

Behelfsmäßige orthopädische Versorgung.

Von Dr. Ernst Duschak,

Leiter der Prothesenabteilung in Wieselburg a. E. (Oesterreich).

Im Folgenden sollen einige Erfahrungen niedergelegt werden, die bei der Versorgung einer großen Zahl von Kriegsverletzten mit sehr geringen Mitteln und unter den bescheidensten Voraussetzungen gewonnen wurden. Gerade das Rückströmen zahlloser, noch behandlungsbedürftiger Beschädigter in die Heimat, das sich gegenwärtig vor unseren Augen abspielt, rechtfertigt diese Mitteilung, zumal es ja vornehmlich heute gilt, bei einer etwaigen Insuffizienz der vorhandenen großen Anstalten, der Materialien und Arbeitskräfte wenigstens zweckmäßige Provisorien zu schaffen.

Unter ähnlichen Voraussetzungen arbeitete seit mehr als zwei Jahren die hiesige Prothesenwerkstätte und die medikomechanische Anstalt, die von der Militärverwaltung zunächst für Kriegsgefangene bestimmt waren.

Als Prinzipien der Leistungen galten: 1. möglichste Zweckmäßigkeit aller Erzeugnisse, 2. einfache und schnelle Herstellbarkeit, 3. größte Sparsamkeit mit Edelmateriale (Leder, Stahl usw.), dafür entsprechende Surrogate, 4. möglichste Billigkeit, 5. Ausschaltung rein kosmetischer Produkte, bei sonst erhaltener Gefälligkeit der Form.

Von den verschiedenen Erzeugnissen seien zunächst die Beinprothesen genannt. Solange noch Leder im Ueberfluß vorhanden war, erwies sich die Lederimmediatprothese im Sinne Spitzys als die zweckmäßigste Form. Ueber ihre Vorzüge, die auch von den Kunstbeinen nicht überboten wurden, braucht weiter kein Wort mehr gesagt zu werden. Als aber die Ledernot Sparsamkeit aufnötigte, zeigte sich, daß die gewöhnliche Gipsverbandprothese, wenn sie nur sorgfältig und genau ausgeführt war, einen tadellosen Ersatz bot. Wenn die Gipschülse nicht zu schwer, die (normalisierten) Eisenteile von guter Qualität und die Innenfüterung widerstandsfähig und nicht zu hygroskopisch war, hatten die Amputierten gar keine weitergehenden Wünsche hinsichtlich der Gebrauchsfähigkeit und auch die Lebensdauer dieser billigen Verbandprothesen erwies sich als zufriedenstellend.

Armprothesen haben wir nur ausnahmsweise und in besonders berücksichtigungswerten Fällen erzeugt. Denn es ist eine bekannte, nur zu wenig eingestandene Tatsache, daß ein minder intelligenter Armamputierter auch mit der besten Armprothese nicht viel anzufangen weiß und sie schon aus Bequemlichkeit in die Rumpelkammer wirft, sobald er sich nicht mehr beaufsichtigt fühlt.

Schienehülsenapparate ließen sich sehr gut und dauerhaft in Gips improvisieren. Ratsam war möglichste Zartheit der Gips- oder Stärketeile, daher Arbeiten mit Gipslonguetten und möglichstes Ausschneiden der unnötigen Partien. Ferner achteten wir stets auf leichte Abnehmbarkeit (durch Schnürbänder) sowie guten Rostschutz der Eisengelenke und wenig hygroskopische Polsterung.

Zu orthopädischen Schuhen kann man sehr oft normale, gebrauchte Schuhe adaptieren. Wenn Eile not tut, so genügt z. B. für Beinverkürzungen eine sachkundig geformte Holzerhöhung allen funktionellen Anforderungen. Auch zur Improvisation der besonderen Sohlenformen bei Fußdeformitäten erwies sich Lindenholz als genügend bildsames, leichtes und dauerhaftes Material. Bei Hängefüßen haben wir den vorderen Teil des sonst normalen Schuhs mit einem gefederten Gabelriemen an einer Unterschenkelmanschette suspendiert. In leichteren Fällen von Peroneusparese bewährte sich eine in den

gewöhnlichen Schuh nachträglich eingefügte, rechtwinklige „Durchaus“-Schiene aus Stahl.

Als billigste und fast immer verwendbare Radialischiene haben wir folgende Konstruktion eingeführt: Ein starker, U-förmig gebogener Stahldraht (3 mm dick) wird an den freien Enden durch zirkuläre Riemen am Unterarm fixiert, wobei die Grundphalangen der Finger durch das Mittelstück gehoben (extendiert) gehalten werden. Eine Drahtschlupfe aus gleichem Material abduziert den Daumen. Das Ganze kann an jede Hand individuell angepaßt werden und ist unbegrenzt haltbar.

Im Anschluß hieran sei noch erwähnt, daß auch die medikomechanische Nachbehandlung einer größeren Patientenzahl unter primitiven Voraussetzungen durchgeführt werden kann. Zumindest die einfachen Formen, wie Gymnastik, Massage, passive und Widerstandsübungen. An unserem Institut war täglich eine Zahl von 5—800 Patienten nachzubehandeln. Beim Mangel an modernen, teuern Apparaten oder zahlreicher geschulter Pfleger war das Prinzip: gegenseitige Hilfe der Kranken. Die in der Heilung vorgeschrittenen, intelligenteren Patienten wurden in den elementarsten Handgriffen unterwiesen, die ihnen selbst aus der eigenen Behandlung bekannt waren. Sie wurden, *sit venia verbo*, Gymnasten, Masseure. Natürlich jeder nur nach genauer ärztlicher Weisung des Einzelfalles und außerdem „spezialistisch“, d. h. jeder nur für jenen Zweig, dessen Eigenart am eigenen Leibe erprobt war. Es war erstaunlich, wie wirksam und dabei schonend diese selbst rekonvaleszenten Laienwärter ihren Dienst machten und welches Zutrauen die Gemeinsamkeit des Leidens bei den Invaliden auslöste. — Daß natürlich schärfste ärztliche Beaufsichtigung in allen Fällen stattfand, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Unter den geschilderten Voraussetzungen gelang es im Laufe von $2\frac{1}{4}$ Jahren, gegen 8000 Kriegsverletzte unter sehr geringen Investitionskosten einer entsprechenden, meist längerfristigen Behandlung zuzuführen.

Vielleicht erleichtern die erwähnten Methoden bei dem gegenwärtigen Zuströmen von Invaliden zumindest deren provisorische Versorgung, bis nach dem Eintritt geordneterer Verhältnisse eine definitive möglich wird.