Dermatologie und Schule.

Ein Beitrag zur Hygiene.

Von

Alfred Lewandowski (Berlin).

Alte Liebe rostet nicht und man soll über seine neuen Freunde die früheren nicht vergessen. An diese guten Sprüche wurde ich erinnert, als sich mir die ehrenvolle Gelegenheit bot, zu der vorliegenden Festschrift einen Beitrag zu liefern. Die Dermatologie, die ich jederzeit im Hinblick auf die gesamte Medizin zu betrachten mich bemüht habe, ist mir auch in späteren Jahren, nach meinem offiziellen Ausscheiden aus der spezialistischen Tätigkeit, ein Gegenstand besonderen Interesses geblieben. So war es nur natürlich, daß unter den Problemen, denen ich mich in meinen schulhygienischen Arbeiten zuwandte, die Beziehungen der Schule zur Dermatologie mich besonders anzogen. So habe ich schon im Jahre 1903 in der „Berliner freien schulärztlichen Vereinigung“ die Aufmerksamkeit der Schulärzte auf die Hautkrankheiten der Schule durch einen Vortrag gelenkt, in dem die allgemeinen Gesichtspunkte für die Diagnose und für die Behandlung festgesetzt wurden.¹⁾ Die Hautkrankheiten, welche das Kindesalter treffen, sind ja im allgemeinen nicht verschieden von denen des erwachsenen Menschen. Immerhin gibt es Affektionen, welche nicht nur das Kindesalter bevorzugen, sondern auch durch einen beson-

¹⁾ Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte 1904/05 von Arthur Hartmann, Berlin 1905. W. u. S. Löwenthal. p. 11.

deren Verlauf eine Differenz zeigen gegenüber ihrem Auftreten bei Erwachsenen. Dazu kommt, daß durch den Schulbesuch selbst mit seinem nahen Verkehr der Kinder untereinander während des Unterrichtes, im Spiele usw., aber auch schon allein durch die Ansammlung vieler Menschen in einem Raume Luftverschlechterung, Erschwerung der Ausdünstung, kurz Bedingungen geschaffen werden, welche vorhandene Hautaffektionen ungünstig beeinflussen, vor allem aber bei konstitutionellen Erkrankungen die individuelle Widerstandskraft herabsetzen.

Für den Schularzt scheint ja ein Gesichtspunkt der allgemeinen Hygiene sich zunächst von selbst aufzudrängen, das ist die Möglichkeit der Infektion und die Bestrebungen zu ihrer Verhütung. Man denkt vor allem dabei an die akuten Exantheme; doch sind gerade über das schulhygienische Vorgehen bei diesen Erkrankungen überall so exakte Bestimmungen getroffen, daß hier darauf nicht näher eingegangen zu werden braucht. Nur erwähnt seien noch von ansteckenden Krankheiten das Erythema multiforme und nodosum, die impetigo contagiosa, ferner Skabies, pediculosis und die durch Trychophyton tonsurans hervorgerufenen Erkrankungen. Die Erytheme, die wir unter die Gruppe der akuten Infektionen rechnen müssen und die in naher Beziehung zum Gelenkrheumatismus stehen, geben wohl nur dann Veranlassung zum schulärztlichen Einschreiten, wenn sie epidemischen Charakter annehmen. Solche Epidemien kommen besonders in der Zeit der Witterungsumschläge zur Beobachtung. Zu einem schulärztlichen Eingreifen wird wohl nur bei sehr schweren Epidemien Veranlassung sein. Der Ausschluß der erkrankten Schüler hat selbstverständlich schon im Interesse der übrigen Kinder zu erfolgen.

Die Impetigo contagiosa, eine wenn auch äußerlich unerfreuliche, so doch an sich harmlose und prognostisch günstige Affektion, erfordert eine etwas speziellere dermatologische Besprechung wegen ihrer Ähnlichkeit und leichten Verwechslung mit dem Eczema impetiginosum. Es können Fälle eintreten, bei denen man von einer mit Eiterbläschen bedeckten Haut zunächst nicht mit Sicherheit sagen kann, ob man es mit

einem Falle von *Impetigo contagiosa* oder von *Eczema impetiginosum* zu tun hat. Da kann nur die genetische Feststellung retten. Nun sind aber die eitrig-impetiginösen Erscheinungen bei der *Impetigo* das primäre, während sie beim Ekzem erst ein sekundäres, zu dem zuerst erschienenen Ekzem nach einigen Tagen hinzugetretenes Moment bilden. Das Krankheitsbild an sich kann aber durchaus ähnlich werden. Man würde jedoch nach der Seite der Übertragbarkeit hin zu falschen Schlüssen gelangen, wollte man Fälle von impetiginösem Ekzem als kontagiöse Erkrankungen deuten und danach seine Maßnahmen treffen. Es ist deshalb bei zweifelhaften Fällen die Erforschung der Anamnese und der Entstehungsgeschichte der Erkrankung aufs sorgfältigste vorzunehmen.

Einzelne Fälle von *Impetigo contagiosa* werden übrigens kaum Veranlassung zu einem schulärztlichen Eingreifen geben. Der Ausschluß der einzelnen Kinder vom Schulbesuch rechtfertigt sich schon aus ästhetischen Gründen. Bei großer Ausdehnung der Erkrankung, z. B. bei $\frac{1}{3}$ der Klassenangehörigen, auch bei Vorkommen mehrerer Fälle in anderen Klassen, ist die Frage des Schlusses der Hauptinfektionsklasse zu erwägen.

Ich hatte vor einigen Jahren Gelegenheit, aus Anlaß einer angeblichen *Impetigo*infektion nach Pockenimpfung eine ganze Reihe von Schulen zu untersuchen. Ich riet damals dem Kreisarzte, der sich amtlich dafür interessierte, von irgendwelchen einschneidenden Maßnahmen ab, da ich ihm trotz vereinzelter Fälle von *Impetigo* sonst eine vollkommen beruhigende Auskunft geben konnte. Der weitere Verlauf gab meiner Auffassung auch recht. Bis zu welcher Ausdehnung übrigens *Impetigo* vorkommen kann, erläutert folgendes Beispiel. 1896 erkrankten im Lehrerseminar zu Pirna $\frac{4}{5}$ der Insassen. Als Grund wurde der unreine Zustand der gemeinschaftlichen Waschräume festgestellt, hinter denen sich dumpfige, stockige Gebrauchsgegenstände wie Schwämme, Waschlappen, Zahnbürsten usw. vorgefunden hatten; auch fand man Restschmutzigen Wassers. Die Anstalt wurde auf mehrere Wochen behufs gründlicher Reinigung geschlossen.

Bei der Skabies ist in jedem einzelnen Falle strengstes und schnellstes Eingreifen des Schularztes dringend zu fordern.

Jedes skabiöse oder Skabies verdächtige Kind ist sofort vom Unterricht auszuschließen und, soweit dies durch den Einfluß des Schularztes zu erreichen ist, in ärztliche Behandlung zu geben. Ferner hat sich die Sorge auch auf die Familie und die Angehörigen des Kindes zu erstrecken. Das Kind darf nicht eher wieder zum Schulbesuch zugelassen werden, bis jeder häusliche Infektionsherd vernichtet ist. Das Lehrpersonal ist anzuweisen, jeden Fall, wo sich ein auffälliges Kratzen bei einem Kinde bemerkbar macht, umgehend dem Schularzt zuzuführen. Nur wenn diese Anordnung strikte befolgt wird, läßt sich die Ausdehnung der Skabies verhindern.

In gleicher Weise energisch ist bei der Pediculosis (Läuse-sucht) vorzugehen, von der besonders die Mädchenschulen heimgesucht werden. Es hat sich in den letzten Jahren die Gefahr der Pediculosis ganz erheblich verringert. Es handelt sich immer nur noch um vereinzelte Fälle und unter diesen nur um ganz wenige sehr schwerer Art. In meiner früheren poliklinischen Tätigkeit in der Charité hatte ich weitaus häufiger Gelegenheit, Pediculosis bei Schulmädchen zu beobachten. Es bestehen genaue Vorschriften, wie die Direktoren unter Mitwirkung des Schularztes bei mit Läuse behafteten Kindern zu verfahren haben. Den Kindern werden gedruckte Formulare mitgegeben, auf denen Ratschläge zur häuslichen Behandlung vermerkt sind. Die Wiedenzulassung zur Schule erfolgt nur nach Begutachtung durch den Schularzt. Auf die mannigfachen therapeutischen Maßnahmen, die dabei in Frage kommen, kann im Rahmen dieser Festgabe wohl verzichtet werden.

In Wiesbaden, welches recht rigoros in der Bekämpfung der Pediculosis vorgeht und bei starker Anhäufung das Abschneiden der Haare als unbedingt notwendig bezeichnet, wird auch die Polizeidirektion zur Mithilfe herangezogen. Ich glaube, daß das Abschneiden der Haare doch ein recht grausames Verfahren darstellt und daß zunächst immer noch ein Versuch mit der Erhaltung der Haare gemacht werden soll. Nicht uninteressant ist das ausgesprochene Krankheitsbild der Pediculosis wegen seiner Beziehung zur Skrofulose. Wie auch schon Neumann¹⁾ erwähnt, ist es zweifellos, daß Kinder mit

¹⁾ Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1896. Nr. 4. p. 8.

Ekzemen, Drüsenschwellungen am Halse und Nacken — Dinge, die sehr häufig im Verlauf der Pediculosis zu konstatieren sind — oft mit der Diagnose Skrofulose versehen werden, während es sich in Wirklichkeit um vernachlässigte Pediculose handelt. Nur die allergenaueste Untersuchung auf Eier kann dort vor recht empfindlichen Irrtümern schützen. Oft werden solchen Kindern Leberthran, Seebäder usw. verordnet, während die Läuse jahraus jahrein, von diesen Maßnahmen unberührt, ihre verderbliche Tätigkeit weiter fortsetzen.

Die durch *Pulex* und *Cimex* hervorgerufenen Affektionen werden ja wohl selten einen solchen Grad annehmen, daß ein Eingreifen der Schule sich notwendig machen sollte. In extremen Fällen wird nach Analogie der bei der Pediculose bewährten Maßnahmen zu verfahren sein.

Daß auch unter besonders günstigen Umständen die durch *Trichophyton tonsurans* hervorgerufene Erkrankung — unter dem Namen Herpes tonsurans bekannt — epidemischen Charakter annehmen kann, mögen zwei Beispiele erläutern.¹⁾ Im Stettiner Waisenhaus erkrankten 1903 zwölf Knaben an Herpes tonsurans. Die Infektion wurde nachweislich durch einen Knaben verursacht, der die Krankheit eingeschleppt hatte. Prophylaktische Desinfektion der Gesunden und Isolierung der Erkrankten verhinderte weitere Ausbreitung. Ferner erkrankten, wie Werther, Oberarzt am Stadtkrankenhaus Friedrichstadt, berichtet, 17 von 30 Kindern eines dortigen Internats an Trych. tonsurans. Ich selbst habe eine derartige Weiterverbreitung von Trych. tonsurans niemals beobachtet; man ersieht aber aus dem mitgeteilten Beispiel, wie wichtig unter Umständen eine frühzeitige Erkennung und Isolierung sein kann. Im Anschluß hieran möge an die bekannte Epidemie von Mikrosporie erinnert werden, die vor einigen Jahren in Schöneberg auftrat und erhebliche Beunruhigung hervorrief. Als therapeutisch-prophylaktisches Kuriosum mag angeführt werden, daß die Kommune Schöneberg mit raschem Entschlusse sämtliche männliche Volksschulkinder — bei Mädchen wurde Mikrosporie nicht beobachtet — zu energischem Haarscheren

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 46. 1903. (Referat) und Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XXXVI. Nr. 3. p. 36.

kommandierte, was eine Hausse auf dem Friseurmarkte hervorrief. Die Epidemie blieb bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen auf Schöneberg beschränkt, doch waren in Berlin noch lange Zeit hindurch sehr sorgfältige schulärztliche Untersuchungen notwendig, um die Gefahr einer Weiterverbreitung abzuwenden. Die Heilung der Erkrankten, die im Krankenhause vorgenommen wurde, nahm ungefähr 1—1½ Jahre in Anspruch.

Die bisher besprochenen Affektionen, die wegen der Übertragbarkeit, also wegen eines allgemeinen hygienischen Gesichtspunktes schulärztliches Interesse und Eingreifen erfordern, sind durchaus zu trennen von denen, die durch die individuelle Hygiene des einzelnen Kindes besondere Sorgfalt erheischen. Es kommt zunächst hier die Skrophulose in Betracht. Ich muß es mir versagen, an dieser Stelle die sehr interessante Frage der Skrofulose und ihrer Beziehung zur Tuberkulose zu erörtern. Bekanntlich gibt es Forscher, die eine distinkte Skrofulose leugnen und nur eine Tuberkulose anerkennen wollen. So weit gehe ich nicht. Ich glaube aber auch, daß die Diagnose Skrofulose viel zu oft und auf Grund ungenügender Symptome gestellt wird. Ich darf nur an das vorhin bei der Pediculose Gesagte erinnern. Immerhin — und auf diesen Boden, glaube ich, kann man sich vorläufig einigen — gibt es eine ganze Reihe von Kindern, die eine ganz bestimmte Neigung zu Ekzemen und Drüsenschwellungen zeigen, eine Disposition, die wir mit dem Namen der skrofulösen Diathese belegen wollen. In der Mehrzahl der Fälle hat man es ja in der Schule in der Tat nicht mehr mit floriden Skrofulosenfällen zu tun. Es handelt sich da meist um mehr oder minder störende Residuen abgelaufener Prozesse. Doch kommen auch schwerere Fälle vor, die die Aufmerksamkeit des Schularztes durchaus in Anspruch nehmen. Die Aufgaben, die da unserer harren, sind schwierige, oft unlösbare. Sie greifen tief in das ganze soziale Getriebe proletarischen Großstadtlebens ein, das in der Wohnungsfrage seinen zentralsten und springendsten Punkt findet. Und so sollte auch von der Seite der Wohnungshygiene eine Lösung dieser Frage in jedem einzelnen Falle versucht werden.

Jeder Arzt, der viel skrofulöse Kinder gesehen hat, wird die Erfahrung gemacht haben — von Augenärzten ist sie besonders oft bestätigt worden — daß skrofulöse Veränderungen, die aller sonstigen Behandlung trotzten, durch einfachen Wechsel in den allgemeinen hygienischen Bedingungen, Klima, Pflege, Ernährung, Hautpflege usw. eine überraschende Tendenz zur Ausheilung annehmen. Ganz besonders ist mir dies bei skrofulösen Blepharitiden aufgefallen.

Danach ergeben sich für den Schularzt zwei Aufgaben. Erstens darf er ein so beschaffenes Kind bei der Rekrutenuntersuchung nicht einschulen resp. er muß es später aus-schulen und zweitens — und das ist der schwierigste Teil der Aufgabe — für Unterbringung in bessere hygienische Verhältnisse Sorge tragen. Hier müssen die mannigfachen, von den Kommunen und von den großen Wohlfahrtsvereinigungen gegründeten, zahlreichen und segensreichen Einrichtungen in die Bresche treten, hier kann der Arzt Eltern, denen sonst jede Aussicht verschlossen ist, ihre Kinder an die See oder aufs Land zu schicken, die Möglichkeit dazu verschaffen. Bedauerlicherweise fehlt trotz aller Mühe und Anregung die Tendenz, die so vielgestaltigen Fürsorgebestrebungen so zu zentralisieren, daß der Schularzt in die Lage versetzt wird, in intimer Fühlung mit der Zentrale je nach Lage des Falles sich eine oder andere der dieser angegliederten Institutionen für seinen besonderen Zweck dienstbar zu machen. Hoffentlich gelingt es auch, in dieser arg verfahrenen und zersplitterten Sache bald zu einem Ergebnis zu kommen.

Weist nun schon die Entfernung aus Schule und Haus bei skrofulösen Kindern erfreuliche Resultate auf, so trifft dies noch mehr und, wenn ich so sagen darf, fast mit experimenteller Exaktheit bei Kindern mit Prurigo zu, deren Betrachtung ich mich jetzt zuwenden möchte. Die Prurigo, bekanntlich eine nicht gar seltene Erkrankung des Kindesalters, macht der sicheren Erkennung häufig Schwierigkeiten durch das Vorhandensein konsekutiver Ekzeme, welche die Szene beherrschen und den pruriginösen Ursprung verdecken. Die Prurigo, in ihren Anfängen häufig nicht beachtet und nicht erkannt, nimmt ihren Ursprung in den ersten Lebensjahren und kann den von

ihr befallenen Menschen bis zu seinem Tode, oft unter recht quälenden Zuständen, begleiten. Nicht immer wird die wichtige Tatsache gewürdigt, daß häufig bei kleinen Kindern unaufgeklärte Urtikariaeruptionen (Nesselfieber) beobachtet werden, die als harmlose Urtikaria gedeutet, keiner besonderen Beachtung für wert gehalten werden. Es kann sich ja nun in der Tat um bedeutungslose Urtikaria handeln, aber häufig stellen diese Eruptionen den ersten Beginn der Prurigo dar, noch lange vor dem eigentlichen ersten Prurigoexanthem. Noch folgendes ist zu beachten. Diese Eruptionen, auch unter dem Namen *Strophulus* bekannt, führen durchaus nicht immer zu der schweren späteren Erkrankung, Prurigo.¹⁾ Der *Strophulus* oder wie es H en o c h nannte, *Lichen strophulus* stellt eine überaus häufige Erkrankung des frühesten kindlichen Alters dar, die, ohne Spuren zu hinterlassen, wieder verschwinden kann. Diejenigen Fälle aber, die man bei schulpflichtigen Kindern zu beobachten bekommt, sind nicht mehr als *Strophulus* anzusehen, sondern müssen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als echte Prurigo erkannt und gewürdigt werden. Die Therapie ist der echten Prurigo gegenüber verhältnismäßig machtlos. Immerhin vermag man durch sorgfältige Überwachung der Diät, vernünftige und regelmäßige Hautpflege in Gestalt von lokalen und allgemeinen Bädern, durch Aufenthalt in guter Luft auf die allgemeine Konstitution einzuwirken. Das Leiden wird dadurch zwar nicht beseitigt, aber doch in erträglichen Grenzen gehalten.

Ich durfte vorhin von experimenteller Exaktheit in den Erfahrungen bei pruriginösen Kindern sprechen. Diese Erfahrungen stammen zum Teil aus dem Material der Charité-Poliklinik, zum Teil verdanke ich sie meiner späteren schulärztlichen Tätigkeit. Es handelte sich da um eine Reihe von Schulkindern, bei denen zunächst der Versuch einer günstigen allgemeinen Beeinflussung durch die eben erwähnten Maßnahmen unternommen und auch in bescheidenem Maße erreicht wurde. Eine wirkliche Wendung ad bonum bekam die Sache aber erst, als die Möglichkeit sich ergab, für die kranken Kinder durch

¹⁾ Vergl. Blaschkos am 17./X. 1894 in der Berl. mediz. Gesellschaft gehaltenen Vortrag.

einen mehrmonatlichen Aufenthalt in frischer Luft, wenn auch natürlich immer noch unter recht bescheidenen sozialen Verhältnissen, andere, bessere hygienische Bedingungen zu schaffen. Die pruriginösen Erscheinungen, die noch vor der Abreise in voller Blüte konstatiert wurden, sind nach Aussage der Eltern oder anderer beobachtenden Personen in überraschend kurzer Zeit geschwunden. Diese Angabe war ja nicht von uns nachzuprüfen, aber sie war uns durch das überraschend ausgezeichnete Aussehen der Kinder, besonders der Haut, sofort nach der Rückkehr glaubhaft gemacht. Was aber konstatiert werden konnte, und — ich muß es sagen — leider konstatiert werden mußte, war, daß die Situation sich mit einem Schlage zum Nachteil änderte, sobald die Kinder auch nur kurze Zeit wieder in der gewohnten Umgebung waren. Der Ausschlag, das Jucken, die Ekzeme kamen wieder, die Kräfte verfielen und nach wiederholter Verschickung stets dasselbe Bild. Gewiß mag das zurzeit noch rohe Empirie sein, für die eine zureichende wissenschaftliche Erklärung fehlt. Schulärztlich sind diese Erfahrungen aber durchaus zu verwerten. Darum erneuere ich die Forderung: pruriginöse Kinder sind aus Schule und Haus zu entfernen und anderen klimatischen Bedingungen zuzuführen. Mögen manche Ärzte auch dem sogenannten Luftwechsel noch skeptisch gegenüberstehen — mir ging es früher ebenso — so überraschende Erfahrungen müssen uns den Mut geben, durch praktisches Handeln der wissenschaftlichen Erforschung dieser Probleme voranzugehen. Auch hier ist die Hilfe geeigneter Fürsorge- und Wohlfahrtsvereine in Anspruch zu nehmen. Ich hatte auch häufig den Eindruck, daß bei schweren Fällen von Psoriasis die Änderung der allgemeinen Lebensbedingungen und Wechsel des Klimas einen Einfluß auf die Konstitution und auf den Verlauf der Psoriasis äußerten.

Als ein trauriges Zeichen der trüben sozialen Verhältnisse, wie sie das großstädtische Berliner Leben nun einmal mit sich bringt, sei hier noch registriert, daß kein Berichtsjahr vergeht, in dem nicht einige Fälle von Geschlechtskrankheiten schulärztlicherseits zur Feststellung gelangten, darunter auch solche kriminellen Charakters.

1904. Bei einem zwölfjährigen Mädchen schwere Gonorrhoe. Der 17jährige Träger der Infektionsquelle wurde zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt. Gonorrhöischer Ausfluß bei Mädchen wurde mehrfach beobachtet, doch war außer dem eben erwähnten Falle nur einmal Verdacht sexueller Infektion wahrscheinlich. Ein Kind sollte wegen Knieanschwellung schulärztlicherseits vom Turnen befreit werden. Es wurde frische Syphilis der Haut, der Mundschleimhaut und am After festgestellt. Ursache nicht aufzuklären.

1905. Bei einem zwölfjährigen Mädchen einer 5. Klasse fand sich durch Verheimlichung eine primäre Syphilis in einer so hochgradigen Ausdehnung, wie man sie bei Erwachsenen kaum noch beobachtet. Infektionsquelle unauffindbar. Mehrere andere Fälle von frischer Syphilis mußten ausgeschieden und in Behandlung gebracht werden. Zwei Mädchen aus der untersten Klasse waren gemißbraucht und infiziert worden. Ein Knabe wurde dem Schularzt wegen Halsschmerzen zugeführt. Es handelte sich um Plaques. Der Vater, ein Kellner, war syphilitisch. Bei einem Klassenbesuch wurde bei einem Mädchen ein Hautausschlag, den es sich während der Ferien auswärts geholt hatte, als syphilitisch befunden. Die Ansteckungsquelle war nicht festzustellen. Bei 2 Geschwistern, einem 14jährigen Knaben und einem 10jährigen Mädchen, wurden Genitalaffektionen infolge von gemeinsam betriebener Blutschande vorgefunden.

1906. 3 Fälle von Syphilis und 2 von Gonorrhoe. In einem Schulkreis stellte der Schularzt eine Onanieepidemie bei mehreren Schülerinnen fest und konnte durch Beobachtung der Kinder und Aufklärung der Mütter zur Beseitigung des Übels beitragen.

1907. Ein Fall von Syphilis, 8 Fälle von Gonorrhoe, davon 7 bei Mädchen. Zweimal wurden Onanieherde entdeckt. Mit Hilfe der Lehrkräfte wurde dagegen eingeschritten.

1908. Gelegentlich der Einschulungsuntersuchung ein Fall von florider Syphilis, der der Charité überwiesen wurde.

Mehrere Fälle von Blutschande, die der Fürsorgeerziehung überwiesen wurden, 7 Fälle von Gonorrhoe bei Schülerinnen.

1909. 6 Fälle von Gonorrhoe bei zum Teil verwahrlosten Kindern. 4 davon wurden der Fürsorge überwiesen. In 2 Fälle wurden durch die Wassermannsche Reaktion Hautausschläge als syphilitisch bestätigt. In einem dritten Fall wurde eine syphilitische Affektion an der Oberlippe und im Rachen als „Skrofulose“ in der Familie behandelt.

Zu welchen Ausdehnungen übrigens gonorrhöische Infektionen gelangen können, soll folgendes Beispiel erläutern:¹⁾ Auf die Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart mußten im Jahre 1907 nach Schluß der großen Ferien 15 Mädchen im Alter von 7 bis 15 Jahren wegen Erkrankung an Gonorrhoe aufgenommen werden, die sie sich in einem

¹⁾ Münchener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 36.

Soolbade, wohin sie zur Erholung geschickt worden waren, zugezogen hatten. Es konnte festgestellt werden, daß die Ansteckung dadurch vor sich gegangen ist, daß die Mädchen mit einem erkrankten Kinde zusammen gebadet und mit demselben Badetuche abgetrocknet wurden. Um solchen Vorgang in Zukunft zu verhüten, ist die Untersuchung auf diese ansteckende Krankheit bei allen Kindern vorzunehmen, die in Asyle, Findelhäuser, Ferienkolonien u. dgl. aufgenommen werden sollen. Die städtischen Behörden von Stuttgart haben außerdem folgenden für andere Kommunen beachtenswerten Vertragsentwurf ausgearbeitet, der solche beklagenswerten Vorkommnisse in Zukunft zu verhüten imstande ist: „Die Beaufsichtigung der Kinder hat die Badeverwaltung zu übernehmen. Es ist hierzu eine in der Kinderpflege geprüfte oder wenigstens ausgebildete erfahrene, ältere Person zu verwenden. Die Verwaltung hat einen Hausarzt für die Dauer des Schulkinderbesuches anzustellen, welcher mindestens einmal in der Woche nach den Kindern zu sehen hat, erstmals spätestens am 2. Tage nach der Ankunft der Kinder. Zur Vermeidung der Verbreitung ansteckender Krankheiten werden die Schulkinder am Tage vor der Abreise untersucht. Jedes Kind bringt sein eigenes Handtuch mit, das mit der Nummer des Kindes zu versehen ist. Die Aufsicht hat streng darauf zu achten, daß eine gemeinsame Benutzung der Badetücher unterbleibt. Mehr als zwei Kinder dürfen im gleichen Badewasser nicht gebadet werden (?). Während des Bades und beim An- und Auskleiden hat die Aufsichtsperson darauf zu achten, ob sich bei einem Kinde irgendwie äußere Erscheinungen einer ansteckenden Krankheit (Ausschlag oder Ausfluß) bemerkbar machen. Finden sich solche Kinder, so sind sie alsbald dem Hausarzt vorzuführen. Jedes Kind hat sein eigenes Bett und nur dieses zu benutzen. Eine Verwechslung des Bettzeuges ist sorgfältig zu vermeiden. Die Aufsichtsperson hat sich täglich durch eine gründliche Inspektion der Betttücher davon zu überzeugen, ob irgendwelche Spuren von Krankheit sich zeigen. Die Aufsichtspersonen dürfen es absolut nicht dulden, daß ein Kind sich zum andern ins Bett legt. Falls eine ansteckende Krankheit oder der Verdacht einer solchen auftritt, hat die Aufsichtsperson unverzüglich

die ersten Maßregeln zu treffen und sobald als möglich den Hausarzt zuzuziehen.“

Ein Vorkommnis, wie das soeben beschriebene, legt natürlich die Frage nach der sexuellen Aufklärung nahe. Es besteht wohl kein Zweifel, daß die Schule gewiß die Pflicht, aber ebenso sicher auch das Recht hat, von sich aus als öffentliche Institution die Jugend auf die Gefahren zum Beispiel des Alkoholismus aufmerksam zu machen. In der in den letzten Jahren mit besonderem Eifer erörterten sexuellen Frage sind die Meinungen aber noch sehr geteilt. Bei Schülern der höheren Schule wäre ja in den oberen Klassen im naturwissenschaftlichen Unterricht, im Religionsunterricht und auch sonst bei geeigneten Gelegenheiten die Möglichkeit geboten, in ernster und sachlicher Weise das Sexualproblem zu behandeln. Ob sich dann daran die Aufklärung über die sogenannten Geschlechtskrankheiten — übrigens ein recht verunglückter Ausdruck, dessen steter Gebrauch sich nur aus dem Gesetz der geistigen Trägheit erklären läßt — anschließen soll, macht schon größere Schwierigkeiten. Man kann sehr wohl zwischen sexueller Aufklärung und sexueller Hygiene unterscheiden. Zur Belehrung in der ersten Richtung müßte sich das Elternhaus ausreichend erweisen. Für den zweiten Punkt käme nur der Arzt, besonders der Schularzt, zu dessen Unterstützung die Mitarbeit der Lehrer herangezogen werden müßte, als zuständige Instanz in Betracht. Nicht ohne Bedenken sind die psychischen Gefahren, die aus ungeeigneter, im Takt verfehlter Aufklärung über Geschlechtskrankheiten für das Individuum und für die Familie entstehen können. Darüber kann aber kein Zweifel herrschen, daß eine Notwendigkeit, Mütter, Lehrer und sonstige mit der Kinderpflege beauftragten Personen unverblümt aufzuklären, besteht. Das beweist das soeben aus Stuttgart berichtete Ereignis.

Die sexuelle Hygiene führt uns nun, nachdem wir bisher die Hautkrankheiten der Schule, ihre Bedeutung und Bekämpfung besprochen haben, zum zweiten Teil unserer Betrachtung, zur Prophylaxe der Hautkrankheiten der Schule, zur eigentlichen Schulhygiene der Haut.

Als ich im Jahre 1908 im Auftrage der „Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge“ daran ging, zum ersten

mal auf wissenschaftlicher Grundlage eine möglichst vollständige Feststellung aller derjenigen Einrichtungen und Maßregeln zu erzielen, die bisher in der deutschen Volksschule für die Gesundheit der Schuljugend getroffen sind, war es nur natürlich, daß in erster Reihe die Reinlichkeitsfrage, die ich in Verbindung mit der Gymnastik brachte, stand. Die Untersuchung,¹⁾ die in Form einer Rundfrage veranstaltet wurde, erstreckte sich auf alle deutschen Städte mit mehr als 10.000 Einwohner. Von 524 in Betracht kommenden Gemeinden hatten 481 geantwortet. Es standen also ungefähr 90% ausgefüllter Fragebogen für die wissenschaftliche Verarbeitung zur Verfügung, ein ebenso erfreuliches, wie ausnahmsweise reiches Ergebnis. Daß die ganze Materie und die Form der Erfragung den Gemeinden sehr gelegen, daß Gebiete behandelt wurden, auf denen fortzuschreiten allgemeiner Wunsch und Wille war, erhellte ebenso aus zahlreichen Randbemerkungen als wie aus den zahlreichen Nachbestellungen und aus der Abtrennung der mit den Fragebogen verbunden gewesenen Leitsätze, die augenscheinlich weitere nützliche Verwendung gefunden hatten.

Um das Ergebnis der Umfrage übersichtlicher zu machen, war die Untersuchung in fünf Größenklassen zerlegt worden: Städte 1. von 10.000—20.000, 2. von 20.000—30.000, 3. von 30.000—50.000, 4. von 50.000—100.000, 5. über 100.000 Einwohner.

Der umfangreiche Stoff hatte eine Gliederung in elf einzelne Punkte erforderlich gemacht. 1. Gymnastik und Reinlichkeitsfrage, 2. Erholungsfrage, 3. Ernährungsfrage, 4. Alkoholfrage, 5. Zahnfrage, 6. Fürsorge für sehr schwach-sichtige oder blinde Kinder, 7. Schwerhörigenfrage, 8. Sprachstörungen, 9. Nervenleiden, 10. Schwachbefähigtenfrage, 11. Tuberkulose. Ich beschränke mich natürlich hier auf den ersten Punkt unter Fortlassung der zur Gymnastik gehörenden Fragen. Die dabei gestellten Fragen waren folgende:

¹⁾ Ausübung und Ergebnisse der Schulhygiene in den Volksschulen des Deutschen Reiches nach dem Stande vom Sommer 1908, bearbeitet von R. A. Lewandowski-Berlin, B. G. Teubner-Leipzig.

1. Wird durch die Schulverwaltung Gelegenheit zu Schwimmbädern gegeben?

2. Wird auf Gemeindekosten Schwimmunterricht erteilt?

3. Sind in den Schulgebäuden Brausebäder vorhanden?

4. Bestehen umfassende Wascheinrichtungen zur gleichzeitigen Benutzung durch eine Mehrzahl der Schüler? Wenn ja: in der Nähe jeder einzelnen Klasse?

5. Ist nach dem Turnen oder Spielen in Turnhalle oder auf dem Spielplatz Gelegenheit gegeben zum Baden, Brausen oder zu einer Ganzabwaschung?

Die Leitsätze zu diesem Punkte enthielten folgendes: Zur Pflege der Reinheit müssen genügende Waschvorrichtungen vorhanden sein (Papier auf dem Abort). Beim Schulbeginn morgens sollte auf Reinlichkeit geachtet werden. Es ist zu wünschen, daß nach dem Turnen oder Spielen Gelegenheit gegeben werde zum Baden, Brausen oder wenigstens zu einer Ganzwaschung. Hieran schließen sich zweckmäßig Frottierungen zur weiteren Pflege der Haut an. Zwischen die Übungen, Turnen, Frottieren, können Tiefatemübungen eingeschaltet werden.

Wo die Umstände es gestatten, ist den Schülern Gelegenheit zu Schwimmbädern zu geben. Obligatorisch ist dieses Baden nur dann zu machen, wenn durch eine ärztliche Kontrolle unpassende Schüler ausgesondert werden. Besondere Berücksichtigung herzkranker, blutarmer, lungenkranker Kinder.

Die in drei Tabellen verarbeitete Statistik ergab nun, daß durch die Schulverwaltung an 250 Orten Gelegenheit zu Schwimmbädern gegeben war (davon 11 teilweise, 1 soweit Stiftungsmittel reichen, 1 versuchsweise, 1 klassenweise im Stadtbad, 1 klassenweise auf Stadtkosten im Privatbad, 1 klassenweise im 6 km entfernten Nachbarort, 1 statt der Turnstunde); außerdem standen an 17 Orten städtische Freibäder zur Verfügung, an 4 Orten boten Vereine reichliche unentgeltliche Schwimmbäder, 1 Ort hat Bassins gebaut, doch fehlte ihm genügendes Wasser zum schwimmen, 5 Orte planen die Einrichtung, in 1 ist sie bereits im Bau und 1 Ort hat infolge mehrerer Unglücksfälle die Sache aufgegeben.

Orte, in denen Schwimmunterricht auf Gemeindekosten erteilt wurde, gab es 95 (davon 4 teilweise, 2 durch Vereine

mit Geldunterstützung der Stadt, 1 benutzt die Turnstunde dazu, 1 zu ermäßigten Preisen im Stadtbad); außerdem fand unentgeltlicher Schwimmunterricht an 8 Orten durch Vereine, an 2 Orten auf Kosten der Bergverwaltung, an 1 Ort unentgeltlich durch Turnlehrer statt. An 4 Orten ist die Einrichtung geplant, an 2 Orten durch die Schulärzte beantragt.

Brausebäder in Schulgebäuden sind für 216 Orte nachgewiesen. Damit ist jedoch nicht gesagt, daß solche für alle Volksschulen und -schüler jener Orte vorhanden sind. In den meisten Fällen befinden sich Bäder nur in den neueren Schulgebäuden; sie lassen sich auch beim besten Willen in älteren Gebäuden oft nachträglich nicht anbringen. Eine Frage nach der Zahl der vorhandenen Bäder fehlt im Fragebogen. Diese würde aber, wenn sie vorhanden wäre, auch kein richtiges Bild für den Umfang der Benutzung geben, da, wie aus den Randbemerkungen im Fragebogen ersichtlich ist, in einer ganzen Reihe von Orten ein vorhandenes Schulbrausebad von mehreren Schulen benutzt wird. 9 Orte, und es mögen wohl noch mehr in gleicher Lage sein, teilen mit, daß bei ihnen in Ermangelung von Schulbrausebädern die Schüler ins städtische Brausebad geführt werden; in 2 Orten steht zu diesem Zweck ein Privatbad zur Verfügung. In 1 Ort wird seit Bestehen des Stadtbades das Schulbad sogar nicht mehr benutzt. 1 Ort berichtet über ein Schulbrausebad, das aber nicht für Schüler sei und 1 über ein solches, das nicht benutzt werden dürfe. 16 Orte haben Stauanlagen geplant, in einem Orte ist eine solche bereits im Bau und 1 wird durch den Schularzt beantragt. In Berlin bestehen zurzeit d. h. im Etatsjahr 1911/12 306 Gemeindeschulen. Von diesen besitzen 50 Brausebäder. Es benutzten im Jahre 1910 515.761 Knaben und 307.743 Mädchen, zusammen 832.504 (im Jahre 1909 791.543) die Brausebäder. Die Kosten eines Bades stellten sich auf 9·44 Pfennige (9·48 Pfennige in 1910). Für die unentgeltliche Benutzung der Flußbadeanstalten wurden mehr als 100.000 Dauerkarten ausgegeben.

Umfassende Wascheinrichtungen zur gleichzeitigen Benutzung durch mehrere Schüler sind wohl auch nur in neueren Schulgebäuden zu treffen. 73 Orte (22 teils) weisen diese

Einrichtung nach, 1 davon außerdem auch auf den Aborten 1 Ort hat sie nur bei den Schülerwerkstätten und Schulküchen, 2 Orte planen sie. In der Nähe jeder einzelnen Klasse sind sie nur in 48 (18 teils) Orten nachgewiesen. In 24 Orten (darunter in 8 teilweise) ist nach dem Turnen oder Spielen Gelegenheit zum Baden, Brausen oder Ganzwaschungen gegeben. 3 Orte planen diese Einrichtung.

Aus dem mitgeteilten Material geht erfreulicherweise hervor, welch große und hoffentlich immer noch steigende Beachtung Behörden und private Vereinigungen allen der Pflege der Haut dienenden Bestrebungen und Einrichtungen angedeihen lassen. Vieles ist aber noch zu tun. Es bedarf weiteren Zusammenarbeitens von Hygienikern, Dermatologen und der Mitwirkung des Lehrpersonals, ohne deren Hilfe die notwendigen Maßnahmen nur mangelhaft durchgeführt werden können. Sache der sozialen Hygiene ist es, unermüdlich Staats- und Kommunalbehörden auf die Wichtigkeit und Bedeutung hygienischen Fortschreitens hinzuweisen. Die Jugendpflege in ihren umfassendsten Emanationen gilt es auszubauen und sicherzustellen. Mögen meine bescheidenen Ausführungen dazu beitragen, auch in dem engeren Kreise dermatologischer Fachgenossen das Interesse an der Wohlfahrt unserer Jugend in immer wachsendem Maße zu befestigen.