Kritische Nachlese zur IV. Tuberkuloseärzterversammlung zu Berlin am 24. und 25. Mai 1907.

Von

Chefarzt Dr. **F. Köhler**, Holsterhausen-Werden Ruhr.

Für die vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose geschehene Einberufung der Tuberkuloseärzterversammlung 1907 wird man einmütig den Veranstaltern Dank und Anerkennung zollen. Wenn in den nachfolgenden Zeilen einige epikritische Bemerkungen zu den Verhandlungen am 24. und 25. Mai gegeben werden, so sollen sich diese lediglich auf den sachlichen Inhalt der Besprechungen beziehen und mehr im Sinne der Wertung der wissenschaftlichen Ausbeute gemeint sein, ohne auch nur im mindesten die Veranstaltung selbst oder gar die aufopferungsvolle Leitung der Sitzungen durch die Herren Kraus und B. Fränkel in irgend einer Weise hinsichtlich der aufrichtigen Anerkennung herabmindern zu wollen. Dass der erste Verhandlungstag überreich an zu bewältigenden Themata war, das war allerdings vorauszusehen, und vielleicht wäre dem alsbald bei den Verhandlungen hervortretenden Zeitmangel abzuhelpfen gewesen, wenn die einzelnen Referenten rechtzeitig benachrichtigt worden wären, dass voraussichtlich die Zeit für jeden Redner auf 20 Minuten festgesetzt werden würde. Nun aber musste ein Teil der für den ersten Tag festgesetzten Vorträge auf den zweiten verschoben werden, zweifellos zum Nachteil der Tuberkulin-Diskussion und des recht bemerkenswerten Vortrages Prof. Tjadens, für den ebenso, wie für den Vortrag Heuers allgemein nicht mehr die genügende Aufmerksamkeit beobachtet werden konnte. Bedauert zu werden verdient, dass das von der Leitung beabsichtigte Abendessen infolge ungenügender Zeichnung von Teilnehmern ausfallen musste; gebührend zurückgewiesen aber werden muss die von Herrn Petruschky

am zweiten Verhandlungstage in Zirkulation gesetzte schriftliche Aufforderung an „die Freunde des Tuberkulins“ zu einem gemeinsamen Mittagessen. Das Tischtuch zerschneiden zwischen Freunden und Gegnern oder Skeptikern in der Tuberkulinfrage geht doch wohl nicht an¹⁾! Der Leitung der Verhandlungen dürfte von dieser, wenn auch geringfügigen, so doch von unangebrachtem Parteigeist zeugenden Sache nichts bekannt gewesen sein.

Der aufrichtige Dank aller Teilnehmer gebührt auch Herrn Generalsekretär Dr. Nietner, dem die nicht leichte Aufgabe der Organisation zugefallen war. Der Besuch des Opernhauses und Schauspielhauses wird allen denen, welche von dem freimütigen Angebot Gebrauch machten, in bester Erinnerung bleiben.

Und nun zu den Verhandlungen selbst!

Aus den glänzenden Vorträgen und Röntgen-Demonstrationen der Herren Krause-Jena und Stürtz-Metz ging die Wichtigkeit der Röntgendiagnostik für die Lungentuberkulose evident hervor. Die Meinung des Herrn Stürtz, dass heutzutage jede Heilstätte eines Röntgenapparats bedürfe, wird jedenfalls in Zukunft mehr wie bisher die Aufmerksamkeit der leitenden Heilstättenvorstände auf die Anschaffung des Röntgenapparats richten, wenn an die Ergänzung des Inventars gedacht wird. Die in der Diskussion von Herrn M. Wolf-Berlin gezeigten Photographien im Lichtbild werden den meisten gezeigt haben, dass die Röntgenaufnahmen selbst durchaus keine leichte Sache sind. Die Bilder liessen recht zu wünschen übrig. Herr Stürtz ging in seinen Folgerungen für die Ätiologie der Tuberkulose bis zu einer systematischen Theorie der Entstehung der Lungentuberkulose von den Hilusdrüsen aus, der von Herrn Benda wie von Herrn Kuhn widersprochen wurde.

Zunächst kann es allerdings nicht als ganz sicher gelten, dass die im Röntgenbilde sichtbaren Stränge, die Stürtz von den Hilusdrüsen zur Spitze ziehen sah, überhaupt Lymphstränge sind. Darüber schienen sich die Röntgenologen nicht einig zu sein. Sind sie es aber, was noch sicher zu stellen ist, zweifellos, dann fällt trotzdem die Stürtzsche Theorie, wenn, was Herr M. Wolf behauptet, diese Stränge von den Hilusdrüsen auch nach abwärts ziehen. Aus beiden Vorträgen ging jedenfalls so viel hervor, dass bisher durch die Röntgenologie schon recht erfreuliche Fortschritte für die Lungentuberkulose und ihre Diagnostik erreicht sind, dass indessen noch eine

1) Nach einer Notiz in Nr. 11 der „Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung“ soll sogar eine „Ärztliche Vereinigung“ der Freunde des Tuberkulins unter dem Vorsitze von Petruschky-Danzig gebildet worden sein, von der die meisten Teilnehmer bisher nichts erfahren haben dürften. —!

Reihe Schwierigkeiten für die Deutung des Gesehenen und für weitere ätiologische Schlüsse zu überwinden ist. Auf alle Fälle scheinen mir Durchleuchtungen und photographische Aufnahmen kurz vor dem Tode, so dass die Sektion die Kontrolle gestattet, besonders wertvoll zu sein.

Die beiden folgenden Vorträge von Schröder-Schömberg und Landesrat Althoff-Münster waren zweifellos geeignet, grosses Interesse zu erregen.

Schröder betonte mit Recht, dass nur von einer gründlichen Kur für offene Tuberkulosen ein wirklicher Erfolg erwartet werden könne und befindet sich mit dieser Ansicht sicher in Übereinstimmung mit seinen Kollegen. Dass zahlreiche Fälle noch einer längeren Kurdauer bedürfen, unterliegt ebenfalls keinem Zweifel. Auf der anderen Seite wird es in manchen torpide verlaufenden Fällen angezeigt sein, die Wiederholungskuren in den Vordergrund zu rücken. Es gibt zahlreiche Fälle, die jährlich durch eine mehrwöchige Kur wieder auf ein günstiges Niveau gebracht werden und nun bis zum folgenden Jahre sich „tapfer“ halten. Vom rein medizinischen Standpunkte aus würde die Frage der Dauer ja überhaupt nicht so wichtig sein, denn wir Ärzte pflegen im allgemeinen mehr auf die gründliche, sachgemässe Behandlung unserer Kranken zu achten, als einen Rekord in der Kurdauer zu erreichen. Es ist für uns Ärzte in erster Linie von Wert, durch richtige Behandlung das akute Stadium einer Infektionskrankheit zu besiegen und dann die geschwächte Gesamtkonstitution zu festigen, damit der Rekonvaleszent wieder ein ganz gesunder Mensch werde. Es tritt diese Überlegung vielleicht noch mehr und einleuchtender ins Bewusstsein, wenn wir nur an die Behandlung von Typhuskranken denken oder an die Pflege der Wöchnerinnen, in deren Fürsorge ja gerade in neuester Zeit angestrebt wird, zu ermöglichen, dass der durch das Wochenbett geschwächte Organismus sich völlig kräftigen kann, um erst allmählich der vorher gewohnten Tagesarbeit wieder gewachsen sein zu können, ohne langsam sich einschleichenden Störungen und Schwächungen Eingang zu bieten.

Die Erfüllung aller dieser Dinge ist an den Geldbeutel des Kranken geknüpft, das wissen wir Ärzte recht wohl, und darum ist es so schwierig, in solchen Fällen ärztlich voll und dauerhaft zu leisten, was die ärztliche Wissenschaft kraft ihrer Erkenntnis vom Guten und Zweckmässigen vermag, wo die Beschränkung der Mittel ein „nicht weiter!“ gebietet.

Vom Standpunkt der Landesversicherungsanstalten ist es durch aus verständlich, dass sie für ihre Versicherten mit möglichst geringen

Mitteln möglichst viel erreichen wollen, wie Landesrat Althoff betonte. Dass im Rahmen dieses Grundsatzes jedwede scheinbare Erfahrung, als wenn in einem offenen Kurorte in der halben Kurdauerzeit gegenüber den Heilstätten gerade so viel, wenn nicht gar mehr erreicht werden könnte, seitens der Versicherungsanstalten lebhaft aufgegriffen wird, ist erklärlich. Die Ausführungen des Herrn Röpke-Melsungen, dem als Heilstätten- wie als gewesenen Lippspringer Badearzt ein klares Urteil über die einschlägigen Verhältnisse eigen sein muss, wiesen in überzeugendster Weise nach, dass die Statistik des Lippspringer Badearztes Hinsch in keiner Weise geeignet ist, die Wunderkuren Lippspringes zu beweisen. Wir sind Herrn Röpke für die gründlichen Untersuchungen zu dieser Frage, die in Heft 1 und 2 Band XI der „Zeitschrift für Tuberkulose“ niedergelegt sind, zu Dank verpflichtet. Nicht weniger berechtigt sind die Gründe, welche Röpke wie Stauffer-Lüdenscheid für die verhältnismässig günstige Statistik, welche die Landesversicherungsanstalt Westfalen über ihre nach Lippspringe entsandten Pfleglinge aufstellte, geltend machten. Diese Gründe liegen zum Teil auf psychologischem Gebiete. Es scheint durchaus erklärlich, dass viele der arbeitenden Klasse angehörende Versicherte gerne einmal eine Badekur in einem offenen Kurorte machen, zweifellos lieber wie eine Kur in der Heilstätte, in der Ordnung und Zwang von vielen nicht gerne akzeptiert wird. Daraus folgt allerdings mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass manche bei minimalsten Lungenveränderungen dem begutachtenden Arzte gegenüber die Beschwerden in einem übertrieben düsteren Lichte schildern, so dass der Arzt dennoch nicht gerne die Verantwortung übernimmt für eine Ablehnung des Antrags auf Heilverfahren. Ausserdem wird ein Teil in Rücksicht auf die in Lippspringe nur im Sommer eingerichteten Kuren den Antrag vor Beginn der Saison stellen, und, falls die ersten Symptome im Herbst oder Winter sich zeigten, gerade dadurch, dass der Aufschub der Kur bis zum Sommer möglich war, von vorneherein die beste Prognose dokumentieren. Alle diese Momente erscheinen zunächst nicht sonderlich wichtig, und doch verdienen sie unzweifelhaft volle Beachtung, wenn man weiterhin, worauf Herr Wolff-Reiboldsgrün aufmerksam machte, die Wirkungsweise der Bäder mit ihren Quellen vom medizinischen Standpunkte mit den oben dargelegten Dingen in Beziehung bringt. Die Arminiusquelle von Lippspringe hat bisher wohl noch niemand ernsthaft als „Lungenwasser“ im Sinne einer spezifischen Heilquelle aufgefasst, ihre Wirkung ist lediglich eine symptomatische, und damit fällt jede Möglichkeit, durch das Wasser der Arminiusquelle oder des neuen Kurbrunnens eine Rapidheilung pathologischer Lungen-

prozesse, entgegen allen Erfahrungen der Kliniker wie auch besonders der Pathologen, herbeizuführen.

So bekennen wir uns wohl mit begründetem Recht zu der Auffassung, dass eine Sechs-Wochenkur in Lippspringe gewiss manchem recht erfreuliche Erholung bringen kann, aber niemals echte tuberkulöse Lungenprozesse in dauerhafter Weise zu heilen vermag.

Für die Landesversicherungsanstalten wird demnach, wie bisher, die Heilstätte sicher das zuverlässigste und damit auch das billigste Rüstzeug darstellen, um ihre Versicherten vor der vorzeitigen Invalidisierung zu bewahren. In den Heilstätten aber wird ebensowenig wie in den offenen Kurorten die Zeit von sechs Wochen genügen, um eine wirklich dauerhafte Beeinflussung des tuberkulose-infizierten Organismus herbeizuführen.

In der Behandlung kranker Menschen muss man sich vor dem Schematismus hüten, die Wichtigkeit dieses Grundsatzes kam mir bei der Verhandlung über den gegenwärtigen Gegenstand so recht zum Bewusstsein. Man darf nicht vergessen, wenn man heutzutage so häufig darüber klagt, dass es den alten, guten, des Vertrauens der ganzen Familie sicheren Hausarzt nur so selten mehr gebe, dass die Macht des Hausarztes in erster Linie auf psychologischem Gebiete liegt. Der alte Hausarzt kannte die Familie, aber nicht eben als Sammelbegriff, sondern als Gruppe individuell verschiedener und durch eine Art „Agglutination“ verschmolzener Personen, ohne dass dabei eine psychische Massenbehandlung ihr Recht gehabt hätte. Da bedurfte der etwas weniger kräftig gebaute, „empfindliche“ Sohn ganz selbstverständlich einer längeren Erholung nach schwerer Krankheit, wie der zähe und widerstandsfähige. Diese Unterscheidung war für den Hausarzt etwas Leichtes, da er in der Lage war, neben medizinischem Erkennen auch psychologisch zu werten.

Diese Dinge, die von ausserordentlicher praktischer Wichtigkeit allezeit sind, kommen in unserer heutigen Behandlung der Tuberkulose, mit der wir nicht an einzelne Familien, sondern an ganze Menschenklassen herantreten, zu kurz.

Der Schematismus, der sich in der vorliegenden Streitfrage: Drei Monate Heilstätte oder sechs Wochen Kurort? ausprägt, wird den Bedürfnissen nicht gerecht, das fühlt jeder, der den kranken Menschen und nicht nur die Krankheit ins Auge fasst. Diesem Gedanken aber dürfen sich auch die Landesversicherungsanstalten nicht entziehen. Wenn es durchaus richtig ist, dass diese, um eine Hand habe für ihre zahlenmässigen Berechnungen überhaupt zu haben, sich

zunächst an eine Kurzeit von drei Monaten halten, so dürfte jede weitsichtige Versicherungsanstalt ohne weiteres sich bereit finden lassen, eine Kurverlängerung zu bewilligen, sobald ärztlicherseits wohlbegründet der Antrag auf eine längere Frist gestellt wird. Die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz hat diesen Modus in bereitwilligster Weise angenommen und, wie ich glaube, recht erfreuliche Resultate erzielt. Jedenfalls bezeugt ein solches Verfahren, dass es dieser darum zu tun ist, ihre eigenen Bestrebungen in Einklang zu bringen mit den wohlgemeinten Bestrebungen der Ärzte, welche dem Kranken helfen wollen, so viel es nur geht.

Gehen wir nun noch weiter auf die Frage: Kurort oder Heilstätte? ein, so möchte ich für diejenigen, welche nicht den Versicherungsanstalten den Dank für eine Kur schulden, sondern aus eigenen Mitteln sich von ihrer Tuberkulose befreien wollen, noch einige Punkte nicht unerwähnt lassen, zu denen mich die praktische Erfahrung drängt. Bei aller Vorliebe für das Anstaltssystem, die man bei mir als einem Anstaltsarzt voraussetzen wird, habe ich nicht selten den Eindruck, dass für manche Individuen aus psychischen Gründen der offene Kurort besser und erfolgreicher sein wird, wie die Anstalt. Ich lege persönlich bei den ärztlichen Konsultationen auf den Gesamteindruck, den der Kranke macht, den grössten Wert. Haben wir es mit Kranken zu tun, denen wir die Erkenntnis von der Gefährlichkeit und den Folgen ihrer Krankheit aus ihrem ganzen Gebahren anmerken, so ist eine offene Erörterung aller einschlägigen Verhältnisse am Platze. Wir werden ihnen den offenen Kurort leichteren Herzens empfehlen können, als wenn wir es mit mehr unentschlossenen, labilen Naturen zu tun haben, die des strikten ärztlichen Wortes bedürfen. Es gibt Leute, welche ich auf alle Fälle für eine Anstaltsbehandlung für ungeeignet halte, und zwar nur aus psychischen Gründen. Das sind solche — übrigens nicht allzu selten —, welche alles Einengen der persönlichen Freiheit nicht vertragen können, welche schon in der Aufforderung des Wärters zum Reinigungsbad einen Eingriff in die persönlichen Rechte erblicken, welche mit Hartnäckigkeit ihren gewohnten Alkoholgenuß aufrecht erhalten wollen, welche den notwendigen gründlichen Temperaturmessungen jedes Verständnis und jeden Eifer versagen usw.

Solche Leute haben von der Anstaltsbehandlung keinen Erfolg, sie geben sie ja auch meistens von selbst auf. Mit solchen Leuten aber ist in den Kurorten bei etwas freierem Bestimmungsrecht noch mancherlei zu erreichen. Aber in diesen Fällen darf ganz besonders von sechs Wochen nichts erwartet werden. Ich pflege ihnen auch nicht zu lange den gleichen Aufenthaltsort anzupfehlen, sondern

eher einen Wechsel der Kurorte nach gewisser Zeit. In vielen Fällen ist am Schlusse, also etwa im vierten oder gar schon im dritten Monat ein kräftiger Seeaufenthalt von grossem Nutzen.

Die ersten Sätze Schröders streben ohne Zweifel eine umfassende Klientel für die Heilstätten an, insofern häufig eine gewisse Scheu gegen die Aufnahme fiebernder oder etwas vorgeschrittener Tuberkulosefälle besteht, sie engen sie aber ein, insofern Schröder die nur latent Tuberkulösen, ferner abgeheilte chronische Fälle mit Residuen nicht in die Anstalten aufgenommen haben will. Schon 1903 habe ich¹⁾ mich dahin ausgesprochen, dass es nicht empfehlenswert sei, etwas vorgeschrittenere Kranke von vorneherein abzuweisen und die Aufgabe der Heilstätten lediglich darin zu erblicken, Kranke des I. Stadiums wieder gesunden zu lassen. Schwieriger ist schon das Einrangieren der Schröderschen Vorschläge hinsichtlich der Fürsorge für die latent Tuberkulösen und die torpiden chronischen Fälle etc. in die praktischen Verhältnisse. Sie sollen nach Schröder kürzere oder längere Zeit, eventuell mehrmals im Verlauf einiger Jahre in Dispensaires, Walderholungsstätten, offenen Kurorten behandelt und beobachtet werden. Dispensaires sind, selbst wenn ihr Ausbau in Deutschland noch erheblich gefördert wird, in vielen Fällen, namentlich für die Kranken kleinerer Städte, der Dörfer und Weiler, schwer erreichbar, so dass von hier aus kaum eine grundsätzliche und gründliche Fürsorge erwartet werden kann. Ähnliches gilt von den Walderholungsstätten, die fast ausnahmslos der Betten entbehren, die somit nur für die nächst gelegenen Wohnplätze erreichbar bleiben. So kommt also auch für die genannte Klasse von Kranken wieder Kurort oder Heilstätte allein ernsthaft in Betracht. In der Praxis wird man also abwägen, ob dem Kranken nach seiner Eigenart das eine oder das andere zuträglicher sein wird und danach seine Ratschläge geben. Wir werden in diesen Fällen auch nicht ohne weiteres eine Kurdauer von drei Monaten für unbedingt erforderlich halten, sondern individualisieren müssen. Im freien Kurort wird im allgemeinen der Erfolg von dem Charakter des Kranken abhängen, je nachdem er mehr oder minder verständig seine Freiheit zu nützen weiss, in der Heilstätte wird er zweifellos recht gute Erfolge erzielen.

Es geht aus diesen Erörterungen hervor, dass die Schröderschen Sätze theoretisch gewiss wohl begründet sind, in der Praxis aber nicht uneingeschränkt Geltung behalten werden. Den latent Tuberkulösen wie den abgeheilten chronischen Fällen mit Residuen

¹⁾ F. Köhler, Die Bewertung der modernen Lungenheilstätten-Behandlung. Münch. med. Wochenschr., Nr. 19 und 20, 1903.

werden kaum die Pforten der Heilstätten bedingungslos verschlossen werden dürfen. Der Hilfesuchende wünscht stets die beste und sicherste Hilfe, und die bietet ihm zweifellos die Heilstätte. Sehen wir ferner die Sache einmal rein materiell vom Standpunkte der Heilstätte selbst an, so glaube ich, ist das Exklusivverfahren ebensowenig durchführbar. Ist die Heilstätte voll besetzt, so wird gewiss die Ablehnung des Heilverfahrens ohne weiteres erfolgen müssen, weil eben kein Platz für den Ansucher da ist. Verfügt aber die Heilstätte über leere Plätze, so wird sie billigerweise ebenso den latent Tuberkulösen, wie den nicht mehr im I. Stadium stehenden Lungenkranken aufnehmen, wofern der Leiter auf eine rentable Existenz der Anstalt bedacht ist, und dies muss er sein, das soll offen gesagt werden dürfen, wenn wir eine gesunde Finanzierung der Heilstätten erhalten wollen, deren wir unbedingt bedürfen. Würden die Landesversicherungsanstalten tatsächlich dazu übergehen, nur offene Tuberkulosen, vielleicht nur mit zweifellosem Bazillenauswurf, in die Heilstätten zu schicken, und würden wir Nichtversicherte nur unter den gleichen Voraussetzungen grundsätzlich in die Heilstätten aufnehmen, so würde das ohne Zweifel einen verderblichen finanziellen, die Existenz der Heilstätte bedrohenden Niedergang bedeuten! Andererseits auch würde gerade das Bestreben, möglichst frühzeitig Tuberkulose in die Heilstätten zu führen, wieder in seiner Entwicklung zurückgehen, wenn man ins Volk wie in die Kreise der materiell Leistungsfähigen den Grundsatz hineintrüge, dass man, um in eine wirksame Heilstättenbehandlung treten zu können, warten müsse, bis Tuberkelbazillen vom behandelnden Arzte oder einem bakteriologischen Institute gefunden seien.

Habe ich diese Bedenken gegen Schröders Forderung der Beschränkung der Heilstättenklientel auf die offene Tuberkulose geltend machen zu müssen geglaubt, so richtet sich die mit Schröder vertretene Auffassung, dass offene Tuberkulosen von den Heilstätten nicht etwa abgewiesen werden sollten, gegen die Anstalten, welche in der Auslese zu rigoros sind. Ich bin vollkommen der Ansicht A. Fränkels, dass die Heilstätten, wofern man ihnen eine ausgedehnte Wirksamkeit vindiziert — und das kann und muss man tun! — die offenen Tuberkulosen heilen können müssen. Nur dadurch, dass wir nachweisen, dass offene Tuberkulosen geheilt werden können in den Heilstätten, dass tatsächlich ein recht erheblicher Prozentsatz von Bazillenhustern die Bazillen verliert, sind wir imstande, denen ihr Hauptargument gegen die Heilstättenerfolge zu nehmen, welche

behaupten, die meisten Heilstättenpfleglinge würden auch ohne Heilstättenbehandlung genesen sein.

Mit vollem Recht fragte Herr Neisser-Stettin im Anschluss an Landgraffs Vortrag über die Kinderheilstätten, wieviel Prozent der Kinder die Tuberkelbazillen verloren hätten. Ist es auch nicht ohne weiteres gestattet, aus einer gegebenen Zahl für Bazillenverluste bei der Entlassung aus der Kur die weitestgehenden Schlüsse zu ziehen, da jeder weiss, von welchen Zufälligkeiten die Bazillenabwesenheit im einzelnen Fall abhängig sein kann, und dass nur mehrfache Untersuchungen an verschiedenen Tagen mit einiger Sicherheit den Schluss auf tatsächlichen Bazillenverlust gestatten, so bieten derlei Feststellungen in Verbindung mit einer Gesamtverbesserung des Zustandes des Individuums doch immerhin eine bemerkenswerte Handhabe für ein objektives Urteil. Diese Dinge sind ja auch von Bedeutung für die Wertung unserer gegen die Lungentuberkulose angewandten Mittel, für die Wertung des Tuberkulins, für die Frage der Wirksamkeit von Kreosotpräparaten, von Sera usw.

Aus den dankenswerten Referaten Schroeders und Althoffs werden wir demnach den Schluss für die Zukunft ziehen, dass einerseits mit Kurort-Schnellkuren fast ausnahmslos nichts wird erreicht werden können, weder für die Budgets der Versicherungsanstalten, noch für die Kranken selbst, dass andererseits die Heilstätten in der Auslese ihrer Kranken nicht ängstlich exklusiv werden dürfen, womit nicht gesagt sein soll, dass man nunmehr speziell den Versicherungsanstalten gegenüber einen kritiklosen Optimismus hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Heilstätten zu vertreten habe. Man danke es den Versicherungsanstalten, dass sie in so umfangreicher Weise den Heilstätten Lungenkranke überweisen, man sei bestrebt, für die Fälle, welche längerer Kuren bedürfen, eine liberale und humane Entschliessung zur Bewilligung der Kosten herbeizuführen. Man weise nicht diejenigen ab, welche in der Ungunst ihres Leidens hilfflehend an die Pforten der Heilstätten klopfen, selbst wenn nur eine zeitliche Besserung als erreichbar sofort erkannt wird, oder wenn, wie bei abgeheilten chronischen Leiden mit Residuen, eine Art „Überkur“ in dem Sinne, dass für den Leidenden das Beste gerade gut genug ist, gemacht werden soll. In den Statistiken werden sich diese Dinge wohl trennen lassen, in der Dauer der Kuren werden Unterschiede ebenso gekennzeichnet werden können. —

Der folgende Vortrag wurde von Herrn Landgraff-Belzig über: „Erfahrungen über Kinderheilstätten“ gehalten.

Die Ergebnisse sind bisher recht zufriedenstellend gewesen. Es

verdient hervorgehoben zu werden, dass im allgemeinen die Kuren tuberkulöser Kinder länger wie bei Erwachsenen durchgeführt zu werden pflegen, sicherlich zum Segen für die kranken Kinder. Einen Schatten auf die erfreulichen Eindrücke, welche man den Ausführungen Landgrauffs entnahm, warf der Bericht des Herrn R. Lennhoff, dass er verhältnismässig selten offene Tuberkulosen bei Kindern gesehen, bei diesen indessen stets einen prognostisch ungünstigen Verlauf beobachtet habe. Mit dieser Angabe steht Landgrauffs Bemerkung in der Diskussion, er habe zahlreiche notorische Heilungen bei offener Tuberkulose beobachtet, und Pannwitz'-(Hohenlychen) Angabe, dass 50% seiner tuberkulösen Kinder die Bazillen verloren hätten, in einem gewissen Gegensatz, so dass die Frage, wie weit die Wirksamkeit der Heilstättenbehandlung für Kinder geht, als noch nicht geklärt angesehen werden muss. Von grossem Werte wäre gewiss auch eine Mitteilung aus den Kinderhospizen an der See gewesen. Ich habe den Eindruck, dass bei der Behandlung der Kindertuberkulose in weit höherem Masse, wie bei der Behandlung erwachsener Tuberkulöser, der klimatische Faktor in Rechnung gezogen werden muss. In der Behandlung tuberkulöser Kinder an der See sind uns noch besonders die Franzosen voraus. Von verschiedenen Seiten wird ja auch bei uns die Ausnützung des Seeklimas für Tuberkulöse, besonders für Kinder angestrebt, wie sich aus den Ausführungen des Herrn Tjaden-Bremen und des Herrn Landesrat Hansen-Kiel ergab, mit recht gutem Erfolge. Ich glaube, dass dieser Seite der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland noch bedeutend mehr, wie bisher, Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Ich flechte an dieser Stelle einen selbst beobachteten Fall eines 5jährigen skrofulösen Mädchens ein. Es wurde vom Hausarzt dem an Spitzentuberkulose leidenden Vater, der von mir nach Juist geschickt worden war, geraten, sein Töchterchen trotz bestehenden Ohrenausflusses, der zweifellos tuberkulöser Natur war, versuchsweise mitzunehmen. Beide Kranken machten hier eine ganz ausgezeichnete Kur. Der Vater kehrte mit 15 Pfund Gewichtszunahme und völliger Reinigung der rechten Lungenspitze zurück, das skrofulöse Kind verlor nach vier Tagen seinen Ohrausfluss vollkommen und erholte sich ganz vorzüglich. —

Von vorneherein ist es selbstverständlich, dass der kindliche Organismus, der noch in der Ausbildung begriffen ist, besonderer Pflege bedarf, wenn Tuberkulose sich in demselben etabliert und die Normalentwicklung zu hemmen droht. So werden die Heilstättenkuren, insbesondere bei den Proletarierkindern, welche zuhause schlecht genährt, ungenügend gewartet werden und der gesunden Wohnung mit genügend Luft und Licht entbehren müssen, zweifellos recht Er-

freuliches leisten können. Der Hinweis Lennhoffs auf die Gefahren des Pubertätsalters beansprucht volles Interesse und Beachtung, denn es ist kaum zweifelhaft, dass in diesen Jahren die Gefährdung des vorher tuberkulös infizierten Kindes besonders gross ist. Der Vorschlag, nach Möglichkeit die gefährdeten Kinder gerade über diese Periode in der Heilstätte und nicht zu Hause hinüberbringen zu wollen, wird volles Verständnis nirgends vermissen. Freilich wird hier eine soziale Schwierigkeit daraus entstehen, dass meist die Proletarierkinder, welche mit 12—14 Jahren die Schule verlassen, schon zum Erwerb herangezogen zu werden pflegen und oft für die Eltern mitverdienen müssen. Hier wird die Volksbelehrung und die Bereitstellung von Mitteln wirken müssen, um gerade für Kranke im 14. bis 17. Lebensjahre etwa, eine Fürsorge herbeizuführen, welche die gefährdeten guten Keime im kindlichen Organismus erstarken lässt. Gleichzeitig wäre zu dieser Zeit Gelegenheit geboten, dem Kinde vor dem Hinaustritt ins Leben Lehren für die Erhaltung und Pflege der Gesundheit mitzugeben, für die es in späteren Jahren oft zu spät ist, wenn die materielle Sorge in den Vordergrund des Gedankenkreises getreten ist. —

Den Mittelpunkt des zweiten Verhandlungstages bildete das Referat des Herrn Bandelier-Kottbus über den „gegenwärtigen Stand der spezifischen Therapie der Lungentuberkulose“.

Das Thema war ausserordentlich weit gefasst, wenn man bedenkt, wie zahlreiche Sera und andere als spezifisch empfohlene Mittel heute existieren. Bandelier konnte ganz unmöglich in einem Vortrage, wenn er nicht ermüden und die Diskussion zersplittern wollte, das Material zur Stelle schaffen und besprechen. So ergaben sich von vorneherein technische Schwierigkeiten, die nur durch eine beschränktere Fassung hätten umgangen werden können. Bandeliers ausserordentlich inhaltsreicher, sorgfältiger Vortrag wird in der Drucklegung, die in Brauers Beiträgen erfolgen wird, allgemeines Interesse beanspruchen. Als Kongressvortrag war er zweifellos zu ausführlich, so dass die Diskussion keine einheitliche Richtung insofern zu nehmen imstande war, als man über Alttuberkulin, über Neutuberkulin, Bazillenemulsion, Marmorekserum, Beraneckserum usw. hätte berichten können, ohne gleichzeitig eine weitere Aussprache erwarten zu dürfen. Inhaltlich interessierten die berichteten eigenen Erfahrungen lebhaft. Bandelier ist als eifriger Anhänger des Alttuberkulins bekannt. Seine zweifellos reichen Erfahrungen lauten ausnahmslos günstig, 92 % sollen unter Anwendung des Alttuberkulins die Bazillen verloren haben. Übrigens ist nicht zu vergessen, dass die Patienten meist erheblich länger in der Kottbuser Heilstätte

bleiben wie sonst üblich. Bandelier steht auf einem extremen Standpunkt insofern, als er Kontraindikationen fast ganz fallen lässt. Möllers Kontraindikationen lässt er ¹⁾ nicht gelten, bei geschwächtem Gesamtzustand beginnt er mit den Tuberkulininjektionen sofort, wenn auch besonders vorsichtig; weder leichtes, noch mittleres Fieber ist Kontraindikation, sondern lediglich hohes, hektisches Fieber, Neigungen zu Blutungen hindern die Anwendung nicht usw. Unter diesen Umständen wird man den erzielten Resultaten die vollste Aufmerksamkeit nicht versagen dürfen, man würde sie sogar als zwingend ansehen müssen, wenn nicht von anderen Seiten leider Ergebnisse weniger günstiger Natur vorlägen, die einem bedingungslosen Glauben an die Regelmässigkeit der Wirkung des Tuberkulins den Zweifel entgegensetzen. In keinem Jahresberichte Deutscher Heilstätten habe ich die Zahl von 92% Bazillenverlust weder bei Tuberkulin behandelten, noch bei Nichttuberkulinbehandelten gefunden. Ich habe kein Recht, die Zahl für die Kottbuser Ergebnisse irgendwie anzuzweifeln. Findet sie sich dagegen in anderen Feststellungen nicht, so pflegt man sagen zu dürfen, die Ergebnisse sind anderwärts nicht bestätigt worden.

Die Ausführungen Bandeliers haben, das soll hier offen betont werden, den Eindruck emsigen Forschens und Arbeitens gemacht, die Diskussion bewegte sich auch in der Richtung der Bandelierischen Ausführungen, und eine scharfe Kontroverse kam nicht zustande. Ob der Gang der Diskussion allerdings eine besonders wissenschaftliche Ausbeute lieferte, möchte ich bestreiten. Bandelier hatte darauf verzichtet, die Einwände der Skeptiker und der Gegner des Tuberkulins eingehend zu erörtern, was wohl zweckmässig wenigstens in gedrängter Kürze hätte versucht werden müssen. Wer nicht ganz fest in der Verfolgung der Literatur ist, hätte glauben können, die Literatur bewege sich nunmehr lediglich in der dogmatischen Richtung der Infallibilität des Tuberkulins. Diese Meinung kam ja auch in der Bemerkung Petruschkys zum Ausdruck, die Einwände Andersdenkender verschwänden nahezu in der Literatur. Und demgegenüber war wenige Wochen vorher der kritische Aufsatz Meissens: „Betrachtungen über Tuberkulin“ in der „Zeitschrift für Tuberkulose“ erschienen, und seit der letzten Tuberkulindebatte lag eine eingehende Monographie über die Beziehungen des Tuberkulins zum Organismus vor, an die ich mir zu erinnern erlaube, ohne dass ich den Vorwurf, pro domo zu reden, fürchten müsste.

Man operierte im ganzen zu viel mit Zahlen, nicht mit der

¹⁾ Vergl. Bandelier, Zur Heilwirkung des Tuberkulins, in Brauers Beiträgen, Bd. VI, Heft 1. pag. 130.

Prüfung fundamentaler Angriffspunkte. Es steht zweifellos fest, dass die Beurteilung des Heilerfolges der Behandlung Tuberkulöser dem subjektiven Ermessen weite Bewegungsfreiheit lässt, mag sie bewusst oder unbewusst bleiben. Jedenfalls ist es eine heikle Sache. Vor etwa 10 Jahren war wohl jeder Arzt von der Zweckmässigkeit der Kreosotkuren bei Tuberkulösen überzeugt, man konnte sich auch auf günstige Berichte in der Literatur berufen, und wie steht es heute? Wie ausserordentlich verschiedenartig sind die Erfahrungen mit den neuen Mitteln, welche gegen die Tuberkulose empfohlen werden. Jede Firma, die sich mit neuen Medikamenten befasst, verfügt über eine Anzahl Stellen, an denen angeblich günstige Erfolge erzielt worden sind. Ich denke im Augenblick an Styracol oder Tuberal. Ich habe selbst mit Styracol sehr eingehend gearbeitet, habe aber ausserordentlich wenig gesehen, was überhaupt zur Prüfung zugelassen werden könnte, ob hier tatsächlich eine Wirkung vorliege, oder nicht. Die meisten Fälle gingen den gewohnten Weg, d. h. sie entwickelten sich nach den üblichen Gesetzen der Prognose weiter ohne angenehm zu enttäuschen in Fällen, die gemeinhin keine besondere Prognose darboten, oder durch eklatante Wirksamkeit zu überraschen, wo man langsamen, erfolgreichen Effekt ohnehin voraussehen konnte. Fragt man nach der Wirkung des Tuberal, so erhält man insbesondere von praktischen Ärzten oft sehr günstige Urteile. Ich habe ebenfalls viel mit Tuberal gearbeitet, und bei gründlicher Beobachtung kaum Nennenswertes geltend machen können.

Woran liegt diese Verschiedenheit? — Das ist nicht ohne weiteres leicht zu sagen. Die bona fides wird man gewiss weder dem Anhänger, noch dem Skeptiker bestreiten dürfen. Dagegen die subjektive Auffassung über Erfolg oder Nichterfolg ist es, die speziell in der Behandlung der Lungentuberkulose einen weiten Spielraum hat und deshalb dem einen die rosige Brille verleiht, den andern hingegen, wenn nicht gerade zum Schwarzseher, so doch zum Zweifler werden lässt. Da ist schwierig zu streiten, denn Erfahrung steht gegen Erfahrung. So müssen wir denn in erster Linie zurückgreifen auf die Grundlagen zur Wertung des therapeutischen Effekts und uns darüber einigen. In den letzten Jahren sind diesbezügliche Versuche in der Literatur gemacht, aber von einer Einigung ist noch nicht recht die Rede. Diese Dinge hätten in der Diskussion eingehend erörtert werden müssen und vielleicht zu wissenschaftlich fruchtbareren Ergebnissen geführt, als wenn, wie es geschah, der eine diese, der andere jene persönlichen Eindrücke von seinen Studien vortrug. Dass dieser Weg nicht betreten wurde, lag daran, dass in dem Vortrag Bandeliers, nicht die Anregung zu diesen grundlegenden

Fragen gegeben war. Zudem war nach den 1³/₄ stündigen Ausführungen eine Ermüdung bei den meisten Zuhörern unverkennbar, und subtile Dinge vor ermüdetem Auditorium zu erörtern, ist nicht empfehlenswert.

Die meisten Diskussionsredner kamen mit positiven Mitteilungen, meist ohne jede Einschränkung oder ohne interessante Nebenbeobachtungen. Dass solche aber jeder, der mit Tuberkulin arbeitet, macht, ist zweifellos. Während in meiner Heilstätte dauernd therapeutisch mit Tuberkulin gearbeitet wird, drängen sich immer wieder neue Phänomene auf, die ich nicht ohne weiteres zu lösen imstande bin. Ich erinnere nur kurz an die eigenartigen Beobachtungen der eintretenden Entfieberung, dann wieder der völlig ausbleibenden Entfieberung, der protrahierten Reaktion usw. — Die Gründe aber, warum die Wirkung in dem einen Organismus sich so, im anderen sich durchaus konträr manifestiert, sind noch dunkel. Die Behauptung der Skeptiker von der Unberechenbarkeit der Tuberkulinwirkung bleibt daher bestehen.

Ich stehe bekanntlich auf dem Standpunkte, dass die Möglichkeit und das tatsächliche Vorkommen günstiger Tuberkulinwirkungen nicht bestritten werden soll, ich behaupte ferner, dass viele Individuen mit ihrer Tuberkulose durchaus keinen Nutzen selbst von der vorsichtigsten Methode haben, dass unter noch nicht näher bekannten Umständen das Tuberkulin geradezu schwer schädigen kann.

Überlege ich mir nach dieser Seite hin einmal das Ergebnis der Diskussion zum Bandelierschen Vortrage, so habe ich den Eindruck, dass trotz des Zurücktretens der warnenden Stimmen in der Tuberkuloseärztesitzung vom 25. Mai 1907 dieser Standpunkt nicht als vereinzelt oder als hinterwäldlerisch-veraltet angesehen werden kann. Über die Grenzen der Verwendbarkeit war man sich bei genauem Zusehen keineswegs einig. Herr Pickert warnte ausdrücklich — im Gegensatz zu Bandelier — vor der Verwendung des Tuberkulins bei vorgeschrittenen Fällen, ähnlich Herr Elsässer-Hannover, Herr Röpke-Melsungen schliesst die progredienten Fälle aus, Herr Hammer-Heidelberg behandelt auch vorgeschrittene Fälle mit Tuberkulin, Herr Holdheim-Berlin plädiert für strenge Auswahl der Fälle. Überlegt man das Fazit dieser Erörterungen, so scheint mir unbedingt festzustehen, dass bei vorgeschrittenen Fällen die Ergebnisse der Tuberkulinbehandlung ausserordentlich variieren, d. h. es kann gut gehen, man muss sich aber auch auf recht unerfreuliche Dinge gefasst machen. Danach wird es also dem subjektiven Ermessen anheimgestellt, wie man in solchen Fällen verfahren.

will. Ich habe bisher stets es als meine Pflicht angesehen, in vorgeschrittenen Fällen auf die Tuberkulinanwendung zu verzichten und will nicht verschweigen, dass ich in mehreren Fällen eine durchaus schlechte Wirkung beobachtet zu haben überzeugt bin. — Es wird nun gerade von den Tuberkulinfreunden so häufig die persönliche Erfahrung als wichtig bezeichnet, ich will dem auch gewiss nicht bedingungslos widersprechen. Ich halte es aber für ausserordentlich gefährlich, sich auf diese allein zu verlassen. Was haben denn im Grunde genommen Publikationen über eigene Erfahrungen überhaupt noch für einen Zweck, wenn ich mir sagen muss, jeder vertraut doch nur seinen eigenen Beobachtungen und eine Belehrung ist ausgeschlossen? Hüten wir Ärzte uns doch vor einem falschen Subjektivismus, der der Feind aller Wissenschaft, also der wirklichen Erkenntnis der Wahrheit, ist! Ich halte es für das wichtigste Prinzip alles wissenschaftlichen Forschens, die eignen Erfahrungen im Lichte der Erfahrungen anderer kritisch zu prüfen und richtig zu werten; damit allein hütet man sich vor der Überschätzung des eignen Standpunkts, zumal wenn er das positive Dogma für unerschütterlich hält. —

Wenn es also um die Anwendung des Tuberkulins in vorgeschrittenen Fällen unberechenbar steht, so frage ich weiter: Sind wir uns denn über den Begriff „vorgeschritten“ völlig klar? — Für mich sind manche beginnende, fieberhafte Tuberkulosefälle viel eher als vorgeschrittene Fälle zu bezeichnen, namentlich wenn sich alsbald die Hartnäckigkeit des Fiebers herausstellt, wie manche mehr torpide Fälle, bei denen der physikalische Befund eine reichere Ausbeute liefert. Und warum? Weil die ersteren Fälle oft mit einer unheimlichen Schnelligkeit, ich möchte sagen Rücksichtslosigkeit zum Tode eilen. Ich halte auch zahlreiche Fälle für „vorgeschritten“, bei denen, wie nicht selten zu beobachten ist, die Gesamtkonstitution sehr in Mitleidenschaft gezogen ist, während der perkussorische Befund ergebnislos, der auscultatorische Befund lediglich Atemgeräuschabweichungen und keine pathologischen Schleimgeräusche u. a. aufweist. Ich habe gerade diese Fälle oft bald zugrunde gehen sehen. In bezug auf Fieber sind diese Fälle verschiedenartig. Sie sind mit dem Bilde der Miliartuberkulose nahe verwandt und haben mit dieser die Bösartigkeit gemein. Ich zähle sie mit Recht in die Gruppe der vorgeschrittenen oder unfehlbar vorschreitenden Fälle, die Bösartigkeit ist in dem einen Falle durch quantitative, im andern durch qualitative Momente gekennzeichnet.

Sind nun die Anfangsfälle von vorneherein immer ohne weiteres richtig zu bewerten? — Das möchte ich in Abrede stellen. Wenn wir aber nun erfahren, dass bei vorgeschrittenen Fällen das Tuber-

kulin, wie auch mehrere Diskussionsredner betonten, unliebsame Wirkungen entfalten kann, dann ist es für mich zweifellos, dass solche auch bei einer nicht unerheblichen Zahl von Anfangsfällen, deren Charakter, wie hervorgehoben, sehr verschiedenartig sein kann, vorkommen, ganz abgesehen davon, dass die praktische Erfahrung die theoretische Überlegung bestätigt. Die praktische Erfahrung ist nicht nur an die Ergebnisse Bandeliers geknüpft, sondern es fallen die Erfahrungen anderer, die mit Tuberkulin arbeiten, ebenso in die Wagschale. Aus den Jahresberichten der Heilstätten für 1905 erinnere ich nur an den Umschwung in der Heilstätte Slawentzitz, wo bekanntlich der alte Götsch so ergiebig gearbeitet hatte. Sein Nachfolger Stolzenburg spricht es offen aus, dass er mit dem, Tuberkulin schlechte Erfahrungen gemacht habe und die Kuren mit Tuberkulin eine längere Dauer beanspruchten. Schüler in Waldbreitbach hebt hervor, dass das Tuberkulin in der Entfieberung versagt hätte, und die Bemerkung Rumpfs aus der Heilstätte Friedrichsheim, dass trotz vorsichtigster Manipulation nicht selten starke Reaktionen, die wohl kaum von jemanden als erwünscht betrachtet sein werden, beobachtet würden, gibt ebenfalls zu denken. — Von 34 Heilstätten haben mir für das Jahr 1905 die Jahresberichte vorgelegen, die ich einmal sorgfältig auf die Tuberkulinanwendung durchgesehen habe. Von den 34 waren in 11 überhaupt keine Notizen über Anwendung oder Nichtanwendung des Tuberkulins zu finden, so dass ich annehme, dass sie kein Tuberkulin verwenden, oder aber zum mindesten keine Resultate erreicht haben, die der Lobpreisung wert wären, in vier ist vermerkt, dass Tuberkulin nicht verwandt werde (Rathenow, Engelthal, Planegg, Schömborg [Schröder]). Geringe Verwendung fand ich vermerkt in acht Heilstätten (Slawentzitz, Lüdenscheid, Fürth, Carolagrün, Waldbreitbach, Rosbach, Grünewald, Bromberg), mässig häufige Verwendung geschieht in zwei (Schömborg-Koch, Friedrichsheim), ausgiebig in neun Heilstätten (Belzig, Melsungen, Schreiberhau, Davos-Brecke, Loslau, Sandbach, Landeshut, Kottbus, Edmundsthal). Diese Feststellungen beziehen sich auf 34 Jahresberichte, mehr haben mir nicht vorgelegen, aber ich glaube trotzdem kaum, dass sich die Verhältnisse für die gegenwärtige praktische Verwendung des Tuberkulins, wenn sämtliche Deutschen Heilstätten in Betracht gezogen werden, wesentlich verschieben werden.

Es geht daraus hervor, dass es tatsächlich mit der Beliebtheit der Tuberkulinbehandlung noch nicht so weit steht, wie man nach den diesjährigen Verhandlungen in der Tuberkuloseärzteversammlung erwarten sollte. Viel lehrreicher waren die Eindrücke, die man im Gespräche mit manchen Kollegen, zu dem ja derartige Veranstaltungen

erfreulicherweise Gelegenheit geben, empfang, wenn man die Tuberkulinfrage anregte. So manche Einzelerfahrung tritt bei solchen Gelegenheiten zutage, die viel wichtiger ist als die Aufzählung von Gesamtergebnissen und besser als im Augenblick passend klingende, bei ruhiger Prüfung durchaus unangebracht erscheinende Schlagwörter. Wenn Herr Petruschky in begeisterter Rede erklärte, man dürfe vom Tuberkulin nicht zu viel verlangen, man könne natürlich nicht „hexen“ mit demselben, dann sagte er nur das, was jeder Skeptiker und Vorurteilsfreie als Grundprinzip vertritt: Es soll sich in der Wissenschaft nicht um Taschenspielerkünste, die doch nur Scheinmanöver sind, handeln, sondern um eine gerechte Würdigung aller Einzelheiten, alles Unklaren, alles dessen, was zu bejahen, und alles dessen, was zu verneinen ist. Wenn ferner Petruschky von der rechten „Tuberkulin-Freudigkeit“ redete, so beanstande ich die Aufforderung ebenso. Freudigkeit ist eine Stimmung, eine Äusserung des Gefühles. Wenn wir in der Prüfung von therapeutischen Massnahmen aber mit „Gefühlen“ arbeiten, und nicht mit der Nüchternheit, die jedes objektive Urteil unbedingt verlangt, dann verfällt man alsbald einem subjektiven Urteilen, das mit wirklicher Wahrheitskenntnis nichts zu tun hat. —

Aber warum sind denn alle diese Dinge nicht in der Diskussion eingehend erörtert worden, wird man fragen. Zum Teil habe ich die Gründe davon schon angegeben. Manche bekannte und in der praktischen Erfahrung hochgeschätzte Tuberkuloseärzte hatten von vorneherein auf eine Teilnahme an der Tuberkulindebatte verzichtet: Meissen, Wolff-Reiboldsgrün, Schröder u. a., die notorisch zu den Skeptikern gehören, fehlten. Eine Reihe von solchen, welche durchaus nicht auf dem positiven Standpunkte Bandeliers stehen, hielt es nicht für nötig, alles das im einzelnen nochmals zu entwickeln, was bereits in der Literatur eingehend niedergelegt ist, besonders nachdem der Vortrag die springenden Punkte der Differenzen vollkommen vermissen liess. Ob es die Drucklegung anders macht, entzieht sich noch der Kenntnis. Bemerkenswert aber blieb, dass speziell die akademischen Kreise, wenn ich von der Schlusszusammenfassung B. Fränkels und der Bemerkung Hammers absehe, sich für die Tuberkulindebatte wenig zu interessieren schienen. Ich habe überhaupt den Eindruck, dass die Tuberkuloseärzte mit den Tuberkulinbestrebungen Gefahr laufen, sich von der Berührung mit den akademischen Ansichten, wenigstens der Kliniker, die in dieser Frage mir erheblich massgebender erscheinen, wie die Bakteriologen, zu entfernen.

Diese Idee war für mich Veranlassung, mich an die medizinischen

Kliniken Deutschlands und der Schweiz zu wenden und um Auskunft zu bitten, in welchem Umfange Tuberkulin verwandt werde. Von 20 medizinischen Kliniken habe ich Auskunft erhalten. Von diesen lehnten 6 die Verwendung von Tuberkulinpräparaten völlig ab, 7 verwenden Tuberkulin in sehr geringem Umfang, 6 in geringem Umfang, eine in ausgedehntem Umfang. Freilich ist nicht zu verkennen, dass bei den medizinischen Kliniken die Verhältnisse nicht gerade günstig liegen, insofern an und für sich das Tuberkulosematerial meist nicht sehr reichlich ist und meist das Bestreben bestehen wird, die beginnenden Fälle den Heilstätten zu überweisen. Immerhin aber ist die Vorliebe eine geringe, wie ich aus dem Inhalt der Antwortschreiben zu entnehmen berechtigt bin. Vor allen Dingen aber besteht an den akademischen Instituten keineswegs die Neigung, vorgeschrittenere Tuberkulosefälle, die es stets in den medizinischen Kliniken gibt, mit Tuberkulin zu behandeln. Mehrfach war den mir gütigst erteilten Auskünften ein Urteil über die Erfahrungen beigegeben, aber kein einziges fand sich, das auch nur im entferntesten sich an die Lobpreisungen der Tuberkulinfreunde vom 25. Mai herangewagt hätte, sondern es bewegte sich in der bescheidenen, nüchternen Fassung, man habe „im ganzen leidlich befriedigende Resultate“ erzielt. Manche Berichte liessen durch die kurze präzise Ablehnung keinen Zweifel darüber, dass die Erfahrungen rundweg schlechte gewesen sein müssen.

So ist es wohl nicht zu viel behauptet, dass diejenigen, die in der Tuberkulinfrage noch nüchtern und ruhig zusehend am Wege stehen bleiben, sich in ganz guter Gesellschaft befinden. Sie können es abwarten, ob die zu fordernde Dauererfolgstatistik wirklich klar und deutlich beweist, dass mit der Tuberkulinbehandlung tatsächlich ein unbestreitbarer Schritt vorwärts getan ist, um die Tuberkulose dauernd zu heilen. Schröder hat es klar und deutlich betont: Die Verfechter des Tuberkulins haben zu beweisen, dass der Prozentsatz derer, die mit Tuberkulin behandelt worden sind, gleiche Verhältnisse vorausgesetzt, tatsächlich länger gelebt haben, wie diejenigen, welche nicht diese Behandlung, sondern nur eine Heilstättenkur durchgemacht haben. Diese Statistik wird in einigen Jahren speziell von den Heilstätten, die in umfangreichster Weise das Tuberkulin verwenden, zu erbringen sein. Und das sei auch von vornherein gesagt: Es kann sich dann nicht um kleine Abweichungen in der Prozentzahl handeln, sondern es bedarf eines eklatanten Unterschiedes. Dass dergleichen in Beweisfragen wohl möglich ist, dafür erinnere ich nur an die Diphtheriestatistik. Als ich um die Mitte der 90er Jahre in Freiburg studierte, erklärte Bäumler, dass sich in dem

laufenden Jahre, ich weiss nicht genau, ob es 1895 oder 1896 war, die Diphtheriesterblichkeit an der Freiburger medizinischen Klinik nach der Anwendung des Diphtherieserums von 36 % auf 12 % ermässigt habe. Wenngleich heute feststeht, dass merkwürdigerweise gleichzeitig mit der Entdeckung des Diphtherieserums der Charakter der Diphtherie an und für sich gutartiger wurde, so erscheinen diese Zahlen doch zu stark differierend, als dass allein die Charakterveränderung der Infektionskrankheit schuld daran sein könnte. — Man wird also auch für die Tuberkulosefrage hinsichtlich der Dauererfolge eine wesentliche Steigerung der Prozentzahlen fordern müssen. Wird der Beweis tatsächlich geliefert, so werden die Skeptiker ohne weiteres einstimmen in das Lob der Tuberkulinbehandlung, im Interesse der Wahrheit; bis dahin aber wird man ihnen auch gestatten müssen, zu erklären, dass der stichhaltige Beweis für die weitestgehende Wirksamkeit des Tuberkulins noch nicht erbracht sei.

Man wird weiterhin den experimentellen Beweisen, soweit sie das Tierexperiment betreffen, eine wirkliche Grundlage schaffen müssen und nicht über die Schröderschen Versuche hinweggehen dürfen, mit der Bemerkung, es sei das Meerschweinchen das denkbar ungünstigste Tier, um hier für Tuberkuloseversuche herangezogen zu werden. Gerade weil das Meerschweinchen für die Tuberkulose so empfänglich ist, besitzen wir im Meerschweinchenexperiment einen stichhaltigen Prüfstein für die gründliche und nachhaltige Wirkung des Tuberkulins. So habe ich auch für die praktische Prüfung der Wirksamkeit des Präparats beim Menschen wiederholt hervorgehoben, dass nicht die Wirkung bei der latenten oder torpiden Tuberkulose des Menschen erprobt werden solle, da diese Fälle oft genug, besonders wenn sie lange in günstigen Verhältnissen gehalten werden können, von selbst heilen, sondern bei der offenen Tuberkulose, die eine unerwartete Akuität des Rückganges zeigen muss, wenn der Beweis klar sein soll.

Den erfreulichen Erfolgen, die in der Versammlung hinsichtlich der Lupusheilung von Bandelier wie von Röpke berichtet wurden, gegenüber wird man gewiss allgemein ein freudig zustimmendes Urteil nicht versagen, man wird aber auf der anderen Seite auch den Wermutstropfen nicht verkennen dürfen, der durch das bekannte Urteil einer Autorität auf dermatologischem Gebiet, wie Hallopeau in Paris, in die Wagschale fällt, wenn er das Tuberkulin für den Lupus auf Grund eigener Erfahrung ablehnt. Auch Lindemann-Bochum darf darauf rechnen, nicht ohne weiteres übergangen zu werden, wenn er in der Versammlung daran erinnerte, dass man auch in der ersten Tuberkulinära viele Lupusfälle unter der Tuber-

kulinbehandlung hätte heilen sehen, die später höchst unangenehme Rezidive gezeigt hätten. Bandelier wie Röpke bleiben uns noch den Beweis schuldig, dass ihre Lupusfälle geheilt bleiben. Gelingt ihnen dieser nach einigen Jahren, so kann die Kette der Beweisführung für ihre erfreulichen Erfahrungen geschlossen gelten.

Und nun noch ein kurzes Wort zu den Nebenbeobachtungen bei der Tuberkulinbehandlung. Es verrät eine gründliche, kritische Auffassung, wenn Röpke, der in seiner Heilstätte Melungen bekanntlich in weitestem Umfange Tuberkulin verwendet, sich nicht scheute, eine nach den ersten Tuberkulininjektionen bei einem Falle beobachtete hämorrhagische Nephritis als Folge der Tuberkulinanwendung zu bezeichnen. Es ist erfreulich, dass das unwillkommene Ereignis nach ca. 5 Wochen gehoben werden konnte. Für den Kenner der Literatur — und diese sollte für alle, Optimisten wie Pessimisten, ihrem eigentlichen Zwecke gemäss ein Lehrmeister sein zur kritischen Würdigung der eigenen Erfahrungen! — ist es kein Geheimnis, dass tatsächlich unerwartete Erscheinungen im Verlauf der Tuberkulose nach Tuberkulinanwendung vorkommen. Ich sage vielleicht treffender, trotz Tuberkulinanwendung vorkommen, um mich nicht dem Vorwurf aussetzen zu müssen, als sei ich geneigt, alle unerwarteten Ereignisse in der Entwicklung der Tuberkulose bei Tuberkulinisierten auf das Konto des Tuberkulins zu setzen. Letzteres Verfahren wäre zweifellos unkritisch. Aber man kann sagen: In solchen Fällen hat das Tuberkulin es nicht vermocht, die unerwartete Verschlechterung, vorausgesetzt, dass sie tuberkulösen Charakters ist, zu hindern. Darin liegt ein Manko bedenklichster Art. Denn wenn ich einen monartikulären Gelenkrheumatismus mit einem angeblich wirksamen Präparat behandle und beobachte dabei das Auftreten einer polyartikulären Rheumaaffektion, so halte ich es für durchaus unstatthaft, in dem vorliegenden Falle dem angewandten Mittel eine günstige Wirkung zu vindizieren.

Die Gründe für diese nicht zu seltenen Beobachtungen beim Tuberkulin liegen ja auf der Hand. Selbst von beachtenswerten Anhängern der Tuberkulinbehandlung wird offen und mit Recht erklärt, dass es bis jetzt nicht gelungen sei, durch Tuberkulinimmunität eine Immunität gegen Tuberkulose zu setzen. Ob eine Immunität gegen Tuberkulin gleichbedeutend sei mit einer Immunität gegen gewisse endogene Gifte des Tuberkelbazillus, wie Löwenstein und Rapoport annehmen, ist noch nicht bewiesen. Die Immunisierung ist demnach höchstens eine partielle, während das Ideal einer Immunisierung, wie Koch selbst sagt, stets sein wird, den tierischen resp. menschlichen Körper nicht nur gegen eine einzige der Schädlich-

keiten, welche die pathologischen Mikroorganismen mit sich bringen, zu schützen, sondern gegen alle. Es unterliegt keinem Zweifel, dass trotz absoluter Unempfindlichkeit gegenüber dem Tuberkulin der tuberkulöse Prozess im Innern des Organismus unbeschadet weiter bestehen kann und auch durch physikalisch nachweisbare Symptome sich dartut. Ich erinnere nur an A. Fränkels Mitteilung (Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten), dass bei einem Kranken nach Beendigung der Tuberkulinkur eine Zungentuberkulose auftrat, die trotz weiterer Tuberkulinkur um sich griff. Ich erinnere ferner an die Erfahrungen Meissens¹⁾, die mir ausserordentlich wertvoll erscheinen. Also trotz Tuberkulin werden oft genug Fortschritte des tuberkulösen Prozesses beobachtet, und diese Erscheinung stellt, das wird jeder zugeben, der nicht nur sieht, was er sehen möchte, der Wirksamkeit des Tuberkulins ein bedenkliches Zeugnis aus, das zu einer hellen Begeisterung nicht berechtigt.

Gewiss, bei der Wirkung der Nebenerscheinungen schiesst man über das Ziel hinaus, wollte man jede unliebsame Nebenerscheinung, wenn sie nicht tuberkulöser Natur oder auch wenn sie spezifisch ist, auf das Schuldkonto des Tuberkulins setzen. Der Beweis, dass das Tuberkulin allein der Sündenbock gewesen, ist schwer zu liefern, aber ihn von vorneherein gänzlich in das Gebiet der Phantasie zu weisen, geht doch wohl ebensowenig an. Da wird derjenige den richtigen Weg gehen, der, unter Abwägung aller in Betracht kommenden Momente, *sine ira et studio* ruhig prüft und urteilt. Das Studium der pathologisch-anatomischen Ergebnisse, die in der Literatur vorliegen, gibt eine genügende Basis an die Hand, um die Möglichkeit unliebsamer Folgen recht wohl anzuerkennen. Man gehe also nicht über diese Dinge achselzuckend hinweg. Die immer wieder in der Literatur zu findende Angabe von der protrahierten und von der unerwarteten Reaktion, die ich auch selbst nicht selten beobachtet habe, nötigt uns die Überzeugung auf, dass tatsächlich der Ablauf der Vorgänge im Organismus nicht so glatt vor sich geht, wie wir ihn uns denken. Nicht umsonst ist man mit der Zeit vorsichtiger geworden in der Dosierung, und ob die heute meist empfohlene einschleichende Dosis als Methode immer bestehen bleiben wird, ist ebenfalls noch zweifelhaft. „Individuelle Empfindlichkeit“ ist eine klinisch-pathologische Grösse, mit der in der Praxis sehr schwierig zu hantieren ist. Im Grunde kennen wir die Beziehung des Einzelorganismus zum einverlebten Tuberkulin so wenig, dass

1) Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 10. Heft 4.

es unter keinen Umständen angängig ist, zu meinen, die Wirkung des Tuberkulins könne im Einzelfall vorausgesehen werden. Bei der ausserordentlich mannigfaltigen Widerstandskraft des menschlichen Körpers gegen die Tuberkuloseinfektion, ist eine verschiedenartige Gewebeenergie anzunehmen, und dass diese sich auch geltend machen muss gegenüber dem Tuberkulin sowie in der Rückwirkung auf den Gesamtorganismus, ist wohl nicht als der Phantasie entsprungene Idee aufzufassen. Da es sich bei der Wirkung des Alt-tuberkulins lediglich um eine angestrebte Giftimmunität handelt, so wird hier das Gebiet des Chemismus im menschlichen Organismus beschritten. Wie es aber um die Beziehungen des Säfte- und Gewebe-Chemismus zu therapeutischen Effekten und zu bakteriellen Vernichtungsprozessen steht, davon wissen wir im Grunde genommen herzlich wenig. Ebenso hat es sich für die neuen Tuberkulinpräparate, welche eine bakterielle Immunität veranlassen sollen, ergeben, dass der Ablauf der Prozesse durchaus nicht so regelmässig, so zuverlässig und voraussehbar geschieht, wie man es sich gedacht hatte. Darum ist man von diesen fast allgemein wieder zum ersten Präparate zurückgekehrt.

Ist unter solchen Umständen der Standpunkt nicht allein gerechtfertigt, der die Unberechenbarkeit der Wirkung behauptet? — Ich will damit nicht sagen, dass das Studium der Tuberkuline in die Rumpelkammer gehöre; wir wollen nicht aufhören weiter zu prüfen, aber wir wollen den klaren Blick für alle Einzelheiten der Erscheinungen und für die Grundprinzipien der wissenschaftlichen Wertung nicht verlieren!

Das sind wir uns selbst schuldig als forschende Ärzte, wir sind es aber auch dem Publikum schuldig, das heutzutage an den Veröffentlichungen aus medizinischem Gebiet, die immer reichhaltiger in die Tagesblätter dringen, ausserordentlich regen Anteil nimmt. Wir haben uns stets die Frage vorzulegen, ob wir imstande sind, unsere Versprechungen unseren Kranken zu halten, denn davon hängt schliesslich das ganze Vertrauen des Publikums zum ärztlichen Stande und zur ärztlichen Kunst ab. Enttäuschen wir die grosse Menge, dann kommt der grosse Rückschlag, wie wir ihn in der ersten Tuberkulinära in traurigster Form erlebt haben. Es hat sich damals nicht, wie Bandelier¹⁾ meint um eine „ungerechte“ Ablehnung des Tuberkulins gehandelt, sondern, wie die Dinge damals auf Grund der Ergebnisse in den klinischen Instituten, welche nach Kochs Vorschrift arbeiteten, lagen, musste das Tuberkulin abgelehnt werden! „Das

1) Brauers Beiträge Bd. VI, Heft 1, pg. 117.

Tuberkulin war eine Frühgeburt, man spricht sogar von künstlicher Frühgeburt. Aber es war der Sprössling eines grossen Mannes, und deshalb muss versucht werden, es am Leben zu erhalten. Dem Kinde eines gewöhnlichen Mannes wäre soviel Mühe wohl nicht zuteil geworden. Immerhin drängt sich der Gedanke auf, dass es für das Tuberkulin besser gewesen wäre, wenn es noch eine Weile im stillen Kämmerlein des väterlichen Laboratoriums geblieben wäre, um besser auszureifen“, sagt Meissen in seinem mehrfach erwähnten Aufsätze. Ob heute die Reife völlig vorhanden, das scheint noch nicht ausgemacht. Tatsächlich ist von neuem das Publikum, nachdem in den meisten Tagesblättern von den illustren Tuberkulinerfolgen, welche auf der Tuberkuloseärzteversammlung vom 24. und 25. Mai 1907 zu Berlin allgemein berichtet worden seien, mit neuen, weitgehenden Hoffnungen erfüllt; ob wir wirklich Grund haben, diese Stimmung weiter zu nähren und damit, wie unvermeidlich, einem unüberlegten Massen-Enthusiasmus in die Hände arbeiten sollen, das ist zu einer ernsten Frage geworden. Jedenfalls spielen diejenigen, welche wirklich Grosses und Zuverlässiges erreicht zu haben überzeugt sind, ein weit gefährlicheres Spiel, als diejenigen, welche mit nüchternem Blicke die Dinge betrachten und auf dem Standpunkte stehen, dass wir zur gründlichen Bekämpfung der Tuberkulose noch weit besserer und zuverlässigerer Waffen bedürfen, als wie wir jetzt in Händen haben! —