





354
~~1057~~ mm. 389 mm.



Dr. med. Adolf Thiele

Festschrift

zum 10 jährigen Bestehen des Vereins zur Bekämpfung der
Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.)

Tuberkulöse Kinder

Erfahrungen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Tuberkulose
im Kindesalter für Ärzte, Lehrer und Sozialhygieniker,
für die Leiter, Mitarbeiter und Fürsorgeschwestern
der Auskunfts- und Fürsorgestellen für
Lungenkranke und die Mitglieder
der Tuberkulose-Ausschüsse

gesammelt von

Dr. med. Adolf Thiele

Erstem Stadtschularzt in Chemnitz

Mit 11 Abbildungen im Text



BIBLIOTEKA
Szpitala im Karola i Marci
Dla Dzieci
Nr. 95

Leipzig / Verlag von Leopold Voss / 1915

Biblioteka Główna

WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Biblioteka Główna
WUM



1905—1915

Dem Gründer und Vorsitzenden
des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht
in Chemnitz und Umgebung (E. V.)

Herrn Oberregierungsrat
Dr. iur. Walter Oertel
in Chemnitz

gewidmet.

Inhalt.

	Seite
1. Einleitung	1
2. Der jetzige Stand der Lehre von der Kindertuberkulose	4
3. Die Tuberkulose als Kinderkrankheit, nach dem Material des pathologisch-hygienischen Instituts der Stadt Chemnitz	29
4. Tuberkulöse Schulkinder, insbesondere solche mit offener Lungentuberkulose	82
5. Ärztliche Wünsche für ein neues Volksschulgesetz im Hinblick auf die Bekämpfung der Tuberkulose	174
6. Die Bekämpfung der Tuberkulose in den städtischen Volksschulen zu Chemnitz	183
7. Tuberkulose und Berufswahl	187
8. Die Tätigkeit des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) auf dem Gebiete der Kindertuberkulose	199
9. Das Kinderwalderholungsheim Chemnitz (mit 5 Abbildungen)	219
10. Die Bewahrung der Jugend vor Tuberkulose	228
11. Das Kinderhaus in der König Friedrich August-Erholungsstätte zu Chemnitz-Borna (mit 5 Abbildungen)	232
Anhang: Merkblätter, Plakate und dergleichen.	
1. Guter Rat für Schulkinder (mit Abbildung)	242
2. Einer Mutter Söhne	244
3. Merkblätter: a) Schutz vor Schwindsucht	250
b) Ratschläge für die Wohnungshaltung	252
c) Merkblatt betr. Auswurf	254
d) Merkblatt für Mütter	255

Einleitung.

„Es ist in hohem Grade auffallend, daß im gleichen Zeitraume, — in dem die Sterblichkeit an der Schwindsucht in ganz erstaunlichem Maße vermindert ist —, eine Verminderung der Sterblichkeit an Kindertuberkulose überhaupt nicht oder kaum eingetreten ist.“ So klagt der Münchener Kinderarzt KARL ERNST RANKE. Diese Tatsache ist richtig. Es ist deshalb die Pflicht eines jeden, der die Notwendigkeit, „die Leistungsfähigkeit kommender Geschlechter in den Gefahren der Kultur zu sichern“, recht erkannt hat, sich mit der Lösung der Frage der Erhaltung vielfältigen kindlichen Lebens zu beschäftigen. Vor allem ist es die Aufgabe der Ärzte, von denen ULRICI klagt, daß nur eine kleine Zahl von ihnen die Krankheiten als soziale Erscheinung würdigt und erforscht.

Und nun erst recht in dieser Zeit des massenhaften Absterbens gerade der lebenskräftigsten, gesunden Männer! „Die Frage, die jeden Hygieniker unablässig beschäftigt“ (— wir wollen dafür sagen: beschäftigen sollte! —) „ist die, welche Maßnahmen die zweckmäßigsten und dringlichsten sind, um einen Ausgleich für die schon jetzt geforderten und noch zu bringenden Menschenopfer zu finden“. So umschreibt in diesen Tagen A. GOTTSTEIN, einer der Altmeister der Sozialhygiene, mit Recht die Aufgabe der Zeit. Zu den Ärzten müssen die Volkswirtschaftler, die Verwaltungsbeamten, die Lehrer treten, denen ein gut Teil der notwendigen Fürsorgearbeit zukommt. Daß wesentliche Arbeiten auf diesem Gebiete der weiblichen Mithilfe bedürfen, sei besonders hervorgehoben.

Tuberkulöse Kinder! Ein gerüttelt und geschüttelt volles Maß von Kindernot tritt uns in diesen Worten entgegen. Es

Thiele, Tuberk. Kinder.

ist Zeit, auf das in weiten Kreisen fast unbekannte und oft verkannte Übel nachdrücklich hinzuweisen.

Erst in den letzten Jahren hat die Erforschung der Kinder-tuberkulose lebhafter eingesetzt; die Literatur über sie ist schon so gewaltig angeschwollen, daß es dem Einzelnen schwer wird, sie gründlich zu studieren. Es erschien mir deshalb jetzt mitten im menschenmörderischsten aller Kriege der richtige Zeitpunkt, durch eine Zusammenfassung alles dessen, was augenblicklich über Entstehung und Verbreitung, über Vorbeugung und Bekämpfung der Kindertuberkulose bekannt ist, das besondere Interesse des Arztes und Sozialhygienikers zu erbitten. Feststellung und Behandlung als rein ärztliche Dinge konnte nicht berücksichtigt werden. Hier wird auf die Lehrbücher verwiesen.

Unsere Erfahrungen beruhen auf Beobachtungen an Volksschulkindern und deren Geschwistern. Auf sie trifft selbstverständlich der Hinweis von SCHLOSSMANN ganz besonders zu, daß sie nur einen Teil der Bevölkerung umfassen und deshalb vielleicht nur ein einseitiges Bild der Wirklichkeit geben. Dagegen ist zu sagen, daß wir damit jedoch über 90 auf 100 aller Kinder überhaupt treffen und somit der Wirklichkeit fast nahe kommen. Und die Ärzte sind nach VIRCHOW die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teile in ihre Jurisdiktion.

Die Einrichtungen der Stadt Chemnitz auf dem Gebiete der Sozialhygiene und nicht zuletzt die langjährige Mitarbeit am Werke des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) machten es mir möglich, alle Mittel und Wege zur Bekämpfung der Kindertuberkulose in einer Weise nutzbar zu machen, daß ihre Darstellung den in anderen Wirkungskreisen in gleicher Arbeit stehenden Männern und Frauen einige Anregung geben dürfte.

Dem Satze RITTERS entsprechend, daß die Lebensgeschichten der Tuberkulösen zu den fesselndsten Kapiteln nicht nur der sozialen, sondern auch der klinischen Medizin gehören, habe ich eine größere Anzahl von Lebensbildern tuberkulöser Kinder eingefügt, die in Verbindung mit den ebenfalls aufgeführten Befunden auf dem Sektionstisch ihren Eindruck nicht verfehlen werden.

Mitten aus der Praxis der Tuberkulosebekämpfung heraus

sind diese Blätter geschrieben. Möchten sie zu weiterer praktischer Arbeit anregen, deren Segen nicht nur der Empfangende, sondern oft genug noch in viel höherem Maße der Gebende spürt. Das ist es, wofür dem Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) an seinem zehnjährigen Stiftungstage nicht genug danken kann

Chemnitz, im Kriegsjahr 1915

der Verfasser.

Der jetzige Stand der Lehre von der Kindertuberkulose.

Wenn es je eine Zeit gegeben hat, in der das Leben des Kindes einen ganz besonderen, ja ausschlaggebenden Wert hat, so ist es die unsrige.

Schon vor dem Weltkriege tauchte auch bei uns das Gespenst des Geburtenrückganges auf, für die große Menge noch in nebelhafter Ferne, für den Eingeweihten in seiner ganzen erschreckenden Wirklichkeit. Nach Frankreich war Deutschland auf dem besten Wege das klassische Land der unaufhaltsamen Abnahme der Geburtenzahl zu werden. Kamen im Jahre 1875 noch 42,5 Geburten auf 1000 Lebende, waren es 1900 nur noch 37,2, 1911 gar nur 30,2. Das Übel betraf Stadt und Land fast gleichmäßig und wurde nur deshalb von der Allgemeinheit nicht völlig als die größte Gefahr erkannt, weil tatsächlich in all den Jahren trotzdem keine Bevölkerungsabnahme beobachtet wurde, sondern eine wesentliche Bevölkerungsvermehrung: von 45 Millionen Einwohnern im Jahre 1880 ist Deutschland heute auf fast 70 Millionen gestiegen — trotz der Geburtenabnahme.

Der Grund für diese anscheinend widerspruchsvolle Beobachtung liegt darin, daß dank der sozialen Gesetzgebung eine viel umfangreichere Beachtung der die Lebensdauer auch der wirtschaftlich Schwachen — und das ist die Mehrzahl der Bevölkerung — bedrohenden Leibesschäden eingesetzt hat. Der Beachtung folgte der Versuch ihrer Beseitigung, die dank der Fortschritte der medizinischen Wissenschaft im Bunde mit sozialen Fürsorgemaßnahmen oft genug glückte; zum mindesten insoweit glückte, daß Leben und Arbeitsfähigkeit der Erkrankten verlängert wurde. Diese Hilfe im Bunde mit der allgemeinen Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse überhaupt führte zu einer Herabsetzung der allgemeinen Sterb-

lichkeit, d. h. die Menschen wurden und werden durchschnittlich älter als früher. Und so werden der Menschen trotz der tatsächlichen Abnahme der Geburten von Jahr zu Jahr mehr, bis eine Herabdrückung der Sterbezahlen überhaupt nicht mehr möglich ist. Denn ein ganz bestimmter Hundertsatz von Menschen muß eben trotz aller gesundheitlichen Verbesserungen, trotz der Fortschritte der medizinischen Wissenschaft dem Tod verfallen, wenn seine Zeit erfüllt ist.

Der Geburtenrückgang, der jetzt noch für die Allgemeinheit unauffällig ist, wird also zur offenkundigen Gefahr werden. Er ist dies bereits, wenn wir daran denken, daß, worauf ROHLEDER¹⁾ mit Recht eindringlich hinweist, „durch den Ausfall von Hunderttausenden von Männern gerade des fortpflanzungsfähigsten Alters der Geburtenrückgang noch weit größer werden wird als bisher. Hierzu kommt noch, daß der Krieg nicht, wie der Kampf ums Dasein in der Natur, durch Ausmerzungen der schwächeren Elemente hygienisch günstig wirkt, sondern im Gegenteil, die Kräftigsten des Volkes dahingerafft werden, die schwächlichen nicht kriegsfähigen Elemente zu Hause bleiben, nach dem Kriege also die körperlich Minderwertigen auch an der Fortpflanzung in relativ größerem Maße als früher beteiligt sind, ganz abgesehen davon, daß infolge der wirtschaftlichen Schäden und der verminderten Erwerbsfähigkeit das Bestreben, die Zahl der Familie klein zu halten, wahrscheinlich leider mehr hervortreten muß.“

Somit bekommt das einzelne Kind einen Wert, dessen Erhaltung gar nicht teuer genug bezahlt werden kann. Wenn nun weiter bekannt ist, daß vor Vollendung des ersten Lebensjahres in Deutschland noch immer reichlich 15 vom Hundert Neugeborener sterben — 1910 : 311462 Kinder! d. h. die Säuglingssterblichkeit macht fast ein Drittel der Gesamtsterblichkeit aller Einwohner Deutschlands aus —, so wird die notwendige Fürsorge sich vor allen den Säuglingen zuwenden müssen. Und so steht denn die moderne Säuglingsfürsorge im heißen Kampfe um das Leben der jüngsten und hilflosesten Angehörigen des deutschen Volkes, in einem Kampfe, der sich im wesentlichen gegen die künstliche Ernährung richtet, der aber auch ein grelles Licht auf die Gefahr

¹⁾ H. ROHLEDER (Leipzig), Krieg und Bevölkerungspolitik. L. N. N., 1915, Nr. 197.

wirft, die die Armut für die Lebensaussichten eines neugeborenen Kindes darstellt (H. KLEINSCHMIDT²⁾). Die Mutterchaftsfürsorge, wie sie in schüchternen Anfängen die Reichsversicherungsordnung brachte, ist deshalb die Voraussetzung jeder Fürsorge für die Säuglinge der minderbemittelten Bevölkerung; sie muß aus der jetzigen freiwilligen Leistung der Krankenversicherung eine pflichtmäßige werden.

Wird hierdurch die Verabreichung natürlicher Nahrung ermöglicht, so wird die Wahrscheinlichkeit der Erhaltung des kindlichen Lebens größer. Nach SCHLOSSMANN soll es möglich sein, die Säuglingssterblichkeit auf 5—6% herabzudrücken³⁾. Diese Möglichkeit würde zur Gewißheit, wenn es eben nur Ernährungsstörungen wären, die das Leben unserer Kinder bedrohen. Und das ist leider nicht der Fall.

Eingehende wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre haben in widerspruchloser Klarheit bewiesen, daß die Krankheit, die als „Volkskrankheit“ ohnegleichen am Marke unseres Volkes zehrt, die Tuberkulose, gerade im Kindesalter ihre frühesten Opfer findet nicht nur in dem Sinne, daß die Kinder schon in der allerersten Zeit ihres Lebens bis zur Reifezeit ihr erliegen, sondern auch vor allem in dem Sinne, daß im Kindesalter wesentlich der Grund gelegt wird für die im späteren erwerbsfähigen Alter so verhängnisvolle Erkrankung an der Schwindsucht. Für das städtische Proletariat ist die Tuberkulose die wichtigste chronische Kinderkrankheit, sagt v. PIRQUET⁴⁾. Und ein durch die Erfahrung tausendfältig bewiesener Lehrsatz der Tuberkuloseforschung lautet: Je jünger die Kinder von der Tuberkulose ergriffen werden, um so schwerer, um so lebensbedrohlicher ist der Verlauf der Erkrankung. Während von Säuglingen, die im ersten Lebensjahre tuberkulös befunden wurden, nur 17 vom Hundert die Krankheit überstanden, sind es im zweiten Lebensjahre immer noch fast die Hälfte der tuberkulösen Kinder (39 vom Hundert), die ihr erliegen (HAHN⁴⁾). Nach HAMBURGER⁵⁾ gehen von 100 tuberkulösen

²⁾ H. KLEINSCHMIDT, Grundlinien der modernen Säuglingsfürsorge (Therapie des prakt. Arztes). Berlin 1911.

³⁾ GOTTSTEIN, Krieg und Gesundheitsfürsorge. Deutsche med. Wochenschrift, 1915, Nr. 42.

⁴⁾ v. PIRQUET, Kindertuberkulose, in FEHR, Lehrb. d. Kinderheilkde., 1914.

⁵⁾ HAMBURGER, Die Tuberkulose des Kindesalters. Wien 1914.

Säuglingen des ersten Halbjahres 100, von 100 des zweiten Halbjahres 80 zugrunde. BENDIX berechnet den jährlichen Verlust an Säuglingen durch Tuberkulose auf 27200 Fälle.

Seit wir in der Tuberkulinreaktion⁶⁾ ein sicheres Mittel haben, den stattgefundenen Eintritt von Tuberkelbazillen in den menschlichen Körper festzustellen, sind wir imstande, ein Bild von der Verbreitung der Tuberkulose zu geben.

Unser Körper bildet zur Abwehr in ihn eingedrungener Krankheitserreger und ihrer Gifte Schutzstoffe, gleichsam Gegengiftträger. Durch deren Kampf gegen die Krankheitserreger entstehen im Körper wiederum neue Stoffe, gleichsam Abfallstoffe („wo gehobelt wird, fliegen Späne!“), die ihrerseits je nach ihrer Menge eine sogenannte Reaktion, entweder Allgemeinerscheinungen (wie Fieber), oder örtliche Krankheitserscheinungen (wie Entzündungen) hervorrufen. In einem Körper, der in sich Tuberkelbazillen an irgend einer Stelle birgt, kreisen also in mehr oder weniger großer Menge jene Gegengiftstoffe, die sofort in Tätigkeit treten, wenn dem Körper von neuem Gefahr droht. Nur Teilchen eines Tropfen Tuberkelbazillengiftes, des Tuberkulins, durch einen Ritz oder Stich in die Haut eingeführt, vermögen diese Reaktion auf der Haut auszulösen. Man spricht von einer positiven Reaktion.

Diese Reaktion, deren wissenschaftliche Ausarbeitung v. PIRQUET zu verdanken ist, beweist untrüglich, ob Tuberkelbazillen zu irgend einer Zeit in den Körper eingedrungen sind. Und das ist tatsächlich schon im Kindesalter erschreckend häufig der Fall. Die bekannten Zahlen von HAMBURGER und MONTI seien auch hier wiedergegeben, da sie fast in allen Großstädten Deutschlands ihre Bestätigung gefunden hatten. Es hatten positive Reaktion von 509 Kindern:

im 2. Lebensjahre	9%,
im 3. „	20%,
im 4. „	32%,
im 5.—6. „	51%,
im 7.—10. „	71%,
im 11.—14. „	94%.

Mit anderen Worten heißt das tatsächlich: in der modernen Großstadt überschreitet fast kein Kind die Schwelle der Kindheit, ohne mit Tuberkelbazillen angesteckt zu sein⁷⁾.

⁶⁾ v. PIRQUET, Allergie. Ergebn. d. inn. Medizin u. Kinderheilkunde, Bd. 1.

Noch ungünstiger wird das Verhältnis der nicht angesteckten zu den angesteckten Kindern, wenn es sich um solche handelt, die aus einer Familie stammen, in der Tuberkulose zu Hause ist. RÖMER⁷⁾ gibt folgende Zahlen: Positive Reaktion haben im:

2.—5. Lebensjahre	66,6 %,
6.—7. „	77,5 %,
8.—9. „	77,0 %,
10.—11. „	80,5 %,
12.—13. „	89,9 %,
14. „	100 %.

Und auch diese Zahlen sind bestätigt, so von POLLERT⁸⁾, der von 285 Kindern aus tuberkulösen Familien nur 6 fand, die nicht positiv reagierten.

Es gab eine Zeit, wo man annahm, die Tuberkulose sei das unvermeidliche Erbgut aller Kinder tuberkulöser Eltern. Die Entdeckung ROBERT KOCHS im Jahre 1882, wonach der Tuberkelbazillus der alleinige Erreger der Tuberkulose ist, und die wunderbaren Erfolge der auf die Bakteriologie gestützten gesundheitlichen Maßnahmen führten dazu, das Hauptgewicht bei der Erforschung ansteckender Krankheiten nunmehr auf den Krankheitserreger zu legen. Ohne Tuberkelbazillen keine Tuberkulose! Folglich entsteht Tuberkulose nur, wo Tuberkelbazillen in den Körper eindringen. Es kann also die Tuberkulose keine vererbte, sondern nur eine übertragene Krankheit sein. Die Ansteckung ist das Wesentliche, und da schon in frühester Jugend die berichteten erschreckend häufigen Fälle von Tuberkulose vorkommen, muß die Ansteckung in der allerfrühesten Lebenszeit stattgefunden haben. Und tatsächlich genügen schon wenige Tage Zusammenseins eines jungen Kindes, insbesondere eines Säuglings, mit einem Tuberkelbazillen um sich verbreitenden Erwachsenen, um das Kind anzustecken. Wenn man weiter bedenkt, daß die Tuberkulose des Kindesalters von Jahr zu Jahr zunimmt, ganz ähnlich dem Hundertsatz der Kinder, die eine akute ansteckende Krankheit wie z. B. Masern usw. durchgemacht haben, so erscheint es, wie v. PIRQUET sagt, klar, daß die Ansteckung

⁷⁾ RÖMER, Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 16.

⁸⁾ POLLERT, Das Kind im tuberkulösen Milieu. Beiträge, Bd. 19, 3.

nicht kongenital übermittelt, d. h. vererbt sein kann, sondern im späteren Leben von außen erworben wird. Über die äußeren Erscheinungsformen der stattgefundenen Ansteckung ist allerdings bisher nichts bekannt geworden.

Als Eingangswege, die der Tuberkelbazillus benutzt, kommen drei in Betracht: der Luftweg durch die Einatmung, der Verdauungskanal durch die Nahrungsaufnahme, die Einverleibung endlich durch die in ihrem Zusammenhang gestörte Haut.

Wenn man an die Häufigkeit der Tuberkulose des Rindviehs denkt, wenn man sich vorstellt, welche Menge von Kuhmilch den kleinsten und kleinen Kindern alltäglich eingeflößt wird, sollte man meinen, daß das Eindringen der Tuberkelbazillen mit der Nahrung die häufigste Art der Ansteckung mit Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter ist.

Die Gefährlichkeit der Rindertuberkulosebazillen, die mit der Kuhmilch in den kindlichen Körper hineingelangen, für den Menschen ist tatsächlich erwiesen. Und die Gefahr ist nicht unbedeutend für das Kind, wenn wir folgende Zusammenstellung eines englischen Forschers⁹⁾ betrachten. Danach wurden bei tuberkulösen Kindern im Alter von 0—5 Jahren in 73,5% der Fälle Menschentuberkelbazillen, in 26,5% Rindertuberkelbazillen, im Alter von 6—16 Jahren in 75,0% der Fälle Menschentuberkelbazillen, in 25,0% Rinderbazillen, im Alter von mehr als 16 Jahren in 98,69% der Fälle Menschentuberkelbazillen, in 1,31% Rindertuberkelbazillen gefunden.

BEHRING¹⁰⁾ hat 1903 klipp und klar erklärt, daß die Säuglingsmilch die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung sei. Und eine große Zahl von Untersuchungen liegen vor, wonach der Weg mit der Nahrung durch die Darmwand hindurch von den Tuberkelbazillen besonders bevorzugt wird. Ja, an jeder Stelle des Verdauungsschlauches vom Mund bis zum After kann unter Umständen der Tuberkelbazillus in den Körper eindringen¹¹⁾. Ob in Deutschland diese Art Tuberkulose

⁹⁾ Zitiert nach PAUL H. RÖMER, Die Ansteckungswege der Tuberkulose, in BRAUER-SCHRÖDER-BLUMENFELD, Handb. d. Tuberkulose, Bd. 1. Leipzig 1914.

¹⁰⁾ v. BEHRING, Tuberkulosebekämpfung. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Kassel 1903. Deutsche med. Wochenschrift, 1903, Nr. 39.

¹¹⁾ SCHLOSSMANN, Tuberkulose, in PFAUNDLER und SCHLOSSMANN, Handbuch der Kinderheilkunde. 1910. 2. Auflage.

kuloseansteckung häufig ist, muß trotzdem dahingestellt bleiben. Wahrscheinlich ist sie es nicht, denn die bekannte Sammelforschung des Kaiserl. Reichsgesundheitsamtes stellte bei 687 Personen, darunter 200 Kindern, die rohe Milch von eutertuberkulösen Kühen gewohnheitsmäßig tranken, nur zweimal eine tuberkulöse Erkrankung der Halsdrüsen mit Rindertuberkelbazillen fest.

Befunde am Sektionstisch haben vielmehr ergeben, daß die Einführung der Tuberkelbazillen auf dem Luftwege mit der Atmung in die Lungen die häufigste Art der Übertragung ist. Seit A. GHON¹²⁾ umfassenden Arbeiten über den primären (d. h. ersten, Ur-) Lungenherd kann hierüber kein Zweifel mehr sein. Das Eindringen der Tuberkelbazillen durch die Haut, z. B. durch die sog. Schmier- und Schmutzansteckung mag vorkommen, die Fälle werden aber vereinzelt sein.

GHON hat 184 Fälle von Kindertuberkulose anatomisch genau durchsucht und nur in 14 Fällen davon keinen Lungenherd gefunden. Unter Lungenherd versteht er die nachweisbar älteste Ansiedlung von Tuberkelbazillen im Körper, die in Form von zerstörtem Gewebe, zumeist sogenannten käsigen Tuberkeln, in Erscheinung tritt. Dabei leugnet GHON nicht, daß gleichzeitig mehrere Eintrittspforten in Frage kommen können; er führt selbst einige so zu deutende Befunde hierfür an. Immerhin stellt er unwiderlegbar fest, daß beim Kinde die erste Infektion der Lunge die gewöhnliche Form der tuberkulösen Ansteckung darstellt.

Durch Ansteckung, d. h. durch das Eindringen lebenskräftiger Tuberkelbazillen in genügender Zahl in den vorher gesunden Körper des Kindes, wird nach der begründeten Ansicht der Mehrzahl der Forscher der Grund zur tuberkulösen Erkrankung gelegt. Nun sind eine Reihe einwandfreier Fälle beschrieben worden¹³⁾, in denen bei unmittelbar nach der Geburt oder in der Geburt verstorbenen Kindern typische Tuberkulose festgestellt wurde, d. h. schon bestehende und zum Teil vorgeschrittene Tuberkuloseerkrankung innerer Organe, und nicht nur dieses: auch Tuberkulose der menschlichen Nachgeburt ist nicht selten gefunden worden (SCHMORL

¹²⁾ A. GHON, Der primäre Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder. Wien 1912.

¹³⁾ SITZENFREY, Die Lehre von der kongenitalen Tuberkulose. Berlin 1909.

und GEIPEL¹⁴⁾), und zwar nicht nur bei schwer tuberkulösen, sondern auch bei leicht erkrankten Frauen. Es besteht also doch nicht nur die Wahrscheinlichkeit, sondern die Gewißheit angeborener, d. h. kongenitaler Tuberkulose des Kindes. Man hat nun versucht, beide Beobachtungen miteinander zu vereinigen. Kann nicht auch die „angeborene“ Tuberkulose eine Ansteckung eben des ungeborenen Kindes im Mutterleibe sein?

Hierauf kommt der erfahrene Tuberkulosepraktiker KRÄMER¹⁵⁾ zu. Meinte v. BEHRING, die Ansteckung müßte in allerfrühester Zeit seines Lebens das gesundgeborene Kind treffen, so hat nach KRÄMER die kongenitale Tuberkulose, d. i. vererbte Tuberkulose mit eigentlicher Vererbung gar nichts zu tun. Nicht die erste Keimanlage des Kindes im Mutterleib sei durch die Tuberkulose beeinträchtigt, und daher werde das Kind schließlich tuberkulös geboren, sondern gleichzeitig mit dem befruchteten Ei wachse die Tuberkulose heran. Die kongenitale Tuberkulose ist die Ansteckung des Menschen in der allerfrühesten Zeit seines Werdens im Mutterleibe. „Keine makroskopischen, kaum mikroskopische Veränderungen, sondern einige wenige latente Tuberkelbazillen sind dann beim Neugeborenen und, wer weiß wie lange später noch zu erwarten.“

Schon im Jahre 1882 berichtete VON BAUMGARTEN¹⁶⁾, der Begründer und unermüdlige Verfechter der Lehre von der kongenitalen Tuberkulose, über die sog. Latenz der Tuberkelbazillen, d. h. er stellte fest, daß lebende Tuberkelbazillen lange Zeit (jahrelang!) ohne Schaden anzurichten, im Körper verweilen können, um gegebenenfalls ihr verderbliches Werk zu beginnen. Auf diese Latenz lebenskräftiger und deshalb giftig bleibender Tuberkelbazillen werfen die vielseitig bestätigten Forschungen von BARTEL¹⁷⁾, der einmal das Eindringen des Tuberkelbazillus durch die anscheinend unver-

¹⁴⁾ SCHMORL und GEIPEL, Über die Tuberkulose der menschlichen Plazenta. Münchener med. Wochenschrift, 1904.

¹⁵⁾ KRÄMER, Ätiologie und spezifische Therapie der Tuberkulose. Nach vorwiegend eigenen Erfahrungen. Stuttgart 1912.

¹⁶⁾ v. BAUMGARTEN, Über latente Tuberkulose. VOLKMANNS Hefte, 218, 1882. — v. BAUMGARTEN, Welche Ansteckungsweise spielt bei der Tuberkulose der Menschen die wichtigste Rolle? Deutsche med. Wochenschrift, 1909.

¹⁷⁾ BARTEL, Probleme der Tuberkulosefragen. Wien 1909.

änderte Haut und Schleimhaut in den Körper nachwies und dann das mehr oder weniger lange Verharren lebender Tuberkelbazillen in fast unveränderten Lymphdrüsen feststellte (lymphoides Stadium der Tuberkulose), ein klärendes Licht. Man hat weiter (MUCH¹⁸) Tuberkelbazillen in eigentümlich körnig veränderter Gestalt, jedoch vollgiftig wie die sonst bekannten Formen in verschiedenen Körpergegenden gefunden ohne wesentliche krankhafte Gewebeveränderungen; man hat sogar Tuberkelbazillen im Blutstrom entdeckt, ohne daß hieraus die allgemeine, alsbald zum Tode führende Miliartuberkulose entstanden ist¹⁹).

Solche Befunde stützen die oben angeführte Ansicht KRÄMERS auf das beste, und damit wäre eine Brücke geschlagen von der „Ansteckung“ zur „Vererbung“, die zu weiteren Ergebnissen führt. Die nachgewiesene erschreckend große Häufigkeit der Kindertuberkulose legt es denn recht nahe, auch die spätere Lungenschwindsucht des erwachsenen oder fast erwachsenen Menschen auf diese erste „Vererbung“ oder „Ansteckung“ zurückzuführen. Es war v. BEHRING, der das geflügelte Wort prägte, unter dem wir heute die Entstehung der Schwindsucht vornehmlich betrachten: „Die Schwindsucht ist nur das Ende vom Liede, was dem Schwindsüchtigen schon an der Wiege gesungen ist.“ Mit anderen Worten: Die Schwindsucht wird in der frühesten Jugend erworben (vor der Geburt: Vererbung; nach der Geburt: Ansteckung), sie bleibt zunächst mehr oder weniger unbemerkt im Körper des wachsenden Menschen, also des Kindes, und bricht erst am Schlusse der Kindheit und kurz darauf als Verderberin des Lebens hervor.

Die Entscheidung darüber, ob das von den Tuberkelbazillen überfallene Kind der Krankheit ohne weiteres binnen verhältnismäßig kurzer Zeit zum Opfer fällt, — wir sahen oben, welche erschreckenden Todesziffern zustande kommen! — oder ob dieses Stillliegen der Krankheitskeime im Körper auf Jahre hinaus eintritt, kann in der mehr oder weniger großen Massenhaftigkeit der ansteckenden Krankheitserreger liegen.

¹⁸) MUCH, Über die granuläre, nach ZIEHL nicht färbbare Form des Tuberkulose-Virus. BRAUERS Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1907.

¹⁹) KAHN, Zur sekundären Tuberkulose. BRAUERS Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1913.

RÖMER²⁰⁾, ein Schüler und Mitarbeiter v. BEHRINGS, stellte durch Tierexperimente fest, daß mit wenigen Bazillen angesteckte Tiere einer nach mehr oder weniger kurzen Zeit erfolgenden nochmaligen Ansteckung nicht zum Opfer fallen, sondern ihr widerstehen. Den Tieren geht es also so, wie z. B. masernkranken Kindern, die nach einmaligem Überstehen der Krankheit fest gegen eine neue Erkrankung werden, d. h. Kinder bekommen Masern für gewöhnlich nur einmal im Leben. Die erste Ansteckung läßt im Körper der Befallenen Schutzstoffe rege werden, die nicht nur den Angriff abwehren, sondern auch eine Umstimmung der Körpersäfte im schützenden Sinne herbeiführen, die das ganze Leben anhält. So wird auch der Mensch durch eine frühe mäßige Ansteckung mit Tuberkelbazillen, wie man sich ausdrückt, „immun“ gegen weitere Ansteckungen mit Tuberkelbazillen. Nur trägt er die einmal empfangenen Tuberkelbazillen gleichsam an die Kette gelegt mit sich herum. Sie können sich gelegentlich losreißen und wie von neuem ihr verderbliches Werk beginnen. Selbstverständlich können einer ersten Ansteckung z. B. mit Masern eine ganze Anzahl Kinder erliegen; die Immunität, den natürlichen Schutz erlangen nur die Überlebenden. Und so ist das noch viel mehr der Fall mit den zuerst von der Tuberkulose befallenen Kindern. Massenweise gehen solch erstangesteckte Kinder an Tuberkulose zugrunde; nur die Überlebenden sind verhältnismäßig geschützt. Diese Immunität ist es, die die Latenz der Tuberkelbazillen bewirkt, die eine neue Ansteckung nicht aufkommen läßt, die den eigenartigen Verlauf der Tuberkulose des Menschen überhaupt richtunggebend beeinflusst.

Unter dem Einflusse der Ansteckung wandeln sich also die Menschen, wie man sich ausdrückt; der Boden ändert sich, auf dem die Pflanze, hier die Giftpflanze der Tuberkulose, wachsen muß. Auf einem noch jungfräulichen Boden wächst die Pflanze anders als auf einem alten Kulturboden. Und so ist es auch mit der Tuberkulose. Im Ausland tätige Forscher werden nicht müde, uns zu berichten, wie z. B. in Chile (WESTENHÖFFER²¹⁾), in Argentinien (RÖMER), in der Türkei

²⁰⁾ RÖMER, Experimentelles und Epidemiologisches zur Lungenschwindsuchtsfrage. Berliner klin. Wochenschrift, 1912.

²¹⁾ Bei RÖMER (l. c.).

(DEYCKE²²) usw. die Schwindsucht ganz anders verläuft als im alten Europa. Das heißt nicht als schleichende chronische Krankheit, wie in der bekannten Mehrzahl der Fälle bei uns, sondern als rasch sich über den ganzen Körper verbreitende akute Erkrankung, wie bei uns etwa der Unterleibstypus. Und so prägt RÖMER den weiteren Satz: „Je weniger verbreitet die Tuberkuloseansteckung in einer Bevölkerung ist, um so größer ist die Sterblichkeit dieser Bevölkerung an der Tuberkulose“, d. h. desto größer ist das Verhältnis der Sterbenden zu den Angesteckten und Erkrankten, mit anderen Worten schließlich, desto schwerer die Erkrankung; die in zahlreichen Fällen rascher zum Tode führt. Den von der Tuberkulose bisher unberührten Volksstämmen gleichen in mancher Hinsicht die — Kinder. Auch hier zunächst eine Schar fast tuberkulosefreier Körper, an die die Ansteckung herantritt. Die Folge bei den jüngsten Kindern eine hohe Krankheitsziffer und Sterblichkeit, beim übrigbleibenden Rest dafür dann die Immunität, die jedoch nur eine relative, d. h. bedingte ist. Wie sehr bedingt, das sehen wir auch an dem Material, das wir in diesen Blättern niedergelegt haben.

Bekanntlich beobachten wir auch in Deutschland eine wesentliche Abnahme der allgemeinen Sterblichkeit an Tuberkulose. Statt 36,1 Sterbefälle an Tuberkulose auf 1000 Einwohner in dem Jahrfünft 1876—1880 kamen in der Zeit von 1901—1905 nur noch 19,6 auf 1000 Einwohner vor. Und 1913 ist die Sterblichkeit auf 10000 Lebende in den deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern berechnet auf 15,71 gegen 20,17 im Jahre 1906 gesunken. Diese Zahlen betreffen alle Altersklassen zusammen. Wesentlich ist aber dabei, daß, wie zuerst KRUSE, dann GOTTSTEIN²³), BECHER und KIRCHNER betonten, die Abnahme hauptsächlich die Altersklassen von über 15 Jahren, besonders die von 30—60 Jahren betrifft. Und so ist es bis heute geblieben.

Es starben im Durchschnitt der Jahrfünfte 1881—1885

²²) DEYCKE, Epidemiologische Beobachtungen über das Verhalten der Tuberkulose in der Türkei. Tuberkulosis, 13, 1914.

²³) ADOLF GOTTSTEIN, Epidemiologie der Tuberkulose, in BRAUER-SCHRÖDER-BLUMENFELD, Handbuch der Tuberkulose, 1914.

und 1907—1911 an Tuberkulose jährlich in Preußen auf je 10000 Lebende der nämlichen Altersklasse berechnet²⁴⁾:

Altersklasse	1881—1885	1907—1911	Abnahme
0— 5 Jahre	15,35	12,57	2,78
5—10 „	5,36	4,37	0,99
10—15 „	6,90	5,54	1,36
15—20 „	18,80	13,78	5,02
20—25 „	29,19	20,77	8,42
25—30 „	35,58	20,26	15,32
30—40 „	41,93	20,92	21,01
40—50 „	47,53	21,12	26,41
50—60 „	63,90	24,42	39,48
60—70 „	85,00	25,48	59,52

Es besteht also noch immer trotz der Fortschritte der Bekämpfung der Tuberkulose das gleiche Verhältnis zwischen der Sterblichkeit der Kinder und der Erwachsenen an Tuberkulose, so daß dieses in anatomischen Gründen seine Ursache haben muß. Mit anderen Worten: Das früheste Kindesalter ist besonders hinfällig, dann kommen zwei Jahrfünfte — das Schulalter — mit auffallend geringer Sterblichkeit, und nun erhebt sich die Sterblichkeit vom 15. Lebensjahre ab zu der seit Jahrzehnten wesentlich zurückgehenden, jedoch noch immer alle anderen Krankheiten an Umfang übertreffenden Höhe. Da die Ansteckungsmöglichkeiten mit den Jahren, und vor allen Dingen in den Schuljahren, sicher nicht geringer werden — daß sich das so verhält, sehen wir an dem Überwiegen anderer ansteckender Krankheiten in dieser Zeit — so muß einmal die Immunität eine gewisse Größe haben, andererseits müssen gewisse besondere Unterschiede in der Widerstandsfähigkeit des kindlichen Körpers in den verschiedenen Lebensaltern bestehen, die wir auch an der verschiedenartigen Verbreitung der Tuberkulose im kindlichen Körper zu erkennen glauben.

Die kindliche Tuberkulose wird dadurch gekennzeichnet, worauf ENGEL²⁵⁾ besonders hinweist, daß die Schutzvorrichtungen des menschlichen Körpers gegen eindringende Krankheitserreger, wie wir sie besonders in unserm Lymphdrüsen-

²⁴⁾ HELM, Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1914. Geschäftsbericht f. d. 18. Gen.-Vers. d. dtsh. Zentralk. z. Bek. d. Tub. Berlin 1914.

²⁵⁾ ENGEL, Die Pathologie der Kindertuberkulose. Beihefte zur Med. Klinik, Heft 11. Wien 1909.

system vor uns haben, in der Kindheit nicht genügend wirksam sind. Diese Fähigkeit, die Ansteckung überhaupt im Lymphsystem zu lokalisieren, d. h. auf eine Drüse zu beschränken, wird jedoch mit den Jahren größer. Als helfender Bundesgenosse mag hier die Immunität dem Körper beibringen. Daraus folgt, daß wir im Säuglingsalter zumeist eine über den ganzen Körper ausgebreitete (d. h. generalisierte) Tuberkulose finden. Allmählich entwickelt sich die Schutzkraft der Lymphdrüsen mehr und mehr, es entstehen reine Drüsentuberkulosen, dann die Tuberkulosen von Knochen und Gelenken. Dabei kommt es zu besonders unglücklichen Zufällen, wenn durch fortschreitendes Wachstum tuberkulöse Herde in die Blutbahn einbrechen und so eine Überschwemmung des Körpers mit Tuberkelbazillen herbeiführen: die tuberkulöse Hirnhautentzündung und die allgemeine Miliartuberkulose sind in diesem Lebensabschnitt nicht selten (2.—7. Lebensjahr). Und endlich ähnelt das Bild der kindlichen Tuberkulose immer mehr und mehr der des Erwachsenen, bei dem die Tuberkulose der Lunge so sehr alle übrigen Angriffspunkte der Erkrankung beherrscht, daß die Diagnose: Tuberkulose geradezu identisch mit Lungentuberkulose, Lungenschwindsucht ist und von dieser aus erst in schweren Fällen weitere neue Herde, z. B. durch Verschlucken bazillenhaltigen Auswurfs im Darm, durch Aus husten der Bazillen im Kehlkopf usw. entstehen. Die Kindertuberkulose ist meist ein rasch verlaufendes, die Lungentuberkulose des erwachsenden und erwachsenen Menschen meist ein langsam sich hinziehendes chronisches Leiden.

In geistvoller Weise hat RANKE²⁶⁾ an der Hand umfassender klinischer Beobachtungen und durch geschickte Deutung statistischer Befunde den Nachweis zu führen versucht, daß die Phthise, die Lungenschwindsucht des Erwachsenen, eine Nachkrankheit der generalisierten Tuberkulose ist, „d. h. sie beginnt erst langsam aufzutreten, nachdem die Durchseuchung mit der ersten Form abgeschlossen ist und auch die nicht zum Tode führenden Formen derselben abgelaufen sind.“ Der Nachweis ist ihm um so mehr gelungen, als vor allen RÖMER (l. c.) experimentell den Beweis dafür geliefert hat, daß in einem

²⁶⁾ KARL ERNST RANKE, Diagnose und Epidemiologie der Lungentuberkulose des Kindes. Arch. f. Kinderhkd., Bd. 54, Heft 4—6.

durch frühere Ansteckung bedingt immun gewordenen Körper durch massige Neuankömmlinge, die nach seiner Ansicht allerdings nicht von außen, sondern von innen her, d. h. von bereits vorhandenen, lebenskräftige Tuberkelbazillen gleichsam als gebundene Schmarotzer in sich tragenden Tuberkelherden aus erfolgen muß, eben nicht allgemeine Tuberkulose, sondern chronisch verlaufende Lungentuberkulose entsteht. Die Tuberkulose bekommt somit, worauf PETRUSCHKY (schon 1897), RANKE²⁷⁾, RÖMER, HAMBURGER²⁸⁾ u. a. immer wieder hinweisen, eine verblüffende Ähnlichkeit mit der andern großen Volkskrankheit, der Syphilis. Wie man hier seit langer Zeit unbestritten 3 Stadien unterscheidet, so kann man auch bei der Tuberkulose eine gleiche Einteilung treffen. Das erste Stadium (Primäraffekt): der Eintritts-herd mit der Erkrankung der zugehörigen (regionären) Lymphdrüsen, das zweite Stadium: die auf Lymph- und Blutweg verbreitete (generalisierte) Tuberkulose, das dritte Stadium: die chronische Lungentuberkulose (Phthise).

Wenn die Immunität, die man nach PETRUSCHKYS Vorschlag lieber „Durchseuchungswiderstandsfähigkeit“ nennen sollte, und auf die schon ROBERT KOCH²⁹⁾ in seinen letzten Arbeiten hinwies, als alleinige Ursache des veränderten Verlaufs der Tuberkulose im Kindes- und im Erwachsenenalter eine absolute wäre, wäre es nicht zu verstehen, daß — und gerade unsere weiteren Mitteilungen (s. u.) zeigen das deutlich — trotzdem, namentlich besonders deutlich am Ende der Kindheit, der Tuberkulose die Opfer erliegen, die ihr tatsächlich verfallen. Jede Neuankömmlinge müßte an dem seuchenfesten Körper überhaupt abprallen. Es bestehen aber zweifellos gewisse Unterschiede in dem Baue, in der Beschaffenheit und in der Säftesammensetzung der verschiedenen Körper, die zu dem geschilderten verschiedenartigen Verlauf der Ansteckung mit dem gleichartigen Krankheitserreger beitragen. Und endlich erklärt auch die Immunität nicht, warum denn als Endglied der der Ansteckung folgenden Durchseuchung des Körpers gerade eine Erkrankung der Lunge in die alles andere

²⁷⁾ RANKE, Die Tuberkulose der verschiedenen Lebensalter. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Nr. 39.

²⁸⁾ HAMBURGER, Therapie der Gegenwart, Januar 1914.

²⁹⁾ ROBERT KOCH, Deutsche med. Wochenschrift, 1891, Nr. 3.
Thiele, Tuberk. Kinder.

überragende Erscheinung tritt. Es müssen also nicht nur zeitliche Unterschiede in dem Körperzustande bestehen, die das verschiedene Lebensalter betreffen, es müssen auch örtliche Verschiedenheiten im Körper selbst vorliegen; mit anderen Worten: die Beschaffenheit des menschlichen Körpers darf nicht außer acht gelassen werden.

Der Mensch hat zweifellos eine allgemeine Anlage (Disposition) zur Tuberkulose. Bestände diese nicht, so vermöchte auch der massenhafteste Eintritt von Tuberkelbazillen in den menschlichen Körper nicht, diesen krank zu machen. Es besteht aber keine allgemeine Anlage zur Erkrankung, sondern nur eine zur Ansteckung, denn die PIRQUETSchen Impfungen vor allem lehren uns, daß den massenhaft angesteckten Menschen durchaus nicht eben soviel erkrankte Menschen entsprechen. Im Gegenteil, trotz aller bösen Erfahrungen muß aus eben den Gründen die Tuberkulose zu den Erkrankungen gehören, die am leichtesten zur Ausheilung kommt. Es muß sonach zu der allgemeinen Anlage zur Ansteckung noch eine besondere Anlage zur Erkrankung hinzukommen. Hier versagt das Experiment, das uns sonst gerade für die Erkenntnis der Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose solche glänzenden Ergebnisse gegeben hat, völlig. Nur eine kritische Betrachtung der wirklichen Verhältnisse kann hier förderlich sein. Und hat man versucht, jede Wahrscheinlichkeit einer „Anlage“ als mystisch abzulehnen, der Arzt, der jahrelang die Tuberkulose in der Praxis zu beobachten Gelegenheit genommen hat, wird mit dem unermüdlichen Verfechter der Konstitutions- und Dispositions-pathologie, FRIEDRICH MARTIUS³⁰⁾ immer und immer wieder solche das Krankwerden begünstigende oder erschwerende Eigenarten der Menschen anzuführen wissen. Und endlich wird der berufsmäßige Schularzt, der Gelegenheit hat, eine große Zahl von vorneherein nicht kranker Kinder in einer langen Reihe von Jahren in einer bedeutungsvollen Zeit der Körperentwicklung vergleichend zu beobachten, ohne weiteres zu dem Begriff der verschiedenen Konstitutionen kommen.

Wir verstehen unter Konstitution den Zustand des Kör-

³⁰⁾ FR. MARTIUS in BRAUER-SCHRÖDER-BLUMENFELD, Handbuch der Tuberkulose, Bd. 1. Leipzig 1914.

pers, den der Mensch mit ins Leben bringt. Wir beobachten, daß äußerlich gleiche Kinder auf sie eindringende, gegebenenfalls schädliche Einflüsse ganz verschieden beantworten. Wir sehen aber auch, daß schon in frühester Jugendzeit sich infolge gleicher Einflüsse wesentliche körperliche Verschiedenheiten herausstellen. Es ist das Verdienst CZERNYS³¹⁾, diesen Tatsachen, auf die charakteristischerweise COMBY³²⁾ in Frankreich, dem Lande der allmählichen körperlichen Entartung und der Kindernot, schon 1901 die Aufmerksamkeit der Kinderärzte und Sozialhygieniker gelenkt hatte, von neuem nachgegangen zu sein und unter dem Namen „exsudative Diathese“, d. h. eine zu Lymphausschwitzungen in Haut und Schleimhaut neigende Körperveranlagung, eine äußerst häufig vorkommende Körperabsonderlichkeit der Kinder beschrieben zu haben. Schon 1889 hatte PALTAUF³³⁾ eine besondere kindliche Körperminderwertigkeit als Status lymphaticus, der mit Vergrößerung der Lymphdrüsen, dauernder Milz- und Thymusdrüsenanschwellung mit auffälliger Enge des Pulsadersystems usw. verbunden ist und nicht selten plötzliche Todesfälle äußerlich gesunder Kinder herbeiführt, beschrieben. Und seit alters sehen Laien und Ärzte eine nicht geringe Zahl von anscheinend gesunden Kindern „skrophulös“ werden. Führt der lymphatische Körperzustand oft rasch zum Tode und die exsudative Diathese zu manchen die Entwicklung der Kinder stark hemmenden Erkrankungen und Gesundheitsstörungen, beobachtet man allgemein, daß die Skrophulose, von der noch weiter zu sprechen ist, fast geradenwegs in die Tuberkulose hineinführt.

Es ist demnach nicht berechtigt, das Bestehen verschiedener Körperkonstitutionen im Verhältnis zur Ansteckung bei der Erklärung der Krankheitsentstehung zu leugnen. Es ist wahrscheinlich, daß von Eltern, deren Körper durch irgendwelche Einflüsse, wie Syphilis, Alkoholismus, Unterernährung und dergleichen geschwächt und widerstandslos sind, auch körperlich widerstandslose Kinder abstammen. Es liegt nahe,

³¹⁾ CZERNY, Jahrbuch f. Kinderhkd., 1905, Bd. 61.

³²⁾ M. PFAUNDLER, Lymphatische Konstitution, Neuro-Arthritismus und exs. Diath., in PFAUNDLER-SCHLOSSMANN, Handbuch d. Kinderhkd. 2. Aufl. Leipzig 1910.

³³⁾ PALTAUF, Wiener klin. Wochenschrift, 1889, Nr. 46.

hier vor allem an die Tuberkulose zu denken. Ebenso schwierige wie ausgezeichnete statistische Untersuchungen WILHELM WEINBERGS³⁴⁾ haben ergeben, daß die Kinder Tuberkulöser, die schon von Beginn nicht zahlreicher sind als die der nicht-tuberkulösen Bevölkerung, bis zum 20. Jahre, also bis zum Beginn der normalen Fortpflanzung, einer sehr weitgehenden Auslese durch eine erhöhte Sterblichkeit erliegen, nicht nur an Tuberkulose, sondern auch an anderen Krankheiten, wenn auch nicht gerade an den akuten ansteckenden Krankheiten. Gegen diese durch Verwertung eines gewaltigen Zahlenmaterials imponierenden Feststellungen müssen die interessanten Untersuchungen REICHES³⁵⁾ zurückstehen, nach denen der Verlauf der Schwindsucht durch das Vorhandensein einer elterlichen Schwindsucht in der Vorgeschichte überhaupt nicht beeinflußt wird. Und auch RÖMERS (l. c.) hierauf bezügliche Experimente vermögen nicht zu überzeugen. Es besteht also eine gewisse allgemeine Widerstandslosigkeit des Körpers. Das schließt natürlich nicht aus, daß oft genug auch bei erblich belasteten Kindern ein gutartiger, und bei nicht belasteten Kindern ein bösartiger Verlauf beobachtet wird, worauf CZERNY³⁶⁾ hinweist. Andererseits fügt er als weiteren Beweis für den verschiedenartigen Verlauf der Tuberkulose beim Kinde die auch von uns beobachtete Tatsache hinzu, daß bei nervös leicht erregbaren Kindern ein schwererer Verlauf der Tuberkulose zu beobachten ist als bei schwer erregbaren.

Worin dieser besondere für Krankheitsaufnahme und damit zugleich für Tuberkulose geeignete Körperzustand besteht, darüber sind die Akten noch nicht geschlossen. BARTEL³⁷⁾ studierte „jene Konstitutionsanomalie, die schon VILLEMEN 1868 als „lymphatisches Temperament“ in den Kreis der Erörterung zog, die dann später von A. PALTAUF nach makroskopischen Kriterien enger umschrieben als „Status thymico-lymphaticus“ fast allgemein Anerkennung fand.“ Er konnte eine Entwicklungsstörung im Stützgerüst der Lymphdrüsen nach-

³⁴⁾ WILH. WEINBERG, Die Kinder der Tuberkulösen. Leipzig 1913.

³⁵⁾ REICHE, Über Umfang und Bedeutung der elterlichen Belastung bei Lungenschwindsucht. Münchener med. Wochenschrift, 1911, Nr. 38.

³⁶⁾ AD. CZERNY, Erfahrungen über den Verlauf der Tuberkulose im Kindesalter. Arch. f. Kinderhklde., Bd. 60—61.

³⁷⁾ JUL. BARTEL, Probleme der Tuberkulosefrage. Leipzig u. Wien, 1909.

weisen, die parallel mit andern Bildungsanomalien, wie solche der Pulsadern, Entwicklungshemmung in den Geschlechtsorganen usw. einhergeht. Damit war ein tatsächlicher Befund für die minderwertige Anlage gefunden, die BARTEL als „hypoplastische Konstitution“ bezeichnet. Dieser sind ähnlich die Befunde, die STILLER³⁸⁾ als „Habitus asthenicus“ (Asthenia universalis congenita) erhob. Daß solche Lymphdrüsenveränderungen bei einer Erkrankung, die wie die Tuberkulose im Kindesalter ganz vornehmlich zunächst sich in den Lymphdrüsen abspielt, von Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung nach der Ansteckung sein werden, kann mit Recht angenommen werden.

Als Grund für das fast unbehinderte Eindringen des Tuberkelbazillus in den kindlichen Körper nimmt man die größere Durchgängigkeit der Schleimhäute an^{38a)}, als Grund für die beobachtete schnelle Verbreitung der Tuberkulose im Körper nennt CZERNY (l. c.) den Wasserreichtum der kindlichen Gewebe, solange die vorzügliche Nahrung des Kindes aus Milch und Mehlsuppen besteht, der diese zu einem guten Nährboden für Bakterien mache. Die Häufigkeit der Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter beweist, daß das wachsende Organ gegen tuberkulöse Angriffe besonders empfindlich ist. So hat der Säugling, das Kind, eine größere Disposition zur Tuberkuloseerkrankung als der Erwachsene (Altersdisposition nach HAMBURGER³⁹⁾), das eine Kind mit seiner hypoplastischen Konstitution wiederum eine größere als das andere ohne diese (Individualdisposition nach HAMBURGER). Während die Altersdisposition im Laufe der Zeit selbstverständlich sich verändert, ist das bei der Individualdisposition ohne weiteres nicht der Fall. Ja, es kann der Fall eintreten, daß diese Anlage erst im späteren Verlaufe des Lebens in Erscheinung tritt. Hierzu sagt ORTH⁴⁰⁾: „Es steht durchaus nichts der Annahme im Wege, daß die angeborene Disposition erst im Laufe der allgemeinen Körperentwicklung, vielleicht gar erst

³⁸⁾ STILLER, Thorax asthenicus. Tuberculosis, 1913.

^{38a)} v. BEHRING, Tuberkulosebekämpfung. Berliner klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 11.

³⁹⁾ FRANZ HAMBURGER, Die Tuberkulose des Kindesalters. 2. Aufl. Leipzig u. Wien, 1912.

⁴⁰⁾ Zitiert nach BARTEL (l. c.).

während der Pubertätszeit zur Ausbildung gelangt, in derselben Weise, wie die Entwicklung des Bartes, des Kehlkopfes, der Brüste, der Geschlechtsteile usw., die doch auch auf Vererbung beruht, erst lange nach der Geburt vor sich geht.“ Es wird demnach eine angeborene Anlage zur Tuberkulose geben können, die erst allmählich in Erscheinung tritt.

Das Bild der „Skrophulose“ gleichsam als Vorstufe zur Tuberkulose ist allen Ärzten geläufig. Skrophulöse Kinder, zumeist Kinder tuberkulöser Eltern, sind auch in Laienkreisen gleichsam identisch mit dem für die spätere Schwindsucht prädestinierten Menschen. Nachdem man nachweisen konnte, daß in fast allen Fällen ausgebildeter Skrophulose, z. B. in den geschwollenen oder entzündeten Drüsen tuberkulöse Veränderungen vor sich gegangen waren, daß weiter aus skrophulösen Kindern tatsächlich tuberkulöse Erwachsene wurden, da stellte man Skrophulose und Tuberkulose völlig gleich als Erscheinungsformen derselben Krankheit in verschiedenem Alter. ESCHERICH und MORO erklärten die Skrophulose als eine Form der Tuberkulose auf dem Boden eines Organismus, der an angeborener exsudativer Diathese (siehe oben) leidet. SCHLÜTER⁴¹⁾ hat in eingehender Weise den Begriff der skrophulösen Anlage des Näheren anatomisch klargestellt. Und wenn heute SCHEIBLE⁴²⁾ meint, daß die Tuberkulose nur ein und nicht einmal der wichtigste Grund zur Auslösung der skrophulösen Erscheinungen im durch die exsudative Diathese vorbereiteten Körper ist, daß vielmehr eine ganze Anzahl anderer Schädlichkeiten wie Ernährungsstörungen, Läusekrankheit, Schmutz, kurz alle die Übel, die die Armut ohne weiteres mit sich bringt, die wichtigsten Ursachen der Skrophulose seien, so übersieht er, daß tatsächlich auch in den dem „Pauperismus“ fernstehenden Kreisen allerdings das „skrophulöse Gesicht“ gefunden wird, und vergißt, daß schließlich auch die Tuberkulose eine wesentliche Folge der Armut sein kann.

Wir erkennen somit eine Allgemeindisposition für die Tuberkulose, die zumeist angeboren ist, an und müssen nun folgerichtigerweise, um zu einer befriedigenden Erklärung der Tatsache zu kommen, daß die Lunge der bevorzugte Sitz der

⁴¹⁾ SCHLÜTER, Die Anlage zur Tuberkulose. Wien 1905.

⁴²⁾ SCHEIBLE, Wesen und Behandlung der Skrophulose. Deutsche med. Wochenschrift, 1915, Nr. 39.

Tuberkulose im menschlichen Körper ist, eine örtliche Disposition gleichfalls annehmen. Geistvolle Erwägungen unter Berücksichtigung wertvoller Beobachtungen im Experiment stellt wiederum BARTEL (l. c.) über den Grund der besonderen Anlage der Lunge zur Tuberkuloseerkrankung an. Er folgert aus den Ergebnissen der Entwicklungsgeschichte, daß, da die Lunge wesentlich später als z. B. der Darm ihre Tätigkeit, nämlich die des Atmens, aufnimmt, hierdurch infolge des mangelnden Reizes dieser besonderen Tätigkeit eine Unterentwicklung des Lymphdrüsensystems der Lunge vorhanden ist. „Daß die Funktion eines Organs zur Entwicklung und Erhaltung desselben notwendig ist, ist uns ja eine bereits vollkommen geläufige Tatsache.“ Die Lunge ist infolgedessen weniger leistungsfähig, was die Lymphbeförderung anlangt. Beweisend hierfür ist die schon in den ersten Tagen des kindlichen Lebens sehr reichliche Verstopfung der Lungenlymphwege mit Staub- und Rußteilchen (Anthrakose), eine die Ansiedlung von Krankheitserregern besonders begünstigende Erscheinung (ASCHER⁴³). Vom therapeutischen Standpunkt ausgehend, wonach örtliche Tuberkulose durch Ruhigstellung (z. B. der Gelenke, der Lunge — Pneumothorax —) zur Ausheilung gebracht werden kann, hat HANS BERGMANN⁴⁴) nicht ohne Glück den Gedanken in die Aussprache geworfen, daß die Bewegung des Atmungsvorganges eine Schädigung des bis dahin ruhenden kindlichen Lungengewebes darstelle und damit den in ihm lagernden Tuberkelbazillen ihre Arbeit ermögliche. Wie dem auch sei, ist die Lunge ein Ort geringeren Widerstandes für die Tuberkelbazillen und als solcher im ganzen Verlauf der Tuberkuloseerkrankung zu erkennen. Und mag die Seuchenfestigkeit allmählich immer größer werden und nach und nach alle Organe schützen, die Lunge muß endlich doch daran glauben. Wir finden aber auch im Organ eine besondere örtliche Disposition seiner Teile.

Während wir im Kindesalter eine besondere Bevorzugung einzelner Teile der Lunge nicht finden (vgl. unten), ist die Lungentuberkulose des erwachsenden und erwachsenen Men-

⁴³) ASCHER, Der Einfluß des Rauches auf die Atmungsorgane. Stuttgart 1905.

⁴⁴) HANS BERGMANN, Kavernöse Lungentuberkulose beim Säugling. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, Nr. 4.

schen in der Mehrzahl der Fälle eine solche der Lungenspitzen, ein Verhalten, das schon in den Jahren 1858 und 1859 W. A. FREUND⁴⁵⁾ auf Grund anatomischer Studien auf die Einengung der Lungenspitzen durch die mangelhaft ausgebildete obere Brustkorböffnung zurückführte. Nachdem über 40 Jahre hindurch die Mitteilungen FREUNDS unbeachtet geblieben waren, fanden sie durch die BIRCH-HIRSCHFELDSchen Arbeiten⁴⁶⁾ über die nicht seltenen Verlaufsabweichungen durch Zusammendrängung und Abkrümmungen des hinteren oberen Luftröhrenzweiges (Bronchus apicalis) und die gleichzeitigen Befunde von frischer Tuberkulose in diesen von neuem Beachtung. Und diese vermehrte sich noch, als SCHMORL⁴⁷⁾ den Grund dieser Verkümmerng in dem Druck entdeckte, den die namentlich in ihrem knorpeligen Teil verkümmerte erste Rippe auf das Lungengewebe der Spitzen ausübte. Er fand die nach ihm benannte Furche jedoch fast nie bei Neugeborenen und Kindern. Nun wird es erklärlich, daß die Lungenspitzenbeeinträchtigung und damit die Tuberkulose erst mit zunehmendem Alter deutlicher in Erscheinung tritt. Wir wissen nach AEBYS⁴⁸⁾ Untersuchungen, daß erst vom 12.—20. Lebensjahre, also in der Pubertätszeit ein ganz beträchtliches Wachstum der Lungen auf das Doppelte ihrer Größe in der früheren Kindheit stattfindet. Dazu tritt eine Hebung der Lungenkuppen, die sich jetzt eigentlich erst zu „Spitzen“ auswachsen. Besteht nun eine Verengerung der oberen Brustkorböffnung, so muß eine empfindliche Beeinträchtigung der Tätigkeit der Lungenspitzen eintreten, d. h. Verlangsamung der Blut- und Lymphstromgeschwindigkeit, Verlangsamung des Luftwechsels. Beides trägt zum leichteren Absetzen von Tuberkelbazillen, mögen sie nun auf dem Luft- oder Blut- oder Lymphwege herbeikommen, bei. CARL HART⁴⁹⁾ hat die FREUNDSche Lehre auf

⁴⁵⁾ W. A. FREUND, Beitr. zur Histologie der Rippenknorpel im normalen und pathologischen Zustande. Breslau 1858. — Der Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien. Erlangen 1859.

⁴⁶⁾ F. v. BIRCH-HIRSCHFELD, Über den Sitz und die Entwicklung der primären Lungentuberkulose. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1899, Bd. 64.

⁴⁷⁾ G. SCHMORL, Zur Frage der beginnenden Lungentuberkulose. Münchener med. Wochenschrift, 1901, Nr. 50.

⁴⁸⁾ AEBY, Der Bronchialbaum der Säugetiere u. d. Menschen. Leipzig 1880.

⁴⁹⁾ CARL HART, Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise. Preisgekrönte Monographie. Stuttgart 1906.

sichere Füße gestellt und immer neues überzeugendes Beweismaterial für ihre Wahrheit herangeschafft, die durch die schönen experimentellen Untersuchungen BACMEISTERS⁵⁰⁾, dem es gelang bei Meerschweinchen, die in einen verengerten Brustkorb sozusagen hineinwuchsen, die sonst bei diesen Tieren seltene Lungenspitzentuberkulose zu erzeugen, eine weitere, wohl entscheidende Stütze erhielt. Daß die besondere Anlage, an einer bestimmten Stelle eines Organs zu erkranken, vererbt werden kann, hat TURBAN⁵¹⁾ berichtet, der die Mitglieder derselben Familie an demselben Lungenlappen tuberkulös werden sah. Und KUTHY⁵²⁾ hat diese Befunde in weitgehender Weise bestätigt.

Daß der mit diesen Tatsachen sicher in Zusammenhang zu bringende Habitus phthisicus, d. h. die zur Lungenschwindsucht veranlagende Haltung des Oberkörpers, erst gegen Ende der Kindheit im Laufe der Pubertät entsteht, scheint aus Untersuchungen hervorzugehen, die wir⁵³⁾ anstellten, wonach neben einer ganz auffälligen allgemeinen Beeinträchtigung von Wachstum und Körpergewicht durch die Tuberkulose gerade bei den früher als die Knaben reif werdenden Mädchen ein schnelleres Längenwachstum mit erheblichem Zurückbleiben der Gewichtszunahme, also ein Schlankerwerden, eintritt. SOBLOW⁵⁴⁾ schließt aus einem langen dünnen Hals, der durch ein anormales Wachstum der Halswirbel in die Länge bedingt ist, auf eine Verengung der oberen Brustkorböffnung, während HOFFBAUER⁵⁵⁾ darauf hinweist, daß dauernde Verlegung der Nasenatmung zur Verminderung des Luftgehalts der Lungenspitzen führt und damit ebenfalls eine besondere Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose herbeiführt.

⁵⁰⁾ BACMEISTER, Mitt. aus den Grenzgebieten, 1911, Bd. 23, Heft 4. — Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Nr. 24.

⁵¹⁾ TURBAN, Die Vererbung des Locus min. resistentiae bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tub., 1900, Heft 1 u. 2.

⁵²⁾ KUTHY, Über die TURBANSche Vererbung des Locus min. resist. bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tub., 1913, Heft 1.

⁵³⁾ THIELE, Der Einfluß von Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose, auf das Wachstum und den Ernährungszustand der Schulkinder. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, Nr. 36.

⁵⁴⁾ SOBLOW, Über den dünnen Hals der Lungenkranken (russisch). Tuberkelyes, 1912, Heft 1 u. 2.

⁵⁵⁾ HOFFBAUER, Mund- und Nasenatmung in ihrem Einfluß auf die Thoraxbewegung. Arch. f. d. ges. Physiologie, Bd. 147.

Von den strengen Verfechtern der Ansteckungslehre wird nun behauptet, da man die Verhältnisse bei verschieden starker Einführung der Tuberkelbazillen in den tierischen Körper am besten untersucht hat, daß die Ansteckung alles, der Körperzustand (Konstitution) und die Körperanlage (Disposition) wenig sei: bei massiger Ansteckung rasch zum Tode führende, bei weniger schwerer Ansteckung in die Länge gezogene, bei leichter und leichtester Ansteckung ausgesprochen chronische Tuberkuloseerkrankung⁵⁶⁾. Der verschiedene Verlauf der Erkrankung sei also gleichbedeutend mit der verschieden starken Gefährdung des betreffenden Menschen, nicht mit seiner verschiedenen Körperanlage. Man sagt, alle Disposition ist verschiedene Exposition, d. h. Aussetzung der Bazilleneinwanderungsgefahr. Nur wo bazillenverstreute Schwindsüchtige sind, ist die Hauptgefahr: daß z. B. allerjüngste Kinder schwindsüchtiger Eltern so leicht selbst schwindsüchtig werden, liegt nicht an ihrer Widerstandslosigkeit, sondern an dem alltäglichen Anhalten der allergrößten Ansteckungsmöglichkeit.

Für das früheste Kindesalter mag die Gleichung: Disposition = Exposition zutreffen, wenn man an den verhältnismäßig widerstandslosen Körper des Säuglings denkt. Für das spätere Alter besteht dagegen dieser einseitige Standpunkt nicht zu Recht. KRÄMER (l. c.) kommt nun über alle diese Schwierigkeiten anscheinend hinweg, wenn er alle die körperlichen Befunde, die wir eben als charakteristische Zeichen einer bestehenden Disposition angaben, nicht als vortuberkulöse Erscheinungen, sondern geradezu schon als ausgesprochen tuberkulöse Anzeichen bezeichnet. „Zartheit, Schwächlichkeit, Schonungsbedürftigkeit von klein auf, ständige Magerkeit, blasse Gesichtsfarbe („jahrelange Bleichsucht“), geringe Eßlust usw. sind nicht Zeichen einer Disposition, sondern schon bestehender Tuberkulose.“ Die Giftwirkung der in der frühesten Jugend eingedrungenen Bazillen macht die Körperminderwertigkeit, stört den werdenden Körper in seiner Entwicklung und der gesunden regelrechten Entwicklung der Gewebe; sie bewirkt die Absonderlichkeit des

⁵⁶⁾ RANKE, Die Tuberkulose der verschiedenen Lebensalter. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Nr. 39.

Brustkorbbaues, den phthisischen Habitus u. a. m. Daß die Tuberkulose das tun kann, darüber wird wiederum kein Zweifel sein, und unsere oben erwähnten Feststellungen (THIELE, l. c.) bringen einen neuen Beweis hierfür. Die Disposition wird damit nicht aus der Welt geschafft, wenn wir sie nicht einseitig als solche zur Ansteckung, sondern zur Erkrankung bestehend annehmen. Es bleiben ja sicher eine ganze Menge Menschen in obigem Zustande und halten so ihre Tuberkulose bis ins hohe Alter aus, um schließlich irgend einem andern krankhaften Zustande zu erliegen. „Jeder von uns ist“, sagt MARTIUS (l. c.), „Zeit seines Lebens (d. h. der Tuberkulosegefahr) exponiert gewesen und heute noch exponiert. Und zwar der aus einer tuberkulösen Familie stammende relativ mehr als ein anderer. Aber auch von den ersteren erkrankt nicht jeder. Unter den gleichen Bedingungen der Exposition gibt den Ausschlag für das endgültige Schicksal die angeborene oder erworbene Anlage. Das ist der springende Punkt.“

Die „Anlage“ ist kein ewig gleich bleibender Zustand, sondern eine Summe verschiedener, in sich wechselnder, den Körperzustand beeinflussender Besonderheiten. Die „Anlage“ kann gemindert, sie kann aber auch erhöht werden. Wir sprachen schon von der Altersdisposition. Die Pubertät mit ihren die ganze kindliche Körperlichkeit umwälzenden Entwicklungsvorgängen ist dadurch ausgezeichnet, daß nach der ersten Kindheit die Kurve der Sterblichkeit gewaltig ansteigt. Da in diese Zeit gerade die Berufswahl fällt, kann es gar keinem Zweifel unterliegen, daß im gesundheitlichen Sinne unzuweckmäßige Berufswahl weitere Scheite zu dem Feuer heranbringt, in dem sich der disponierte Körper verzehrt. Als weitere die Disposition erhöhende Schädlichkeiten sind zu nennen: der Mangel an Luft und Licht in schlechten Wohnungen, Unterernährung und sonstige schlechte gesundheitliche Verhältnisse, wie unzuweckmäßige Arbeit, Überbürdung, Überanstrengung, dann insbesondere gewisse ansteckende (Kinder-)Krankheiten, wie die Grippe, die Masern, der Keuchhusten, endlich Unfälle wie Fall und Stoß.

Wenn GASTPAR⁵⁷⁾ meint, daß das Kindesalter bis zum 16. Lebensjahr nach den Ergebnissen der Statistik und Patho-

⁵⁷⁾ GASTPAR, Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. 38. Vers. d. Deutschen Ges. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1913.

logie das Alter der Tuberkuloseansteckung und das der latenten Tuberkulose ist, so ist dem nur mit Vorbehalt zuzustimmen. Wir sind allerdings auch der Ansicht, daß die Tuberkulose des Kindesalters im wesentlichen die Frühform, die des erwerbstätigen Alters die Spätform derselben Krankheit ist. Dazwischen liegt eine Zeit der Immunität, d. h. einer verhältnismäßigen Krankheitsunterdrückung, die jedoch jederzeit wieder sozusagen gesprengt werden kann. Und das geschieht oft genug, einmal durch eine massige Ansteckung von außen bei ungünstigen die Disposition erhöhenden äußeren Verhältnissen, andererseits bei tieferer Wirkung dieser eben erwähnten äußeren Verhältnisse durch Einbruch alter, anscheinend völlig beruhigter Herde in den Blut- oder Lymphstrom.

Aus unsern Ausführungen folgt schließlich trotzdem die Wahrheit des weiteren Leitsatzes GASTPARS (l. c.):

„Die Bekämpfung der Tuberkulose im erwerbsfähigen Alter kommt deshalb zu spät. Sie ist erst dann aussichtsvoll, wenn sie schon im Kindesalter einsetzt, da sie sich hier unmittelbar gegen die Ursachen der Ansteckung und später der Erkrankung wenden kann.“

Und das heißt — darüber sind die Forscher aus allen Lagern heute einig —: Schutz der Gesunden durch Beseitigung der Ansteckungsgefahr und Heilung der Erkrankten durch Ertüchtigung des Körpers. Beides ist nur möglich durch frühzeitige Erkennung der Gefahrbringenden und der Gefährdeten, vor allem unter den Kindern. —

Die Tuberkulose als Kinderkrankheit, nach dem Material des pathologisch-hygienischen Instituts der Stadt Chemnitz.

„Die Tuberkulose auch eine Kinderkrankheit,“ ist ein Satz, dessen Richtigkeit die neuen und neueren Forschungen der medizinischen Wissenschaft immer fester stellen. Es ist deshalb von Interesse, den Wegen, die diese „neue“ Kinderkrankheit im kindlichen Körper einschlägt, besonders nachzugehen, vor allem in dem Sinne, die noch immer der Entscheidung harrende Frage der Eintrittspforten der Krankheit möglichst aufzuhellen. Schon liegen eine Reihe wertvoller Arbeiten über diese für die Einschätzung der Kindertuberkulose als besondere Krankheit, als grundlegende Ursache für die Minderwertigkeit des heranwachsenden Geschlechts, als günstig gewählter Angriffspunkt für vorbeugende und heilende Maßnahmen überaus wichtige Frage vor. Die Allgemeinheit der praktischen Ärzte scheint die ganze Bedeutung der Frage jedoch, wie alltägliche Erfahrungen in der Arbeit der Tuberkulosebekämpfung es lehren, noch nicht genügend zu berühren, was im wesentlichen daraus zu erklären ist, daß ihnen einmal die Schwindsucht der Erwachsenen durch Krankenversicherung und Invaliditätsfürsorge erdrückend häufig entgegentritt, andererseits die Erkrankungen des Kindesalters besonders als akute ansteckende Krankheiten oder Ernährungsstörungen, zumal bei jungen Kindern, zu Gesicht kommen.

Erst die Leichenöffnung gibt ein sicheres, in gewissem Sinne abschließendes Bild vom Verlaufe einer Krankheit. Es liegt deshalb nahe, wenn man eine Krankheit besonders eindringlich vorführen will, sich nicht allein auf die geheilten Fälle zu beziehen, sondern gleichsam von rückwärts her, vom Ende an auf den Anfang zu blicken, d. h. eine Reihe Bilder vom Sektionstisch nebeneinander hinstellen, um an ihnen

die Verbreitung und den Verlauf der Krankheit und soweit möglich ihre Entstehung zu zeigen. Dank des Entgegenkommens der Direktion des Pathologisch-hygienischen Institutes der Stadt Chemnitz ist es mir möglich, diesen, soweit mir die Literatur zugänglich ist, bisher noch nicht unternommenen Plan durchzuführen. Ich möchte deshalb auch an dieser Stelle nicht unterlassen, Herrn Prof. Dr. NAUWERCK für die gütige Erteilung der Erlaubnis hierzu, sowie für seinen mannigfachen Rat bei Durchführung der Arbeit meinen herzlichsten Dank zu sagen.

Im Pathologisch-Hygienischen Institut der Stadt Chemnitz wurden vom 1. Juni 1898 bis 1. Juli 1913, also in 15 Jahren 2151 Kinder im Alter bis zu 15 Jahren seziert. Bei 319 = 14,83% wurde entweder als Nebenbefund oder als Todesursache Tuberkulose festgestellt. Diese 319 Kinder von 0—15 Jahren liegen als Material unserer Arbeit zugrunde. Außerdem noch sezierte 273 in der Geburt verstorbene oder totgeborene Kinder (Neonati) blieben um so mehr außer Berechnung, da bei ihnen in keinem Falle Tuberkulose festgestellt werden konnte.

Es ist, wie schon mehrfach hervorgehoben, nicht zugänglich, aus dem Material, das aus öffentlichen Krankenhäusern — und in unserem Falle sind alle sezierten Fälle zuvor im Stadtkrankenhaus zu Chemnitz verpflegt worden — zufließt, Schlüsse auf die Verbreitung der Tuberkulose in der betreffenden Stadt zu ziehen; immerhin ist der Anteil der Tuberkulose an der Sterblichkeit der Kinder in Chemnitz nicht so groß, wie man es fast erwarten sollte, wie überhaupt im Verhältnis zu anderen Großstädten die Tuberkulose in Chemnitz nicht die sonst gewohnte erschreckende Häufigkeit hat. So wurden in Berlin von KOSSEL¹⁾ bei 286 Kindersektionen 36,3%, von ORTH bei 131 Sektionen von Kindern von 1—15 Jahren 28,24%, in Bern von DEMME 33—46,4%, in München von TREPINSKI 39,9%, HAMBURGER und SLUKA in Wien unter 848 Sektionen 40% Tuberkulosefälle unter der Zahl der Kindersektionsfälle gefunden. FÜRST¹⁾, dem wir diese Angaben entnehmen, berechnet einen Durchschnittswert von 29—30% Tuberkulosefälle. Er sagt: „Von 100 klinisch oder ambulatorisch an verschiedenen Krankheiten behandelten und verstorbenen Kindern

¹⁾ Literatur umfassend angegeben bei FÜRST, Die intestinale Tuberkuloseinfektion, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Stuttgart 1905.

sind 29—30 entweder direkt der Tuberkulose erlegen, oder es wurde solche bei der Sektion als Nebenbefund festgestellt.“

Die Chemnitzer Zahlen — 14,83% — bedeuten um so mehr einen ziemlich sicheren Durchschnittswert, als das Chemnitzer Stadtkrankenhaus die einzige Anstalt ihrer Art nicht nur für den Stadtbezirk mit seinen jetzt 320000 Einwohnern ist, sondern auch noch einem großen Hinterland dient. Wobei nicht unerwähnt bleiben soll, daß die Aufnahme von Kindern in das Krankenhaus aus dem Landbezirk eine große Seltenheit bildet.

Die 319 Fälle verteilen sich nun auf die Lebensalter von 0—15 Jahren wie folgt:

Lebensalter	Kinder- sektionen überhaupt	Chemnitz: Tuberkulose- fälle	TREPINSKI ²⁾	LUBARSCH ³⁾
0—1 Jahr	1139	43 = 3,78 %	15,1 %	23 = 4,58 %
1—2 Jahre	313	44 = 14,06 %	34,5 %	25 = 30,3 %
2—3 „	180	42 = 23,33 %	45,4 %	18 = 25,3 %
3—4 „	108	33 = 36,56 %	70,0 %	12 = 25,0 %
4—5 „	71	27 = 38,03 %	51,7 %	14 = 37,8 %
5—6 „	51	16 = 31,76 %	52,6 %	14 = 60,9 %
6—7 „	35	12 = 34,29 %		7 = 43,7 %
7—8 „	36	12 = 33,33 %		6 = 42,9 %
8—9 „	37	17 = 45,94 %		5 = 46,7 %
9—10 „	25	8 = 32,00 %	59,3 %	5 = 41,7 %
10—11 „	30	14 = 46,67 %		5 = 71,4 %
11—12 „	21	8 = 38,09 %		4 = 50,0 %
12—13 „	20	8 = 40,00 %		8 = 90,0 %
13—14 „	26	9 = 34,62 %	—	7 = 87,5 %
14—15 „	25	12 = 48,00 %	—	6 = 75,0 %
15 „	34	14 = 41,18 %	—	3 = 37,5 %
0—15 Jahre	2151 Fälle	319 = 14,83 % Fälle in Chemnitz	178 = 39,9 % Fälle	162 Fälle = 17,80 %

Zum Vergleich sind die Zahlen von TREPINSKI aus dem Jahre 1903 und LUBARSCH aus dem Jahre 1913 angeführt, die, was die Anzahl der bearbeiteten Fälle anlangt, unter unseren Zahlen bleiben, was den Hundertsatz der gefundenen Tuberkulose betrifft, jedoch erheblich darüber hinausgehen.

Ordnen wir diese Fälle nach den drei großen biologisch-

²⁾ TREPINSKI, Ein Beitrag zur Statistik und Anatomie der Tuberkulose im Kindesalter. München 1903.

³⁾ LUBARSCH, Beiträge zur Pathologie der Tuberkulose. VIRCHOWS Archiv, 1913, Bd. 213, Heft 2/3.

sozial bedingten Altersklassen der Kindheit überhaupt, so haben wir in der

1. Säuglingszeit (0— 1 J.) 1139 Fälle und 43 = 3,78% Tbc.⁴⁾
2. Kleinkinderzeit (1— 6 J.) 723 „ „ 162 = 22,40% „
3. Schulkinderzeit (6—15 J.) 289 „ „ 114 = 39,45% „

Wir sehen somit übereinstimmend mit anderen Mitteilungen ein stetiges Steigen der Tuberkulose-Fälle in der Kindheit mit zunehmendem Alter.

Trotz zahlreicher Arbeiten, in denen die Frage der von der Tuberkulose bevorzugten Körperstellen behandelt wird, ist es zweckmäßig, die in unserem Materiale gefundenen von der Tuberkulose befallenen Teile des Körpers aufzuführen. Es fand sich Tbc. in allen 319 Fällen in:

I. Atmungsorganen:

Lunge	in 260 Fällen =	81,50%,
Bronchialdrüsen	„ 226 „ =	70,87%,
Trachealdrüsen	„ 97 „ =	30,40%,
Kehlkopf	„ 15 „ =	4,70%,
Luftröhre (Trachea)	„ 9 „ =	2,82%,
Rippenfell	„ 201 „ =	62,69%.

II. Verdauungsorganen:

Mund, Gaumen, Zunge	„ 2 „ =	0,62%,
Tonsillen	„ 5 „ =	1,56%,
Speiseröhre	„ 1 „ =	0,31%,
Magen	„ 8 „ =	2,50%,
Zwölffingerdarm	„ 2 „ =	0,62%,
Dünndarm (Ileum und Jejunum)	„ 102 „ =	31,97%,
Blinddarm, Wurmfortsatz	„ 22 „ =	6,89%,
Dickdarm (Kolon)	„ 33 „ =	10,34%,
Dünn- und Dickdarm	„ 38 „ =	11,91%,
Mastdarm	„ 13 „ =	4,07%,
Mesenterialdrüsen	„ 132 „ =	41,37%,
Milz	„ 148 „ =	46,39%,
Leber	„ 138 „ =	43,26%,
Bauchspeicheldrüse	„ 1 „ =	0,31%.
Bauchfell	„ 54 „ =	16,92%.

⁴⁾ Tbc. = Tuberkulose.

III. Harn- und Geschlechtsorgane:

Rechte Niere allein	in 28 Fällen	= 8,77%,
Linke Niere allein	„ 33 „	= 10,34%,
Beide Nieren	„ 53 „	= 16,61%,
Blase	„ 4 „	= 1,25%,
Männliche Geschlechtsorgane	„ 3 „	= 0,94%,
Weibliche Geschlechtsorgane	„ 2 „	= 0,62%.

IV. Herz, Blutgefäße usw.

Herz, Blutgefäße	„ 12 „	= 3,76%,
Brustmilchgang	„ 2 „	= 0,62%,
Schilddrüse	„ 7 „	= 2,19%,
Nebenniere links	„ 3 „	} = 1,25%.
Nebenniere beiderseits	„ 1 „	

V. Gehirn, Nervensystem:

Gehirn insgesamt	„ 122 „	= 37,93%,
Hirnhautentzündung	„ 78 „	= 24,45%,
Hirnhaut- und Hirnentzündung	„ 9 „	= 2,82%,
Solitärtuberkel	„ 35 „	= 10,97%.

VI. Knochen, Gelenke, Muskulatur:

Knochen, Gelenke	in 53 Fällen	= 16,61%,
Muskulatur	„ 1 „	= 0,31%.

VII. Haut:

1 Fall (Lupus)		= 0,31%.
----------------	--	----------

VIII. Sinnesorgane:

Auge (Aderhauttuberkel)	„ 9 „	= 2,82%,
Ohr	„ 2 „	= 0,62%.

Wir sehen auch an unserem Material die besondere Bevorzugung der Lunge mit den Bronchialdrüsen und dem Rippenfell; danach folgen in verhältnismäßig großem Abstände die Milz, die Leber, die Mesenterialdrüsen, das Gehirn und der Dünndarm. Alle anderen Körperteile bleiben weit hinter diesen Stellen zurück. Immerhin ergibt unsere Zusammenstellung, daß kaum ein Teil oder Organ des kindlichen Körpers von der Tuberkulose verschont bleibt. In 319 Fällen sind 808 mal die Atmungswege, 699 mal die Verdauungsorgane, 122 mal das Gehirn, 127 mal die Harn- und Geschlechtsorgane, 54 mal Stütz- und Bewegungsorgane, 21 mal Blutkreislauforgane, 11 mal die Sinnesorgane und einmal die Haut befallen gefunden worden.

Hierzu ist vor allen Dingen zu bemerken, daß das Bild über das Vorkommen der Tuberkulose der Knochen und Gelenke insofern kein vollständiges sein kann, als nur dann die Sektion auf diese Teile ausgedehnt wird, wenn äußerlich Anhaltspunkte vorliegen, oder wenn der klinische Befund ausdrücklich darauf hinweist. Es ist also im allgemeinen anzunehmen, daß Tbc.-Herde, die klinisch noch keine Symptome gemacht haben, auch durch die Sektion nicht entdeckt werden.

In welchem Umfange und insbesondere in welcher Form der bevorzugte Sitz der Tbc., die Lunge, befallen ist, zeigt Liste I (S. 35).

Die rechte (R) Lunge ist wesentlich mehr betroffen als die linke (L). Man nimmt bekanntlich als Grund — der übrigens u. a. von WESTENHÖFFER⁵⁾ noch bestritten wird — für diese Tatsache an, daß der rechte Hauptlufltröhrenast steiler, gerader verläuft als der linke und infolgedessen leichter mit der Atmungsluft eindringende Fremdkörper (Bazillen!) abfängt. Von den einzelnen Lappen ist der Oberlappen (Oberl.) wieder der bevorzugte und zwar in beiden Lungen; in unserem Material zufällig ganz gleichmäßig. Dann folgen die beiden Unterlappen (Unterl.) und schließlich der R. Mittellappen (Mittell.).

Am häufigsten ist die miliare Form der Tbc., die sogenannte Miliartuberkulose, überwiegend in der Form der auf dem Blutwege verbreiteten. Am seltensten ist die käsige Lungenentzündung. Zwischen beiden stehen die umschriebenen Käseherde der Lunge, z. T. mit Miliartbc., aus denen schließlich in weiterem Verlauf Hohlräume verschiedenster Größe, zumeist nicht allein, sondern mit weiteren sekundären Zerstörungserscheinungen entstehen. Wir finden solche Kavernen in allen Lebensaltern. Unser jüngster Fall betrifft ein Kind von 2½ Monaten. Ja, am häufigsten sind in unserem Material Kavernen gerade in den ersten drei Lebensjahren nachgewiesen. Es kann somit die von WESTENHÖFFER⁶⁾ so bestimmt geäußerte Ansicht, wonach es überhaupt eine Tuberkulose in den ersten 3 Lebensmonaten so gut wie gar nicht gäbe, nicht richtig sein. Sicher ist, daß diese schwere Tbc.-Form der Säuglinge all-

⁵⁾ WESTENHÖFFER, Über die Wege der tuberkulösen Infektion im kindlichen Körper. Berliner klin. Wochenschrift, 1904, Heft 7 u. 8.

⁶⁾ Vgl. Fußnote ⁵⁾.

gemein so wenig bekannt ist, daß H. BERGMANN⁷⁾ noch in jüngster Zeit schreiben konnte: „Es ist immer etwas Staunen-erregendes, wenn man bei der Sektion junger Säuglinge ausgebreitete Lungentuberkulose mit Kavernenbildung findet.“ Wir stehen nicht an, diese Befunde im Sinne GHONS⁸⁾ zu deuten, dem wir den einwandfreien Nachweis dafür verdanken, daß der erste Eintritt des tuberkulösen Giftes in den Körper in der Mehrzahl der Fälle durch die Lunge statthat. Immer unter der Voraussetzung des von v. BAUMGARTEN und TANGL aufgestellten Gesetzes, wonach der Tuberkelbazillus mit dem Erfolge der Tuberkuloseerzeugung nirgends in den Körper eindringen kann, ohne an der Eintrittspforte tuberkulöse Veränderungen zu machen.

Praktische Bedeutung haben die Feststellungen über die Häufigkeit offener Lungentuberkulose im Kindesalter; danach ist in 36 = 11,28% Fällen die offene Einmündung größerer oder kleinerer Luftröhrenäste in die mit tuberkulösem Eiter erfüllten Hohlräume der Lunge nachgewiesen. Das heißt in mindestens jedem 10. Falle war es dem Kinde möglich, einmal lebenskräftige Tbc.-Bazillen durch Aushusten nach außen zu befördern und somit zur Weiterverbreitung der Krankheit beizutragen, andererseits sich selbst an weiteren Körperstellen von frischem tuberkulös anzustecken. Daß das auch beim Kinde, — beim Erwachsenen ist es etwas Alltägliches — sehr häufig der Fall sein muß, ist somit ohne weiteres klar. Auch in unserem Material sind zahlreiche Fälle, wo man eine neue Ansteckung anderer Teile der Lunge unmittelbar durch Einfließen tuberkulöser Massen aus einem alten (primären) Herde annehmen muß. Wenn das für vorgeschrittene Fälle sicher zutrifft, so muß es auch, um mit GHON und ROMAN⁹⁾ zu sprechen, dem Tuberkelgifte möglich sein, von dem wenigstens eine Zeitlang offenen (primären) Lungenherde durch Expektoration (also Husten) auch wieder nach außen gelangen zu können und dabei eine Reihe von Schleimhäuten zu passieren, um sich dort entweder von neuem niederzulassen, oder von dort

⁷⁾ H. BERGMANN, Kavernöse Lungentuberkulose beim Säugling. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, Nr. 4.

⁸⁾ A. GHON, Der primäre Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder. 1913.

⁹⁾ Nach A. GHON und ROMAN, Pathol.-anatom. Studium über die Tuberkulose bei Säuglingen und Kindern. Wien 1913.

noch auf andere Schleimhäute zu gelangen. So stellen sich die genannten Forscher die Ansteckung der Schleimhäute der großen Luftwege, der Mund- und Rachenhöhle mit dem Mittelohr und die des Magendarmschlauches vor; Körperteile, die hinwiederum auch einer neuen Ansteckung von außen leicht zugänglich sind. Soweit es sich um die Luftröhre (Trachea) und den Kehlkopf handelt, können wir in unseren Fällen nur an Ansteckung von älteren Lungenherden her glauben.

Mit anderen Forschern (LAKE-BARWELL, COLLET) stellen wir fest, daß die Luftröhren- (9 = 2,82%) und Kehlkopftuberkulose (15 Fälle = 4,7%) verhältnismäßig selten vorkommt. Im Alter bis zu 6 Jahren fanden wir überhaupt nur 3 Fälle mit Luftröhren- und 1 Fall mit Kehlkopftbc., bis zu 10 Jahren nur 4 Fälle mit Luftröhren- und 3 Fälle mit Kehlkopftbc. Und sämtlich sicher als Ableger vorher bestehender Lungentbc.

Bronchialdrüsentbc. fand sich in 226 Fällen = 70,87% aller Fälle; in 19 = 5,95% der Fälle waren die Bronchialdrüsen allein befallen. Ob man hieraus, wenn man gleichzeitig den Lungenbefund vergleicht, auf eine besondere Häufigkeit des Beginns der kindlichen Tuberkulose in den Bronchialdrüsen schließen darf, erscheint mir zweifelhaft. Auch TAKEYA¹⁰⁾, der sehr genaue Untersuchungen hierüber angestellt hat, weist die dahingehende Ansicht RIBBERTS durchaus zurück.

Durch die Arbeiten besonders von BARTELS¹¹⁾, BEITZKE¹²⁾ und MOST¹³⁾ sind wir über den Weg, den der Lymphstrom im Körper, insbesondere in den uns interessierenden Teilen nimmt, so genau unterrichtet, daß wir fast mit Sicherheit sagen können, wohin sich der eingedrungene Fremdkörper — in unserem Falle das Tuberkulosegift — zunächst notwendigerweise wenden muß. Und er geht gewöhnlich nicht von den Drüsen zum Lungengewebe, sondern von der Schleimhautwand der feinsten Luftröhrenverzweigungen zur Lymphdrüse hin.

¹⁰⁾ TAKEYA, Untersuchungen der Bronchialdrüsen bei Phthisikern. Arb. aus d. Geb. d. path. Anat. u. Bakt. aus d. pathol.-anat. Institut Tübingen, Bd. 7.

¹¹⁾ BARTELS, Das Lymphgefäßsystem. Jena 1909.

¹²⁾ BEITZKE, Untersuchungen über die Infektionswege der Tuberkulose. VIRCHOWS Archiv, 1912, Bd. 210.

¹³⁾ MOST, Die Topographie des Lymphgefäßapparats des menschlichen Körpers und ihre Beziehungen zu den Infektionswegen der Tuberkulose. Bibliothek medicin., Abt. C, 1908, Heft 21.

Das Lokalisationsgesetz von CORNET¹⁴⁾, nach dem der Tuberkelbazillus an einer beliebigen Stelle des Körpers außerhalb der Blutgefäße eingeführt, bereits an der Einführungsstelle sich vermehrt oder sich in den nächstgelegenen (sog. regionären) Lymphdrüsen niederläßt, ist mit dem Vorbehalte, daß der Tuberkelbazillus allerdings auch glatt durch Haut und Schleimhaut hindurchwandern kann, durch mannigfache Nachprüfungen bestätigt worden. Die Lymphdrüsen filtrieren gleichsam infolge der Verlangsamung der Strömung in ihrem Bereiche die mit der Lymphflüssigkeit heranschwimmenden Fremdkörper ab. Ob man sich nun der Meinung GHONS anschließt, daß bei alleiniger Bronchialdrüsentuberkulose der Urherd in der Lunge wohl vorhanden sei, aber nicht mehr gefunden werden könne (z. B. infolge feinsten Vernarbungsvorgänge) oder der Ansicht VON BAUMGARTEN, daß die primäre Bronchialdrüsentuberkulose nicht durch Ansteckung, sondern schon im Mutterleib durch Vererbung entstanden sei, ist deshalb nicht wesentlich, weil eben diese primäre Bronchialdrüsentuberkulose, wie wenigstens unser Material zeigt, nicht wie TAKEYA¹⁵⁾ sagt, nicht selten, sondern tatsächlich sehr selten ist (in 5,95% aller Fälle).

Noch seltener ist der Befund vom Befallensein der Bronchialdrüsen und des Darmes mit Übergehen der Lunge. Wir fanden solche, worauf wir noch einmal zurückkommen werden, Fälle nur 5 = 1,56%, davon 4 im Alter von 1—8 Jahren. Immerhin wirft die Tatsächlichkeit solcher Fälle ein interessantes Licht auf die Bewegung des in unserem Körper kreisenden Lymphstromes. Unser Körper schwimmt sozusagen in der Lymphe: je nach den Bewegungen, die wir ausführen, z. B. je nach der Atmung (Ein- oder Ausatmung), je nach dem verschiedenen Füllungszustand unseres Darmes, wogt der Hauptlymphstrom hin und her. Es können also auf denselben Bahnen auch geradezu entgegengesetzte Strömungen miteinander abwechseln. Das Vorkommen von alleiniger Bronchialdrüsentbc. (also im Brustkorb befindlicher) mit Darmtbc. (also in der Bauchhöhle befindlicher) beweist, daß es auch Ausnahmen vom CORNETSchen Gesetz gibt, indem in seltenen

¹⁴⁾ CORNET, Die Tuberkulose. Wien 1907.

¹⁵⁾ TAKEYA, vgl. Fußnote ¹⁰⁾.

Fällen nach den verschiedenen Richtungen hin, auch retrograd¹⁶⁾ die Infektion verbreitet wird, wobei man auch an einen gleichzeitigen doppelten Einbruch in den Atmungs- und in den Verdauungsweg denken müssen wird.

Die engen Beziehungen der Lunge zum Rippenfell bringen es mit sich, daß nur in verhältnismäßig seltenen Fällen bei bestehender Lungentuberkulose das Rippenfell verschont bleibt. Wir fanden in 201 = 62,69% Fällen mehr oder weniger schwere tuberkulöse Veränderungen am Rippenfell und zwar in den verschiedensten Formen von einer einfachen Aussaat miliarer Tuberkel über meist ausgedehnte Verwachsungen bis zu großenteils wäßrigen, teils eitrigen Ergüssen in den Rippenfellsack. Daß in einem wäßrigen Rippenfellerguß bei einem 2½ Monate alten Kinde Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, sei besonders erwähnt.

Darüber kann gar kein Zweifel bestehen, daß durch den Mund, den Rachen, die Speiseröhre, durch Magen und Darm sicher nicht kleine Mengen lebenskräftiger Tuberkelbazillen in den Körper eindringen. Die Entstehung der Tuberkulose im menschlichen Körper auf dem enterogenen Wege, d. h. mit der Nahrung durch die Verdauungswege hindurch ist so häufig beobachtet, daß sie von einigen Forschern wie BEHRING¹⁷⁾, SCHLOSSMANN¹⁸⁾ geradezu als die gewöhnlichste, wenn nicht einzigste und damit wichtigste Form der Übertragung angesprochen wird.

Über die Frage der Bedeutung des Unterschiedes der Rindertuberkel- und der Menschentuberkelbazillen haben wir an anderer Stelle schon gesprochen. Hier handelt es sich um die pathologisch-anatomischen Befunde. Und da ist es denn verwunderlich, daß verhältnismäßig so wenig Feststellungen tuberkulöser Veränderungen in Mund und Rachen, von der Speiseröhre ganz zu schweigen, vorliegen. Auch unser Material gibt hierfür keine anderen Befunde. Nur in 2 = 0,62% Fällen wurden Veränderungen im Mund (Gaumen und Zungenrund) und nur in 5 = 1,56% Fällen Erkrankungen der Ton-

¹⁶⁾ BRAUER-SCHRÖDER-BLUMENFELD, Handbuch der Tuberkulose. Leipzig 1914, Bd. 1, Abschnitt: TENDELOW, Path. Anat.

¹⁷⁾ v. BEHRING, Tuberkulosebekämpfung. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte, Kassel 1903.

¹⁸⁾ SCHLOSSMANN-PFAUNDLER, Handbuch d. Kinderhklde., 2. Aufl., 1910.

sillen gefunden. Und in allen diesen Fällen handelt es sich nicht um die ältesten Herde, d. h. wie man vermuten sollte, die Eingangspforten des Giftes, sondern um Übertragungen aus dem Innern des Körpers heraus, um sekundäre Ansteckungen, z. B. durch Ansiedlung aus den erkrankten Lungen ausgehusteter, mit dem Auswurf in den Rachen und Mund beförderten Bazillen. Freilich fehlt in unseren Fällen die mikroskopische Untersuchung, die vielleicht auch noch einige Fälle von primärer Ansteckung aufgefunden hätte. So gelang es A. GHON und ROMAN (l. c.) in 27 Fällen 7 mal tuberkulöse Veränderungen an den Gaumentonsillen zu finden, davon 5 nur durch mikroskopische Untersuchung. ITO¹⁹⁾ hält auf Grund seiner Forschungen das zerklüftete Gewebe der Tonsillen sowie der Rachenlymphdrüsen im sogenannten Nasenrachenring für äußerst geeignet, die Eingangspforte für Tuberkelbazillen zu sein. Andererseits ist die Möglichkeit des Eindringens von solchen durch diese Organe in die tieferliegenden Halslymphdrüsen und von da in die der Lungen nach Ansicht vieler Forscher durchaus gegeben. Ja, die unversehrte Mundschleimhaut, und noch mehr die durch die Zahnung im Kindesalter, aber auch durch die verbreitete Zahnkaries mit ihren Folgeerscheinungen in ihrem schützenden Zusammenhange nicht selten durchbrochene Mundschleimhaut kann ein Eindringen der Tuberkelbazillen gestatten. Mit dem Vorbehalt des Fehlens mikroskopischer Untersuchung haben wir nur verhältnismäßig wenig Fälle tuberkulöser Veränderungen im Beginn des Verdauungskanales feststellen können.

Tuberkulose der Speiseröhre konnten wir nur in einem einzigen Falle feststellen, der an der Grenze des Kindesalters steht und noch dazu nur unter bestimmten Voraussetzungen zur Tuberkulose gerechnet werden kann. Es handelt sich um zwei die Ernährung stark beeinträchtigende Ausstülpungen der Speiseröhre (Traktionsdivertikel), die durch den Zug verkalkter Lymphdrüsen entstanden sind.

Ein wenig häufiger ist die Tuberkulose des Magens. Nur in 8 = 2,50% Fällen war solche, und zwar immer nicht als erster Herd, nachzuweisen. Immerhin findet sie sich häufiger,

¹⁹⁾ Iro, Über primäre Darm- und Gaumentonsilentuberkulose. Berliner klin. Wochenschrift, 1904, Nr. 2.

als TENDELOW (l. c.) anzunehmen scheint, der nur ein einziges Mal ein paar oberflächliche tub. Geschwüre in der Magenschleimhaut gesehen hat. Er erklärt diese Seltenheit aus dem Salzsäuregehalt des Mageninhaltes. Wir fanden Tuberkulose des Magens nur bei gleichzeitiger Tuberkulose des Darmes.

Um so häufiger ist dagegen die Tuberkulose des Darmes, die im ganzen in 210 = 65,8% Fällen gefunden wurde. Nach den einzelnen Abschnitten wurden

im Zwölffingerdarm	2 = 0,62%,
im übrigen Dünndarm	102 = 31,97%,
im Dickdarm ohne Blinddarm	33 = 10,34%,
im Blinddarm mit Wurmfortsatz	22 = 6,89%,
im Dünn- und Dickdarm zusammenge- nommen	38 = 11,91%,
außerdem im Mastdarm	13 = 4,07%

Fälle gefunden. Auch unter unseren Fällen sind solche, wo die Darmtuberkulose zu schweren Veränderungen der Darmdurchgängigkeit durch Verengung der lichten Weite bis zu Erscheinungen des Darmverschlusses geführt hat. Es sind weiter Fälle schwerer tuberkulöser Blinddarm- mit Wurmfortsatzentzündung, der einfach eitrigen äußerlich völlig gleichend, sodann von Darmdurchbruch mit anschließender allgemeiner Bauchfellentzündung, sowie endlich ein Fall von schwerer Blutung infolge Ader-Wandzerstörung durch ein tuberkulöses Geschwür vorhanden. Inwieweit die tuberkulösen Herde im Darm primär waren, d. h. inwieweit die Tuberkulose ihren Eintritt in den Körper durch den Darm genommen hat, läßt sich ohne weiteres nicht feststellen. Man²⁰⁾ hat sie neuerdings unter der an sich berechtigten Annahme, daß eine Anzahl zweifelloser Fälle auch durch die Sektion nicht mehr nachgewiesen werden kann, auf ein Viertel aller Fälle von Kindertuberkulose geschätzt. Unsere Zahlen bleiben weit darunter. Es waren nur 26 = 8,15% sicherer Fälle von sog. „Fütterungstuberkulose“ nachzuweisen; Fütterungstuberkulose im Sinne von LUBARSCH²¹⁾, d. h. Fälle, in denen nur der Verdauungskanal oder die in direkten Beziehungen zu ihm stehenden Lymph-

²⁰⁾ BEITZKE, Ergebnisse d. allg. Path. u. path. Anat., Jahrg. XIV, Abt. 1.

²¹⁾ LUBARSCH, Zur Pathologie der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. Reichs-Medizinalanzeiger, 38. Jahrg., 1913, Nr. 9.

knoten tuberkulös erkrankt waren. Wir bleiben mit unseren an einem noch größeren Material gewonnenen Zahlen noch unter den Zahlen dieses Forschers, dessen Angaben hier zum Vergleich mit unseren Befunden Platz finden sollen.

Säuglings-		LUBARSCH:			Chemnitz:		
alter	0—1 J.	23 Fälle	— 0 Fütterungs-Tbc.;	43 Fälle	— 0 Fütterungs-Tbc.		
Alter	1—2	25	„ — 1	44	„ — 2	„	„
	2—3	18	„ — 1	42	„ — 0	„	„
	3—4	12	„ — 2	33	„ — 3	„	„
	4—5	14	„ — 1	27	„ — 2	„	„
	5—6	14	„ — 1	16	„ — 4	„	„
	6—7	7	„ — 1	12	„ — 1	„	„
	7—8	6	„ — 2	12	„ — 1	„	„
	8—9	5	„ — 2	17	„ — 3	„	„
	9—10	5	„ — 3	8	„ — 1	„	„
	10—11	5	„ — 1	14	„ — 3	„	„
	11—12	4	„ — 1	8	„ — 1	„	„
	12—13	8	„ — 2	8	„ — 2	„	„
	13—14	7	„ — 2	9	„ — 1	„	„
	14—15	6	„ — 1	12	„ — 0	„	„
	15	3	„ — 1	14	„ — 2	„	„

Alter 0—15 J. 162 Fälle — 22 F.-Tbc. = 13,5%; 319 Fälle — 26 F.-Tbc. = 8,15%.

Für die beiden ersten Lebensjahre sind das fast dieselben Hundertsätze in beiden Zusammenstellungen:

LUBARSCH: 48 Fälle mit 1 Fütterungstuberkulose = 2,08%,
Chemnitz: 87 „ „ 2 „ = 2,29%.

Für das Lebensalter von 6—16 Jahren finden wir bei LUBARSCH unter 56 Fällen 16 mal sichere Fütterungstuberkulose = 28,5%. Im Chemnitzer Material unter 114 F. 15 mal = 13,1%, also noch nicht einmal die Hälfte der Zahlen von LUBARSCH. Auch für unsere Zahlen gelten selbstverständlich die Bedenken, die LUBARSCH anführt, daß z. B. in den beiden ersten Lebensjahren die Tuberkulose so rasch fortschreitet und in der Mehrzahl der Fälle zu einer so allgemeinen wird, daß man bei der Obduktion ein Urteil über die Ansteckungsart und die ersten Verbreitungswege gar nicht mehr gewinnen kann. Trotzdem haben auch wir den Eindruck, daß ein Nachweis dafür, daß „die Fütterungstuberkulose im Säuglings- und Kindesalter die häufigste Ansteckungsart sei, nicht erbracht ist“; und damit stimmen die Angaben fast aller Autoren überein, namentlich derer, die über großes Material verfügten, z. B. ORTH²²⁾, der unter den tuberkulösen Kinderleichen (1—15 Jahre) von 1522 Fällen nur 6% unzweifelhaft primäre Darmtuber-

²²⁾ Zitiert nach FÜRST (l. c.).

kulose, BAGINSKY²³⁾, der unter 933 Kindersektionen überhaupt keinen, in einer zweiten Reihe von 806 Fällen nur 6 = 4,2% fand. Und dazu passen schließlich auch die Angaben der Experimentatoren, wonach es massenhafter Bazillen bedarf, um ein Tier vom Darm aus anzustecken, verhältnismäßig weniger, um von der Lunge her ein Tier tuberkulosekrank zu machen²⁴⁾.

Es erfolgt nun auf eine solche Ansteckung eine Erkrankung oder eine Durchwanderung der Mesenterialdrüsen, an die sich durch Übertragung auf dem Wege des Blutstroms eine Erkrankung der Lunge anschließen kann, so daß schließlich auch eine Lungenschwindsucht auf diesem enterogenen Wege entstehen kann. Ja, die Möglichkeit ist gegeben, daß gleichzeitig durch den Atmungsweg und durch den Verdauungsweg die Ansteckung erfolgt. Wir fanden ein alleiniges Befallen-sein von Bronchialdrüsen und Darm allerdings nur in 5 = 1,56% Fällen.

Mesenterialdrüsentuberkulose kommt dagegen entsprechend den überaus häufigen Darmerkrankungen so oft vor, daß sie bei Dünn- und Dickdarmbeteiligung ohne Ausnahme zu finden ist. Wir fanden Mesenterialdrüsentuberkulose in 132 = 41,37% aller Fälle. Es gibt keine Darmtuberkulose ohne Mesenterialdrüsentuberkulose.

Das Bauchfell ist in 54 = 16,92% Fällen tuberkulös ergriffen, immer mit entsprechender Darmerkrankung. Dieser Befund stimmt mit den Angaben von MIZOGUCHI²⁵⁾ und TRĘPINSKI²⁶⁾, fast genau überein, die eine Beteiligung des Peritoneums in 16,7 und 17,9% feststellten.

Zu den häufigsten Befunden gehört die Tbc. der Leber, die wir in 138 = 43,26% der Fälle feststellen konnten, im wesentlichen auf dem Blutweg entstanden und nie ohne Tuberkulose in anderen Organen vorkommend. Einmal bei einem 15jährigen Mädchen war Tuberkulose der Gallenblase vorliegend, ein sehr seltener Befund. Noch häufiger als Tuber-

²³⁾ BAGINSKY, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 7. Aufl. Leipzig 1904.

²⁴⁾ PAUL H. RÖMER (l. c.).

²⁵⁾ MIZOGUCHI, Beitrag zur Lokalisation der Tuberkulose im Kindesalter. Inaug.-Diss. München 1910.

²⁶⁾ TRĘPINSKI, Ein Beitrag z. Statistik u. Anat. d. Tub. im Kindesalter. Inaug.-Diss. München 1903.

kulose der Leber ist Tuberkulose der Milz, die in 148 = 46,39% Fällen sich vorfand. An beiden Organen ist nicht selten auch die Kapsel befallen. Sehr selten dagegen scheint die Bauchspeicheldrüse ergriffen zu werden. Wir fanden nur 1 = 0,31% Fall bei allgemeiner Miliartuberkulose.

Die Harnorgane sind wieder etwas häufiger befallen, zumeist (53 = 16,61% Fälle) beide Nieren; bei der nicht seltenen einseitigen Nierentuberkulose ist die linke (33 = 10,34%) vor der rechten (28 = 8,77%) ein wenig bevorzugt. An den Harnleitern war nichts festzustellen, während die Blase in 4 = 1,25% Fällen immer nur dann befallen war, wenn gleichzeitig eine Niere erkrankt war.

Die Geschlechtsorgane waren verhältnismäßig wenig betroffen. 3 mal die männlichen (2 mal l. Nebenhoden, 1 mal Hoden), zweimal die weiblichen (je einmal Gebärmutter, 1 mal Gebärmutter und Eierstock). Alle Fälle sind sekundärer Art.

Zu den seltenen Tuberkuloseniederlassungen gehören das Herz und die Blutgefäße. Nur in 12 = 3,76% Fällen war tuberkulöse Entartung nachzuweisen, darunter nur einmal tuberkulöse Zerstörung des Herzmuskels, einmal eine Miliartuberkulose der Lungenarterie und einmal eine tuberkulöse Zerstörung der Wandung der Drosselvene mit Bildung eines verkästen Pfropfes in dieser. Ebenfalls nur selten ist der Milchbrustgang (Ductus thoracicus), und zwar zweimal befallen, ein Vorkommnis, das man öfter erwarten sollte. Zu den Seltenheiten gehört endlich eine Tuberkulose der Schilddrüse, wenn sie sich immerhin auch 7 mal (= 2,19%) fand.

Von den Nebennieren war eigentümlicherweise in drei Fällen nur die linke, in einem Fall die rechte und linke betroffen. In letzterem doppelseitigem Falle war es zu ausgesprochenen Erscheinungen der ADDISONschen Bronzekrankheit (bei einem 15jährigen Mädchen) gekommen und außer starken Drüsenveränderungen die Nebennierentuberkulose der einzige Sitz der Krankheit.

Von größter praktischer Bedeutung ist wiederum die nicht seltene Tuberkulose des Gehirns. In nicht weniger als 122 = 37,93% Fällen war das Gehirn befallen. Auch wir sehen sie in den beiden wichtigsten Formen als Tuberkulose der Hirnhäute mit oder ohne Beteiligung des Hirns, also an Meningitis oder Meningo-Encephalitis, und sodann als umschrie-

bener käsiger Entartungsvorgang im Hirngewebe, also als sogenannte Solitärtuberkel. Die erstere Form — die typische tuberkulöse Hirnhautentzündung — ist über doppelt so häufig — 78 = 24,45% Fälle und 9 = 2,82% Fälle — wie die zweite: 35 = 10,97% Fälle. Die tuberkulöse Hirnhautentzündung ist in der Mehrzahl der Fälle Teilerscheinung einer allgemeinen Miliartuberkulose, d. h. sie ist durch Übertragung der Bazillen auf dem Blutweg entstanden. In unserem Material befinden sich 113 = 35,4% Fälle allgemeiner Miliartuberkulose, so daß die größere Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß auch hier die Verhältnisse gleich liegen. Es ist bekannt, daß sie auch auf dem Wege des Lymphstroms z. B. von einer Mittelohrentzündung ausgehend, nicht selten entsteht. Wilke²⁷⁾ weist auf Grund von genauen Untersuchungen an 25 Fällen auf die große Wahrscheinlichkeit hin, daß so von den Rachen-tonsillen, in denen er reichlich miliare oder verkäsende Tuberkel fand, unmittelbar auf dem Lymphwege die Ansteckung der Hirnhaut sehr häufig erfolgt. Die gewaltige Verbreitung der ein- oder (zumeist) doppelseitigen eitrigen Mittelohrentzündung unter unseren Fällen — nicht weniger als 163 = 51,09% Fälle konnten wir feststellen — von denen nur 2 jedoch als käsige, d. h. tuberkulöse bezeichnet sind, erlaubt uns nicht, dem Ursprung der Hirnhautentzündungsfälle nachzugehen. Nur in 3 = 0,94% Fällen war die tuberkulöse Hirnhautentzündung die einzige tuberkulöse Erkrankung im Körper. Die Mehrzahl der Fälle betraf das Alter von 1—6 Jahren: 50 = 30,8%, während es im Alter von 0—1 Jahr nur 4 = 9,3%, im Alter von 6—15 Jahren aber 24 = 21,0% waren. Käseherde im Gehirn sind in 35 = 10,97% Fällen, darunter 3 mal = 0,94% im Kleinhirn gefunden worden, die sich im wesentlichen auf das Alter von 2—7 Jahren verteilen. In einzelnen Fällen waren mehrere solcher Solitärtuberkel in verschiedenen Teilen des Gehirns verteilt nachzuweisen.

In einem Falle hatte der Zusammenbruch der tuberkulös veränderten Wirbelsäule zu einer Druckzerstörung des Rückenmarks geführt.

Die schweren Zerstörungen, die die Tuberkulose am Stützgerüst des Körpers, an den Knochen und Gelenken herbei-

²⁷⁾ WILKE, Zur Pathogenese der tuberkulösen Meningitis. Habilitationsschrift. Kiel 1910.

führt, sind zu bekannt, als daß sie besonders hervorgehoben werden müßten. Wie schon erwähnt, wäre der pathologische Anatom nur dann in der Lage, ein sicheres Urteil über die Häufigkeit solcher Fälle abzugeben, wenn in jedem zur Sektion kommenden Falle das Knochensystem systematisch wie z. B. die inneren Organe durchgesehen würde. Das geschieht nicht, und infolgedessen sind die Befunde nur mehr oder weniger zufällige, zumeist schon durch die vorherige klinische Beobachtung festgestellte. Die Ergebnisse sind deshalb mit diesem Vorbehalt anzusehen. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke scheint im fortschreitenden Kindesalter gleichfalls noch zuzunehmen. Im Alter von 0—1 J. kamen 4 = 9,3%, im Alter von 1—6 J. 23 = 14,1%, im Alter von 7—15 J. 26 = 22,8% Fälle vor.

Befallen sind im Alter von:

- | | | |
|-------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0—1 | Jahr: | Rippen 1, Felsenbein 2, Knie 1. |
| 1—2 | „ | Speiche 1, Ellbogengelenk 1, Stirnbein 1, Handknochen 3, Wirbelsäule 1, Hüftgelenk 1, Oberschenkel 2. |
| 2—3 | „ | Speiche 1, Ellbogengelenk 1, Handknochen 2, Kniegelenk (doppelseitig) 1, Wirbelsäule 2, Hüftgelenk (doppelseitig) 1. |
| 3—4 | „ | Kniegelenk 1. |
| 4—5 | „ | Felsenbein 1, Ellbogengelenk 1. |
| 5—6 | „ | Rippen 1, Wirbelsäule 1. |
| 6—7 | „ | Wirbelsäule 1. |
| 7—8 | „ | Schultergelenk 1, Wirbelsäule 1, Kniegelenk 2, Oberschenkelknochen 1, Finger 1. |
| 8—9 | „ | Wirbelsäule 1, Hüftgelenk 2, Kniegelenk 1, Finger 1. |
| 9—10 | „ | Felsenbein 1. |
| 10—11 | „ | Wirbelsäule 1, Oberschenkelknochen 1. |
| 11—12 | „ | Wirbelsäule 2, Hüftgelenk 1, Oberschenkelknochen 1. |
| 12—13 | „ | 0. |
| 13—14 | „ | Wirbelsäule 2, Hüftgelenk 1. |
| 14—15 | „ | 0. |
| 15 | „ | Wirbelsäule 1, Hüftgelenk 1, Kniegelenk 1. |

Danach sind tuberkulös erkrankt: die Wirbelsäule in 13 Fällen, das Kniegelenk in 8 Fällen, das Hüftgelenk in 7 Fällen, die

Handknochen in 7 Fällen, der Oberschenkelknochen in 5 Fällen, das Felsenbein in 4 Fällen, das Ellbogengelenk in 3 Fällen, die Rippen in 2 Fällen, die Speiche in 2 Fällen, das Stirnbein in 1 Fall, und das Schultergelenk in 1 Fall. Oder die Schädelknochen in 5 Fällen, die Knochen und Gelenke des Stammes in 15 Fällen, die der oberen Gliedmaßen in 13 Fällen und der unteren Gliedmaßen in 20 Fällen. Es treten also die durch die aufrechte Haltung besonders belasteten Knochen und Gelenke, das sind die des Rumpfes und der Beine, auch wesentlich hervor: 35 Fälle gegen 18 Fälle. Dabei darf allerdings nicht unbeachtet bleiben, daß schon im Alter von 0—1 Jahr, wo von einer Belastung der Beine nicht gut die Rede sein kann, das Kniegelenk tuberkulös ergriffen befunden wurde.

Als Seltenheit ist der bei einem 10—11jährigen Kinde gefundene Käseherd in der Muskulatur zu bewerten.

Es liegt im Wesen des Materials, daß auch die Befunde der Tuberkulose der Haut nur geringfügig sind. Nur 1 Fall von abgeheiltem Lupus, bei chronischer Lungenschwindsucht, wurde bei einem 14—15jährigen Kinde gefunden. Im übrigen fehlen besondere Bemerkungen.

Als Nebenbefund sind die Aderhauttuberkel im Augennern bei Miliartuberkulose zu bewerten, die in 8 Fällen, sowie die tuberkulöse Sehnervenentzündung, die in 1 Fall gefunden wurden. Über das Verhältnis der tuberkulösen Mittelohrentzündung zur gewöhnlichen eitrigen Mittelohrentzündung sprachen wir schon gelegentlich der Hirntuberkulose. Es ist anzunehmen, daß die 4 Fälle von tuberkulöser Felsenbeinerkrankung ihren Ausgang ebenfalls von einer tuberkulösen Mittelohrentzündung genommen haben, so daß im ganzen 6 Fälle tuberkulöser Ohrerkrankung sicher gestellt sind, immerhin eine geringe Zahl gegenüber den 163 Fällen chronischer eitriger Mittelohrentzündung überhaupt.

Ein erschütterndes Bild tuberkulöser Durchseuchung des kindlichen Körpers gibt uns die vorliegende Übersicht, die auch uns zu dem Satze berechtigt, daß die Tuberkulose nicht nur eine Krankheit der Erwachsenen, sondern auch der Kinder ist.

Ist sie nun eine das kindliche Leben besonders bedrohende Erkrankung oder verhält sie sich als mehr oder weniger unangenehme Begleiterscheinung?

LUBARSCH (l. c.) hebt besonders hervor, daß die latente

und geheilte Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter sehr viel seltener ist als im späteren Alter. Er beweist das an seinem und GHONS Material durch Vergleichung der fortschreitenden Fälle, der Fälle mit Zeichen von Ausheilung und der ausgeheilten Fälle. Unter entsprechender Zusammenfassung kommen wir in unseren Fällen zu folgendem Ergebnis, das wir mit denen von GHON und LUBARSCH im Vergleich zusammen anführen.

Alter	Fortschreitende Fälle			Fälle mit Zeichen von Ausheilung			Geheilte Fälle		
	Chemnitz %	GHON %	LUBARSCH %	Ch. %	GHON %	LUB. %	Ch. %	GHON %	LUB. %
0—1	83,7	52,59	100,0	16,3	4,35	0	0	0	0
1—2	63,6	66,67	91,3	34,0	23,33	8,7	2,4	10,0	—
2—3	78,5	—	94,5	16,6	—	5,5	4,9	—	—
3—4	73,3	55,88	20,0	17,65	4,5	6,7	26,74	18,1	—
4—5				—					
5—8	65,0	29,03	63,0	15,0	29,03	14,8	20,0	41,94	22,2
8—11	66,6	—	60,0	12,8	—	—	20,6	—	30,0
9—14	—	20,0	—	—	12,0	—	—	68,0	—
11—15 resp.16	68,6	—	67,9	15,7	—	3,5	15,7	—	28,6
0—15	71,4	58,83	—	18,8	16,47	—	9,8	24,7	—

Wenn auch nicht so deutlich wie bei GHON zeigen auch unsere Fälle ein Nachlassen der Bösartigkeit der Tuberkulose mit zunehmendem Alter, das vor allem an der Zahl der geheilten Fälle sichtbar wird.

Fassen wir die Fälle mit fortschreitender Erkrankung und die mit Zeichen von Ausheilung nochmals zusammen, und stellen sie den tatsächlich geheilten gegenüber, so haben wir: in Chemnitz:

im Säuglingsalter (0—1 J.) 43 Fälle, 100% Fortschritte, 0% Heilung, im Kindesalter (1—16 J.) 276 Fälle, 88,8% Fortschritte, 11,2% Heilung;

bei LUBARSCH (Posen):

im Säuglingsalter (0—1 J.) 16 Fälle, 100,0% Fortschritte, 0% Heilung, im Kindesalter (1—16 J.) 46 Fälle, 93% Fortschritte, 6,5% Heilung;

bei BURCKHARDT-SCHMORL (Dresden):

im jugendlichen Alter 72 Fälle, 90,3% Fortschritte, 9,7% Heilung;

bei LUBARSCH (Zwickau):

im jugendlichen Alter 12 Fälle, 66% Fortschritte, 33,3% Heilung;

bei LUBARSCH (Düsseldorf):

im Säuglingsalter 20 Fälle, 100% Fortschritte, 0% Heilung, im Kindesalter (1—16 J.) 128 Fälle, 86,7% Fortschritte, 13,3% Heilung.

Diese letzten Zahlen stimmen fast genau mit unseren oben angegebenen überein. Wie wir auch eine deutliche Übereinstimmung mit den Angaben von ALBRECHT und ARNSTEIN²⁸⁾ haben, bei Zusammenfassung der Schulkinder unter unseren Fällen. Es sind

bei ALBRECHT und ARNSTEIN:

im Schulalter (6—16 J.) 100 Fälle, 68 = 78,2% im Fortschreiten, 19 = 21,8% geheilt;

in Chemnitz: im Schulalter (5—15 J.) 130 Fälle, 106 = 81,5% im Fortschreiten, 24 = 18,5% geheilt.

Soweit der Befund am Sektionstisch in Frage kommt, müssen wir LUBARSCH zustimmen, daß dieser Befund uns zu dem Eingeständnis zwingt: Die Tuberkulose des Kindesalters hat die allergrößte Neigung nicht zur Ausheilung, sondern zum Fortschreiten. Dieser Befund steht allerdings in scharfem Widerspruch zu der Ansicht, daß die Tuberkulose im frühen Alter erworben, eine lange Ruhezeit im kindlichen Körper durchmacht, um dann bei gelegener Zeit schwere Krankheitserscheinungen — die eigentliche Lungenschwindsucht, die Phthise der Erwachsenen — zu bewirken, worauf die klinische Beobachtung der Fälle deutlich hinweist. Um so mehr zwingen uns diese Zahlen, schon beizeiten kräftige Gegenmaßregeln zu ergreifen, wenn wir die Tuberkulose überhaupt eindämmen wollen.

Gleichsam als lehrreiche Abbildungen und Beweisstücke zu den bisherigen Ausführungen folgen nunmehr eine Reihe möglichst charakteristischer Tuberkulosefälle aus dem Kindesalter von der Säuglings- bis zur Reifezeit nach den Sektionsberichten des städtischen pathologisch-hygienischen Institutes. Um Hinweise für die Praxis zu geben, bin ich durch das freund-

²⁸⁾ ALBRECHT und ARNSTEIN, Verh. d. Deutschen path. Gesellschaft, 1912. Thiele, Tuberk. Kinder.

liche Entgegenkommen des städtischen Krankenhauses in der Lage, einige kurze Mitteilungen aus der Vorgeschichte des Falles, soviel solche zu erlangen waren, hinzuzufügen. Für die Erlaubnis hierzu gestatte ich mir dem Direktor des Stadtkrankenhauses, Herrn Hofrat Prof. Dr. REICHEL, sowie dem Oberarzt der inneren Abteilung, Herrn Prof. Dr. CLEMENS meinen herzlichen Dank zu sagen.

Sektionsberichte.

I. Tuberkulose bei Totgeborenen.

Von 273 Fällen 0 tuberkulös.

II. Tuberkulose im Säuglingsalter (0—1 Jahr).

Von 1139 Fällen 43 Tbc. = 3,78%, darunter 3 Fälle offener Lungentuberkulose.

1. Alter 1—2 Monate. 0 Fälle.

2. Alter 2—3 Monate. 5 Fälle.

Klinische Diagnosen: 1 angeb. Syphilis, 1 Pädatrophy, 1 Dyspepsie, 2 Magendarmkatarrh.

Befallen sind: Rippenfell 2, Lunge 5 (darunter 1 Kaverne im rechten Oberlappen), Bronchialdrüsen 4, Trachealdrüsen 2, Darm (Dünndarm) 3, Mesenterialdrüsen 3, Milz 4, Nieren: rechte 0, linke 1, rechte und linke 2, Leber 4, Knochen, Gelenke 1 (tuberkul. Kniegelenksentzündung).

Hierüber: 4 Mittelohrentzündungen — keine Rachitis — keine Syphilis.

Fall 1: U. B., 2 Monate. — Auf eine Seite beschränkte umschriebene Lungenschwindsucht. Ausbreitung in der Lunge durch Selbstansteckung vom primären Lungenherd.

Klinische Diagnose: Angeborene Syphilis. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge rechts. Im unteren Teil des Oberlappens, in Rippenfellnähe (subpleural) kirschkerngroßer Käseknoten, in dessen Umgebung das Parenchym mit submil. grauen Knötchen durchsetzt. Mitten im Parenchym noch zwei linsengroße Käseknoten. — Lunge links: frei. — Bronchialdrüsen, Trachealdrüsen verkäst. — Follikul. Darmkatarrh. Tuberkulöse Geschwüre im Dünndarm (Ileum). Mesenterialdrüsen bohnen groß, zum Teil verkäst. —

Miliartuberkulose der Milz und Leber. — Keine Rachitis, keine Syphilis. Foramen ovale offen.

Fall 2: F. O., 2½ Mon. — Schwere, durchaus dem Bilde der Schwindsucht des Erwachsenen entsprechende Lungenschwindsucht mit Kavernenbildung. Übergreifen der Tbc. auf den übrigen Körper mit besonderer Bevorzugung der Drüsen. Erguß im Rippenfell mit Tuberkelbazillen.

Klinische Diagnose: Dyspepsie. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: R. Rippenfellexsudat (50 ccm), mikroskop. Tbc.-Bazillen, Rippenfell getrübt, mit bis linsengroßen Tuberkelknoten. Lunge: R. Oberlappen und Mittellappen Parenchym streifenförmig verkäst. Unterlappen eine kirschkerngroße Kaverne mit verkäster Wandung. — L. Rippenfell frei. Lunge mit großer Anzahl Tuberkelknoten von Stecknadelkopf- und Erbsengröße durchsetzt, Bronchialdrüsen erheblich vergrößert und zum Teil verkäst. Desgleichen die submandibularen, retroperitonealen und mesenterialen Drüsen. Im Dünndarm (Jejunum) zwei bohnen große tuberkulöse Geschwüre. Miliartuberkulose der Milz, Leber und beider Nieren. — Linksseitige Mittelohrentzündung. — Keine Rachitis.

3. Alter 3—4 Monate. 2 Fälle.

Klinische Diagnosen: 2 Darmkatarrh, Luftröhrenkatarrh.

Befallen sind: Rippenfell 1, Lunge 2 (darunter 1 Kaverne im linken Oberlappen), Bronchialdrüsen 2, Darm: Dünndarm 1, Mastdarm 1, Mesenterialdrüsen 1, Milz 1, Nieren 0, Leber 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 1 — Rachitis 1.

Fall 3: F. A., 3 Monate. — Im wesentlichen auf Mittel- und Unterlappen beschränkte Lungenschwindsucht mit Miliartuberkulose.

Klinische Diagnose: Darm- und Luftröhrenkatarrh. Anatomische Diagnose: Miliartuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell nicht verwachsen. Lunge: R. Oberlappen gut lufthaltig, emphysematisch. Im unteren Teil in ungefähr zweimarkstückgroßer Ausdehnung stecknadelkopf- bis erbsengroße, grauweiße, etwas prominente Herde. Der Mittelpunkt des größten Herdes käsig zerfallen. Lungenrippenfell hier etwas verdickt und getrübt und zum Teil mit Rippenfell des Mittellappens verwachsen. Mittellappen zum großen Teil luftleer, durchsetzt mit denselben Herden. Unterlappen wie Mittellappen. L. Oberlappen frei. Unterlappen: Randpartien zum Teil dunkel blaurot, von festerer Konsistenz. Auf Schnitt: im Rand mehrere fast luftleere

Herde mit glatter Schnittfläche, aus denen sich trüber Saft ausdrücken läßt. Konsistenz vermehrt (Bronchopneumonie). — Bronchialdrüsen zum Teil verkäst. — Darm: Rektum mehrere erbsengroße tuberkulöse Geschwüre, Dünndarm gegen die Klappe zu mehrfach mit weißlichgrauen Knötchen besetzt, zum Teil geschwürig zerfallen. Mesenterialdrüsen zum Teil geschwollen, einige verkäst. Milz geschwollen. Kapsel mit kleinen, stecknadelkopfgroßen, grauweißlichen Knötchen ziemlich dicht besetzt. Leber: Kapsel wie die der Milz. — Rachitis. — Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Ziehkind. Ziehmutter macht sehr schmutzigen Eindruck. Kind seit mehreren Wochen Durchfälle. Ausgedehnte Flechten am Kreuzbein, After, sowie an Oberlippe, Unterlippe und hinter den Ohren.

4. Alter 4—5 Monate. 2 Fälle.

Klinische Diagnosen: Darmkatarrh 1, Lungentuberkulose 1.

Befallen sind: Rippenfell 2, Lunge 2, Bronchialdrüsen 2, Darm: Dünndarm 1, Dickdarm 1, Mastdarm 1, Mesenterialdrüsen 1, Milz 1, Nieren: r. und l. 1, Leber 1, Herz 1 (Peri- und Epikarditis 1).

Hierüber: Mittelohrentzündung 1 — Rachitis 1 — Hornhautfleck 2.

Fall 4: R. K., 4 Monate. — Von Mutter mit offener Lungenschwindsucht geborenes Kind mit allgemeiner Miliartuberkulose und Folgen der Tripperansteckung.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh, Mittelohrentzündung. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell übersät mit Miliartuberkeln. Lunge: R. Oberlappen walnußgroßer Herd (käsige Hepatisation). Im übrigen beide Lungen durchsetzt mit Miliartuberkeln, Bronchialdrüsen stark vergrößert, zum Teil verkäst, zum Teil erweicht. Halsdrüsen in großen Paketen zum Teil vereitert, zum Teil verkäst. Bauchfell mit Miliartuberkeln übersät. Darm: Im unteren Dünndarm und ganzen Dickdarm reichliche, follikuläre, tuberkulöse Geschwüre. Mesenterialdrüsen geschwellt, gerötet, zum Teil verkäst. Milz, Nieren, Leber: Miliartuberkulose. Peri- und Epikard mehrere Tuberkel. Mittelohrentzündung doppelseitig. Hornhaut, linkes Auge: Narbenfleck; Hornhaut, rechtes Auge: Narbe mit Regenbogenhautverwachsungen. — Rachitis. — Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Mutter schon seit längerer Zeit Husten, während ihrer letzten Schwangerschaft mit Tripper angesteckt. Das Kind (geb. 7. XI.) wurde schwer augenkrank, so daß die Mutter anhaltend, auch nachts, Auswaschungen und Umschläge

machen mußte, infolgedessen „Erkältung“. Allmählich Mattigkeit, stärkerer Husten, Nachtschweiße, sucht im Januar Krankenhaus auf. Hier wurden zahlreiche Tuberkelbazillen im Auswurf festgestellt (offene Tuberkulose!). Kind anhaltend Durchfälle. PIRQUET negativ.

5. Alter 5—6 Monate. 10 Fälle.

Klinische Diagnosen: Diphtherie 1, Lungenentzündung 2, Rippenfellentzündung 2, Hirnabszeß 1, Kinderabzehrung 3, Lungentuberkulose 1.

Befallen sind: Rippenfell 10, Lunge 10, Bronchialdrüsen 10, Darm: Dünndarm 5, Dickdarm 1, Mesenterialdrüsen 5, Milz 9, Nieren 4, Leber 5, Gehirn 1 (Mening. tbc.).

Hierüber: Mittelohrentzündung 8 — Rachitis 2.

Fall 5: F. M., 5 Monate. — Erster Herd im r. Unterlappen mit nachfolgender Miliartuberkulose; dabei tub. Hirnhautentzündung, die im Leben die hauptsächlichsten Erscheinungen gemacht hat.

Klinische Diagnose: Eitrige Mittelohrentzündung, Hirnabszeß. Anatomische Diagnose: Tuberkulose, tuberkulöse Hirnhautentzündung.

Sektionsbefund: Rippenfell übersät mit Miliartuberkeln. Lunge: R. Unterlappen einige Käseherde, deren größter in Einschmelzung begriffen ist. Über beiden Lungen ungleich verstreute Miliartuberkeleruptionen. Bronchialdrüsen verkäst. Darm: Follikulärkatarrh. Mesenterialdrüsen zum Teil verkäst. Hochgradige tuberkulöse Hirnhautentzündung. Milz, Leber, Nieren: Miliartuberkulose doppelseitig. Eitrige Mittelohrentzündung. Foramen ovale offen.

Fall 6: P. P., 5 Monate. — Anatomisch nachgewiesene offene Lungentuberkulose.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh, Furunkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell leicht verwachsen, ausgedehnt mit Miliartuberkeln bedeckt. Lunge: R. Ober- und Mittellappen mit zahlreichen, frischeren, weißlichen Knötchen durchsetzt. Unterlappen: Kirschkerngroße Kaverne mit eitrigem Inhalt, die mit Bronchus kommuniziert. Dazu zahlreiche, verkäste, träubchenförmige, zum Teil zusammenfließende Knötchen. Lunge: L. gut lufthaltig. Rippenfell am Unterlappen mit stecknadelkopfgroßen, auf Schnitt weißgelben Knötchen besetzt. Bronchialdrüsen l. geschwollen, r. verkäst. An einer Stelle des Dünndarmes mehrere verkäste Tuberkel. Milzschwellung, Kapsel mit einigen Miliartuberkeln. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Furunkulose. Keine deutlichen Zeichen von Rachitis.

Vorgeschichte: Ziehkinder, Furunkulose.

6. Alter 6—7 Monate. 5 Fälle.

Klinische Diagnosen: Masern, Lungenentzündung 1, Darmkatarrh 1, Abzehrung und Mittelohrentzündung 2, Lungentuberkulose 1.

Befallen sind: Rippenfell 4, Lunge 5, Bronchialdrüsen 5, Darm: Dünndarm 2, Dickdarm 2, Bauchfell 1, Mesenterialdrüsen 3, Milz 2, Nieren 3, Leber 3, Gehirn 4.

Hierüber: Mittelohrentzündung 5.

Fall 7: S. J., 6 Monate. — Ältester Herd im l. Oberlappen. Tuberkulöse Hirnrindenerkrankung mit örtlich beschränkter Hirnhautentzündung.

Klinische Diagnose: Lungenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Ausgedehnte Verwachsungen des Rippenfells. In beiden Lungen bronchopneumonische Herde und Miliartuberkel. Im l. Oberlappen zwei kleine Kavernen. Bronchialdrüsen verkäst. Dünndarm: verkäste Follikel mit geschwürigem Zerfall. Dickdarm wenige tuberkulöse Geschwüre. Mesenterialdrüsen vergrößert und verkäst. Gehirn: Pia in der rechten Fossa Sylvii getrübt, hier miliare Knötchen. In der Hirnrinde mehrere Solitärtuberkel. — Doppelseitige Mittelohrentzündung.

Fall 8: B. A., 6 Monate. — Ältester Herd im r. Unterlappen. 2 kirschgroße Kavernen. Schwere tuberkul. Schädigungen im Hirn.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: In beiden Lungen zahlreiche, zum Teil verkäste, kleinere und zusammenfließende tuberkulöse Herde, zum Teil solitär, zum Teil träubchenförmig. Im r. Unterlappen zwei kirschgroße Kavernen. Bronchialdrüsen rechts verkäst. Darmkatarrh. Im Bauchfell einige Tuberkel. Mesenterialdrüsen geschwollen, weich, keine Verkäsung. Miliartuberkulose der Milz, Leber, Nieren. Gehirn: Im Marklager mehrere tuberkulöse Knötchen. Im linken Nucleus lentiformis ein linsengroßer käsiger Herd. — Doppelseitige Mittelohrentzündung.

7. Alter 7—8 Monate. 5 Fälle.

Klinische Diagnosen: Masern, Lungenentzündung 1, Darmkatarrh 2, Lungenentzündung 1, Bauchwassersucht 1.

Befallen sind: Rippenfell 3, Lunge 4, Bronchialdrüsen 3, Darm: Dünndarm 3, Dickdarm 1, Bauchfell 1, Mesenterialdrüsen 2, Milz 4, Nieren 1, Leber 5, Herz 1 (Epicarditis tbc.).

Hierüber: Mittelohrentzündung 4.

Fall 9: R. A., 7 Monate. — Älteste Herde im Verdauungskanal. Fall von „Fütterungstuberkulose“.

Klinische Diagnose: Bauchwassersucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Brustfellwassersucht. Braunrote katarrhal. Pneumonie der hinteren Teile aller Lungenlappen. Zahlreiche Miliartuberkel. Allgemeine fibrinöse Bauchfellentzündung mit Flüssigkeitserguß. Überall zahlreiche Miliartuberkel, zum Teil etwas größer und verkäst. Vom Anfang des Dünndarms bis in den Querdickdarm vereinzelte, rundliche, teils zirkulär gestellte größere tuberkulöse Geschwüre, zum Teil tiefgreifend, so daß der Darm bei Lösung der Verklebungen einreißt. Ausgedehnte Schwellung und Verkäsung der Mesenterialdrüsen sowie der Prävertebraldrüsen. Milzschwellung und Miliartuberkulose. Kapsel mit tuberkulösen Verwachsungen. Stauungsnieren mit einzelnen Tuberkeln in der Rinde. Vergrößerte Fettleber mit vereinzelt Tuberkeln, zahlreiche Knoten in der Kapsel, die tuberkulöse Verwachsungen zeigt. Herzbeutel mit Miliartuberkeln. Hirnödeme. Doppelseitige Mittelohrentzündung.

Vorgeschichte: Außerehelich geboren. Vater 19 Jahre, Mutter 21 Jahre. Angeblich beide gesund. Kind sechs Wochen gestillt. Ziehmutter vor zwei Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung, soll keinen Auswurf, jedoch ab und zu „Magenhusten“ haben. Kind seit vier Monaten kränkelnd; Furunkulose, starker Husten. Im Anschluß daran seit drei Monaten Anschwellung der Füße, Auftreibung des Leibes, starke Durchfälle.

8. Alter 8—9 Monate. 4 Fälle.

Klinische Diagnosen: Diphtherie 2, Darmkatarrh 2, tuberkulöse Hirnhautentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 3, Lunge 3, Bronchialdrüsen 3, Darm: Dünndarm 2, Dickdarm 1, Mesenterialdrüsen 0, Milz 1, Nieren 1, Leber 3, Hirn 1 (Hirnhautentzündung).

Hierüber: Rachitis 2 — Mittelohrentzündung 3.

Fall 10: K. F., 8 Monate. — Im wesentlichen Lymphdrüsentuberkulose. Ältester Herd in der Darmschleimhaut, von dort anscheinend aufwärts wandernd in die Bronchialdrüsen.

Klinische Diagnose: Diphtherie, Skrofulose, Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose, Diphtherie.

Sektionsbefund: Lunge r. völlig frei. L. Unterlappen vereinzelte bronchopneumonische Herde. Hilusdrüsen beiderseits geschwollen, auf dem Durchschnitt miliare Tuberkel. Peritracheale Drüsen zum Teil verkäst, zum Teil mit Knötcheneinlagerungen. Angina und Laryngitis diphtheritica. Am

Anfang des Ileum ein rundes tuberkulöses Schleimhautgeschwür, Mesenterialdrüsen zum Teil auf Haselnußgröße geschwollen. Milzschwellung. Der r. Harnleiter durch Zusammenpressung seitens einer geschwollenen Lymphdrüse an der Linea innominata erweitert. Miliartuberkulose der Leber. Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel. Doppelseitige Mittelohrentzündung. — Ekzem. — Rachitis.

Vorgeschichte: Aus schlechtesten häuslichen Verhältnissen. Ausgedehnte, zum Teil nässende Flechten an Augen, Ohren, Mund, Rücken, Gesäß.

9. Alter 9—10 Monate. 5 Fälle.

Klinische Diagnosen: Darmkatarrh, Abzehrung 2, Darmkatarrh 2, Darmkatarrh, Wasserkopf, Spasmophilie 1.

Befallen sind: Rippenfell 0, Lunge 5, Bronchialdrüsen 4, Gaumenmandel 1, Darm: Dünndarm 5, Dickdarm 1, Mastdarm 1, Bauchfell 1, Mesenterialdrüsen 2, Milz 2, Niere 1, Leber 3, Gehirn 1 (Hirnhautentzündung).

Hierüber: Rachitis 2 — Mittelohrentzündung 4.

Fall 11: H. A., 9 Monate. — Lungentuberkulose einseitig auf linken Oberlappen beschränkt.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh (Wasserkopf?) und Spasmophilie. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge r. völlig frei. L. Oberlappen etwa haselnußgroßer, derber, gelblicher Bezirk, in dessen Bereich auf dem Rippenfell zahlreiche Miliartuberkel sitzen (konfluierende käsige Lungenentzündung). Unterlappen frei. Bronchialdrüsen und Trachealdrüsen links verkäst. Linke Tonsille weißlich-käsiger Eiter. Im Dünn- und Dickdarm Follikularkatarrh. Auf einem Follikel des Dünndarms (Ileum) beginnendes tuberkulöses Geschwür. Miliartuberkulose der Milz und der Leber. Auf der Oberfläche der r. Niere ein miliares Knötchen. Tuberkulöse Hirnhautentzündung.

Vorgeschichte: Mutter zurzeit in Heilstätte wegen Tbc. Vater gesund. Erstes Kind. Künstlich ernährt. Im Alter von zwei Monaten Ohrenlaufen. Seit vier Monaten anhaltend Darmkatarrh; seit voriger Woche heftige Durchfälle, Erbrechen. Seit drei Tagen Krämpfe. Schwächliches Kind. PIRQUET negativ.

10. Alter 10—11 Monate. 3 Fälle.

Klinische Diagnose: Keuchhusten und Tbc. 1, Lungentuberkulose 1, Brustfellvereiterung 1.

Befallen sind: Rippenfell 1, Lunge 3, Bronchialdrüsen 3, Darm: Dünndarm 3, Mesenterialdrüsen 3, Milz 2, Leber 2, Gehirn 1, Knochen: Rippenkaries 1.

Hierüber: Rachitis 2 — Mittelohrentzündung 3.

Fall 12: M. E., 10 Monate. — Tuberkulöse Erkrankung einer Rippe. Empyem. Ältester Beginn der Erkrankung in der rechten Lunge.

Klinische Diagnose: Keuchhusten und Lungentuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Im Rippenfell rechts dicker gelber Eiter (Empyem). Lunge: R. Oberlappen: käsige Lungenentzündung. Im Überzug des r. Oberlappens eine etwa talergroße fibröse Verdickung. Dementsprechend eine zweimarkstückgroße Lücke im Rippenfell, in Höhe der siebenten Rippe. L. Oberfläche fühlt sich höckrig an, hier Miliartuberkel, sonst lufthaltig. Bronchialdrüsen vergrößert, teilweise verkäst. Im Dünndarm, $1\frac{1}{2}$ m oberhalb der Ileozökalklappe beginnend, zahlreiche geschwellte, dunkelrote Follikel und einige wallartig begrenzte tuberkulöse Geschwüre. Tuberkulöse Knochenhautentzündung an der 7. r. Rippe. Schwellung und Miliartuberkulose der Milz und Leber. — Rachitis. — Linksseitige Mittelohrentzündung.

11. Alter 11—12 Monate. 2 Fälle.

Klinische Diagnose: Diphtherie 2.

Befallen sind: Lunge 2, Bronchialdrüsen 2, Darm: Dünndarm 2, Mastdarm 1, Mesenterialdrüsen 1, Milz 1.

Hierüber: Rachitis 1 — Mittelohrentzündung 1.

Fall 13: J. J., 11 Monate. — An offener Lungentuberkulose leidendes Kind erkrankt an Diphtherie, der es erliegt.

Klinische Diagnose: Diphtherie, Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Diphtherie und Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge r. vereinzelte Miliartuberkel. L. mehrere Miliartuberkel, teilweise zentral erweicht, sonst gut luft- und bluthaltig. Im obersten Teil des linken Unterlappens eine haselnußgroße Kaverne mit glatten Wänden, die wenig Eiter enthält und mit verschiedenen Bronchien kommuniziert. Rachendiphtherie. Bronchialdrüsen bis auf Kleinwalnußgröße geschwollen, zum Teil käsig erweicht. Im ganzen Dünndarm überall tuberkulöse Geschwüre. Im Mastdarm einige tuberkulöse Geschwüre. Mesenterialdrüsen geschwollen, jedoch nicht verkäst. Das rechte Schläfenbein im Anschluß an chronische Mittelohrentzündung nekrotisch. Milzschwellung. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Rachitis.

Vorgeschichte: Seit der Geburt schwächliches, künstlich ernährtes Kind mit anhaltenden Durchfällen.

0—1. Lebensjahr.
Zusammenstellung.

Es waren befallen:

im 1.—6. Monat (19 Fälle)	im 6.—12. Monat (24 Fälle)	im ganzen (43 Fälle)
Lungen 19	22	41
Bronchialdrüsen 18	20	38
Rippenfell 15	11	26
Darm: Dünndarm 10	17	27
Mastdarm 2	5	7
Dickdarm 2	2	4
Mesenterialdrüsen 10	11	21
Bauchfell 0	4	4
Milz 15	12	27
Nieren 8	6	14
Leber 11	16	27
Knochen, Gelenke 2	2	4
Gehirn 1	7	8
Herzbeutel 1	1	2
Tonsille 0	1	1

III. Tuberkulose im Kleinkinderalter (1—6 Jahre).

1. 1—2 Jahre.

Von 313 Fällen (Sektionen von Kindern von 1—2 Jahren) 44 = 14,06% Tbc., darunter 5 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungen- und Darmschwindsucht 7, tuberkulöse Hirnhautentzündung 2, akute Miliartuberkulose 2, Knochentuberkulose: l. Ellbogengelenk 1, Fingerknochen 2, Wirbelsäule 1, Hüftgelenk 2, Stirnbein 1, tuberkulöse Lymphdrüsenentzündung 2, Lungenentzündung 10, Diphtherie 6, Masern 1, Scharlach 1, Sepsis 1, Keuchhusten 5.

Befallen sind: Lungen 37, Rippenfell 24, Bronchialdrüsen 35, Trachealdrüsen 13, Luftröhre 1, Darm: Dünndarm 12, Dickdarm 2, Mastdarm 2, Dünn- und Dickdarm 3, Bauchfell 3, Mesenterialdrüsen 10, Gehirn 12, Milz 27, Nieren 7, Leber 20, Herz 3 (Myocarditis caseosa. Solitärtuberkulose des r. Vorhofs. Subendokardiale und epikardiale Miliartuberkel), Knochen, Gelenke 10.

Hierüber: Mittelohrentzündung 28 — Rachitis 22 — Foramen ovale offen 9.

Fall 14: M. E., 1½ Jahr. — Ausgedehnte chronische Knochentuberkulose. Ältester Herd im rechten Unterlappen. Verdauungskanal frei von Tbc.

Klinische Diagnose: Knochentuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lungen: R. Oberlappen und Mittellappen gut blut- und lufthaltig. Unterlappen, mit Rippenfell hinten verwachsen, enthält eine walnußgroße Kaverne mit rötlich-grünlichem Inhalt und dicker, von Tuberkeln durchsetzter Wand. Umgebung induriert. Außerdem ein erbsengroßer Käseknoten. L. völlig frei. Bronchialdrüsen r. sehr vergrößert und verkäst, l. geschwellt, gerötet, zum Teil verkäst. Darmkatarrh (Ent. follic.). Multiple Knochentuberkulose: r. Handrücken, r. zweiter und dritter Finger, r. Stirnbein, l. Schienbein: hier käsige Osteomyelitis mit exzentrischer Einschmelzung. Milz: drei hirsekorngroße, tuberkulöse, harte Knoten. Mittelohrentzündung beiderseits. Foramen ovale offen. Rachitis.

Fall 15: H. A., 1 Jahr. — Schwere Lungentuberkulose. Besondere Beteiligung des Herzens an der tub. Erkrankung.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose, Myocarditis caseosa.

Sektionsbefund: Rippenfell über beiden Lungen verklebt, links mit käsigen, zum Teil streifenförmigen (interkostalen) Platten bedeckt. Lunge l.: beide Lappen fast ganz von verkäsenden, lobulären, zum Teil peribronchialen Herden eingenommen, zum Teil konfluierend. R. ähnlich, nur weniger stark entwickelt. — Erhebliche Schwellung und feste Verkäsung der peritrachealen und Bronchialdrüsen, beiderseits ohne Einbruch in die Bronchien. Zervikaldrüsen bohngroß und verkäst. — Über der Arteria pulmonalis hanfkorngroßer, verschieblicher, epikardialer Käseherd; am linken Vorhof zwei etwas größere Käseherde, die ins Myokard, zum Teil bis unter das Endokard sich erstrecken und hier mit einem hämorrhagischen Hof hervorragen. — Milz: Schwellung mit miliaren und größeren Käseherden. Leber: mehrfache bis kleinerbsengroße Käseherde, zum Teil um die Gallengänge gruppiert. — Doppelseitige Mittelohrentzündung. — Rachitis.

Fall 16: L. E., 1 Jahr. — Offene Lungentuberkulose mit Miliartuberkulose des Knochenmarks.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose und MÖLLER-BARLOWSche Krankheit.

Sektionsbefund: Lunge: R. Oberlappen keine Käseherde; Mittel- und Unterlappen vereinzelte miliare Tuberkel. L. Oberlappen derb, luftleer, mit Käseherden durchsetzt. Außerdem eine Kaverne, die mit Bronchus kommuniziert. In diesem ein käsiges Geschwür, nahe am Abgang. Unterlappen lufthaltig, blutreich, öde-

matös. Bronchialdrüsen l. verkäst, r. geschwollen, gerötet, an der Bifurkation verkäst. Ebenso die Halslymphdrüsen. — Darmkatarrh, Mesenterialdrüsen und Portaldrüsen stark geschwellt und verkäst. — Miliartuberkulose des Knochenmarks im rechten Oberschenkel. — Milz: Schwellung, zwei miliare Käseherde. Leber: vereinzelt miliare Herde. — Mittelohrentzündung. — MÖLLER-BARLOWSche Krankheit.

Fall 17: L. M., 1 Jahr 5 Monate. — Erscheinungen schweren Darmkatarrhs bei Kind, das im wesentlichen an Lungentuberkulose leidet.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge r. frei, Zwerchfellpleura mit Aussaat miliarer Tuberkel. L. in der Spitze mehrere verkäste Tuberkel, eine Anzahl frischere dabei. Luft- und Blutgehalt herabgesetzt. Unterlappen frei. Bronchialdrüsen frei. Darmkatarrh, jedoch nirgends im Darm tuberkulöse Veränderungen. Magenkatarrh; Mesenterialdrüsen blaß, stark geschwellt. Seitliche Verkrümmung der Lendenwirbelsäule nach links. Milz, Leber: Miliartuberkulose. — Doppelseitige Mittelohrentzündung. — Foramen ovale offen. — Rachitis.

Fall 18: Fr. H., 1 Jahr 8 Monate. — Drüsentuberkulose mit Miliartuberkulose der Lunge, mit besonderer Bevorzugung der Spitzen.

Klinische Diagnose: Lungentuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits strangförmig verwachsen. Lunge: In beiden Spitzen grauweiße miliare Knötchen, sonst frei. Bronchialdrüsen geschwollen, teilweise verkäst. Darmkatarrh. — Milz: Miliartuberkulose. — Doppelseitige Mittelohrentzündung. — Rachitis.

Vorgeschichte: Zweites Kind. Vater offen tuberkulös, Mutter gesund. Immer schwächlich, jedoch keine Krankheiten. Leidlicher Ernährungszustand. Rachitischer Rosenkranz. PIRQUET stark positiv.

Fall 19: L. O., 1 Jahr 3 Monate. — Schwere Darmtuberkulose mit besonderer Ausdehnung der Erkrankung im Blinddarm und Wurmfortsatz.

Klinische Diagnose: Sterbend eingeliefert als Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge, r. Oberlappen: Spitze und vorderer Rand je ein erbsengroßer Käseherd. Mittellappen frei. Unterlappen: Miliartuberkulose, l. frei. Bronchialdrüsen verkäst, derb. Darm: Ausgedehnte tuberkulöse Geschwüre im Mastdarm, im ganzen Dickdarm und unteren Hälfte des Dünndarms. In der Spitze des Wurmfortsatzes Eiteransammlung. Hier und in der Mitte je ein linsengroßes tuberkulöses Geschwür. Im medianen Teil der Blinddarmkuppel derbe Wandverdickung mit zahlreichen tuberkulösen

Geschwüren und bis 1 cm langen Polypen mit pseudomelanotischer Spitze. — Milzschwellung. — Nierenverfettung. — Fettleber. — Doppelseitige Mittelohrentzündung. — Ödem und Hyperämie des Gehirns.

Vorgeschichte: Uneheliches Kind.

2. 2—3 Jahre.

Von 180 Fällen (Sektionen von Kindern von 2—3 Jahren) 42 = 23,33% Tbc., darunter 1 Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 14, tuberkulöse Hirnhautentzündung 10, akute Miliartuberkulose 7, tuberkulöser Darmkatarrh 1, Knochen-, Gelenktuberkulose: Hüftgelenk 1, Kniegelenk 1; Keuchhusten 5, Diphtherie 2, Masern 1.

Befallen sind: Lunge 40, Rippenfell 32, Bronchialdrüsen 30, Trachealdrüsen 13, Luftröhre 1 (Ulc. tbc. Trachea), Darm: Dünndarm 17, Dickdarm 2, Mastdarm 1, Dünn- und Dickdarm 6, Wurmfortsatz 2, Magen 2, Bauchfell 11, Mesenterialdrüsen 25, Milchbrustgang 1, Gehirn 24, Milz 22, Nieren 17, Blase 1, Leber 23, Herz 5, Schilddrüse 1, Aderhaut (Auge) 1, Knochen, Gelenke 6.

Hierüber: Mittelohrentzündung 27 — Rachitis 15.

Fall 20: Kn. W., 2 Jahre. — Äußere Zeichen abnormer Körperanlage: starke Behaarung, unverhältnismäßige Gliedmaßen, bei schwerer Lungentuberkulose.

Klinische Diagnose: Lungenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell rechts verwachsen, mit zahlreichen verkästen Partien. Lunge, r. Oberlappen: Hier und da einige Miliartuberkel. Mittellappen verwachsen mit Unterlappen, derb, luftleer, graurot. Unterlappen: Haselnußgroße, mit käsigen Massen gefüllte Kaverne. Hier und da miliare Tuberkel. L. gut lufthaltig, mit Ausnahme der Spitze des Oberlappens, die frei ist; hier und da Miliartuberkel. Bronchialdrüsen l. geschwellt, anthrakotisch, mit käsigen Einlagerungen. — Darmkatarrh, Mesenterialdrüsen gerötet, teilweise verkäst. Milz: Schwellung, mit verkästen Tuberkeln. Nieren: Tuberkulöse Infarkte. Leber: Miliartuberkulose. — Abnorme Behaarung: Stirn bis zur Nase, Wangen, Oberlippen, Schienbeine. Außerdem für das Alter zu große Hände, zu lange Finger. — Mittelohrentzündung. — Atrophie des Sehnerven.

Fall 21: F. A., 2 Jahre 3 Monate. — Ausgebreitete Tuberkulose, die zu zahlreichen geschwürigen Veränderungen u. a. im Magen geführt hat.

Klinische Diagnose: Lungenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits völlig verwachsen, mit miliärer Tuberkulose. Lunge: R. überall dichte, träubchenförmige Tbc.-Eruptionen. Im untersten Teil des Unterlappens vorn ein über walnußgroßer, graugelber Käseherd. L. beide Lappen durchsetzt von zahlreichen träubchenförmigen Tbc.-Eruptionen, umgeben von lufthaltigem Gewebe, namentlich im Oberlappen und oberen Teile des Unterlappens. Bronchialdrüsen l. geschwellt, zum Teil mit tuberkulösen Einsprengungen; r. stark geschwellt und verkäst. Trachealdrüsen verkäst. — Magen: Zwölf meist linsengroße Geschwüre mit wallartig aufgeworfenem Rand und hier und da grauweiße Knötchen auf dem Grund. Am unteren Teil des Dünndarms (Ileum) einige runde, zehnpfennigstückgroße tuberkulöse Geschwüre. Allgemeine tuberkulöse Bauchfellentzündung. Mesenterialdrüsen geschwellt, verkäst. Milzschwellung und miliäre Tuberkulose. In der linken Niere fast walnußgroßer Käseherd (Pyramidenteil), in seiner Umgebung einige Knötchen. Leber: Miliartuberkulose. Tuberkulöse Hirnhautentzündung sowohl der Basis als der Konvexität. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Foramen ovale offen.

Fall 22: La. Ma., 2 Jahre 9 Monate. — An nicht tuberk. Lungenerkrankung zugrunde gegangenes Kind, das (fast) ausgeheilte Drüsentuberkulose im Körper trug.

Klinische Diagnose: Miliartuberkulose. Anatomische Diagnose: Bronchopneumonie.

Sektionsbefund: Lungen beiderseits eitrig Bronchitis und Bronchiolitis. Disseminierte, bronchopneumonische, graurote Herde, besonders in den Unterlappen. Bronchialdrüsen r., zwei davon bohngroß mit stecknadelkopfgroßen Verkäsungen und einer Verkalkung, l. geschwellt und gerötet. Darmkatarrh. Übriger Körper ohne Tbc. Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Eltern gesund. Kind hat Masern und Spitzblattern gehabt. Sonst immer gesund. Seit 6 Wochen Husten und Auswurf. Ernährung normal. Sehr zartes blasses Kind in mäßigem Ernährungszustande. PIRQUET negativ, nach 14 Tagen positiv. Gewicht 7730 g. Nach 6 Wochen Tod.

Fall 23: Ko. Le., 2 Jahre. — Schwere Darmtuberkulose mit zum Tode führender Bauchfellentzündung, die sich an den Durchbruch eines tub. Dünndarmgeschwüres anschließt.

Klinische Diagnose: Bauchfellentzündung (Kotabszeß). Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell r. hinten und unten etwas verwachsen, mit Miliartuberkulose. Lunge r. ganz vereinzelt miliäre Tbc. in normalem Gewebe, keine Käseherde. L. der gleiche Befund.

Bronchialdrüsen wenig geschwellt, ohne Tbc. Allgemeine eitrige Bauchfellentzündung durch Perforation eines ungefähr 30 cm oberhalb der Klappe im Dünndarm befindlichen tuberkulösen Geschwürs, deren zahlreiche, meist oberflächliche, im unteren Teil des Dünndarms sich befinden. Im Dickdarm vereinzelt tuberkulöse Geschwüre. Mesenterialdrüsen ausgedehnt verkäst. Milzschwellung ohne Tbc. Milzkapsel verwachsen. Nieren und Blase ohne Befund. Fettleber. Mittelohrentzündung links. Sinusthrombose.

Vorgeschichte: Eltern gesund. Im ersten Lebensjahr Halsdrüsenvereiterung. Sonst gesund. Seit zehn Wochen „Krämpfe“, seit neun Wochen Auftreibung des Leibes, die zeitweise schlimmer, zeitweise besser wurde. Dabei erschwertes Harnlassen, zeitweise Durchfälle. Seit 3—4 Tagen starke Auftreibung, Erbrechen, kein Stuhlgang. Hochgradige Abmagerung. Nach sieben Tagen Tod.

Fall 24: Schu. C., 2 Jahre 5 Monate. — Im l. Oberlappen ausgeheilter Tbc.-Herd. Schwere Knochentuberkulose, dazu schwere Gehirnveränderungen durch tuberkulöse Meningitis und tuberkulös-hämorrhag. Enzephalitis.

Klinische Diagnose: Luftröhrentzündung (Tbc.?), Hirnhautentzündung (Tbc.?). Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell links flächenhaft verwachsen, mil. Tbc. Lunge r. m. Tbc.; l. Oberlappen: An der Spitze verkalkter Herd von Haselnußgröße mit stark indurierter Umgebung. Bronchialdrüsen l. anthrakotisch. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen nicht geschwellt oder verkäst. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Hirnödem. Im Marklager rechts, ungefähr 3 cm unter der Rinde, der dritten Stirnwindung entsprechend, ein roter, blutiger, frischerer Erweichungsherd von Haselnußgröße. Desgleichen in der Fossa Sylvii rechts, ein noch größerer Herd in Mark und Rinde (tuberkulöse hämorrhagische Enzephalitis). Tuberkulöse Zerstörung des elften und zwölften Brustwirbels. Im Musc. iliopsoas Senkungsabszeß. Milzschwellung und Miliartuberkulose. Nieren-Miliartuberkulose. Fettleber. Doppelseitige Mittelohrentzündung.

Vorgeschichte: Nichts zu ermitteln. Blasses, dürrig ernährtes, „weinerliches“ Kind. Lumbalflüssigkeit klar, keine Bazillen. Tod nach 13 Tagen.

Fall 25: We. Jo., 2 Jahre. — Chronische mit Ausnahme des Darmes weit über den Körper verbreitete Tuberkulose.

Klinische Diagnose: Allgemeine Tuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits verwachsen. Lunge: r. und l. zahlreiche mil. Tbc. Vordere Partien des r. Oberlappens und Mittellappens gänzlich luftleer, von vermehrter Konsistenz, von in Gruppen angeordneten, zum Teil verkästen Tuberkelherden durchsetzt. Bronchialdrüsen und Halsdrüsen verkäst. Darm frei.

Mesenterialdrüsen geschwellt, zum Teil verkäst. Gehirn: Ein walnußgroßer Solitärtuberkel im linken Gyrus supramarginalis (Rinde). Je ein weiterer im rechten Gyrus cinguli, im Lobus paracentralis, über walnußgroß in der Rinde sitzend; ferner am hinteren Ende der linken oberen und mittleren Temporalwindung, taubeneigroß, verkäst; endlich einer im Marklager des linken Stirnhirns, von Walnußgröße, verkäst. — Multiple Knochentuberkulose: l. Handrücken, l. Speiche, r. Handrücken, r. Ellbogengelenk, r. Achillessehnenengegend, r. unterer Augenhöhlenrand, r. Stirnhöcker, l. Scheitelbein, Os sphenoidale, zehnter Brustwirbel, erster und zweiter Wirbel des Kreuzbeins. — Milz: Schwellung und zwei erbsengroße verkäste Solitärtuberkel. Leber: Kapsel mit Zwerchfell verwachsen. Auf der Oberfläche zahlreiche, bis kleinkirschgroße verkäste Solitärtuberkel. Rechts tuberkulöse (käsige) Mittelohrentzündung. Foramen ovale offen. Rachitis.

Vorgeschichte: Seit acht Wochen wurden bei dem bis dahin angeblich gesund gewesenen Kinde Eiterbeulen am Kopf und l. Arm bemerkt. Seit zwei Tagen eiternde Fistel am r. Auge. Blasses, schlecht ernährtes Kind. Tod nach sechs Tagen.

Fall 26: Ri. Li., 2 Jahre. — U. a. Blinddarmentzündung (Wurmfortsatzentzündung) durch Tuberkulose hervorgerufen.

Klinische Diagnose: Mittelohrentzündung, Hirnhautentzündung (Tbc.?). Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits verklebt, übersät mit mil. Tbc. Lunge r. und l. gut luft- und bluthaltig. Zahlreiche mil. Tbc. Bronchialdrüsen l. bohngroß, verkäst. Trachealdrüsen in käsigen Paketen vereinigt. Darm: Unterer Dünndarm kurz vor der Klappe hanfkorngroße, käsige Tuberkelknötchen. Im Wurmfortsatz linsengroßes tuberkulöses Geschwür, das in einen flachen, eben pfennigstückgroßen präperitonealen Abszeß führt. Mesenterialdrüsen bis Kirschgröße geschwollen und zum Teil verkäst. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Im rechten Hinterhauptslappen ein linsengroßer Rindentuberkel. Milz: Schwellung mit mil. Tbc. Die Drüsen am Hilus verkäst. Nieren: mil. Tbc. Nierenhilusdrüsen bis bohngroß und verkäst. Leber: mil. Tbc., Kapsel verkäste Herde. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Kleiner tuberkulöser Rindenherd im rechten Hinterhauptslappen. Sehnervenentzündung.

Vorgeschichte: Großmutter an Kehlkopfschwindsucht verstorben. Eltern und Geschwister gesund. Nie krank gewesen bis vor sieben Monaten, wo es eine Zeitlang an Brechdurchfall gelitten haben soll. Seit fünf Tagen plötzlich erkrankt, soll es steif im Bett liegen und zeitweise Zuckungen haben. Blasses, äußerst schwaches Kind in vollständig verwahrlostem Zustande (verfaulte Matratze), über und über mit Ungeziefer bedeckt. Kratzstellen. PIRQUET positiv. Nach drei Tagen Tod.

3. 3—4 Jahre.

Von 108 Fällen (Sektionen von Kindern im Alter von 3—4 Jahren) 33 Tbc. = 30,56%, darunter 6 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 6, Knochentuberkulose 2, tub. Hirnhautentzündung 14, Diphtherie 6, Scharlach 4, Masern 3, Darmkatarrh 6.

Befallen sind: Rippenfell 22, Lunge 26, Bronchialdrüsen 25, Trachealdrüsen 11, Tonsillen 1, Darm: Dünndarm 12, Dickdarm 4, Dünn- und Dickdarm 5, Zwölffingerdarm 1, Wurmfortsatz 1, Mastdarm 1, Magen 2, Bauchfell 4, Mesenterialdrüsen 12, Milz 16, Nieren 11, Blase 1, Leber 15, Herz 2, Brustlymphgang 1, Gehirn 22, Knochen, Gelenke (Knie) 1, Schilddrüse 1, Auge 3.

Hierüber: Mittelohrentzündung 19 — Rachitis 4.

Fall 27: Tr. Fr., 3 Jahr 6 Monate. — Tbc. Veränderungen in beiden Tonsillen (Eintrittsstellen?), Verdauungskanal wenig ergriffen.

Klinische Diagnose: Masern, Mundfäule, Rachitis. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell r. an der Spitze Verwachsungen, l. frei. Lunge: R. Oberlappen und Mittellappen fast luftleer, sehr zahlreiche Tuberkel, an einigen Stellen träubchenförmig gestellt. Spitze nicht bevorzugt. Unterlappen im oberen Teil wie Ober- und Mittellappen, im unteren Teil lufthaltig mit wenigen Tuberkeln. L. wie r. Bronchialdrüsen geschwellt mit mil. Tbc., teilweise verkäst. An der Bifurkation walnußgroßes, verkästes Drüsenpaket. In beiden Tonsillen vereinzelte Tuberkeln. In der r. Tonsille erbsengroßer tuberkulöser Abszeß. Darm frei, außer einigen verkästen Solitär-follikeln im Blinddarm und Wurmfortsatz. Mesenterialdrüsen geschwellt. Milz: Schwellung, zahlreiche mil. Tbc. Nieren: zahlreiche mil. Tbc. Leber: an der Oberfläche Tbc. Rechtsseitige Mittelohrentzündung. Im r. Auge zwei Chorioidealtuberkel. Keine Rachitis.

Vorgeschichte: Mutter geschieden.

Fall 28: M. M., 3 Jahre. — Anscheinend durch Scharlach zum Aufflackern gebrachte Lungentuberkulose mit erster Beteiligung des Darmes.

Klinische Diagnose: Masern, Scharlach, Diphtherie. Anatomische Diagnose: Scharlach, Diphtherie, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge: R. gesund bis auf Unterlappen. Hier im obersten Teile haselnußgroßer Tuberkelherd, zentral verkäst, inmitten einer ganzen Anzahl träubchenförmig gestellter Knötchen. L. frei. Bronchialdrüsen r. haselnußgroß, geschwellt, mit Verkäsung. Diphtherie des Kehlkopfes. Geschwür am

Hals (vereiterte Drüse)? Hier ein Paket bohngroß geschwelter und geröteter submaxillarer Drüsen. Verkäsung in einer haselnußgroßen Drüse rechts der Bifurkation. Darmkatarrh. Im untersten Dünndarm ein linsengroßes tuberkulöses Geschwür. Mesenterialdrüsen gerötet; in einer ein hanfkorngroßes verkästes Knötchen. Milzschwellung. Im Mark ein gelbes Knötchen. Nierenentzündung. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Keine Rachitis.

Vorgeschichte: Wegen Masern ins Krankenhaus eingeliefert. Nach vier Wochen während der Rekonvaleszenz: Scharlach und Diphtherie mit Kehlkopfstenose. Luftröhrenschnitt. Tod nach sechs Wochen.

Fall 29: Bo. He., 3 Jahre. — Ausgedehnte Miliartuberkulose mit völliger Umgehung des Verdauungskanals.

Klinische Diagnose: Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell streckenweise mit mil. Tbc. übersät. In beiden Lungen gleichmäßig mil. Tbc. Bronchialdrüsen frei. Magen und Darm völlig frei. Keine Bauchfell-Tbc. Milz, Nieren, Leber mil. Tbc. Im Herzbeutel mil. Tbc. In beiden Schilddrüsenlappen mil. Tbc. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Doppelseitige Mittelohrentzündung. R. mehrere Chorioidealtuberkel. Keine Rachitis.

Vorgeschichte: Vater und Mutter gesund. Bruder der Mutter mit 17 Jahren an galoppierender Schwindsucht verstorben. Früher Keuchhusten und Spitzblattern. Vor zwei Tagen plötzlich Krämpfe bei kräftigem, gutem Ernährungszustand. Lumbalflüssigkeit klar und frei von Tuberkelbazillen. Nach sieben Tagen Tod.

Fall 30: Sa. Ru., 3 Jahre. — Zwölffingerdarmgeschwüre mit der typischen Erscheinung der Blutung bei ausgedehnter Tuberkulose.

Klinische Diagnose: Bronchopneumonie (Mil.-Tbc.?), Urämie. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell nicht verwachsen, beiderseits mit mil. Tbc. bedeckt. Lungen: R. und l. guter Luftgehalt. Überall mil. Tbc. Bronchialdrüsen, sowie die an der Bifurkation vergrößert, verkäst, zum Teil verkalkt. Der Zwölffingerdarm stark mit rotem, geronnenem Blut gefüllt; dicht am Pförtner ein ungefähr zehnpfennigstückgroßes, terrassenförmig vertieftes Geschwür, in dessen Grund Bauchspeicheldrüsengewebe sichtbar wird. Ein kleines Geschwür $\frac{3}{4}$ cm weiter unterhalb. Die Ränder dieses Schleimhautgeschwürs sind gezackt, der Grund ist mit geronnenem Blut bedeckt. Mesenterialdrüsen geschwollen. Mikroskopisch: frische typische Tbc. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Milz und Leber mil. Tbc. In der l. Niere grauweißer tuberkulöser Rindenherd, dazu noch einige kleinere gleiche Herde. Im r. Auge ein Chorioidealtuberkel.

Fall 31: Fr. A., 3 Jahre. — Schwere Tuberkulose in Verbindung mit Sarkom der Prostata.

Klinische Diagnose: Sarkom der Vorsteherdrüse, Urämie.

Anatomische Diagnose: Sarkom der Vorsteherdrüse, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge: R. Oberlappen frei, Mittellappen mil. Tbc., ausstrahlend vom Hilus; Unterlappen, nahe am unteren scharfen Rand ein linsengroßer, l. Oberlappen, am unteren vorderen Rande ein fast haselnußgroßer, unmittelbar unter dem Rippenfell gelegener Käseherd. Bronchialdrüsen l. zum Teil haselnußgroß, geschwollt, mit käsiger Tbc., r. ebenso in Paketen von Kleintaubeneigröße. Einzelne Drüsen mit miliaren Knötchen und Blutungen. Peritracheale Drüsen ebenfalls mit mil. Tbc. Bifurkationsdrüsen walnußgroß, zentral verkäst, peripher miliare Knötchen. Hypertrophische Tonsillen. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen bis bohnen groß geschwollen und gerötet. Milzschwellung. Sarkom der Vorsteherdrüse. Blasen- und Nierenbeckenentzündung. Herzerweiterung. Rachitis.

Vorgeschichte: Früher Rachitis, sonst nie ernstlich krank. Seit längerer Zeit Behinderung des Urinlassens. Vor vier Wochen Katheterisierung. Seit einem Tag Harnverhaltung. Mit Katheter 350 ccm Harn entleert. Allgemeinzustand gut bei kräftiger Körperentwicklung. Am Damm wölbt sich eine kinderfaustgroße harte Geschwulst vor. Knabe allmählich teilnahmslos. Nach fünf Tagen Tod.

4. 4—5 Jahre.

Von 71 Fällen (Sektionen von Kindern im Alter von 4—5 Jahren) 27 Tbc. = 38,03%, darunter 3 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 8, Miliartuberkulose 5, tuberkulöse Hirnhautentzündung 4, Diphtherie 1, Keuchhusten 2, Scharlach 1, Masern 1, akuter Gelenkrheumatismus 1, Bauchfellentzündung 1, Darmkatarrh 1, allgemeine Blutvergiftung 1, Nierenentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 18, Lunge 23, Bronchialdrüsen 23, Trachealdrüsen 12, Kehlkopf 1, Darm: Dünndarm 11, Dickdarm 8, Dünn- und Dickdarm 0, Wurmfortsatz 3, Blinddarm 1, Mastdarm 2, Magen 1, Bauchfell 6, Mesenterialdrüsen 12, Milz 9, Nieren 5, Leber 8, Eierstöcke 1, Eileiter 1, Gebärmutter 1, Gehirn 10 (Großhirn), Kleinhirn 2, Knochen, Gelenke 2.

Hierüber: Mittelohrentzündung 18 — Rachitis 5.

Fall 32: Li. Ma., 4 Jahre. — Ausheilende Drüsentuberkulose; das Kind geht an Lungenentzündung infolge Keuchhustens zugrunde.

Klinische Diagnose: Keuchhusten. Anatomische Diagnose: Keuchhusten, Lungenentzündung, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits mit geringem Fibrinbelag. In beiden Lungen dichtgestellte bronchopneumonische Herde, eitrig-eitrige Luftröhrentzündung. Bronchialdrüse: R. eine haselnußgroße, verkäste, Kalk enthaltende Drüse. Drüsen im übrigen geschwellt, etwas anthrakotisch. Thymusdrüse markstückgroß. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen leicht geschwellt, linsengroß, grauweiß. Milzschwellung. Doppelseitige Mittelohrentzündung.

Vorgeschichte: Zartes, mäßig entwickeltes, auffallend blasses Kind in geringem Ernährungszustand.

Fall 33: Zi. He., 4 Jahre. — Wiederum durch Scharlach zum Aufklackern gebrachte Lungentuberkulose im ersten Stadium.

Klinische Diagnose: Scharlach, Mittelohrentzündung. Anatomische Diagnose: Scharlach, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Scharlach. Rippenfell am linken Unterlappen fibrinös belegt, hier 5 ccm Ausschwitzung, sonst frei. Lunge gut lufthaltig. R., in der Spitze des Oberlappens, frische graue Tbc. in Gruppen. Mittel- und Unterlappen frei. L. Oberlappen, in der Spitze frische graue Tbc. in Gruppen. Vorn ein kirschkerngroßer, zum Teil verkalkter, zum Teil verkäster Tuberkelherd. Darmkatarrh. Eitrige Bauchfellentzündung. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Rechtsseitige Warzenfortsatzvereiterung. Eitrige Hirnhautentzündung. Milzschwellung. Nierenentzündung. Fettleber. Rachitis.

Vorgeschichte: Minderwertige häusliche Verhältnisse.

Fall 34: Vo. Ho., 4 Jahre. — Zufällige Entdeckung beginnender fortschreitender Lungentuberkulose bei Verunglückung.

Klinische Diagnose: Verbrennung zweiten Grades. Anatomische Diagnose: Verbrennung, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge beiderseits gesund bis auf r. Unterlappen. Hier um verkäste Bronchialdrüsen herum eine Zone verkästen Lungengewebes, in deren Umgebung zahlreiche, prominente, grau durchscheinende miliare Knötchen. Bronchialdrüsen verkäst. Magendarmkatarrh. Hirnhyperämie. Milzschwellung. Herzerweiterung.

Vorgeschichte: Angeblich immer gesund. Beim Spielen mit Streichhölzern gerieten Kleider in Brand.

Fall 35: Kü. Cha., 4 Jahre 9 Monate. — Der Lungenschwindsucht der Erwachsenen gleichender Fall von schwerer offener Kindertuberkulose mit starker Beteiligung des Kehlkopfes.

Klinische Diagnose: Lungenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Lungenschwindsucht.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits überall mit Brustwand und Zwerchfell fest verwachsen und stark verdickt. Lunge: R. Oberlappen und Mittellappen fast vollständig von großen Kavernen eingenommen, mit glatten Wandungen, voll reichlichen, dünnen Eiter. Unterlappen einige gruppenförmig gestellte, gelbe, derbe Herde, im ganzen lufthaltig. L. Oberlappen: Eine große und mehrere kleine Kavernen. In die große Kaverne mündet der Hauptbronchus. Unterlappen luftleer, teils durch käsig Hepatisation, teils durch größere, in Gruppen stehende Knötchen. Bronchialdrüsen beiderseits geschwollen, in käsig Massen verwandelt. Tonsillen geschwollen, derb, Halsdrüsen geschwollen. Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh. Unter l. Stimmband linsengroßes Geschwür mit unterminierten Rändern. Über dem rechten Aryknorpel eine Öffnung, aus der sich Eiter und ein Stückchen Knorpel entfernen läßt. Bauchfell frei, dagegen unterer Dünndarm, Dick- und Mastdarm zahlreiche, linsengroße, tuberkulöse Geschwüre. Linsenseitige Mittelohrentzündung. Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Vater, Mutter, Geschwister gesund, insbesondere keine Tbc. Immer schwächlich gewesen. Viertes Kind. Vor einem Jahre Keuchhusten, seitdem anhaltend Husten und Körpergewichtsabnahme. Hochgradig abgezehrt. Kein Auswurf. PIRQUET positiv. Nach drei Wochen Tod.

Fall 36: Ko. L., 4 Jahre. — Übergreifen ausgedehnter Tuberkulose, die im wesentlichen den Verdauungskanal betrifft, auf die inneren weiblichen Geschlechtsorgane (Eierstock).

Klinische Diagnose: Allgemeine Blutvergiftung, Mundfäule, Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge r. frei, l. im Oberlappen bis erbsengroße, weiße, tuberkulöse Käseherde sowie einige kleinere Tuberkel. Bronchialdrüsen l. vergrößert und verkäst. Geschwürige Mundschleimhautentzündung (Noma). Bauchfell, besonders rechtsseitig, mit Tbc. und Verwachsungen. Im Dünndarm zahlreiche tuberkulöse Geschwüre, zum Teil ringförmig gestellt. Besonders zahlreich im Blinddarm wie im Wurmfortsatz. Gehirn frei. Milzschwellung mit mil. Tbc. an der Oberfläche (Kapsel). Leberkapsel mit mil. Tbc., Organe selbst frei. Der linke Eierstock vergrößert und in eine käsig Masse umgewandelt. Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Seit einem Tag fieberhaft erkrankt. Vor zwei Jahren katarrhalische Pneumonie des l. Unterlappens. Seitdem gesund. PIRQUET negativ.

Fall 37: Ste. El., 4 Jahre. — Tuberkulöse Hirnhautentzündung, die einzige nachgewiesene tuberkulöse Erkrankung im Körper.

Klinische Diagnose: Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Anatomische Diagnose: Tuberkulöse Hirnhautentzündung.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge, außer bronchopneumonischen Herden im rechten und linken Unterlappen, frei. Bronchialdrüsen leicht geschwellt. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen geschwellt. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Rechtsseitige Mittelohrentzündung.

5. 5—6 Jahre.

Von 51 Fällen (Sektionen von Kindern im Alter von 5—6 Jahren) waren 16 Fälle Tbc. = 31,76%, darunter 2 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 1, tuberkulöse Hirnhautentzündung 5, tuberkulöse Bauchfellentzündung 1, Miliartuberkulose 2, tuberkulöse Wirbelsäulenentzündung 1, Scharlach 2, Diphtherie 2, Schädelbasisbruch 1, Mittelohrentzündung 2.

Befallen sind: Rippenfell 7, Lunge 7, Bronchialdrüsen 8, Trachealdrüsen 3, Trachea 1, Jugularvene 1, Darm: Dünndarm 2, Dickdarm 3, Blinddarm 1, Wurmfortsatz 1, Bauchfell 2, Mesenterialdrüsen 6, Hirn 8, Knochen, Gelenke 2, Milz 4, Nieren 5, Leber 4, Nebenniere 1, Hoden 1, Herz, große Gefäße 1 (Pulmonalis).

Hierüber: Mittelohrentzündung 8 — Rachitis 3.

Fall 38: Ha. He., 5 Jahre. — Ausgedehnte Lymphdrüsentuberkulose. Eine tuberkulöse Lymphdrüse hat die Wand einer großen Vene (V. Jugular.) ergriffen, die tuberkulöse Masse ist in die Lichtung der Blutader eingebrochen. Ausbreitung der Tuberkulose über den ganzen Körper. Außerdem offene Lungentuberkulose.

Klinische Diagnose: Allgemeine Tuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell links flächenhaft verwachsen. Lunge r. gut luft- und bluthaltig mit zahlreichen mil. Tbc. L. in der Spitze des Oberlappens mehrere kleine, erbsengroße, mit Luftröhrenästen kommunizierende Kavernen. Im übrigen zahlreiche hirse- bis hanfkorngroße Käseherde und verstreute frische Tuberkel. Allenthalben am Halse bohnen- bis taubeneigroße Lymphdrüsen, zum Teil operiert. Bronchialdrüsen verkäst. Beim Aufschneiden der Vena jugularis dextra findet sich etwa $\frac{1}{2}$ cm oberhalb ihrer Abgangsstelle ein der Wand fest anhängender, graugrün verfärbter, schmierig erweichter Pfropf (Thrombus). Die Erweichung nimmt nach dem Bulbus der Vene immer mehr zu und hat bereits vor dem Bulbus einer völligen eitrigen Einschmelzung Platz gemacht. Unter dem r. Kieferwinkel findet sich eine taubeneigroße, verkäste und erweichte Lymph-

drüse, die die Wand der Vene ergriffen hat und in das Lumen durchgebrochen ist. Mesenterialdrüsen geschwollen und verkäst. Tuberkulöse Knochenentzündung der fünften Rippe rechts. Milz, Nieren, Leber: Mil.-Tbc. Hoden: einige grauweiße Tbc. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Blutleiterthrombose. Rachitis.

Vorgeschichte: Mutter vor drei Jahren an Tbc. verstorben. Vierjährige Schwester Knochentuberkulose. Vor einem halben Jahre erkrankt. Seitdem Halsdrüsen- und Leistendrüsenschwellungen, entzündete Augen, trockner Husten. — Magerer blasser Junge, schlecht ernährt. Hornhautgeschwüre. Tuberkulide der Haut (linsengroße gerötete Stellen, die älteren mehr bläulichrot, in der Mitte eine leicht eingesunkene Narbe). 11650 g Gewicht. PIRQUET stark positiv.

IV. Tuberkulose im Schulalter (6—15 Jahre).

1. 6—7 Jahre.

Von 35 Fällen (Sektionen von Kindern im Alter von 6—7 Jahren) waren 12 Tbc. = 34,29%, darunter 1 Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 3, tuberkulöse Hirnhautentzündung 4, allg. Miliartuberkulose 1, tuberkulöse Wirbelsäulenentzündung 1, Scharlach 2, Diphtherie 1.

Befallen sind: Rippenfell 7, Lunge 11, Bronchialdrüsen 12, Trachealdrüsen 6, Darm: Dünndarm 1, Dickdarm 3, Dünndarm und Dickdarm 2, Wurmfortsatz 1, Bauchfell 3, Mesenterialdrüsen 8, Milz 8, Nieren 8, Leber 11, Tonsillen 1, Hirn 6, Kleinhirn 1, Knochen, Gelenke 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 3 — Rachitis 5.

Fall 39: La. Kn., 6 Jahre. — Schwere chronische allgemeine Tuberkulose mit besonderer Beteiligung des Harnapparates (Nieren, Blase).

Klinische Diagnose: Wirbelsäulen-, Hirnhaut- und Lungentuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lunge r. gut lufthaltig. Oberlappen: In der Spitze spärliche, graugelbe, miliare Knötchen. Mittel- und Unterlappen frei. L. sehr blaß. Oberlappen in den oberen Teilen schiefgrigrau mit aufgehobenem Luftgehalt, zahlreiche bis erbsengroße, eitergefüllte Kavernen sowie graugelbe miliare Knötchen. Unterlappen größtenteils lufthaltig, nur vereinzelte miliare Tuberkel. Bronchialdrüsen l. und r. erbsengroß, verkalkt. Trachealdrüsen kirschgroß und verkäst. Darm: Dicht unterhalb der Klappe hirsekorngroße, ringförmig gestellte, polypöse Schwellungen. Dazu vereinzelte verkäste Follikel und je ein linsengroßes tuber-

kulöses Geschwür. Mesenterialdrüsen geschwellt, größtenteils verkäst. Tuberkulöse Wirbelsäulenzerstörung mit Buckelbildung. Milzschwellung mit einem hanfkorngroßen verkästen Tuberkel. Nieren, links: Im oberen Pol an der Grenze zwischen Rinde und Pyramidenschicht eine erbsengroße tuberkulöse Kaverne; am unteren Pol ein miliäres graugelbes Knötchen. Rechts: Am oberen Pol fast kirschmohnkorngroße tuberkulöse Knötchen. Blase: zahlreiche, fast bohngroße, tuberkulöse Geschwüre. Leber: Mil.-Tbc. Tuberkulöse Hirnhautentzündung. Entzündung der Sehnervenpapille. Mittelohrentzündung rechts.

2. 7—8 Jahre.

Auf 36 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 7—8 Jahren) kommen 12 Tbc. = 33,33%, darunter 1 Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 2, tuberkulöse Hirnhautentzündung 2, Knochen-, Gelenktuberkulose 3, Lungenentzündung 1, Darmkatarrh 1, Bauchfellentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 4, Lunge 7, Bronchialdrüsen 7, Trachealdrüsen 5, Kehlkopf 2, Schilddrüse 1, Darm: Dünndarm 3, Dickdarm 1, Dünn- und Dickdarm 2, Blinddarm 1, Bauchfell 3, Mesenterialdrüsen 2, Milz 4, Nieren 7, Leber 4, Gehirn 3, Knochen, Gelenke 6, Nebenhoden 1, Auge 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 5 — Rachitis 0.

Fall 40: Gr. C., 7 Jahre. — Ausgeheilte Bronchialdrüsentuberkulose. Schwere Veränderungen im Darmkanal: Narbige Verengung (Ausheilung), Durchlöcherung als Folge tuberkulöser Verschwärung. Außerdem Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

Klinische Diagnose: Bauchfellentzündung (wird sterbend eingeliefert). Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell links mit Brustwand verwachsen. Lunge völlig frei. Bronchialdrüsen geschwollen, anthrakotisch mit Kalkherden. Der untere Teil des Blinddarms ist geschwollen. An der äußeren Seite findet sich eine Perforation, aus der sich Kot nach außen entleert. Eine gleiche Perforation im Dünndarm, 15 cm oberhalb der Klappe. Hier Netz verklebt und verdickt, blutig durchtränkt. Diesen Stellen entsprechen auf der Darmschleimhaut tiefgreifende Geschwüre mit zackigen, gewulsteten und geröteten Rändern, rund und quer gestellt. Einige Zentimeter oberhalb eine nur für den Finger durchgängige narbige Verengung des Dünndarms. Die Peyer'schen Haufen sind geschwollen, zeigen hanfkorngroße käsige

Herde. Im Bauchfell entsprechen dem Sitze dieser Haufen Tbc.-Eruptionen. Dickdarmschleimhaut gerötet und geschwollen. Mesenterialdrüsen geschwollen, hart, mit käsigen Herden. Rechter Nebenhoden geschwollen, mit kleinen, bis hanfkorngroßen Käseherden.

Fall 41: Gl. C., 7 Jahre. — Ausgeheilte Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose, trotz starker adenoider Wucherungen (exsudative Diathese?). Anderweit hervorgerufene Hirnhautentzündung.

Klinische Diagnose: Gehirnhautentzündung. Anatomische Diagnose: Gehirnhautentzündung nach Augenhöhlengewebsentzündung. Alte Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lungen völlig frei bis auf einen hanfkorngroßen verkalkten Herd im r. Unterlappen. Bronchialdrüsen r. bohngroß verkalkt. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen geschwellt, gerötet. Darm frei. Eitrige Hirnhautentzündung. Augenhöhlengewebsentzündung. Sehnervenpapillenentzündung. Milzschwellung. Starke adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. Foramen ovale offen.

Fall 42: Me. Ro., 7 Jahre. — Hauptsächlich auf den Verdauungskanal beschränkte Tuberkulose mit Beeinträchtigung der Durchgängigkeit des Darmes.

Klinische Diagnose: Darmkatarrh. Anatomische Diagnose: Darmtuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell frei. Lungenödem. Halsdrüsen ausgedehnt verkäst, Kehlkopfkatarrh. Im Dünndarm zahlreiche tuberkulöse Geschwüre mit beginnender narbiger Verengung der lichten Weite und Erweiterung sowie Muskelhypertrophie oberhalb. Mesenterialdrüsen ausgedehnt geschwellt und verkäst. Milzschwellung. Rechtsseitige Mittelohrentzündung. Blutarmut.

3. 8—9 Jahre.

Auf 37 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 8—9 Jahren) kommen 17 Fälle Tbc. = 45,94%, darunter 2 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 6, allgemeine Miliartuberkulose 1, tuberkulöse Hirnhautentzündung 5, Knochen-, Gelenktuberkulose 3, tuberkulöse Mittelohrentzündung 1, Diphtherie 3, Wurmfortsatzentzündung 2, Schädelbasisbruch 1.

Befallen sind: Rippenfell 11, Lunge 13, Bronchialdrüsen 13, Trachealdrüsen 8, Tonsillen 1, Rachen 1, Darm: Dünndarm 5, Dickdarm 0, Dünn- und Dickdarm 3, Blinddarm 2, Magen 1,

Bauchfell 4, Mesenterialdrüsen 8, Gehirn 8, Schilddrüse 1, Knochen, Gelenke 5, Milz 6, Nieren 12, Nebennieren 1, Blase 1, Leber 5.

Hierüber: Mittelohrentzündung 7 — Rachitis 2.

Fall 43: Gl. Ar., 8 Jahre. — Zufällige Feststellung einer anscheinend ausheilenden Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose.

Klinische Diagnose: Schädelbruch (Überfahren). Anatomische Diagnose: Schädelbruch.

Sektionsbefund: Lunge völlig gesund bis auf einen etwa erbsengroßen, trockenen Käseherd im r. Unterlappen. Bronchialdrüsen r. verkäst. Schädelbruch.

Fall 44: Be. El., 8 Jahre. — Schwere Wirbelsäulentuberkulose ohne Beteiligung der Lunge mit Durchbruch des Eiters in die Speiseröhre. Von hier aus anscheinend Ansteckung des Verdauungskanal. Frische Tuberkulose der linken Niere mit Beteiligung der Harnblase.

Klinische Diagnose: Wirbelsäulen- und Hüftgelenkstuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits mit Brustwand verwachsen. Sonst Lungen gesund. Bei Herausnahme der Halsorgane zeigt sich die Speiseröhre in Höhe des vierten Brustwirbels durchlöchert. Bei weiterem Ablösen von der Wirbelsäule entleert sich ein bis zum zwölften Brustwirbel hinabreichender Abszeß. Zwölfter Brustwirbel tuberkulös zerstört. Tuberkulöse Koxitis links. Darmkatarrh. Im unteren Ende des Dünndarms sowie im Blinddarm linsengroße tuberkulöse Geschwüre. Tuberkulöse Bauchfellentzündung am Blinddarm. Milzschwellung. L. Niere: Am unteren Pol haselnußgroßer Abszeß; hier Gewebe bis unter die Kapsel zerstört. Es besteht Verbindung mit dem mit Eiter gefüllten Nierenbecken, dessen Wandung mit tuberkulösen hirsekorngroßen Knötchen bedeckt ist. Am oberen Pol hirsekorngroße Käseknoten. Außerdem einige miliare, gelbe Rindentuberkel. Blasenkatarrh. Foramen ovale offen. Herzbeutelwassersucht.

Vorgeschichte: Vater an Genickstarre gestorben. Angeblich keine Tbc. in der Familie. Seit vier Wochen hinkt das Kind, das immer gesund gewesen sein soll, mit l. Bein und klagt über Schmerzen in Knie und Hüfte. Guter Ernährungszustand. Röntgenaufnahme zeigt, daß Pfanne des l. Hüftgelenks zerstört ist, Konturen verwaschen, mehrere Sequester. Nach zwei Monaten spitzwinklige Vorwölbung des elften Brustwirbels. Druck auf Wirbelsäule nicht schmerzhaft. Nach weiteren sechs Wochen Senkungsabszeß oberhalb des POUPARTSchen Bandes.

Fall 45: He. Wa., 8 Jahre. — Zerstörung der Rachenorgane durch Tuberkulose als Folge von Lungentuberkulose mit nachfolgender Darmtuberkulose.

Klinische Diagnose: Lungen- und Rachenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell rechts verwachsen, links frei mit zahlreichen miliaren Tuberkeln. Lunge: R. Ober- und Mittellappen mit bis haselnußgroßen tuberkulösen Herden. Unterlappen: Ausgedehnte Induration und Kavernen bis Walnußgröße. L. lufthaltig, ödematös mit zahlreichen miliaren bis erbsengroßen Tuberkeln. Bronchial-, Tracheal- und Halsdrüsen verkäst. Tonsillen, Gaumenwandung, Zungengrund verdickt. Vom Zäpfchen nur ein kleiner geschwürriger Vorsprung übrig. An den Tonsillen, am Zungengrund und der Vorderseite des Kehldeckels tuberkulöse Geschwüre. Kehlkopf und Innenseite des Kehldeckels verdickt, aber frei von Geschwüren. Tuberkulöse Bauchfellentzündung. Unterer Dünndarm zahlreiche tuberkulöse Geschwüre, ebenso Blinddarm. Mesenterialdrüsen sehr stark geschwellt, verkäst. Milzschwellung. Nierenrindenverfettung. Fettleber. Rechtsseitige Mittelohrentzündung.

Fall 46: Oe. Ma., 8 Jahre. — Einseitige offene Lungentuberkulose. Einriß einer Wanderweiterung (Aneurysma) der Lungenschlagader, die sich in dieser Höhle befindet. Dadurch massiger Blutsturz und Tod. Gleichzeitig tuberkulöse schwere Mittelohr- und Schädelknochenentzündung mit fortgeleiteter Tuberkulose der benachbarten Hirnhaut.

Klinische Diagnose: Tuberkulöse Mittelohrentzündung, Lungenschwindsucht, Blutsturz. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Lunge r. völlig frei. L. Oberlappen lufthaltig, Unterlappen derb, schiefrig, mit zahlreichen, bis erbsengroßen käsigen Tbc. durchsetzt. An der Grenze von Oberlappen und Unterlappen, die miteinander verklebt sind, eine walnußgroße, vielbuchtige Höhle, in der ein größerer Luftröhrenast frei mündet; in ihr weiterhin ein Aneurysma des unteren Astes der Lungenschlagader, das einen Riß zeigt. Bronchialdrüsen walnußgroß verkäst. Darmkatarrh. Zehnpfennigstückgroßes tuberkulöses Geschwür im Dünndarm. Mesenterialdrüsen stark geschwellt und verkäst. Hirnödem; umschriebene tuberkulöse Entzündung der harten Hirnhaut bei Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündung links. Milzschwellung, Nierenverfettung, Fettleber.

Vorgeschichte: Kind aus Erziehungsanstalt, kommt wegen wunder Füße ins Krankenhaus, nachdem diese abgeheilt (drei Wochen), steht es auf und stirbt am dritten Tage an Blutsturz.

4. 9—10 Jahre.

Auf 25 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 9—10 Jahren) kommen 8 = 32,00% Fälle Tbc., darunter kein Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 1, tuberkulöse Hirnhautentzündung 2, tuberkulöse Bauchfellentzündung 1, Knochentuberkulose 1, Rippenfellerguß 1, akuter Gelenkrheumatismus 1, eitrige Gehirnhautentzündung 1.

Befallen sind: r. Rippenfell 7, Lunge 7, Bronchialdrüsen 5, Trachealdrüsen 2, Darm: Dünndarm 3, Dickdarm 1, Dünn- und Dickdarm 0, Bauchfell 2, Milz 4, Nieren 6, Leber 4, Nebenhoden 1 (l.), Hirn 6, Knochen, Gelenke 1, Schilddrüse 1, Auge 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 3 — Rachitis 1.

Fall 47: Ko. Pa., 9 Jahre. — Ausgeheilte Tuberkulose im linken Oberlappen.

Klinische Diagnose: Akuter Gelenkrheumatismus, Herzfehler. Anatomische Diagnose: Herzklappenentzündung. Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits strangförmige Verwachsungen, links mit Herzbeutel, Zwerchfell. Lunge: Ödem, im l. Oberlappen erbsengroßer subpleuraler Kalkherd in der Zwischenlappenspalte. Bronchialdrüsen r. verkäst und verkreidet. Herzklappenentzündung, Herzerweiterung, Herzbeutelentzündung. Darmkatarrh. Leichte fibröse Leptomeningitis der Konvexität. Blutungen in der weichen Hirnhaut. Stauungsmilz, Stauungsniere, Stauungsleber. Schwellung der Gallenblase.

5. 10—11 Jahre.

Auf 30 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 10—11 Jahren) kommen 14 = 46,67% Tbc., darunter 2 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 5, tuberkulöse Hirnhautentzündung 5, tuberkulöse Bauchfellentzündung 2, Knochen-Gelenkstuberkulose 2, Unterleibstyphus 1.

Befallen sind: Rippenfell 9, Lunge 10, Bronchialdrüsen 8, Trachealdrüsen 2, Kehlkopf 1, Darm: Dünndarm 2, Dünn- und Dickdarm 2, Blinddarm 2, Mastdarm 1, Bauchfell 2, Milz 4, Nieren 4, Leber 2, Bauchspeicheldrüse 1, Gehirn 4, Knochen, Gelenke 3, Muskulatur 1, Auge 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 2 — Rachitis 0.

Fall 48: Pe. El., 10 Jahre. — Ausgedehnte Lymphdrüsentuberkulose.

Klinische Diagnose: Allgemeine Tuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits an den Spitzen verwachsen, l. Flüssigkeitserguß. Lunge beiderseits ödematös und stark bluthaltig, spärlich bald einzelne, bald träubchenförmig zusammenstehende, zum Teil verkäste Tuberkel. Im r. Unterlappen eine erbsengroße, verkäste und im Mittelpunkt erweichte Lymphdrüse in einen Luftröhrenast dritter Ordnung durchgebrochen. Bronchialdrüsen walnußgroß, verkäst, in einzelnen kalkige Einlagerungen. An der Pforte (Hilus) der r. Lunge völlig verkalkte, geschrumpfte Lymphdrüsen. Die verkästen Lymphdrüsen begleiten die Luftröhre und ihre Verzweigungen bis tief ins Lungengewebe. Halsdrüsen und Drüsen der Parotisgegend rechts bis walnußgroß geschwollen, derb, gelblich, diffus verkäst und zu größeren Paketen zusammengeschlossen. Einzelne unter dem Rippenfell auf den Rippen liegende Drüsen ebenfalls verkäst. Hier liegt kariöser Knochen vor, der in der ganzen Ausdehnung dieser Anlagerung eingedellt ist. Magendarmkatarrh. In der Blinddarmkuppe dichtstehende tuberkulöse Geschwüre. Bauchfellwassersucht. Mesenterialdrüsen sowie die Drüsen der Leberpforte und an der Bauchspeicheldrüse verkäst und walnußgroß geschwellt. Milzschwellung. In der Milz einige hanfkorngroße, verkäste Tuberkel. Blasenkatarrh. Nierenentartung (Amyloid), Fettleber. Herzerweiterung.

Fall 49: Str. Gu., 10 Jahre. — Schwere Knochentuberkulose bei ausgeheilter Lungentuberkulose. Beteiligung der Muskulatur an der tuberkulösen Erkrankung.

Klinische Diagnose: Vielfache Knochentuberkulose. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell zart verwachsen. Flüssigkeitserguß rechts. Lunge bis auf vermehrten Blut- und Saftgehalt gesund. Im l. Unterlappen ein kleiner verkalkter Herd. Bronchialdrüsen frei. Darm frei. Mäßige Bauchfellwassersucht. Wirbelsäule eingeknickt. 6.—10. Brustwirbel tuberkulös ergriffen, der 7. völlig eingeschmolzen. Das linke Oberschenkelbein Knochenhaut tuberkulös entzündet. Knochen selbst frei. In der benachbarten Muskulatur erbsengroßer, teilweise verkalkter Käseherd.

6. 11—12 Jahre.

Auf 21 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 11—12 Jahren) kommen 8 = 38,09% Tbc., darunter 1 Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 2, tuberkulöse Hirnhautentzündung 2, tuberkulöse Hüftgelenkentzündung 1, Diphtherie 1, allgemeine Blutvergiftung 1, Urämie 1.

Befallen sind: Rippenfell 5, Lunge 5, Bronchialdrüsen 4,

Trachealdrüsen 2, Kehlkopf 2, Luftröhre (Trachea) 1, Schilddrüse 1, Darm: Dünndarm 2, Dickdarm 1, Dünn- und Dickdarm 1, Blinddarm 1, Bauchfell 2, Mesenterialdrüsen 2, Milz 4, Nieren 4, Leber 3, Gehirn 3, Knochen, Gelenke 4, Auge 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 3 — Rachitis 0.

Fall 50: Nü. An., 11 Jahre. — Tuberkulöse Erkrankung des Rippenfells ohne Beteiligung der Lunge.

Klinische Diagnose: Diphtherie, Sepsis. Anatomische Diagnose: Diphtherie, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell rechts fibrinös verklebt. Rippenfell selbst trüb mit zahlreichen frischen miliaren Tuberkeln. In der Lunge keine Tuberkelherde. Lunge links ebenfalls gesund. Bronchialdrüsen frei. Kehlkopf, Rachen: Diphtherie. Milzschwellung. Nieren stark verkleinert. Fettleber. Herzhypertrophie.

Vorgeschichte: Seit elf Tagen Diphtherie, sonst immer gesund. In Familie nichts zu ermitteln. Tod an allgemeiner Sepsis nach vier Tagen.

7. 12—13 Jahre.

Auf 20 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 12—13 Jahren) kommen 8 = 40,00% Tbc., darunter 2 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 3, tuberkulöse Hüftgelenkentzündung 1, Diphtherie 1, Nierenentzündung 2, Verbrennung 1.

Befallen sind: Rippenfell 5, Lunge 5, Bronchialdrüsen 4, Kehlkopf 3, Darm: Dünndarm 0, Dickdarm 0, Dünn- und Dickdarm 3, Bauchfell 3, Mesenterialdrüsen 5, Milz 2, Nieren 2, Leber 1, Gehirn 1, Knochen, Gelenke 0.

Hierüber: Mittelohrentzündung 1 — Rachitis 0.

Fall 51: Ho. Wa., 12 Jahre. — Nur auf die Mesenterialdrüsen beschränkte Tuberkulose.

Klinische Diagnose: Diphtherie. Anatomische Diagnose: Diphtherie, Tuberkulose.

Sektionsbefund: Hämorrhagisch-septische Lungenentzündung. Rachen, Kehlkopf: Diphtherie. Darmkatarrh. Mesenterialdrüsen vergrößert und verkäst. Gehirnblutungen. Milzschwellung. Herzverweiterung.

8. 13—14 Jahre.

Auf 26 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 13—14 Jahren) kommen 9 = 34,62% Tbc., darunter 1 Fall offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 3, tuberkulöse Hirnhautentzündung 1, tuberkulöse Darm- und Bauchfellentzündung 2, tuberkulöse Wirbelsäulentzündung 1, tuberkulöse Hüftgelenkentzündung 1, eitrige Bauchfellentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 5, Lunge 7, Bronchialdrüsen 3, Luftröhre (Trachea) 2, Kehlkopf 1, Darm: Dünndarm 0, Dickdarm 0, Dünn- und Dickdarm 2, Wurmfortsatz 1, Mastdarm 1, Bauchfell 2, Mesenterialdrüsen 3, Milz 0, Nieren 2, Leber 2, Gebärmutter 1, Gehirn 1, Knochen, Gelenke 3.

Hierüber: Mittelohrentzündung 1 — Rachitis 0.

Fall 52: Stu. He., 13 Jahre. — Allgemeine Tuberkulose mit besonderer Beteiligung der Bauchorgane. Hochgradige Verengung des Blinddarmes durch tuberkulös verändertes Gewebe als Folge tuberkulöser Verschwärung. Auffallende Beteiligung der weiblichen Geschlechtsorgane.

Klinische Diagnose: Blinddarmtuberkulose, Bauchfellentzündung. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell beiderseits glatt und frei von Tuberkulose. Links Flüssigkeitserguß. Lunge, r. Unterlappen: Nahe der Grenze zum Mittellappen ein kirschgroßer, derber, grauweißlicher Herd auf schiefrigem Grunde. An der Oberfläche unter dem Rippenfell ein etwa linsengroßer, derber, grauweißlicher, gut abgegrenzter Tuberkelknoten. L. Unterlappen fast luftleer. Bronchialdrüsen vergrößert, Käseherde. Mandelentzündung. Allgemeine tuberkulöse Bauchfellentzündung. Großes Netz verdickt, mit miliaren Tuberkeln übersät. Im unteren Drittel des Mastdarms ein zweimarkstückgroßes, die lichte Weite des Darmes verengerndes tuberkulöses Geschwür. Der Blinddarm stark verengt, Wand verdickt, derb, eingenommen teils von narbigen Zügen, teils von derben, zum Teil polypenartig gewucherten geschwulstartigen Massen. Die lichte Weite etwa für den Finger durchgängig. Operativ hergestellte Verbindung zwischen Dünndarm (etwa 10 cm oberhalb der Klappe) und Querdickdarm. An der Nahtstelle Schleimhaut geschwürig, sonst Dünn- und Dickdarm frei von Tuberkulose. Mesenterialdrüsen vergrößert und zum Teil verkäst. Milzschwellung. Nur linke Niere vorhanden. Leber mit Zwerchfell stark verwachsen. Zahlreiche bis linsengroße verkäste Knötchen. Gebärmutter derb, Schleimhautseite geschwürig zerfallen, Organ rings von käsigen Massen umgeben. Eileiter und Eierstöcke nicht auffindbar. Rechtsseitige Achseldrüsen etwa hühnereigroß, völlig verkäst. Ebenso die Hals- und Leistenrdrüsen. Herzerweiterung. Thrombose der rechten Ober-

9. 14—15 Jahre.

Auf 25 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 14—15 Jahren) kommen 12 = 48,00% Tbc., darunter 3 Fälle offener Tuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 10, tuberkulöse Hirnhautentzündung 1, tuberkulöse Wirbelsäulenentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 12, Lunge 12, Bronchialdrüsen 5, Trachealdrüsen 1, Rachenmandel 1, Kehlkopf 3, Schilddrüse 1, Darm: Dünndarm 4, Dünn- und Dickdarm 5, Zwölffingerdarm 1, Wurmfortsatz 2, Mastdarm 1, Bauchfell 3, Mesenterialdrüsen 5, Milz 3, Nieren 3, Blase 1, Leber 3, Gehirn 2, Haut 1 (Lupus).

Hierüber: Mittelohrentzündung 3 — Rachitis 3.

Fall 53: Mü. Wa., 14 Jahre. — Durchaus der chronischen Tuberkulose der Erwachsenen entsprechende Kinderphthise.

Klinische Diagnose: Kehlkopf-, Lungen- und Darmschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell links Verwachsungen mit Lungenspitze. Lunge: R. Oberlappen zahlreiche bis kleinapfelgroße Kavernen, mit käsigen Massen angefüllt und mit Luftröhrenästen in offener Verbindung stehend. Mittellappen und Unterlappen zahlreiche, träubchenförmig angeordnete Tuberkel. L. Oberlappen wie r., Unterlappen wie r. Bronchialdrüsen größtenteils verkäst. An Stelle beider Tonsillen markstückgroße Geschwüre mit blassem Grund. Zungengrund geschwürig verändert. Kehlkopf fast vollständig zerstört. Kehlkopfschleimhaut geschwürig verändert, rechtes Taschenband zerstört. An den wahren Stimmbändern entlang längsverlaufende Geschwüre. An der vorderen Kommissur führt ein Geschwür in eine erbsengroße Abszeßhöhle, in der der Schildknorpel bloßliegt. Halsdrüsen zu großen Paketen geschwollen, größtenteils verkäst. Netz mit Darm verwachsen. Dünndarm und Dickdarm zahlreiche tuberkulöse Geschwüre, besonders dicht an der Klappe und im Wurmfortsatz. Nieren: In der Rinde einige grauweiße, blasse, tuberkulöse Einsprengungen. Doppelseitige Mittelohrentzündung. Foramen ovale offen.

Vorgeschichte: Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Früher Masern und öfters „Drüsenentzündungen“. Vor vier Wochen Halsschmerzen. Seit drei Wochen häufig Husten und Auswurf. Seit drei Tagen bettlägerig. Hochgradige Abmagerung. Im Auswurf zahlreiche Bazillen. Tod nach drei Wochen.

Fall 54: Pe. Mi., 14 Jahre. — Chronische Lungenschwindsucht bei abgeheiltem Lupus.

Klinische Diagnose: Lungenschwindsucht. Anatomische Diagnose: Tuberkulose.

Sektionsbefund: Rippenfell ausgedehnt verwachsen. Doppelseitige chronische Lungenphthuse mit großen Kavernen in dem Oberlappen, kleineren Kavernen in den Unterlappen. Bronchialdrüsen geschwellt. Dünn- und Dickdarm sehr zahlreiche tuberkulöse Geschwüre. Mesenterialdrüsen teilweise verkäst. Milzschwellung. Muskatnußleber. Abgeheilte Lupus der Nasenspitze und des Mundes mit narbiger Verengerung. Doppelseitige Mittelohrentzündung.

10. 15 Jahre.

Auf 34 Fälle (Sektionen von Kindern im Alter von 15 Jahren) kommen 14 = 41,18% Tbc., darunter 3 Fälle offener Lungentuberkulose.

Klinische Diagnosen: Lungenschwindsucht 6, tuberkulöse Hirnhautentzündung 3, tuberkulöse Hüftgelenkentzündung 1, mehrfache Knochentuberkulose 1, Miliartuberkulose 1, Blinddarmentzündung 1, Lungenentzündung 1.

Befallen sind: Rippenfell 7, Lunge 9, Bronchialdrüsen 6, Luftröhre (Trachea) 2, Kehlkopf 3, Schilddrüse 1, Speiseröhre 1, Darm: Dünndarm 3, Dickdarm 2, Dünn- und Dickdarm 3, Wurmfortsatz 2, Bauchfell 1, Mesenterialdrüsen 4, Milz 2, Nieren 6, Nebennieren 1, Leber 3 (darunter Gallenblase 1), Gehirn 2, Rückenmark 1, Knochen, Gelenke 3, Auge 1.

Hierüber: Mittelohrentzündung 1 — Rachitis 0.

Fall 55: Li. Ly., 15 Jahre. — ADDISONsche (Bronze-) Krankheit infolge schwerer tuberkulöser Erkrankung der Nebennieren. Veränderungen an der Speiseröhre durch verkalkte Lymphdrüsen.

Klinische Diagnose: Hirnhautentzündung (?). Anatomische Diagnose: ADDISONsche Krankheit (Tuberkulose).

Sektionsbefund: Bronzehaut (schwach). Lunge beiderseits gesund, teilweise mit Rippenfell verwachsen. Bronchialdrüsen frei. Zwei Traktionsdivertikel der Speiseröhre, durch verkalkte, geschrumpfte Lymphdrüsen verursacht. Mesenterialdrüsen geschwellt, derb, grau. Milzschwellung. Doppelseitige gänzliche Verkäsung der Nebennieren. In der l. Niere fast haselnußgroßer, keilförmiger, miliartuberkulöser Herd. Empyem des Keil-, Sieb-, Stirnbeins.

Tuberkulöse Schulkinder, insbesondere solche mit offener Lungentuberkulose.

Die Tuberkulose ist nur dann eine ansteckende Krankheit, wenn aus dem von ihr befallenen Körper Krankheitserreger, die Tuberkelbazillen, abgeschieden werden. Das kann z. B. bei Knochentuberkulose mit dem aus den Fisteln sich ergießenden Eiter geschehen, das wird mit der Milch euterkranker Kühe immer geschehen. Die wichtigste und bedeutungsvollste Quelle immer neuer, lebenskräftiger, d. h. vollgiftiger Tuberkelbazillen ist der lungenschwindsüchtige Mensch, der in seinem Auswurf in geradezu gewaltigen Massen den Ansteckererreger, namentlich in seiner nächsten Umgebung, um sich verbreitet. Die Umgebung eines solchen Kranken wird vor allen Dingen dann besonders gefährdet sein, wenn der gemeinsame Aufenthaltsraum, das Schlafzimmer, die Wohnung, die Werkstätte eng, luft- und lichtlos ist, und wenn die Reinhaltung und pflegliche Behandlung des Raumes zu wünschen übrig läßt und schließlich, wenn der betreffende Kranke mit seinem Auswurf nicht sorgsam umgeht.

Im allgemeinen ist es der erwachsene schwindsüchtige Mensch, der Vater, die Mutter, der Mitarbeiter, die Mitarbeiterin, an den man in erster Linie denkt, wenn von „offener“ Tuberkulose die Rede ist. Wie schon ROBERT KOCH in der Beratung des Reichsgesundheitsamtes vom 27. April 1909 betonte, handelt es sich jedoch bei Kranken, die Tuberkelbazillen mit ihrem Auswurfe herausbeförderten, nicht etwa immer um Kranke mit fortgeschrittener Tuberkulose, weshalb er sich auch kräftig gegen den Ausdruck „vorgeschrittene“ Tuberkulose wandte, sondern „oft sogleich im frühesten Stadium der Erkrankung schieden solche Kranke große Mengen von Tuberkelbazillen aus“.

Die neuzeitliche Auffassung von der Tuberkulose des Kindesalters betont mit Recht die große Gefahr, die Erwachsene

mit offener Tuberkulose gerade für das Kind, schon für den Neugeborenen, mit sich bringen. Die massige Ansteckung, die z. B. eine tuberkulöse Mutter schon wenige Stunden nach der Geburt ihres Kindes diesem ahnungslos beibringen kann, entscheidet oft über die gesundheitliche Zukunft des Kindes. Von vielen Seiten wird deshalb als einzig durchschlagenden Erfolg versprechende Bekämpfungsform der Tuberkulose die Hospitalisierung der ansteckenden Kranken gehalten. Nur der Schutz der Bedrohten, nicht die Behandlung der Erkrankten, die selbstverständlich Pflicht bleibt, ist der Angelpunkt der ganzen Frage¹⁾. Und wie die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken in Anstalten zwar ein hartes „Muß“, jedoch möglich ist, so müssen auch Mittel und Wege gefunden werden, Tuberkelbazillen auswerfende, und deshalb ganz besonders für die Kinder gemeingefährliche Kranke aufzufinden und durch Unterbringung in Anstalten unschädlich zu machen.

Nächst dem Reichsgesetz über die Schutzpockenimpfung greift kein Gesetz, abgesehen von der segensreichen Einwirkung auf Geist und Körper, härter in den Ablauf des kindlichen Lebens und damit in seine gesundheitliche Entwicklung ein als das Gesetz über den Schulzwang. Der Staat verlangt im Interesse des Kindes und in seinem Interesse, daß alle Kinder von einem bestimmten Lebensjahre eine längere Reihe von Jahren der Schule zugeführt werden. Dabei hat es der Staat von Anfang an als seine selbstverständliche Pflicht angesehen, die Gesundheit der Kinder, soweit es in seinen Kräften steht, zu schützen. Es sind genaue Verordnungen über den Bau und die Einrichtung von Schulhäusern erlassen worden, deren Betrieb von gesundheitspolizeilicher Seite regelmäßig überwacht wird. Wenn wir davon absehen, daß äußere Gründe es nicht zulassen, daß alte unzuweckmäßige, ja gesundheitsbedenkliche Gebäude und Betriebe mit einem Male aus der Welt geschafft werden, so müssen wir allgemein zugeben, daß aus den Schulräumen im wesentlichen den Kindern keine gesundheitlichen Gefahren drohen. Daß selbstverständlich noch eine Menge Wünsche offen sind, daß die Schulreinhaltung, die Staubbekämpfung im Schulhaus, in Turnhalle und Schulhof durchaus

¹⁾ ULRICI, Tuberkulosebekämpfung durch die Hospitalisierung der infektiösen Kranken. Med. Reform, Jahrg. 21, 1913, Nr. 14.

noch nicht befriedigende Ergebnisse gibt, beweisen die Leitsätze von HERMANN GRAUPNER²⁾). Wenn dahingegen von nicht sachkundiger Seite in spöttischem Tone über „Schulpaläste“ gesprochen wird in dem Sinne, daß übertriebener Luxus mit Schulbauten getrieben werde, so kann dem nur erwidert werden, daß reichliche, ja überreichliche Belichtung und Lüftung, einheitlich zu leitende Beheizung, Gelegenheit, die zur Gesundheit notwendige Reinlichkeit nicht nur durch das Wort, sondern durch die Tat zu üben, nicht Luxus, sondern einfache Folgerung der notwendigen Gesundheitspflege ist, wie sie für die Privatwohnung vorbildlich sein sollte.

Über die gesundheitlich zweckmäßige Gestaltung des Unterrichts sind gleichfalls gesetzliche Bestimmungen getroffen worden, die entsprechend den Fortschritten der wissenschaftlichen Pädagogik im Bunde mit der physischen und psychischen Erforschung des Kindes und seiner Entwicklung Ergänzungen und Abänderungen erfahren.

Es ist also dafür gesorgt, daß der Aufenthaltsraum der Kinder und das, was dort an das Kind herangebracht wird, ohne Schaden für seine Gesundheit zu erachten ist. Wie steht es mit den Gefahren, die die gleichzeitig die Schule besuchenden Kinder sich gegenseitig bereiten können.

„Jedes Kind hat die einfache Volksschule 8 Jahre lang, in der Regel vom vollendeten 6. bis zum vollendeten 14. Lebensjahre, ununterbrochen zu besuchen. Eine Befreiung von dieser Verbindlichkeit tritt dann ein, wenn diejenigen Personen, welchen die Sorge für die Erziehung der Kinder obliegt, nachweisen, daß sie dieselben in oder außer dem Hause auf andere ausreichende Weise vollständig unterrichten oder unterrichten lassen.“

„Die Eltern und Erzieher sind verbunden, schulpflichtige Kinder zum regelmäßigen Besuche der Schulstunden anzuhalten.“

„Im allgemeinen gilt nur Krankheit der Schüler und bedenkliche Krankheit in der Familie als Entschuldigungsgrund für Schulversäumnisse. In die Ermächtigung des Lehrers bzw. Ortsschulvorstandes bleibt es gestellt, Kinder von dem Besuche zeitweilig auszuschließen, wenn in deren Familie an-

²⁾ Sächsischer Tuberkulosekongress am 15. Okt. 1911.

steckende oder bedenkliche Krankheiten herrschen, und es steht dem Lehrer frei, mit ekelerregenden Krankheiten behaftete Kinder bis zu deren erfolgter Heilung zurückzuweisen.“

So lauten die Bestimmungen, die in dem jetzt geltenden sächsischen Volksschulgesetze in den §§ 4 und 5 über Schulpflicht und zeitweilige Befreiung vom Schulbesuche getroffen sind. Ausdrücklich sind „Krankheit der Schüler“ und „bedenkliche Krankheit in der Familie“ als Entschuldigungsgründe hervorgehoben.

Es ist also vorgesehen, daß zunächst im Interesse des die Schule besuchenden Kindes selbst dieses in Krankheitsfällen vom Schulbesuch befreit ist. Zum Schutze der anderen Kinder dient die bestimmte Vorschrift über die Zurückweisung von Kindern mit ekelerregenden Krankheiten und die bedingte über Ausschließung von Kindern, in deren Familien ansteckende oder bedenkliche Krankheiten herrschen. Daß die ansteckenden Krankheiten eine ganz wesentliche Rolle unter den Kindern spielen und darum ja auch einige von ihnen unmittelbar als Kinderkrankheiten bezeichnet werden, ist bekannt. Ebenso ist es sicher, daß sie unter den Schulversäumnisgründen, namentlich in den jüngsten Klassen, überwiegend vertreten sind. Wir³⁾ haben das an einem großen Material kürzlich belegen können und ganz besonders festgestellt, daß in allen Schulgattungen das erste und zweite Schuljahr (Klasse 8 und 7) die meisten Versäumnisse aufweist; daß es tatsächlich die ansteckenden (Kinder-)Krankheiten sind, die hier den Ausschlag geben, sehen wir an den Zahlen der höheren Schulen. Hier sind die „behüteten“, die „einzigen“ Kinder zu suchen, die bis zum Zwange des Schulbesuches nur mit gesundheitlich einwandfreien Kindern zusammengekommen sind. Auf einen Schüler der höheren Schule in Klasse 8 kommen 17,1 versäumte Schultage gegen 8,8 versäumte Schultage bei einem Schüler der einfachen Volksschulen in derselben Klasse.

Mit den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft schritten auch die Schutzbestimmungen zur Sicherung der Kinder in der Schule von den ansteckenden Krankheiten fort. In Preußen 1907, in Sachsen 1908 wurden strenge Vorschriften über das Verhalten der Schulbehörden beim Auftreten an-

³⁾ AD. THIELE, Über Schulversäumnisse von Volksschulkindern. Zeitschrift für Schulgesundheitspf.: Der Schularzt, 1915, Nr. 9.

steckender Krankheiten erlassen. Welche Rolle spielt die Tuberkulose unter den Schulkinderkrankheiten?

Nach Maßgabe der an verschiedenen Orten angestellten PIRQUET-Impfungen, auf die wir unten noch zurückkommen, ist anzunehmen, daß auch bei vorsichtiger Schätzung die Hälfte aller Kinder, die in die Schule aufgenommen werden, tuberkulose-angesteckt ist. Der positive Ausfall der Reaktion bei Kindern über 2 Jahre hinaus beweist, wie STRICKER⁴⁾ u. a. betonen, nur das Vorhandensein einer einmal stattgehabten Ansteckung. Die errechneten Zahlen deuten auf die große Bedeutung der Massen ansteckung in der Wohnung hin. v. DRIGALSKI⁵⁾ lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf die zahlreichen (bis 38% aller untersuchten Kinder) deutlichen Vergrößerungen der Unterkiefer- und Halsdrüsen hin, die er beobachtet hat und die zum mindesten zur Hälfte für ein tuberkulöses Angestecktsein zeugen. Ausgesprochene Lungentuberkulose will er nur ausnahmsweise gefunden haben, und damit stimmen seine Beobachtungen mit Veröffentlichungen anderer Forscher überein.

Allgemeine Feststellungen haben nur dann einen Wert, wenn sie nach einheitlichen Gesichtspunkten erhoben werden. Es haben deshalb die Untersuchungsergebnisse hauptamtlicher Schulärzte besonderen Wert.

Es litten an den Chemnitzer Volksschulen in den Jahren 1910—1913 zu Beginn, in der Mitte und am Ende der (achtjährigen) Schulzeit auf 1000 Kinder nach folgender Übersicht durchschnittlich im 1. Schuljahr 6—8—10 Kinder an Lungentuberkulose, im 4. Schuljahre 12—18 Kinder, im 8. Schuljahre 6—14—17—19 Kinder. Die an Knochen- und Gelenktuberkulose leidenden treten hiergegen erheblich zurück. Diese Zahlen sind, da sie nur 1 Schuljahr treffen mit 8, entsprechend den 8 Schuljahren, zu multiplizieren, um ein annähernd richtiges Bild zu bekommen. In Leipzig wurden im Jahrgang 1911/12 unter den Kindern der Turnanfängerklassen (4. Schuljahr) 0,4% geschlossene Tuberkulosefälle gefunden⁶⁾.

⁴⁾ STRICKER, Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. 11, Nr. 10.

⁵⁾ v. DRIGALSKI, Schulgesundheitspflege, ihre Organisation und Durchführung. Leipzig 1912.

⁶⁾ POETTER und KLOBERG, Schulärztl. Gesamtbericht für Leipzig über das Jahr 1911/12. S.-A.

Jahrgang	Schüler	In einem Jahrgang Schüler	1. Schuljahr Alter 6—7 Jahre		4. Schuljahr Alter 10—11 J.		8. Schuljahr Alter 14—15 J.	
			Knochen-Tbc. %	Lungen-Tbc. %	Kn.-Tbc. %	Lung.-Tbc. %	Kn.-Tbc. %	Lung.-Tbc. %
1910	42 974	5371	0,8	0,62	0,17	1,23	0,26	0,62
1911	43 699	5462	0,29	0,86	0,29	1,61	0,27	1,40
1912	45 077	5634	0,31	0,76	0,22	1,35	0,30	1,73
1913	46 991	5873	0,43	1,07	0,25	1,80	0,38	1,90

Damit übertreffen unsere Zahlen die sonst bekannt gewordenen ziemlich erheblich. Wir stimmen ohne weiteres mit den Bedenken v. DRIGALSKI (l. c.) überein, wonach kaum eine ärztliche Untersuchung so schwierig erscheint wie die der Lungen, namentlich bei Kindern; in unsern Fällen handelt es sich aber um Fälle, die als solche in der Fürsorgestelle für Lungenkranke nachgeprüft und bestätigt sind. v. DRIGALSKI hat deshalb auch recht, wenn er sagt: „Ob Lungenerkrankungen (zu ergänzen: tuberkulösen Ursprungs) ganz so selten sind, wie es heute noch scheint, werden weitere Untersuchungen zu lehren haben; wir können nur sagen, daß wir mit dieser Annahme im Laufe der Jahre doch vorsichtiger geworden sind.“

Einen Wink geben hier die Anzeichen der allgemeinen Körperschwäche und Blutarmut, die nach unsern Feststellungen, sobald keine andern Gründe für den Zustand gefunden werden können, auch bei Volksschulkindern immer als wichtiges Symptom der Tuberkulose angesehen werden müssen. v. DRIGALSKI und PETERS (Halle) legen auch hierauf besonderen Wert. Ihre Zahlen (19—21% allgemeine Blutarmut) stimmen mit unsern ziemlich überein:

Jahrgang	Schüler	1. Schuljahr	4. Schuljahr	8. Schuljahr
1910	5371	22,46	20,75	22,91
1911	5462	22,99	24,14	26,57
1912	5634	23,34	21,46	20,16
1913	5873	22,48	24,20	21,75

Um das Verhältnis der Blutarmut zur Tuberkulose in der Schule festzustellen, haben wir in 5 Volksschulen mit 10619 Kindern (Jahrgang 1912) die Fälle in jedem Jahrgang zusammengestellt und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß in den Klassen, in denen eine erhöhte Zahl Blutarmer sich befindet, auch die Zahl der Tuberkulösen und Tuberkuloseverdächtigen ansteigt.

1. Schuljahr:	53	Tuberkulöse,	143	Blutarmer,
2. „	62	„	152	„
3. „	68	„	186	„
4. „	113	„	187	„
5. „	99	„	153	„
6. „	105	„	172	„
7. „	80	„	147	„
8. „	53	„	71	„

Dieselben Ergebnisse hatten STEINHAUS⁷⁾ und HERFORD in den Dortmunder Schulen, die geradezu festlegen, daß die blutarmen Kinder zu mindestens 50% zu den Tuberkulosekranken zu rechnen sind. Ein weiteres Licht auf die Verbreitung der Tuberkulose in der Schule geben natürlich auch die PIRQUET-Impfungen, deren Ausfall besonders dann von Interesse und besonderem Wert ist, wenn es sich um Kinder handelt, die zu Hause wegen Krankheit eines Familienmitgliedes Gelegenheit zur Ansteckung hatten. PETERS (Halle)⁸⁾ hat u. a. solche Untersuchungen angestellt und dabei einmal festgestellt, daß ungefähr 8,9% aller Schulkinder erblich belastet sind und von diesen 61,5% positiv, 38,5% negativ reagiert haben. Fast gleiche Zahlen bringt STEPHANI⁹⁾ von Mannheim, wonach 70—75% aller tuberkuloseverdächtigen Schulkinder am Ende der Schulzeit gegen 33,3% zu Beginn der Schulzeit positiv reagieren. Von Kindern aus tuberkulösen Familien reagierten 64,1% positiv und 35,9% negativ.

Aus allen den bisher über das Vorkommen der Tuberkulose in der Schule gemachten Mitteilungen geht hervor, daß die Tuberkulose eine wesentlich größere Beachtung verdient als sie bis noch vor kurzem gefunden hat. Richtig ist jedoch, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose in den Schuljahren eine verhältnismäßig geringe ist, wenn man sie mit der Tuberkulosesterblichkeit der Säuglinge und der unmittelbar auf die Schulzeit folgenden Lebensalter vergleicht. STEPHANI (l. c.) kommt zu dem Satz: „Im Schulentlassungsalter sind alle Kinder im hohen

⁷⁾ STEINHAUS, Bericht über die schulärztliche Tätigkeit an der Volksschule der Stadt Dortmund. Zentralbl. für allg. Gesundheitspflege. 29. Jahrg. 1910.

⁸⁾ v. DRIGALSKI-PETERS, Die Einrichtungen für städtische Gesundheitspflege in Halle a/S. im Jahre 1912/13. Halle a/S. 1913.

⁹⁾ STEPHANI, Bericht über die Tätigkeit des Schularztes an der städtisch. Volks- u. Bürgerschule in Mannheim in den Jahren 1909/10, 10/11, 11/12.

Grade gefährdet, und es bedarf nur eines geringen Anstoßes im weiteren Erwerbsleben, um die vorher unmerkliche und zur Ausheilung geneigte Krankheit in ein Stadium zu bringen, in dem rasches Fortschreiten der Erkrankung erfolgt. Das sind wichtige Erkenntnisse für unser ganzes soziales Leben und für die allgemeine Volksgesundheit.“ Und PETERS (Halle) (l. c.) meint: „In Berücksichtigung der Tatsache, daß gerade nach dem schulpflichtigen Alter die Tuberkulosesterblichkeit schnell ansteigt, wird man nicht fehl gehen, wenn man ein gut Teil dieser letzteren Kinder (d. h. der blutarmen plus unterernährten plus Drüsenschwellungen) als sog. „Schwindsuchtskandidaten“ ansieht, die verloren sind, wenn ihnen nicht rechtzeitig, d. h. noch während der Schulzeit Hilfe zuteil wird. Der Kampf gegen die Tuberkulose ist noch immer weit dringender als z. B. die Sorge für die zahnkranken Kinder, ja sogar die Sorge für die Verkrüppelten.“

Aus diesen Gründen kann man MARTIN KIRCHNER (l. c.) nicht dankbar genug sein, wenn er mit dem ganzen Einfluß seiner Stellung schon 1905 und seitdem wiederholt, das letzte Mal 1912¹⁰⁾ auf die große Bedeutung der Tuberkulose für die Schule hinwies.

In verhältnismäßig seltenen Fällen hat man nun Kinder ermittelt, die in ihrem Auswurfe Tuberkelbazillen abscheiden, also als Kinder mit ansteckenden Krankheiten zu gelten haben. Wie selten diese gefunden werden, möge ein Wort ROBERT KOCHS belegen, der sich in einem Gutachten an den Berliner Magistrat im Jahre 1910 gegen die Errichtung einer Kinderheilstätte und für die Erbauung einer Anstalt nur für Erwachsene aussprach: „Nun kommt unter Kindern die offene Tuberkulose, worunter ich diejenigen Fälle verstehe, bei denen Tuberkelbazillen ausgehustet werden, verhältnismäßig selten vor.“

Auch andere Forscher schließen sich dieser Ansicht an. So sagt STEINHAUS (l. c.): Es ist richtig, wenn ein Schulkind oder ein Lehrer mit offener Tuberkulose sich in der Schule aufhält, können sie beim Unterricht, beim Spiel mit ihren Kameraden diese anstecken. Aber schon ASCHER hat richtig hervorgehoben, und ich kann das bestätigen: Die Zahl der Kinder

¹⁰⁾ Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. KIRCHNER, Tuberkulose und Schule. Vortrag auf der 12. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Berlin, 28.-30. Mai 1912.

mit offener Tuberkulose in der Schule ist klein, wie groß auch die Zahl der Kinder mit latenter Tuberkulose in der Schule sein mag.“ Anders lauten die Berichte aus den Heilstätten, wohin allerdings nur fortgeschrittene Fälle geschickt werden. GEBSER¹¹⁾ berichtet, daß er bei 11,7% der in den Jahren 1909 bis 1912 450 von ihm behandelten Schulkinder Tuberkelbazillen nachweisen konnte. Bei Mädchen sei offene Tuberkulose häufiger (14,5%) als bei Knaben (6,5%). Unter 10 Jahren seien 2 Kinder gewesen. Von Kindern

im 11. Lebensjahre hatten	7,4%,
„ 12. „ „	14,2%,
„ 13. „ „	36,6%,
„ 14. „ „	17,4%,
„ 15. „ „	11,1%

offene Tuberkulose. Stadtschularzt K. PETERS (Halle) macht bei gleicher Gelegenheit darauf aufmerksam, daß die Befunde wechselnd seien. Man habe in Halle bei 19000 Volksschulkindern im letzten Jahre nur bei einem einzigen Bazillen nachweisen können, während es in einem früheren Jahre einige 50 gewesen seien. Und schließlich bestätigt aus seiner großen Erfahrung heraus Hofrat WOLFF-Reiboldgrün, der schon vor einer Reihe von Jahren als Erster 1892 die Tuberkulose eine Kinderkrankheit nannte, diese Mitteilung, indem er an gleicher Stelle bemerkt, „daß es weit mehr Kinder mit offener Tuberkulose gäbe, als durch nicht regelmäßige Untersuchung festzustellen sei; denn viele Kinder seien nur zeitweise — Tage oder Wochen — mit offener Tuberkulose behaftet, dann wieder ungefährlich für die Umgebung.“

In Leipzig (l. c.) wurde in den Turnanfängerklassen 0,2% offene Tuberkulose festgestellt. In Chemnitz wurden im Laufe von 3 Jahren auf eine jährliche Durchschnittszahl von 44000 Volksschulkindern 74 Kinder, außerdem 4 noch nicht schulpflichtige und 4 aus Vorortsschulen nachgewiesen.

FISCHER¹²⁾ fand unter 580 Krankengeschichten, die er nach der Gelegenheit durchsuchte, bei der der betr. Kranke sich angesteckt hatte, 12 Fälle aus Schule und Seminar. Von

¹¹⁾ GEBSER (Carolagrün), Diskussionsbem. zu THIELE, Fürsorge für offen tuberkulöse Schulkinder. Sächs. Tuberkulose-Versammlung. Leipzig 1913.

¹²⁾ C. FISCHER, Die Gelegenheit zur Ansteckung mit Tuberkulose in der Vorgeschichte der Lungenkranken. Zeitschr. für Tuberkulose, Bd. 6, S. 410.

11 Schülern (6 Knaben, 5 Mädchen) sollen 4 in der Volksschule, 2 in einer Klosterschule und in einer Mittelschule und in einem Seminar angesteckt worden sein. „In 8 Fällen werden kranke Schüler genannt, die auf der gleichen Schulbank oder im selben Schulsaal sich befanden und viel husteten oder mit dem Auswurf unsauber umgingen¹³⁾.“

Soviel steht fest, es kommen in wechselnder Zahl Kinder mit offener Tuberkulose vor, und weiter steht fest, daß diese andere Kinder, insbesondere die, mit denen sie längere Zeit in einem Raume sich aufhalten müssen, anstecken können. v. DRIGALSKI (l. c.) wird mit seiner Ansicht allein stehen, wenn er schreibt: „Selbst wenn offene Lungentuberkulose bei einem Schüler vorliegt, ist er nicht in dem Maße gefährlich, wie ein hustender Erwachsener; es ist ja bekannt, daß Kinder nicht ordentlich aushusten und meist keinen Auswurf von sich geben, sondern ihn zu verschlucken pflegen. Tuberkelbazillen in solchem nachzuweisen, selbst wenn er gewonnen werden kann, gelingt zudem nur ausnahmsweise.“

Wir können dem nur entgegenhalten, daß nach unsern Beobachtungen in den Schulen und überhaupt an Kindern uns geradezu das Gegenteil richtig zu sein scheint: Wenn Kinder ansteckende Krankheiten überhaupt verbreiten können, dann tun sie das viel häufiger und gründlicher als Erwachsene. Als Beweis dafür ist ja nur auf die oft genug explosionsartige Verbreitung ansteckender Krankheiten unter den Kindern hinzuweisen.

Es ist allerdings möglich, Auswurf von den Kindern zu erlangen. KLEINSCHMIDT¹⁴⁾ schlägt vor, mit einer mit Watte umwickelten Sonde den Kehlkopfeingang zu betupfen, wenn auf gar keinem andern Wege Auswurf erlangt werden kann. Und SCHLOSSMANN¹⁵⁾ rät dringend, Auswurf-Untersuchungen sehr oft zu wiederholen, da erst dann das negative Ergebnis etwas besagt.

¹³⁾ Zitiert nach Obermedizinalrat Dr. OPPELT, Der Ausschluß offen tuberkulöser Kinder vom Schulbesuch und die Bekämpfung der Tuberkulose in diesem Alter überhaupt. Nach einem Referat auf der 1. erweiterten Sitzung des Kgl. Sächs. Landesgesundheitsamtes am 25. Nov. 1912. — Zeitschr. für Schulgesundheitspflege, 1913, Nr. 8.

¹⁴⁾ H. KLEINSCHMIDT, Die Tuberkulose des frühen Kindesalters, ihre Entstehung, Vorbeugung und Behandlung. Therapeut. Fortbildung, Berlin 1914.

¹⁵⁾ PFAUNDLER-SCHLOSSMANN, Handbuch d. Kinderheilkunde. 2. Aufl. 1910.

Wir haben durch Vermittlung der Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke zu Chemnitz in Verbindung mit Nachforschungen, bei denen uns die Leitungen der Volksschulen von Chemnitz und Umgebung wesentlich unterstützten und für die auch an dieser Stelle unser besonderer Dank abgestattet sei, eine Sammlung von Lebensgeschichten von 83 Kindern, darunter 3 im vorschulpflichtigen Alter, angelegt, die sämtlich an offener Lungentuberkulose leiden oder gelitten haben.

Ein erschütterndes Bild kindlichen Ringens um die Gesundheit rollt sich in diesen Lebensgeschichten vor uns auf. Wohnungs- und Familienverhältnisse geben den Hintergrund dieses Lebenskampfes, die Beeinträchtigung der Erziehung und Schulbildung, erkenntlich an den Versäumnissen und den erreichten Schulzeugnissen (Fortschritten), stellen die Folgen dar. Und über allem die erhebliche, oft bis zum Tode führende Gesundheitsstörung, wie sie sich in den Ermittlungen des Schularztes und des Fürsorgearztes in ihrem hin- und herwogenden auf- und absteigenden Erfolge ergibt! Es ist aber keineswegs so, wie man allgemein liest, daß alle Kinder, bei denen objektiv erhebliche Erscheinungen auf der Lunge festgestellt werden, verloren seien. Es ist keineswegs so, daß Kinder mit offener Lungentuberkulose Todeskandidaten sind.

v. DRIGALSKI (l. c.) sagt: „Ist es einmal zur Ausbildung feststellbaren tuberkulösen Lungenspitzenkatarrhs oder zur Entstehung der chronischen Bronchitiden gekommen, welche durch tuberkulöse peribronchitische Entzündungen bedingt werden, oder sind gar Kavernensymptome vorhanden, so muß die Prognose ungünstig gestellt werden. Heute stimmen wohl die meisten Autoren mit uns darin überein, daß nicht nur ganz junge Kinder, sondern auch Angehörige schulpflichtigen Alters fast immer als verloren zu betrachten sind, wenn es einmal zu einer bis zur Nachweislichkeit ausgebreiteten Lungentuberkulose bei ihnen gekommen ist.“ Dem müssen die Ergebnisse unserer Beobachtungen entgegengehalten werden. Schwer ist freilich der Kampf, aber aussichtslos auf keinen Fall. Selbstverständlich ist es dringend nötig, zu versuchen, „die Tuberkulose zu erkennen, bevor es zum Zerfall der Tuberkel und zum Ausscheiden der Tuberkelbakterien kommt. Das ist meines Erachtens unsere heiligste Pflicht!“ (KIRCHNER l. c.)

Unsere Krankengeschichten beweisen, daß in oft wunderbarer Weise selbst von geübten Ärzten als aussichtslos erklärte Fälle zur völligen Ausheilung gelangen können. Und wenn man sagt, die Opfer an Zeit und Geld würden durch die Erfolge nicht aufgewogen, so ist darauf zu erwidern, daß gerade Kinder mit offener, also ansteckender Lungenschwindsucht vor allen Dingen zum Vorteil der mit ihnen in nähere Berührung kommenden Kinder in der Schule, auf der Straße, auf dem Spielplatz, in den Wohnungen erst recht besondere Beachtung verdienen. Ein Bazillen um sich verbreitendes Kind kann mindestens ebensoviel — ich behaupte, unter Umständen noch mehr — Schaden anrichten als ein gleicher Erwachsener.

Zur Erläuterung der folgenden Lebensbilder sei mitgeteilt: Die Ermittlungsarbeiten wurden am 1. April 1913 abgeschlossen und damals aus äußeren Gründen nicht bearbeitet.

Die Feststellungen der Familien- und Wohnungsverhältnisse erfolgten durch die Fürsorgeschwestern der Fürsorgestelle. Das angegebene Alter des Kindes ist das Lebensjahr, in dem die offene Tuberkulose zum ersten Male festgestellt wurde. Von Eltern und Geschwistern sind, soweit möglich, Alter, Gesundheitszustand, Arbeits- und Einkommenverhältnisse, Kinderzahl mitgeteilt. Die Wohnung ist durch Angabe der Zimmer, durch etwaige bei den Wohnungsbesuchen ermittelte Mißstände, durch die Belegungsziffer des Schlafrums charakterisiert.

Daran schließt sich der Lebenslauf des Kindes, namentlich soweit seine Schulzeit in Betracht kommt. Als Geburtsort ist, wo nichts anderes vermerkt, Chemnitz zu setzen. Mitgeteilt wurden die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen nach den Gesundheitsscheinen, die in den Chemnitzer Schulen geführt werden. Von diesen ist auch das jährliche Wachstum und die Körpergewichtszunahme mitgeteilt. Die Zahl der Versäumnisse sowie Zeugnisse über die Schulleistungen und Fortschritte sind den Zeugnisbüchern entnommen. Hierzu treten die Angaben über Zurück-(Sitzen-)bleiben und etwaige Überweisung in die Hilfsschule (Nachhilfsklassen für schwach befähigte Kinder).

In die Schulzeit hinein fällt die Überweisung (oder Aufsuchen) an die Auskunfts- und Fürsorgestelle. Entsprechend den dortigen Gepflogenheiten ist hier nochmals eine

kurze Vorgeschichte (Anamnese), soweit sie frühere Krankheiten und Beginn des jetzigen Leidens betrifft, mitgeteilt. Es folgt der vom Fürsorgearzt erhobene Körperbefund, der zu lehrreichen Vergleichen mit den Untersuchungsergebnissen des Schularztes Veranlassung gibt. Genauer ist der Lungenbefund angegeben. Ebenso Temperatur, Körpergewicht, Ergebnis der PIRQUET-Impfung. Wesentlich ist das Ergebnis der Untersuchung des Auswurfs, die in allen Fällen in dankenswerter Weise unentgeltlich von dem Städtischen Pathologisch-hygienischen Institute der Stadt Chemnitz (Direktor Professor Dr. NAUWERCK) vorgenommen wird.

Daran schließt sich ein kurzer Bericht über den weiteren Verlauf der Erkrankung. Hier erscheinen Mitteilungen über Unterbringung des Kindes in der Walderholungsstätte (König Friedrich August-Erholungsstätte zu Chemnitz-Borna) zumeist mit Angabe der Dauer des Aufenthalts, sowie in der Heilstätte (zumeist Volksheilstätte für Frauen und Kinder Carolagrün).

Den Schluß der, wie mitgeteilt, im Herbst 1913 abgeschlossenen ausführlicheren Angaben bildet die Angabe der festgestellten Dauer der offenen Tuberkulose. Da mittlerweile, nicht zuletzt durch die Kriegsarbeit des Berichterstatters, ein längerer Zeitraum als beabsichtigt war, verflossen ist, ist in einer Nachschrift das Wichtigste über den weiteren Verlauf bis möglichst in die letzte Zeit (Oktober 1915) zusammengestellt worden.

Lebensbilder (Knaben).

Zusammenstellung der Knaben.

Alter von	5—6	Jahren:	3	Fälle,
„	„	6—7	„	2
„	„	7—8	„	2
„	„	8—9	„	2
„	„	9—10	„	6
„	„	10—11	„	5
„	„	11—12	„	3
„	„	12—13	„	5
„	„	13—14	„	5
„	„	14—15	„	1

34 Fälle.

Von diesen sind in der Zeit seit ihrer Feststellung als offene Tuberkulosen 17 Fälle als klinisch geheilt, 7 klinisch gebessert, 5 unverändert und 1 gestorben. Von 4 Fällen war keine Nachricht zu ermitteln. Die Dauer der offenen Tuberkulose war $\frac{1}{2}$ (1 Fall), 1 (1), 2 (2), 3 (2), $3\frac{1}{4}$ (1), 4 (4), 5 (5), 6 (1), 7 (3), 8 (1), 9 (1), 10 (3), 12 (1), 13 (1), 15 (4), 16 (1), 17 (1), [18? (1)], 26 (1) Monate. In 2 Fällen folgte einer nach offener Tuberkulose geschlossenen Zeit ein nochmaliges Auftreten von Bazillen im Auswurf. In 3 Fällen war die Zeit nicht festzustellen. Bis 5 Monate betrug die Dauer der offenen Tuberkulose in 16 Fällen, bis 10 Monate in 9 Fällen, darüber hinaus in 9 Fällen.

Von den Familienverhältnissen dieser Knaben ist zu erwähnen, daß in 12 Fällen in der weiteren Familie (Großeltern, Onkel, Tanten) Tuberkulosedodesfälle vorgekommen sind. In 6 Fällen war der Vater, in 2 Fällen die Mutter an Tuberkulose verstorben; in 5 Fällen die Mutter tuberkulös erkrankt. In 15 Fällen waren noch andere Geschwister tuberkulös, in 9 Fällen befanden sich in derselben Familie noch andere Angehörige mit offener Tuberkulose. Die Wohnungsverhältnisse ließen in 8 Fällen, die Schlafverhältnisse (Zusammenschlafen mit anderen Familiengliedern in einem Bett) in 6 Fällen zu wünschen übrig.

Der Zusammenhang der Erkrankung mit vorher, zum Teil schon lange vorher beobachteten körperlichen Minderwertigkeitszuständen und mit akuten Krankheiten geht aus den Krankheitsgeschichten ohne weiteres hervor.

1. Knaben vor der Schulzeit.

Fall 1: K. Willy, 5 Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Bäcker, 25—30 M. Einkommen. Mutter: 41 J., 5 Kinder, Bruder an Tbc. gestorben. Bruder: 9 J., mittel, Gewicht 27,4 kg, PIRQUET negativ. Bruder: 8 J., mittel, Gewicht 19,7 kg, PIRQUET positiv. Bruder: 7 J., gut, Gewicht 19,1 kg, PIRQUET positiv. Schwester: 6 J., gut, Gewicht 18,4 kg, PIRQUET negativ.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 5 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am ? als 5. Kind.

6. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit Bruder in einem Bette. Seit zwei Jahren Husten, zeitweise Fieber, Blutspucken.

Befund: Untermittel, hochgradige Blutarmut, englische Krankheit. R. v. Spitze verlängertes Exspirium. Sonst ohne Befund. R. h. ohne Befund. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 14,6 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 28. 9. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 1. 11. 1912 Allgemeinbefinden gut. Gewicht 15,6 kg. 1. 4. 1913 kein Auswurf. Noch nicht schulpflichtig.

Dauer der offenen Tuberkulose: 10 Monate (kein Auswurf).

Nachschrift: Im November 1914 an ? verstorben.

Fall 2: W. Friedrich, 5 Jahre.

Familie: Vater: 43 J., Handarbeiter, Einkommen 18 M., gesund. Mutter: 36 J., Mutter an Schwindsucht verstorben, Husten (Auswurf frei), Gewicht 51,1 kg, 8 Kinder (2 gestorben). Schwester: 11 J., offene Tuberkulose (9. 1. 1912 bis 13. 9. 1912), zurzeit Heilstätte. 30. 1. 1913 Auswurf frei. Bruder: 7 J., dürrig, mager, Gewicht 19,3 kg, PIRQUET positiv, Bronchialdrüsentuberkulose, Auswurf frei. Bruder: 3 J., mittel, Gewicht 12,5 kg, Skrofulose, PIRQUET positiv. Bruder: 2 J., untermittel, Gewicht 10,9 kg, Skrofulose. Bruder: 1/2 J., Luft-röhrenkatarrh.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene, 6 Kinder, Schlafzimmer (sehr feucht) 7 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am ? als 5. Kind.

30. 5. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter mütterlicherseits an Schwindsucht verstorben. Schläft mit Bruder in einem Bette. Masern. Kein Husten und Auswurf.

Befund: R. v. ohne Befund. R. h. Dämpfung und Bronchialatmen. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht ? Auswurf frei.

Verlauf: 13. 5. 1912 Auswurf: sehr zahlreiche Bazillen. 14. 7. 1912 Erholungsstätte (4 Wochen). 13. 9. 1912 Auswurf frei. Befund auf der Lunge unverändert. 1. 4. 1913 Allgemeinzustand gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: 1914: Gewicht 21,6 kg; 1915: Auf der Lunge kein Befund mehr. Allgemeinbefinden gut. Im ganzen noch schwächlich.

Fall 3: M. Walter, 5 1/2 Jahre.

Familie: Vater: Gastwirt, im Alter von 46 J. im Jahre 1909 an Lungentuberkulose gestorben. Mutter: 46 J., mittel, Gewicht 51,7 kg, Blutarmut, linke Lungenspitze vereinzelte Geräusche, 7 Kinder (2 gestorben). Schwester: 20 J., mittel, Bleichsucht, tuberkuloseverdächtig, Gewicht 50,4 kg. Schwester: 10 J., offene Tuber-

kulose. Schwester: 9 J., mittel, Gewicht 24,7 kg, PIRQUET positiv, Blutarmut.

Wohnung: Erdgeschoß, 3 Zimmer, Küche, 3 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 6. 3. 1917 als 7. Kind.

25. 10. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Öfters Schnupfen, zeitweise Husten.

Befund: Mittel, Nackendrüsen, adenoide Wucherungen. R. v. ohne Befund. R. h. in der Spitze Giemen. L. v. ohne Befund. L. h. Schallverkürzung über der ganzen Lunge. Überall zähe knackende Geräusche und Giemen. Temperatur normal. Gewicht 12,7 kg. PIRQUET negativ. Auswurf frei.

Verlauf: 7. 9. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. Allgemeiner Katarrh. PIRQUET negativ. „Aussichtsloser Fall!“ 1. 4. 1913 Auswurf negativ. Lunge frei.

Ostern 1913 Schulaufnahme.

Dauer der offenen Tuberkulose: 7 Monate.

Nachschrift: 8. 5. 1913 Gewicht 17,9 kg. Katarrh gebessert. Auswurf negativ. 14. 5. 1914 Gewicht 21,2 kg. Kein Husten, kein Auswurf. Allgemeinbefinden gut.

2. Knaben in der Schulzeit.

Fall 4: M. Hans, 6 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: im Alter von 40 J. in Brasilien verstorben. Stiefvater: 31 J., Alkoholist. Mutter: 37 J., 2 Kinder (1 gestorben). Bruder der Mutter, 7 J. alt an Tbc. gestorben.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 1 Kind, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 21. 12. 1905 in G.

Schulaufnahme: Ostern 1912.

1. Schuljahr 1912/13: Versäumn. 142 Tage; Fortschr. 0; bleibt zurück; Körperlänge 110,5 cm; Gewicht 18,4 kg.

Schularzt: mittel, Lungenkatarrh.

15. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern (zweimal), Keuchhusten, Mittelohrentzündung. Seit acht Wochen Husten, seit zwei Wochen Auswurf. Zeitweise Fieber, Nachtschweiße, Bruststechen.

Befund: Mittel. R. v. Giemen in der Schlüsselbeingegend. Unreines Atmen unterhalb des Schlüsselbeins. R. h. Schallverkürzung und unreines Atmen bis zum Schulterblattwinkel. L. v. Schallverkürzung oberhalb des Schlüsselbeins. Ebendort Giemen sowie zähe, knackende Geräusche bis zur zweiten Rippe. L. h. überall unreines Atmen. Temperatur erhöht, 38,3°. Gewicht 17,8 kg. Auswurf: Vereinzelt Bazillen.

Thiele, Tuberk. Kinder.

Verlauf: 8. 8. 1912 fieberfrei. 18. 8. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 18. 11. 1912 l. h. o. verkürzter Schall. Gewicht 20,5 kg. 12. 12. 1912 Durchfälle. Gewicht 19,7 kg. 30. 12. 1912 l. h. o. Schallverkürzung mit verschärftem Vesikuläratmen und verlängertem Expirium bis zur Schulterblattgräte. L. v. o. desgleichen bis zur dritten Rippe. Gewicht 19,8 kg. Auswurf frei. 15. 2. 1913 Walderholungsstätte (4 Wochen). 26. 2. 1913 Gewicht 22,2 kg. 6. 3. 1913 Heilstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: 16. 9. 1913 Auswurf negativ. Schnupfen, Husten. 20. 1. 1914 an beiden Ohren hartnäckiges Ekzem. 23. 3. 1913 Ekzem abgeheilt. 26. 6. 1915 linke Spitze verschärftes Atmen. Gewicht 22,7 kg. Erholungsstätte. 19. 9. 1915 Gewicht 25,8 kg.

Fall 5: L. Karl, 6 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 30 J., Eisendreher, Einkommen 30 M. Mutter: 29 J., 3 Kinder. Schwester: 3 $\frac{1}{2}$ J., schwächlich, Gewicht 14 kg, PIRQUET negativ, starker Luftröhrenkatarrh.

Wohnung: B. bei Chemnitz, 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen (viel zu klein!).

Lebenslauf:

Geboren am 27. 9. 1905 in B. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1912 dortselbst.

1. Schuljahr 1912/13: Versäumnisse 70 Tage; Fortschritte IIb.

30. 3. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Seit kurzem Husten.

Befund: Sehr schwach. R. v. großblasige Geräusche in der Spitze. R. h. Schallverkürzung. Großblasige Geräusche oberhalb der Schulterblattgräte. L. v. Schallverkürzung. Verschärftes Vesikuläratmen bis zur dritten Rippe. L. h. Schallverkürzung bis zur vierten Rippe. Verschärftes Vesikuläratmen. Groß- und kleinblasige Geräusche ebenda. Temperatur normal. Gewicht 18,7 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 14. 5. 1912 Erholungsstätte (9 Wochen). 19. 7. 1912 Katarrh unverändert. Kein Husten, wenig Auswurf. Gewicht 20,7 kg. Auswurf frei. 1. 4. 1913 gesund.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: 1915 gesund.

Fall 6: K. Gustav, 7 Jahre.

Familie: Vater: Schlosser, Einkommen 25 M. Eine Schwester gesund. Ein Bruder zurzeit blaß, mager, Luftröhrenkatarrh. Geschwister der Eltern an Tbc. gestorben.

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 19. 3. 1907 als 2. Kind; mit 14 Monaten gelaufen. Leidet öfter an Husten; sehr ängstlich. Lungenkatarrh, Masern,

Keuchhusten. Seit längerer Zeit Husten, Fieber zeitweise, Nachtschweiße.

Schulaufnahme: Ostern 1913. Gewicht 18,5 kg. Länge 110,5 cm.

Schularzt: Genügend. Brustkorb: Hühnerbrust. Tuberkulöser Lungenkatarrh.

15. 5. 1913 Fürsorgestelle.

Befund: 27. 5. 1913 vereinzelte Bazillen. 6. 6. 1913 Temperatur bis 38,3° C. R. v. supraklav. Dämpfung. R. h. supraklav. Dämpfung bis zur Skapularspitze. L. v. frei. L. r. h. frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: 23. 9. 1914 Gewicht 23 kg. Jetzt auch l. Lunge befallen, hier überall starkes Bronchialatmen.

Fall 7: S. Erich, 7 Jahre.

Familie: Vater: 43 J., Geschirrführer, Einkommen 24 M., gesund. Mutter: 40 J., schlechter Allgemeinzustand, Lungentuberkulose, kein Auswurf, viel Husten, 5 Kinder (1 gestorben). Schwester: 16 J., offene Tuberkulose, Allgemeinbefinden leidlich. Schwester: 13 J., Blutarmut, PIRQUET positiv. Schwester: 11 J., Blutarmut.

Wohnung: 2 Treppen, 3 Zimmer, 6 Personen, Schlafzimmer 6 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 2. 2. 1904 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

Schularzt: Mittel, allgemeine Skrofulose.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse bis Michaelis 23 Tage; Fortschritte bis Michaelis IIIb. Länge 115 cm. Gewicht 18,8 kg. Bis Ostern gänzlich befreit, keine Zensur, bleibt sitzen. 9. 2. 1911 Lungentuberkulose.
 2. „ 1911/12: Versäumn. 213 Tage; Fortschr.: Keine Zensur.
 3. „ 1912/13: Versäumnisse 33 Tage; Fortschritte III.
- 3 Schuljahre: Versäumnisse 269 Tage. Gewichtszunahme 11,2 kg.
16. 2. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter, Onkel, Tante mütterlicherseits an Tuberkulose gestorben. Scharlach. Seit 1/4 Jahr Husten und Auswurf.

Befund: Mittel, Skrofulose. R. v. bis zur zweiten Rippe zähe knackende Geräusche. Giemen. R. h. über der ganzen Lunge Schallverkürzung, bis zur fünften Rippe verschärftes Vesikuläratmen und Giemen. L. v. bis zur zweiten Rippe Giemen. L. h. vereinzeltes Giemen. Temperatur normal. Gewicht 20 kg. PIRQUET negativ (zweimal). Auswurf: Reichliche Bazillen.

Verlauf: 1. 3. 1911 Walderholungsstätte (6 Wochen). 16. 6. 1911 Lungen ohne Befund. 1. 8. 1911 Walderholungsstätte (6 Wochen). Gutes Allgemeinbefinden, kein Husten, kein Auswurf. 20. 11. 1911 frischer Lungenkatarrh, Gewicht 26,9 kg. 9. 2. 1912 Heilstätte, 1/4 Jahr. 10. 6. 1912 guter Allgemeinzustand. Heilung. 1. 4. 1913 Gewicht 30 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 16 Monate.
Nachschrift: Gesund.

Fall 8: B. Karl, 8¼ Jahre.

Familie: Vater: 38 J., Klempner, Einkommen 20 M. Mutter: 37 J., 4 Kinder. Schwester: 7 J., Gewicht 21 kg, übermittel, r. Spitze verschärftes Exspirium. Schwester: 4 J., mittel, Gewicht 16,8 kg.

Wohnung: 2 Treppen, 1 Zimmer, 1 Schlafzimmer, Küche, Vorsaal, 3 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren 25. 4. 1904 in H. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910 in H.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ?; Gewicht ?
2. „ 1911/12: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ?; Gewicht ?; zugezogen nach Chemnitz 1. 1. 1912.
3. „ 1912/13: Versäumnisse 82 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 126 cm; Gewicht 24,6 kg.

3 Schuljahre: Versäumnisse 84 Tage.

Schularzt: Genügend. Lungenkatarrh, verdächtig auf Tbc.
2. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, wenig Husten und Auswurf seit sechs Wochen, wird vom Schularzt überwiesen.

Befund: Übermittel. R. v. ohne Befund. R. h. vorn einzelne zähe, knackende Geräusche unter dem Schulterblatt. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 26,4 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 28. 8. 1912 r. h. o. ganz leicht verkürzter Schall, sehr rauhes Exspirium. Auswurf reichlich. Guter Allgemeinzustand. 30. 8. 1912 Auswurf frei von Bazillen. 14. 9. 1912 Erholungsstätte (12 Wochen). 7. 2. 1913 Verdichtung geschwunden. R. h. spärliche bronchiale Geräusche. Allgemeinbefinden unverändert gut. Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 1. 4. 1913 Allgemeinzustand leidlich, sonst unverändert. 8. 4. 1913 Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 3 Monate, 2. 2 Monate.

Nachschrift: 27. 1. 1914 Gewicht 29,4 kg. Kein Husten. Allgemeinzustand gut. Ausgezeichnete Kräftigung. 22. 5. 1914 Auswurf negativ. Gewicht 32,1 kg. Gesund. Lungenprozeß abgeheilt.

Fall 9: J. Hans, 8½ Jahre.

Familie: Vater: 46 J., Fleischer, Einkommen 25 M. Mutter: 49 J., 12 Kinder (3 gestorben). Schwester: 11 J., mittel, Gewicht 37,1 kg, gefährdet. Schwester: 6½ J., offene Tuberkulose!

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 7 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 8 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 16. 1. 1903 als 10. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909.

Schularzt: Genügend. Lunge verdächtig.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 119,2 cm; Gewicht 20,9 kg.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 122,5 cm; Gewicht 24 kg.

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut. Verschärftes Atmen (r. h. u.).

3. „ 1911/12: Versäumnisse 88 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 133 cm; Gewicht 25 kg.

Schularzt: Hochgradige Blutarmut; Lungenkatarrh; Schwerhörigkeit. 22. 2. 1911 vom Schulbesuch befreit.

4. „ 1912/13: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIb; Länge 136 cm; Gewicht 30 kg.

4 Schuljahre: Versäumnisse 100 Tage. Längenzunahme 16,8 cm. Gewichtszunahme 9,1 kg.

23. 9. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Diphtherie. Seit Juli 1911 Husten, Auswurf, Nachtschweiße, Gewichtsabnahme. Wird vom Schularzt überwiesen.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. Mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis unmittelbar unterhalb der Schulterblattgräte. L. v. und l. h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 27,7 kg. PIRQUET negativ. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 8. 2. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 2. 4. 1912 Gewicht 31,6 kg. Lunge frei. 18. 10. 1912 Auswurf frei. 1. 4. 1913 geheilt.

Dauer der offenen Tuberkulose: 13 Monate.

Nachschrift: 18. 4. 1913 Gewicht 31,8 kg. Guter Allgemeinzustand. Lunge ohne Befund. 20. 10. 1914 Gewicht 39,6 kg.

Fall 10: L. Max, 9 Jahre.

Familie: Vater: Hausmann, seit 3 $\frac{1}{2}$ J. in Chemnitz. Mutter: 36 J., Skoliose, schlechter Ernährungszustand, Anämie, Gewicht 50,5 kg.

Wohnung: Stube, Kammer, Küche, 3 Personen, 2 Erwachsene, 1 Kind, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren 30. 6. 1902 in Oe. als 1. Kind. Scharlach, Masern, Nachtschweiße.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 22 Tage; Fortschritte III; Länge 110 cm; Gewicht 20 kg.
Schularzt: Mittel, unregelmäßige Herzstätigkeit.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 50 Tage; Fortschritte III; Länge 117 cm; Gewicht 22,5 kg.
3. „ 1910/11: Versäumnisse 52 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 122 cm; Gewicht 24 kg.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 111½ Tage; Fortschritte IIIa.
5. „ 1912/13: Versäumnisse 114½ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 131 cm; Gewicht 28,5 kg.
6. „ 1913/14: Versäumnisse ?; Länge 137 cm; Gew. 31,5 kg.

Befund: Untermittel, blutarm, rachitischer Brustkorb. Großmutter an Tbc. verstorben. R. v. und r. h. verschärftes Atemgeräusch. Latente Tuberkulose.

Verlauf: 21. 8. 1911 PIRQUET positiv. Gewicht 26 kg. 3. 12. 1911 Auerswalde. 8. 1. 1912 Aussehen wesentlich gebessert. 2. 1. 1912 Gewicht 29,4 kg. 15. 5. 1913 Gewicht 30,2 kg. R. h. Mitte bronchiale Geräusche. 20. 5. 1913 Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 19. 6. 1913 Auswurf: Bazillen. 3. 7. 1913 Borna. Gewicht 33,1 kg. 15. 8. 1913 Auswurf negativ. Gewicht 33,9 kg. Allgemeinbefinden gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: 2 Monate.

Nachschrift: Zurzeit nichts zu ermitteln.

Fall 11: P. Herbert, 9 Jahre.

Familie: Vater: 40 J., Schuhmacher, viel Husten und Auswurf. Mutter: 41 J., gesund, 12 Kinder (6 gestorben). Bruder: Offene Tuberkulose (10. 9. 1910). Schwester: 13 J., PIRQUET positiv, gefährdet. Schwester: 9 J., PIRQUET positiv, gefährdet. Bruder: 5 J., PIRQUET positiv, gefährdet, schwach. Bruder: 2 J., PIRQUET positiv, gefährdet, Luftröhrenkatarrh.

Wohnung: 2 Treppen, 3 Zimmer, 3 Erwachsene, 6 Kinder, Schlafzimmer 8 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 13. 2. 1904 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

Schularzt: Mittel.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIa; Länge 111 cm; Gewicht kg.
2. „ 1911/12: Versäumnisse 59½ Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 115 cm; Gewicht 19,5 kg.
3. „ 1912/13: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 121 cm; Gewicht 22,5 kg.

3 Schuljahre: Versäumnisse 64½ Tage.

11. 3. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Scharlach, seit kurzem Husten.

Befund: Untermittel, Nackendrüsen, Skrofulose. R. v. Schallverkürzung und verschärftes Vesikuläratmen bis unter die zweite Rippe. R. h. Dämpfung und verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium bis zur Schulterblattgräte. L. v. Schallverkürzung bis zur zweiten Rippe. L. h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 19,7 kg. PIRQUET negativ. Auswurf frei von Bazillen.

Verlauf: 20. 9. 1911 PIRQUET positiv. Walderholungsstätte (6 Wochen). 18. 2. 1913 hochgradige Blutarmut. Von neuem Husten und Auswurf. Auswurf: Vereinzelte Bazillen. Nachtschweiße. Gewicht 24,1 kg. 1. 4. 1913 Allgemeinbefinden gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: 10 Monate.

Nachschrift: Walderholungsstätte. 19. 12. 1913 Gewicht 27,6 kg. Lungenbefund unverändert. Auswurf frei. 15. 12. 1914 Gewicht 28,3 kg, sonst wie am 19. 12. 1913. Auswurf frei.

Fall 12: V. Edgar, 9 Jahre.

Familie: Seit einem Jahre in Chemnitz. Vater: Maler, Einkommen 28 M. Mutter: 53 J., 2 Kinder. Seit 7 Monaten Lungenschwindsucht. 16. 7. 1912 Auswurf: Zahlreiche Bazillen. 15. 10. 1912 Auswurf ebenso.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 3 Erwachsene, 1 Kind.

Lebenslauf:

Geboren 9. 8. 1903 in Oe. als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910 in Oe.

1. Schuljahr 1910: Versäumnisse $24\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIb; Länge ? Gewicht ?
2. „ 1911/12: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?
3. „ 1912/13: Versäumnisse 90 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?

Schularzt: Mittel. Wirbelsäulenverkrümmung im Brust- und Lendentheil, zweiten Grades. 26. 2. 1912 orthopädisches Turnen!

1. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Keuchhusten, Husten, Nachtschweiße, Seitenstechen, Gewichtsverluste seit sechs Wochen.

Befund: Mittel. Blutarmut. Skrofulöse Hals- und Nackendrüsen. Nervöse Reizbarkeit. R. v. Schallverkürzung bis zur zweiten Rippe. Zähle, knackende Geräusche. R. h. ohne Befund. L. v. wie r. v. L. h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 26,5 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 16. 7. 1912 Auswurf frei von Bazillen. Walderholungsstätte. 14. 10. 1912 Gewicht 27 kg. Gutes Allgemeinbefinden. Auswurf: Bazillen zahlreich vorhanden. 19. 11. 1912 Auswurf frei. 10. 1. 1913 Gewicht 27,6 kg. Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 14 Tage, 2. 1 Monat.

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 13: K. Friedrich, 9 $\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater im Alter von 26 J. an Lungentuberkulose verstorben am 8. 9. 1907 nach dreijähriger Krankheit. Mutter: 25 J., abgeheilte Tuberkulose, Gewicht 48,3 kg, 4 Kinder. Bruder: 8 J., gut, Gewicht 20 kg, Halsdrüsen geschwollen (Tuberkulose). Schwester: 6 J., mittel, Gewicht 16,4 kg, Blutarmut, Mittelohrentzündung. Lunge frei.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 1 Erw., 4 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 14. 7. 1902 in T. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIb; Länge 104 cm; Gewicht 15,5 kg.

Schularzt: Mittel.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 8 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte II; Länge 111 cm; Gewicht 17 kg.

3. „ 1911/12: Versäumnisse Ost.—Mich. 13 $\frac{1}{2}$ Tage; ohne Zensur; Mich.—Ost. 10 $\frac{1}{2}$ Tage; bleibt zurück; Länge 113,75 cm; Gewicht 18 kg.

Schularzt Ungenügend, Lungenkatarrh.

4. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 101 Tage; Fortschritte IIb; Mich.—Ost. 17 Tage.

5. „ 1913/14: Länge 122 cm; Gewicht 21,5 kg.

11. 10. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit einem Bruder in einem Bette. Seit einiger Zeit Husten, viel Auswurf, Gewichtsabnahme.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium oberhalb der Schulterblattgräte. Unterhalb zähe, knackende Geräusche bis zur Spitze. Temperatur normal. Gewicht 19,3 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 7. 12. 1911 Gewicht 17,3 kg. 20. 12. 1911 Auswurf: Bazillen. 27. 1. 1912 Walderholungsstätte (4 Wochen). 24. 4. 1912 guter Erfolg. Gewicht 21,1 kg. 18. 5. 1912 Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 14. 6. 1912 Walderholungsstätte (10 Wochen). 2. 8. 1912 kein Auswurf mehr. Gewicht 20,3 kg. 3. 8. 1912 über dem rechten Oberlappen noch etwas verschärftes Expirium. Kaum Dämpfung. Allgemeinzustand sehr zufriedenstellend. Kein Auswurf. 26. 10. 1912 kein Auswurf. Geht zur Schule.

Dauer der offenen Tuberkulose: 10 Monate.

Nachschrift: 29. 4. 1913 Auswurf negativ. Gewicht 22 kg. R. Spitze bronchiales Atmen. 26. 12. 1913 Auswurf negativ. Allgemeinzustand gut. Lunge abgeheilt. 1915 ohne Befund.

Fall 14: H. Paul, 9 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 44 J., Monteur, Einkommen 39 M., leidet seit längerem an Husten und Auswurf. Keine Bazillen. Mutter: 41 J. alt nach Entbindung im Krankenhause 1908 gestorben. Angeblich

nicht lungenkrank. 18 Kinder (14 gestorben). Schwester: 23 J., lungenkrank. War 1908 in Heilstätte.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, Küche, Kammer, Vorsaal, 2 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren 26. 2. 1902 in Ob. als 14. Kind. In Chemnitz 1903 gezogen.

Schulaufnahme: Ostern 1908 in Chemnitz.

Schularzt: Ungenügend, Blutarmut, Schiefhals.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 8 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 100 cm; Gewicht 22 kg.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
3. „ 1910/11: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte III; Länge 127 cm; Gewicht 27 kg.

Schularzt: Schlecht, hochgradige Blutarmut, Wirbelsäulenverkrümmung und Schiefhals.

4. „ 1911/12: Versäumnisse 75 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 129 cm; Gewicht 27 kg.
5. „ 1912/13: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte III, versetzt; Länge 140 cm; Gewicht 29 kg.

Schularzt: Ostern 1912 genügend, Blutarmut, Lunge frei.

5 Schuljahre: Versäumnisse 92 Tage; Längenzunahme 30 cm; Gewichtszunahme 7 kg.

11. 10. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, in privatärztlicher Behandlung. Immer schwächlich und kränklich.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. bis zur Schulterblattspitze verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. Knackende Geräusche ebenda. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 29 kg. Auswurf: Vereinzelt Bazillen.

Verlauf: Ärztliche Behandlung. Einige Zeit im Erzgebirge. 7. 2. 1912 Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: 15. 2. 1913 gesund.

Fall 15: S. Karl, 9 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: Schlosser, Einkommen 21 M. Mutter: ? Schwester: 11 Jahre, mittel, Husten, Auswurf, keine Bazillen (dreimal). PIRQUET positiv. Gewicht 32,8 kg. Phthisischer Habitus. Bleichsucht, gefährdet. Bruder: 8 J., ungenügend. Gewicht 21,7 kg. Wirbelsäulenverkrümmung seitlich und nach hinten. Lunge ohne Befund. Spina ventosa. PIRQUET positiv, gefährdet. Schwester: 6 J., mittel. Gewicht 21,7 kg, gefährdet.

Wohnung: Erdgeschoß, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene, 5 Kinder, Schlafzimmer 7 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 2. 5. 1901 als ? Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907 in H.

- | | | | | | | | |
|----|-----------|----------|--------------|----|-------|--------------|-----|
| 1. | Schuljahr | 1907/08: | Versäumnisse | 50 | Tage; | Fortschritte | II. |
| 2. | „ | 1908/09: | „ | 2 | „ | „ | II. |
| 3. | „ | 1909/10: | „ | 11 | „ | „ | II. |
| 4. | „ | 1910/11: | „ | 15 | „ | „ | II. |

Einverleibung des Vorortes in die Stadt.

Schularzt: Schlecht, hochgradige Blutarmut. Lungentuberkulose. Leistendrüsen.

- | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----------|--------------|------------------|-------|--------------|------------------|----|-------|-----------|------|
| 5. | „ | 1911/12: | Versäumnisse | 91 | Tage; | Fortschritte | IIb. | | | | |
| 6. | „ | 1912/13: | Versäumnisse | Ostern—Michaelis | 108 | Tage, | Michaelis—Ostern | 17 | Tage; | Fortschr. | IIb. |

30. 1. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wird vom Schularzt überwiesen. Schläft mit Bruder in einem Bette. Diphtherie, Scharlach, Masern. Seit längerer Zeit Husten, wenig Auswurf, viel Nachtschweiß.

Befund: Mittel. R. v. bis zur zweiten Rippe Schallverkürzung. Verschärftes Vesikuläratmen. R. h. bis zur Schulterblattgräte Schallverkürzung. Unmittelbar darunter großblasiges Rasseln. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 26,5 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 29. 6. 1911 Walderholungsstätte. 21. 7. 1911 Gewicht 27 kg. Allgemeinzustand gebessert. 24. 7. 1911 l. v. o. rauhes Atmen. 10. 11. 1911 Gewicht 28,8 kg. Geräusche verschwunden. R. v. und h. o. Schallverkürzung. 12. 4. 1912 auffallende Blutarmut. Lunge wie vorher. Gewicht 29,5 kg. 16. 4. 1912 Auswurf frei (2mal). 26. 4. 1912 Gewicht 31 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 Monate.

Nachschrift: 19. 5. 1913 Gewicht 32 kg. Wenig Husten. Kein Auswurf. 15. 12. 1913 Gewicht 37 kg. L. v. o. vereinzelt Knackern, sonst ohne Befund. 15. 4. 1914 Gewicht 39 kg. Lunge völlig frei.

Fall 16: P. Emil, 10 Jahre.

Familie: Vater: 34 J., Bürstenmacher, Einkommen 18 M. Mutter: 34 J., chronische Lungenspitzen-tuberkulose, mittel, Gewicht 53,5 kg, 8 Kinder (3 gestorben). Schwester: 10 J., sehr dürftig, Gewicht 18,5 kg. 14. 10. 1912 sehr verdächtiges, abgeschwächtes Atmen über der rechten Spitze. Schwester: 5 J., mittel, Gewicht 16,7 kg. 20. 5. 1912 subakuter Lungenkatarrh. Schwester: 2 J., mittel, PIRQUET positiv, rechtsseitiger tuberkulöser Katarrh.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 13. 3. 1902 zu Sch. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 50 Tage; Fortschritte IV (bleibt sitzen); Länge 111 cm; Gewicht 17,5 kg.
Schularzt: Mittel, allgemeine Körperschwäche. Hochgradige Skrofulose. Nasen-Rachenwucherungen.
 2. „ 1909/10: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte III; Länge 115 cm; Gewicht 18,5 kg.
 3. „ 1910/11: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 124 cm; Gewicht 21,7 kg.
Schularzt: Lungenkatarrh.
 4. „ 1911/12: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 130,5 cm; Gewicht 24,5 kg.
 5. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 45 Tage; Fortschritte IIb; Mich.—Ost. 16 Tage.
- 5 Schuljahre: Versäumnisse 123 Tage; Längenzunahme 19,5 cm; Gewichtszunahme in vier Schuljahren 6,5 kg.

4. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit Schwester in einem Bett. Zweimal Lungenentzündung, Influenza, Masern. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr Husten, Nachtschweiß, Auswurf. 1908 allgemeine Skrofulose, Lungenspitzenkatarrh. 1909 hochgradige allgemeine Körperschwäche.

Befund: Mittel. Halsdrüsen, Gesichtsflechten (Skrofulose). R. v. ohne Befund. R. h. Bronchialatmen und verlängertes Exspirium ober- und unterhalb der Schulterblattgräte. L. v. ohne Befund. L. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. Temperatur normal. Gewicht 21,3 kg. Auswurf frei.

Verlauf: 27. 4. 1912 Husten erneut verschlimmert. 30. 4. 1912 Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 10. 5. 1912 desgleichen. 8. 7. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 20. 8. 1912 r. h. o. undeutliche Schallverkürzung. Sehr lautes, verlängertes Exspirium. Gewicht 26,5 kg. 7. 10. 1912 unverändert. Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 1. 4. 1913 Allgemeinzustand schlecht.

Dauer der offenen Tuberkulose: 12 Monate.

Nachschrift: 22. 4. 1913 Auswurf negativ. 8. 3. 1915 Auswurf negativ. 29. 1. 1915 im allgemeinen schwächlich. Lunge verdächtig.

Fall 17: S. Otto, 10 $\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 51 J., Bote, gesund. Mutter: 48 J., mittel, Gewicht 53,8 kg, 10 Kinder (1 gestorben).

Wohnung: 1 Treppe, 3 Zimmer, Küche, Vorsaal, 2 Erwachsene, 7 Kinder, Schlafzimmer 8 Personen (!). Geschlossene Bauweise (Vorort).

Lebenslauf:

Geboren am 29. 12. 1901 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

Schularzt: Mittel, zurzeit Röteln.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II.
2. „ 1909/10: „ 1 „ „ IIa.
3. „ 1910/11: „ 2 „ „ IIa.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte II.
Schularzt: 5. 3. 1912 anscheinend Tuberkulose, Luft-
röhrenkatarrh bei auffallender Blutarmut. Der Für-
sorgestelle überwiesen.
5. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 1912 95 Tage;
keine Zensur. Mich.—Ost. 1913 19 Tage;
Fortschritte II.

5 Schuljahre: Versäumnisse 126 Tage; Längenzunahme? Ge-
wichtszunahme?

12. 3. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, seit Weihnachten 1911 Husten und
Auswurf.

Befund: Schwach, untermittel. Phthisischer Habitus. Eingesun-
kener Brustkorb. R. v. bis zur dritten Rippe verschärftes Vesikulär-
atmen, Giemen. R. h. o. Schallverkürzung, Dämpfung, Bronchial-
atmen, Giemen. L. v. Giemen. L. h. verschärftes Vesikuläratmen
mit verlängertem Exspirium. Temperatur normal. Gewicht 27 kg.
PIRQUET positiv. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 15. 8. 1912 Erholungsstätte (8 Wochen). 27. 8. 1912
r. v. o. Schallverkürzung, rauhes Exspirium. 11. 10. 1912 Dämpfung
verschwunden. Gutes Allgemeinbefinden. Gewicht 31,1 kg. Aus-
wurf frei. 1. 4. 1913 gesund. Gewicht 28,7 kg. Länge 141 cm.

Dauer der offenen Tuberkulose: 7 Monate.

Nachschrift: 27. 10. 1914 schwächlicher Allgemeinzustand.
Rechte Lunge verdächtig. Erholungsstätte. 5. 1. 1915 gekräftigt.
Lungenbefund unverändert. 1. 6. 1915 Gewicht 33,4 kg. 31. 8. 1915
Gewicht 36,5 kg. Bedeutende allgemeine Besserung.

Fall 18: S. Max, 10 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 48 J., Kellner, Einkommen 10 M.? Mutter:
48 J., 11 Kinder (2 gestorben). Schwester: 9 J., Gewicht 21 kg,
schlecht, hochgradige Blutarmut, tuberkulöse Nackendrüsen, PIRQUET
positiv.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 1 Schlafzimmer, Küche, Vor-
saal, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 28. 1. 1902 in H. als 8. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte III.
Schularzt: Mittel, vergrößerte Mandeln.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte III.
3. „ 1910/11: „ 11 „ „ III.
Schularzt: Rückgratverkrümmung.

4. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 22 Tage; Fortschritte III.
 5. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 77½ Tage; Fortschritte bis Mich. III; Mich.—Ost. 77 Tage; keine Zensur.

Schularzt: 22. 5. 1912 Lungen ohne Befund. Soll turnen!
 3. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit 13jähr. Bruder in einem Bett. Masern. Seit einem Jahre Husten und Auswurf. Sehr starke Nachtschweiße. Morgens öfter Blut im Auswurf.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung über der Spitze bis zur Schulterblattgräte, verschärftes Atmen mit verlängertem Expirium. L. v. Schallverkürzung oberhalb des Schlüsselbeins. Verschärftes Vesikuläratmen. L. h. wie r. o. Temperatur normal. Gewicht 26,3 kg. PIRQUET stark positiv. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 14. 8. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 24. 8. 1912 deutliche Schallverkürzung. R. h. o. hauchendes, leises Expirium. 20. 9. 1912 Auswurf: Vereinzelte Bazillen. 29. 10. 1912 Gewicht 29,2 kg. 4. 12. 1912 Gewicht 28,6 kg. 11. 4. 1913 Auswurf negativ. 27. 5. 1913 Heilstätte. 5. 9. 1913 Auswurf negativ. Gewicht 30 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 Monate.

Fall 19: R. Richard, 10¾ Jahre.

Familie: Vater: Handarbeiter, Einkommen 18 M. Mutter: ?

Wohnung: Hof 1 Treppe, 2 Zimmer, 3 Erwachsene, 2 Kinder, Schlafzimmer (sehr klein) 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 18. 8. 1899 als ? Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIa; Länge 115 cm; Gewicht 21 kg.
 2. „ 1907/08: Versäumnisse 14 Tage; Fortschritte Ib; Länge 120 cm; Gewicht 22,5 kg.
- Schularzt: Mittel.
3. „ 1908/09: Versäumnisse 31½ Tage; Fortschritte IIa; Länge 128 cm; Gewicht 27 kg.
 4. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II; Länge 133 cm; Gewicht 28 kg.
- Schularzt: Hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh?
5. „ 1910/11: Versäumnisse 36 Tage; Fortschritte II; Länge 135,5 cm; Gewicht 30 kg.
 6. „ 1911/12: Versäumnisse 25 Tage; Fortschritte II; Länge 143 cm; Gewicht 32,5 kg.
 7. „ 1912/13: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II; Länge 146 cm; Gewicht 35 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 78 Tage.

11. 6. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Onkel an Tbc. verstorben. Schläft mit Mutter in einem Bett. Keuchhusten, Masern, Darmkatarrh, Blutarmut. Husten und Auswurf seit längerer Zeit.

Befund: Schlecht. Hochgradige Blutarmut. Flacher Brustkorb. Schlecht ernährt. R. v. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen, mittel- und großblasige Rasselgeräusche oberhalb des Schlüsselbeins. R. h. ohne Befund. L. h. wie r. v. L. h. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 28,6 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 25. 5. 1910 Ferienkolonie (!). 22. 7. 1910 Erholungsstätte. 1. 3. 1911 Gewicht 32,2 kg. 11. 9. 1911 Erholungsstätte. 23. 10. 1911 Gewicht 35,1 kg. Kein Katarrh mehr. 25. 11. 1911 Auswurf frei. 29. 11. 1911 geheilt.

Dauer der offenen Tuberkulose: 17 Monate.

Nachschrift: 14. 7. 1913 Gewicht 39,6 kg. Allgemeinbefinden gut. R. o. h. Katarrh.

Fall 20: F. Kurt, 10 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 40 J., Schlosser, Einkommen 40 M. Bruder und Schwester an Schwindsucht verstorben. Mutter: 38 J., mittel, Gewicht 49,9 kg, Blutarmut, 9 Kinder (3 gestorben), Auswurf frei. Bruder: 12 J., schwächlich, Blutarmut, Gewicht 26,7 kg, gefährdet.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 2 Erwachsene, 8 Kinder, Schlafzimmer 9 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 13. 3. 1902 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte III; Länge 106 cm; Gewicht 16,5 kg.
Schularzt: Mittel, Hühnerbrust, Blutarmut.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte III; Länge 111,5 cm; Gewicht 17,5 kg.
3. „ 1910/11: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte III; Länge 116 cm; Gewicht 18,5 kg.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 3 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 121 cm; Gewicht 20,5 kg.
5. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 0 Tage, Mich. bis Ostern 46 Tage; ohne Beurteilung; Länge 126 cm; Gewicht 22,5 kg.

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh.

5 Schuljahre: Versäumnisse 60 $\frac{1}{2}$ Tag; Längenzunahme 20 cm; Gewichtszunahme 6 kg.

4. 11. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wird vom Schularzt überwiesen. Schläft mit Bruder in einem Bett. Seit kurzem Husten und Auswurf, öfters Blutspeien.

Befund: Phthisischer Habitus. Halsdrüsen. R. v., r. h., l. h. und l. v. beiderseits verschärftes Atmen. Temperatur normal. Gewicht 24,3 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 2. 12. 1912 unverändert. 1. 4. 1913 Allgemeinzustand gut, kein Auswurf. 5. 5. 1913 Erholungsstätte (bis 31. 5. Borna).

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate (kein Auswurf).

Nachschrift: 28. 5. 1913 gebessertes Allgemeinbefinden. R. v. o. verschärftes Atmen. 10. 6. 1913 Gewicht 26,4 kg. 3. 1. 1914 mager. Gewicht 26,4 kg. Auswurf negativ. 4. 2. 1914 Gewicht 27,3 kg. L. Spitze deutliches bronchiales Exspirium.

Fall 21: B. Erich, 11 Jahre.

Familie: Vater: 50 J., gesund, Pförtner, Einkommen 22 M. Mutter: 37 J., Grünwarenhändlerin, gesund, Vater an Tbc. gestorben, 3 Kinder; Einkommen 16 M. Geschwister gesund.

Wohnung: Erdgeschoß, 4 Zimmer, 2 Erwachsene, 2 Kinder. Offene Bauweise (Vorort).

Lebenslauf:

Geboren am 29. 1. 1900 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

Schularzt: Gut.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIa; Länge 115 cm; Gewicht 20 kg.
2. „ 1907/08: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte II; Länge 119 cm; Gewicht 21,25 kg.
3. „ 1908/09: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte II; Länge 126 cm; Gewicht 23,75 kg.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II; Länge 129 cm; Gewicht 27 kg.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIb; Länge 136 cm; Gewicht 30 kg.

Schularzt: Ostern 1910 mittel, hochgradige Blutarmut, Lungenemphysem. 16. 2. 1911 Lungenkatarrh. Der Fürsorgestelle überwiesen.

6. „ 1911/12: Versäumnisse 12½ Tage; Fortschritte II; Länge 143 cm; Gewicht 31,5 kg.
7. „ 1912/13: Versäumnisse 7 Tage; Fortschritte II; Länge 153 cm; Gewicht 39,7 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 25½ Tage; Längenzunahme 38 cm; Gewichtszunahme 19,5 kg.

2. 3. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Keuchhusten, Luftröhrenkatarrh. Seit längerer Zeit Husten.

Befund: Mittel. Auffallend langgestreckter Brustkorb. Untere Lungengrenzen beiderseits gleichmäßig über zwei Finger verbreitert. Klingende Rasselgeräusche über der ganzen Lunge. Ausgesprochene Lungenerweiterung. Temperatur normal. PIRQUET wiederholt negativ. Gewicht 30,4 kg. Auswurf: Zahlreiche Bazillen.

Verlauf: In privatärztlicher Behandlung. 1. 8. 1911 Auswurf frei. 15. 1. 1912 Auswurf frei. 18. 10. 1912 Auswurf frei. Gewicht 38,7 kg. Emphysem unverändert. 1. 4. 1913 gesund bis auf das Emphysem.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: Ohne Befund.

Fall 22: S. Willy, 11 Jahre.

Familie: Vater: 40 J., Packer, Einkommen 19 M. Trinker. Mutter im Alter von 34 J. Sept. 1910 an offener Lungenschwindsucht verstorben. 6 Kinder (2 gestorben). Schwester: 8 J., mittel, Blutarmut, PIRQUET positiv, latente Tuberkulose. Bruder: 6 J., Skrofulose, PIRQUET positiv. Schwester: 3 J., mittel, Skrofulose, PIRQUET 1909 (zweimal) negativ, 1911 positiv.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 6 Personen in 3 Betten!

Lebenslauf:

Geboren am 17. 12. 1900 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte III; Länge 105 cm; Gewicht 16,5 kg.

Schularzt: Mittel.

2. „ 1908/09: Versäumnisse 50 Tage; Fortschritte III; Länge 110 cm; Gewicht ?

3. „ 1909/10: Versäumnisse 10½ Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 114,12 cm; Gewicht 19,4 kg.

4. „ 1910/11: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 122 cm; Gewicht 23 kg.

Schularzt: Herzfehler, Heiserkeit, Tuberkulose.

5. „ 1911/12: Versäumnisse: Ost.—Mich. 34 Tage, ohne Zensur; Mich.—Ost. befreit vom Schulbesuch; Länge 124 cm; Gewicht 24,3 kg.

Schularzt: Schlecht, Herzfehler.

6. „ 1912/13: Ohne Zensur. Fehlt das ganze Jahr.

Schularzt: Genügend. Tuberkulose.

7. „ 1913/14: 1. 4. 1913 Zustand schlecht. Länge 131 cm; Gewicht 30,5 kg.

Schularzt: Ungenügend.

15. 8. 1906 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit Schwester in einem Bett. Masern, Husten, Auswurf, Nachtschweiße. Durchfälle seit einiger Zeit.

Befund: Mittel. R. v. Schallverkürzung oberhalb des Schlüsselbeins. R. h. ohne Befund. L. v. ohne Befund. L. h. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen unterhalb der Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht kg. Auswurf frei.

Verlauf: 24. 8. 1906 Walderholungsstätte (4 Wochen). 5. 5. 1908 Walderholungsstätte. 5. 4. 1909 Befund unverändert, PIRQUET positiv (2 gr). 22. 7. 09 Walderholungsstätte (4 Wochen). 4. 4. 1910

Gewicht 23 kg. Blutarmut, latente Tuberkulose. 13. 4. 1911 Gewicht 25,1 kg. 10. 6. 1911 Gewicht 24,7 kg. Befund unverändert. 11. 8. 1911 Walderholungsstätte (4 Wochen). 5. 10. 1911 Gewicht 27,6 kg. Vesikobronchiales Atmen. 5. 12. 1911 Auswurf: Vereinzelte Bazillen. Gewicht 26,7 kg. 10. 2. 1912 Walderholungsstätte (13 Wochen). 14. 5. 1912 Gewicht 29,7 kg. R. h. o. verlängertes Exspirium. Kein Auswurf mehr. 4. 6. 1912 Auswurf frei von Bazillen. Gewicht 29,9 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 7 Monate.

Nachschrift: Kind wegen häuslicher Verhältnisse im Kinder-versorghaus untergebracht. Allgemeinzustand wesentlich gebessert. Lunge ohne Befund.

Fall 23: S. Otto, 11½ Jahre.

Familie: Vater: 36 J., Eisendreher, gesund. Geschieden. Mutter: 37 J., übermittel, 59,8 kg, gesund; 2 Kinder, davon 1 gestorben.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 1 Kind.

Lebenslauf:

Geboren am 21. 8. 1900 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907 in W. a. Od., am 22. 11. 1909 nach Berlin, am 26. 8. 1912 in Chemnitz, zuvor (November 1911) vom Schulbesuch befreit durch Schularzt.

5. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 203 Tage; Fortschritte IIb.
(Bis 26. 8. 1912.)

Schularzt: Genügend, hochgradige Blutarmut, Lungentuberkulose.

6. „ 1912/13: Versäumnisse 244 Tage; Fortschritte III.
7. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. Seit einiger Zeit Husten, Nachtschweiß, zeitweise Fieber.

Befund: Übermittel, Blutarmut. R. v. ohne Befund. R. h. verlängertes Exspirium bei verschärftem Vesikuläratmen. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 38,8 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 2. 2. 1912 r. v. und h. sehr suspekt. Auswurf seit mehreren Wochen. Gewicht 38,7 kg. 27. 2. 1912 Auswurf: Bazillen. 8. 7. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 23. 8. 1912 Gewicht 43 kg. Über rechter Spitze rauhes Exspirium. 15. 10. 1912 Auswurf frei. — Hilfsschule: Fortschritte III.

Dauer der offenen Tuberkulose: 8 Monate.

Nachschrift: 11. 4. 1913 Auswurf negativ. Gewicht 43 kg. Geringe diffuse Bronchitis. 10. 11. 1914 Gewicht 49,6 kg. Allgemeinzustand gut. R. Spitze verschärftes Atmen.

Fall 24: S. Wilhelm, 12 Jahre.

Familie: Vater: 42 J. alt 1907 an Schwindsucht verstorben. Mutter: 44 J., 10 Kinder (6 gestorben), 47 M. monatl. Einkommen.

Thiele, Tuberk. Kinder.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 4 Erwachsene, 1 Kind, Schlafzimmer (zu eng, um noch ein Bett zu stellen!) 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 19. 9. 1900 in E. als 8. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIb; Länge 104 cm; Gewicht 16 kg.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut. Verkrüppelter Brustkorb. Nabelbruch.
2. „ 1908/09: Versäumnisse 10 Tage; Fortschritte III; Länge ?; Gewicht ?.
3. „ 1909/10: Versäumnisse 31½ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 115 cm; Gewicht 19,5 kg.
4. „ 1910/11: Versäumnisse 13 Tage; Fortschritte III; Länge 120 cm; Gewicht 21 kg.
Schularzt: 13. 12. 1910 Blutarmut, Wirbelsäulenverkrümmung.
5. „ 1911/12: Versäumnisse 17 Tage; Fortschritte III; Länge 125 cm; Gewicht 24 kg. — Ferienkolonie.
6. „ 1912/13: Versäumnisse 27 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 128 cm; Gewicht 28,5 kg.
Schularzt: 23. 4. 1912 verdächtiger Luftröhrenkatarrh, Schwerhörigkeit.

6 Schuljahre: Versäumnisse 63½ Tage; Längenzunahme 24 cm; Gewichtszunahme 12,5 kg.

24. 8. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit 21jähr. Schwester in einem Bette. Seit ¼ Jahr Husten mit wenig Auswurf.

Befund: Schlecht, unterernährt, verkrüppelter Brustkorb. R. v. bis zur zweiten Rippe Schallverkürzung, abgeschwächtes Vesikuläratmen. R. h. Schallverkürzung und Bronchialatmen bis unmittelbar unterhalb der Schulterblattgräte. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 28,3 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 25. 1. 1913 Allgemeinbefinden gebessert. 28. 2. 1913 Auswurf vereinzelt Bazillen. Heilstätte beantragt. 1. 4. 1913 Zustand ungebessert. 14. 11. 1913 Auswurf negativ.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 Monate.

Nachschrift: 1. 10. 1915 aus der Schule entlassen. Allgemeinbefinden angeblich gut. Keine Lungenbeschwerden (?). Geht auf Arbeit.

Fall 25: B. Willy, 12 Jahre.

Familie: Vater: 50 J., Modelltischler. Invalidenrentner wegen chronischer Lungentuberkulose. Heilstätte ohne Erfolg. 23. 7. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. Gewicht 64 kg. Endstadium. Im Mai 1914 verstorben. Mutter: 43 J., 7 Kinder (1 gestorben). Bruder:

10 J., mittel, PIRQUET positiv, Drüsentuberkulose. Schwester: 8 J., schwächlich, Lungen ohne Befund.

Wohnung: Erdgeschoß, 1 Zimmer, 2 Schlafzimmer, Küche, 7 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 19. 6. 1900 zu M. als 4. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906 in D., 1908 nach Chemnitz verzogen.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
 2. „ 1907/08: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?
 3. „ 1908/09: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
- Schularzt: Genügend.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIa; Länge 128 cm; Gewicht 24 kg.
 5. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 130 cm; Gewicht 26 kg.
 6. „ 1911/12: Versäumnisse 16 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 137 cm; Gewicht 29 kg.
 7. „ 1912/13: Versäumnisse 22 Tage; Fortschritte IIb; Länge 143 cm; Gewicht 35 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 45 Tage; Längenzunahme (ab viertes Schuljahr) 15 cm; Gewichtszunahme (ab viertes Schuljahr) 11 kg.
2. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Öfters Halsschmerzen.

Befund: Flacher Brustkorb. Mittel. R. v. Schallverkürzung bis unmittelbar unter das Schlüsselbein. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium ebenda. R. h. Schallverkürzung bis zur Mitte des Schulterblattes. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium ebenda. L. v. ohne Befund. L. h. mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis zur Mitte des Schulterblattes. Temperatur 37,6°. Gewicht 31,5 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 11. 9. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 11. 10. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. 25. 10. 1912 Befund unverändert. Nachtschweiß. Gewicht 31,3 kg. 4. 4. 1913 Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 9 Monate.

Nachschrift: 24. 6. 1913 Auswurf frei. In beiden Spitzen verschärftes Atmen. 8. 6. 1914 Allgemeinzustand gut. Lungenbefund sehr gebessert. 26. 2. 1915 Gewicht 42 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 26: W. Georg, 12½ Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Schlosser, Einkommen 25 M. Mutter: 36 J., Großvater und Schwester an Tuberkulose verstorben; 6 Kinder

(3 gestorben). Bruder: 10 J., mittel, Gewicht 35,1 kg. Schwere englische Krankheit, Blutarmut, Wirbelsäulenverkrümmung, PIRQUET positiv.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene und 2 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 24. 4. 1899 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

Schularzt: Mittel. Vergrößerte Mandeln, Sehstörung.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 10 Tage; Fortschritte IV (bleibt sitzen); Länge 105 cm; Gewicht 17,7 kg.
 2. „ 1906/07: Versäumnisse 21 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 115 cm; Gewicht 25 kg.
 3. „ 1907/08: Versäumnisse 10 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 115 cm; Gewicht 24 kg.
 4. „ 1908/09: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
 3. „ 1909/10: Versäumnisse 12 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 124 cm; Gewicht 26,8 kg.
 6. „ 1910/11: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte III; Länge 132 cm; Gewicht 29,2 kg.
 7. „ 1911/12: Versäumnisse 35 Tage; Fortschritte III; Länge 133,5 cm; Gewicht 31 kg.
- Schularzt: 9. 9. 1911 Lungentuberkulose, Kehlkopf-störung. Der Fürsorgestelle überwiesen.
8. „ 1912/13: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIa; Länge 142 cm; Gewicht 37,2 kg.

8 Schuljahre: Versäumnisse 97 $\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme 37 cm; Gewichtszunahme 22 kg.

Schulentlassung: Ostern 1913. Zunächst Laufbursche.

12. 9. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern. Seit vier Wochen Husten, Auswurf, Nasenbluten.

Befund: Mittel, schwache Muskulatur. R. v. ohne Befund. R. h. bis unterhalb der Schulterblattgräte verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 32 kg. Auswurf: Vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 18. 11. 1911 Schularzt: R. h. verschärftes Atmen. 10. 12. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 29. 2. 1912 Allgemeinbefinden gut. Gewicht 37,4 kg. Auswurf frei. 24. 4. 1912 Schularzt: Lungen ohne Befund. 29. 7. 1912 Gewicht 38,8 kg. 25. 10. 1912 Auswurf frei. 2. 11. 1912 Schularzt: Lunge frei. 4. 11. 1912 Gewicht 39,75 kg. Geheilt. 1. 4. 1913 geheilt.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: Gesund.

Fall 27: Z. Willy, 12 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 49 J., Färbereiarbeiter, Einkommen 18 M. Mutter: 54 J., 13 Kinder (6 gestorben). Schwester: 22 J., offene Tuberkulose! (18. 10. 1910.) Jetzt gesund, verheiratet. Wohnt auf dem Lande. Bruder: 14 $\frac{1}{2}$ J., mittel, Gewicht 31,3 kg, PIRQUET positiv. Schwester: 10 J., untermittel, Gewicht 21,9 kg, PIRQUET positiv, latente Tuberkulose.

Wohnung: 3 Treppen, 3 Zimmer, Küche, 3 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 24. 3. 1898 als 10. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

Schularzt: Schlecht, hochgradige Blutarmut, Krätze, rachitische Verbiegungen der Oberschenkel, herabgesetztes Sehvermögen.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 15 Tage; Fortschritte III; Länge 98 cm; Gewicht 14,5 kg.
 2. „ 1906/07: Versäumnisse 21 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 103 cm; Gewicht 17,1 kg.
 3. „ 1907/08: Versäumnisse 49 Tage; Fortschritte III; Länge 107 cm; Gewicht 18,2 kg.
 4. „ 1908/09: Versäumnisse 61 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIb (bleibt in Kl. 5 sitzen); Länge 110,5 cm; Gew. 19,5 kg.
- Schularzt: Ungenügend.
5. „ 1909/10: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
 6. „ 1910/11: Versäumnisse 49 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 118 cm; Gewicht 21,7 kg.
 7. „ 1911/12: Versäumnisse 116 Tage; Fortschritte III; Länge 120 cm; Gewicht 25 kg.
 8. „ 1912/13: Versäumnisse 230 Tage; Fortschritte: keine Zensur; Länge 125 cm; Gewicht 30 kg.

8 Schuljahre: Versäumnisse 493 Tage; Längenzunahme 27 cm; Gewichtszunahme 18,1 kg.

11. 1. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Allgemeiner krätzeähnlicher Hautausschlag. Masern. Seit Oktober 1910 Husten.

Befund: Untermittel. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung über der ganzen Lunge. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium bis zur Schulterblattgräte. Zähne knackende Geräusche in der Schulterblattgegend. L. v. ohne Befund. L. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 24,8 kg. Auswurf: Vereinzelt Bazillen.

Verlauf: 11. 8. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 21. 9. 1911 Gewicht 28,4 kg. 7. 10. 1911 Lungenbefund fast ohne Abweichungen. Allgemeinzustand gebessert. 7. 3. 1912 Auswurf noch immer Bazillen.

25. 9. 1912 r. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte. Mittel- und großblasige R. G. bis zur Schulterblattspitze. 20. 2. 1913 Schularzt: Lunge ohne Befund. 22. 2. 1913 Erholungsstätte (6 Wochen). 11. 3. 1913 Auswurf frei von Bazillen. 1. 4. 1913 Gewicht 32,6 kg. Dauer der offenen Tuberkulose: 26 Monate.

Nachschrift: 16. 12. 1913 Gewicht 32,9 kg. Nur zeitweise Auswurf. 20. 6. 1914 Gewicht 34 kg. L. h. o. Rasseln. 25. 9. 1915 Gewicht 37 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 28: U. Paul, 12 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 44 J., Holzbildhauer, andauernd hustenleidend. Mutter: 29 J., im Mai 1908 an Lungenschwindsucht (10. 12. 1907 Auswurf zahlreiche Bazillen) verstorben (1907 vorliegende Nachgeburt); 3 Kinder.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Bodenkammer, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 11. 2. 1899 in H. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

1.	Schuljahr 1905/06:	Versäumnisse	8 Tage;	Fortschritte	IIIa.
2.	„	1906/07:	„	6 „	„
3.	„	1907/08:	„	6 „	„
4.	„	1908/09:	„	7 $\frac{1}{2}$ „	„
5.	„	1909/10:	„	6 „	„
6.	„	1910/11:	„	8 „	„
7.	„	1911/12:	„	38 „	„
8.	„	1912/13:	„	0 „	„

14. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern. Kurzatmigkeit und Husten seit vier Wochen.

Befund: Mittel. Nackendrüsen. R. v. Schallverkürzung bis zur dritten Rippe. Giemen und verschärftes Vesikuläratmen. R. h. Dämpfung bis zur Schulterblattspitze und zähe knackende Geräusche. L. v. Dämpfung wie r. Geräusche wie r. L. h. über der ganzen Lunge Giemen. Temperatur normal. Gewicht 32,4 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Vereinzelt Bazillen.

Verlauf: 28. 1. 1912 Walderholungsstätte (8 Wochen). 21. 3. 1912 Auswurf frei. Gewicht 37,2 kg. Lungenbefund unverändert schlecht. 1. 4. 1913 Blutarmut. — Schulentlassen Ostern 1913. Allgemeinbefinden gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 29: St. Rudolf, 13 Jahre.

Familie: Eltern ohne Befund. Zwei Tanten (väterlicherseits) an Schwindsucht verstorben. Schwester: 5 J., Blutarmut, Lunge ohne Befund.

Wohnung: Hinterhaus 1 Treppe, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 2 Kinder; Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 16. 10. 1899.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 101 cm; Gewicht 18 kg.
Schularzt: Mittel. Rachitis.
2. „ 1907/08: Versäumnisse 7 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 107,5 cm; Gewicht 20,75 kg.
3. „ 1908/09: Versäumnisse 10 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 109 cm; Gewicht 21,5 kg.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 16 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIb; Länge 116 cm; Gewicht 25 kg.
Schularzt: Genügend. Verkrümmte Gliedmaßen.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 30 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?
6. „ 1911/12: Versäumnisse 35 Tage; Fortschritte III; Länge 118 cm; Gewicht 26,5 kg.
7. „ 1912/13: Versäumnisse 42 Tage; Fortschritte III; Länge 122 cm; Gewicht 30 kg.
8. „ 1913/14: Länge 129 cm; Gewicht 31,5 kg.
Schularzt: 1. 7. 1913 Lungenkatarrh.
8. 7. 1913 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Scharlach, Diphtherie, Masern. Husten seit Weihnachten. Viel Auswurf, Nasenbluten.

Befund: Kräftiger, gut genährter Junge. R. v. o. rauhes Atmen. Temperatur normal. Gewicht 31,3 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 18. 9. 1913 Erholungsstätte. 24. 10. 1913 Auswurf frei. 12. 11. 1913 auffälliger Körperverfall. Zeitweilig in einem Heim für kleine Kinder, wo die Mutter als Aufwartung tätig ist, beschäftigt. 19. 12. 1913 Gewicht 36,9 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen. 30. 12. 1913 Gewicht 37,9 kg. 12. 4. 1914 Gewicht 44 kg. Guter Allgemeinzustand. Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 3 Monate, 2. 5 Monate.

Nachschrift: Gesund. Als Melkerlehrling auf Rittergut.

Fall 30: J. Karl, 13 Jahre.

Familie: Vater: 43 J., Versicherungsagent, Einkommen 25 M. Mutter: 40 J., 5 Kinder (4 unter 14 Jahren). Bruder: 16 J., verdächtig, leidet dauernd an Atemnot.

Wohnung: 1 Treppe, 4 Zimmer, 3 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 25. 5. 1900 in H. als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 41 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 103 cm; Gewicht 16 kg.

Schularzt: Ungenügend. Luftröhrenkatarrh, Hühnerbrust, Verkrümmung der Brustwirbelsäule, Flechten am Rumpf und Gliedmaßen.

2. „ 1907/08: Versäumnisse 159 Tage; Fortschritte III.

3. „ 1908/09: Versäumnisse 22 Tage; Fortschritte III; Länge 118 cm; Gewicht 19 kg.

Schularzt: Schlecht. Asthma? Tuberkulose?
15. 3. 1909 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Keuchhusten, Diphtherie, Lungenentzündung (dreimal). Seit längerer Zeit Husten, Auswurf, Fieber, Körpergewichtsabnahme.

Befund: Ungenügend. Kielbrust, Wirbelsäulenverkrümmung zweiten Grades. R. v. und h., l. v. und h. Pfeifen und Giemen, groß- und kleinblasiges Rasseln. Temperatur normal. Gewicht 20,8 kg. Auswurf frei. PIRQUET zweimal negativ. Diagnose: Bronchialasthma. Keine Tuberkulose. Diffuser Bronchialkatarrh.

4. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte III; Länge 121 cm; Gewicht 21,5 kg.

5. „ 1910/11: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 125,5 cm; Gewicht 23 kg.

Schularzt: Mittel. Geschwollene Nacken- und Halsdrüsen.

6. „ 1911/12: Versäumnisse 8 Tage; Fortschritte IIb; Länge 129,75 cm; Gewicht 24,5 kg.

7. „ 1912/13: Versäumnisse 6½ Tage; Fortschr. IIIa; Länge 135 cm; Gewicht 26,5 kg.

8. „ 1913/14: Länge 140 cm; Gewicht 29,3 kg.

Schularzt: 29. 5. 1913 auffällige Blutarmut, lebhafter Katarrh. Wiederum der Fürsorgestelle überwiesen.
3. 6. 1913 Fürsorgestelle.

Befund: Mittel. Blutarmut. R. v. überall Giemen. R. h. Dämpfung bis unmittelbar unterhalb der Schulterblattgräte. L. v. Dämpfung bis zur dritten Rippe. Zähne knackende Geräusche. L. h. Giemen. Temperatur normal. Gewicht 31,3 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate.

Nachschrift: Sommer 1913 Erholungsstätte. 12. 9. 1913 Auswurf frei. Gewicht 33,6 kg. 26. 3. 1915 Auswurf frei. Gewicht 46,5 kg. R. u. klingendes Rasseln. In der r. Spitze scharfes Inspirium. Ungünstiger Fall fortschreitender Lungenschwindsucht.

Fall 31: F. Alfred, 13½ Jahre.

Familie: Vater: gestorben. Mutter: gesund, Einkommen 26 M. monatlich, 3 Kinder. Bruder: 11 J., gesund, Gewicht 28,1 kg. Bruder: 9 J., mittel, Gewicht 22,7 kg, gefährdet.

Wohnung: 3 Treppen, 1 Zimmer, 1 Schlafzimmer, Küche, 1 Erwachsener, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 28. 7. 1897 in Oe. als 1. Kind.

Schulaufnahme: 1903 in Chemnitz.

15. 6. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Scharlach, Keuchhusten. Seit einiger Zeit Husten, Auswurf, zeitweise Durchfälle.

Befund: Mittelkräftig, gut gewölbter Brustkorb. R. h. und v. ohne Befund. L. v. oberhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. Mittel- und großblasige Rasselgeräusche. L. h. verschärftes Vesikuläratmen, großblasige Rasselgeräusche oberhalb der Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 33,8 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 1. 2. 1911 unverändert. 14. 2. 1911 Auswurf zahlreiche Bazillen. 2. 9. 1911 Erholungsstätte. 20. 9. 1911 Gewicht 39,8 kg. Kein Auswurf, Befund etwas gebessert. 18. 10. 1911 kein Auswurf, wenig Husten, Lungenbefund wenig geändert. 8. 12. 1911 Auswurf frei.

Schulentlassung: Ostern 1912. Versäumnisse: 1191/2 Tage. Fortschritte II.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 Monate (sicher 18 Mon.).

Nachschrift: Ohne Befund.

Fall 32: S. Bruno, 131/2 Jahre.

Familie: Vater: 35 J., Kutscher, Einkommen 22 M. Mutter: 35 J., 8 Kinder (5 gestorben). Schwester: 11 J., mittel, Gewicht 28 kg, Blutarmut, Lungenspitzenkatarrh. Bruder: 7 J., mittel, PIRQUET positiv, tuberkulöser Lungenspitzenkatarrh.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche; 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 29. 3. 1898 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1904.

8. Schuljahr 1911/12: Hilfsschule.

8 Schuljahre: Versäumnisse 3371/2 Tage; Fortschritte III.

Schulentlassung Ostern 1912, Hilfsklasse I.

19. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Lungenentzündung. Seit kurzem Husten und Auswurf.

Befund: Mittel. Blutarmut. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte, verschärftes Atmen ebenda. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 35,7 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 6. 12. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 26. 2. 1912 Gewicht 42,3 kg. 1. 3. 1912 Auswurf frei. 15. 4. 1912 gesund. Handarbeiter. Auswurf frei. 1. 4. 1913 gesund.

Dauer der offenen Tuberkulose: $3\frac{1}{4}$ Monate.

Nachschrift: 14. 5. 1914 Auswurf frei, gesund.

Fall 33: W. Paul, $13\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 36 J., Bildhauer (selbständig, jedoch nur vier Monate Einkommen), offene Lungentuberkulose (14. 5. 1912 Auswurf, zahlreiche Bazillen; 7. 1. 1913 sehr zahlreiche Bazillen). Im Laufe des Jahres 1913 verstorben. Mutter: 35 J., 4 Kinder (1 gestorben). Schwester: 9 J., untermittel, Gewicht 18,6 kg, PIRQUET positiv.

Wohnung: Erdgeschoß, 4 Zimmer (von denen 2 weitervermietet), 6 Erwachsene, 2 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 12. 4. 1898 in Fr. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1904.

1. Schuljahr 1904/05: ?

2. „ 1905/06: ?

3. „ 1906/07: ?

4. „ 1907/08: Verzogen nach Chemnitz.

Schularzt: Mittel, Hühnerbrust.

5. „ 1908/09: ?

6. „ 1909/10: ?

Schularzt: Hochgradige Blutarmut. Ferienkolonie.

7. „ 1910/11: ?

8. „ 1911/12: Versäumnisse 53 Tage; Fortschritte II.

Schularzt: 24. 8. 1911 ungenügend, Lungenkatarrh.

11. 9. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Seit sechs Wochen Husten, Auswurf, Nachtschweiß. Gewichtsverluste. Wird vom Schularzt überwiesen.

Befund: Schwach, Hühnerbrust, Skrofulose, Nasen-Rachenwucherungen, chronischer Schnupfen. R. v. Giemen, ober- und unterhalb des Schlüsselbeins. R. h. desgleichen bis zur Schulterblattgräte. L. v. Schallverkürzung bis unmittelbar unterhalb des Schlüsselbeins. Klingende feine und grobe Rasselgeräusche. L. h. Schallverkürzung, Giemen, mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 25,6 kg. PIRQUET positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 15. 11. 1911 soll in der Walderholungsstätte untergebracht werden, was der Vater verweigert, da er sonst seine Arbeit verlöre. Ostern 1912 Schulentlassung. 17. 7. 1912 Gewicht 27,2 kg, unverändert. 10. 11. 1912 Gewicht 27 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: 6. 3. 1915 Gewicht 35,3 kg. Auswurf frei. R. o. Katarrh. Rauhes Inspirium. Allgemeinzustand schwächlich.

Fall 34: G. Paul, 14 Jahre.

Familie: Vater: 46 J., 1902 an Lungenschwindsucht verstorben. Mutter: 40 J., Lungenemphysem mit reichlichem Auswurf (Auswurf frei), 1903 in Lungenheilstätte. Ohne Einkommen. Armenunterstützung. 4 Kinder (2 angeblich an Tbc. verstorben). Schwester: 11 J., mittel, phthisischer Habitus. Auswurf frei von Bazillen, PIRQUET positiv, stark verdächtig.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am ? als 3. Kind.

7. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Lungenentzündung. Seit längerer Zeit Husten und viel Auswurf.

Befund: Mittel. R. h. an Lungenbasis: Schallverkürzung, großblasiges Rasseln. R. v. ohne Befund. L. h. Schallverkürzung, Bronchialatmen, mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 30,6 kg. PIRQUET schwach positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 8. 12. 1911 Erholungsstätte (4 Wochen).

Schulentlassung Ostern 1912. Fortschritte IIIa. Versäumnisse 42 Tage.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: Gesund.

Lebensbilder (Mädchen).

Zusammenstellung der Mädchen.

Alter 5—6 Jahre:	0	Fälle,
„ 6—7	4	„
„ 7—8	6	„
„ 8—9	5	„
„ 9—10	6	„
„ 10—11	8	„
„ 11—12	5	„
„ 12—13	6	„
„ 13—14	7	„
„ 14—15	2	„

49 Fälle.

Von diesen sind in der Zeit seit ihrer Feststellung 17 Fälle klinisch geheilt, 10 Fälle klinisch gebessert, 8 Fälle unverändert, 3 Fälle verschlechtert und 3 Fälle verstorben. Von 8 Fällen war keine Nachricht zu ermitteln. Die Dauer der

offenen Tuberkulose war $\frac{1}{2}$ (1 Fall), 1 (1), $1\frac{1}{2}$ (1), 2 (1), $2\frac{1}{4}$ (1), $2\frac{1}{2}$ (1), 3 (2), $3\frac{1}{2}$ (1), 4 (3), $4\frac{1}{2}$ (1), $4\frac{3}{4}$ (1), 5 (5), $5\frac{1}{4}$ (1), $5\frac{1}{2}$ (1), 6 (7), $6\frac{1}{2}$ (1), $7\frac{1}{2}$ (1), 8 (3), $8\frac{1}{3}$ (1), 9 (1), 10 (1), 11 (2), 12 (1), 15 (1), $15\frac{1}{2}$ (1), 16 (1), 18 (1), 24 (1), außerdem 19 und folgende Monate und 7 und folgende Monate. In 2 Fällen folgte auch hier einer nach offener Tuberkulose geschlossenen Zeit ein nochmaliges Auftreten von Bazillen im Auswurf. In 5 Fällen war die Zeit nicht festzustellen. Bis 5 Monate betrug die Dauer der offenen Tuberkulose in 19 Fällen, bis 10 Monate in 17 Fällen, darüber hinaus in 10 Fällen.

Abgesehen von der größeren Zahl befallener Mädchen ist durchaus der Eindruck eines schwereren Verlaufs der Erkrankung bei den Mädchen als bei den Knaben, wie er auch anderwärts beobachtet ist, vorherrschend.

Fall 1: M. Helene, $6\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 32 J., Tischler, Einkommen 28 M. Mutter: 35 J., 3 Kinder. Schwester: 7 J., mittel, Gewicht 20 kg. Blutarmut, phthisischer Habitus, Nackendrüsen, PIRQUET positiv, stark gefährdet. Schwester: 5 J., mittel, Gewicht 13,4 kg, PIRQUET (zweimal) negativ.

Wohnung: 4 Treppen, 1 Zimmer, 1 Schlafzimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 24. 12. 1905 als 2. Kind.

Ostern 1912 wegen allgemeiner Körperschwäche und Lungenleiden bis Ostern 1913 vom Schulbesuch zurückgestellt.

25. 3. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Keuchhusten, Masern, Husten und sehr viel Auswurf, seit $\frac{1}{4}$ Jahr Gewichtsabnahme.

Befund: Schlecht, sehr schwach und blutarm. R. v. Schallverkürzung bis zum Schlüsselbein, Giemen, zähe knackende Geräusche bis zur dritten Rippe. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattspitze, ebenda Giemen und vereinzelte zähe Geräusche. L. v. Schallverkürzung bis zur dritten Rippe. Giemen. L. h. bis zur Schulterblattgräte Giemen. Temperatur normal. Gewicht 15,8 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 20. 5. 1912 privatärztliche Behandlung. Vereinzelte feuchte Geräusche. 17. 8. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 14. 10. 1912 Gewicht 18,2 kg. Allgemeinzustand sehr viel gebessert. Katarrh fast gänzlich geschwunden. Auswurf frei. 15. 11. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 20. 1. 1913 Gewicht 19 kg. Dämpfung der linken Spitze heller. R. h. noch einige Reibegeräusche. 30. 1. 1913 Gewicht 18 kg. Frischer Katarrh der oberen Luftwege. Diffuser

Katarrh über beiden Lungen. Ärztliche Behandlung. Bettruhe. 11. 2. 1913 Auswurf frei. 1. 4. 1913 gesund.

Ostern 1913 Schulaufnahme.

Dauer der offenen Tuberkulose: $6\frac{1}{2}$ Monate.

Nachschrift: 27. 7. 1915 Blutarmut. Lunge ohne Befund.

Fall 2: P. Dora, $6\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: Schleifer, Einkommen 25 M. Mutter 1908 an Tbc. verstorben. Mittel. Gewicht 61 kg. Chron. Lungenkatarrh. Auswurf 25. 8. 1911 frei. Schläft mit 7jähr. Sohn in einem Bette. Mutter: Gesund, 3 Kinder. Schwester: 8 J., mittel, Gewicht 19,6 kg, verdächtig. Bruder: 3 J., gut, Gewicht 15,7 kg.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 22. 3. 1904 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

- | | | | | | | |
|----|-----------|----------|--------------|-----------------------|--------------|-------|
| 1. | Schuljahr | 1910/11: | Versäumnisse | $40\frac{1}{2}$ Tage; | Fortschritte | III. |
| 2. | „ | 1911/12: | „ | 10 „ | „ | IIIa. |
| 3. | „ | 1912/13: | „ | 10 „ | „ | IIIa. |

27. 5. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit Schwester in einem Bette. Keuchhusten, Lungenkatarrh. Seit sechs Wochen Husten, Auswurf (sehr reichlich), Nachtschweiß. Gewichtsabnahme, öfter Nasenbluten.

Befund: Untermittel, rachitischer Brustkorb, adenoide Wucherungen, vergrößerte Mandeln. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung, unreines Atmen, mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis zur Schulterblattgräte. L. v. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen, Giemen bis zur dritten Rippe. L. h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 17,1 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 8. 10. 1910 Walderholungsstätte. 28. 11. 1910 allgemeine Verschlechterung. 17. 3. 1911 Gewicht 19,1 kg. R. v. Katarrh. 14. 5. 1911 Walderholungsstätte. 1. 6. 1911 Gewicht 19,6 kg. 15. 8. 1911 wenig gebessert. Allgemeinzustand sehr dürrtig. 27. 11. 1911 Auswurf frei. 1. 3. 1912 Gewicht 25,1 kg. 13. 4. 1912 Walderholungsstätte. 5. 6. 1912 Gewicht 23 kg. Allgemeinzustand gebessert. Oktober 1912 verzogen nach L-n. Februar 1913 verzogen nach Chemnitz. März 1913 verzogen nach L-u.

Dauer der offenen Tuberkulose: 18 Monate.

Nachschrift: 19. 4. 1913 Allgemeinzustand schlecht. 11. 12. 1913 Heilstätte. 16. 4. 1914 Auswurf frei. 16. 5. 1915 Auswurf frei, schwächlich. Gewicht 25,1 kg.

Fall 3: M. E. H., $6\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 30 J., gesund, Straßenwärter, Einkommen 26 M. Mutter: 24 J. alt 1905 an Tbc. verstorben.

Wohnung: 3 Treppen, 3 Zimmer, 3 Erwachsene, 1 Kind.

Lebenslauf:

Geboren am 3. 1. 1905 in Chemnitz als einziges Kind. 4 Monate gestillt. Öfter an Husten und Erbrechen sowie Mandelentzündung erkrankt gewesen.

Schulaufnahme: Ostern 1911.

Schularzt: Gesund. Guter Ernährungszustand.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 55 Tage; Fortschritte IIa; Länge 118,5 cm; Gewicht 22 kg.
 2. „ 1912/13: Versäumnisse 40 Tage; Fortschritte II; Länge ? Gewicht ?
 3. „ 1913/14: Ostern 1913 Länge 129 cm; Gewicht 27 kg.
- 2 Schuljahre: Versäumnisse 95 Tage; Längenzunahme 10,5 cm; Gewichtszunahme 5 kg.

28. 7. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. Husten, Auswurf, Fieber, Nachtschweiß gleich nach Schuleintritt. Vor vier Wochen Blutspucken nach Hustenanfall.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung oberhalb der Schulterblattgräte. Dazu Bronchialatmen und mittel- und großblasige Rasselgeräusche. Unterhalb der Schulterblattgräte zähe knackende Geräusche und Giemen. L. v. ohne Befund. L. h. o. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. Zähe knackende Geräusche bis etwas unterhalb der Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 21,3 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 11. 8. 1911 Keuchhustenausbruch. Landaufenthalt. 3. 10. 1911 Auswurf frei. 23. 11. 1912 Auswurf Bazillen. 7. 1. 1913 Auswurf frei. 1. 4. 1913 genügend, Blutarmut. Gut ernährt. Lunge fast frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 3 Monate, 2. 2 Monate.
Nachschrift: Gesund.

Fall 4: J. Margarethe, 6½ Jahre.

Familie: Vater: 46 J., Fleischer, Einkommen 25 M. Mutter: 49 J., 12 Kinder (3 gestorben). Schwester: 11 J., mittel, Gewicht 37,1 kg, gefährdet. Bruder: 8 J., offene Tuberkulose.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 7 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 8 Personen! Geschlossene Bauweise in dicht bevölkertem Stadtteile.

Lebenslauf:

Geboren am 5. 5. 1905 als 10. Kind. Im ersten Lebenshalbjahr Geschwür am Kopf (operativ behandelt).

Schulaufnahme: Ostern 1911.

Schularzt: Mittel, Blutarmut, runder Rücken, Lunge verdächtig.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 47 Tage; Fortschritte IIb; Länge 110 cm; Gewicht 18 kg.
2. „ 1912/13: Versäumnisse 21½ Tage; Fortschritte IIa; Länge 117 cm; Gewicht 19,5 kg.

2 Schuljahre: Versäumnisse 49 $\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme 7 cm; Gewichtszunahme 1,5 kg.

28. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter an Tbc. verstorben. Bruder lungenkrank. Schläft mit der Schwester in einem Bett. Masern, Diphtherie. Seit einiger Zeit etwas Auswurf, wenig Husten, Nachtschweiß.

Befund: Mittel. R. v. und h. ohne Befund. L. v. ohne Befund. L. h. verschärftes Vesikuläراتmen und verlängertes Exspirium. Temperatur normal. Gewicht 18,4 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 29. 12. 1911 schlechter Allgemeinzustand. 8. 2. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 3. 4. 1912 Gewicht 19,5 kg. Lungenbefund unverändert. Kein Auswurf. 1. 4. 1913 guter Allgemeinzustand. Kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate (seitdem kein Auswurf!).

Nachschrift: 18. 4. 1913 Gewicht 20,5 kg. 7. 10. 1913 Gewicht 22,3 kg. 17. 8. 1915 Gewicht 26,2 kg. Allgemeinzustand gut. R. h. o. verdächtig.

Fall 5: K. Hedwig, 7 Jahre.

Familie: Vater: 38 J., Schleifer, Einkommen 25 M. Mutter: 34 J., 10 Kinder (5 gestorben). Bruder: 12 J., mittel, phthisischer Habitus. Husten, Auswurf, keine Bazillen. Gewicht 35,3 kg. Stark verdächtig. Schwester: 8 J., offene Tuberkulose! PIRQUET negativ. Bruder: 6 J., mittel, Skrofulose, Luftröhrenkatarrh. PIRQUET positiv.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 5 Kinder (ist viel zu klein!).

Lebenslauf:

Geboren am 19. 6. 1905 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1911.

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut, Neigung zum Schiefwerden.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 109 cm; Gewicht 17,5 kg.

2. „ 1912/13: Versäumnisse 101 Tage; Fortschritte IIIb; Länge 114 cm; Gewicht 19,5 kg.

Schularzt: Mittel, schwere Blutarmut.

3. „ 1913/14: Überführung in die Hilfsschule; Länge 118,5 cm; Gewicht 22 kg.

2 Schuljahre: Versäumnisse 102 Tage; Längenzunahme 9,5 cm; Gewichtszunahme 4,5 kg.

26. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schwester lungenkrank. Lungenentzündung, Lungenkatarrh. Seit einiger Zeit Husten, Auswurf, zeitweise Fieber. Einmal Blutspucken.

Befund: Schwächlich, blutarm. R. v. und h. ohne Befund. L. v. in der oberen Schlüsselbeingrube Schallverkürzung. L. h. ganze Spitze

bis unter die Schulterblattgräte Dämpfung und verschärftes Vesikuläratmen mit verschärftem Expirium. Temperatur normal. Gewicht 20,5 kg. PIRQUET negativ. Auswurf Bazillen.

Verlauf: 14. 8. 1912 Erholungsstätte (12 Wochen). 30. 8. 1912 Gewicht 21,5 kg. Kein Husten, kein Auswurf. 30. 9. 1912 Gewicht 22,2 kg, sonst unverändert. 18. 10. 1912 Auswurf vereinzelt Bazillen. 4. 11. 1912 Befund über der Lunge normal. 8. 11. 1912 Auswurf frei von Bazillen.

Dauer der offenen Tuberkulose: $4\frac{3}{4}$ Monate.

Nachschrift: 15. 8. 1914 Gewicht 24,6 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge keine Erscheinungen. Latente Tuberkulose(?).

Fall 6: H. Gertrud, $7\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: Markthelfer, Einkommen 25 M., Lungentuberkulose. Mutter: 4 Kinder. Schwester: 4 J., übermittel, Gewicht 15,2 kg. Schwester: 3 J., übermittel, Gewicht 12,3 kg.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 15. 6. 1905 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1911.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte III; Länge 110 cm; Gewicht 18 kg.

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut.

2. „ 1912/13: Versäumnisse 53 Tage; Fortschritte III b; Länge 111 cm; Gewicht 20,5 kg.

7. 2. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit Schwester in einem Bett. Masern, Keuchhusten, Husten, Auswurf, Nachtschweiß seit Weihnachten 1911.

Befund: Untermittel. R. v. ohne Befund. R. h. über dem Schulterblatt verschärftes Vesikuläratmen. Mittel- und großblasige Rasselgeräusche bis zur Schulterblattspitze. L. v. ohne Befund. L. h. wie r. h. Temperatur normal. Gewicht 19,3 kg. Auswurf vereinzelt Bazillen.

Verlauf: 22. 5. 1912 Walderholungsstätte. 12. 7. 1912 Gewicht 20,9 kg. Auswurf frei. L. h. o. rauhes Atmen. 21. 9. 12 Schallveränderung nicht mehr nachweisbar. Beiderseits noch rauhes Atmen. 15. 10. 1912 Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: 1. 4. 1913 nach auswärts verzogen.

Fall 7: S. Minna, $7\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 42 J., Eisendreher, im Jahre 1911 geisteskrank an Lungenschwindsucht verstorben. Mutter: 39 J., mittel, Gewicht 60 kg, Wirbelsäulenverkrümmung und Brustkorbverkrüppelung, 7 Kinder, Armenunterstützung. Schwester: 18 J., mittel, Gewicht 49,8 kg, verdächtig. Schwester: 17 J., mittel, Gewicht 54,1 kg, hochgradig blutarm. Schwester: 16 J., schwach, Gewicht

40,5 kg, Bleichsucht. Schwester: 14 J., mittel, 38,9 kg, PIRQUET positiv. Schwester: 12 J., mittel, Gewicht 32,9 kg, PIRQUET positiv. Schwester: 8 J., sehr schwach, Gewicht 22,5 kg, PIRQUET positiv, hochgradige Blutarmut.

Wohnung: 1 Treppe, 3 Zimmer, 4 Erwachsene, 5 Kinder, Schlafzimmer 7 Personen!

Lebenslauf:

Geboren am 27. 6. 1905 als 7. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1911.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 241/2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 109 cm; Gewicht 16 kg.

Schularzt: Mittel, Lungenkatarrh.

2. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 1 Tag, Mich.—Ost. 64 Tage; Fortschritte: keine Zensur; Länge 111 cm; Gewicht 20,5 kg.

2 Schuljahre: Versäumnisse 851/2 Tage; Längenzunahme 2 cm; Gewichtszunahme 6,7 kg.

1. 2. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter mütterlicherseits an Kehlkopfschwindsucht verstorben. Masern, Keuchhusten, Spitzblattern. Seit einiger Zeit auffällige Gewichtsabnahme. Nachtschweiß, kein Husten.

Befund: Schwach, hochgradige Blutarmut. R. v. und h. ohne Befund. L. v. ohne Befund. L. h. o. vereinzelte kleinblasige Rasselgeräusche. Temperatur normal. Gewicht 16,8 kg. PIRQUET stark positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 29. 2. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 1. 4. 1912 über den Spitzen etwas verschärftes Atmen, sonst ohne Befund. 11. 10. 1912 Gewicht 21,5 kg. Husten und Auswurf. L. h. o. verschärftes Vesikuläratmen. Feinblasiges und Knisterrasseln bis zur Schulterblattgräte. Zäh knackende Geräusche über der ganzen Lunge h. und v. Auswurf zahlreiche Bazillen. 21. 10. 1912 Gewicht 21,8 kg. 21. 1. 1913 Gewicht 22,9 kg. R. v. und h. völlig frei. L. v. o. Schallverkürzung und verschärftes Vesikuläratmen bis zum Schlüsselbein. L. h. o. ebenso mit feinblasigem Rasseln. Auswurf frei. 2. 2. 1913 Erholungsstätte (4 Wochen). 11. 3. 1913 Gewicht 22,4 kg. 9. 4. 1913 Gewicht 22,7 kg. Zustand im allgemeinen unverändert.

Dauer der offenen Tuberkulose: 31/2 Monate.

Nachschrift: 15. 6. 1915 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 8: V. Elsa, 71/2 Jahre.

Familie: Vater: 37 J., Werkführer, Einkommen 45 M. Mutter: 34 J., 2 Kinder, Lungenspitzenkatarrh. Bruder: 6 J., tuberkulös, Husten und Auswurf (16. 4. 1912 frei von Bazillen).

Wohnung: Geräumig und gesund.

Lebenslauf:

Geboren am 22. 10. 1904 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1911.

Thiele, Tuberk. Kinder.

1. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 44 Tage; Fortschritte IIb; Länge 116 cm; Gewicht 21,3 kg.
Schularzt: Mittel. Lunge verdächtig.
2. „ 1912/13: Versäumnisse 200 Tage; Fortschritte: keine Zensur, bleibt zurück; Länge 121 cm; Gewicht 23,4 kg.
3. „ 1913/14: Länge 127,5 cm; Gewicht 26,3 kg.
5. 2. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: In privatärztlicher Behandlung wegen doppel-seitigem Lungenspitzenkatarrh.

Befund: Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 15. 1. 1912 Walderholungsstätte (5 Wochen). 16. 4. 1912 Auswurf frei. 20. 4. 1912 Schularzt: Lunge ohne Befund. 15. 10. 1912 Auswurf frei. 3. 12. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. 1. 1. 1913 Gewicht 24,5 kg. 8. 4. 1913 Auswurf frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: 6. 4. 1915 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 9: M. Hildegard, 7³/₄ Jahre.

Familie: Vater: 45 J., Handarbeiter (früher Kaufmann), mager, Lungentuberkulose zweiten Grades, zeitweise Fieber. In ärztlicher Behandlung. Arbeitsunfähig. Auswurf: Bazillen. Mutter: 28 J., gesund, 6 Kinder, 2 angeblich an Tuberkulose gestorben. Schwester: 7 J., mittel, Gewicht 22,2 kg, linke Spitze verdächtig. Schwester: 3¹/₂ J., mittel, gefährdet.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 2 Erwachsene, 4 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 15. 9. 1904 in F. als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1911 ebendortselbst.

1. Schuljahr 911/12: Versäumnisse 33 Tage; Fortschritte II; Länge 120 cm; Gewicht 19 kg.
Am 21. 9. 1911 nach Chemnitz.
Schularzt: Genügend, hochgradige Blutarmut, Schielen.
2. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 37 Tage, Mich.—Ost. 45¹/₂ Tage; Fortschritte IIb.
Schularzt: 20. 7. 1912 zunehmende Blutarmut. Lungenkatarrh.

2 Schuljahre: Versäumnisse 115¹/₂ Tage.

26. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. Lungenentzündung, Husten und Nachtschweiße seit 1/4 Jahr.

Befund: Schwach. R. v. und h. ohne Befund. L. v. ohne Befund. L. h. Dämpfung ohne Geräusche bis zur Mitte des Schulterblattes. Temperatur normal. Gewicht 20,5 kg. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 3. 1. 1913 Dämpfung unverändert. Spärliches Giemen

und mittelblasiges Rasseln. Gewicht 21,8 kg. 22. 1. 1913 Erholungsstätte (6 Wochen).

Dauer der offenen Tuberkulose: Seit 26. 7. 1912 19 Monate, noch fortbestehend.

Nachschrift: 17. 4. 1913 Gewicht 21,5 kg. 21. 11. 1913 Gewicht 23,6 kg. Unverändert schlechtes Allgemeinbefinden. 23. 2. 1914 Gewicht 24,2 kg. Ausgedehnte schwere Lungentuberkulose. Krankenhaus.

Fall 10: R. Erna, 7 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 36 J., Webermeister. Mutter: 3 Kinder. Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 22. 7. 1905 als 1. Kind in A., 1900 nach Chemnitz verzogen.

Schulaufnahme: Ostern 1912.

1. Schuljahr 1912/13: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte II; Länge 111,5 cm; Gewicht 18,7 kg.

Schularzt: Mittel, Skoliose, große Mandeln.

2. „ 1913/14: Länge 116,5 cm; Gewicht 20,9 kg.

16. 5. 1913 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: In privatärztlicher Behandlung. Masern, Keuchhusten, Lungen- und Rippenfellentzündung.

Befund: Auswurf zahlreiche Bazillen. Doppelseitige Lungentuberkulose.

Verlauf: Aufs Land verzogen.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 11: H. Frieda, 8 Jahre.

Familie: Vater: an Lungenschwindsucht bei Lebzeiten des Kindes verstorben. Mutter: gesund, Kinder ?

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 3. 3. 1904 in Böhmen.

Schulaufnahme: Ostern 1909 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte III.

Schularzt: Genügend, Skrofulose, Blutarmut, Flechten, schwerhörig.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 27 Tage; Fortschritte III.

3. „ 1911/12: „ 38 „ „ III.

Schularzt: 20. 1. 1912 Lungenkatarrh, Blutarmut verschlechtert.

4. „ 1912/13: Versäumnisse 29 Tage; Fortschritte III.

3 $\frac{1}{2}$ Schuljahre: Versäumnisse 95 Tage.

23. 1. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. Halsdrüsen, Masern, öfters Husten. Seit 14 Tagen Husten, seit $\frac{1}{4}$ Jahr Auswurf, Nachtschweiße, Gewichtsabnahme.

Befund: Übermittel. R. v. ohne Befund. R. h. unreines Atmen über der ganzen Lunge. L. v. ohne Befund. L. h. wie r. h. Temperatur normal. Gewicht 20,5 kg. PIRQUET stark positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 10. 15. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 28. 6. 1912 Auswurf frei. Gewicht 22,3 kg. Allgemeinzustand bedeutend gebessert. Am 4. 7. 1912 nach Teplitz in Böhmen verzogen.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: Allgemeinbefinden soll gut sein (Oktober 1915). Das Kind lebt bei Großmutter auf dem Lande.

Fall 12: Str. Rosa Margarethe, 8 Jahre.

Familie: Vater: 36 J., Markthelfer, Einkommen 25 M. Mutter: 35 J., 7 Kinder (2 gestorben). Beide Geschwister an Tbc. gestorben. Mittel, Gewicht 51,9 kg, Husten, Auswurf, Durchfälle, Nachtschweiße. Auswurf frei, trotzdem Lungentuberkulose. Zurzeit schlechter Allgemeinzustand. Schwester: 7 J., mittel, starke Wirbelsäulenverkrümmung, Nackendrüsen, gefährdet, PIRQUET positiv. Bruder: 6 J., mittel, Gewicht 18 kg, gesund.

Wohnung: Hof 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 6 Kinder, Schlafzimmer 6 Personen; feuchte, modrig riechende Wohnung.

Lebenslauf:

Geboren am 18. 8. 1903 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 39 Tage; Fortschritte IIIb (versuchsweise versetzt); Länge 120 cm; Gewicht 19,75 kg.

Schularzt: Schlecht, hochgradige Blutarmut, Nasen-Rachenwucherungen.

2. „ 1911/12: Versäumnisse 94 Tage; Fortschritte IIIb (der Hilfsschule überwiesen); Länge 125 cm; Gewicht 20,5 kg.

Schularzt: Unverändert schlechter Gesundheitszustand. 6. 8. 1911 Lungentuberkulose.

3. „ 1912/13: Versäumnisse 115 Tage; Fortschritte III. 10. 9. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großvater an Tbc. verstorben. Schläft mit Mutter in einem Bett. Keuchhusten, Lungenentzündung, Husten, Auswurf, Nachtschweiße, Gewichtsabnahme seit mehreren Wochen.

Befund: Schwach, phthisischer Habitus. R. v. oberhalb des Schlüsselbeins geringe Schallverkürzung. R. h. Giemen bis zur Schulterblattgräte. L. v. Schallverkürzung bis zur zweiten Rippe. Ebenda großblasige Rasselgeräusche. L. h. Schallverkürzung und Giemen bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 21,4 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei von Bazillen.

Verlauf: 12. 9. 1911 Walderholungsstätte (6 Wochen). 20. 4. 1912 Gewicht 20,5 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen. Lungenbefund unverändert. Temperatur 38°. 10. 5. 1912 Auswurf frei. 19. 6. 1912

Gewicht 24,2 kg. 30. 7. 1912 Gewicht 23,1 kg. 10. 9. 1912 Auswurf frei. 12. 9. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). Auswurf frei. 5. 11. 1912 ganz wesentlich gebessert. Kein Katarrh. Gewicht 25,3 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 3 Wochen.

Nachschrift: 27. 2. 1914 Auswurf frei. 20. 8. 1915 Gewicht 27,9 kg. Allgemeinzustand gut. Herdweise sehr verdächtiges Atmen.

Fall 13: St. Anna, 8 Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Packer, Einkommen 20 M. Mutter: 35 J., gesund, Gewicht 73,7 kg, 9 Kinder (4 gestorben). Bruder: 6 J., mittel, Gewicht 17,1 kg, PIRQUET negativ, adenoide Wucherungen. Bruder: 2½ J., mittel, Blutarmut, Gewicht 13,2 kg, PIRQUET negativ.

Wohnung: Erdgeschoß, 4 Zimmer, 3 Erwachsene, 3 Kinder; feuchte Wohnung!

Lebenslauf:

Geboren am 17. 9. 1903 als 6. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

Schularzt: Mittel, Blutarmut, Halsdrüsen geschwollen.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte III; Länge 109 cm; Gewicht 18,75 kg.
2. „ 1911/12: Versäumnisse 50½ Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 115 cm; Gew. 19,80 kg.
3. „ 1912/13: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 121 cm; Gewicht 22,5 kg.

3 Schuljahre: Versäumnisse 61½ Tage; Längenzunahme 12 cm; Gewichtszunahme 4,25 kg.

16. 10. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großeltern mütterlicherseits, Großmutter und Onkel väterlicherseits an Tuberkulose verstorben. Masern. Seit längerer Zeit Husten, Nachtschweiß, Fieber, zeitweise Durchfälle.

Befund: Mittel. Flacher, rachitischer Brustkorb. Blutarmut, Halsdrüsen. R. v. ohne Befund. R. h. unreines Atmen in der Schulterblattgegend. L. v. ohne Befund. L. h. wie r. h. Temperatur normal. Gewicht 20,4 kg. PIRQUET schwach positiv. Auswurf verzelte Bazillen.

Verlauf: 11. 1. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 25. 3. 1912 Gewicht 22,4 kg. 19. 4. 1912 Auswurf frei. 15. 10. 1912 Schularzt: Genügend, Blutarmut, Lungenkatarrh. 22. 10. 1912 Auswurf frei. 28. 10. 1912 r. h. o. verschärftes Expirium. Frei von Katarrh. Gewicht 23,3 kg. 1. 4. 1913 gesund.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate.

Nachschrift: 21. 11. 1913 Auswurf frei. Gewicht 25 kg. Blutarmut. 30. 7. 1914 Gewicht 26 kg. Schwächlich. R. h. o. bis zur dritten Rippe verlängertes Expirium. 5. 2. 1915 Gewicht 28 kg. Katarrh in beiden Spitzen. Auswurf frei. Schwächlich.

Fall 14: F. Martha, 8 $\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 42 J., Streckenwärter, Einkommen 24 M. Mutter: 43 J., mittel, Gewicht 42,2 kg, Lungentuberkulose. Auswurf frei. 6 Kinder. Bruder: 11 J., mittel, blutarm, Lungentuberkulose. Bruder: 9 J., schlecht, Gewicht 13 kg, chron. Lungenkatarrh. Bruder: 7 J., mittel, Gewicht 19,2 kg, PIRQUET negativ.

Wohnung: Hinterhaus 1 Treppe, 3 Zimmer, 3 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer sehr klein (ganz ohne Sonne). Sauberkeit läßt zu wünschen übrig.

Lebenslauf:

Geboren am 29. 4. 1903 zu G. als 4. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 11 Tage; Fortschritte IIIb; Länge 98 cm; Gewicht 15,5 kg.

Schularzt: Mittel.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 104 cm; Gewicht 15,5 kg.

3. „ 1911/12: Versäumnisse: Ost.—Mich. 1 Tag, Mich.—Ost. 37 Tage; Fortschritte III; Länge 108 cm; Gewicht 18 kg.

4. „ 1912/13: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 115 cm; Gewicht 19 kg.

4 Schuljahre: Versäumnisse 57 Tage; Längenzunahme 17 cm; Gewichtszunahme 3,5 kg.

11. 7. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Lungenkatarrh. Seit einiger Zeit Husten und Nachtschweiß.

Befund: Untermittel, allgemeine Körperschwäche. R. v. oberhalb des Schlüsselbeins verschärftes Vesikuläratmen. R. h. oberhalb der Schulterblattgräte verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium; zähe, knackende Geräusche. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 17,8 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen. Diagnose: Zentrale Tbc.

Verlauf: 27. 10. 1911 Erholungsstätte (4 Wochen). 13. 12. 1911 objektiv nichts mehr nachweisbar. Gewicht 19,7 kg. 14. 5. 1912 l. h. o. bronchialer Beiklang. Kein Auswurf mehr. Gewicht 21,3 kg. 1. 4. 1913 andauernd kränklich und schwächlich. Kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 10 Monate (kein Auswurf mehr).

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 15: Sch. Frieda, 8 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 36 J., Expedient, an Lungenschwindsucht verstorben. Mutter: 40 J., Gewicht 52,1 kg, nicht verdächtig, Husten und Auswurf, Kropf, 6 Kinder (1 gestorben), Einkommen 25 M. Schwester: 11 J., übermittel, PIRQUET negativ. Schwester: 8 $\frac{1}{4}$ J., mittel, verdächtig, PIRQUET negativ. Schwester: 6 J., mittel, rechte Spitze verdächtig.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 1 Erwachsener, 5 Kinder, Schlafzimmer 6 Personen!

Lebenslauf:

Geboren am 11. 12. 1903 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1910.

Schularzt: Mittel, allgemeine Skrofulose, Lidrandentzündung.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIb; Länge 107 cm; Gewicht 18,8 kg.
 2. „ 1911/12: Versäumnisse 39 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIb; Länge 113,5 cm; Gewicht 20,7 kg.
 3. „ 1912/13: Versäumnisse 42 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
- 3 Schuljahre: Versäumnisse 85 $\frac{1}{2}$ Tage; Gewichtszunahme 6,4 kg.
26. 10. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Husten seit zwei Jahren.

Befund: Untermittel, Skrofulose. R. v. ohne Befund. R. h. oberhalb der Schulterblattgräte verschärftes Vesikuläratmen und verlängertes Expirium. Dazu zähe, knackende Geräusche. L. v. ohne Befund. L. h. an der Lungenbasis knackende Geräusche und verschärftes Vesikuläratmen. Temperatur normal. Gewicht 19,8 kg. Auswurf frei.

Verlauf: 18. 2. 1910 r. h. o. Spitzenkatarrh. 23. 6. 1911 r. h. o. verschärftes Atmen. Allgemeinzustand leidlich. Bethlehemstift. 13. 9. 1911 Gewicht 21 kg. 4. 6. 1912 Gewicht 25,3 kg. 25. 6. 1912 Auswurf vereinzelte Bazillen. Gewicht 24,2 kg. 7. 8. 1912 Erholungsstätte (10 Wochen). 23. 8. 1912 Lunge frei. 8. 10. 1912 Schularzt: Lunge ohne Befund. 11. 10. 1912 Gewicht 25,2 kg. Auswurf frei. Gutes Allgemeinbefinden. R. h. o. bis zur Schulterblattgräte etwas hauchendes Expirium. 1. 4. 1913 Allgemeinbefinden gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 4 Monate, 2. (vgl. Nachschrift) 6 Monate.

Nachschrift: 9. 5. 1913 Gewicht 25,2 kg. Allgemeinzustand gut. R. ob. Schlüsselbeingrube hauchendes Expirium. Auswurf vereinzelte Bazillen. 27. 10. 1913 Gewicht 27 kg. 11. 11. 1913 Auswurf frei. 16. 1. 1914 Gewicht 28,6 kg. Allgemeinzustand gut. Nur zeitweise Auswurf. 28. 5. 1914 Auswurf frei. 1. 8. 1914 Gewicht 28,2 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge fast ohne Befund.

Fall 16: W. Helene, 9 Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Schlosser, Einkommen 23 M., gesund. Mutter: 1911 an offener Lungenschwindsucht (36 J.) verstorben. 6 Kinder gestorben. Schwester: 13 J., mittel, Gewicht 34,7 kg, verdächtig. Bruder: 12 J., mittel, Gewicht 35,3 kg, chron. Mittelohrentzündung. L. v. o. bronchovesikales Atmen. Schwester: 10 J., mittel, Gewicht 27,2 kg, Husten, Auswurf (frei), verdächtig. Schwester: 8 J., übermittel, Gewicht 19,8 kg, vereinzelte Geräusche.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 1 K., 3 Erwachsene, 5 Kinder, Schlafzimmer 7 Personen!

Lebenslauf:

Geboren am 21. 6. 1901 als 4. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 20 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIb; Länge 102 cm; Gewicht 17 kg.
Schularzt: Mittel, sehr mager. Bedeutend vergrößerte Mandeln. Blutarmut.
 2. „ 1908/09: Versäumnisse 7 Tage; Fortschritte IIb; Länge 108 cm; Gewicht 18 $\frac{1}{2}$ kg.
 3. „ 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschr. IIIa; Länge ? Gewicht ?
 4. „ 1910/11: Versäumnisse 30 Tage; Fortschritte IIb; Länge 121 cm; Gewicht 23 kg.
Schularzt: 1. 4. 1910 gut ernährt, Lungenkatarrh.
 5. „ 1911/12: Versäumnisse: Ost.—Mich. 0 Tage, Mich.—Ost. 46 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III (bleibt sitzen); Länge 121 cm; Gewicht 23 kg.
 6. „ 1912/13: Versäumnisse 15 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 127 cm; Gewicht 26,25 kg.
- 6 Schuljahre: Versäumnisse 120 $\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme 25 cm; Gewichtszunahme 9,5 kg.

6. 4. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Lungenentzündung, Husten, Auswurf seit einiger Zeit. Wird vom Schularzt überwiesen.

Befund: Mittel. R. v. unterhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung, zähe, knackende Geräusche. R. h. verschärftes Vesikulärratmen mit verlängertem Expirium. Zähe, knackende Geräusche. Dazu Giemen bis zur Schulterblattspitze. L. v. unterhalb des Schlüsselbeins verschärftes Vesikulärratmen. L. h. unterhalb der Schulterblattgräte zähe, knackende Geräusche. Temperatur normal. Gewicht 21,2 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 27. 5. 1910 Erholungsstätte (4 Wochen). 22. 6. 1910 Gewicht 23,5 kg. 2. 8. 1910 l. h. zähes Knacken, sonst gleicher Befund. 18. 4. 1911 kein Husten mehr, Befund gebessert, kein Auswurf. 17. 5. 1911 Lungen fast normaler Befund. Fürsorgerische Maßnahmen nicht nötig. 9. 12. 1911 auffallende Verschlimmerung der Körperblässe, auffällige Gewichtsabnahme. 9. 1. 1912 keine Geräusche. Wenig Abschwächung des Atemgeräusches. Gewicht 25,4 kg. 14. 2. 1912 Erholungsstätte (8 Wochen). 12. 4. 1912 allgemeine Besserung. Gewicht 28,7 kg. 7. 5. 1912 Auswurf frei. 12. 6. 1912 Lungen ohne jeden Befund. Fortschreitende Besserung des Allgemeinbefindens.

Dauer der offenen Tuberkulose: 12 Monate (kein Auswurf mehr). Bis 7. 5. 1912, wo Auswurf frei befunden: 25 Monate.

Nachschrift: 3. 9. 1912 Auswurf frei. Allgemeinbefinden gut. Blutarmut. Lunge ohne Befund. 13. 8. 1913 Gewicht 29,7 kg.

Fall 17: S. Elsa, 9 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 49 J., Einkommen 25 M. Mutter: im Alter von 40 J. 1905 an Tuberkulose verstorben. 10 Kinder.

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, Schlafzimmer, Küche, 3 Erwachsene, 2 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 26. 12. 1901 zu M.

Schulaufnahme: Ostern 1908 in Plauen i. Vogtl. 1909 nach Chemnitz verzogen.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 12 Tage; Fortschritte IIb; Länge ? Gewicht ?
2. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIb; Länge ? Gewicht ?

Schularzt: Mittel.

3. „ 1910/11: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 120,5 cm; Gewicht 21 kg.

Schularzt: Gesichtsekzem, Skrofulose, Lunge verdächtig.

4. „ 1911/12: Versäumnisse 118 Tage; Fortschritte IIIa (bis Michaelis); Mich.—Ostern keine Zensur, da seit 5. 9. 1911 vom Schulbesuch ausgeschlossen. Bleibt sitzen.

Schularzt: Ungenügend, Lungentuberkulose.

5. „ 1912/13: Versäumnisse 58 Tage; Fortschritte IIb (versetzt); Länge 127,8 cm; Gewicht 25,75 kg.

Schularzt: Kein Husten, kein Auswurf. Guter Appetit.

5 Schuljahre: Versäumnisse 188 Tage.

30. 6. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern. Steht in privatärztlicher Behandlung.

Befund: Schwächlich. Lungenbefund nicht ermittelt. Auswurf vereinzelt Bazillen.

Verlauf: 15. 10. 1912 Auswurf frei von Bazillen. Gewicht 25,5 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 $\frac{1}{2}$ Monate.

Nachschrift: Gesund.

Fall 18: G. Helene, 9 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: Schlosser. Mutter: 3 Kinder.

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 26. 12. 1903 in H.

Schulaufnahme: Ostern 1910 ebendasselbst.

1. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte II.
Schularzt: Kräftig, blutarm.

2. „ 1911/12: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte IIa.

3. „ 1912/13: „ 15 „ II.

4. „ 1913/14: „ 87 „ (im 1. Halbj.);

Fortschritte IIb.

19. 5. 1913 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Zwei Tanten an Schwindsucht verstorben, ebenso ein Bruder. Mascern zweimal, Lungenentzündung. Seit längerer Zeit Husten ohne Auswurf. Seit 14 Tagen öfter Nasenbluten. Brustschmerzen.

Befund: Mittel, Blutarmut, Nackendrüsen. R. v. und h. diffuses katarrhalisches Giemen. L. v. Dämpfung bis zur dritten Rippe. L. h. Dämpfung bis zur Schulterblattgräte. Überall zähe, knackende Geräusche. Giemen. Temperatur normal. Gewicht 17,8 kg. PIRQUET positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 19: R. Margarethe, 9 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: Schlosser, 33 J. alt im Jahre 1903 an Schwindsucht gestorben. Mutter: 30 J., gesund, 3 Kinder.

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 6. 5. 1903 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte III; Länge 99 cm; Gewicht 14,2 kg.

Schularzt: Schlecht, hochgradige Blutarmut, unterernährt, Wirbelsäulenverkrümmung dritten Grades, Lungenspitzenkatarrh.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 19 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?

Schularzt: Zustand unverändert.

3. „ 1911/12: Versäumnisse 30 Tage; Fortschritte III; Länge 107 cm; Gewicht 16,7 kg.

4. „ 1912/13: Versäumnisse 45 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 111 cm; Gewicht 18,3 kg.

Schularzt: Ungenügend, Lungenkatarrh.

4 Schuljahre: Versäumnisse 95 Tage; Längenzunahme 12 cm; Gewichtszunahme 4,1 kg.

13. 8. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wird vom Schularzt überwiesen. Seit längerer Zeit Husten und Auswurf, Nachtschweiß, zeitweise Fieber.

Befund: Mittel, Wirbelsäulenverkrümmung, Blutarmut. R. v. und h. ohne Befund. L. v. Schallverkürzung bis zur zweiten Rippe. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. L. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte. Verschärftes Atmen. Temperatur normal. Gewicht 20 kg. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 6. 2. 1913 Erholungsstätte (6 Wochen). 1. 4. 1913 Allgemeinbefinden gut. Kein Husten, kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 7 $\frac{1}{2}$ Monate (kein Auswurf mehr).

Nachschrift: 8. 11. 1913 Auswurf frei. L. h. u. Giemen. Morgens Husten. Gewicht 20,6 kg. 22. 5. 1914 Gewicht 21,7 kg. 17. 11. 1914 l. h. u. Bronchialatmen. Allgemeinbefinden gut. Gewicht 22,6 kg.

Fall 20: M. Ella, 91/2 Jahre.

Familie: Vater: Schmied, 39 J. alt am 16. 5. 1909 an Schwindsucht verstorben. Mutter: 38 J., wegen Nieren- und Augenleiden Invalidenrentenempfängerin. Okt. 1912 Wiederverheiratung. Eine 18jähr. Stieftochter seit 8. 2. 1912 wegen offener Lungentuberkulose im Stadtkrankenhaus. 8 Kinder (3 gestorben). Vater und dessen zwei Brüder an Schwindsucht verstorben. Ebenso eine Schwester.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 4 Erwachsene, 5 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 1. 8. 1902 als 6. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte III; Länge 122 cm; Gewicht 26,5 kg.
Schularzt: Mittel, skrofulöse Lidrandentzündung, Hornhautflecken.
2. „ 1910/11: Versäumnisse 17 Tage; Fortschritte III; Länge 123 cm; Gewicht 27 kg.
Schularzt: Mittel, Blutarmut.
3. „ 1911/12: Versäumnisse 7 1/2 Tage; Fortschritte III b (bleibt sitzen); Länge 130 cm; Gewicht 29 kg.
Schularzt: 20. 1. 1912 hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh, Blasenstörung.
4. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 12 Tage, Mich.—Ost. 11 Tage; Fortschritte III; Länge 132 cm; Gewicht 32 kg.

4 Schuljahre: Versäumnisse 54 1/2 Tage; Längenzunahme 10 cm; Gewichtszunahme 5,50 kg.

19. 2. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. Seit Geburt kränzlich (Skrofulose). 1911 Lungenspitzenkatarrh. Seit 14 Tagen starker Husten mit Auswurf. Starke Nachtschweiß. Fieber. Gewichtsabnahme.

Befund: Mittel. Rachitischer Brustkorb, Nackendrüsen, hochgradige Skrofulose. R. v. und h., l. v. und h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. Temperatur normal. Gewicht 32 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: Ärztliche Behandlung. 11. 10. 1912 allgemeine Skrofulose. Flechten an Armen und Beinen. 7. 2. 1913 Auswurf vereinzelte Bazillen. 1. 4. 1913 anhaltender Husten und Auswurf. Schwerhörigkeit.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: 4. 8. 1913 Gewicht 37,8 kg. Gutes Allgemeinbefinden, kein Husten. Auswurf frei. 16. 10. 1913 nässendes Ekzem an den Schenkelbeugen. 30. 4. 1914 Auswurf frei. Gewicht 43,5 kg. Allgemeinbefinden gut. Ekzem im Abheilen. Lunge ohne Befund. 15. 6. 1914 Auswurf frei.

Fall 21: M. Valeska, 9³/₄ Jahre.

Familie: Außereheliches Kind. Vater: 47 J., leidet seit langem an Husten und viel Auswurf (Tbc.?). Mutter: 28 J., Aufstoßerin, Einkommen 10 M., zweimal Rippenfellentzündung, magenkrank. Vier außereheliche Kinder. Schwester: 8 J., mittel, Gewicht 20,5 kg, PIRQUET negativ. Bruder: 7 J., mittel, Gewicht 21,1 kg, PIRQUET negativ. Bruder: 6 J., mittel, Gewicht 22,8 kg, PIRQUET negativ. Tuberkulöse Nackendrüsen, Husten, Auswurf. Gefährdet.

Wohnung: 4 Treppen, 1 Zimmer, 1 Schlafzimmer, Küche, Vor-
saal, 2 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen. Geschlossene Bauweise in dichtest bevölkertem Stadtteile.

Lebenslauf:

Geboren am 22. 7. 1901 in S. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908 in S.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa.
Zugezogen nach Chemnitz 1909.

Schularzt: Mittel, Blutarmut.

2. „ 1909/10: Versäumnisse 17 Tage; Fortschritte III.

3. „ 1910/11: „ 3 „ „ IIIa.

Schularzt: 18. 2. 1911 schlecht, Lungenkatarrh, Halsdrüsen. Der Fürsorgestelle überwiesen.

4. „ 1911/12: Versäumnisse bis Mich. 1911 27 Tage; Fortschritte IIIa; bis Ost. 1912 123 Tage, keine Zensur, bleibt sitzen; Länge 122 cm; Gewicht 23 kg.

5. „ 1912/13: Versäumnisse bis Mich. 1912 69 Tage; keine Zensur; bis Ost. 1913 65 Tage; Fortschritte IIIa, versetzt.

5 Schuljahre: Versäumnisse 304 Tage.

24. 4. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, seit 6 Wochen Husten, Auswurf, Bruststechen.

Befund: Untermittel. R. v. verschärftes Atmen mit verlängertem Exspirium unmittelbar ober- und unterhalb des Schlüsselbeins. R. h. Schallverkürzung oberhalb der Schulterblattgräte. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium, ebenda zähe, knackende Geräusche bis zur Schulterblattspitze. L. v. wie r. v. L. h. nur bronchovesikales Atmen. Temperatur normal. Gewicht 21,5 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 11. 10. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 6. 12. 1911 gute Erholung. 3. 5. 1912 Gewicht 25,8 kg. 1. 6. 1912 Erholungsstätte

(6 Wochen). 24. 7. 1912 kein Auswurf. Lunge frei. Gewicht 26,7 kg.
10. 8. 1912 allgemeines Wohlbefinden. Gewicht 28,8 kg.

Dauer der offenen Tuberkulose: 15 Monate. Kein Auswurf.

Nachschrift: 28. 10. 1913 Allgemeinbefinden gut. Leichter Katarrh, geringe Verdichtung r. h. o. 22. 9. 1914 Gewicht 29 kg. Allgemeinzustand stark verschlechtert. Lunge unverändert. Erholungsstätte. 27. 11. 1914 Gewicht 32,3 kg. Ausgeprägte Blutarmut. 18. 5. 1915 nach anfänglicher Besserung Allgemeinzustand verschlechtert. Starke Gewichtsabnahme. Gewicht 30,5 kg.

Fall 22: Fr. Charlotte, 10 Jahre.

Familie: Vater: an Lungenschwindsucht verstorben. Mutter: gesund.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, 1 Kammer und Vorsaal; Schlafzimmer: 3 Erwachsene, 2 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 14. 4. 1900 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

Schularzt: Mittel, Nasenatmung behindert. Blutarm.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 13 Tage; Fortschritte IIb; Länge 111,5 cm; Gewicht 21 kg.
 2. „ 1907/08: Versäumnisse 1½ Tage; Fortschritte IIb; Länge 121 cm; Gewicht 23,5 kg.
 3. „ 1908/09: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIb; Länge 123 cm; Gewicht 24 kg.
 4. „ 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 130 cm; Gewicht 26,5 kg.
- Schularzt: Allgemeine Körperschwäche. Lunge ?
5. „ 1910/11: Versäumnisse 238½ Tage; Fortschritte ? Länge 133 cm; Gewicht 33 kg.

Schularzt: Schlecht. Lungentuberkulose.

14. 10. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Manchmal seit kurzem Husten, Auswurf, Durchfälle, Nachtschweiße.

Befund: Hochgradige Körperschwäche. L. v. Dämpfung bis Unterschlüsselbeingrube. L. h. totale Dämpfung. R. v. und h. groß- und kleinblasige Rasselgeräusche. Temperatur 38°. Bedarf ärztliche Behandlung. Gewicht 29,3 kg. Auswurf frei.

Verlauf: 18. 4. 1911 Gewicht 28,7 kg. L. h. aufgehellt. Ausgesprochene Blutarmut. 21. 4. 1911 Temperatur 38,4°. Gewicht 22,3 kg. 5. 5. 1911 Schulbefreiung. 11. 5. 1912 verzogen ins Erzgebirge.

Nachschrift: 20. 6. 1913 Auswurf zahlreiche Bazillen.

Fall 23: K. Helene, 10 Jahre.

Familie: Vater: 38 J., Schleifer, Einkommen 25 M. Mutter: 34 J., 10 Kinder (5 gestorben). Bruder: 12 J., mittel, Gewicht 35,3 kg. Phthisischer Habitus, Husten, Auswurf keine Bazillen; stark ver-

dächtig. Schwester: 7 J., offene Tuberkulose! 23. 6. 1912. Bruder: 6 J., mittel, Skrofulose, Nackendrüsen, Luftröhrenkatarrh.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 5 Kinder (viel zu klein).

Lebenslauf:

Geboren am 9. 8. 1902 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1909.

Schularzt: Mittel, Lungenkatarrh.

1. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 10 Tage; Fortschritte IIa; Länge 112 cm; Gewicht 21,8 kg.

2. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 116 cm; Gewicht 21,5 kg.

3. „ 1911/12: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIa; Länge 118,5 cm; Gewicht 22,5 kg.

Schularzt: Ungenügend, hochgradige Blutarmut.

4. „ 1912/13: Versäumnisse 117 Tage; Fortschritte III; Länge 124,5 cm; Gewicht 25 kg.

Schularzt: Ungenügend, blutarm, Lungentuberkulose.

4 Schuljahre: Versäumnisse 130 Tage; Längenzunahme 17 cm; Gewichtszunahme 7,6 kg.

26. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Scharlach, Lungenentzündung. Seit einiger Zeit Husten und Auswurf.

Befund: Schwach. R. v. oberhalb des Schlüsselbeins verschärftes Vesikuläratmen. R. h. oberhalb der Schulterblattgräte feinblasiges und Knisterrasseln. L. v. oberhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung und verschärftes Vesikuläratmen. L. h. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen, Knisterrasseln und zähe, knackende Geräusche bis unmittelbar unterhalb der Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 26,2 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 14. 8. 1912 vom Ferienkolonieaufenthalt zurück. 13. 9. 1912 unverändert. Gewicht 27,4 kg. 18. 10. 1912 Auswurf Bazillen. 4. 11. 1912 Auswurf noch Bazillen. Gewicht 27,6 kg. 23. 1. 1913 Erholungsstätte. 1. 2. 1913 Auswurf frei. Ostern 1913 Körperlänge 129 cm. Gewicht 28,6 kg. 1. 4. 1913 leidlicher Allgemeinzustand.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 24: W. Frieda, 10 Jahre.

Familie: Vater: 43 J., gesund, Handarbeiter, Einkommen 18 M. Mutter: 36 J., Mutter an Schwindsucht gestorben, tuberkul. Husten, Auswurf (frei), Gewicht 51,1 kg, 8 Kinder (2 gestorben). Bruder: 7 J., dürrftig, mager, Gewicht 19,3 kg, PIRQUET positiv, Bronchialdrüsentuberkulose? Auswurf frei. Bruder: 5 J., mittel, Gewicht 18,3 kg, offene Tuberkulose (5. 1. 1912 zahlreiche Bazillen!), Auswurf frei am 13. 9. 1912. Bruder: 3 J., mittel, Gewicht 12,5 kg, Skrofulose, PIRQUET positiv, gefährdet, sehr schwächlich. Bruder:

2 J., untermittel, Gewicht 10,3 kg, Skrofulose. Bruder; $\frac{1}{2}$ J., andauernd Luftröhrenkatarrh. An Tuberkulose verstorben.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene, 6 Kinder, Schlafzimmer (sehr feucht) 7 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 20. 2. 1901 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse $24\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 102 cm; Gewicht 16,5 kg.

Schularzt: Mittel.

2. „ 1908/09: Versäumnisse $22\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 110,5 cm; Gewicht 19,75 kg.

3. „ 1909/10: Versäumnisse $26\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?

4. „ 1910/11: Versäumnisse 28 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 118 cm; Gewicht 20,2 kg.

Schularzt: Schwächlich, Lungenkatarrh.

5. „ 1911/12: Versäumnisse 63 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 122 cm; Gewicht 22,5 kg.

6. „ 1912/13 wegen Krankheit nicht im Unterricht. Versäumnisse 198 Tage.

6 Schuljahre: Versäumnisse $362\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme (in 5 Schuljahren) 20 cm; Gewichtszunahme 9,8 kg.

4. 7. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter mütterlicherseits an Schwindsucht verstorben. Jüngerer Bruder offene Tbc. Schläft mit Schwester in einem Bett. Lungenentzündung. Seit vier Wochen Husten. Kein Auswurf.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. Zähe, knackende Geräusche bis zur Schulterblattgräte. L. v. ohne Befund. L. h. Giemen bis zur Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 22,1 kg. Auswurf frei. 31. 11. 1911 l. v. o. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium.

Verlauf: 9. 1. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. 17. 2. 1912 Antrag auf Unterbringung in Heilstätte abgelehnt. 21. 3. 1912 Erholungsstätte (10 Wochen). 10. 4. 1912 unverändert. 24. 5. 1912 r. h. o. bronchovesikales Atmen. 13. 9. 1912 Auswurf frei. 10. 12. 1912 r. h. o. abgeschwächtes Atmen. Wesentliche Besserung. Gewicht 25,5 kg. 24. 1. 1913 Gewicht 26,3 kg. 30. 1. 1913 Auswurf frei. 20. 2. 1913 Heilstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: $8\frac{1}{3}$ Monate.

Nachschrift: 13. 8. 1913, bei Rückkehr aus der Heilstätte, Allgemeinzustand erheblich gebessert. L. h. o. Atem weicher als vorher. Lunge sonst ohne Befund. 9. 1. 1915 Allgemeinzustand verschlechtert. 11. 6. 1915 Gewicht 32 kg. Auswurf frei. 28. 9. 1915 Erholungsstätte.

Fall 25: G. Carola, 10 Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Schlosser, Einkommen 23 M., mittel, Gewicht 39,5 kg. Ausgeheilter tuberkulöser Lungenspitzenkatarrh. Auswurf frei. Mutter: 32 J. alt im Mai 1910 an Tbc. verstorben. 1908 im Auswurf sehr zahlreiche Bazillen. Kochfrau in Gastwirtschaften und bei Privaten! 2 Kinder. Bruder: 7 J., mittel, Skrofulose, PIRQUET positiv.

Wohnung: 1 Treppe, Zimmer, Schlafzimmer, Küche, Vorsaal, 5 Personen (2 Erwachsene, 3 Kinder). Schlafzimmer 4 Personen. Offene Bauweise (Vorort).

Lebenslauf:

Geboren am 16. 2. 1902 in Chemnitz als 1. Kind. 1908 1/2 Jahr in K-dorf.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

Schularzt: Gut, allgemeine Skrofulose, hockige Haltung.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse: Hat das ganze Jahr krankheits- halber (Skrofulose) gefehlt; keine Zensur, zurückgeblieben; Länge 113 cm; Gewicht 19,25 kg.
 2. „ 1909/10: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte II; Länge 113 cm; Gewicht 19,3 kg.
- Schularzt: Unverändert.
3. „ 1910/11: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte II; Länge ? Gewicht ?
- Schularzt: Mittel, Blutarmut, Luftröhrenkatarrh, Schnupfen.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?
- Schularzt: 2. 2. 1912 hochgradige Blutarmut, Lungentuberkulose.
5. „ 1912/13: Versäumnisse 51 Tage; Fortschritte III b; Länge 138,5 cm; Gewicht 31,5 kg.

5 Schuljahre: Versäumnisse 75 Tage; Längenzunahme 25,5 cm; Gewichtszunahme 12,2 kg.

30. 4. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Immer schwächlich und skrofulös. 1910 PIRQUET positiv. Noch 5. 3. 1912 Lunge frei. 27. 3. 1912 geringer Luftröhrenkatarrh.

Befund: Untermittel. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattspitze, ebenda Bronchialatmen. L. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 27,4 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 19. 7. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 24. 8. 1912 über der Lunge kaum noch krankhafter Befund. Kein Husten, kein Auswurf. Guter Kräftezustand. Gewicht 30,6 kg. 10. 9. 1912 Gewicht 28,4 kg. 13. 9. 1912 Auswurf frei. 7. 12. 1912 Gewicht 29,8 kg. R. v. o. Schallverkürzung und verschärftes Expirium. Schularzt: 7. 12. 1912 gebessert, Bleichsucht. 1. 2. 1913 Erholungsstätte (4 Wochen). 1. 4. 1913 Zustand fast gut.

Dauer der offenen Tuberkulose: $4\frac{1}{2}$ Monate.

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 26: V. Liddy, 10 Jahre.

Familie: Vater: 46 J., Kartonzuschneider, Einkommen 22 M. Mutter: 36 J., 1907 Lungentuberkulose mit bazillenhaltigem Auswurf (Krankenhaus). Jetzt gesund. Gewicht 54 kg. 9 Kinder (2 gestorben). Bruder: 17 J., Tuberkulose (1908), jetzt gesund. Bruder: 13 J., Bronchialdrüsentuberkulose. Bruder: 8 J., mittel, Gewicht 25,1 kg, Auswurf, verdächtige Spitze. Bruder: $2\frac{1}{4}$ J., mittel, Gewicht 14,3 kg.

Wohnung: 3 Treppen, 1 Zimmer, 1 Schlafzimmer, Küche, Vorsaal, 3 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 7 Personen (sehr eng).

Lebenslauf:

Geboren am 9. 4. 1902 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

Schularzt: Mittel, verdächtiger Lungenkatarrh, skrofulöse Entzündung.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 11 Tage; Fortschritte III; Länge 105 cm; Gewicht 17,5 kg.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II b; Länge ? Gewicht ?
3. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte II b; Länge ? Gewicht ?
4. „ 1911/12: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte III; Länge 120 cm; Gewicht 23 kg.
5. „ 1912/13: Versäumnisse 109 Tage; Fortschritte III b; Länge ? Gewicht ?

Schularzt: Mittel, Lungenkatarrh.

5 Schuljahre: Versäumnisse 122 Tage; Längenzunahme ?; Gewichtszunahme 8,25 kg.

24. 5. 1912 Fürsorgestelle.

Schläft mit Logismädchen, das sich zurzeit seit $\frac{1}{2}$ Jahr wegen Lungenschwindsucht im Krankenhause befindet, in einem Bette.

Vorgeschichte: Keuchhusten, Lungenentzündung. Seit längerer Zeit Husten, Auswurf, starke Nachtschweiße.

Befund: Mittel, Skrofulose. R. v. oberhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. R. h. Schallverkürzung bis unmittelbar unter die Schulterblattgräte. Ebenda zähe, knackende Geräusche. Bronchovesikales Atmen. L. v. ohne Befund. L. h. wie r. h. Temperatur normal. Gewicht 25,7 kg. PIRQUET positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 26. 9. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 8. 11. 1912 Auswurf frei. 15. 11. 1912 Allgemeinbefund gebessert.

Dauer der offenen Tuberkulose: $5\frac{1}{2}$ Monate.

Nachschrift: 14. 5. 1914 Auswurf frei. Gewicht 30,3 kg. Allgemeinzustand leidlich. Über beiden Lungen vereinzelte glemende Geräusche.

Thiele, Tuberk. Kinder.

Fall 27: H. Rosa, 10 $\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: Hilfszugschaffner, Einkommen 30 M.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 2 Kinder.
Schläft mit Mutter in einem Bett; ein weiteres kann nicht gestellt werden.

Lebenslauf:

Geboren am 18. 6. 1902 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIb; Länge 117 cm; Gewicht 19 kg.
Schularzt: Mittel, skrofulöses Ekzem in den Ellenbeugen.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 20 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 124 cm; Gewicht 21 kg.
3. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 131 cm; Gewicht 22 kg.
Schularzt: Gut, leichte Wirbelsäulenverkrümmung.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 31 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 139 cm; Gewicht 26 kg.
5. „ 1912/13: Versäumnisse 13 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 143 cm; Gewicht 28,5 kg.

Schularzt: 22. 11. 1912 diffuse Rasselgeräusche, Schallverkürzung über der rechten Lunge vorn und hinten.
Der Fürsorgestelle überwiesen.

10. 12. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Skrofulose, Masern, Scharlach. Seit einem halben Jahre kränklich. Husten mit viel, zeitweise blutigem Auswurf. Manchmal Nachtschweiß und Fieber. Stechen in der rechten Seite. In privatärztlicher Behandlung (ausgedehnte Bronchitis über beiden Lungen).

Befund: Auswurf frei von Bazillen.

Verlauf: 24. 4. 1913 Gewicht 28,2 kg. 16. 5. 1913 Auswurf zahlreiche Bazillen. 12. 6. 1913 Erholungsstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: 4. 11. 1913 Auswurf frei. Gewicht 34,1 kg. Gutes Allgemeinbefinden. 18. 12. 1913 Auswurf frei. 9. 2. 1915 Gewicht 37 kg. Rasselgeräusche über beiden Lungen. 1. 10. 1915 Gewicht 34,5 kg. Verschlechterung des Zustandes.

Fall 28: K. Dora, 10 $\frac{1}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 49 J., Eisenbohrer, Einkommen 20 M. Mutter: 45 J., 5 Kinder.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, Schlafzimmer 2 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 1. 2. 1901 in B. als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907 in Chemnitz.

Schularzt: Mittel.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 17 Tage; Fortschritte III; Länge ?
Gewicht ?
2. „ 1908/09: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte III; Länge
110 cm; Gewicht 18,7 kg.
3. „ 1909/10: Versäumnisse 9 Tage; Fortschritte III a; Länge
113,5 cm; Gewicht 19,5 kg.
4. „ 1910/11: Versäumnisse 137 Tage; Fortschritte III a (bis
Michaelis); Länge 116 cm; Gewicht 20,1 kg.
Privatarzt: 1. 5. 1911 Lungenschwindsucht. Schul-
befreiung.
5. „ 1911/12: Versäumnisse 220 Tage. Besucht seit Michaelis
1910 die Schule überhaupt nicht mehr. Aus-
sichtsloser Fall.

5 Schuljahre: Versäumnisse 406 $\frac{1}{2}$ Tage.

30. 6. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Diphtherie. Wird vom Schularzt über-
wiesen.

Befund: Untermittel. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkür-
zung, Bronchialatmen, klingende feine und große Rasselgeräusche
bis zur Schulterblattspitze. L. v. ohne Befund. L. h. wie r. h. Tem-
peratur 38,8°! Gewicht 20,6 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 22. 8. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 7. 6. 1912
Gewicht 23 kg. 12. 6. 1912 langsam fortschreitender Prozeß, wieder-
holter Bluthusten. 8. 11. 1912 Gewicht 25,5 kg. Auffallend dürrtiges
Aussehen.

Dauer der offenen Tuberkulose: 16 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: 25. 10. 1912 Auswurf zahlreiche Bazillen. 29.
4. 1913 Auswurf frei. 9. 5. 1913 Gewicht 23,1 kg. Ärztliche Behand-
lung. 26. 9. 1914 Gewicht 23,1 kg.

Fall 29: K. Anna, 10 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Eisenhobler, Einkommen 15 M., Ge-
wicht 60,7 kg. R. h. o. geringe Schallverkürzung und abgeschwächtes
Atmen. Mutter: 32 J. alt im Jahre 1909 an offener Lungenschwind-
sucht gestorben; 7 Kinder (2 gestorben). Schwester: 13 J., ge-
sund, PIRQUET positiv, Nackendrüsen. Bruder: 10 J., mittel, ver-
dächtig, PIRQUET positiv. Bruder: 7 J., übermittel, Rachitis, Blut-
armut, Nackendrüsen, Mittelohrentzündung, PIRQUET positiv, latente
Tuberkulose. Bruder: 6 J., mittel, PIRQUET positiv, Nackendrüsen,
verdächtig.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 2 Erwachsene, 5 Kin-
der, Schlafzimmer 6 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 15. 6. 1900 in G. als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte III; Länge
101 cm; Gewicht 16,75 kg.

Schularzt: Mittel, große Mandeln, Sehstörung.

2. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 40 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 107 cm; Gewicht 17,5 kg.
3. „ 1908/09: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen; Mutter gestorben); Länge 114 cm; Gewicht 20 kg.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 121 cm; Gewicht 22 kg.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 128 cm; Gewicht 25,3 kg.
- Schularzt: Mittel, Lungenkatarrh, Skoliose.
6. „ 1911/12: Versäumnisse 84½ Tage; Fortschritte IIb; Länge 128 cm; Gewicht 27,5 kg.
7. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 91 Tage; Fortschritte: keine Zensur; Mich.—Ost. 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 142,5 cm; Gewicht 36 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 221½ Tage; Längenzunahme 41 cm; Gewichtszunahme 20,75 kg.

28. 2. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Mädchen schlief lange Zeit mit verstorbener Mutter in einem Bette. Masern, Scharlach.

Befund: Schlecht, Blutarmut, Nackendrüsen, Wirbelsäulenverkrümmung. R. v. unreines Atmen bis zur zweiten Rippe. In der Unterschlüsselbeingrube Schallverkürzung. R. h. bis unter die Schulterblattgräte Schallverkürzung und bronchovesikales Atmen. L. v. bis zur zweiten Rippe Schallverkürzung. L. h. o. rauhes Atmen. Temperatur normal. Gewicht 28,2 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 14. 5. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 1. 6. 1911 Gewicht 28,6 kg. 27. 11. 1911 Gewicht 28,4 kg. Blutarmut. Lungenbefund unverändert. 5. 12. 1911 Auswurf vereinzelt Bazillen. 4. 1. 1912 Fieber (39,2°). R. h. o. Dämpfung bis zum Dornfortsatz. R. v. o. vereinzelt Rasselgeräusche. L. h. o. unverändertes rauhes Atmen im Interskapularraum mit Rasselgeräuschen. L. v. o. bis zur dritten Rippe Dämpfung. 5. 2. 1912 Gewicht 29,8 kg. Fieberfrei. 19. 2. 1912 Gewicht 30 kg. 4. 3. 1912 Gewicht 30,2 kg. R. h. o. wie am 4. 1. 1912. 13. 4. 1912 Erholungsstätte (8 Wochen). 6. 6. 1912 Heilstätte (¼ Jahr). 12. 9. 12 Gewicht 36,6 kg. R. und l. v. Schallverkürzung. R. und l. h. bis zur Schulterblattgräte Dämpfung. Allgemeine Besserung. Kein Auswurf. Schularzt: 29. 10. 1912 Lunge zurzeit frei.

Dauer der offenen Tuberkulose: 9 Monate.

Nachschrift: 29. 5. 1913 Gewicht 36,5 kg. Allgemeinzustand gut. L. h. u. leise Geräusche.

Fall 30: E. Dora, 11 Jahre.

Familie: Vater: 45 J., Lagerist, Einkommen ? Mutter: 31 J., Lungentuberkulose, 1. Spitze. Auswurf frei. 6 Kinder (2 gestorben).

Vater und Bruder an Tbc. verstorben. Drei Geschwister lungenkrank. Bruder: 3 J., Rachitis, Nasen-Rachenwucherungen, PIRQUET positiv.

Wohnung: 2 Treppen, 3 Zimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:·

Geboren am 7. 7. 1901 in N. als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908 ebendasselbst.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II; Länge ? Gewicht ?
2. „ 1909/10: Versäumnisse 13 Tage; Fortschritte II; Länge ? Gewicht ?
3. „ 1910/11: Versäumnisse 5½ Tage; Fortschritte II; Länge 121 cm; Gewicht 15,5 kg.
Verzogen nach Chemnitz.

Schularzt: Mittel, Blutarmut, Nasen-Rachenwucherungen, hockige Haltung, schwerhörig.

4. „ 1911/12: Versäumnisse 39 Tage; Fortschritte IIa; Länge ? Gewicht ?
5. „ 1912/13: Versäumnisse 38 Tage; Fortschritte IIa; Länge ? Gewicht ?

Schularzt: 21. 3. 1912 mittel, sonst unverändert.

2. 11. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Diphtherie, Masern, Rippenfellentzündung. Seit kurzem Husten, Nachtschweiße, Brust- und Rückenschmerzen.

Befund: Sehr schwach und mager, hochgradige Blutarmut, Nasen-Rachenwucherungen, ausgedehnte Zahnkaries, phthisischer Habitus. R. v. oberhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung. Verschräftes Vesikuläratmen bis zur ersten Rippe. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte. Giemen. Verschräftes Vesikuläratmen. L. v. Dämpfung und Schallverkürzung in der Spitze bis zur zweiten Rippe. Ebenda klingende, feine und grobe Rasselgeräusche. L. h. Schallverkürzung wie r., dazu mittel- und großblasige Rasselgeräusche. Temperatur normal. Gewicht 20,3 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 23. 7. 1911 Walderholungsstätte (8 Wochen). Gewicht 24,4 kg. Katarrh gebessert. Sonst objektiv unverändert. 16. 7. 1912 Auswurf: Bazillen. 4. 11. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 16. 12. 1912 Auswurf frei. Gewicht 27,5 kg. Kein Husten mehr.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate.

Nachschrift: 3. 9. 1915 Gewicht 33 kg. Kein Auswurf, kein Nachtschweiß. Allgemeinzustand gut. Leichte Dämpfung über beiden Spitzen und verschräftes Atmen.

Fall 31: B. Frieda, 11 Jahre.

Familie: Vater: 38 J., Glühlichtwärter, Einkommen 25 M. Mutter: 1902 im Alter von 32 J. gestorben. 4 Kinder (2 gestorben).

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 5 Kinder, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 27. 9. 1901 als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1908.

1. Schuljahr 1908/09: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIb; Länge 110 cm; Gewicht 17,5 kg.
Schularzt: Vergrößerte Mandeln.
2. „ 1909/10: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte IIb; Länge ?
Gewicht ?
3. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge ?
Gewicht ?
Schularzt: Mittel.
4. „ 1911/12: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte IIb; Länge ?
Gewicht ?
5. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 10 Tage, Mich. bis Ost. 87 Tage; Fortschritte IIb; Länge 123,5 cm;
Gewicht 22 kg.
Schularzt: Ungenügend, Lungenkatarrh, hochgradige Blutarmut.

25. 11. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit 9jähriger gesunder Schwester in einem Bett. Lungenkatarrh. Seit vier Wochen Husten und Auswurf sowie Stechen in der linken Seite.

Befund: Untermittel, hochgradige Blutarmut. R. v. in der unteren Schlüsselbeingrube Schallverkürzung bis zur dritten Rippe. Zäh, knackende Geräusche. R. h. unterhalb der Schulterblattgräte dasselbe. L. h. und v. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 21,4 kg. PIRQUET positiv (zweiten Grades). Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: In privatärztlicher Behandlung. 15. 3. 1913 Wald-erholungsstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: 24 Monate (siehe Nachschrift).

Nachschrift: 1. 8. 1913 Auswurf zahlreiche Bazillen. 6. 11. 1914 gestorben.

Fall 32: W. Helene, 11¼ Jahre.

Familie: Vater: 44 J., Werkführer, Einkommen 35 M., gesund. Mutter: 44 J., gesund, 8 Kinder (4 gestorben). Bruder: 3 J., gesund.

Wohnung: 2 Treppen.

Lebenslauf:

Geboren am 2. 7. 1910 als 7. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907 in B-dorf.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 66 Tage; Fortschritte III; Länge ?
Gewicht ?
2. „ 1908/09: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte III; Länge ?
Gewicht ?

3. Schuljahr 1909/10: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIIb; Länge 129,5 cm; Gewicht 25,25 kg.
Am 4. 7. 1910 nach Chemnitz.
4. „ 1910/11: Versäumnisse 4 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 130,5 cm; Gewicht 26 kg.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut.
5. „ 1911/12: Versäumnisse: Ost.—Mich. 0 Tage, Mich.—Ost. 64 Tage; ohne Zensur; Länge 132,5 cm; Gewicht 26 kg.
Schularzt: 18. 10. 1911 ungenügend, hochgradige Bleichsucht, Lungentuberkulose.
6. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 73 Tage, Mich. bis Ost. 104 Tage; Fortschritte: ohne Zensur (bleibt sitzen); Länge 136 cm; Gewicht 29,5 kg.
6 Schuljahre: Versäumnisse 317 Tage; Längenzunahme 6,5 cm; Gewichtszunahme (in vier Schuljahren) 4,25 kg.
18. 11. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Tante väterlicherseits an Tuberkulose im Alter von 20 J. verstorben. Keuchhusten, Spitzblattern, Unterleibsdrüsen. Wird vom Schularzt überwiesen. Seit längerer Zeit etwas Husten und Auswurf. Zeitweise Fieber und Durchfälle. Deutliche Gewichtsabnahme.

Befund: Mittel. R. v. Giemen unterhalb des Schlüsselbeins. R. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. Oberhalb der Schulterblattgräte groß- und kleinblasiges Rasseln bis zur Schulterblattspitze. L. v. wie r. v. L. h. Giemen unterhalb der Schulterblattgräte. Oberhalb derselben verschärftes Vesikuläratmen. Temperatur normal. Gewicht 27,7 kg. PIRQUET schwach positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 1. 3. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 7. 5. 1912 Gewicht 29,9 kg. Auswurf frei. 12. 6. 1912 Gewicht 30 kg. 7. 9. 1912 Auswurf Bazillen. 28. 2. 1913 Walderholungsstätte (6 Wochen). 1. 4. 1913 Allgemeinbefinden leidlich. Lungen unverändert, kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 5½ Monate; 2. 8 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: 6. 5. 1913 Auswurf frei. Schwächlich. R. v. u. Schallverkürzung. 14. 12. 1914 Auswurf frei. Gewicht 39,8 kg. Kräftig. Lunge ohne Befund. 25. 12. 1914 aufs Land verzogen.

Fall 33: Z. Dora, 11½ Jahre.

Familie: Vater: 58 J., gesund. Mutter: 49 J., gesund, 9 Kinder (4 gestorben). Schwester: 16 J. alt am 19. 11. 1912 an offener Lungenschwindsucht verstorben. Bruder: 8 J., tuberkulöser linksseitiger Lungenspitzenkatarrh. PIRQUET positiv.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, 3 Erwachsene, 2 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 11. 5. 1901 in A. als 8. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

- | | | | | | | | |
|----|-----------|----------|--------------|----|-------|--------------|-------|
| 1. | Schuljahr | 1907/08: | Versäumnisse | 17 | Tage; | Fortschritte | IIIa. |
| 2. | „ | 1908/09: | „ | 6 | „ | „ | IIb. |
| 3. | „ | 1909/10: | „ | 17 | „ | „ | IIb. |
| 4. | „ | 1910/11: | „ | 11 | „ | „ | IIIb. |
| 5. | „ | 1911/12: | „ | 0 | „ | „ | IIb. |
| 6. | „ | 1912/13: | „ | 8 | „ | „ | IIb. |

11. 12. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Seit einer Woche Husten. Schläft mit 7jähr. Bruder in einem Bette.

Befund: Sehr schwach. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte und einen Finger breit darunter. Verschärftes Vesikuläratmen. L. v. Dämpfung in der Unterschlüsselbeingrube. Bronchovesikales Atmen. L. h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 40,2 kg. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 16. 1. 1913 Walderholungsstätte. Auswurf frei. 8. 9. 1913 Gewicht 45,7 kg. Gebessert. Dämpfung vermindert. Fast keine Geräusche mehr. Kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Wochen.

Nachschrift: 7. 1. 1914 Gewicht 52 kg. 6. 5. 1914 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund. 19. 3. 1915 Gewicht 53,5 kg. Lunge frei. Blutarmut.

Fall 34: St. Gertrud, 11 $\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 35 J., Gärtner, mittel, Gewicht 70 kg, Einkommen 25 M. Mutter: 33 J., mittel, 4 Kinder (Mutter an Schwindsucht verstorben). Bruder: 10 J., schlecht, Gewicht 23,3 kg, Nackendrüsen, englische Krankheit. 28. 7. 1911 tuberkulöse Rippenfellentzündung mit Erguß. Schwester: 8 J., mittel, Gewicht 17,5 kg, Nackendrüsen, schwere englische Krankheit, PIRQUET negativ.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 28. 1. 1900 als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906 in Chemnitz.

- | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------|----------|--------------|---------|-------------|--------------|-------|-------|-----|---------|---------|------|-----|
| 1. | Schuljahr | 1906/07: | Versäumnisse | 32 | Tage; | Fortschritte | III; | Länge | 101 | cm; | Gewicht | 14,5 | kg. |
| | | | Schularzt: | Mittel, | hochgradige | Blutarmut. | | | | | | | |
| 2. | „ | 1907/08: | Versäumnisse | 46 | Tage; | Fortschritte | II; | Länge | 105 | cm; | Gewicht | 16,5 | kg. |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | „ | 1908/09: | Versäumnisse | 2 | Tage; | Fortschritte | IIb; | Länge | ? | Gewicht | ? | | |
| 4. | „ | 1909/10: | Versäumnisse | 33 | Tage; | Fortschritte | IIIb; | Länge | ? | Gewicht | ? | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

7. 6. 1909 verzogen nach Chemnitz.

5. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 20 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge ? Gewicht ?
6. „ 1911/12: Versäumnisse 96 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
7. „, 1912/13: Versäumnisse: das ganze Schuljahr wegen andauernder Krankheit. Keine Zensur.

8. 6. 1909 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Großmutter mütterlicherseits an Schwindsucht verstorben. Masern, Lungenentzündung, Keuchhusten. Seit vier Wochen viel Husten, wenig Auswurf, Nachtschweiße, Durchfälle.

Befund: Mittel, gut genährt, Gesichtsausschlag (Skrofulose). R. v. unmittelbar unter dem Schlüsselbein Giemen. R. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte. Giemen. L. v. ohne Befund. L. h. unterer Teil Giemen. Temperatur normal. Gewicht 20 kg. PIRQUET positiv. Auswurf frei.

Verlauf: 8. 9. 1909 Erholungsstätte (4 Wochen). 2. 10. 1909 Gewicht 22 kg. Allgemeinzustand gebessert. 28. 10. 1909 verzogen nach N-dorf. 27. 12. 1909 Gewicht 22 kg. Diffuser Luftröhrenkatarrh. 22. 2. 1910 überall noch Giemen. 24. 5. 1910 unverändert. Gewicht 22,2 kg. Erholungsstätte (4 Wochen). 31. 1. 1911 Befund unverändert. Gewicht 24 kg. Ostern 1911 verzogen nach Chemnitz. 23. 5. 1911 Erholungsstätte. Gewicht 24 kg. 9. 6. 1911 Auswurf frei. 16. 9. 1911 wesentliche Besserung des auskultatorischen Befundes. 17. 10. 1911 noch immer zerstreute bronchitische Geräusche. Über der ganzen Lunge vorn und hinten Giemen. Gewicht 26,4 kg. 1. 11. 1911 Auswurf vereinzelte Bazillen. 21. 12. 1911 Befund nicht gebessert. Nachtschweiße. Fieberhafter Darmkatarrh. 11. 1. 1912 fieberfrei. R. h. und l. v. oben Schallverkürzung und verschärftes Vesikuläratmen. 8. 2. 1912 Atmen r. h. o. Schallverkürzung; dazu wenig unreines Atmen mit kleinblasigem Rasseln. L. h. o. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte. Im Zwischenschulterblattraum in Höhe der Luftröhrenteilung Bronchialatmen mit Rasseln. R. v. bis zur zweiten Rippe Dämpfung. Abgeschwächtes Atmen und vereinzeltes Rasseln. Schwester Keuchhusten! 12. 4. 1912 Heilstätte (3 Monate). 27. 7. 1912 allgemeine Besserung. Gewicht 30,7 kg. 22. 8. 1912 r. h. o. mittelblasige Geräusche. Gewicht 32,3 kg. 9. 10. 1912 Erholungsstätte. 18. 10. 1912 Auswurf frei. 21. 11. 1912 Gewicht 32,1 kg. Geräusche geringer. Auswurf frei. 10. 2. 1913 Gewicht 29,7 kg. Fieberhafter Luftröhrenkatarrh. Ärztliche Behandlung. 10. 3. 1913 fieberfrei. Auswurf frei. 1. 4. 1913 ungebessert.

Dauer der offenen Tuberkulose: 11 Monate.

Nachschrift: 7. 10. 1913 Gewicht 32 kg. Katarrh völlig abgeheilt. 21. 1. 1914 Gewicht 32,5 kg. Kein Katarrh. 23. 2. 1915 Gewicht 38,2 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 35: J. Marie, 12 Jahre.

Familie: Vater: 39 J. alt 1908 an Tuberkulose verstorben. Mutter: 37 J., gesund, 10 Kinder (6 gestorben). Bruder: 6 J.,

mittel, Gewicht 20,8 kg, Blutarmut, Halsdrüenschwellung, Husten, Auswurf, PIRQUET positiv, Lungentuberkulose.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Küche, 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 1. 6. 1900 zu W. i. Erzgeb.

Schulaufnahme: Ostern 1906 in Chemnitz.

Schularzt: Gut.

- | | | | | | |
|----|--------------------|--------------|----------|--------------|-------|
| 1. | Schuljahr 1906/07: | Versäumnisse | 27 Tage; | Fortschritte | IIIa. |
| 2. | „ 1907/08: | „ | 6 1/2 „ | „ | IIIa. |
| 3. | „ 1908/09: | „ | 19 „ | „ | III. |
| 4. | „ 1909/10: | „ | 16 „ | „ | III. |
| 5. | „ 1910/11: | „ | 39 „ | „ | III. |

Schularzt: Herbst 1911 Blutarmut, multiple Furunkel.
Turnbefreiung.

- | | | | | | |
|----|------------|--------------|--------|--------------|-------|
| 6. | „ 1911/12: | Versäumnisse | 1 Tag; | Fortschritte | III. |
| 7. | „ 1912/13: | „ | 74 „ | „ | IIIb. |

7 Schuljahre: Versäumnisse 182 1/2 Tage.

13. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Skrofulose, Lungenentzündung, Masern, Keuchhusten. Seit vier Wochen Husten und Auswurf. Oft Blutstreifen im Auswurf. Seitenstechen.

Befund: Mittel, Blutarmut, flacher Brustkorb. R. v. bis zur zweiten Rippe vereinzelte, zähe, knackende Geräusche. R. h. bis zur Schulterblattgräte ebenso. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 41,1 kg. PIRQUET positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 24. 7. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 13. 9. 1912 r. h. noch verlängertes pfeifendes Expirium. L. h. rauhes Atmen. Auswurf frei von Bazillen. 23. 9. 1912 Gewicht 45,3 kg. 18. 10. 1912 Auswurf frei von Bazillen. 3. 2. 1913 Gewicht 44,7 kg. Geheilt. 1. 4. 1913 gesund.

Dauer der offenen Tuberkulose: 3 Monate.

Nachschrift: 11. 9. 1913 Gewicht 49 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 36: T. Louise, 12 1/4 Jahre.

Familie: Vater: 41 J., Kesselschmied, Einkommen 25 bis 30 M. Mutter: 43 J., gesund, 6 Kinder. Schwester: 11 J., Blutarmut, vergrößerte Hals- und Nackendrüsen, PIRQUET negativ. Bruder: 4 J., gesund.

Wohnung: 2 Treppen, 3 Zimmer, Küche, Schlafzimmer, 5 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 27. 10. 1899 als 4. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1916.

- | | | | | | |
|----|--------------------|--------------|---------|--------------|-------------|
| 1. | Schuljahr 1906/07: | Versäumnisse | 3 Tage; | Fortschritte | IIIa; Länge |
| | | ? Gewicht ? | | | |

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut.

2. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse 10 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?
3. „ 1908/09: Versäumnisse $7\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 120 cm; Gewicht 20,75 kg.
Schularzt: Auffällige Blutarmut noch immer.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 8 Tage; Fortschritte III; Länge 125 cm; Gewicht 25 kg.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 132 cm; Gewicht 25,8 kg.
6. „ 1911/12: Versäumnisse $69\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 135 cm; Gewicht 30,3 kg.
7. „ 1912/13: Versäumnisse 44 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?

7 Schuljahre: Versäumnisse 139 Tage; Längenzunahme (in vier Schuljahren) 15 cm; Gewichtszunahme (in vier Schuljahren) 20,75 kg.

29. 12. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Schläft mit 9jähriger Schwester in einem Bette. Masern, Husten, Auswurf, Gewichtsabnahme seit einiger Zeit.

Befund: Mittel, flacher Brustkorb, Blutarmut mit Geräusch am Herzen. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung bis unterhalb der Schulterblattgräte. Dazu mittelblasige Rasselgeräusche sowie verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. L. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 31,5 kg. PIRQUET stark positiv. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 6. 4. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 29. 4. 1912 Gewicht 35,4 kg. R. h. katarrhalische Geräusche verschwunden. Noch immer verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. 10. 6. 1912 Gewicht 37,1 kg. Auswurf frei. 27. 2. 1913 Gewicht 40 kg. Geheilt.

Dauer der offenen Tuberkulose: $5\frac{1}{4}$ Monate.

Nachschrift: 20. 11. 1913 Gewicht 45 kg. R. h. o. verlängertes Exspirium. 5. 3. 1914 Gewicht 46 kg. Blutarmut. Lunge ohne Befund.

Fall 37: P. Elsa, $12\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: Kutscher, Einkommen 25 M. Mutter: 5 Kinder.

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 10. 11. 1900 in L.

Schulaufnahme: Ostern 1907.

1. Schuljahr 1907/08: Versäumnisse $5\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 105 cm; Gewicht 19,5 kg.
Schularzt: Mittel, Blutarmut.
2. „ 1908/09: Versäumnisse $9\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 109,5 cm; Gewicht 20,75 kg.
3. „ 1909/10: Versäumnisse $7\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 110 cm; Gewicht 22,75 kg.

4. Schuljahr 1910/11: Versäumnisse 37 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 118 cm; Gewicht 24,5 kg.
Schularzt: 28. 6. 1910 schwerer Herzfehler.
5. „ 1911/12: Versäumnisse 35 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 125 cm; Gewicht 25,3 kg.
6. „ 1912/13: Versäumnisse 33 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 127 cm; Gewicht 26,5 kg.
7. „ 1913/14: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 138 cm; Gewicht 26 kg.

9. 5. 1913 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Luftröhrenkatarrh, Keuchhusten. Seit zwei Jahren starker Husten mit oft blutigem Auswurf.

Befund: Schwaches Kind mit schwerem, inkompensiertem Herzfehler. R. v. und h., l. v. und h. ausgebreitetes, feuchtes, groß- und kleinblasiges Rasseln, keine Dämpfungen über der ganzen Lunge (Stauungsbronchialkatarrh). Temperatur normal. Gewicht 26,7 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: In ärztliche Behandlung überwiesen.

Dauer der offenen Tuberkulose: 2 Monate (siehe Nachschrift).

Nachschrift: 7. 7. 1913 verstorben.

Fall 38: M. Suse, 12 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 43 J., Handschuhzuschneider, gesund, Einkommen 20 M. Mutter: 40 J., gesund, 6 Kinder (3 gestorben).

Wohnung: Hof 1 Treppe, im Stadttinnern. „Sehr unfreundliche Wohnung“. 3 Zimmer, 2 Erwachsene, 3 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 6. 1. 1900.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 88 Tage; Fortschritte II; Länge 118 cm; Gewicht 21,5 kg.
Schularzt: Gut.
2. „ 1907/08: Versäumnisse 1 Tag; Fortschritte II; Länge 122 cm; Gewicht 23,75 kg.
3. „ 1908/09: Versäumnisse $\frac{1}{2}$ Tag; Fortschritte II; Länge 132 cm; Gewicht 27,75 kg.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb; Länge 134 cm; Gewicht 28 kg.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte II; Länge 140 cm; Gewicht 31,5 kg.
6. „ 1911/12: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIb; Länge 144 cm; Gewicht 35 kg.
7. „ 1912/13: Versäumnisse: Ost.—Mich. 27 Tage, Mich. bis Ost. 13 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 150 cm; Gewicht 39 kg.

Schularzt: 3. 5. 1912 genügend, Blutarmut, Kropfbildung, Luftröhrenkatarrh.

7 Schuljahre: Versäumnisse 95 $\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme 32 cm; Gewichtszunahme 22,5 kg.

7. 6. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Scharlach, Rippenfellentzündung, Spitzblattern. Seit mehreren Jahren (!) zeitweise Husten, selten Auswurf. Lunge doppelseitig ergriffen. Temperatur normal. Gewicht 40,9 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 5. 7. 1912 Auswurf noch immer Bazillen. 28. 8. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 13. 9. 1912 Gewicht 44 kg. Verschlechterung (!) des Allgemeinbefindens. 11. 10. 1912 Auswurf frei. 15. 10. 1912 desgleichen. 1. 4. 1913 allgemeines Besserbefinden. Noch bestehender beiderseitiger Lungenkatarrh. Kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 4 Monate.

Nachschrift: 8. 4. 1913 Gewicht 44,6 kg. Katarrh wesentlich geringer. Auswurf frei. Aus der Schule entlassen.

Fall 39; E. Louise, 12 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 41 J., an Lungentuberkulose verstorben 1908. Mutter: 39 J., Waschfrau, Blutarmut, 8 Kinder (3 gestorben). Schwester: 18 J., Tuberkulose, 1911 Heilstätte. Jetziges Befinden gut. Bruder: 14 J., untermittel, Blutarmut, Wirbelsäulenverkrümmung, PIRQUET positiv, tuberkulös. Schwester: 5 J., gut, Gewicht 21,1 kg, PIRQUET positiv. Schwester: 4 J., gut, Gewicht 20 kg, PIRQUET positiv.

Wohnung: 3 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 4 Kinder, Schlafzimmer 5 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 27. 6. 1900 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

Schularzt: Mittel, skrofulöse Hornhautentzündung.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 34 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III; Länge 96 cm; Gewicht 14,20 kg.
 2. „ 1907/08: Versäumnisse 13 Tage; Fortschritte III; Länge 100 cm; Gewicht 18 kg.
 3. „ 1908/09: Versäumnisse 46 Tage; Fortschritte III; Länge 102 cm; Gewicht 17 kg!
 4. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIb; Länge 112 $\frac{1}{2}$ cm; Gewicht 19,50 kg.
 5. „ 1910/11: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 117 cm; Gewicht 19,50 kg!
- Schularzt: Schlecht, Lungenkatarrh.
6. „ 1911/12: Versäumnisse 33 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIb; Länge 122 cm; Gewicht 22,5 kg.
 7. „ 1912/13: Versäumnisse 87 Tage; Fortschritte IIb; Länge 124 cm; Gewicht 23,5 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 215 $\frac{1}{2}$ Tage; Längenzunahme 28 cm; Gewichtszunahme 12,2 kg.

17. 12. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Influenza. Seit einiger Zeit wenig Husten, Nachtschweiß.

Befund: Mittel, Blutarmut, Nackendrüsen. R. v. unmittelbar ober- und unterhalb des Schlüsselbeins Schallverkürzung. Unreines Atmen. R. h. Schallverkürzung bis unterhalb der Schulterblattgräte, verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. L. v. ohne Befund. L. h. unreines Atmen. Temperatur normal. Gewicht 22,3 kg. PIRQUET positiv (2.—3. Grades) torpid. Auswurf frei.

Verlauf: 1. 4. 1911 Gewicht 23 kg. R. h. gebessert. L. unverändert. 24. 7. 1911 Erholungsstätte (10 Wochen). 17. 8. 1911 r. v. o. vesikobronchiales Atmen. Giemen. 18. 11. 1911 Gewicht 27,3 kg. 7. 5. 1912 unverändert. Gewicht 26,5 kg. 17. 5. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 6. 8. 1912 Gewicht 26,8 kg. 17. 8. 1912 r. o. Dämpfung, klingendes mittelblasiges Rasseln. L. h. o. ebenso. 11. 10. 1912 unverändert. 22. 11. 1912 Auswurf vereinzelte Bazillen. 28. 11. 1912 Gewicht 26,4 kg. Erhebliche Besserung. Wenig Auswurf. 20. 1. 1913 Erholungsstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: 1. 11 Monate (vgl. Nachschrift); 2. ab 2. 3. 1915 weiterhin.

Nachschrift: 7. 11. 1913 Auswurf frei. Gewicht 32,3 kg. Objektiver Befund unverändert. 2. 3. 1915 Auswurf vereinzelte Bazillen. Hochgradige Abmagerung. Gewicht 37,4 kg. Walderholungsstätte. 28. 5. 1915 Gewicht 39 kg. Befund unverändert.

Fall 40: M. Emma, 12³/₄ Jahre.

Familie: Vater: 43 J., Gastwirt, an Tbc. verstorben. Mutter: 46 J., mittel, Blutarmut. L. Spitze einzelne verdächtige Geräusche. Gewicht 51,7 kg. 7 Kinder (2 gestorben). Schwester: 20 J., mittel, Bleichsucht, Gewicht 50,4 kg, Lunge verdächtig. Bruder: 19 J., mittel, Blutarmut, Gewicht 24,7 kg, PIRQUET positiv. Bruder: 5¹/₂ J., mittel, offene Tuberkulose (7. 9. 1912).

Wohnung: Erdgeschoß, 3 Zimmer, Küche, 3 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 3 Personen. Offene Bauweise (Vorort).

Lebenslauf:

Geboren am 17. 2. 1900 in Chemnitz als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1906.

Schularzt: Gut, Hühnerbrust, vergrößerte Mandeln.

1. Schuljahr 1906/07: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIb; Länge 108 cm; Gewicht 19 kg.
2. „ 1907/08: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 112 cm; Gewicht 20,3 kg.
3. „ 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 118 cm; Gewicht 23,2 kg.
4. „ 1909/10: Versäumnisse 28 Tage; Fortschritte IIb; Länge 122¹/₂ cm; Gewicht 23,75 kg.
5. „ 1910/11: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte II; Länge 124 cm; Gewicht 25 kg.

6. Schuljahr 1911/12: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 128 cm; Gewicht 29,5 kg.

Schularzt: Mittel, Lungenkatarrh, vergrößerte Mandeln.

7. „ 1912/13: Versäumnisse 76 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 139 cm; Gewicht 32,75 kg.

7 Schuljahre: Versäumnisse 111 Tage; Längenzunahme 31 cm; Gewichtszunahme 17 kg.

24. 5. 1910 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Mandelentzündungen, Luftröhrenkatarrhe. Seit kurzem zeitweise Husten, Auswurf, Brustschmerzen, Fieber.

Befund: Mittel. R. v. unreines Atmen, unmittelbar ober- und unterhalb des Schlüsselbeins. R. h. Schallverkürzung und unreines Atmen bis unterhalb der Schulterblattgräte. L. frei. Temperatur normal. Gewicht 26 kg. PIRQUET negativ. Auswurf frei. 6. 11. 1912 PIRQUET negativ. Auswurf vereinzelte Bazillen. 19. 12. 1912 Erholungsstätte (6 Wochen). 15. 2. 1913 Lungenerscheinungen unverändert. Allgemeinzustand gebessert. 1. 4. 1913 Allgemeinzustand gut. Gewicht 36 kg. Kein Auswurf, kein Husten.

Dauer der offenen Tuberkulose: 5 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: 8. 4. 1913 Auswurf frei. 14. 4. 1913 Gewicht 40 kg. 27. 12. 1913 Gewicht 45,2 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 41: U. Frieda, 13½ Jahre.

Familie: Vater: Former, Einkommen 25—30 M. Mutter: an Lungenschwindsucht verstorben. Stiefmutter: 35 J., seit 3 Jahren nach Rippenfellentzündung Lungenschwindsucht. Auswurf (2. 5. 1912) zahlreiche Bazillen; mittel, Gewicht 72,6 kg, 3 Kinder.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Kammer, Küche, 2 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 10. 8. 1898 in W-dorf; 1905 verzogen nach G-a, später P-n.

Schulaufnahme: 1905 in G-a.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte IIb.

2. „ 1906/07: „ 1 „ „ IIb.

Verzogen.

3. „ 1907/08: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIb.

Verzogen nach F-h.

4. „ 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIb.

5. „ 1909/10: „ 1 „ „ IIb.

6. „ 1910/11: „ 1 „ „ IIb.

7. „ 1911/12: „ 2 „ „ II.

Kinderheilstätte Norderney.

8. „ 1912/13: Versäumnisse 48 Tage; Fortschritte II.

2. 5. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wiederholt Lungenentzündung. Seit einem halben Jahre Husten und geringer Auswurf. Gewichtsabnahme. Steht

in privatärztlicher Behandlung. Gewicht 29,6 kg. Auswurf: Bazillen.

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 42: R. Margarethe, 13 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: ?

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 5. 8. 1898 als ? Kind.

Schulaufnahme: 'Ostern 1906.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 119 cm; Gewicht 25 $\frac{3}{4}$ kg.
Schularzt: Mittel. Hühnerbrust.
2. „ 1906/07: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 123 cm; Gewicht 26 kg.
3. „ 1907/08: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 128,9 cm; Gewicht 29,5 kg.
4. „ 1908/09: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 134,5 cm; Gewicht 32 $\frac{1}{4}$ kg.
5. „ 1909/10: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge ? Gew. ?
6. „ 1910/11: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 144 cm; Gewicht 41,5 kg.
7. „ 1911/12: Versäumnisse ? Fortschritte ? Länge 152 cm; Gewicht 46 kg.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh.
8. „ 1912/13: Versäumnisse 193 $\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa; Länge 159 cm; Gewicht 55 kg.

17. 2. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wird vom Schularzt überwiesen. Masern, Lungenspitzenkatarrh. 1909 wegen allgemeiner Körperschwäche Bethlehemstift. Seit einiger Zeit vorübergehend Husten, Auswurf, Durchfälle.

Befund: Übermittel. Rachitischer Brustkorb. R. v. ? R. h. ? L. v. ? L. h. ? Temperatur normal. Gewicht 55,9 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: 21. 5. 1912 Gewicht 56,4 kg. 20. 7. 1912 Wald-erholungsstätte. 3. 9. 1912 r. Oberlappen total infiltrierte. L. o. einige Herde. L. h. unten starke Bronchitis. Gewicht 58,4 kg. Prognose ungünstig!

Dauer der offenen Tuberkulose: ?

Nachschrift: Nichts zu ermitteln.

Fall 43: B. Ida, 13 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Familie: Vater: 37 J. alt 1911 an Mittelohrentzündung gestorben. Mutter: 38 J., gesund, 2 Kinder.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, 1 Erwachsener, 3 Kinder.
Wenig Sonne.

Lebenslauf:

Geboren am 9. 9. 1898 in H-dorf als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905 in Sch-n.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 12 Tage; Fortschritte II.
Verzogen nach Chemnitz.
2. „ 1906/07: Versäumnisse 30 Tage; Fortschritte IIb.
Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut. Verzogen
nach G-r.
3. „ 1907/08: Versäumnisse 37 Tage; Fortschritte IIb.
4. „ 1908/09: „ 22 „ „ IIb.
5. „ 1909/10: „ 17 „ „ II.
6. „ 1910/11: „ 0 „ „ IIb.
Verzogen nach A-g.
7. „ 1911/12: Versäumnisse 49 Tage; Fortschritte IIb.
Verzogen nach Chemnitz (10. 1. 1912).
Schularzt: 16. 1. 1912 Mittelohrentzündung, Lungen-
katarrh, Bleichsucht.
8. „ 1912/13: Versäumnisse 57 Tage; Fortschritte IIb.
8 Schuljahre: Versäumnisse 224 Tage.
19. 1. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Wird vom Schularzt überwiesen. Masern, Scharlach, Mittelohrentzündung. Vor fünf Jahren angeblich Lungentuberkulose! Seit acht Tagen Husten und Auswurf.

Befund: Untermittel, schwere Blutarmut, chronische Mittelohrentzündung. R. v. und h. ohne Befund. L. v. verschärftes Vesikuläratmen unter- und oberhalb des Schlüsselbeins. L. h. Schallverkürzung bis zur Schulterblattgräte, mittel- und großblasiges Rasseln ebenda. Verschärftes Vesikuläratmen bis zur Schulterblattspitze. Temperatur normal. Gewicht 30 kg. Auswurf zahlreiche Bazillen.

Verlauf: 24. 3. 1912 Erholungsstätte (3 Wochen). 12. 4. 1912 Heilstätte (3 Monate). 24. 7. 1912 Gewicht 36,3 kg. Geheilt. Auswurf frei. 1. 4. 1913 gesund.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate.

Nachschrift: 1. 10. 1915 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 44: H. Martha, 131½ Jahre.

Familie: Vater: 49 J., Schlosser, Einkommen 25 M., an Lungenbluten gelitten. Mutter: 48 J., 4 Kinder.

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 5 Erwachsene, 1 Kind, Schlafzimmer 3 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 30. 10. 1898 als 4. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

Schularzt: Gut.

Thiele, Tuberk. Kinder.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 8 Tage; Fortschritte III; Länge 104 cm; Gewicht 17 kg.
2. „ 1906/07: Versäumnisse 43 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 109 cm; Gewicht 18,5 kg.
3. „ 1907/08: Versäumnisse 18 Tage; Fortschritte III; Länge 114 cm; Gewicht 20 kg.
4. „ 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte III; Länge 118 cm; Gewicht 22 kg.
5. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 122 cm; Gewicht 22,9 kg.
6. „ 1910/11: Versäumnisse 7 Tage; Fortschritte IIIa; Länge ? Gewicht ?
7. „ 1911/12: Versäumnisse 35½ Tage; Fortschritte IIIb; Länge 143 cm; Gewicht 33,5 kg.

Schularzt: 8. 12. 1911 Herzstörung, Kropfbildung. Bleibt sitzen.

8. „ 1912/13: Versäumnisse 206 Tage; ohne Zensur; Länge 144 cm; Gewicht 33,5 kg.

8 Schuljahre: Versäumnisse 317 Tage; Längenzunahme 40 cm; Gewichtszunahme 16,5 kg.

15. 4. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern, Spitzblättern, Blinddarmentzündung (zweimal), Lungenspitzenkatarrh. Seit sechs Wochen Husten, Auswurf, Fieber, Seitenstechen.

Befund: Mittel, Blutarmut, hochgradige Kropfbildung. R. v. ohne Befund. R. h. verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Expirium. L. v. Schallverkürzung und verschärftes Vesikuläratmen bis zur Schulterblattgräte. L. h. ebenso. Temperatur normal. Gewicht 32,5 kg. PIRQUET positiv. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Verlauf: In privatärztlicher Behandlung. Sommer 1912 fünf Wochen in einem allgemeinen Kindererholungsheim (Bethlehemstift). 15. 10. 1912 Auswurf frei. 1. 4. 1913 gesund, kein Husten, kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate.

Nachschrift: 1. 10. 1915 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 45: B. Helene, 13½ Jahre.

Familie: Vater: Schneider, gestorben an Mittelohreiterung (?). Stiefvater: 32 J., Schneider (Auswurf, Spuckflasche). 1907 Lungenheilstätte. Allgemeinbefinden gut. 1910 Erholungsstätte. Mutter: ? Bruder: 16 J., Skrofulose, keine Lungenerscheinungen.

Wohnung: 3 Treppen, 4 Zimmer, 2 Kammern, Küche, Vorsaal, 2 Erwachsene, 2 Kinder. Sauber.

Lebenslauf:

Geboren am 6. 6. 1899.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

Schularzt: Mittel, Nackendrüsen, Sehstörung.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 2 Tage; Fortschritte III; Länge 101 cm; Gewicht 14,25 kg.
2. „ 1906/07: Versäumnisse 3 1/2 Tage; Fortschritte III b (bleibt sitzen); Länge ? Gewicht ?
3. „ 1907/08: Versäumnisse 16 Tage; Fortschritte II b; Länge 109 1/2 cm; Gewicht 16,50 kg.
4. „ 1908/09: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II b; Länge 120,5 cm; Gewicht 20,50 kg.
5. „ 1909/10: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II b; Länge 125 cm; Gewicht 20 kg.
6. „ 1910/11: Versäumnisse 1/2 Tag; Fortschritte III a; Länge ? Gewicht ?
7. „ 1911/12: Versäumnisse 1/2 Tag; Fortschritte III a; Länge ? Gewicht ?
8. „ 1912/13: Versäumnisse 52 Tage; Fortschritte III; Länge 143 cm; Gewicht ?

Schularzt: Linksseitiger Ellenbogenbruch.

Schularzt: 1. 6. 1911 hochgradige Blutarmut.

Schularzt: 10. 7. 1912 hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh. Der Fürsorgestelle überwiesen.

8 Schuljahre: Versäumnisse 72 1/2 Tage; Längenzunahme 41 cm; Gewichtszunahme 18,75 kg.

16. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Masern.

Befund: Sehr schwach. Phthisischer Habitus. PIRQUET positiv. R. v. Schallverkürzung bis zur zweiten Rippe. Verschärftes Vesikuläratmen mit verlängertem Exspirium. R. h. ebenso, dazu groß- und kleinblasige Rasselgeräusche bis zur Schulterblattgräte. L. v. mäßige Schallverkürzung oberhalb des Schlüsselbeins. L. h. wie r. h. Temperatur normal. Gewicht 28,3 kg. Auswurf frei.

Verlauf: 6. 10. 1912 Erholungsstätte. Gewicht 31,2 kg. 22. 10. 1912 bedeutende Verschlechterung. Fieber bis 37,6°. Nach Haus geschickt. 5. 11. 1912 Gewicht 32,4 kg. 11. 11. 1912 Gewicht 33,4 kg. 12. 11. 1912 Auswurf vereinzelte Bazillen. 19. 11. 1912 keine erhöhte Temperatur. Von neuem Erholungsstätte. 30. 1. 1913 Auswurf frei. 4. 2. 1913 Lungenbefund derselbe. 25. 2. 1913 Erholungsstätte. 21. 3. 1913 Gewicht 32 kg. 4. 4. 1913 Gewicht 33 kg. Lungenbefund unverändert. 11. 4. 1913 weiterhin in die Erholungsstätte.

Dauer der offenen Tuberkulose: 2 1/2 Monate.

Nachschrift: 5. 12. 1913 Gewicht 35,7 kg. Katarrh spärlicher, sonst unverändert. 16. 3. 1915 Gewicht 35,6 kg. Kein Husten, jedoch noch zahlreiche trockene Geräusche.

Fall 46: Z. Susanne, 13 1/2 Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Eisendreher, Einkommen 20 M. Mutter: 41 J., 4 Kinder (2 gestorben).

Wohnung: 4 Treppen, 2 Zimmer, 2 Erwachsene, 2 Kinder in 2 Betten. Raum zu eng, um weitere aufzustellen.

Lebenslauf:

Geboren am 31. 3. 1899 in A-dorf als 3. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905 in Chemnitz.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse $\frac{1}{2}$ Tag; Fortschritte IIb; Länge 106 cm; Gewicht 18 kg.

Schularzt: Gut, Ekzem in den Ellenbeugen.

2. „ 1906/07: Versäumnisse $1\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte IIIa.
 3. „ 1907/08: „ 3 Tage; Fortschritte III.
 4. „ 1908/09: „ $27\frac{1}{2}$ Tage; Fortschritte III.
 5. „ 1909/10: „ $29\frac{1}{2}$ „ „ III.
 6. „ 1910/11: „ 0 Tage; Fortschritte IIIb (bleibt sitzen); Länge 132,5 cm; Gewicht 30 kg.

Schularzt: Mittel, hochgradige Blutarmut. Genesungsheim Hüttengrund.

7. „ 1911/12: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte III.
 8. „ 1912/13: „ 55 Tage; Fortschritte III; Länge 141,5 cm; Gewicht 35 kg.

Schularzt: Hochgradige Blutarmut, Lungenkatarrh, Nasenbluten. 19. 12. 1912 vom Schulbesuch befreit und der Fürsorgestelle überwiesen.
 17. 12. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Scharlach, seit $\frac{1}{4}$ Jahr Husten, Seitenstechen, sehr viel Auswurf, Nasenbluten.

Befund: Mittel. R. v. ohne Befund. R. h. Schallverkürzung, verschärftes Vesikuläratmen, zähe, knackende Geräusche bis zur Schulterblattgräte. L. v. unterhalb des Schlüsselbeins zwei Finger breit Schallverkürzung. L. h. zähe, knackende Geräusche oberhalb der Schulterblattgräte. Temperatur normal. Gewicht 38,6 kg. Auswurf vereinzelte Bazillen.

Dauer der offenen Tuberkulose: 8 Monate.

Nachschrift: 1. 8. 1913 Gewicht 43,7 kg. Kein Auswurf. 28. 11. 1914 Gewicht 49 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Fall 47: B. Helene, $13\frac{3}{4}$ Jahre.

Familie: Vater: 39 J., Maurer, Einkommen 20 M. Mutter: 38 J., 12 Kinder (9 gestorben). Schwester: 8 J., schwach, Gewicht 19,8 kg, Nackendrüsen, PIRQUET positiv. H. o. beiderseits kleinflasiges Rasseln (3. 7. 1912).

Wohnung: 1 Treppe, 2 Zimmer, Küche, Vorsaal, 3 Erwachsene, 2 Kinder.

Lebenslauf:

Geboren am 18. 9. 1898 als 2. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

Ostern 1913 schulentlassen aus Klasse 3 mit Zensur III. Versäumnisse 287 Tage.

3. 7. 1912 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Lungenentzündung (zweimal), Keuchhusten. Seit drei Wochen Husten und Auswurf.

Befund: Sehr schwach. Phthisischer Habitus. R. v. oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeins verschärftes Vesikuläratmen. — Knacken. R. h. Schallverkürzung über der Spitze bis zum unteren Schulterblattwinkel. Ebenda zähe, knackende Geräusche. L. v. Dämpfung bis zur Unterschlüsselbeingrube. Ebenda Bronchovesikuläratmen. L. h. an gleicher Stelle in gleichem Umfange wie r. gleichfalls Schallverkürzung und zähe, knackende Geräusche. Temperatur normal. Gewicht 32,9 kg. Auswurf Bazillen.

Verlauf: 15. 10. 1912 zahlreiche Bazillen. 1. 4. 1913 bettlägerig. Immer Husten und Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 8 Monate (vgl. Nachschrift).

Nachschrift: Juni 1913 verstorben.

Fall 48: H. Irma, 14 Jahre.

Familie: Vater: 47 J., Maler, Einkommen 25 M. Mutter: 40 J., 8 Kinder (3 gestorben). Bruder: 8 J., untermittel, Gewicht 19,2 kg. Schwere Blutarmut, eingesunkener Brustkorb, Nackendrüsen. 27. 9. 1911 PIRQUET negativ.

Wohnung: 2 Treppen, 2 Zimmer, Kammer, Küche, Vorsaal, 4 Erwachsene, 3 Kinder, Schlafzimmer 4 Personen.

Lebenslauf:

Geboren am 29. 8. 1897 als 5. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

1. Schuljahr 1904/05: Versäumnisse 12 Tage; Fortschritte III; Länge 118 cm; Gewicht 20,9 kg.

Schularzt: Mittel, Blutarmut.

2. „ 1905/06: Versäumnisse 27 Tage; Fortschritte II; Länge 120 cm; Gewicht 22,5 kg.

3. „ 1906/07: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte IIb; Länge 130 cm; Gewicht 24 kg.

Schularzt: Verschlimmerte Blutarmut.

4. „ 1907/08: Versäumnisse 12 Tage; Fortschritte IIb; Länge 133 cm; Gewicht 28 kg.

5. „ 1908/09: Versäumnisse 21 Tage; Fortschritte IIb; Länge 135 cm; Gewicht 30 kg.

6. „ 1909/10: Versäumnisse 18 Tage; Fortschritte IIb; Länge 140 cm; Gewicht ?

7. „ 1910/11: Versäumnisse 5 Tage; Fortschritte III; Länge ? Gewicht ?

8. „ 1911/12: Versäumnisse 51 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 147 cm; Gewicht 35,5 kg.

Schularzt: 4. 9. 1911 mittel, hochgradige Blutarmut, Lungentuberkulose.

27. 9. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Vom Schularzt überwiesen. 1905 rechtsseitige Rippenfellentzündung. Zurzeit wenig Husten, Durchfälle, Gewichtsverlust.

Befund: Zart, schwere Bleichsucht. R. h. bis zur Schulter-

blattgräte Schallverkürzung. Verschärftes Vesikuläراتmen mit verlängertem Exspirium. Mittel- und großblasige Rasselgeräusche. R. v. sowie l. v. und h. ohne Befund. Temperatur normal. Gewicht 42,3 kg. PIRQUET positiv. Auswurf: Bazillen.

Verlauf: 22. 2. 1912 Walderholungsstätte (6 Wochen). 30. 3. 1912 Gewicht 45,8 kg. Auswurf frei. 12. 4. 1912 Heilstätte. 24. 7. 1912 geheilt entlassen. Kein Auswurf.

Dauer der offenen Tuberkulose: 6 Monate.

Nachschrift: 10. 11. 1914 Gewicht 51,2 kg. Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund. 11. 7. 1915 Gewicht 53,7 kg. Gesund.

Fall 49: J. Louise, 14 Jahre.

Familie: Vater: gesund. Mutter: 38 J., mittel, Gewicht 53 kg, gesund, Einkommen 12 M., 2 Kinder (außerehelich). Bruder, 23 J. alt, und Schwester, 18 J. alt, an Schwindsucht verstorben. Schwester: 10 J., mittel, Gewicht 22,5 kg, Skrofulose, adenoide Wucherungen, PIRQUET positiv.

Wohnung: ?

Lebenslauf:

Geboren am 14. 3. 1899 in Chemnitz als 1. Kind.

Schulaufnahme: Ostern 1905.

1. Schuljahr 1905/06: Versäumnisse 0 Tage; Fortschritte II; Länge 110 cm; Gewicht 19,5 kg.
Schularzt: Gut, Nasen-Rachenwucherungen, schwerhörig.
2. „ 1906/07: Versäumnisse 8 Tage; Fortschritte II; Länge 117 cm; Gewicht 21,75 kg.
3. „ 1907/08: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte II; Länge 120,5 cm; Gewicht 23 kg.
4. „ 1908/09: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte II; Länge 129 cm; Gewicht 26,5 kg.
5. „ 1909/10: Versäumnisse 3 Tage; Fortschritte II; Länge 130 cm; Gewicht 27,5 kg.
6. „ 1910/11: Versäumnisse 35 Tage; Fortschritte II; Länge 138 cm; Gewicht 30 kg.
7. „ 1911/12: Versäumnisse 34 Tage; Fortschritte IIIa; Länge 143 cm; Gewicht 35,25 kg.
Schularzt: 6. 5. 1911 Nasen-Rachenwucherungen gebessert. Luftröhrenkatarrh.
8. „ 1912/13: Versäumnisse 6 Tage; Fortschritte II; Länge 152 cm; Gewicht 40,5 kg.

8 Schuljahre: Versäumnisse 92 Tage; Längenzunahme 33 cm; Gewichtszunahme 22,8 kg.

6. 6. 1911 Fürsorgestelle.

Vorgeschichte: Spitzblattern, Keuchhusten, Diphtherie. Seit kurzem Husten.

Befund: Mittel, abgeflachter Brustkorb. R. v. Schallverkürzung in der unteren Schlüsselbeingrube. Zäh, knackende Geräusche hier

und in der Spitze. R. h. Dämpfung oberhalb der Schulterblattgräte. Dieselben Geräusche wie r. v. L. v. und l. h. frei. Temperatur normal. Gewicht 33,8 kg. PIRQUET positiv (2.—3. Grades). Auswurf frei.

Verlauf: 26. 8. 1911 Erholungsstätte (6 Wochen). 25. 9. 1911 Gewicht 39,2 kg! 9. 10. 1911 keine Geräusche mehr, gebessert. 24. 10. 1912 hochgradige Bleichsucht. Gewicht 44,5 kg! 20. 2. 1913 Gewicht 42,3 kg. Akuter Luftröhrenkatarrh. 25. 2. 1913 Auswurf vereinzelt Bazillen. 6. 3. 1913 Erholungsstätte. Heilstätte beantragt. 1. 4. 1913 Schulentlassung.

Dauer der offenen Tuberkulose: 3 Mon. (kein Auswurf mehr).

Nachschrift: 5. 4. 1913 Erholungsstätte. 19. 5. 1913 Gewicht 48 kg. Katarrh sehr gebessert. Schläft zu Haus wieder mit 12jähr. Schwester in einem Bett. Kein Auswurf. 10. 11. 1913 Gewicht 56,4 kg. R. h. o. und l. h. o. Schallverkürzung, sonst ohne Befund. 1. 10. 1915 Allgemeinzustand gut. Lunge ohne Befund.

Bei Durchsicht der einzelnen Fälle erkennt man weiter die Bedeutung der Kinderkrankheiten, insbesondere der Masern und des Keuchhustens, für die Vorgeschichte der Erkrankung. Besonders auffallend ist die wiederholte Angabe einer vorhandenen Blutarmut, die schon Jahre zuvor auf das Bestehen einer ernsteren Ansteckung hinweist. Dies entspricht den oben angeführten Betrachtungen über das Verhältnis von Blutarmut und Tuberkulose. Verteilen wir unsere Fälle auf die Schuljahre, so erhalten wir folgendes Bild:

1. Schulj. (6—7 J.):	53 Tbc.;	143 Blutarme;	6 Fälle off. Tbc.
2. „ (7—8 J.):	62 „	152 „	8 „ „ „
3. „ (8—9 J.):	68 „	186 „	7 „ „ „
4. „ (9—10 J.):	113 „	187 „	12 „ „ „
5. „ (10—11 J.):	99 „	153 „	13 „ „ „
6. „ (11—12 J.):	105 „	172 „	8 „ „ „
7. „ (12—13 J.):	80 „	147 „	11 „ „ „
8. „ (13—14 J.):	53 „	71 „	12 „ „ „

Die offene Tuberkulose tritt entsprechend der Zahl der Fälle von Blutarmut im folgenden Jahrgang verhältnismäßig häufiger oder weniger häufig auf.

Auch die körperliche Entwicklung, soweit diese durch Körpergewicht und Längenmaß festzustellen ist, ergibt ähnliche Ergebnisse für diese Kinder, wie wir sie¹⁶⁾ im allge-

¹⁶⁾ ADOLF THIELE, Der Einfluß von Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose, auf das Wachstum und den Ernährungszustand der Schulkinder. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, Nr. 36.

meinen für tuberkulöse Kinder überhaupt festgestellt haben. „Die Kinder kommen mit verhältnismäßig geringerem Körpergewicht zur Schule, die Knaben auch etwas kleiner als die gesunden. Bei den Knaben sehen wir dann ein auffallendes Zurückbleiben von Größe und Gewicht durch die ganze Schule hindurch. Auch bei den Mädchen ist ein Zurückbleiben bis in die Mitte der Schulzeit ersichtlich, dann jedoch beginnt ein schnelleres Wachstum, ohne daß das Körpergewicht der Gesunden erreicht wird.“

Die örtliche Erkrankung betrifft bei der Mehrzahl der Kinder (54 Fälle) beide Lungen, bei 21 Fällen ist nur die rechte, in 7 Fällen nur die linke Lunge befallen, eine Feststellung, die ebenfalls mit den sonstigen Beobachtungen übereinstimmt. 2 Fälle konnten nicht ermittelt werden.

In der Mehrzahl der Fälle (23 Fälle) war das kranke Kind das erste Kind seiner Eltern, in 10 Fällen das zweite, in 10 Fällen das dritte, in 6 Fällen das vierte, in 9 Fällen das fünfte, in 8 Fällen das sechste bis neunte, in 4 Fällen das zehnte und weitere Kind. In 13 Fällen war die Geburtenzahl nicht zu ermitteln.

Den schwerwiegenden Einfluß der Erkrankung auf die geistige Erziehung der Kinder zeigen die Versäumniszahlen.

Wir¹⁷⁾ haben festgestellt, daß auf einen Knaben in einem Schuljahre durchschnittlich 5,4—5,5, auf ein Mädchen in einem Schuljahre durchschnittlich 6,8—7,1 versäumte Schultage im Jahre kommen. Das sind für den Knaben ungefähr 40—42, für das Mädchen ungefähr 50—56 versäumte Schultage in der ganzen 8jährigen Schulzeit. Man vergleiche damit die hier errechneten Schulversäumnistage, wo wir in 8 Schuljahren 134, 282, 317, in 7 Schuljahren 224, 215 und ähnliche Versäumnisse finden, in einzelnen Fällen noch viel größere. Damit hängt dann ganz selbstverständlich eine Minderleistung der Kinder zusammen, die sich in den Zeugnissen über Fortschritte ausdrückt, und in der Tatsache, daß 10 Knaben und 20 Mädchen zurückbleiben, 2 Knaben und 1 Mädchen der Hilfsschule überwiesen werden mußten, d. h. fast die Hälfte der Kinder schwere Ausbildungsmängel davontrugen.

Wir erkennen somit die Tuberkulose, ganz abgesehen

¹⁷⁾ THIELE, Über Schulversäumnisse bei Volksschulkindern. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, Der Schularzt, 1915, 13. Jahrg., Nr. 9.

von allen körperlichen Schäden, als eine schwere Gefahr für die geistige Entwicklung des Kindes, die auch unter diesem Gesichtspunkte die ganz besondere Beachtung der Schule verdient.

Bestimmte Schlüsse auf die Häufigkeit der offenen Tuberkulose unter den Schulkindern zu ziehen, erlauben unsere Angaben freilich nicht. Sicher aber ist sie sehr viel häufiger, und damit stimmen wir F. WOLF (l. c.) zu, als wie sie vermutet wird. Und da sie so häufig zu sein scheint, ist sie auch eine beachtenswerte Gefahr für die gesunden Kinder. Die Stadt Chemnitz hat eine verhältnismäßig geringe Sterblichkeit an Tuberkulose — Tuberkulose ist in Chemnitz nach Aussage sachkundiger, von auswärts zuziehender Ärzte eine lange nicht so häufig wie anderwärts zu beobachtende Krankheit! — und trotzdem diese in ihrer Art einzig dastehende hohe Zahl von Fällen offener Tuberkulose, die nur infolge der lückenlosen Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfung — Fürsorgestelle, Schularzteinrichtung, patholog.-hygienisches Institut — gefunden wurde.

Die Tuberkulosesterblichkeit betrug auf 10000 Einwohner in Chemnitz:

	im ganzen:	Kinder im Alter von	
		5—10 Jahren:	10—15 Jahren:
1906:	17,03	0,44	0,28
1907:	16,96	0,61	0,11
1908:	17,24	0,56	0,37
1909:	15,45	0,73	0,22
1910:	15,15	0,56	0,46
1911:	14,05	0,20	0,37
1912:	12,64	0,49	0,23.

Auch aus dieser Liste erkennen wir das alte Lied: Abfallen der Gesamtsterblichkeit an Tuberkulose; Stetigkeit mit kleinen Schwankungen der Kindersterblichkeit an Tuberkulose. Aber gleichzeitig ist auch der verhältnismäßige günstige Stand der Tuberkulosesterblichkeit überhaupt in Chemnitz daraus zu ersehen. Wenn es nun hier möglich war, eine solche verhältnismäßig große Zahl von Fällen offener Kindertuberkulose zu ermitteln, so liegt der Schluß nahe, daß es auch in anderen Großstädten möglich sein wird, so viel Verbreiter der Tuberkulose in den Schulen festzustellen.

Die Folge der Feststellung offener, also ansteckender Tuberkulose ist die Ausschließung des betreffenden Kindes aus

der Schule, solange der Zustand der offenen Tuberkulose besteht. Eine preußische (und eine ihr gleichlautende bayrische) Ministerialverordnung vom 9. Juli 1907 betr. bestimmt ausdrücklich die Tuberkulose in ihrem § 3 als ansteckende Krankheit im Sinne der Verordnung: „Lungen- und Kehlkopftuberkulose, wenn und solange in dem Auswurfe Tuberkelbazillen enthalten sind“. Hierauf zielt die strenge Bestimmung: „Lehrer und Schüler, die an einer der in § 3 genannten Krankheiten leiden, dürfen die Schulräume nicht betreten“. Im Kgr. Sachsen ist eine Verordnung des Kultusministeriums, das Verhalten der Schulbehörden beim Auftreten ansteckender Krankheiten in den Schulen betr., vom 27. Februar 1908 in Gültigkeit, deren § 9 lautet: „Es ist darauf zu halten, daß Lehrer und Schüler, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Verdacht der Lungen- und Kehlkopftuberkulose erwecken, Müdigkeit, Abmagerung, Blässe, Hüsteln, Auswurf usw., einen Arzt befragen, und daß dieser für die bakteriologische Untersuchung des Auswurfs besorgt ist.“ Es fehlt also der Zwang des Ausschlusses in dieser Verordnung, wenn man nicht der Ansicht ist, daß schon die allgemeinen Schulausschlußgründe, wie sie der oben mitgeteilte § 5 des sächsischen Volksschulgesetzes anführt, zu tätigem Eingreifen genügende Handhaben bietet.

Was geschieht nun mit diesen Kindern, die wir mit ihrer für ihre Umgebung so bedenklichen Erkrankung sozusagen auf die Straße setzen? Ich folge hier meinen Ausführungen¹⁸⁾ auf der sächsischen Tuberkuloseversammlung 1913:

Auf die Ermittlung des offentuberkulösen Schulkindes folgt seine Ausschließung vom Schulbesuch durch die Schulleitung, selbstverständlich nicht ohne daß zu gleicher Zeit die Eltern des Kindes mündlich vom Schularzt belehrt und gegebenenfalls der Fürsorgestelle überwiesen werden. Auf diese Weise wird sicher eine schwere Gefahr für Kinder und Lehrer während ihres Aufenthalts in der Schule beseitigt.

Gerade an dem Tage, an dem mir der Auftrag zuteil wurde, über die Fürsorge für Kinder mit offener Tuberkulose zu sprechen, erhielt ich Einblick in einen Brief, in dem der Vater eines solchen bedauernswerten Kindes seinem Herzen in ungefähr folgender Weise Luft machte: Ich verlange, daß mein Kind

¹⁸⁾ THIELE, Über Kinder mit offener Lungentuberkulose. Schularzt, 1914, 12. Jahrg., Nr. 1.

Unterricht erhält, gerade weil es krank ist. Ich verlange einen erweiterten Unterricht, damit der Junge später einmal etwas Besseres („einen reinlichen Beruf“) lernen kann. Lernt er wegen des Ausschlusses aus der Schule nichts, so wird er höchstens zum Handarbeiter, also zur schmutzigsten Arbeit zu gebrauchen sein. Gerade durch die fortwährende Befreiung vom Schulbesuche wird er ein Nichtstuer, und außerdem durch das stete Erinnern an sein Leiden ein Weichling! Dadurch wird er reif für Spital und Arbeitshaus!

Dieser Notschrei eines bedrängten Vaters beweist die Notwendigkeit, sich der ausgeschlossenen Kinder besonders anzunehmen und die Dringlichkeit der vorliegenden Frage.

Man hat nun die Kinder mit Spuckflaschen versehen: aber was schon bei anscheinend verständigen Erwachsenen so große Schwierigkeiten macht, durchzusetzen, daß der Patient draußen in der Arbeit oder auf der Straße eine Spuckflasche gebraucht, bei Kindern versagt nach meinen Beobachtungen ohne stete Aufsicht die Spuckflasche völlig! Es ist also vergebliches Bemühen, offentuberkulöse Kinder auf diese Weise unschädlich zu machen.

Es bleibt darum vom ärztlichen Standpunkte aus immer bedenklich, ansteckende Kinder ohne weiteres der Familie und damit der Straße, dem Spielplatz zu überlassen. Dazu kommt als ganz wesentlich das, ich möchte sagen: ethische Moment hinzu, auf das der vorhin erwähnte Brief ein helles Licht wirft. „Kinder aussperren, heißt ihnen die Zukunft versperren!“ sagt mit Recht der unermüdete Rufer im Streit für die Kindertuberkulose, Geheimrat KIRCHNER, und führt dann aus: „Wir müssen tuberkulöse Kinder für ihre Umgebung unschädlich zu machen suchen, ohne es ihnen unmöglich zu machen, sich geistig auszubilden, damit sie erwerbs- und leistungsfähig werden für den Fall ihrer Genesung.“ Das ist scharf umrissen die ganze Aufgabe der Fürsorge für offentuberkulöse Kinder.

Die Unschädlichmachung setzt eine stete Aufsicht voraus: Die Heilung oder der Versuch dazu erfordert alle die Vorkehrungen, die neben spezifischer, in der hygienisch-diätetischen (Freiluftliegekur usw.) Behandlung umschrieben sind. Die geistige Ausbildung wird nur durch einen möglichst ununterbrochenen, dem Körperzustande des Betroffenen angepaß-

ten Unterricht gewährleistet. Das Ideal wäre also eine Lungenheilstätte mit Schulunterricht. Da jedoch die Kuren für Kinder immerhin erhebliche Zeit beanspruchen: die Dauer unserer offenen Tuberkulösen ist durchschnittlich wenigstens ein halbes Jahr, dürfte es sich für große Schulgemeinden empfehlen, solche Kinder in der Nähe der Stadt in einer Walderholungsstätte mit Tages- und Nachtbetrieb, falls eine solche vorhanden, oder in einer ähnlichen Einrichtung unterzubringen und dort nach einem vom Lehrer und Arzt gemeinsam aufgestellten Lehrplane unterrichten zu lassen. Sonderklassen in der Stadt selbst genügen meines Erachtens nicht. Infolge der großen Bedeutung der ganzen Frage hat der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz im Anschluß an seine König Friedrich August-Erholungsstätte ein besonderes Haus für Kinder mit offener Tuberkulose errichtet. Die Einführung des Schulunterrichtes für die Pflinglinge dürfte nach den wider Erwarten günstigen Erfahrungen über die Besserungs- und Heilungsmöglichkeiten der offenen Tuberkulose des Kindes nur eine Frage der Zeit sein. Es ist dies die Durchführung eines an sich nicht neuen Gedankens. Prof. NIETNER sagt z. B. in einem vor Jahresfrist in England gehaltenen Vortrage über die moderne Bekämpfung der Lungentuberkulose unter den Kindern: „Zur Behandlung der tuberkulösen Kinder, deren Aufenthalt in den verschiedenen Anstalten wegen des langwierigen Verlaufs der Krankheit ja meist von langer Dauer sein muß, gehört auch ein regelmäßiger vollwertiger Schulunterricht, dessen Ausdehnung natürlich sorgfältig individualisierend der Arzt bestimmen und überwachen muß.“ Freilich die allgemeine Waldschule ist meines Erachtens nicht für offentuberkulöse, wohl aber für tuberkulosebedrohte und -gefährdete Kinder der richtige Platz. Handelt es sich bei den offentuberkulösen Kindern um solche, die möglichste Körperruhe brauchen, trifft für die anderen alles das zu, was die Widerstandsfähigkeit des Körpers bekanntlich besonders günstig beeinflußt, also mit Maß und Ziel betriebene Körperbewegung: Leibesübungen, Wandern, Spiele usw. nach ärztlicher Anordnung.

Kinder, die an offener Tuberkulose gelitten haben, müssen selbstverständlich dauernd unter der ärztlichen Überwachung des Schul- und Fürsorgearztes stehen: ich halte eine mindestens alle viertel Jahre zu wiederholende Untersuchung

des Auswurfs, ebenso wie eine Kenntlichmachung der Kinder der Schule gegenüber für unbedingt nötig.

Von allgemeiner Bedeutung ist die Tatsache (OPPELT l. c.), daß die Unterbringung eines tuberkulösen Kindes in einer Heilstätte zu den Aufgaben der öffentlichen Armenpflege gehört, wenn durch Zeugnis eines approbierten Arztes diese Heilbehandlung für nötig erklärt wird (Reichsges. über den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908, §§ 28, 29, 30).

Über die Tuberkulose der Lehrer, über die wir erschöpfende Mitteilungen FRIEDRICH LORENTZ¹⁹⁾ verdanken, ist anhangsweise natürlich zu sagen, daß im Falle offener Tuberkulose ebenfalls der Schulausschluß angeordnet werden muß. Wichtig ist die Feststellung von LORENTZ, daß nach seinen Ermittlungen die größere Zahl der tuberkulösen Lehrer während ihrer Dienstzeit der Krankheit erliegen, daß 57% aller Tuberkulosefälle Lungenschwindsuchtsfälle sind und 45,7% aller Todesfälle schon innerhalb der ersten 5 Dienstjahre vorkommen. Es ist danach anzunehmen, daß die offene Tuberkulose unter diesen Fällen nicht selten sein wird.

Man hat gesagt: „Disposition ist gleich Exposition“. Das heißt: die günstigste Anlage tuberkulosekrank zu werden ist vielmehr die günstigste Gelegenheit, sich einer Ansteckung auszusetzen. Bei allem Vertrauen auf die sich entwickelnde Seuchenfestigkeit des Körpers, ist die Möglichkeit einer frischen Ansteckung nicht von der Hand zu weisen. Trotz der Möglichkeit einer mehr oder weniger langen Dauer eines unschädlichen Ruhezustandes (Latenz) der Bazillen im Körper, bestehen für ein Kind zu viele Möglichkeiten, die Widerstandsfähigkeit des Körpers zeit- und teilweise einzubüßen — auch die Schule kann hier dazu beitragen —, als daß man nicht versuchen müßte, die Ansteckungsquellen so viel und so lange als möglich zu verstopfen. Das wird leichter und weniger kostspielig und mit größerem Nutzen für die Zukunft mit Kindern geschehen können als mit Erwachsenen. Frühzeitige Feststellung ist hier das eine, fortlaufende Überwachung das zweite, was uns im Kampfe gegen die Tuberkulose in der Schule helfen wird.

¹⁹⁾ FRIEDRICH LORENTZ, Die Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer nach den Erfahrungen der „Sterbekasse deutscher Lehrer“ zu Berlin. Charlottenburg, Verlag für Schulhygiene.

Ärztliche Wünsche für ein neues Volksschulgesetz im Hinblick auf die Bekämpfung der Tuberkulose¹⁾.

Wenn das Wort wahr ist, daß unsere Zeit schneller dahingeht als die unserer Großeltern und Ahnen, so trifft es ganz besonders zu auf die vierzig Jahre, die seit der Schaffung des jetzt in Sachsen geltenden Gesetzes, das Volksschulwesen betreffend, vom 26. April 1873, vergangen sind. Die Industrie zog siegreich übers Land, die großen Städte wuchsen sich zu Großstädten aus. Dichter und dichter ist unser engeres Vaterland besiedelt. Aber mit der Dichtigkeit der Bevölkerung wuchs die Schwierigkeit der Gesunderhaltung: auch Sachsen beklagt ganz besonders eine hohe Säuglingssterblichkeit und eine sich vermindernde Militärdiensttauglichkeit, die beiden sichersten Maßstäbe für die gesundheitliche Kraft der Bevölkerung.

Mit der Dichtigkeit der Bevölkerung steigt aber auch die Tuberkulosegefahr. Und wenn wir auch erfreulicherweise in unserem engeren Vaterlande wie im Reiche ein deutliches Absinken der Tuberkulosesterblichkeit von Jahr zu Jahr feststellen können, so bleibt die Gefahr dennoch bestehen. Aber wie ganz anders blicken wir heute dieser Gefahr ins Auge in jenem 1873er Jahre!

Damals wohl eine Gewißheit, daß die Schwindsucht eine ansteckende Krankheit ist: die Namen VILLEMIN und COHNHEIM stehen mit leuchtenden Lettern in der Geschichte der Tuberkulose eingetragen. Aber auch die niederschmetternde Gewißheit, daß die Tuberkulose eine Krankheit war, der der einmal von ihr Befallene nimmer entrinnen konnte. Mit gebundenen Händen mußten der Vater, die Mutter sehen, wie ihnen ein Kind nach dem andern dahinging in der Blüte des Lebens.

¹⁾ Nach einem Vortrage auf der Sächsischen Tuberkuloseversammlung Dresden.

Heute ein ganz anderes Bild! Zwischen jenem Schöpfungsjahre des Volksschulgesetzes und unserer Zeit liegt das unsterbliche Werk ROBERT KOCHS! Und so wissen wir denn heute, daß die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit ist mit zu meist chronischem Verlaufe, die — und das ist für uns hier das Wesentliche! — vornehmlich im Kindesalter erworben wird. Wir wissen, daß die Tuberkulose eine heilbare Krankheit ist, um so heilbarer, je frühzeitiger sie erkannt und behandelt wird. Es folgt daraus, daß die größte Wahrscheinlichkeit für eine dauernde Heilung, ja eine gewisse Sicherheit hierfür die Erkennung und Behandlung in der Jugend bietet. Darum kann es kein modernes Schulgesetz geben, das an der Tuberkulose achtlos vorüber geht.

Wie die sächsische Staatsverwaltung die erste war, die im Jahre 1900 durch die Verordnung vom 29. September die Anzeigepflicht, diese Grundbedingung eines erfolgreichen Kampfes wider eine Volkskrankheit, wie die Tuberkulose, in einem gewissen Umfange einführte, die Anzeigepflicht, die bei weitem noch nicht im deutschen Vaterlande überall gesetzlich geregelt ist; — so hat die Schulverwaltung nicht gezögert, in einer Verordnung vom 27. Februar 1908, das Verhalten der Schulbehörden beim Auftreten ansteckender Krankheiten in den Schulen betr., auch der Tuberkulose Erwähnung zu tun. Es heißt im § 9 der gedachten Verordnung:

Es ist darauf zu halten, daß Lehrer und Schüler, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Verdacht der Lungen- und Kehlkopftuberkulose erwecken, — Müdigkeit, Abmagerung, Blässe, Hüsteln, Auswurf usw. —, einen Arzt befragen, und daß dieser für die bakteriologische Untersuchung des Auswurfs besorgt ist.

Der § 13 derselben Verordnung weist auf die unentgeltliche Benutzungsmöglichkeit der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden hin.

Und dem Jahre 1910 gehört die Generalverordnung vom 23. Dezember an, die die besondere Beobachtung der Lupusfälle und aller verdächtigen Hautausschläge den Schulärzten und Schulleitern ans Herz legt.

Die zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahre haben nun ergeben, daß wir oft zu spät kommen, wenn wir bei der Jugend darauf warten, daß deutliche Krank-

heitserscheinungen, wie sie in der erwähnten Verordnung im Jahre 1908 mit Recht benannt werden, nachweisbar sind.

Wir kennen heute die ganz außerordentliche Empfänglichkeit des kindlichen Körpers für die Tuberkulose.

Wir meinen darum, daß die Tuberkulose, insonderheit die Lungentuberkulose, nicht allein in dem Sinne der anderen ansteckenden Erkrankungen des Kindesalters im Gesetz zu behandeln ist, wo es sich vor allem darum handelt, die Gesunden zu schützen, sondern die besondere Art der Tuberkulose verlangt besondere Maßnahmen. Und dies wünschen wir von der Schule um so mehr, als ja leider in der Zeit nach der Schule und Fortbildungsschule der Tuberkulose die Früchte reifen, die in der Kinder- und Schulkinderzeit gewachsen sind.

Die Voraussetzung einer erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule und durch die Schule ist die Feststellung des Gesundheitszustandes aller Schulkinder beim Eintritt in die Schule. Ich sage aller Kinder, nicht nur der Schulanfänger, da die Erfahrung lehrt, daß auch unter diesen Kindern Tuberkulose und Tuberkulose-Gefährdete zu finden sind. Diese Feststellung erfolgt durch die ärztliche Untersuchung. Auch der Kampf gegen die Tuberkulose erfordert also, daß an allen Schulen des Landes Schulärzte angestellt werden. Die Erfahrung hat aber unabweislich ergeben, daß mit einer einmaligen Untersuchung der Schulanfänger wohl etwas, jedoch nicht alles, vor allem nicht alles Nötige getan ist, auch wenn sich eine mehr oder minder ausführliche schriftliche Mitteilung an die Eltern daran geschlossen hat.

Die schulärztlichen Reihenuntersuchungen namentlich der Schulanfänger müssen in Gegenwart der Eltern stattfinden, nur dann ist eine wesentliche Beeinflussung der Erziehungspflichtigen möglich und wahrscheinlich.

Es sollte selbstverständlich sein, daß die Reihenuntersuchungen der Schulkinder zweckmäßig im Laufe der Schulzeit mindestens noch einmal wiederholt werden. Und die Krönung der ganzen schulärztlichen Tätigkeit in der Volksschule ist die Schlußuntersuchung und gesundheitliche Beratung der Konfirmanden im Hinblick auf ihre Berufswahl, die jedoch nicht kurz vor Ostern stattfinden darf, sondern vor den Herbstferien im letzten Schuljahre.

Falsche Berufswahl ist zerstörtes Lebensglück, ist Lebens-

verkürzung. Wir haben in Chemnitz, wo diese mit schulärztlicher Untersuchung verbundenen Beratungen seit zwei Jahren eingeführt sind, bei 15 $\frac{3}{4}$ % aller Konfirmanden eine in unserem gesundheitlichen Sinne falsche Berufswahl gefunden. In jedem dieser Fälle, und es handelte sich oft genug um begründeten Tuberkulose-Verdacht, haben wir mit den Eltern persönlich verhandelt und haben in den allermeisten Fällen erreicht, daß den aus der Schule entlassenen schwächlichen Kindern wenigstens ein Jahr Schonzeit mit leichter Beschäftigung an frischer Luft gewährt wurde, ehe sie einem vielleicht nicht einwandfreien Berufe zugeführt wurden.

Der Schularzt muß von dem Gesichtspunkte ausgehen, daß die Eltern unserer Volksschulkinder in gesundheitlichen Fragen häufig falsch unterrichtet und unbelehrt sind, aber nicht unbelehrbar. Deshalb ist auf eine persönliche Berührung der Eltern mit dem Schularzte das Hauptgewicht zu legen. Die Eltern müssen Gelegenheit haben, sich mit dem Schularzte unter vier Augen aussprechen zu können. Und dazu empfehlen wir auf Grund unserer Chemnitzer Erfahrung dringend die Einrichtung besonderer Elternberatungsstunden, zu denen die Eltern eingeladen werden. Nur sehr wenige folgen dieser Einladung nicht. Hier lassen sich nun alle die Fragen häuslicher Mißstände und Unzuträglichkeiten, erblicher Belastung und elterlicher Sorge der Vermittlung ärztlicher Behandlung und sozialer Fürsorgemaßregeln, kurz alle ähnlichen ebenso diskreten wie wichtigen Punkte von Mensch zu Mensch besprechen. Wir verkennen nicht den Wert der mehr gewünschten als in die Tat umgesetzten Elternabende, — das Thema „Gesundheit und Berufswahl“ führte in den letzten Wochen bei uns viele Eltern in unsere Schulturnhallen, wo diese Elternabende stattfanden! — meinen aber doch, daß das zu dem beteiligten Vater oder zu der beteiligten Mutter gesprochene Wort bessere Statt findet.

Und mit diesen Elternberatungen leisten wir Schulärzte ganz wesentlich die von uns erwartete Arbeit, d. h. wir überwachen den Gesundheitszustand der uns anvertrauten Schulkinder. Nicht die einmalige Untersuchung der Schüler durch den Schularzt, der, wie ein Schulmann gesagt hat, wie ein Meteor in der Schule auftaucht, um dann ganz zu verschwinden, ist das Wesentliche der schulärztlichen Tätigkeit, sondern

die stete Überwachung. Überwachen heißt einmal eine in bestimmten Zwischenräumen wiederholte Untersuchung der krank oder kränklich befundenen Kinder, die als solche in den Schullisten, auf den Gesundheitsscheinen, also den mit jedem Schulkinde durch die ganze Schulzeit hindurchgehenden schriftlichen Niederlegungen über seinen Gesundheitszustand geführt werden —, hierzu gehören auch Messungen und Wägungen, deren einwandfreie Ausgestaltung auch im besonderen Interesse der Tuberkulose-Bekämpfung die Aufgabe der nächsten Zeit sein muß; ich erinnere an die interessanten Darlegungen von ASCHER (Hamm). — Überwachen heißt aber auch Sorge tragen um die möglichste Beseitigung der festgestellten Krankheitszustände. Das heißt: immer und immer wieder den Eltern das Gewissen schärfen, ihnen Mittel und Wege, die zur Besserung oder Abstellung des Schadens führen, an die Hand geben! Es ist ja in den meisten der in der Schule zur Beobachtung kommenden Fälle nicht der Löffel Medizin, das Rezept, was helfen kann und hilft, sondern es sind allgemeine gesundheitliche Maßnahmen.

Und da ist es denn vor allen Dingen ganz besonders die Tuberkulose, die dem Schularzte ein dankbares Feld segensreicher aufklärender, bewahrender und erhaltender Tätigkeit darbietet.

Darum ist er aber auch der berufene Vermittler zwischen der Schule und den jeweiligen örtlichen Einrichtungen, die dem Kampfe gegen die Tuberkulose dienen. Schule und Auskunfts- und Fürsorgestelle müssen Hand in Hand arbeiten, wenn die Bekämpfung der Tuberkulose von Grund auf wirksam sein soll. Der Schularzt muß natürlich mit den modernen Untersuchungsmethoden vertraut sein; rein zu statistischen Zwecken PIRQUETSche Impfungen jetzt noch anzustellen, halte ich für überflüssig; in geeigneten Fällen wird er von sich aus mit Einwilligung der Eltern zu dieser Methode greifen: in der Hauptsache wird er dies der Fürsorgestelle überlassen, die ja dann auch die Bearbeitung der häuslichen Verhältnisse und Einleitung von Fürsorgemaßregeln in die Hand nimmt. Die Fürsorgestelle würde aber meines Erachtens ihre Aufgabe nur zum Teil lösen, wenn sie nicht umgekehrt der Schule ihre Wahrnehmungen über gefährdete und erkrankte Kinder mitteilt. Die Schule hat ein Recht auf diese Mitteilungen, da sich hier-

aus für die betroffenen Kinder, aber auch für die gesunden Kinder besondere pädagogische und gesundheitliche Maßnahmen stützen, wie Erleichterung im Unterricht, Befreiungen von gewissen Fächern, Überweisung an Hilfseinrichtungen, Waldschulen, soweit solche bestehen u. a. schulärztliche Überwachung. In allen Fällen offener Tuberkulose ist der völlige Ausschluß vom Schulbesuch im Interesse der gesunden Kinder unbedingt erforderlich und darum gesetzlich festzulegen. Schulkinder mit offener Tuberkulose, also solche mit bazillenhaltigem Auswurfe, sind schwer krank und bedürfen ärztlicher Behandlung, gegebenenfalls Anstaltspflege. Die Frage, ob es sich empfiehlt, für solche Kinder z. B. in den Heilstätten oder im Hause Sonderunterricht einzuführen, will ich nur angedeutet haben. Persönlich meine ich, diese Kinder mögen nur erst gesund werden, dann wird sich das andere finden.

Freilich, der Schularzt ist machtlos, wenn er nicht in der Schule auf eine rege Mitarbeit der Lehrer und Schulleiter rechnen kann. Aber ich meine, die Zeiten sind vorbei, wo die Schule glaubte auf die Mitarbeit des Arztes verzichten zu dürfen. Auch die Schulverwaltung forderte in der General-Verordnung vom 26. Februar 1892 die Bezirksschulinspektionen auf, solchen Schulgemeinden, in welchen sich zahlreich besuchte Schulen befinden, die Anstellung von besonderen Schulärzten als eine zweckmäßige Einrichtung in geeigneter Weise zu empfehlen. Und im Jahre 1903 folgt am 28. Oktober eine eingehende Verordnung über den schulärztlichen Dienst, dessen Einrichtung auch weiterhin der freien Entschließung der Schulgemeinden zunächst überlassen bleibt. Sachsen wird jetzt ungefähr 200 Schulärzte haben, in der Mehrzahl freilich in einer Form, die wir sowohl vom Standpunkt der Tuberkulose-Bekämpfung aus als auch vom allgemein-sozialhygienischen Standpunkte aus noch nicht für völlig ausreichend erklären müssen. Der Schularzt neben der Schule muß zum Arzt in der Schule, zum Arzt der Schule werden, nicht als Aufsichtsbeamter, sondern als der Mitarbeiter an der Erziehung der Jugend, als Freund und Berater der Lehrenden und Lernenden. Und die Tuberkulose-Bekämpfung wird den größten Nutzen davon haben.

Ein Blick in die pädagogischen Zeitschriften, in die Tagespresse lehrt uns, welche bedeutenden Wandlungen auf dem

Gebiete der Erziehung sich anbahnen, — der erste Deutsche Kongreß für Jugendbildung und Jugendkunde legt beredt Zeugnis dafür ab! — die Ärzte dürfen nicht die letzten sein, die mit Hand ans Werk legen müssen, wenn es gilt, unserer Nation ein tatkräftiges, gesundes Geschlecht heranzubilden. Wir halten es deshalb für wünschenswert, daß der Schularzt durch seinen Eintritt in die Schulverwaltung, in die Schulausschüsse eng und maßgebend mit der Schule verbunden wird. Schulhaus, Schulbetrieb, Schuleinrichtung, und vor allem die gesundheitliche Gestaltung des Unterrichts verlangen ärztliche Mitarbeit. Darum wünschen wir für den Schularzt Sitz und Stimme im Schulausschuß. Daß dies möglich ist, beweist das Beispiel von Chemnitz, wo ein Vertreter der Schulärzte seit ihrer Einführung im Jahre 1900 Mitglied des Schulausschusses ist.

Wenn ich mir erlaubte, die ärztliche Durchforschung der Schulkinder so eingehend darzustellen, so geschah es deshalb, weil ich der Überzeugung bin, daß nur so mit der Überwachung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Schulkinder auch der Tuberkulose in der Schule und durch die Schule der Boden nachhaltig abgegraben wird. Und ich meine, wir haben als Kämpfer wider die Tuberkulose alle Ursache dankbar und hoffnungsvoll einem neuen Schulgesetze entgegenzusehen, wenn wir uns der Worte erinnern, die von der höchsten Stelle der Schulverwaltung aus zu Pfingsten 1911 in Dresden den deutschen Schulhygienikern zugerufen sind: „Jede Schulreform, die die Schulgesundheitspflege nicht sorgfältig berücksichtigt, trägt von vornherein den Stempel der Unvollkommenheit an sich und bleibt ohne den erhofften Segen!“

Leitsätze.

1. Die durch die Wissenschaft sichergestellte Erkenntnis, daß die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit mit zumeist chronischem Verlaufe ist, die vornehmlich im Kindesalter erworben wird, erfordert nicht nur eine den übrigen Kinderkrankheiten gleichgestellte Berücksichtigung, sondern eine nachdrücklicher Hervorhebung im Volksschulgesetz.
2. Die Erfahrung, daß in den der Schulzeit unmittelbar folgenden Lebensjahren die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer

erheblich steigt, zwingt zu besonderen Maßnahmen während der Schulzeit.

3. Die Voraussetzung einer Erfolg versprechenden Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule und durch die Schule ist
 - a) die Feststellung des Gesundheitszustandes sämtlicher Schulkinder;
 - b) die fortlaufende Überwachung des Gesundheitszustandes aller krank oder krankheitsverdächtig befundenen Schulkinder;
 - c) die gesundheitliche Beratung der Konfirmanden im Hinblick auf die Berufswahl.
4. Zur Erfüllung dieser Forderung sind an allen Schulen des Landes Schulärzte anzustellen.
5. Die Schulärzte haben ihre Tätigkeit in engster Fühlung mit den örtlichen Tuberkulose-Bekämpfungseinrichtungen (Auskunfts- und Fürsorgestellen, Tuberkulose-Ausschüsse usw.) auszuüben, wie auch diese gehalten sein sollen, der Schulleitung beziehungsweise dem Schularzte jedem zu ihrer Kenntnis kommenden Fall von Tuberkulose oder Tuberkuloseverdacht bei Schulkindern mitzuteilen.
6. Kinder mit offener Tuberkulose dürfen die Schule nicht besuchen.
7. Dem Schularzte ist Sitz und Stimme in den Schulausschüssen zu gewähren.

In seiner Sitzung vom 25. 11. 1912, in der über die Frage des Ausschlusses offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuche und der Bekämpfung der Tuberkulose überhaupt beraten wurde, stellte das Kgl. Sächsische Landesgesundheitsamt u. a. folgende Leitsätze auf: „Außerordentlich wichtig für die Bekämpfung der Tuberkulose im schulpflichtigen Alter ist die sachgemäße Einrichtung und Ausgestaltung des schulärztlichen Dienstes und die Anwendung aller hygienischen Forderungen und Errungenschaften auf den gesamten Schulunterricht. Die offene Tuberkulose ist als eine anzeigepflichtige Krankheit im Sinne der Verordnung des Kgl. Kultusministeriums v. 27. 2. 1908 anzusehen. Kinder mit offener Lungentuberkulose sind ohne Rücksicht auf den geringen oder erheblichen Grad ihrer Krankheit, solche mit Tuberkulose der Haut, Knochen, Drüsen oder anderer Organe gegebenenfalls auf Antrag des Schularztes oder

des Bezirksarztes vom Schulbesuche auszuschließen. Lehrer mit offener Lungentuberkulose sind vom Unterrichte fernzuhalten.“

Das Kgl. Sächsische Kultusministerium hat darauf in einer Generalverordnung vom 17. 9. 1913 unter der Voraussetzung, daß für die unterrichtliche Versorgung der nach diesen Leitsätzen auszuschließenden, aber unterrichtsfähigen Kinder entweder auf Kosten der Erziehungspflichtigen oder auf Kosten der Schulgemeinde in einer vom Bezirksschulinspektor in Einvernehmen mit dem Bezirks- oder Schularzte für ausreichend erachteten Weise gesorgt wird, den Schulgemeinden gestattet, den obigen Leitsätzen gleichlautende Bestimmungen zu erlassen. Es hat weiter angeordnet, daß alle Schulgemeinden Erkrankungen an offener Tuberkulose bei Schulkindern und Lehrern besondere Aufmerksamkeit zuwenden und, sobald eine Erkrankung festgestellt ist, im Einvernehmen mit dem Bezirks- oder Schularzte die zum Schutze der Schüler vor Ansteckungsgefahr erforderlichen Vorkehrungen zu treffen. Auch ist das Ministerium bereit, bedürftigen Gemeinden zur Bestreitung des ihnen hieraus etwa erwachsenden Aufwandes Staatsbeihilfen zu gewähren.

Es ist mit Sicherheit zu erwarten, daß, je mehr die Schule der Bekämpfung der Tuberkulose nutzbar gemacht wird, um so erfolgreicher dieser Kampf sein wird. Freilich müssen die Tuberkulose und ihre Anfänge auch hier erkannt werden. Wie weit wir davon noch entfernt sind, zeigen die „Nachklänge vom Fortbildungskursus für Schulärzte in Köln“, die MATZDORFF²⁾ soeben veröffentlicht. Er folgert aus den Darlegungen von STUERTZ, daß ein außerordentlich großer Teil der tuberkulösen Kinder als tuberkulös nicht erkannt würden. „Auf den richtigen Weg zur Erkennung leiten Anämie, Gewichtsabnahme oder nur Gewichtsstillstand, allgemein zurückgebliebene Entwicklung, „Abfallen“ der Kinder. Die statistischen Zahlen, die STUERTZ anführte, sprechen eine beredete Sprache und decken wahrhaft erschreckende Verhältnisse über die Verbreitung der Tuberkulose im Kindesalter auf.“

²⁾ Zeitschr. für Schulgesundheitspflege. Der Schularzt, 1915, Nr. 10.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in den städtischen Volksschulen in Chemnitz.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in den Volksschulen der Stadt Chemnitz ist selbstverständlich eng verknüpft mit der Schularzteinrichtung.

Nachdem seit 1900 eine Anzahl praktischer Ärzte im Nebenamte den schulärztlichen Dienst versehen hatten, stellte es sich heraus, daß infolge der gegenseitigen Störung von schulärztlicher und von allgemeinpraktischer Tätigkeit das Ziel, eine fortlaufende Überwachung des Gesundheitszustandes der Volksschulkinder, nicht erreicht werden konnte. Um etwas Ganzes zu leisten, bedarf es des ganzen Menschen, eines Arztes, der nach jeder Seite unabhängig genug ist, seiner Ansicht zur Wirklichkeit zu verhelfen. Je uneigennütziger der Rat des Schularztes erscheint, um so größer wird auch das Vertrauen derer sein, die des Rates und der Hilfe bedürfen. Gerade deshalb ist es unbedingt erforderlich, daß der Schularzt, vor allen Dingen der der Großstadt mit ihrem Krankenkassenbetriebe, aus der allgemeinen praktischen Tätigkeit herausgehoben wird, d. h. jede eigentliche ärztliche Behandlungstätigkeit von vorneherein ablehnt. Seine Arbeit ist für andere, nicht für sich. Der Schularzt wird der Vermittler ärztlicher Hilfe, gesundheitlicher Aufklärung und sozialer Fürsorge sein müssen, wenn anders er seine hohe Aufgabe — die Wahrung der Gesundheit der Schulkinder — ganz erfüllen will. Vorbeugend und aufklärend treibt er bedeutungsvolle Zukunftsarbeit und behandelt schließlich die kranke Menschheit mehr als der beschäftigste praktische Arzt¹⁾.

Aus solchen Erwägungen heraus wurden im Jahre 1910 Schularzte im Hauptamte angestellt (seit Ostern 1914: 4), die zuvor eine langjährige praktische Tätigkeit ausgeübt hatten. Hierdurch wurde entsprechend der Bedeutung der Tätigkeit

¹⁾ ADOLF E. THIELE, Der Schularzt der Großstadt und die neue Schularztordnung der Stadt Chemnitz. 3. Intern. Schulhygiene-Kongreß, Paris 1910.

volle Hingabe an das Amt erreicht, und dem Schularzte eine autoritative Stellung dem Hause und der Schule gegenüber verschafft. Die frühere praktische Tätigkeit verbürgte eine hinreichende Erfahrung über die Lebensverhältnisse der Großstadtjugend und deren Häuslichkeit. Durch die Teilnahme an den Lehrerkonferenzen, durch Bildung eines Schulgesundheitsausschusses, der sich aus der gleichen Zahl von Schulärzten, Schulleitern und Lehrern zusammensetzt, sowie endlich durch die Wahl des ersten Stadtschularztes zum stimmberechtigten Mitgliede des vom Volksschulgesetze vorgeschriebenen allgemeinen Schulausschusses wurden innige Wechselbeziehungen zwischen Lehrer und Arzt, zwischen Pädagogik und Hygiene, sowie wichtige Verknüpfungen mit den allgemeinen und besonderen Fragen der Schulverwaltung und Schultechnik erzielt.

Der Dienst der Schulärzte erfordert, je einen Vormittag in einer Schule aller 14 Tage tätig zu sein. Hier finden u. a. die Reihenuntersuchungen der Schulanfänger, der Turnanfänger (4. Schuljahr) und der nach Beendigung der Schulpflicht (8. Schuljahr) Abgehenden (sog. Konfirmanden) in besonderem Hinblick auf die Berufswahl statt. Dazu treten Einzeluntersuchungen der sog. Überwachungskinder, d. h. bei früherer Untersuchung krank oder fehlerhaft befundener Kinder und krankheitsverdächtiger Kinder. Hier findet die Auswahl der Kinder für die Ferienkolonie, das Erholungsheim (z. B. Bethlehemstift), das Kinderwalderholungsheim, die Milchpflege, die Ferienwanderungen, den Schwimm- und orthopädischen Turnunterricht statt. Und endlich erfordern gewerblich tätige, geistig minderwertige, Hausunterricht genießende, fürsorgeerziehungsbedürftige oder dem Jugendgericht anheimgefallene Kinder besondere Untersuchungen. Dazu treten Klassenbesuche, Besprechungen und Besichtigungen wegen baulicher Änderungen und betriebstechnischer Mängel.

Der Dienst erfordert weiter Unterstützung des Stadtbezirksarztes bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten, z. B. Hausbesuche bei nicht behandelten Kindern, sowie Untersuchung auf Bazillenfreiheit an Diphtherie erkrankt gewesener Kinder und ihrer schulpflichtigen Geschwister.

Zur Beratung der Eltern und Erzieher krank oder fehlerhaft befundener Kinder und Besprechung der Wege zur Beseitigung der gefundenen Gebrechen, zur Besprechung endlich

einer geeigneten Berufswahl hat der Schularzt wöchentlich zweimal oft mehrere Stunden dauernde Elternberatungsstunden abzuhalten. Dazu tritt noch die Mitwirkung des Schularztes bei Elternabenden, Aufklärungsvorträgen in der Fortbildungsschule und dergleichen mehr.

Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß eine solche eingehende, im wahrsten Sinne des Wortes hauptamtliche Tätigkeit, der Bekämpfung der Tuberkulose am zweckmäßigsten in die Hände arbeitet. Die Reihenuntersuchungen lassen in erster Linie wichtige Befunde, die auf Tuberkulose hindeuten oder selbst tuberkulöser Art sind, machen. Die Aussprache mit den Eltern, die Vermerke auf dem jedes Kind durch die ganze Schulzeit hindurch begleitenden „Gesundheitsscheine“²⁾ ergeben weitere Hinweise und Aufklärungen. Es wird im wesentlichen kein tuberkulöses oder tuberkulosegefährdetes oder bedrohtes Kind der Erkennung entgehen. Hieran schließt sich auf Grund der Beziehungen zwischen Schule und der Auskunfts- und Fürsorgestelle des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) eine Überweisung der betreffenden Kinder an die Fürsorgestelle zur weiteren fürsorgerischen Behandlung des Falles. Auch diese meldet alle Schulkinder, die in ihr — sei es zuerst durch die Fürsorgeärzte oder durch sie nach Überweisung seitens der Schule — als tuberkulös oder tuberkuloseverdächtig befunden werden, unter Benutzung eines bestimmten Vordruckes durch Vermittlung des Schulamtes der betreffenden Schule. Schulkinder mit offener Tuberkulose werden vom Schulbesuche ausgeschlossen. Für die anderen treten Erleichterungen in der Schularbeit, Gelegenheiten zur Kräftigung und Schonung in Erscheinung, wofür von der Schulverwaltung in weitgehendem Maße Mittel zur Verfügung gestellt sind. Die Kinder werden unter „schulärztliche Überwachung“ gestellt, d. h. alljährlich mindestens einmal, nach Bedarf öfter nachuntersucht.

Zur Durchführung der im Interesse der Gesunderhaltung der Kinder und nicht zuletzt der Vorbeugung der Tuberkulose dringend notwendigen ausreichenden und richtig angewendeten Reinhaltung der Schulräume wurde ein Reinigungsaufseher angestellt, dessen Tätigkeit einen wesentlichen Fortschritt in

²⁾ THIELE, Versuch einer Biologie der Schulanfänger. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 26. Jahrg., 1913, Nr. 6 u. 12.

dem noch nicht völlig gelösten Problem der Freimachung der Schulen vom Staube bedeutet.

Daß Schulbrausebäder eingerichtet sind, daß die Schulverwaltung Milchpflegen, Schulmärsche, Schwimmkurse, Ferienwanderungen (an denen z. B. jährlich über 6000 Kinder teilnehmen), Spieltage usw. selbst durchführt oder mit Mitteln reichlich unterstützt, braucht als selbstverständlich für eine fortgeschrittene neuzeitliche Schulverwaltung nicht besonders erwähnt zu werden; ebensowenig wie die Tatsache, daß die neuen Schulbauten den gesundheitlichen Anforderungen in weitgehendem Maße genügen. Zur preiswerten Ermöglichung sachlicher zahnärztlicher Behandlung ist eine Städtische Schulzahnklinik eingerichtet, die stark besucht bei einem Einheitssatze von M. 1.— für das Behandlungsjahr einen erheblichen Zuschuß aus Schulmitteln erfordert.

Alles das dient zur Hebung des Gesundheitszustandes der Schulkinder und damit mittelbar zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Ganz besondere Bedeutung hierfür hat die Tatsache, daß zur Durchführung eines beschränkten Schulunterrichtes im Kinderwalderholungsheime die Schulverwaltung aus Mitteln der Schulgemeinde einen Lehrer dorthin abgeordnet hat. In dieser Waldschule für blutarme, schwächliche, skrofulöse und tuberkulosegefährdete Kinder werden täglich vier Stunden Unterricht erteilt, und zwar vormittags und nachmittags je zwei. An ihm nehmen sämtliche schulpflichtige Kinder, soweit es ihnen vom Arzt nicht verboten ist, dergestalt teil, daß jedes Kind täglich eine Stunde Schule hat.

Um möglichst jedes aus der Volksschule nach erfüllter Schulpflicht abgehende Kind einem seiner Körperbeschaffenheit entsprechenden Berufe zuzuführen, ist endlich in Verbindung mit den schulärztlichen Untersuchungen und der Berufsberatung der Schule und des Schularztes eine städtische Lehrstellenvermittlung eingerichtet, auf die in einer jedem abgehenden Schüler und jeder abgehenden Schülerin von der Schulverwaltung kostenlos überreichten Schrift „Unserer lieben Jugend beim Schulabgang!“ mit u. a. allgemeinverständlichen gesundheitlichen Belehrungen und Berufswahlratschlägen besonders hingewiesen wird.

Tuberkulose und Berufswahl¹⁾.

Die Grundlage jeder Jugendfürsorge ist die Gesundheit. Die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes drückt sich darin aus, daß die Sterblichkeitsziffer sinkt. Das heißt: es haben mehr und mehr Menschen eines bestimmten Lebensalters die Aussicht, ein höheres Alter zu erreichen. Die Sterblichkeitsziffer im Deutschen Reiche sinkt seit einer Reihe von Jahren beständig für alle Lebensalter mit einer wichtigen Ausnahme: Die Sterblichkeit der jungen Leute im Alter von 15—20 Jahren ist nicht nur eine gleichhohe geblieben, sondern sogar gestiegen. Während bisher das männliche Geschlecht in diesem Alter eine größere Sterblichkeit hatte als das weibliche, hat jetzt das weibliche Geschlecht das männliche hierin überholt.

Trotz aller gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verbesserungen, die ja alle Lebensalter gleichmäßig treffen, hat das Lebensalter unmittelbar nach der Schule keinen Anteil an der

¹⁾ Benutzte Literatur: L. MITTENZWEY, Die Berufswahl. Leipzig 1910. — A. HORST und KRIZ, Führer bei Beurteilung der Berufswahl. Wien 1910. — TH. SOMMERFELD und FISCHER, Liste der gewerblichen Gifte. Jena 1912. — TH. WEYL, Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908. — RATHGEB, Berufsbüchlein. Hamm i. W. — SOMMERFELD, JAFFÉ und SAURB, Wegweiser für die Berufswahl. Hamburg 1904. — KARL HEYDE, Was werde ich? 2. Aufl., Dresden. — AGARD, Jugendrecht und Jugendwohl. Halle a. S. 1907. — J. RIEGER, Wegweiser für die Berufswahl der Volksschüler. Tarnowitz. — Ratgeber bei der Berufswahl für die weibliche Jugend Leipzigs, herausgegeben von der Gruppe Jugendfürsorge des Leipziger Lehrerinnen-Vereins. Leipzig 1909. — Was soll unsere Tochter werden? Überreicht vom Deutschnational. Handlungsgehilfen-Verband. — W. STIEL, Die Aussichten des technischen Berufs. Berlin 1910. — Die Gehaltsfrage der Handlungsgehilfen. Hamburg 1910. — Ratgeber bei der Berufswahl für Mädchen, die aus der Volksschule abgehen. Bearbeitet von der Konferenz Chemnitzer Volksschuldirektoren 1907. — Ratgeber für die Berufswahl von Knaben. Herausgegeben von der Gewerbekammer Chemnitz. Olbernhau 1911. — Schriften der Gesellschaft für soziale Reform, Heft 34, 35, 36. Jena 1911. — Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Berlin. — ZADECK, Die Berufswahl. Berlin 1912.

Verbesserung seiner Lebensaussichten. Es muß also in das Leben dieser heranwachsenden Jugend etwas eintreten, das bei den Knaben die Verbesserung der Sterblichkeit verhindert, bei den Mädchen sie nicht nur ausschaltet, sondern ins Schlimmere verkehrt.

Man denkt ohne weiteres an die Störungen, die durch die Entwicklungsvorgänge im jugendlichen Körper ausgelöst werden können, die beide Geschlechter betreffen, sicher aber das weibliche mehr. Nun ist die Erwerbstätigkeit der männlichen Jugend eine gewohnte Sache, die jahraus jahrein ungefähr in gleicher Weise vor sich geht. Der Anteil der weiblichen Jugend an der Erwerbstätigkeit hat jedoch um ungefähr 42% zugenommen. Wir gehen wohl nicht fehl, die erhöhte Sterblichkeit des weiblichen Geschlechtes im Alter von 14—20 Jahren als eine Antworterscheinung des weiblichen Körpers auf die erhöhte und vermehrte Berufstätigkeit aufzufassen. Es ist somit die nach der Schulzeit einsetzende Erwerbstätigkeit der heranwachsenden Jugend, die einen ausschlaggebenden Einfluß auf die gesundheitlichen Verhältnisse dieses Alters ausübt. Es folgt daraus, daß die Wahl eines geeigneten Berufes von wesentlicher Bedeutung für die Gesunderhaltung des jungen Menschen ist. Wenn von 100 Todesfällen junger Leute im Alter von 15—20 Jahren 33 (männliche) und 46 (weibliche) durch die Tuberkulose herbeigeführt sind, so muß dieser Krankheit die Hauptschuld an der andauernd hohen Sterblichkeit der heranwachsenden Jugend beigemessen werden. Es ist demnach Pflicht derer, die sich die Bekämpfung der Tuberkulose zur Aufgabe gemacht haben, bei ihrer Arbeit die Berufswahl nicht außer acht zu lassen.

Diese Erwägungen führten den Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) im Jahre 1908 dazu, an die Verwaltung der Volksschulen unserer Stadt die Bitte zu richten, eine allgemeine Untersuchung der Konfirmanden vor der Schulentlassung in besonderem Hinblick auf die Berufswahl durch die Schulärzte vornehmen zu lassen. Im Herbst des Jahres 1908 fanden dann auf Anordnung des Schulamtes B nach Versuchen einzelner Schulärzte im Vorjahre die ersten allgemeinen Konfirmandenuntersuchungen in den Chemnitzer Volksschulen statt. Die hierbei gesammelten Erfahrungen veranlaßten den Verfasser in

einem Vortrage²⁾) im „Chemnitzer Verein für Gesundheitspflege“ die Beziehungen darzulegen, in denen Beruf und Gesundheit stehen. Unter besonderem Hinweis auf den bereits vorhandenen „Ratgeber bei der Berufswahl der Mädchen, die aus der Volksschule abgehen“ — im Auftrage des Schulausschusses der Stadt Chemnitz bearbeitet von der Konferenz der Chemnitzer Volksschuldirektoren —, der jedem Mädchen beim Austritt aus der Schule ausgehändigt wurde, sprach er den Wunsch aus, daß auch für die Knaben ein ähnliches Werkchen geschaffen werden möchte. Schneller, als er gedacht, stellte der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) in Anerkennung der Wichtigkeit der Frage die nicht geringen Mittel zur Einleitung der notwendigen Vorarbeiten bereit. Anfang September 1910 konnte folgendes Rundschreiben erlassen werden:

„Der beste Kampf gegen Krankheit und Seuchen ist die Vorbeugung. Dieser Satz, durch Wissenschaft und Erfahrung tausendfältig bewiesen, paßt vor allen Dingen auf den großen Krieg, der allüberall auf der Welt gegen die Tuberkulose geführt wird. Die Tuberkulose bekämpfen heißt nicht mehr und nicht weniger als alle Lebensverhältnisse des Volkes mit gesundheitlichen Maßnahmen durchdringen, das bakterientötende Licht der gesundheitlichen Aufklärung in alle Köpfe und Herzen der Volksgenossen hineinleuchten lassen und endlich dem körperlich Schwachen und Gefährdeten mit Rat und Tat zur Seite stehen und den oft steilen Weg zur Gesundung und Rettung zeigen und führen.

Der wichtigste Schritt, den der Mensch in seinem Leben tut, ist die Entscheidung für seine Lebensarbeit, die Berufswahl. Der erfahrene Arzt sagt nicht zuviel, wenn er behauptet: die Berufswahl entscheidet fast immer über Leben und Tod des Menschenkindes. Darum ist gerade an diesem Wendepunkte des Lebens eine sachgemäße und unparteiische Beratung der herangewachsenen Knaben und Mädchen und ihrer Eltern und Pfleger durchaus notwendig. Der Rat der Stadt Chemnitz hat nicht gezögert, den Schulärzten, als den berufenen Pflegern der Gesundheit der Schüler und Schülerinnen, die Beratung

²⁾ Berufswahl und Gesundheit. Ein Mahnwort für Eltern und die heranwachsende Jugend. 2. Aufl. Chemnitz, Verein z. Bek. d. Schwindsucht.

der Konfirmanden ganz besonders im Hinblick auf die Berufswahl zur Pflicht zu machen. Nach welchen Gesichtspunkten diese schulärztliche Tätigkeit, die durch die neuerlich erfolgte Umwandlung aus einer nebenamtlichen in eine hauptamtliche wesentlich vertieft worden ist, ausgeübt wird, bitten wir aus dem beiliegenden Vortrage unseres stellv. Vorsitzenden, des ersten städtischen Schularztes Dr. THIELE, zu ersehen.

Noch ist damit aber für unsere Fabrik- und Handelsstadt Chemnitz nicht alles geschehen. Der Antwort: „Das darfst du aus den und den gesundheitlichen Gründen nicht werden!“ folgt immer die Frage: „Was soll ich dann werden?“

Was andere Großstädte wie Berlin, Hamburg und Dresden schon seit langem haben, das gilt es auch für Chemnitz zu schaffen, nämlich einen Ratgeber für die Berufswahl, der enthält: die gesundheitlichen Vorbedingungen, die Berufsgefahren, die Angabe der Ausbildungsmöglichkeiten, die Kosten der Ausbildung, die Aussichten für die Zukunft usw., alles, soweit möglich, ganz besonders bezogen auf die Verhältnisse der Stadt Chemnitz und ihrer Umgebung.

Der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) hat deshalb, der Erwägung des Herrn Dr. THIELE folgend, beschlossen, der Schaffung eines solchen Ratgebers näher zu treten.

Ein solches Büchlein kann nur entstehen, wenn alle beteiligten Kreise ihre Mitarbeit nicht versagen.

Er richtet deshalb an die hohen Behörden, die Schulverwaltungen, die Vertretungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sozialen, privaten und öffentlichen Fürsorgeeinrichtungen die ergebene Bitte, ihn bei den Vorarbeiten zu der geplanten Herausgabe eines Chemnitzer Ratgebers für die Berufswahl gütigst zu unterstützen.

Zur Erlangung möglichst einheitlicher, den tatsächlichen Verhältnissen entsprechender Unterlagen beabsichtigen wir, einen Fragebogen auszusenden, dessen vorläufigen Entwurf wir uns beizulegen gestatten.“

Mit diesem Rundschreiben war eine Einladung zu einer Aussprache verbunden. Die lebhafteste Beteiligung an dieser am 4. Oktober 1910 stattgefundenen Vorbesprechung bewies, welches großes Interesse der Angelegenheit entgegengebracht wurde.

Der Verein hat sich weiterhin mit dem Schulamt der Stadt

zwecks gemeinsamer Weiterverfolgung der wichtigen Angelegenheit in Verbindung gesetzt; dies geschah in dem Sinne, daß die Schüler und Schülerinnen im letzten Schuljahre in einem Schriftchen³⁾ auch eine Darlegung der allgemeinen Verhältnisse auf dem Gebiete der Berufswahl vom Schulausschusse in die Hand bekommen sollten, während die besondere Bearbeitung der einzelnen in Chemnitz vorhandenen Berufe dem Verein vorbehalten wurde.

Zur Erlangung möglichst einwandfreier Auskünfte wurde der der Versammlung vorgelegte Entwurf des Fragebogens in folgender Form ergänzt und in vielen Hunderten von Exemplaren an Arbeitgeber und Arbeitnehmer verschickt.

Fragebogen zur Bearbeitung eines Chemnitzer Ratsgebers für die Berufswahl. Beruf: (Es wird gebeten, für jede besondere Art des einzelnen Berufs einen besonderen Fragebogen auszufüllen.) I. Berufsgefahren. a) Welche Gefahren für die Gesundheit bringt der Beruf im allgemeinen mit sich? b) Werden bestimmte Krankheiten für die Angehörigen des Berufes besonders häufig festgestellt? c) Besteht eine erhöhte Berufs-Unfallgefahr? und worin? d) Wird diese durch etwa vorgeschriebene Schutzvorrichtungen gemindert oder beseitigt? e) Strengt die Berufstätigkeit besonders an 1. den Kopf? 2. den ganzen Körper? 3. einzelne Glieder (z. B. Beine)? 4. einzelne Organe (z. B. Sinnesorgane: Auge, Ohr usw. oder innere Organe: Magen, Lunge, Herz)? II. Ansprüche an die Gesundheit. (Körperliche Erfordernisse.) a) Welche besonderen körperlichen Erfordernisse stellt der Beruf an die Gesundheit? b) Wird die Tätigkeit vornehmlich ausgeführt 1. im Freien? 2. im geschlossenen Raum? 3. im Stehen? 4. im Sitzen? 5. abwechselnd? c) Können Kränkliche (Schwächliche) beschäftigt werden? d) Wenn ja, haben diese 1. günstige Arbeitsräume und Raumverhältnisse? 2. ihrem Gesundheitszustand entsprechende Arbeitszeit? 3. zum Unterhalt genügenden Verdienst? III. Ausbildung. a) In welchem Alter tritt man am günstigsten in den Beruf ein (von — bis höchstens — Jahr)? b) Welche Schulbildung ist erforderlich? c) Lehrzeit: 1. Dauer der Lehrzeit?

³⁾ „Unserer lieben Jugend zur Schulentlassung.“ Im Auftrage des Schulausschusses bearbeitet von Lehrer GÖRLICH, Schuldirektor OEHMICHEN, Schuldirektor THIERIG und Stadtschularzt Dr. THIELE. Herausgegeben vom Schulausschuß der Stadt Chemnitz.

2. wird Lehrgeld bezahlt? 3. wenn ja, wieviel? 4. erhält der Lehrling Wohnung und Kost beim Lehrherrn? 5. muß der Lehrling die Kosten für Wohnung und Beköstigung selbst tragen? 6. wie hoch sind diese zu beziffern? 7. bekommt der Lehrling während der Dauer der Lehrzeit Entschädigung und wieviel im 1., 2., 3. und 4. Jahr? 8. wird während der Dauer der Lehrzeit im Akkord gearbeitet? 9. bekommt der Lehrling denselben Preis wie die erwachsenen Arbeiter für die angefertigten Arbeitsstücke? 10. wenn nicht, wieviel erhält der Lehrling dann dafür? 11. wird das notwendige Werkzeug vom Meister geliefert oder muß der Lehrling es selbst beschaffen? 12. welche Aufwendungen sind für Beschaffung des Werkzeuges notwendig? 13. muß der Lehrling den Wert des vom Meister gelieferten zerbrochenen Werkzeuges ersetzen? 14. wird die für jugendliche Arbeiter gesetzlich festgelegte Arbeitszeit eingehalten? 15. muß der Lehrling Krankenkassenbeiträge aus eigenen Mitteln bestreiten oder werden diese vom Lehrherrn bezahlt?

IV. Aussichten. a) Lohnverhältnisse: 1. ist der Lohn tariflich und in welcher Höhe vereinbart? 2. ist Akkord- oder Lohnarbeit vorherrschend? 3. wie hoch ist der Verdienst für die Woche? Mindestverdienst, Durchschnittsverdienst, Höchstverdienst a) im Lohn, b) im Akkord. b) Arbeitszeit: 1. Dauer der täglichen Arbeitszeit von — bis —; 2. ist die Dauer der täglichen Arbeitszeit tariflich festgelegt? 3. sind im Berufe Überstunden üblich? 4. zu welcher Jahreszeit und wie lange werden Überstunden gemacht? 5. kehren diese periodenweise und zu gewissen Zeiten wieder? 6. wenn ja, wann? wie lange? 7. besteht Sonn-, Feiertags- und Nachtarbeit? (Das Nichtzutreffende ist zu durchstreichen.) 8. in welchem Umfange? 9. gibt es für Überstunden, sowie für Sonn- und Feiertagsarbeit eine Auslösung? 10. ist die Höhe der Auslösung tariflich vereinbart? 11. wie hoch ist die gezahlte Auslösung a) für Überstunden? b) für Sonn- und Feiertagsarbeit? c) für Nachtarbeit? c) Bedarf: 1. in welchem Umfange ist Bedarf an Arbeitskräften vorhanden? 2. sind größere regelmäßige Fälle von Arbeitslosigkeit im Berufe zu verzeichnen? 3. Dauer der Arbeitslosigkeit durchschnittlich im Jahr? 4. ist der Beruf der Saisonarbeit unterworfen? 5. in welche Zeit des Jahres fällt die Saison? 6. welche Beschäftigung haben die Arbeiter während der saisonlosen Zeit? d) Selbständigkeit: 1. ist Aussicht vorhanden selbständig zu werden? 2. welche

Geldmittel sind hierzu erforderlich? 3. Haben die Selbständigen ihr Auskommen? V. Örtliches. 1. wieviel Betriebe des vorliegenden Berufes gibt es in Chemnitz oder dessen nächster Umgebung (Vororte)? 2. gibt es einen Stellennachweis a) für Lehrlinge und wo? b) für andere Angehörige des Berufes und wo? 3. wer erteilt nötigenfalls nähere Erläuterungen in Berufsfragen?

Mit Dank muß anerkannt werden, daß die Antworten im allgemeinen ausführlich und verwertbar eingingen, wengleich die festgesetzte Frist in den meisten Fällen nicht eingehalten wurde. Dazu machten sich noch so viele Erinnerungen und Rückfragen schriftlicher und mündlicher Art notwendig, daß es ausgeschlossen war, die Zusammenstellung zu der in Aussicht genommenen Zeit zu veröffentlichen.

Die Bearbeitung erfolgte in der Weise, daß möglichst für jeden Beruf die Auskünfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern miteinander verglichen wurden. Berufseigenarten, Berufsgefahren und Berufskrankheiten sind unter Berücksichtigung der besonderen Chemnitzer Verhältnisse nach den Erfahrungen der Gewerbehygiene zusammengestellt. Besondere Auskünfte sind von den staatlichen und städtischen Behörden, den Vorständen der Berufsvertretungen, Fach- und Berufsvereinigungen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden vielfach erbeten und stets erteilt worden. Berücksichtigt sind nur die Berufe und Erwerbsmöglichkeiten, die in Chemnitz und seiner näheren Umgebung betrieben werden. Eine wohl selbstverständliche Ausnahme wurde mit den Laufbahnen in Heer und Flotte gemacht.

Der „Chemnitzer Ratgeber für die Berufswahl“ enthält demzufolge Angaben über die wesentlichsten Anforderungen an Körper und Geist, besonders über Berufsgefahren und -krankheiten, Mitteilungen über Ausbildung, Lehrzeit, Aussichten und Erwerbsverhältnisse in Chemnitz und Umgebung. Er gibt zum ersten Male eine umfassende Übersicht über den umfangreichsten Teil des Chemnitzer Erwerbslebens. Sein Umfang beweist die Wahrheit des Wortes von Chemnitz als einer Stadt der Arbeit. Seine Angaben lassen aber auch erkennen, daß sie als erstmalig aufgenommen einer fortwährenden Ergänzung und Verbesserung bedürfen, wenn sie ihren Zweck erfüllen sollen. Der Chemnitzer Ratgeber ist darum im Gegensatz zu allen bisher anderwärts herausgekommenen ähnlichen Büchern in einzelne bestimmte, in engerer Berührung stehende Berufsgruppen

zusammenfassende Teile zerlegt, die von den Auskunftsheischen- den um ein billiges zu erstehen sind, die vor allen Dingen je nach Bedarf womöglich alljährlich in verbesserter zeitgemäßer Form erscheinen können. Heft 1: Eisen- und Metallbearbeitung, Maschinenbau. Heft 2: Textilindustrie, Papier- und Lederbearbeitung. Heft 3: Baugewerbe, Stein-, Erd- und Holzbearbeitung. Heft 4: Graphisches Gewerbe, künstlerische und freie Berufe. Heft 5: Nahrungs- und Genußmittelgewerbe, Gast- und Schankwirtschaft, Gärtnerei, Landwirtschaft, Bekleidungs- und Reinigungsgewerbe. Heft 6: Handel und Verkehr, Verwaltung, Heer und Marine. Heft 7/8: Frauenberufe. Es enthält deshalb jedes der 8 Heftchen die dringende Bitte an die Leser, etwaige mangelhafte, irrtümliche oder nicht einwandfreie Angaben in einer kurzen Mitteilung an den Herausgeber zu berichtigen. Nur durch diese Mitarbeit kann der Ratgeber auf der notwendigen Höhe bleiben.

Selbstverständlich kann ein gedruckter Ratgeber den mündlichen Rat eines Sachverständigen nicht voll ersetzen. Es sind deshalb in den Heften alle Auskunftsstellen genannt, die in Betracht kommen können. Der Herausgeber kann nur wünschen, daß die Eltern und jungen Leute, die sich an die verschiedenen Adressen wenden, ebenso freundliche Auskunft bekommen wie er selbst.

Anregungen der mannigfachsten Art wird der unbefangene Leser der vorliegenden Arbeit empfangen. Und wer aus dem mehr oder weniger engen Kreise seiner eigenen Berufsinteressen heraus in dem „Ratgeber“ einen umfassenden Überblick über die mannigfachsten Erwerbsverhältnisse in unserer Stadt und ihrer nächsten Umgebung zu gewinnen sich die Mühe nicht verdrießen läßt, der wird zu seinem eigenen und zu seines Standes Nutzen ein fruchtbares Verständnis für viele Erscheinungen des gewerblichen und beruflichen Lebens sich erwerben. So wird der Ratgeber auch dem Volkswirte und Politiker, dem Arzte und Hygieniker, sowie allen in sozialer Arbeit stehenden Männern und Frauen einiges Interesse abgewinnen. Daß die Zusammenfassung aller offenen Stellen in einer am besten unter unparteiischer, d. h. städtischer Verwaltung stehenden Zentrale, der „Lehrstellenvermittlung“, vielleicht im Anschluß an einen „Arbeitsnachweis“, das Finden angemessener Lehrstellen erleichtern wird, ist selbstverständlich.

Welche Gesichtspunkte sind es, die in besonderem Hinblick auf die Tuberkulose die Berufswahl tuberkulosegefährdeter oder -bedrohter oder schließlich tuberkulöser herangewachsener Kinder beeinflussen müssen? Zu warnen ist vor allen Berufen, die die Tuberkuloseerkrankungsgefahr bekanntermaßen erhöhen. Das sind nach den Leitsätzen des Ersten internationalen Tuberkulose-Kongresses zu Berlin die Berufe, die dauernd in geschlossenen Räumen, dann die dauernd in einseitig gebückter Haltung ausgeübt, weiter Berufe, die dauernd eine außergewöhnliche Staubentwicklung mit sich bringen; dann solche, die diese erwähnten Schädlichkeiten in sich zusammenfassen und schließlich alle Berufe, die zu gewohnheitsmäßigem Alkoholgenuß verführen können⁴⁾.

Vor allen Dingen gilt es, auf die Eltern Einfluß zu gewinnen und ihnen, die gewöhnlich den baldigen oder sofortigen Geldverdienst der schulentlassenen Kinder als wichtigsten Gesichtspunkt der Berufswahl ansehen und oft genug aus äußeren Gründen auch ansehen müssen, rückhaltlos die Gefahren zu schildern, denen ihr Kind entgegengeht⁵⁾. Wir⁶⁾ rufen den Eltern zu:

„Ein Ratgeber für die Berufswahl ist wie der Blick über ein weites Gelände, durchzogen von Gräben und Hecken und besteckt mit Warnungstafeln! „Du sollst nicht!“, „Du darfst nicht!“, und das schlimmste, „Du kannst nicht!“ Schaffensfreudigkeit, Selbstvertrauen, Fleiß und Arbeit vermögen alle Schwierigkeiten zu überwinden und dem „Du kannst nicht“ ein „Ich will“ entgegensetzen. Wo aber Krankheit und körperlicher Mangel, da wird das beste „Ich will!“ zuschanden.

Krankheit und körperlicher Mangel entstehen in der Mehrzahl der Fälle ganz allmählich nach und nach, oft schon in der frühesten Jugend. Achtet darum, Ihr Eltern, auf den ersten Anfang. Laßt Euch vom Arzt beraten, schenkt den Warnungen des Schularztes Gehör, ehe ein „Zu spät!“ den Wünschen und Hoffnungen für Euer Kind ein Ende macht.“

⁴⁾ THIELE, Die Schwindsucht, ihre Ursachen und Bekämpfung gemeinverständlich dargestellt. Verlag des deutsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung der Tuberkulose. 1915. Berlin W 9.

⁵⁾ THIELE, Zur Hygiene der Schulentlassenen. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 47.

⁶⁾ THIELE, Chemnitzer Ratgeber für die Berufswahl. Chemnitz. Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht.

Noch aber findet die Berufswahl oder die Wahl einer Beschäftigung fast immer aus äußerlichen Gründen statt. Gelegentliche Bekanntschaften, gelegentliche Nachfrage, oft der Zufall entscheidet die schwerste Frage, die das Leben den Eltern vorlegt. Oder die Not! Aber keine Not ist so groß, daß sie durch Unverstand und Kurzsichtigkeit nicht noch größer gemacht werden könnte.

Selbstverständlich sind gute Schulkenntnisse, Gewissenhaftigkeit, Fleiß, Ausdauer und nicht zuletzt Lust und Liebe zur vorgenommenen Arbeit die besten Wegbereiter zum Vorwärtskommen. Unser vielgestaltiges wirtschaftliches Leben erfordert dazu aber noch eine gewisse Schnellbeweglichkeit des Geistes, rasches Erfassen der Dinge, einen klaren Kopf den oft genug plötzlich eintretenden schwierigen Lagen gegenüber. Auch das soll bei der Berufswahl mit bedacht werden. Die findigen Amerikaner sind uns da schon wiederum ein Stück voraus. Ein Professor PARSONS hat wie der bekannte deutsch-amerikanische „Austausch“-Professor MÜNSTERBERG berichtet, in Boston ein „Berufsbüro“ gegründet, in dem nicht nur Auskünfte gegeben, Stellen vermittelt werden, sondern auch durch gewisse wissenschaftliche Verfahren die besondere geistige Veranlagung der Stellenanwärter geprüft wird. Wozu hohe geistige Befähigung auf Arbeit verschwenden, die nur eine andauernd gleiche Übungsfähigkeit verlangt? Neue wirtschaftliche Ausblicke eröffnen sich bei einem solchen Verfahren, das in Amerika schon praktische Ergebnisse gezeitigt haben soll. Unsere Eltern werden in den meisten Fällen nicht fehl gehen, wenn sie die Leistungen ihrer Kinder in der Schule zum Maßstab ihrer geistigen Fähigkeiten nehmen. Rücksprache mit dem Klassenlehrer im Laufe des letzten Schuljahres wird von der Leistungsfähigkeit des Schülers das beste Bild geben. Dabei soll nicht verschwiegen werden, daß oft genug aus Schul-Sorgenkindern tüchtige, arbeitsfrische und strebsame Leute geworden sind. Aber das sind doch nur Ausnahmefälle!

Und nun das Wesentlichste! Nur der Gesunde kann sich den Platz aussuchen, auf dem er im Leben stehen will. Nur dem Gesunden bahnen Begabung und Anlagen den Weg. Vom Einfluß des Berufs auf den Körper ist in den folgenden Blättern immer und immer wieder die Rede, eben so richtig ist aber auch das Wort vom Einfluß der Körperentwicklung auf den

Beruf. Nicht ohne weiteres sind zum Beispiel die Berufe des Schreibers oder des Schneiders oder des Zigarrenmachers als gesundheitsbeeinträchtigend zu erklären, weil viele Schreiber und Schneider und Zigarrenmacher schwächliche Menschen sind; nein, weil sie schwächliche Menschen von vornherein waren, wurden sie Schreiber und Schneider und Zigarrenmacher.

Es gibt also auch Berufe und Erwerbsmöglichkeiten für Schwächliche, körperlich Minderwertige. Ja, unseren Blinden und Taubstummen, unseren Verkrüppelten, unseren Schwachsinnigen stehen dank der Fortschritte der Erziehungskunst gewisse Arbeitsmöglichkeiten offen. Freilich sind das sehr beschränkte Gebiete. Ebenso in gewisser Weise beschränkt sind die Berufe und Erwerbsmöglichkeiten der Schwächlichen und Krankheitsbedrohten.

„Der Gesunde, Kräftige aber steht immer in erster Reihe.“

Trotzdem selbstverständlich das Erlernen eines Berufes, eines Handwerks aus sozialen und gesundheitlichen Gründen das Allerwertvollste ist — der „gelernte“ Arbeiter steht wirtschaftlich sicherer und darum gesundheitlich fester als der ungelernete Arbeiter! — ist es in manchen Fällen nötig, den Beginn einer wirklichen Lehre noch ein Jahr hinauszuschieben. Wir gaben mit Erfolg den Rat, junge Leute („Prophylaktiker“) alsbald nach der Schulentlassung aus dem Großstadtleben mit seinem Hasten und Treiben, mit seinen nur zu oft beschränkten Wohnungsverhältnissen herauszunehmen und, wenn irgend möglich aufs Land oder in kleine Städte zu geben, wo sie in völlig geänderter Umgebung einer Tätigkeit, die im wesentlichen in freier Luft stattfindet, also Hilfsarbeiten in landwirtschaftlichen Betrieben, Botendienste, Wegelaufen und dergleichen überwiesen werden. In einer Gegend Sachsens⁷⁾, wo sich eine ausgedehnte Schwerindustrie (Hüttenwerke, Transportwesen, Hafenarbeit), die nur kräftige Lehrlinge von mindestens 16—17 Jahren gebrauchen kann, ist der Gebrauch eingebürgert, Schulentlassene zunächst 1—2 Jahre lang in dieser Weise aufs Land zu schicken. Die zuvor zu jungen und zu schwächlichen Jugendlichen kommen dann wohlgekräftigt wieder, so

⁷⁾ „Mitteilungen“ des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz, 7. Jahrgang, 1913, Nr. 4.

daß sie dann vollständig den Anforderungen der Schwerindustrie gewachsen sind. Es handelt sich also nicht darum, das Großstadtkind dauernd der Stadt zu entziehen, sondern nur eine vorübergehende Versetzung auf das Land mit seiner anderen Luft, seiner andersartigen Kost, seiner körperlichen Ausarbeitungsmöglichkeit kommt in Frage. Deshalb ist es natürlich kein Schaden, wenn das oder jenes tuberkulosebedrohte Großstadtkind dauernd Lust zum ländlichen Leben finden sollte.

Solche sogenannten „Landerholungsstellen“ müssen selbstverständlich mit Vorsicht gewählt werden, und wird deshalb eine Verbindung mit den Ortsbehörden, den Ärzten, Geistlichen und Lehrern des Ortes von größter Bedeutung sein. Es ist eine dankenswerte Aufgabe der städtischen Tuberkulose-Fürsorgestellen, hier die Vermittlung zu übernehmen, zum Nutzen der am Abschlusse der Kindheit stehenden schwindsuchtsbedrohten jungen Leute.

Wir sind absichtlich so ausführlich auf diese Verhältnisse eingegangen, weil wir der Ansicht sind, daß die Durchführung aller angeführten Maßnahmen wesentlich zur Einschränkung der Tuberkulose gerade in diesem so bedrohten Alter beitragen wird. Natürlich darf nicht schablonisiert werden, und ein Chemnitzer Ratgeber wird nicht für Köln oder Breslau geeignet sein. Es ist nötig, daß an jedem Industriemittelpunkt ähnliche Arbeiten geleistet und fortgesetzt werden. Hierzu treten selbstverständlich noch alle jene Fürsorgemaßregeln für die Lehrlinge und jugendlichen Arbeiter, die ihre allgemeine Körperertüchtigung zum Ziele haben. Die Pflichtteilnahme, auch wieder nach ärztlichem Gutachten, an der Körperpflege, an den Leibesübungen zur Hebung der Wehrkraft unseres Nachwuchses, die in Verbindung mit der Freimachung einer bestimmten Tageszeit von der Lohnarbeit kommen muß, wird das Ihrige tun, vorbeugende und bewahrende Arbeit auch für den Kampf gegen die Tuberkulose zu leisten.

Die Tätigkeit des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) auf dem Gebiete der Kindertuberkulose.

1. Die Fürsorgetätigkeit des Vereins.

Der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.), gegründet am 23. November 1915, stellte sich die planmäßige Durchführung des Kampfes gegen die Tuberkulose in der Stadt Chemnitz und ihrer Umgebung zum Ziele. Schon in seinem ersten Aufruf betonte er, daß vor allen Dingen es notwendig wäre, die Gefahr, die den Familienangehörigen der Schwindsüchtigen droht, durch Beratung und Belehrung, sowie, wenn notwendig durch Unterstützung, möglichst zu beseitigen. Er errichtete sofort eine Auskunfts- und Fürsorgestelle in Chemnitz und schuf gleichzeitig in unmittelbarer Nähe der Stadt eine Wald-erholungsstätte für lungenleidende Männer und Frauen. Im Anschluß an diese hielt er die Errichtung einer Waldschule für skrofulöse und lungengefährdete Kinder für notwendig. Die Aufgaben der Auskunfts- und Fürsorgestelle, die neben persönlicher Fürsorge für die Kranken auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege liegen, faßte der Verein in folgende, auszugsweise mitgeteilten Leitsätze zusammen:

1. Möglichst frühzeitige Ermittlung aller einer Fürsorge bedürftigen schwindsüchtigen und tuberkuloseverdächtigen Personen;
2. Belehrung der Kranken über die Mittel zur Verhütung der Krankheitsübertragung auf ihre Angehörigen und ihre sonstige Umgebung;
3. Nutzbarmachung der verschiedenen zur Heilung der Leidenden und der Bekämpfung der Tuberkulose dienenden Einrichtungen (Heilstätten, Erholungsstätten, Kinderkolonien, Pflegeheime, Ferienkolonien) für die Kranken, und Vermittlung der Überweisung an solche Anstalten;

4. Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse der von den Leidenden bewohnten Räume durch möglichste Absonderung der Kranken in der Wohnung und Belehrung der Angehörigen durch Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose.

5. Im Falle der Bedürftigkeit Beschaffung der Mittel zur besseren Ernährung und Verpflegung der Kranken und ihrer skrofulösen oder sonst lungengefährdeten Kinder (Staßfurter Badesalz, Lebertran, Kakao, Mittagessen usw.) und der Mittel gegen die Übertragung der Krankheit (insbesondere Beschaffung von Spuckfläschchen, von Eß-, Trink-, Waschgeschirr, Wäsche, Waschbeutel, Decken und Betten, die nur zum Gebrauch der Kranken bestimmt sind).

Diese Aufgaben hat die Chemnitzer Auskunfts- und Fürsorgestelle nach besten Kräften gelöst. Am Ende des Jahres 1914 standen über 4500 Familien in der Fürsorge des Vereins. Es ist selbstverständlich, daß diese Maßnahmen vor allen Dingen auch den Kindern zugute gekommen sind, wie die Tatsache beweist, daß schon im 3. Jahre des Bestehens der Fürsorgestelle gegen 500 Kinder dort untersucht und beraten worden sind. In der König Friedrich August-Erholungsstätte des Vereins sind in den Jahren 1906: 4, 1907: 13, 1908: 42, 1909: 86, 1910: 159, 1911: 314, 1912: 344, 1913: 394, 1914: 400 Kinder, mehr oder weniger lange Zeit (mindestens 4 Wochen, zum Teil Tag und Nacht) verpflegt worden.

Die große Not, die gerade für die Kinder die Tuberkulose mit sich bringt, und die auch in der Fürsorgetätigkeit des Vereins immer klarer wurde, brachte den Vorstand des Vereins bald auf den Gedanken, eine eigene Kinderwalderholungsstätte und zwar für skrofulöse und sonst lungengefährdete Kinder zu errichten. Während bereits lungenkranke Kinder, soweit sie nicht einer Kinderheilstätte oder einem Seehospize zugeführt wurden, in der Frauenabteilung der Walderholungsstätte untergebracht werden konnten, fehlten in Chemnitz Einrichtungen, in denen die hygienisch-diätetische Heilmethode gerade tuberkulosebedrohten und -gefährdeten Kindern zugänglich gemacht werden konnte. Um diese Frage und den Wert einer solchen Kinderwalderholungsstätte von den verschiedensten Gesichtspunkten beleuchten zu lassen, veran-

staltete der Verein im Jahre 1907 einen Vortragsabend, in dem Prof. Dr. CLEMENS, Oberarzt der Inneren Abteilung im Stadt-krankenhaus Chemnitz, über „Die Bedeutung und Notwendigkeit einer Kinderwalderholungsstätte in Chemnitz“ sprach. Im Anschluß daran gab Stadtbezirksarzt Dr. POETTER Mitteilungen über die Tuberkulosesterblichkeit im Kindesalter, während Dr. med. ALICKE über seine Erfahrungen als Schularzt und Fürsorgearzt Dr. med. BECKMANN über Erfahrungen aus der Auskunfts- und Fürsorgestelle berichteten. Endlich wurden eine große Anzahl Lichtbilder bereits bestehender Kinderheil-stätten vorgeführt. Nachdem die Frage im engeren Kreise des Vorstands wiederholt beraten worden war, war es dem Verein möglich, am 23. September 1911 das Kinderwald-erholungsheim Chemnitz, auf Auerswalder Flur gelegen, in Gegenwart Ihrer Königl. Hoheit der Frau Prinzessin Johann Georg, Herzogin zu Sachsen, feierlichst zu eröffnen. In dem Kinderwalderholungsheim, das nach einigen Jahren seines Be- stehens weiter ausgebaut werden mußte, und dem im Jahre 1913 eine Waldschule angegliedert wurde, sind im Jahre 1911: 78, 1912: 418, 1913: 811, 1914: 782, 1915 (bis 1. Okt.): 785 Kinder untergebracht gewesen. Während in der Wald-erholungsstätte schwindsüchtige Kinder Aufnahme finden, dient das Kinderwalderholungsheim der Vorbeugung der Erkrankung an Tuberkulose für Kinder im Alter von 3—14 Jahren, ins- besondere solche, die an Skrofulose, allgemeiner Körper- schwäche, Nervosität, Blutarmut und Bleichsucht leiden oder in der Erholung von schweren Krankheiten wie Influenza und Lungenentzündung begriffen sind.

Die Notwendigkeit, lungenkranke Kinder mit bazillenhal- tigem Auswurf, die ihre Umgebung besonders bedrohen, von den übrigen Kindern getrennt zu halten, zwang den Verein in seiner Königl. Friedrich August-Erholungsstätte ein besonderes Kinderhaus zu errichten, das im Jahre 1913 in Gebrauch ge- nommen wurde.

Um endlich einer größeren Anzahl Schulkindern wenig- stens für die Nachmittags- und Abendstunden den andauernden Genuß reiner Waldluft zu ermöglichen, sind vom Verein „Wald- fahrten“ nach dem schönen Gelände des Kinderwalderholungs- heims eingerichtet. Mit Sonderzug fahren unter Aufsicht frei- williger, hierfür vorgebildeter Helferinnen die Kinder Mittags

in den Wald hinaus, machen in luftigen Hallen ihre Schularbeiten und spielen dann bis zum Abend im Freien, um nach Einnahme von Kakao oder Milch — Brot bringen die Kinder mit! — wieder heimzufahren.

Der Verein vermittelt weiter für schwächliche schulentlassene junge Leute sogenannte Landerholungsstellen, d. h. Arbeitsstellen auf dem Lande bei Familien möglichst aus landwirtschaftlichen Kreisen.

Einen wesentlichen Teil der Arbeit des Vereins betrifft die Aufklärung der Bevölkerung über die Tuberkulose. Er schuf deshalb außer besonderen Merkblättern eine eigene Zeitung, die „Mitteilungen“, aus deren reichem Inhalt folgende, die Kindertuberkulose betreffende Aufsätze besonders hervorgehoben seien:

Dr. PETERS, Die Tuberkulose im Säuglingsalter. Prof. Dr. CLEMENS, Die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Kinderarzt Dr. ROTHFELD, Tuberkulose und Wirbelsäulenverkrümmung. Stadtbezirksarzt Dr. POETTER-Leipzig, Die Wald-erholungsstätten mit besonderer Berücksichtigung der Wald-erholungsstätten für Kinder. Dr. THIELE, Berufswahl und Gesundheit. Dr. BESCHORNER-Dresden, Wert der systematischen Tiefatmung für die Entwicklung des Körpers und der Gesundheit der Lungen. Dr. ROTHFELD, Stillen und Tuberkulose. Lehrer FRANKE, Volksschule und Tuberkulose. Sekundärarzt Dr. SCHUSTER, Das Wesen der Skrofulose. Dr. THIELE, Der Chemnitzer Ratgeber für die Berufswahl. Dr. SCHÖDEL, Rat-schläge zum Schutze tuberkulöser und tuberkulosegefährdeter Mütter und ihrer Säuglinge.

Als Versuch, schon unter der schulpflichtigen Jugend aufklärend zu wirken, versuchte der Vorstand weiter, für das Lesebuch der Chemnitzer Volksschulen ein Lesestück zu erlangen, in dem die Bekämpfung der Tuberkulose in einer dem Kindergemüt verständlichen Form dargestellt wird. Im Einvernehmen mit dem Pädagogischen Verein zu Chemnitz erließ er zu diesem Zwecke ein Preisausschreiben, auf das 38 Arbeiten eingingen. Es wurden mehrere Arbeiten, darunter die als Anhang zu vorliegender Arbeit mitgeteilt: „Einer Mutter Söhne“, mit Preisen ausgezeichnet. Die verschiedenen Arbeiten haben den Weg in eine Anzahl Volksschullesebücher für die letzten beiden Schuljahre genommen und erfüllen damit den

beabsichtigten Zweck. Im Dienste der Aufklärung standen weiter Tuberkulosekurse, von denen im Jahre 1908 zum ersten Male nicht nur im engeren Vaterlande Sachsen, sondern überhaupt im Reiche ein Sondertuberkulosekursus für Lehrer abgehalten wurde. An diesem Kursus nahmen über 200 Lehrer und Lehrerinnen aus Chemnitz und Umgebung teil. Ein zweiter Kursus wurde für die Lehrer an Fortbildungsschulen abgehalten, an dem 25 Herren teilnahmen.

Endlich ist noch zu erwähnen, daß ein gleicher Kursus für die Mitglieder der Frauenvereine unter zahlreicher Beteiligung stattfand.

Anregung gab der Verein u. a. zur Einrichtung von Solbädern in dem geplanten neuen Stadtbade, zu der Veranstaltung von Ferienwanderungen, zu den schulärztlichen Konfirmandenuntersuchungen im Hinblick auf die Berufswahl, zur Herausgabe eines Ratgebers für die Berufswahl, zur Erteilung von besonderen Tuberkulose-Unterrichtsstunden an die zur Entlassung kommenden Fortbildungsschüler, zur Einrichtung von Kursen in häuslicher Gesundheitspflege für Frauen und Mädchen, zur besonderen Fürsorge für lungenkranke Kinder mit offener Tuberkulose, zum Schutz der Gesundheit bei Benutzung der Büchereien und zur sachgemäßen Herstellung von Kinderspielplätzen. Er knüpfte ferner Beziehungen zu den Kleinkinderbewahranstalten, der Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle und zu Schule und Schulärzten an. Er machte den Versuch, ärmeren Schulkindern ein Milchfrühstück zu vermitteln, der aus technischen Gründen allerdings nach kurzer Zeit wieder aufgegeben werden mußte. Es erwies sich, daß die Ausgabe der Milch in der Turnhalle, in der mangels eines anderen Raumes die Milch zur Verteilung gelangte, im Hinblick auf die Staubentwicklung vor den Pausen nicht durchführbar war. Hierzu kam, daß die ehrenamtliche Verteilung der Milch durch freiwillige Helferinnen des Lehrerkollegiums auf die Dauer nicht beibehalten werden konnte. Endlich gab der Verein verschiedene Drucksachen heraus, die sich ebenfalls für die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter bewährten. Abgesehen von „Wohlfahrtsmarken“, die bestimmt sind, der Kinderwohlfahrtspflege neue Mittel zu schaffen, sind zu erwähnen:

1. Merkblatt, um die Aufklärung der Mütter über

die Tuberkulose zu fördern und sie in den Maßnahmen zu unterrichten, durch die sie ihre Kinder vor Ansteckung schützen. Das Merkblatt wird außer an den Impfterminen auch an die zur Entlassung kommenden Fortbildungsschüler verteilt (vgl. S. 250).

2. Merkblatt zum Schutze tuberkulöser und tuberkulosegefährdeter Mütter und ihrer Säuglinge (vgl. S. 255).

3. Merkblatt, Ratschläge für die Haltung und Reinigung der Wohnungen Tuberkulöser zur Verhütung der Ansteckung (vgl. S. 252).

4. Merkblatt, Aufklärung über Behandlung des Auswurfs (vgl. S. 254).

5. Merkblatt, Vorschriften über die Behandlung der Wäsche Kranker.

6. Merkblatt, Anweisung zum Gebrauch des Fieberthermometers.

7. „Guter Rat für Schulkinder,“ ein Kunstblatt, auf dem in bestimmten kurzen kindertümlichen Sätzen Kinder in Kinderstube und Schulzimmer an alles das Kleine und doch so Wichtige der Reinhaltung usw. in ihrem täglichen Lebenslaufe erinnert werden (vgl. S. 242).

8. „Berufswahl und Gesundheit“, ein belehrender Vortrag für Eltern und Erzieher.

9. „Ratgeber für die Berufswahl“ (vgl. S. 187 ff.).

10. Sammelmarken (in Originalsteindruck), deren Worte und Bilder sich auf die allgemeinen Regeln der Schwindsuchtsbekämpfung beziehen.

2. Der Gang der Fürsorgearbeit.

Mittelpunkt der ganzen Fürsorgearbeit ist die Auskunfts- und Fürsorgestelle, in der ärztliche Beratungsstunden täglich abgehalten werden. Für die eigentliche Fürsorgearbeit sind eine Reihe Fürsorgegehilfinnen, die unter der Leitung einer Vorsteherin arbeiten, angestellt. Über die Art und den Umfang zu ergreifender Fürsorgemaßregeln entscheidet auf Grund der erfolgten Feststellungen nach Gehör des zuständigen Fürsorgearztes ein regelmäßig allwöchentlich zu einer Beratung zusammentretender Fürsorgeausschuß.

Zur Ermittlung aller tuberkulösen, tuberkuloseverdächtigen oder tuberkulosebedrohten Kinder dienen die Mitteilungen

der Schulärzte, des Ziehkinderamtes der Stadt und der Verwaltung des Stadtkrankenhauses und der Kleinkinderbewahranstalten. Das Wohlfahrtspolizeiamt der Stadt teilt dem Verein alle Todesfälle an Schwindsucht mit, endlich erfolgen Selbstmeldungen von Eltern und Erziehern. Hieran schließt sich im Einverständnis mit dem behandelnden Arzte die Familienuntersuchung, die darin besteht, daß alle Glieder einer Familie, in der ein Fall von Tuberkulose festgestellt worden ist, veranlaßt werden, sich der Auskunfts- und Fürsorgestelle zur Feststellung vorzustellen, ob auch bereits die übrigen Familienglieder von der Ansteckung ergriffen sind. Um die nötige und dringend erwünschte Mithilfe der praktischen Ärzte zu erleichtern, sind diesen Vordrucke zur Verfügung gestellt:

Herr }
 Frau }
 Fräulein }
 Das Kind }

Beruf: _____

Alter: _____

Wohnung: _____ Straße Nr. _____

ist an Tuberkulose 1., 2., 3. Grades erkrankt — ist tuberkuloseverdächtig — lungengefährdet — und fürsorgebedürftig.

Als Fürsorgemaßregel scheint mir notwendig zu sein (es wird gebeten, die betreffenden Maßnahmen zu unterstreichen):

Unterbringung in die Heilstätte.

Aufenthalt in der König Friedrich August-Erholungsstätte.

Aufenthalt im Kinderwälderholungsheim Auerswalde.

Aufenthalt in der Rekonvaleszenten-Erholungsstätte für Frauen und Mädchen in Auerswalde.

Gesundheitliche Gestaltung der Wohnung.

Überlassung eines Bettes — eines Bettschirmes.

Abgabe von Decken — Bettüchern — Überzügen.

Abgabe eines Thermometers — einer Spuckflasche — eines Spucktopfes.

Gewährung von Vollmilch.

Gewährung von Speisemarken — von Kakao.

Abgabe von Lebertran.

Abgabe von Lysoform und Wäschebeuteln zur Wäschedesinfektion.

Abgabe von Badesalz.

Andererseits übernimmt die Fürsorgestelle auf Wunsch des behandelnden Arztes, falls ein solcher vorhanden ist, auch die Vermittlung der kostenlosen Auswurfuntersuchung.

Soweit im einzelnen Falle Tuberkulose oder Tuberkuloseverdacht oder Lungengefährdung festgestellt worden ist, kommen als Fürsorgemaßnahmen zunächst eine ausgedehnte Wohnungsfürsorge in Frage: leihweise Abgabe von Betten, Betttüchern und Decken, wobei die Fürsorgestelle nach Lage des einzelnen Falles sogar so weit geht, auch dann Betten auszuliehen, wenn nur lungengefährdete Kinder mit gesunden Kindern ein Bett teilen, ferner Abgabe von Badesalz und von Kräftigungsmitteln wie Milch, Mittagsessen, Kakao und Lebertran. Familien mit lungenkranken Angehörigen, in denen ein Kind zu erwarten steht oder geboren ist, werden der Säuglingsfürsorgestelle gemeldet.

Jedes Familienglied bekommt eine Ausweiskarte, die zu weiterem Aufsuchen der Fürsorgestelle und Gebrauch ihrer Hilfsmittel berechtigt. Es werden auf einem Fragebogen die persönlichen, sozialen (Wohnung, wirtschaftliche Lage) und gesundheitlichen Verhältnisse festgelegt. Es erfolgt die ärztliche Untersuchung mit genauer Eintragung des Ergebnisses auf dem Fragebogen und daran schließen sich die nötigen Fürsorgemaßnahmen.

Zur Feststellung der Wohnungsverhältnisse werden von den Fürsorgeschwestern bei Besichtigung der Wohnung folgende Eintragungen gemacht:

Vordruck.

Befund der Wohnungsbesichtigung am _____

1. Wohnung, Straße und Nummer, Keller, Dachgeschoß, Stockwerk, rechts, links, Mitte: _____
Eigene, gemietete oder Schlafstelle: _____
2. Zahl der Räume: _____
3. Größe derselben: _____
4. Von wieviel Personen sind die Räume bewohnt: _____
a) Erwachsenen: _____
b) Kindern: _____
5. Hat der Kranke ein eigenes Schlafzimmer: _____
6. Mit wieviel Personen teilt er das Schlafzimmer: _____
7. Mit wieviel Personen teilt er das Bett: _____
8. Sind sonst noch Schwindsüchtige oder Schwindsuchtsverdächtige in der Wohnung: _____
Sind Schlafleute, Ziehkinder in der Wohnung: _____
9. Eindruck der Wohnung (hell, luftig, trocken, sauber) _____
Besuch wiederholt am _____ am _____
" " am _____ am _____
10. Besondere Bemerkungen: _____

Die Patienten bzw. deren Eltern werden im Gebrauch des Fieberthermometers unterwiesen und angewiesen regelmäßige Messungen vorzunehmen. Das Körpergewicht wird in der Fürsorgestelle festgestellt, und die Ergebnisse auf dem Fragebogen eingetragen.

Die Erlangung von Auswurf wird angestrebt und der erhaltene Auswurf dem Pathologisch-hygienischen Institut zur Untersuchung eingeschickt. Auf den zur Sammlung des Auswurfs ausgegebenen Flaschen ist folgender Hinweis angebracht:

Zur Beachtung! Kein Wasser zusetzen!
 Zur Untersuchung eignet sich nur der durch Husten vor dem Genuß von Speisen und Getränken entleerte Auswurf, nicht der sich im Munde bildende Speichel.
Der Auswurf, der nicht älter als 12 Stunden sein darf, ist Montags nachmittags zwischen 1/25 — 1/27 oder Freitags nachmittags 1 Uhr in der Auskunfts- und Fürsorgestelle abzugeben.

Die Antwort des Instituts erfolgt auf folgendem Vordruck:

J.-Nr. _____ Abg. am _____ 191

Die Untersuchung des Auswurfs von _____ hat ergeben:

keine	}	Tuberkelbazillen.
vereinzelte		
zahlreiche		

Das Pathologisch-hygienische Institut der Stadt Chemnitz.

Das endgültige Ergebnis der Untersuchungen bei Schulkindern wird den Schulleitungen auf folgendem Vordruck mitgeteilt.

Vordruck.

_____ Schule. Name: _____
 Klasse: _____

1. Erstmalig vorgestellt am _____
2. Befund: gefährdet; verdächtig; tuberkulös.
3. Pirquet: positiv; negativ; verweigert.
4. Bazillen: vorhanden; nicht vorhanden; nicht untersucht.
5. In Fürsorge genommen: Ja — Nein.
6. Besonderes:

Bem. Das Nichtzutreffende ausstreichen!

Abgegeben am _____

Über erhaltene Gegenstände, die der Pflege und Wohnungsverbesserung dienen, bestehen folgende Bestimmungen:

„1. Die Abgabe von Betten, Decken, Überzügen, Bettüchern, Wäschebeuteln, Liegestühlen, Luftkissen und Thermometern erfolgt an die Pflegebefohlenen in allen Fällen nur leihweise und nur unter der Bedingung jederzeitiger Rückgabe, sobald diese seitens der Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenleidende gefordert wird.

2. Die Pflegebefohlenen dürfen die ihnen leihweise überlassenen Gegenstände nur zum Gebrauch derjenigen kranken oder gefährdeten oder sonstigen Personen verwenden, für die sie ausdrücklich überlassen sind. Sie sind verpflichtet, mit ihnen vorsichtig umzugehen, sie jederzeit sauber und in gutem Zustande zu erhalten und sie der besuchenden Fürsorgeschwester auf Verlangen vorzuzeigen.

3. Jeden Wohnungswechsel haben sie, sobald sie eine neue Wohnung gemietet haben, in der Auskunfts- und Fürsorgestelle, Theaterstr. 9 (Eingang Weberstraße), oder der sie besuchenden Fürsorgeschwester zu melden. Unter der Voraussetzung, daß die neue Wohnung in dieser Weise gemeldet ist, dürfen sie die ihnen geliehenen Gegenstände beim Umzuge ohne weiteres mit in die neue Wohnung nehmen.

4. Sobald die Pflegebefohlenen die ihnen überlassenen Gegenstände nicht weiter benutzen können oder wollen, haben sie dies sofort unaufgefordert in der Auskunfts- und Fürsorgestelle zu melden. Betten, Decken und Überzüge, sowie alle übrigen entliehenen Gegenstände sind dann sofort in der Auskunfts- und Fürsorgestelle abzugeben; etwa hierbei entstehende Kosten sind von den Entleihern zu tragen.

5. Da leider doch einzelne Fälle vorgekommen sind, in denen Pflegebefohlene die ihnen überlassenen Gegenstände verpfändet haben, sei darauf hingewiesen, daß sie sich durch diese Handlungsweise strafbar machen und daß das Leihamt der Stadt sowie die hiesigen Pfandleihgeschäfte bei Angebot von Gegenständen der in Punkt 1 erwähnten Art gegebenenfalls bei der Auskunfts- und Fürsorgestelle sich vergewissern werden, ob es sich um Vereinseigentum handelt.“

Der Patient bzw. deren Eltern stellen eine Empfangsbescheinigung aus, in der sie sich verpflichten, die Gegenstände auf Erfordern zurückzugeben und in schonender Weise zu behandeln und zu benutzen.

Je nach dem ärztlichen Gutachten wird nun die wertvollste Fürsorgemaßnahme eingeleitet, durch die man vorbeugend oder heilend den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Kindes unmittelbar zu beeinflussen versucht. Es ist dies die Unter-

bringung in den verschiedenen hierfür bereitstehenden Anstalten.

Da es sich in der übergroßen Mehrzahl der Fälle um Kinder unbemittelter Eltern handelt, ist die Erörterung der Aufbringung der erforderlichen Mittel besonders wichtig. Während die Fürsorgestelle ärztliche Beratung seitens der Fürsorgeärzte nur unbemittelten Personen zuteil werden läßt, ist sie bei Vermittlung der von Ärzten in Vorschlag gebrachten Kuren allen behilflich, die ihre Hilfe in Anspruch nehmen, also auch solchen Personen, die in der Lage sind, die Kurkosten zu bezahlen.

Sind die Eltern nicht imstande, die Kosten einer Kur, sei es ganz oder teilweise zu tragen, so ist zu unterscheiden, ob die Kur auf Grund des ärztlichen Gutachtens nach dem Zustande des Kranken das einzige einen wesentlichen Erfolg versprechende und deshalb zweckmäßige und notwendige Kurmittel ist, oder ob die Kur seitens des Arztes nur als wünschenswert bezeichnet worden ist.

Im ersteren Falle ist die Voraussetzung gegeben, Armenmittel durch das Unterstützungswohnsitzamt der Stadt bzw. die Armenverbände in Anspruch zu nehmen, im letzteren Falle muß die Fürsorgestelle sich bemühen, durch entsprechende Gesuche den von den Eltern nicht selbst zu tragenden Teil der Kurkosten aus freiwilligen Mitteln von Wohltätern oder gemeinnützigen Stiftungen aufzubringen. In allen Fällen, in denen die Kurkosten von den Eltern nicht selbst getragen werden können, werden daher zunächst von der Bezirksfürsorgeschwester gelegentlich eines Besuches auf Grund eines Ermittlungsbogens die Erwerbs- und Vermögensverhältnisse der Eltern ermittelt, um nachzuprüfen, ob sich die Inanspruchnahme von Armenmitteln rechtfertigt, und ob die Eltern veranlaßt werden können, ihren Verhältnissen entsprechend einen Teil zu den Kurkosten selbst beizutragen. In jedem Fall wird versucht, mindestens so viel als Beihilfe zu erlangen, wie das Kind den Eltern selbst gekostet haben würde, wenn es nicht zur Kur untergebracht worden wäre. Die Gewährung eines auch nur geringen Beitrags rechtfertigt sich nach den vorliegenden Erfahrungen auch um deswillen, weil die Eltern dann die Kur viel höher bewerten, als wenn sie nichts dazu beitragen würden.

Der Ermittlungsbogen hat folgenden Wortlaut:

Feststellung der Verhältnisse zwecks Erlangung
von Freistellenmitteln.

Chemnitz, am _____ 191

1. Name (sämtliche Vor- und Zunamen, bei verheirateten weiblichen Personen auch der frühere Mädchename). Alter. Bei Kindern: Name des Vaters, bei Frauen: Name des Mannes, Staatsangehörigkeit, Wohnung.
2. Stand des Vaters, des Mannes, der Mutter.
3. Eigener wöchentlicher Verdienst des Mannes, des Vaters, der Mutter.
4. Vermögensverhältnisse.
5. Familienverhältnisse: a) Zahl der Kinder, b) wieviel unter 14 Jahren, c) Verdienst der Kinder.
6. Mitglied welcher Kasse: a) wie hoch ist das wöchentliche Krankengeld, b) seit wann wird Krankengeld bezogen, c) gegen Invalidität versichert, d) wird Rente bezogen.
7. Welche Unterstützungen werden von anderer Seite gewährt?
8. Besondere Bemerkungen.

Bei Feststellung der Erwerbs- und Vermögensverhältnisse des Pflégling's hat die Fürsorgeschwester insbesondere noch darauf aufmerksam zu machen, daß er nur der Wahrheit entsprechende Angaben macht, und ihm gleichzeitig mitzuteilen, daß außer ihr sich noch ein Armenpfléger nach seinen Verhältnissen erkundigen wird. Auf Grund der vorausgegangenen Ermittlung wird nunmehr nach folgendem vorgeschriebenen Muster der Antrag an das Unterstützungswohnsitzamt auf Einweisung des Pflégling's ausgefertigt.

Aktenzeichen: _____

Journalnummer: _____

An den Rat der Stadt Chemnitz
Unterstützungswohnsitzamt.

Sehr dringlich

D _____ Jahre alt
wohnhaft: _____

(Vater:) _____

ist lungengefährdet — ist tuberkulös erkrankt.

.....bedarf der Aufnahme zu Tag- und Nachtaufenthalt in unserem Kinderwalderholungsheim — in unserer König Friedrich August-Erholungsstätte. Der Kuraufenthalt in ihm ist nach dem gegenwärtigen Zustande des Aufzunehmenden das einzige, einen wesentlichen Erfolg versprechende und deshalb zweckmäßige und notwendige Kurmittel.

Wir ersuchen, die Aufnahme in unsere Anstalt zu beschließen, uns von der Zuweisung recht bald in Kenntnis zu setzen und die Erstattung des festgesetzten Verpflegsatzes zusichern zu wollen.

Beitrag des Vaters: _____

Beitrag von anderer Seite: _____

In vorzüglicher Hochachtung

Der Fürsorgeausschuß.

Der Fürsorgearzt.

Der Ermittlungsbogen bleibt in dem für den Pflingling bei der Fürsorgestelle gehaltenen Fragebogen. Der Antrag wird von dem Vorsitzenden des Fürsorgeausschusses und dem Fürsorgearzt und ebenso von dem Vater oder dem sonstigen Erziehungsberechtigten des unterzubringenden Kindes unterzeichnet.

Verweigert der Vater oder der sonstige Erziehungsberechtigte die Unterschrift, so wird versucht, ihn zu verständigen; in geeigneten Fällen wird auch die Hilfe des Vormundschaftsgerichtes unter Bezugnahme auf § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Anspruch genommen.

§ 1666 BGB. lautet (soweit er unsere Zwecke berührt): „Wird das leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so hat das Vormundschaftsgericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen.“ Voraussetzung der Anwendung des § 1666 ist also 1. die Gefährdung des Kindes und 2. das Verschulden des Vaters. Beides nachzuweisen, ist Sache der Fürsorgestelle¹⁾. Das Reichsgesetz vom 15. 3. 1909 über die Einwirkung von Armenunterstützung auf öffentliche Rechte, das in Sachsen und Württemberg landesgesetzliche Ergänzung bekommen hat, erleichtert die Annahme der Armenunterstützung dem Bedürftigen, da Krankenunterstützung, Anstaltspflege (Krankenhauspflege) und Unterstützungen zum Zwecke der Jugendfürsorge ausdrücklich nicht den Verlust politischer Rechte zur Folge haben.

Hat ein Schul- oder Privatarzt die Unterbringung angeregt, so wird das Gesuch nicht vom Fürsorgearzt unter-

¹⁾ THIELE, Krankheitsfürsorge für Schulkinder. Verhandl. d. 11. Jahresversammlg. d. deutsch. V. f. Schulgesundheitspflege, Dresden 1911. Leipzig-Berlin 1912.

schrieben, sondern ein Zeugnis des Schul- oder Privatarztes beigefügt. Genügen die angestellten Ermittlungen dem Unterstützungswohnsitzamte, so werden etwaige weitere Rückfragen nach entsprechender Erörterung erledigt. Nach erfolgter Übernahme der Kurkosten seitens des Unterstützungswohnsitzamtes, wird der Pflegling, sobald Platz wird, eingewiesen. Für den Fall, daß der Kranke Bazillen im Auswurf hat, und nach Ansicht der Fürsorgestelle armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit außer Zweifel steht, ist die Fürsorgestelle ermächtigt, unerwartet des Einganges der Übernahme der Kurkosten, den Pflegling sofort einzuweisen.

Zum Zwecke der Einweisung in die Erholungsstätten, die König Friedrich August-Erholungsstätte für tuberkulöse, das Kinderwalderholungsheim für tuberkulosebedrohte Kinder, ist von der Fürsorgestelle nach bestimmtem Muster ein Einweisungsschein auszustellen. Bei Kranken mit Bazillen im

Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke zu Chemnitz.

Reg.-Nr. _____

J.-Nr. _____

D _____ Alter: _____

wohnhaft in Chemnitz, _____ Straße Nr. _____

bei Schulkindern: welche Schule und Klasse _____

Arzt: _____

wird zu Tages- und Nachtaufenthalt für die

König Friedrich August-Erholungsstätte
für das Kinderwalderholungsheim eingewiesen.

Die Kosten trägt: _____

Besondere Bemerkungen: _____

Die Vorsteherin.

Chemnitz, am _____

Auswurf wird der Sputumbefund besonders im Schein vermerkt und der Name des Kranken rot unterstrichen. Der Einweisungsschein wird in geschlossenem Umschlag dem Patienten und bzw. den Eltern ausgehändigt. Gleichzeitig wird den Eltern mitgeteilt: der Tag des Eintritts in die Anstalt, der Eisenbahnzug, den sie benutzen müssen, daß sie genügend Wäsche zum Wechseln, Waschfleck, Kamm, Zahn- und Nagelbürste, Seife, sowie Schuhe zum Wechseln mitzubringen haben. End-

lich, daß der von ihnen zu zahlende Beitrag im voraus wöchentlich an die Anstaltsverwaltungen zu entrichten ist. Die Eltern sind weiter zu befragen, wo das Familienoberhaupt in den letzten 3 Tagen gearbeitet hat und bzw. schon eine Woche in Arbeit steht. Die Auskunft ist wichtig, in den Fällen, in denen der Arbeitsort außerhalb der Stadt Chemnitz liegt, da bei einer Arbeitsdauer von mindestens 1 Woche der Ortsarmenverband des Arbeitsortes zur Erstattung des tarifmäßigen Satzes vom Ortsarmenverband Chemnitz herangezogen werden kann. Liegt ein solcher Fall vor, so ist mit besonderem vom Stadtrat vorgeschriebenen Muster dem Stadtrat Mitteilung zu geben. Gleichzeitig ist zu erörtern, ob in den letzten 6 Wochen ansteckende Krankheiten, insbesondere Masern, Scharlach, Diphtherie in der Familie oder in dem Hause, in dem diese wohnt, vorgekommen sind, da vor Ablauf dieser Zeit keine Einweisung erfolgen darf. Überdies sind die Eltern noch besonders darauf hinzuweisen, daß die Kinder sauber, insbesondere ungezieferrein in die Anstalt eintreten, und ebenso müssen sie belehrt werden, daß das Mitbringen von Näschereien in die Anstalt verboten ist. Bei schulpflichtigen Kindern sind die Eltern anzuweisen, den Einweisungsschein der Leitung der Schule, die das Kind besucht, vor der Einweisung vorzulegen. Die Leitung der Schule versieht den Schein mit ihrem Stempel und gibt ihn dann in dem von der Fürsorgestelle beigefügten Umschlag geschlossen wieder zurück. Bei der Einweisung ist der Umschlag der Vorsteherin der Erholungsstätte zu übergeben. In der Fürsorgestelle wird der Tag des Eintritts in die Erholungsstätte in dem Krankenbogen des Kranken vermerkt. In den Fällen, in denen Armen- oder Kriegsunterstützung gegeben wird, muß dem Unterstützungswohnsitzamt von der Einweisung noch besondere schriftliche Mitteilung gegeben werden. Bei Kranken mit Bazillen im Auswurf, die zu Nachtaufenthalt eingewiesen werden, wird von der Einweisung dem Wohlfahrtspolizeiamt der Stadt nach besonderem Vordruck Anzeige erstattet, damit die Wohnung desinfiziert werden kann. Endlich sind die Eltern nun noch besonders darauf aufmerksam zu machen, daß den Geschwistern des Kindes der Besuch der Anstalt im Hinblick auf die Gefahr der Ansteckung von Krankheiten nicht gestattet ist. Da im Kinderwalderholungsheim Schulunterricht besteht, sind die

Eltern außerdem anzuweisen, ihren Kindern Ranzen und Schulbücher mitzugeben.

Anzeige über einen Erkrankungsfall an Lungen(Kehlkopf)-Schwindsucht ¹⁾.

1.	2.	3.		4.	5.	6.
Wohnung oder Aufenthaltsstelle	Vor- u. Zuname	Geschlecht		Alter	Stand od. Gewerbe bez. des Vaters	Anlaß zur Anzeige ²⁾
		M.	W.			
Ort, Straße, Hausnumm., Geschoß bez. nähere Bezeichnung der Aufenthaltsstelle)						Verzichen des (der) Kranken (mit Familie) aus der jetzigen Wohnung am Hochgradige Infektionsgefahr für die Umgebung des (der) Kranken infolge der Wohnungsverhältnisse. Aufenthalt des (der) Kranken in einer Privatkrankenanstalt, einem Waisen-, Armen-, Siechenhause, Gasthause, Logierhause, einer Herberge, Schlafstelle, einem Internate, Pensionate.

Bemerkungen des Arztes: ³⁾

Unterschrift: _____

¹⁾ Die Anzeige ist zu erstatten in jedem Falle, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter aus seiner Wohnung verzieht, oder in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, sowie in jedem in Privatkrankenanstalten, Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, Gasthöfen, Logierhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Internaten und Pensionaten vorkommenden Erkrankungsfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht.

²⁾ In der Überschrift und in Rubrik 6 ist das Zutreffende zu unterstreichen oder das Nichtzutreffende durchzustreichen.

³⁾ Dem Arzte ist hier Gelegenheit geboten, über etwa schon getroffene oder nach seinem Dafürhalten noch zu treffende Desinfektions- oder sonstige Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit sich auszusprechen.

Die Einweisung der Kranken erfolgt in der Regel in die König Friedrich August-Erholungsstätte auf 6 Wochen, ins Kinderwalderholungsheim auf 30 Tage. In den Fällen, in denen die Kurkosten nur auf 30 Tage übernommen worden sind, sind die Kinder nach etwa 14 Tagen dem Fürsorgearzt

und bzw. dem Privatarzt, der sie zur Kur vorgeschlagen hat, zur Untersuchung vorzustellen. Zu diesem Zwecke hat die Anstaltsleitung ihnen einen bestimmten Schein mitzugeben, in dem die Journalnummer, der Name und die Wohnung des Kranken, der Tag der Aufnahme in die Anstalt, die Temperatur und die Gewichtsverhältnisse eingetragen stehen. Erachtet der Arzt Verlängerung der Kur angezeigt, so ersucht die Fürsorgestelle nach besonderem Formular das Unterstützungswohnsitzamt der Stadt um seine Entschliebung. Wird von letzterem die Kurverlängerung genehmigt, so hat die Fürsorgestelle die betreffende Anstaltsverwaltung sofort mittels Fernsprecher zu benachrichtigen und außerdem eine schriftliche Mitteilung hinauszugeben.

Ist die Kurzeit des Kranken zu Ende, so wird von der Anstaltsleitung bei der Fürsorgestelle der Schlußbericht eingereicht.

Der Pflegebefohlene wird, soweit er in der Fürsorgestelle untersucht worden ist, durch Vormerkkarte bestellt und dem Fürsorgearzte zur Schlußuntersuchung vorgestellt, der Schlußbericht selbst aber in den Fragebogen des Kranken unter Anmerkung des Tages der Entlassung aus der Anstalt eingelegt.

Handelt es sich um Patienten, die einer Krankenkasse angehören, so wird nach besonderem Formulare von dem Vorschlage des Fürsorgearztes bezüglich der Kurunterbringung der Kasse Mitteilung gegeben.

Die Fürsorgegehilfin hat festzustellen, ob der Kranke auf Kosten der Krankenkasse untergebracht worden ist.

Auch der Kassenpatient stellt sich seinem behandelnden Arzte vor Ablauf der bewilligten Kurzeit vor. Kommt Verlängerung in Frage, so ist hiervon der Krankenkasse zur weiteren Beschlußfassung Mitteilung zu geben.

Handelt es sich um außerhalb der Stadt Chemnitz wohnende Patienten, so wird vom Fürsorgeausschuß der Stadt- oder Landgemeinde oder der Amtshauptmannschaft Nachricht unter Angabe des ärztlichen Vorschlags und des Kostenpunktes, sowie mit dem Ersuchen gegeben, dem Kranken bei Aufbringung der Mittel behilflich zu sein.

Bei der Unterbringung kranker Kinder in die Kin-

derabteilung der Volksheilstätte Carolagrün²⁾ ist zunächst der Ermittlungsbogen über die Erwerbs- und Vermögensverhältnisse des Kranken und bez. des Familienoberhauptes auszufüllen und, sofern der Kranke einer Krankenkasse angehört, er zu befragen, ob er für die Dauer der Kurzeit das Krankengeld für die Deckung der Kosten abtreten will. Im bejahenden Falle muß er sein Einverständnis schriftlich niederlegen. Das vom Arzt ausgefüllte Zeugnis nach bestimmtem von der Heilstätte zu beziehenden Vordrucke wird mit der Anfrage an die Verwaltung der Heilstätte abgeschickt, ob und wann der Kranke Aufnahme finden kann. In geeigneten Fällen wird gleichzeitig die Bitte um Vermittlung einer $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{3}$ Freistelle angefügt.

Zugleich wird mit der Abschrift des für die Heilstätte bestimmten Schreibens ein Gesuch an den Rat der Stadt Chemnitz, Unterstützungswohnsitzamt gerichtet, ob die Kosten des Kuraufenthalts, soweit nicht Freistellenmittel oder sonstige Mittel, wie Krankengeld, Beihilfen aus Stiftungen, eigene Beiträge zur Verfügung stehen, übernommen werden. Es muß ferner die Angabe des von dem Patienten zugesagten Beitrages enthalten, und wenn der Kranke krankenkassenversichert ist, welche Kassenbeiträge zur Verfügung stehen.

Nach Eingang der Antwort von der Heilstätte, die mitteilt, ob der Kranke aufgenommen werden kann, und ob die Freistellenkommission eine Teilfreistelle bewilligt hat, wird dem Stadtrat von dem Ergebnis des Gesuches schriftlich Mitteilung gegeben.

Ist der Tag der Aufnahme in die Heilstätte bestimmt, so sind dem Kranken die von der Heilstätte gesandten Wäscheummern zu übergeben mit der Anweisung, sie sichtbar an alle Wäschestücke zu nähen und ferner die von der Heilstättenverwaltung ausgefüllte Karte zur Erlangung der Fahrpreisermäßigung auszuhändigen, er ist auch zu belehren, letztere dem Unterstützungswohnsitzamt zur Ausstellung eines

²⁾ Volksheilstätte Carolagrün für Frauen und Mädchen des Sächsischen Volksheilstättenvereins für Lungenkranke nimmt Kinder unbemittelter Eltern von 10—14 Jahren, versuchsweise auch solche im Alter von 5—10 Jahren, auf, die verdächtig erscheinen, lungenkrank zu sein oder eine nachgewiesene leichte, mit Wahrscheinlichkeit zu heilende Lungenerkrankung haben.

Mittellosigkeitszeugnisses vorzulegen. Auf Grund dieser Unterlagen erlangt der Patient Fahrpreisermäßigung, — er zahlt nur die Hälfte des Fahrgeldes.

Der Patient muß der Fürsorgestelle schriftlich bescheinigen, daß er vom Tag der Einberufung in Kenntnis gesetzt worden ist, während der Krankenkasse mit besonderem Vordruck vom Tag des Kurantritts Nachricht gegeben und die Sperrung des Krankengeldes veranlaßt wird. Der Gesamtbetrag des letzteren wird nach Ablauf der Kur von der Fürsorgestelle erhoben und zur Deckung der Heilstättenrechnung mit verwendet.

Bei der Unterbringung von Kindern in die Kinderkolonie am Adelsberg³⁾ werden die vorgeschriebenen Zeugnisse ausgefüllt und mit dem Antrag an den Rat der Stadt Chemnitz, Unterstützungswohnsitzamt weitergegeben. Außer dem ärztlichen Zeugnis muß ein weiteres Zeugnis über die Erwerbs- und Familienverhältnisse, über die Begabung des Kindes und die Haushaltsführung der Eltern ausgefüllt werden. Vom Rat der Stadt Chemnitz werden dann die noch erforderlichen Erörterungen angestellt, und dann der Aufnahmeantrag dem Sächs. Volksheilstättenverein zu Händen der Kgl. Amtshauptmannschaft Chemnitz übersandt, die dann die Einberufung des Kindes in die Kolonie veranlaßt.

Wenn die meist einjährige Kurzeit zu Ende ist, pflegt der Stadtrat der Auskunfts- und Fürsorgestelle Mitteilung zu geben zum Vorschlag eines anderen geeigneten Kindes.

Zusammenfassend ist zu bemerken, daß jede Fürsorgearbeit in engster Fühlung mit den Ärzten von Stadt und Land geschieht. Die Behandlung ist nicht Sache der Fürsorgestelle, sondern bleibt grundsätzlich den praktischen und Spezial-Ärzten vorbehalten. In den noch immer nicht seltenen

³⁾ Die Kinder-Kolonie am Adelsberg des Sächs. Volksheilstättenvereins für Lungenkranke in Oberhermersdorf bei Chemnitz ist bestimmt für Kinder, die noch nicht krank, aber wegen schon erfolgter tuberkulöser Ansteckung oder wegen tuberkulöser Umgebung von künftiger Erkrankung an Schwindsucht bedroht sind. Die Kinder sollen in der Kolonie so lange verbleiben, bis sie widerstandsfähig geworden sind oder bis die heimischen Verhältnisse ihnen eine Rückkehr in die Heimat ohne Gefahr gestatten. Die Stärkung der Gesundheit soll in erster Linie mit herbeigeführt werden durch leichte Beschäftigung in der Landwirtschaft, im Gartenbau und im Hause.

Fällen, daß tuberkulöse Kranke namentlich im Beginn der Erkrankung noch keinen ärztlichen Rat in Anspruch genommen haben, wird ihnen dringend empfohlen, sich an einen Arzt (Privat-, Kassen-, Armenarzt) zu wenden, und die Befolgung dieses Rates wird streng überwacht. So leistet die Fürsorgestelle wertvolle vorbeugende Arbeit, zumal sie, den Grundsätzen neuzeitlicher Fürsorge entsprechend, nicht wartet, bis die Fürsorgebedürftigen ihre Hilfe in Anspruch nehmen, sondern das Übel, das sie bekämpfen soll, durch ihre Helferinnen, die Fürsorgegehilfinnen, an der Quelle aufsuchen läßt. Je zeitiger die Erkennung, desto aussichtsvoller der Erfolg.

Daß hierbei die Tageszeitungen in weitestem Umfange in Anspruch genommen werden, sei abschließend hervorgehoben.

Es ist selbstverständlich, daß jede Fürsorgearbeit in der Fürsorgestelle genau schriftlich niedergelegt wird. Alles, was über einen Fürsorgebefohlenen bekannt ist oder bekannt wird, muß so gebucht werden (Schreibmaschinendurchschlag — Abschrift), daß jederzeit eine Nachprüfung über den Verlauf und etwaigen Erfolg möglich ist. Für jede Familie bzw. jeden Kranken wird dazu zweckmäßig eine numerierte Mappe (Aktendeckel) angelegt, in der die Niederschriften gesammelt werden.

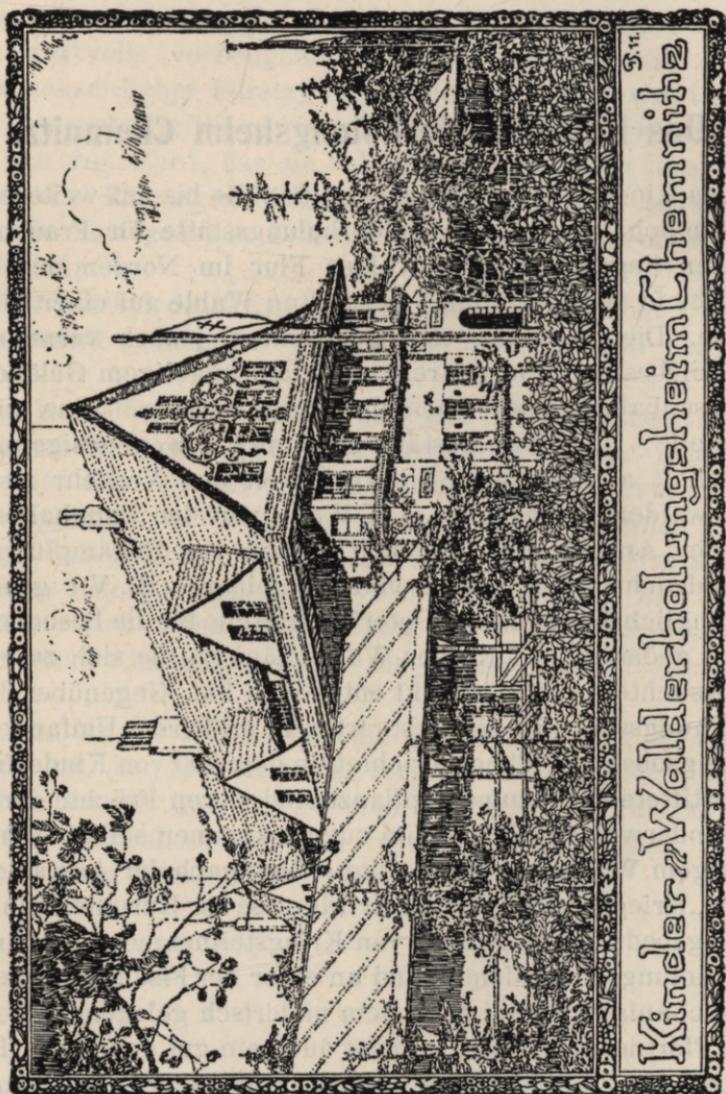
Auch für die Fürsorgearbeit gilt, daß sie um so zweckmäßiger ist, je planvoller sie vorgeht. Es handelt sich um eine fast immer über Jahre sich erstreckende Tätigkeit, in der eine Maßnahme aus der vorhergehenden folgt. Überwachung ohne Buchung ist zwecklos.

Das Kinderwalderholungsheim Chemnitz.

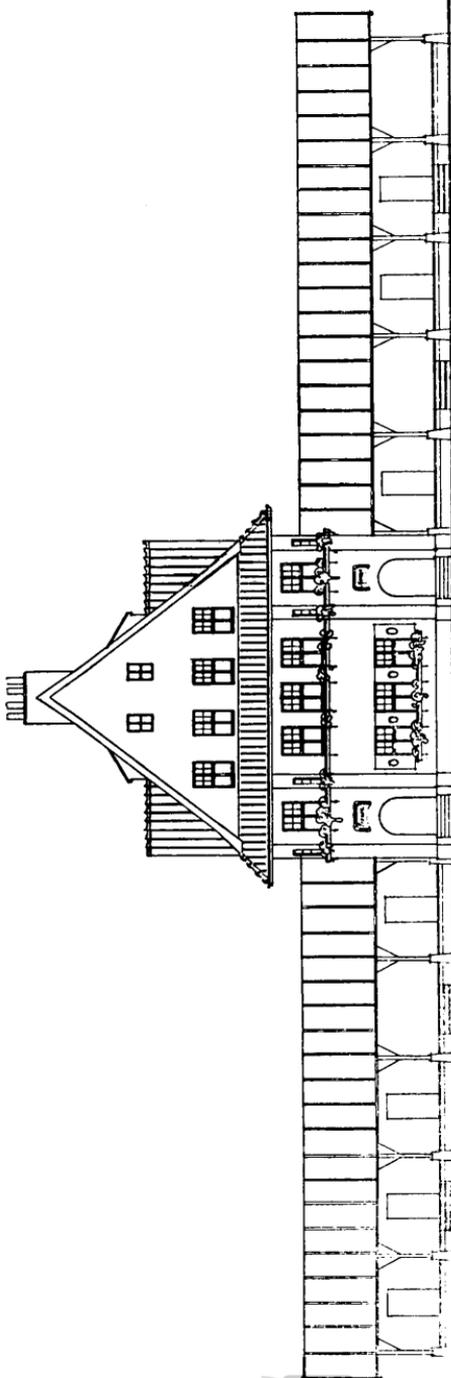
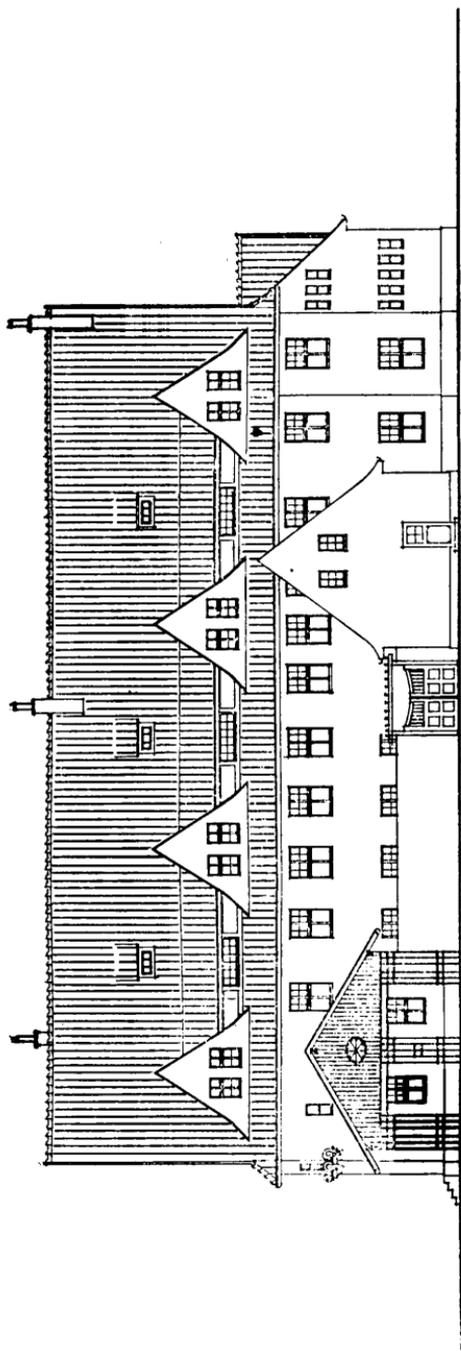
Das Kinderwalderholungsheim und die bis auf weiteres mit ihr räumlich verbundene Walderholungsstätte für Frauen und Mädchen liegen auf Auerswalder Flur im Norden der Stadt Chemnitz in dem „Kohlung“ genannten Walde auf einer sanften Anhöhe. Die „Kohlung“ hat gemischten, jedoch vornehmlich Nadelholzbestand und erstreckt sich auf hügeligem Gelände an der Eisenbahnstrecke Chemnitz-Riesa entlang. Eine eigene Haltestelle: „Kinderwaldstätte-Chemnitz“ in gefälligem, der Landschaft angepaßtem Stile vermittelt den Verkehr zu dem Kinderwalderholungsheim. Am Wege von der Bahnhaltestelle nach der Anstalt liegt die dem Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) gehörige — anfänglich lediglich als Unterkunftsstelle für die Besucher der Anstalt gedachte — „Kinder-Waldschänke“, die sich zu einem gern besuchten Ausflugspunkt entwickelt hat. Gegenüber dieser Erfrischungsstätte ist ein Obstgarten in größerem Umfange, der „Stiftungsobstgarten“ hergerichtet, in dem 700 von Kinderfreunden gestiftete Obstbäume gepflanzt sind, deren Früchte dereinst dem Kinderwalderholungsheim zugute kommen sollen. Der von prächtigem Waldbestand umsäumte Weg nach der Anstalt führt an dem „Kriegskreuz“, dessen Erträge zur Kurunterbringung erholungsbedürftiger Kinder von Kriegsteilnehmern im Kinderwalderholungsheim dienen, und an einer der Fischzucht dienenden Teichanlage vorbei nach dem malerisch gelegenen, freundlichen Pförtnerhaus. Hier mündet auch ein gut gepflegter Fahrweg, der den Zugang von Ebersdorf, Hilbersdorf und Chemnitz bildet.

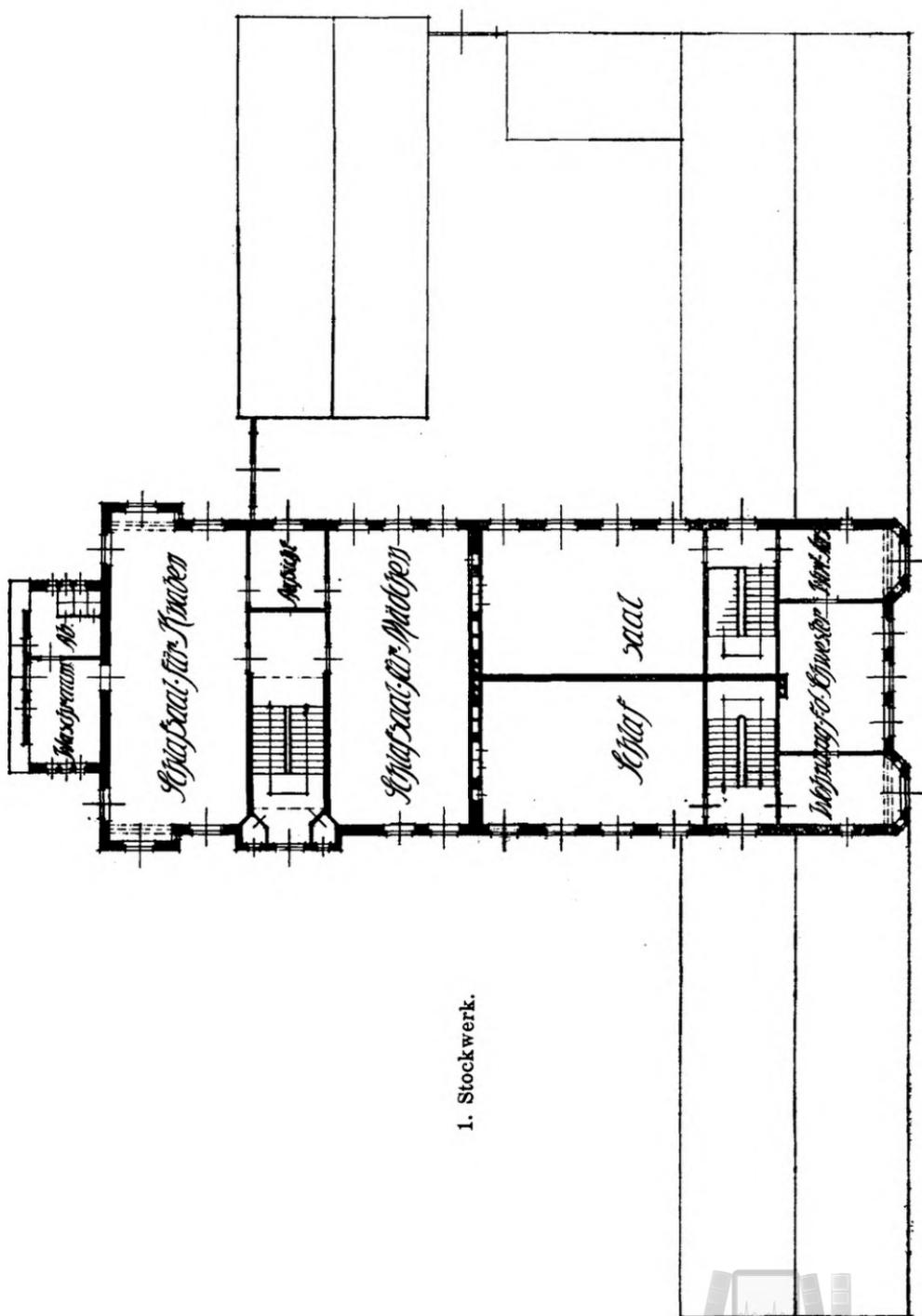
Zwischen hohen Tannen weiterschreitend, treffen wir auf eine mit niedrigem Kiefern- und Birkenholz bewachsene Lichtung, in deren Mitte vor uns — in der Richtung nach Süden — das breitgiebelige Hauptgebäude steht. Das rote Doppelkreuz,

umrankt von hoffnungsgrünen Arabesken, grüßt vom Giebel herab und verrät, wie auch die beiden geräumigen, luftig und doch gediegen gebauten Liegehallen zu beiden Seiten des Haupt-



hauses, deren eine verglast ist, die Bestimmung der Anstalt. Durch schucke, weiß gestrichene — wie überhaupt alles in der Anstalt möglichst hell, freundlich, weiß gehalten ist — Staketbogen gelangen wir auf den sonnenbeschiedenen Vorplatz.





1. Stockwerk.

Wir treten in das Haus ein und befinden uns im Anmelde- und Geschäftszimmer, von dem aus die erwähnten Liegehallen in ihrer ganzen Länge zu übersehen sind. Hinter dem Geschäftszimmer dehnen sich nebeneinander zwei Speisesäle aus, von denen der linke für Frauen, der rechte für Mädchen bestimmt ist. Durch sie kommen wir in die große Küche, die nach ihrer maschinellen Einrichtung bei voller Besetzung der Anstalt bequem imstande ist, über 300 Personen die nötigen Mahlzeiten zu liefern. Hinter der mächtigen Küchenanlage, die als das Herz der Anstalt in deren Mittelpunkt liegt, folgt ein luftiger, sich quer durch das ganze Gebäude ziehender, lichtdurchfluteter Kinderspeisesaal.

Zur Seite der Küche schließt sich der schmucke Wirtschaftshof an, um den das geräumige Bade- und Waschgebäude mit Einrichtungen für Sol-, Brause- und Wannenbäder und für die moderne Wäscherei (elektrisch betriebene Waschmaschine, Wäscheschleuder und Wäschemangel), sowie ein Schuppengebäude mit Hühner-, Schweine- und Ziegenstall angeordnet sind. Die übrigen Wirtschaftsgebäude — Ochsen- und Hühnerstall, Hundezwinger und Kaninchenställe in größerem Umfange — sind in dem nach Süden gelegenen Anstaltsgemüsegarten untergebracht.

Im Haupthause führen mehrere breite und bequeme Treppen in das Obergeschoß. Hier liegen die hübschen Wohnungen der Vorsteherin und des Waldschullehrers, ein Krankenzimmer, ein Verwaltungszimmer und die licht- und luftdurchströmten Schlafsäle mit Nebenräumen.

Im zweiten Obergeschoß befinden sich weiter geräumige Schlafsäle, ferner Vorrats-, Plätt- und Aufbewahrungszimmer und die Wohnungen der Angestellten der Anstalt.

Während man von den Fenstern der verschiedenen Räumlichkeiten aus überall in den grünen Wald hineinsieht, schweift der entzückte Blick des Beobachters aus den oberen Fenstern über den Wald hinweg nach dem Beutenberg mit seinem Turm, nach den Häusern von Chemnitz-Hilbersdorf; in seiner ganzen charaktervollen Schönheit leuchtet im Hintergrunde das erzgebirgische Städtchen Augustusburg mit seinem viergetürmten Schlosse auf. Etwas abgelegen vom Anstaltsgebäude sind inmitten prächtigen Hochwaldes 5 geräumige Wetterschutzhallen errichtet, in denen die Kinder, die an den Nachmittagswald-

fahrten teilnehmen, bei Regenwetter Unterkunft finden können. Eine dieser Hallen ist mit Schulbänken ausgestattet, damit die Kinder dort ihre Schulaufgaben erledigen können.

Das ständige Schulzimmer der Anstalt, mit anschließendem Lehrerzimmer, befindet sich am äußersten Ende der Liegehalle zur linken Seite des Hauptgebäudes. Für den Unterricht im Freien bei günstigem Wetter sind Schulbänke in einer Lichtung des Anstaltswaldes aufgestellt.

Köstlich und herzerquickend sind die in ihrer Art einzigen, farbenleuchtenden Malereien, mit denen Kunstmaler GUSTAV SCHAFFER-Chemnitz (Mitglied des Deutschen Künstlerbundes und der Künstlergruppe Chemnitz) sämtliche Räume der Anstalt — ihrem Charakter entsprechend — ausgeschmückt hat.

Hinter dem Hauptgebäude breitet sich ein großer Trockenplatz aus, an dem sich von Wald umschlossen noch eine Liegehalle anschließt. Das gesamte Anstaltsgebiet umfaßt eine Fläche von etwa 16 Hektar.

Zur Aufnahme ist folgender Anmeldevordruck nötig:

Anmeldung für das Kinderwilderholungsheim Chemnitz.

1. Vor- und Zuname des Kindes:
2. Tag und Jahr seiner Geburt:
3. Name und Stand des Vaters oder der Mutter:
4. Wohnort:
5. Wer trägt die Kosten?
6. Ist das Kind nur erholungsbedürftig?
7. Oder leidet es an einer Krankheit oder Krankheitsanlage und an welcher?
8. Leidet es außerdem an einem Gebrechen, z. B. Bettnässen, Schwachsinn, beschränkte Bewegungsfreiheit und dergleichen?
9. Herrschen derzeit ansteckende Krankheiten (Tuberkulose, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, Pocken) in der Familie, im Hause, oder haben solche innerhalb der letzten sechs Wochen geherrscht?
10. Ärztliche besondere Wünsche für die Behandlung (Solbäder, Liegekur, Atemübungen bei einwandfreiem Herzen):
11. Für wann wird das Kind angemeldet?
12. Name und Adresse der Person, die bei etwaiger Erkrankung zuerst zu benachrichtigen ist:
13. Wenn die Zeit zwischen der Erstattung des im Fragebogen erfordernten ärztlichen Berichtes und dem Eintritt des Kindes in die Anstalt über vier Wochen beträgt, ist bei dessen Eintritt

Thiele, Tuberk. Kinder.

noch eine ärztliche Mitteilung darüber beizufügen, ob der Zustand sich gleichgeblieben ist oder ob und inwiefern Veränderungen stattgefunden haben.

14. Bemerkungen:

Das Formular ist zur Anmeldung des Kindes ausgefüllt und von dem das Kind behandelnden Arzt unterschrieben an die vorstehende Schwester der Anstalt (Post Ebersdorf, Telephon Amt Chemnitz 8439) einzusenden.

Aus den Bestimmungen sei hervorgehoben:

„Das Kinderwalderholungsheim ist Sommer und Winter im Betrieb. Aufnahme finden Kinder im Alter vom 3. bis 14. Jahre, die an Skrofulose, allgemeiner Körperschwäche, Nervosität, Blutarmut und Bleichsucht leiden oder in der Erholung von schweren Krankheiten — z. B. Influenza, Lungenentzündung usw. — begriffen sind.

Das Kinderwalderholungsheim ist zur Vorbeugung der Erkrankung an Schwindsucht bestimmt. Infolgedessen sind mit ansteckenden Krankheiten und Schwindsucht behaftete Kinder, ferner solche, die an ekelerregenden Krankheiten leiden oder aus Familien oder Häusern kommen, in denen ansteckende Krankheiten, insbesondere Keuchhusten, Masern, Scharlach, Diphtherie, in den letzten 6 Wochen vor der Aufnahme geherrscht haben, streng ausgeschlossen. Hierüber ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen.

Dem Kinderwalderholungsheime anvertraute Kinder verbleiben in der Behandlung ihres Arztes (Hausarztes). Die Anstalt selbst wird von einem Arzte im Auftrage des Gesamtvorstandes ständig überwacht.

Als Kurmittel stehen außer entsprechender kräftiger Ernährung zur Verfügung: Wannenbäder, Solbäder (Bad Sulzaer Mutterlauge), Brausebäder, Luft- und Sonnenbäder, Freiluftliegekur und Atemübungen.

Für die Kosten einer etwaigen Erkrankung während des Aufenthaltes im Kinderwalderholungsheim kommt die Anstalt nicht auf.

Zur Aufnahme kommende Kinder müssen mit ausreichender sauberer und der Jahreszeit entsprechender Kleidung und Leibwäsche versehen sein. Liegestuhl, Liegesack und Decken liefert die Anstalt.

Besuche der Angehörigen in der Anstalt sind nur Sonntags und Mittwochs nachmittags zwischen $1\frac{1}{2}$ 4 und $1\frac{1}{2}$ 5 Uhr gestattet. Jedoch dürfen Personen, insbesondere Kinder, aus Familien und Häusern, in denen innerhalb der letzten 6 Wochen ansteckende Krankheiten — wie Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten — geherrscht haben, die Anstalt nicht besuchen. Bei besonderen Anlässen werden die Angehörigen sofort benachrichtigt. Das Mitbringen von Obst, Kuchen, Schokolade und dergl. unterliegt der Genehmigung der Vorsteherin.“

Die Bewahrung der Jugend vor Tuberkulose¹⁾.

Des Sommers Glutten sind dahin; auf welchen Blättern ist der Herbst ins Land gezogen, und Busch und Bäume neigen sich dem Winter zu. Vermag es Menschenkunst und Menschenwille, das welke Blatt am Zweige festzuhalten, vielleicht einen Tag oder eine Stunde nur? — Ein Windhauch wirbelt es davon

Just so erscheint dem, der nur oberflächlich die Arbeit der Tuberkulosebekämpfung betrachtet, all das Mühen und Sorgen um die Erhaltung des schwindsüchtigen Erwachsenen: ein oder zwei kurze Jahre nur, — ein Windhauch wirbelt ihn davon

Doch der Optimismus macht die Weltgeschichte. Wir würden den opfermutigen Kämpfern wider die furchtbarste Volkskrankheit, die Tuberkulose, bitter unrecht tun, wenn wir die Arbeit der medizinischen Forschung, der Beratungs- und Fürsorgestellten, der Heil- und Erholungsstätten verurteilen würden. Großes ist geleistet worden; der Feind ist erkannt, die Richtung gegeben und Schutzdamm um Schutzdamm erhebt sich. Aber unsere Arbeit wäre Sisyphusarbeit, würden wir uns nur um die welken Blätter kümmern, und gedächten wir nicht daran, die jungen Pflänzchen so zu ziehen, daß ihnen die Stürme des Lebens nichts anhaben können.

Die Jugend bewahren heißt: das Alter erhalten! Bewahren nicht in dem Sinne, ein Glashaus um das wachsende Geschlecht herumbauen; nein, auch für die Gesundheit gilt das Wort: Es bildet sich ein Charakter in dem Strom der Welt!

Unser deutsches Vaterland verliert alljährlich fast den vierten Teil aller Neugeborenen. Und trägt die Sommerhitze mit ihrem Gefolge an Nahrungsverderbnis und Überwärmung ein gut Teil zu der Todesnot der Säuglinge bei, — die sich

¹⁾ Rede zur Weihefeier des Kinderwalderholungsheims Chemnitz.

immer mehr und mehr vertiefende Tuberkuloseforschung hat nachgewiesen, daß gerade an allgemeiner Tuberkulose zehnmal mehr Säuglinge zugrunde gehen, als Schwindsüchtige im blühendsten Alter.

Wie kommt das? Der kleine Weltbürger schreit tüchtig: es ist ja seine einzige Arbeit und fast seine einzige Freude. Aber das kräftige Einatmen beim Schreien reißt geradezu die etwa in der Luft herumfliegenden Schwindsuchtskeime, jene kleinsten Staubpflänzchen, die Tuberkelbazillen, mächtig in die Lungen hinein: die Ansteckung ist erfolgt. In den Lungendrüsen wuchert das giftige Unkraut, um in den trostlosesten Fällen in die Blutbahn einzubrechen und so den ganzen Körper zu überschwemmen. In manchen Fällen bleiben die bösen Keime dauernd in den Drüsen haften: der junge Mensch bleibt trotz der Ansteckung gesund. Kräftiger Körperzustand und gesundheitliche Haltung helfen dazu. Weitere Kinder, und das sind wohl die meisten Fälle, haben von ihren Eltern her eine eigenartige Anlage von, wenn ich mich so ausdrücken darf, Saft- und Kraftlosigkeit geerbt, eine erhöhte Bereitschaft zu Erkrankungen. Trifft nun die Tuberkuloseansteckung ein solches Kind, so entsteht das nur zu bekannte Bild der Skrofulose mit seinen Hautausschlägen, Drüenschwellungen und Entzündungen, Augen- und Ohrenleiden und Krampfanfällen. Blutarmut und Bleichsucht, Engbrüstigkeit und rasche Ermüdbarkeit wachsen auf diesem Boden mit den Kindern heran, und treten neue gesundheitliche Gefährdungen, wie die der Entwicklungszeit, schwere Erkrankungen, wie Keuchhusten, Lungenentzündung, Influenza und ähnliche, vor allem falsche Berufswahl und schädliche Arbeit und endlich ungünstige Lebensverhältnisse hinzu, dann lodert der in der Tiefe schlummernde Brand von neuem auf: Die Lungenschwindsucht fordert ihr Opfer.

Die Wissenschaft ist in der Lage, die Anwesenheit von Tuberkulosekeimen im kindlichen Körper einwandfrei festzustellen. Nach diesen Forschungen hat bis zum 15. Lebensjahre die Hälfte und mehr aller Kinder solche Keime in sich aufgenommen, und Kinder aus Familien, wo Vater oder Mutter selbst an schwerer Lungentuberkulose leiden oder litten, sind fast ausnahmslos im zweiten oder spätestens dritten Lebensjahr angesteckt.

Angesteckt, aber Gott sei Dank nicht erkrankt! Die Welt wäre entvölkert, wäre Ansteckung und Erkrankung dasselbe. Aber der böse Keim ist in diesen Kindern darin und wartet auf eine ihm günstige Gelegenheit. Man nennt solche Kinder lungengefährdet.

Ein reichliches Drittel der Gesamtbevölkerung sind Kinder bis zum 15. Lebensjahre; die Aufgabe der Bewahrung unserer Jugend vor Tuberkulose tritt uns in ihrer ganzen Größe vor die Seele! 800000 bazillenverstreuende, schwerkranke Schwind-süchtige gibt es im deutschen Reiche; 800000 Lungenkranke, denen ziemlich 2 Millionen gefährdeter Kinder entsprechen.

Auch nur die Wahrscheinlichkeit, alle diese Kinder, wie es das zweckentsprechende wäre, aus der unmittelbaren Nachbarschaft ihrer kranken Angehörigen herauszubringen, muß verneint werden, ganz abgesehen von dem Leid, Kinder von ihren Eltern trennen zu müssen. Trotzdem wird und muß der Versuch gemacht werden: kleine Heime auf dem Lande, verständige Familien in Dorf und kleiner Stadt nehmen die gefährdeten Kinder auf und verdienen sich einen Gotteslohn um die bedrohte Jugend.

Das Wesentliche aber ist eine ununterbrochene Überwachung aller tuberkulosegefährdeten Kinder, die mit der Geburt beginnt, sie durch die Kleinkinderzeit geleitet und mit der Schul- und Fortbildungsschulzeit abschließt. Die Leitung dieser Überwachung wird der Arzt in seinen Händen haben: Mütterberatungs- und Fürsorgestelle, mit daran anschließender Kleinkinderhilfe, schulärztliche Überwachung und Elternberatung. Das sind so die Hilfsstationen auf dem Wege der Bewahrung, die in engster Fühlung mit der Tuberkulose-Auskunfts- und Fürsorgestelle ihr Werk treiben müssen, wenn anders sie mit Segen arbeiten wollen.

Überwachen heißt: Aufklärung über gesundheitliche Fragen, Licht und Luft in die Wohnungen bringen, die Großen wehren, daß sie nicht im Unverstande ihren Kindern schaden, die Kleinen lehren, daß Reinlichkeit aller Gesundheit Anfang ist, ärztliche Behandlung und Fürsorge vermitteln. Und bewahren heißt: Die Widerstandsfähigkeit des Körpers wecken, stählen und stärken und dadurch den Ausbruch der Erkrankung verhüten, Leib und Seele aus den grauen Mauern der Großstadt hinausführen in die freie Gottesnatur, — auch dieses

unser neues Heim dient solcher Bewahrung! Bewahren heißt endlich, den jungen werdenden Menschen in eine Arbeit, einen Beruf einführen, wo ihm des Lebens Früchte reifen können.

Viel ist getan, aber noch so manche Arbeit wartet der rüstigen Hände und gütigen Herzen! Wer könnte da besser überwachen, besser fürsorgen als die, denen Mutter Natur ein nimmer ermüdendes, immer sorgendes Herz mit auf den Weg gab? Unserer Frauen und Mädchen warten tausend junge Seelen. Tausend junge Menschenkinder harren der hilfreichen Hände, die sie zu Kraft und Gesundheit führen. Möchten recht viele unserer Frauen und Mädchen ihre freie Zeit mit diesem Werke der Jugendarbeit ausfüllen: die Bekämpfung der Tuberkulose ist eine Schule sozialer Einsicht sondergleichen!

Man hat gesagt — und selbstzufriedene Egoisten werden nicht müde, diese Worte zu wiederholen —, die Bewahrungs- und Fürsorgetätigkeit der modernen sozialen Hygiene erhalte zuviel lebensuntüchtige und wertlose Glieder der menschlichen Gesellschaft, die die vorwärts- und aufwärtsstrebende Kraft der Gesunden aufhalten und lähmen: „Laß sterben, was da sterben muß, nur der Lebende, der Gesunde hat Recht!“ Aber stimmt mit diesem Satze von der rasseverbessernden Kraft der Auslese, nach der doch die Tüchtigsten zurückbleiben müssten, die Erfahrung überein, daß das Gebiet höchster Säuglings- und Kindersterblichkeit auch die Gegend der größten Tuberkulosesterblichkeit und der geringsten Militärdiensttauglichkeit ist? Und was nützen die besten geistigen Anlagen, wenn sie durch die Ungunst der Umwelt verkümmern oder gar verborgen bleiben? Hat der brustschwache Schiller seinem Volke und der ganzen Welt nicht Unersetzliches gegeben?

So wollen wir denn nicht müde werden, an der Jugend, der Hoffnung und der Zukunft unseres Vaterlandes zu arbeiten, um so mehr, als ja der Zuwachs von Jahr zu Jahr immer geringer wird und uns das einzelne Kindesleben um so kostbarer!

Die Arbeit ist schwer und umfangreich: der Kindergarten hat sich zu einem Kinderwalde geweitet! Möge auch unser neues Heim im Walde, aus Kinderliebe geboren, mit Kinderliebe geweiht und in Kinderliebe geleitet, werden eine gesegnete Stätte zukunftsfroher Jugendarbeit!



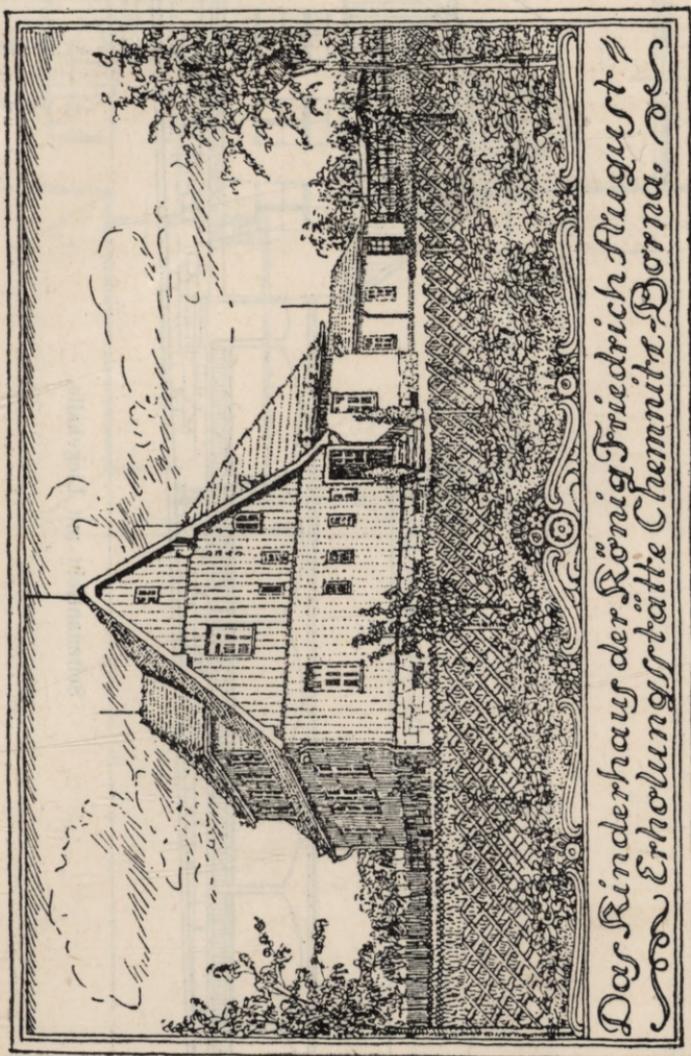
Die König Friedrich August-Erholungsstätte in Chemnitz-Borna und ihr Kinderhaus.

Mit seiner Walderholungsstätte, der König Friedrich August Erholungsstätte, errichtet 1906, verlegt und erweitert 1911, wurde ein neuer Typus — der sogenannte Chemnitzer Typus der Erholungsstätten — geschaffen, insofern, als in ihr im Gegensatz zu den bis dahin vorhandenen Erholungsstätten, in denen Lungenkranke gleichzeitig mit anderen Erholungsbedürftigen Aufnahme fanden, lediglich lungenkranke und tuberkuloseverdächtige Personen Aufnahme finden. Die Erholungsstätte war zunächst nur für Tages- und Sommeraufenthalt gedacht und nur mit 2 Abteilungen je für Männer und Frauen ausgestattet. Bald aber machte sich erforderlich, auch Kindern Aufenthalt zu gewähren. Sie wurden zunächst in der Frauenabteilung untergebracht.

Die Erholungsstätte liegt etwa 5 km von der Stadtmitte und etwa 4 km vom Rande des Häusermeeres entfernt, unterhalb der Eisenbahnhaltestelle Mittelwittgensdorf, die mit Chemnitz durch einen regen Vorortsverkehr zweier Eisenbahnlinien von einer Fahrzeit von 15 Minuten verbunden ist. Die Erholungsstätte enthält zunächst 3 Abteilungen, eine Männer-, eine Frauen- und eine Kinderabteilung. Sie ist für Tag- und Nacht-, Sommer- und Winterbetrieb eingerichtet und mit zweckentsprechenden Tages- und Schlafräumen, Desinfektionsräumen, guter Wasserversorgung und zweckentsprechender Kläranlage versehen.

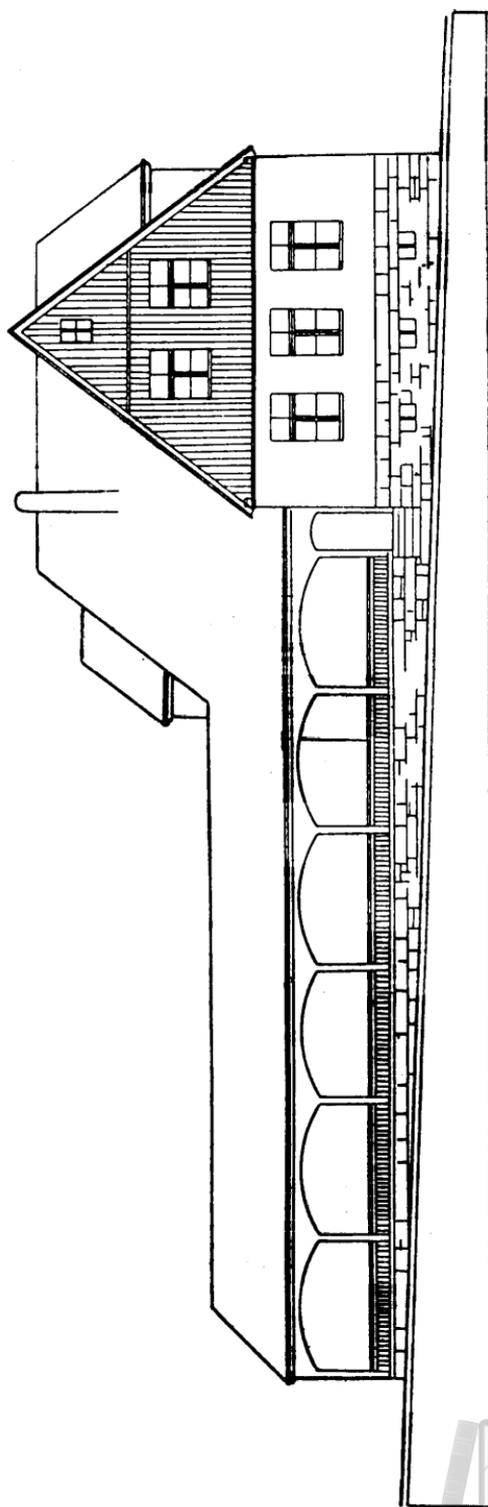
Für die Kinder war in der Hauptsache Tagesaufenthalt gedacht, dergestalt, daß die Kinder früh in die Anstalt fahren und abends heimkehrten. Für Nachtaufenthalt waren nur wenig Betten verfügbar. Eine Änderung trat im Jahre 1911 ein. Je mehr die Fürsorgestelle ihre Aufmerksamkeit dem Vorkommen von Tuberkulose unter Kindern zuwendete, um so dringender wurde auch das Bedürfnis für Vermehrung von

Unterkommensgelegenheiten für die Nacht. Hierzu kam, daß es zweckmäßig erschien, die in der Erholungsstätte unterzubringenden lungenkranken Kinder mit Bazillen im Auswurf von den übrigen lungenkranken Kindern auch in der Anstalt

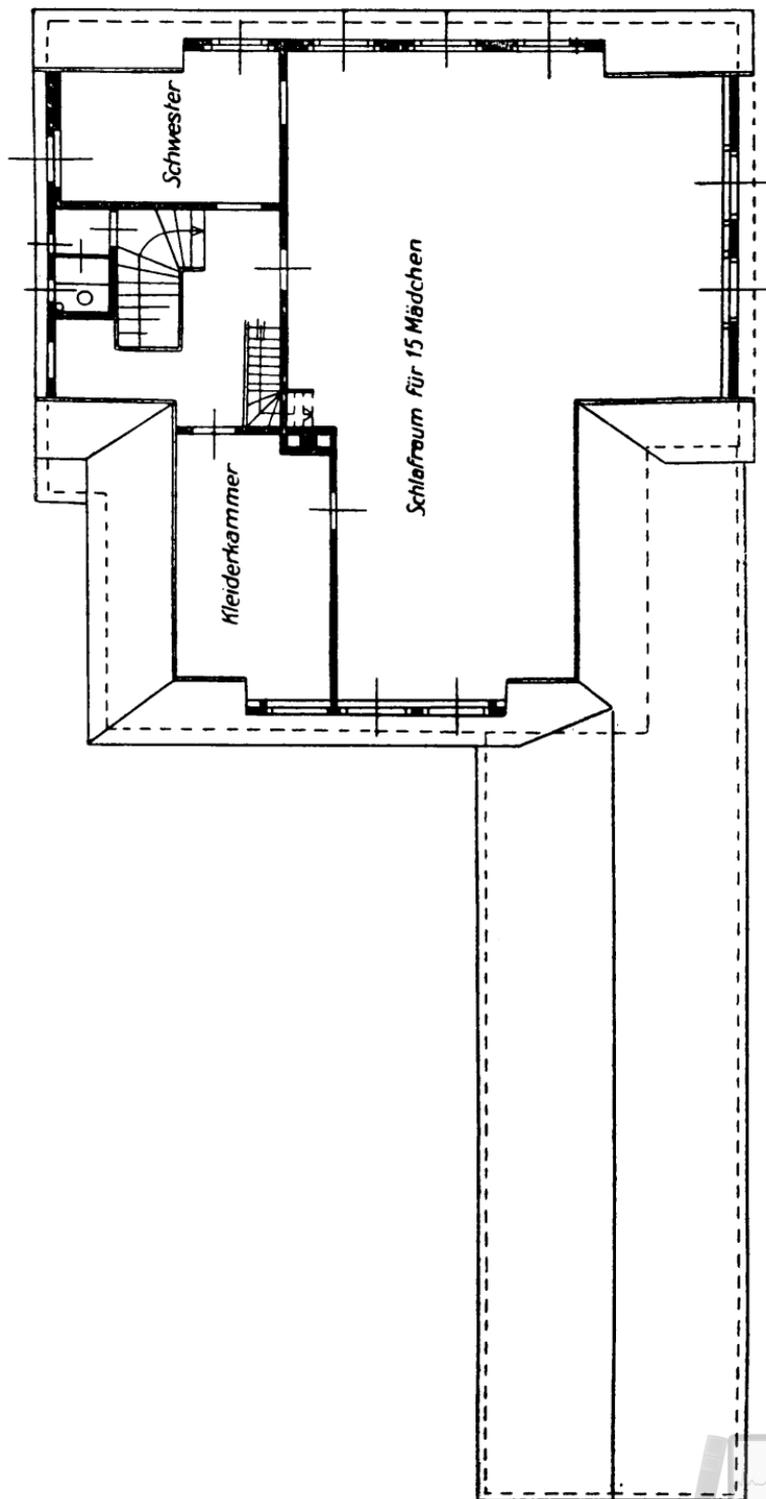


gesondert unterzubringen. Diesen Wünschen wurde durch die Errichtung eines besonderen Kinderhauses für 30 Kinder im Anschluß an die Erholungsstätte Rechnung getragen.

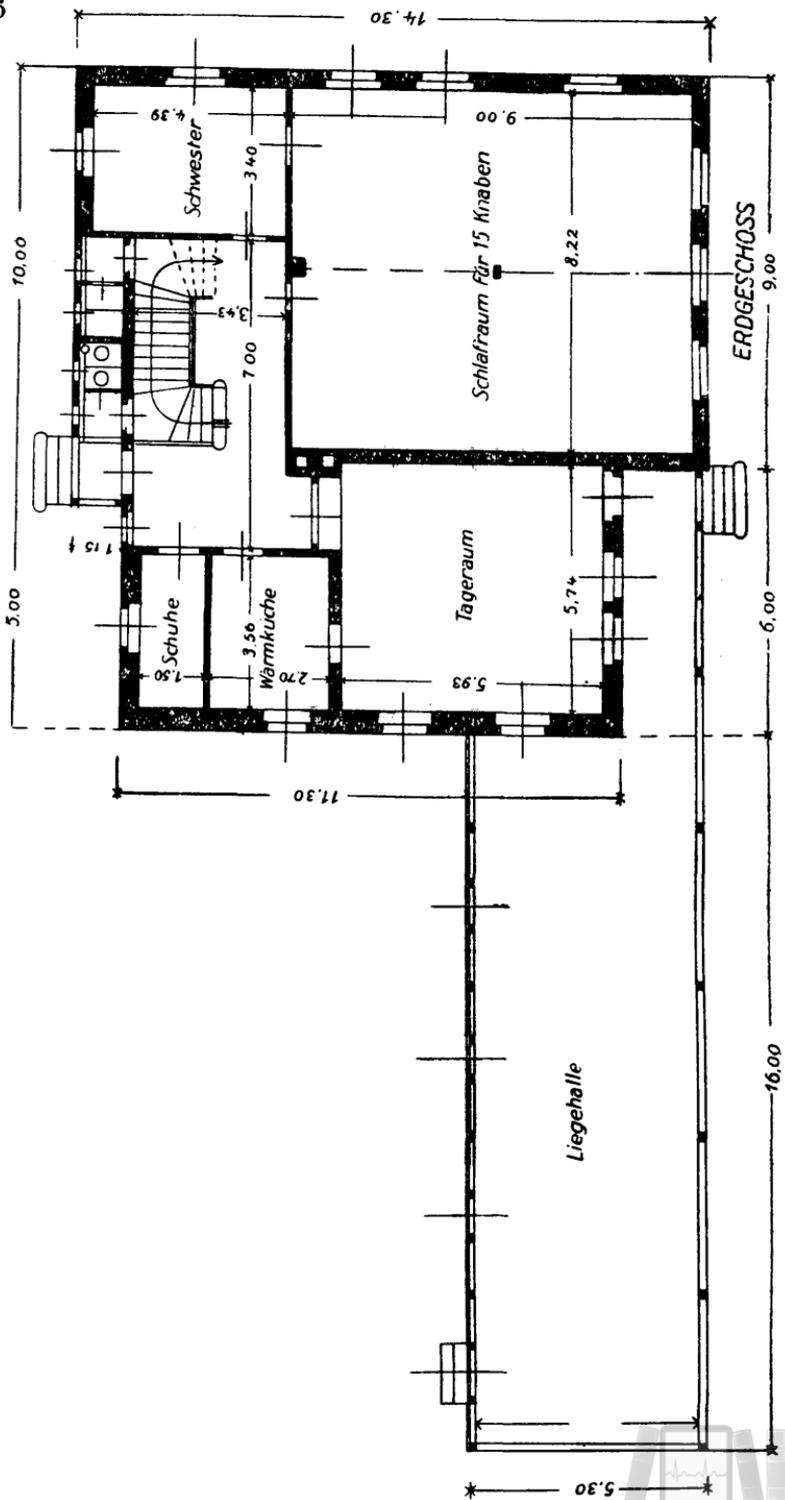
Das Gebäude, das in seiner Außengestaltung der Gesamtanlage angepaßt ist, besteht aus Keller-, Erd- und ausgebautem



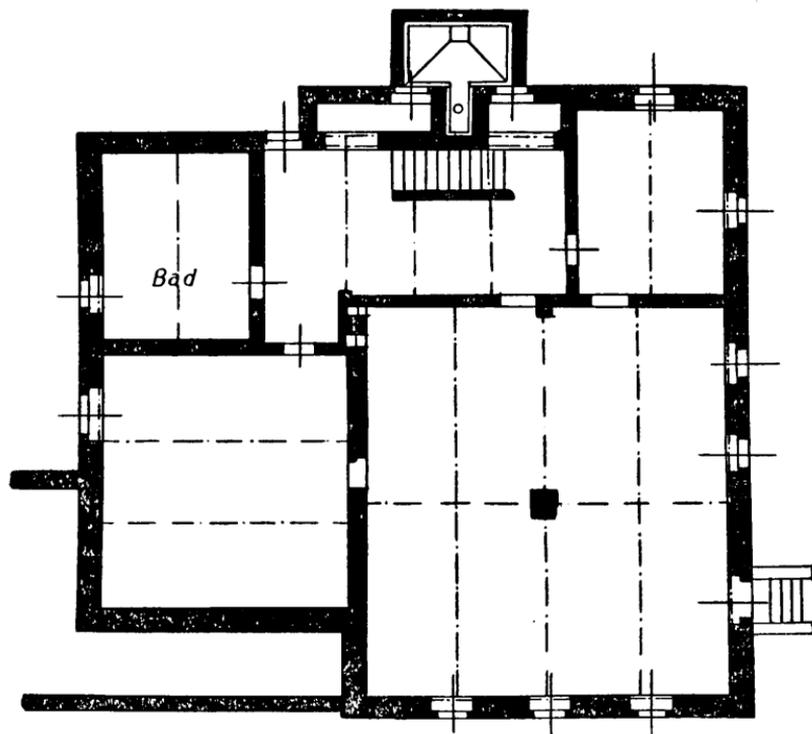
Seitenansicht mit Liegehalle.



Obergeschloß.



Dachgeschoß. Im Keller sind der Raum für die Heizkessel, eine Badeanlage mit 2 Wannen und 2 Brausen und einige Wirtschaftskeller untergebracht. Das Erdgeschoß enthält den Schlafraum für die Knaben, ein Zimmer für die Aufsicht, den Tagesraum für Knaben und Mädchen, eine Wärmeküche und einen Schuhraum. Im Dachgeschoß befinden sich der Schlafraum für die Mädchen, der durch eine Wand in zwei Teile zerlegt



Kellergeschoß.

werden kann, ein Zimmer für die Aufsicht und ein Schrankzimmer. Vorhanden ist je ein Abort für Knaben, Mädchen und das Personal.

Das Haus wird durch eine Warmwasserheizung erwärmt. Für die Bäder ist eine Warmwasserbereitungsanlage eingebaut; in der Wärmeküche und in den Schlafräumen sind Zapfstellen für warmes und kaltes Wasser angebracht.

Der Wärmeofen — Speisewärmer — ist für Sommer- und Winterfeuerung eingerichtet. Bad und Küche haben Fliesen-

belag an den Wänden. Die Fußböden der Wohn- und Schlafräume sind mit Linoleum belegt, während Flur, Bad, Küche und Schuhraum Plattenbelag haben. Die Liegehalle, die mit dem Tagesraum in unmittelbarer Verbindung steht, ist gedieilt.

Das Haus hat Kastenfenster, deren Oberflügel Stellvorrichtung zum Aufklappen besitzen. Zur Entlüftung der Schlafräume dient noch ein besonderer Luftschacht.

Alle Räume werden mit elektrischem Licht beleuchtet.

Bei der inneren Einrichtung sind alle Erfahrungen, die in der Hauptanlage gesammelt worden sind, verwertet.

Endlich ist für das Haus eine besondere Wasserversorgungsanlage hergestellt und ausreichende Blitzableitung angebracht.

Zur Aufnahme ist folgendes ärztliche Zeugnis erforderlich, das entsprechend auch für Kinder gilt:

Ärztliches Zeugnis

zur Aufnahme in die König Friedrich August-Erholungsstätte zu Chemnitz-Borna. (Eisenbahnhaltestelle u. Post Mittelwittgensdorf.)
Telephon 1190, Amt Chemnitz.

In der König Friedrich August-Erholungsstätte zu Chemnitz-Borna finden nur tuberkulöse und tuberkuloseverdächtige Personen — Männer, Frauen und Kinder — Aufnahme, die fieberfrei und gehfähig sind und sich noch in einem solchen Zustande befinden, daß Aussicht auf wesentliche Besserung besteht. Personen mit irgend welchen schweren komplizierenden Erkrankungen, Schwerkranke mit Fieber, Neigung zu Blutungen, heftigem Husten, anhaltenden Diarrhöen, Schwangere in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, Gewohnheitstrinker, Epileptiker, Geschlechtskranke sind von der Zuweisung auszuschließen.

1. Vor- und Zuname:
2. Alter:
3. Stand oder Beruf:
4. Wohnort und Straße:
5. Diagnose:
6. Besteht Auswurf?
7. Sind im Auswurf Bazillen enthalten?
8. Eignet sich der Kranke zur Aufnahme? (s. oben).
9. Temperaturen während der letzten 3 Tage (morgens, mittags, abends gemessen):
10. Sind gegenwärtig Komplikationen vorhanden?
11. Bedarf der Kranke ärztlicher Behandlung?
12. Bejahendenfalls, genügt ärztliche Behandlung außerhalb der Erholungsstätte in der Sprechstunde des Arztes?

13. Sind in der Familie und näheren Umgebung des Kranken während der letzten 6 Wochen ansteckende Krankheiten aufgetreten?

14. Sonstige Bemerkungen:

_____, den _____ 191

Unterschrift des Arztes:

Aus den Bestimmungen sei hervorgehoben:

„Die Aufnahme wird in der Regel nur solchen gewährt, die sich verpflichten, mindestens 30 Tage in der Erholungsstätte zu verbleiben.

Für schulpflichtige Kinder ist bei der Aufnahme nachzuweisen, daß die betreffende Schulleitung von der Unterbringung benachrichtigt ist.

Die Pfleglinge haben im Sommerhalbjahre früh zwischen 7 und 8 Uhr, im Winterhalbjahre zwischen 8 und 9 Uhr in der Erholungsstätte einzutreffen. Frauen, die früh durch ihre Familie in Anspruch genommen sind, und Kindern ist nachgelassen, auch im Sommer zwischen 8 und 9 Uhr zu erscheinen. Pfleglinge, die nach den festgesetzten Zeiten kommen, haben keinen Anspruch auf Aufnahme.

Die Pfleglinge müssen mit ausreichender, in sauberem Zustande befindlicher und der Jahreszeit entsprechender Kleidung und Leibwäsche, Nachtpfleglinge insbesondere auch mit einem lediglich für den Nachtgebrauch bestimmten Nachthemd versehen sein.

Das Mitbringen von Bequemlichkeitsstücken — wie weiche Kopfbedeckung, Ruhekkissen, Schlafrock, Hausschuhen — ist zulässig, das Mitbringen von Hängematten aber im eigenen Interesse der Pfleglinge nicht gestattet.

Die Pfleglinge, die zu Tag- und Nachtaufenthalt in der Erholungsstätte sind, erhalten ihr Handtuch von der Anstalt geliefert. Tagespfleglinge müssen ihr Handtuch selbst mitbringen.

Den Pfleglingen werden beim Eintritt ein Liegestuhl, die erforderlichen wollenen Decken, sowie ein Trinkbecher und ein Fieberthermometer zugewiesen. Bei ungünstiger Witterung werden nach dem Ermessen der Schwester Liegesäcke und Wärmflaschen ausgegeben. Decken und Liegesäcke dürfen nicht mit Lederschuhen, Pantoffeln und dergleichen benutzt werden; nachgelassen sind zum Schutze gegen Kälte saubere Filzschuhe.

Abends sind alle benutzten Gegenstände an den hierfür bestimmten Stellen ordnungsgemäß unterzubringen. Die übergebenen Gegenstände beim Abgange in ordentlichem Zustande zurückzugeben. Mutwillige oder fahrlässige Beschädigung verpflichtet zum Schadenersatz.

Die Pfleglinge dürfen nur die ihnen zugewiesenen Plätze mit den ihnen gehörigen oder übergebenen Sachen belegen und behängen.

Zum Einnehmen der Mahlzeiten, deren Beginn durch ein Glockenzeichen angezeigt wird, haben sich die Pfleglinge ohne Verzug im Speisesaal einzufinden und den ihnen angewiesenen Platz einzunehmen.

Die Liegezeiten vormittags von 10—12 Uhr, nach dem Mittagessen von $\frac{1}{2}2$ — $\frac{1}{2}4$ Uhr und nachmittags von $\frac{1}{2}5$ — $\frac{1}{2}6$ Uhr sind streng einzuhalten. Änderungen und insbesondere Verlängerung der Liegezeiten bleiben vorbehalten. Im Liegestuhl ist weder eine vorgebeugte noch eine Seitwärtshaltung, sondern stets eine Rückenlage einzunehmen. Schreiben, Brettspielen und Handarbeiten im Liegestuhl sind nicht zulässig; das Lesen ist nur dann gestattet, wenn das Buch so gehalten wird, daß keinerlei Anstrengung verursacht und vor allem die Brust nicht beengt wird. Bei der Liegekur dürfen die Frauen kein Korsett tragen; ebenso ist jedes sonst beengende Kleidungsstück zu meiden. Empfohlen wird überhaupt an Stelle des Korsetts ein bequem sitzendes, mit Achselbändern versehenes Leibchen zu tragen, an dem die Röcke nur hängen.

Nach dem Mittagessen hat bis $\frac{1}{2}4$ Uhr völlige Ruhe zu herrschen, damit die Schlafbedürftigen nicht gestört werden.

Die vorhandenen Bücher und Unterhaltungsspiele sind zur Benutzung der Pfleglinge bestimmt.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung von Krankheitskeimen ist auf die Unschädlichmachung des Auswurfs die peinlichste Sorgfalt zu verwenden. Es ist streng verboten, auf den Fußboden oder ins Taschentuch zu spucken. Die Pfleglinge müssen stets eine Taschenspuckflasche bei sich tragen und morgens bei der Meldung der Schwester vorzeigen. Nur in diese Spuckflasche ist auszuspucken. Die Spuckflaschen sind regelmäßig abends von den Pfleglingen in das dazu bestimmte Gestell in der Vorhalle einzusetzen und mit sauberen auszuwechseln.“

Anhang.

Merkblätter, Plakate und dergleichen.

Die Aufklärungsarbeit durch das gedruckte Wort wird in vielen Kreisen, namentlich solchen, die der Schule nahestehen, für geringwertig gehalten. „Papiere Pädagogik“ lautet das Schlagwort, obwohl man doch gerade an dem Riesen „erfolge“ der Schundliteratur ohne weiteres erkennen kann, welchen ungeheuren Einfluß das gedruckte Wort hat, wenn es mit der genügenden Beharrlichkeit und in der richtigen Form an das Publikum herangebracht wird. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Wirksamkeit von Merkblättern und Plakaten zu beurteilen. Aufklärung wollen diese in eindringlicher und nachhaltiger Form geben, und Aufklärung einmal der Eltern und dann auch unmittelbar der Kinder wird auch für die Bekämpfung der Tuberkulose von größtem Nutzen sein.

Der Direktor der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Königsberg WINTER, der sich die Bekämpfung der Krebskrankheit zur besonderen Aufgabe gestellt hat, sagt in der „Zeitschrift für Krebsforschung“ (1911) über die Aufklärung, die von verschiedenen Seiten als nutzlos oder nur das Publikum beunruhigend verurteilt wird: „Was die Aufklärung im einzelnen Falle für Segen stiften kann, brauche ich Ärzten nicht ins Gedächtnis zu rufen. Zwei Menschen geben die richtige Antwort: der, welcher sein Leben der rechtzeitigen Aufklärung verdankt und der, welcher seine liebsten Angehörigen nur aus Unkenntnis der Frühsymptome ins Grab sinken lassen muß. Und das wiederholt sich tausendfach im Jahre.“

WINTER empfiehlt nun dringend außer öffentlichen, belehrenden Vorträgen, Zeitungsnotizen auf Grund seiner Erfahrungen dringend das Merkblatt. Er kann aus seinen langjährigen Beobachtungen durch Zahlen belegen, wie groß der

Thiele, Tuberk. Kinder.

Einfluß der von ihm verteilten Merkblätter gewesen ist zum Besten der armen Kranken, zum Besten des Schutzes der Gesunden vor Erkrankung.

Der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) hat denn auch von Anfang seiner Tätigkeit an, auf die Schaffung von schlagkräftigen Merkblättern und ihre zielsichere Verbreitung das allergrößte Gewicht gelegt.

Er hielt es auch für richtig, sich an die Kinder unmittelbar zu wenden und hat dies einmal in einem von Künstlerhand (MARTHA SCHRAG-Chemnitz, Mitgl. d. Deutsch. Künstlerbundes) geschmückten, geradezu zum Lesen anlockenden plakatförmigen Kunstblatte:

„Guter Rat für Schulkinder“,

getan, das, für Kinderstuben, Schulzimmer usw., gedacht, die allereinfachsten Gesundheitsregeln in kurzen, kindertümlichen Sätzen eindringlich vor Augen führt. Er tat dies weiter durch ein Preisausschreiben, um über die Tuberkulose aufklärende Lesestücke für die Schullesebücher zu erhalten. Als Beispiel sei die schon in eine Reihe Schullesebücher übergegangene Erzählung:

„Einer Mutter Söhne“

mitgeteilt.

Guter Rat für Schulkinder.

Willst du groß und stark werden, mußt du immer gesund bleiben, die meisten Kinder werden krank, weil sie sich nicht sauber halten, denn der Schmutz macht krank und Reinlichkeit erhält gesund.

Früh vor der Schule: Wasche dir Gesicht, Hals und Hände! Putze die Nägel! Putze die Zähne und spüle den Mund aus! Jedes Kind muß eine Zahnbürste haben. Vergiß dein Taschentuch nicht!

Auf dem Schulwege: Gehe gerade. Kopf hoch und Brust heraus! Halte den Mund geschlossen, atme durch die Nase aus und ein! Spucke nicht auf die Straße! Tritt dir die Füße am Hauseingang ab!

In der Schule: Sitz gerade! Lecke nicht beim Umblättern im Rechen- oder Lesebuch an deinem Finger! Kauge nicht an deinem Federhalter! Stecke nicht deinen Finger, Bleistift oder Federhalter in Mund, Nase oder Ohren! Iß nicht vom Frühstück, Obst oder Zuckerzeug, wovon schon andere Kinder abgebissen haben, oder das schon jemand anderes im Munde gehabt hat! Stecke nicht anderen Kindern in den Mund, was du selber schon im Munde gehabt hast! Trinke nicht mit anderen Kindern zusammen aus

einem Becher oder Glase! Bringe dir einen Becher von Hause mit! Spucke nicht auf den Fußboden! Spucke in den Spucknapf! Spucke nicht auf die Tafel oder den Schwamm! Wenn du vom Abort kommst, wasche dir die Hände!



Guter Rat für Schulkinder!

Willst Du groß und stark werden, mußt Du immer gesund bleiben. denn der Schmutz macht krank und Reinlichkeit erhält gesund!

Früh vor der Schule:

Wasche Dir Gesicht, Hals und Hände! Putze die Nägel! Putze die Zähne und spüle den Mund aus! Jedes Kind muß eine Schüssel für Hände haben. Dergleichen Dein Taschentuch nicht!

Auf dem Schulwege:

Gehe gerade. Kopf hoch und Brust heraus! Halte den Mund geschlossen: atme durch die Nase aus und ein! Spucke nicht auf die Straße!

In der Schule:

Sich gerathe!
Leide nicht beim Händewaschen im Reden- oder Gelesen an Deinem Stuhl! Haare nicht an Deinen Federhefter! Stecke nicht Deinen oder Deines Schulmessenkes Bleistift oder Federhalter in den Mund!
Ist nicht vom Strittich, Obst oder Zuckererg, wozu schon andere Kinder abgeben haben, aber das schon jemand anderes im Munde gehabt hat! Stecke nicht anderes Kinders in den Mund, was Du selber schon im Munde gehabt hast!
Ertrinke nicht mit anderen Kindern zusammen aus einem Becher oder Glas! Feil Du in der Schule Durst, bringe Dir einen Becher von Hause mit!
Spucke nicht auf den Fußboden! Wenn Du ausspucken mußt, spucke in den Spucknapf! Spucke nicht auf die Erde oder den Schwamm!
Wenn Du vom Abort kommst, wasche Dir die Hände!

Zu Hause:

Wasche Dir die Hände vor jeder Mahlzeit!
Ist nicht zu heiß, nicht zu schnell, nicht zu kalt! Ist aber den Teller leer. Nach dem Essen putze Dir die Zähne und spüle den Mund aus!

Die meisten Kinder werden krank, weil sie sich nicht sauber halten. Darum dergleichen nicht, was Du jeden Tag tun sollst!

Draußen:

Wasche den Apfel oder schäle ihn Dir selber, ehe Du ihn essen willst. Laß Dich nicht von fremden Leuten oder anderen Kindern auf den Mund küssen und küsse nicht fremde Leute oder andere Kinder auf den Mund!
Daher nicht mit dem Stängel im Mund oder in der Nase herum!
Stecke niemals Geld in den Mund! Stecke auch niemals Spielzeug von anderen Kindern, wie Trompete, Pflöcke, Mundharmonika in Deinen Mund!
Spucke nicht auf die Erde! Wenn Du husten oder niesen mußt, halte Dein Taschentuch vor den Mund! Wenn Du ausspucken mußt, spucke in den Spucknapf, wo er in die Erde geht! (Geld!)!

Abends vor dem Schlafengehen:

Wasche Dir Gesicht, Hals, Brust, Rücken und Hände!
Ist die Wunde mindestens einmal mußt Du haben und den ganzen Körper richtig abwaschen!

In dem Ferien:

Für die Reinlichkeit und die Gesundheitspflege gibt es keine Ferien! Geh fleißig insipieren! Kerne säubern!
Spiele keine mit möglich im Freien!
Spiele aber nicht mit Kindern, die immer halbes oder ausspucken.
Über Ferienunterbrechungen gibt Dir Dein Lehrer genaue Auskunft.
Ertrinke niemals hier oder Dats oder Schwanz, auch nicht aus Spuck ober aus zum Koffen! Solche Getränke sind wie Gift für alle Kinder!
So halte Dich jeden Tag, Sommer und Winter, und Du wirst gesund bleiben und groß und stark werden vor Freude Deiner Eltern!

Dr. Adolf Kraus.



Kleiner Wiedergabe.

Spucken des Kindes und Schließung der Schüssel in einem und Spucken. (S. 2.) Gießtische in einem, Spucken. 24. Feinere 210.

Spucken des Kindes und Schließung der Schüssel in einem und Spucken. (S. 2.) Gießtische in einem, Spucken. 24. Feinere 210.

Verkleinerte Wiedergabe.

Zu Hause: Wasche dir die Hände vor jeder Mahlzeit! Ist nicht zu heiß, nicht zu kalt, nicht zu schnell! Ist aber den Teller leer. Nach dem Essen putze dir die Zähne und spüle den Mund aus!

Draußen: Wasche den Apfel oder schäle ihn, ehe du ihn essen willst.

Laß dich nicht von fremden Leuten oder anderen Kindern auf den Mund küssen und küsse nicht fremde Leute oder andere Kinder auf den Mund! Stecke niemals Geld in den Mund! Stecke auch niemals Spielzeug von anderen Kindern, wie Trompete, Pfeife, Mundharmonika in deinen Mund! Spucke nicht auf die Erde! Wenn du husten oder niesen muß, halte dein Taschentuch vor den Mund! Wenn du ausspucken muß, spucke in den Rinnstein, wo er in die Erde geht! (Gosse!)

Abends vor dem Schlafengehen: Wasche dir Gesicht, Hals, Brust, Rücken und Hände! Jede Woche mindestens einmal muß du baden und den ganzen Körper tüchtig abseifen.

In den Ferien: Für die Reinlichkeit und die Gesundheitspflege gibt es keine Ferien! Geh fleißig spazieren! Lerne schwimmen! Spiele soviel wie möglich im Freien! Spiele aber nicht mit Kindern, die nicht ebenso sauber sind wie du! Spiele auch nicht mit Kindern, die immer husten oder ausspucken. Über Ferienwanderungen gibt dir dein Lehrer gern Auskunft. Trinke niemals Bier oder Wein oder Schnaps, auch nicht aus Spaß oder nur zum Kosten! Solche Getränke sind wie Gift für alle Kinder!

So halte dich jeden Tag, Sommer und Winter, und du wirst gesund bleiben und groß und stark werden zur Freude deiner Eltern!

(Eigentum des Vereins. Nachdruck verboten.)

Einer Mutter Söhne.

„Und ich muß den ganzen Tag arbeiten!“ Mit diesen Worten warf Walter Müller Messer und Gabel auf den Tisch, schob den halbgeleerten Teller von sich fort und stand auf. „Aber Walter!“ suchte die Mutter ihren Sohn, einen hochaufgeschossenen jungen Menschen von etwa 18 Jahren, zu beruhigen. Dieser war ans Fenster getreten und schaute mit finsterem Gesicht in die Dämmerung hinaus, dann drehte er sich um und sagte gereizt: „Natürlich, mein lieber Bruder ist ja dein ganz besonderer Liebling. Ich sollte nur einmal so lange zu Hause bleiben wie er und nichts tun wie Luft schnappen und immer wieder nur Luft schnappen und alle Sonnabende die paar Pfennige Krankengeld mitbringen. Paul, der Goldsohn, kann sich das leisten, und du sitzt bis in die Nacht hinein und nähst und nähst, nur damit noch ein paar Groschen zusammenkommen!“ „Aber Walter, du weißt doch, daß Paul die schwere Lungenentzündung durchgemacht hat, und dann, daß das Brustfell gelitten hatte, und der Herr Doktor —“ „Der Herr Doktor,“ unterbrach sie Walter, „hat Angst, weil unser Vater an Lungenschwindsucht gestorben ist.“ „Und eure Großmutter auch, und du wirst wissen —“, wollte Frau Müller fortfahren. Aber Walter unterbrach sie wieder: „Ich weiß, daß der Vater die Hälfte seines Lohnes, wenn das langt, in den Schenken und Branntweinfläden gelassen hat.“ Frau Müller wandte sich tief aufatmend ab. Und höhnisch kam es von Walters Lippen: „Es scheint bald, als ob dein Paul vom Vater die Schwindsucht geerbt hat und ich — das Trinken!“

Frau Müller wollte etwas erwidern, aber ihre Stimme erstickte in Tränen. Walter nahm seinen Hut von der Wand und wandte sich zur

Türe. „Du willst fort?“ fragte weinend die Mutter. „Mir ist die Krankenstubenluft bei euch zuwider!“ „Walter, versündige dich nicht! Du hast bittere Worte von unserem Vater gesprochen. Und wenn's auch, Gott sei's geklagt, die Wahrheit war: er wußte nicht, was er tat. Ohne Eltern war er aufgewachsen. Niemand hatte ihm gesagt, welcher Fluch im Branntwein steckt. Und als ich ihn kennen lernte und wir uns heirateten, da dachte ich nicht an die vielen Tränen, die ich dann um eures Vaters unselige Leidenschaft weinen sollte. Sein Körper war vor der Zeit gebrochen, und die Verzehrung kam und knickte ihn wie einen welken Halm. Auf euch beide habe ich nun alle meine Hoffnung gesetzt, und jetzt seid ihr groß und könnt verdienen, und da —“ Vor Tränen konnte die arme abgehärmte Frau nicht weitersprechen; erschöpft setzte sie sich an dem Tisch auf dem Platze nieder, wo ihr Sohn gesessen.

Dieser zuckte verlegen mit den Achseln und brannte sich eine Zigarette an. Und während er das Streichholz verlöschen ließ, sagte er: „Arbeite ich nicht etwa genug? Wer tagsüber schwer arbeitet, muß abends sein Vergnügen haben!“ „Ich gönne dir's ja. Aber denke an deine Gesundheit, denke an deinen Vater!“ „Ach was! Ich bin stark und kräftig. Was tut mir so ein Glas Bier? Hier, sieh mal diese Muskeln!“ Damit streifte er die Ärmel in die Höhe. „Sehe ich aus, als ob mein Vater an der Schwindsucht gestorben ist? Der Doktor kann viel reden. Ich pfeife auf solche Erbschaften!“ Mit einem häßlichlauten, höhnischen Lachen wollte er, ohne sich weiter um die Mutter zu kümmern, auf die Türe zugehen, als diese von außen geöffnet wurde. Paul, der nur um ein Jahr jüngere Bruder Walters, ebenso schlank gewachsen wie er und an Größe ihn noch ein wenig überragend, trat ein.

„Nanu, was war denn?“ fragte Paul, und seine blassen Wangen färbten sich rot, und die Augen leuchteten, „man hört ja deine Stimme bis auf die Straße?“ „Na, ist's nicht so: nichts hat uns unser Vater vererbt?“ versetzte Walter lachend. „Da kannst du recht haben!“ sagte Paul und wandte sich dann besorgt zu seiner Mutter: „Du hast geweint, Muttchen?“ Diese stand auf und versuchte zu lächeln: „Nicht doch, Paul. Ich meinte nur zu Walter, er solle sich etwas mehr um seine Gesundheit kümmern, wo doch unser Vater so zeitig hat hinweg müssen.“ „Ja, ja, Muttchen, davon sprach der Herr Doktor draußen in der Walderholungsstätte heute auch. Und, denkt euch nur, um ganz sicher zu gehen, hat er für mich bei der Landesversicherungsanstalt den Antrag gestellt, daß ich noch ein ganzes Vierteljahr ins Gebirge in eine Lungenheilstätte soll.“ „Was?“ riefen fast gleichzeitig die Mutter und Walter aus, „in eine Lungenheilstätte?“ Und Walter fuhr fort: „Und noch ein ganzes Vierteljahr keine Arbeit und keinen Pfennig Lohn?“ Aber die Augen der Mutter füllten sich wieder mit Tränen: „Paul, um Himmelswillen, so schlimm ist es? Was hat der Herr Doktor gesagt?“

„Aber ganz einfach,“ erwiderte Paul unbefangen, „wir Müllers sind nun einmal ganz besonders empfänglich für Tuberkulose. Seht, diese kleinen Pilzchen — denkt euch, in dem tausendsten Teil eines Stecknadelköpfchens haben viele Millionen Tuberkelbazillen bequem Platz! — sind eigensinnige Kerle. Wo ein Lungenkranker haust, da kommen sie immerzu mit dem

Auswurf in hellen Haufen an das Tageslicht und können dann im Staube der Dielen und der Wände lange Wochen leben, bis sie einmal zufällig vom Luftzug oder vom Kehrbesen oder vom Staubtuch emporgewirbelt von Kindern, die am Fußboden herumspielen, oder auch von großen Leuten eingeatmet werden. Aber, Gott sei Dank, die Tuberkelbazillen sind Pflanzen, und nicht jede Pflanze wächst auf jedem Boden! Die Menschen sind ja, jeder von jedem, verschieden. Sonst würde bald die ganze arme Menschheit von dieser unheimlichen Gesellschaft krankmachender Bazillen überwuchert sein. Aber es gibt doch Menschen, bei denen diese verwünschte Bazillengesellschaft besonders leicht haften bleibt. Und dazu, Mutter, gehören wir. Der Herr Doktor meint, wir Müllers hätten von unseren Eltern und Voreltern eine besondere Empfänglichkeit für Tuberkulose geerbt. Und da er nun bei mir nach der schweren Krankheit in der linken Lungenspitze hier oben so ein verdächtiges Atemgeräusch gehört hat, und da der Husten nicht aufhörte, ich des Nachts so sehr schwitzte, und immer mehr abnahm, da hat er mich in die Walderholungsstätte geschickt und möchte mich nun noch in die Lungenheilanstalt haben. Na, ich hab ja hier bei uns im Wald schon ein paar Pfund zugenommen, da sollt ihr mal sehen, wie dick und rund ich von dort wiederkomme!“

Lachend schloß damit Paul seine lange Rede, während der er ein wenig kurzatmig geworden war. „Gott gebe, daß der Herr Doktor recht hat: Die Gesundheit ist doch die Hauptsache!“ sagte tief aufatmend Frau Müller. „Die Arbeit ist die Hauptsache und das Geldverdienen, Paul, sag das deinem Doktor!“ meinte Walter. „Nicht wahr, Mutchen,“ sagte Paul darauf, „wenn ich wieder gesund bin, arbeite ich für zweie, für dich und mich!“ „Du guter Junge! Aber willst du noch etwas zu essen haben?“ fragte die Mutter besorgt. „Nein, ich danke, aber tut mir den einzigen Gefallen und laßt mich die Fenster aufmachen. Der Tabaksqualm hier drinnen und draußen die wunderschöne Abendluft!“ Mit diesen Worten ging Paul ans Fenster und machte beide Flügel weit auf. „Die Abendluft wird dir doch nichts schaden?“ „Mutter, frische Luft ist die beste Medizin zu jeder Zeit. Draußen in der Walderholungsstätte sind wir auch immer in der frischen Luft, und ist es mal kühl, wickeln wir uns in warme Decken ein. Na, es sind ja ein paar arme Lazarusse draußen, denen das nicht gefällt. Bei denen sitzt die Krankheit schon zu tief.“ „Und die machen auch andere erst recht krank!“ warf Walter ein. „I, bewahre, das ruhige Ein- und Ausatmen steckt beileibe nicht an. Nur das Aussprudeln beim Sprechen und das Anhusten und der Auswurf ist gefährlich. Und jeder, der Husten und Auswurf hat, hat sein Taschentuch, das er vor den Mund hält und ein Fläschchen, in das er hineinspuckt. Da fangen wir die Bazillen. Und da kann nichts passieren! Bei uns herrscht Ordnung. Weißt du,“ fuhr er erregter fort, „ich habe oft meine helle Wut unterwegs in der Straßenbahn, auf der Straße, wenn ich sehe, wie viele Menschen, die äußerlich ganz gebildet und anständig aussehen, einfach ausspucken, wohin es gerade ist. Das ist nicht nur ungebildet und häßlich, nein, geradezu gemein und gemeingefährlich! Solche Leute verdienten —“ ein tüchtiger Hustenanfall unterbrach hier Pauls Worte. „Das kommt davon!“ spottete Walter, „wer wird sich über andere Leute so aufregen!“ Paul ließ sich

von der Mutter eine Tasse warmen Tee geben, in die sie einige Beruhigungstropfen getan, und ging in die Schlafstube. Walter wandte sich wieder zur Tür, „Adieu, Mutter!“ „Willst du wirklich fort?“ „Frische Luft ist die Hauptsache! hat ja dein Paul gesagt, und der muß es ja wissen!“ Mit diesen Worten verließ Walter die Stube.

Wenige Wochen später saß an einem Sonntag nachmittag Frau Müller am Fenster und las in einem Briefe. Sie wohnte jetzt weit draußen in der Vorstadt, wo die Straßen lichter werden und die Lerchen über den Häusern singen.

„Liebe Mutter, ich freue mich herzlich, daß ich Euch gute Nachricht von mir geben kann. Ich habe in der zweiten Woche, die ich hier in der Heilstätte bin, schon drei Pfund zugenommen. Der Arzt sagt, das sei ein gutes Zeichen, und ist zufrieden. Es gefällt mir aber auch sehr, gut hier, und ich hoffe, in dem Vierteljahr, das ich hier bleiben muß, ganz gesund zu werden. Vormittags und nachmittags ist „Liegekur“. Wir liegen dann mehrere Stunden lang in bequemen Stühlen wie in der Walderholungsstätte mitten im Wald und haben wirklich nichts anderes zu tun, als ordentlich Atem zu holen. Ich schlafe wohl dann und wann ein Weilchen, aber meistens sehe ich den kleinen Vögeln zu, die in den Tannen herumflattern und lustig piepend nach Raupen und anderem Ungeziefer suchen. Und manchmal geht wohl auch ein sanftes Rauschen durch die Wipfelzweige, wie von weit her, und ich sehe, wie die Wolken hoch droben vorüberziehen. Und dann wird mir, als ob ich selbst davongetragen würde, weit hinaus in die Welt. Das ist mein schönstes Vergnügen. Das Essen ist auch reichlich und gut. Und so litte ich denn keine Not, wie Du Dir das erst so traurig vorgestellt hast, wenn — es muß doch immer ein Wenn dabei sein! — wenn Du mir nicht von Walter so mancherlei Unangenehmes geschrieben hättest, das mir ebenso wie Dir große Sorge macht. Rede ihm nur ja zu, daß er sich mal vom Arzte untersuchen läßt. Das kann man nicht früh genug tun. Du schreibst, er hüstele viel. Gerade als Eisengießer sollte er seine freie Zeit dazu benutzen, viel an die frische Luft zu gehen, und nicht bei Tabak und Bier bis in die Nacht hinein Karte spielen. Da bin ich nur froh, daß Ihr jetzt eine so schöne, luftige und sonnige Wohnung habt, wenn sie auch etwas teurer ist als unsere alte. Die Tuberkulose ist, so sagt unser Arzt hier, eine Krankheit der engen, dunklen, kalten und feuchten Wohnungen. Wieviel schlechte Wohnungen muß es da geben, wenn es in Deutschland ungefähr eine Million tuberkulös Kranker gibt, von denen jährlich über hunderttausend sterben! Doch nun muß ich schließen, da wir noch eine kalte Abreibung vor dem Schlafengehen bekommen. Solltest Du Schwester Elisabeth von der Walderholungsstätte sehen, grüße sie recht schön von mir. Auch an Dich und Walter viele herzliche Grüße von Eurem treuen Sohn und Bruder Paul.“

Der Wecker schnarrte sein eintönig Lied. Frau Müller, aus dem Schlaf gescheucht, sah nach der Uhr. Es war schon tageshell in der Kammer. Fünf Uhr vorbei. Rasch stand sie auf und ging durch die Stube zur Kammer hinüber, um ihren Sohn zu wecken. Da fiel ihr ein, daß heute Sonntag war. Leise wollte sie in ihre Kammer zurück. Sie stutzte. Das Abendbrot von gestern auf dem Tische war unberührt. Walters Hut hing nicht

an seinem gewohnten Platze. Frau Müller erschrak. Sollte er gar nicht nach Hause gekommen sein? Vorsichtig schritt sie wieder an die Kammertür und öffnete sie leise. Das Bett war leer. Ein jäher Schauer überlief die geängstigte Mutter. Klopfte es da nicht an die Stubentür? Frau Müller wagte nicht zu antworten. Wahrhaftig, es klopfte wieder. „Herein!“ kam es schwach von den Lippen der zitternden Frau. Sie schob den Riegel zurück. Die Tür wurde von außen geöffnet. Ein Schutzmann stand davor. „Frau Müller?“ „Ja!“ „Ihr Sohn hat diese Nacht Unglück gehabt!“ „Um des Himmels willen, was ist denn geschehen?“ „Sorgen Sie sich nicht, gute Frau, er ist in guter Pflege!“ „Wo ist er denn?“ „Er ist im Stadtkrankenhaus!“ Frau Müller trat ins Zimmer zurück und setzte sich tief aufatmend an den Tisch. Der Schutzmann erzählte dann, daß Walter gegen zwei Uhr früh in eine Bierstube der inneren Stadt gekommen sei. Dort habe er, anscheinend schon im Rausch, sich seiner Körperkräfte gerühmt. Er hätte dann einen schweren Tisch mit gestreckten Armen hoch gehoben. Plötzlich sei er umgefallen, ein Strom schaumigen Blutes sei aus seinem Mund gequollen. Man hätte einen Arzt geholt. Dieser habe wegen des Blutsturzes die sofortige Überführung ins Krankenhaus angeordnet. Heute früh wäre von der Polizeiwache durch den Fernsprecher angefragt worden, wie es dem Kranken gehe. Es gehe ihm wieder leidlich gut, der Arzt aber wolle sobald als möglich die Mutter des Kranken sprechen.

Kaum hatte es acht Uhr geschlagen, als Frau Müller im Krankenhaus vorsprach. Ihren Sohn konnte sie nicht sehen. Es sollte jede Erregung von ihm abgehalten werden. Der Arzt beruhigte die aufgeregte Frau und fragte nach dem früheren Gesundheitszustande Walters und nach dem der Müllerschen Familie überhaupt. Sein Gesicht wurde ernst und ernster, je mehr Frau Müller von den Leiden ihres Mannes und ihres zweiten Sohnes erzählte und je mehr sie sich über den Lebenswandel des Kranken beklagte. „Trotz alledem, Kopf oben, Frau Müller. Aber eines müssen Sie mir versprechen, schreiben Sie ihrem anderen Sohn nichts von der Krankheit seines Bruders! Nicht wahr, Sie verstehen mich? Kein Sterbenswörtchen! Sollte es nötig sein, lassen Sie's mich für Sie tun. Ich kann mich darauf verlassen? Nun Gott befohlen, Frau Müller! Hoffen wir das beste!“

Nach einigen Tagen durfte Frau Müller ihren Sohn im Krankenhaus besuchen. Mit fliegendem Atem und wachsbleichem Gesicht, von dem sich die hochrot fleckig erglühenden Wangen abhoben, lag Walter matt und schwach im Bett. Seine Hände griffen wie suchend auf der Bettdecke umher. Unverständliche Worte murmelte er heiser vor sich hin. Er lag in hohem Fieber. Die Mutter konnte nur weinen. Mitleidig führte sie die Krankenschwester aus dem Zimmer.

Wieder kam von Paul ein Brief. Fast jubelnd klang es aus dem Schreiben heraus, daß der Heilstättenarzt seine sichere Heilung in nahe Aussicht gestellt hätte. „Dann bin ich wieder bei Euch und kann arbeiten, wie ein ganz gesunder Mensch. Freilich mit der Eisengießerei wird es wohl vorbei sein. Es wäre für uns wohl besser gewesen, wenn wir nicht einen Beruf gewählt hätten, der mit viel Staub verbunden ist. Wer auf der Brust nicht taktfest ist, der soll nicht Schleifer und Feilenhauer und Weber und Müller und Bäcker werden, auch nicht Eisengießer.“

Die Eltern sollten sich bei ihren Jungen, wenn sie aus der Schule kommen, nicht nach dem Geldverdienen, sondern nach dem Doktor richten, sagt uns hier der Herr Doktor alle Tage. Mache Dir nur keine Sorgen, Muttchen, ich finde schon wieder etwas. Und nun kümmere Dich auch nicht mehr um die bösen Tuberkelbazillen. Auch was Du schreibst wegen eines Blutsturzes, das hat jetzt für uns alles nichts mehr zu besagen. Natürlich ist das eine sehr bedenkliche Geschichte, meist das erste äußere Zeichen beginnender Tuberkulose, das viele unachtsame Leute erst darauf bringt, an eine Erkrankung zu denken, oft aber auch das traurige Ende schwerer Leidenszeit. Gott sei Dank, daß wir die ersten Anzeichen meiner Krankheit rechtzeitig beachtet haben! Wenn das alle Menschen täten, würden unsere Heilstätten noch viel mehr Segen stiften, als sie jetzt schon tun können. (Denke nur, bald gegen hundert Volksheilstätten mit über neuntausend Betten sind in Deutschland im Betriebe.) Aber nur der kann hier geheilt werden, der in der allerersten Zeit seiner frühzeitig erkannten Lungenerkrankung herkommt. Warum läßt Walter nicht einmal ein Sterbenswörtchen von sich hören? Neulich habe ich ihm eine Ansichtskarte geschrieben. Ich bin ihm recht böse, daß er sich nicht dafür bedankt. Ich freue mich aber, daß Du mir nichts mehr von seiner Trink- und Spiel Leidenschaft zu schreiben brauchst, wie in der ersten Zeit, wo ich hier war. Ich schließe daraus, daß er ein anderer geworden ist, und Du hast es auch besser. Laß mich nur erst wieder zu Hause sein. Also in vierzehn Tagen auf frohes und gesundes Wiedersehen allseits! Dein treuer Sohn Paul.“

Drei Tage vor Ablauf seines Kuraufenthaltes in der Heilstätte bekam Paul einen Brief vom Arzt des Krankenhauses, in dem Walter lag. Paul war tief erschüttert, als er von der plötzlichen Erkrankung seines Bruders las, und wie unaufhaltsam sich das Geschick des armen Kranken vollendete. Und die Mutter hatte ihm nichts geschrieben. Er erbat und erhielt die vorzeitige Entlassung aus der Heilstätte und fuhr bekümmerten Herzens nach Hause.

Zu langsam fuhr ihm der Zug, zu langsam die Straßenbahn. Und nun ging es die Treppen in die Höhe. Laut klopfte sein Herz, als er vor der Tür zur Wohnstube der Mutter stand. Eine unerklärliche Bangigkeit überfiel ihn. Leise drückte er die Klinke herunter. Die Tür war nicht verschlossen. Lautlos trat Paul ein. Da saß seine Mutter am Tisch mit dem Rücken nach der Tür zu, einen Briefbogen vor sich. „Mutter!“ kam es fast klanglos von seinen Lippen. Langsam wie im Traume wandte Frau Müller sich um. Dann öffneten sich ihre Augen weit, ein freudiger Schreck durchzuckte die abgehärmte Gestalt. Sie sprang auf: „Paul, mein Paul!“ Und die Mutter lag weinend und lachend in den Armen des Sohnes. „Junge, mein Junge, so stark und so groß! Ich denke, erst übermorgen ist deine Zeit herum?“ „Ich komme eher —“ „Und gesund?“ „Kerngesund Muttchen. Und Walter?“ Fester faßte die Mutter ihren Sohn an beiden Schultern: „Paul, bist du auch ganz gesund und kräftig und —“ Tränen erstickten ihre Stimme. „Ja, Mutter, Gott sei Dank, ich bin geheilt.“ Und flüsternd kam es von der Mutter Lippen: „Geheilt? Es gibt also Heilung für das allergrößte Übel!“ „Ja! Mutter, ja!“ „Der Vernünftige wird

geheilt, mein guter Junge, das sehe ich jetzt ein, der Unvernünftige muß zugrunde gehen. Herrgott, ich danke dir für diese Lehre. Und übermorgen, Paul, wollen wir deinem Bruder, meinem ältesten Sohne, das letzte Geleit geben.“

Merkblatt: Schutz vor Schwindsucht¹⁾.

Eine der verheerendsten Krankheiten ist die Schwindsucht. Ein Siebentel aller Menschen erliegt ihr. Sie entsteht durch einen winzig kleinen, nur bei starker Vergrößerung sichtbaren Krankheitskeim, den Tuberkelbazillus. Sie ist ansteckend, d. h. sie kann von einem Menschen zum andern übertragen werden.

Nicht die ausgeatmete Luft ist gefährlich; die Ansteckung findet meist durch den Auswurf statt, insbesondere dadurch, daß der Auswurf von Brustkranken auf den Fußboden oder ins Taschentuch gespuckt wird, hier trocknet und verstäubt, und einige der zahlreich darin enthaltenen Krankheitskeime von Gesunden eingeatmet werden.

Die ersten Anzeichen der Lungenschwindsucht sind: andauernder Husten, Auswurf, Abmagerung, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Bruststechen, Fiebergefühl (Frösteln, Hitze), Nachtschweiß, Kurzatmigkeit, Blutarmut. Ein fast sicheres Zeichen von Schwindsucht ist Bluthusten.

Kein Mensch ist vor Erkrankung an Tuberkulose sicher. Besonders häufig erkranken Nachkommen Schwindsüchtiger, dann diejenigen, die in enge Berührung mit Schwindsüchtigen kommen, schließlich die in staubigen Betrieben Arbeitenden (Müller, Schleifer, Tischler, Schneider u. a.).

Kinder sind gefährdeter als Erwachsene, besonders, wenn sie nicht an der Brust aufgezogen sind, an Magerkeit, Blutarmut, Darmkatarrhen, Appetitlosigkeit, Skrofulose oder englischer Krankheit leiden oder Keuchhusten, Masern oder Scharlach eben durchgemacht haben.

Wie schützt die gesunde Mutter sich und ihre Kinder vor Schwindsucht?

Ganz besonders hat die Mutter die Pflicht, die Lehren der Gesundheitspflege strengstens zu beachten. Jede Vernachlässigung schädigt auch ihre Kinder.

Die wichtigsten Vorschriften lauten:

Die Wohnung sei geräumig, sonnig und sauber: Luft und Sonne vernichten bald die meisten Krankheitskeime, darunter auch den Keim der Schwindsucht.

Wähle das größte Zimmer zur Schlafstube! Stelle lieber in jedem Zimmer Betten auf, als daß Du viele Personen in einem Zimmer schlafen läßt!

Halte die Wohnung rein und staubfrei! Wische Fußböden, sowie Möbel mit feuchten Tüchern!

Gesunde Kinder und Erwachsene sollten in jeder Jahreszeit sich täglich einige Zeit im Freien aufhalten. Ein Fenster des Schlafzimmers laß auch nachts etwas geöffnet!

¹⁾ Eigentum des Vereins. Nachdruck verboten.

Meide Tanzböden und rauchige Lokale; gehe lieber ins Freie!

Gehe frühzeitig zu Bett! Erwachsene sollen 8 Stunden, Kinder 10 bis 12 Stunden schlafen.

Wasche dir und deinen Kindern jeden Morgen den Oberkörper, jede Woche zweimal die Füße mit Wasser und Seife! Erwachsene sollten wöchentlich einmal, Kinder zweimal ein Voll- oder Brausebad nehmen. Säuglinge sind täglich warm zu baden.

Wasche dir und deinen Kindern stets die Hände vor dem Essen!

Halte die Mundhöhle sauber! Erwachsene und ältere Kinder sollten nach jedem Essen den Mund spülen, Zähne und Zahnfleisch mit der Zahnbürste reinigen, festsitzende Speisereste entfernen. Schlechte Zähne — auch die Milchzähne der Kinder — sollte man durch den Zahnarzt füllen lassen.

Die beste Ernährung für Kinder im ersten Lebensjahre ist die Muttermilch. Für die gesunde Mutter ist sie die billigste und beste; für das Kind ist sie der beste Schutz vor Krankheiten auch fürs spätere Leben.

Ist die Mutter schwindsüchtig, so darf sie nicht stillen. Ist Brusternährung durch Mutter oder Amme nicht möglich, so ist das Kind im ersten halben Jahre nur mit verdünnter Milch zu ernähren.

Halte den Sauger sauber! Außerhalb der Mahlzeit dürfen Kinder nie einen Sauger (Schnuller, Lutsch) im Munde haben.

Die Nahrung der Erwachsenen bestehe aus Fleisch, Fett, mehlhaltigen Stoffen und Gemüse! Einen nahrhaften und preiswerten Fleischersatz bildet der Käse. Von pflanzlichen Nahrungsmitteln sind reich an Nährstoffen und gleichwohl billig: Reis, getrocknete Erbsen, Bohnen und Linsen. Milch sollte, besonders von Kindern, reichlich, aber nur in gekochtem Zustande genossen werden. Die Milch, die ältere Kinder auch als Milchsuppe, Erwachsene auch mit Kaffee oder Tee genießen können, stillt auch in unschädlicher Weise den Durst. Gib lieber Geld für Milch als für alkoholische Getränke aus! Letztere sind für Erwachsene, auch für stillende Mütter meist unnötig und entbehrlich, für Kinder so gut wie immer schädlich, ganz selten in Krankheitsfällen erlaubt und geboten.

Peinlich sauber halte alle Eß- und Trinkgeschirre — Nachtgeschirr und Klosett nicht weniger!

Sauber sei auch das Spielzeug deiner Kinder! Kindern, die noch alles in den Mund stecken, sollte nur abwaschbares Spielzeug in die Hände gegeben werden.

Laß dein Kind nicht auf unsauberen Fußböden herumkriechen! Gar leicht könnte es die am Fußboden beschmutzten Finger in den Mund stecken oder mit ihnen in der Nase bohren und so die Tuberkulose erwerben.

Vermeide den engen Umgang mit Schwindsüchtigen! Laß deine Kinder nie von Kranken oder Unbekannten pflegen oder küssen!

Ganz meide diejenigen Schwindsüchtigen, die unsauber mit ihrem Auswurf umgehen, ihn ins Taschentuch oder gar in rücksichtsloser Weise auf den Fußboden spucken! Dagegen ist der gewöhnliche Verkehr mit sauberen und ihren Auswurf in reinlicher Weise in Spuckgefäße entleerenden Schwindsüchtigen ohne Gefahr.

Ehe du für ein schwächliches Kind einen Beruf wählst, frage den Arzt, welchen Beruf das Kind ohne Schaden für seine Gesundheit ergreifen kann!

Wie schützt der Schwindsüchtige seine Umgebung vor Ansteckung?

Es ist Pflicht jedes Lungenkranken, äußerst vorsichtig mit seinem Auswurf umzugehen.

Niemals spucke er auf den Fußboden, aber auch niemals ins Taschentuch! Er entleere seinen Auswurf ausnahmslos in einen Spucknapf oder in ein Taschenspuckfläschchen, das er stets bei sich führen muß.

Die Spuckgefäße sind täglich in den Abort zu entleeren.

Beim Husten halte der Kranke ein Tuch vor den Mund.

Der Kranke schlafe in einem besonderen Bett. Womöglich bewohne er ein eigenes Zimmer.

Körper, Kleidung und alle Gebrauchsgegenstände muß er peinlich sauber halten. Seine gesamte schmutzige Wäsche muß von der Wäsche der Gesunden getrennt aufbewahrt und gesondert gewaschen werden.

Er benutze eignes Wasch-, Eß- und Trinkgeschirr.

Er heirate nicht, es sei denn, daß er völlig geheilt und mindestens 2 Jahre hindurch geheilt geblieben ist.

Ist der Vater eines Neugeborenen schwindsüchtig, so sollen Mutter und Kind ein besonderes Zimmer beziehen. Ist die Mutter schwindsüchtig, so muß das Kind in eine andere Wohnung und Pflege gegeben werden, soll es nicht der Ansteckung verfallen.

Die Schwindsucht ist nicht nur vermeidbar, sondern, wenn frühzeitig erkannt, auch heilbar.

Je früher die Krankheit erkannt, je früher gegen sie z. B. durch eine Kur in einer Lungenheilstätte eingeschritten wird, um so günstiger sind die Aussichten auf Heilung.

Deshalb versäume niemand, der an sich oder seinen Angehörigen und namentlich seinen Kindern die ersten Anzeichen einer tuberkulösen Lungenkrankung zu verspüren glaubt, schleunigst einen Arzt zu Rate zu ziehen, ehe es zu spät ist.

Ratschläge für die Haltung und Reinigung der Wohnungen Tuberkulöser zur Verhütung der Ansteckung²⁾.

Die Kenntnis des Tuberkelbazillus als einzigen Erregers der Tuberkulose setzt uns in den Stand, die Ansteckung zu vermeiden.

Übertragen werden die Keime dieser Volkskrankheit durch die Ausscheidungen des tuberkulös Erkrankten — Auswurf, Darmentleerungen, Harn, Eiter — und die damit beschmutzten Gegenstände — Kleider, Betten, Wäsche, Eß- und Trinkgerät, Werkzeuge, Bücher, Fußböden u. a.

Die häufigste Ansteckungsquelle ist der Auswurf, der Tuberkelbazillen oft in großen Mengen enthält. Jeder Kranke, der fahrlässig die Bazillen

²⁾ Eigentum des Vereins. Nachdruck verboten.

verstreut, schafft eine schwere Gefahr für seine Umgebung. Er hat die Pflicht, andere vor Ansteckung zu schützen. Er muß an und um sich peinlich sauber sein. Die Bazillen sind, sobald sie den kranken Körper verlassen haben, zu vernichten. Deshalb darf der Kranke seinen Auswurf nicht auf den Fußboden oder in das Taschentuch, den Aschekasten oder Eimer spucken, weil der Auswurf dort eintrocknet und verstäubt; vielmehr muß er ihn in einem Spucknapfe oder einer Taschenspuckflasche sammeln. Die Spucknapfe sind etwa zur Hälfte mit Wasser zu füllen. Sand und Sägespäne dürfen hierzu nicht benutzt werden, da sie durch Verstäubung zur Verbreitung der Bazillen beitragen. Der Inhalt der Spuckflaschen und der sonstigen Spuckgefäße ist in den Abort zu schütten, nicht aber in Gossen oder in offene Düngstätten zu entleeren, wo ihn Haustiere und Fliegen erreichen können. Die Spuckgefäße sind täglich mit heißem Wasser zu reinigen und wöchentlich mit Sodalösung auszukochen — eine Hand voll Soda auf ein Liter Wasser. Darmentleerungen, Harn und Erbrochenes sind genau so wie der Auswurf unschädlich zu beseitigen. Unterschieber und Nachtgeschirre sind nach Entleerung des Inhalts ebenso mit heißem Sodawasser gut zu reinigen. Auch die Abortsitze sind rein zu halten und häufig mit heißem Seifenwasser abzuschleuern.

Die Personen, die die Abgänge der Kranken beseitigen und sonstige Verrichtungen am Krankenbette erledigen, müssen nach dieser Arbeit sich die Hände tüchtig mit reinem Wasser und Seife waschen.

Die Krankenwäsche (Leib-, Bettwäsche, Taschen- und Handtücher) ist häufig zu wechseln. Der Wechsel der Wäsche hat so zu geschehen, daß kein Staub aufgewirbelt wird. Nach dem Gebrauche darf sie nicht ungewaschen mit der übrigen Hauswäsche zusammengebracht werden. Sie ist vielmehr in Wäschebeuteln zu sammeln, mit diesen, ohne sie vorher zu schütteln und zu klopfen, in heißem Schmierseifenwasser — $\frac{1}{2}$ Kilo grüner oder schwarzer Seife in 17 Liter heißem Wasser — oder 3% Rohlysoformlösung einen Tag lang einzuweichen, so daß die Wäschestücke von der Lösung vollständig bedeckt werden, dann im Waschkessel auszukochen und erst hierauf auszuwaschen.

Die Wohnung des Kranken soll geräumig, sonnig, luftig, trocken, sauber und staubfrei sein; denn in engen, dunklen, feuchten Räumen können sich die Tuberkelbazillen in Schleim oder Eiter monate-, selbst jahrelang lebens- und entwicklungsfähig erhalten. Sie wachsen und vermehren sich von neuem, wenn sie durch Einatmung oder in sonstiger Weise in den menschlichen Körper zurückkehren.

Der Kranke müßte seinen eignen Schlafraum und muß unbedingt sein eignes Bett haben; er darf keinesfalls mit einem Gesunden, insbesondere nicht mit Kindern in einem Bett schlafen. Aus dem Schlaf- und Krankenzimmer sind alle unnötigen Möbel und Gegenstände zu entfernen, wie Teppiche, Vorhänge und ähnliches, um Staubansammlung zu verhindern und dadurch die Möglichkeit der Verschleppung der Bazillen zu vermindern. Das Bett ist von der Wand abzurücken; die Möbel sind so aufzustellen, daß unzugängliche Winkel vermieden werden, die Luft von allen Seiten Zutritt hat und die Gegenstände, sowie Wände und Fußböden jederzeit leicht gereinigt werden können. Das Schlafzimmer ist tagsüber durch

Öffnen der Fenster regelmäßig und ausgiebig ohne Zugbelastung für die Kranken zu lüften. Auch nachts ist im Sommer und im Winter möglichst ein Fenster (Kippfenster) offen zu halten. Die Betten sind so oft als möglich zu lüften und in die Sonne zu legen. Der Fußboden darf nicht mit einem Besen gekehrt werden, weil dabei Staub aufgewirbelt wird; er ist täglich feucht zu wischen und mindestens einmal wöchentlich mit heißem Schmierseifenwasser zu scheuern. Der Staub ist täglich von den Möbeln mit feuchten Tüchern abzuwischen; diese Staubtücher sind häufig auszukochen.

Kinder dürfen nicht bei der Reinigung der Wohnung oder der Krankenasche beschäftigt werden, weil sie für die Ansteckung mit Tuberkulose leichter als Erwachsene empfänglich sind.

Mit diesen Maßnahmen muß, sobald die Krankheit festgestellt worden ist, planmäßig begonnen werden.

Neben dieser regelmäßigen häuslichen Reinigung ist beim Wohnungswechsel und auch bei einer Übersiedelung des Kranken in die Heilstätte oder das Krankenhaus, sowie bei Todesfall eine gründliche Reinigung und Desinfektion der vom Kranken benutzten Räume und Gegenstände vorzunehmen. Die von den Kranken benutzten Kleider, Betten, Wäsche dürfen nicht ohne vorherige gründliche Desinfektion von anderen benutzt, auch nicht verschenkt oder verkauft werden. Diese Desinfektion wird am besten durch fachmännisch ausgebildete Desinfektoren vorgenommen.

Wie ein Lungenkranker seinen Auswurf behandeln muß, um sich und seine Angehörigen vor Weiterverbreitung der Erkrankung zu schützen³⁾.

1. Der Auswurf Lungenkranker enthält häufig die Ansteckungskeime der Tuberkulose. Er darf deshalb nicht achtlos verstreut, auch nicht ohne vorangegangene Desinfektion weggeschüttet werden.

2. Jeder Lungenkranke, gleichviel ob erwachsen oder Kind, muß 2 Spuckflaschen besitzen, um den Auswurf darin aufzufangen. Eine dieser Flaschen muß er stets bei sich führen.

3. Vor Benutzung der Spuckflasche empfiehlt es sich, eine geringe Menge Sodawasser — soviel, daß gerade der Boden bedeckt wird — einzufüllen, um ein Festkleben des Auswurfs zu verhüten.

4. Wenn die Spuckflasche bis zur Hälfte gefüllt ist, muß ihr Inhalt mit einer desinfizierenden Lösung vermischt werden. Dadurch werden die Ansteckungskeime abgetötet.

5. Man verwendet für diesen Zweck eine erwärmte 3%ige Rohlysoformlösung — etwa 30 g Rohlysoform in einem Liter Wasser auf 50—60° erwärmt. (2 Eßlöffel Rohlysoform in einem Liter heißem Wasser.) Mit dieser Lösung wird die Spuckflasche bis an den Hals, also nicht ganz voll gefüllt. Hierauf wird sie mit dem zugehörigen Metaldeckel geschlossen

³⁾ Eigentum des Vereins. Nachdruck verboten.

und tüchtig umgeschüttelt. Dann läßt man die Flasche 2 Stunden lang ungeöffnet stehen, wiederholt aber in dieser Zeit das Umschütteln mehrmals.

6. Nach Ablauf von 2 Stunden entleert man die Flasche in den Abort, wobei zu beachten ist, daß der Abortsitz, dessen Klappdeckel vorher hochzuklappen ist, nicht beschmutzt werden darf.

7. Die entleerte Flasche wird mit erwärmter 3%iger Sodalösung — ungefähr 30 g (2 volle Eßlöffel Soda) — in einem Liter heißem Wasser ausgespült. Ebenso sind ihre Außenseite und ihr Verschluß sorgfältig zu reinigen.

8. Hierauf sind auch die Hände durch Abbürsten mit einer Bürste und gründliches Waschen in heißem Wasser und Seife zu säubern.

9. In der Zeit, in der die eine Spuckflasche samt ihrem Inhalte desinfiziert wird, hat der Kranke die andere Flasche zu benutzen.

Merkblatt zum Schutze tuberkulöser und tuberkulosegefährdeter Mütter und ihrer Säuglinge⁴⁾.

1. Verhaltensmaßregeln für die Mutter vor der Geburt. Mütter, die an Tuberkulose leiden oder tuberkuloseverdächtig sind, sollten sich von Anfang bis zum Ende der Schwangerschaft unter ärztliche Beobachtung stellen, damit alles geschieht, was für möglichste Kräftigung des Kindes und Erhaltung des Lebens der Mutter nötig ist. Womöglich soll die Schwangere in den ersten Monaten Anstaltspflege aufsuchen. Neben der ärztlichen Überwachung ist während der Schwangerschaft möglichst gute Ernährung und seelische wie körperliche Schonung nötig: also regelmäßige und reichliche, doch leicht verdauliche Mahlzeiten, lange Nachtruhe, tägliche Mittagsruhe, gute Arbeitseinteilung, möglichste Vermeidung von Aufregung und Ärger, von Fabrikarbeit oder anstrengender, langdauernder Heimarbeit, ferner regelmäßige Bäder und Waschungen, tägliche Bewegung im Freien, ausgiebige Lüftung der Wohn- und Schlafräume. Dies gibt die Aussicht, daß die Mutter die schwere und aufreibende Zeit der Schwangerschaft und Geburt gut übersteht und das Kind in gutem Kräftezustand zur Welt kommt.

2. Verhaltensmaßregeln nach der Geburt. Man bedenke, daß das Kind einer tuberkulösen Mutter größere Neigung zu tuberkulöser Erkrankung hat als das Kind einer gesunden Mutter. Weiter ist zu beachten, daß das neugeborene Kind sehr leicht und schnell von seiner tuberkulösen Mutter oder von tuberkulösen Personen, die mit ihm den Haushalt teilen — Familienglieder, Untermieter, Dienstpersionen — Tuberkulosekeime aufnimmt. Schon Stunden und Tage solchen Zusammenlebens genügen zu oft unheilbarer Ansteckung.

Deshalb ist das beste, wenn auch härteste Mittel: räumliche Trennung des gefährdeten Säuglings von der tuberkulösen Person sofort nach der Geburt. Wenn dieses sicherste Schutzmittel nicht durchführbar ist, so merke man sich für das tuberkulosegefährdete Kind folgende Vorschriften:

⁴⁾ Eigentum des Vereins. Nachdruck verboten.

a) Bezüglich der Ernährung des Kindes hat der Arzt das Erforderliche anzuordnen. Ernährung mit Frauenmilch (Amme, Stillfrau) ist auch hier die beste Säuglingskost. Die tuberkulöse Mutter selbst stillt am besten nicht, jedenfalls nie ohne Befragung des Arztes. Eine gesunde Amme ist der sicherste Schutz.

b) Das tuberkulöse Familienglied soll nicht mit der Kinderpflege betraut werden. Es soll stets die Nähe des Kindes wegen der Gefahr der Ansteckung durch Husten und Auswurf meiden und mit dem Säugling nicht im gleichen Raume schlafen. Tuberkulöse Untermieter und Dienstpersonen sind sofort aus der Familie zu entfernen und die von ihnen bewohnten Räume sofort zu desinfizieren.

c) Die Gefahr der Ansteckung durch in der Wohnung verstreute Tuberkelbazillen wird durch peinlichste Sauberkeit, durch weitgehendste Lüftung und Sonnenbestrahlung herabgesetzt. Staub ist stets feucht zu wischen; stets ist naß zu kehren. Auf sorgfältigste Reinigung des Fußbodens ist besonders in der Zeit zu halten, in der das Kind sich kriechend weiterbewegt. Am besten verhindert man in verdächtiger Umgebung überhaupt das Herumkriechen auf unbedecktem Boden und läßt das Kind sich in einem Gatter mit waschbarer Bodenbedeckung (sog. Stall) bewegen. Von dieser Zeit ab sind häufiges Händewaschen, später auch Putzen der Zähne des Kindes notwendige Vorsichtsmaßregeln.

d) Die Tuberkelbazillen werden aus der Wohnung auf das Kind leicht durch ungeschickte und unsaubere Maßnahmen übertragen, die deshalb zu unterlassen sind: das Küssen und Liebkosen des Kindes, das Kosten des Flascheninhaltes und seine Wärmeprüfung mit dem Munde (man gieße statt dessen aus der Flasche auf einen Löffel und koste aus dem Löffel), der Gebrauch von Schnullern überhaupt, das Anlecken (Einspeicheln) des Schnullers vor dem Gebrauch, das Abwischen von Mund oder Händen des Kindes mit gebrauchten Taschentüchern.

e) Die Tuberkulose kann durch die Milch perlsüchtiger Rinder übertragen werden; deshalb ist es erwünscht, nur die Milch tuberkulosegeprüfter Kühe zu verwenden oder sie wenigstens vor dem Gebrauch stets 2 Minuten abzukochen. Selbstverständlich ist beim Einkauf sauberen Geschäften mit sauberer gesunder Bedienung der Vorzug zu geben.

f) Für die Mutter gelten im ganzen auch nach der Geburt die gleichen Regeln wie in der Schwangerschaft. Insbesondere soll sie sich in dieser Zeit die beste und kräftigste Nahrung verschaffen und im Notfall gemeinnützige Unterstützung in Anspruch nehmen: Auskunfts- und Fürsorgestelle des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung (E. V.) (wochentäglich mittags 1 Uhr, Dienstags, Freitags und Sonnabends nachmittags überdies $\frac{1}{2}$ 5 Uhr; Theaterstraße 9, Eingang Weberstraße). Mütterberatungsstelle des Vereins für Gesundheitspflege (Montags und Donnerstags nachmittags $\frac{1}{2}$ 4 Uhr, Theaterstraße 9I).

SZPITAL IM. KAROLA I MARJI



95.



www.dlibra.wum.edu.pl