

**Zeitschrift:** Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes

**Herausgeber:** Schweizerischer Centralverein vom Roten Kreuz

**Band:** 37 (1929)

**Heft:** 7

  

**Artikel:** Die Tuberkulose im Jugendalter und ihre Bekämpfung

**Autor:** Lauener, Paul

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-556757>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 28.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

koholismus eingelieferten Männer konstatiert werden konnte, von 21 auf 17 % aller Insassen, stieg sie dann bis 1923 wieder erheblich an bis auf 24 % und hält sich seither auf durchschnittlich 24 %. Der chronische Alkoholismus ist eine Erkrankung, die sowohl durch Charakterschwäche erworben sein kann als auch durch Affektionen verschiedener Art, anschließend an Unfälle und Infektionskrankheiten. Man betrachtet denn auch heute mit Recht den chronischen Alkoholismus nicht mehr nur als Charakterschwäche, sondern als eine pathologische Störung, infolge Vergiftung

der Körperzellen, die nun die verschiedensten Störungen hervorrufen kann, Rausch, Delirium, Säuerwahn Sinn, Halluzinationen, grundlose Eifersucht usw. Erscheinungen, die auch schon bei normalem Alkoholgenuß vorkommen können.

Sämtliche Referate fanden besten Anklang bei der gewählten Zuhörerschaft. Wir sind überzeugt, daß die Tagung einen weiten Widerhall finden wird. Dem Zweigverein Bern-Mittelland sei auch von unserer Seite die Durchführung der Tagung bestens verdankt.  
Dr. Sch.

## Die Tuberkulose im Jugendalter und ihre Bekämpfung.\*)

Dr. Paul Lauener, Schularzt in Bern.

Die Tuberkulose ist auch heute noch eine der verbreitetsten Krankheiten in unserem Lande und damit eines der wichtigsten nationalen Probleme. Von Wegelin, Rägeli und Burckhardt wurde f. B. festgestellt, daß von sämtlichen in den Spitälern gestorbenen und seziierten Patienten über 90 % alte oder ausgeheilte Tuberkuloseherde aufweisen. Daraus ließ sich schließen, daß die meisten Menschen unseres Landes einmal einen tuberkulösen Prozeß durchmachen, der freilich in den meisten Fällen nicht zum Tode führt, sondern abheilen oder stationär verbleiben kann. Die Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose zu erfassen, ist außerordentlich schwierig und dürfte nur dann wirklich möglich sein, wenn die ganze Bevölkerung einer Gegend systematisch untersucht würde, ähnlich wie dies in letzter Zeit von Bräuning in Stettin geschah. Von verschiedener Seite wurde versucht, durch Berechnung einer Verhältniszahl zu der Tuberkulosesterblichkeit einen Schluß auf die eigentliche Verbreitung der Tuberkulose als Krankheit zu ziehen. Von Philips wurde an-

gegeben, daß laut den Erfahrungen der Tuberkulosefürsorge in Edinburgh auf je einen Todesfall an Tuberkulose 10 Tuberkuloseerkrankungen zu berechnen seien. Für die Schweiz wurde von den einen der Multiplikator 10, von den anderen der Multiplikator 12 angenommen. In einer Enquete berechneten de Quervain und Hunziker für die gesamte Schweiz zirka 15 000 chirurgisch Tuberkulöse. Für die Gesamttuberkulose der Schweiz wird mit einer Erkrankungsziffer von beständig 80 000 tuberkulös kranken Menschen gerechnet. Von den vier Millionen Einwohnern unseres Landes sterben früher oder später 600 000 an Tuberkulose.

Wenn die Tuberkulose als Erkrankung leider noch nicht in ihrer ganzen Ausdehnung erfaßt werden kann, so gibt doch die Tuberkulosesterblichkeit ein Bild. Aus der schweizerischen Statistik geht hervor, daß im Jahre 1925 in der Schweiz im ganzen 47 877 Menschen starben, davon 6005 an Tuberkulose, d. h. der achte Teil. Wenn wir nun die Sterblichkeitsziffern früherer Jahrzehnte mit den heutigen vergleichen, so läßt sich feststellen, daß die Tuberkulosesterblichkeit nicht unbedeutend zurückgegangen ist.

\*) Vortrag gehalten im sozialhygienischen Kurs, veranstaltet vom Zweigverein Bern-Mittelland des schweiz. Roten Kreuzes in Bern am 6. Juni 1929.

Betrachten wir nun nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen, wie sich die Jugend zur Tuberkulose verhält.

Auch bei der jugendlichen Tuberkulose ist zunächst die Tuberkulosesterblichkeit der einzige, uns zur Verfügung stehende Maßstab zur Feststellung der Tuberkuloseverbreitung.

#### Tuberkulosesterblichkeit und Alter in der Schweiz, 1911—1925.

Altersjahre	Von je 100 Todesfällen des betr. Alters entfielen auf			
	Lungentuberkulose		andere Tuberkulose	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
unter 1. .	0,6	0,6	1,4	1,6
1—4. .	2,6	2,9	11,5	11,8
5—14. .	4,9	11,4	16,7	19,5
15—19. .	21,9	42,9	12,6	15,6
20—29. .	29,5	43,3	7,6	8,5
30—39. .	26,2	30,3	5,0	5,4
40—49. .	19,0	18,1	3,5	4,6
50—59. .	11,4	9,3	2,2	3,1
60—69. .	5,5	5,4	1,5	2,0
70—79. .	2,0	2,1	0,7	1,2
80 u. mehr	0,5	0,5	0,3	0,5

Aus dieser Uebersicht geht hervor, daß die Tuberkulosesterblichkeit schon gleich nach der Geburt in Erscheinung tritt. Da heute bekannt ist, daß eine Tuberkulose im Mutterleib nicht erworben werden kann, so muß die Ansteckung des Säuglings durch einen Tuberkuloseherd in der Familie zustande kommen. Häufig wird er wohl bei der tuberkulösen Mutter liegen, die vielleicht selbst keine auffallenden Krankheitserscheinungen aufweist, trotzdem aber imstande ist, das Kleinkind zu infizieren.

Das Schulalter ist die Zeit der geringsten Tuberkulosesterblichkeit. Es ist dies insofern auffallend, als das schulpflichtige Kind durch das Zusammendrängen der Kinder in Schulstuben und Schulhäusern den Infektionskrankheiten stark ausgesetzt ist. Die Ausbreitung von solchen Erkrankungen ist denn auch im schulpflichtigen Alter, und vor allem in den ersten Schuljahren, eine sehr große. Wie wir noch sehen werden, wird in diesem Alter auch

die Tuberkulose stark verbreitet, aber sie findet nicht genügende Nahrung, um sich festzusetzen und zu tödlichen Manifestationen zu führen. Ueberhaupt ist das Schulalter die Zeit der geringsten Sterblichkeit. Es ist dies wahrscheinlich biologisch bedingt, indem in diesem Alter eine relativ hohe Abwehr und Ueberwindungsfähigkeit besteht neben einer starken Regenerierbarkeit der Gewebe. Die neuesten Untersuchungen von Redeker, Altmann, Bräuning und Romberg zeigen nun, daß die Sorglosigkeit, in die man sich wegen der geringen Tuberkulosesterblichkeit bei den Schulkindern jahrelang wiegen ließ, nicht begründet ist, weil die obgenannten Autoren durch weitgehende Untersuchungen feststellen konnten, daß viele Schulfinder bereits eine Tuberkulose durchmachen. Schon Hamburger, Pirquet, Feer u. a. stellten fest, daß die Tuberkulinempfindlichkeitsreaktion bei Kindern mit steigendem Alter zunimmt. Pirquet wies nach, daß von 1407 Kindern 5 % der Kinder im ersten Lebensjahr eine positive Tuberkulinreaktion zeigten, im 10. und 11. Lebensjahr war die Reaktion in 80 %, im 14. in 90 % der untersuchten positiv. Weniger hohe Zahlen fand Feer in Heidelberg. Es ergaben sich bei den einzelnen Untersuchern überhaupt große Unterschiede, weil offenbar nicht alle Landesgegenden in gleichem Maße tuberkulosedurchseucht sind. Wir konnten in Bern an einem großen Material untersuchter Kinder keine so großen Zahlen, wie die oben genannten feststellen. Immerhin erhielten auch wir etwa in 40 bis 50 % der 15jährigen positive Tuberkulinreaktionen. Wenn schon diese Feststellungen uns mit aller Deutlichkeit zeigen, daß die Tuberkulose schon im Kindesalter — wenn nicht zu schweren Symptomen oder häufig zum Tode, so doch zu Abwehrerscheinungen führt — so weisen doch die oben genannten Untersuchungen von Bräuning und Redeker daraufhin, daß Frühererscheinungen, sog. Frühinfiltrate, der Lungen auch bei Kindern recht häufige

sind. Diese vermögen sich freilich zurückzubilden, machen auch sehr oft keinerlei Symptome, können aber auch mit tuberkulosebazillenhaltigem Auswurf verbunden sein. In letzteren Fällen müssen diese Kinder als gefährlich angesehen werden, weil sie mitten unter den anderen Kindern leicht zu Weiterschleppung der Tuberkulose führen können. Diese sog. Frühinfiltrate sind der ärztlichen Untersuchung meist nur mittelst der Röntgenplatte und eingehender Beobachtung zugänglich.

Eine andere Form der Tuberkulose, die bei den Kindern häufig ist, ist die Skrophulose. Seit es Rob. Koch gelang, auch in skrophulösen Herden Tuberkelbazillen zu finden, muß die Skrophulose unstreitig der Tuberkulose zugezählt werden. Sowohl Frühinfiltrate wie Skrophulose vermögen bei den meisten Kindern nicht zu dauernden und schwerwiegenden Manifestationen zu führen; die Rückbildung der Herde ist jedoch häufig keine vollkommene Ausheilung, so daß bei einer späteren Sekundär- oder Wiederinfektion der alte Herd zur Aufflackerung gelangen kann. Vor allem die Kriegserfahrungen (nach Alexander, de la Camp, Leschke, Roepke) weisen darauf hin, daß die im Kriege an Tuberkulose erkrankten Soldaten fast ausschließlich einer Autoinfektion zum Opfer fielen. Auch bei unseren Soldaten konnte in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Ansteckung nicht im Militärdienst festgestellt werden; die eigentliche Infektion lag in früherer Zeit, vielleicht in der Kindheit. Die veränderten Lebensbedingungen brachten alte Herde zum Wiedererwachen. Der Vergleich mit der Syphilis, die aus einem Primärstadium und darauffolgenden Sekundär- und Tertiärstadien mit teilweise großen Intervallen besteht, ist naheliegend (Alexander).

So ist denn auch die nach dem Pubertätsalter oft jäh auftretende manifeste Tuberkulose wohl meist als eine Autoinfektion, als ein Wiederaufflackern alter Kindertuberkuloseherde anzusehen.

Betrachten wir einige Zahlen der Tuberkulose im jugendlichen nachschulpflichtigen Alter, so erkennen wir, daß bis zum 25. Lebensjahr die Tuberkulose ganz gewaltig an Ausdehnung in bezug auf die Sterblichkeit zunimmt.

Von je 100 Todesfällen des betr. Alters entfielen 1911—1925 in der Schweiz auf:

Altersjahr	Lungentuberkulose		andere Tuberkulose	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
15—19	21,9	42,9	12,6	15,6

Welches sind die mutmaßlichen Gründe für diese gewaltige Zunahme der Sterblichkeit nach dem 15. Altersjahr. Offenbar spielt hier die Pubertät eine Rolle. Es geht dies auch schon daraus hervor, daß im Schulalter viel mehr 14—15 jährige Mädchen an Tuberkulose erkranken, weil die Mädchen durchschnittlich um 1 ½ Jahre früher geschlechtsreif werden als die Knaben. Die Pubertät bedeutet wahrscheinlich eine Resistenzverminderung, die sich vor allem beim weiblichen Geschlecht durch die Meneses stärker geltend macht.

Dann aber bringt der Schulaustritt für viele Jugendliche eine gewaltige Umänderung der Lebensführung. Die geordnete Schule mit Freistunde, Turnübungen, freien Nachmittagen, 10—12 Wochen Ferien macht der Berufsarbeit Platz, die meist zum Leben im geschlossenen Raum ohne Freistunde, ohne genügende Ferien, ohne Fürsorgeeinrichtungen führt. Die plötzliche Milieuveränderung, die Möglichkeit, sich bei Erwachsenen mit Tuberkulose neu zu infizieren, verminderte Resistenz und nicht zuletzt auch die psychologische Eigenart des Jugendlichen vermögen der Tuberkulose einen erheblichen Vorschub zu leisten.

Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit ist nun auch im Kindesalter festzustellen. Vor allem ist jedoch dieser Rückgang beim schulpflichtigen Jugendalter in ausgedehntem Maße zu beobachten. Wenn wir beispielsweise nur die Zahlen der Stadt



Vern herausgreifen, so entfielen auf je 100 Todesfälle des betreffenden Alters auf:

Altersjahr	Tuberkulose überhaupt		Davon Lungentuberkulose	
	1911—1915	1921—1925	1911—1915	1921—1925
unter 1	3,9	3,1	1,2	1,0
1—4	21,4	15,1	3,6	4,3
5—9	27,7	15,0	3,6	2,2
10—14	49,2	10,2	18,0	2,0
15—19	56,5	51,1	39,0	40,0

Der Rückgang im Schulalter ist so außerordentlich, daß er uns als auffallend erscheinen muß, während für das nachschulpflichtige Alter der Rückgang ein nur unbedeutender ist. In keinem Lebensalter ist der Rückgang ein so großer wie zwischen dem 10.—15. Lebensjahr, und ein großer Teil des allgemeinen Tuberkuloserückgangs überhaupt muß diesem Alter zugerechnet werden. Es ist naheliegend, die Sache für diese befriedigende Tatsache zunächst in der großen prophylaktischen Arbeit zu suchen, wie sie im Laufe der letzten 20 Jahre in den Schulen einsetzte: verbesserte Schulhygiene überhaupt, ärztliche Aufsicht, Ferienversorgung, Speisung, weniger große Füllung der Klassen, Freiluftbewegung der Schulen, Verbesserung der Resistenz schon vom Kleinkind an durch Säuglingsfürsorge, Mütterberatung, günstigere soziale Verhältnisse, Abnahme der Rachitis, der Geburtenziffern, die eine Verkleinerung der Familien und damit eine geringere Infektionsmöglichkeit gestatteten und gleichzeitig zu einer Resistenzverbesserung führten. Die Rachitisabnahme ist insofern auch für die Tuberkulose nicht gleichgültig, als nach den Untersuchungen der Kinderärzte, vor allem Pfäunders, die Rachitis zu einer allgemeinen Konstitutionsverschlechterung und Schädigung führt.

Trotz diesen günstigen Erfahrungen, die wir in bezug auf die Tuberkulosesterblichkeit

im Schulalter machen, dürfen wir uns dadurch nicht zur Sorglosigkeit verleiten lassen. Die noch immer unerfreuliche Tuberkulosesterblichkeit im nachschulpflichtigen Alter bedeuten für uns einen Fingerzeig, daß wir noch lange nicht am Ziel sind, ja, daß wir gerade wegen der oben erwähnten frühzeitigen Infektion der Kinder, dem Klein- und Schulkind noch eine weit größere Beobachtung müssen zuteil werden lassen, um sodann dem Schulaustretenden und dessen Berufsergreifung gegenüber völlige Klarheit zu besitzen.

Bevor wir uns den weiteren Auseinandersetzungen über die Bekämpfung der Tuberkulose zuwenden, haben wir uns noch die Frage der Tuberkuloseimmunität kurz vorzulegen. Gibt es eine Tuberkuloseimmunität? Die Immunisierung bei vielen Infektionskrankheiten ist Ihnen bekannt. Einige führen zu lebenslänglicher, einige nur zu zeitlich begrenzter Immunität. Die Tuberkulose befindet sich in ihrer immunisierenden Wirkung in einer besonderen Stellung. Während heute Untersucher, wie Römer, Much, Calmette eine langandauernde Immunität durch überstandene Tuberkuloseinfektion annehmen, lehnen andere diese ab oder drücken sich doch sehr vorsichtig aus. Nach Neufeld dürfte angenommen werden, daß beim Menschen ein spezieller Tuberkulosechutz sich nach der ersten Infektion allmählich im Verlaufe von Wochen und Monaten ausbildet, mit dem Abklingen der Infektion jedoch wieder verschwindet. Starke, ausgedehnte, häufige und massige Infektionen sind unter allen Umständen für die angesteckten Kinder gefährlich, weil die Infektion dann die Immunität überwiegt. Ebenso ist die Ansicht unrichtig, daß man sich — einmal mit Tuberkelbazillen infiziert — nicht mehr weiter anstecken könne. Trotzdem heute die Verhältnisse noch der definitiven Abklärung harren, kann darüber kein Zweifel bestehen, daß eine gewisse Immunitätswirkung auch der Tuberkulose innewohnt. Diese Immunität muß allerdings als eine relative bezeichnet werden.

Bestände eine Tuberkuloseimmunität nicht, so müßte die Menschheit — bei der gewaltigen Verbreitung der Tuberkulose — längst ausgestorben sein. Wichtiger ist vielleicht das Bestehen einer unspezifischen Immunität, wie wir sie ja auch bei anderen Krankheiten zu Gesichte bekommen. Neufeld sagt mit Recht: „Man hat zuweilen vergessen, daß es neben der spezifischen Immunität konstitutionnelle Faktoren gibt; die den Verlauf des einzelnen Tuberkulosefalles, wie die Epidemiologie der Krankheit weit stärker beeinflussen als eine erworbene Immunität.“ Nach Fr. v. Müller ist die Widerstandskraft, während der Jugend erworben, in der Abwehr gegen die Tuberkulose entscheidend. Unsere Hoffnungen, die Heilung oder Vermeidung der Tuberkulose auf Immunseren oder Tuberkuloseimpfstoffe zu setzen, sind noch nicht verwirklicht. Sie beschäftigen auch die ernstesten Wissenschaftler freilich ununterbrochen. Auch die heute viel besprochene Calmette'sche Immunisierung mit dem Bazillus Cal. Guérin harret noch der Abklärung. Vielleicht kommt der Tag, an dem durch eine Impfung ein dauernder Tuberkuloseschutz erzielt werden kann. Vorläufig aber bleibt uns nur das sichere Rezept Fr. v. Müllers, die Resistenz des Menschen zu erhöhen.

Nachdem wir nun einen Einblick in die Tuberkuloseverhältnisse beim Jugendalter bekommen haben, können wir uns nun zu der Bekämpfung der Tuberkulose wenden.

Aus den neueren Untersuchungen, welche wir oben erwähnten, geht die Bedeutung der Frühinfektion mit Deutlichkeit hervor. Wir erkennen daraus, daß wir in erster Linie beim Kinde beginnen müssen.

Eines der wichtigsten Momente bedeutet die Aufdeckung der einzelnen Tuberkulosefälle. Die Aufdeckung der kindlichen Tuberkulose stößt auf große Schwierigkeiten. Der klinische, vom Arzte erhobene Befund ist oft ein negativer, die feinen Frühersehe-

nungen — und diese sind die wichtigsten — entgehen der Untersuchung.

Es sollte angenommen werden, daß eine Tuberkulose — als eine Infektions- und konsumptive Erkrankung — vor allem beim Kinde subjektiv und objektiv oder in der Entwicklung sich geltend machen müßte. Das ist durchaus nicht immer der Fall. Es bestehen da sehr große individuelle Unterschiede. Es kann das eine Kind — trotz der tuberkulösen Infektion — sich anstandslos körperlich entwickeln, während ein anderes zurückbleibt. Es können bei vielen Kindern sicherlich absolut reaktionslose tuberkulöse Infektionen erfolgen, während bei andern, sowohl subjektiv wie objektiv feststellbare Reaktionen auf Gesundheit und Entwicklung bestehen. Von der reaktionslosen Form bis zu jener, die ausgesprochene Reaktionen setzt, sind viele Uebergänge und Zwischenglieder.

Subjektive Symptome, wie häufige Müdigkeit, Appetitstörungen, Herzklopfen, können auch bei anderen Störungen vorkommen. Die objektiven Erscheinungen — mangelhaftes Größen- und Breitenwachstum, Nachtschweiß, eingesunkene Brust, schlechte Haltung, Drüsen, skrophulöse Augenentzündung, schlechte Heilungstendenz bei Verletzungen — geben oft gewisse Richtlinien zur Erkennung der Tuberkulose.

Wichtig ist immer die genaue Angabe der kindlichen Gesundheitsgeschichte: Vererbungsverhältnisse und Belastung ist bei Kindern zweifellos wertvoll zu erfahren. Unter den persönlichen Angaben interessieren uns vor allem solche Erkrankungen, auf deren Boden erfahrungsgemäß leicht eine Tuberkulose aufschließen kann: Rachitis, Keuchhusten, Masern. Gerade die letztern drei Erkrankungen sind als resistenzvermindernde Krankheiten von besonderer Bedeutung. Dann werden uns zur Beurteilung wichtig sein die sozialen und allgemeinen Lebensverhältnisse des Kindes, wissend, daß

hier die Basis für einen Großteil der kindlichen Tuberkulose zu suchen ist.

Außerordentlich großen Wert legen wir immer wieder der Beobachtung der Eltern und vor allem auch der Schule bei. Buchführung über die Entwicklung der Kinder, wie sie von vielen Lehrern durchgeführt wird, halbjährliche Messungen, die den Entwicklungsgrad zu verfolgen ermöglichen, Angaben über Ermüdbarkeit, psychische und nervöse Empfindlichkeit, Leistungsfähigkeit, Abwesenzen können auch für die Aufdeckung der Tuberkulose wertvolle Aufschlüsse vermitteln.

Hinzu kommt nun die periodische ärztliche Untersuchung der Kinder, die freilich niemals alle Fälle aufzudecken vermag, weil dazu eine viel weitgehendere Untersuchung nötig ist. Aber es wird doch diese Kontrolle manche Beobachtung und Feststellung ermöglichen, die sonst ungemacht bleiben und später zu erschwerenden Konsequenzen führen müßte. Wir sind deshalb der Ansicht, daß über das ganze Land eine ärztliche Kontrolle — in periodischer Weise — der Kleinkinder, Schulkinder und der Schulentlassenen bis zum 18. Lebensjahr durchgeführt werden sollte. In der Schweiz besteht bis heute nur eine solche des schulpflichtigen Alters und auch diese nur in etwa 10 % der Gemeinden und bei einem Drittel der schweizerischen Schuljugend.

In andern Ländern — so in England und den Vereinigten Staaten — ist man in dieser Hinsicht schon bedeutend weiter als bei uns. Die ärztliche Ueberwachung des Kindes ist in England beispielsweise in einer fast lückenlosen Art und Weise durchgeführt, und der Staat selbst organisiert dieselbe und bezahlt den größten Teil der Kosten. In der Schweiz ist dies fast überall den Gemeinden überlassen, und die wenigsten Kantone besitzen darüber gesetzliche Bestimmungen. Das neue Tuberkulosegesetz bedeutet in dieser Hinsicht einen ganz außerordentlichen Fortschritt, indem dieses die ärztliche Ueberwachung

— so wie sie im schulärztlichen Dienst vorgesehen ist — subventioniert. Der Gesetzgeber sah den Wert der ärztlichen Ueberwachung der Kinder auch für die Tuberkulosebekämpfung ein. Für das Vor- und Nachschulalter sind diese Kontrollen erst in den Anfängen. Ich mache seit Jahren darauf aufmerksam, daß das Pubertäts- und Nachpubertätsalter einer ärztlichen Untersuchung unbedingt bedarf, eingedenk der Tatsache, daß hier die Tuberkulose immer noch eine erschreckende Sterblichkeit besitzt.

Ich wies im Vorliegenden mehrmals daraufhin, daß auch der ärztlichen Untersuchung viele Fälle von Tuberkulose bei den Kindern entgehen, weil sowohl der objektive wie der subjektive Befund nicht eindeutig ist und gelegentlich überhaupt nicht erhoben werden kann. Man ist deshalb dazu gekommen, für das kindliche und jugendliche Alter die obligatorischen Tuberkulinempfindlichkeitsprüfungen zu verlangen. Bielerorts wird diese denn auch bereits bei sämtlichen Schuluntersuchungen durchgeführt. Die Tuberkulinprüfung ist, wie sie heute gemacht wird, durchaus unschädlich und mit einer Impfung nicht zu vergleichen. Jedoch auch die Tuberkulinprüfung kann nur relativ als diagnostisches Mittel bezeichnet werden. Sie gibt uns zunächst nur an, ob ein Kind schon einmal eine tuberkulöse Infektion durchmachte. Sie gibt uns jedoch keinen Einblick in die Frage noch bestehender Herde, auch nicht in diejenigen der speziellen oder allgemeinen Immunität. Da es sich herausstellte, daß bei älteren Kindern bis zu 70 und 80 % positive Reaktionen zu beobachten sind, so ist es verständlich, wenn der Wert der Tuberkulinprüfung nur ein eingeschränkter sein kann.

Die auf Tuberkulin positiv reagierenden Kinder geben im übrigen, wie dies Herold in Koburg an einem großen Untersuchungsmaterial feststellte, einen gelegentlich sehr wertvollen Hinweis auf die Tuberkulose in den Familien. Herold untersuchte sämtliche

Familien der positiv reagierenden Kinder und fand dabei eine ganze Anzahl offener Tuberkulosen, die offenbar sonst gar nicht aufgedeckt worden wären.

Eine weitere Untersuchungsmöglichkeit liegt nun ferner in der Heranziehung der Röntgendurchleuchtung und des Röntgenbildes. Die Mithilfe des Röntgenbildes zur Feststellung der kindlichen Tuberkulose ist heute bei Kindern zweifellos unerläßlich.

Als Hilfsmittel für die Diagnose gilt heute auch die Blutsenkungsprobe. Diese besteht darin, daß man Blut, das mit acid. citr. vermischt wurde, in einem Röhrchen darauf kontrolliert, wie rasch sich die Blutkörperchen vom Serum trennen und der Schwere zufolge absinken. Man hat nun die Erfahrung gemacht, daß bei gewissen Krankheitsprozessen und so auch bei Tuberkulose das Absinken rascher erfolgt als normalerweise.

Zu den Beobachtungen müssen auch die Temperaturmessungen herangezogen werden. Es hat sich gezeigt, daß die Temperaturmessungen auch bei kindlicher Tuberkulose gelegentlich negativ ausfallen können und dann nicht immer als absolut wegleitend gelten dürfen. Es müssen eben stets alle Faktoren: Beobachtung, Angaben der Eltern, der Schule, Untersuchungsbefund, Tuberkulinprüfung, eventuell Röntgen, Blutsenkung und Temperaturmessungen mitberücksichtigt werden. Das erfordert für die Masse organisatorische Einrichtungen, Zeit, Einsicht und guter Wille.

Für die Verbreitung der kindlichen Tuberkulose ist die Aufdeckung der „Herde“, d. h. der offenen Tuberkulosefälle in den Familien von größter Bedeutung. Wir haben schon oben darauf hingewiesen, daß für die meisten Kinder die Ansteckungsquelle in der Familie liegt. Die Untersuchung jeder Frau im Wochenbett auf tuberkulosebakterienhaltigen Auswurf sollte obligatorisch sein. Die Mütterberatungsstellen, die freilich nur in

größern Städten bestehen, machen wohl überall auf die Gefahren der Tuberkulose der Mütter, des Pflegepersonals und der nahen Umgebung für den Säugling aufmerksam. Die Schwierigkeiten der Herderfassung liegen in verschiedenen Bedingungen. Eine der Hauptschwierigkeiten ist darin zu suchen, daß gewisse Tuberkulosekranke subjektiv nicht leiden und zudem nur hie und da tuberkelbazillenhaltigen Auswurf haben. Eine zweite Gefahr für das Kind liegt darin, daß die meisten Tuberkulosen der Erwachsenen nicht frühzeitig genug erfaßt werden. Eine weitere Möglichkeit der frühzeitigen Ansteckung der Kinder liegt in der nicht allgemeinen Durchführung der Hospitalisierung offener Tuberkulöser. Nach Vigon und Kintler werden jährlich in der Schweiz rund 2500 tuberkulöse Kranke aus den Sanatorien als nur gebessert und 500 als unge bessert entlassen. Diese letzteren sind zum großen Teil Bazillenträger und werden damit immer wieder zu Ansteckungsherden auch für unsere Jugend. Es ist deshalb eine genügende Unterbringungsmöglichkeit für offene Tuberkulöse erstes Erfordernis, damit diese Menschen auch genügend lange, bis sie keine Tuberkelbazillen mehr im Auswurf haben, isoliert bleiben können. Das erfordert große Mittel. Die gesetzlichen Bestimmungen des neuen Tuberkulosegesetzes werden hier außerordentlich entlastend wirken. Viele Sanatorien werden dabei ihren Betrieb auf ein Arbeitsprinzip umstellen müssen, damit die vielleicht jahrelang Internierten von der Arbeit nicht entwöhnt werden. Kollier hat das zweifellos größte Verdienst darin erworben, daß er auf diese arbeitenden Sanatorien hinwies und selbst damit den Anfang machte.

In wie weit die Sozialversicherung und vor allem die obligatorische Krankenversicherung für die Bekämpfung der Tuberkulose im allgemeinen und der Jugend im speziellen bewertet werden kann, entzieht sich heute bei uns noch der Beurteilung. Sie



kann zweifellos als bedeutender Faktor in der Tuberkulosebekämpfung angesehen werden, weil es der Krankenversicherung möglich sein dürfte, die Erkrankten frühzeitig zur Behandlung, zur Hospitalisierung und Sanatoriumsfürsorge anzuhalten.

Bei der Tuberkulosebekämpfung auch der Jugend spielen nun alle äußeren Lebensbedingungen und jene weiteren Verhältnisse eine

Rolle, die imstande sind, die Ansteckung des Menschen zu beeinflussen. In erster Linie gehören dazu die Wohnverhältnisse. Von vielen Untersuchern wurde und wird immer wieder auf das Wohnproblem hingewiesen. An Hand der Wohnverhältnisse der Stadt Bern sei auf einzelne Ergebnisse aufmerksam gemacht.

Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit vom Jahrzehnt 1911—1915 zum Jahrzehnt 1921—1925, nach Quartieren.

Stadtteil	Mittlere Wohnbevölkerung		Todesfälle an Tuberkulose (Lungen- und andere) im Jahrzehnt		Tuberkulosesterblichkeit auf je 10 000 Einwohner pro Jahr		Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit 1921-1925 gegen 1911-1915 in %
	1911 bis 1915	1921 bis 1925	1911 bis 1915	1921 bis 1925	1911 bis 1915	1921 bis 1925	
Rotes Quartier . . . . .	5 090	4 835	60	35	23,6	14,5	38,6
Gelbes „ . . . . .	2 126	1 997	37	15	34,8	15,0	56,9
Grünes „ . . . . .	4 799	4 700	93	47	38,8	20,0	48,5
Weißes „ . . . . .	3 217	3 130	54	37	33,6	23,6	29,8
Schwarzes „ (Matte) . . . . .	3 820	3 791	105	53	55,0	28,0	49,1
Innere Stadt	19 052	18 453	349	187	36,6	20,3	44,5
Länggasse-Jessenau . . . . .	16 554	17 641	176	141	21,3	16,0	24,9
Weissenbühl-Mattenhof-Hol- ligen . . . . .	21 455	24 871	253	199	23,6	16,0	32,2
Kirchenfeld-Schöpfhalde . . . . .	10 347	11 690	78	80	15,1	13,7	9,3
Breitenrain-Altenberg . . . . .	19 538	20 429	199	134	20,4	13,1	35,8
Lorraine . . . . .	4 792	4 850	58	43	24,2	17,7	26,9
Bümpliz . . . . .	—	6 566	—	39	—	11,9	—
Stadt Bern	91 738	104 500	1113	825	24,3	15,8	35,0

Für die Jahre 1911—1925 untersuchte das statistische Amt die Tuberkulosesterblichkeit der Stadt Bern auch nach Wohnquartieren. Mit aller Deutlichkeit zeigt sich bei dieser Bearbeitung, daß die Tuberkulosesterblichkeit in den schlechten Wohnquartieren sehr viel häufiger ist als in den guten.

Die größte Tuberkulosesterblichkeit weist das alte Stadtgebiet auf. Obenan steht die Matte. Die geringste Tuberkulosesterblichkeit finden wir im Kirchenfeld — einem ausgesprochenen Villenquartier — und in dem ländlichen Bümpliz. Dank der bereits eingesetzten Wohnungsfürsorge durch die Stadt und durch die gemeinnützige Baugenossenschaft, durch hygie-

nische Maßnahmen der Schule, der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge, aber wohl auch durch die Verkleinerung der Familien infolge des Geburtenrückganges ist in den letzten Jahren auch in den schlechten Wohnquartieren die Tuberkulose zurückgegangen.

Für die Matte konnte innert 15 Jahren ein Rückgang von beinahe 50 %, in einem andern Teil der innern Stadt sogar von 56,9 % berechnet werden. Das ist immerhin ein großer Hoffnungsschimmer und zeigt uns auch wieder, daß die Pessimisten unrecht haben, die glauben, daß zur Rettung der Menschen alle Anstrengungen zwecklos seien. Von allen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäf-



tigen, wird neben den sozial schlechten Verhältnissen immer wieder auf die Bevölkerungsdichte und ihren Einfluß auf die Tuberkulosesterblichkeit hingewiesen. Große Bevölkerungsdichte und sozial schlechte Verhältnisse laufen oft parallel, weshalb die beiden Momente, verglichen mit der Tuberkulosesterblichkeit, ähnliche Resultate liefern. Für die Stadt Bern wurden folgende Zahlen festgestellt:

Stadtteil	Einwohnerzahl pro km <sup>2</sup> am 1. Dez. 1920	Tuberkulose- sterblichkeit auf je 10 000 Einwohner 1911—1925
Innere Stadt .	232	28,8
Länggasse- Felsenau .	47	19,3
Weissenbühl- Mattenhof .	53	18,8
Kirchensfeld- Schoßhalde .	21	15,1
Breitenrain- Lorraine .	46	17,9

Ähnliche Parallelität zwischen Bevölkerungsdichte und Tuberkulosesterblichkeit wurde schon öfters, so auch von Dr. Ost, dem früheren Stadtarzt von Bern, festgestellt.

Unverkennbar ist der Einfluß der sozialen Lage auf die Tuberkulosesterblichkeit. In einer von mir durchgeführten Untersuchung bei 978 Familien von Kindern der bernischen Primarschulen konnte festgestellt werden, daß in der Stadt Bern die ärmere Bevölkerung bedeutend stärker an Tuberkuloseerkrankung leidet als die besser situierte. Dabei ergaben sich Tuberkuloseerkrankungen in den Familien:

in zwei sozial günstigen Schulbezirken	in zwei sozial ungünstigen Schulbezirken
bei 10,2 %	bei 20,0 %
13,3 %	25,9 %

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß die Tuberkulose bei schlechten sozialen Verhältnissen häufiger auftritt. Zu gleichen Resultaten gelangte z. B. auch Guillerat und Hersch für Paris. Nach den Berechnungen

von Sternberg ist für Wien die Tuberkulosesterblichkeit direkt proportional der Bevölkerungsdichte und umgekehrt proportional dem Einkommen. Man hat überhaupt dem Wohlstand und der sozialen Lage, auch ganz abgesehen von den Wohnverhältnissen, eine große Bedeutung bei der Ausbreitung der Tuberkulose zugemessen. Mangelhafter Wohlstand und schlechte soziale Lage allein machen freilich noch keine Tuberkulose. Es bedarf da noch anderer Bedingungen. Sie begünstigen die Tuberkulose jedoch in hohem Maße. Es bedarf vor allem der Ansteckungsmöglichkeit und dabei wie häufig und wie massig diese Ansteckung und Berührung mit Tuberkulosen ist. Wie stark die gegenseitige Ansteckung sich geltend machen kann, zeigt die Untersuchung von Bräuning in Stettin, bei welcher Gelegenheit die Erfahrung gemacht wurde, daß von 1000 Einwohnern im allgemeinen 5,4 Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose kommen, auf 1000 Angehörige von Tuberkulosen jedoch 32, d. h. sechsmal mehr.

Im ferneren wird auch dem Klima eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Entstehung der Tuberkulose zugemessen. Wir glauben, daß für die Tuberkulosesterblichkeit das Klima in der Tat von großer Bedeutung sein muß. Wir erkennen deutlich, daß die südlichen Staaten (Italien, Griechenland, Spanien), trotz weniger ausgebildeter Gesundheitspflege, trotz allgemeinen Spuckens auf den Boden, trotz häufiger Armut und eines weniger entwickelten kulturellen Niveaus, eine relativ geringe Tuberkulosesterblichkeit aufweisen. Daß hier Gleichmäßigkeit des Klimas, Trockenheit, Sonne, Licht und der Umstand, daß die Menschen nur selten in geschlossenen Räumen verbleiben müssen, das günstige Resultat bewirken, scheint uns klar. Es kann in unserem Lande das Klima die Tuberkulose begünstigen: starke Temperaturunterschiede, Feuchtigkeit, 7 Monate müssen bei uns in geschlossenen Räumen verbracht werden (6/10

unserer Tage sind sonnenlos), zu wenig Luft, Licht, Sonne und daneben zu starke gegensätzliche Einflüsse auf den Körper. Diese letzteren führen leicht zu den „Erfältungen,“ die nun ihrerseits einer Infektion die Tore öffnen können, indem sie vorübergehend zu Resistenzverminderungen führen. Von Schmid und Ganguillet wurde für die Schweiz nachgewiesen, daß die Tuberkulose mit steigendem Höhenklima abnimmt. Jedoch werden je nach der Art des Klimas, nach der Lebens- und Arbeitsweise Durchbrechungen dieses Grundsatzes angegeben. Das Höhenklima hat seine günstigen Eigenschaften für die weniger starke Tuberkuloseverbreitung neben andern wohl vornehmlich der relativ gleichmäßigeren Temperatur, der geringeren Feuchtigkeit und der intensiveren Bestrahlung zu verdanken. Vorzüglichen Einblick in die Bedeutung der klimatischen Verhältnisse auf die Tuberkulosesterblichkeit gewinnt man aus den schwedischen und norwegischen Statistiken. (Statist. årsbok för Sverige 1925 — for Kongerikt Norge 1924). In einer Zusammenstellung von Freudenberg ist deutlich ersichtlich, wie die Tuberkulose in Schweden und Norwegen nach Norden hin zunimmt. Bei der Untersuchung wurde genau festgestellt, daß weder Verschiedenheit der Rasse, der Lebensbedingungen, des Wohlstandes oder der Kultur eine Erklärung für diese Unterschiede geben könnte, sondern daß lediglich das Klima, die große Differenz der Sonnenverteilung beschuldigt werden müssen. Auch Ganguillet hat für die Schweiz erklärt, daß die schattigen, tiefen Täler, die oft wochenlang keinen Sonnenstrahl bekommen, eine höhere Sterblichkeit aufweisen.

Auf jeden Fall springen die Unterschiede zwischen Schweden, Norwegen und Finnland mit relativ hoher Tuberkulosesterblichkeit und Italien, Spanien und Griechenland mit relativ niedriger Tuberkulosesterblichkeit in die Augen. Dabei sind die nordischen Staaten in hygienischer Beziehung den südlichen weit überlegen. Aber auch die klimatischen Einflüsse können

durch Abhärtung, Gewöhnung, Art der Ernährung bis zu einem gewissen Grade wettgemacht werden. Ein Beweis dafür dürften vor allem die Angelsachsen mit ihrem starken Tuberkuloserückgang liefern, die — trotz häufiger feuchter und schlechter Witterung — die Freiluftbewegung systematisch betreiben.

Die Tuberkulosebekämpfung bei der Jugend kann niemals erfolgreich durchgeführt werden, wenn in unsern Breiten, den allgemeinen sozialen und hygienischen Verhältnissen nicht Rechnung getragen wird, weil das Fehlen dieser letzteren die Widerstandskraft herabsetzt und damit günstige Angriffspunkte für die Tuberkulose schafft.

Wir dürfen aber nicht hier allein stehenbleiben, wir müssen über dies hinaus noch für Verbesserung der Resistenz sorgen. Das geschieht durch geeignete Maßnahmen fürsorglicher Natur.

Wir wissen längst, daß durch zweckmäßige Ernährung eine Resistenzverbesserung möglich ist. Falsche und unzureichende Nahrung führt leicht zu allgemeinen Störungen, die beim Kleinkind zu Rachitis und damit zu einer Resistenzverminderung überleitet, die auf diesem Wege die Tuberkulose begünstigt. Aufklärung über die Ernährung ist nötig. Die vitaminreiche Nahrung verhindert die Rachitis und damit hilft sie indirekt auch der Tuberkulosebekämpfung.

Eine für unsere Jugend und für die Tuberkulosebekämpfung äußerst wertvolle Einrichtung besteht in der ausgedehnten Ferien- und Erholungsunterbringung in den Bergen oder an den Seen. Heute wird eine jährliche 4wöchige Ferientour mindestens 10% sämtlicher Schulkinder der Schweiz zuteil. Die größeren Städte sind so weit in der Ferienversorgung und der Propagierung derselben fortgeschritten, daß heute in Bern zum Beispiel jährlich 70% der Schulkinder, sei es von den Eltern aus, von den städtischen oder von den privaten Institutionen in Ferienturen versorgt werden.

Solche Ferienturen fehlen für das nachschulpflichtige Alter fast ganz. Seit einigen Jahren wird freilich da und dort mit der Unterbringung auch der Jugendlichen begonnen. Den meisten Jugendlichen fehlt es jedoch an genügenden Ferienzulagen in ihren Lehr- und Berufsverhältnissen. Es ist betäubend, feststellen zu müssen, daß die Ferienverhältnisse für Jugendliche in unserem Lande noch ganz schlechte sind. Bei einer Durchschnittsberechnung dürften auf den einzelnen Lehrling kaum mehr als 8 Tage Ferien jährlich entfallen. Sogar in Einrichtungen des Bundes, wie der schweizerischen Waffenfabrik, erhalten die Lehrlinge jährlich nur drei Tage Ferien. Viele private Unternehmungen besitzen freilich heute für ihre Lehrlinge tadellose Fürsorgeeinrichtungen. So schicken verschiedene Firmen ihre Lehrlinge in Ferienheime, halten ihnen Ski- und Berghäuser, sorgen für zweckmäßige Freizeitbeschäftigung und suchen sie so hinauszuführen aus der Fabrikluft an Licht und Sonne.

Einrichtungen, wie die Pfadfinder, die Naturfreunde, gewisse Sport- und Turnverbände, Hoffnungsbund, Wanderherbergen, Jugendstuben, Freizeitbewegung u. a. m. versuchen, mitzuhelfen an der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Ferienplätze.

Von besonderem Einfluß wird hier auch die Arbeit der Tuberkuloseeligen und der Tuberkulosefürsorgestellten, deren Aufgabe ja einerseits in der Unterbringung Tuberkulöser, andererseits aber in der Mithilfe an der Vorbeugung liegt.

Der Schule entsteht durch die Verbesserung der Schulgesundheitspflege, der Verantwortlichkeit auch für die körperliche Ausbildung in vernünftigem Turnen und Sport, in einer planmäßigen Ausbildung der Freizeitbeschäftigung, aber auch der Förderung aller hygienischen Maßnahmen und vornehmlich einer Erziehung

zur Reinlichkeit, eine große Aufgabe als Mithelferin zur Widerstandserhöhung unserer Jugend und damit bei der Tuberkulosebekämpfung. Eine besondere Bedeutung erhält im Kampf der Schule gegen die Tuberkulose die Freiluftschulbewegung. Hinaus mit den Kindern aus den dumpfen Schulstuben, das offene Fenster muß zum Lösungswort der Schule werden.

Endlich sei in der Bekämpfung der Jugendtuberkulose auch der Aufklärung gedacht. Es ist in dieser Beziehung in den letzten 10 Jahren in der Schweiz viel getan worden. Wir erinnern an die Tätigkeit der schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose, des schweizerischen Roten Kreuzes und der Samariter, der schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege, des Cartel romand d'hygiène sociale et morale und der schweizerischen Frauenvereine. Im Vergleiche zu andern Ländern ist die Aufklärungsarbeit bei uns noch jung und nicht eingewurzelt. In den Schulen fehlt eine systematische Aufklärung der Jugend vielerorts. Im Hygieneunterricht in den Seminarien, im anthropologischen Unterricht in den Primar- und den Mittelschulen wird freilich mancherorts gute Arbeit geleistet. Bern verteilt alljährlich ein Merkblatt an die austretenden Schüler. Vorbildlich scheint uns in der Tuberkuloseaufklärung Großbritannien zu sein. Dort ist durch intensivste Aufklärungsarbeit und Propaganda für die Bekämpfung der Tuberkulose dieselbe in einer Weise zurückgegangen, daß heute London die geringere Tuberkulosesterblichkeit besitzt als die Schweiz. Die Engländer haben den Grundsatz, daß jedermann jeden Tag irgendwo irgend etwas über die Tuberkulose zu hören, zu lesen oder zu sehen bekommen soll. Es mag uns oft grotesk anmuten, wenn wir die drastischen Bilder sehen, wenn in jeder Bedürfnisanstalt, eingedenk, daß dort zwangsmäßig jeder täglich eintritt, Plakate und Aufschriften über die Tuberkulose sich finden. Diese Aufklärungsmaßnahmen, so langweilig und

aufdringlich sie scheinen mögen, sind bei der menschlichsten aller Eigenschaften, der Vergeßlichkeit, durchaus notwendig, nicht nur in England, auch bei uns.

### **Zusammenfallende Forderungen in der Bekämpfung der Tuberkulose im Jugendalter.**

1. Beseitigung der offenen Tuberkulosen aus den Familien oder möglichste Absonderung in den Wohnungen.
2. Untersuchung der Wöchnerinnen auf tuberkelbazillenhaltigen Auswurf.
3. Ärztliche Kontrolluntersuchungen sämtlicher Kleinkinder, Schulkinder und Schulentlassenen bis zum 18. Lebensjahr in periodischen Untersuchungen.
4. Schaffung genügender Unterbringungsmöglichkeiten für offene Tuberkulose.
5. Allgemeine hygienische und soziale Maßnahmen: Spuckverbot, Hustendisziplin, Bekämpfung von Staub- und Fliegenplage, Wohnungs-sanierung, För-

derung der offenen Bauweise, Bekämpfung der die Tuberkulose begünstigenden Krankheiten (Rachitis, Masern, Keuchhusten, Erkältungen). Verbesserung des allgemeinen Wohlstandes. Förderung aller schulhygienischen Fragen.

6. Fürsorgemaßnahmen. Schaffung zweckmäßiger Kindergärten, Freiluftschulen, das offene Fenster der Schule, Ferienversorgung, Sport und Turnen in vernünftiger Weise, Schaffung genügender Ferien- und Unterbringungsmöglichkeiten für Jugendliche (15.—20. Lebensjahr).
7. Zusammenarbeit der Eltern, Ärzte, Schule, Schulärzte, Fürsorgestellten.
8. Aufklärung in Schule und Elternhaus und der gesamten Öffentlichkeit.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen angelangt. Ich versuchte, Ihnen zu zeigen, daß die Tuberkulosebekämpfung bei der Jugend beginnt. Die Jugend ist unsere zukünftige Kraft. Von ihr erwarten wir neue Taten zum Wohle der Menschheit. Sie gesund, kraftvoll und glücklich heranzubilden ist unser Ziel und unsere Pflicht.

## **Aus unfern Zweigvereinen. — De nos Sections.**

### **Thurgauische Samaritervereine.**

Nadorf scheint dieses Frühjahr zum Treffpunkt verschiedener kantonaler Verbände ausgerufen worden zu sein. Nachdem im Laufe der letzten zwei Monate bereits drei kantonale Delegiertentagungen hier abgehalten worden sind, hat sich am letzten Sonntag als vierte die Delegiertenversammlung des Verbandes der thurgauischen Samaritervereine angeschlossen. Den Gästen wurde, im Anschluß an das Eröffnungswort des Kantonalpräsidenten, durch den Präsidenten der Sektion der Versammlungsortes ein freundlicher Willkommgruß entboten, und gerne hat auch die allzeit rüh-

rige Musikgesellschaft Nadorf die Gelegenheit benützt und es sich zur Ehre angerechnet, durch zwei raffige Marschvorträge den Gästen Nadorfs Sympathie und Gastfreundlichkeit zu bekunden. Herr Kantonalpräsident E. Zost leitete dann in gewohnt fließender Weise die geschäftlichen Verhandlungen. Jahresbericht, Jahresrechnung, Revisionsbericht, sowie die von Seiten des Kantonalvorstandes den Sektionen vorausgehend schriftlich zugestellten Anträge wurden reibungslos von der Versammlung genehmigt und die Arbeit der Mitglieder des Verbandsvorstandes bestens verdankt. Die tabellarische Zusammenstellung der