

Irrungen und Wirrungen in dem Kampfe gegen die Tuberkulose.

Von

Dr. H. F. Gerwiener,

zur Zeit leitender Arzt der Heilstätte.

Die Bezeichnung „Kriegstuberkulose“ hat aus bekannten Gründen — wie so manche andere Einrichtung — im Laufe des Krieges ein vorübergehendes Bürgerrecht erworben. Die ungeheuere Fülle der verschiedenartigsten tuberkulösen Erscheinungen an einem bis dahin nie gesehenen Untersuchungsmaterial hat in manchen Punkten auf Grund einwandfreier Beobachtungen und gesammelter Erfahrungen die gesamte Tuberkuloseforschung um ein Bedeutendes vorwärts gebracht, so dass wir bezüglich mancher wichtiger bis dahin noch ungeklärter Fragen ein beweiskräftiges Gesamturteil gewonnen haben.

So zeigt sich, dass manche Kapitel — ich nenne nur die besonderen Mitteilungen über endogene und exogene Reinfektion, traumatische Infektion, die diagnostische Verwertbarkeit des Tuberkulins usw. — als mehr oder weniger geklärt — vorläufig geringere Beachtung finden, während wieder andere allgemeinere Fragen vor allem sozialhygienischer und sozialökonomischer Natur immer wieder durch neue Beobachtungen und Erfahrungen an der Hand verschiedener Auffassungen und Deutungen zur Diskussion herausfordern. Die grössten Fortschritte der bisherigen Tuberkuloseforschung verdanken wir eben dem jetzigen Kriege nur aus dem Grunde, weil er durch seine gewaltige Grösse und Ausdehnung gerade der Tuberkulose die ausgesprochene Gelegenheit bot, ihren weitgehendsten individuellen Eigensinn in jeder Form so recht zum Ausdruck zu bringen.

Die endogene Reinfektion als ausschliessliche Ursache der Tuberkulose der Kriegsteilnehmer heranzuziehen, ist sicher gewagt, obschon sie nach unseren Erfahrungen am wahrscheinlichsten ist. Die Gefahr einer massigen exogenen Reinfektion ist selbst unter den besten hygienischen Verhältnissen des Krieges zweifellos grösser als unter normalen Friedensverhältnissen, da die vielen unter den Truppen befindlichen Bazillenspucker, insbesondere im Anfang des Krieges,

ferner die durchseuchten Quartiere in Frankreich und Russland, und endlich die natürlich vermehrte Anzahl von Erkältungskrankheiten der Respirationsorgane dabei eine besondere Rolle spielen.

Auch die von von Hayeck (Wiener klin. Wochenschr. 1917, 1 und 2) angeführten Stützpunkte für die Annahme einer primären Erkrankung durch exogene massige Infektion: Fehlen einer familiären Belastung, eines tuberkuloseverdächtigen Habitus sowie tuberkuloseverdächtiger Symptome vor der manifesten Erkrankung, ferner der oft akute Beginn der Tuberkulose und vor allem ihr progredienter bösartiger Verlauf sind immerhin beweiskräftige Zeichen fehlender Immunität durch früher überstandene Infektionen. Auch von vielen anderen Seiten wurde der Kriegstuberkulose dieser bösartige und progrediente Verlauf als besonderes Charakteristikum zugeschrieben. Auf Grund anamnestischer Angaben und objektiver Befunde von über 1000 eigener Beobachtungsfälle möchte ich behaupten, dass sich der Verlauf der Kriegstuberkulose nicht wesentlich von dem der Friederstuberkulose unterscheidet. In weitaus der grössten Mehrzahl der Fälle handelte es sich allerdings bei den schweren Formen meistens um dieselben Erscheinungen, wie sie von von Hayeck für die Annahme einer primären Infektion hervorgehoben wurden. Auffallend jedoch war — wie dies auch von Hochhaus (Deutsche med. Wochenschr. 1916, 38) an der Hand desselben Beobachtungsmaterials nachgewiesen wurde, dass gerade von den schwersten Fällen über die Hälfte angab, früher nie lungenkrank gewesen zu sein — eine Tatsache, die auch bei der Feststellung der Tb.-Frage Schwerkranker immer wieder auffiel —, während die gelegentlichen Sektionsbefunde fast ohne Ausnahme bewiesen, dass jedesmal grössere, ältere Prozesse vorhanden waren, deren Entwicklung zweifellos längere Zeit vor dem Kriege lag.

Ausser dem vorwiegenden Fehlen einer erblichen Belastung und eines tuberkuloseverdächtigen Habitus zeigte eine nicht geringe Anzahl bei der Aufnahme sogar ein blühend gesundes Aussehen, das oft in wenigen Wochen bei pneumonieähnlichem Verlauf einer hochgradigen Kachexie Platz machte und zwar in auffallend vielen Fällen im Anschluss an eine akute Halsentzündung. Des weiteren dürfte es auch keineswegs als Zufall anzusehen sein, dass der grösste Prozentsatz dieser Fälle der ausgesprochenen ländlichen Bevölkerung angehörte.

Unter Berücksichtigung der gegebenen Momente bietet also der klinische Verlauf nichts Besonderes. Dass eben diese und auch andere Eigentümlichkeiten der Tuberkulose häufiger beobachtet wurden, erklärt sich zum grössten Teil aus den hinlänglich bekannten Ursachen des grossen gleichartigen Materials, wobei die gleichen Altersstufen, die gleichgestellten Lebensbedingungen und andere gleichzeitige Einflüsse ihre bestimmte Rolle spielen. Hat doch auch die zufällige Anhäufung des Materials umgekehrt Fälle ausgedehnter Tuberkulose in ungewöhnlich grosser Anzahl zur Beobachtung gebracht, die mit den geringfügigsten physikalisch-klinischen Erscheinungen einhergingen, wie ich sie ebenfalls an demselben Material zu beobachten Gelegenheit hatte und als besondere Eigentümlichkeiten seinerzeit aufgefasst und beschrieben habe (Beitr. z. Klin. d. Tuberk., Bd. XXXV). Möglicherweise

werden die genannten klinischen Eigentümlichkeiten einschliesslich der gesichteten Sektionsbefunde vielleicht unter besonderer Berücksichtigung und Beurteilung der städtischen und ländlichen Bevölkerung uns später bestimmte Anhaltspunkte an die Hand geben, um aus diesem Verhältnis und dem besonderen Verlauf der Tuberkulose erfahrungsmässige Schlüsse zu ziehen, auf die fortschreitende Abschwächung der Tuberkulose, Immunität sowie exogene und endogene Reinfektion.

Über andere natürliche Begleit- und Folgeerscheinungen des Krieges: Überanstrengungen, Entbehrungen, Erkältungs- und Infektionskrankheiten, Erschütterungen, Gasvergiftungen, Brustquetschungen und endlich Lungenverletzungen lautet das Urteil der meisten Autoren (Frieschbier, Gerhartz, Grau, Hochhaus, Orth, Moritz usw.) ziemlich übereinstimmend dahin, dass die genannten Ursachen nur in verhältnismässig wenigen Fällen mit Sicherheit für das Auftreten einer primären Erkrankung verantwortlich zu machen sind. Dass selbstverständlich die tuberkulös erkrankte oder auch in Heilung befindliche Lunge ungünstigeren Verhältnissen ausgesetzt ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Bei der gewiss nicht geringen Anzahl sämtlicher Lungenverletzungen und der noch bei weitem viel grösseren Anzahl latent tuberkulöser Soldaten muss man sich allerdings wundern, dass nur in verhältnismässig wenigen Fällen die Reaktivierung einer Lungentuberkulose im Anschluss an Brustverletzungen festgestellt worden ist; „denn die Erfahrungen, die man in diesem Kriege bei Lungenschüssen gemacht hat, sprechen dagegen; hat man doch Heilung der durchschossenen Lunge eintreten sehen, obwohl die andere tuberkulös erkrankt war“. (Orth, Zeitschr. f. Tuberk. 25, V.)

Öfter — wie dies auch von französischer Seite behauptet wird — sah man das Auftreten tuberkulöser Prozesse im Anschluss an Lungensteckschüsse und zwar nicht selten in der Nähe des eingeteilten Geschossstückes. Eine Anlage für Tuberkulose nach Schussverletzungen kerngesunder Lungen wird nach den bisherigen Erfahrungen nicht angenommen.

Eine direkte Infektion der Lunge durch das Geschoss selbst würde gewiss zu den Seltenheiten gehören, wenn es überhaupt möglich ist, für diese Tatsache einwandfreie Beweise zu erbringen. Immerhin dürfte es zu den Zufälligkeiten gehören, dass ein Geschoss eine frisch-kavernöse Lunge eines Soldaten durchschlägt und als Durch- oder Steckschuss die gesunde Lunge des hinter ihm stehenden trifft. Handelt es sich um ein zerklüftetes Geschoss, etwa einen Granat-, Holz- oder Steinsplitter, so ist die Infektion nicht nur möglich, sondern meines Erachtens sehr wahrscheinlich. Nimmt man weiter hinzu die verhältnismässig grosse Anzahl teils kriegsfreiwilliger, teils nach oberflächlicher Untersuchung eingestellter Schwerkranker, wie sie im Anfang des Krieges oft in grosser Anzahl von der Front in die Heimatlazarette zurückgeschickt wurden, oder vergegenwärtigt man sich die unter denselben Umständen gegebenen Verhältnisse bei der gewiss stärker tuberkulös durchseuchten französischen Armee, so glaube ich, dass man unter einigermassen „günstigen“ Bedingungen eine direkte Infektion nicht einfach von der Hand weisen kann, um so mehr, da andere zum Teil unwahrscheinlichere Zufälligkeiten in

den Reihen der Millionenheere als überlieferte Tatsachen keine grossen Seltenheiten sind. Soweit man auch im besonderen über die soeben kurz erwähnten Tatsachen ein bestimmtes Urteil zu fällen berechtigt ist, so wird dennoch keiner leugnen dürfen, dass uns nach Kriegschluss das Gesamtergebnis dennoch manche Überraschung bringen wird.

Vielleicht — und dies möchte ich sowohl mit Rücksicht auf die erwähnten Tatsachen und an der Hand der folgenden Ausführungen mit ziemlicher Sicherheit behaupten — wird uns gerade in der entscheidendsten und brennendsten Frage der Tuberkuloseforschung, nämlich bezüglich der Ausdehnung der Tuberkulose erst nach dem Kriege die grösste und hoffentlich gewiss nicht unerfreulichste Überraschung zuteil werden.

Wie wertvoll und unvergänglich auch in wissenschaftlicher Beziehung die hervorragenden diagnostischen Fortschritte in der Tuberkulose-Erkenntnis sind, vor allem unter Hinzuziehung der serologischen Untersuchungsmethoden, so werden sie dennoch letzten Endes in der jetzigen Anwendungsweise nicht den Erwartungen entsprechen, die man in der Hauptaufgabe, der Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege, an sie stellen wird.

Gerade die verfeinerten und subtilsten Untersuchungsmethoden, die auf Grund scharf beobachteter Reaktionen in der Hand des erfahrenen und geübten Praktikers und Klinikers schon so manche Erfolge gezeitigt haben, sie werden in der Hand des Ungeübten nicht den erwünschten Nutzen bringen, in manchen Fällen sogar nicht unerheblichen Schaden anrichten. Gegenüber der gewaltigen Ausdehnung der Tuberkulose wird erst die allgemein erworbene sichere Beurteilung ausschlaggebender Erscheinungen den praktischen Wert — und darauf kommt es in erster Linie an — erkennen lassen, während wir nach den bisherigen Erfahrungen nur zu oft davon überzeugt werden, in welcher ausgedehnten Weise die statistischen Aufzeichnungen über die Ausdehnung der Tuberkulose durch falsche Beurteilung beeinflusst sind. Nur die absolute Sicherheit in der Anwendung und Deutung unserer bekannten Untersuchungsmethoden zur Feststellung einer Tuberkulose wird uns davor bewahren, dass wir nach dem Kriege statistischen Zahlengrössen gegenüberstehen, denen unsere bisher ausreichenden und mit Erfolg angewandten Bekämpfungsmassnahmen in keiner Weise gewachsen sind.

Es besteht kein Zweifel, dass die Ausdehnung der Tuberkulose infolge der Eigentümlichkeiten des Krieges eine natürlich grössere geworden ist. Es ist für den genauen Beobachter aber auch keine Frage, dass die augenblicklichen, zum Teil auch nur mutmasslichen Zahlenverhältnisse über die Ausdehnung der Tuberkulose gewaltig übertrieben sind, wenigstens bei der gesamten männlichen Bevölkerung, soweit dieselbe für militärdienstliche Verhältnisse überhaupt und besonders vorübergehend in Frage kommt. Von vielen Autoren wurde bereits diese auffallende Erscheinung mit der gleichgrossen Anzahl erwiesener Fehldiagnosen in Zusammenhang gebracht und erörtert. Wenn es auch vielleicht etwas zu weit gegangen ist, wenn Fränkel (Münch. med. Wochenschr. 1916, 1109) die Zahl der Fehldiagnosen

mit 60%, Blümel (Mediz. Klin. 1915, 884) sogar mit 80% angegeben haben, so stimmen doch im allgemeinen die Ansichten namhafter Autoren darin überein, dass unter der Diagnose Tuberkulose eine sehr erhebliche Anzahl Neurastheniker, Bronchitiker und nicht zuletzt Simulanten marschieren, wie dies auch besonders im Anfang des Krieges aus den interessanten Berichten der militärischen Beobachtungsstationen hervorging. So gab auch de la Camp (Mediz. Klinik 1916, 18) ungefähr ein Drittel seines Beobachtungsmaterials als nicht tuberkulös an.

Bei der anerkannten Schwierigkeit der Diagnosestellung und nicht zuletzt infolge der gewaltigen Überlastung der Militärärzte waren diese oft genug gezwungen, sich auf die häufig übertriebenen Angaben der Kranken allein zu verlassen.

Unter noch grösseren Schwierigkeiten hatten in dieser Beziehung die Frontärzte, insbesondere die kaum Ausgebildeten, zu kämpfen, und selbst die nicht immer fachärztlich geleiteten Beobachtungsstationen und Lazarette verliess mancher D. U.-entlassene „Lungenkranke“, der es mit oder auch ohne eigene Schuld verstanden hatte, auf Grund seiner Beschwerden den Arzt zu täuschen. Dass diese Zahl allein keine geringe war, konnte ich während fast einer 3jährigen militärärztlichen Beobachtungstätigkeit oft genug bei den wiederholten Aufnahmen auf unserer Beobachtungsstation feststellen. Abgesehen von den vielen Komplikationen der Magen-Darmerkrankungen, der Neurosen, Psychosen und der nicht spezifischen Erkrankungen der Respirationsorgane, die alle mehr oder weniger als begleitende Komplikationsmomente angesehen und gedeutet worden waren, ergab auch die grosse Menge der ausgesprochenen Simulanten oft recht bedenkliche Zahlen, die auf Grund einer eingehenden Anamnese, zum Teil mit Hilfe der Familie und zuständigen Ortsbehörde des Erkrankten, sowie nach genauester Untersuchung und Beobachtung einwandfrei festgestellt worden waren.

Es würde zu weit führen, die bekannten und häufig beobachteten Täuschungsversuche dieser Art, die bei einem Beobachtungsmaterial von über 1000 Fällen gemacht wurden, mitzuteilen. Nur einen interessanten charakteristischen Fall von Simulation möchte ich kurz mitteilen, weil er auch mit Rücksicht auf die gestellte Diagnose eine besondere Bedeutung hat, auf die ich nachher zurückkomme.

Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der wegen ausgedehnter, offener, fieberhafter Lungentuberkulose sowie Kehlkopf-, Darm- und Blasen-tuberkulose zwecks Einleitung des D. U.-Verfahrens zu uns abgeschoben wurde, nachdem er bis dahin in einem anderen Lazarett ungefähr 9 Monate (!) lang beobachtet und behandelt worden war.

Wegen der foudroyanten ständigen Blutungen aus Lunge, Darm und Blase wurde erst nach 5 Tagen eine eingehendere Untersuchung vorgenommen und diese auch nur aus dem Grunde, weil die rektale Fieberkontrolle die ersten bedenklichen Zweifel in der Echtheit des gesamten unsicheren klinischen Bildes bestätigte. Die Untersuchung sämtlicher Organe, aus denen die ungewöhnlichen Blutmengen stammen sollten, ergab nicht den geringsten Anhaltspunkt für eine Tuberkulose, die auch durch wiederholte physikalische und röntgenologische Untersuchungen nicht festgestellt werden konnte.

Da der Mann im Nebenberuf Zauberkünstler war, konnte unsere weniger begabte Findigkeit den artefiziellen Ursprung der grossen Blutmengen nicht entdecken. Vielleicht würde dennoch dieses „zauberhafte“ seltene Krankheitsbild bei

uns eine schnellere natürliche Erklärung gefunden haben, wenn nicht die „neunmonatige Missgeburt“ des beigegebenen Krankenblattes den mehrmaligen Nachweis schwerster pathologischer Veränderungen, insbesondere über den Lungen, und den Massenbefund von Tuberkelbazillen enthalten hätte.

Der angeführte Fall ist wohl das krassste Beispiel dieser Art und lässt sowohl auf die Verwerthbarkeit mancher Krankenberichte wie auch auf die Ausdehnung der Simulation berechnigte Schlussfolgerungen zu, die uns auch später noch oft genug bei der Durchsicht anderer Krankenblätter in allerdings nicht so auffallender Weise bestätigt wurden. Jedenfalls aber — und das wurde auch von anderen Beobachtungsstationen mehrfach hervorgehoben — werden derartige ärztliche Dokumente, auch in milderer Form, der nächsten Beobachtungsstelle die richtige Diagnosestellung bedeutend erschweren, oft sogar unmöglich machen, mit Ausnahme all der anderen Fälle, die bereits schon vorher auf Grund ähnlicher Befunde wegen „Tuberkulose“ als dauernd D. U., zum Teil noch als Rentenempfänger entlassen wurden.

Die letzte Kontrolle derartiger Tatsachen haben nicht selten die Lungenheilstätten, in denen dann diese „Kriegstuberkulösen“ oft genug kurz vor der erneuten militärärztlichen Untersuchung Aufnahme gefunden haben.

Die spätere statistische Zusammenstellung dieses gesichteten Heilstättenmaterials wird gewiss in mancher Beziehung den übergrossen Pessimismus über die Ausdehnung der Tuberkulose in anderem Lichte erscheinen lassen.

Es ist nicht schwer, besonders unter den derzeitigen Verhältnissen die Ausdehnung unserer grössten Volksseuche mit den verschiedenartigsten Momenten in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Unter diesem sicher vorhandenen, nicht geringen Einfluss ist es in mancher Hinsicht leichter geworden, viele tuberkuloseverdächtige Erscheinungen in diesem Sinne verantwortlich zu machen und nicht zum wenigsten wird diesen Momenten eine ausschlaggebende Bedeutung zukommen, wenn die Zuverlässigkeit der diagnostischen Hilfsmittel oder auch die praktische Übung des Untersuchers selbst vieles zu wünschen übrig lässt.

Da wir auch nach dem Kriege in Ermangelung einer Anzeigepflicht für tuberkulös Erkrankte nur auf die statistischen Angaben der Militärbehörden, der Lungenheilstätten und Fürsorgestellen angewiesen sein werden, so ist es ohne weiteres klar, dass diese Angaben bezüglich ihrer grösstmöglichen Genauigkeit ganz besondere Aufmerksamkeit beanspruchen, wenn wir uns nach dem Kriege über die Ausdehnung der Tuberkulose auch nur ein annähernd richtiges Bild machen wollen.

Auf Grund mehrerer Beobachtungen möchte ich hier nur einige Punkte herausgreifen, die bezüglich der statistischen Angaben für die Heilstätten in Frage kommen. Die Behauptung von Meyer (Ref. Zeitschr. f. Tuberk., Bd. 26), dass im Frieden die Mehrzahl der Heilstätteninsassen nicht tuberkulös gewesen sei, und dass es sogar schwer gehalten habe, wirklich Lungenkranke in Heilstätten unterzubringen, ist sicher übertrieben: wohl aber lassen die gemässigten Mitteilungen

erfahrener Heilstättenärzte vermuten, dass man dieser Erkenntnis mit einer verständlichen zweideutigen Weitherzigkeit schon lange gegenüberstand. Die militärärztliche Sichtung fast unserer gesamten männlichen Bevölkerung nun hat auf die Zusammensetzung des Heilstättenmaterials in dieser Beziehung einen natürlichen günstigen Einfluss gehabt, dennoch aber auch wieder neue charakteristische Erscheinungen hervorgerufen, von denen einige sofort in die Augen springen. Die Durchsicht einer entsprechenden Anzahl alter Krankenberichte bestätigt die alltägliche Wahrnehmung, dass einerseits die Anzahl der ausgesprochen schweren Fälle von Tuberkulose und andererseits die Menge der leichtesten bzw. nur verdächtigen „Lungenspitzenkatarrhe“ in gleichem Verhältnis zugenommen hat. Ohne auf die erstere leicht erklärbare Erscheinung näher einzugehen, verdient die zweite und bei weitem wichtigere Tatsache, bei dem jetzigen durch den grossen Andrang zu den Lungenheilstätten hervorgerufenen Platzmangel unsere grösste und erneute Aufmerksamkeit. Wenn jemals, so muss besonders jetzt bei unserer Heilstättenauswahl oberster Grundsatz werden, dass nur wirklich geeigneten Fällen eine Aufnahme gewährt wird. Ohne Frage kommen hierfür — wie jeder Heilstättenantrag deutlich hervorhebt —, nur diejenigen Kranken in engere Wahl, bei denen voraussichtlich eine wesentliche Besserung oder Heilung zu erwarten ist. Die erste Entscheidung dieser verantwortungsvollen Auswahl liegt zunächst und oft ausschliesslich in der Hand des praktischen Arztes. Ihr folgt in vielen Fällen die vertrauensärztliche definitive Begutachtung eines zweiten Arztes (Kreisarzt), oder endlich die Entscheidung auf Grund einer längeren Beobachtung in einem Krankenhaus (Vor- und Durchgangsstationen).

Wenn schon an und für sich die sichere Diagnose einer initialen tuberkulösen Lungenerkrankung zu den grössten Schwierigkeiten für den Arzt gehört, so glaube ich, wird es in vielen Fällen für ihn eine Unmöglichkeit bedeuten, wenn er diese Entscheidung an der Hand diagnostischer Untersuchungsmethoden treffen soll, für die er nicht immer die ausreichende Übung und Erfahrung besitzt. Noch verantwortungsvoller, vielleicht auch noch schwieriger, wird für ihn dann die weitere Entscheidung sein, ob es sich in dem gegebenen Falle um eine behandlungsbedürftige, d. h. aktive Lungentuberkulose handelt. Diese Frage ist während des Krieges aus dem Grunde als eine der brennendsten zu betrachten, weil sie in Anbetracht der entgegengesetzt laufenden Zahlenverhältnisse über Heilstättenanträge und Bettenanzahl in erster Linie der gesunden Lösung bedarf. Diese Möglichkeit ist aber nur dadurch gegeben, dass die Auswahl für die Heilstätten nur solchen Stellen überantwortet wird, die den vermehrten Aufgaben auch gewachsen sind. Bei der schon betonten Schwierigkeit der Diagnosestellung, erschwert durch die stets verfeinerten und dabei zum Teil noch unsicheren diagnostischen Hilfsmittel, ist es meines Erachtens eine Ungerechtigkeit, von dem überlasteten praktischen Arzte ein fachärztliches Urteil auf einem Gebiete zu verlangen, auf dem selbst erfahrene Spezialisten noch uneinig sind und das in sozial-ökonomischer und sozialhygienischer Beziehung bei uns den ersten Platz einnehmen soll. Um so mehr muss es da gerade mit Rücksicht

auf die hervorragenden fortschrittlichen Bestrebungen in der Tuberkuloseforschung der letzten Jahre auffallend erscheinen, wenn recht oft die gutachtlichen Untersuchungsbefunde, und vor allem die Ansichten der praktischen Ärzte, über die Notwendigkeit der Aufnahme in einer Lungenheilstätte Mängel erkennen lassen, die mit den wissenschaftlichen Fortschritten und besonders mit der wachsenden Bedeutung der Tuberkulosebekämpfung nur schwer in Einklang zu bringen sind. Zur Erhärtung meiner Behauptung möchte ich an der Hand der verschiedensten Untersuchungsbefunde, von denen ich wegen Raum mangels an dieser Stelle nur wenige im Original wiedergeben kann, nur die auffallendsten Ungleichheiten und Widersprüche gegenüber unseren Aufnahmebefunden hervorheben, in der Hauptsache aber sogenannte diagnostische Unmöglichkeiten näher beleuchten, die mit ziemlicher Sicherheit die Kenntnis selbst der physikalischen Lungenuntersuchung bezweifeln lassen und mit Rücksicht auf die gemachten Schlussfolgerungen bezüglich der Bewertung und Deutung der Untersuchungsergebnisse unbedingt den ungeübten oder stark beeinflussten Untersucher erkennen lassen.

1. A. R., 37 Jahre. Paralytischer Thorax bis 3 oben (?). Über der Lunge links verschärftes Atmungsgeräusch; Expirium verlängert. Kein Fieber mehr, kein Durchfall; keine Blutungen mehr, seit zirka einem Monat.

Diagnose: Lungentuberkulose Stadium II (!).

Der Patient starb 6 Wochen nach der Aufnahme an einer ausgedehnten kavernösen Lungentuberkulose.

2. E. Sch., 36 Jahre. Linke Spitze Schallverkürzung. Über der linken Spitze bronchial-klingendes (!) Atmungsgeräusch, verlängertes Expirium. Rechte Spitze rauhes Inspirium, abgeschwächtes Expirium.

Diagnose: Lungenspitzenkatarrh (?).

Es handelte sich um eine doppelseitige, geringfügigste, alte, abgeheilte Lungenspitzentuberkulose. Der Untersuchungsbefund sollte nur in der Zusammenstellung von „Schallverkürzung — bronchial-klingendes Atmungsgeräusch“, „Lungenspitzenkatarrh“ als ein bekanntes und oft wiederkehrendes Charakteristikum hervorgehoben werden.

3. J. K., 56 Jahre. R. o. v. und hinten Schallverkürzung, sonst voller Klopf-schall. R. v. o. zeitweise kleinblasige klingende (!) Geräusche. Das Atmungs-geräusch ist verstärkt (!).

Diagnose: Rechtsseitiger Lungenspitzenkatarrh.

Da es sich um einen alten abgeheilten Fall handelte, der keine kleinblasige klingende Geräusche mehr aufwies, wurde Patient bereits nach 14 Tagen als gesund und voll erwerbsfähig entlassen.

4. L. T., 26 Jahre. Abgeschwächtes Atmen über der rechten Spitze (R. supra-clavicular). Links normale Verhältnisse (!). R. supra-clavicular undeutliches (?) Atmen mit knirschenden (!) Geräuschen. Giemende Geräusche auch (?), vereinzelt über der rechten (?) Lunge

Diagnose: Tuberkulöser Lungenkatarrh (!).

Der betreffende Patient wurde 2 Tage nach der Aufnahme, nachdem er sich von der Reise etwas erholt hatte, wegen seines desolaten Zustandes (beiderseits progressives III. Stadium) dem Krankenhaus überwiesen.

5. W. B., 15 Jahre. Zwischen beiden Schulterblättern verschärftes Atmen und Knisterrasseln; in der (?) Schlüsselbeingrube Atmung etwas bronchial (!); starke (!) Rasselgeräusche vorne (?) wahrnehmbar.

Diagnose: Phthisis pulmonaris. Chronische Bronchitis.

Unsere Diagnose lautete auf eine geringfügige, in Abheilung befindliche Lungenspitzentuberkulose.

6. J. Sch., 56 Jahre. Dämpfung des linken Oberlappens.

Diagnose: Lungentuberkulose.

Der Befund erscheint etwas dürftig und wenig beweisend für Lungentuberkulose. Wir stellten die Diagnose: Alte diffuse Bronchitis. Emphysem.

7. H. B., 28 Jahre. Die Lungenspitzen sind angegriffen (!) meist links; feinblasige Rassen über der ganzen (!) Lunge.

Diagnose: Beginnende Lungentuberkulose.

Es handelte sich nach unserem Befunde um eine alte, diffuse Bronchitis.

8. J. P., 35 Jahre. Klopfschall ist hinten links über dem Mittel- (?) und Unterlappen abgeschwächt bis (!) zum Schulterblatt. Atmungsgeräusch über der Dämpfung (?) verschärft mit spärlichen Rasselgeräuschen durchsetzt.

Diagnose: Leichter Lungenkatarth ohne Komplikationen (!).

Der Fall wurde nach 25 Tagen als ungeeignet wegen progressiver fieberhafter Lungentuberkulose dem Krankenhaus überwiesen.

9. H. Sch., 27 Jahre. Schallverkürzung vorne beiderseits bis 2. Kosta. R. h. bis halb links hinten bis $\frac{1}{2}$ Skapula. R. v. o. über der Spitze (!) rau, unbestimmt mit verlängertem, fast hauchendem Expirium; abwärts (!) vesiko-bronchial bzw. (!) verschärft vesikulär, in der Seite Garren.

L. v. vesikobronchial-verlängertes Expirium, rau, in der Seite verschärft, über Spitze abgeschwächt. L. h. o. abgeschwächt bis $\frac{1}{2}$ Skapula, verschwommen (!) unrein, annähernd unbestimmt (!) im verlängerten Expirium. R. h. o. entsprechend r. v. bis $\frac{1}{2}$ Skapula. Oben einige Unreinheiten.

Diagnose: Lungentuberkulose fast II. Stadium.

Trotz des „äußerst genauen“ und komplizierten Befundes, in dem auch weniger bekannte Auskultationsbezeichnungen zu Wort kommen, konnte der Patient nach Abheilung seiner Bronchitis nach 5 Tagen entlassen werden.

10. L. B., 28 Jahre. R. v. o. bis 2. Kosta, hinten bis Schulterblattgräte abgekürzter Schall, ebenso l. v. o. bis Schlüsselbein und hinten über der Spitze. Dasselbst verlängertes hauchendes Expirium. Rechts einige trockene Rasselgeräusche. Abends Temperatursteigerungen! Wiederholte (!) Blutungen, die letzte vor 8 Tagen.

Diagnose: Chronische (!) Lungentuberkulose 2. Grades, veraltet (?).

Es handelte sich um eine doppel-eitige aktive Lungentuberkulose, für die allerdings mehr die obige Auffassung über Aktivität, als die Form der Tuberkulose „veraltet“ erscheint.

11. J. H., 28 Jahre. R. v. bis 4. Kosta (!) Dämpfung. R. v. abgeschwächtes Atmen bis 4. Rippe. Expirium verschärft; hier (?) hört man einzelnes Knacken.

Diagnose: Lungenspitzenkatarth rechts (bis 4. Rippe) (!). Beginnender Lungenspitzenkatarth links (?).

Befund und Diagnose sind in ihrem Zusammenhang, besonders links, wenig verständlich. Nach unserem Befunde bestand eine aktive Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

12. F. S., 40 Jahre. R. v. o. Schallverkürzung bis 2. J. C. R. Über dieser Partie besteht verlängertes und verschärftes Expirium, keine Rasselgeräusche (!) Sonstige Lunge ohne pathologische Veränderungen. Tuberkulinreaktion positiv.

Nach dem obigen Befunde ist positive Tuberkulinreaktion nicht erklärlich. Temperaturangabe fehlt. Bei dem Falle konnten hier „ebenfalls“ keine sicheren Anhaltspunkte für eine behandlungsdürftige Lungentuberkulose festgestellt werden.

13. E. Sch., 39 Jahre. Perkutorisch über beiden Lungenspitzen (!) Dämpfung; links mit tympanitischem Beiklang.

Auskultation: L. v. o. broncho-ampfore (!) Atmung mit vereinzelt trockenen bis (!) mittelblasigen Rhonchi. L. h. o. bis Schulterblattmitte bronchiales Atmen mit mittleren und gröberen Rhonchi. Allenthalben (!) broncho-vesikuläres Atmen mit Rhonchi, besonders l. v. u.

Über der rechten Seite v. o. scharfes Bronchialatmen mit mittleren und grossblasigen Rasselgeräuschen, die fast klingend sind. R. v. (?) ganz scharfe Atmung mit mittleren Rhonchi. R. h. bis Schulterblattspitze Bronchialatmen mit scharfen mittleren und gröberen Rhonchi.

Patient ist wegen der Schwere der Erkrankung (III. Stadium) zur Heilstättenkur ungeeignet.

Trotzdem wurde der Patient — wenn auch erst nach 4 Jahren — auf Grund eines anderen Gutachtens milderer Form hier aufgenommen. Es handelte sich um eine gutartige, alte fibröse Lungenspitzentuberkulose ersten Grades. Auf manche Unkorrektheiten, zum Teil Unmöglichkeiten besonders hinzuweisen, erübrigt sich.

Der obige Befund ist der einzige von den angeführten Fällen, der nicht als letzte gutachtliche Äusserung die Aufnahme in unsere Heilstätte bestimmte. Er liegt 4 Jahre zurück. Schon aus diesem Grunde dürfte dieses auskultatorische „Kuriosum“ einige Beachtung beanspruchen.

Hiermit möchte ich die kleine Blütenlese schliessen. Es würde zu weit führen, ausserdem noch die vielen anderen Untersuchungsbefunde mitzuteilen, die keinen Anspruch auf wissenschaftliche Wertung verdienen. Des weiteren sollen auch nicht die vielen minimalen Befunde mitgeteilt werden, die keine Anhaltspunkte für eine tuberkulöse Erkrankung enthalten, auf Grund deren aber immer die dringende Notwendigkeit eines Heilverfahrens leichtfertig beantragt wird, oft genug mit der unerklärlichen Begründung, dass mit dem Heilverfahren durchaus nicht mehr gewartet werden könne. Ohne auch weiter in demselben Sinne die oft fragliche Motivierung in der gutachtlichen Beantwortung der Fragen über die vorliegende Berufsunfähigkeit näher zu erörtern, erscheint es in Anbetracht mancher Befunde oft auch recht bedenklich, wenn eine andere wichtige Frage des Gutachtens, nämlich die, ob zur Sicherstellung der Diagnose und Prognose eine kurze Beobachtung in einem Krankenhaus notwendig oder zweckdienlich sei, in fast allen Fällen mit einem überzeugten „Nein“ beantwortet wird. Und was endlich eine andere Frage: „Besteht Verdacht auf Vorspiegelung oder Übertreibung“? angeht, so findet sich diese ausnahmslos mit einem kurzen „Nein“ erledigt. Mit Rücksicht auf die obigen Beispiele darf mit Recht die Stichhaltigkeit dieser kurzen Antworten oft bezweifelt werden. Die ausserordentliche Wichtigkeit derselben für die weitere Begutachtung und Behandlung des Kranken bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Was die Befunde selbst betrifft, so kann man fast durchweg feststellen, dass zumeist zuviel diagnostiziert wird, eine Tatsache, die

bekanntlich den meisten ungeübten und unerfahrenen Untersuchern eigen ist, die aber auch durch manche andere Einflüsse subjektiverer Natur eine natürliche Erklärung findet. Im grossen und ganzen jedoch kann man sich oft nicht des Eindrucks erwehren, als seien die wissenschaftlichen Bezeichnungen bei einer Lungenuntersuchung noch vage unsichere Begriffe.

Wenn auch vielleicht bei der Diagnosestellung keiner anderen Erkrankung das subjektive Empfinden eine so grosse Rolle zu spielen pflegt, wie bei dem ausgedehnten Symptomenkomplex der Lungentuberkulose, so muss demgegenüber auf das Entschiedenste betont werden, dass in Anbetracht der weittragenden Folgen hier in erster Linie die wissenschaftlichen Begriffe für die pathologisch-anatomischen Verhältnisse an die bestimmtesten und klarsten Formen gebunden sein müssen, und dass es nicht nur wünschenswert erscheint, wie Goldscheider (Deutsche med. Wochenschr. 1918. 4) hervorhebt, sondern für die Praxis zu einer dringenden Notwendigkeit geworden ist, dass über gewisse grundsätzliche Fragen der Tuberkulosedagnostik eine Einigung erzielt wird. Es ist von weitaus grösserer Bedeutung, bei einem Patienten mit Sicherheit über den Lungenspitzen Rasseleräusche oder Bronchialatmen festgestellt zu haben, als mit derselben Sicherheit bei einem anderen Patienten ein systolisches Herzgeräusch, eine Leber- oder Milzvergrösserung. Letztere Erscheinungen lassen die verschiedenartigsten Deutungen zu, während im ersten Falle mit wenigen Ausnahmen die inhaltschwerste Diagnose gestellt ist. Und nehmen wir in beiden Fällen das Gegenteil, d. h. eine Fehldiagnose an, so sind doch im ersten Falle die Folgen bei weitem schwerwiegender und nachteiliger, wie bei jeder anderen chronischen Erkrankung. Und die Summe all dieser genannten Schwierigkeiten und Unsicherheiten ist gewöhnlich die Verlegenheitsdiagnose (Bandelier und Röpkö) „Lungenspitzenkatarrh“, eine Bezeichnung, die allerdings im Laufe der Jahre ihre ungekündigte Stellung behauptet hat, die aber vielleicht nur in ihrer therapeutischen Anwendung manchmal eine gewisse Bedeutung besitzt. Wenn wir an der Hand unserer Befunde sehen, zu welchem wissenschaftlichen Missbrauch man hierbei in diagnostischer Beziehung gekommen ist, so braucht man sich nicht mehr über die unklaren Vorstellungen zu wundern, die bei Patienten und überhaupt in Laienkreisen unter der Bezeichnung „Lungenspitzenkatarrh“ dadurch hervorgerufen werden. Wiederholte Nachfragen bei meinen Patienten bestärkten immer wieder die bekannte Äusserung, dass ihr „Lungenspitzenkatarrh“ mit Tuberkulose nichts zu tun habe, und dass dieser nur eine leichte vorübergehende Erkältung sei. Die Bedeutung dieser wichtigen volkserzieherischen Frage bei der Tuberkulosebekämpfung soll hier nicht weiter erörtert werden.

Noch ein Wort über einige andere Entgleisungen der angeführten Untersuchungsbefunde.

Zunächst erscheint es erstaunlich, in welcher Masse und mit welcher Leichtigkeit Bronchialatmen diagnostiziert und bewertet wird. Abgesehen von seinem an einzelnen Stellen physiologisch-anatomisch bedingten Auftreten weist Bronchialatmen durchweg auf

eine Solidifikation in der Lunge hin und meistens auf solche pathologische Veränderungen in derselben, die für gewöhnlich eine erhebliche Dämpfung voraussetzen und dann wohl über das I. Stadium hinausgehen, geschweige denn die Bezeichnung „Lungenspitzenkatarrh“ verdienen. In unseren Fällen also, wo dasselbe als spezifischer Ausdruck einer tuberkulösen Lungenerkrankung gebraucht wird, kann nur die Annahme gestattet werden, dass die Auffassung und Deutung des Begriffs Bronchialatmen eine falsche ist.

Ferner gibt es auch für die Bezeichnungen: Kleinblasige-klingende Geräusche, verstärktes Atmungsgeräusch, undeutliches Atmen, rauhes, verschärftes Atmen, Dämpfung über dem „linken“ Mittellappen usw. keine andere Erklärung als vielleicht die der grössten Oberflächlichkeit bei der Untersuchung; denn in vielen — nicht allen — Fällen liegt ja bekanntlich der Hauptgrund der Fehldiagnose weniger in der Unkenntnis des Untersuchers, als vielmehr in der mangelhaften und oberflächlichen Untersuchung selbst. Dass diese aber gerade bei der verantwortungsvollen Diagnosestellung der Lungentuberkulose die allgeringste Entschuldigung finden kann, liegt nach den gemachten traurigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf die bevorstehenden Aufgaben in der Tuberkulosebekämpfung klar auf der Hand.

Dass wir auch in der Auffassung über eine weitere entscheidende Frage, nämlich der Aktivität der tuberkulösen Erkrankung bzw. der Behandlungsbedürftigkeit derselben in unseren Befunden auf die grössten Inkonssequenzen stossen, kann insofern kein Wunder nehmen, weil in der Beantwortung dieser zur Zeit brennendsten Frage die Anschauungen überhaupt noch recht verschieden sind und der dringend notwendigen Klärung bedürfen.

Die vermehrten diagnostischen Schwierigkeiten werden jetzt und besonders nach dem Kriege nicht in erster Linie darin bestehen, mit „mathematischer Sicherheit“ eine stattgehabte tuberkulöse Infektion überhaupt festzustellen, sondern zu entscheiden, ob es sich um eine aktive Tuberkulose, d. h. eine behandlungsbedürftige Erkrankung handelt. Nur in dieser richtigen Beurteilung liegt ohne weiteres die Entscheidung, ob sofort die entsprechende Behandlung des Lungenkranken — in den meisten Fällen die Heilstättenbehandlung — einzuleiten ist.

Das zuverlässige röntgenologische Kontroll- und Ergänzungsmittel jeder genauen Lungenuntersuchung gibt über die Aktivität oder Inaktivität des tuberkulösen Prozesses allein keine sichere Entscheidung. Der einwandfreie bakteriologische Nachweis von Tuberkelbazillen im Auswurf des Kranken ist meist auch bei vollkommenem Mangel jedes anderen pathologisch-nachweisbaren Befundes entscheidend für die weitere Behandlung, sicher aber Beobachtung.

Der noch so oft verwertete, positive Ausfall der Pirquetschen Kutanreaktion ist bezüglich der Diagnose bei Erwachsenen wertlos. Trotzdem sind die gutachtlichen Äusserungen nicht selten, die auf Grund von „Pirquet“ positiv in Verbindung mit anderen zufälligen klinischen Erscheinungen die Behandlung des „Lungenkranken“ für

dringend notwendig halten, mit anderen Worten, den Antrag auf Durchführung einer Heilstättenkur damit für begründet erachten.

In weit grösserem Masse trifft dies zu, wenn diese Entscheidung dem positiven Ausfall der subkutanen Tuberkulinreaktion überlassen wird, eine Schlussfolgerung, der man auch bei den oben angeführten Fällen begegnet. Stich- und Fieberreaktion gelten dann für gewöhnlich als ausschlaggebend ohne Rücksicht darauf, dass ersterer durchweg keine grössere Bedeutung zukommt, als der positiven Pirquetschen Reaktion, und dass ferner das Auftreten von Fieber oft genug von den verschiedenartigsten Zufälligkeiten abhängig ist und vor allem auch bei abgeheilten Tuberkulosen nur in den seltensten Fällen fehlt. Welche Bedeutung der Herdreaktion als aktivem Vorgang beizumessen ist, darüber gehen die Ansichten mancher Autoren noch immer auseinander. Sicher ist jedenfalls, dass der einwandfreie Nachweis einer Herdreaktion: lokalisierte Brustschmerzen, vermehrter Husten und Auswurf, bazillenhaltiges oder blutiges Sputum, vornehmlich aber der Nachweis frischer oder vermehrter Rasselgeräusche, für das Bestehen eines aktiven Prozesses massgebend sind. Ob es sich aber in jedem einzelnen Falle nur um ein Deutlicherwerden bestehender aktiver Herderscheinungen handelt, oder ob durch die Tuberkulinreizung ein abgeheilter latenter Herd aus seiner Ruhe gebracht die ersten unheilvollen Lebenszeichen von sich gibt — die sichere Entscheidung dieser kritischen Frage ist entscheidend für die Existenzberechtigung des Tuberkulins als zuverlässiges und vor allem unschädliches diagnostisches Hilfsmittel. Jedenfalls aber hat Goldscheider (Deutsche med. Wochenschrift 1918, 4) Recht, wenn er ebenfalls warnend hervorhebt, dass jede Aktivierung eines ruhenden Herdes bereits an sich eine Schädigung bedeutet, von der man nie wissen kann, welchen weiteren Verlauf dieselbe nimmt. Es ist auch kein Grund vorhanden, oder wie Goldscheider sagt, ganz und gar abzulehnen, bei Leuten, die keine Lungenerscheinungen darbieten, solange zu spritzen, bis sich endlich, oft erst nach „sprunghaft gesteigerten Dosen“ an der Lunge etwas zeigt. Auch die Anwendung kleinster Dosen schliesst eine Schädigung nicht deshalb aus, weil dieselbe nicht klinisch nachweisbar ist. Und welchen Schwierigkeiten man bei der richtigen Bewertung des physikalischen Befundes auch bei der grössten Selbstkritik ausgesetzt ist, darüber weiss mancher zu berichten, dem es selbst im geordneten Krankenhausbetrieb trotz wiederholter Untersuchungen schwer fiel, aus dem vermehrten physikalischen Befund den objektiven Nachweis einer sicheren Herdreaktion anzunehmen, wie dies auch Friesecke (Münch. med. Wochenschr. 1917, 46) an der Hand kritisch beleuchteter Einzelheiten richtig hervorhebt. In der Erkenntnis dieser genannten Schwierigkeiten ist es daher eine Selbstverständlichkeit, dass die Tuberkulindiagnostik nur dem Krankenhaus überantwortet bleiben darf.

Ob derselben in der vorderhand wichtigsten Frage, der Auswahl behandlungsbedürftiger Lungenkranker für die Heilstätten eine ausschlaggebende Bedeutung zukommen wird, muss nach den ange deuteten Ergebnissen mit Recht bezweifelt werden. Vorläufig wird dem praktischen Arzte bei dieser gewaltigen Arbeit die schwerste

Aufgabe zufallen, wenn er auf Grund seines Befundes nur diejenigen für die bevorzugten Heilstättenplätze aussuchen soll, die nach seinem Ermessen in erster Linie die sicherste Gewähr bieten, nach erfolgter Kur dem wirtschaftlichen und körperlichen Kampfe für immer oder doch auf Jahre hinaus wieder gewachsen zu sein. Diese gewiss noch recht bedeutende Anzahl behandlungsbedürftiger Tuberkulösen würde alsdann bei genauester Berücksichtigung des objektiven Befundes und der Leistungsfähigkeit unter den uns zu Gebote stehenden therapeutischen Hilfsmitteln mit grösserer Wahrscheinlichkeit unsere Auslagen bezahlt machen wie bisher und dieser gerechten Forderung wird man sich nach dem Kriege am allerwenigsten entziehen können.

Zu diesen erschwerten wissenschaftlichen Forderungen einerseits tritt noch hinzu der empfindliche Ausfall geübter Ärzte und die allgemeine Überlastung. Beide Erscheinungen verdienen zur Zeit die allergrösste Berücksichtigung schon aus dem Grunde, weil sie zuerst als mildernde Umstände für die vielen Fehldiagnosen bei der Lungentuberkulose in Frage kommen. Ganz abgesehen von der Unmöglichkeit einer exakten und ausgiebigen Untersuchung wird dem vielbeschäftigten Arzte auch meist keine Zeit zur Prüfung wertvoller anamnestischer Angaben zur Verfügung stehen. In solchen Fällen ist dann natürlich eine Ergänzung oder Verwertung dieser beiden wichtigen Momente nicht möglich oder falsch; denn wenn z. B. in der Anamnese von häufigem oft sogar sehr starkem Bluthusten die Rede ist, der schon seit Jahren bestanden haben soll und in der Diagnose heisst es alsdann „Beginnender Lungenspitzenkatarrh“, dann weiss man nicht, ob man jetzt dem Arzt oder dem Patienten die grösste Schuld zuschieben soll. Es darf nicht vergessen werden, dass gerade unter dem Einfluss des Krieges mehr wie je das Gewissenskonto manches „Leichtlungenkranken“ nicht unerheblich durch übertriebene anamnestische Angaben beschwert worden ist. Keine Zeit wie die Kriegszeit ist dazu angetan, alle jenen interessanten Krankheitsbilder zu vervielfältigen, die zum grössten Teil, sei es durch Über- oder Unterschätzung des körperlichen Leidens, sei es durch eine psychische Hemmung, jenen Fällen zugerechnet werden müssen. die Köhler (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1907, VIII) unter dem Namen der psychophysischen Gleichgewichtsstörung beobachtet und beschrieben hat. Gerade dem beobachtenden praktischen Arzte bietet der jetzige Krieg in der Vielgestaltigkeit nie gekannter Verhältnisse die wunderlichsten und oft unmöglichsten Krankheitsbilder, die auf Grund einer neurasthenischen Veranlagung und krankhafter Selbsteinschätzung insbesondere bei der Beurteilung der Tuberkulose selbst den erfahrensten Praktiker in Verlegenheit zu setzen vermögen.

Keine Krankheit wie die Lungentuberkulose bietet so viele und verschiedenartige subjektive und objektive Beschwerden, die jetzt nicht eine annehmbare zeitgemässe Erklärung fänden, keine Krankheit in Wahrheit aber auch eine so grosse Anzahl eigentümlicher Symptome als natürlichste Begleiterscheinungen des Krieges. Auf keinem Gebiete findet das grosse Heer der Neurastheniker und Simulanten eine solche Auswahl passendes und unpassendes Flickzeug anamnestischer Angaben,

und bei keiner Krankheit endlich gewinnt der Patient und besonders der im Felde gewesene in solchem Masse das natürlichste und verständlichste Entgegenkommen des Arztes, insbesondere wenn diesem noch eine leichtempfindliche Zufriedenheit und weitherzige Rücksichtnahme eigen ist. Und welche Schwierigkeiten entstehen da nicht für den vielbeschäftigten und gewissenhaften Arzt, wenn er bei der objektiven Untersuchung oft allein schon bei der Inspektion des elend aussehenden Patienten seinen Gesamteindruck nicht mit dem oft negativen spezifisch-physikalischen Lungenbefunde in Einklang zu bringen vermag. Unter dem Eindruck all dieser Einflüsse und nicht zuletzt durch die vielseitige und allgemein gehaltene Fragestellung der Gutachtenformulare lassen sich alsdann die oft widersprechenden gutachtlichen Äusserungen in den „Freifahrtscheinen“ für Lungenheilstätten erklären.

Die oben angeführten gutachtlichen Untersuchungsbefunde, die nur vereinzelt aus einer Gesamtanzahl von kaum 150 herausgegriffen wurden, sind gewiss besorgliche Tatsachen, an denen die fortschrittlichen Bestrebungen unserer zukünftigen Tuberkulosebekämpfung nicht achtlos und gutmütig vorübergehen dürfen. Bei der grossen Verantwortung aber, die dem praktischen Arzte auf diesem gerade in den letzten Jahren so vervollkommenen Gebiete gewissermassen aufgedrungen wird, ist es eine Pflicht der Gerechtigkeit, durch Eröffnung von Fortbildungsmöglichkeiten jedem Arzte Gelegenheit zugeben, sein Wissen und Können in dieser Beziehung zu bereichern, vornehmlich aber dann, wenn ihm auch weiterhin die verantwortungsvollste und erste Stellung in der Bekämpfung unserer grössten Volkskrankheit erhalten bleiben soll.

Es ist keine Frage, dass die wissenschaftlichen und statistischen Erfahrungen von Ärzten und Versicherungsanstalten schon jetzt die Erkenntnis gezeitigt haben, dass auch der Einheitlichkeit, Genauigkeit und Übersichtlichkeit der Gutachtenfragen eine besondere Aufmerksamkeit nottut, wenn die Gutachten für die Folgezeit als sichere Geleitbriefe für die Lungenheilstätten und als wertvolles statistisches Material Verwendung finden sollen. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle für diese Forderung schon bestimmte Anhaltspunkte festlegen zu wollen.

In der Hauptsache sollten die gesamten angeführten Tatsachen und Erfahrungen, die sich in auffallender Weise mit den kürzlich veröffentlichten beachtenswerten Ausführungen von Büttner-Wobst (Münch. med. Wochenschr. 1918. 6) erfreulicherweise decken, kurz einige besondere Momente berühren, die in bestimmter Weise dazu beigetragen haben, die statistischen Angaben über die Ausdehnung der Tuberkulose in einem gedämpften aber für uns günstigeren Lichte erscheinen zu lassen. Jedenfalls stehen wir vorläufig — unter dem Einfluss des Krieges — den gesteigerten Zahlen über die Ausdehnung der Tuberkulose noch mit einem verständlichen Pessimismus gegenüber.

Nicht wenige, auch namhafte Autoren (de la Camp, Gerhartz, Goldscheider, Hochhaus, Kaiserling, Schröder, Ruppel usw.) haben der günstigen Beeinflussung des Krieges auf die Tuberkulose das Wort geredet, und manche versuchen auf Grund anderer bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass die Krankheitsziffer ganz gewiss nicht so gross ist, wie man allgemein annimmt. Es ist nicht zu leugnen, dass für manche der Felddienst unter Stärkung und Kräftigung ihrer Konstitution und Widerstandskraft Besserung und Heilung ihres Lungenleidens brachte, dass ferner durch die auffallende und schnelle Zunahme der natürlichen und unnatürlichen Tuberkulose-todesfälle eine erhebliche Abnahme besonders der Schwerkranken eingetreten ist. Weiter ist nicht von der Hand zu weisen, dass durch die lange Abwesenheit vieler schwerkranker Männer für eine grosse Anzahl von Kindern — viele gerade im infektionsfähigsten Alter — die sichere Infektionsquelle nicht mehr vorhanden war. Die einwandfreie Nachprüfung dieser wichtigen Tatsache durch Untersuchungen der betreffenden Familien nach dem Kriege wird vielleicht in der richtigen Gegenüberstellung gewisse Anhaltspunkte über die Ausdehnung der Kindertuberkulose geben, eine Feststellung, die überhaupt für die Ausdehnung der Tuberkulose im allgemeinen als sicherstes Ergebnis ausschlaggebend ist. Ferner wird es an der Hand umfangreicher militärärztlicher Aufzeichnungen durch genaueste Kontroll- und Nachuntersuchungen möglich sein, über die Ausdehnung der Tuberkulose bei der männlichen Bevölkerung andere, günstigere statistische Zahlenverhältnisse zu gewinnen, die in den angeführten Beobachtungen und Erfahrungen eine natürliche und erfreuliche Erklärung finden.

Nur unter Ausnutzung dieser und anderer wertvoller Kriegserfahrungen und bei weitgehendster Inanspruchnahme fachärztlich geschulter und erfahrener Ärzte werden wir mit Erfolg den bevorstehenden Kampf gegen die aktive Tuberkulose aufnehmen können.

Insbesondere muss, als erster Grundpfeiler, die ärztliche Auswahl der Kranken für die Volksheilstätten auf eine wissenschaftlich einwandfreie Beurteilung Anspruch machen können, nachdem uns der Krieg mit zwingender Notwendigkeit über die Platzfrage in Lungenheilstätten eines anderen belehrt hat. Es darf fortan nicht mehr der allzusehr herausgekehrte Standpunkt vorherrschen, die Schwerkranken aus den Heilstätten fernzuhalten, sondern vielmehr alle diejenigen, bei denen nicht mit den üblichen diagnostischen Hilfsmitteln mit Sicherheit eine aktive Tuberkulose festgestellt werden kann. Sicherlich werden dann die statistischen Erfolge unserer Heilstätten ein anderes, allerdings weniger erfreuliches Bild geben, aber die wirklichen Erfolge werden, wie Büttner-Wobst (l. c.) ebenfalls mit Recht betont, in den Heilstätten mit der schlechtesten Statistik zu finden sein, weil dort die beste und zielbewussteste Arbeit geleistet wird. Auf diese Weise würde auch die Existenzfähigkeit mancher Heilstätten auf gesunderer Basis begründet sein und manchen Heilstättenarzt einer verständlichen Weitherzigkeit überheben, zu der er oft genug im Interesse einer gesunden Finanzierung seiner Anstalt notgedrungen gezwungen ist. Die Einrichtung und Erweiterung fach-

ärztlich geleiteter Beobachtungsstationen (Vor- und Durchgangstationen, wie sie vor dem Kriege bereits von 17 Versicherungsanstalten mit bestem Erfolg eingerichtet wurden, würden alsdann neben ihrer allgemein anerkannten notwendigen Zweckmässigkeit nicht allein die sicherste Gewähr für eine geeignete Auswahl unserer Volkshelilstätten bieten, sondern auch in ihrem wissenschaftlichen Ausbau allmählich zu massgebenden Forschungs- und Bildungsstätten heranwachsen, wie sie unserer ausgedehntesten, bösartigsten und doch so vielfach heilbaren chronischen Erkrankung — der Tuberkulose — zukommen.
