Oeffentliches Sanitätswesen.

Zur Frage der Fürsorge für die Tuberkulösen im vorgeschrittenen Stadium.

Von Dr. Wilhelm Croner, Assistenzarzt an der medicinischen Universitätspoliklinik in Berlin.

In Folge der Einrichtung der besonderen Sprechstunde für Lungenkranke in der Universitätspoliklinik und der mit dieser Neueinrichtung in Verbindung stehenden zahlreichen Zeitungsnotizen hat die Zahl der Lungenkranken, welche die Poliklinik aufsuchen und welche aus äusseren Gründen zum Theil die allgemeine Sprechstunde in Anspruch nehmen, in erschreckender Weise zugenommen.¹⁾ Wie nach Eröffnung des Staatsinstituts für Röntgenstrahlendurchleuchtung zahlreiche Kranke der trügerischen Hoffnung lebten, von langjährigen, bisher für unheilbar gehaltenen Krankheiten befreit werden zu können, so glauben jetzt die unglücklichen Phthisiker, oder solche, welche es zu sein wähnen, in der Universitätspoliklinik sei ihnen ein Messias erstanden. Wenn denselben nun nothgedrungener Weise die Ueberzeugung zu Theil wird, dass die Behandlungsweise hier auch nicht wesentlich von der ihnen meist bisher zu Theil gewordenen abweicht und dass das Institut mehr diagnostischen als therapeutischen Zwecken dient, so werden sie in tiefe Trauer zurückversetzt, und es wird verständlich, wenn ich von einer Zunahme in „erschreckender Weise“ spreche. Denn für den Arzt der Poliklinik, welcher von dem Standpunkte ausgeht, dass das Institut nicht allein wissenschaftlichen Zwecken dient — bleibt ja die physikalische Frühdiagnose der Lungentuberkulose für den Praktiker stets eines der interessantesten und wichtigsten Gebiete trotz Tuberkelbacillen und Diazoreaction —, ist die Behandlung der Phthisiker eine traurige Arbeit, da er der Krankheit so gut wie machtlos gegenübersteht. Für den Tuberkulösen im Initialstadium, der ja jetzt das Schooskind aller Therapeuten ist, stimmt dies vielleicht nur in bedingtem Grade. Aber auch hier steht es in der Praxis nicht so wie in der Theorie. Wir Aerzte wissen zwar jetzt, und auch eine grosse Anzahl von Laien hat es erfahren, dank dem regen Interesse, welches besonders durch den Tuberkulosecongress sich in der Arbeiterbevölkerung für die Lungenschwindsucht geltend macht, dass die beste, wenn nicht einzige Behandlungsmethode, durch welche Rettung zu erhoffen ist, in Heilstätten ausgeübt wird. Wie aber steht es mit der Aufnahme in diese Heilstätten? Einmal ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze nicht dem Ansturm gewachsen; die Patienten, welche bereit zur Aufnahme sind, müssen oft monatelang warten und erhalten die Aufforderung zur Aufnahme vielleicht in einem Zeitpunkt, in welchem die Krankheit bereits zu weit vorgeschritten ist. Sodann bieten sich den Kranken aber weitere Schwierigkeiten dadurch, dass ihre pecuniäre Lage es ihnen selbst bei Gewährung eines Freibettes nicht gestattet, ihre Familie so lange Zeit unversorgt zu lassen. Bei dem regen Interesse, welches jedoch jetzt der Heilstättenfrage zugewendet wird, steht zu erwarten, dass im Laufe der Zeit auch diese Schwierigkeit überwunden werden wird.

Schlimmer steht es mit den Tuberkulösen, deren körperlicher Zustand die Hoffnung auf eine Wiederherstellung oder auch nur auf eine Besserung nicht mehr rechtfertigt. Man wende mir nicht ein, dass

¹⁾ Anmerkung bei der Correctur. Inzwischen ist die Zahl der Lungenleidenden in der Universitätspoliklinik und vermuthlich auch in der jetzt räumlich davon getrennten Poliklinik für Lungenleidende auf ein Normalmaass gesunken.

dieselben doch rettungslos verloren sind und daher eines besonderen Interesses nicht bedürfen. Dieser Standpunkt, den in einem ärztlichen Verein, als die Heilstättenfrage zuerst angeregt wurde, ein hiesiger Arzt vertrat mit dem leider ihm unwidersprochen gebliebenen Hinweis, dass die Aerzte im Kriege auch die schwer Verletzten liegen liessen, dieser Standpunkt ist in hohem Grade inhuman und des Arztes unwürdig.

Die expectative Behandlung ist heute der symptomatischen gewichen. Wenn wir auch nicht heilen können, so besitzen wir doch genug Mittel und Wege, um selbst einem unheilbar Kranken Erleichterung zu schaffen. Nun ist aber die Erleichterung, welche wir in der Poliklinik gewähren können, nur äusserst gering. Es wird wohl niemand glauben, dass dem Kranken viel damit geholfen ist, wenn wir ihn veranlassen, seine spärlichen Baarmittel noch in die Apotheke zu tragen. Alle so warm empfohlenen Schwindsuchtsmittel, Creosot, Guajacol, Guajacetin und selbst das vielgepriesene Creosotal vermögen die Gesundheit nicht wiederzubringen. Man ordne recht nahrhafte und reichliche Kost an. Viel Milch! Alle Nährpräparate mögen empfohlen werden von der Somatose bis zum Tropon und Plasmon. Was verschlägt dies, wenn man einen Blick hinter die Coulissen wirft und sieht, wie es in der Familie eines schwindsüchtigen Arbeiters und Familienvaters aussieht. Der Mann hat seit Monaten nicht mehr arbeiten können, die Frist der Krankenkasse ist abgelaufen, die letzten Ersparnisse sind an Arzt und Apotheker, vielleicht auch an einen Kurfürscher veransgabt, die meisten Werthsachen verkauft oder auf dem Leihamt. Die Frau, welche arbeiten könnte, muss im Hause bleiben, um den Mann zu pflegen, und vermag nur hier und da durch spärlich bezahlte Arbeit sich ein paar Groschen zu verdienen. Lange dauert es, bis man sich entschliesst, von der Armendirection eine Unterstützung zu erbitten. Leider ist diese nur in den wenigsten Fällen ausreichend, um dem Unglück gänzlich zu steuern.

Dass man einem Manne, der neben seiner schweren Krankheit ein derartiges häusliches Elend erdulden muss, in der Poliklinik nicht viel helfen kann, selbst wenn man im Stande ist, ihm freie Arznei zu gewähren, liegt auf der Hand. Es bleibt demnach das ratsamste, einen solchen Kranken anzuweisen, sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Man könnte dagegen einwenden, dass der Kranke dadurch gehindert wird, die ihm so nützliche freie Luft in genügendem Maasse zu geniessen. Dem möchte ich entgegenhalten, dass gerade im Krankenhaus, von denen doch die meisten mit mehr oder weniger grossen Parkanlagen verbunden sind, sich für den Kranken hierzu mehr Gelegenheit bietet, als wenn er in seiner Häuslichkeit bleibt. Die letztere befindet sich doch meist in einer eng bebauten Gegend, in welcher von frischer Luft nicht viel zu merken ist, dazu noch in einem hohen Stockwerke, so dass der Patient meist bereits ermüdet ist, wenn er auf die Strasse gelangt. Fürbringer hat seiner Zeit bei einer Discussion über die Lungenheilstättenfrage sich in ähnlichem Sinne ausgesprochen, indem er sagte: „Die beste Luft Berlins weht im Friedrichshain, und sie, die keine Poliklinik, keine häusliche Pflege in der Stadt schaffen kann, geniessen Tag für Tag unsere ambulanten (Redner meinte nicht bettlägerigen) Phthisiker.“

Ich finde mich, wie ich glaube, in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl derer, welche sich mit dieser Frage befasst haben, wenn ich eine Krankenhausbehandlung der vorgeschrittenen Tuberkulösen der ärmeren Klasse für indicirt halte. Ich kann hier nicht auf alle Einzelheiten eingehen, durch welche die Anstaltsbehandlung vor der häuslichen Behandlung den Vorzug verdient. Die Frage ist zu oft erörtert, und es liegt nicht in meiner Absicht, das allgemein Bekannte hier zu wiederholen. In den zahlreichen Verhandlungen (Verein für innere Medicin, Verhandlungen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Leipzig 1892, Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege, X. internationaler medicinischer Congress) sind sie zur Genüge betont worden. Bereits in seinem Vortrage über Pneumothorax tuberculosis nebst Bemerkungen über Heilstätten für Tuberkulöse (Verhandlungen des Vereins für innere Medicin 1889/90, S. 223) weist v. Leyden darauf hin, dass Tuberkulöse in den vorgeschrittenen Stadien und bei schweren Complicationen der vollständigen Hospitalpflege bedürfen und nur in Hospitälern behandelt werden können. Auch Rosin wendet sich nach den Erfahrungen, welche er in den englischen Schwindsuchtsospitälern gesammelt, besonders gegen eine ambulante Schwindsuchtsbehandlung. Er kann sich nicht auf den Standpunkt stellen, dass sie auch bei eingehendster Berücksichtigung der Patienten von dauerndem Werthe sein könne; er ist vielmehr der Ansicht, dass auf diesem Wege nur gewisse quälende Symptome, Husten, Schweisse etc., gemindert, der Prozess selbst aber in wirksamer Weise nicht beeinflusst werden kann. Dies rechtfertigt es vielleicht, wenn ich es wage, einiges über die bisherige Art der Fürsorge für die Tuberkulösen in den Krankenhäusern auseinanderzusetzen. Ich glaube, dass dies im jetzigen Zeitpunkte um so eher angebracht ist, da momentan in Berlin und den Vororten so viele Krankenhäuser geplant oder gebaut werden, dass ich mich der Hoffnung hingeben kann, dass wenigstens etwas von dem von mir Erstrebten erreicht werden wird.

Bisher ist der Phthisiker in keiner Krankenhausabtheilung ein gern gesehener Gast. In denjenigen Krankenhäusern, in welchen den

einzelnen Abtheilungen eine Auswahl von Kranken gestattet ist, wird wohl kaum je von dem Arzt, welcher die „erste“ Aufnahme hat, absichtlich ein Phthisiker ausgewählt sein. In den anderen Krankenhäusern beurtheilen die Assistenten ihre Aufnahme auch als eine „gute“ oder „schlechte“, je nachdem sie viel oder wenig Phthisiker erhalten haben. Dies ist auch leicht erklärlich. Bei der starken Ueberfüllung, welche in unseren Hospitälern meist herrscht, ist eine häufige Evacuirung von weniger schwer Erkrankten oder Convalescenten nothwendig. Wenn nun eine Abtheilung oder ein Pavillon viel Phthisiker beherbergt, so ist es mitunter sehr erschwert, die nöthige Anzahl der zu entlassenden Patienten zu finden. Von den Tuberkulösen geht — die Erfahrung habe ich während meiner mehrjährigen Assistentenzeit im Krankenhause gemacht — selten einer freiwillig hinaus. Mitunter gelingt es, einige herauszufinden, welche zur Noth zur Aufnahme in einer Heilstätte geeignet sind, wenn man auch nur schwer mit gutem Gewissen unterschreiben kann, dass die Hoffnung vorhanden ist, dass der Kranke durch einen längeren Aufenthalt in einer Heilstätte seine Erwerbsfähigkeit wieder erlangen wird. Dass den Schwindsichtigen in den Krankenhäusern im allgemeinen ein geringes wissenschaftliches Interesse entgegengebracht wird, ist eine bekannte Thatsache, und darin liegt keineswegs ein Tadel für einen der Aerzte. Chefärzte und Assistenten sind meist durch acute Erkrankungen oder andere, welche ein besonderes diagnostisches, bezw. therapeutisches Interesse wachrufen, vollauf in Anspruch genommen. Ich würde es auch nicht wagen, diesen Punkt hier zu berühren, wenn ich nicht annehmen könnte, hierin im vollkommenen Einverständniss mit meinem früheren Chef, Herrn Prof. Fürbringer zu sein, welcher in der Discussion zu dem oben erwähnten Vortrage v. Leyden's offen bekannte: „Wenn aber die Herren Leyden und Wasserfuhr behaupten, dass alle nur wünschenswerthen Hilfsmittel und therapeutischen Manipulationen nicht in dem Maasse angewandt werden, wie in spezialistisch eingerichteten Heilanstalten, so trifft das innerhalb gewisser Grenzen für das Krankenhaus Friedrichshain zu. Ich erblicke darin keinen Vorwurf, im Gegentheil, andernfalls müsste ich mich einer Vernachlässigung schuldig bekennen gegenüber den Typhus-, Pneumonie-, Pleuritis-, Scharlach-, Masern-, und sonstigen im Gros der Fälle genesenden Kranken.“

An einer anderen Stelle weist Fürbringer auf eine Sitzung der Subcommission für öffentliche Gesundheitspflege hin, die unter dem Vorsitz des verstorbenen Oberbürgermeisters v. Forckenbeck am 2. Januar 1888 tagte. Damals betrafen Erörterungen von Virchow, Stadtrath Bail, Senator und Fürbringer den Uebelstand, dass die Phthisiker, die ein Viertel des Bestandes der Krankenhäuser bilden, monatelang in denselben liegen bleiben, für andere heilbare Kranke den Platz wegnehmen, in den späteren Stadien durch ihre Stammgastansprüche und besondere Reizbarkeit eine ungemeine Anstrengung von Wärtern und Pflegerinnen und Benachtheiligung der übrigen Kranken bedingen und deshalb auch öfter schlechter gepflegt werden, als sie verdienen. Endlich wurde geltend gemacht, dass der grösste Andrang von Phthisikern gerade in die Jahreszeit fällt, in welcher die meisten acut Kranken eingeliefert werden.

Ich möchte es aber nicht unterlassen hier zu erwähnen, dass Fürbringer in derselben Discussion sich dagegen verwahrt, dass in seinem Krankenhause die Phthisiker vernachlässigt oder als Parias behandelt würden.

Bekennen wir also offen, dass bisher in den allgemeinen Krankenhäusern die Phthisiker gern entbehrt werden, so müssen wir die Errichtung von Spezialkrankenhäusern oder wenigstens Spezialabtheilungen für Phthisiker für angezeigt erachten. Die Idee ist bereits vor einem Jahrzehnt im Schoosse der Stadt Berlin erwogen.

Im Jahre 1888 wurde von der Berliner städtischen Deputation für Gesundheitspflege beschlossen, mit Rücksicht auf die grosse Zahl der Brustkranken eine besondere Heil- und Pflegeanstalt für ca. 400 Betten einzurichten. Die Angelegenheit wurde dann auf ein Jahr vertagt, schlummerte aber ein, wohl zunächst veranlasst durch die Entdeckung des Tuberkulin, und blieb auch später im Hintergrunde in Folge der Bestrebungen, die Tuberkulösen im Initialstadium zu heilen. Neuerdings hat nun Herr Generalarzt Schaper in einem Aufsatz in der Berliner klinischen Wochenschrift mitgetheilt, dass in der neuen Charité „Sanatorien“ für Lungenkranke errichtet werden sollen.

Wenn ich noch einmal auf die Nothwendigkeit besonderer Abtheilungen für Lungenleidende zurückkomme, so geschieht es einmal, weil die Anschauungen Schaper's nicht unwidersprochen geblieben sind. Sodann spricht Schaper in seiner Arbeit stets von Sanatorien, so dass man nicht genau weiss, ob hier nicht ebenfalls eine Auswahl unter den Kranken getroffen werden wird. Denn wenn man Sanatorium von sanare = heilen ableitet, so bedeutet es etwa „Heilstätte“. Von einer Heilstätte für Tuberkulöse kann aber höchstens die Rede sein bei Tuberkulösen im Initialstadium. Virchow verwirft bekanntlich selbst hier den Ausdruck „Heilstätte“. Uebrigens spricht auch v. Leube in seinem auf dem Berliner Tuberkulosecongress gehaltenen Vortrage, in welchem er warm für Isolirabtheilungen für Tuberkulöse eintritt, stets von Sanatorien. Er findet entschieden etwas grausames darin, dass der Schwerkranke nicht in ein Sanatorium aufgenommen wird, und

hofft, dass in nicht zu ferner Zeit auch die schwereren Fälle der Wohlthat der Sanatoriumbehandlung theilhaftig werden.

Gegen die Einrichtung von Spezialkrankenhäusern für Lungenleidende ist vornehmlich geltend gemacht worden, dass in ihnen 80 % der Insassen sterben und sie somit mehr „Sterbehäuser für Tuberkulöse“ sein würden. Dieser Einwand fällt fort, sowie nicht mehr besondere Krankenhäuser, sondern nur Spezialabtheilungen errichtet würden. Der einzelne Patient würde dann die grosse Zahl von Todesfällen unter den Lungenleidenden nicht mehr gewahr werden, als er es jetzt in den Krankenhäusern bemerkt. Aber auch so liesse sich trotzdem manches diesem Einwand entgegenhalten. Zunächst zeigt die Statistik eine erheblich höhere Zahl von Todesfällen als ein Lungenspital in der That haben würde, da sie in einem Krankenhause zusammengestellt ist, in dem nur schwere und schwerste Phthisiker zu liegen pflegen, zur Zeit der Feststellung der Statistik (1882–1886) vielleicht noch mehr als jetzt, weil damals die Ueberfüllung der Berliner Krankenhäuser eine noch gewaltigere war. Man muss in Rechnung ziehen, dass Lungenleidende, welche wegen Fieberscheinungen für eine Heilstätte ungeeignet sind, in einem Krankenhause durch Bettruhe und geeignete Pflege sich auch in dem Maasse erholen, dass in kurzer Zeit ihrer Aufnahme in eine Heilstätte ärztlicherseits nichts entgegensteht. Diese werden dazu dienen, die Zahl der Todesfälle im Krankenhaus herabzusetzen.

Wenn die Mortalität in den Lungenspitälern thatsächlich etwas so grausames an sich hätte, wie behauptet wird, so würden dieselben in London nicht so florieren, wo gerade die humanitären Bestrebungen in der Krankenpflege stets besonders gepflegt sind. Dass aber gerade dort die Lungenspitäler als eine besonders wohlthätige Einrichtung existieren, hat Rosin in der oben citirten Arbeit (Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1892, Bd. XXIV) über die englischen Schwindsuchthospitäler und ihre Bedeutung für die deutsche Schwindsuchtpflege mitgetheilt. Derselbe kommt nach einem eingehenden Studium gerade dieser Spitäler zu dem Resultate, dass ihre Einrichtung in Deutschland zu empfehlen sei. Allerdings weist er darauf hin, dass in England alles erdenkliche gethan wird, um den Kranken einen behaglichen Aufenthalt in der Anstalt zu gewähren. Es ist dies ein Vorzug, den die englischen Krankenhäuser, wie auch ich in meinen englischen Reiseberichten (Deutsche medicinische Wochenschrift 1893, No. 1–6) seiner Zeit dargelegt habe, vor den unseren haben. Für die Behandlung der Lungenkranken ist aber die Berücksichtigung der psychischen Seite noch von ganz besonderer Nothwendigkeit.

Es ist zu wünschen, schreibt Rosin, dass in den zu errichtenden deutschen Hospitälern gerade gegenüber den Schwindsüchtigen auf Zeitvertreib, Unterhaltung und Bequemlichkeit, auf Mittel zur Erhaltung des Gemüths und auf Ableitung von besorgter Stimmung Bedacht genommen werde, da es sich nicht um einen kurzen Aufenthalt, sondern um eine lange Verpflegungsdauer handelt. Das abschreckende, was noch heute für die Mehrzahl des Volkes in Deutschland die Hospitalpflege an sich hat, mag zum Theil sicher auf die Ungeselligkeit und die Langeweile innerhalb der kahlen, schmucklosen Wände bezogen werden.

Die Umgebung von anderen Lungenkranken ist für den Phthisiker eher ein Trost als ein Schrecken. Wenn man gegen die Einrichtung von Schwindsuchthospitälern geltend macht, dass die Kranken durch Aufnahme in ein solches Spital erfahren, dass sie unrettbar verloren sind — es wurde seiner Zeit vorgeschlagen, über die Eingangspforte „Lasciate ogni speranza“ zu schreiben —, so rechnet man zu wenig mit der Intelligenz des Publikums, indem man annimmt, die Mehrzahl der Kranken darüber hinwegtäuschen zu können, dass sie überhaupt lungenkrank sind. Dies ist aber jetzt selbst in den weniger gebildeten Kreisen nicht mehr möglich, seitdem die Krankheit das Interesse des Publikums in so hohem Maasse beschäftigt hat.

Zudem sind wir Aerzte auch nicht mehr berechtigt, einem Kranken vorzunehmen, dass seine Lunge angegriffen ist. Früher konnte man wohl einem Patienten, welcher, wie so häufig geschieht, wegen Magenbeschwerden den Arzt aufsucht, in der That aber lungenleidend ist, in dem Glauben lassen, dass er magenleidend sei. Man konnte einen anderen nach dem Süden schicken einzig mit dem Bemerkten, um vorzubeugen. Heute, wo wir eine Anstaltsbehandlung für das Beste halten, dürfen wir das nicht mehr, da wir den Kranken sonst der für ihn geeigneten Behandlung entziehen müssten. Allerdings zeigt es von grosser Rohheit und Mangel an Gemüth, wenn, wie es mir leider in meiner poliklinischen Thätigkeit öfter mitgetheilt ist, Aerzte den Kranken ins Gesicht sagen, dass sie an „Schwindsucht“ leiden. Ein einigermaassen humaner Arzt wird wohl auch, ohne in eine Aerzteschule gegangen zu sein, so viel Takt besitzen, den Kranken von der Art seines Leidens zu unterrichten, ohne ihm jede Hoffnung zu nehmen. Er braucht dabei nicht einmal mit der Euphorie der Phthisiker zu rechnen, welche nicht immer so gross ist, wie die Fama sie sein lässt.

Es wird somit der Kranke, welcher ein Spital für Lungenleidende aufsucht, bereits davon unterrichtet sein, dass er lungenleidend ist. Es wird aber bei der richtigen psychischen Behandlung dem Arzt gelingen, ihm seine Hoffnung nicht zu benehmen, so wie es auch jetzt in den allgemeinen Krankenhäusern geschieht. Lazarus, einer der entschied-

sten Gegner der Isolirabtheilungen für Schwindsüchtige, führt als einen seiner Gründe gegen die Einrichtung solcher Abtheilungen an, dass ein Kranker in diese Abtheilung gelegt wird und an der Kopf-tafel seiner beiden Nachbarn liest, dass auch sie an Schwindsucht leiden, und dann sieht, wie die Lente rechts und links um ihn sterben, und auf diese Weise sicher erfährt, dass es ihm selbst auch ebenso ergehen wird. Demgegenüber sagt Fürbringer mit Recht, dass er von Seiten der Tuberkulösen kaum je Klage der gedachten Art führen hörte, sie vielmehr dem Trost, dass ihre Mitpatienten an anderen Brustkrankheiten gestorben seien, ungemein zugänglich befanden; es gelingt so sehr leicht, schon durch eine kleine Modification der Diagnose auf der Tafel dem Leidenden den Eindruck zu erwecken, dass der sterbende Nachbar einem viel schlimmeren Lungenübel zum Opfer gefallen.

Wahrscheinlich wird ein Kranker weniger in Melancholie verfallen, wenn er, statt in eine Heilstätte, in ein Krankenhaus für Lungenleidende aufgenommen wird, als wenn ihm, wie es jetzt so oft geschieht, bedeutet wird, er sei zur Aufnahme in eine Heilstätte ungeeignet. In dem letzteren Falle tritt seine Unheilbarkeit doch dentlicher zu Tage.

Neben den von mir bisher angeführten Punkten zu Gunsten von Spezialabtheilungen für Lungenkranke verdient noch ein Punkt Beachtung, welchen v. Lenbe in seinem Referat besonders hervorgehoben hat. v. Lenbe hält eine Reihe von prophylaktischen Maassregeln zur Verhütung der Verbreitung der Tuberkulose in den Spitälern für nothwendig, an deren Durchführung Aerzte, Wartepersonal und Patienten theilhaftig sind. Die Durchführung dieser Maassregeln ist in einem grösseren Spital schwer zu erreichen, jedenfalls schwerer, als wenn die Phthisiker zusammen liegen und ihre Verpflegung bestimmten einzelnen Wärterinnen anvertraut ist. Es darf angenommen werden, dass die von den Kranken in den Anstalten gelernten Maassregeln für die Verhütung der Weiterverbreitung auch von ihnen ausserhalb der Anstalt ausgeübt werden und so mittelbar durch die Anstalten auf weitere Schichten der Bevölkerung ein günstiger Einfluss ausgeübt wird. Ferner kann, wenn die Phthisiker von den anderen Kranken separirt werden, besser darauf Rücksicht genommen werden, dass den Tuberkulösen die für sie nöthige reichliche und gute Luft gewährt wird.

Es kann auch bei der Auswahl von Aerzten und Wartepersonal mehr Bedacht darauf genommen werden, dass gerade solche Personen ausgesucht werden, die ein besonderes Interesse für die Behandlung, bezw. Pflege von Lungenkranken haben. Es wird dies erheblich beitragen zur Aufrechterhaltung der für die Lungenkranken so wichtigen Disciplin, welche, wie auch Moritz betont, in einem allgemeinen Krankenhause mit den mannigfachen anderen Aufgaben und bei dem ungleichartigen Krankenmaterial viel schwerer durchführbar ist, als bei einem gleichartigen. Ich kann Lazarus keineswegs zustimmen, der die Ansicht vertritt, dass gerade da, wo viele Kranke dieser Art zusammengehäuft sind, sich die Disciplin sehr bald zu lockern pflegt.

Wenn v. Lenbe die Einrichtung von Isolirabtheilungen nur für empfehlenswerth, aber nicht für nothwendig ansieht, so darf dies nicht etwa als Gegengrund angesehen werden. Wenn heute in einem Krankenhaus eine chirurgische Abtheilung eingerichtet wird, so wird man, sofern nur einige Mittel vorhanden sind, und ohne solche sollte man überhaupt nicht bauen, zwei Operationssäle bauen, je einen für aseptische und septische Operationen. Trotzdem giebt es Chirurgen, die nur einen Raum zur Verfügung haben und die niemals einen Unglücksfall dadurch erlebt haben. Ebenso sollte man auch, wenn auch eine stringente Nothwendigkeit dafür nicht anerkannt wird, Separatabtheilungen für Phthisiker errichten. Lazarus construiert meines Erachtens einen Trugschluss, wenn er aus dem Umstande, dass v. Leyden und Schaper zwei positive Resultate von geheilter Schwindsucht anführen können, schliesst, dass wir mit der Behandlung schwerkranker Tuberkulöser in unseren allgemeinen Krankenhäusern in der bisher geübten Form im richtigen Fahrwasser sind. Dass schwerkranke Tuberkulose in den gegenwärtig bestehenden Krankenhäusern unter Umständen geheilt oder wenigstens gebessert werden können, bezweifel wohl Niemand, damit ist aber noch nicht gesagt, dass solche Heilungen oder Besserungen anderswo nicht besser und leichter von statten gehen. Ich wenigstens glaube gerade aus dem Umstande, dass v. Leyden und Schaper diese beiden Fälle aus ihrer grossen Schaar von Tuberkulosepatienten publicirt haben, schliessen zu dürfen, dass sie selbst in dieser Heilung etwas aussergewöhnliches erblickten.

Ich habe in meinen bisherigen Auseinandersetzungen zu Gunsten der Isolirabtheilungen nur die Gründe angeführt, welche durch das Interesse für die Kranken selbst bedingt sind. „Aber der Lebendige hat mehr Recht als der Todte, und der Gesunde mehr als der Kranke“, sagt C. Fraenkel unter Zustimmung E. v. Leyden's. Es bleiben eine Reihe von Gründen anzuführen, die mehr durch Rücksichtnahme für die Umgebung, als für den Kranken hervorgemittelt sind.

Ich habe bereits in meiner Einleitung betont, dass der der Pflege bedürftige Phthisiker, wenn er in der Familie bleibt, das Elend derselben offenbar vergrössert. Mag die Bedeutung der Uebertragung der Tuberkulose immerhin überschätzt werden, so ist sie doch gerade in den engen, hygienisch meist wenig vollkommenen Arbeiterwohnungen erheblich erleichtert. Wenn man das Zusammenleben der Familienmitglieder in den engen Räumen bedenkt und dass nichts weniger als hygienische

Umgehen der Kranken mit dem Auswurf, so wird man sich kaum wundern können, wenn eines oder mehrere Mitglieder von der Krankheit befallen werden.

C. Fraenkel hat auf dem Tuberkulosecongress in Berlin in seinen klaren Ausführungen über die Art und Weise der Uebertragung vor einem grossen Publikum versucht, Uebertreibungen in der Ansteckungsfurcht entgegenzutreten. Trotzdem muss auch er anerkennen, dass die Tuberkulose die starken Wurzeln ihrer Kraft in den Häusern und Wohnungen hat, in engen, überfüllten, dem Licht entrückten Quartieren, in denen die Schwindstüchtigen weilen und die von ihnen gelieferten Keime nun bequeme und sichere Schlupfwinkel finden. Innerhalb der Familie, in den Fabriken, Werkstätten und Gefängnissen, unter Menschen, die in geschlossenen, schlecht gereinigten und gelüfteten Räumen zusammengehäuft leben, arbeiten und schlafen, hält sie ihre reichste Ernte, fordert sie mit Vorliebe ihre Opfer, und wenn wir den Zug des Todes, der sich an ihre Sohlen heftet, mit sorgfältigem Blick prüfen, so sehen wir, dass seine Reihen oft genug durch die Bande des Blutes und der Ehe oder des Berufs und der Beschäftigung, d. h. hier wie dort des gemeinsamen Aufenthalts mit einander verknüpft sind.

Wie können wir dem vorbeugen? Gingen wir rigoros und unbittlich vor, etwa wie man es im Mittelalter gegen die Lepra that, so müssten wir sämtliche Tuberkulösen in eine gemeinsame Colonie bringen und würden vielleicht so, wenn auch nur ganz allmählich, der Krankheit Herr werden. Aber solches Vorgehen wird einmal durch das Gebot der Humanität verhindert, sodann aber ist die Durchführung aus rein praktischen Gründen unmöglich. Man bedenke nur, dass die Zahl derjenigen erwachsenen (über 15 Jahre alten) Personen, deren tuberkulöses Leiden soweit vorschreitet, dass eine Krankenhausbehandlung nothwendig wäre, im Deutschen Reich auf mindestens 226 000 jährlich geschätzt wird (A. Köhler, Allgemeines über die Ausbreitung und Behandlung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Bericht über den Tuberkulosecongress S. 45).

Ich will und kann hier nicht auf die einzelnen Maassnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose eingehen. Die Verhandlungen des Tuberkulosecongresses geben in den Referaten von Roth und Rubner darüber den gewünschten Aufschluss.

Nur das eine, das auf den Zweck unserer Ausführungen Bezug hat, möchte ich hier anführen. Ist die Arbeiterwohnung thatsächlich ein Heerd für die Weiterverbreitung der Krankheit und kann und will man den tuberkulösen Arbeiter nicht durch gesetzliche Mittel aus ihnen entfernen, so trachte man durch gut eingerichtete Krankenhäuser oder Abtheilungen für Lungenkranke, in denen auch auf die Psyche der Erkrankten Rücksicht genommen wird, danach, dass er freiwillig und gern in ein Krankenhaus geht.

Es bleibt nur noch übrig, auf die Gefahren einzugehen, denen in allgemeinen Krankenhäusern die nicht tuberkulösen Kranken sowie Aerzte und Wartepersonal unterworfen sind. Auch diese Gefahr ist bedeutend überschätzt worden, und v. Leube glaubt unter anderen bei Innehalten gewisser Vorkehrungsmaassregeln, dass Uebertragungen vermieden werden können. Dass sich thatsächlich die prophylaktischen Maassregeln in allgemeinen Krankenhäusern nicht in gehöriger Weise innehalten lassen, erkennt man daran, dass immer noch eine beträchtliche Zahl von Aerzten und Pflegepersonal an Tuberkulose erkrankt. Dabei ist es augenfällig, dass derartige Erkrankungen in Spezialheilanstalten relativ selten sind.

Wenn von Uebertragungen von Patienten auf andere Patienten bisher wenig bekannt geworden ist, so liegt das wohl daran, dass zwischen der erregenden Ursache und dem Ausbruch der Krankheit Monate oder sogar Jahre verstreichen können und es dadurch unmöglich wird, Ort und Zeit der Infection zu bestimmen. Es ist vollkommen unmöglich, eine Tuberkulosestatistik von solchen Leuten anzufertigen, welche einmal im Krankenhaus mit Tuberkulösen zusammengelegen haben, und wenn man unter ihnen wirklich eine gewisse Zahl von Tuberkulösen vorfinden sollte, so fehlt doch bei der Häufigkeit der Erkrankung der Beweis, dass sie sich im Krankenhaus inficirt haben.

Es sind daher auch die Ausführungen von Lazarus, dass er in der ganzen Zeit seiner Krankenhausthätigkeit weder auf der Station noch in der Poliklinik einen einzigen Fall von Infection constatiren konnte, obgleich er die Tuberkulösen nicht isolirt, nicht beweisend. Für die Frage der Contagion fallen vielmehr die sehr interessanten Angaben Leppmann's aus der Strafanstalt Moabit ins Gewicht. Dort sind trotz sehr sorgfältiger Desinfection der Zellen und Kleider, in denen ein Tuberkuloseverdächtiger war, einige Fälle beobachtet, in welchen eine Infection innerhalb der Anstalt angenommen werden kann. Diese Infection ist aber gerade bei Handwerkern vorgekommen, bei denen viel Instrumente gebraucht werden, namentlich bei Tischlern, bei denen eine Hobelbank und ein ganzer Kasten von Instrumenten ist, die bisher nicht desinficirt worden sind, während sie nicht vorkam bei Schneidern u. s. w., wo eigentlich keine Instrumente auf den folgenden Gefangenen übergehen. In zwei Fällen hatte man den Eindruck, als ob ganz gesunde, kräftige Leute ohne tuberkulöse Belastung tuberkulös erkrankt sind, weil oder nachdem sie längere Zeit mit diesem Handwerkszeug eines früheren tuberkulösen Gefangenen in der sonst des-

inficirten Zelle gearbeitet haben. Wenn eine derartige Uebertragung im Gefängniss möglich ist, in welchem jeder Gefangene seine besondere Zelle hat, um wie viel eher also im Krankenhaus, in welchem keine Trennung stattfindet.

Man wende nicht ein, dass es möglich sei, nur solche Kranke mit den Tuberkulösen zusammenzulegen, deren Erkrankungsform eine Ansteckung unwahrscheinlich macht. Kein Mensch ist gegen die Tuberkulose gefeit! Kyphoskoliotische und Emphysematiker sollen gegen Tuberkulose immun sein, weil sie schlecht inspiriren und gut expiriren. Ebenso sollen Leute mit Herzfehlern, welche Blutstauungen nach den Lungen veranlassen, von der Tuberkulose nicht befallen werden. Aber jeder Arzt, der eine grössere Zahl Tuberkulöser gesehen hat, ebenso jeder erfahrene pathologische Anatom wird mir zugeben, dass sich Theorie und Praxis hier nicht decken.

Neben den Gefahren der Uebertragung bleibt noch ein Punkt zu beachten, der keineswegs zu unterschätzen ist. Der Phthisiker ist im Krankenhaus für seine Umgebung ein unangenehmer Nachbar. Oft genug verlassen Kranke mit anderen Affectionen das Hospital seinetwegen oder wenden sich an den Arzt mit der Bitte um Verlegung. Wenn man von Foetor ex ore und auch von Störungen durch Husten absieht, so hat doch das Auswerfen für viele Menschen, nicht nur für Kranke, etwas unappetitliches und ekelregendes. Ein an sich schon mit mangelhaftem Appetit behafteter Kranker verliert die Lust am Essen, wenn er einen solchen Nachbar hat.

Ich glaube durch meine Ausführung zur Genüge bewiesen zu haben, dass es in hohem Maasse erstrebenswerth ist, die Phthisiker von den übrigen Kranken räumlich zu trennen. Dass das Gewünschte nicht gleich in vollem Maasse durchgeführt werden kann, sehe ich wohl ein. Bei dem hohen Procentsatz der Tuberkulösen war bereits vom „Tropfen auf einen heissen Stein“ die Rede, als der Magistrat von Berlin mit dem Gedanken umging, ein Lungenhospital mit 400 Betten zu errichten.

Es erfüllt mich aber mit besonderer Genugthuung, dass, während ich beim Abschluss meiner Arbeit bin, von besonders kompetenter Seite — Herrn Kirchner — darauf hingewiesen wird, dass die Lungenheilstätten nur für die Phthisiker in den ersten Stadien der Krankheit sorgen, während sie den Kranken verschlossen bleiben, wenn die Krankheit sich verschlimmert, wenn reichlicher Auswurf sie zu einer Gefahr für ihre Umgebung macht, so dass ihre Absonderung besonders nöthig wäre. Herr Kirchner schliesst seinen Vortrag über „Aussatzhäuser sonst und jetzt“ in der Berliner medicinischen Gesellschaft mit dem Wunsche, dass uns das neue Jahrhundert Asyle für unheilbare Kranke (Krebs, Tuberkulose etc.) bringe, in denen die Leidenden ein menschenwürdiges Dasein fristen können und wenn auch nicht Genesung, so doch Frieden, Behaglichkeit und einen sanften Tod finden.

Ich hege die Hoffnung, dass meine Arbeit, wenn auch nur in bescheidenem Maasse, zur Verwirklichung dieser Anschauung beitragen wird.