rapports identiques du Comité international, sont ainsi régulièrement et parfaitement documentés sur la véritable situation des prisonniers de guerre en France.

## Totentafel - Nécrologie

**Neuhausen am Rheinfl. Unerwartet** erhielten wir am 18. Dez. die Nachricht vom Hinschied unseres lieben Aktivmitgliedes *Walter Hanhart*. Rasch tritt der Tod den Menschen an, so auch bei dem lieben Verstorbenen. Eine kurze Krankheit (Lungenentzündung) raffte den 63-Jährigen dahin. Der Verstorbene besuchte im Jahre 1937 einen Samariterkurs und gehörte seitdem als treues, pflichtbewusstes Aktivmitglied dem Samariterverein an. Manche schöne Stunde bereitete er uns mit seinem gesunden Humor, und nun ist er uns entrissen worden. Wir danken ihm für seine der Samaritersache geleisteten Dienste herzlich und werden ihn stets in ehrendem Andenken bewahren. Seinen Angehörigen sprechen wir auch an dieser Stelle unser herzlichstes Beileid aus. Ho.

**St. Gallen C.** Am 8. Dez. erhielten wir die Trauerbotschaft vom plötzlichen Hinschied unseres lieben Aktivmitgliedes *Frau Käthe Preiss*. Die liebe Verstorbene haben wir während ihrer dreijährigen Mitgliedschaft als eine treue Samariterin schätzen dürfen. Ein Schlaganfall hat ihrem jungen Leben ein frühes Ende gesetzt.