Eine Frage zur Anzeigepflicht.

Von Dr. J. Preuss in Berlin.

Es ist noch nicht lange her, dass es bei den Praktikern für selbstverständlich galt, dass man die Diphtherie von der Angina lacunaris und diese wieder von der Scharlachangina — andererseits den genuinen Croup von der Kehlkopfdiphtherie zu unterscheiden habe. Die Anschauungen haben sich geändert. Zuerst richtete sich der Sturm gegen die Annahme der folliculären Angina als Morbus sui generis, und gewiss wird mancher Beobachter in derselben Familie zur selben Zeit Fälle von zweifelloser Diphtherie und ebenso zweifelloser Angina lacunaris gesehen haben, so

dass wohl die Meinung entstehen konnte, die letztere Krankheit sei eine Spielart der Diphtherie, vielleicht eine minder schwere Form. Den principiellen Unterschied der Scharlachnekrose von der Diphtherie vertheidigen auch jetzt wahrscheinlich nicht nur diejenigen, welche in der Praxis regelmässig „Scharlach und Diphtheritis“ diagnostizieren. Der genuine Croup führt überhaupt nur noch ein verschämtes Dasein und scheint im langsamen Absterben begriffen. Alle diese Fragen sind aber hinfällig, wenn sich am Ende herausstellen sollte, dass die Bacteriologen mit ihrer Behauptung Recht haben, dass man eine Diphtherie makroskopisch überhaupt nicht erkennen könne und nur nach dem Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung Anginen mit oder ohne Bacillenbefund zu unterscheiden habe.

Bis zur Schlichtung dieses Streites wird wohl noch viel Wasser ins Meer laufen, und man könnte bis dahin ruhig jeden nach seiner Façon selig werden lassen, schreiben nicht Polizeigesetze an allen Ecken des Vaterlandes die Meldepflicht für Diphtheriefälle vor. Namentlich in der mittleren und kleinen Bevölkerung bietet diese Pflicht eine Quelle ewigen Aergernisses für den Arzt, das man jedoch im Laufe der Jahre in den Kauf nehmen zu müssen sich gewöhnt hat; diese Pflicht kann aber noch weit ernstere Folgen haben, wenn in dem Wirrwarr der oben skizzirten Meinungen nicht Klarheit geschaffen wird. Was ist jetzt Diphtherie, die ich zu melden habe? Ist die lacunäre Angina Diphtherie? Ist Scharlachnekrose als Diphtherie zu melden? Schicke ich ein Kind mit einer Halsentzündung, die ich für Diphtherie halte, ins Krankenhaus und erstatte pflichtgemäss die Anzeige, der Bacteriologe findet aber keine Bacillen, so erklärt er den Eltern: „es ist keine Diphtherie,“ und sie sind mir doppelt böse, dass ich ihnen den Trubel und — last not least — die Kosten der Desinfection gemacht habe, noch dazu aus purer Unwissenheit; denn in den Augen des Publikums (und seinen eigenen) besitzt der jüngste „Volontärassistent“ eines Krankenhauses mehr Wissen und Autorität, wie der älteste Medicus vulgaris. Schlimmer ist der umgekehrte Fall, wenn bei einer Erkrankung, die wir für die relativ leichte Angina lacunaris halten, der Bacillenbefund positiv ausfällt. Dann erstattet das Krankenhaus Anzeige und der behandelnde Arzt —?

Einfacher liegt die Sache in Bezug auf den Scharlach. Das Regnativ von 1835, das in den alten Provinzen noch zu Recht besteht, machte die Aerzte nur anzeigepflichtig, wenn „besonders bösartige und besonders zahlreiche Scharlachfälle ihnen vorkommen“. Die Berliner Polizeiverordnung vom 6. Juni 1887, die seitdem vielfach wiederholt ist, nennt zwar unter den meldepflichtigen Infectiouskrankheiten den Scharlach überhaupt nicht, doch geht bekanntlich Landesgesetz vor Polizeigesetz. Wann die beiden im Regnativ geforderten Voraussetzungen — besonders bösartig und besonders zahlreich — für die Praxis des Einzelnen, besonders in der Grossstadt, gegeben sind, bleibt natürlich dem berühmten pflichtgemässen Ermessen überlassen. Daran ändert auch nichts, dass die Verordnung derselben Behörde vom 3. Juli 1893 die Haushaltungsvorstände verpflichtet, bei jedem Fall von bösartigem Scharlach die Desinfection zu beantragen. Woran Gevatter Schneider und Handschuhmacher die Bösartigkeit zu erkennen haben, soll uns wenig Sorge machen, aber was augenblicklich amtlich Diphtherie heisst, das müssen wir wissen.

— **Bollinger, Ueber Schwindsuchtsterblichkeit in verschiedenen Städten Deutschlands nebst Bemerkungen über Häufigkeit der Rindertuberkulose.** München, J. F. Lehmann, 1895. 1,00 Mk. Ref. Th. Sommerfeld (Berlin).

Eine annähernd zuverlässige Statistik über die Mortalitätsverhältnisse der Tuberkulose wird immer eines der ersten Postulate sein, wenn es sich darum handelt, die Wirksamkeit prophylaktischer Maassregeln gegen die Weiterverbreitung dieser Volksseuche zu beurtheilen.

Eine einwandsfreie Statistik der Tuberkulosemortalität ist schwer aufzustellen; das Krankenhausmaterial ist kaum zu verwerthen, und auch die amtlichen Nachrichten sind unvollständig, weil viele tuberkulöse Erkrankungen nicht als solche bezeichnet werden. Immerhin bleiben die Mortalitätslisten der Städte das zuverlässigste Material. An der Hand der „Berichte über die Sterbefälle in München“ giebt Bollinger eine Uebersicht über die Häufigkeit der Tuberkulose in 19 grossen Städten Deutschlands und Oesterreichs. Dieselbe lässt überaus bedentliche Unterschiede in den einzelnen Städten erkennen. Es starben an Tuberkulose auf 10 000 Einwohner in Wien 61,51, in Nürnberg 45,16, München 37,32, Dresden 33,05, Berlin 31,43, Hamburg 30,15, Stuttgart 26,27, Görlitz 21,80. In 14 Städten konnte in den letzten zehn Jahren eine zweifellose Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit festgestellt werden. Die Abnahme schwankte zwischen 3 und 22‰ und betrug speciell für München in den letzten 25 Jahren 17,6, wie Bollinger in Uebereinstimmung mit v. Ziemssen nachweist.

Gleichsam als Ergänzung der für die Stadt Frankfurt gefundenen Zahlen verwerthete Bollinger das Material des pathologischen Instituts, und auch hier zeigte sich eine Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit. Eine analoge Abnahme weist auch die Kindersterblichkeit in München auf.

Wenn bei dem Sinken dieser Volkskrankheit auch prophylaktische Maassregeln eine gewisse Rolle spielen, so wird man den Hauptantheil doch der Assanirung der Städte und dem Zuzug eines gesunden und widerstandsfähigen Menschenmaterials vom Lande zuschreiben müssen.

Im Anschluss an vorstehende Erörterung der menschlichen Tuberkulose folgen einige Angaben über die Rindertuberkulose und deren Häufigkeit auf Grund neuerdings gemachter Erfahrungen. Die Ursachen der geradezu erschreckenden Verbreitung der Tuberkulose und ihrer Steigerung liegen wahrscheinlich in der Verminderung des Weidetriebs, der gesteigerten Milchproduction, der ungeeigneten Ernährung sowie in der übermässig cultivirten Inzucht. Das in Dänemark begonnene energische staatliche Vorgehen zur Bekämpfung der gemeingefährlichsten Thierseuche verdient alle Anerkennung und dürfte auch in Deutschland zur Nachahmung aneifern.

— **Reuss j. L. Gesetz, das Hebammenwesen betreffend, vom 20. April 1895.** Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 1896, No. 2. Ref. Dührssen (Berlin).

Das vorliegende Gesetz enthält manche nachahmenswerthe Bestimmung. Die Desinfectionsvorschriften sind präciser gefasst als in der preussischen Anweisung vom Jahre 1888 und in dem neuen preussischen Hebammenlehrbuch. Im Interesse der wirklichen Durchführung der Antisepsis muss es lobend hervorgehoben werden, dass das Gesetz die Anwendung des Lysols gestattet — eine 2‰ige Lösung ist allerdings, ebenso wie die 5‰ige Carbolsäurelösung, zu scharf.

Suspendirte Hebammen erhalten täglich 3 M. Entschädigung aus der Staatskasse, Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bis zu sechs Wochen bestraft.