Winterkuren in Schömberg

Band LXV. Nro. 7. 2. März 1895.

Medicinische Klinik TÜBINGEN

Medicinisches Correspondenz-Blatt

des

Württembergischen ärztlichen Landesvereins.

Aus Auftrag desselben herausgegeben von Dr. A. Deahna.

Inhalt: Dr. Baudach: Ueber Wintercuren Lungenkranker im Gebirge, nebst Jahresbericht der Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg. — Chronik. — Bekanntmachung des akademischen Rectoramts in Tübingen, betr. die im Jahre 1894 bei der Universität verliehenen akademischen Grade. — Erlass des K. Ministeriums d. Inn. an die K. Stadtdirection Stuttgart und die K. Oberämter, die K. Oberamtsphysikate und den Centralimpfarzt, sowie an sämmtliche öffentliche Impfärzte, betr. die Beschaffung des Impfstoffes für die öffentliche Impfung im Jahre 1895. — Tagesgeschichtliche Mittheilungen. — Bücher und Zeitschriften.

Ueber Wintercuren Lungenkranker im Gebirge, nebst Jahresbericht der Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg.

Von Dr. Baudach.

In dem ersten Jahresbericht über die Erfahrungen und Resultate in der Lungenheilanstalt Schömberg suchte ich an der Hand meteorologischer Beobachtungen, eigener mehrjähriger Erfahrungen und guter Resultate darzulegen, dass der Schwarzwald die für Curorte für Lungenkranke zu fordernden Bedingungen vollauf in gleicher Weise erfülle, wie andere deutsche Mittelgebirge (vergl. Med. Corr.-Blatt 1893, No. 4). Die Richtigkeit dieser Darlegung, die Uebereinstimmung des praktischen Erfolges mit den theoretischen Ueberlegungen zu beweisen, sind ausser den ja auch an anderen Schwarzwaldorten (St. Blasien, Nordrach) gemachten Erfahrungen die von mir seither in Schömberg an etwa 500 Patienten erzielten Resultate ganz besonders geeignet, so dass ich es für meine Pflicht halte, einen kurzen Ueberblick darüber vorzulegen. Von 432 in der Anstalt selbst behandelten Patienten konnte bei 350 (ca. 81 %) „Besserung" in mehr oder minder erheblichem Grade, bei 82 (ca. 19 %) absolut „keine Besserung" erreicht werden. Selbst wenn ich von den 350 erreichten „Besserungen" noch weitere 20 Fälle (ca. 5 %) ausscheide, bei denen zwar zweifellos durch die Cur nicht nur ein Rückgang des physikalischen Befundes oder das Verschwinden dieses oder jenes lästigen Symptoms, sondern eine entschiedene Hebung des Allgemeinbefindens und Zunahme der Leistungsfähigkeit erreicht wurde, die aber der Schwere der Erscheinungen nach bei der verhältnissmässig kurzen Beobachtungszeit nicht genügende Dauer der Besserung gewährleisten, muss doch das Resultat von 330 (ca. 76 %) entschiedener „Besserungen" und 102 (ca. 24 %) „Nichtbesserungen" noch als ein durchaus günstiges bezeichnet werden. Von den dann bleibenden 330 Besserungen steht nach sorgfältigem Verfolgen auch des späteren Ergehens nach Beendigung der Cur zu erwarten, dass sie eine dauernde sein wird. Ein gut Theil dieser Patienten kehrt erfahrungsmässig bei geeignetem Verhalten noch wiederholte Jahre zur erneuten Cur in die Anstalt zurück und erreicht jedesmal eine weitere Besserung ihrer stationär gewordenen Processe und weitere Hebung ihrer Leistungsfähigkeit. Meissen-Hohenhonnef constatirt aus seiner früheren Thätigkeit in Falkenstein (cf. „Zur Kenntniss der menschlichen Phthise". Deutsche Med. Zeitung Heft 59): „bei sämmtlichen behandelten Fällen — bekanntlich in Falkenstein zum grossen Theil sehr schwerer — fast genau 66 % Besserungen und 33 % Nichtbesserungen, bei den einem therapeutischen Erfolge überhaupt zugänglichen Fällen aber 81,5 % Besserungen und 19,5 % Nichtbesserungen". Auch mit diesen an einem grossen Krankenmaterial gewonnenen Angaben verglichen, können die hier in Schömberg erreichten Resultate befriedigen, auch wenn man zugeben muss, dass freilich der Procentsatz leichterer Fälle bei uns ein grösserer ist.

Weitaus die Mehrzahl der Curen fällt bisher noch in die Sommermonate, während für den Winter, sagen wir für die Monate December, Januar und Februar, ein verhältnissmässig geringer Procentsatz übrig bleibt. (Gegen 60 Patienten in der Hauptsommerzeit, hatten wir im Winter noch nicht über 20 Patienten zur Zeit in der Anstalt.) So sehr der Schwarzwald im Sommer als Zufluchtsort vieler Kranken beliebt und bekannt ist, so erfreulich auch in unserer Anstalt mit jedem Jahr die Frequenz steigt, so eingewurzelt ist noch in weiten Kreisen die Furcht vor dem Winter dort. Stellt sich eine Wintercur nach langem Sträuben als nothwendig heraus, dann gilt als erste Parole „der Süden" und findet höchstens noch Davos Erwägung, während man meiner Ueberzeugung und Erfahrung nach aus verschiedenen Gründen einer ganzen Zahl Lungenkranker zu eigenem Besten die Mahnung zurufen müsste: „Warum in die Ferne schweifen, sieh', das Gute liegt

so nah'." Diese Angst vor dem gefürchteten „Winter im Schwarzwald", dies Vorurtheil so vieler Lungenkranker gegen eine „Wintercur im Gebirge" veranlasst mich, meinem diesjährigen Jahresberichte einige Worte über die Zweckmässigkeit einer Wintercur voraufzuschicken.

Es sind der Gründe vielfache, die uns veranlassen müssen, ganz entschieden für eine Wintercur Lungenkranker in Gebirgsanstalten einzutreten. Den ersten allgemeinen giebt die alte Mahnung und Forderung wohl noch jedes Arztes, der die Behandlung Lungenkranker zu seiner Specialaufgabe gemacht hat, ab: „Die Cur beginnen so früh, wie irgend möglich, bei dem leisesten Anzeichen der beginnenden Krankheit ohne jede andere Rücksicht, also vor Allem auch ohne Rücksicht auf Witterung und Jahreszeit! Der Schaden, der durch ein Hinzögern der Cur, durch ein längeres Verweilen des Erkankten in den schädigenden Verhältnissen, in denen er erkrankte, in der oft verkehrten und bei den besten Absichten im gewöhnlichen Leben nicht so schnell zu ändernden Lebensweise verursacht wird, ist oft genug ein grosser und wenige versäumte Wochen erfordern oft ebenso viele Monate, um nur erst den ursprünglichen Standpunkt wieder zu erreichen. Ist doch die Mahnung „so zeitig wie möglich" im Grunde nicht nur bei der Phthise, sondern bei jeder Krankheit am Platze, weist doch schon die tägliche Erfahrung im gewöhnlichen, praktischen und geschäftlichen Leben ganz allgemein darauf hin. Welcher verständige Leiter eines Betriebswerks, einer Maschine z. B. wird nicht bei der leisesten Störung des Mechanismus sofort für möglichst gründliche Beseitigung sorgen und nicht etwa, weil die Leistungsfähigkeit noch nicht merklich beeinträchtigt ist, abwarten, bis gröbere Störungen den ganzen Betrieb lahm legen?! Sollte dies bei einem so complicirten, so feingegliederten Organismus wie dem menschlichen Körper anders sein? Ist es nicht vielmehr gerade hier in erster Linie ein grober Verstoss, leichte Mahnungen einer Unregelmässigkeit zu vernachlässigen und, weil Bequemlichkeit, Furcht vor dem Winter und andere Gründe eine Unterbrechung der gewohnten Thätigkeit und gründliche Reparatur noch nicht zwingend genug erscheinen lassen, zu warten, bis aus den kleinen Unregelmässigkeiten grobe Störungen geworden sind, die den ganzen Organismus lahm legen und dann mit einem Male alle vorgeschützten Schranken beseitigen, weil man eben an der Grenze der Möglichkeit angelangt ist?

Doch diese Ausführungen beweisen ja nur die Nothwendigkeit einer „möglichst frühzeitig begonnenen Cur", beweisen noch nicht die Zweckmässigkeit einer Wintercur gerade im Gebirge, in einer Gebirgsheilanstalt. Die meisten Laien und ein gut Theil auch der Aerzte sind immer noch der Ansicht, dass „Kälte" dem Lungenkranken schade, dass der Winter für ihn die gefährlichste Zeit sei, dass er ängstlich vor „kalter Witterung", vor „schlechtem Wetter" zu hüten sei und werden ohne Besinnen, wenn nun einmal der Entschluss zu einer Cur „trotz des Winters" gefasst ist, die Entscheidung treffen, den Kranken in ein „mildes Klima", an die Riviera, nach Italien, Madeira etc. zu übersiedeln. Und zweifellos wird ja in vielen Fällen mit dieser Entscheidung Segen gestiftet, wird guter Erfolg erreicht, zweifellos passen eine ganze Reihe Lungenkranker nirgends besser hin, als in ein mildes, ewig sommerliches Klima. Wenn nur nicht gar zu leicht der Schluss gezogen würde, dass eben alle Lungenkranken am Besten nur im Süden ihre Genesung finden können, während andererseits für sehr viele der Aufenthalt in der Nähe, in den gewohnten klimatischen Verhältnissen der Heimat allein der zweckmässigste wäre. Was nützt es dem Lungenkranken, wenn er einmal dem nordischen Winter aus dem Wege geht, sich während einiger Monate im sonnigen Italien des besten Wohlbefindens erfreut, wenn er nachher wieder in der nordischen Heimat weiter leben und arbeiten muss. Wer in südliche Curorte, wer etwa nach Italien, Madeira etc. gehen will, der sollte von vorneherein mit jahrelangem Aufenthalt rechnen, der sollte zum Mindesten keine Kosten zu scheuen brauchen, um alle Jahre von Neuem bei Eintritt der rauheren Jahreszeit in südliche Gegenden flüchten zu können. Wem dies nicht vergönnt ist, wer vielleicht nur mit Mühe die Mittel zur einmaligen Cur aufbringt, für den ist oft genug solch ein Aufenthalt im Süden ein Danaergeschenk. Durch das milde Klima zwar gebessert, ist er nur zu leicht auch verweichlicht und dadurch nicht im Stande, den Anforderungen, die Leben und Klima in der Heimat an ihn stellen, zu genügen. Der erste rauhe Winter daheim zerstört oft die schönsten Heilerfolge wieder.

Gerade das Gegentheil bezweckt und sucht zu erreichen der Aufenthalt in der Gebirgsheilanstalt, speciell auch die Wintercur im Gebirge. Wir zielen in allen Maassnahmen gerade darauf hin, den Kranken abzuhärten, ihn so weit zu kräftigen, dass er ohne Gefahr eines Rückschlags auch nach Beendigung der Cur wieder in seinem heimischen Klima leben und gesund bleiben kann. Er soll durchaus nicht vor jeder rauhen Witterung bewahrt, sondern daran gewöhnt werden, sie ohne Erkältungsgefahr, ohne Schädigung zu ertragen. Es schüttelt ja Mancher Anfangs den Kopf, wenn er in der Anstalt angehalten wird, auch bei strenger Kälte auf den wohlgebahnten Schneewegen seine Spaziergänge zu machen, wenn er trotz Kälte, Schnee und Regen in seinem Liegesessel Stunden lang im Freien liegen muss, und doch gewöhnt er sich bald daran, merkt er bald gar nicht mehr jedes schärfere Lüftchen, ist es ihm bald zum Bedürfniss geworden, z. B. auch Nachts selbst bei strenger Kälte event. bei offenen Fenstern zu schlafen oder doch wenigstens häufig und ergiebig für Ventilation und Lüftung zu sorgen. Freilich gehören zu solcher Wintercur vor Allem auch die geeigneten Einrichtungen und Vorkehrungen, es

gehört eine in jeder Beziehung zweckmässig eingerichtete Anstalt dazu. Und wie oft macht sich im Süden während des Winters der Mangel an geeigneten Vorkehrungen gerade dem aus dem Norden Kommenden ziemlich fühlbar. Auch dort, auch in Italien fehlt es hie und da nicht an rauhen unfreundlichen Tagen (man denke nur z. B. an die diesjährigen Berichte über Unwetter und Schneestürme an der Riviera und in Italien), und wer aus Erfahrung weiss, wie mangelhaft zu solchen Zeiten z. B. die Heizvorrichtungen dort functioniren, wird es begreiflich finden, dass gerade dann die Gelegenheit zu Erkältungen gegeben, gerade da oft in kurzer Zeit der ganze Curerfolg verdorben wird.

Erforderlich ist für eine Wintercur freilich eine gewisse Höhe des Orts, die für Mitteldeutschland auf etwa 600 m angegeben wird; erst da wird die unbeständige Witterung der Niederungen, der fortwährende Wechsel von Frost mit Schnee und Thauwetter mit Regen vermieden. Driver-Reiboldsgrün führt in seinem „Rathgeber für Lungenkranke" sehr passend aus: „Ein richtiger Gebirgswinter dagegen mit seiner erfrischenden, aber nie übermässigen Kälte, mit seiner fortwährenden Schneedecke, welche Staub nicht aufkommen lässt, mit seiner, vom blauen Himmel strahlenden und intensiv erwärmenden Sonne, welche nicht allein das Fahren und Gehen, sondern auch das Sitzen und besonders das Liegen im Freien selbst den Schwerkranken täglich für mindestens 5—6 Stunden erlaubt, ein solcher Winter, wie er auf Deutschlands bewaldeten Gebirgshöhen fast ausnahmslos alljährlich herrscht, ist etwas so Herrliches und für die Genesung Lungenkranker so Vortheilhaftes, dass das gegen denselben bestehende Vorurtheil nur lebhaft zu bedauern ist. In den gut eingerichteten Gebirgsanstalten für Lungenkranke werden in der Wintersaison, wenn nicht bessere, so doch mindestens ebenso gute Erfolge erzielt, wie im Sommer." Auch Meissen (Deutsche Med. Ztg. Heft 59) schreibt: „Man hat sogar oft den Eindruck, als ob die Wintercuren günstiger verliefen. Ruhe und Gleichmässigkeit sind im Winter grösser, Gelegenheit zu Ueberleistungen auf Ausflügen fehlt mehr und gegen Erkältungseinflüsse nimmt man sich sorgfältiger in Acht." Und zweifellos bestätigt es auch die Erfahrung, dass Kälte auf die erkrankte Lunge nur wohlthätig einwirkt.

Auf eine grosse Reihe Lungenkranker wirkt zu warme Luft in den Sommermonaten, in analoger Weise, wie es auch der Gesunde im heissen Sommer empfindet, erschlaffend und ermüdend, die Esslust vermindert sich und die so wichtige überreiche Ernährung ist unter solchen Verhältnissen viel schwerer durchzuführen, als im Winter. „Die Kälte dagegen regt an, fördert Appetit und Stoffwechsel und kommt dazu die wärmende Sonne, so giebt es kein meteorologisches Moment, das den Kranken so fördert." (Wolff, „Moderne Behandlung der Lungenschwindsucht"). Zudem ist auch die Kälte wegen der gleichzeitigen Trockenheit der Luft, der gerade im Winter häufigen Windstille und bei der dauernden Schneedecke verminderten Luftströmungen im Gebirge weit weniger empfindlich fühlbar, als in den Thälern.

Zweifellos haben ja zwar Erfahrungen und meteorologische Beobachtungen zur Genüge gelehrt, dass man auf eine „specifische Heilkraft des Gebirgsklimas" nicht rechnen darf, dass jedes Klima, wenn es zweifellose Schädlichkeiten für erkrankte Lungen nicht oder nicht zu häufig aufweist, gute Erfolge erzielen helfen kann. Da aber gerade der Gebirgswinter solche Schädlichkeiten, vor Allem Staub, zu starke Winde, zu reichliche Niederschläge und Nebel in vermindertem Maasse darbietet, müssen wir ihn auch als besonders geeignet für erfolgreiche Curen ansehen.

Dass das Klima im Gebirge, und vorzugsweise im Winter, am ersten Reinheit der Luft, Staubfreiheit verbürgt, bedarf keiner besonderen Beweisführung. Fern von den Fabriken und Etablissements der grossen Städte kennt der Gebirgsbewohner auch den unvermeidlichen Rauch, Staub und Dunst aller grossen Verkehrscentren nicht.

Die geologischen Bodenverhältnisse der Gebirge, so z. B. im Schwarzwald die vorherrschende Buntsandsteinformation, erhalten die Wege staubfrei und durchlässig.

Um einen weiteren bedeutsamen Feind des Lungenkranken, zu reichliche und scharfe Winde zu beseitigen, bedarf es natürlich einer genügenden Auswahl und geeigneter Lage des einzelnen Ortes, geeigneter Vorkehrungen, Lage des Hauses, geschützter Veranden und Liegehallen u. dergl. Der Ort muss, wie ich selber schon früher (cf. Med. Corr.-Blatt 1893, No. 4) ausführte, „so weit geschützt liegen, dass rauhe Nord- und Ostwinde nicht ungebrochen den Ort treffen, doch aber für genügende Ventilation und Luftbewegung sorgen." Auch Petzold („Behandlung der Lungentuberculose") spricht sich dahin aus: „dass zwar Niederschläge und Winde in grösserer Reichlichkeit und Stärke mit Recht als ungünstige Zugaben eines Klimas anzusehen sind; doch sind sie als wichtige Reinigungsmittel der Atmosphäre für jedes Klima nothwendig."

Ebenso fehlen im Gebirgswinter die reichlicheren Nebel der Ebene, die Sonne scheint häufiger und zugleich in der dünneren Luft mit grösserer Intensität. Diese reichlichere und intensivere Sonne gestattet aber wieder einen reichlicheren Genuss, längeren Aufenthalt in der reinen, klaren Luft, und wenn auch die Luft selber dabei kalt bleibt, ist selbst das Liegen, wohlverpackt in Decken und Teppichen auf bequemen Liegesesseln und in geschützten Hallen und Veranden, abwechselnd mit geeigneter Bewegung, von nicht zu unterschätzendem Vortheil.

In Amerika hat schon vor langer Zeit die Erfahrung, dass im höheren Norden, im kalten, selbst rauhen Klima die Tuberculose verhältnissmässig selten vorkommt, dahin geführt, dass die Lungenkranken die

rauhen Adirondak-Gebirge aufsuchen, dort in Baracken und Zelten leben und nicht nur ungestraft, sondern mit guten Erfolgen die rauhe Witterung ertragen. Selbstverständlich gehören ins winterliche Höhenklima nur solche Patienten, bei denen überhaupt noch Aussicht auf Genesung möglich ist, die noch einen gewissen Grad von Widerstandsfähigkeit besitzen. Absolut Aussichtslose, deren ganzer Organismus bereits jede Elasticität verloren hat, sollte man lieber zu Hause lassen.

All' diese erwähnten Vorzüge des Gebirgswinters, die, wie schon vorher erwähnt, das grosse Publicum nur etwa für das bekannte Davos gelten lässt, können in vollberechtigter Weise auch die mitteldeutschen Gebirge, können neben Orten im Riesengebirge wie Görbersdorf, neben anderen Gebirgen auch die Curorte, vor Allem die Gebirgsheilanstalten des Schwarzwalds, können auch wir hier in Schömberg in Anspruch nehmen.

Deshalb sollte sich inzwischen mehr und mehr auch bei uns das Vorurtheil gegen den Gebirgswinter verlieren, sollte man es sich reiflich überlegen, womit man dem Kranken einen besseren und auch dauernden Erfolg versprechenden Rath giebt, wenn man ihn — ja freilich für Manchen zuerst verlockend genug — in den sonnigen Süden schickt oder ihn in gewohnten klimatischen Verhältnissen gesunden lassen will.

Wenn meine obigen Ausführungen auch nur den Einen oder Andern der Collegen überzeugen, wenn sie nur eine kleine Bresche in das Vorurtheil gegen die Wintercur im Gebirge brechen, ist ihr Zweck erreicht.

In Kürze möge nun noch der Bericht über das letzte Jahr, vom 1. Januar 1894 bis 1. Januar 1895, und die während desselben in der von mir geleiteten Anstalt zu Schömberg erzielten Resultate folgen. Die Frequenz zeigt erfreulicherweise wiederum eine Steigerung. Gegen 150 im Vorjahr, wurden im Berichtsjahr 171 Patienten in der Anstalt behandelt; Begleitpersonen etc. sind auch diesmal nicht mit eingerechnet. Sie vertheilen sich aufs neue Haus mit 82 (53 männl., 29 weibl.), aufs alte Haus für Minderbemittelte mit 89 (69 männl., 20 weibl.) Patienten.

Auf diese 171 Patienten kommen im Ganzen 7750 Verpflegungstage, im Durchschnitt also auf den Einzelnen 45 Tage oder $6^1/_2$ Wochen (im alten Hause 39 Tage = $5^1/_2$ Wochen, in der Hauptanstalt 52 Tage = $7^1/_2$ Wochen). Die durchschnittliche Curdauer ist also etwa die gleiche wie im Vorjahr, und wenn man bedenkt, dass hierbei eine Reihe Patienten mitrechnen, die ich bereits nach ganz kurzer Zeit als irreparabel wieder nach Hause schicken musste, als Durchschnittsdauer nicht zu kurz. Der kürzeste Aufenthalt betrug nur 3 Tage, der längste ein volles Jahr mit kurzen, 14 Tage langen Urlaubsunterbrechungen.

Die therapeutischen Resultate zu beleuchten, halte ich wiederum die in den bisherigen Jahresberichten aufgestellte Eintheilung fest, die einen genügenden Ueberblick über die einzelnen Fälle ermöglicht.

Zur ersten Gruppe der leichtesten Fälle, die bei gutem Kräftezustand und Allgemeinbefinden die physikalischen Erscheinungen initialer Phthise, Spitzenkatarrhe oder nicht zu weit ausgedehnte Verdichtungen zeigen, oder als Prophylaktiker oder Reconvalescenten nach verschiedenen Erkrankungen der Athmungsorgane in die Anstalt aufgenommen wurden, sind 81 Patienten (48 im neuen, 33 im alten Hause) zu rechnen. Erfreulicherweise ein grösserer Procentsatz wie im Vorjahr, wo nur $^1/_3$ aller Fälle hierher zu rechnen waren. Die Erfolge sind naturgemäss bei dieser Gruppe weitaus am günstigsten; konnte ich doch hiervon 20 Patienten (10 in der Hauptanstalt, 10 im alten Hause) als geheilt und wieder vollständig arbeitsfähig entlassen. Hierher rechne ich bei strengem Maassstabe nur die Patienten, bei denen die physikalischen Veränderungen bis auf etwa hie und da schwächeres Athmen und leichte Percussionsdifferenzen geschwunden sind und bei denen bei geeignetem Verhalten auch eine Dauer ihres guten Befindens zu erwarten ist. Weitere 44 (24 im neuen, 20 im alten Hause) erzielten „wesentliche Besserung“ und auch von diesen kann erwartet werden, dass sie event. bei Wiederholung der Cur die noch bestehenden Unregelmässigkeiten ausgleichen. 13 Patienten dieser Gruppe (10 im neuen, 3 im alten Hause) erzielten ebenfalls eine deutliche „Besserung“, die aber ohne besondere Vorsicht und wiederholte Curen nicht als genügend und vor eventuellen Rückfällen gesichert gelten kann. Bei 4 endlich waren die Erfolge und Veränderungen des physikalischen Befundes und Allgemeinbefindens so geringe oder von unbeständiger Dauer, dass ich sie als „ungebessert“ bezeichne.

Zur zweiten Gruppe mit ausgedehnteren Verdichtungen oder Katarrhen und beginnenden Zerstörungen zählen 62 Patienten (22 im neuen, 40 im alten Hause). Entsprechend dem weiter vorgeschrittenen Process sind die Heilresultate hier schon minder gute. Nur einen von diesen, der bei einer Cur von nur 40 Tagen nicht weniger als 22 Pfund an Körpergewicht zunahm, möchte ich als „geheilt“ bezeichnen in der sicheren Voraussetzung, dass der Process bei ihm sich dauernd stationär halten wird. Mit „wesentlicher Besserung“ sowohl des physikalischen Befundes wie des ganzen Allgemeinbefindens und Kräftezustandes verliessen 33 Patienten (15 vom neuen, 18 vom alten Curhause) die Anstalt. Weitere 17 (3 vom neuen, 14 vom alten Hause) erzielten zwar auch noch eine deutliche „Besserung“, mussten aber die Cur zu früh aufgeben, um auf längeren Bestand des Erfolges hoffen zu können. Die Gefahr eines früheren oder späteren Rückfalls ist bei diesen Patienten, wenn sie in die alten Verhältnisse und strenge Arbeit zurückkehren, immer noch eine grosse.

Als „ungebessert“ bezeichne ich 11 Patienten (7 im alten, 4 im neuen Hause), die entweder z. Th. auf meinen Rath die Cur abbrachen oder deren Erfolge so schwankende waren, dass eine Besserung ohne

wesentliche Aenderung des physikalischen Befundes meist nur in dem augenblicklichen subjectiven Befinden bei guter Ruhe und Pflege bestand.

Am wenigsten günstig lautet natürlich der Bericht über die dritte Gruppe von Patienten, die bei stark reducirtem Kräftezustand ausgebreitete Processe, unaufhaltsam fortschreitende Zerstörungen etc. zeigen und nur selten noch therapeutischen Erfolgen zugänglich sind. Trotzdem konnte ich noch unter 28 (16 im alten, 12 im neuen Hause) bei 3 Patienten „wesentliche Besserung" bei einem „Besserung" vermerken, deren ganzer Zustand durch den Einfluss der hiesigen Cur eine erfreuliche und überraschende Aenderung erfuhr. Die übrigen 24 befanden sich ja freilich auch hie und da vorübergehend besser und kräftiger, müssen aber als „ungebessert" bezeichnet werden, weil an ein Aufhalten der fortschreitenden Processe kaum noch zu denken war und auch bei den Meisten derselben das wenige Wochen oder Monate später erfolgte Zusammenklappen die aussichtslose Prognose bestätigt hat. Man könnte ja vielleicht bei Manchem solcher Patienten durch möglichst ausgedehnte Cur noch einen zeitweiligen Stillstand, ein Hinhalten der Katastrophe erreichen, muss aber meiner Ansicht nach dabei sehr gewissenhaft die Verhältnisse jedes Einzelnen berücksichtigen und erwägen, ob man wirklich einen Segen damit stiftet und ob die vielleicht nur mit äusserster Entbehrung mühsam aufgebrachten pecuniären und persönlichen Opfer des Patienten wie der Familie nicht im Missklang stehen zu dem Vortheil, dass das Ende noch um einige Wochen oder Monate mühsam hingehalten wird. Ich stehe auf dem Standpunkt, dass ich solchen Patienten, sobald sie in verzagten Augenblicken selber den Vorschlag machen, stets, selbstverständlich in schonender Weise, zur Rückkehr in die Familie rathe. Im eigenen, wie gerade der Kosten halber im Interesse der Angehörigen sind solche Patienten zu Hause am Besten aufgehoben. Nur wenn die örtlichen Verhältnisse eine Infectionsgefahr etwa für Kinder und Angehörige drohend machen, ist es angezeigt und Pflicht, die Kranken lieber in der Anstalt oder im Spital das Ende abwarten zu lassen.

Aus diesen Gründen lassen sich naturgemäss auch Todesfälle in der Anstalt nicht vermeiden und hatten wir auch in diesem Jahre wieder 4 in der Anstalt selbst zu beklagen. Da ich das fernere Ergehen der früheren Patienten, soweit irgend durchführbar, auch später genau zu verfolgen mich bemühe, muss ich schliesslich noch berichten, dass weitere 21 Patienten, von denen es zum grössten Theil auch mit Sicherheit zu erwarten war, im Verlauf des Jahres noch ausserhalb der Anstalt gestorben sind.

Die wöchentlich von mir in der Sprechstunde controlirte Gewichtszunahme betrug im neuen Hause bei einer Curdauer von 3—350 Tagen durchschnittlich pro Person 4,83 Pfund, die wöchentliche durchschnittliche Zunahme 0,65 Pfund; im alten Hause bei einem Aufenthalt von 5—144 Tagen auf die Person 5,4 Pfund, wöchentlich 0,97 Pfund. Der Gesammtdurchschnitt aller 171 in den Anstalten Behandelten beträgt demnach auf den Patienten eine Zunahme von 5,13 Pfund, auf die Woche berechnet von 0,79 Pfund. In Berücksichtigung, dass selbstverständlich alle, auch die schwersten, mit dauernder Abnahme aufgenommenen Patienten, bei diesen Durchschnittszahlen mitrechnen, sind sie zufriedenstellend und bei der zweifellos bedeutsamen Rolle, die eine allgemeine Körperaufnahme gerade bei der Phthise spielt, immerhin beachtenswerthe Resultate. Gewissermaassen als Curiosa mögen noch einzelne Fälle angeführt sein, in denen z. B. ein Patient — unglaublich aber wahr — in 3 Wochen 24 Pfund; ein Anderer in 10 Wochen 25 Pfund, ein Dritter in 6 Wochen 22 Pfund zunahm. Zunahmen von 3, 4 und 5 Pfund in einer Woche konnte ich mehrfach constatiren.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass ich bei 5 Patienten, die unter Behandlung von Prof. Klebs stehend, von ihm der Anstalt zugewiesen wurden und bei denen ich auf speciellen Wunsch der Patienten und unter freundlicher Controle von Prof. Klebs die begonnene Cur fortführte, Beobachtungen über die Wirkungen und Erfolge der intrarectalen oder intralaryngealen Injectionen mit Antiphthisin machen konnte. Selbstverständlich können diese wenigen Fälle nicht ausreichen, um pro oder contra ein Urtheil abgeben zu können, doch habe ich bisher mich noch nicht entschliessen können, auch andere Patienten zur Vornahme einer solchen Cur zu veranlassen.

Chronik.

S. K. Majestät haben unter dem 15. Februar zu der von Ihrer Königlichen Hoheit der Prinzessin Katharine von Württemberg verfügten Verleihung des Titels eines Leibarztes Ihrer Königlichen Hoheit an den Assistenzarzt 1. Cl. der Reserve, Sanitätsrath Dr. Gärtner dahier, die Allerhöchste Genehmigung gnädigst ertheilt.

S. K. Majestät haben am 18. Februar die erledigte Stelle des 2. Assistenarztes an der Pfleganstalt Weissenau dem Volontärarzt an dieser Anstalt, Dr. Karl Renz aus Wildbad, Allergnädigst zu übertragen geruht.

S. K. Majestät haben vermöge Allerhöchster Entschliessung vom 23. Februar nachstehende Orden und Medaillen zu verleihen geruht: das Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem ordentlichen Professor Dr. Baumgarten an der medicinischen Facultät der Universität Tübingen; das Ritterkreuz 1. Cl. des Friedrichsordens: dem OAArzt Dr. Engelhorn in Göppingen; die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem Dr. med. Votteler, Stabsarzt 1. Cl. der Landwehr in Esslingen, dem Dr. med. Georg Teufel, Stabsarzt a. D. in Tuttlingen, dem OAWundarzt Dr. Teufel-Cusin daselbst.