



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



LANE

MEDICAL



LIBRARY

Seidel

Collection

HISTORY OF MEDICINE
AND NATURAL SCIENCES

AMERICAN BOOK CO. NEW YORK



**LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305**

Für die Türkei.

Selbstgelebtes und Gewolltes

von

Dr. Robert Rieder Pascha

a. o. Professor der Chirurgie an der Universität Bonn z. Z. Generalinspektor
der Kaiserl. ottom. Medicinschulen und Direktor des Krankenhauses Gülhane.

Bd. I.

Das Krankenhaus Gülhane.

Mit 2 Plänen und 3 Abbildungen im Text.



Verlag von Gustav Fischer in Jena.
1903.

4s

.....


~~~~~  
**Alle Rechte vorbehalten.**  
~~~~~

© 2004 IBM Corp. IBM, the IBM logo, and the e-business logo are trademarks of International Business Machines Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners.

53
-1

In dankbarster Erinnerung

an

Max Schede

weiland o. ö. Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik
an der Universität Bonn.

Schaffensfreudig und rastlos tätig bis zum Tode im Dienste der
leidenden Menschheit —
So lebt er uns, den Schülern — ein unvergessliches Vorbild!

„Ich halte diesen Drang vergebens auf,
Der Tag und Nacht in meinem Busen wechselt,
Wenn ich nicht sinnen oder dichten soll,
So ist das Leben mir kein Leben mehr.
Verbiete Du dem Seidenwurm zu spinnen,
Wenn er sich schon dem Tode näher spinnt.
Das köstliche Geweb' entwickelt er
Aus seinem Innersten und lässt nicht ab,
Bis er in seinen Sarg sich eingeschlossen.“

(Goethe, Torquato Tasso).

Vorwort.

Von den drei grossen Feindinnen der Vernunft und Wissenschaft ist die gefährlichste nicht die Bosheit, sondern die Unwissenheit und vielleicht noch mehr die Trägheit. Gegen diese beiden letzteren Mächte kämpfen selbst Götter dann noch vergebens, wenn sie die erstere glücklich überwunden haben.

(Ernst Haeckel, Die Welträtsel).

Die nachfolgenden Blätter sind zum Teil schon vor Jahresfrist geschrieben. Sie sollten anlässlich der auf den 1. September 1902 festgesetzten Eröffnung der neuen Militärmedizinischeule in Haidar Pascha in die Öffentlichkeit gelangen. Das unterblieb, da die Eröffnung der Schule nicht stattfand, vielmehr auf unbestimmte Zeit vertagt wurde.

Die Gründe, die mich jetzt zur Veröffentlichung drängen, sind mannigfacher Art; ich vermag sie hier nicht zu erörtern. Jedenfalls lege ich Wert darauf, eine Beschreibung der Arbeit, die ich in türkischen Diensten geleistet habe, zu geben und zu vertreten, während ich mich in diesen Diensten befinde.

Man wird aus dem Nachfolgenden erkennen, daß meine heutigen Erörterungen nur einen Teil des von mir für die Türkei Erstrebten betreffen. Sie bilden die Vorbereitung zur Hauptaufgabe: Ausarbeitung und Inszenesetzung einer durchgreifenden Reform des medizinischen Studiums in der Türkei. Die Darlegung dieser Reform, spez. ihr Wesen und ihr Ziel, werde ich ausführlich in Bd. II erörtern an der Hand einer Beschreibung der Konstruktion und Organisation der neuen Schule. Bd. III gibt eine Zusammenstellung der wissenschaftlichen Arbeiten der Lehrer und Schüler Gülhanes.

Wie auch im Kampfe der Parteien das Urteil über unsere Bestrebungen ausfallen möge, den Ernst und die Ehrlichkeit derselben anzuzweifeln, hat Niemand das Recht.

Moda, Juni 1903.

61301

Rieder.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Vorbereitungen.	
Beginn	1
Reformvorschläge zur Reorganisation des medizinischen Unterrichts und des Krankenpflegewesens in der Türkei. Als Manuskript gedruckt 1898	7
Gülhane.	
I. Abschnitt.	
Vorgeschichte des Krankenhauses (mit Ansichtsplan)	105
II. Abschnitt.	
Eröffnung des Krankenhauses	112
III. Abschnitt.	
Lage des Krankenhauses	116
IV. Abschnitt.	
Einteilung des Krankenhauses (mit 2 Plänen und deren Erklärung)	118, 122
V. Abschnitt.	
Beschreibung der Unterrichts- und Behandlungsräume	124
VI. Abschnitt.	
Schlußfolgerung und Einiges über den Krankenhausbau in der Türkei	133
VII. Abschnitt.	
Besondere Abteilungen des Krankenhauses	
a) Verbandfabrik	139
b) Medizinische Poliklinik	141
c) Pathologisch-anatomisches Laboratorium	141
d) Quarantäne	141
e) Wirtschaftsgebäude	142
f) Wohnungs- und Diensträume der Aerzte, Beamten, Soldaten des Krankenhauses	144
VIII. Abschnitt.	
Umgestaltung der Küche	145
Tabellen der Krankenkost, Berechnung derselben, Vergleich mit Deutschland	150, 155
IX. Abschnitt.	
Umgestaltung des Waschhauses	167
Reglement für Wäscheabfuhr, Reinigung und Desinfektion	169
Tabellen des Wäschebedarfes nebst Kostenberechnung	171
Zeiteinteilung im Oekonomiebetrieb (Reglement des Tagesdienstes)	173
Anhang, Türkische Kleiderordnung	174

	Seite
X. Abschnitt.	
Frauenarbeit in türkischen Spitälern	175
Bemerkungen über eine Reform der Schwesterpflege in Deutschland	179
XI. Abschnitt.	
Unseren Lehrer und Schüler	182
Bemerkungen über das Studium türkischer Offiziere und Aerzte in Deutschland	189
Dringlichkeit einer Reform resp. erstmaliger Gestaltung des höheren sanitätsdienstlichen in der türkischen Armee in Krieg und Frieden	189
Gestaltung des medizinischen Unterrichtes in Gülhane nebst Stundenplänen	189
Reglement für die technische Approbierung des anatum practicum in das Krankenhaus Gülhane kommandierten Militärärzte	204
Statuten für die Assistenzärzte des Krankenhauses	211
Bemerkungen über die Eigenart der türkischen Schüler und Resultate des Unterrichtes	214
Geläufigere Einführung der deutschen Sprache in den Stundenplan der Militär-Medizinschule, nebst Bemerkungen über den medizinischen Unterricht in französischer Sprache seitens eines Deutschen	219
Einschub des Studiums der pathologischen Anatomie und normalen Histologie in den Lehrplan Gülhanes	221
Ausgabe in der Türkei	222
Einschub des Studiums der Gynäkologie und Geburtshilfe in den Lehrplan Gülhanes, nebst Bemerkungen über Frauenuntersuchung und Franchbehandlung in der Türkei	223
XII. Abschnitt.	
Krankenaufnahme in Gülhane	225
Aufnahmebedingungen	226
Der Türke als Kranker. Die vorzüglichen Charaktereigenschaften des türkischen Volkes, insonderheit des gemeinen Mannes	227
XIII. Abschnitt.	
Statistiken	
Übersicht der Krankenzugangsbewegung vom 1. Januar 1899 bis 1. Januar 1903	231
a. Operationsstatistik	232
Bemerkungen dazu vom Direktor	271
Narkosenstatistik	275
Nationalitätenstatistik	277
b. Statistik der inneren Klinik	288
Bemerkungen dazu von Prof. Dr. Deycke	291
c. Statistik der Nervenkl.	309
Bemerkungen dazu von Prof. Raschid Bey	311
d. Statistik der chirurgischen Poliklinik	312
e. .. der gynäkologischen Poliklinik	313
f. .. der otolaryngologischen	313
g. .. der Poliklinik für Orthopädie und Massage	314
h. .. der medizinischen Poliklinik	316
i. .. der Todesursachen	323
XIV. Abschnitt.	
Inventarium des Krankenhauses (mit Preisangabe)	326
Bemerkungen dazu	359
XV. Abschnitt.	
Kosten des Krankenverpflegungstages	360
Vergleich mit Deutschland	362
Schlußwort	365

Als ich im Mai 1898 auf der Türkischen Botschaft in Berlin den Kontrakt unterzeichnete, der mich auf 3 Jahre der Türkischen Regierung in der Stellung eines Inspektors der Kaiserlichen Militärmedizinschule in Stambul verpflichtete, waren mir türkische Verhältnisse völlig unbekannt. Auch aus den mir vorliegenden Bedingungen¹⁾ konnte ich mir keineswegs einen klaren Begriff von dem machen, was man von mir erwartete, und die Hoffnung, daß das nach meinem Eintreffen in Konstantinopel anders werden würde, wurde gründlichst getäuscht. Denn so oft und so eindringlich ich auch bei meinen hohen Vorgesetzten nach dem Zweck „meines türkischen Daseins“ forschte, dieser Zweck blieb in ein undurchdringliches Dunkel gehüllt, und es verlautete nichts über Wesen und Ziel der vor mir liegenden Arbeit.

Daß es gerade angenehme Tage waren, die ich damals mit meinem langjährigen Freunde und nunmehrigen Mitarbeiter Doktor Deycke verlebte, kann ich nicht behaupten.

Hinter mir lag die praktische, zwar arbeitsreiche, aber streng geregelte Tätigkeit des deutschen Arztes und der ideale, mein ganzes Dasein ausfüllende Beruf eines akademischen Lehrers — vor mir ein tiefes Dunkel, kein Weg noch Steg, kein Anfang und kein Ende! Ich sah hinein in ein Gewimmel der widersprechendsten Meinungen und Strömungen, in ein wildes Durcheinander von feindlichen Religionen und Nationen, und ein Sprachengewirr schlug an mein Ohr, das mich völlig betäubte. Zudem mehrten sich die Stimmen derjenigen von Tag zu Tage, die mir den wohlgemeinten Rat gaben, die Koffer wieder zu packen und zu den heimatlichen Penaten zurückzukehren, denn „es ist ganz ausgeschlossen, daß Sie je in diesem Lande etwas Vernünftiges erreichen werden“.

Es war ein großes Glück für mich, daß ich unmittelbar nach meiner Ankunft ernstlich daran gegangen war, mir so rasch als mög-

1) Cf. pg. 7 und 9.

lich eine eigene, d. h. individuelle Anschauung und Auffassung der meine Mission betreffenden Dinge zu beschaffen, ehe noch dieses weitverbreitete, pessimistische Urteil über Land und Leute gleich von vornherein auch bei mir den Zustand vorbereiten konnte, der hier unter der Bezeichnung „vertürkt“ wohl bekannt ist, und für dessen Zustandekommen manche das Klima, d. h. den „Südwind“ verantwortlich machen.

Je mehr ich mit offenen, vorurteilslosen Augen und keineswegs in der Absicht, mich sofort sittlich zu entrüsten über alles, was hier nicht so wäre wie in Preußen oder sonst wo zuhause — je mehr ich also die medizinischen Verhältnisse Konstantinopels studierte, umso mehr erwuchs in mir die Ueberzeugung, daß mich das Schicksal plötzlich einer Aufgabe gegenübergestellt habe, wie sie verlockender, idealer, aber — daran zweifelte ich nicht — auch schwieriger selten einem Arzte und Lehrer in den Schoß gefallen ist.

Von diesem Moment ab ist es mir nicht schwer gefallen, den Weg zu erkennen, den ich gehen mußte, und den ich entsprechend meiner Individualität gegangen bin, mit all dem zähen Enthusiasmus im Herzen, der Gott sei Dank noch dem Deutschen innewohnt, wenn es gilt, ideale Aufgaben zu lösen, und Errungenes zu verteidigen.

Es schien mir das beste, zwar so rasch als möglich mit genau ausgearbeiteten Reformvorschlägen hervortreten, dann aber alles daranzusetzen, baldmöglichst eine feste Basis zu gewinnen, von der aus ich in der Folgezeit in der Lage sein würde, eine ersprißliche, vor allem unabhängige und praktische Tätigkeit zu entwickeln. Denn dadurch würde ich in den Stand gesetzt sein, die Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit meiner zunächst theoretisch entworfenen Reformen der türkischen Regierung auch **praktisch** beweisen zu können, wenn auch nur durch eine Ausführung im kleinen. Damit verzichtete ich gern und von vornherein auf die „lockende“ Privatpraxis der Großstadt und stellte jede verfügbare Zeit und Kraft in den Dienst der erkannten humanitären Aufgabe.

Als ich nach einigen Monaten mein im einzelnen durchgearbeitetes Programm der Türkischen Regierung vorlegte, war das Entgegenkommen und das Verständnis, das meine Ideen fanden, ein großes und tiefes. Damals entstanden zuerst meine nahen Beziehungen zu den mir vorgesetzten Ministern, dem Kriegsminister Excellenz Riza Pascha und dem Artillerieminister und Generaldirektor aller Militärschulen, Excellenz Zeki Pascha. Beiden und ganz besonders dem letzteren werde ich stets ein treues, dankbares Andenken be-

wahren, denn ihren sachgemäßen und wahren Berichten an S. Kaiserl. Majestät den Sultan ist es zuzuschreiben, daß S. Kaiserl. Majestät alle, aber auch alle Punkte meiner Vorschläge¹⁾ durch Kaiserl. Irade genehmigte und daß mir selbst jahrelang eine aktive Anteilnahme an der praktischen Durchführung derselben eingeräumt, ja sogar offiziell übertragen wurde, von einer Ausdehnung und einer Machtbefugnis, wie das wohl in Deutschland in parallelen Verhältnissen einfach undenkbar wäre.

Seitdem habe ich, selbst in den trüben Tagen des schweren Leids, das über mich gekommen, nicht aufgehört, der Verwirklichung meiner Ideen zu leben. Was ich erreichen konnte, will ich im Nachfolgenden berichten, streng objektiv und sachlich. Wo ich tadele, tadele ich nur, weil ich zu hoffen nicht müde werde, dadurch helfen zu können; wo ich einmal persönlich werden sollte, bedaure ich am meisten, daß ich die Sache nicht von der Person trennen kann, und ich bitte es mir ehrlich zu glauben, daß ich in der Person lediglich und allein die Sache bekämpfe.

Besonders bedaure ich, daß ich die Mangelhaftigkeit vieler türkischer Einrichtungen darzulegen nicht umhin kann. Aber als Chirurg weiß ich zu genau, daß ich eiternde Wunden nur der Heilung zuführe, wenn ich sie breit aufschneide. Leider gibt es bei uns in Deutschland Leute, denen schon der geringste Anlaß willkommen ist, um über die Türken und türkischen Verhältnisse schimpfend herzufallen, und zwar ohne die geringste Ahnung von den einschläglichen Verhältnissen zu haben. Die guten Leute täten oft besser daheim zu bleiben, und vor eigener Tür zu kehren, denn auch bei uns ist nicht alles Gold, was glänzt. Diesen gegenüber möchte ich schon jetzt betonen, daß ich die zu berührenden Mißstände keineswegs für so exorbitant halte, daß solche und ähnliche Zustände auch bei uns nicht existiert hätten, vielleicht sogar noch existieren, wenn man sich nur die Mühe gibt nachzusehen, und die Wahrheit einzugestehen, und daß die mir hier eingeräumte Stellung zur Genüge beweist, daß türkische Behörden sowohl wie Einzelpersonen den ehrlichen Willen und das ernstliche Bestreben hatten, Aenderungen zu schaffen. So einfach liegen aber tatsächlich die Verhältnisse hier nicht, daß da so ohne weiteres jeder Fremde vom grünen Tisch aus mitreden könnte. Will man trotzdem einzelne Bemerkungen meiner Schrift zu einer Schmähung

1) Reformvorschläge, Bericht I—IV, p. 9 etc.

der Türken verwenden, so erwarte ich wenigstens die Unparteilichkeit, daß man auch die guten Seiten der türkischen Verwaltung und die zahlreichen, vortrefflichen Charaktereigenschaften des türkischen Volkes, für das ich gerne und freudig gearbeitet habe, anzuführen nicht vergißt.


Meine Reformvorschläge habe ich vor mehreren Jahren (1898) als Manuskript drucken lassen; sie sind dadurch bereits einem kleinen Kreise bekannt geworden. Andererseits bilden sie aber so sehr die Basis und die Richtschnur für mein ganzes Tun und Treiben hier, daß ohne ihre genaue Kenntnis vieles unklar bleiben würde.

Das ist der Grund, warum ich sie nunmehr der Öffentlichkeit übergebe, und sie hier an erster Stelle folgen lasse.

Sowohl in diesen Reformvorschlägen, als auch in der übrigen Schrift, wird sich manches finden, was zu sagen für deutsche Verhältnisse mehr als überflüssig ist. Der deutsche Leser möge das damit entschuldigen, daß meine Erörterungen in erster Linie für die Türkei geschrieben sind, und bezüglich dieser einen didaktischen Zweck verfolgen. Damit glaube ich am ehesten gerecht zu werden den hohen, auf das Wohl des Volkes gerichteten Intentionen S. K. Majestät des Sultans, den dieses Volk seinen Vater nennt, und dem ich auch hier wie immer unsern untätigsten Dank zu Füßen legen muß dafür, daß wir für die wertvollsten Güter und die vitalsten Interessen eines fremden Volkes arbeiten durften mit Erfolg und in Betätigung reiner, edler Menschlichkeit.

Reformvorschläge

zur Reorganisation des medicinischen Unterrichts und Krankenpfliegewesens in der Türkei
(als Manuscript gedruckt und der Kaiserl. ottom. Regierung
überreicht 1898.)





Einleitung.

Wenn es sich auch in dem Nachfolgenden in erster Linie um eine Reorganisation der Kaiserl. Ottoman. Militärmedizinschule handelt, so glaube ich doch berechtigt zu sein, dieser kleinen Schrift den Titel: Reorganisation des medizinischen Unterrichtes in der Türkei zu geben, denn die Militärmedizinschule ist weitaus das größte und vornehmste medizinische Lehrinstitut des türkischen Staates, und es ist klar, daß eine wesentliche Neugestaltung derselben auch eine Neugestaltung der Zivilmedizinschule und damit des gesamten medizinischen Unterrichtes nach sich ziehen würde.

In der Ecole de Médecine werden sämtliche Militärärzte der gesamten türkischen Armee ausgebildet.

Sie ist vor 74 Jahren vom Sultan Mahmoud gegründet worden und hat ihre erste Blütezeit gleich nach der Gründung unter der Leitung deutscher Aerzte der Wiener Schule erlebt. Sie hat seitdem ununterbrochen bestanden und wird zur Zeit von ca. 500 Schülern besucht, die von mehr als 30 Professoren unterrichtet werden. Früher wurde in französischer, seit 15 Jahren wird in türkischer Sprache unterrichtet. Nur die wenigen nicht türkischen Lehrer unterrichten auch jetzt noch in französischer Sprache.

Da die Zahl der Schüler in den letzten Jahren stetig stieg, wurde von S. K. Majestät dem Sultan der Neubau der Schule in wesentlich vergrößertem Maßstabe befohlen. Hand in Hand hiermit sollte eine Umgestaltung des Unterrichtes statthaben. Mit dem Neubau ist bereits begonnen. Die zukünftige Schule kommt auf das Asiatische Ufer in unmittelbare Nähe des großen Militärhospitals Haidar-Pascha zu liegen. Das Hauptgebäude kommt Ende dieses Jahres unter Dach. Die Vollendung des Ganzen ist vor 3 Jahren nicht zu erwarten. Das Hauptgebäude, im italienischen Palaststyl geplant, verspricht geradezu großartig zu werden. Die Lage des Ganzen ist hygienisch tadellos und landschaftlich wunderbar.

Ende vorigen Jahres gab S. K. Majestät der Sultan, in voller Würdigung der Bedeutung deutscher medizinischer Wissenschaft, der deutschen Regierung Seine Absicht kund, die von ihm geplante Reorganisation der Militärmedizinschule von einem deutschen Uni-

versitätslehrer ausführen zu lassen. Er bat um die Entsendung eines solchen. Nachdem ich seitens des preußischen Kultusministeriums für diese Mission bestimmt und auf die Dauer von 3 Jahren beurlaubt war, habe ich meine Stellung als Inspektor der Medizinschule am 5. Juni angetreten. Ich habe mich sofort an das Werk gemacht und jedenfalls ernstlich versucht, meiner Aufgabe gerecht zu werden. Ob es mir gelungen ist, bis jetzt wenigstens das in mich gesetzt große Vertrauen meiner Regierung zu rechtfertigen, dafür sollen die nachfolgenden Blätter den Maßstab der Beurteilung an die Hand geben. Die in denselben niedergelegten Berichte sind gerichtet an Seine Excellenz den zuständigen Herrn Minister und Direktor der Militärschulen des Reiches Zeki Pascha, doch hoffe ich, dieselben auch persönlich S. K. Majestät dem Sultan überreichen und zusammen mit den Originalbauplan der zukünftigen Schule S. K. Majestät im mündlichen Vortrage erläutern zu dürfen.¹⁾

Ich habe die Berichte als Manuskript drucken lassen. Sie sind also keineswegs für die große Öffentlichkeit oder gar für die Tagespresse bestimmt, sondern nur für einen kleinen Kreis von Sachverständigen, die sich für meine Tätigkeit interessieren, oder deren Interesse und deren Hilfe ich für meine Sache gewinnen möchte. Darin möge zu gleicher Zeit die Berechtigung und die Entschuldigung gefunden werden für die wenn auch beschränkte Verbreitung dieser kleinen Schrift, der ich ihre ursprüngliche Fassung absichtlich gelassen habe.

Bei meiner Mission handelt es sich lediglich um die Erfüllung einer idealen Aufgabe. Da aber bei dem Ausfalle derselben zweifellos die deutsche medizinische Wissenschaft mitinteressiert ist, glaube ich auch aus diesem Grunde berechtigt zu handeln, wenn ich jetzt schon meine Pläne einigen Männern der deutschen Wissenschaft unterbreite, deren sachverständiges Urteil für mich maßgebend ist. —

Ich weiß, daß die Ausführung meiner Vorschläge auch in Zukunft auf recht große Schwierigkeiten stoßen und recht viel Arbeit Geduld und Ausdauer erfordern wird; doch weiß ich sehr genau, daß S. K. Majestät der Sultan meiner Mission ein großes Wohlwollen und Interesse entgegenbringt und weiterhin gibt mir das, was ich bereits hier fertigstellen konnte, Mut und Lust zu weiterer Arbeit in reichem Maße.

In der aller nächsten Zeit werde ich das von mir gegründet und völlig nach deutschem Muster eingerichtete Krankenhaus Gölhar eröffnen. Mein Assistent Dr. Deycke und ich werden hier am Krankenbette die Medizinschüler unterrichten. Deutsche Krankenschwestern werden hier im Vereine mit uns die Krankenpflege ausüben und wenn auch zunächst nur im kleinen Kreise, anfangen, türkische Krankenpfleger heranzubilden. Damit ist mein erster und der wesentlichste Punkt meines zweiten Berichtes erfüllt, vor Allem ist ab-

¹⁾ Januar 1903: Ist mir trotz aller Bemühungen leider niemals möglich gewesen.

für uns der Boden zu einer ersprießlichen Tätigkeit geschaffen und nunmehr gilt es, Einer Hohen Türkischen Regierung zu zeigen, was wir auf diesem Boden zu leisten vermögen¹⁾. Erst nach Jahresfrist erbitte ich billiger Weise die Genehmigung zur Ausführung meiner im Berichte II, III und IV niedergelegten Reorganisationspläne. Ich habe nämlich den sicherlich nicht unbescheidenen Wunsch, daß es nicht meine, seitens Einer Hohen Türkischen Regierung freiwillig übernommene Autorität des deutschen Universitätslehrers sein möge, welche die Berechtigung meiner Vorschläge dartut, sondern eigene Arbeit und Tätigkeit in türkischen Diensten.

Pera, den 1. Oktober 1898.

Professor Dr. Rieder.

I. Bericht vom 9. Juni 1898 betreffend:

Ausbau des Lyceum Gülhane zu einem modernen Krankenhause.

Nachdem S. K. Majestät der Sultan die Gnade gehabt hat, mich als „inspecteur de l'Ecole Impériale de médecine à Constantinople“ und als „professeur de Clinique interne et externe“ genannter Schule hierher zu berufen, erwächst mir die Aufgabe, Ew. Excellenz Vorschläge zu machen, die geeignet sind, „à assurer le parfait fonctionnement de cet établissement et à en faire une pépinière modèle de médecins capables et à la hauteur de la science moderne“²⁾. Zu gleicher Zeit hat S. K. Majestät der Sultan mir befohlen, eine Inspektion der Kaiserlichen Medizinschule und deren Einrichtungen sowohl, als auch eine Besichtigung des für mich als Hospital in Aussicht genommenen Lyceum Gülhane vorzunehmen, und die Resultate dieser Erhebungen Ew. Excellenz gutachtlich zu unterbreiten. Nachdem ich dem ersten Befehle sofort nachgekommen bin, erledige ich mich hiermit auch des zweiten Teiles des mir gewordenen Auftrages.

Gestatten aber Excellenz, von vornherein darauf hinzuweisen, daß die nachfolgenden Erörterungen über den engen Rahmen eines Berichtes hinausgehen, und daß ich die ergebene Bitte ausspreche, in ihnen ein bei mir feststehendes Programm erblicken zu wollen, auf Grund dessen allein ich imstande sein werde, die mir übertragene Aufgabe in ersprießlicher Weise zu lösen.

Die Besichtigung der Medizinschule hat auch mich zu der Überzeugung gebracht, daß ihre Gebäude und ihre Einrichtungen nicht mehr ausreichen, um Ärzte heranzubilden, die den vielfachen Anforderungen entsprechen sollen, welche die heutige Wissenschaft an jeden Arzt zu stellen das Recht hat. Nachdem aber S. K. Majestät der Sultan in Würdigung dieser Tatsache bereits den Neubau der

1) Januar 1903: Zum Zeugnis dessen das vorliegende Buch (Teil 1 u. 2).

2) Cf. § 1 meines Contractes.

Medizinschule befohlen hat, darf ich wohl die genauere Erörterung dieses Punktes, soweit sie nicht im nachfolgenden doch erfolgt, auf später verschieben.

Die Besichtigung des mir zum Krankenhaus bestimmten Lyceum Gülhane konnte mich nur mit Befriedigung erfüllen. Dasselbe ist außerordentlich günstig gelegen und entspricht den Anforderungen, die man in hygienischer Hinsicht heutzutage an ein Krankenhaus zu stellen verpflichtet ist. Die Säle sind geräumig und hell, die Fenster groß, die Ventilation genügend, die bereits in die Säle gestellten Betten gut. Selbst wenn das Gebäude mit mehr als 150 Betten versehen werden sollte, so bleiben doch noch genügend Räume übrig, um aus denselben alle heutzutage für ein modernes Krankenhaus unbedingt nötigen Nebenräume schaffen zu können. Aber diese Nebenräume müssen unbedingt geschaffen werden, wenn anders das Haus überhaupt als Krankenhaus, wenn auch nur auf kurze Zeit, dienen soll. Denn in dem Zustande, in dem es sich augenblicklich befindet, kann es natürlich noch nicht mit Kranken belegt werden.

Im engsten Zusammenhange mit diesem zukünftigen Krankenhaus steht meine Lehrtätigkeit.

Ich bitte Excellenz, sich der Erklärung erinnern zu wollen, die ich sofort im Anfange der Verhandlungen (Dezember vorigen Jahres) abgegeben habe: daß ich meinen Lehrberuf nur am Krankenbette ausüben kann.

Das ist in der jetzigen Militärmedizinschule unmöglich. Solange ich also nicht ein dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechendes Krankenhaus zur Verfügung habe, kann ich den mir übertragenen Unterricht nicht nach der Methode ausüben, die ich für die allein richtige halte, ja sogar: ich bin außer Stande, ihn überhaupt beginnen zu können.

Unterricht und die von mir für notwendig erachtete Reform sind aber identische Dinge in meinen Augen, d. h. auch diese Reform würde damit beginnen, daß das Gebäude nach meinen Vorschlägen so rasch als möglich ausgebaut wird.

Ich mache daher den Vorschlag, gerade mit Rücksicht auf die ausgezeichnete Qualifikation des hier in Frage kommenden Raumes und Ortes, das Lyceum Gülhane, unter völliger Aufrechterhaltung des bereits gegebenen brauchbaren Grundstockes, zu einem Hospital moderner Art auszubauen, derart, daß es als Vorbild für die zukünftigen Kliniken und Krankenräume der Medizinschule dienen kann. Und selbst für den Fall, daß es in dem Augenblick, wo die neue Medizinschule bezogen wird, seine Bestimmung als Krankenhaus verlieren soll, vormag ich diesen Vorschlag nicht zurückzuziehen. In jedem Falle muß ich der Vollendung dieses Hospitalen eine grundlegende und geradezu entscheidende Wichtigkeit zuerkennen hinsichtlich der Verwirklichung der projektierten Reorganisation der Medizinschule.

Ich bitte gehorsamst, Ew. Excellenz dieses näher ausführen zu dürfen.

Als oberster Grundsatz und als zu erstrebendes Ziel bei der Neuorganisation der Medizinschule gilt mir, die Schule so einzurichten, daß:

1. Aerzte an ihr ausgebildet werden, die in ihrem theoretischen Wissen und vor allem in ihrem praktischen Können allen Anforderungen entsprechen, welche die heutige medizinische Wissenschaft an die Aerzte aller Kulturvölker stellt.

2. Daß auch Aerzte aus ihr hervorgehen, die ihrerseits als Lehrer ihrer eigenen Landsleute an derselben Schule mit Erfolg wirken, und die auch mit selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten in den Wettbewerb mit den Aerzten anderer Völker treten werden.

Sollte auch zur Erreichung dieses Zieles zunächst die Mithilfe deutscher Universitätslehrer nötig sein, so soll dieses doch nur einen vorübergehenden Zustand bilden. Denn nach meinem Dafürhalten steht nichts im Wege, mit Hilfe der neuen Medizinschule auch in der Türkei dasselbe Ergebnis erzielen zu können, das die medizinischen Fakultäten Deutschlands täglich erreichen: praktisch ausgebildete Aerzte und wissenschaftliche Lehrer.

Naturgemäß kann dieses nur möglich sein, wenn die Türkei über Institute verfügt, an denen sich Einrichtungen befinden, welche das Studium aller Zweige der medizinischen Wissenschaft in aller nur wünschenswerten Weise garantieren.

Solange das nicht oder nur unvollkommen der Fall ist, werden die heranwachsenden Aerzte immer von neuem wieder in das Ausland getrieben werden, um sich von dort eine gründlichere Bildung zu holen. Es erscheint daher als eine *conditio sine qua non*: die neu zu begründende Medizinschule mit allen modernen wissenschaftlichen Hilfsmitteln (Inventar, Apparate, Instrumente etc.) zu versehen. Naturgemäß wird die Errichtung einer so großen Anstalt, als wie die neue Medizinschule seitens der Türkischen Regierung geplant wird, eine kostspielige und, wie ich nicht verhehlen will, nicht ganz leichte Sache sein. Allein, soll etwas wirklich Leistungsfähiges geschaffen werden, so sind weder Arbeit noch Kosten zu sparen. Auf jeden Fall muß der Plan der gesamten Einrichtung in allen Details genau festgesetzt sein, ehe man zur Ausführung schreitet. Ein Herumexperimentieren während der Einrichtung muß durchaus vermieden werden, wenn nicht viel Geld unnötig ausgegeben werden und wenn andererseits das ganze Werk ein einheitliches Gebilde darstellen soll.

In dieser Erwägung finde ich eine weitere Begründung meines oben vorgetragenen Vorschlages — d. h. ich halte es für sehr zweckdienlich, vor Inangriffnahme der definitiven Einrichtung der Medizinschule gewissermaßen eine kleine Vorprobe zu machen, dadurch daß ich das mir zugewiesene Hospital mit allen Einrichtungen eines Krankenhauses ersten Ranges versee. Gleichzeitig wäre ich dadurch am besten in der Lage, einer hohen Türkischen Regierung durch die Tat zu zeigen, wie ich mir die Neuorganisation der zukünftigen Schule denke. Denn auch die Reorganisation des Unterrichts würde

damit tatsächlich beginnen, da ich sofort in dem modern eingerichteten Krankenhaus meine Lehrtätigkeit anfangen kann, und es mir damit möglich gemacht wird, jetzt gleich wertvolle Erfahrungen sammeln zu können über die Eigenart meiner Schüler und der Kranken. Es ist dieses ein recht wichtiger Punkt bei der Ausarbeitung des definitiven Organisationsplanes. Ich bitte bedenken zu wollen, daß ich hier nicht deutsche Studenten unterrichte, oder für deutsche Studenten einen Lehrplan auszuarbeiten habe, sondern für Türken, und daß Lehrinrichtungen, die auf deutschen Hochschulen blühen, hierselbst nur dann Dauer haben werden, wenn sie nicht mechanisch übertragen, sondern der Eigenart des Landes und der Leute so weit als möglich angepaßt werden.

Mithin wird durch den Ausbau des Hospitals eine breite, sichere Basis sowohl für die Neueinrichtung der zukünftigen Medizinischen Schule, als auch für die innere Organisation derselben geschaffen.

Dabei zweifle ich gar nicht, daß trotz der jetzt zu bewilligenden Geldsumme schließlich doch noch Geld gespart werden wird. Diese jetzt zu bewilligende Summe setzt sich aus zwei großen Gruppen zusammen

In Gruppe A sind die im Krankenhaus unbedingt notwendigen baulichen Veränderungen enthalten. Hierbei handelt es sich allerdings nur den Fall, daß Gölhane später seine Bestimmung als Krankenhaus verlor, um fonds perdus, doch nur zum Teil: einmal wird z. B. durch Oelfarbenanstrich der Wände die Dauerhaftigkeit des ganzen Gebäudes nur erhöht werden, und diese Renovierung kommt daher späteren Verwendung des Gebäudes als Wohnung oder Lyceum ebenso zu gute, wie der hygienische Ausbau der Klosette und der Zimmer. Zugleich aber wird man sich, wie bereits oben erwähnt, gewisse Maßregeln, daß man gewissermaßen probeweise in Gölhane Maßnahmen im Hinblick auf die Einrichtungen trifft, die bei der Ausführung im großen Maßstab in Gölhane auszuführen sind, am sichersten von vornherein mit hinreichenden Geldausgaben schützen können.

Die Kosten der Gruppe B sind bedingt durch Einbauten, die für die Ausstattung der Räume unbedingt notwendig sind. Alle diese notwendigen Ausstattungen bestehen im allgemeinen aus mehr oder weniger, um so etwas unentbehrlicher für Einrichtung der neu zu errichtenden Schule geeignet waren. Die Kosten der Gruppe B sind im wesentlichen durch die Ausstattung der Räume und die Ausstattung der Schule mit geeigneten Lehrmitteln zu erklären. Die weiteren Kosten sind durch die Ausstattung der Räume mit geeigneten Lehrmitteln zu erklären. Die weiteren Kosten sind durch die Ausstattung der Räume mit geeigneten Lehrmitteln zu erklären.

Dabei darf ich Ew. Excellenz darauf aufmerksam machen, daß die unten des genauern aufgeführten einzelnen Zimmer mit ihrem Inventarium und Instrumentarium etc. derart projektiert sind, daß sie mit geringen Modifikationen in der neuen Medizinschule unmittelbar in eine Klinik umgewandelt werden können, denn die Apparate sind alle sehr reichlich berechnet und reichen auch für ein Krankenhaus mit der doppelten Bettenzahl aus.

Die Gesamtsumme, die zunächst aufzubringen wäre, vermag ich nicht vollständig zu überschauen, da ich aus Unkenntnis der hiesigen Verhältnisse über die Kosten der baulichen Veränderungen nicht orientiert sein kann, doch glaube ich, daß diese Kosten, da nur das Allernotwendigste gemacht werden soll, keine allzu hohen sein werden. Die Kosten der medizinischen Ausrüstungen werden sich auf 30 000 Fracs. belaufen. Wenn diese Summe hoch erscheinen sollte, was ich kaum glaube, bitte ich noch einmal daran erinnern zu dürfen, daß es sich hier nicht um eine Ausgabe für mein Hospital handelt, das in ein oder zwei Jahren doch wieder fortfällt, sondern um einen wesentlichen Teil der neuen Medizinschule selbst.

Selbstverständlich setze ich bei allem diesem voraus, daß mir bei dem Ausbau und der Einrichtung des Hospitals völlig freie Hand gelassen wird. Es gilt dieses für die Auswahl und den Ankauf der Apparate, Instrumente etc. ebenso, wie für die Angabe der zu treffenden hygienischen Umänderungen. Geschieht dieses, werden die Arbeiten sofort ausgeführt, die Neuanschaffungen durch Bewilligung der Kosten sofort in Angriff genommen, glaube ich versprechen zu können, daß Konstantinopel in einigen Monaten ein Krankenhaus besitzt, das in jeder Hinsicht und in jedem Staate jede sachverständige Kritik aushalten kann, und das zu gleicher Zeit eine Lehrstätte bilden wird, aus der viele tüchtige Aerzte und Lehrer der Türkei hervorgehen können.

Beilage A.

Detaillierte Angaben über die im Lyceum Gülhane vorzunehmenden baulichen Veränderungen ¹⁾.

Das Krankenhaus ist berechnet auf 150 Betten (100 chirurgische, 50 innere Kranke).

I. Allgemeines.

1. Die Wände sämtlicher Korridore, der Sale und der Zimmer, mit Ausnahme der Operationszimmer (cf. unten), sind bis etwa Manneshöhe vom Boden aufwärts mit weißer Oelfarbe, der übrige Teil der Wände mit weißer Kalkfarbe zu streichen.

2. Die Fenster und Türen der ebengenannten Zimmer sind samt ihrer Einfassung ebenfalls mit weißer Oelfarbe zu streichen.

1) Zusammengezogen aus dem Bericht vom 9. Juni und vom 18. Juni.

3. Die Fußböden aller Zimmer (mit Ausnahme der Operations- und der Badezimmer) (cf. unten) sind zu firmen, nachdem die zwischen den Dielen bestehenden Ritzen sorgfältigst verkittet sind¹⁾.

4. In alle Zimmer ist Gas- und Wasserleitung zu führen²⁾.

5. Für die Heizung soll durch Aufstellung geeigneter Öfen in allen Räumen des Krankenhauses gesorgt werden.

6. An allen Fenstern sind Ziehvorhänge aus weißem, gut waschbarem Leinenstoff anzubringen.

II. Spezielles.

Durch Umbau müssen folgende Nebenräume geschaffen werden:

1. Aseptisches Operationszimmer.

2. Septisches Operationszimmer.

Es ist in einer modernen chirurgischen Klinik unerlässlich, daß die Kranken, die an Eiterung der Wunden leiden, streng von den übrigen Kranken während ihrer ganzen Behandlungsdauer getrennt werden, weil sie eine große und andauernde Infektionsgefahr für die übrigen Kranken darstellen. Deshalb werden sie auch in einem gesonderten Zimmer operiert, während eine Infektion des eigentlichen Operationszimmers vermieden wird.

3. Zimmer für makroskopisch-histologische Arbeiten.

Hier finden die Untersuchungen aus dem Gebiete der inneren Medizin statt. Auch mesobakteriologische Untersuchungen können hier abgefaßt werden. Von jeder Patientin werden hier die für die Operationen zu verwendenden Organe makroskopisch untersucht. Das Zimmer gehört also nicht zum Ressort der pathologischen Anatomie.

Seine Bedeutung ist um so wichtiger, als die für die Herzoperationen schon sehr ausgebildet waren. Infolge dessen reut man streng zu unterscheiden und die Stellen sorgfältig zu untersuchen. Die vom kranken Organen entnommenen Organe sind makroskopisch untersuchen. Nach dem Ende der Operationen wird einstens durch folgenden Untersuchungen. Aus dem Zimmer.

4. Zimmer für die histologischen Untersuchungen. Für die histologischen Zwecke.

Die Makroskopie der inneren Organe ist ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen. Die histologischen Untersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen. Die histologischen Untersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen.

Die histologischen Untersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen. Die histologischen Untersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen. Die histologischen Untersuchungen sind ein wichtiger Bestandteil der histologischen Untersuchungen.

Diese Gebiete gewinnen so sehr von Tag zu Tag an Bedeutung, daß es überflüssig ist, noch Erklärungen hinzuzufügen. Außerdem ist Dr. Deycke besonders ausgebildet in diesen Spezialfächern, so daß er in hervorragendem Maße befähigt ist, Unterrichtskurse über diese Gegenstände abzuhalten, vorausgesetzt, daß die notwendigen Apparate ihm zur Verfügung stehen. Dasselbe Zimmer kann auch als Dunkelzimmer für Augen-, Kehlkopf- und Ohruntersuchungen benutzt werden.

5. Sogenanntes orthopädisches Zimmer. In diesem Zimmer kommen orthopädische Apparate behufs Behandlung der so häufigen Gelenksteifigkeiten oder Wirbelsäulenverkrümmungen zur Aufstellung. Hier können die Schüler lernen, unter Anleitung des Lehrers Gipskorsette und andere kleinere orthopädische Apparate anzufertigen.

6. Sogenanntes Bandagenzimmer. Dasselbe dient als Depot für alle Bandagen, Schienen etc., die nur zeitweise im Gebrauch sind. Von hier werden diese Gegenstände empfangen und sofort nach hier zurückgeliefert, wenn sie auf der Abteilung außer Gebrauch sind. Nur durch diese Kontrolle ist ein Herumliegen der gebrauchten Schienen etc. auf den Krankenzimmern und ein unnützer Verbrauch resp. Verlust dieser Gegenstände zu verhüten.

7. Zwei Badezimmer.

8. Ein Auditorium.

9. Drei Isolierzimmer, notwendig für die Isolierung der Schwerkranken oder Schweroperierter.

10. Zimmer für den Assistenzarzt.

Zur Gewinnung dieser Nebenräume werden folgende bauliche Veränderungen getroffen.

a) Parterre.

1. Das rechts unmittelbar neben der Eingangstür liegende Zimmer wird Bandagenzimmer, das links gelegene Zimmer wird Wohnzimmer des wachhabenden Arztes. Das Mobiliar des ärztlichen Zimmers soll bestehen aus: einem Tisch, mehreren Stühlen, einem Kleiderschrank, einem Büchergestell, einer Waschvorrichtung, einem Bett, einem kleinen Nachttisch und einem Teppich.

2. Der erste Saal rechts und der daran grenzende große Ecksaal werden zu Unterrichtsräumen derart eingerichtet, daß der erstere als sogenannter Kurssaal behufs Abhaltung von Verbands-, Operations- und Demonstrationskursen, der zweite als Auditorium dienen kann. In dem großen Kurssaale kommt ein Waschtisch zu stehen, dessen Abfluß in den großen zum Meere führenden Kanal münden muß. In dem Auditorium werden zirka 60 Sitzplätze errichtet. Diese Bänke sind an beiden Schmalseiten des Zimmers anzubringen und zwar so, daß sie in der Mitte einen Raum von zirka 4 Meter Breite für den Lehrer frei lassen, für den an der Außenwand ein kleines hölzernes Katheder errichtet wird. Die Bankreihen sind in leichter Bogenform anzuordnen, sie steigen amphitheatralisch auf und werden beiderseits durch einen mittleren Gang in zwei Hälften geteilt, von dem aus der

sich ebenfalls in einem Beutel, dessen Plombe die Nummer des betreffenden Saales trägt.

b) Erster Stock.

In den Krankenzimmern des oberen Stockes werden chirurgische Kranke untergebracht.

1. Der an der Ecke der Treppe nach Westen zu gelegene Komplex von drei Zimmern mit Vorraum wird folgendermaßen eingerichtet:

Das größere Eckzimmer dient als aseptisches Operationszimmer, das mittlere als Mikroskopierzimmer resp. Laboratorium, das dritte als septisches Operationszimmer, der Vorraum zur Aufstellung des Wassersterilisators und des Schimmelbuschschen Apparates. In dem aseptischen Operationszimmer sind die zwei Fenster der westlichen Außenwand zu einem einzigen großen Fenster zu vereinigen, dessen Scheiben im unteren Drittel matt gemacht werden, um einen Einblick in den Saal zu verhüten. Der Fußboden des aseptischen Operationssaales ist aufzubrechen, derart neu zu legen, daß er ein Gefälle zum Abflußloch hin hat. Dieses Abflußloch geht in der westlichen Ecke des Saales direkt durch die Wand und mündet hier in den neu anzulegenden Kanal, der die Abwässer der Operationssäle, des Kurssaales und der Badezimmer aufnimmt und in das Meer führt. Die Abwässer (Waschwasser) der übrigen Säle werden in die Klosette gegossen. (Diese Zimmer konnten leider keinen Anschluß an den Kanal erhalten, da solches technisch nur unter sehr hohen Kosten ausführbar war.) Der Fußboden der Operationssäle wird mit Linoleum belegt, die Wände und die Decken werden mit weißem Emaillack angestrichen. Sowohl Linoleum als Emaillack werden von mir selbst aus Deutschland bezogen. Oberhalb des Abflußloches des Operationssaales befindet sich die Oeffnung eines Schachtes, der die Operationswäsche direkt aufnimmt und in einen Behälter befördert, der sich außen im Freien neben dem Eingange zur Wäschekammer befindet, und der zu gleicher Zeit mit dieser von dem Angestellten des Waschhauses, resp. des Desinfektionshauses, täglich entleert wird.

2. Der den Operationssälen unmittelbar benachbarte große Saal wird in drei annähernd gleichgroße Einzelzimmer umgewandelt. Die Scheidewände sind aus Holz und werden wie die Wände weiß angestrichen. Die beiden äußeren Zimmer haben Zugang zum Korridor durch die jetzt bestehende Tür resp. durch eine Tür, die durch Umbau eines Fensters geschaffen wird. Das mittelste Zimmer erhält keinen direkten Eingang vom Flur, ist aber mit den benachbarten Zimmern durch eine in der Querwand befindliche Tür verbunden und somit indirekt vom Korridore zugänglich. Diese Zimmer sind für Schwerkranke, Frischoperierte, Laparotomien etc. bestimmt.

3. Das kleine, in der Mitte der Nordseite gelegene Einzelzimmer wird als Dunkelzimmer eingerichtet, und ist deshalb mit gut schließenden Fensterläden zu versehen, die eine völlige Abschließung des Lichtes vornehmen. Jeder noch vorhandene Lichtspalt, besonders

auch in der Tür. muß mit schwarzem Papiere verklebt werden. Die Türe und die Wände werden schwarz angestrichen. Dieses Zimmer soll dienen als Entwicklungszimmer für Photographien, für Durchleuchtungen und Photographien mit Röntgenstrahlen, für Behandlung mit Röntgenstrahlen, für ophthalmoskopische und laryngoskopische Untersuchungen.

4. Der in der Mitte der Südseite gelegene Saal wird in derselben Weise wie der korrespondierende des Parterres zum Badezimmer eingerichtet.

5. Klosette und Pissoir.

Die Klosette sind in ihrem jetzigen Zustande völlig unbrauchbar und würden für die Insassen des Krankenhauses eine direkte Lebensgefahr bilden. Wenn sie in folgender Weise umgebaut werden, kann auch das System „à la Turka“ beibehalten werden. Das Einlegen von Syphons halte ich mit Rücksicht auf die Kosten nicht für unbedingt notwendig¹⁾. Zunächst sind in jedem Klosettraume die Vorder- und Zwischenwände total niederzulegen und durch neue ganz schmale Holzwände zu ersetzen. Die Türen der Klosette dürfen nicht ganz bis auf den Boden hinabreichen. Es bleibt am besten unten und oben ein 1¹/₂ bis 1 Fuß breiter Raum zum Durchstreichen der Luft frei. Die Fenster müssen wesentlich vergrößert und vervielfältigt und mit leicht zu öffnenden Fensterflügeln versehen werden. Der Boden des Klosettes ist aus Marmor so auszuführen, daß er eine leicht geneigte schiefe Ebene bildet, an deren tiefsten Stellen sich die Abflußöffnung befindet. In diese Oeffnung ist ein Porzellantrichter einzusetzen. Auch die Seitenwände der Klosette werden in Meterhöhe mit Marmorplatten belegt. Die Spülung der Klosette soll durch ein ringförmig herumlaufendes Wasserrohr bewerkstelligt werden. Dasselbe kommt etwa halbmeterhoch vom Fußboden entfernt zu liegen und besitzt zahlreiche weite Ausflußöffnungen, so daß von oben herab der ganze Binnenraum unter Druck gesprengt werden kann. Die zu den 4 Klosetten gehörigen 4 Ringrohre jeder Etage müssen aus einem gemeinsamen Sammelrohre kommen und von einem Hahn gleichzeitig in Tätigkeit gesetzt werden können²⁾. Außerdem ist aber noch einmal in jedem Klosett ein Hahn mit weiter Ausflußöffnung anzubringen, an den ein Gummischlauch angesetzt werden kann, mittelst dessen eine energische direkte Abspülung aller Teile des Klosettraumes, in erster Linie des in das Abflußloch gesetzten Porzellantrichters jederzeit stattfinden kann. Daneben bleiben die jetzt schon existierenden kleinen Hähne für die hierzulande üblichen Waschungen bestehen resp. sind neu anzubringen.

Bei den Pissoirs fallen die dicken Scheidewände als völlig überflüssig weg. Die Wand wird mit Marmorplatten bedeckt, die durch ein an ihrem oberen Rande entlang geführtes Wasserrohr (mit

¹⁾ Januar 1903. Stellte sich bald als großer Fehler heraus. Die Syphons mußten dann nachträglich mit hohen Kosten (von der Mutefarrik bezahlt!) abgebrocht werden.

²⁾ Januar 1903: Hat sich gar nicht bewährt resp. war nicht durchführbar.

genügend zahlreichen und genügend weiten Ausflußöffnungen) gründlichst gespült werden können. Die Pissoirrinne wird auszementiert und hat eine nach der Abflußöffnung hinneigende leichte Senkung. Auch in diese untere Rinne muß ein Wasserrohr einmünden, das die Rinne direkt gespült. Der als Vorraum bestehende Waschraum bleibt völlig erhalten. Die Wände dieses Raumes sind ebenso wie die der gesamten Klosett- und Pissoiranlagen mit Oelfarbe zu streichen. Das hier bestehende Fenster ist auf das Doppelte zu vergrößern und auf der gegenüberliegenden Seite ist ein neues anzubringen. Das für die Ärzte bestimmte Klosett in der ersten Etage ist in ein Wasserklosett nach deutscher Art umzuwandeln. Der übrige Umbau dieses Raumes ist analog demjenigen der anderen Klosette auszuführen.

Die Abflußröhren resp. Kanäle der Klosette, in denen sich die Faekalien etc. sammeln, um zum Meere abgeführt zu werden, müssen sorgfältig auf ihre Beschaffenheit und Dichtigkeit geprüft und eventuell erneuert resp. neugemauert und zementiert werden, damit eine Verunreinigung des Bodens in der unmittelbaren Nachbarschaft des Krankenhauses unter allen Umständen ausgeschlossen ist.

6. Der Gartenraum vor dem Krankenhause ist in einen Rasenplatz umzuwandeln. Er soll als Aufenthaltsort der Kranken ebenso dienen, wie ein oder mehrere Zelte, die jenseits des Weges errichtet werden. Ein solches Zelt besteht aus einfachem waschbarem Stoff und ist an seiner Decke zum größten Teile offen. Es ermöglicht besonders Schwerkranken den Aufenthalt im Freien und gewährt Schutz gegen Sonne und Wind.

III. Neubauten.

1. Ein Gebäude aus Stein unmittelbar neben dem Krankenhause (bereits in seinem Plane entworfen). Dasselbe soll enthalten:

- a) Die Küche.
- b) Das Waschhaus.

Beide bitte ich so einzurichten, wie es die hier herrschenden Gebräuche erheischen.

- c) Desinfektionshaus.

Den für dasselbe bestimmten Raum möchte ich derart nach hinten zu vergrößert sehen, daß auf der dem Krankenhause zu gelegenen „reinen“ Seite noch ein Raum von zirka 4 Meter Breite frei wird, der als Verbandfabrik und als Sterilisationsraum für die Verbandstoffe dienen soll. Hier kommt ein großer Verbandsterilisator zur Aufstellung, der von dem Kessel des großen Desinfektors gespeist wird. Dieser Verbandsterilisator ist derart eingerichtet, daß er auch zur Gewinnung von sterilisiertem Wasser benutzt werden kann.

Der Raum des Desinfektionshauses ist durch eine steinerne Mauer in eine „unreine“ und „reine“ Seite geteilt; in diese Mauer eingemauert sind der große Desinfektor und ein Dampfkochbottich für die Desinfektion der Wäsche. Dieser Dampfkochbottich wird ebenfalls von dem Kessel des Desinfektors gespeist, der Dampfkessel muß also genügend groß genommen werden, da er drei Apparate mit

Dampf versorgen muß. Von der „reinen“ Seite des Desinfektionshauses geht ein Fenster direkt in das Waschhaus, durch das die dem Waschlottich entnommene desinfizierte Wasche gereicht werden kann.

2. Die jenseits des Weges befindliche alte Holzbaracke ist niederzureißen, und an ihrer Stelle eine neue Holzbaracke zu errichten, die Zimmer enthält für den Direktor, Oekonom, Oberwärter, ein Schreibzimmer und Schlafsäle für die Wärter und Angestellten des Krankenhauses.

3. Eine weitere Holzbaracke ist zu errichten hinter der Küche und dem Waschhause. Dieselbe wird in vier Teile geteilt: der erste Teil, im Schatten unter den Bäumen gelegen, soll als Leichenhaus dienen, der zweite als Depot für die Kleider der Kranken etc.; der dritte als Aufbewahrungsraum für Viktualien (Reis, Hülsenfrüchte etc.), der vierte als Zimmer für Reparaturarbeiten (Erneuerung der Betten, Flickarbeit des Schneiders etc.).

4. Eine kleine Baracke, die als Aufnahme- und Quarantäne dient.

Anlage B.

Kostenanschlag für die medizinische Gesamteinrichtung des Krankenhauses.

1. Aseptisches Operationszimmer M. 6500.
Operationstisch, Waschtisch, großer Verbandsterilisator, Wassersterilisator, Instrumentenschrank, Schimmelbusch, Warmwasserapparat, Instrumente etc. etc.

2. Septisches Operationszimmer M. 1000
Operationstisch, Waschtisch, kleine Wand- und Verbandschränke, Instrumente etc.

3. Mikroskopisches Zimmer M. 1500.
Mikroskop Zeiss; Mikrotom, Glassachen, Zentrifuge, chemische Waage etc. etc.

4. Röntgeneinrichtung, komplett M. 2000.

5. Photographisches Ensemble 800.

6. Bakteriologisches Zimmer 1500.

7. Orthopädisches Zimmer und Werkstatt 1000.

8. Inventarum für Krankensäle 4000.

Neuromatische, Waschtische, Glassachen, kleine Verband- und Arzneischränke etc. etc.

9. Verbandstoffe, Salben und ähnliche Gegenstände M. 3000.

10. Wissenschaftliche Demonstrationsplakate 1700.

11. Transportkosten 1000.

M. 24000.

Es muß wohl noch einmal hervorgehoben, daß n. B. bei den aus-geführten Arbeiten der Gruppe A stets im Auge haben werde, daß das Krankenhaus nicht länger, als es zum Zweck bestehen wird. Deshalb wird nicht das billigste Material verwendet und es wird nur aus notwendigste gemacht. Umgekehrt müssen die Gegen-

stände der Gruppe B. von einwandfreier Güte sein, denn sie sollen auf Jahre hinaus ihren Wert behalten. Es würde nicht klug sein, hier zu sparen, denn in solchem Falle verursachen leicht Reparaturen und Ersatz mehr Kosten als der Ankauf. Es versteht sich von selbst, daß über jeden Punkt der obigen Aufstellung späterhin Spezialrechnung bis in jedes Detail gestellt werden wird.

Zum Schluß fasse ich, Excellenz, noch einmal mein Programm dahin zusammen:

1. Ich will unter Benutzung des mir von einer hohen Türkischen Regierung zur Verfügung gestellten Lyceum Gülhane ein Krankenhaus errichten, das den Vergleich mit jedem modernen Krankenhause eines anderen Staates aushalten kann.

2. In diesem Hospital will ich die mir überwiesenen Medizinschüler theoretisch und praktisch bis zur Vollendung der neuen Medizinschule unterrichten.

3. Damit hat die Reorganisation der Medizinschule bereits begonnen. Denn das Krankenhaus kann auch hinsichtlich seiner Leitung, seiner Einrichtungen, seines Unterrichtes eine Basis abgeben für die Institute der späteren Medizinschule. — Ich kann auf gewohntem Terrain arbeiten und unterrichten und wertvolle Erfahrungen sammeln für die definitive Organisation der großen Ecole de médecine zu Haidar Pascha.

Genehmigen Excellenz die Versicherung meiner vorzüglichsten Hochachtung und meines verbindlichsten Dankes.

Prof. Dr. Rieder.

II. Bericht vom 30. Juli 1898 betreffend:

Reorganisation des Krankenpflegepersonals der Türkischen Armee in Krieg und Frieden.

Durch die Gnade Seiner Kaiserlichen Majestät zur Reorganisation der Ecole de Médecine Militaire hierher berufen, bin ich in erster Linie bemüht gewesen, die einschlägigen Verhältnisse und Einrichtungen zu studieren. Die mir übertragene Inspizierung der Ecole de Médecine und anderer hiesiger Krankenhäuser sowohl als das Studium des Unterrichtsplanes für die Militärschüler haben mich in diesem Bestreben nicht unwesentlich unterstützt. Ich gewann ein objektives Urteil über den Wert dessen, was existiert. Dieses Urteil geht mit Bestimmtheit dahin, daß durchgreifende Reformen notwendig sind.

Ich habe es mir angelegen sein lassen, einen Reorganisationsplan auszuarbeiten. Der erste Teil dieses Planes wird bereits mit dem Ausbaue und der Einrichtung des Gülhanekrankenhauses nach deutschem Muster in die Tat umgesetzt. Heute habe ich die Ehre, den zweiten Hauptabschnitt Ew. Exzellenz zu unterbreiten.

Der größte Mangel der türkischen Spitäler ist das völlige Fehlen eines ausgebildeten Krankenpflegepersonals. Ich sah mit

...et d'après ce que j'ai vu au grand hôpital de Harkar-Pas, où une
bonne partie de ces blessés se trouvent, et dans les autres hôpitaux
de la ville, que les soins sont très mal administrés, et que les
malades souffrent beaucoup. On ne leur donne que de l'eau et
du pain, et on ne leur fait que très peu de soins. On ne leur
donne pas de médicaments, et on ne leur fait que très peu de
soins. On ne leur fait que très peu de soins. On ne leur fait
que très peu de soins. On ne leur fait que très peu de soins.

...et d'après ce que j'ai vu au grand hôpital de Harkar-Pas, où une
bonne partie de ces blessés se trouvent, et dans les autres hôpitaux
de la ville, que les soins sont très mal administrés, et que les
malades souffrent beaucoup. On ne leur donne que de l'eau et
du pain, et on ne leur fait que très peu de soins. On ne leur
donne pas de médicaments, et on ne leur fait que très peu de
soins. On ne leur fait que très peu de soins. On ne leur fait
que très peu de soins. On ne leur fait que très peu de soins.

...et d'après ce que j'ai vu au grand hôpital de Harkar-Pas, où une
bonne partie de ces blessés se trouvent, et dans les autres hôpitaux
de la ville, que les soins sont très mal administrés, et que les
malades souffrent beaucoup. On ne leur donne que de l'eau et
du pain, et on ne leur fait que très peu de soins. On ne leur
donne pas de médicaments, et on ne leur fait que très peu de
soins. On ne leur fait que très peu de soins. On ne leur fait
que très peu de soins. On ne leur fait que très peu de soins.

darin in einzelnen Staaten Vollkommenes geleistet. Zahlreich sind in Deutschland die Schwestern- und Pflegeorden, welche die Krankenpflege im Frieden regeln, und seitens der deutschen Armeeverwaltung ist das Sanitätswesen im Kriege auf das Minutiöseste ausgebildet. Die Genossenschaft des roten Kreuzes stellt eine großartige Organisation dar; durch die Genfer Konvention ist die Krankenpflege im Felde international geregelt und sozusagen sanktioniert worden. Jeder kriegführende Staat hält es für seine vornehmste Pflicht, mit seinen sanitären Einrichtungen nicht hinter denen seines Nachbarn zurückzubleiben. Ich sollte meinen, daß auch der türkische Staat hier nicht müßig zur Seite stehen dürfte. Gerade so gut wie an die andern, tritt auch an ihn gebieterisch die Forderung und die Verpflichtung heran, für die Pflege seiner Kranken im Krieg und Frieden zu sorgen, wie es andere Kulturstaaten für selbstverständlich erachten. Und doch ist in dieser Richtung kaum der Anfang gemacht. Ich glaube gerne, daß in den Hospitälern hier und da sich ein geübter Pfleger finden wird, und daß es auch im Kriege solche gegeben hat, die vollauf ihre Pflicht getan haben, aber das sind Einzelindividuen und die Wirksamkeit Einzelner hat mit der Lösung dieser großen Aufgabe nichts zu tun. Hier tut eine festgegliederte Gesamtorganisation not und nicht nur ihre Einrichtungen, sondern auch ihre Resultate müssen vor dem Forum der übrigen Staaten die Kritik aushalten können. Solche Resultate wie die Krankenpfleger des Haidar Pascha Hospitals werden vor dem Forum der Oeffentlichkeit dem türkischen Staate herben Tadel eintragen müssen, und ich meine denn doch, daß es allerhöchste Zeit ist, Einrichtungen, die solche Pfleger zulassen, über Bord zu werfen und durch gute zu ersetzen.

Für mich aber, Excellenz, erwächst um so mehr die Pflicht, hier zu allererst Wandel zu schaffen, weil sich eben Krankenpflege von ärztlicher Tätigkeit nicht trennen läßt. Will man die letztere reformieren, so muß man mit der ersteren anfangen, oder die Wirksamkeit der Aerzte wird immer eine ungenügende sein. Mithin in allererster Linie: Schaffung eines ausgebildeten Krankenpflegepersonales.

Die Mittel und Wege, zu einem solchen zu gelangen, sind die folgenden.

Statutenentwurf behufs Heranbildung eines Krankenpflegepersonals für das Türkische Reich¹⁾.

A. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Die Türkische Regierung beschließt eine Reorganisation resp. eine völlige Neugestaltung des unteren Sanitätsdienstes der

¹⁾ Ich habe eine ganze Reihe nachfolgender Paragraphen (mit * bezeichnet) den Sanitätsordnungen der Deutschen Armees ganz oder teilweise entnommen. Ich habe dies tun zu dürfen geglaubt, da es mir keineswegs darauf ankam, ein

Armee. In ihren Grundprinzipien lehnt sich diese Reorganisation an die im Krieg und Frieden bewährten diesbezüglichen Einrichtungen **der deutschen Armee** an.

§ 2. Um diese Umgestaltung tatkräftigst ins Werk zu setzen und um vor allen Dingen den gewonnenen Resultaten Dauer zu verleihen, wird die „Ecole Impériale pour les infirmiers militaires à Constantinople“ gegründet.

§ 3. Diese neugegründete Schule wird in Zukunft der Mittelpunkt aller Leistungen und Bestrebungen bilden, welche die Ausübung der Krankenpflege nach wissenschaftlichen Prinzipien innerhalb des Türkischen Reiches zum Ziele haben. In erster Linie ist sie die Ausbildungsstätte des gesamten unteren Sanitätspersonals der Türkischen Armee. Sie ist bestimmt, in allen theoretischen und praktischen Fragen der gesamten Krankenpflege im Krieg und Frieden eine dominierende Stellung einzunehmen. Falls sich die Notwendigkeit herausstellen sollte, gleiche Schulen auch in der Provinz zu gründen, dient sie diesen als Muster.

§ 4. Im engsten Zusammenhange mit der Ecole de Médecine Militaire gedacht, ist sie räumlich mit dieser letzteren verbunden. Zum Unterrichte der Krankenpfleger benutzt sie sowohl die Lehrkräfte als auch die Lehrmittel und die Krankenhauseinrichtungen der Ecole de Médecine selbst. Umgekehrt aber wird auch sie ihrerseits für die Schüler der Ecole de Médecine und für die Militärärzte eine nicht unwichtige Unterrichtsstätte abgeben.

§ 5. In allen ärztlichen Fragen, besonders in allen Fragen des Unterrichtes, untersteht die Krankenpflegerschule der unmittelbaren Leitung und Aufsicht des Inspecteur de l'Ecole de Médecine.

§ 6. Dem Inspecteur de l'Ecole de Médecine stehen eine genügende Anzahl von Adjoints zur Seite, denen der eigentliche Unterricht der Krankenpflege obliegt, doch hat der Inspecteur de l'Ecole die Verpflichtung, diesen Unterricht zu kontrollieren und sich durch persönliches Abhalten von Repetitionskursen von Zeit zu Zeit von den Fortschritten der Schüler zu überzeugen. Ferner hält er die vorgeschriebenen Examina persönlich ab.

§ 7. Ihren Endzweck — Schaffung und Aufrechterhaltung eines ausgebildeten Krankenpflegepersonals für den Krieg und Frieden — erreicht die Schule durch Veranstaltung von regelmäßig stattfindenden theoretischen und praktischen Unterrichtskursen aus dem Bereiche des Gesamtgebietes der Krankenpflege in Krieg und Frieden.

§ 8. Diese Unterrichtskurse finden statt:

1. Für die Personen, welche bestimmt sind, Krankenpfleger zu werden.

definitives Reglement der Krankenpflege für den türkischen Staat aufzustellen. Ich wollte mich nur an der Hand bereits bestehender und genugsam erprobter Vorschriften recht verständlich machen. Mein Zweck ist ja lediglich, die Krankenpfleger auszubilden. Wie diese dann, speziell im Kriege, verwendet werden sollen, ist eine sekundäre Frage, die sachverständige Offiziere und Militärärzte zu beantworten haben werden.

2. Für die Personen, welche bestimmt sind, im Kriegsfall als Krankenträger zu fungieren.

3. Für Militärschüler, resp. für kommandierte Militärärzte der Armee, welche sich mit dem Krankenpflegewesen genauer vertraut machen sollen, um späterhin als Lehrer dieses Faches in den Garnisonlazaretten des Landes weiterwirken zu können (cf. weiter unten).

B. Spezielle Bestimmungen.

I. Krankenpfleger.

§ 9*. Die Krankenpfleger sind Soldaten des aktiven Heeres: sie sind in ihrem Dienstverhältnisse einerseits ihren militärischen, andererseits ihren militärärztlichen Vorgesetzten unterstellt.

§ 10*. Die Krankenpfleger rekrutieren und ergänzen sich also aus den Mannschaften des aktiven Heeres. Ihre Zahl pro Jahr wird durch das Kriegsministerium resp. durch besondere Verordnungen bestimmt.

§ 11*. Die Krankenpfleger sollen sich in der Regel freiwillig zum Sanitätsdienste melden und bereits ein Jahr mit der Waffe gedient haben.

Melden sich keine Mannschaften freiwillig, so werden solche von den Truppenteilen aus kommandiert.

§ 12*. Die zu Krankenpflegern ausgehobenen Mannschaften müssen von guter Führung, noch nicht mit Arrest bestraft und körperlich und geistig für den Sanitätsdienst geeignet sein. Sie können jeder Truppengattung entnommen werden.

§ 13*. Ein dazu bestimmter Arzt des betreffenden Truppenteils hat mit den Aspiranten eine Prüfung darüber anzustellen, ob sie nach ihrer Schulbildung und ihrem Begriffsvermögen befähigt erscheinen, als Krankenpfleger ausgebildet zu werden. Jedenfalls sollen solche, die lesen, schreiben und rechnen können, bevorzugt werden.

§ 14. Die erstmalige Ausbildung aller Militärkrankenpfleger muß in der Ecole pour les infirmiers militaires à Constantinople stattfinden.

§ 15. Die Ausbildung dauert ein Jahr:

1. In dem ersten Vierteljahre absolvieren die Schüler einen theoretischen Unterrichtskurs des Arztes. Mit der praktischen Krankenpflege haben sie im ersten Vierteljahre nichts zu tun. Sie werden allerdings Krankenabteilungen zugeteilt, sollen aber hier nur die größeren Arbeiten (Reinigungsarbeiten) ausführen.

2. Mit der praktischen Krankenpflege beginnen sie im zweiten Vierteljahre. Sie werden den Oberkrankenwärtern, resp. älteren Krankenwärtern, beigegeben. Zu gleicher Zeit absolvieren sie einen praktischen Unterrichtskurs, den ein Arzt abhält.

3. Im dritten Vierteljahre setzen sie ihre praktische Ausbildung auf den Krankensälen fort, derart, daß sie nacheinander auf den verschiedenen Abteilungen beschäftigt werden, jedenfalls in regelmäßigem Wechsel chirurgische und medizinische Abteilungen absolviert haben.

4. Auch im vierten Vierteljahre auf den Abteilungen beschäftigt, absolvieren sie noch einmal einen theoretischen und praktischen Unterrichtskurs von seiten des Arztes.

§ 16. Nach Ablauf des Jahres findet eine theoretische und praktische Prüfung statt, die der Inspecteur de l'Ecole de Médecine abhält. Diejenigen Schüler, welche diese beiden Examina bestehen, werden zu Unterlazarettgehilfen mit dem militärischen Range eines Onbaschi ernannt und behufs weiterer Ausbildung und weiterer praktischer Tätigkeit einem Militärhospitale Konstantinopels oder der Provinz übergeben.

§ 17. Schüler, welche die Examina nicht bestehen, bleiben noch ein halbes Jahr lang in der Ecole, wo sie nochmals einen theoretischen und praktischen Unterrichtskurs seitens des Arztes durchzumachen haben. Bestehen sie auch dann die Examina nicht, so werden sie zu der Truppe zurückversetzt.

§ 18*. Ebenso sind Schüler, deren Ausbildung zu Krankenpflegern sich nachträglich als unmöglich erweist, sowie solche, die sich schlecht führen oder Strafen erlitten haben, welche ihre Beförderung zu Krankenpflegern untunlich machen, zur Truppe zurückzustellen. Für jeden Zurückgestellten ist seitens des Truppenteils, dem er angehört, sogleich Ersatz zu kommandieren.

- § 19. Die Krankenpfleger werden eingeteilt in
1. Krankenpflegeschüler (Nefer),
 2. Unterlazarettgehilfe (Onbaschi),
 3. Lazarettgehilfen (Tschausch),
 4. Oberlazarettgehilfen (Sir-tschausch).

§ 20. Die Krankenpfleger gelten als Schüler im ersten Jahre. Ihre Verwendung ergibt sich aus § 15.

§ 21. Im zweiten Jahre gelten sie als Unterlazarettgehilfen, im dritten, vierten und fünften als Lazarettgehilfen. Nach Ablauf dieser fünf Dienstjahre können die Lazarettgehilfen zu Oberlazarettgehilfen befördert werden. Die Unterlazarettgehilfen, Lazarettgehilfen und Oberlazarettgehilfen erhalten das doppelte Gehalt ihrem militärischen Range entsprechend. In Zeiten von Epidemien oder gesteigerter Tätigkeit erhalten sie besondere Zulagen. Ihre Beköstigung erfolgt aus der Hospitalküche.

§ 22. Lazarettgehilfen, welche exklusive ihres Ausbildungsjahres fünf Jahre lang vorzüglich gedient haben, kann auf ihren Antrag beim Ausscheiden von dem Inspecteur de l'Ecole de Médecine ein Zeugnis ausgestellt werden, auf Grund dessen sie sich ohne weitere Prüfung als „geprüfte Zivilheildiener“ niederlassen und bezeichnen dürfen.

§ 23*. Die Oberlazarettgehilfen sollen möglichst zu Hospitalbeamten, zu Lazarettinspektoren, Verwaltungsinspektoren, eventuell, wenn sie sich dazu eignen, zu Büreaubeamten befördert werden und auf diese Weise eine sichere Lebensstellung sich gründen können. Ueberhaupt soll dazu Gelegenheit gegeben werden, daß befähigtere Lazarettgehilfen ihre allgemeine Bildung erhöhen und verbessern können.

§ 24*. Die Verwendung der Unterlazarettgehilfen und Lazarettgehilfen ist im großen und ganzen dieselbe. In erster Linie liegt

ihnen ob, für Ordnung und Reinlichkeit in den Krankenzimmern zu sorgen, alle Gegenstände der Zimmer, namentlich auch die von Kranken benutzten, haben sie in tadellos sauberem Zustande zu halten. Ferner haben sie Sorge zu tragen für die Wartung, Pflege und Bedienung der Kranken, deren Lagerung, Reinigung, Versorgung mit den verordneten Speisen und Getränken, für die Unterstützung der schwachen Kranken beim Wechsel der Wäsche, beim Essen und Trinken, bei den natürlichen Entleerungen. Sie müssen ferner die Darreichung von Kaffee und Tee, die Zubereitung von Umschlägen und Bädern und die Unterstützung der Kranken beim Baden ausführen. Desgleichen haben sie Tag- und Nachtwache bei Schwerkranken zu tun und sich überhaupt an jeder Hilfeleistung, die zur Erleichterung und zum Wohle der Kranken beitragen kann, freiwillig zu beteiligen.

§ 25*. Den Oberlazarettgehilfen liegt hauptsächlich ob: Die Besorgung der Arzneien und Verbandmittel aus der Apotheke resp. Verbandfabrik, das Eingeben der Arzneien, Unterstützung der Aerzte beim Anlegen von Verbänden, das Setzen von Blutegeln und Schröpfköpfen, die Zubereitung und Anwendung von Umschlägen jeder Art, sowie von Darmeingießungen, Besorgung der verordneten Einreibungen, Einpinselungen und Einspritzungen von Arzneistoffen. Desgleichen müssen sie die Aerzte bei Operationen in geschickter Weise unterstützen können, die Technik der Massage beherrschen und mit der Zubereitung und Desinfektion der Verbandstoffe genau vertraut sein. Zu dem Zwecke erhalten sie mit den älteren Lazarettgehilfen zusammen, welchen nötigenfalls alle die genannten Maßnahmen übertragen werden können, besondere Ausbildungskurse seitens des Arztes, in denen besonders die antiseptischen und aseptischen Regeln eingeübt werden.

§ 26. Die Fortbildung der Lazarettgehilfen und die Aufrechterhaltung der einmal gewonnenen Kenntnisse erfolgt, abgesehen von im vorigen § genannten Kursen, dadurch, daß jährliche Repetitionskurse von achtwöchentlicher Dauer stattfinden. Diese Kurse finden womöglich an dem Hospitale statt, an dem die Krankenpfleger eingestellt sind, und werden abgehalten von einem Militärarzte, der sich an der Ecole pour les infirmiers militaires die Facultas docendi durch besonderes Examen erworben hat. Außerdem aber werden jedes Jahr Krankenpfleger des Beurlaubtenstandes einberufen, um ebenfalls Repetitionskurse in einem Militärspitale des Bezirks durchzumachen. Diese Kurse werden ebenfalls von einem der oben erwähnten Militärärzte abgehalten werden.

§ 27. Außerhalb des Dienstes tragen die Krankenpfleger besondere Uniform mit Rangabzeichen, die sie von den übrigen Soldaten unterscheidet. Im Dienste tragen alle Krankenpfleger leinene Jacke und leinene Hose. Außerdem werden ihnen zu dienstlicher Benützung leinene Schürzen geliefert und allen bei Operationen und auf der chirurgischen Station beschäftigten Pflegern besondere Leinenröcke. Alle Krankenpfleger tragen im Dienste leichte Schuhe, an denen Nägel und Absätze fehlen. Ein Teil der Krankenpfleger schläft in

den Krankensälen selbst, die anderen erhalten, soweit es irgend möglich, ebenfalls (kasernenmäßige) Wohnung im Hospital.

§ 28. Die in der Ecole pour les infirmiers ausgebildeten Krankenpfleger können Verwendung finden in allen kaiserlichen Hospitälern des Reiches, in Ausnahmefällen und in Fällen der Not auch in Zivilspitälern.

§ 29*. Im Falle eines Krieges werden die als Krankenpfleger ausgebildeten Soldaten nicht als aktive Soldaten, sondern als Krankenpfleger eingezogen.

II. Krankenträger.

Es sollen Einrichtungen geschaffen werden, daß in Zukunft die Krankenpflege im Felde nicht nur auf das Feldlazarett beschränkt bleibt, sondern auch, daß Verbandplätze in der Nähe der Gefechtslinie etabliert werden in Form von Truppenverbandplatz, Wagenhalteplatz und Hauptverbandplatz. Eine Reorganisation in diesem Sinne ist notwendig, wenn der Sanitätsdienst im Felde gut eingerichtet sein soll.

Der Krankentransport ist ein Bestandteil dieser Einrichtung.)

§ 30. Um den Krankentransport im Kriege in möglichst vollkommener Weise zu sichern, wird die Einrichtung besonderer Unterrichtskurse für Krankenträger getroffen.

§ 31*. Diese Krankenträger sind Personen des Soldatenstandes und werden den Fußtruppen entnommen: sie müssen bereits ein Jahr mit der Waffe gedient haben und werden alljährlich an zwei bestimmten Terminen den Militärspitälern des ganzen Reiches in bestimmter Anzahl zugeteilt, um hier während eines Zeitraumes von sechs Wochen im Krankentransporte ausgebildet zu werden.

§ 32*. Die Krankenträger stehen unter dem Schutze der Genfer Konvention und tragen als Abzeichen eine weiße Binde mit rotem Halbmonde am linken Oberarme. Sie sind zu persönlichem Schutze mit Seitengewehr und Revolver bewaffnet; zu ihrer Ausrüstung gehört außerdem eine Trinkflasche mit Trinkbecher.

§ 33*. Auf dem Schlachtfelde haben sie die Verwundeten aufzusuchen, zu laben, erforderlichen Falles vom Pferde zu heben, ihnen Gepäck und Waffen abzunehmen, beengende Kleidungsstücke zu lösen, und sie, wenn nötig, nach Anlegung eines Notverbandes aus der Gefechtslinie, beziehungsweise von dem Truppenverbandplatze nach dem Wagenhalteplatz resp. Hauptverbandplatze zu schaffen. Ferner haben sie die Verwundetentransporte in die Feldlazarette und an die Sanitätszüge zu begleiten. Auch können sie zum Krankendienst in die Lazarette kommandiert werden.

§ 34*. Eine große Anzahl von Krankenträgern ist im Beginne der Schlacht noch in Reih und Glied. Sie treten erst während der Schlacht selbst in Aktion. Man nennt sie daher Hilfskrankenträger. Sobald sich abersieht, daß das Gefecht einen größeren Umfang annimmt und der Truppenteil seinen Verbandplatz errichtet, werden sie dem rangältesten Militärarzte zur Verfügung gestellt, legen Gewehr

und Gepäck beim Verbandplatze nieder und folgen mit den Krankenbahnen und Bandagentornistern der Truppe ins Gefecht. Immer in nächster Nähe ihrer Truppe bleibend, besteht ihre Hauptaufgabe darin, die Verwundeten direkt aus dem Feuer zu holen. Sie bringen diese gewöhnlich nur bis zum Truppenverbandplatze, um dann sofort wieder in die Gefechtslinie zurückzukehren.

§ 35. Die Ausbildung der Krankenträger geschieht in einem Militärhospitale durch einen Militärarzt, der sich durch besonderes Examen die *Facultas docendi* in der Krankenpflege an der *Ecole de Médecine* erworben hat.

§ 36. Die Ausbildung erfolgt in allen Zweigen des Krankentransports und in den Grundprinzipien der Krankenpflege überhaupt. Richtung der Ausbildung bleibt, daß die Krankenträger grundsätzlich bestimmt sind, die Verwundeten der ärztlichen Hülfe zuzuführen. Nur ganz ausnahmsweise dürfen sie selbst erste Hülfe leisten. Es genügt also, wenn sie sich eine allgemeine Kenntnis des menschlichen Körpers, der Kriegsverletzungen und der Verbandmittel aneignen.

§ 37. Die Ausbildung zerfällt in zwei Abschnitte: in den theoretischen Unterricht und in die praktische Uebung im freien Felde. Uebungen in größeren Abteilungen erfolgen gewöhnlich einmal im Jahre.

§ 38. Besonders einzuüben sind: Abmarsch und Ankunft der Krankenträger mit Verwundeten, Aufladung der Verwundeten auf die Bahre, Herabheben der Verwundeten vom Pferde, Transport auf den Krankenwagen, Ein- und Ausladen, Herrichtung von Leiterwagen für den Transport, Transport auf der Eisenbahn, Aufschlagen von Verbandzelten, improvisierte Strohverbände etc.

§ 39. Nach Absolvierung dieses sechswöchentlichen Kurses treten die Krankenträger in ihre Truppe zurück. Vor ihrer definitiven Entlassung aus dem aktiven Heere haben sie nochmals eine Krankentransportübung durchzumachen und werden dann als Onbaschi entlassen.

§ 40. Die Gebühren für die Krankenträger sind dieselben, die sie als Soldaten der Truppe beziehen, doch bekommen sie während der Uebung eine monatliche Zulage von Die Beköstigung geschieht, wenn tunlich, aus der Hospitalküche.

§ 41. Auf besondere Anordnung des Kriegsministeriums finden alljährlich Krankenträgerübungen der Mannschaften des Beurlaubtenstandes statt, von je vierzehntägiger Dauer. Die ersten Uebungstage sind zur Wiederholung des im Unterrichte Erlernenen, die anderen zu Uebungen größeren Maßstabes im freien Felde bestimmt.

§ 42*. Im Falle einer Mobilmachung werden die im Krankentransporte ausgebildeten Mannschaften als Krankenträger behufs Verwendung im Sinne des § 33 etc. eingezogen.

III. Medizinschüler resp. Militärärzte.

§ 43. Die Medizinschüler der letzten Klasse sollen Vorlesungen über die Krankenpflege und den Krankentransport hören, resp. darin

praktische Ausbildung erfahren. Die Kenntnis dieser Dinge spielt heutzutage für jeden Arzt und erst recht für einen Militärarzt eine große Rolle. Deswegen sollen auch Militärärzte der Armee Gelegenheit haben, sich hier von eigens dazu angestellten Lehrern unterrichten zu lassen und unter deren Anleitung selbst zu unterrichten. Sie absolvieren dann ein Examen und erhalten das Recht, an Militärspitalern des Landes die Repetitionskurse der Krankenpfleger und die Ausbildungskurse der Krankenträger zu übernehmen.

§ 44. Zu gleicher Zeit aber sollen sie die Zeit ihres Kommandos an der Ecole de Médecine dazu benützen, um durch Besuch der Vorlesungen und der Kliniken der Ecole de Médecine ihre Kenntnisse, besonders auf dem Gebiete der Anatomie, Chirurgie, inneren Medizin und Bakteriologie aufzufrischen und zu ergänzen. Eventuell wären für sie besondere Kurse in der topographischen Anatomie, dem chirurgischen Operationskurs an der Leiche, der Bakteriologie einzurichten, wie das in Deutschland mit großem Erfolge geübt wird.

Ich brauche wohl nicht zu bemerken, daß Vorstehendes in vieler Hinsicht nur als Skizze anzusehen ist, daß eine ganze Anzahl Detailfragen späterhin noch sorgfältigst ausgearbeitet werden muß.

Aber die Grundpfeiler des Organisationsplanes stehen unverrückt fest.

Von den großen Gesichtspunkten, die mich hier leiten, vermag ich keinen aufzugeben, andernfalls würde ich den Kern der Sache schwer schädigen. Diese großen Gesichtspunkte will ich noch einmal zusammenfassen.

1. Ich will die Krankenpflege im Türkischen Reiche völlig neu organisieren, ich will sie zu gleicher Zeit zentralisieren, d. h. ich will sie im ganzen Türkischen Reiche im Krieg und Frieden in gleichmäßiger Weise, gestützt auf wissenschaftlich anerkannte Grundsätze ausüben lassen.

2. Ich will an einer ad hoc gegründeten Krankenpflegerschule, resp. Schulen, ein theoretisch und praktisch durchgebildetes Krankenpersonal erziehen lassen.

3. Ich will Militärärzte heranbilden, die als tüchtige Lehrer an allen Militärspitalern des Landes durch Wort und Tat wirken wollen. Sie werden meiner Organisation weitere Kreise erobern und die Wege vorbereiten.

4. Ich will ein Geschlecht von durchgebildeten Krankenpflegern schaffen, welche auch im Privatleben in der Lage sind, ihren kranken Landsleuten Dienste erweisen zu können. Vermerkt mit der Begehr der modernen Wissenschaft, haben sie keine Aufgabe bei wichtigen Gelegenheiten, die Regierung zu beraten. Sie können die Mängel der vorhandenen Verwaltung und Bekämpfung der arabischen Krankheiten aufdecken und deren Beseitigung anregen. Man kann diese Vorschläge nicht als Utopien bezeichnen, denn es gibt schon in der

kommen und in der Zeit einer Epidemie kann ihre sachgemäße Hilfe vielleicht mehr praktische Erfolge aufzuweisen haben als Ratschläge und Beschlüsse eines Conseil de Santé. Meistenteils wird ein Teil dieser Beschlüsse überhaupt nicht ausgeführt und der andere Teil auch noch falsch, weil es häufig an der Zahl und dem Sachverstande der ausführenden Organe fehlt. Leider haben viele, selbst durchgebildete Aerzte die Eigenschaft, lieber befehlen und anordnen zu wollen, als selbst Hand anzulegen. Und so kommt es, daß es zum Schlusse immer das untere Sanitätspersonal ist, dem die Ausführung der beschlossenen Maßnahmen zufällt, und auf diese Ausführung, Excellenz, kommt es an, wenn es gilt, durch hygienische Maßregeln Krankheiten und Seuchen zu verhüten und zu bekämpfen.

Excellenz sehen, es handelt sich um eine Frage, die weit über den engen Rahmen, in dem sich die Ausbildung eines Krankenpflegers anscheinend bewegt, hinausgeht. Es handelt sich um eine Frage, die unmittelbar das Gesamtwohl des Volkes betrifft, um eine Frage, die für die gesamte Armee von großer Bedeutung ist, und die mit der von der türkischen Regierung beabsichtigten Reform der Ausbildung der Militärärzte so eng zusammenhängt, wie das Ei mit dem Küken. Wer das höhere Sanitätspersonal reorganisieren will, der muß mit dem niederen anfangen.

Und so bitte ich denn Ew. Excellenz, diesen meinen Organisationsplan zu dem Ihrigen machen zu wollen und ihn nicht nur bei den zustehenden Behörden, sondern vor allem bei S. K. Majestät, dem Sultan, vortragen und in meinem Sinne vertreten zu wollen, d. h. in dem Sinne, in dem er gegeben ist:

Dem Türkischen Reiche eine Einrichtung zu schaffen, aus der viel Segen für die Bewohner des Landes erblühen kann, eine Einrichtung, die vor allem von unserer Bildung und von der Kulturstufe unseres Jahrhunderts gebieterisch gefordert wird.

Es ist selbstverständlich, daß auch im Falle der völligen Genehmigung meiner Vorschläge seitens der Türkischen Regierung noch viel Zeit vergehen wird, ehe der Plan in allen seinen Details in die Tat umgesetzt werden kann. Es müßte ja erst die Ecole de Médecine vollendet sein, ehe man die Ecole pour les infirmiers entstehen lassen könnte. Und doch darf so lange nicht gewartet werden. Ich frage Ew. Excellenz, woher sollen denn die Krankenpfleger für die 1200 Kranken der neuen Ecole de Médecine herkommen? Und doch müssen sie in dem Momente zur Stelle sein, in dem diese Spitäler von Kranken bezogen werden. Um deutlicher zu sprechen:

Ich gebrauche sofort in Gülhane zwei geübte Operationswärter und ich gebrauche vor allem auch geübte Wärter für die Verbandstoffabrik und für den ganzen Sterilisations- und Desinfektionsbetrieb, von den eigentlichen Krankenpflegern ganz abgesehen. Von allen den Krankenwärtern, die ich im Haidar Pascha Hospitale gesehen habe, ist auch nicht ein einziger imstande, den Anforderungen, die ich an seine Leistungen stellen muß, zu genügen, und gäbe es

bessere, so müßte man sie von einem Platze wegnehmen, wo sie sicherlich auch nötig sind. Infolge dessen muß ich meine Krankenwärter selbst heranbilden, und offengestanden ist mir das auch das Liebste.

In analoger Weise, wie ich vorgeschlagen habe, durch Ausbau des Gülhane Hospitals schon jetzt mit der Reorganisation der Ecole de Médecine zu beginnen, mache ich nunmehr den weiteren Vorschlag, in Gülhane auch jetzt schon die künftige Ecole pour les infirmiers beginnen zu lassen.

Zu dem Zwecke gebe man mir am 1. September zwölf geeignete Soldaten und am 1. Oktober zwölf weitere. Diese Soldaten sollen unter meiner direkten Aufsicht zu Krankenschwestern ausgebildet werden und ebenso wie die medizinischen Einrichtungen Gülhanes der neuen Ecole de Médecine zu gute kommen sollen, sind auch diese Krankenschwestern schon für dieselbe bestimmt. Diese Truppe soll gewissermaßen den Grundstock des unteren Sanitätspersonales bilden. Nach einem Viertel- resp. halben Jahre werden weitere vierundzwanzig sich hinzugesellen, und, wenn wir fleißig arbeiten, haben wir bei Eröffnung der neuen Ecole de Médecine, resp. der Ecole pour les infirmiers, bereits eine stattliche Anzahl gut ausgebildeter Krankenpfleger zur Verfügung. Von diesen können sofort die dann einzustellenden Krankenpflegeschüler den praktischen Dienst auf dem Krankensaale erlernen, und damit wären wir mitten im Werke darin.

Natürlich ist es eine *conditio sine qua non*, daß die Ausbildung gerade dieser Anfangstruppe eine besonders sorgfältige sein muß. Da ich nicht alle Unterrichtsstunden selbst geben kann, so bitte ich, den Unterricht meinem Privatassistenten Dr. Blas übertragen zu wollen, den ich gerade für diesen Unterricht in hervorragender Weise empfehlen kann. Er war selbst jahrelang türkischer Militärarzt und kennt das Wesen und die Art des türkischen Soldaten durch jahrelangen Verkehr und er hat, wie Excellenz wissen, den nicht zu unterschätzenden Vorzug, der türkischen Sprache genügend mächtig zu sein.

Wie gesagt, ich werde, soviel es mir irgend möglich ist, selbst bei dem Unterrichte zugegen sein, ihn, wenn es nötig erscheint, auch selbst abhalten. Auch werde ich einen Leitfaden für die Unterrichtskurse ausarbeiten. Dr. Blas, der schon in Hamburg unter mir gearbeitet hat und meine wissenschaftlichen und pädagogischen Ansichten kennt, bietet mir absolute Garantie, daß der Unterricht auch in meiner Abwesenheit genau nach meinen Intentionen ausgeführt wird. Damit kann ich denn auch die Garantie für das Resultat der Ausbildung übernehmen.

Immerhin können wir Ärzte den Krankenpflegern durch unseren Unterricht zwar einen sehr großen Teil der Ausbildung, aber doch nicht die ganze geben. Vertieft und vollendet wird diese Ausbildung durch die praktische Tätigkeit im Hospitale, d. h. am Krankenbette selbst, vorausgesetzt natürlich, daß dieselbe unter sachverständiger Anleitung resp. Kontrolle ausgeführt wird. Hier wirkt nichts an-

regender, nichts fruchtbringender als das gute Beispiel. Der Krankenpfleger lernt am meisten von seinen Kollegen. Um daher wirklich gute Krankenpfleger zu erzielen, muß man den Einzelnen in Verbindung mit seinesgleichen bringen, von denen er lernen kann. In unserem Falle ist auf diesen Punkt besonders Gewicht zu legen, da ja diese ersten Gruppen in gewisser Hinsicht die Lehrer der späteren sein sollen.

Bei uns in Deutschland liegt die Krankenpflege in den Händen von Frauen, in den Händen von **Schwestern**. Es herrscht nur eine Stimme des höchsten Lobes und der vollsten Anerkennung über die aufopfernde und unermüdete Tätigkeit dieser Personen. Viele von ihnen sind hervorgegangen aus den ersten Familien des Landes, durch Bildung und Takt zeichnen sich alle aus. Ich weiß aus eigener Erfahrung, daß viele von ihnen gerade sich dazu eignen würden, als Lehrerinnen in dem Fache der praktischen Krankenpflege wirken zu können. Die Erfüllung dieser Aufgabe wird ihnen dadurch wesentlich erleichtert, daß sie infolge ihres Berufes den ganzen Tag über mit den Kranken beschäftigt sind, daß sie alle Handreichungen selbst ausführen, daß sie sozusagen in dem Hospitale leben. Der ihnen beigegebene Krankenpfleger sieht ihnen gewissermaßen die Krankenpflege den ganzen Tag über von den Händen ab. Er hat viel mehr Gelegenheit, von der Schwester zu lernen als vom Arzte. Denn dieser kommt nur zu gewissen Stunden in das Hospital, der Krankenpfleger sieht ihn nur einen Bruchteil des Tages arbeiten, und jedenfalls steht der Arzt dem niederen Krankendienste ferner als die Schwester. Vor allem aber sind die Schwestern in ihrer Eigenschaft als Frauen in einem Meister: in der Schaffung und Aufrechterhaltung peinlichster Sauberkeit und Ordnung in allem, was sie umgibt. Und zum Schlusse hängen von dieser Sauberkeit nicht nur viele unserer ärztlichen Erfolge im Hospitale ab, sondern auch die Existenz und Unterhaltung eines Hospitalen selbst. Wenn ein Krankenhaus mit großen Kosten eingerichtet ist, wenn die Betten, die medizinischen Apparate darin untergebracht sind, die Wände, kurzum Alles, sauber hergerichtet ist, so muß das Alles vom ersten Tag ab erhalten werden, oder nach kürzerer oder längerer Zeit werden von neuem größere Summen zu Neuanschaffungen nötig.

Das ist gerade ein Punkt, gegen den hierzulande ganz enorm gesündigt wird. Man baut große Paläste, um sie sofort verfallen zu lassen; und, was den Hospitälern, die ich hier gesehen habe, in allererster Linie fehlt, das ist eben ein Pflegepersonal, das unbemerkt wie die sorgsame Hausfrau in der Stille schafft und keinen größeren Stolz kennt, als das Vorhandene zu erhalten. Je größer ein Hospital ist, um so eher tut ihm ein solches Personal not.

Ich denke da wieder an die neue Ecole de Médecine. Die inneren Einrichtungen derselben werden viel Geld kosten. Wer soll

sie pflegen und erhalten? — Da weiß ich keinen Vorschlag zu machen, der sicherer zum Ziele führt, als folgender:

Ich bitte um die Erlaubnis, in dem Hospitale Gülhane drei deutsche Schwestern auf die Dauer von einem Jahre als Krankenpflegerinnen verwenden zu dürfen. Um jegliches Mißverständnis zu vermeiden, will ich dabei gleich von vornherein bemerken, daß ich gar nicht daran denke, in türkische Spitäler deutsche Krankenschwestern als Pflegepersonal einführen zu wollen. Aber in derselben Weise, wie man mich als deutschen Arzt hierhergerufen hat, um türkische Militärärzte auszubilden, und in demselben Maße, wie ich in mein Vaterland zurückkehre, wenn ich meine Aufgabe erfüllt habe, oder wenn man meine Dienste nicht mehr begehrt, in demselben Maße sollen diese drei deutschen Krankenschwestern mit zur Ausbildung des türkischen Krankenpflegepersonals dienen, und sie werden nach Jahresfrist in ihr Vaterland zurückkehren, nachdem ein tüchtiger Anfang in der Erziehung der Pfleger gemacht ist.

Eine der Schwestern wird als Operationsschwester fungieren: sie wird die in mancher Hinsicht komplizierten Sterilisations- und Desinfektionseinrichtungen in tadellosem Zustand erhalten, und mit ihrer Hilfe können innerhalb eines Jahres eine ganze Anzahl türkischer Krankenwärter zu erfahrenen Operationswärtern herangebildet werden.

Die zweite Schwester wird dem Bandagenzimmer und der Verbandfabrik vorstehen, außerdem für die Krankenwäsche, Krankenessen etc. sorgen. Von ihr werden die Krankenwärter lernen, daß über jede Schiene, über jedes Verbandstück Kontrolle geübt werden muß, daß nichts verschleudert werden oder in den Ecken herumliegen soll. Sie werden auch von ihr lernen, die Verbandstoffe selbst herzurichten, mit antiseptischen Stoffen zu imprägnieren und zu sterilisieren. Ich darf über diesen recht wichtigen Punkt einige Worte sagen:

Bezieht man die Verbandstoffe bereits fertig hergestellt im Detailverkauf von einem Zwischenhändler, so hat man zunächst gar keine Garantie dafür, daß sie wirklich zweckdienlich hergestellt sind, daß sie wirklich die angegebene und bezahlte Konzentration des betreffenden antiseptischen Mittels enthalten. Ihre Anwendung ist also in jedem Falle ein Risiko und eventuell für den Kranken direkt schadenbringend. Ferner muß man sie im Detailverkauf natürlich wesentlich teurer bezahlen, als wenn man sie en gros im Rohzustande direkt von der Fabrik bezieht und sie im Hospitale selbst mit den Arbeitskräften, die man hier zur Verfügung hat, und die man doch bezahlen muß, nach Wunsch und Bedarf verarbeitet. In der Tat spart man durch Errichtung einer selbst. „Verbandfabrik“ im Spitale eine ganze Menge Geld, ganz besonders natürlich in einem so großen Betriebe, wie ihn die neue Ecole de Médecine darstellt. Innerhalb Jahresfrist kann eine Schwester eine ganze Anzahl von Krankenpflegern in der Verarbeitung

der Verbandstoffe unterrichten, und der türkische Staat bringt den Gehalt, den er der Schwester bezahlt, reichlich in der Weise wieder ein, daß die Verbandstoffe in der neuen Ecole billiger hergerichtet werden können.

Die dritte Schwester wird die Krankensäle und die eigentliche Pflege der Kranken beaufsichtigen, und auch hier gibt es Dinge in Hülle und Fülle, die von ihr zu erlernen sind, und wäre es nur das eine: daß die türkischen Krankenpfleger kennen lernen, was es eigentlich heißt, Kranke pflegen.

Für die Persönlichkeit der Schwestern würde ich vollständige Garantie leisten, da ich den Vorzug habe, die Oberin, durch welche sie ausgebildet sind, persönlich zu kennen. Ich leiste gerne Garantie dafür, daß ihr Auftreten und ihre Tätigkeit im Spitale niemals irgendwie Anstoß erregen wird. Es werden ältere im Krankendienste sehr erfahrene Personen sein, die keinen anderen Zweck kennen, als ihre Pflicht zu erfüllen. Sie entstammen dem Krankenpflegerorden für die Staatskrankenhäuser Hamburgs. Die Gründerin und Oberin dieses Ordens ist die Tochter des früheren kommandierenden Generals des badischen Armeekorps, Excellenz v. Schlichting, und ist eine Autorität auf dem Gebiete der praktischen Krankenpflege. Die Kosten, die dem türkischen Staate durch das Engagement dieser drei Schwestern erwachsen werden, werden geringe sein, insbesondere, wenn man den großen Nutzen in Betracht ziehen wird, den sie ohne Zweifel dem türkischen Staate bringen werden.

Ich weiß wohl, daß diesem meinem Vorschlage vielleicht religiöse Bedenken hindernd im Wege stehen werden. Wenn ich ihn trotzdem hier ausspreche und sogar seine Genehmigung erhoffe, so geschieht dieses:

1. Weil bereits ein Präzedenzfall vorliegt. Während des letzten türkisch-griechischen Krieges haben deutsche Schwestern in einem türkischen Spitale Krankenpflege ausgeübt und, wie ich mit großer Freude gehört habe, es verstanden, sich die Achtung der Kranken und die Zufriedenheit der türkischen Behörden zu erwerben.

2. Weil mein Vorschlag der wohlmeinendste Rat ist, den ich unter den obwaltenden Umständen geben kann, weil er den sichersten Weg darstellt, möglichst rasch zu einem guten einheimischen Pflegepersonale zu kommen, und weil er — das ist meine felsenfeste Ueberzeugung — sehr gute Früchte für die Türkei zeitigen wird.

Alles das ermutigt mich sogar, soweit zu gehen, Ew. Excellenz zu bitten, auch diesen Vorschlag zu dem Ihrigen zu machen und ihn Seiner Kaiserlichen Majestät zur gnädigen Genehmigung vortragen zu wollen.

Genehmigen Ew. Excellenz die Versicherung meiner aufrichtigen Hochachtung und meines verbindlichsten Dankes für die mir von Ew. Excellenz bisher erwiesene Unterstützung in Erfüllung meiner Aufgabe.

Prof. Dr Rieder.

III. Bericht vom 5. August 1898 betreffend:

Reorganisation des Unterrichts der Ecole préparatoire und der Ecole de Médecine.

Ich habe heute die Ehre, Ew. Excellenz den dritten Teil meines Reorganisationsplanes des medizinischen Unterrichts der Türkei zu überreichen. Ew. Excellenz werden Sie gütigst erinnern, daß ich bereits in meinem Bericht vom 9. Juni 1898 meine Meinung über den heutigen Stand der Militärmedizinschule dahin ausgesprochen habe, daß dieselbe weder in ihren baulichen Einrichtungen noch in pädagogischen oder medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen imstande sein kann, brauchbare, moderne Aerzte heranzubilden. Die großen Mängel in baulicher Hinsicht waren bereits anerkannt und ihre Beseitigung in Aussicht genommen, ehe ich hierher kam, da Seine Kaiserliche Majestät bereits den völligen Neubau der Militärmedizinschule befohlen hatte. Die Mängel der pädagogischen Einrichtung hoffe ich heute beweisen zu können, während ich das nahezu völlige Fehlen aller modernen Demonstrationsmittel und anderer wissenschaftlicher Einrichtungen für den medizinischen Unterricht in meinem nächsten Bericht darzulegen mir erlauben werde.

Den eigentlichen Gegenstand dieses heutigen Berichtes bildet also das **Unterrichtsprogramm der Ecole Impériale de Médecine**. Doch würde ich meine Aufgabe nur in unvollkommener Weise lösen, wenn ich nicht zugleich auch das Unterrichtsprogramm der hier zu Lande bestehenden Vorbereitungsschulen für Medizinschüler (Ruschdieh und Idadiech) in den Kreis meiner Betrachtungen ziehen würde. Im Gegenteil, gerade diese Vorbereitungsschulen bedürfen der allerernstesten Berücksichtigung. Auf den Leistungen dieser Schulen baut sich ja das nun folgende medizinische Studium auf. Ist aber die Basis ungeeignet und unsolid, wie kann man Dauer und Zweckmäßigkeit des auf dieser Basis aufgerichteten Gebäudes erwarten?

Es scheint mir daher nicht unzweckmäßig, zu allererst die ganz allgemeine Frage aufzuwerfen: Welches ist denn die beste, d. h. die naturgemäße Vorbildung für das Studium der Medizin? Es ist klar, daß wir uns mit der präzisen Beantwortung dieser allgemeinen Frage gerade für die Wertschätzung des jetzigen Lehrprogramms der Ecole préparatoire ein zuverlässiges Kriterium verschaffen. Bei der ungemainen Wichtigkeit fundamentaler Anschauungen überhaupt, werden Excellenz verzeihen, wenn ich diese allgemeine Frage etwas ab ovo behandle.

Ecole préparatoire (Idadiech).

A. Allgemeines.

Ein Jeder, der der Vorbildungsschule entwachsen, sich einem akademischen Studium widmen will, muß eine Vorbildung sein eigen nennen, die sich aus zweierlei zusammensetzt:

1. Aus einer allgemeinen Bildung.

Diese allgemeine Bildung, aufgebaut auf den religiösen d. h. ethischen Anschauungen des eigenen Volkes und denjenigen anderer Kulturvölker, hat weniger eine einseitige Ausbildung des Verstandes als vielmehr eine Durchbildung des Gemütes und Charakters zum Endzweck. Diese Durchbildung ruht auf einem Schatze positiver Kenntnisse allgemeiner Art. Diese Kenntnisse sind für den jungen Studenten unerläßlich. Er soll von nun ab die Fortbildung und Weiterentwicklung seiner Person selbst in die Hand nehmen. Je älter er wird, um so mehr ist er selbst, der freiwillig von sich aus bestrebt sein muß, sich alle die Kenntnisse anzueignen, die ihn befähigen, in den ethischen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Fragen seines Volkes und seiner Zeit Stellung nehmen zu können, und die in der Schule erworbenen Kenntnisse bedeuten die Basis, auf der er aufbaut.

2. Aus einer speziellen Bildung.

Das heißt: der Student muß sich in der Schule Vorkenntnisse spezieller Art erworben haben, die ihn befähigen, gerade das Studium, dem er sich widmen will, gleich vom ersten Tag an mit Verständnis und Erfolg betreiben zu können. Zwar ist es nicht unmöglich, daß er sich diese speziellen Vorkenntnisse auch noch später erwerben könnte, immer aber wird solches ein Hemmnis seines Studienganges bedeuten. Denn — das ist ein wichtiger pädagogischer Grundsatz — **nur dann nützt der Student seine Zeit vollkommen aus, wenn der Studiengang ein geregelter ist, d. h. wenn der Studierende nicht eher einem Fache sich zuwendet, als bis er die für das Verständnis dieses Faches nötigen Vorstudien erledigt hat.** Dieser Grundsatz gilt für Universität und für Vorbereitungsschule. In letzterer würde ganz besonders dann ein Ausnutzen der Zeit stattfinden, wenn beide Postulate: „allgemeine Bildung und spezielle Vorbildung“ sich in einem erledigen ließen, d. h. wenn in der angegebenen allgemeinen Bildung zugleich eine Spezialvorbildung für den gewählten Lebensberuf enthalten wäre. Es ist klar, daß damit geradezu das Ideal der Vorbildung erreicht wäre.

Von jeher sind die Pädagogen der Ansicht gewesen, daß das Studium der sogenannten klassischen Sprachen (Lateinisch, Altgriechisch) in hohem Maße geeignet ist, dem Schüler die Basis einer allgemeinen Bildung zu verschaffen. Denn diese Sprachkenntnisse erlauben ein Eindringen in das Geistesleben der großen Kulturvölker des Altertums. Sehr lange Zeit war dieses Sprachstudium (die sogenannte „humanistische“ Vorbildung) fast ausschließlich die einzige Vorbereitungsart für das höhere Studium. Je mehr aber in unserem Jahrhundert die großen Entdeckungen der Naturwissenschaften einen dominierenden Einfluß auf unser ganzes wissenschaftliches Leben gewonnen haben, je mehr die wissenschaftlichen Arbeiten großer Naturforscher und Aerzte Einblicke in die Wunderwelt der Natur und ihre Erscheinungen erlaubt haben, um so mehr ist man zu der

Erkenntnis gelangt, welch ein lebendiger Quell gerade in dem Studium der Naturwissenschaften für die Ausbildung unserer Jugend sprudelt. Kein Wunder, daß in Deutschland, in Frankreich und anderswo die Zahl derjenigen immer mehr zunimmt, die eine naturwissenschaftliche Vorbildung der Jugend für mindestens ebenso fruchtbringend erachten als eine sprachliche (humanistische). Und es ist sicher, daß die naturwissenschaftliche Vorbildung in absehbarer Zeit für viele Fächer die humanistische sogar aus dem Felde geschlagen haben wird.

Neben diesen beiden Erziehungsarten ist kaum eine dritte zu nennen, die diesen beiden gleichwertig wäre. Geschichte kommt nur in Verbindung mit den Naturwissenschaften in Frage; die mathematischen Fächer werden für die Dressur des Verstandes mit Erfolg herbeigezogen, auf die Bildung des Gemütes und Charakters werden sie stets ohne Einfluß bleiben. Reine Verstandsmenschen haben noch nie in der Weltgeschichte eine neue Epoche der Entwicklung ihres Volkes oder gar des Menschengeschlechtes hervorgebracht. (Von den modernen Sprachen werden wir noch weiter unten zu sprechen haben.)

Also nur humanistische Vorbildung und naturwissenschaftliche Vorbildung können sich für das Studium der Medizin den Rang streitig machen. Welche von beiden werden wir wählen?

Vor 50 Jahren und länger, als die Medizin im wesentlichen aus Formelkram und abstrakten Ideen philosophischen Inhalts bestand, als die Kunst zu heilen darin bestand, lange Rezepte zu schreiben mit gelehrt klingenden lateinischen Namen, da mag die Kenntnis des Lateinischen und auch des Griechischen für den Arzt unerläßlich gewesen sein. Heutzutage ist die Medizin eine Naturwissenschaft auf exakter Basis, d. h. ihr Inhalt ist das gerade Gegenteil des früheren. Wenn aber der Inhalt der heutigen Medizin ein ganz anderer gegen früher geworden ist, so erfordern es einfach die Gesetze der Logik, daß auch die Vorbildung eine andere werde. Und wenn nach denselben Gesetzen es klar ist, daß für eine Naturwissenschaft auch eine naturwissenschaftliche Vorbildung gehört, so kann die Antwort auf die Eingangs aufgeworfene Frage: „Welches ist die beste, die naturgemäßeste Vorbildung für die Medizin?“ nur lauten: „**die naturwissenschaftliche**“. Zudem erfüllt diese in der Tat beide Postulate einer Vorbildung, d. h. sie gibt mit der allgemeinen Bildung die speziellen Vorkenntnisse: ergo erreichen wir mit ihr das, was wir oben als Ideal bezeichnet haben.

Den Wert der naturwissenschaftlichen Vorbildung können wir noch erhöhen, wenn wir mit ihr das Studium der modernen Sprachen verbinden. Naturwissenschaften und moderne Sprachen hängen eng zusammen. Die Naturwissenschaften haben andere Verkehrsbedingungen gebracht, die Völker sind räumlich einander näher gerückt, sowohl der persönliche Verkehr als der auf andere Weise stattfindende Austausch geistiger, d. h. wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Errungenschaften ist ein wesentlich gesteigerter geworden.

Das Studium der modernen Sprachen wird für jeden Gebildeten jeder Nation immer notwendiger. Gerade der Arzt sieht sich recht häufig in die Lage versetzt, die naturwissenschaftlichen und medizinischen Erscheinungen und Entdeckungen seiner Zeit in der Sprache einer anderen Nation studieren zu müssen. Jedenfalls erfreut sich der Arzt eines großen Vorzuges, der fremde Sprachen versteht. Wer die Sprache eines anderen Volkes besitzt, besitzt auch den Schlüssel zu dessen Eigenart und zu dem geistigen Besitztume dieses Volkes und dessen ganze Bildung gehört von nun ab auch ihm.

So kann das Studium der modernen Sprachen auch für den Mediziner zugleich eine Stätte allgemeiner Bildung und spezieller Vorbildung abgeben.

B. Spezielles.

Wenden wir diese allgemeinen Erwägungen, deren Berechtigung wohl von jedem Gebildeten anerkannt wird, auf die *Ecole préparatoire* an. —

Um Wiederholungen und Undeutlichkeiten zu vermeiden, halte ich es für zweckdienlich, den zur Zeit bestehenden Lehrplan der türkischen Vorbereitungsschulen für Medizinschüler hier anzuführen. Ihm gegenüber stelle ich den analogen Lehrplan Deutschlands. Wir gewinnen damit ein Vergleichungsmoment. Den Lehrplan Deutschlands kann ich wohl mit Fug und Recht wählen, denn die ganze wissenschaftliche Welt kennt den Wert der in Deutschland ausgebildeten Aerzte.

I. Türkei.

In der Türkei bestehen für Medizinschüler als Vorbereitungsschulen:

1. Die *Ecole primaire*.

Die *Ecole primaire* ist eine Elementarschule, in welcher die Schüler ca vom 6.—9. Jahre in den Elementarfächern unterrichtet werden. Wir brauchen diese Anstalt für unsere Zwecke nicht näher zu berücksichtigen.

2. Die *Ecole Ruschdieh*.

Diese *Ecole* umfaßt einen Lehrplan von drei Jahren. In denselben sind aufgenommen neben der türkischen Sprache auch deren verwandte Idiome: Arabisch und Persisch; daneben erfolgt Unterricht in der Geographie, in der türkischen Geschichte, sowie im Französischen und im Zeichnen. Der genauere Lehrplan ist folgender:

I. Jahr

wöchentlich:

Instruction religieuse	2	Kalligraphie française	1
Grammaire turque	3	Arithmétique abrégée	3
Kalligraphie turque	1	Dictée	3
Lecture française	3	Dessin	2

Summe: 18 Stunden

II. Jahr

wöchentlich:

Instruction religieuse	1	Géographie	2
Dictée turque	2	Histoire	1
Kalligraphie turque	1	Arithmétique	3
Français	3	Grammaire arabe	3
Kalligraphie française et Dessin	1	Grammaire persane	1
		Summe: 18 Stunden die Woche	

III. Jahr:

Instruction religieuse	1	Français	4
Dictée turque	2	Kalligraphie française et Dessin	2
Histoire islamique	1	Syntaxe arabe	2
Syntaxe turque	2	Littérature persane	1
Arithmétique	2	Comptabilité	?
Géométrie	1	Summe: 20 Std. die Woche	
Géographie	2		

Nach diesem Unterrichtsplane betragen die Unterrichtsstunden im Durchschnitte 19 per Woche, also am Tage kaum mehr als drei Stunden.

Ich halte mich nicht für kompetent genug, über die Zweckmäßigkeit oder Nichtzweckmäßigkeit dieses Lehrplanes ein Urteil zu fällen. Eine Erhöhung der täglichen Unterrichtsstunden würde aber wohl kaum etwas schaden.

Die Schule ist ein Externat.

3. Die Ecole préparatoire (Idadieh).

Diese Ecole ist im Gegensatz zu der Ecole Ruschdieh ein Internat. Ihr Lehrplan umfaßt drei Jahre (in der Provinz vier Jahre¹⁾. Der Stundenplan ist laut officieller Mitteilung des Préfet des études Mr. Kadri, Major d'Etat major, folgender:

I. Jahr

wöchentlich:

Religion	1	Histoire Ottomane	1
Composition turque	2	Géographie de l'Empire Ottoman	1
Français	6	Dessin d'après nature	1
Algèbre	3	Summe: 17 Std.	
Géométrie élémentaire	2		

II. Jahr

wöchentlich:

Religion	1	Trigonométrie	1
Composition turque	3	Histoire générale	2
Français	6	Dessin d'après nature	2
Géométrie dans l'espace	2	Summe: 17 Std.	

1) Wir lassen dies bei Seite, da wir nur von Konstantinopel sprechen.

III. Jahr

wöchentlich:

Religion	1	Mécanique	2
Littérature turque	1	Kosmographie	1
Logique	1	Histoire générale	1
Français	8	Dessin aquarel	2

Summe: 17 Std.

Nach Absolvierung dieser Ecole préparatoire treten die Schüler in die Ecole de médecine über.

II. Deutschland.

Der Vorbereitungsplan Deutschlands ist seit nunmehr 30 Jahren bezüglich der Vorbereitung aller Ärzte des Deutschen Reiches im wesentlichen immer derselbe geblieben; er ist folgender:

1. Elementarschule.

Sie umfaßt Schüler vom sechsten bis neunten (resp. zehnten) Jahre und verschafft denselben in dreijährigem Unterrichte die Kenntnis der Elementarfächer: Lesen, Schreiben, Rechnen, wohl in der gleichen Weise wie die analoge Schule der Türkei.

2. Gymnasium.

Im Gymnasium sind Ruschdieh und Idadieh zusammen enthalten. Das Gymnasium hat im ganzen deutschen Reiche einen Lehrplan von neun Jahren. Den Schluß der Schule bildet das sogenannte Abiturientenexamen, ein Analogon zu dem Baccalauréat Frankreichs. Jedenfalls, und das sei noch einmal hervorgehoben, wird im ganzen deutschen Reiche nur derjenige zum Studium der Medizin zugelassen, d. h. für genügend vorbereitet gehalten, der den neunjährigen Lehrkurs des Gymnasiums absolviert hat.

Der genaue Lehrplan des deutschen Gymnasiums ist folgender (entnommen dem Jahresbericht 1897/98 des Königl. Friedrich-Gymnasiums zu Kassel¹⁾):

I. Unterste Klasse (Sexta).

wöchentlich:

Religion	3	Rechnen	4
Deutsch	3	Naturbeschreibung	2
Lateinisch	8	Schreiben	2
Geschichtserzählung	1	Gesang	2
Geographie	2	Turnen	3

Summa 30 Std.

1) Dieser Lehrplan ist erst seit einigen Jahren eingeführt. Der frühere Lehrplan setzte für Latein zehn Stunden wöchentlich an. Die drei Stunden, die also in Wegfall gekommen sind, sind der französischen und der deutschen Sprache und der Physik zu gute gekommen. Während Physik, Chemie etc. früher erst in Obersekunda begann, werden diese Fächer heute zwei Jahre früher (d. h. von Obertertia an) unterrichtet. Diese Aenderung des Lehrplanes be-

II. Klasse (Quinta).

wöchentlich:

Religion	2	Naturbeschreibung	2
Deutsch	2	Zeichnen	2
Lateinisch	8	Schreiben	2
Geschichtserzählungen	1	Gesang	2
Geographie	2	Turnen	3
Rechnen	4		
		<u>Summa</u>	<u>30 Std.</u>

III. Quarta

wöchentlich:

Religion	2
Deutsch	3
Lateinisch	7
Französisch	4
Geschichte	2
Geographie	2
Mathematik	4
Naturkunde (Botanik, Zoologie)	2
Gesang	2
Zeichnen	2
Turnen	3
	<u>Summa</u>
	<u>33 Std.</u>

IV. Untertertia

wöchentlich:

Religion	2
Deutsch	3
Lateinisch	7
Griechisch	6
Französisch	3
Geschichte	2
Geographie	1
Mathematik	3
Naturkunde	2
Gesang	2
Zeichnen	2
Turnen	3
	<u>Summa</u>
	<u>36 Std.</u>

V. Obertertia.

Religion	2
Deutsch	2
Lateinisch	7
Griechisch	6
Französisch	3
Geschichte	2
Geographie	1
Mathematik	3
Naturkunde	2
Gesang	2
Zeichnen	2
Turnen	3
	<u>Summe</u>
	<u>35 Std.</u>

VI. Untersecunda.

Religion	2
Deutsch	3
Lateinisch	7
Griechisch	6
Französisch	3
Geschichte und Geographie	3
Mathematik	4
Physik (Chemie)	2
Gesang	2
Turnen	3
	<u>Summa</u>
	<u>35 Std.</u>

deutet nichts anderes als eine (allerdings geringe) Konzession an die naturwissenschaftliche Vorbildung. Zugleich wurde auf die körperliche Erholung der Schüler größerer Wert gelegt: die Turnstunde wurde um eine pro Woche vermehrt und Dispensation nur in zwingenden Fällen erteilt. Die Gesamtsumme der wöchentlichen Unterrichtsstunden blieb im wesentlichen dieselbe wie früher.

VII. Obersecunda.		VIII. Unterprima.	
Religion	2	Religion	2
Deutsch	3	Deutsch	3
Lateinisch	7	Lateinisch	7
Griechisch	6	Griechisch	6
Französisch	2	Französisch	2
Geschichte und Geographie	3	Geschichte und Geographie	3
Mathematik	4	Mathematik	4
Physik, Chemie,		Physik etc.	2
Mineralogie	2	Gesang	2
Gesang	2	Turnen	3
Turnen	3	Hebräisch ¹⁾	2
Hebräisch ¹⁾	2	Englisch ¹⁾	2
Englisch ¹⁾	2		
	Summe 34 (38)		Summa 34 (38) Std.
IX. Oberprima.			
Religion	2	Mathematik	4
Deutsch	3	Physik	2
Lateinisch	7	Gesang	2
Griechisch	6	Turnen	3
Französisch	2	Hebräisch ¹⁾	2
Geschichte und Geographie	3	Englisch ¹⁾	2
			Summa 34 (38)

Vergleichen wir den Lehrplan Deutschlands mit demjenigen der Türkei, so ergeben sich schon auf den allerersten Blick ganz beträchtliche Unterschiede, ich möchte sagen:

1. in quantitativer und
2. in qualitativer Hinsicht.

1. Wenn wir die übrigen in beiden Ländern in gleicher Weise eingerichteten Elementarschulen bei Seite lassen, so hält Deutschland eine neunjährige Vorbereitung mit wöchentlich 30 Unterrichtsstunden (nach Abzug von Turnübungen und Gesang) für notwendig, die Türkei begnügt sich mit einer sechsjährigen Vorbereitung bei durchschnittlich 18 wöchentlichen Unterrichtsstunden.

2. Deutschland gibt eine äußerst sorgfältige humanistische Vorbildung, daneben werden durchaus die Naturwissenschaften, die mathematischen Fächer, auch Geschichte und Literatur etc. berücksichtigt und neben Religion und der deutschen Sprache auch Französisch unterrichtet.

Die Türkei gibt weder eine humanistische noch eine naturwissenschaftliche Vorbildung. Ob nun die Fächer, die statt der in Deutschland üblichen klassischen Sprachen hier unterrichtet werden: Türkisch, Arabisch, Persisch, Französisch, verbunden mit etwas Arithmetik und Geschichte etc., überhaupt im Stande

1) Wird fakultativ unterrichtet.

sind. dem Schüler jene breite Basis zu geben, die nun einmal für ein wissenschaftliches Studium unerläßlich ist, wage ich zwar zu bezweifeln, aber es fehlt mir, als Nichtpädagogen, das sachverständige Urteil. In einer so minimalen Zahl der Unterrichtsstunden den Schülern dargeboten, ist das jedenfalls kaum denkbar oder die türkischen Schüler müssen beinahe noch einmal so klug sein wie die deutschen Gymnasiasten, oder die Bildungskraft des Arabischen, Persischen, Türkischen muß beinahe noch einmal so stark sein wie die der klassischen Sprachen. Ich will aber einmal einen Moment zugeben, daß der Lehrplan der *Ecole préparatoire* in seiner ganzen, jetzt beliebten Form im Prinzip und in der Ausführung hier am Platze wäre. Trotzdem würde ich ihn abschaffen. Denn das Bessere ist der Feind des Guten und die Naturwissenschaften sind hier das Bessere. Zudem liegen für die Einführung der Naturwissenschaften in die medizinische Vorbereitungsschule die Verhältnisse gerade hier so außerordentlich günstig, daß ich berechtigte Einwendungen nirgends sehen kann. Wie froh würde man in Deutschland sein, in gleicher Lage sich zu befinden. In Deutschland stellen sich den Reformvorschlägen für die medizinische Vorbildung in der Tat ganz andere Hindernisse in den Weg. Die deutsche Unterrichtsverwaltung kennt keine *Ecole préparatoire* für Mediziner. Das Gymnasium ist die Vorbereitungsschule für alle gelehrten Fächer. Das Gymnasium hat daher einen Durchschnittslehrplan, der für Philologen, Juristen etc. ebenso passen soll wie für Mediziner, und der infolge davon die Naturwissenschaften nur insoweit berücksichtigen kann, als ihre Kenntnis von einem gebildeten Menschen der Jetztzeit verlangt werden muß. Für die Mediziner reicht das aber nicht aus, und dementsprechend müssen die Mediziner während des ersten und zweiten Jahres des medizinischen Studiums auch noch Naturwissenschaften studieren. Daß dies ein ganz außerordentlich großer Mißstand ist, darüber ist wohl in Deutschland kein Sachverständiger im Unklaren. Man versucht immer von neuem, Aenderungen in diesem Punkte eintreten zu lassen, aber die ganze Entwicklung der deutschen Wissenschaft ist seit Jahrhunderten auf klassischen Boden gebaut, und es ist unmöglich, über Nacht mit einer Jahrhunderte alten Tradition zu brechen.

Von Alledem ist hier in der Türkei gar nicht die Rede. Hat man sich von der Unzulänglichkeit des bisherigen Lehrprogrammes der *Ecole préparatoire* überzeugt, so liegen für Reformen die Verhältnisse hier so außerordentlich günstig, daß es nach meinem Dafürhalten kinderleicht ist, Einrichtungen zu schaffen, um die andere Staaten die Türkei beneiden könnten. Es besteht hier eine *Ecole préparatoire* für Militärärzte. Diese Einrichtung entspricht den hiesigen Erfordernissen. Mithin steht nicht nur nichts im Wege, sondern es ist sogar geboten, den Lehrplan der *Ecole préparatoire* auf Aerzte zuzuschneiden. Der Umstand, daß aus der *Ecole préparatoire* neben den Aerzten auch die zukünftigen Offiziere hervorgehen, ändert an dieser Auffassung nichts, wie wir noch weiter unten sehen werden.

Ich glaube nun nicht, daß ein Mensch daran denken wird, hier in die *Ecole préparatoire* der Türkei die klassische Bildung Deutschlands einführen zu wollen. Mithin bleiben die Naturwissenschaften für diesen Zweck allein übrig. — Jetzt bitte ich Ew. Excellenz, einen Blick auf den Lehrplan der *Ecole de Médecine Militaire* zu werfen.

Die beiden ersten Jahre des medizinischen Studiums dieser Schule gehen der Medizin vollständig verloren, denn sie werden verbraucht mit dem Studium der vorbereitenden Wissenschaften, der Chemie, Physik, Botanik, Zoologie und Mineralogie. Was heißt denn eigentlich „*Ecole préparatoire*“, wenn die präparatorischen Fächer in der *Ecole de Médecine* zu gleicher Zeit mit den Fächern, für die sie die Vorbereitung sein sollen, unterrichtet werden? Wenn Chemie, Physik, Botanik, Zoologie präparatorische Fächer sind, (und das sind sie wirklich), so gehören sie eben logischer Weise in die *Ecole préparatoire*, d. h. es gehören überhaupt die beiden ersten Unterrichtsjahre der *Ecole de Médecine* in die *Ecole préparatoire*. Aber nicht nur logischer, sondern auch essentieller Weise gehören sie dahin. Der hohe Bildungswert der Naturwissenschaften in der Erziehung der Schüler überhaupt steht heutzutage unverrückbar fest. Die türkische Unterrichtsverwaltung braucht also gar nichts anderes zu tun, als diese Tatsache in der richtigen Weise zu verwerten — und sie schlägt, wie wir sagen, zwei Fliegen mit einer Klappe: Sie gibt ihren Medizinschülern eine gute allgemeine Ausbildung und zugleich Vorkenntnisse für ihren Spezialberuf.

Dabei ist es allerdings nötig, den Lehrplan der *Ecole préparatoire* um zwei Jahre zu verlängern und die wöchentliche Stundenzahl entsprechend zu erhöhen. Während der bisherige Lehrplan fast in allen Punkten als Lehrplan der drei ersten Jahre auch in Zukunft fortbesteht, so kommen im vierten und fünften Jahre die naturwissenschaftlichen Fächer für die zukünftigen Militärärzte dazu. Die zukünftigen Offiziere würden also wie bisher die Schule nach dem dritten Jahre verlassen und damit ihre bisherige Vorbildung beibehalten können. Für die Mediziner geht es nun einmal ohne die vorgeschlagene zweijährige Verlängerung des Lehrplanes nicht ab. Allein die nackte Tatsache, daß Deutschland neun Jahre und dreißig wöchentliche Unterrichtsstunden für nötig hält, redet laut genug. Die ganze Zeit der deutschen Ausbildung würde ja trotz der zweijährigen Verlängerung so wie so noch nicht erreicht werden, denn die Türkei besäße dann immerhin erst acht Vorbereitungsjahre mit 25 wöchentlichen Unterrichtsstunden (cf. unten ausführlicher Lehrplan), die Gesamtdauer des medizinischen Studiums aber wird überhaupt nur um ein Jahr verlängert, da von den zwei Jahren Zuwachs, die der Lehrplan der *Ecole préparatoire* erfährt, ein Jahr von dem Lehrplane der *Ecole de Médecine* gekürzt wird.

Ich gehe noch einen Schritt weiter.

Erinnernd an das, was ich über den Bildungswert der modernen Sprachen gesagt habe, würde ich es für außerordentlich fruchtbringend halten, wenn die Vorbildung der Medizinschüler der Türkei auf das Studium der Naturwissenschaften und der modernen Sprachen gegründet würde. Das Studium einer modernen Sprache, hier des Französischen, erscheint nicht genügend. Für das Altertum genügt uns keineswegs das alleinige Studium der griechischen Sprache oder dasjenige der lateinischen, wenn wir uns die Kultur dieser Zeiten zu eigen machen wollen. Ebensowenig aber sind es in der modernen Zeit lediglich die Franzosen, welche Bildung und Gesittung vertreten. So notwendig auch für die Türken die Kenntnis gerade des Französischen sein mag, so ist daß für den türkischen Mediziner doch nicht ausreichend. Seit den letzten 30 Jahren, also seit einem Menschenalter, hat die deutsche medizinische Wissenschaft einen solchen Aufschwung genommen, stehen so viele Deutsche in der ersten Reihe derjenigen Männer, welche der modernen Heilkunde neue Wege eröffnen, ist das Studium und die Kenntnis der deutschen medizinischen Literatur für jeden Arzt, der sich Rechenschaft geben will von dem, was um ihn vorgeht, so absolut notwendig, daß er ohne eine gewisse Kenntnis der deutschen Sprache nicht mehr auskommen kann, oder er muß auf eine Fortbildung seiner selbst als Arzt zu einem guten Teil von vornherein verzichten. Zudem garantiert die hohe Blüte deutscher Wissenschaft der Jetztzeit, daß auch die Zukunft darin keine Änderung bringen wird. Und auch, wenn sich der Mediziner nur soweit mit der deutschen Sprache vertraut macht, daß er sie lesen und verstehen kann, so hat er sich doch die Möglichkeit verschafft, auch in den reichen Schatz deutscher Dichtung und deutscher Geschichte eindringen zu können. Daß er damit seinen Ideenkreis enorm erweitern, seine allgemeine Bildung außerordentlich steigern kann, erwähne ich zum Schlusse, obwohl ich es wahrlich hätte zu Anfang tun sollen.

Die Aufnahme der deutschen Sprache in das Unterrichtsprogramm der *Ecole préparatoire* resp. *Ecole de Médecine* erscheint mithin nicht nur zweckmäßig, sondern sogar notwendig.

Ziehe ich aus alledem das Ergebnis, so lautet es:

1) Die beste und naturgemäßeste Vorbildung für Mediziner ist diejenige auf naturwissenschaftlicher Basis. Moderne Sprachen, und zwar Französisch und Deutsch, diesem Lehrplane zugefügt, erhöhen seine Zweckmäßigkeit.

2. Daher schlage ich vor, einen solchen Lehrplan der *Ecole préparatoire* zu geben. Jedenfalls würde sie sodann ihren Namen „*préparatoire*“ mit Recht führen.

Zukünftiger Lehrplan der Ecole préparatoire:

I. Jahr		II. Jahr	
wöchentlich:		wöchentlich:	
Religion	1	Religion	1
Composition turque	2	Composition turque	3
Français	6	Français	6
Allemand	6	Allemand	6
Algèbre	3	Géométrie dans l'espace	2
Géométrie élémentaire	2	Trigonométrie	1
Histoire Ottomane	1	Histoire générale	2
Géographie de l'empire Ottoman	1	Botanique	1
Botanique	1	Zoologie	1
Zoologie	1	Dessin	2
Dessin d'après nature	1	<u>Summa 25 Std.</u>	
<u>Summa 25 Std.</u>			
III. Jahr		IV. Jahr	
wöchentlich:		wöchentlich:	
Religion	1	Religion	1
Littérature turque	1	Français	4
Français	6	Allemand	4
Allemand	6	Chimie anorganique	6
Histoire générale	1	Physique	6
Chimie élémentaire	4	Botanique	2
Mécanique et Physique élémentaire	2	Zoologie	2
Kosmographie	1	<u>Summa 25 Std.</u>	
Botanique	1		
Zoologie	1		
Dessin aquarel	1		
<u>Summa 25 Std.</u>			
V. Jahr			
wöchentlich:			
Religion	1	Chimie organique	6
Français	4	Botanique	3
Allemand	4	Zoologie	3
Physique	6	<u>Summa 27 Std.</u>	

École Impériale de Médecine.

Der *premier cours* der Ecole de Médecine ist folgender:

I. Jahr
wöchentlich:

Religion	1
Français	5
Organische Chemie	6
Physik	6
Geologie und Mineralogie	4
Repetitionen	1
Summa	23 Std.

II. Jahr
wöchentlich:

Religion	1
Français	4
Organische Chemie und Pharmakologie	6
Botanik	6
Anatomie	6
Summa	23 Std.

III. Jahr
wöchentlich:

Religion	1
Français	4
Analyses chimiques	8
Zoologie	5
Anatomie	6
Physiologie	4
Summa	23 Std.

IV. Jahr
wöchentlich:

Religion	1
Français	4
Histologie	3
Pathologie générale	3
Médecine opératoire	3
Hygiène	3
Matière médicale	6
Summe	23 Std.

V. Jahr
wöchentlich:

Clinique interne	3 stdl.
Policlinique interne	2 „
Pathologie interne et infantile	4 „
Clinique externe	3 „
Policlinique externe	1 „
Pathologie externe	4 „
Clinique ophthalmolo- gique	3 „
Clinique dermatolo- gique (Syphilis)	2 „
Clinique oto laryngolo- gique	3 „
Accouchement	4 „
Psychiatrie	1 „
Maladies des oreilles	1 „
Bactériologie	2 „
Anatomie pathologique	1 „
Summa	34 Std.

VI. Jahr
wöchentlich:

Clinique interne	3 stdl.
Policlinique interne	2 „
Pathologie interne	4 „
Clinique interne	4 „
Policlinique externe	1 „
Pathologie externe	4 „
Clinique ophthalmolo- gique	3 „
Ophthalmologie	1 „
Policlinique dermato- logique (Syphilis)	2 „
Clinique oto-laryngolo- gique	3 „
Psychiatrie	1 „
Otologie	1 „
Médecine légale	2 „
Rage	2 „
Summa	32 Std.

Excellenz, ich habe diesen Lehrplan „sine ira et studio“ nach den verschiedensten Richtungen hin sorgfältigst erwogen. Es ist meine Pflicht, meine offene Meinung zu sagen. Dieselbe lautet:

Der vorstehende Lehrplan der Ecole de Médecine ist nicht geeignet, Aerzte zu erziehen, die den Anforderungen der heutigen, vorzugsweise praktischen Medizin genügen können. Militärärzte sind aber in erster Linie praktische Aerzte, mithin ist der Lehrplan auch ungeeignet zur Ausbildung von Militärärzten.

Excellenz, dieses Urteil ist wohl überlegt und, wie ich ohne Ueberhebung meiner Person sagen darf, auch begründet. Denn ich kann das Recht des Sachverständigen für mich in Anspruch nehmen. Wie Excellenz wissen, war ich jahrelang an dem größten Krankenhause Deutschlands tätig. Selbst in der Praxis stehend, habe ich hier die Bedürfnisse des praktischen Lebens kennen gelernt. Ich weiß aus eigener Anschauung und aus eigener Erfahrung, was der praktische Arzt wissen und kennen muß und was nicht. Später habe ich als Universitätslehrer nicht minder genau die Bedürfnisse und Fragen des medizinischen Unterrichtes kennen gelernt, und ich glaube, ganz genau zu wissen, wie man medizinische Studenten ausbilden soll und wie nicht. Lange schon in Deutschland, wo wir jetzt gerade auch in Reformbestrebungen des medizinischen Unterrichtes stecken, habe ich mich gerade mit dieser Frage lebhaft beschäftigt und der nachfolgende Rapport ist daher nicht nur ad hoc für die Ecole de Médecine niedergeschrieben, sondern er enthält in vielen Punkten das Resultat langjährigen Nachdenkens und eigener Erfahrungen.

Ich bitte daher, es auch nicht als eine Ueberhebung ansehen zu wollen, wenn ich für meine Vorschläge a priori eine gewisse Beachtung beanspruche. Selbst dann, wenn hier und da ihre Richtigkeit nicht gleich einleuchten sollte, bitte ich, nicht ohne weiteres zur Tagesordnung überzugehen. Ich bin sicher, daß je länger und je ernster man über meine Vorschläge nachdenkt und je mehr Sachkenntnis man besitzt, man sie desto mehr billigen wird.

Der Lehrplan der Ecole de Médecine hat ganz bedeutende Mängel. Als die hauptsächlichsten nenne ich:

1. Der Lehrplan verhindert einen geordneten und folgerichtigen Studiengang.
2. Der Lehrplan berücksichtigt über Gebühr die Nebenfächer auf Kosten der Hauptfächer.
3. Der Lehrplan berücksichtigt die allerwichtigsten Hauptfächer fast gar nicht.
4. Der Lehrplan vernachlässigt fast ganz die praktische Seite des Unterrichtes.

Wir müssen auf diese Punkte einzeln und genau eingehen:

1. Ich habe gesagt, der Lehrplan verhindere einen geordneten folgerichtigen Studiengang.

LANE

Excellenz, die Menge des wissenschaftlichen Stoffes, welche der Student der Medizin überwältigen muß, wächst von Jahr zu Jahr und damit wachsen auch die Forderungen an seine geistigen Kräfte immer mehr. Auf der andern Seite aber ist es unmöglich, im Verhältnis hierzu die Zeitdauer des medizinischen Unterrichtes von Jahr zu Jahr erhöhen zu können. Es heißt daher, immer sparsamer mit der Zeit umzugehen. Es wird immer notwendiger — wie ich das bereits oben kurz erwähnt habe — daß der Studierende sich nicht früher einem neuen Fache zuwendet, als bis er alle für das Verständnis dieses Faches nötigen Hilfsfächer erfolgreich absolviert hat. Nur so bleibt sein Interesse lebendig, weil er das Neue mit dem Alten verknüpfen kann. Ist der Schüler dagegen genötigt, nebeneinander medizinische Fächer zu studieren, die ohne ausreichendes Wissen in anderen Fächern gar nicht oder nur ungenügend verstanden werden können, so bleibt ihm, wenn er sein Examen mit Ehren bestehen will, gar nichts anderes übrig, als zu dem mechanischen, geisttötenden Auswendiglernen seine Zuflucht zu nehmen. Je mehr dann Examina verlangt werden, umso mehr lernt er auswendig und umso mehr hört jedes selbständige wissenschaftliche Arbeiten auf. So paradox es klingen mag, aber in solchen Fällen beweisen mir gerade die guten Examina der Schüler die ganze logische Unrichtigkeit und die Unfähigkeit des bestehenden Lehrplanes. Daß zu gleicher Zeit auch das Interesse der Lehrer erlahmen muß, ist unausbleiblich; ihre Lehraufgabe ist außerordentlich erschwert. Nichts ist deprimierender für einen Lehrer, als verständnislose und interesselose Schüler vor sich zu haben, und es ist eine Tantalusarbeit, gezwungen zu sein, immer erst den Hörern die Vorkenntnisse für das eigentliche Unterrichtsfach beibringen zu müssen: Kein Wunder, wenn es bei einer solchen Lehrmethode wegen der Vorarbeiten nicht zu den eigentlichen Arbeiten kommt.

Es sind dies Wahrheiten, die jedem medizinischen Lehrer geläufig sind. Ich darf aber Ew. Excellenz nicht verhehlen, daß sie gerade beim Studium des Lehrplanes der Ecole de Médecine lebendiger denn je in mir geworden sind. Denn dem Lehrplane der Ecole de Médecine fehlt jede klare, logische Gliederung. Man sucht vergebens irgend einen leitenden Gedanken oder einen großen Gesichtspunkt. Alles ist ineinander geschachtelt und anscheinend die Hauptsorge darauf verwandt, daß jeden Tag die als notwendig erachtete Anzahl der Lehrstunden herauskommt. Die Anatomie wird neben den naturwissenschaftlichen Fächern gelehrt. Das ist in jedem Falle unrichtig, und wenn man es irgendwie vermeiden kann, soll man es vermeiden. Denn „die systematische Anatomie in ihren verschiedenen Zweigen erhält erst ihren erziehlischen Wert und ihre wissenschaftliche Bedeutung für den Studierenden zu dem Zeitpunkte, in dem bereits die naturwissenschaftlichen Fächer sein geistiges Eigentum geworden sind¹⁾).

1) Hasse: Die neue Prüfungsordnung für Mediziner, p. 15. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

VERSILLI MAJ

Die Physiologie wird hier im dritten Jahre neben der Zoologie gelehrt. Sie gehört in das erste Jahr. Wozu Geologie und Mineralogie? Beide können überhaupt fortfallen. In den klinischen Jahren wechseln Hauptfächer in beliebiger Reihenfolge mit Nebenfächern ab, ohne daß die grundlegenden allgemeinen Kollegien, die allein das Verständnis anzubahnen vermögen, vorausgegangen wären. Dieser Uebelstand wird um so größer, weil praktische Kurse zur Erlernung und Einübung der klinischen Untersuchungsmethoden fast gar nicht in dem Lehrprogramme vertreten sind. Auch wenn ich annehmen will, daß diese Untersuchungsmethoden zugleich in und mit dem klinischen Unterrichte erlernt werden, so haben wir gerade dadurch wieder ein unheilvolles Nebeneinander. Tatsache bleibt immer, daß die Studenten ohne die notwendigen Vorkenntnisse die Kliniken betreten und so ihre Zeit nicht ausnützen können.

Und dabei sind ja mit dem Studium der Naturwissenschaften bereits drei Jahre verloren gegangen. Die eigentlichen medizinischen Fächer haben sich fast ganz in die beiden letzten Jahre zusammengedrängt und damit muß der Schüler in diesen beiden letzten Jahren einer solchen Fülle der allerverschiedensten Materien Herr werden (ohne daß ihm die nötigen Vorkenntnisse dazu gegeben sind), daß ich die Gehirne erst einmal sehen möchte, die ein solch vielgestaltiges Pensum in einer so kurzen Spanne Zeit bewältigen können.

Und doch, Excellenz, wie außerordentlich leicht ließen sich hier durchgreifende Aenderungen schaffen! Gerade so, wie in dem Lehrplane alles nebeneinander und durcheinander geht, kann es doch auch nacheinander gehen.

1. Die naturwissenschaftlichen Fächer gehören in die Ecole préparatoire. Sie sind nur Mittel zum Zwecke.

2. In der Ecole de Médecine kommen zuerst die anatomisch-physiologischen Fächer, denen sich unmittelbar die normal-histologischen und pathologisch-anatomischen Gegenstände anschließen.

3. Dann erst beginnt der klinische Unterricht und dieser wird eingeleitet durch die theoretischen allgemeinen Vorlesungen, fortgesetzt in den praktischen Untersuchungskursen, und jetzt erst betritt der Studierende die Klinik und Poliklinik, d. h. also ausgerüstet mit allgemein-medizinischen Kenntnissen und vertraut mit den Untersuchungsmethoden.

Bei dieser Reihenfolge steht in der Tat das Nachfolgende auf den Schultern des Vorhergehenden. Der Schüler tritt vor allem an die speziellen Fächer (klinischen Fächer) mit wirklichem Verständnis und demzufolge auch mit Interesse heran. Er begreift jetzt, was er in der Klinik und Poliklinik sieht, jetzt kann er selbst beobachten, selbst erkennen und auch selbst behandeln lernen. Alles, was er zu Hause auswendig lernte, war nicht Eigentum des Verstandes, sondern nur des Gedächtnisses, und das pflegt nicht länger anzuhalten, als die Examina dauern, welche er zu bestehen hat.

Wenn nach diesen Gesichtspunkten Reformen geschaffen werden sollen, so wird es vielleicht kaum einen Staat und kaum eine Gelegenheit geben, wo die Ausführung dieser Reformen so kinderleicht ist, als wie hier in der Türkei und bei der Ecole de Médecine. Die Schüler sind hier im Internate. Sie müssen also die Kollegien hören, die das Programm festgesetzt, und sie müssen sie hören zu der Zeit, in der sie das Programm festgesetzt. Für solche Verhältnisse ist es wahrlich kein Kunststück, selbst einen Idealplan aufzustellen und durchzuführen. Da sind wir in Deutschland weit, weit schlechter daran. Bei uns in Deutschland können die Studenten die Kollegien nach eigener Wahl besuchen, oder auch nicht besuchen. Wollte man hier etwa die theoretischen Kollegien in einem Jahre zusammenlegen, so hätte man nicht nur nicht die Garantie, daß sie wirklich gehört werden, sondern vielmehr noch die Gefahr, daß die Studenten bei ihrer Abneigung gegen theoretische Vorlesungen überhaupt gar keine hören und damit vielleicht ein ganzes Jahr unbenützt lassen. So wählt man in Deutschland notgedrungen von zwei Uebeln das kleinere und legt allgemeintheoretische Vorlesungen und praktische Kurse nebeneinander. Immer aber ist man sich klar darüber, daß der Lehrplan hierdurch einen Fehler hat. Für die türkische Unterrichtsverwaltung macht es nicht die geringsten Schwierigkeiten, solchen Fehler zu vermeiden, und sie kann, wenn sie den von mir vorgeschlagenen Studiengang annimmt, einen zweckmäßigeren Lehrplan schaffen, als ihn selbst Deutschland hat und haben kann.

2. Ich habe gesagt, der Lehrplan berücksichtigt über Gebühr die Nebenfächer auf Kosten der Hauptfächer.

Unter Hauptfächern verstehe ich: Anatomie (topographische Anatomie), Physiologie, pathologische Anatomie, Chirurgie, innere Medizin, Hygiene. (Von Geburtshilfe sehe ich ab, da sie für Militärärzte nicht die große Bedeutung hat, wie für den gewöhnlichen praktischen Arzt). Alle anderen Zweige betrachte ich rücksichtlich der Ausbildung des praktischen Arztes als Nebenfächer.

In dem Lehrplane sind vertreten:

Chirurgische Klinik	3	stündlich
Medizinische Klinik	3	„
Ophthalmologische Klinik	3	„
Clinique oto-laryngologique	3	„ etc.

Diese Verteilung, die ja einer völligen Gleichstellung von Haupt- und Nebenfächern gleichkommt, ist ganz sicher nicht die richtige.

So sehr ja das Bestreben anzuerkennen ist, dem Medizinschüler eine möglichst umfassende Ausbildung in allen Zweigen der medizinischen Wissenschaft zu geben, so steht dem leider die Perceptionsfähigkeit des menschlichen Gehirnes hindernd im Wege. Es ist einfach unmöglich, in zwei, höchstens drei Jahren einen Arzt in allen Fächern der Medizin auszubilden. Das Einzige, was dabei heraus-

kommen kann, ist etwas so Unvollkommenes, daß ich es dem Nichts nicht vorziehe.

Es ist Tatsache, daß die Spezialfächer sich von Jahr zu Jahr spezialistischer gestalten; es entstehen neue. So groß nun auch der Vorteil, den die medizinische Wissenschaft daraus zieht, sein mag, diese Entwicklung der Medizin birgt doch auch die große Gefahr in sich, daß sich diese Zweige immer mehr von dem Mutterboden entfernen. Dadurch verlieren sie aber leicht den sie immer wieder befruchtenden Zusammenhang mit der Gesamtmedizin, und sie laufen Gefahr, in einseitig technischer, um nicht zu sagen handwerksmäßiger Weise zu entarten.

Gerade deshalb erwächst der Universität — hier der Medizinische — die Pflicht, bei der Ausbildung der Schüler den entscheidenden Wert auf die Ausbildung in den Hauptfächern zu legen: in den anatomisch-physiologischen, als unbedingt notwendigem Vorbereitungsmittel, in den klinischen als Hauptort der ärztlichen Tätigkeit. Denn das ist doch Tatsache, daß in dem Bereiche der klinischen Hauptfächer die zukünftige Tätigkeit weitaus der meisten Aerzte, die aus der Ecole de Médecine hervorgehen, liegen wird. Jeder Militärarzt muß mindestens ein brauchbarer Chirurg und ein tüchtiger innerer Mediziner sein, im Frieden und erst recht im Kriege. Dagegen genügt es meiner Ansicht nach vollkommen, wenn er von den Spezialfächern die Grundzüge kennt und etwaige Einzelheiten soweit, als sie die wichtigsten Ergänzungen der Hauptfächer darstellen. Das ausführliche Studium der Spezialfächer, die ja doch nichts anderes darstellen als die Endverzweigungen des ganzen medizinischen Baumes, wird am besten überhaupt erst in Angriff genommen, wenn die Ausbildung als allgemeiner Arzt vollendet ist. Auch in dieser Hinsicht läßt sich hier in der Türkei ein Idealprogramm aufstellen und ohne Mühe durchführen. Ich mache folgenden Vorschlag:

a) Der Lehrplan der Ecole de Médecine umfaßt ein Studium von fünf Jahren. Dieses Studium bezweckt die Ausbildung aller Schüler ohne Wahl zu brauchbaren praktischen Ärzten, in erster Linie zu Chirurgen und inneren Medizinern. Nach bestandnem Examen gehen die jungen Ärzte an die Hospitäler Konstantinopels und der Provinzen, um hier unter Aufsicht und Leitung der älteren Ärzte noch zwei Jahre als Assistenten tätig zu sein.

b) Ein kleinerer Teil von ihnen bleibt noch zwei Jahre an der Ecole de Médecine, um hier nach eigener Wahl, unter Zustimmung der Behörde, sich ausschließlich dem Studium eines bestimmten Spezialfaches zu widmen. Es werden für sie gesonderte Vorlesungen, Kurse und Kliniken in ihrem Spezialfache gehalten, außerdem sind sie täglich praktisch auf der betreffenden Klinik resp. Poliklinik tätig. Nach bestandnem Examen gehen dann diese spezialistisch ausgebildeten Ärzte ebenfalls an die Spitäler des Landes, derart, daß jedes größere

Militärhospital in völlig geordneter und analoger Weise neben den allgemein ausgebildeten Ärzten auch eine Anzahl Spezialärzte besitzt¹⁾.

c) Einige, und zwar die allertüchtigsten, dieser Spezialärzte gehen aber nicht an die Hospitäler, sondern eine Zeit lang in das Ausland, um hier ihre Studien noch zu vertiefen und vor allen Dingen wissenschaftliche Arbeiten zu liefern. Die tüchtigsten von ihnen wiederum werden zu Lehrern an der Ecole de Médecine bestimmt.

Dieses Programm, das in genau geordneter, logischer Weise angibt, wie der Türkische Staat sich praktische Militärärzte, Spezialärzte und wissenschaftliche Lehrer ohne irgend welche Schwierigkeiten erziehen kann, ist so einfach und klar, daß ich es kaum für notwendig erachte, noch weitere Worte darüber zu verlieren. Nur das will ich bemerken, daß bei diesem Programme nicht nur die Zeit, sondern auch die Menschen in richtiger Weise ausgenutzt werden. — Mein Programm eröffnet den Kenntnissen und Verdiensten eine Gasse, und was die deutsche Medizin selbständig und groß gemacht hat, war nicht die Protektion, sondern gerade die Anerkennung und Berücksichtigung des persönlichen und wissenschaftlichen Verdienstes.

3. Ich habe gesagt, daß gerade die Hauptfächer in dem Lehrplane zu wenig berücksichtigt sind.

Es genügt, als Beweis anzuführen, daß die chirurgische und die medizinische Klinik nur dreistündlich abgehalten wird. Der deutsche Student besucht diese beiden Hauptkliniken zwei Jahre lang mindestens fünfstündlich in der Woche. Vor allen Dingen aber muß ich hier von der pathologischen Anatomie reden. In dem Lehrplane ist das Studium der pathologischen Anatomie für das vierte Jahr, und zwar mit einer Stunde wöchentlich, angesetzt! Es wäre nicht zu viel, wenn pathologische Anatomie zwei Jahre lang sechsstündig wöchentlich gelesen würde.

Denn die pathologische Anatomie ist in demselben Maße der Grundstock der ganzen klinischen Medizin geworden, wie es die normale Anatomie und Histologie von jeder medizinischen Ausbildung überhaupt ist. Die genaue Kenntnis der pathologischen Anatomie ist es in allererster Linie, die den Arzt zu einem wissenden, denkenden Arzt macht, die selbst in den vorwiegend technischen Zweigen der Medizin verhütet, daß etwa der Chirurg aufhört, ein wissenschaftlich gebildeter Arzt zu sein. Kurz gesagt, die Kenntnis der pathologischen Anatomie verhütet das Heranwachsen von Routiniers. Der Begründer der pathologischen Anatomie ist Virchow, und daß gerade die deutsche Medizin eine so hohe Blüte erlangt hat, hat eben mit

1) Ich bitte, diesen Vorschlag betreffs Ausbildung von Spezialärzten nicht mit der Einrichtung zu verwechseln, die jetzt an der Ecole de Médecine besteht. Auch jetzt werden eine Anzahl Studenten nach bestandnem Examen der chirurgischen, ophthalmologischen etc. Klinik zur speziellen Ausbildung überwiesen. Bei dieser Einrichtung kommt nach meiner deutschen Erfahrung nichts heraus. Die jungen Aerzte sind zu sehr sich selbst überlassen. Was ich will, ist ein wirklicher methodischer Unterricht, ein geregeltes, systematisches Studium des betreffenden Spezialfaches.

darin seinen Grund, daß der Begründer der pathologischen Anatomie, auf der sich die ganze moderne Medizin aufbaut, ein Deutscher ist. Für mich gilt es als Glaubenssatz: Ohne sorgfältiges Studium und ohne genaue Kenntnis der pathologischen Anatomie gibt es weder für den Lehrer noch für den Schüler ein wirkliches Verstehen und Begreifen der Medizin. Wo diese Kenntnis fehlt, haust ödes, unfruchtbares Auswendiglernen und Nachsprechen.

Die pathologische Anatomie kann nicht aus Büchern gelernt werden, mindestens müssen auf jede Stunde theoretischen Unterrichts $1\frac{1}{2}$ Stunden praktischen Unterrichts kommen. Wie die klinische Medizin nur am Kranken, so kann die pathologische Anatomie nur an der Leiche gelernt werden. Jedem Schüler muß die reichlichste Gelegenheit gegeben werden, durch eigene Beobachtung die Krankheitsvorgänge an den Körperorganen in ihrem Wesen, ihrer Entstehung und ihrem Verlaufe an der Leiche und unter dem Mikroskope immer wieder studieren und begreifen zu lernen, oder es bleibt doch alles hohler Schein und unnütze Rederei. In diesem Punkte liegen die Verhältnisse hier in der Medizinschule völlig darnieder. Im Verlaufe eines ganzen Jahres wird kaum eine Sektion gemacht. Wie, um alles in der Welt, sollen da Aerzte ausgebildet werden? Kann hierin kein Wandel geschaffen werden, so muß der Türkische Staat auf immer verzichten, wirklich ausgebildete Aerzte zu besitzen. *Tertium non datur!* — Wenn es vielleicht auch in der Zukunft eine Anzahl türkischer Aerzte geben wird, die sich ihre Ausbildung in ihrem Spezialfache im Auslande geholt haben, niemals wird auch nur von einer mittelmäßigen Durchbildung des ärztlichen Standes der Türkei die Rede sein können, wenn die Autopsien und damit die pathologische Anatomie fehlt. Selbst zugegeben, daß durch Herbeischaffung ausgezeichnete Spirituspräparate, guter Wachsmodelle, guter kolorierter Abbildungen etc. dem Mangel in manchem gesteuert werden kann, niemals wird man damit die Wirklichkeit erreichen, d. h. die Sektionen ersetzen. Fehlt doch ohne Autopsien allein schon die Möglichkeit mikroskopisch-wissenschaftlicher Untersuchungen und Arbeiten.

Das Studium der Leiche bildet überhaupt eine recht wichtige Rolle in der Ausbildung der Mediziner. So kann gleich beim Beginne des Studiums das ABC der Medizin, die Anatomie, nur an der Leiche gelernt werden. Nirgends ist das alleinige Auswendiglernen weniger am Platze als bei der Anatomie, denn nichts vergißt sich leichter als anatomische Einzelheiten. Der Schüler muß die Leiche selbst zergliedern, muß Muskeln, Nerven etc. selbst aufsuchen, ihr Verhalten zu einander sich selbst klar machen, damit diese Dinge sich so fest in seinem Geiste einprägen, daß sie selbst in den aufregendsten Momenten einer schweren Operation, wo das Leben des Kranken von der richtigen Führung des Messers abhängt, klar vor seinem geistigen Auge stehen. Dazu ist aber eine ganze Anzahl von Leichen notwendig.

Das Studium des Verhaltens der Gefäße, Nerven etc. zu einander nennt man topographische Anatomie. Ich finde diesen Gegenstand im Lehrplane gar nicht besonders aufgeführt und doch ist ihre Kenntnis viel, viel wichtiger als diejenige mancher Nebenfächer. Es ist nicht richtig, die topographische Anatomie nur als einen Teil der Chirurgie oder als eine Vorbereitungswissenschaft für diese anzusehen. Sie ist das in gleichem Maße für alle klinischen Wissenschaften, denn der Kliniker wird z. B. kaum in der Lage sein, eine genauere Differenzialdiagnose stellen zu können, wenn er gegebenen Falles über die topographisch-anatomische Lage der Bauchorgane im unklaren ist. Nur darf topographische Anatomie nicht in den allerersten Jahren mit oder direkt nach der systematischen Anatomie gelehrt werden, wie es auch hier an der Ecole Militaire de Médecine geschieht. Hasse, einer unserer bekanntesten Anatomen, sagt¹⁾: „Sie (scil. die topographische Anatomie) gewinnt als angewandte Wissenschaft erst dann ihre Bedeutung, wenn den Hörern die Tatsachen auf den verschiedenen Gebieten der theoretischen und der praktischen Medizin bekannt geworden sind, wenn diese bereits selbst klinische Erfahrungen gemacht haben. Erst dann kommt es dem Studierenden zum vollen Bewußtsein, daß die topographische Anatomie die Stütze sämtlicher praktischen Fächer ist.“ — Von diesem Momente ab wird sie die Lieblingsbeschäftigung jedes Klinikers. Ich habe daher das Studium mit Vorbedacht in das vierte Jahr verlegt.

Außer für die topographische Anatomie sind auch noch für den chirurgischen Operationskurs Leichen notwendig.

Es hat nach meinem Dafürhalten gar keinen Zweck, den Operationskurs theoretisch abzuhalten oder überhaupt viel Theorie in den Operationskurs hineinzubringen. Das macht in Deutschland längst kein vernünftiger Mann mehr. Der Zweck des chirurgischen Operationskurses kann nur der sein, dem Schüler Gelegenheit zu geben, sogenannte typische Operationen an der Leiche unter Anleitung des Lehrers dadurch einzuüben, daß er sie selbst so und so oft ausführt. Ohne Leiche ist das aber nicht zu machen und vom Zuhören und Zusehen ist noch niemand Chirurg geworden, ebenso wenig wie Soldaten marschieren lernen, wenn man ihnen die Theorie des Marsches aus einem Buche vorlesen würde. Wird der Operationskurs nicht in der richtigen Weise abgehalten, so existieren nur zwei Möglichkeiten:

1. Entweder machen die Aerzte die betreffende Operation zum ersten Male gleich am Lebenden, wohl kaum zum Vorteile dieses Unglücklichen, oder:

2. Sie machen die Operation überhaupt nicht, d. h. sie lassen den Kranken, der durch eine Operation zu retten wäre, sterben, was doch wohl auch nicht gerade das Wünschenswerte ist.

1) l. c.

Ich wiederhole also: die Herbeischaffung von Leichen (resp. Autopsien) ist unbedingt nötig und muß unbedingt in geregelte Bahnen gebracht werden für den Unterricht in der Ecole de Médecine, andernfalls können vier der allerwichtigsten Fächer, nämlich: 1. Anatomie, 2. topographische Anatomie, 3. chirurgischer Operationskurs, 4. pathologische Anatomie (allgemeine und spezielle) gar nicht oder nur so dürftig unterrichtet werden, daß ein Defekt in der Ausbildung der Schüler bleibt, der niemals wieder auszugleichen ist.

4. Ich habe gesagt: Ein weiterer Hauptfehler des Unterrichtsplanes ist die Vernachlässigung der Praxis gegenüber der Theorie. —

Theoretische Vorlesungen weist der Lehrplan genug auf, aber keine praktischen. Es bedarf doch wahrlich keiner besondern Erwähnung, daß der Mittelpunkt des ganzen klinischen Unterrichts der letzten beiden Studienjahre die chirurgische und die medizinische Klinik sein soll und muß. Beide werden aber an der Ecole de Médecine dreimal wöchentlich abgehalten, während die Theorie dieser beiden Fächer (Pathologie externe resp. interne) ebenfalls zwei Jahre lang sogar viermal wöchentlich vertreten ist. — Das ist absolut zu verwerfen. Es würde der Zweckmäßigkeit des medizinischen Studiums gar keinen Abbruch tun, wenn Pathologie interne und externe überhaupt nicht gelesen würden. Wenn ich in dem neuen Lehrplane für diese beiden Fächer zwei Stunden lasse, so ist das eher zu viel als zu wenig, denn die in ihnen den Schülern dargebotene Theorie ist in jeder vernünftig abgehaltenen chirurgischen und medizinischen Klinik eo ipso mitenthalten. Wenn z. B. ein innerer Kliniker seinen Zuhörern einen Kranken mit Lungenentzündung demonstriert, so kann er das gar nicht anders machen, als daß er zu gleicher Zeit einen theoretischen Vortrag über Lungenentzündung hält. Dieser theoretische Vortrag ist aber hier in der Klinik durch die Anwesenheit des Patienten, durch die Demonstration der Symptome an einem lebenden Objekte lebendig gemacht; der Kliniker appelliert nicht einseitig an das Gedächtnis der Schüler, sondern in erster Linie an ihr Vorstellungsvermögen, in einem Worte gesagt: er treibt trotz der vorgetragenen Theorie Anschauungsunterricht. Ich sage auf Grund meiner eigenen Beobachtung: so unbedingt erforderlich theoretische Vorlesungen über allgemein abzuhandelnde Gegenstände, die überhaupt nur im Zusammenhange als einer von den andern abhängig begriffen werden können, sind, so überflüssig erscheinen mir spezielle Vorlesungen, die sich mit der trockenen Aufzählung einzelner Tatsachen begnügen. Niemals wird (spezielle) Chirurgie oder innere Medizin auf den Schulbänken der Auditorien gelernt, mögen die Schüler auch noch so lange darauf sich müde sitzen; (spezielle) Chirurgie und innere Medizin und ebenso alle andern klinischen Fächer lernt der Student nur am Krankenbette, nur am Kranken selbst! Wer sich im Leben

mit Erfolg betätigen will, muß sich vorher im Leben bewegt haben, wer als Arzt am Krankenbette tätig sein will, muß logischer Weise diese Tätigkeit am Krankenbette erlernt haben. Stubenhocken, Vorlesenlassen, Auswendiglernen bewirken weiter nichts als Selbsttäuschung und Zeitverlust. Kein Mensch auf der ganzen Welt wird leugnen wollen, daß die Medizin in erster Linie eine praktische Wissenschaft ist. Und wenn der Arzt an ein Krankenbett tritt, wird der Kranke kaum zufrieden sein, von ihm einen längeren gelehrten Vortrag über seine Erkrankung zu hören, besonders wenn er seine Schmerzen dabei behält. Den Kranken interessiert in erster Linie, daß er geheilt wird, das „wie“ und „warum“ ist ihm sehr oft gleichgültig. Er will Taten sehen, nicht aber Reden hören. Ein einziger sachgemäß ausgeübter Handgriff, ein gut angelegter, nicht drückender Verband, eine schnell erledigte, keine unnötigen Schmerzen verursachende Untersuchung sind dem Kranken lieber als viele Worte. Denn nur das zielbewußte Vorgehen des Arztes imponiert dem Kranken, das unsichere Hin- und Hertappen läßt gar kein Vertrauen aufkommen, auch wenn der Mangel an positiven Kenntnissen sich hinter einem Schwallen von Worten verbirgt.

Diesen Prinzipien huldigend, habe ich, Excellenz, in Deutschland deutsche Studenten ausgebildet, und denselben Prinzipien treu bleibend, möchte ich in der Türkei türkische ausbilden. Dann aber, und das ist eine *conditio sine qua non*, gewähren Excellenz auch der Praxis den weitesten Spielraum in dem Lehrprogramme. Theorie und Praxis sollen in demselben nicht nur gleichen Schritt halten, die Praxis soll und muß überwiegen. Es kommt in der Kunst des Heilens gar nicht so selten gerade auf Kleinigkeiten, kleine Manipulationen, kleinste Handreichungen etc. an. Diese muß der Arzt genau kennen, er muß sie selbst ausführen, häufig auch selbst dem Pflegepersonale, den Angehörigen lehren, damit diese sie in seiner Abwesenheit in richtiger Weise ausführen können. Aus Büchern lassen sich gerade diese Kleinigkeiten nicht lernen. Der Schüler kann sie nur selber dem Lehrer ablernen, und dieser darf nicht müde werden, immer und immer wieder dem Schüler durch die Tat zu zeigen, wie er am besten der gegebenen Situation Herr wird. Nur so können Aerzte erzogen werden, die im späteren Leben nicht an den Büchern und an den Buchstaben kleben, sondern in jedem Augenblicke sich den Verhältnissen anzupassen vermögen.

Nirgends wird meiner Ansicht nach der Student besser und praktischer für seinen späteren Beruf als praktischer Arzt erzogen als in der Poliklinik. Nur muß dieser poliklinische Unterricht in das letzte Studienjahr fallen, dann aber wohnt der poliklinischen Tätigkeit eine eminent große Bedeutung für die Ausbildung der Schüler inne. In die Poliklinik kommt der Kranke von der Straße, wie er ist; unvorbereitet tritt der Schüler ihm gegenüber, er muß ihn sofort untersuchen, Diagnose und Heilverfahren feststellen, häufig auch, und das ist sehr viel wert, diesen Heilplan ausführen. Das ist absolute Wirklichkeit, das verschafft Uebung und Er-

fahrung. Alle poliklinischen Patienten lassen sich sehr gerne gefallen, als Lehrobjekte zu dienen und es steht nichts im Wege, daß z. B. in der chirurgischen Poliklinik die Studierenden unter Leitung der Lehrer viele Operationen selbständig ausführen. Ich habe drei Jahre lang solche Kurse in Bonn abgehalten, und ich darf wohl ohne Ueberhebung sagen, daß sie in der Ausbildung der Studenten nicht den letzten Platz einnahmen. Mir als Universitätslehrer ist niemals etwas lohnender und dankbarer erschienen, als meine poliklinische Lehrtätigkeit, wo vor allem auch der Lehrer persönlich mit dem Schüler in Verbindung tritt und persönlich in allgemein menschlicher Hinsicht ungemein günstig das medizinische Denken und Handeln des Schülers beeinflussen kann. **Nach meinem Dafürhalten müssen die Polikliniken den Kliniken im Lehrplane unbedingt gleichgestellt werden.** Die Stundenzahl soll möglichst dieselbe wie die der Kliniken sein, und die Leitung der Polikliniken muß in den Händen ebenso erfahrener, den Klinikern völlig gleichgestellter Professoren sein, wie die der Kliniken. Natürlich verlangt der praktische Unterricht der Medizin auch entsprechende Hilfsmittel, er bedarf großer Räume zur Abhaltung der praktischen Kurse, er bedarf einer genügend großen Zahl von Kranken, er bedarf zur weiteren Belebung des Unterrichtes Demonstrationsobjekte der verschiedensten Art und der verschiedensten Richtung; mit anderen Worten: der Kliniker und Polikliniker muß über eine genügend große Krankenzahl verfügen, die in einem mit allen modernen Hilfsmitteln der Krankenhauspflge und des Unterrichtes ausgestatteten Krankenhause resp. Klinik den Unterrichtszwecken zur Verfügung stehen. Daß in dieser Hinsicht an der jetzigen Ecole de Médecine nahezu alles fehlt, daß deswegen bei der zukünftigen Ecole de Médecine so gut wie alles neu geschaffen werden muß, das werde ich in meinem nächsten, vierten Berichte näher zu erörtern gezwungen sein.

Ich lasse zum Schlusse den Lehrplan, wie ich ihn für die zukünftige Ecole de Médecine für einzig zweckmäßig und geradezu ideal erachte, folgen.

Zukünftiger Lehrplan der Ecole Impériale de Médecine.

I. Jahr

wöchentlich:

Religion	1 stündlich
Französisch	4 „
Deutsch	4 „
Anatomie (und Präparierboden je nach Leichenvorrat)	8 „
Histologischer Kurs	3 „
Physiologie	5 „
Entwicklungsgeschichte	1 „

Summe: 28 Stunden

II. Jahr wöchentlich:

Religion	1 stündlich
Französisch	4 „
Deutsch	4 „
Histologischer Kurs	2 „
Physiologische Chemie	2 „
Allgemeine pathologische Anatomie	3 „
Allgemeine Chirurgie	3 „
Allgemeine Pathologie	3 „
Hygiene	3 „
Arzneimittellehre	3 „
	<hr/>
	Summa 28 Stunden

III. Jahr wöchentlich:

Religion	1 stündlich
Französisch	3 „
Deutsch	3 „
Auskultations- und Perkussionskurs	2 „
Chemisch-mikroskopischer Kurs	2 „
Elektro-diagnostisch-therapeutischer Kurs	2 „
Operationskurs an der Leiche	3 „
Verband- und Massagekurs	1 „
Augenspiegelkurs und Bestimmung der Refrak- tionsanomalien	2 „
Laryngoskopie, Rhinoskopie, Otoskopie	2 „
Bakteriologischer Kurs	2 „
Spezielle pathologische Anatomie mit mikrosko- pischen Demonstrationen	5 „
Pathologisch-anatomischer Demonstrationskurs mit Sektionen	2 „
	<hr/>
	Summa 30 Stunden

IV. Jahr wöchentlich:

Medizinische Klinik	5 stündlich
Chirurgische Klinik	5 „
Augenklinik	2 „
Geburtshilfe	4 „
Kehlkopf-, Ohren-, Nasenkl.ink	1 „
Kinderklinik	1 „
Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis	2 „
Psychiatrie und Nervenkrankheiten	1 „
Spezielle Pathologie und Therapie	2 „
Spezielle Chirurgie	2 „
Topographische Anatomie	2 „
Médecine légale	2 „
Tollwut	1 „
	<hr/>
	Summa 30 Stunden

V. Jahr wöchentlich:

Medizinische Klinik	6 stündlich
Chirurgische Klinik	6 „
Medizinische Poliklinik	5 „
Chirurgische Poliklinik mit propaedeutischem Kurs	5 „
Augenpoliklinik	2 „
Kehlkopf-, Ohren-, Nasenpoliklinik	1 „
Kinderpoliklinik mit Impfkurs	1 „
Haut- und Syphilispoliklinik	2 „
Psychiatrie und Nervenlinik	1 „
Krankentransport mit Kriegschirurgie	1 „
<hr/>	
	Summa 30 Stunden

Genehmigen Excellenz den Ausdruck meiner vorzüglichsten Hochachtung und verzeihen Excellenz die nochmalige Bitte, diesen Bericht wohlwollend aufnehmen und einem genauen Studium unterziehen zu wollen.

Prof. Dr. Rieder.

IV. Bericht vom 20. August betreffend:

Die zukünftige Ecole Impériale de Médecine.

Ich bitte um die Erlaubnis, Ew. Excellenz den vierten und letzten Abschnitt meines entworfenen Reorganisationsplanes des medizinischen Unterrichtes der Türkei überreichen zu dürfen.

In meinem letzten Berichte habe ich hervorgehoben, daß sich der jetzige Unterricht in der Ecole de Médecine zu sehr in theoretischen Bahnen bewegt. Ich habe zugleich dargetan, daß ein solcher Unterricht nicht imstande ist, moderne und leistungsfähige Aerzte zu erziehen. **Der Kernpunkt der von mir angestrebten Reform dreht sich dementsprechend um die Einführung des praktischen Unterrichtes in den Lehrplan der Ecole.** Mit der Einführung allein ist es natürlich nicht geschehen, das so veränderte Programm muß auch ausgeführt werden, d. h. um das überhaupt zu können, muß die Ecole de Médecine mit entsprechenden Einrichtungen versehen werden. Die jetzige Ecole läßt in dieser Hinsicht völlig im Stich, sowohl in baulicher Beziehung (geeignete und genügend große Unterrichtsräume), als auch hinsichtlich der vorhandenen medizinisch-wissenschaftlichen Hilfsmittel zum Unterrichte (Sammlungen, Demonstrationsobjekte, wissenschaftliche Apparate etc.).

Es müssen daher Mittel und Wege gefunden resp. angegeben werden, wie dieser große Mangel in Zukunft von vorneherein vermieden wird. Das soll mein heutiger Bericht leisten. Er beschäftigt sich mit der Errichtung und der Einrichtung der Kranken- und der Unterrichtsräume der zukünftigen Schule.

Wenn ich zu allererst mit einigen Worten auf den Zustand der jetzigen Ecole komme, so geschieht es „der Not gehorchend, nicht dem eignen Trieb“. Denn ich weiß wohl, daß ich mich fortgesetzt in eine peinliche Situation bringe, wenn ich als Fremder staatliche Einrichtungen eines fremden Staates tadle. Und doch sehe ich keinen andern Ausweg.

Die neue Ecole de Médecine ist zwar im Baue begriffen, es fragt sich nur, wann sie vollendet sein wird. Bei der Langsamkeit, mit der meine Mission und alles, was damit zusammenhängt, trotz aller Gegenanstrengungen meinerseits bisher betrieben ist, und bei den unglaublichen Schwierigkeiten, die ich bei der Inangriffnahme der selbstverständlichsten Dinge bei dem Umbaue des Krankenhauses Gülhane bisher gefunden habe, vermag ich meinerseits den Zeitpunkt der Beendigung eines so großen Werkes, wie es die Ecole de Médecine in Haidar Pascha darstellt, kaum auszudenken. Gerade deshalb aber erachte ich es als meine Pflicht, keine Gelegenheit vorübergehen zu lassen, um durch eine immer wiederkehrende, wahrheitsgemäße, aber vollkommen parteilose Schilderung der Zustände der jetzigen Ecole einen abermaligen Anstoß zu geben, nicht für den Neubau der Schule als solchen, wohl aber für eine unverzügliche und sehr rasche Beendigung dieses Baues. Die jetzige Ecole besteht im wesentlichen aus:

1. Einem großen Hauptgebäude, in dem die Verwaltungsräume, die Schlaf- und Eßzimmer der Schüler, die Auditorien, die Sammlung und die Bibliothek untergebracht sind.

2. Aus den Krankenräumen (Baracken) und einigen kleineren wissenschaftlichen Untersuchungsinstituten (Polikliniken, Laboratorien, anatomischen Instituten etc.).

Alle Räume des großen Hauptgebäudes, die ich gesehen habe, befinden sich in einem derartigen Zustande, daß ich sie in hygienischer Hinsicht für unzulänglich und bezüglich der Erfüllung des ihnen zugewiesenen Zweckes für ungeeignet erklären muß. Sie können weder genügend gereinigt noch genügend gelüftet werden. Sie sind vor allen Dingen zu klein für die Menge Menschen, die in ihnen zeitweise untergebracht wird. Ich unterlasse absichtlich, Einzelheiten anzuführen. Wollte ich es tun, so müßte ich in erster Linie des schmutzigen, unhygienischen Zustandes der Wände und des Fußbodens und des penetranten Geruches gedenken, den die keineswegs hygienisch eingerichteten Klosette weithin entsenden. Diese Zustände sind — ich betone das ausdrücklich — keineswegs Schuld der Beamten und des Personales. Im Gegenteil, ich habe zu wiederholten Malen mich davon zu überzeugen Gelegenheit gehabt, daß die Beamten, die Lehrer, kurzum das gesamte Personal vollauf seine Schuldigkeit tut. Ich kann sogar nur meine volle Anerkennung darüber aussprechen, daß die Beamten unter so ungünstigen Verhältnissen, und daß die Lehrer mit so minimalen, ihnen zur Seite stehenden Hilfsmitteln nicht müde geworden sind in der Erfüllung ihrer Pflicht. Aber ein Gebäude, das so vieler notwendiger hygie-

nischer und modern-baulicher Einrichtungen entbehrt, kann eben nicht sauber gehalten werden und bei jedem erneuten Versuche, dieses doch zu erreichen, findet höchstens ein unnützer Verbrauch von Kräften statt.

Die Krankenräume verhalten sich in gleicher Weise. Es sind keineswegs Krankenräume, die den heutigen Anforderungen der Hygiene entsprechen. Eine gewisse Ausnahme macht vielleicht die chirurgische Baracke, deren Wandanstrich und Fußboden wenigstens modern sind. Aber genügen kann auch sie nicht den Anforderungen, die man an eine chirurgische Klinik einer Kaiserlichen Medizinschule stellen muß. Auch hier trifft den Leiter der Klinik keinerlei Vorwurf.

Die Laboratorien und wissenschaftlichen Untersuchungsräume, soweit sie überhaupt vorhanden sind, sind in einem sehr schlechten Zustande. Ich kann von vornherein das bakteriologische Institut und dasjenige für Tollwutimpfungen ausnehmen; beide sind modern eingerichtet. Alle anderen aber entsprechen keineswegs der Würde einer Kaiserlichen Medizinschule. Ich führe als Beweis dafür das physiologische Laboratorium und das anatomische Institut an. Der bauliche Zustand des physiologischen Laboratoriums ist unhaltbar; an Apparaten besitzt es einige wenige, die modern und auch wertvoll sind, für den Unterricht aber keineswegs hinreichen. Das Instrumentarium des anatomischen Instituts stammt wohl aus dem vorigen Jahrhundert. Moderne Einrichtungen wird man hier ebenso vergeblich suchen wie brauchbare anatomische Präparate oder andere Demonstrationsobjekte. Die vorhandenen Trockenpräparate stellen nur noch Reste ehemaliger Herrlichkeit dar. Wie ich aus den dort befindlichen offiziellen Aufzeichnungen ersehen habe, hat die Zahl der gelieferten Leichen immer mehr abgenommen und sie beträgt jetzt kaum 15 pro Jahr, d. h. an diesen 15 Leichen muß unterrichtet werden: deskriptive Anatomie, topographische Anatomie und chirurgischer Operationskurs; zu gleicher Zeit aber sollen auch noch 60 oder 70 Studenten ihre Präparationsübungen an denselben 15 Leichen machen!! Der Unterricht in der Histologie wird überhaupt nur dadurch ermöglicht, daß der Lehrer aus seinen eigenen Mitteln beisteuert, denn sonst würde jegliches Mikroskop und jegliches histologische Präparat fehlen.

Die pathologische Anatomie wird man vergeblich in den Räumen der Medizinschule suchen und die Poliklinik wird man in einem Zustande finden, der — ich bitte um Verzeihung, aber ich bin gezwungen, es zu sagen — als geradezu unglaublich bezeichnet werden muß. Man kann wirklich die Räume der Poliklinik nicht mehr mit dem Namen „Zimmer“ bezeichnen, sie haben weder Luft noch Licht und vom Fußboden, den Wänden, dem Inventar muß ich ganz schweigen. Ich stehe hier vor einem völligen Rätsel, wenn ich begreifen soll, daß es Aerzte haben fertig bringen müssen, in diesem Milieu jahrelang zu untersuchen, zu behandeln und womöglich noch doran den Schülern zu demonstrieren. Wie will man ferner Chirurgie oder innere Medizin unterrichten, wenn man für jedes Fach nicht

viel mehr als 25 Krankenbetten zur Verfügung hat? Wie sollen denn 80 Schüler an 25 Kranken Chirurgie und innere Medizin lernen? Was nützt aber ein theoretischer Unterricht z. B. der Hygiene, wenn der Student zu gleicher Zeit sich und die Kranken in Räumen sieht, die in allem und jedem den Regeln widersprechen, welche ihm der Professor wöchentlich viermal in der Theorie vorträgt. Glücklicherweise stehen die Gebäude der Ecole mitten im Garten. Dieser Garten samt seinen großen, schattigen Höfen, dazu die unmittelbare Nähe des botanischen Gartens bilden einen herrlichen und sehr gesunden Aufenthalt für die Schüler in der freien Zeit. Ich bin es gern zufrieden, wenn die alte Ecole de Médecine in diesem Punkte das Vorbild der zukünftigen Medizinschule würde. Und gerade diese gesundheitszuträgliche Gesamtlage der Medizinschule hat mich auf die Idee gebracht, hiermit vorzuschlagen, **hierher die Ecole préparatoire zu verlegen**. Es würden in diesem Falle die naturwissenschaftlichen Sammlungen an Ort und Stelle bleiben und, da die Räume nur als Unterrichtsstätte für theoretische Fächer zu dienen brauchten, fallen alle die Vorwürfe, die wir ihr als Krankenhaus und Ausbildungsstätte praktischer Aerzte machen mußten, von selbst fort. Es ist selbstverständlich, daß eine entsprechende Renovierung resp. eingreifende bauliche Veränderungen die hygienischen Mängel der Wohnräume und der Auditorien vorher beseitigt haben müßten.

Ich habe die Sammlungen der wissenschaftlichen Apparate etc., die zum Unterrichte dienen sollen, besichtigt. Dieselben gehören im wesentlichen den naturwissenschaftlichen Fächern an, für die eigentlich medizinischen Fächer fehlen sie fast ganz. Es finden sich kaum ein Dutzend anatomische oder geburtshilfliche Wachsmodelle oder Trockenpräparate, dieselben sind noch dazu alt und zum größten Teile defekt. Ganz vereinzelt finden sich auch einige kolorierte Wandtafeln, ebenfalls für den geburtshilflichen Unterricht bestimmt. Das alles hindert nicht, sagen zu müssen, daß in der ganzen Ecole de Médecine kein einziges modernes, wissenschaftliches Demonstrationsobjekt für den Unterricht existiert. Wir haben schon oben hervorgehoben, daß in der Anatomie jedes Spirituspräparat fehlt, daß für den histologischen Kurs jedes Mikroskop und jedes mikroskopische Präparat fehlt, daß für die pathologische Anatomie überhaupt alles fehlt etc. etc.

Die klinischen Fächer sind nicht besser daran. Für die Chirurgie z. B. fehlt jedes Knochenpräparat (Knochenbrüche), fehlt jede Spur einer Sammlung von Tumoren oder anderer durch die Operation gewonnener interessanter chirurgischer Erkrankungen. Es fehlt ferner jeder Apparat, um den Unterricht in der Orthopädie zu ermöglichen, es fehlen Photographien, Gipsmodelle etc.

Ich habe auch die Bibliothek besichtigt. Hier fehlen überhaupt alle literarischen Erzeugnisse der letzten 30 Jahre. Während dieser Zeit sind überhaupt nur eine Anzahl französischer Lehrbücher angeschafft worden, die von dem Lehrer des betreffenden

Faches in das Türkische übersetzt wurden. Keine einzige Monographie der letzten 30 Jahre findet sich und ebenso findet sich kein einziger jener zahlreichen, gerade in der letzten Zeit in immer vollkommenerer Ausstattung erschienenen Atlanten, die den Unterricht so ungemein erleichtern resp. veranschaulichen können. Der Wert der Bibliothek ist dementsprechend nur ein antiquarischer; dazu kommt, daß auch in den früheren Jahrgängen fast ausschließlich französische Autoren berücksichtigt sind. Das geht denn heutzutage doch nicht mehr. Ich habe schon wiederholt hervorgehoben, daß gerade in den letzten 30 Jahren sich die deutsche medizinische Litteratur mächtig entwickelt hat. In ihr liegen die Fortschritte der modernen Medizin, und der Arzt, dem diese Litteratur nicht zugänglich ist, wird die Fortschritte der modernen Medizin höchstens vom Hörensagen kennen.

Das ist der aktuelle Zustand der Ecole de Médecine, der zukünftige würde nach meinem Entwurfe der folgende sein.

Excellenz, wenn ich den Auftrag erhalten würde, den Plan eines großen modernen Krankenhauses zu entwerfen, so würde ich zu allererst vier Fragen zur Beantwortung vorlegen. Diese vier Fragen betreffen:

1. Die hygienische Beschaffenheit aller Räume des Krankenhauses.

2. Die Versorgung des Krankenhauses mit gesundem Trinkwasser (Wasserleitung).

3. Die zweckentsprechende Beleuchtung des Krankenhauses.

4. Die Fortschaffung der Abwässer (Kanalisation).

Alle vier Punkte sind ja nichts Anderes als die Angelpunkte der modernen Hygiene. Sie kommen bei dem Bau eines einzelnen Hauses ebenso in Frage wie bei dem Baue einer Anstalt oder einer ganzen Stadt. Aber sie müssen in jedem konkreten Falle von neuem beantwortet werden und von dieser jedesmaligen richtigen Beantwortung hängt die spätere Zweckmäßigkeit und Leistungsfähigkeit des Baues überhaupt ab. Sie müssen — ich wiederhole das noch einmal — sowohl in ihrer Gesamtanlage als auch in ihren Einzelheiten genau geplant sein, ehe auch nur ein Stein zu einem Gebäude gelegt wird, oder es gibt immer nachträgliches Flickwerk und unnötige Kosten. Und wenn es auch noch so oft geschieht, richtig ist es doch nicht, wenn eine Straße gepflastert und dann wieder aufgerissen wird, um die Wasserleitung zu legen und es ist nicht richtig, ein Haus zu bauen und nachher die Klosettröhren anzubringen. Es muß das Flickwerk werden, denn diese Einrichtungen müssen sich dann den schon vorhandenen Gebäuden anpassen. Diese Dinge sind aber so wichtig, daß die Gebäude sich ihnen anpassen sollen, nicht aber umgekehrt.

Wir wollen bei jedem der vier Punkte einen Augenblick stehen bleiben und sie mit Rücksicht auf die zu bauenden Krankenzimmer der Medizinschule beantworten.

1. Die hygienische Einrichtung der Räume.

Es ist selbstverständlich, daß der Architekt, dem der Bau einer großen Krankenanstalt übertragen ist, über die wichtigen hygienischen Fragen des modernen Krankenhausbaues unterrichtet ist. Er weiß ganz von selbst, daß alle Räume, sowohl Geschäfts- als Krankenzimmer den hygienischen Anforderungen der Neuzeit entsprechen müssen, d. h. er wird sie mit genauer Berücksichtigung ihres Zweckes genügend groß bauen, er wird dafür sorgen, daß sie ausreichend beleuchtet, gut ventiliert und geheizt sind, und daß sie samt allem Inventar jederzeit energisch und bequem gereinigt und sauber gehalten werden können. Immerhin kann ein sachverständiger Arzt in allen diesen Punkten auch dem erfahrensten Architekten manch guten Rat erteilen und es kann dem Ganzen nur nützen, wenn ein solcher dem Architekten zur Seite steht. Soweit der Bau des Hauptgebäudes der Ecole ein Urteil zuläßt, muß ich sagen, daß bis jetzt den hygienischen Anforderungen in vollem Maße Rechnung getragen ist. Ich glaube, es werden Räumlichkeiten geschaffen, die tadellos sein werden.

2. Wasserleitung.

Daß ein Krankenhaus ein gutes, d. h. von jeden schädlichen Keimen (pathogenen Mikroorganismen) und von schädlichen chemischen Agentien freies Trinkwasser besitzen muß, ist ein allererstes Erfordernis. Aber ein gutes Trinkwasser muß auch von angenehmem Geschmack und von kühler Temperatur sein. Quellwasser ist weitaus das beste; kann man Quellwasser überhaupt bekommen, so wird man dieses in jedem Falle vorziehen, sonst kann Grundwasser an seine Stelle treten¹⁾. Die Frage der Wasserversorgung muß eben in jedem einzelnen Falle von vornherein entschieden werden. Sie ist so wichtig, daß sie zu allererst bei der Wahl des Ortes des Krankenhauses bedacht werden soll.

Die in das Krankenhaus geführte Wasserleitung muß in alle Räume desselben gehen; je mehr Möglichkeiten z. B. geschaffen sind, die jedermann erlauben, sich die Hände zu waschen, umso mehr entspricht dieses den heutigen Anforderungen der Krankenpflege und Behandlung.

Für viele Krankenzimmer wird es notwendig, auch eine Warmwasserleitung zu besitzen und müssen hierzu die maschinellen Einrichtungen in genügend großem Maßstabe zur rechten Zeit geplant werden.

Die Wasserleitung führt auch in jeden Klosetttraum und dient hier zur Durchspülung der Abflußröhren. Die Wichtigkeit der Aufgabe, die sie hier erfüllt, werde ich noch weiter unten in das richtige Licht setzen.

3. Beleuchtung.

Als Beleuchtung kann für eine so große Anstalt mit so hohen Räumen, wie sie die zukünftige Ecole de Médecine besitzen wird,

¹⁾ Grundwasser wird in Haidar Pascha vermutlich schwerer zu haben sein als Quellwasser.

nur diejenige durch elektrisches Licht in Frage kommen. Es ist allgemein anerkannt, daß sich gerade das elektrische Licht für die Beleuchtung von Krankenzimmern in hohem Maße eignet. Es trägt am allerwenigsten zur Verschlechterung und Austrocknung der Luft in Innenräumen bei und es kommt gerade dadurch unseren Bestrebungen am allerbesten entgegen. Für gewisse Zwecke der Krankenpflege, besonders für Operationsräume, ist es bereits unentbehrlich geworden. Es ist selbstverständlich, daß man bei der zukünftigen Ecole de Médecine darauf eingerichtet sein muß, zu jeder Stunde der Nacht die größte Operation ausführen zu können. Es gibt eine Anzahl von Operationen, die der gewissenhafte Arzt auch nicht eine Viertelstunde aufschiebt, denn er weiß genau, daß von seinem Entschlusse, sofort zu operieren, das Leben des Kranken abhängt. Ob es in dem Momente Nacht oder Tag ist, darf in einem modernen Krankenhause keine Rolle spielen. Meistens sind gerade diese eiligen Operationen — sagen wir einmal wegen Darmverschlingung — auch technisch schwierig, umso mehr als sie sehr schnell ausgeführt werden müssen, oder der Patient stirbt auf dem Operationstische. Das erste Erfordernis, um unter solchen Umständen zu einem glücklichen Ende zu gelangen, ist das Vorhandensein einer intensiven Lichtquelle, die ohne weiteres zuläßt, auch in der Tiefe sehen und manipulieren zu können, und die vor allen Dingen ermöglicht, die natürlichen und pathologischen Farbentöne der Organe unterscheiden zu können, denn die Farbe der Organe ist in vielen Fällen der Wegweiser für unser ärztliches Vorgehen. Beide Bedingungen erfüllt das elektrische Licht in hohem Maße, während gerade das Gaslicht und ebenso das Gasglühlicht hier im Stiche läßt und bekanntermaßen nicht einmal erlaubt, grüne und gelbe Farbentöne zu erkennen. Außerdem entstehen aber bei Gasbeleuchtung bei länger dauernden Chloroformnarkosen eine Menge von flüchtigen Gasen, welche die Atmung der Anwesenden in höchst unangenehmer Weise erschweren, ja sogar einen längeren Aufenthalt im Operationszimmer unmöglich machen können, ganz abgesehen davon, daß diese Gase in die Lunge eingeatmet sowohl beim Patienten als auch bei dem die Narkose ausführenden Arzte gelegentlich zu Lungenentzündungen Veranlassung geben können. Aus allen diesen Gründen ist es nicht einen Moment zweifelhaft, daß die Beleuchtung mittels Elektrizität die einzig mögliche ist, die für ein modernes Krankenhaus in Frage kommt und zwar umso mehr, je größer dieses Krankenhaus ist. Natürlich muß man eine besondere Zentrale bauen, die zur Anstalt selbst gehört und deren Licht für die Anstalt allein bestimmt ist. Zudem glaube ich, daß der Kostenpreis dieser elektrischen Anlage kaum größer sein wird als der einer Gasanlage, die obendrein noch eine weit größere Feuersgefahr in sich schließt.

4. Kanalisation.

Mit der Kanalisation kommen wir zu einem Punkte, der von allergrößter Wichtigkeit ist. Auf der zielbewußten und richtigen

Kanalisation beruht die Sanierung eines Krankenhauses ebenso wie die einer Stadt.

a) Es muß Klosett und Pissoir derart eingerichtet sein, daß Luft und Licht in Hülle und Fülle hereindringen kann. Der Fußboden und die Wände müssen aus einem Materiale hergestellt sein (Marmor oder Terazzo), das eine ununterbrochene Beseifung sowohl als die energischste Reinigung und Desinfektion gestattet.

b) Alle Abflußröhren führen auf möglichst direktem Wege in den sorgfältigst gemauerten und zementierten Abflußkanal, der wohl hier am besten direkt in das Meer geleitet wird. Die Abflußröhren werden möglichst auf die Mauern gelegt, nicht in dieselben hinein, wie das hier zu Lande Sitte ist, da hierdurch eine Reparatur ungemein erschwert ist.

c) Jedes Klosett besitzt eine sehr kräftig wirkende Wasserspülung im Anschlusse an die Wasserleitung, so daß eine beliebig zu wiederholende Durchspülung der Abflußröhren vorgenommen werden kann. Denn, um ein Stagnieren der Abwässer innerhalb des Kanales zu verhüten, genügt es keineswegs, daß diese Abflußkanäle ein starkes Gefälle haben; das Gefälle allein tut es nicht und bildet ebenso wie der Umstand, daß der Kanal in das Meer mündet, für manchen Menschen einen lächerlichen Trost. Sie fragen sich gar nicht, ob denn auch diese Abwässer bis zum Meere gelangen können. Zu dem Zwecke müssen es Wässer sein, trockene Massen fließen selbst nicht den Berg hinab; mit andern Worten gesagt: es muß eine sehr starke Spülung des ganzen Kanals stattfinden, welche die Fäkalien bis zum Meere fortspült, anderenfalls bleiben sie doch an einer Stelle des oft sehr langen Kanales hängen, und wenn auch die Wände desselben gut auszementiert sind, so hat doch die abschließende Kraft des Zementes auch einmal ein Ende und die Verseuchung des Erdbodens hat begonnen. Dieses ist um so eher möglich, als Reparaturen der Abflußkanäle nicht gerade zu den häufigen Ereignissen gehören. Im allgemeinen sind solche Reparaturen sehr gefürchtet und werden, so lange irgend tunlich, immer wieder hinausgeschoben.

Hier in Konstantinopel wäre eine sehr gründliche Durchspülung des ganzen Kanalisationssystems um so notwendiger, als es hier im Sommer wenig regnet. In Deutschland z. B. kommt jedem Gewitterregen bezüglich dieser Durchspülung eine große sanitäre Bedeutung zu. Dieser wichtige sanitäre Faktor fehlt hier so gut wie ganz. Die einzige Spülung, die statthat, geschieht in den Privathäusern und Hotels mit Hilfe der Wasserleitung, aber meistens in völlig ungenügender Weise, denn in dem Klosett sind, wenn überhaupt, so kleine Röhren mit so minimalen Ausflußöffnungen angebracht, daß mit dem zur Verfügung stehenden dünnen Wasserstrahle höchstens eine schwache Berieselung, niemals aber eine Spülung ausgeführt werden kann. Kein Wunder daher, daß die Windströmung den Geruch der stagnierenden

Fäkalien in die Häuser zurücktreibt und besonders abends an vielen Stellen die Straßen und Terrassen Konstantinopels geradezu verpestet. Meiner Ansicht nach muß man bei dem Mangel an Regenwasser Einrichtungen schaffen, die eine künstliche Durchspülung des ganzen Abflußsystems der Stadt in ganz bestimmten Zeitabschnitten ermöglichen. Ob und wie dieses technisch am besten durchführbar wäre, muß ein sorgfältiges Studium dieser für den ganzen Gesundheitszustand der Stadt äußerst wichtigen Frage ergeben¹⁾. Heute schneide ich nur deswegen die Frage an, um den Vorschlag zu machen, eine solche Einrichtung für die Ecole de Médecine zu schaffen, eine Einrichtung also, die es zuläßt, das ganze Kanalsystem der Schule in regelmäßigen Zeitabschnitten unter Wasser zu setzen. Sollte dieses trotz der Nähe des Meeres, dem das Wasser durch Pumpvorrichtungen entnommen werden könnte, zu große Kosten verursachen, so muß auf jeden Fall bei der Anlage der Wasserleitung auf diesen Punkt Rücksicht genommen werden, d. h. die Wasserleitung muß so viel Wasser liefern, daß genügend für die Durchspülung der Kanäle übrig bleibt²⁾.

Wenn man diese Winke bei der Anlegung des Klosetts etc. berücksichtigt, so ist nach meinem Dafürhalten die Wahl des Systems des Klosetts ganz gleichgiltig. Ich glaube sogar, daß man das Klosett „alla turka“ ebenso hygienisch einrichten kann als das „alla franka“. Natürlich muß man in die Klosettöffnung einen gut passenden Porzellantrichter einsetzen und den Abflußkanal so mauern

1) Theoretisch gedacht wäre es das einfachste, Reservoir auf der Höhe anzulegen und vom Bosphorus aus vollzupumpen. Diese Anlage könnte in mehr als einer Richtung von unschätzbarem Werte sein. Tatsache ist, daß die Wasserleitungen besonders im Sommer für gesteigerte Ansprüche kaum ausreichen. Bei den so häufigen Feuersbrünsten Konstantinopels bleibt dieses eine recht bedenkliche Tatsache. Es ist klar, daß die erwähnten Reservoir hier ausgezeichnete Dienste leisten könnten.

2) Die Wasserkompagnie Konstantinopels liefert für Kasernen und Militärspitäler das Wasser gratis, d. h. sie muß nach Kontrakt so viel Wasser gratis liefern, als ein Soldat für sich gebraucht (zum Waschen, zu den vorgeschriebenen Waschungen etc.). Der in dem Klosett angebrachte kleine Hahn der Wasserleitung dient lediglich den Bedürfnissen der persönlichen Reinigung. Für die Reinigung des Bodens, der Ausflußröhre, kurzum des Klosetts selbst, gibt die Wasserleitung, wie mir deren Direktor bei Errichtung der Klosette in Gülhane strikte erklärte, auch nicht einen Tropfen her. Um daher eine Wasserspülung der Klosette meines Krankenhauses Gülhane überhaupt zu ermöglichen, mußte ich die Klosettröhren an ein im oberen Stock zufällig befindliches Wasserreservoir anschließen, das täglich aus einem in der Nähe befindlichen Brunnen ein- oder zweimal vollgepumpt wird. Tatsächlich fehlt in allen Klosetten der Kasernen und Spitäler überhaupt jede wirksame Wasserspülung. Wenn man bedenkt, daß es Kasernen mit 5000 Insassen gibt, wenn man dazu die Beschaffenheit der türkischen Klosette in Betracht zieht, die kaum Luft und Licht haben und die zulassen, daß sehr häufig Urin und Kot den ganzen Fußboden beschmutzt, und wenn man dazu die hohen Temperaturen der Sommermonate nimmt, wird man mir zugeben, daß diese Klosette wirkliche Pesthöhlen darstellen müssen, und daß hier eine sanitäre Frage allergrößter Tragweite in Angriff zu nehmen ist. Leicht wird es aber nicht sein, hier Wandel zu schaffen.

resp. besondere Vorrichtungen anbringen, daß ein Zurückströmen der Gase überhaupt unmöglich wird (Syphon etc).

d) Bei der Nähe des Meeres ist es sicherlich das einfachste und bequemste, alle Kanäle in das Meer einmünden zu lassen; damit gelangen aber sämtliche Abwässer des Krankenhauses in das Meer. Wenn dieses auch im großen ganzen zu Bedenken nicht Veranlassung gibt, so bedarf es doch gewisser Vorsichtsmaßregeln, denn die Abwässer gewisser Pavillons werden stets pathogene Keime enthalten. Darüber aber kann kaum ein Zweifel sein, daß es unzulässig ist, pathogene Keime hier in das Meerwasser gelangen zu lassen, wo sie unter Umständen nicht zu Grunde gehen, sondern weiterleben. Abgesehen davon, daß die Wasserströmungen im Bosphorus wohl kaum zu allen Zeiten gleichmäßig stark sind und dementsprechend die hineingelangten Abwässer nicht gleichmäßig abgeführt werden können, finden auch Gegen- oder Rückströmungen statt und es bilden sich stets sogenannte tote Ecken¹⁾, wo das Wasser eine gewisse Zeit lang stagniert und wo pathogene Keime Zeit und Gelegenheit finden, sich zu entwickeln und an die bewohnten Ufer zu gelangen. Damit ist aber sofort die Möglichkeit der Verbreitung gewisser Infektionskrankheiten (Typhus und Cholera) gegeben. Ich halte es deswegen jedenfalls, und zwar nicht nur aus Prinzip und noch dazu, wo es sich um ein Staatskrankenhaus handelt, für unerläßlich, die Abwässer der sogenannten Infektionsabteilung und des Leichenhauses (anatomisches und pathologisch-anatomisches Institut) vor ihrem Einfließen in das Meer in einer Grube zu sammeln und hier mit Kalkmilch zu desinfizieren. Eine

1) Obwohl es den Rahmen dieses Berichtes überschreitet, will ich bei dieser Gelegenheit nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, daß die erwähnten toten Punkte eine recht große Gefahr für Konstantinopel darstellen. Von ihrer Anwesenheit kann man sich ohne weiteres überzeugen. Abhängig von der Wind- und Stromrichtung bilden sie sich gerade in der Nähe der Ufer. Hier bleibt der in den Bosphorus geworfene Unrat (Straßenabfälle, Kadaver von Tieren etc.) in zum Teile dichten gewaltigen Massen liegen. Gelangen hierhin pathogene Keime, so haben sie natürlich alle Chancen, sich üppig zu entwickeln. Zugleich ist aber die Möglichkeit gegeben, daß sie von dort aus weiter verschleppt werden, sei es nun, daß sie ans Land geschwemmt werden, sei es, daß sie, was wohl häufiger der Fall ist, dadurch in die Schiffe hineingelangen, daß das Wasser zum Reinigen der Schiffe dem Hafen entnommen wird. Wenn aber einmal ein Schiff infiziert ist, so sind Erkrankungen an Bord dieses Schiffes und fernerhin Uebertragung der betreffenden Infektionskrankheit auf das feste Land eine nur zu natürliche Folge. Jedenfalls sind diese Ansammlungen von Unrat im Hafen immer aufzufassen als mögliche Ausgangspunkte einer Epidemie und jedenfalls wäre in gesundheitlicher Hinsicht für die Stadt Konstantinopel vieles geleistet, wenn hier Abhilfe geschafft werden könnte. Das fällt zusammen mit der Straßenhygiene überhaupt, die ja völlig darniederliegt. Man sollte doch meinen, daß es auch hier möglich sein müßte, die Straßenabfälle in anderer — nutzbringender Weise zu verwenden. Es sind das alles Fragen, die bei der epidemiologisch so exponierten Lage Konstantinopels des eingehenden Studiums bedürfen, und gerade die zukünftige Ecole de Médecine sollte so eingerichtet sein, daß sie die Stätte darstellte, wo ein ernstes Studium der hygienischen Fragen Früchte tragen könnte, die nicht nur der Türkei, sondern ganz Europa zu gute kämen.

solche Anlage, wie ich sie von dem Hamburger Krankenhause her kenne, ist außerordentlich einfach, verursacht minimale Kosten, funktioniert sicher und drückt dem Krankenhause den Stempel modernster Hygiene auf.

Zu den allgemeinen Fragen gehört noch die Frage nach der zweckmäßigsten Heizung der Pavillons resp. der hohen und großen Unterrichtsräume der Ecole. Ich gehe absichtlich nicht auf diesen Punkt ein, weil ich noch nicht die nötigen Erfahrungen besitze, um zu wissen, was das hiesige Klima erfordert. In Deutschland käme natürlich nur Zentralheizung in Frage und zwar entweder Niederdruckdampfheizung oder Warmwasserheizung. Luftheizung ist absolut zu verwerfen. Jedenfalls macht eine solche Zentralheizung große Kosten und ich glaube, man wird hier mit einfachen Oefen auskommen, deren Rohr in das Freie geleitet, noch als Ventilator wirken kann.

Gegenüber diesen großen allgemeinen Fragen sind die speziellen Fragen hinsichtlich der Einrichtung der Krankensäle und der einzelnen Lehrinstitute nicht zu vernachlässigen. In unserem Falle müssen wir im Auge behalten, daß es sich um ein Krankenhaus und ein Lehrinstitut handeln wird und daß der Unterricht in erster Linie praktisch erteilt werden muß. Und wenn die zukünftige Ecole den Vergleich mit einer medizinischen Fakultät der Neuzeit aushalten soll, muß sie auch die Einrichtungen einer solchen besitzen.

Welches sind die Einrichtungen?

Anatomische Institute.

A. Anatomie.

Für einen erfolgreichen modernen Unterricht in der Anatomie ist erforderlich:

a) Ein großes Amphitheater mit bequemen Sitzplätzen, mit Seiten- und Oberlicht, mit einem großen drehbaren Demonstrationstisch, auf dem eine ganze Leiche Platz finden kann. Dieser Tisch hat natürlich zufließende Wasserleitung und Abfluß nach dem Kanale.

b) Ein großer Präpariersaal, in dem eine Anzahl Tische zur Aufstellung kommen, um den Schülern zu ermöglichen, zu gleicher Zeit in Gruppen oder einzeln Leichen zu zergliedern oder Spirituspräparate studieren zu können.

c) Ein Mikroskopiersaal, in dem eine genügende Zahl von Mikroskopen zur Aufstellung kommt, denn die Studierenden müssen unbedingt mit dem Mikroskope umzugehen lernen, sie müssen selbst mikroskopische Präparate anfertigen lernen oder zum mindesten die von dem Lehrer oder dessen Assistenten angefertigten mit dem Mikroskope selbst durchforschen.

d) Ein Saal, in dem die Kurse der topographischen Anatomie und die chirurgischen Operationskurse an der Leiche stattfinden.

e) Ein Saal, in dem die anatomischen Sammlungen Aufstellung finden. An Sammlungen nenne ich:

1. Sammlungen normal-anatomischer Präparate zum Unterrichte der deskriptiven Anatomie. Dieselben dienen zur Unterstützung resp. zum Ersatze des Studiums an der Leiche und ermöglichen den anatomischen Unterricht auch im Sommer (Trockenpräparate und Spirituspräparate, injiziert und nichtinjiziert, zur Demonstration der Gelenke, Muskeln, Gefäße und Nerven; Skelette und einzelne Knochen zum Studium der Osteologie).

2. Sammlung topographisch-anatomischer Spirituspräparate und Trockenpräparate aller Körpergegenden und Organe zum Studium der topographischen Anatomie.

3. Wachsmodelle aller Art oder Modelle in anderer Ausführung (besonders gebraucht zum Studium der Eingeweidelehre).

4. Kolorierte Wandtafeln in großer Anzahl und guter Ausführung.

5. Eine vollständige Sammlung mikroskopischer normal-histologischer Präparate aller Körperorgane.

6. Eine entsprechend große Anzahl makroskopischer und mikroskopischer Präparate zum Studium der Entwicklungsgeschichte.

f) Einige Einzelzimmer, in denen die Lehrer, Assistenten und Studenten privatim arbeiten und wissenschaftliche Themata erledigen können.

g) Leichenkeller. Auf die Konstruktion des Leichenkellers ist ganz besondere Sorgfalt zu verwenden. Es müssen alle Vorrichtungen vorhanden sein, um die Leichen konservieren zu können, desgleichen müssen Mazerationsvorrichtungen bestehen zur Gewinnung von Knochenpräparaten. Der Leichenkeller steht durch direkten Aufzug mit dem Sektionssaale in Verbindung. Die sachgemäße Konstruktion dieses Leichenkellers ist von besonderer Wichtigkeit wegen der im Sommer hier herrschenden Hitze und wegen der geringen Anzahl der Leichen. Funktioniert der Keller gut, so wird man eine Leiche für den Unterricht lange aufheben können und man wird den Kurs der chirurgischen Operationslehre und der topographischen Anatomie auch im Sommer abhalten können (vom Juli und August vielleicht abgesehen).

h) Ein gutes, ausreichendes Instrumentarium inklusive Vorrichtungen für Leicheninjektionen (Wachsinjektionen).

B. Physiologie.

Der Professor der Physiologie bedarf zu seinem Unterrichte ebenfalls eines Auditoriums, er bedarf Einzelräume für die Privatarbeiten der Professoren, Assistenten und Studenten.

Er bedarf ferner ein mit allen modernen Hilfsmitteln (Instrumenten und Apparaten) versehenes physiologisches Laboratorium, bedarf Ställe für Versuchstiere etc.

C. Pathologisch-anatomisches Institut.

Dasselbe ist im großen und ganzen in gleicher Weise eingerichtet wie das anatomische. Mithin ist nötig:

1. Amphitheater mit Sektionstisch (zufließendes Wasser am Tisch, drehbare Platte, Abfluß direkt in den Kanal).
2. Mikroskopiersaal mit Mikroskopen.
3. Einzelzimmer für die wissenschaftlichen Arbeiten der Lehrer und Studenten.
4. Zimmer für Sammlungen:
 - a) Ausgiebige Sammlung makroskopisch-pathologisch-anatomischer Präparate.
 - b) Sammlung mikroskopisch-pathologisch-anatomischer Präparate.
 - c) Kolorierte Wandtafeln, Wandmodelle etc.
5. Leichenkeller.

Klinische Institute.

D. Chirurgische Klinik.

Die chirurgische Klinik setzt sich zusammen aus:

1. dem Operationshause.

Dasselbe muß, da unbedingt zwei Professoren der Chirurgie für den Unterricht vorhanden sein müssen, drei Operationssäle enthalten: je einen für jeden Professor und einen dritten für Laparatomien. Die Operationssäle müssen mit allen modernen Mitteln eingerichtet sein, auf jeden Fall Oberlicht haben und sind am besten in Form von Glaspavillons, d. h. mit drei Seiten ganz freistehend gebaut, während an der vierten Seite die Sitzbänke der Studierenden, amphitheatralisch aufgebaut, angebracht sind. Die Wände sind nicht gekachelt, sondern mit weißem Emaillelack gestrichen, die Sitzreihen der Studenten ruhen auf einem eisernen Gerüst. Da eine Anzahl von Operationen und Krankenuntersuchungen heutzutage mit Apparaten ausgeführt wird, die mit Elektrizität in Bewegung gesetzt werden, so können diese Apparate, falls eine elektrische Lichtleitung vorhanden ist, ebenfalls angeschafft werden. Sie können dann unmittelbar an die elektrische Lichtleitung angeschlossen werden.

2. Aus der Krankenstation.

Diese setzt sich zusammen aus einer Anzahl von Pavillons, die ohne Bedenken zweistöckig gebaut werden können. Alle Pavillons sind derart gebaut, daß sie in der Mitte einen großen Saal besitzen, in dem 30 Betten bequem untergebracht werden können. An der einen Seite befinden sich vier Einzelzimmer (Wohnräume für das Wartepersonal, Isolieräume für Schwerkranke), an der anderen Seite ein Raum (sogenannter Tagesraum), der den nicht bettlägerigen Kranken zum Aufenthalte und als Eßraum dient. Bei gutem Wetter

sind alle nicht bettlägerigen Kranken im Freien resp. auf den Veranden, die an den Verbindungskorridor angebaut sind, untergebracht. Seitlich von dem großen Saale, dem Tagesraume benachbart, ist auf der einen Seite der Klosettraum, auf der anderen Seite der Baderaum angebaut, jeder natürlich mit direktem Eingange in den Hauptsaal. Der Fußboden besteht aus Holz, dessen Fugen gut verkittet sind und der dann mit Oelfarbe gestrichen ist. Die Wände sind hell angestrichen und bis Manneshöhe in Oelfarbe gelegt. Der übrige Teil der Wand wird nicht, wie üblich, mit Leim- oder Kalkfarbe angestrichen, sondern mit einer der modernen Amphibolinfarben, die den großen Vorteil haben, daß sie beinahe ebenso bequem gereinigt werden können wie Oelfarben und dabei im Preise bedeutend billiger sind. Die Ventilation der Pavillons geschieht durch obere Klappfenster resp. in dem zweiten Stock durch sogenannte Dachreiter. In dem Klosettraum ist ein eiserner Kasten in die Wand eingefügt, der als Behälter der schmutzigen Wäsche dient. Dieser Behälter besitzt zwei Türen; die eine, zum Wäscheeinlegen bestimmt, befindet sich im Innern des Klosettraumes, die andere befindet sich im Freien und dient zur Herausnahme der schmutzigen Wäsche, die von da direkt in die schmutzige Hälfte des Desinfektionshauses transportiert wird.

Als Unterabteilungen der Krankenstation gelten:

a) Die Aufnahmestation. Hierhin kommen zu allererst alle neu aufgenommenen chirurgischen Kranken. Auf dieser Aufnahmestation werden sie, wenn es irgendwie der Krankheitszustand zuläßt, gebadet, mit reiner Wäsche versehen und vom wachhabenden Arzte sofort untersucht. Am anderen Tage werden sie der definitiven Abteilung überwiesen. Die getragenen Kleider der Kranken werden in ein Buch eingetragen, dann zusammengeschnürt im Etuve sterilisiert und bis zur Entlassung der Kranken auf dem Trockenboden aufgehoben.

Noch besser würde es sein, einen besonderen Aufnahmepavillon (sogenannte „Quarantaine“) zu bauen, in dem die in dem Krankenhause neu aufkommenden Kranken 24 Stunden lang untergebracht werden. Dieser Pavillon kommt dann zusammen mit dem gleichen Pavillon der inneren Medizin in die Nähe des Desinfektionshauses zu liegen.

b) Die septische Abteilung. Auf der septischen Abteilung kommen alle Kranken in Behandlung, die mit eiternden Wunden und den sogenannten Wundinfektionskrankheiten behaftet sind. Diese Abteilung ist in Allem von den übrigen Pavillons getrennt, da ihre Kranken eine Ansteckungsgefahr für Operierte jeder Art darstellen. Das Krankenpflegepersonal soll ebenfalls nicht mit dem der übrigen Pavillons in Berührung kommen. Sämtliche Wäsche der Infektionsabteilung ist besonders gezeichnet und darf überhaupt nicht auf einer anderen Abteilung zur Verwendung kommen. Die Kranken werden in einem auf dem Pavillon selbst befindlichen Operations-

zimmer operiert und dementsprechend sind alle hier gebrauchten Instrumente lediglich für diese Abteilung allein bestimmt. Die Abwässer dieser Abteilung werden erst in dem Sielgrubenhause desinfiziert, ehe sie ins Meer fließen.

c) Die sogenannte orthopädische Abteilung.

In dieser Abteilung werden vorzugsweise Kranke mit Gelenksteifigkeiten und den häufigen Verkrümmungen der Knochen besonders der Wirbelsäule behandelt. Dasselbe geschieht mittelst Maschinen und sogenannter orthopädischer Apparate. Deshalb ist mit dieser Krankenabteilung ein Zimmer verbunden, in dem die erwähnten Apparate zur Aufstellung kommen und das groß genug ist, daß es auch noch zur Vornahme von Turnübungen dienen kann. Ein weiteres Zimmer ist nötig, um als Werkstätte zu dienen, in der kleinere Schienen, Korsette und Stützapparate angefertigt werden. Hier können Studenten oder Aerzte zu praktischen Orthopäden ausgebildet werden und ein für das Krankenhaus angestellter Mechaniker kann eine ganze Anzahl von medico-mechanischen Apparaten und von Bandagen anfertigen, die von auswärts bezogen viel mehr Geld kosten würden.

Ueberhaupt dürfte es sich empfehlen, ein besonderes „Handwerkerhaus“ zu errichten, in dem Tischler, Schlosser etc. ihre Werkstätten haben, um die im Krankenhause notwendig werdenden Reparaturen resp. kleinere Neuanschaffungen sofort ausführen zu können.

d) Bandagenmagazin und sogenannte Verbandfabrik.

Es muß ein Zimmer existieren, wo sämtliche Bandagen, Schienen und andere nur zeitweise im Gebrauch befindlichen Apparate deponiert werden. Von hier werden sie gegen Bescheinigung empfangen und hierher nach dem Gebrauche wieder abgeliefert. Es muß ferner ein Raum existieren, in dem die en gros aus der Fabrik bezogenen Verbandstoffe zum unmittelbaren Gebrauche zurechtgemacht, eventuell mit antiseptischen Stoffen imprägniert und dann sterilisiert werden. Es wird hierdurch eine nicht unbeträchtliche Summe Geldes gespart, da die en detail bezogenen Verbandstoffe sehr teuer sind und außerdem keineswegs die Garantie der Antisepsis oder der Asepsis darbieten.

e) Wasserbett.

Es gibt eine ganze Anzahl von Schwerkranken, die wegen großer eiternder Wunden, wegen Lähmung der Extremitäten oder der Blase und des Mastdarms zu einem elenden Siechtume verdammt sind. Diese werden am besten dadurch behandelt, daß sie Tag und Nacht auf einer zum Bett umgewandelten Bahre im Wasser liegen. Zu dem Zwecke errichtet man ein großes gemauertes und zementiertes Wasserreservoir, in das eine Bahre zu stehen kommt und in dem Wasser beständig zu- und abfließt (Temperatur von 30—32°).

f) Sammlungen.

1. Sammlung von guten Gypsabgüssen.
2. Knochenpräparate (Frakturen, Tumoren etc.)
3. Bandagen- und Instrumentenkabinett (vorzugsweise alte Bandagen und Instrumente enthaltend und beim Unterricht über die Entwicklung der Chirurgie gebraucht).
4. Photographiesammlungen und Kollektionen von Röntgenaufnahmen.
5. Kolorierte Wandtafeln zum theoretischen und praktischen Unterrichte.

E. Medizinische Klinik.

1. Die Krankenabteilung besteht aus zweistöckigen Pavillons, welche die gleiche Einrichtung zeigen wie die chirurgische Abteilung. Auch hier sind zwei medizinische Kliniken erforderlich.

2. Eine Aufnahmestation, deren Einrichtung und Betrieb der chirurgischen gleicht und neben dem Desinfektionshaus zu liegen kommt.

3. Es besteht eine besondere Kinderabteilung mit eventuell eigener Professur. In diesem Pavillon ist der große Saal etwas kleiner als in den gewöhnlichen Pavillons, dafür aber sind die Einzelzimmer vermehrt resp. vergrößert, um in ihnen sowohl die Kinder des ersten und zweiten Lebensjahres als auch ältere Kinder gesondert unterzubringen und um die zur Ernährung der Säuglinge notwendigen Apparate (Soxhlet) hier aufzustellen. Im Garten des Krankenhauses, nahe dem Pavillon, kommen Turngeräte zur Aufstellung, um den Kindern Gelegenheit zu geben, gymnastische Uebungen zu betreiben. Für diese Kinderabteilung muß der Parterre-raum des Pavillons genommen werden.

4. Es besteht eine besondere Infektionsabteilung, auf der die Kranken, die mit einer akuten und übertragbaren Infektionskrankheit behaftet sind, behandelt werden. Es bestehen strenge Maßregeln zur Isolierung dieser Kranken und des Pflegepersonales sowie besondere Maßnahmen für die Desinfektion der Wäsche und der Abwässer. Alle diese Maßnahmen sind schriftlich sorgfältigst auszuarbeiten und gedruckt an Ort und Stelle aufzuhängen. Auf der Infektionsabteilung werden behandelt:

1. Masern.
2. Windpocken.
3. Keuchhusten.
4. Erysipel.
5. Scharlach.
6. Diphtherie.
7. Pocken.
8. Flecktyphus.
9. Cholera.
10. Typhus abdominalis.
11. Dysenterie.

5. Laboratorien mit moderner Einrichtung für wissenschaftliche, besonders chemische Untersuchungen.

F. Nervenlinik und psychiatrische Klinik.

Die Errichtung dieser Stationen, die eventl. in der Hand eines Professors vereinigt sind, ist dringend zu empfehlen.

Sowohl die Nerven- als auch die Geisteskrankheiten haben im Laufe der letzten Dezzennien stetig zugenommen und müssen von jedem Mediziner wenigstens in den Hauptpunkten gekannt sein. Die Irrenpflege hat gewaltige Umwälzungen erfahren und wird auch die hohe Türkische Regierung verpflichtet sein, recht bald diesen Fortschritten durch Errichtung neuer moderner Irrenanstalten Rechnung zu tragen. Zu dem Zwecke sind zunächst moderne Irrenärzte an der Ecole de Médecine auszubilden. Nerven- und psychiatrische Klinik werden hier zweckmäßig in einem Pavillon vereinigt, indem man denselben in zwei Hälften teilt; die eine Seite, die sog. „unruhige“ Abteilung, enthält zwei bis drei Isolierzimmer und ca. 10 Betten des Hauptsaaes, die andere sog. „ruhige Abteilung“ enthält ca. 20 Betten; hier kommen vorzugsweise Nervenranke zu liegen.

Eine größere psychiatrische Klinik zu bauen, halte ich nicht für nötig.

G. Augenlinik.

Ihre Einrichtungen lehnen sich im allgemeinen an die der medizinischen Klinik an, nur sind hier ebenso wie bei der laryngo-, rhino- und otologischen Klinik eine genügende Anzahl Dunkelzimmer herzustellen, auch ist der Anstrich der Wände dunkel gehalten. Ein ausreichendes Instrumentarium (Ophthalmoskope, Otoskope, Laryngoskope) sind zum Unterrichte und zu der Ausbildung der Schüler ebenso notwendig, wie zur Erleichterung des Unterrichtes kolorierte Wandtafeln. Leider sind solche Wandtafeln schwer im Handel zu haben. Es dürfte sich daher empfehlen, auch für die Ecole de Médecine eine Einrichtung zu schaffen, die sich an den Universitäten Deutschlands findet, nämlich einen besonderen Zeichner oder Maler anzustellen, dem zunächst die Aufgabe zufällt, geeignete Abbildungen der Lehrbücher zu vergrößern und auf Wandtafeln zu übertragen. Auf diese Weise können in relativ kurzer Zeit für jedes Unterrichtsfach eine Anzahl der wichtigsten Erkrankungsformen und der anatomischen Details in Kürze hergestellt werden. Ich lege auf diese Demonstrationsobjekte einen großen Wert, da ich aus eigener Erfahrung weiß, wie sehr sie zur Belebung des Unterrichtes beitragen. Da man sie außerdem jederzeit zur Hand haben kann, was mit Kranken nicht immer der Fall ist, so sind sie auch sehr bequem zu Unterrichtszwecken.

H. Gynäkologische Klinik.

Die Krankenzimmer dieser Klinik sind mit geringen Modifikationen ebenfalls in Pavillonform anzuordnen.

I. Polikliniken.

Da die Polikliniken nach meinem Dafürhalten eine hervorragende Stelle bei der Ausbildung der Studenten einnehmen, so ist auch auf ihre Einrichtung Sorgfalt zu verwenden. Für die chirurgische Poliklinik halte ich etwa die folgende Einrichtung für die beste:

Die Kranken betreten zuerst den Warteraum, von da gehen Männer und Frauen gesondert in je ein Zimmer, das als Auskleideraum dient. Von da treten sie in das ärztliche Zimmer, wo sie untersucht werden, ihre Ordinationen bekommen etc. und das eine Ausgangstür aus der Poliklinik hat für denjenigen, der in den Auskleideraum nicht wieder zurückgeht. An dieses Ordinationszimmer grenzt das Operationszimmer, neben dem sich ein kleiner Dunkelraum für Kehlkopf-, Augenuntersuchungen etc. befindet. Parallel zu allen diesen Räumen, getrennt durch einen Korridor, läuft ein großer, geräumiger Saal, in dem die für die Schüler so wichtigen praktischen Kurse (Untersuchungskurse, Verbandkurs, propädeutischer Kurs) abgehalten werden. Die medizinische, die Augenpoliklinik etc. sind ähnlich eingerichtet, bei letzterer sind natürlich Dunkelzimmer nicht zu vergessen. In der Poliklinik sind auch die Zimmer für die wachhabenden Aerzte eingerichtet.

K. Badehaus.

So vorzüglich auch die hierzulande existierenden Badeeinrichtungen sind, so hat man doch in der modernen Krankenpflege nicht so selten medikamentöse Bäder, auch elektrische, kohlen säurehaltige Bäder, Moorbäder etc. nötig. Die Hydrotherapie spielt eine immer größere Rolle und man beginnt sogar an den deutschen Universitäten sie als Lehrfach in Aussicht zu nehmen. Bei einem ganz modernen Institute muß daher auch diesem Zweige der Therapie Rechnung getragen werden.

L. Desinfektionshaus.

Der Desinfektionsmodus, der jetzt üblich ist, ist ein dreifacher:

1. Die Desinfektion von Bettteilen, wie Matratzen, Kopfkissen, Decken, von Kleidern, Möbeln etc. geschieht durch strömenden Wasserdampf in dem großen Desinfektor.

2. Die Desinfektion der Wäsche geschieht im Dampfkochapparat.

3. Die Desinfektion derjenigen Gegenstände, welche diese beiden Arten nicht vertragen, wie Hüte, Mützen, Pelze, Stiefel etc. geschieht durch Chemikalien (Seifenwasser, Lysollösung etc.). Für alle drei Desinfektionsarten müssen die nötigen Vorrichtungen im Desinfektionshause vorhanden sein. Das Desinfektionshaus ist in zwei, durch eine Mauer völlig voneinander getrennte Räume geteilt, und es ist

in allen seinen Einrichtungen nach den mustergiltigen Anstalten Deutschlands anzulegen. Ein Spezialplan zum Bau ist sorgfältigst auszuarbeiten¹⁾. Desgleichen sind späterhin Spezialinstruktionen für das Wartepersonal aufzustellen, und dasselbe darin zu unterrichten. Zweckmäßig baut man das Desinfektionshaus zweistöckig. Der obere Stock dient dann als Aufbewahrungsraum für desinfizierte Gegenstände, die nicht sofort wieder in Gebrauch genommen werden (Wäsche, Kleider der Kranken, Reservebetten etc.). Natürlich ist dieser obere Stock lediglich von der reinen Seite des Desinfektionshauses aus mittelst einer Treppe zugänglich. Zum bequemen Transporte der desinfizierten Sachen dient am besten eine Aufzugsvorrichtung.

M. Auditorien.

Sie liegen im Hauptgebäude. In ihnen finden die theoretischen Vorlesungen statt. Sie müssen samt ihrem Inventar so beschaffen sein, daß sie zu jeder Zeit gereinigt und sauber gehalten werden können.

N. Betten.

Auf den Inhalt der Bettsäcke ist Sorgfalt zu verwenden. Wolle wird besser vermieden. Am geeignetsten scheint mir noch hierzulande Stroh zu sein, da wohl Pferdehaar zu teuer sein wird. Vielleicht ließe sich aber eine hier wachsende Schilfart mit Vorteil anwenden und verdient diese Frage ein Studium. Welche Masse man aber auch wählen mag, die Hauptsache bleibt immer eine häufig vorzunehmende ganze oder teilweise Erneuerung des Inhaltes und es muß zu dem Zwecke ein besonderer Raum im Krankenhause vorhanden sein, wo dieses regelmäßig stattfinden kann.

O. Epidemieabteilung.

Ich möchte es einer Hohen Türkischen Regierung anheimstellen, ob es nicht zweckmäßig ist, in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses eine besondere Epidemieabteilung zu errichten, d. h. einige Pavillons zu bauen und so zu installieren, daß sie im Falle einer Choleraepidemie etc. sofort bezogen werden können. Dieselben sind aus Holz, ihr Inventar an Betten, Tischen, Stühlen aus Eisen. Dieselben werden also zum sofortigen Belegen fertig gehalten und können in den Zwischenzeiten als Evakuationsabteilung für Rekonvaleszenten oder bei starkem Füllungszustande des Krankenhauses benutzt werden. Sie können besonders im Sommer sehr gut gebraucht werden, denn es ist in hygienischer Hinsicht dringend notwendig, daß im Sommer eines jeden Jahres eine bestimmte Anzahl Pavillons völlig gereinigt und im Innern neu angestrichen werden und dann noch mehrere Wochen lang leerstehen. Auf diese Weise soll jeder Pavillon etwa alle drei Jahre völlig neu zurecht gemacht werden.

1) Cf. Bauplan.

Im vorstehenden haben Ew. Excellenz einen Ueberblick über das Ensemble einer deutschen medizinischen Fakultät. Excellenz sehen, daß der medizinische Unterricht einer solchen Fakultät einen recht großen Apparat erfordert, allein die Entwicklung der deutschen medizinischen Wissenschaft ist eben in den letzten Jahrzehnten — ich habe es schon wiederholt betont — eine so gewaltige und so vielgestaltige geworden, daß der Staat keineswegs zurückbleiben konnte und wollte in der Schaffung von Instituten und Einrichtungen, die zwar kostspielig, aber unumgänglich notwendig sind zur Heranbildung moderner Aerzte. Umgekehrt haben es auch diese Einrichtungen in erster Linie vermocht, den deutschen Arzt auf eine Höhe zu heben, daß seine Dienste in allen Ländern bekannt und begehrt sind.

Sind die gleichen Einrichtungen auch für die Türkei notwendig? Wenn die Leistungen der türkischen Aerzte denjenigen der deutschen gleichen sollen, unzweifelhaft. Man wird in Einzelheiten modifizieren müssen, und es ist auch nicht alles absolut notwendig; immerhin, je mehr die Art der Ausbildung der hiesigen Aerzte derjenigen der deutschen Aerzte, vor allem in den Grundprinzipien gleichkommt, umso mehr wird auch das gleiche Resultat erzielt werden. Dabei bitte ich aber vor allem das zu bedenken, daß die Herstellung einzelner Gebäude allein noch keine medizinische Fakultät bedeutet. **Eine medizinische Fakultät schaffen kann überhaupt nicht der Architekt, das kann nur der Arzt, und die Hauptsache kommt erst nach Fertigstellung der Gebäude.** Zudem liegen hier die Verhältnisse noch besonders geartet. Man wird vielleicht in keinem Lande ein medizinisches Institut finden, dessen Gesamtorganisation sich direkt auf die Ecole übertragen ließe. Zunächst sind die Schüler hier im Internat, und ferner soll die Ecole zugleich ein modernes Krankenhaus und die medizinische Fakultät darstellen. Mithin ist die Aufgabe die: in der Gesamtorganisation der Ecole die Bedürfnisse beider so ineinander zu verschmelzen, daß jedes zu seinem Rechte kommt und doch ein harmonisches Ganzes entsteht. Wie ist das zu machen? —

Man hat mir gesagt, daß Baupläne für alle Teile der Ecole, also auch für die Krankenräume, fertiggestellt sind. Bis jetzt habe ich nur die Pläne des Hauptgebäudes sehen dürfen. In diesem Augenblicke ist es mir aber sogar angenehm, daß ich die übrigen Pläne nicht kenne, denn ich kann somit unbefangener meinen eigenen Plan der Konstruktion der Ecole entwerfen, wie er sich für mich nach den in meinen Rapporten entwickelten Anschauungen von selbst ergibt. Nach meinem Dafürhalten muß die neue Ecole bestehen aus:

I. dem großen Hauptgebäude.

Dasselbe enthält die Schlaf- und Eßräume der Studenten, die Bureau-räume, die Auditorien für die theoretischen Vorlesungen und die

Sammlungen. Zu den Sammlungen muß jetzt sofort ein guter Grundstock gelegt werden. Vollkommen entwickeln werden sie sich natürlich erst im Laufe der Jahre;

II. den Wirtschaftsgebäuden,

d. h. Küche und Waschhaus, Wohnräume des Pflegepersonals, Schlafstellen der Soldaten, die im Krankenhaus zu Pflegern ausgebildet werden sollen.

III. Dem Desinfektionshause,
dem Sielgrubenhause und dem Verbrennungssofen.

IV. Dem Badehause.

V. Dem Handwerkerhause.

VI. Der Apotheke.

VII. Dem Leichenhause.

Wie aus obiger Aufstellung ersichtlich, sind gerade für den Unterricht in der Anatomie und pathologischen Anatomie relativ viele Räume und Einrichtungen nötig. Um Raum und Geld zu sparen, lassen sich aber Leichenhaus, Anatomie, pathologische Anatomie samt Physiologie ganz gut in einem Hause unterbringen, derart also, daß eine Anzahl der Räume allen drei Wissenschaften zum Unterrichte resp. gemeinsamer Benutzung zur Verfügung stehen (vergl. d. Plan). Bei dieser Anordnung wäre alles, was mit Leichen zusammenhängt, in einem Hause vereinigt. Es wäre überhaupt der erste ganze große Abschnitt meines Lehrprogrammes unter einem Dache und Fache, was allerdings große Vorzüge hätte. Stehen aber die Gelder für den Bau eines besonderen Hauses für diese drei Fächer nicht zur Verfügung, so können ebenso gut die Vorlesungen über Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie im Hauptgebäude abgehalten werden, desgleichen lassen sich zwei Auditorien als Mikroskopiersäle einrichten und nur die Räume, in denen Leichen zur Verwendung kommen, werden mit dem Leichenhause verbunden. Für diesen Fall würde also das Leichenhaus unten Leichenkeller, oben Präpariersaal, Sektionssaal und Saal für topographische Anatomie und chirurgischen Operationskurs enthalten. Auch das bakteriologische Institut würde man am besten in das Leichenhaus hineinlegen.

VIII. Den klinischen Räumen.

Dieselben teile ich in folgender Weise ein:

- a) Chirurgische Klinik; im Anschluß daran Frauenklinik und gynäkologische Abteilung.
- b) Medizinische Klinik, inkl. Kinderklinik, Nervenklinik, psychiatrische Klinik.
- c) Augen-, Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenklinik, Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis.
- d) Poliklinik.

Jede dieser vier Hauptabteilungen wird in einem Blok für sich untergebracht. In jedem Blok sind alle Räume, die zu Operations-, Untersuchungs- und Behandlungszwecken erforderlich sind, ebenso untergebracht wie alle Krankenräume. Die Krankenräume bestehen aus zweistöckigen Pavillons. Alle Pavillons der einzelnen Bloks münden mit einer ihrer Schmalseiten auf einen gemeinsamen, bedeckten Korridor. Die Operations-, Untersuchungs- und Unterrichtsräume liegen für jeden Blok in einem Pavillon, der die Mitte der jedesmaligen Abteilung einnimmt, zusammen und münden ebenfalls auf den gemeinsamen Korridor. Auf diese Weise sind alle Räume desselben Bloks bequem zugänglich und untereinander direkt verbunden. Es ist ohne weiteres klar, daß durch diese Anordnung sowohl die Bewirtschaftung des Bloks für Aerzte und Personal leicht, als auch die Benutzung der Kranken und der Krankenräume zu Unterrichtszwecken möglich, ja sogar bequem gemacht wird. Besonders ist der Transport der Kranken zu und von den Operations- und Unterrichtsräumen bequem, kurz und schonend, denn er kann ohne weiteres zusammen mit dem Bett ausgeführt werden.

Die Gesamtanordnung aller Gebäude wäre nach meinem Entwurfe derart zu gestalten, daß das Zentrum des für die Krankenräume bestimmten Terrains von den gemeinsam zu benützendenden Gebäuden eingenommen wird: Küche, Waschhaus, Badehaus, Handwerkerhaus etc., während um diese herum in Halbmond- oder Kreisform die klinischen Institute zu liegen kommen. Der vor den einzelnen Bloks befindliche Korridor könnte dabei einen bequemen und schönen Wandelgang für die Kranken bei schlechtem Wetter abgeben. Dieser Korridor steht außerdem mit einer Anzahl Veranden in unmittelbarer und breiter Verbindung, derart, daß jedesmal eine solche Veranda gegenüber dem Eingange der Pavillons in den Garten hinausgebaut ist. Durch übergespanntes Segeltuch vor Wind und Sonne geschützt, können hier die Kranken bes. die Kinder und selbst Schwerkranke im Bette den ganzen Tag über im Freien sein. Die Anordnung der Pavillons erfolgt, um die freie Luftzirkulation möglichst zu sichern, radiär auf das Zentrum. Beiliegende Pläne werden meine Vorschläge auch in den Details veranschaulichen. Ich glaube, mit dieser Anordnung der Krankenräume resp. der Gebäude überhaupt ebenso dem Interesse der Krankenbehandlung als auch demjenigen des Unterrichtes Rechnung getragen, ohne aber die hygienische und die praktische Seite vernachlässigt zu haben.

IX. Septische Abteilung.

Die Pavillons dieser Abteilung bilden mit Leichenhaus, bakteriologischem Institut, Desinfektionshaus, Verbrennungsofen einen Gebäudekomplex für sich, der vollkommen getrennt und abseits von dem großen klinischen Gebäudering zu liegen kommt. Die Abwässer aller dieser Gebäude gehen zunächst in das in der

Nähe des Meeres gelegene Sielgrubenhaus und dann erst in das Meer. Die Pavillons der Infektionsabteilung sind einstöckig, im übrigen schließen sie sich in ihrem Bau denen der klinischen Abteilung an.

Ich warne davor, auch die Pavillons der klinischen Abteilung einstöckig zu bauen. Es entsteht dadurch eine zu große Verzettlung der Krankenzimmer, welche die Bewirtschaftung derselben ungemein erschwert und verteuert. Zudem haben zweistöckige Pavillons, richtig gebaut, auch in hygienischer Hinsicht nicht die geringsten Bedenken, am allerwenigsten in dem hiesigen Klima. Ich warne vor dem System der einstöckigen, einzeln stehenden, nicht untereinander verbundenen Pavillons, weil ich dasselbe von meiner Tätigkeit im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause her kenne. Dieses überaus schöne Krankenhaus ist so gebaut; es ist mit diesem hier streng durchgeführten Systeme allerdings in hygienischer Hinsicht etwas Ideales geleistet, aber die Betriebskosten sind außerordentlich hohe und die Bewirtschaftung erfordert vor allen Dingen ein sehr zahlreiches Pflege- und Dienstpersonal. Zu Unterrichtszwecken eignet es sich außerdem absolut gar nicht. Mit dem Laufen von einem Pavillon zum andern geht viel zu viel Zeit verloren und vor allem ist der Transport der Kranken in die nicht verbundenen Unterrichtsräume, wenn überhaupt, nur unter großer Belästigung der Kranken ausführbar.

Excellenz, ich komme zum Ende. Ich habe in vier Rapporten einen detaillierten Plan niedergelegt, der der Reformation des gesamten türkischen medizinischen Unterrichtswesens und der Krankenpflege gleichkommt. Ich habe zu gleicher Zeit mich erboten, diesen Plan in seinen Einzelheiten selbst in die Tat umzusetzen.

Wird man den Plan, wird man dieses Anerbieten annehmen? Bereits in der kurzen Zeit meines Hierseins habe ich einen Vorgeschmack davon bekommen, was es hier für Schwierigkeiten zu überwinden gibt. Es ist ein Marschieren im Sande, und wenn man auch alle Stationen siegreich durchlaufen hat, ist es oft die unterste, die einem wieder von neuem einen recht dicken Stein in den Weg wirft und man kann von vorn anfangen.

Einstweilen habe ich getan, was meine Pflicht war; ich habe der Wahrheit gemäß, ohne Uebertreibung, aber auch ohne Rückhalt die Verhältnisse der alten Ecole und des medizinischen Unterrichts geschildert, wie ich sie gefunden, und ich habe zur Abhilfe der Uebelstände diesen Reorganisationsplan ausgearbeitet, von dem mir Ew. Excellenz einräumen werden, daß er in allen seinen Unterabteilungen logisch gegliedert ist, und daß seine Einzelabschnitte nicht nur eng zusammenhängen, sondern daß sich der eine geradezu auf dem anderen aufbaut. Nochmals, kurz skizziert, handelt es sich um Folgendes:

Seine Kaiserliche Majestät der Sultan hat den Neubau der *Ecole de Médecine militaire* befohlen: damit soll zugleich eine Reorganisation des medizinischen Unterrichtes an derselben stattfinden und ich habe mich der Ausführung dieser Aufgabe zu unterziehen.

Um das zu können, bedarf ich als Fremder in erster Linie festen Grund und Boden, d. h. eine Stätte eigener Betätigung und möglicher praktischer Arbeit, denn das Beispiel ist die beste Reform. Zu diesem Zwecke habe ich ein eigenes Krankenhaus Gülhane gefordert.

Bericht I gibt mir diese notwendige Werkstätte, dem türkischen Staate ein modernes Krankenhaus, das zugleich Unterrichtsstätte ist und den Beginn der Reorganisation bedeutet.

Der Arzt bedarf aber nicht nur der Kranken, des Krankenhauses und der Instrumente zu seiner Tätigkeit, sondern auch der Hilfe der Krankenpfleger. Krankenpfleger fehlen völlig in der Türkei, mithin muß ich mir dieselben schaffen:

Bericht II gibt dem türkischen Staate ein ausgebildetes Krankenpflegerkorps in Krieg und Frieden.

Damit sind die Vorarbeiten beendet und die Reorganisation des Unterrichtes kann beginnen.

Die Studenten der Medizin müssen allgemein gebildete Menschen sein und müssen zugleich spezielle Vorkenntnisse zu ihrem Berufe mitbringen. Dazu reicht die bisherige *Ecole préparatoire* nicht aus, ebenso wenig reicht der Lehrplan der *Ecole de Médecine* für die Ausbildung moderner Aerzte aus:

Bericht III gibt sowohl der *Ecole préparatoire* als auch der *Ecole de Médecine* einen neuen Lehrplan. Derjenige der *Ecole préparatoire* gibt den türkischen Aerzten in Zukunft eine naturwissenschaftliche allgemeine und spezielle Vorbildung, und derjenige der *Ecole de Médecine* berücksichtigt die theoretischen und praktischen Bedürfnisse des modernen medizinischen Unterrichtes in gebührender Weise.

Praktische Aerzte werden nicht auf den Schulbänken, sondern am Krankenbette erzogen:

Bericht IV gibt Mittel und Wege an, die neue *Ecole* mit allen Einrichtungen eines modernen Krankenhauses und allen Einrichtungen einer medizinischen Fakultät zu versehen.

Excellenz, ich bin zu Ende. Ich stehe zur Verfügung einer Hohen Türkischen Regierung, wenn Dieselbe meine Vorschläge in die Tat umsetzen und damit ein humanitäres Werk ersten Ranges schaffen will.

In diesem Falle gebe ich getrost Ew. Excellenz die Versicherung, daß niemand die Berechtigung haben soll, auf diese Reform

das bekannte und oft gegen die Türkei angeführte Wort Moltkes anwenden zu können:

En Turquie on a commencé la réforme par la queue.

Ich bitte Ew. Excellenz, die Versicherung meiner vorzüglichsten Hochachtung entgegennehmen zu wollen und hoffe auf Ew. Excellenz fernere gütige Unterstützung bei meiner Arbeit.

Prof. Dr. Rieder.

Nachtrag 10. September 1898.

Wie ich oben erwähnte, besteht bereits ein Bauplan der Krankenzimmer der zukünftigen Ecole de Médecine. Wenn ich recht unterrichtet bin, ist dieser Plan auch bereits seitens einer Hohen Regierung genehmigt worden. Ich habe jetzt Einsicht in die Details dieses Planes nehmen können und weiß jetzt, daß man in dem Garten des Haidar Paschaspitals einstöckige, nicht mit einander verbundene Baracken errichten will, in denen 500 bis 600 Kranke Unterkunft finden können. Außerdem aber will man anscheinend — es ist hierzulande ungemein schwer, eine klare bestimmte Auskunft über die Dinge zu bekommen — das Haidar Paschaspital mit der Medizinschule vereinigen, so daß dann der Schule insgesamt mehr als 1200 Betten zur Verfügung stehen würden. In den neu zu bauenden Baracken sollen lediglich chirurgische Kranke (5 Baracken je 60 Betten), Augenkranke (5 Baracken zu je 30 Betten) und mit ansteckenden Krankheiten behaftete Kranke (sogenannte Infektionsabteilung, 3 Baracken mit ? Betten) untergebracht werden, während alle anderen Kranken, speziell das Gros der innerlich Erkrankten offenbar in dem Haidar Paschaspital liegen werden. Ein Operationshaus soll neu gebaut werden, von einer Poliklinik und von den übrigen Nebengebäuden (Anatomie, Desinfektionshaus etc.) ist überhaupt nicht die Rede; ebensowenig habe ich etwas Genaueres über Kanalisation, Wasserleitung, Beleuchtung etc. erfahren können. Anscheinend hat man an diese Dinge noch gar nicht gedacht. Ich kann mich nur auf das allerbestimmteste gegen die Ausführung dieses Bauplanes aussprechen und ich muß mir vorbehalten, in einem ausführlichen und motivierten Berichte dagegen Stellung zu nehmen, falls man auf seiner Ausführung beharren sollte. Für heute möge es genügen, nachfolgendes dagegen anzuführen:

1. Jedem nach dem soeben erwähnten Plan der Türkischen Regierung konstruierten Krankenhause der zukünftigen Ecole werden dieselben Fehler anhaften wie den Baracken der alten Ecole, denn die Anordnung der Krankenzimmer ist im Prinzip genau dieselbe wie bei der alten Ecole, mithin ist es von vornherein ausgeschlossen, daß der praktische Unterricht der Medizinschüler so zu seinem Rechte kommt, wie es unbedingt nötig ist. Ich müßte also eigentlich hier alles wiederholen, was ich in den Berichten III und IV gegen die alte Schule ausführen mußte.

2. Eine Verschmelzung des Haidar Pascha Hospitals mit der Ecole de Médecine ist nach meinem Dafürhalten durchaus nicht ratsam. Man kommt mehr und mehr davon ab, Krankenhäuser von 1000 Betten oder gar noch darüber hinaus zu errichten; man weiß aus Erfahrung, daß die Leitung, die Uebersicht, die Kontrolle, kurzum die Bewirtschaftung solch enormer Etablissements ganz außerordentlich schwer ausführbar ist. Wenn in dem Krankenhause noch unterrichtet werden soll, so ist vor einer so großen Krankenzahl erst recht zu warnen. Auch wenn der Lehrkörper ein sehr zahlreicher und ausgezeichnet funktionierender ist, so wirkt ein allzu großes Krankenmaterial auf den Schüler stets verwirrend und hemmend. Nach meinem Dafürhalten ist eine Bettenzahl von 600 für die zukünftige Ecole mehr als genügend. Außerdem aber ist das Haidar Pascha Hospital, wie ich in einem sehr ausführlichen Berichte vom 19. Juni an Seine Excellenz den Herrn Kriegsminister nachgewiesen habe, in seinen Einrichtungen so primitiver Natur und in hygienischer Hinsicht in einem so bedenklichen Zustande, daß es unmöglich eine Lehrstätte heranzubildender junger Aerzte abgeben kann. Auch sehe ich absolut nicht die Berechtigung ein, warum chirurgische und Augenranke in neugebauten Pavillons und warum innere Kranke in alte, dumpfe Säle zu bannen sind. Innerlich Erkrankte haben genau denselben Anspruch auf hygienische Krankenzimmer wie chirurgische Kranke. Und wenn es sein soll, kann man mit größerem Rechte die Augenkranken nach Haidar Pascha Spital verlegen, da ein Teil derselben sich so wie so in dunkeln, aber ebensogut ventilirten Räumen aufhalten muß. Nach meinem Dafürhalten ist aber gerade, wenn eine Verschmelzung der beiden Anstalten nicht statt hat, die unmittelbare Nähe des Haidar Pascha Spitals für die Schule wertvoll. In ihm kann ein ganzer Teil der Schüler nach bestandnem Examen seine Assistentenjahre verbringen und so noch während dieser Zeit Vorteile aus den Kliniken etc. der benachbarten Schule ziehen.

3. Die chirurgischen Baracken sollen 60 Betten fassen. Man denke sich einmal einen solchen Raum und sage mir dann, wie man denselben eigentlich bewirtschaften soll. Ein solcher Riesenraum ist ja kaum zu übersehen, und wie soll er denn sauber und im Stande gehalten werden, hier in der Türkei, wo ein Pflegepersonal überhaupt fehlt? Wie viel Zeit wird nicht allein schon verloren gehen müssen, um von einem Ende zum andern zu kommen? Man vergleiche dagegen meinen Vorschlag der zweistöckigen Pavillons, deren Nachteile bei dem hiesigen Klima überhaupt fortfallen und deren Vorzüge gerade bezüglich der Bewirtschaftung und des ärztlichen Dienstes ohne weiteres einleuchtend sind.

4. Die Baracken sollen in dem Garten des Haidar Pascha Spitals errichtet werden. Zu dem Zwecke muß ein Teil dieses sehr schönen, schattigen Gartens demoliert werden. Wenn man in Betracht zieht, von welchem unschätzbarem Werte solch ein Garten für Krankenzwecke ist (in unserem Falle auch für Medizinschüler) und wenn man weiterhin bedenkt, wie viel Zeit, Arbeit und Kosten nötig sein werden,

um auf dieser felsigen, sonnigen Küste Asiens einen solchen Garten an einer anderen Stelle von neuem erstehen zu lassen, so muß man schon die unnötige Demolierung eines einzigen Baumes als ein geradezu ungeheuerliches Vorgehen bezeichnen. Zudem würden die Baracken in die Tiefe zu liegen kommen, während man unmittelbar hinter und oberhalb der neuen Schule eine vollkommen frei gelegene, breite Anhöhe zur Verfügung hat. Frische, gesunde Luft hat hier von allen Seiten ungehindert Zutritt und ein starkes Gefälle dem Meere zu würde die Kanalisierung, d. h. Sanierung des Krankenhausbodens wesentlich sichern. Selbstverständlich habe ich das von mir projektierte Krankenhaus auf diese Anhöhe gelegt, und ein jeder, der etwas vom Krankenhausbau versteht, wird mir zugeben müssen, daß die Lage des Krankenhauses auf dieser Höhe hinsichtlich der Hygiene eine geradezu ideale und hinsichtlich des Ausblickes auf das Meer, auf die Seraispitze und auf das Häusermeer Konstantinopels eine so unvergleichlich schöne und großartige ist, wie sie sicher kein zweites Krankenhaus der ganzen Welt darbietet.

Ich halte es daher geradezu für eine unabweisbare Pflicht, mich der Ausführung des projektierten Bauplanes der zukünftigen Ecole zu widersetzen, und ich werde dies mit allen mir zu Gebote stehenden Beweisgründen und Mitteln tun.

Anhang.

Detaillierte Abrechnung über die medizinische Gesamteinrichtung des Krankenhauses Gülhane

(cf. pag. 20).

Operations-Saal Nr. 1.		M.	Pf.
1	großer Operationstisch mit langer, beweglicher Kopfplatte, Sitzklappe und beweglichem Rumpfteile zur Herstellung der Beckenhochlagerung	200	—
	Gummikissen und Kopffrolle dazu	25	—
1	großer Waschtisch, doppelt, mit Marmorplatte und Bekleidung, Ausflusshähne in Nickel, und Handtuchhalter	420	—
2	Warmwasserheizer mit Brausen	80	—
1	Apparat zur Herstellung sterilen Wassers nach Fritsch, mit Vorrichtung, daß kein Dampf in den Operationssaal gelangt, komplett mit Thermometer etc.	225	—
1	großer Instrumentenschrank, zweitürig, mit Spiegelglas und 5 großen Platten, montiert	450	—
1	Sterilisationsapparat nach Schimmelbusch mit allem Zubehör	180	—
2	Konsolen zum Aufstellen dazu	14	—
2	„ für die Arbeitsplatte	14	—
1	großer Verbandtisch mit starker Spiegelglasplatte	90	—
1	großer Instrumententisch mit starker Spiegelglasplatte, fahrbar	80	—
1	kleiner „ „ „ „ „ „	40	—
4	lange Spiegelglasplatten mit polierten Kanten	36	—
8	Konsolen dazu	56	—
1	großer Flaschenständer, fahrbar, mit Aufschrift für die Flaschen	} 105	—
4	Flaschen à 10 Liter dazu		—
1	großer Glaskasten mit 6 Rollen für Catgut	24	—
1	„ „ „ „ „ „ Seide	24	—
2	Stühle für Aerzte	25	—
2	verschieden große Schemel do.	18	—
1	Kasten für abgelegte Verbandstücke, fahrbar	50	—
1	Schmutzkasten aus verzinktem Eisen	24	—
1	Irrigatorständer	15	—
1	großer Irrigator mit 3 Meter Schlauch und großem Bügelhahn	10	75
1	großer Kochsalzirrigator in Nickel, nach Angabe gefertigt	25	—
1	Sauerstoff-Bombe mit 1000 Liter Sauerstoff und allem Zubehör, Manometer	120	—
1	Holzfuß dazu	12	—
1	eiserner Handtisch	15	—
12	Reserve-Rollen für Catgut und Seide à 40 Pf.	4	80
1	verstellbare Beckenstütze	20	—
1	große Instrumentenschale 46×60 cm	17	50
je 2	Instrumentenschalen 35×22 cm, 30×18 cm	19	50
„ 4	„ „ 23×12 cm	10	—
4	große, runde Glasschalen mit Deckel	14	—
4	große, runde Glasschalen mit Deckel, flache	10	—
4	Glasdosen mit Deckel	4	—
6	Porzellannäpfe	6	—
4	verschiedene Mensurgläser	12	25
3	verschiedene Glastrichter	2	25
3	Tropfgläser	2	25
		2500	30

	M.	Pf.
	Uebertrag 2500 30	
6 große Präparatengläser	30	—
6 mittlere „	15	—
6 kleine „	—	50
6 große Eiterbecken von Glas	18	—
1 großes Eiterbecken in Metall für das Becken	18	—
1 „ „ „ für das ganze Bein	15	—
3 Centimetermaße	—	80
1 Goniometer	15	—
24 starke Gummifingerlinge	4	50
24 Gummi-Condom-Fingerlinge	2	—
1 Streichriemen	4	—
1 großes Transplantationsmesser in Metall	10	—
3 Rasiermesser in Metall	13	50
1 Stethoskop und Plessimeter und Hammer	7	—
1 großer Reagenzschrank mit allem Zubehör	42	—
2 lange Operationsscheren nach Simon	12	—
0 „ „ „ Cooper	18	—
2 feine Operationsscheren	6	—
5 verschiedene gerade Scheren	13	—
2 feine Kornzangen	4	50
6 starke Hakenpinzetten nach Gutsch	15	—
4 mittlere „ „ „	9	—
2 feine „ „ „	4	50
4 anatomische Pinzetten nach Gutsch	7	—
2 Klemmpinzetten	4	—
8 verschiedene Sonden von Feinsilber	14	—
1 lange Fistelsonde nach Schede	3	50
1 langer Fistellöffel „	5	—
2 Lapidträger in Aluminium	5	—
2 Nadelhalter nach Hagedorn	27	—
1 „ „ 21 cm lang	16	—
1 „ „ mit Schiefmaul	16	—
4 Reservefedern dazu	8	—
36 Dutzend Heftnadeln nach Hagedorn	108	—
1 Nadelhalter nach Schede	8	—
2 große Baumnadeln nach Schede	2	—
180 Gramm feinen Silberdraht nach Schede	54	—
6 Groß Catgut	110	—
24 Strang „Turner“s Seide	15	00
36 Operationsmesser nach Schede	54	—
3 Holzkasten dazu	9	—
1 Metallkasten zum Sterilisieren von Messern	6	—
1 „ „ „ von Nadeln	13	50
2 Glasdosen zum Aufbewahren von Nadeln	1	20
13 verschieden geformte Operationsmesser in Metallkasten	50	—
6 Injektionsspritzen mit Asbestkolben, beste Qualität, in Holzkasten	30	—
2 größere Injektionsspritzen	16	50
1 große Punktionsspritze mit Bajonettverschluß, 4 langen Hohladeln und Hähnen; 2 do. ohne Hähne in Holzkasten	30	—
1 Serumspritze, ganz in Metall, in Holzkasten	10	—
1 kleinere do.	10	—
1 Schleischsche Spritze mit 6 verschiedenen Nadeln in Holzkasten	15	—
1 Troicart für Hydrocele, in Metall	5	—
1 do. „ „ „ „ stärker	5	50
1 do. zum Bauchstich	6	—
1 do. „ „ „ stärker	6	50

	M.	Pf.
	Uebertrag 3462	30
1 Troicart zum Blasenstich, mit Zubehör	12	—
Verschiedene Drainageröhren und Schläuche in rotem Patentgummi	50	—
20 Drainageröhren von Glas	6	50
1 „Potain“-Apparat mit verschiedenen Troicarts und allem Zubehör, in Holzstiel	48	—
1 Augenspiegel, nach Sämisch	10	—
1 elfenbeinerne Lidplatte	2	—
1 Cilien-Pinzette	1	50
1 Nasenspiegel nach Fränkel	3	—
1 do. nach Beckmann	7	50
2 Nasenrachenspiegel in Metall	5	—
1 lange Nasensonde	1	50
2 verschiedene Nasenpolypenzangen	7	—
1 Polypenzange nach Hartmann	5	—
1 Röhre nach Belloq	2	50
1 großer biegsamer Löffel für die Nase	5	—
2 Ringmesser nach Beckmann	14	—
1 Satz Ohrtrichter nach Gruber	3	75
1 großer Reflektor mit dreifachem Kugelgelenk, Handgriff und ledernem Stirnband	15	—
1 Ohrpinzette nach Tröltzsch	2	25
3 verschiedene Ohr- und Nasenlöffel für Fremdkörper	6	—
2 verschiedene Häkchen do.	4	50
3 Nasenkatheter nach Kramer	9	—
1 Ohr- und Nasenspritze mit Ringen und drei Ansätzen in Metall	13	50
3 Bougies für Nasenkatheter	3	—
1 Pulverbläser „Kabierske“ mit 3 Ansätzen	8	50
8 verschiedene Zahnzangen nach Toms	53	—
1 Geißfuß in Metall	4	—
6 Exkavatoren und Reinigungsinstrumente	12	—
1 Mundspatel in Metall, nach Tobold	3	50
2 do. „Glas“	2	—
1 großer, gebogener Mundsperrerr, nach Schede	12	—
1 Holzkeil	1	—
2 verschieden große Mundsperrerr nach Whitehead	50	—
1 beweglicher Fingerschützer nach Langenbeck	3	50
1 Mundwinkelhalter in Metall	4	—
2 Zungenzangen nach Schede	8	—
1 Elevatorium für die Gaumennaht nach Schede	4	—
2 lange Pinzetten „	6	50
2 feine Häkchen „	6	—
2 feine Meißel „	3	—
2 verschieden gebogene Nadeln für die Gaumennaht	16	—
1 Tonsillenzange	4	50
1 Tonsillenhaken	2	50
2 verschieden große Tonsillotome	42	—
5 doppelte silberne Tracheotomieeröhren nach Hagedorn	45	—
1 do. Nr. 7	10	—
1 do. Nr. 8	11	—
1 do. Nr. 9	12	—
1 Satz Tracheotomie-Dilatatoren mit Röhre und allem Zubehör, nach Thost	38	—
6 verschiedene Tracheotomie-Haken in Metall	13	—
2 stumpfe, doppelte Tracheotomie-Haken	2	50
1 Tracheotomie-Haken, nach Schönborn	3	—
1 Strumasonde, nach Kocher	3	50
1 Temponkanüle nach Trendelenburg mit Chloroformapparat und Zubehör	24	—

	M.	Pf.
	Uebertrag 4107	80
1 große Beleuchtungslampe nach Böker, in Nickel	55	—
1 Konsole dazu	9	—
6 Kehlkopfspiegel mit Metallgriff	8	—
3 Kehlkopfpinsel	1	20
1 Pulverbläser	3	—
1 Kehlkopfsonde, nach Tobold	2	—
3 Watteträger	4	50
1 Schlundzange für Fremdkörper	6	—
1 Grätfänger	3	—
1 Münzenfänger	3	50
6 doppelte gewebte verschiedene Schlundröhren	16	—
6 Nélaton-Schlundröhren	27	—
1 Schlund-Dilatator mit Ansätzen, nach Trousseau	8	—
14 verschiedene konische Schlundbougies	33	75
1 Kugelsonde	2	—
3 Streubüchsen mit Hartgummiverschluß	12	—
4 Chloroformmasken mit Doppelkappe und Rinne	27	—
4 Tropfröhren dazu	4	—
4 graduierte Flaschen mit Schutzhülsen	8	—
1 Aethermaske, nach Czerny	15	—
2 graduierte Aetherflaschen mit Tropfröhren	10	—
1 langes zweischneidiges Amputationsmesser	9	50
1 langes geradschneidiges „	8	50
1 mittleres „ „	7	—
1 kleineres „ „	6	—
2 Lappenmesser	11	—
1 große Amputationssäge, verstellbar, mit zwei Blättern	20	—
1 Resectionssäge nach Schede	20	—
3 verschiedene Stichsagen	13	50
1 Kettensäge	16	—
2 Unterbindungsnadeln nach Schede	8	—
36 Klemmen, nach Schede, kleine	108	—
12 „ „ „ mittlere	48	—
12 „ „ „ große	60	—
1 Kompressionsapparat, nach Esmarch	9	—
1 Reserve-Schlauch	3	—
1 Armkompressionsbinde	3	75
1 große Knochenzange, gebogen, nach Liston	12	—
1 mittlere, gerade Knochenzange „ „	10	—
1 große Knochenzange nach Esmarch	13	—
1 kleine „ „ „	12	—
1 große Rippenschere nach Glück	14	—
1 Knochenhaltezange nach Langenbeck	6	—
2 verschiedene Sequesterzangen nach Langenbeck	9	25
2 große stumpfe Haken nach Schede	17	—
2 mittlere „ „ „ „	16	—
2 feine „ „ „ „	15	—
2 scharfe Knochenhaken „ „	7	—
2 vierzinkige Wundhaken Nr. 5 „	15	—
4 „ „ Nr. 5 „	28	—
4 „ „ Nr. 3 „	26	—
4 „ „ Nr. 2 „	24	—
4 „ „ Nr. 1 „	22	—
4 verschiedene Hohlmeißel nach Schede	27	—
4 „ „ Flachmeißel „ „	23	—
1 Handmeißel	7	—

	M.	Pf.
	Uebertrag 5020	25
1 Hufmesser nach Schede	8	—
3 lange, scharfe Löffel „ „	18	—
3 kurze, „ „ „ „	12	—
1 Knochenfriem	3	—
1 Trepan mit 3 Bohrern, nach Langenbeck	9	—
30 Gramm Feinsilberdraht zur Knochennaht, nach Schede	9	—
1 Apparat zur Knochennaht, nach Sick	13	50
4 Knochenklammern, nach Schede	4	50
1 Satz Elfenbeinzapfen und Nägel	32	—
2 Holzämmer	4	—
1 Stahlhammer	3	—
1 großer Löffel für das Hüftgelenk	6	—
2 Elevatorien, nach Schede	7	—
1 Raspatorium	3	—
2 Kieferschienen in Aluminium	2	—
1 Geschwulstzange Nr. 1, nach Schede	8	50
1 „ „ Nr. 2, „ „	8	75
1 „ „ Nr. 3, „ „	9	—
4 kleine Schwammzangen „ „	14	—
4 große „ „	16	—
6 Schwammhalter, nach Schede	24	—
3 „ „ für den Mund „ „	13	50
2 Darmklemmen, nach Kocher	34	—
1 Klemme für den Magen „	18	—
4 Darmknöpfe, nach Murphy	24	—
1 großer für den Mastdarm „	7	50
1 Satz Darm- und Scheidenspiegel, mit zwei Griffen, nach Simon	36	—
2 Geschwulstzangen, nach Luër	17	—
1 Haemorrhoidalzange, nach Langenbeck	8	—
1 Satz Brenneisen, mit Gestell	30	—
1 großer Rundbrenner für Gas	24	—
1 Satz Mastdarmbougies	16	50
2 verschiedene Steinsonden	4	50
1 Litotriptor, nach Weiß	52	—
1 Evacuator, nach Thompson und 2 Katheter	38	—
2 verschiedene Steinzangen	11	50
1 große Blasenspritze in Metall mit 2 Ansätzen	15	—
1 Steinlöffel	4	50
1 Cystoskop, neues Modell, mit Spülung	110	—
1 großer Accumulator für Kaustik und Licht	185	—
1 Dilator für Prostata, nach Kollmann	75	—
1 Zange für Fremdkörper	4	50
2 verschiedene Aetzmittelträger in Silber, nach Lallemand	33	—
1 Tropfspritze, nach Guyon mit Katheter und Etui	8	—
1 Kühlsonde, nach Winternitz	6	—
3 Aetzsonden, nach Caspar	9	—
11 Strikturonsonden, nach Nitze, mit Senkgriff	45	—
1 Satz elastische Bougies	25	—
1 „ „ Katheter	16	50
24 Nélaton-Katheter	21	—
1 Katheter-Glas, nach Schede, mit Platte	12	—
10 Katheter-Stöpsel	2	50
50 verschiedene Glasspitzen	10	—
1 Katheter-Halter, nach Schede, mit zwei Leitungssonden	8	—
2 Irrigatoren in Nickel	4	—
2 lange Gummischläuche	4	—

	M.	Pf.
	Uebertrag 6167	—
2 große Bügelhähne	4	50
1 Kolpeurynter für den Darm	3	50
1 starke Gipsschere	8	—
4 Verbandscheren	18	—
4 Gipsmesser	10	—
4 Verbandmesser	6	—
2 Lidhalter in Metall	5	—
1 doppeltes Instrument für Fremdkörper im Auge	6	50
4 Luftröhren-Katheter	4	—
1 Pack Hühnerfedern	—	50
1 Pack Tracheotomieband	5	—
1 Satz Katheter in Metalletui	54	—
2 Bauwdeckenhalter	13	50
1 Troicart zur Gelenkpunktion	7	—
1 große Spritze dazu	5	50
6 Bleistreifen	6	—
6 Handbürsten	1	80
6 Nagelreiniger	12	—
1 Nagelschere	2	25
1 großer Thermo-cauter, nach Pacquelin, in Holzetui	42	—
1 „ Knopfbrenner	18	—
1 „ Zungenbrenner	18	—
1 gebogener Flachbrenner	17	—
1 Messerbrenner	17	—
1 Spitzbrenner	17	—
1 gebogener Knopfbrenner	16	—
1 galvanokaustischer Handgriff, nach Kuttner	28	—
10 verschiedene Platinbrenner	25	—
2 Doppelröhren	5	—
1 doppeltes Kabel	7	50
1 Rolle Platindrabt	22	—
1 kalte Schlinge, nach Krause	12	—
2 Hautstifte	—	80
1 Pulverbläser für Nase und Ohr	3	—
1 Luftdouche, nach Politzer	5	50
2 Uterus-Katheter	11	—
1 Uterus-Sonde	3	—
2 Faßzangen, nach Schröder	11	—
2 Uterus-Cüretten	9	—
1 langer Skarifikator	4	—
1 große konstante Batterie mit Induktionsapparat, Galvanometer und allem Zubehör nach Angabe	480	—
1 große Glasschale zur Katheter-Desinfizierung	5	25
1 Lupe	5	—
300 Gramm beste Ligaturseide	60	—
4 Resektionsmesser	11	—
2 Fistelhaken	6	—
	<u>Summe: 7199</u>	<u>10</u>

Operations-Saal Nr. 2.

1 Operationstisch mit beweglichem Kopfstück, klappbaren Beinstücken zu chirurgisch-gynäkologischen Eingriffen	130	—
1 Paar Bein- und Kniehalter dazu	24	—
Gummikissen und Kopffrolle dazu	25	—
	<u>179</u>	<u>—</u>

	M.	Pf.
	Uebertrag	179 —
1 Verband- und Traktionstisch, mit Hebevorrichtung für den Trochanter; Einrichtung zu Calot'scher Streckung mit Extensionsbandagen und geeichten Dynamometern; Modell Schede-Eschbaum 1898	580	—
1 Instrumenten- und Medikamenten-Schrank	95	—
2 Konsolen dazu	14	—
1 Irrigatorständer	15	—
1 großer Irrigator mit 3 Meter Schlauch und Bügelhahn	10	25
2 Instrumentenschalen	6	50
2 runde Glasschalen mit Deckel	7	—
2 flache " " " "	5	—
2 Glasdosen mit Deckel	2	—
2 Porzellanschalen	2	—
3 große Glas-Eiterbecken	9	—
1 Schmutzkasten	21	—
1 fahrbarer Instrumententisch	40	—
1 großes Waschbecken in Eisen	14	—
1 Holzkasten mit 6 Operationsmessern	10	—
4 verschiedene Wundhaken	13	50
4 Klemmen nach Schede	12	—
4 verschiedene Sonden	2	50
4 verschiedene Pinzetten	7	—
	<u>Summe: 1044</u>	<u>75</u>

Bacteriol.-Mikroskop. Saal.

1 Autoklav, neuester Konstruktion, für 10 Atmosphären Ueberdruck, mit Bügel und Zentralschraube, Grösse 350x220 mm	250	—
1 Manometer-Regulator dazu	29	—
1 Heißluftsterilisator, neuester Konstruktion	10	—
1 Gasbrenner dazu und Gestell	275	—
1 Asbestplatte für die Wand	20	—
1 Brutapparat neuester Konstruktion, aus Kupfer	1	50
1 Thermoregulator dazu	24	50
1 Schutzhülse dazu	14	—
1 Sicherheitsbrenner nach Koch	6	—
2 hohe Thermometer	35	—
Gummischlauch	2	—
1 Trichter nach Unna	16	70
1 Tasche für Glasplatten	2	—
1 Gießapparat	14	—
10 viereckige Drahtkörbe für Reagenzgläser	9	—
1 Zählapparat nach Wolfhügel	2	—
1 Lupe auf Dreifuß	13	50
3 verstellbare Einlagen zum Thermostaten	6	40
1 Satz Abdampfschalen	3	45
1 mikroskopisches Besteck	3	20
2 Brenner mit Hülsen und Stichflamme	—	50
2 Reagenzglasbürsten	2	80
2 Zylinder für Nährmedien	7	—
100 Bogen Filtrierpapier	2	—
1 Kilo Röhren und Stäbe	747	55

	M.	Pf.
	Uebertrag	747 55
20 hohle Objektträger	3	—
200 Reagenzgläser	7	60
50 Gummistopfen	3	50
1 Glaskasten für Instrumente	1	75
6 Meßpipetten	7	30
20 Kolben nach Erlenmeyer	9	80
Platindraht	9	72
1 Korkbohrer mit Zubehör	2	50
1 Satz Kochflaschen	9	10
3 Mäusegläser	4	50
1 gebogene Mäusezange	3	50
2 Reagenzstative	4	30
15 Doppelschalen nach Esmarch	6	75
1 Papierschere	—	80
1 Spatel	1	10
2 Spritzflaschen	4	—
6 Untersätze für Gelatineplatten	2	10
1 Universalstativ	13	50
10 verschiedene Glasrichter	3	85
500 Etiketten	—	45
1 Wasserbad mit Rücklaufkühler	10	—
1 Satz Kupferringe	3	75
3 Kultur-Schalen	5	25
50 Petri-Schalen	27	50
1/2 Kilo Gelatine	2	85
1/2 „ Agar pulv.	4	90
1 „ langfaserige Watte	2	50
3 Scalpelle	3	25
1 Farbklotz mit 6 Fläschchen	2	—
1 Filtrierstativ	2	40
4 Flaschen für Canadabalsam	1	80
500 Objektträger	11	50
2 Bogen Reagenzpapier	—	40
500 Deckgläschen	9	—
1 Titrierapparat	19	75
1 hohes Thermometer	3	—
1 Wage zur chemischen Analyse	290	—
1 Exsicator	5	50
2 Büretten	7	80
1 Satz Bechergläser	5	—
1 Harncentrifuge	45	—
1 Apothekerwage mit Gewichten	25	—
1 Haemoglobinometer nach Gowers	9	—
1 großes Mikroskop von Zeiss, mit herausklappbarem Condensor, doppeltem Revolver, zwei Objektiven, zwei Okularen und Immersion $1/12$	600	—
1 beweglicher Objektisch	85	—
1 heizbarer Objektisch	20	—
1 Satz Blenden, 1 Meßokular	22	—
1 Blutkörperchenzählapparat	48	—
2 Sputumteller	2	50
1 Mikrotom, komplett, nach Angabe	118	—
2 Messer dazu, in Etui	36	—
1 Deckglaspincette	1	75
2 Pincetten nach Cornet	3	—
1 Satz Glimmerplatten	10	—
250 Gramm Pepton. sicc. Witte	6	50
	M. 2296	57

		M.	Pf.
	Uebertrag	2296	57
100	Gramm Anilin pur	—	95
200	„ Bismarckbraun	6	25
100	„ Canadabalsam	1	45
100	„ Karbolfuchsin	—	75
10	„ Carmin. rubr.	—	75
50	„ Pikrocarmin	—	55
10	„ Eosin	—	65
10	„ Fuchsin f. Bac.	—	55
10	„ Säurefuchsin Weigert	—	55
40	„ Gentianaviolett	1	80
100	„ Haematoxylin (Delafield)	1	15
10	„ Methylenblau	—	80
100	„ Boraxkarmin	—	55
100	„ Lithionkarmin	1	15
100	„ polychromes Methylenblau	1	35
100	„ Triacid (Ehrlich)	1	85
300	„ Xylol. pur.	1	45
100	„ Karbolxylol	—	75
100	„ Ol. Bergamott.	4	15
10	„ Safranin O. W.	—	80
50	„ Cedernholzöl für Immersion	1	35
	Verpackung und Portounkosten	2	—
1	Thermometer für den Heißluftsterilisator	3	—
1	Platintiegel	60	44
10	Pulverflaschen	3	50
1	Einbettungsrahmen mit Parafin	8	—
1	großes Waschbecken	14	—
6	Uhrgläser	—	90
	Summe: M.	2428	01

Photographischer Saal.

1	Optimus-Camera	142	—
1	Objektiv Zeiss, Serie III a, Nr. 3	90	—
2	Doppelkassetten extra	20	—
1	Excelsior-Stativ	15	—
3	Einlagen	1	20
1	Duplex-Lampe	4	—
1	Thornton Pic-Verschluß	23	50
1	Segeltuchkoffer	16	50
	Verpackung und Portounkosten	2	70
48	Trockenplatten 13×18	15	36
24	„ 13×24	15	60
24	„ 30×40	48	—
12	„ 40×50	40	80
	Verpackung und Portounkosten	3	—
4	Steingutschalen 40×50	33	60
5	„ 18×24	10	60
2	Kopierbretter 13×18	1	60
2	„ 18×24	3	50
2	„ 30×40	6	50
1	„ 40×50	3	50
1	Standentwickelungskasten 13×18	4	50
	M.	501	40

	M.	Pf.
	Uebertrag	501 46
1 Standentwicklungskasten 18×24	9	—
30 Drahtklammern	3	—
5 Meter schwarzer Stoff	10	—
6 Glycinenentwickler	13	20
2 Stöpselgläser	1	90
96 Blatt Celloidin-Papier 13×18	8	—
48 „ „ 18×24	7	20
24 „ „ 30×40	9	60
24 „ „ 40×50	18	—
Verpackung und Portounkosten	13	70
1 Standentwicklungskasten 13×18	4	50
1 „ „ 40×50	22	—
1 photographischer Hintergrund	27	—
	<u>Summe:</u>	<u>648 66</u>

Röntgen-Saal.

1 Funkeninduktor von 40 cm	845	—
1 Quecksilber-Unterbrecher, mit Motor	155	—
1 Akkumulatorenbatterie	250	—
1 „ „ für den Motor	100	—
1 Schalttafel für Induktor u. Unterbrecher mit sämtlichen Nebenapparaten	280	—
1 Lichtschirm 300×400 mm	90	—
2 isolierte Schlauchleitungen	15	—
Kabelleitungen und Verbindungen	15	—
2 Kilo Quecksilber	8	—
1 Stativ nach Hirschmann	70	—
1 Funkenzieher mit Spiegel	15	—
6 Röntgen-Röhren, 3 à 25,00, 3 à 40,00	195	—
Verpackung und Portounkosten	52	30
	<u>Summe:</u>	<u>2090 30</u>

Wissenschaftliche Sammlung.

1 Skelett mit Vorrichtung zum Demonstrieren von Luxationen	290	—
1 Schädel, in allen Teilen zerlegbar	65	—
1 Herz, frei präpariert	80	—
1 obere Extremität, frei präpariert	450	—
1 untere „ „	500	—
1 Stativ zum Skelett	21	—
	<u>Summe:</u>	<u>1406 —</u>

Medico-mechanischer Saal.

1 Suspensions-Apparat, nach Sayre, mit starkem Flaschenzug	50	—
1 Hand-Pendelapparat	75	—
1 Finger- „	100	—
	<u>225</u>	<u>—</u>

Rieder, Selbstgelehtes und Gewolltes.

	M.	Pf.
	Uebertrag 2796	65
1 Bügelschiene nach Esmarch		3 —
24 Extensionsbretter		4 80
24 Extensionshaken		4 80
12 Extensionsbeutel mit Riemen		18 —
4 Handfingerschienen		9 —
	Summe: M. 2836	25

Verbandstoff-Saal.

1 Ballen Verbandwatte. 53 Kilo à M. 1,45		76 85
50 Stück Verband-Mull, + 40 Met. lang, 114 cm breit à 3,80		190 —
20 " " + + + N 100 cm à 4,15		83 —
15 " Steifgaze, gewöhnliche " 5,60		84 —
15 " " feine " 6,70		100 50
1 " weißen Flanell, 20 Mtr.		30 —
25 Kilo Holzwolle		17 50
10 " Trikotschlauch		65 —
100 " Hamburger Gips		32 —
6 Rollen Schusterspahn		15 —
5 □ Meter Verbandfilz		25 —
2 Rollen Hamburger Lint		5 —
10 Groß Sicherheitsnadeln		20 —
10 Stück Zinkmullpflaster		17 50
10 " Extensionspflaster		51 —
100 Bogen Oelpapier		5 —
30 Haarpinsel		3 —
2 große Wasserkissen mit Schläuchen		60 —
3 mittlere " " "		81 —
1 kleines " " "		20 —
6 verschiedene große Luftkissen		62 —
1 Kühlschlauch für den Kopf		6 —
38,4 Meter beste Gummiunterlage		115 20
20 " starke Hamburger Unterlage		42 —
20 " wasserdichten Stoff		32 —
20 Bogen Pappe		8 50
12 Eisbeutel		25 —
	Summe: M. 1272	05

Verbandstoff-Fabrik.

1 Bindenwickel- und Schneidemaschine mit Tisch und allem Zubehör	110	—
1 Gipsbindemaschine	60	—
1 große Presse für imprägnierte Holzwolle	85	—
1 " " mit eisernem Untersatz für imprägnierte Verbandstoffe	150	—
2 " Holzkasten, dicht, für fertige Verbandstoffe	140	—
4 verschiedene Verbandscheren	15	—
2 Centimetermaße	—	60
2 Metermaße	3	—
	Summe: M. 563	60

Orthopädische Werkstätte.

1	starker Schraubstock mit Werkbank, Untersatz und Schiebladen	90	—
3	verschiedene Hämmer	4	50
	Feilen, runde		
	„ viereckige	} verschiedene	20 —
	„ dreieckige		
	„ flache		
	„ halbrunde		
2	Schraubkolben	5	—
2	Stichahle	2	—
2	Schraubenzieher	2	—
6	Durchschläge	6	—
3	Meißel	3	—
2	Rundzangen	2	40
2	Flachzangen	2	20
2	Beißzangen	6	—
4	Bohrer	3	—
30	Kilo Bandeisen	12	—
	Rundeisen }	4	—
	Eisendraht }		
2	Schachteln Oeilletes	4	40
1	Oeilettezange	3	—
1	Lochzange	2	30
10	Meter Oesenstreifen und Leder	10	—
3	Wendeisen	6	—
2	Rollen Zwirn	4	—
	Nieten	1	—
		Summe: <u>M. 192 80</u>	

Einrichtung für die Stationen.

2	große, fahrbare Instrumenten-, Medikamenten- und Verbandtische mit Irrigatorenhaltern	240	—
2	Irrigatoren mit Schläuchen und Bügelhähnen	16	50
12	emailierte Kasten mit Deckel für Verbandstoffe	72	—
2	Instrumentensterilisatoren in Kupfer, vernickelt	100	—
4	Konsolen dazu	28	—
2	Perkussionshämmer	6	—
2	Stethoskope	3	—
1	Plessimeter	1	50
4	Salbenspatel	4	—
4	Verbandscheeren	18	—
2	Gipsmesser	5	—
2	Verbandmesser	3	—
4	Injektionsspritzen	20	—
8	verschiedene Sonden	5	50
2	scharfe Löffel	8	—
4	Scalpelle	6	—
2	Lapisträger in Aluminium	5	—
2	Mundspatel in Metall	7	—
		Summe: <u>M. 548 50</u>	

	M.	Pf.
	Uebertrag	548 50
4 Eiterbecken	12	—
1 große Punktionspritze mit Bajonettverschluß, 4 Hohladeln mit Hänen und zwei gewöhnlichen Hohladeln	30	—
2 Instrumentenschränke	180	—
4 Kowolen dazu	28	—
1 langer Prostatakatheter	5	—
1 Sperre nach Bose	1	50
1 Zange für eingewachsene Nägel	3	—
14 einfache Waschtische mit Schlauchleitung, Eimer etc.	560	—
1 großer doppelter Waschtisch	60	—
10 runde Glasschalen, flache	53	—
	<u>Summe: M. 1481</u>	<u>—</u>

Allgemeine Einrichtung.

1 großer Fahrwagen mit abnehmbarer Tragbahre und Verdeck, zum Trans- port von Stadtkranken	230	—
2 Fahrwagen mit abnehmbaren Krankentragen	220	—
1 großer Desinfektionsapparat für Verbandstoffe mit Gasheizung und Vor- richtung zum Auffangen sterilen Wassers	875	—
2 verschließbare Einsätze aus Kupfer, vernickelt, für Verbandstoffe	40	—
1 Sektionsbesteck in Holzkasten	38	—
2 Sektionsanzüge	30	—
1 Personenwagen mit weißem Anstrich	110	—
2 verschließbare Einsätze für Verbandstoffe zum Umwechselln	45	—
	<u>Summe: M. 1601</u>	<u>—</u>

Medikamente.

5 Kilo Chloroform, Marke Klinik, Bonn	15	—
5 „ Aether	11	—
1/2 „ Jodoform	18	—
1/2 „ Sublimat	3	25
7 Kasten mit Chloroethyl	50	—
4 Flaschen zu Chloroform etc. etc.	3	50
	<u>Summe: M. 100</u>	<u>75</u>

Recapitulation.

Operationssaal Nr. 1	7199	10
Operationssaal Nr. 2	1044	75
Bakteriol.-mikroskop. Saal	2418	01
Photographischer Saal	648	50
Röntgensaal	2090	30
Wissenschaftliche Sammlung	1406	—
Medico-mechanischer Saal	746	—
Bandagen-Saal	2836	25
Verbandstoff-Saal	1272	05
Verbandstoff-Fabrik	563	00
Orthopädische Werkstätte	192	80
Einrichtungen für die Stationen	1481	—
Allgemeine Einrichtung	1601	—
Medikamente	100	75
Verpackung	399	83
	<u>Summe: M. 24 000</u>	<u>—</u>

Gül-Hane.



Plan 1.



- Krankenhaus Güthane.
1. Krankenhaus. 2. Küche. 3. Waschküche. 4. sog. Verbandfabrik. 5. Desinfektionsraum (nur Schornstein sichtbar).
 6. Schwesternwohnung und Schwesternküche. 7. Dienstzimmer der Beamten und Oberärzte. 8. Depot. 8. Stall für Ver-
 - suchstiere. 10. Soldatenwache. 11. Pfortnerhäuschen. 12. Medizinische Poliklinik. 13. Pathologisch-anatomische Abteilung.
 14. Behälter der schmutzigen Krankenwäsche. 15. Operationszimmer. 16. Auditorium. 17. Chirurgische Poliklinik.
 18. Apotheke.

I. Abschnitt.

Vorgeschichte des Krankenhauses.

Aus den Verhandlungen, die dem Kontraktabschlusse vorausgegangen waren, hatte ich entnommen, daß mir seitens der Türkischen Regierung lediglich eine beratende — die mir nachher zur Genüge bekannt gewordene sogenannte „Adjointrolle“ zudedacht war. Dem gegenüber stand ich von vorne herein auf dem Standpunkte fest, daß ich die angetragene Stellung als Inspektor der Medizinschule nur übernehmen könne und dürfe:

1. Wenn mir die leitende Stellung in einem größeren Krankenhause übertragen werden würde.

2. Wenn ich über das darin befindliche Krankenmaterial zu Lehr- und Operationszwecken nach Maßgabe der aus den türkischen Gesetzen und Gewohnheiten sich ergebenden Einschränkungen freie Verfügung erhalte.

3. Wenn mir die nötigen Mittel zur Instandsetzung und zur Unterhaltung des Hospitales zur Verfügung ständen.

Dieses führte dazu, daß nach langen Verhandlungen folgender Passus in meinem Kontrakt Aufnahme fand:

ad act. II: il lui (Prof. Rieder) sera en même temps confié la direction d'un grand hôpital. Cet établissement ainsi que les malades, qui s'y trouvent, seront à l'entière et absolue disposition de Mr. Rieder.

ad act. III: des fonds suffisants pour l'aquisition et l'entretien des instruments et autres, seront mis à la disposition de Mr. Rieder.

Diese beiden Paragraphen sind geradezu von fundamentaler Bedeutung für meine ganze „türkische“ Existenz und Arbeit gewesen; ohne sie würde heute auch noch nicht ein Kranker behandelt oder ein Schüler in Gülhane unterrichtet sein, von den Gebäuden in Haidar Pascha aber wäre noch nicht der erste Stock fertig.

Als ich in Konstantinopel ankam, konnte von dem kontraktlich zugesicherten großen Hospital schon um deswillen nicht die

Rede sein, weil ein solches (in Verbindung mit der Medizinschule) gar nicht existierte. Statt dessen zeigte man mir — als Trost oder als Abschreckung? — das seit Jahren verlassene Schulgebäude von Gül-Hane¹⁾, in das man Betten hineingestellt hatte, dessen übriger Zustand aber in allem demjenigen glich, den das schöne Studentenlied mit den Worten besingt:

Und der Wind streicht durch die Hallen,
Wolken ziehen drüber hin.

Eigentlich konnte mir gar nichts Günstigeres passieren. Zwar hatte ich selbst das Krankenhaus und dessen Leitung verlangt, aber vor nichts hatte mir mehr gebangt, als vor diesem Krankenhause — gebangt vor den unausbleiblichen Intrigen, den täglichen Kämpfen und Zwistigkeiten mit den Kollegen, denen gegenüber ich selbst im günstigsten Falle immer der Eindringling blieb, der ihnen den Platz erschwerte; gebangt vor den ewigen und unausbleiblichen Reibereien und Schwierigkeiten mit der voraussichtlich ungenügend funktionierenden Verwaltung; gebangt vor all' den vergeblichen Schritten, die ich tun würde und immer wieder tun müßte, um an den seit Jahren bestehenden Zuständen etwas zu ändern, und nicht zum wenigsten gebangt vor den unausbleiblichen Enttäuschungen und Nichterfolgen, die schlimmer denn alles andere an der Schaffenskraft und Schaffensfreudigkeit des Mannes nagen, und wäre er der Besten Einer.

Dieses Krankenhaus war also nicht vorhanden. Wenn ich nunmehr das Recht für mich in Anspruch nahm, meine Arbeitsstätte mir selbst bereiten zu dürfen, stützte ich mich auf meinen Kontrakt und stand mithin auf unanfechtbar gesetzmäßigem Boden. Außerdem aber: dem Neid und dem Mißtrauen wenigstens „räumlich“ enthoben, konnte ich sofort aktiven Anteil nehmen an dem, was neu erstehen mußte, konnte dabei türkische Zustände von unten auf kennen lernen, und selbst für den Fall, daß alles resultatlos verlief, war ich doch wenigstens „mit dabei“ gewesen und bezüglich

1) Gül = Rose, Hane = Haus. Gül-Hane heißt der ganze, dem Top Kapu (alten) Serai an- und umliegende Häuser- und Gartenbezirk. In der Geschichte ist der Name Gülhane bekannt durch Sultan Mahmuds Erlaß des Hattischerif von Gülhane (1839), durch den die Gleichberechtigung aller Religionskulte anerkannt wurde — Das Volk kennt das jetzt hier erstandene türkische Krankenhaus nur unter dem ihm gegebenen Namen: alleman hastahane (deutsches Krankenhaus) — vielleicht die schönste Anerkennung unserer — deutscher Aerzte und deutscher Schwestern — Arbeit in fremdem Lande. Vox populi vox dei.

der Türkei und vieler ihrer interna nicht mehr auf den Biertisch und die Zeitungen allein angewiesen.

Was mich aber am allermeisten reizte, war die Möglichkeit, hier in fremdem Lande die Verwaltung selbst schaffen zu können. Ich habe mich von je her für diese „Seite“ unseres Berufes, die allerdings den meisten Aerzten eine terra incognita et odiosa ist, interessiert, und in einer langjährigen Krankenhaustätigkeit an einem der größten und schönsten Krankenhäuser Deutschlands sattsam erkannt, daß die erfolgreiche Wirksamkeit des Krankenhausarztes auf das allereingste verbunden ist mit dem guten Funktionieren des ganzen Verwaltungsapparates. Von dem völlig geregelten Gang der Verwaltungsmaschine hängt das ab, was man in der Krankenhaussprache den „tadellosen,“ d. h. Tag und Nacht ununterbrochen aufrecht erhaltenen Betrieb des Krankenhauses nennt, und dessen Einzelheiten der Laie meist wenig würdigt, denn er glaubt immer noch, daß Rezepte und Operationsmesser alles machen.

Der Betrieb des türkischen Krankenhauses ist ein beneidenswertes dolce far niente. Der Arzt kommt eine Stunde oder auch nicht in das Hospital, man operiert vielleicht ein- oder zweimal die Woche eine halbe oder auch eine Stunde oder auch gar nicht; man nimmt denjenigen Kranken auf, den man will. Sterben darf niemand im Krankenhause, das macht einen schlechten Eindruck und schadet dem Renommee, und die lächerlich geringe Mortalitätsziffer ist ein Triumph der unterlassenen lebensgefährlichen Operationen und der nicht aufgenommenen Schwerkranken. — Gekocht wird jeden Tag genau dasselbe, einerlei ob der Kranke es ißt oder nicht. Sendet der Himmel Regen, so kann die Wäsche nicht getrocknet werden — und die Kranken liegen ohne Wäsche in den Betten. Kommt der Ramazan, wird Nachts gekocht, und das Krankenhaus gilt als geschlossen. Der Kranke hat zwar noch das Recht krank zu sein, aber nicht mehr das Recht auf Krankenhausbehandlung.

Gesetztenfalles nun, es gelänge, diesen, für unsere Begriffe undenkbaren, Betrieb in einen wirklich brauchbaren und den Bedürfnissen der Kranken gerecht werdenden umzuwandeln, sofort erstand die Frage: Wird denn der Türkische Staat auch diesen wesentlich verbesserten und gesteigerten Betrieb bezahlen können? Um darauf aber antworten zu können, erstand die Vorfrage: was kostet der jetzige Betrieb dem Türkischen Staate, d. h. was zahlt jetzt der Staat für einen Kranken pro Tag?

In Deutschland ist diese Frage in dem Moment beantwortet, in dem sie gestellt wird. Von allen Krankenhäusern liegen Veröffentlichungen über alle Fragen der Verwaltung vor, und kein Mensch denkt daran, die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Aufstellungen zu bezweifeln. Aber hier? Wo sind genaue Statistiken, wo Angabe über Verwaltung mit Angabe der Preise¹⁾, wo sind sie vor allem veröffentlicht, d. h. jedermann zugänglich? Sie werden ja wohl da sein, aber ihre Ergebnisse ruhen vor fremden, neugierigen Eindringlingen wohl bewahrt in der Tiefe der Bureau-schränke und in der Tiefe der Taschen derer, „die es angeht.“ —

Und doch war eine Antwort auf obige Fragen eine *conditio sine qua non* für eine ernste Arbeit in diesem Lande, und erst recht für eine Arbeit, deren Resultate Dauer beanspruchen wollten. Denn wie gesagt, am Ende war es doch immer der Türkische Staat, der zahlen mußte, und nicht der deutsche, und schon aus diesem Grunde erhellt es, daß es Unsinn ist, deutsche Einrichtungen um deswillen nach der Türkei verpflanzen zu wollen, weil sie bei uns gute Resultate ergeben haben.

Kurzum, es ergab sich für mich klipp und klar:

1. Die Notwendigkeit, Frage und Vorfrage durch Neuschaffung von Gülhane in allen Einzelheiten selbst beantworten zu müssen.

1) Auch die in den letzten Jahren im Druck erschienenen: *Annales médicales et Bulletin de statistique de l'hôpital des enfants Hamidié, Constantinople, Imprimerie Osmanié* — enthalten trotz des verheißungsvollen Titels nur Angaben so vager Natur, daß sie für eine ernste (wissenschaftliche) Benutzung und Kontrolle völlig unbrauchbar sind. Im übrigen lasse ich dieses Hospital bei allen nachfolgenden Besprechungen völlig außer acht. Für mich handelt es sich um staatliche Anstalten, in erster Linie um Militärkrankenhäuser. Das Kinderhospital Hamidié ist eine hochherzige Privatschöpfung S. K. Majestät des Sultans und verfügt dank der großen kaiserlichen Freigebigkeit über bedeutende Einkünfte aus der Privatschatulle S. K. Majestät. Es ist nach allgemeinem Urteil ein kleines aber prächtig und modern ausgestattetes Kinderhospital von ca. 60 Betten, deren Zahl zwar neuerdings auch für Erwachsene eingerichtet und dementsprechend vermehrt ist, die aber im wesentlichen zur Aufnahme akut erkrankter Angestellter des kaiserlichen Palastes (resp. deren Familienangehörigen) dienen. Dadurch können natürlich die großen Gesichtspunkte, die ich im Auge habe und die auf das allgemeine Volkswohl gerichtet sind, kaum tiefer berührt werden. Eher geschieht das schon durch das Krankenhaus Gülhane, dessen Krankenpublikum sich aus dem armen Volke Stambuls und der Provinzen zusammensetzt, ich kann wohl sagen aus den Aermsten der Armen, die, fast ausschließlich mit chronischen Erkrankungen behaftet, wohl schwerlich anderswo eine so „voraussetzungslose“ Aufnahme und Behandlung finden würden, wie in Gülhane.

2. Die Ueberzeugung, falls mir dieses misslänge, falls ich also nicht imstande wäre, mir eine auf eigener Erfahrung und ernstlichem, mehrjährigem Studium beruhende Sachkenntnis der türkischen Krankenhausverwaltung zu verschaffen, — die Ueberzeugung sage ich: entweder nach Deutschland resultatlos zurückkehren zu müssen, oder als Inspektor der Medizinschule eine lächerliche und überflüssige Rolle zu spielen. Diese Rolle würde aber erst recht lächerlich werden, so oft es sich um Fragen der an Umfang wesentlich größeren, neuen Medizinschule in Haidar Pascha handeln würde.

Denn ich sah klar voraus, daß die neue Schule noch viel mehr Millionen kosten würde, als man bis dahin annahm, wenn anders sie nicht als Kaserne, sondern als Medizinschule vollendet werden sollte. Jetzt schon stand ich vor der wahrlich nicht kleinen Aufgabe, Mittel und Wege zu finden, um die maßgebenden Kreise davon zu überzeugen, daß dem Riesenbau, der nun einmal schon soweit festgelegt war, daß ein Zurückgehen undenkbar war, ohne alles im Keime zu ersticken — daß diesem Riesenbau so ziemlich alles fehlte, was ihn zu einer Medizinschule befähigte.

Aber konnte ich denn überhaupt verlangen, daß die Türkische Regierung so auf Treu und Glauben weitere Millionen dem Lande resp. anderen Ressorts wegnahm und zu dem Zwecke verwendete, den ich für gut und richtig hielt? Womit hatte ich denn eigentlich meinen Befähigungsnachweis für türkische Angelegenheiten erbracht oder wenn nicht, war es nicht recht und billig, ihn vorher zu erbringen ¹⁾?

Sehr oft habe ich die Klage gehört, daß mit den Türken ja doch nichts anzufangen sei. Man könne ihnen die besten und wohlmeinendsten Vorschläge machen, diese Vorschläge würden kaum angenommen, geschweige denn ausgeführt. Das ist richtig. Aber es ist unrichtig, den Türken allein darüber Vorwürfe zu machen, denn — nicht in allen, aber doch in vielen Fällen handeln sie von ihrem Standpunkte aus durchaus logisch und vernünftig. Sie gleichen etwa dem Großgrundbesitzer, dem es an eigener Initiative gebricht, den steinigen Boden seines Gutes selbst zu bewirtschaften. Er engagiert einen Wirtschaftsinspektor, aber er läßt sich auf dessen große und kostspielige Pläne: nicht nur Zuckerrüben zu bauen, sondern auch gleich eine Zuckerfabrik zu gründen — nicht eher ein, als bis ihm dieser, auf seinem Besitztum fremde Verwalter den Beweis erbracht hat, daß Zuckerrüben auf dem steinigen Boden seines Gutes

1) Cf. pg. 9.

überhaupt wachsen. Erst Zuckerrüben — dann Fabrik, erst Resultate im kleinen, dann im Großbetrieb. Zudem kam der neue Inspektor von einem Gute mit tiefgründigem Boden und mit einem instand gehaltenen Wirtschaftsinventar. Von alledem ist auf dem Gute des Großgrundbesitzers garnicht die Rede:

Hic Turkia est, hic salta!

Ja, wodurch eben hier in der Türkei die Arbeit so erschwert wird, ist das Fehlen jeglichen Wirtschaftsinventars, ist eben der Umstand, daß der Neuangekommene sich selbst erst die Vorbedingungen zu seiner Arbeit schaffen muß und daß unendlich viel Kräfteverbrauch dahin ist, ehe er sich die Möglichkeit und das Recht erkämpft hat, überhaupt arbeiten zu können und zu dürfen. Während der Einleitung ist mancher schon mürbe geworden. Man ist nicht nur Arzt, man ist auch Assistent und Krankenhelfer, und was man heute mit heißem Bemühen errungen, ist morgen durch Intrigen und auf Hintertreppen verloren und muß übermorgen nochmals erkämpft werden. Das ist nicht jedermanns Sache, dazu gehören Menschen, die es lieben, „im Staube des Kampfes“ zu stehen, nicht friedliche Naturen, die sich zwar am Errungenen, nicht aber in gleichem Maße am Erringen erfreuen, und die nur mit Erfolg arbeiten, wenn ihre Umgebung in Harmonie mit ihnen und ihrem Streben ist. Um alles in der Welt gehören aber nicht Vertreter jener weitverzweigten Menschenklasse hierher nach der Melodie:

Der Bureaukrat tut seine Pflicht

Von zwölf bis eins, mehr tut er nicht.

So liegen die tatsächlichen Verhältnisse, und da die Türken am allerbesten wissen, wie viele schon auf dem eben begonnenen Wege stehen bleiben oder zurückkehren mußten trotz aller Tüchtigkeit, Ehrlichkeit und Fleiß, eben weil die Verhältnisse stärker waren als der beste Wille und sachliches Können, kann man es ihnen von ihrem Standpunkte aus doch nicht übel nehmen, daß sie mindestens erst den Befähigungsnachweis für die Türkei abwarten, ehe sie Summen Geldes in neue Reformen stecken. Allerdings das tragische an der Sache ist, daß dieser Befähigungsnachweis nicht allein in dem Können der betreffenden Personen gegründet ist, sondern weit mehr in den jedesmaligen, d. h. türkischen Verhältnissen. Ihn zu erbringen wird deshalb selten leicht, oft schwer und noch öfter unmöglich sein; damit hört dann nicht nur Erfolg, sondern sogar jede Arbeitsmöglichkeit auf, ohne daß den davon Betroffenen irgend ein Vorwurf zu treffen hat.

Ueber die reformatorische Tätigkeit des Fremden in der Türkei sind sowohl hier wie „draußen“ in Deutschland sehr falsche Vorstellungen im Gange. Nur wenige können ja mit den Verhältnissen so vertraut sein, daß ihnen ernstlich die Frage ersteht, inwieweit denn eigentlich die Türkische Regierung oder die Regierung desjenigen Landes, dem der Fremde entstammt, überhaupt zulassen kann oder gar darf, daß dieses Fremden Arbeit ernsthafte Erfolge und tiefer gehenden Einfluß erzeugt. Ueber diesen Punkt mich ausführlicher auszulassen, ist mir heute unmöglich, immerhin gebietet es mir die Gerechtigkeit, wenigstens darauf nachdrücklichst hinzuweisen, daß der „Reformer“ von dem ersten Tag seiner Tätigkeit ab ein *ζῶον πολιτικόν* ist und daß die „hohe Politik“ derart Licht und Schatten auf seine Arbeit wirft, daß Leistungen und Nichtleistungen, Erfolge und Nichterfolge im proportionalen Verhältnisse dazu stehen.

Aber selbst den günstigsten Fall gesetzt, sicher ist und bleibt eines: der „Reformer“ ist keineswegs auf Rosen gebettet und er muß, wenn anders ihm seine hiesige Tätigkeit einige Befriedigung gewähren soll, eine solche Menge der allerwidrigsten Umstände aus dem Wege räumen, daß dazu eine nicht gewöhnliche Spannkraft des Körpers und Geistes gehört. Ein tatenfreudiger Individualismus wird sich hier noch am ehesten, wenigstens zeitweise Bahn brechen, aber weg mit den großen Plänen und Ideen:

Im kleinsten Punkt versammle größte Kraft,
Das führt, o Jünger, Dich zur Meisterschaft!

Denn daß ein Fremder jemals imstande sein würde, eine tiefgreifendere, allgemeinere oder gar dauernde Reform der türkischen Zustände und islamischen Gepflogenheiten zu bewerkstelligen, halte ich für absolut ausgeschlossen, für einfach unmöglich. Der Fremde kann durch ehrliche Detailarbeit sich und seinem Volke Ehre machen, er kann auch der Türkei ungemein viel nützen dadurch, daß er durch selbstlose Hingabe an die Sache, durch sein Beispiel anspornt zu fleißiger, tätiger Arbeit, daß er günstige Vorbedingungen schafft für schnelle und sichere Erreichung eines ersehnten Zieles. Aber die Türkei und türkischen Zustände werden durch alles das kaum um eines Haares Breite verändert. Den Islam reformieren, d. h. ihn unseren ideellen und kulturellen Begriffen näher bringen, könnte höchstens der Muhamedaner selbst und auch der würde gut tun, recht vorsichtig und wählerisch zu Werke zu gehen. *Sint ut sunt aut non sint.*

Je schärfer umgrenzt und je praktischer die hiesige Tätigkeit des Fremden sein kann, umso aussichtsvoller wird sie, und wenn die Deutsche Regierung will, daß Deutsche hier dem deutschen Namen Ehre machen sollen, so ist sie es allein, die dafür sorgen kann, daß von vornherein in dem Kontrakt alle Vorbedingungen zu einer solchen Arbeit auf das präziseste festgelegt und seitens der Türkischen Regierung jederzeit innegehalten werden. Aber auch dann wird der Weg des „Reformers“ oft genug mit bitterer Enttäuschung und herber Entsagung gepflastert sein, und oft genug wird er mit Bewußtsein einen vergeblichen Kampf kämpfen müssen und oft genug es sehen, daß seines Geistes und seiner Hände Arbeit nur kurze Dauer gegönnt ist. Soll er darum klagen?

Im Weiterschreiten find't er Qual und Glück,
Er unbefriedigt jeden Augenblick. —

II. Abschnitt.

Eröffnung des Krankenhauses.

Rapport I meiner Reformvorschläge war geschrieben. Er gelangte zur sofortigen Annahme, d. h. er erhielt die Kaiserl. Billigung und dementsprechend befahl ein kaiserliches Irade die sofortige Ausführung. Aber der Himmel ist blau und der Zar ist weit! Mit dem Irade in der Tasche begannen erst die Kämpfe und zwar um jeden einzelnen Punkt, und in diesen Kämpfen stand ich von Anfang bis zum Ende mutterseelenallein.

Ich hatte verlangt:

1. Daß mir 30000 Francs bar zur freien Verfügung gestellt würden, um dafür selbst, ohne Kontrolle und Genehmigung eines Kouseil, die medizinische Einrichtung Gülhanes in Deutschland zu kaufen.

2. Daß die baulichen Umänderungen, Neubauten etc. im Hospital genau und allein nach meinen Wünschen und Vorschriften, und unter meiner ständigen und alleinigen Kontrolle ausgeführt würden.

3. Daß dem Krankenhause ein monatliches Budget von 137 Ltq. zuerkannt werde, welche Summe mir persönlich ausbezahlt werde, und über deren Verwendung ich allein zu bestimmen

habe. Die Rechnungsablage sollte von mir direkt an den Generaldirektor der Militärschulen, Excellenz Zeki Pascha erstattet werden¹⁾.

Alle drei Punkte waren unerhörte Nova, alle drei verstießen, was weit wichtiger, — gegen „vitale“ Interessen einflußreicher Persönlichkeiten, und nur ein hartnäckiges Festhalten an dem einmal Gewollten, nur ein ganz striktes „Entweder — Oder“ konnte hier den Widerstand besiegen.

Nachdem es gelungen, war das Krankenhaus in der für hiesige Verhältnisse äußerst kurzen Zeit von vier Monaten²⁾ soweit vollendet, daß es am Geburtstage S. K. Majestät am 30. Dezember 1898 in Gegenwart des Herrn Deutschen Botschafters Excellenz Freiherr Marschall von Bieberstein und in Anwesenheit des Ministers und Generaldirektors der Militärschulen, Excellenz Zeki Pascha unter den vorgeschriebenen, religiösen Zeremonien eröffnet werden konnte.

Schon eine Woche nachher war jedes Bett belegt³⁾.

Und da ich nun seit Beginn der Arbeiten tagtäglich, oft von morgens bis abends, auf der Baustelle anwesend war, und alles vom

1) Aus dieser Summe (sogen. Mutfarrik), die eigentlich nur zur Befriedigung besonderer Bedürfnisse der Behandlung und Ernährung der Kranken bestimmt war, habe ich in der Folgezeit monatlich so viel erspart, daß ich daraus auch die Bedürfnisse des Unterrichtes, vor allem aber alle Neuanschaffungen und Neueinrichtungen des Hospitals und der Verwaltung (selbst Baracken-Neubau, maschinelle Einrichtungen, Dampfmaschine, wirtschaftliche Einrichtungen, elektrische Einrichtung, Kücheninventar etc.) bestritten habe, ohne daß die Kranken in ihren berechtigten Ansprüchen irgendwie zu kurz gekommen wären, und derart, daß ich, abgesehen von der einmaligen Anfangssumme für Einrichtung des Krankenhauses (30 000 Fr., cf. Reformvorschläge, Anhang Abrechnung, pg. 88) niemals wieder einen Pfennig vom Kriegsministerium verlangt und erhalten habe. Umgekehrt habe ich sogar laufende Rechnungen dieses Ministeriums (z. B. Rechnung der Gas- und Wasserkompagnie) gezahlt. (Vergleiche Gesamtberechnung der laufenden Ausgaben des Krankenhauses und Inventarverzeichnis, XIV. Abschnitt.)

2) Der Schlendrian, in dem alle türkischen Angelegenheiten betrieben oder richtiger gesagt nicht betrieben werden, ist allbekannt. Und doch kann die türkische Verwaltungsmaschine, wenn es sein soll, ganz außerordentlich schnell arbeiten, und es werden Sachen über Nacht erledigt, die bei uns monatelanger Vorbereitungen bedurft hätten. Aber der Glaube, daß nun alles hier einmal den Schneckengang gehen müßte, ist auch in den Gehirnen mancher Europäer so festsetzend, daß diese es ihrem Ruhme als Kenner der Verhältnisse schuldig zu sein glauben, eine Sache erst in einem halben Jahr zum Abschluß zu bringen, auch wenn solches in einer Woche ganz gut möglich gewesen wäre. Ja, der böse Südwind! Er wird der Arbeitskraft vieler Europäer ungemein verhängnisvoll.

3) Ueber die Aufnahme der Kranken cf. XII. Abschnitt.

ersten Tage ab von meiner Zustimmung und Anordnung abhing, wunderte sich niemand, daß ich auch weiterhin kommandierte, denn es war ja immer so gewesen. Damit war ich mit Eröffnung des Krankenhauses anerkannter Direktor desselben, eingerückt in die hohe und einflußreiche Beamtenstellung eines Nazir¹⁾, nicht durch feierliche Ernennung dazu befugt, nicht auch, weil es so auf dem Papier, d. h. in meinem Kontrakt stand, sondern mit einer Naturnotwendigkeit es geworden, und da ich es so geworden, hat auch niemals jemand meine Unabhängigkeit oder meine Machtbefugnis in dem Krankenhause Gülhane angetastet.

In dem Charakter der Türken herrscht das Gemüt vor, sie sind suggestionabel bis zum äußersten, sie gehören zu den sogenannten „weiblichen“ Völkern, sie lassen sich befruchten und arbeiten mehr mit dem Gemüte, als mit dem Verstande. Ihrem Charakter ist eine weibische Schwäche eigen, die sie selten zu festem Willen und zur kräftigen Ausdauer gelangen läßt²⁾.

Ihre Abstammung als Kriegervolk steckt ihnen noch in den Knochen. Sie bedürfen in jedem Falle des Führers, und sie folgen dem Führer, der das hat, was sie nicht besitzen — Initiative, sei es zum Kampfe, sei es zur Arbeit. Es gibt viele faule Türken, aber zu sagen, daß „der Türke“ faul ist, ist unrichtig, er ist träge, aber nicht faul. Unter der richtigen Führung, mit der entsprechenden Direktive ist er sogar recht fleißig; ein kühner Gedankenflug zu vielen

1) Abteilungschef mit weitgehender exekutiver Amtsbefugnis.

2) Nervosität, Hysterie, Neurasthenie sind unter den Türken (Männer, Frauen und Kinder) aller Stände ganz außerordentlich verbreitet. Gerade bezüglich dieses Punktes herrschen bei uns, wie in so manchem anderen, grundfalsche, romanhafte Anschauungen. Einiges Nähere darüber siehe Abschnitt XIII (Bericht über die medicin. Klinik). — Wenn ich in meinen Ausführungen schlechtweg von „Türken“ spreche, verstehe ich darunter meist nicht nur die eigentlichen Türken, d. h. die das Herrschergeschlecht stellenden Osmanli, sondern ich meine Türken im Sinne des politischen und religiösen Gesamtbegriffs, ohne Rücksicht auf die zahlreichen und in so vielem grundverschiedenen Einzelrassen.

Ich bilde mir nicht ein, die Türken zu kennen. Daran hindert mich die Erkenntnis, daß die Persönlichkeit des Türken, seine Wesenseinheit, ebenso undurchdringlich und unbegreiflich für uns ist, wie die unsrige für ihn. Nur darauf möchte ich allerdings vollen Anspruch erheben, daß ich redlich bestrebt war, mein Urteil von dem trivialen Biertisch- und Zeitungsgeschwätz freizuhalten und es zu gründen auf eigene, bei der Arbeit mit dem türkischen Volke gewonnene Anschauungen. Immer sind und bleiben aber diese Anschauungen und damit auch das Urteil subjektiver Art, mögen sie sich auch auf noch so objektiv erhobene Beobachtungen stützen.

neuen Taten ist ihm allerdings nicht eigen; auch besitzt er nur ein kleines Repertoire der Arbeit, dieses beherrscht er aber.

Daß der Führer ein Fremder ist, macht kaum einen Unterschied; nur muß des Fremden Eigenart nationales und vor allem individuelles Gepräge tragen, und er muß der Mann sein, diese seine Eigenart in allen Lagen voll und ganz behaupten zu können, den Türken aber auch die ihrige lassen.

„Denn wer fest auf dem Sinne beharrt, der bildet die Welt sich,“ auch — oder richtiger gesagt — gerade hier in der Türkei.

Den Türken imponiert die Arbeit, und erst recht die Resultate der Arbeit. Der imponiert ihnen am meisten, der es unternimmt, diese Resultate auch zu erhalten, sie zähe zu verteidigen gegen jedermann, und wäre es gegen sie selbst. Und wären sie selbst die Unterliegenden, sie beugen sich vor erfolgreicher, interesselloser, sachlicher Arbeit, wenn auch nur im Stillen. Das mag demjenigen, der hier ehrliche Arbeit für die Türkei verrichtet hat, genügen. Denn das wahre Verdienst findet so gut wie niemals offizielle Anerkennung oder gar Dankbarkeit¹⁾.

Durch der Logik klare aber kalte Beweisgründe wird man einen Türken selten überzeugen, spricht nicht das Herz warm für die vertretene Sache, bleibt jeder *modus vivendi* ein schablonenhafter. Noch so zielbewußte, noch so richtig klügelnde Verstandesmenschen werden sich ja hier leicht und sicher recht viel Orden und Würden und noch mehr Geld zu eigen machen, einen Platz im Herzen des Volkes finden sie aber nie. —

Somit war Gülhane entstanden, nicht im entferntesten vergleichbar einem der modernen deutschen Krankenhauspaläste oder Lehrinstitute, nur eine aus den geringsten Anfängen und mit den einfachsten Mitteln entstandene Lehranstalt, in der aber gleichwohl die Möglichkeit moderner Krankenhausbehandlung vorliegt und wissenschaftliche, ernste Arbeit geleistet ist, ein Krankenhaus, das vor allem den hiesigen Verhältnissen so angepaßt ist, daß es die Türkei in jeder Stadt aufbauen, bewirtschaften und erhalten kann.

1) In wie hohem Maße der einfache Mann, der Mann des Volkes, der Dankbarkeit fähig ist, siehe Abschnitt XII, pg. 229.

III. Abschnitt.

Lage des Krankenhauses¹⁾.

Das Gebäude des jetzigen Krankenhauses Gülhane ist vor ca. 50 Jahren erbaut und gehört einem Komplex von Gebäuden an, die, früher zu Schulzwecken benutzt, seit Jahren leer standen, und die besonders durch das starke Erdbeben 1894 völlig zu Ruinen verwandelt sind. Nur das gesondert und abseits liegende jetzige Hospitalgebäude blieb unversehrt, so daß es auch nachher als Ruschdieh (Vorschule zur Kriegsschule) eine Zeit lang noch in Benutzung war.

Nur wenige Minuten von der Seraispitze entfernt, liegt es unmittelbar an und über dem Marmarameere in sehr schöner Lage, rings umgeben von den fruchtbaren Gärten des alten Serai, mit ihren prachtvollen Artischockenbeeten, den saftigen Feigen und herrlichen Gemüsen, auf der einen Seite überragt von den hohen Mauern des alten Sultanenpalastes, den runden Kuppeln der Irenen- und Sophien-Kirche, den schlanken Minarehs der Achmidieh, auf der anderen Seite bespült von den blauen Wogen des Marmarameeres. Wo man hinsieht, überall gleitet der Blick über friedliche, im Sonnenschein ruhende Natur, und überall erschließt sich, am schönsten aber von der Steinterrasse meerwärts²⁾ neben den Häusertrümmern, dem trunkenen Auge ein Panorama von vollendeter Schönheit, ohne Frage eines der entzückendsten Bilder, die das an Naturschönheiten reiche Stambul zu verschwenden hat.

Ueber die tiefblaue Flut des Meeres hinweg schweift ungehemmt der Blick zu dem sich terrassenförmig aufbauenden Häusermeer Galatas und Peras, an dem Marmorschlosse Dolmabagtsche vorbei zum Eingang des Bosphorus und dann zurück, geradeüber zu den Küsten einer anderen, der alten Welt!

Rings um uns herum liegen Häuser in Schutt und Trümmern, rückwärts über uns emporragen die Zeugen islamischer Baukunst, und zu unseren Füßen liegen die Reste der alten byzantinischen Stadtmauer, die noch erhaltenen Türme malerisch umspannen

1) Cf. Meyers Reisebücher: Türkei, Rumänien, Serbien, Bulgarien, V. Auflage: Der auf dem Stadtplan, p. 185, innerhalb des Top Kapu Serai angegebene Gülhane Kiosk entspricht genau dem Gebäudekomplex, dem das jetzige Krankenhaus angehört.

2) Für den Fremden nicht zugänglich. Sie ist wohl als die Terrasse des ehemaligen Gülhane Kiosk anzusehen.

von Efeu, inmitten des üppig wuchernden Grüns der Gärten. Und damit auch das Häßliche, das Moderne, in dem schönen Rahmen nicht fehle. — die schwarzen, einförmigen Schienenstränge da unten, auf denen der „Orient-Expreß“ langsam einherkeucht, und uns den Qualm und Ruß der Maschine in das Gesicht bläst.

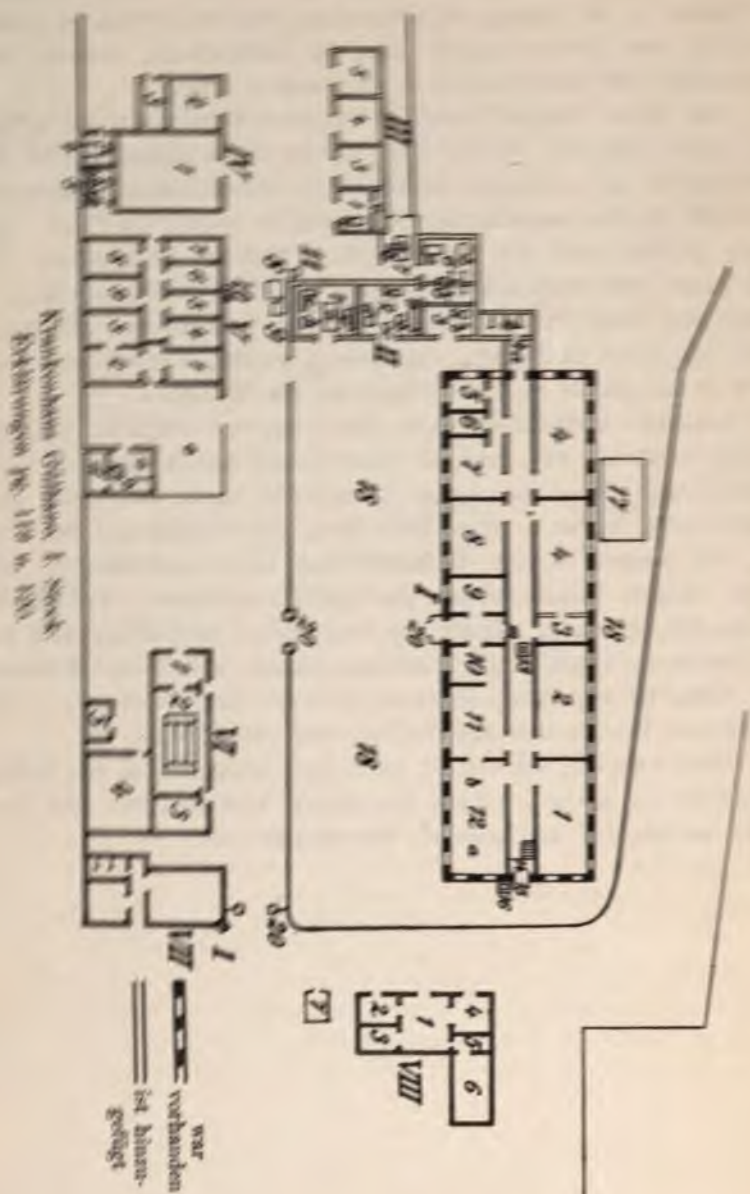
Auf dieser Terrasse stand ich oft, und wenn dann der Abend sich neigte, und die Fenster der Häuser am asiatischen Ufer im Widerschein der sinkenden Sonne wie in hellem Feuer aufloderten, wenn die Schiffe langsam vorbei heimwärts zogen, die Segel vom Winde gebläht, und der Muezzin die Gläubigen zum Gebet rief, dann mußte das Herz sich gefangen geben dem Zauber des Augenblickes und überwältigt werden von diesem wunderbaren Nebeneinander von Einst und Jetzt, von diesem ewigen Werden und Vergehen in der Natur und dem Geschehe der Menschen.

Laut und vernehmlich redet alles, was uns umgibt, von der nimmer rastenden und doch so vergeblichen Arbeit der Menschen, Kampf, Staub, Jubel und Qual — vielleicht kurze Zeit Blüte und vielgepriesene Kultur — dann Verwelken, Vernichtung und der Tod!

Auf diesen in der Weltgeschichte heiß umstrittenen, den Türken heiligen Boden hat uns das Geschick getrieben. Auf Ruinen mußten wir aufbauen. Hinter uns liegt Arbeit und Mühe, und die schicksalsharte Hand schlug tiefschmerzende, unheilbare Wunden; aber Neues ist erstanden, und nicht Haß der Eingeborenen, — Verehrung und Dankbarkeit des Volkes war unser Lohn!

Doch wahrlich, der Ort ist nicht dazu angetan, auf den Erfolg der Arbeit zu pochen. Auch die unsere wird zerfallen und vergessen werden und zerrinnen im Strome der Zeit. —

Plan 2.



Königsbau des Schlosses & Stock
 Entwürfen von No. 119 u. 120.

vorhanden
 bei Bauzeit
 gezeichnet

Erklärungen zu Plan 2.

I. Krankenhaus I. Stock.

1. Saal für septische Erkrankungen.
2. Saal für Nervenranke.
3. Badezimmer.
4. Saal für innere Erkrankungen.
5. Dienstzimmer der Apotheker.
6. Laboratorium der Apotheke.
7. Apotheke.
8. Saal für Haut und Syphiliskranke.
9. Zimmer für die studierenden Aerzte.
10. Wartezimmer der chirurgischen Poliklinik.
11. Chirurgische (gynäkolog., otologische) Poliklinik.
12. Auditorium. a) Sitzbänke für die studierenden Aerzte.
b) Raum für orthopädische Apparate.
13. Großer Ofen für Heizung des Badewassers.
14. Raum unter der Treppe für schmutzige Wäsche.
15. Eingang zu diesem Raum von außen her.
16. Wäschetrumpf.
17. Liegehalle im Freien für Kranke.
18. Garten.
20. Eingang zum Krankenhaus.

II. Oekonomiegebäude.

1. Küche. a) Küchenherd. b) Spül- und Aufwascheinrichtung.
c) Anrichtetisch und Geschirrschrank.
2. Waschküche. a) Waschmaschine. b) Centrifuge. c) Mangel.
d) Heißwasserreservoir. e) Vorrichtung zum Waschen mit den Händen.
3. Verbandfabrik. a) Lautenschläger'scher Sterilisator. b) Apparat für Bereitung sterilisierten Wassers.
4. Abtritte für Kranke. a) Raum für die religiösen Waschungen.
5. Reine Seite des Desinfektionsraums (zur Herausnahme der desinfizierten Wäsche und Kleider etc.).
6. Desinfektionsraum. a) Einweichbassin für schmutzige Wäsche.
b) Dampfkessel. c) Großer Desinfektor. d) Kochbottich zur Desinfektion der Wäsche durch Kochen.
7. Maschinenhaus. a) Große Dampfmaschine. b) Dynamomaschine.
8. Raum für Aufwaschen des schmutzigen Eßgeschirres.
9. Raum zum Aufbewahren des Fleisches etc. (Eisschrank).
10. Altes Steinportal mit Inschrift, Eingang zum alten jetzt verfallenen Gülhane Kiosk.
11. Soldatenposten für die Nacht.

III. Leichenbaracke.

1. Autopsieraum. a) Großer gemauerter Tisch zum Waschen und Aufbahnen der Leiche, zugleich Sektionstisch.
2. Zimmer für Totenwäscher (Leichendiener).

3. Schlafzimmer für Soldaten (Oekonomiesoldaten).
4. Materialiendepot.
5. Schlafzimmer für Soldaten.

IV. Baracke für Soldaten.

1. Schlaftaal der Soldaten (Krankenpfleger).
2. Quarantäne.
3. Depot für die Krankenkleider.
4. Abtritte für Soldaten. a) Raum für religiöse Waschungen.
5. Abtritte der Aerzte. a) Klosett à la franca. b) Klosett à la turca. c) Raum für religiöse Waschungen.

V. Verwaltungsgebäude.

1. Wohnzimmer der Schwestern.
2. und 3. Schlafzimmer der Schwestern. a) Küche der Schwestern. b) Badezimmer der Schwestern. c) Wasser-Klosett. d) Zimmer für die Köchin. e) Garten der Schwestern.
4. Dienstzimmer des Direktors.
5. Dienstzimmer des Müdir.
6. Dienstzimmer der Verwaltungsoffiziere und des Iman.
7. Sekretariat.
8. Dienstzimmer der Oberärzte.
9. 1. Wohn- und Schlafzimmer der Assistenzärzte.

VI. Wäschedepot. (Transportable Baracke).

1. Zimmer zum Nähen und Flicken der Wäsche.
2. Depot für Schränke.
3. Schlafzimmer der Wäscher und Depotsoldaten.
4. Garten.
5. Stall für Versuchstiere.

VII. Soldatenwache.

1. Soldatenposten (für Tag und Nacht, Portal nachts geschlossen. 2 Soldatenposten nachts innerhalb des Hospitals. sub. II, 11).

VIII. Medizinische Poliklinik.

1. Abfertigungsraum für medicin. Poliklinik.
2. Wartezimmer für Frauen.
3. Wartezimmer für Männer.
4. 2. Wohn- und Schlafzimmer der Assistenzärzte.
5. Zimmer für patholog. anatom. Sammlungen etc.
6. Patholog.-anatom. und bakteriolog. Laboratorium.
7. Baracke für den Kaputschi (Pfortner).

Plan 3.



Krankenhaus Gülhane, II. Stock.

1. Säle für Männer (Chirurgie). a) Betten f. Oto-Laryngologie.
2. Säle für Frauen. a) Gynäkologie und Geburtshilfe. b) Chirurgie (auch Kinder). c) Innere Medizin (auch Kinder).
3. Badezimmer. a) Badeofen. b) Badewanne. c) Wäscheschrank. d) Wasserreservoir für Badewasser (cf. Plan 2, zu I. 13. gehörig).
4. Röntgenkabinett (zugleich photographisches Zimmer).
5. Verband- und Untersuchungszimmer für Frauen u. Kinder.
6. Zimmer für Kreislende und schwer laparotomierte Frauen.
7. Einzelzimmer für Schwerkranke und schweroperierte Männer.
8. Operationszimmer (außer septischen Sachen, phlegmonen etc.). a) Waschtisch. b) Apparat zur Herstellung sterilen Wassers. c) Ausfluß für Schmutzwasser. d) Einwurf für schmutzige Operationswäsche. e) Instrumentenschrank. f) Regale etc.
9. Verbandzimmer für Männer.
10. Laparotomiezimmer. a) Heißwasserapparat. b) Waschvorrichtung. c) Gasofen. d) Instrumentenschrank.
11. Vorzimmer. a) Schrank für Operationswäsche. b) Instrumentensterilisator (Lautenschläger). c) Schränke für Bandagen, Schienen etc. für die Abteilung.
12. Abtritte für Kranke. a) Raum für religiöse Waschungen.

IV. Abschnitt.

Einteilung des Krankenhauses.

Ich gebe unter Hinweis auf die pg. 104, 118, 121 beigegefügte Orientierungspläne eine tabellarische Uebersicht der Gesamtanlage des neu entstandenen Krankenhauses, einschließlich der getroffenen Unterrichtseinrichtungen und des zur Verfügung stehenden Personals, so wie sich alles dieses allmählich nach und nach entwickelt hat auf einem Raume, der von vornherein gegeben und so beschränkt war, daß sehr haushälterisch verfahren werden mußte, um z. B. noch einen kleinen Garten für die Kranken zu behalten. Dazu kam, daß eine einheitliche Disposition über das Ganze von vornherein einfach unmöglich war, da ich anfangs nicht wissen konnte, ob und welche meiner Vorschläge die Genehmigung zur Ausführung erhalten würden. Ob ich etwa Frauen in das Krankenhaus würde aufnehmen können, war lange Zeit eine offene Frage, und ebensowenig konnte ich Räume für Unterbringung der Schwestern einrichten resp. reservieren, ehe ich die Genehmigung zu deren Anstellung erhalten hatte. Es ist klar, daß es nicht leicht war, bei diesem stückweisen Vorwärtsdringen ein logisch gegliedertes Ganze in zweckentsprechender räumlicher Anlage fertig zu bekommen.

Die ganze jetzt fertige Krankenhausanlage gliedert sich (Januar 1902):

I. Räume für Unterricht und Krankenhausbehandlung.

1. Stationäre Klinik: 151 Krankenbetten.

(110 Betten für Männer, 41 Betten für Frauen und Kinder.)

9 Oberärzte und 10 Assistenzärzte.

- | | |
|---|---|
| a) Chirurgie: 46 Betten für Männer,
7 „ „ Frauen,
Prof. Dr. Rieder Pascha, Oberarzt Dr.
Wieting, 3 Assistenzärzte. | } Operationsschwester:
Schwester Maria
Jaap, später
Schwester Franzis-
ka Seiffer;
Stationsschwester:
Schwester Johanna
Gosewisch. |
| b) Gynäkologie u. Geburtshilfe: 27 Betten,
Oberarzt Assaf Bey, 1 Assistenzarzt. | |
| c) Septische Abteilung: 13 Betten,
Oberarzt Dr. Wieting, 1 Assistenzarzt. | |

- d) Innere Medizin: 26 Betten für Männer,
7 „ „ Frauen,
Oberarzt Suleiman Bey, 2 Assistenz-
ärzte. } Stationschwester:
Franziska Seiffer,
später Margarethe
Maaß.
- e) Nervenkrankheiten: 12 Betten,
Oberarzt Prof. Raschid Bey, 1 Assi-
stenzarzt.
- f) Hautkrankheiten: 8 Betten,
Oberarzt Eschreff Bey, 1 Assistenzarzt.
- g) Quarantäne: 5 Betten, 1 Assistenzarzt.

2. Polikliniken:

- a) Chirurgie: Oberarzt Dr. Wieting,
2 Assistenzärzte.
- b) Orthopädie und Massage: Oberarzt
Dr. Hoffmann, 1 Assistenzarzt.
- c) Gynäkologie, Oberarzt Assaf Bey,
1 Assistenzarzt.
- d) Innere Medizin: Prof. Dr. Deycke, 2
Assistenzärzte.
- e) Kehlkopf-, Ohren- und Nasenkrank-
heiten¹⁾: Oberarzt Zia Bey, 1 Assi-
stenzarzt. } Stationschwester:
Franziska Seiffer,
später Margarethe
Maaß,
(außer 2 d mit
Schwester
Hanna Miller).
- f) Nervenkrankheiten: Oberarzt Prof.
Raschid Bey.
- g) Hautkrankheiten: Oberarzt Eschreff
Bey.

3. Laboratorium für Patholog. Ana-
tomie und Bakteriologie: Prof.
Dr. Deycke, 4 Assistenzärzte.

4. Unterricht für Civilkrankenpfleger (Timardschi) und
Soldaten (Schiehnefer): die Oberärzte Assaf, Sulei-
man, Zia und Eschreff Bey-Bey.

5. Verbandfabrik: Schwester Johanna Gosewisch mit
4 Soldaten.

1) Zur stationären Behandlung sind auf der chirurgischen Abteilung sechs
Betten reserviert (Plan 3, 1a).

II. Räume für die Verwaltung; Müdir Major Hüssni Bey mit 3 Offizieren (Wekilatsch, Imam.)

- | | |
|--|---|
| a) Küche: 1 Oberkoch, 4 Soldaten; | } Verwaltungsschwester:
Hanna
Miller. |
| b) Waschhaus mit Depot: 1 Oberwäscher, 4 Soldaten, 1 Depotschi, 1 Oberschneider; | |
| c) Maschinenhaus und Desinfektionsanlage: Maschinist Hauptmann Ismaïl Effendi, 1 Tschausch mit 3 Soldaten; | |
| d) Sekretariat: 1 Baschkjatib, 1 Kjatib, 1 Schreiber; | |
| e) Leichenhaus, zugleich Autopsieraum: Imam, 2 Totenwäscher. | |

III. Dienstzimmer: Direktor und Oberärztezimmer, Schwesternwohnung und Dienstwohnungen für Assistenzärzte und Soldaten. Arbeitsraum für einen Schneider, einen Schreiner und einen Tapezierer (in der Baracke des Depot).

Pflegepersonal:

1. Hastalar-Aghasi (Inspektor des Pflegedienstes mit Hauptmannsrank),
2. Siradem (Hilfsinspektor mit Leutnantsrank),
3. 2 Sirtschusch (Abteilungsoberrwarter der chirurgischen und medizinischen Abteilung mit Feldwebelrank),
4. 7 Tschusch (Oberwarter mit Unteroffiziersrank; 2 für chirurgische Abteilung, 1 Operationssaal, 1 chirurgische Poliklinik, 1 medizinische Abteilung, 1 medizinische Poliklinik, 1 pathologisch-anatomisches Zimmer),
5. 14 Onbaschi (Gefreite), je einer für einen Krankensaal (8 für chirurgische Abteilung, 6 für medizinische Abteilung),
6. ca. 70—80 Nefer (gemeine Soldaten als Pfleger),
- 7) 4 Wärterinnen für die Frauenabteilung (Europäerinnen, meist Griechinnen).

V. Abschnitt.

Beschreibung der Unterrichts- und Behandlungsräume.

Die stationäre Klinik befindet sich in dem Hauptgebäude (cf. Plan pg. 104 u. 118, I), das einen zweistöckigen, steinernen Korridorbau darstellt. Die erste Etage ist reserviert für die chirurgische Abteilung und die Frauenabteilung, die in sechs großen Sälen zu 13—15 Betten und zwei Isolierzimmern zu zwei resp. drei Betten

untergebracht sind. Daneben befinden sich in der oberen Etage das Operationszimmer, das Zimmer für Laparotomien, ein Verbandzimmer für Männer, ein Verbandzimmer für Frauen und Kinder, ein Zimmer für kreisende Frauen, ein Badezimmer, ein Zimmer für Röntgenphotographie. Das Parterre dient zur Aufnahme der medizinischen Abteilung mit vier großen Sälen (mit 12—15 Betten) und der septischen Abteilung mit einem Saal (von 13 Betten). Dieser letztere liegt mithin völlig getrennt von der chirurgischen Abteilung. Ferner liegen im Parterre die Poliklinik für Chirurgie (zugleich auch Poliklinik für Gynäkologie und Otolaryngologie), der Saal für Massage und Orthopädie, das Auditorium für theoretische Vorlesungen, ein Badezimmer, die große Apotheke mit Nebenräumen und zur Seite des Haupteinganges ein Wartezimmer für Poliklinische Kranke und ein Wartezimmer (Garderobe) für die Schüler.

Es war überraschend und für mich ungemein lehrreich zu sehen, wie leicht sich eigentlich dieser ganze nicht unkomplizierte Apparat in dem einen Gebäude unterbringen und mit wie einfachen Mitteln sich aus dem durch Zufall Gegebenen ein Krankenhaus, ja sogar eine Lehranstalt errichten ließ. Man werfe einen Blick auf den Plan. Alles was schwarz gezeichnet ist, war früher vorhanden, alles anders Gezeichnete ist von mir hinzugefügt. Man sieht, daß in dem Hauptgebäude nur ganz geringfügige Veränderungen vorgenommen sind. Durch das Einziehen einer hölzernen Scheidewand wurde in der Mitte jeder Etage das fehlende Badezimmer (cf. Plan pg. 118 I, 3 u. pg. 121, 3) und auf gleich einfache Weise die beiden Isolierzimmer (cf. Plan pg. 121, 7) geschaffen. Das über dem Eingang gelegene kleine Zimmer der oberen Etage ergab sich von selbst als Röntgenzimmer (cf. Plan pg. 121, 4), weil es dadurch in die Mitte der chirurgischen Abteilung kam. Das Verbandzimmer für Frauen (cf. Plan pg. 121, 5) kam so nahe als möglich an die Frauenabteilung heran und war benachbart dem mit dem Isolierzimmer zugleich gewonnenen Zimmer für Kreisende (cf. Plan pg. 121, 6). Der nach Nordwesten gesondert gelegene Block von drei Einzelzimmern (Plan pg. 121, 8, 9, 10) eignete sich ohne weiteres zum Operations- und Verbandzimmer, wobei sich der tote kleine Vorraum (Plan pg. 121, 11) ausgezeichnet als Garderobe für die Aertzteröcke etc. und zur Aufstellung des Schimmelbusch'schen Instrumentenkochers und des Schrankes für Operationswäsche verwerten ließ. Die Säle der Frauenabteilung kamen gerade entgegengesetzt nach Südosten zu liegen, weil sie hier zur Benutzung

eines dort befindlichen Klosetts durch Wandtüren so miteinander verbunden werden konnten, daß das Klosett sowohl wie das in der Mitte der ganzen Etage befindliche Badezimmer von allen drei Sälen aus zugänglich wurden, ohne daß eine Frau den Korridor zu betreten nötig hatte, und ohne daß sie überhaupt gesehen werden konnte, da der Klosettzugang durch einfache Erhöhung des Treppengeländers sich vollkommen unsichtbar machen ließ.

Um die in der Poliklinik operierten Kranken nicht durch das Freie tragen zu müssen, wurde die chirurgische Poliklinik in das Parterre des Hauptgebäudes verlegt (cf. Plan pg. 118, 11). Der Uebelstand, daß dadurch zahlreiche Personen tagtäglich Schmutz und Staub in das Krankenhaus bringen würden, ließ sich ungemein einfach durch Versetzen der am Eingang befindlichen, zweiten (Glas-) Tür nach innen erreichen (cf. Plan pg. 118, 19). Dadurch wurde das Krankenhaus noch besser als bisher abgeschlossen, und die beiden rechts und links vom Korridor gelegenen Zimmer kamen mit ihren Zugängen gewissermaßen außerhalb des Krankenhauses zu liegen. Das eine Zimmer wurde Wartezimmer der Schüler (cf. Plan pg. 118, 9), die hier Mäntel, Ueberschuhe etc. ablegen und die weißen, leinenen Stationsröcke anziehen, ehe sie in das Krankenhaus und in die Krankensäle eintreten. Das andere wurde Wartezimmer der chirurgischen Poliklinik (cf. Plan pg. 118, 10) und eine in die Wand gebrochene Tür eröffnete auf ungemein einfache Weise den Patienten den direkten Eingang in die Poliklinik. So liegt die Poliklinik für die Besucher außerhalb des Krankenhauses, für die dort Operierten aber innerhalb desselben, da die zweite auf den Korridor führende Tür den unmittelbaren Transport der Kranken in die Säle gestattet.

Ebenso leicht und einfach wurde das Auditorium konstruiert, und um ja allen Platz auszunutzen, wurde die der chirurgischen Poliklinik benachbarte Hälfte desselben zur Aufstellung der orthopädischen Apparate verwandt (cf. Plan pg. 118, 12b), so daß also Orthopädie und Massage in unmittelbar zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit der chirurgischen Poliklinik erledigt werden können.

Die beiden zur oberen Etage führenden Treppen wurden so verteilt, daß die nach Osten in unmittelbarer Nähe der Verwaltungsgebäude liegende, naturgemäß zum Transport der Speisen etc., das heißt ausschließlich von der Verwaltung benutzt wurde, während die entgegengesetzte im Westen für den Transport der Kranken, also für den ärztlichen Dienst reserviert blieb.

Manche Räume könnten ja für ihre Zwecke, jedenfalls für die reichliche Inanspruchnahme, die sie täglich erfahren, größer sein; sie reichen bisweilen kaum aus. Das war aber nun einmal nicht zu ändern, es galt vor allem so rasch als möglich zu dem Ziel, zu einem Ziel zu kommen. Ich habe nie daran gedacht, ein Behandlungskrankenhaus einzurichten für die vielen Hunderte der uns bald zuströmenden Kranken. Die Kranken waren für mich immer nur Mittel zum Zweck, **Selbst- und Endzweck** blieb mir stets der **Unterricht**. Ich war ja froh, der alten Schule entronnen zu sein, war froh, daß ich mich um die Art des dort erteilten Unterrichts nicht zu kümmern brauchte, und daß ich, ohne jemanden genieren und zum Widersacher machen zu müssen, nach eigener Fassung unterrichten konnte: praktisch am Krankenbette und in Gruppen. Es war daher wünschens- und erstrebenswert, womöglich von jedem Fache der Medizin wenigstens einige Patienten zu haben, und wenn es auch nur einige Schwangere, nur ein Saal für Syphilis etc. war, der praktische Unterricht war jedenfalls ermöglicht, und ein Wenig war besser als ein Nichts. Auch die kleinen Operationssäle genügten. Ich habe sie sogar mit Ueberlegung so klein gewählt, einmal wollte ich keinen großen Saal, d. h. keine dreizehn Betten verlieren, dann aber habe ich mich niemals überzeugen können, daß bei unserer heimatlichen Methode die Resultate genügende sind, wo die Mehrzahl der Studenten den Operationssaal verlässt, wenn der Professor den Vortrag beendet hat und die Operation beginnt, da die Meisten doch nichts von dieser sehen können. Werden die praktischen Fächer der Medizin nicht in kleinen Gruppen unterrichtet, kommt nichts Ersprößliches heraus. In dem kleinen Operationszimmer konnte immer nur eine Gruppe der Schüler anwesend sein, die Schüler standen aber dann unmittelbar um den Tisch herum, beobachteten in nächster Nähe den Verlauf der Operation und waren zum Teil durch Handreichungen etc. aktiv beteiligt.

Einen großen Nachteil hat das Hospitalgebäude: es ist direkt von Osten nach Westen gestellt, so daß die eine ganze Seite dem Nordsturm ausgesetzt ist, der hier auf der Seraispitze heftig toben kann. Da nun auch die Fachwände sehr dünn sind, so sind die Wände der unteren Etage zeitweise feucht. Glücklicherweise dienen diese Räume nicht als Krankenräume, und die Zimmer der oberen Etage sind durch Doppelfenster und durch die gut funktionierende Heizung gedichtet und trocken.

Die Stellung des Hauses von Osten nach Westen ist fast allen Gebäuden hier eigen; man will immer einen Teil des Hauses im Winter warm und im Sommer schattig und kühl haben. Für den Privatgebrauch des gesunden Menschen ja eine durchaus vernünftige Einrichtung, für medizinische Zwecke aber doch weniger zugänglich, zumal da die Zimmer nach der Südseite für Kranke oft zu heiß sind, und Vorhänge hier nur ungenügenden Wandel schaffen können. Im übrigen sind die Korridore und Säle aber groß, hell und luftig. Die durch Kippfenster hergestellte Ventilation ist nicht gerade ideal, doch ausreichend. Die Wände sind bis Manneshöhe mit weißem Emaillack resp. Oelfarbe gestrichen, weiter höher mit einer hier sehr in Gebrauch befindlichen Kalkfarbe, der sogen. Marmorstaubfarbe, die durch Verrühren von Marmorstaub mit Wasser hergestellt wird und den Vorzug hat, tadellos weiß und billig zu sein. Die Ritzen der aus Dielen bestehenden Fußböden sind verkittet, mit einem Tuchstoff verklebt, mit Oelfarbe gestrichen und in der Mitte zwischen den Betten mit 2 m breiten Linoleumläufern belegt worden, während die Operationszimmer, Verbandzimmer, Auditorium, Poliklinik etc. einen vollständigen Linoleumbelag erhalten haben, der an den Seiten umgebogen und ca. 10 cm hoch an die Wand genagelt ist. Die Wände des oberen und unteren Korridors sind in gleicher Weise gestrichen, wie diejenigen der Krankensäle; der obere Korridor hat Linoleum-, der untere Terrazzobelag. Das Linoleum ist Fabrikat der Delmenhorster Fabrik, beste Marke und hat sich geradezu vorzüglich bewährt. Es sind viele Hunderte von Menschen in den drei¹⁾ Jahren darüber marschiert, es ist wirklich außerordentlich stark benutzt worden, und doch ist es kaum abgenutzt. Ich möchte diese Art der Fußbodenbekleidung gerade hier für die Bedürfnisse der Türkei empfehlen gegenüber z. B. den Terrazzo-fußböden, deren Herstellung und vor allem deren eventuelle Reparatur, wenn überhaupt möglich, jedenfalls mangels geübter Arbeiter umständlich und kostspielig ist, außerdem aber für die hiesigen Krankenhäuser zu fußkalt sein dürfte, da die Türken viel barfuß gehen.

Die Heizung geschieht durch einfache, viereckige Kachelöfen, die sich sehr bewährt haben. Die hier zu Lande üblichen, durch das ganze Zimmer gehenden Ofenrohre münden im Hospital in die vorhandenen, gemauerten Schornsteine, in den Baracken nach Landes-

1) Januar 1903: vier. Es scheint mir, als wenn das Linoleum sich gerade im warmen Klima besonders gut konservierte, ganz im Gegensatz z. B. zu allen Gummistoffen.

sitte in das Freie. Da die Badeöfen bei dem sehr häufigen Gebrauch der Badezimmer nicht ausreichen, ist ein großer Ofen (amerikanisches System) (cf. Plan pg. 118, I 13) auf dem unteren Korridor zur Aufstellung gelangt, der im Innern mit einem Röhrensystem versehen, auf der einen Seite direkt an die Wasserleitung, auf der anderen Seite an ein auf dem Korridor der oberen Etage aufgestelltes, eisernes Wasserreservoir (cf. Plan pg. 121 3d) angeschlossen ist. Das durch Koksfeuerung in den Röhren erhitzte Wasser geht in das Heißwasserreservoir und von da nach Bedarf direkt in die Badewannen. In dem Operations-, Verband- und Röntgenzimmer sind Gasöfen mit gutem Erfolg zur Verwendung gekommen.

In sämtliche Zimmer ist Gas- und Wasserleitung gelegt. Ein eiserner Waschtisch befindet sich in jedem Zimmer, wenn möglich mit einem Abfluß in den Kanal, in den Krankensälen leider nur mit Schlauch-Eimerabfluß, da es bautechnisch als untunlich erschien, die Wände des Gebäudes an vielen Stellen zu durchbohren, um das Abflußrohr auch hier in den Kanal zu führen. So selbstverständlich ja das Vorhandensein der Gas- und Wasserleitung für unsere Begriffe ist, so ist deren Einrichtung in allen Räumen des Hospitals doch für hiesige Verhältnisse ein Novum, und gerade der Anschluß an die Gas- und Wasserleitungen haben mir monatelange Scherereien und Mühen verursacht. Die Wasserversorgung der öffentlichen Gebäude der Türkei ist überhaupt ein sehr dunkler Punkt. Das Wasser der zum Teil uralten Trinkwasserleitungen ist keinesfalls schlecht, aber die Leitungen sind nicht so unterhalten, daß eine Verunreinigung (unterwegs) immer ausgeschlossen wäre. Es besteht deshalb seit der letzten Choleraepidemie der Gebrauch, daß in die Kasernen, Krankenhäuser etc. Quellwasser in Fässern durch Soldaten transportiert wird, meiner Ansicht nach eine nicht gute Einrichtung, denn bei der Wasserleitung hat man es immer noch mit fließendem Wasser zu tun, zum Teil mit sehr hohem Druck (z. B. Derkoswasser mit 7 Atmosphären); in den — meist schlecht und selten gereinigten — Fässern hat man stagnierendes und im Sommer brühwarmes Wasser. Es wimmelt von Mikroorganismen in diesem Faßwasser, wie uns Kulturversuche oft genug gezeigt haben. Wir haben für die Krankenhausbedürfnisse Berkenfeld'sche Filter angeschafft, an die die Türken sich aber nur schwer gewöhnen.

Noch viel bedenklicher aber stellt sich das Kapitel Gebrauchswasser. Die hier zur Verfügung stehenden Quantitäten sind äußerst minimal, und da die ganze Einrichtung der türkischen Kranken-

häuser (Holzfußböden, Löcher und Risse überall) schon in ihrer erstmaligen Anlage nicht so beschaffen ist, daß dieselbe eine öftere und gründliche Reinigung der Krankenzimmer zuläßt, selbst wenn Wasser genügend da wäre, so müssen die Hospitäler und öffentlichen Anstalten als völlig durchseucht angesehen werden, von den Wanzen angefangen, bis herunter zu den Mikroorganismen aller Arten. Für das Händereinigen der Aerzte, auch in dem Operationssaale sind meistens Näpfe und Kannen zum Uebergießen des Wassers im Gebrauch, „den Amphoren der alten Griechen und Römer vergleichbar.“

Die Betten, die ich bereits vorfand, haben sich sowohl was Bettstelle, als auch Betteinlage betrifft, als unbrauchbar erwiesen. Die Bettstellen sind schlechte europäische (englische) Fabrikware, die noch dazu recht teuer, über das Doppelte und Dreifache des Wertes bezahlt werden; die europäischen Lieferanten bringen es aber fertig, diese Ware hier abzusetzen, obwohl man hier in staatlichen Werkstätten Bettgestelle anfertigt resp. anfertigen könnte, die zwar plump und massiv aber durchaus solide gearbeitet sind; jedenfalls sind sie billiger und erfüllen den Zweck mindestens ebensogut als die vom Auslande bezogenen. Die Matratzen resp. Kopfkissen sind gefüllt mit schlecht gereinigter, kaum entfetteter, zusammengeballter Schafwolle, die eine wirkliche Reinigung resp. Desinfektion kaum zuläßt¹⁾. Uebrigens gilt bezüglich dieser Dinge, speziell der Erneuerung des Matratzeninhaltes in den meisten Krankenhäusern der Grundsatz: *quieta non movere*. — Oberhalb, resp. am Kopfende eines jeden Bettes haben wir in der bekannten Weise Temperaturkurve, Tafel für die Diät und medizinische Verordnung angebracht. In jedem Saal befindet sich außerdem ein Tisch mit kleinem Schrank zur Aufbewahrung der notwendigen Reagenzien zu Untersuchungen am Krankenbette.

Bezüglich der Einrichtung, der Installation der Operationszimmer, der Verbandzimmer, Polikliniken etc., hinsichtlich der Instrumente, der Apparate, kann ich mit Grund behaupten, daß unser Hospital sowohl was Reichlichkeit als auch Solidität der gesamten Einrichtung anbetrifft, kaum hinter einem deutschen Krankenhause zurückzustehen braucht. Alle Apparate sind aus Deutschland bezogen und sind vorzügliches Fabrikat, zwar ist alles nicht in übertrieben reichlicher, aber doch in genügender Anzahl vorhanden, so

1) Auch in Gülhane trotz aller Desinfektion etc. noch keineswegs einwandfrei (Jan. 1903).

daß von mehreren Schülern zu gleicher Zeit operiert werden kann. Elektrisches Licht befindet sich in den Korridoren, Operationssälen, Poliklinik etc., und damit haben wir uns die Möglichkeit verschafft, die Elektrizität auch für chirurgische Zwecke, desgleichen für nasologische, laryngoskopische und otologische Untersuchungen, resp. operative Eingriffe in den Dienst zu stellen. Das hier zur Verfügung stehende Instrumentarium funktioniert samt allen Apparaten einwandsfrei¹⁾.

Ebenso besitzt das Röntgenzimmer eine tadellose Ausstattung. Der anfänglich bestehende Akkumulatorenbetrieb erwies sich bald als unmöglich, daß das Laden der Akkumulatoren bei dem fast völligen Fehlen elektrischer Anlagen in Konstantinopel unüberwindliche Schwierigkeiten machte, und die Akkumulatoren schon nach kurzer Zeit verdorben waren. Es war dieses der Hauptgrund, das für hiesige Verhältnisse „ungeheure“ Werk zu unternehmen, eine elektrische Anlage zu bauen, und so das wirkliche Funktionieren des Röntgenapparates erst zu ermöglichen. Auf diese Weise ist denn Gülhane das erste Krankenhaus, und wohl überhaupt das erste staatliche Gebäude geworden, in dem die Elektrizität zu Beleuchtungs- und gar zu Behandlungszwecken Eingang gefunden hat.

Nahezu die gesamte medizinische Einrichtung ist nach wie vor von der Firma F. A. Eschbaum in Bonn geliefert. Ueber die Leistungsfähigkeit dieser Firma, resp. über die Güte der uns gelieferten Apparate, Instrumente etc., habe ich nur die Tatsache anzuführen, daß bei unseren Anschaffungen in der Höhe von über 40000 M. in 4 Jahren²⁾ nur Reparaturen von etwas über 800 M. nötig wurden, und das bei einer sehr starken Inanspruchnahme der Apparate und Instrumente. Dem einen Vertreter der Firma, Herrn Karl Eschbaum, bin ich wegen seiner uneigennütigen und sachgemäßen Unterstützung, die er meinen Bestrebungen erwies, persönlich zu ganz besonderem Danke verpflichtet. Er hat ein wesentliches Verdienst an dem Funktionieren unseres Hospitales.

Die Klosettanlage befindet sich, wie üblich in vielen türkischen öffentlichen Gebäuden, außerhalb des Hospitales. Naturgemäß wurde die Verwendbarkeit des Gebäudes für Krankenhauszwecke dadurch wesentlich erhöht. Die jetzige aus dem Plane ersichtliche

1) Das will hier etwas mehr heißen wie in Deutschland, denn man hat es in der Türkei nicht so leicht und bequem, bei Störungen sofort zur Zentrale oder zum Ingenieur zu telephonieren. Häufig heißt es da: Hilf Dir selber.

2) Januar 1903.

Kanalisationsanlage ist unter Benutzung und Ausbau vorhandener Reste neu angelegt, mit zementierten Kanälen versehen und direkt in das Meer geführt worden. Die Klosette sind à la turca eingerichtet, d. h. ohne Sitz. Eine der unseren entsprechende Einrichtung war undenkbar, da wir es im Hospital mit der armen und der ländlichen Bevölkerung zu tun haben, und mit der Klosetteinrichtung die Möglichkeit der religiösen Waschungen unzertrennbar vereinigt sein muß, was bei unserem System nicht zu machen ist. Die türkischen Klosette sind in öffentlichen Anstalten in einem Zustand, der jeder gesundheitlichen Bestrebung direkt ins Gesicht schlägt¹⁾. Aber selbst, wenn man auch Wasserverschluß durch S. herstellt, und oberhalb Spülbecken anbringt, selbst wenn man durch dazu angestellte Soldaten die sorgfältigste Reinigung ausführen läßt, und den Boden und die Wände aus Marmor macht, alles genügt nicht, um bei dem stetigen Wechsel der Windrichtung zwischen Nord und Süd, den Geruch zu verhüten. Der Muhamedaner uriniert im Hocken²⁾, desgleichen geht auch Urin bei der Defäkation ab, und so wird der Boden permanent mit Urin beschmutzt, der verdunstet, und dessen Geruch das Innere des Gebäudes verpestet. In der That ist der Geruch der Aborte in öffentlichen Gebäuden häufig überhaupt ein entsetzlicher, aber es ist ein mehr urinöser als fäkulenter Geruch. Permanente Spülung des Klosettbeckens wäre wohl das nächstliegende, aber das würde einen enormen Wasserverbrauch erfordern, der bei dem schon an und für sich bestehenden Wassermangel besonders im Sommer undenkbar ist. Außerdem werden die (meist französischen) Wasserkompagnien niemals dazu zu haben sein, genügende Mengen Gebrauchswasser (Spülwasser) für öffentliche Gebäude herzugeben, da ihr Kontrakt sie hierzu nicht verpflichtet. Abhilfe ist hier nur zu schaffen:

1. Durch eine andere Konstruktion resp. Form des Klosettbeckens. Ein großes Porzellanbecken, das so geformt ist, daß es Koth und Urin zugleich aufnehmen muß, wird sorgfältigst in eine Marmorplatte eingelassen, mit gutem Wasserverschluß in Form und Spülung versehen, genau wie bei unserem Wasserklösetz.

2. Die Kanäle werden, wie das bei uns, ich glaube, gesetzlich geboten ist, vor Eintritt in das Haus seitlich ventilirt, so daß die

1) Schmutzige, wenn auch nicht so schlimme Zustände finden sich in sehr vielen Privathäusern, nicht nur Stambul, sondern auch Paris.

2) Hockt in unserem Sinne kann der Muhamedaner nicht.

Kanalgase entweichen können, ehe sie durch die Windrichtung in das Haus hineingetrieben werden müssen.

3. Es sind geschlossene (Zement) Röhren so viel als möglich anzuwenden; die einfachen Kanäle, die entweder garnicht oder schlecht zementiert sind, genügen nicht, da hier der Boden eine sehr große Resorptionskraft besitzt, und die Fäkalien bei den hier zu Lande selten vorkommenden, plötzlichen Regengüssen zu sehr an Ort und Stelle bleiben, also nicht mechanisch fortgeschwemmt werden.

Es ist unbegreiflich, wie die sonst an ihrem Körper und auch in ihren Häusern sauberen Türken gar kein Verständnis oder richtiger gesagt, keinerlei Geruchsorgan für diese wirklich unglaublichen Zustände besitzen. Allerdings war bei uns bis vor kurzem auch nicht alles in diesem Punkte, wie es sein sollte, und es ist keine Frage, daß gerade die letzte große Choleraepidemie in Hamburg 1892 auch außerhalb Hamburgs Wandel geschaffen hat — ich erinnere nur an das Bahnhofsklosett von einst und jetzt. Noch kürzlich sah ich in Hamburg in Häusern „in bester Lage“ das Klosett mitten in der Etage, ohne ein Fenster, das eine ungehinderte Luftpassage ins Freie ermöglichte.

VI. Abschnitt.

Schlußfolgerung und Einiges über den Krankenhausbau in der Türkei.

„Sieht man am Hause doch gleich so deutlich, weiß Sinnes der Herr sei,
Wie man, das Städtchen betretend, die Obrigkeiten beurteilt,
Denn wo die Türme verfallen und Mauern, wo in den Gräben
Unrat sich häufet, und Unrat auf allen Gassen herumliegt,
Wo der Stein aus der Fuge sich rückt und nicht wieder gesetzt wird,
Wo der Balken verfault, und das Haus vergeblich die neue
Unterstützung erwartet: der Ort ist übel regieret.“

(Goethe, Hermann und Dorothea).

Ich muß noch einmal auf die Tatsache zurückkommen, daß sich aus einem durch den Zufall gegebenen Schulgebäude ein Krankenhaus herrichten ließ, ohne irgendwie nennenswerte bauliche Veränderungen vornehmen zu müssen. Ich lege auf die Konstatierung dieser Tatsache sehr großen Wert, eben weil dieses Schulgebäude nach dem Muster vieler hiesiger öffentlicher Gebäude gebaut ist, und weil darum die berechtigte Hoffnung besteht, daß sich auch andernorts, besonders aber in den Provinzstädten gleiche

lungskrankenhaus“ überhaupt in den Mund nehmen kann¹⁾, und es wird da wohl nichts anderes übrig bleiben, als sich an europäische, mustergültige Krankenhauseinrichtungen anzulehnen, allerdings immer unter Berücksichtigung und tunlichster Aufrechterhaltung türkischer Gepflogenheiten und Erfordernisse, aber die seitenlangen, französischen Rezepte mit ihren Syrupen tun es heutzutage wirklich nicht mehr. Ich will nicht etwa behaupten, daß der Staat allzuviel Geld für die Bedürfnisse der Krankenhausapotheken hergibt, aber er gibt relativ viel Geld für ganz überflüssige und antiquierte pharmazeutische Artikel her, anstatt weit vernünftiger diese Summe für praktisch moderne Einrichtungen der Krankenpflege und Hygiene einzustellen.

Vor allem aber spare man das Geld für neue, luxuriöse Krankenhausbauten, mit all den Säulen, Spitzbögen und anderem, für den Kranken völlig überflüssigen architektonischen Zierat. Nicht mit der äußeren, sondern mit der inneren Schönheit des Krankenhauses prunke man, die weithin so imponierenden Gebäude auf den Höhen sind ja doch nur Sand in die Augen der Fremden, die nicht wissen, wie es innen aussieht.

In der Tat sind die großen Krankenhauskomplexe mit tausend Betten und mehr, wie sie jetzt in Deutschland in einer Stadt immer prächtiger als in der anderen entstehen, für die Türkei zu gar nichts nütze²⁾, denn:

1. Sie können weder erhalten noch bewirtschaftet werden.
2. Sie entsprechen absolut nicht der Eigenart der türkischen Kranken.

1) Wie trotzdem die sanitären Zustände Konstantinopels S. K. Majestät von den Aerzten selbst veranschaulicht werden, kann auch der Fernstehende ersehen aus Gazette médicale d'Orient Nr. 1013, 31. August 1900. Es hat mich keineswegs überrascht, daß das Hospital Gülhane in dieser offiziellen, S. K. Majestät anlässlich des 25jährigen Regierungsjubiläums überreichten Schrift der Société impériale de médecine à Constantinople eben mit dem Namen erwähnt ist. Die Anerkennung unserer Arbeit, die gerade hierin liegt, kommt in ihrer Bedeutung gleich hinter der pg. 106 erwähnten und vom türkischen Volke uns gezollten.

2) Um Mißverständnisse zu vermeiden, bemerke ich, daß das Krankenhaus der neuen Medizinschule in Haidar Pascha, das durchaus nach europäischem Muster speziell mit großen Pavillonräumen erbaut wird, in erster Linie als Unterrichtsstätte der Medizinschüler dienen soll. Selbstverständlich müssen, um den Unterricht am Krankenbette für größere Gruppen von Schülern zu ermöglichen, die Räume entsprechend groß sein, und es muß selbstverständlich an den Bau eines Unterrichtskrankenhauses ein ganz anderer Maßstab angelegt werden, als an denjenigen eines reinen Behandlungskrankenhauses.

Auch in Deutschland tut man, scheint mir, jetzt ein wenig zu viel des Guten. Die großen Krankenhausanlagen sind nur weit weg von der Stadt auf freiem Felde unterzubringen. Selbst bei den günstigsten Kommunikationsverhältnissen, die in der Türkei absolut fehlen würden und werden, bedingt der Transport der Kranken, der Wunsch seine Angehörigen häufiger zu besuchen, abgesehen von aller Unbequemlichkeit, für den Arbeiter und den kleinen Mann nicht unbedeutende Zeit- und Geldverluste. Ich meine, man solle gerade in den größeren Städten, statt ein großes Zentrum zu errichten, vielmehr danach streben, daß jedes Stadtviertel sein kleines, gut eingerichtetes Krankenhaus von cirka 100 bis 150 Betten habe, und jedenfalls sollte man in dem Bebauungsplan eines neu anzulegenden Stadtviertels einen genügend großen Platz für das zukünftige Krankenhaus ebenso selbstverständlich reservieren, wie den Raum für Straßen, freie Plätze oder Kirchen.

Gewiß ist ja in unseren modernen deutschen Krankenhäusern alles vollkommen hygienisch gestaltet; die innere Einrichtung ist häufig sogar luxuriös zu nennen, und alles funktioniert tadellos. Und doch als ich jetzt nach langer, schwerer Krankheit — noch krank — die großen, weiten Pavillonräume mit ihren Marmor- oder Terrazzofußböden und ihren langen, einförmigen Wänden wiedersah, schien mir das alles so öde, so kalt, ich muß sagen: so liebeleer. Ich sah ja einen vorzüglich klappenden, großen ärztlichen Betrieb, aber ein bischen weniger „Drill“, ein bischen weniger „Schneid“ und ein bischen mehr Liebe würde, so dünkt mir, beiden Teilen, Aerzten und Kranken nichts schaden.

Allerdings ist ja der deutsche Kranke viel selbständiger, um nicht zu sagen militärischer erzogen, als sein türkischer Kollege — und selbst wenn er nur noch ein Bein sein eigen nennt, steht der deutsche Kranke stramm am Fußende des Bettes, wenn der „Herr Assistenzarzt“ oder gar der „Herr Oberarzt“ den Pavillon betritt. In dieser Hinsicht wird man allerdings wenig Glück mit den Türken haben, aber auch ganz abgesehen davon, bin ich sicher, das sich der türkische Durchschnittskranke in einem modernen, deutschen Hospital sehr ungemütlich und unglücklich fühlen würde.

Eine eigentümliche Beobachtung hat sich uns allen, Aerzten und Schwestern, bei unserer Tätigkeit in Gülhane häufig aufgedrängt. Kranke, Erwachsene, besonders aber Kinder, die sich trotz aller unserer Sorgfalt und Pflege in dem Krankenhause nicht erholten, und schließlich auf ihre Bitten hin als hoffnungslose Fälle

nach Hause entlassen wurden, sahen wir nach Monaten nicht selten in blühendem Zustand, jedenfalls wesentlich gebessert wieder vor uns, ohne daß irgend eine ärztliche Behandlung statt gehabt hätte. Diese Tatsache gibt zu denken, allzu unerklärlich ist sie ja nicht.

Bei so sensitiven Leuten, wie die Türken es sind, die so ganz in dem durch Religion und Sitte festgelegten Milieu leben und weben und so sehr integrierender Bestandteil dieser Umgebung geworden sind, daß sie damit stehen und fallen, bedingen eine Menge Imponderabilien die Funktion und Lebensfähigkeit des Organismus, die wir um deswillen nicht gering anschlagen sollen, weil wir von ihnen so wenig wissen und noch weniger verstehen. Der menschliche Organismus ist trotz aller exakten Forschung immer noch nicht ein Reagenstopf. Ich meine aber, diese Beobachtung treibt dazu, dem türkischen Kranken auch im Krankenhause die Umgebung zu schaffen, die er von Hause aus gewohnt ist, soweit das überhaupt möglich und zulässig ist. Ruhe, Ungestörtheit seiner Bewegungsfreiheit in kleinen, sauber eingerichteten Krankenhäusern mit nicht zu großen Zimmern, mit schönem Garten und in schöner Lage. Der Türke liebt die Natur, ohne sich dessen vielleicht selbst bewußt zu werden; er lebt mit und in der Natur; Luft, Licht und Sonne sind hier viel mehr denn bei uns mächtige Lebens- und Heilfaktoren. Diese Faktoren hat ja, wie wir oben sahen, das „alte türkische Krankenhaus“ sehr richtig erkannt, und der Türkische Staat braucht in dieser Hinsicht nur bei dem zu bleiben, was er bereits hat, aber dazu einen geregelten ärztlichen und einen geregelten Verwaltungsbetrieb zu fügen, der jedoch in seinen Einzelheiten dem Auge des Kranken möglichst verborgen sein sollte.

Schmerz und eiternde Wunden zu sehen, machen auch dem Orientalen keine allzu große Freude, und da er selbst Schmerzen ungemein fürchtet, bereitet ihm der Aufenthalt in einem großen Krankenhause, das ihn recht oft daran erinnert, daß hier viele Menschen Schmerzen auszustehen haben, keinerlei Annehmlichkeit. Aeußerlich scheinbar ruhig läßt er ja — für den Fremden mit der sprichwörtlich gewordenen Indolenz — vieles über sich ergehen, und doch sieht derjenige, der ein wenig psychologisch beobachten kann, daß manches Ereignis im Verlauf der Krankenhausbehandlung, das uns gleichgültig ist, weil wir uns mit dem Verstand oder mit Worten darüber hinwegbringen, seine Gefühlssphäre, sein Nervensystem in einer Weise irritiert, daß die Wiederherstellung des durch Krankheit geschwächten Organismus nicht unserer ärztlichen Kunst, wohl aber der Mutter

Natur und ihrer, von Menschenhand hier noch ungestörten paradiesischen Ruhe gelingt.

Genau dasselbe, was ich in hygienischer Hinsicht bezüglich der Bauart vieler öffentlichen Gebäude gesagt habe, gilt auch hinsichtlich der Gesamtanlage Stambuls und der Städte Anatoliens.

Steht man oben auf dem Seraskerturm, so glaubt man einen großen Garten vor sich zu sehen. Ueberall Bäume, überall Grünes, aus dem die Dächer der zwei- selten dreistöckigen (Holz) Häuser eben noch herausragen. Selbst da, wo Gärten oder mit Bäumen bepflanzte Höfe oder Winkel fehlen, werden die Häuserblocks unterbrochen von den kleinen und kleinsten Kirchhöfen, mit ihren schönen Platanen, Pinien und Zypressen. Soweit das überhaupt bei solch einer alten und großen Stadt möglich ist, ist die Isolierung der Häuser resp. des einzelnen Gehöftes vorhanden, jedenfalls kann die Sonne in die Winkel und engen Gassen hinein, und die Sonne mit ihrer desinfizierenden, austrocknenden Gewalt, die sie hier in hohem Maße besitzt, ist ohne Frage der beste hygienische Freund und Wohltäter der Türken. Dagegen betrachte man einen Moment die Europäerstadt Galata und Pera — das Seuchennest *κατ' ἐκσχῆν*, vier-, fünfstöckige Häuser, eines immer unmittelbar an das andere, man kann sagen in das andere geklebt. Dunkle, schmutzige Höfe, Kellerwohnungen und stagnierende Luft überall — in mindestens neun zehntel der Häuser, Höfe, Winkel und Gassen, dringt niemals ein frischer Luftzug. Dabei die Straßen noch enger als in Stambul, nirgends ein größerer freier Platz, höchstens als wohltuende grüne Oase ein türkischer Friedhof. Und doch läßt es die Stadtverwaltung zu, daß Häuserspekulanten auch schon in Stambul vierstöckige Häuser bauen, in demselben Stambul, in dem alle, aber auch alle Vorbedingungen fehlen, die zu dem Bauplan der europäischen Großstadt eine *conditio sine qua non* sind oder auch dort nachträglich mit sehr hohen Kosten geschaffen werden müssen.

Erstens fehlt nahezu jegliche Straßenhygiene, es fehlt nahezu jegliche, auch nur den bescheidensten Ansprüchen genügende Kanalisation, jegliches geregelte Abfuhrsystem. Das wird auch noch lange, lange so bleiben. Von Zeit zu Zeit wird ein fremder Gelehrter oder Techniker verschrieben, er macht auch einen wundervollen Plan der Sanierung der Stadt, bekommt einen Orden und sein Geld — und der schöne Plan wandert, wie so viele vor ihm, in den Papierkorb, oder da es diesen hier nicht gibt — auf den Fußboden. Inspektoren und Generalinspektoren sind und werden

immer von neuem angestellt, sie beraten und reden einzeln und zusammen im Konseil, es werden sehr viel Zigaretten geraucht und noch mehr Kaffee getrunken — und alles bleibt schön beim alten. So lange hier nicht einmal ein tatkräftiger Mann mit Initiative und Arbeitslust kommt und erklärt: Auf all das ganze Gerede und all die Conseils lasse ich mich überhaupt nicht ein; wollt ihr, daß ich hier bleibe, so gebt mir einen einzelnen Bezirk, gebt mir etwas Geld, und ich werde euch durch die Tat beweisen, daß und wie dieser Bezirk in einigen Monaten hygienisch einwandfrei ist — so lange sage ich, ist auch noch nicht der leiseste Gedanke an eine Aenderung oder Verbesserung dieser Verhältnisse zu fassen.

Fast nirgends sind breite Straßen, freie Plätze, nirgends die Andeutung eines von vorn herein festgelegten Bebauungsplanes, und dabei große, hochstöckige Häuserblocks! Gut, baut vierstöckige Häuser, verbaut euch noch das bischen Luft, das euch der Himmel schenkt, und dann gebt nachher Millionen 'aus, um wie in den Großstädten Europas, wie in Paris, Berlin, Hamburg und anderswo ganze Stadtviertel niederzulegen, um wieder etwas Luft und Licht in die Heimstätten der Cholera und Pest, noch mehr aber der langsam, aber sicher würgenden Tuberkulose zu bringen.

Es gibt auch Danaërgeschenke, und auch die vielgepriesene europäische Zivilisation birgt solche Danaërgeschenke in ihrem Busen. Dem türkischen Volke will ich es von ganzem Herzen wünschen, daß sich seine Regierung gegen diese Geschenke erfolgreicher und energischer wehren möge wie bisher, denn wenn irgendwo, so gilt auch hier das Bekannte:

Eines schickt sich nicht für Alle,
Sehe Jeder, wie er's treibe,
Sehe Jeder, wo er bleibe,
Und wer steht, daß er nicht falle.

VII. Abschnitt.

Besondere Abteilungen des Krankenhauses.

a) Verbandfabrik.

Als Anhang des Krankenhauses ist das Zimmer für die Bereitung und die Sterilisation der Verbandsachen zu betrachten. Die Lage dieser sogenannten „Verbandfabrik“ ist sehr bequem (cf. Plan pg. 104, 4 u. 118, II, 3). Auf der reinen Seite des Verwaltungsgebäudes liegend, im räumlichen Anschluß an den Dampfkessel, be-

findet sie sich dicht bei der Apotheke und der stationären Klinik. Ihre Einrichtung hat sich sehr bewährt. Das Kriegsministerium liefert für die türkischen Krankenhäuser alle Verbandstoffe. Zu dem Zwecke bezieht die Sanitätsabteilung alles (pharmazeutische Artikel, Verbandstoffe etc.) aus dem Auslande (meist Frankreich), natürlich fast alles in Detailverpackung, d. h. die Türkische Regierung zahlt mit jedem einzelnen Verbandpäckchen auch dessen Papier, dessen Etikette, Bindfaden und allen Zubehör einzeln und extra. Dabei ist klar, daß der angegebene Wert der Ware weder bezüglich Antisepsis noch Asepsis wirklich garantiert ist, es ist aber vor allem klar, daß bei diesem Detailbezug für alle Hospitäler des Landes nicht unbedeutende Summen einfach zum Fenster hinausgeworfen werden. Aber hier ändern ist schwer — höchstens könnte eine langjährige, sehr sachliche Arbeit Wandel schaffen, denn solche und ähnliche Lieferungen sind gerade „der springende Punkt“ hier zu Lande. Bei allen Lieferungen, und je größer dieselben sind, umsomehr kommen „vitale“ Interessen einflußreicher Persönlichkeiten in Betracht, und was die Hauptsache ist, zahlreiche Europäer sind ununterbrochen am Werke, diesen vitalen Interessen bereitwilligst zur Hilfe zu kommen.

Das Verdienst, unsere Verbandfabrik in Betrieb gesetzt zu haben, gebührt unserer Schwester Helene Meier, die sich überhaupt durch didaktisches Geschick und volles Verständnis für die bei unserer Arbeit in Betracht kommenden größeren Gesichtspunkte auszeichnete, und die es in wenigen Wochen fertig brachte, drei türkische Soldaten so ausgezeichnet für den Betrieb anzulernen, daß ich kaum jemals eine Klage über deren Tätigkeit zu führen brauchte, und die sogar später wieder andere Soldaten angelernt haben.

Der Bedarf an Verbandstoffen (Gaze, Watte, Mull etc.) wurde en gros aus Deutschland bezogen, in viertel oder halbjährigen Lieferungen. Alles wurde, auch wenn wir im Ausnahme- und Notfall die Kriegsministeriumslieferung benutzen mußten, hier bei uns nach Vorschrift und Bedarf verarbeitet: Gaze, Watte etc. aseptisch bereitet oder antiseptisch imprägnierte Binden geschnitten und gewickelt und vor dem jedesmaligen Gebrauch sterilisiert. Gerade hier haben sich die türkischen Soldaten sehr bewährt. Sehr sauber, arbeiten sie langsam aber sicher — hier ist z. B. das Repertoire der Arbeit, von dem ich oben sprach, das ihnen zusagt, und das sie völlig beherrschen, ohne durch eigene Gedanken oder „Erfindungen“ die Sicherheit des Betriebs zu gefährden.

Was könnte hier schon in diesem kleinen Punkte gespart werden, wenn der Türkische Staat seine eigenen und brauchbaren Leute an die richtige Stelle setzen und zur Arbeit benutzen wollte, anstatt das Geld des Landes jahraus, jahrein in die Tasche von Ausländern wandern, und sich zum Dank dafür ordentlich über das Ohr hauen zu lassen.

b) Medizinische Poliklinik (cf. Plan pg. 104, 12 u. 118, VIII).

Die medizinische Poliklinik ist in einer aus Holz erbauten größeren Baracke untergebracht, völlig vom eigentlichen Hospital getrennt, und ganz außerhalb der Umfriedigung desselben liegend. Das Abfertigungszimmer für die poliklinischen Kranken liegt in der Mitte der Baracke, ist geräumig, hat Terrazzofußboden, Oelfarbenanstrich der Wände in Manneshöhe, Waschtisch mit Anschluß an die Wasserleitung und den Kanal, Instrumentenschrank, Untersuchungstisch und Bücherpult. Auf der einen Seite dieses Zimmers liegt ein Warteraum für Männer und einer für Frauen, auf der anderen Seite ein Wohnzimmer für die Assistenzärzte, daneben ein kleines Zimmer für die pathologisch-anatomische Sammlung, und dann kommt das rechtwinklig geformte (zwei Fensterfronten zum Mikroskopieren!) Laboratorium für pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen.

c) Pathologisches Laboratorium (cf. Plan pg. 104, 13 und 118, VIII, 6).

Dasselbe ist nichts weniger wie luxuriös — dazu hatten wir kein Geld — doch genügend eingerichtet und ausgestattet, um alle notwendigen anatom.-patholog. und bakteriologischen Untersuchungen am Krankenbett und für den klinischen Unterricht zu leisten, als auch seitens der Schüler kleinere wissenschaftliche Arbeiten anfertigen zu lassen, in erster Linie zur didaktischen Ausnutzung des durch die Autopsien gelieferten anatom. Materials. Es arbeiten stets hier neben den Assistenten eine Anzahl sich freiwillig meldender Schüler, die durch ihren Fleiß und ihre Anstelligkeit Prof. Deycke Freude gemacht haben.

d) Quarantäne (cf. Plan pg. 118, IV, 2).

Die Quarantäne liegt gerade am entgegengesetzten Ende der Poliklinik, also ebenfalls völlig abseits aller Krankenräume. Sie ist bestimmt zur Aufnahme akut infektiöser Kranken, die aus irgend welchen Gründen nicht abgewiesen werden können und auch gerade zu Lehrzwecken willkommen sind (gelegentlich Diphtherie, Scharlach,

Pocken, Lepra etc.). Sie hat acht Betten, völligen Linoleumbelag des Fußbodens, Oelfarbenanstrich der Wände, Bade- und Wascheinrichtungen mit Anschluß an die Wasserleitung und den Kanal. Das Wartepersonal ist völlig getrennt und für Wäschereinigung etc. bestehen besondere Bestimmungen.

e) Wirtschaftsgebäude (cf. Plan pg. 104, 2—5 u. 118, II).

Die gesamten wirtschaftlichen Einrichtungen sind in dem dicht neben dem Krankenhaus erbauten, steinernen, einstöckigen Häuserblock untergebracht, dessen Anordnung und Einteilung man am besten aus dem Plan des Krankenhauses ersieht. Ich will keineswegs behaupten, daß man die wirtschaftliche Frage nicht noch besser hätte lösen können, aber jedenfalls ist sie entsprechend den lokalen Verhältnissen und den zur Verfügung stehenden geringen Geldmitteln in einer befriedigenden Weise gelöst. Ich muß sogar behaupten, daß dieser Teil des Krankenhauses eine wirklich wertvolle Neuerung für die Türkei darstellt, und zwar so einfacher Art, daß sie (mit einigen geringen Verbesserungen) ohne weiteres jedem türkischen Krankenhaus angefügt werden kann, und damit sofort dem Krankenhaus einen modernen Krankenbetrieb ermöglichen würde. Wenn man vielleicht die Räume noch etwas größer nimmt, wenn man eine zweite Etage als Trockenboden¹⁾ mit Wäscheaufzug über das Waschhaus baut, die kleinen Nebenräume der Küche (cf. Plan pg. 118, II, 8 u. 9) bequemer zugänglich macht etc., so ist in der Tat eine den türkischen Erfordernissen durchaus genügende und billige Wirtschaftseinrichtung für ein Krankenhaus von 150 oder 200 Betten fertig.

In diesem, das Wirtschaftsgebäude darstellenden Häuserblock sind untergebracht: Küche, Waschraum, Verbandfabrik und daneben das Maschinenhaus. Der Plan wird besser, wie eine Beschreibung Klarheit über die Situation geben (cf. Plan pg. 118, II).

Man sieht zunächst, daß das Prinzip der „reinen“ und „schmutzigen“ Seite streng gewahrt ist. Der Eingang zum Maschinenhaus liegt natürlich auf der schmutzigen Seite, ganz abseits, der Eingang zum Waschhaus und den anderen Räumen auf der reinen, d. h. der dem Krankenhaus zugekehrten Seite.

Im Maschinenhaus (cf. Plan pg. 104, 5 u. 118, II, 6) sind zwei Kessel:

1) Ist notdürftig in einem noch erhaltenen großen Saal des neben dem Hospital liegenden und zerstörten Gebäudes untergebracht.

1. Ein kleiner, stehender (alter) Kessel. Derselbe versorgt mit Dampf:

- a) Etuve,
- b) Einweichbassin für schmutzige Wäsche,
- c) den großen Lautenschlägerschen Sterilisationsapparat in der Verbandfabrik und er liefert:
- d) die ganze Menge des sterilisierten Wassers für Krankenhaus und Apotheke (durch die mit dem Sterilisator verbundene Vorrichtung), (cf. Plan pg. 118, II, 3b).

2. Ein großer liegender Dampfkessel (cf. Plan pg. 118, II, 7a). Die ganze Leitung ist ausgeführt von Siemens und Halske, der Dampfkessel ist bezogen von Wolf, Buckau bei Magdeburg. Derselbe treibt:

- a) Dynamomaschine (cf. Plan pg. 118, II, 7b) für elektrische Lichtanlage und Röntgenbetrieb,
- b) Waschmaschine (cf. Plan pg. 118, II, 2a), Centrifuge (cf. Plan pg. 118, II, 2b) zum Schleudern der Wäsche und Dampfmangel,
- c) großes eisernes Heißwasserreservoir (cf. Plan pg. 118, II, 2d) für das heiße Gebrauchswasser in Waschhaus und Küche.

Es war mein Hauptzweck, die Oekonomie der Anlage¹⁾ den Türken vor die Augen zu führen, zu beweisen, daß nicht hundert oder tausend Ltq. erforderlich sind, um etwas zustande zu bringen, sondern daß kleine Summen genügen, wenn nur die Summen für die Zwecke, für die sie bestimmt sind, angewandt werden. Gerade deshalb habe ich oben (pg. 113 Anm. 1) betont: Diese gesamte, in keinem anderen türkischen Militärkrankenhause zu sehende Wirtschaftsanlage habe ich bezahlt aus den monatlichen Ersparnissen des für die Bedürfnisse der Kranken bestimmten Budgets, ohne daß diese Kranken in ihren berechtigtem Ansprüchen benachteiligt worden sind. Die Erfahrung steht mir zur Seite, daß man hier in der Türkei oft mit überraschend geringen Summen auskommt, man kommt mit ihnen weiter, als das in Deutschland auch nur annähernd denkbar wäre.

1) Zur Inbetriebsetzung des großen Heißwasserreservoirs (sub c.) genügt zum größten Teil der „Nebendampf“ der Maschine, d. h. derjenige, der in die Luft geht, wurde wieder aufgefangen und hergeleitet; mithin kostet uns die Gewinnung des heißen Wassers für Küche und Waschhaus so gut wie nichts, höchstens die Zinsen der einmaligen Anlage des Reservoirs. Wie viel Geld wird täglich in den türkischen Küchen und Waschküchen etc. ausgegeben, wenn große mächtige Scheite Holz — Kohlen sind unbekannte, fast märchenhafte Gebilde — verbrannt werden, nur um einen Topf heißen Wassers zu gewinnen.

Als Wäschedepot habe ich mir eine für den Kriegsfall dienende, transportable Baracke erbettelt. Dieselbe ist hier nach dem Doekerschen System von Offizieren des Kriegsministeriums aus Holz sehr gut gebaut und stellt, nachdem wir die Schränke für die Wäsche etc. hineingetan haben, ein fast ideales Wäschedepot dar. Ihre beiden Einzelräume werden als Flick- und Arbeitsräume benutzt.

f) Diensträume der Aerzte und Beamten des Krankenhauses.

Im Krankenhause wohnen die Schwestern, die Assistenzärzte und die zur Krankenpflege bestimmten Soldaten. Alle übrigen Aerzte und Beamten haben nur Dienstzimmer. Die Wohnung der Schwestern liegt innerhalb der allgemeinen Beamtenbaracke, aber durch eine Zwischenwand nach Art des türkischen Hauses völlig getrennt, mit eigenem Eingang, eigenem Garten und einer als Küche, Badezimmer etc. dienenden kleinen Extrabaracke. Die vier Schwestern haben ein gemeinsames Wohnzimmer und zwei Schlafzimmer zur Verfügung. Sie verpflegen sich mit eigener Köchin in eigener Küche. Es ist dies nach meinem Dafürhalten geradezu unerlässlich schon mit Rücksicht auf den immerhin aufreibenden und gerade die Nerven anspannenden Dienst, mit Rücksicht auf das fremde, ungewohnte Klima, auf die körperlichen und geistigen Entbehrungen in dem völlig andersgearteten Lande. Eine gute und zweckmäßige Verpflegung, wie wir sie in Deutschland gewohnt sind, spielt dementsprechend eine sehr große Rolle.

Die Dienstzimmer für die einzelnen Beamten sind aus dem Plan ersichtlich (cf. Plan pg. 104, 7 u. 118, V, 4—8), ebenso die Räume zur Unterkunft der Soldaten (cf. Plan pg. 118, IV, 1). Die Einrichtung der letzteren sind den türkischen Verhältnissen entsprechend und bis jetzt absichtlich so gelassen, lassen aber in hygienischer Hinsicht doch manches zu wünschen übrig. Die Beamtenzimmer bieten weiter kein Interesse, liegen aber (Zimmer des Direktors, des Verwalters, des Sekretärs) räumlich bequem nebeneinander. Klosetteinrichtung für deutsche Aerzte à la franca, und solche für türkische Aerzte à la turca (cf. Plan pg. 118, IV, 5a u. b) sind getrennt vorhanden.

VIII. Abschnitt.

Umgestaltung der Küche¹⁾.

Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit und auf das völlige Fehlen rationeller wirtschaftlicher Einrichtungen in türkischen Hospitälern muß ich auf Küche- und Waschhausbetrieb ausführlich eingehen.

Die Küche ist auch im deutschen Krankenhause oftmals ein wunder Punkt in der Verwaltung. Ich rede da aus Erfahrung, denn ich habe mich dienstlich viel mit diesen, oft recht unerquicklichen Dingen beschäftigen müssen.

Wenn auch zahllose Stoffwechseluntersuchungen die Ernährung des gesunden und zum Teil auch des kranken Menschen auf eine wissenschaftliche Basis gestellt und dementsprechend feststehende Prinzipien des Ernährungsmodus geschaffen haben, so bedingen doch auch bei uns lokale, soziale und pekuniäre Verhältnisse den Uebelstand, daß Wissenschaft und Praxis nicht immer in Einklang zu bringen sind, so daß es auch in unseren Krankenhäusern kein leichtes ist, allen Kranken eine zweckentsprechende und genügende Verpflegung dauernd zu geben.

Noch wesentlich ungünstiger stellen sich die Verhältnisse in der Türkei. Zunächst existiert kaum eine einzige, wissenschaftlich beglaubigte Beobachtung und Untersuchung über den Stoffwechsel des gesunden Orientalen, geschweige denn über denjenigen eines Kranken; dann aber sind wir hier in einem fremden Lande mit Lebensgewohnheiten und Lebenseinrichtungen, die diametral entgegengesetzt sind den unsrigen. Wir haben es auch nicht mit einer Rasse zu tun, sondern alles ist durcheinandergewürfelt, Europäer und Orientalen, und auch diese letzteren sind wieder wesentlich verschieden untereinander. Der Anatolier ist bezüglich seiner Konstitution ein ganz anderer Mensch wie der Syrer oder Araber, ja sogar unter der einzelnen Rasse, z. B. den Anatoliern, sind wieder gerade bezüglich Ernährung und Lebensweise bemerkenswerte Unterschiede. Die Ergebnisse unserer Nahrungsphysiologie so ohne weiteres hierher versetzen zu wollen, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Wenn auch der Orientale kein reiner Vegetarianer ist, so spielt doch die Pflanzennahrung eine wesentlich größere Rolle bei ihm als bei uns, und das einzige Fleisch, das man den Kranken in der „Form“ geben kann — nicht etwa aus pekuniären Gründen, sondern weil der Orientale kaum anderes Fleisch ißt — das Hammel-

1) Cf. pg. 104, 1 u. 118, II 1.

fleisch, kommt bei uns bezüglich Krankenernährung gar nicht in Betracht. Wir sind auch stets gescheitert, sobald wir einen Kranken nach deutscher Art besonders kräftig ernähren wollten¹⁾, und ich habe die wohlbegründete Ueberzeugung, daß, ehe nicht durch jahrelange, exakte Stoffwechseluntersuchungen der Gesunden auch hier in der Türkei eine wissenschaftliche Basis gewonnen ist, daß, sage ich, an eine rationelle Ernährung der Kranken des türkischen Krankenhauses gar nicht zu denken ist. Da helfen keine Konseils, da helfen auch keine europäischen Reformer mit noch so schön ausgearbeiteten Speisetabellen für Krieg und Frieden, da hilft nur langsames, exaktes, sachliches Arbeiten der einheimischen Aerzte in Theorie und Praxis. Bis dahin bleibt der Erfolg des Krankenhausarztes in der Türkei, besonders im Vergleich mit Deutschland, ein recht fragwürdiger, und es bleibt im günstigsten Falle noch jahrelang eine Frage offen, die für viele tausend Kranke und nicht minder für die Börse des Staates von der einschneidendsten Wichtigkeit ist.

Einstweilen blieb nichts anderes übrig, als die Krankenernährung wenigstens vom wirtschaftlichen Standpunkte aus in so rationelle Bahnen zu lenken, als es eben ging.

Das war aber auch leichter gesagt, als getan. Die türkische Küche, d. h. sowohl die Nahrungsmittel, als auch ihre Zubereitung ist von der unsrigen so grundverschieden und dementsprechend auch die ganze Einrichtung anderer Art, daß ich am Ende meiner Weisheit angelangt war. In diesem Dilemma habe ich einen Weg eingeschlagen, der, glaube ich, der einzig rationelle war: ich habe durch Anstellung einer „Wirtschaftsschwester“ auch hier die Hilfe der deutschen Frau herbeigeholt. Auf meine Bitte hin nahm Excellenz Zeki Pascha eine der Schwestern, Hanna Miller, für einige Zeit in seine Familie auf, um ihr Gelegenheit zu geben, nicht nur die türkische Küche samt allem Zubehör, sondern auch die innere Einrichtung und die Bedürfnisse eines türkischen Hauses durch eigene Anschauung kennen zu lernen. Der Schwester Hanna habe ich dann die Oberleitung der Küche, des Waschhauses, kurzum des ganzen Wirtschaftsbetriebes in Gülhane übertragen, und erst auf diese Weise ist auch diese schwierige Frage zu einem zwar nicht abgeschlossenen, aber doch recht bemerkenswerten Resultat gekommen. Ich kann es nicht leugnen, daß ich mit großer Befriedigung auf dieses Resultat

1) Bezüglich der in Gülhane von uns, bes. von Prof. Deycke angestellten Versuche siehe einiges pg. 303.

zurückblicke. Mehr als durch irgend etwas anderes ist mir durch diese in Gülhane begonnene Wirtschaftsreform ein Wegweiser gegeben, wie man hier zu Lande als Fremder Reformen anstreben soll, und sie hat mir im kleinen den Beweis geliefert, daß in manchen Dingen eine vernünftige, sachliche Veralgamierung europäischer und orientalischer Interessen möglich ist, ohne die Integrität beider Teile irgendwie zu beeinträchtigen.

Die Einrichtungen, überhaupt die ganze Ausstattung einer türkischen Krankenhausküche, sind sehr primitiver Art, sind derartig, daß eine gründliche Reinigung und Sauberhaltung kaum möglich ist. Alles schwarz berußt, tiefe Löcher in dem Fußboden und in den Wänden. Das Kochen geschieht über freiem Feuer, d. h. große Scheite Holz werden übereinander geschichtet, angezündet und darüber große Kessel gesetzt. Der ganze Qualm kann höchstens durch die geöffneten Fenster abziehen.

Das Verteilen der Speisen geschieht auf dem Fußboden, auf dem Töpfe mit Fleisch, Gemüse und Suppen offen und durcheinander stehen, häufig von ganzen Scharen herrenloser Hunde umlagert. Von fließendem Wasser und Anschluß an den Kanal keine Spur.

Die Küche Gülhanes erhielt zunächst funktionierenden Wasser- und Kanalanschluß, erhielt Zementplattenbelag des Fußbodens und Kachelbelag der Wände (in 2 m Höhe), Aufwascheinrichtung mit Zu- und Abfluß und genügendes Geschirr.

Dann war das Hauptereignis des Tages das Hineinsetzen des großen Herdes. 180 cm lang und 144 cm breit steht er frei in der Mitte der Küche. Auf der einen Seite besitzt er eine freie Koch-einrichtung (Holzmaterial) mit drei großen ca. 100—150 lit. fassenden kupferverzinnnten Töpfen, genügend groß, um Kranken- und Soldatenkost zu gleicher Zeit bereiten zu können. Die anderen nach europäischer Art mit Ringen versehenen Kochöffnungen sind für Kohlenfeuer eingerichtet und dienen namentlich zur Fertigstellung der Zusätze der ersten Form (Extraverordnungen etc.). Die zwei am äußersten Ende befindlichen Brat- und Backöfen sind meistens nur als Wärmeschränke zum Warmhalten der Patientenkost und Vorwärmen des Geschirrs im Gebrauch, denn das Bratfleisch wird nach türkischer Sitte auf einem seitlich eingemauerten Rost gebraten.

Durch diese Nebeneinanderstellung von europäischer und türkischer Art sollten und haben sich die türkischen Soldaten, die als Köche funktionieren, allmählich mit der bequemen fränkischen Art

vertraut gemacht, und das umso lieber, als sie auch ihre altgewohnte Sitte respektiert sahen.

Das Anlernen der Soldaten zu den eingeführten Neuerungen der Küchenarbeit und besonders des Essenverteils machte geringere Schwierigkeiten, als zu erwarten war. Die Soldaten sahen bald die Annehmlichkeiten und die praktischen Vorzüge der „fränkischen Art“ ein, verfielen zwar häufig in alte Fehler, aber auch hier führte Geduld und Wille dazu, das völlig neue Repertoire einzustudieren.

Vor allem wurde eine mit dem ärztlichen Dienst im Krankenhause Hand in Hand gehende Zeiteinteilung der Küchenarbeit getroffen. Erst dadurch wurde rückwirkend der Betrieb der Küche ein geregelter. Die für alle Formen gleichmäßig zubereitete Morgensuppe wurde nach Reinigung der Krankensäle ausgeteilt. 2 Stunden darauf die Milch der ersten Form und ca. 2 Stunden später, zusammenfallend mit der Beendigung der ärztlichen Visiten, das Mittagessen. Zwischen Mittagessen und Abendessen liegt ein Zeitraum von ca. 5 Stunden, in welcher Zeit die Küchensoldaten Gelegenheit haben zur gründlichen Reinigung der Küche, zum Gemüseputzen und sonstigen Vorbereitungen für den andern Tag.

Speiseträger existieren für jeden Saal gesondert. Jede Portion inklusive Fleisch wird in der Küche an der Hand der Speisetabellen, die der erste Apotheker rechtzeitig täglich zu liefern hat, für jeden Kranken ausgeteilt resp. gewogen. Trotzdem erledigt sich der Transport sämtlicher Speiseformen schnell, jedenfalls bekommen bei den geringen Entfernungen alle Kranken fast zu gleicher Zeit und warm ihr Essen. Die Speisereste werden in Tankeimern gesammelt und, wie hier üblich, ins Meer geworfen; das schmutzige Geschirr wird in der kleinen, von der Küche getrennten Aufwaschkammer (cf. Plan pg. 118, II, 8) gereinigt und dort bis zum Gebrauch aufbewahrt.

Die Austeilung der Rohmaterialien der Speisen (Hülsenfrüchte etc., der Seife für das Waschhaus etc.) geschieht durch den Inspektionsoffizier im Materialiendepot (cf. Plan pg. 118, III, 4) und zwar in der Zwischenpause des Mittags- und Abendessens, in welcher auch die Brotverteilung stattfindet.

Die durchgreifendste Aenderung geschah bezüglich der Diätformen. Das für alle türkischen Krankenhäuser bestehende Reglement (pg. 155, Tab. Ia) ist mindestens unglaublich unpraktisch. Es zerfällt in sechs Formen, die noch dazu in quantitativer und qualitativer Hinsicht fast identisch, eine derartige Verzettelung und Er-

schwerung des Betriebs bedingen, daß ein promptes Arbeiten, eine klare Uebersicht und vor allen Dingen eine leichte Kontrolle einfach unmöglich ist.

Ohne daß bezüglich der Quantität und Qualität der Serakeriatslieferung etwas geändert wurde¹⁾, habe ich das gegebene Reglement des Kriegsministeriums derart zusammengestrichen, daß drei brauchbare Formen daraus entstanden:

I. Form für Schwerkranke, Fieberkranke etc. Zusatzverordnungen sind erlaubt.

II. Form für Leichtkranke und Rekonvalescenten. Als Zusatz sind nur Milch und Eier erlaubt.

III. Form. Volle Diät, Zusätze jeder Art sind verboten.

Für Kinder besteht Exradiät.

Dadurch wurde ermöglicht:

1. Erleichterung, Uebersicht und Kontrolle des Betriebes auf der Abteilung wie in der Küche.

2. Bestnliche Abwechselung der Diät, entgegengesetzt dem täglichen Einerlei der alten Speisordnung.

3. Vermeidung aller überflüssigen Extraverordnungen. Denn die Extraverordnungen sind es besonders, die den Betrieb erschweren und verteuern. Deshalb wurde möglichst angestrebt, die einzelnen Formen als Ganzes zu gestalten und in sich zu schließen derart, daß sie schon allein für die Bedürfnisse des betreffenden Krankenstadiums genügen.

Hierbei war eine wesentliche Erleichterung gegenüber deutschen Verhältnissen dadurch gegeben, daß man dank den zarten und abwechslungsreichen Gemüsen, die der Türke gerade mit gehacktem oder geschabtem Fleisch gern nimmt, und durch die beliebten (nationalen) Milch- und Reisspeisen eine ganz ausgezeichnete Diät für Leichtkranke und Rekonvalescenten zusammenstellen kann. Als Getränk²⁾ kamen in bequemer Weise die sehr beliebten Fruchtsäfte in Limonadenform in Anwendung, die so billig sind, daß sie der Form einbegriffen werden konnten, eine unschätzbare Annehm-

1) Aenderungen in dieser Hinsicht waren schon um deswillen unmöglich, weil damit Aenderungen für alle Krankenhäuser des Landes notwendig geworden wären, d. h. eine nicht unwesentliche Budgetänderung des Gesamtetats des Staates bedingt wurde.

2) Auch der gesunde Türke bedarf einer so großen täglichen Flüssigkeitszufuhr, daß gutes und schmackhaftes Trinkwasser eine direkte Lebensfrage für ihn ist.

lichkeit für alle Kranken, namentlich während der heißen Sommermonate.

In der I. Form wurde jedem Kranken ein halbes Liter Milch gegeben — überhaupt ist mit Milch niemals gespart worden, trotzdem diese bisweilen teuer und in guter Qualität schwer erhältlich ist.

Alles das, was ich soeben gesagt habe, werden die nachfolgenden, auf Grund offizieller Belege aufgestellten und von mir selbst berechneten Tabellen begründen.

Tabelle Ia gibt die alte in den türkischen Militärhospitälern eingeführte, und wie bereits oben gesagt, nach meinem Dafürhalten äußerst unzweckmäßige Speiseverordnung mit ihren verzettelten sechs Formen und zahlreichen Extraverordnungen.

Tabelle Ib gibt das von mir verbesserte und seit zwei Jahren in Gülhane eingeführte Reglement. Die „Verbesserung“ ist im wesentlichen erzielt durch eine Verschiebung der „ration extraordinaire“ in die „ration ordinaire“, und zwar ohne daß die finanzielle Leistung des Kriegsministeriums, dessen Kasse für die ration ordinaire aufzukommen hat, erhöht wird. Ganz im Gegenteil, sie wird verringert.

Tabelle II gibt den Speisezettel Gülhanes auf den Tag, und Tabelle III auf die Woche verteilt an.

Tabelle IV und V gibt eine genaue Berechnung der Verpflegung des alten (IV) und des neuen (V) Regimes. Die Resultate dieser Berechnung sind recht beachtenswert:

1. Der Verpflegungssatz des einzelnen Kranken (Kosten des Verpflegungstages) ist ein so geringer, daß er gegenüber demjenigen in deutschen Krankenhäusern beinahe ein minimaler zu nennen ist.

Es verpflegten laut den im Druck vorliegenden Krankenhausberichten:

1901. Neues Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf pro Tag für 1,45 Pfg.

1901. Altes Allgem. Krankenhaus Hamburg-St. Georg pro Tag für 1,62 Pfg.

1898/99. Allgem. Krankenhaus Lübeck pro Tag für 1,24 Pfg.

1896. Städtisches Krankenhaus München links der Isar pro Tag für 0,89 Pfg.

1899. Städtisches Krankenhaus München rechts der Isar pro Tag für 0,85 Pfg.

1901. Städtisches Krankenhaus Hannover pro Tag für 1,22 Pfg.

Während sich also in den Tabellen Gülhanes der Verpflegungssatz zwischen 86—96 Para gleich 39—42 Pfg. bewegt, schwankt er in deutschen Krankenhäusern zwischen 82 Pfg. und 1 Mk. 62 Pfg., d. h. der türkische Kranke wird um 50 bis 80% billiger verpflegt, als der deutsche.

2. Trotzdem die Speisenordnung Gülhanes die alte Speisenordnung wesentlich übertrifft, indem sie sowohl den Bedürfnissen der Kranken als auch den Bedürfnissen der Verwaltung weit besser gerecht wird, stellt sie sich billiger.

3. Die Ersparnis kommt auf Rechnung der Zahlung, die das Kriegsministerium zu leisten hat.

Wie man aus den Tabellen ersieht, werden die finanziellen Bedürfnisse des türkischen Militärkrankenhauses bestritten,

a. aus der Kasse des Kriegsministeriums, zur Deckung der ration ordinaire, sozusagen des Grundstockes der Ernährung;

b. aus einem Extrabudget¹⁾ zur Deckung der Bedürfnisse in der Ernährung des Kranken, je nach der Art und dem Stadium seiner Erkrankung; denn die ration ordinaire ist weit eher für die Bedürfnisse eines gesunden Soldaten, als auf die eines Kranken zugeschnitten. Jedenfalls trägt sie weder qualitativ noch quantitativ auch nur annähernd den Charakter einer Krankenkost. Dieses also unbedingt notwendige Extrabudget ist aber — *horribile dictu* — in seiner Höhe und in seiner Herkunft für die meisten Krankenhäuser so ungenügend festgelegt, daß jedenfalls nicht auf eine regelmäßige, oft sogar auf eine Bezahlung überhaupt nicht zu rechnen ist. Diese unbestreitbare Tatsache illustriert mehr als alle Worte, wie es in Wahrheit mit der Krankenverpflegung in den türkischen Militärhospitälern bestellt ist²⁾.

Der Endzweck der in Gülhane unternommenen Wirtschaftsreform war nun der, festzustellen, wie hoch die Summe sein müßte, um diese Extrabedürfnisse zu decken, d. h. um den türkischen

1) Für Gülhane aus der Kasse des Ministeriums für Minen und Forsten, cf. pg. 112.

2) Nach den mir gewordenen Mitteilungen sollen bekommen neben der vollen Seraskeriatslieferung als Extrabudget (Mutefarrik):

Hospit. d. Seraskeriats	250 Bett.	jährl.	90 Ltq.	(nach uns. Ansicht mind. nötig 250 Ltq.)
„ Beylerbey	500	„	120	„
„ Haidar Pascha	800	„	300	„

Ich sage ausdrücklich „sollen bekommen“, denn in Wirklichkeit bekommen sie selbst diese durchaus ungenügenden, minimalen Summen nicht. — Man vergleiche nun noch einmal die Ausgaben, die Deutschland für die Ernährung seiner Kranken zahlt!!

Kranken eine berechtigten ärztlichen Ansprüchen genügende Diät verabreichen zu können, und zwar unter Benutzung resp. Aufrechterhaltung der vom Seraskeriat gelieferten Mengen. Das finanzielle Ergebnis ist auch hier ein überraschend günstiges. Um die Extrabedürfnisse von 150 Betten (bei starker Belegzahl) in Gülhane zu decken, waren noch nicht 300 Ltq.¹⁾ jährlich, d. h. 2 Ltq. pro Bett jährlich oder 1 Medschidieh pro Bett monatlich notwendig. Dazu kamen dann noch, wie aus Tabelle Vc ersichtlich, ca. 600 Ltq. (2 Medschidieh pro Bett monatlich) aus der Kasse des Kriegsministeriums (ration ordinaire), damit wurden zugleich gegenüber der alten Speisensordnung des 1. und 2. Jahres, im 3. und 4. Jahre ca. 140 Ltq., also fast ein halber Medschidieh pro Bett monatlich von der Lieferung des Kriegsministeriums gespart. Demnach wäre, wenn man das alte Speisereglement aufrecht erhalten will, etwas über ein halber Medschidieh pro Bett monatlich diesem hinzuzufügen, um eine genügende Diät zu erhalten. Weit besser allerdings ist es, man führt meine neue Speisensordnung in alle Militärkrankenhäuser ein, gibt also 1 Medschidieh aus einem Extrabudget und nur 2 bis 2½ Medschidieh aus der Kasse des Kriegsministeriums pro Bett monatlich.

Aber auch abgesehen von diesen einwandfreien, für die Staatskasse sowohl wie für die kranken Türken recht wichtigen Erhebungen, ist die Arbeit, die die Verwaltungsmaschine Gülhane bewältigt hat, eine durchaus beachtenswerte.

Wir haben:

Jahr	Kranke	Verpflegungstagen
I. (1. I. 1899 bis 31. XII. 1899)	1270	mit 42 363
II. (1. I. 1900 „ 31. VIII. 1900)	782	„ 26 932
III. (1. IX. 1900 „ 31. VIII. 1901)	1141	„ 41 972
IV. (1. IX. 1901 „ 1. IX. 1902)	1103	„ 39 257

d. h., wir haben in den 4 Jahren an 4296 Kranke 150 524 Tagesportionen verabreicht, oder mit anderen Worten, 150 524 kranke Türken je einen ganzen Tag ihrem jedesmaligen Krankheitsstadium entsprechend²⁾ ernährt.

Dazu kommen aber noch jährlich ca. 40 000 Verpflegungstage für Soldaten und Angestellte des Hospitales.

1) 1 Ltq. = 18 Mark 50 Pf. 1 Medschidieh = 3 Mark 60 Pf.

2) In Deutschland ebenso selbstverständlich, wie in der Türkei ungewöhnlich.

Von den zur Verfügung stehenden 150 Krankenbetten waren durchschnittlich pro Tag belegt:

I. Jahr	116
II. „ (8 Monate)	110
III. „	112
IV. „	107
im Mittel in 4 Jahren	112.

Hierbei ist in Betracht zu ziehen, daß die Krankenaufnahme während zweier Monate (Dezember—Ramasân, August—Reinigung des Krankenhauses) tunlichst eingeschränkt war.

Die Durchschnittsdauer der Krankheit des einzelnen Kranken ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht, d. h. also die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes eines Kranken im Krankenhaus berechnet sich:

I. Jahr auf	33,3	Tage
II. „ „	34,4	„
III. „ „	36,8	„
IV. „ „	35,5	„

d. h. 35 Tage auf die 4 Jahre im Durchschnitt gerechnet.

Für die deutschen Krankenhäuser ist die Durchschnittszahl des Krankenhausaufenthaltes pro Jahr etwa 30 Tage:

1901. Neues Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt 32,8 Tage.

1901. Altes Allgem. Krankenhaus Hamburg-St. Georg durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt 28,3 Tage.

1899. Allgem. Krankenhaus Lübeck durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt 32 Tage.

1901. Chirurgische Universitätsklinik Bonn durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt 30,3 Tage.

Der Grund, warum wir hier etwas höher gekommen sind, ist darin zu suchen, daß wir genötigt waren, die Kranken möglichst bis zur definitiven Heilung zu behalten und zwar

1. weil eine ambulante Behandlung aus lokalen Gründen (schwierige Kommunikationsverhältnisse etc.) nicht annähernd so oft statthaben kann, wie in Deutschland;
2. weil außerhalb des Krankenhauses nur zu oft die Bedingungen fehlen, um einen ungestörten Fortgang des Heilungsprozesses zu garantieren.

Denn es ist und bleibt Tatsache, daß das von deutschen Aerzten gegründete Krankenhaus Gülhane fast das einzige türkische Kranken-

haus der Hauptstadt des Reiches ist, in dem die kranken Untertanen S. K. M. des Sultans eine sachgemäße ärztliche Behandlung und von deutschen Krankenschwestern eine sachgemäße Pflege finden. Das ist die Wahrheit und das ändern weder Verleumdungen noch Vertuschungen.

Wenn man weiterhin in Berücksichtigung zieht, daß wir uns mit absolut unbekanntem Verhältnissen abfinden und aus dem Nichts schaffen mußten, wird man es mir verzeihen, wenn ich ruhmrederisch hervorhebe, daß sowohl bezüglich der Zahl der Operationen¹⁾, als auch der eben skizzierten Leistungen der Verwaltung, in Gülhane Resultate vorliegen, die denjenigen der best eingerichteten und seit vielen Jahren auf das beste funktionierenden Krankenhäuser Deutschlands an die Seite gestellt werden können, ganz abgesehen davon, daß diesen Krankenhäusern weit bedeutendere Geldmittel zur Verfügung stehen und vor allem ohne weiteres in geregelter Ordnung zufließen, während wir uns fast jeden Monat das Budget erbetteln, erkämpfen und oft sogar ertrotzen mußten. Auch das kommt noch dazu, daß wir nur im Anfang mit Civilpersonen, d. h. mit fachmännisch geschulten und entsprechend bezahlten Kräften gearbeitet haben. Bereits von Anfang des II. Jahres ab bestand principii causa das ganze Personal des Hospitales (Pflege- und Verwaltungspersonal) aus Soldaten, die wir uns selbst jedes Mal erst für den jedesmaligen Zweck anlernen mußten.

Die Hauptsache aber ist und bleibt, daß in Gülhane ehrliche Arbeit geleistet ist. Was hier geschrieben ist, ist wahr, und alle getroffenen Einrichtungen sind so ausgearbeitet, daß sie sofort in allen türkischen Militärkrankenhäusern zur Ein- und Ausführung kommen könnten²⁾. Die Staatskasse würde dabei Geld sparen, und die Kranken und Armen dieses Landes würden sich sehr gut stehen.

Trotzdem bedeutet für mich das alles keinen Abschluß. Stillstand ist Rückschritt. Das in Gülhane als brauchbar Erwiesene muß die Basis werden, auf der nunmehr die türkischen Aerzte aufbauen und ausbauen zu können die Erlaubnis erhalten. Nicht die Arbeit eines Fremden, nur die Arbeit des eigenen Volkes schafft dem Volke bleibende, dauernde Erfolge.

1) Cf. Statistik Abschnitt XIIIa.

2) Jan. 1903: Ist weder geschehen, noch liegen Anzeichen vor, daß es in Zukunft geschehen werde.

Tablelle Ia. Speisenordnung des Kriegsministeriums*).
Ration donné aux malades dans l'espace de 24 heures aux hôpitaux turques militaires.

Degré	Ration ordinaire						Ration extra-ordinaire																
	Pain	Viande	Viande pour bouillon	Riz pour soupe	Riz pour pilaw	Sel de cuisine	Beurre pour pilaw	Lait	légume sec.	légume frais	Vermicelle pour soupe	Poule	Poulet	Muhalebi	Sudlache	Hoschaf	Oeufs	Fruits	Jogourt	Citrons	Compote	Macaroni	
I. Diète abs.				64 gr				Quantité ordonnée															
II. Diète simple			96 gr	64 gr		20 gr		idem															
III.	1/2 160 gr	96 gr		64 gr		20 gr		idem				1/4	1/2										
IV.	1 320 gr	192 gr		64 gr		20 gr		idem				1/4											
V.	1 1/2 480 gr	288 gr		64 gr	96 gr	20 gr	16 gr					1/2										96 gr	
VI. Ration complète	2 640 gr	384 gr		64 gr	160 gr	20 gr	32 gr															96 gr	

Observations.

Degré	Degré 1.	Degré 2.	Degré 3.	Degré 4.	Degré 5.	Degré 6.
I.	Aux malades, ayant une diète absolue, on ne peut donner d'extra-ordinaires que de la gelée d'amidon à l'eau un citron. La soupe sera divisée pour matin et soir.	La soupe sera divisée en deux pour matin et soir. Quand on donne de la soupe à la vermicelle on doit supprimer la soupe aux riz.	La soupe comme précédemment. En donnant du poulet on doit supprimer la viande de mouton. Une seule qualité des extra-ordinaires doit être donnée aux malades.	idem	La soupe comme précédemment. Quand on donne du pain blanc on doit supprimer le pain ordinaire.	La soupe, le pain, le pilaw et les autres seront divisés en deux, pour être donnée aux malades matin et soir. Avec les macaronis le pilaw est supprimé.
II.	Vermicelle 48 gr	Légume sec. 32 gr	Légume frais 320 gr	Muhalebi riz 48 gr lait 320 " sucre 32 "	Hoschaf fruits 64 gr sucre 32 "	Sudlache riz 32 gr lait 320 " sucre 32 "
III.					Jogourt 160 gr	Fruits 160 gr sucre 80 "
IV.						Compote

*.) Wörtliche Abschrift des offiziellen Reglements.

Pflanzmittel.

	Gemüse.											
	Kartoffeln	Frische Früchte.						Getr. Früchte.				
		Weintrauben	Apfel	Wassermelone	Apfelsinen	Erdbeeren	Weichselkirschen	Rosinen	Pflaumen	Aprikosen	Getr. Birnen	Kornelkirsche
kg Para	kg Para	kg Para	kg Para	Stück Para	kg Para	kg Para	kg Para	kg Para	kg Piast.	kg Piast.	kg Piast.	
1899												
J	25	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—
F	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—
M	—	—	30	—	—	—	100	120	—	—	—	—
A	—	—	35	—	—	—	100	120	—	3	5	—
M	35	—	40	—	—	—	100	—	—	—	—	—
J	40	—	—	—	—	—	100	120	6	—	5	—
J	—	—	—	40	—	—	100	120	6	—	5	—
A	—	—	—	40	—	—	80	—	6	—	—	—
S	—	100	—	40	—	—	80	—	7	—	5	—
O	35	80	—	40	—	—	100	—	7	—	5	—
N	30	80	—	—	—	—	100	—	7	—	4	—
D	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
s	32 ^{1/2}	86 ^{2/3}	35	40	—	—	96 ^{4/11}	120	6 ^{1/3}	3	4 ^{5/7}	—
1900												
J	35	—	40	—	—	—	120	—	8	—	4	—
F	30	—	—	—	—	—	120	—	8	—	5	—
M	30	—	80	—	20	—	100	130	8	—	5	—
A	35	—	—	—	20	—	100	120	8	—	5	—
M	—	80	—	—	20	120	—	—	8	—	4	—
J	30	—	—	—	15	120	130	100	7	4	4	—
J	—	—	—	40	—	—	120	140	8	—	4	—
A	—	—	40	—	—	—	140	—	—	—	4	—
s	32	80	60	40	18 ^{3/4}	120	125	115	125	8 ^{5/7}	4	4 ^{3/8}

Tabelle IV c.
Berechnung der Kosten des 1. Jahres (auf Grund der
Tabelle IVa und b).

a) Lieferung, bezahlt vom Kriegsministerium.

	Verbrauch		Preis im Jahresdurchschnitt		Gesamtsumme		
Brot	16 678 kg	700 g		38 ¹ / ₄ Para	147 Ltq.	73 Piast.	
Fleisch	10 897 "	260 "		151 ¹ / ₂ "	385 "	34 "	9 Para
Reis	5 768 "	50 "		70 "	93 "	50 "	4 "
Fett	582 "	320 "		398 ² / ₃ "	53 "	79 "	31 "
Salz	868 "	580 "		20 "	4 "	2 "	12 "
Zucker	241 "	110 "		68 ¹ / ₆ "	3 "	86 "	35 "
Bohnen	3 "	840 "		30 "	1 "	7 "	
Zitronen	3 979 Stk.			3 ¹¹ / ₁₂ "	3 "	65 "	24 "
				Summa	692 Ltq.	74 Piast.	35 Para

b) Lieferung, bezahlt von der Mutfarrik.

Weißbrot	6 140 Stk.			10 Para	14 Ltq.	23 Piast.	—
Milch	7 887 kg	800 g		44 ² / ₃ "	81 "	60 "	1 Para
Jogourt	55 "	520 "		80 "	1 "	3 "	2 "
Eier	12 877 Stk.			9 ¹¹ / ₁₂ "	29 "	60 "	17 "
Huhn	233 "		5 ¹ / ₂ Piast.		11 "	93 "	20 "
Hühnchen	78 "		3 ² / ₇ "		2 "	40 "	
Nudeln	208 kg	190 "		90 "	4 "	36 "	17 "
Makkaroni	2 "	300 "		100 "	—	5 "	3 "
Käse	11 "	230 "	6 ³ / ₈ "		—	71 "	20 "
Oliven	3 "	230 "	4 "		—	12 "	37 "
Tabak	3 509 Pak.			20 "	16 "	26 "	20 "
Zigarettenpapier	140 "			3 "	—	10 "	20 "
Kabak	986 kg	440 "		24 ¹ / ₆ "	5 "	55 "	39 "
Spinat	1 557 "	140 "		17 ² / ₄ "	6 "	43 "	
Semisotte	183 "	680 "		12 "	—	55 "	4 "
Bohnen	19 "	160 "		76 "	—	36 "	16 "
Große Bohnen	3 "	840 "		20 "	—	77 "	
Bamia	244 "	50 "		66 "	3 "	78 "	27 "
Trockene Bamia	64 "	390 "	12 ¹ / ₂ "		7 "	24 "	27 "
Kartoffeln	73 "	380 "		32 ¹ / ₂ "	—	59 "	24 "
Weintrauben	12 "	960 "		86 ² / ₃ "	—	28 "	3 "
Aepfel	4 "	460 "		35 "	—	3 "	35 "
Wassermelonen	4 "	400 "		40 "	—	4 "	16 "
Rosinen	126 "	50 "		96 ⁴ / ₁₁ "	2 "	87 "	27 "
Pflaumen	5 "	20 "		120 "	—	15 "	2 "
Aprikosen	7 "	480 "	6 ¹ / ₂ "		—	48 "	5 "
Birnen		800 "	3 "		—	2 "	16 "
Kornelkirschen	12 "	218 "	4 ⁵ / ₇ "		—	57 "	29 "
				Summa	191 Ltq.	40 Piast.	27 Para

Seraskeriat: 692 Ltq., 74 Piaster 35 Para.

Mutfarrik: 191 " 40 " 27 "

884 Ltq., 7 Piaster 22 Para.

Auf 42 363 Verpflegungstage berechnet, macht pro Kopf 2 Piaster 10 Para.

**Berechnung der Kosten des 2. Jahres (auf Grund der
Tabelle IVa und b).**

a) Lieferung, bezahlt vom Kriegsministerium.

	Verbrauch		Preis im Jahresdurchschnitt		Gesamtsumme		
Brot	10 272 kg	690 g		38 Para	90 Ltq.	39 Piast.	2 Par
Fleisch	6 611 "	164 "		151 "	231 "	9 "	6 "
Reis	3 537 "	640 "		65 "	53 "	24 "	27 "
Fett	353 "	520 "		396 "	32 "	43 "	34 "
Kochsalz	507 "	820 "		20 "	2 "	37 "	36 "
Zucker	323 "	140 "		69 "	5 "	17 "	17 "
Getr. Bohnen	—	—		—	—	—	—
Zitronen	4 102 Stk.	—		4 ¹ / ₄ "	4 "	3 "	33 "
					Summa	418 Ltq.	67 Piast. 35 Par

b) Lieferung, bezahlt von der Mutfarrik.

Weißbrot	3 887 Stk.			10 Para	8 Ltq.	107 Piast.	30 Par
Milch	8 159 kg	150 g	—	41 "	77 "	47 "	5 "
Jogourt	243 "	960 "	—	82 ¹ / ₂ "	4 "	71 "	6 "
Eier	12 532 Stk.			9 ⁵ / ₈ "	27 "	99 "	21 "
Huhn	397 "	—	6 ¹ / ₄ Piast.	—	22 "	105 "	—
Hühnchen	21 "	—	3 "	—	—	63 "	—
Nudeln	270 kg	90 "		82 ¹ / ₂ "	5 "	17 "	2 "
Tabak	921 Pak.			20 "	4 "	28 "	20 "
Zigarettenpapier	7 "			2 "	—	—	14 "
Kabak	341 kg	370 "		24 ¹ / ₄ "	1 "	98 "	37 "
Spinat	998 "	460 "		30 "	6 "	100 "	34 "
Semisotte	160 "	200 "		15 ² / ₃ "	—	62 "	30 "
Bohnen	260 "	110 "		54 "	3 "	27 "	6 "
Gr. Bohnen	52 "	160 "		30 "	3 "	39 "	5 "
Bamia	75 "	260 "		70 "	1 "	23 "	28 "
Boree	26 "	200 "		15 "	—	9 "	33 "
Artischocken	37 "	60 "		37 ¹ / ₂ "	—	34 "	30 "
Getr. Bamia	18 "	820 "	12 "	—	2 "	10 "	—
Kartoffeln	176 "	960 "		32 "	1 "	33 "	23 "
Weintrauben	101 "	440 "		80 "	—	27 "	35 "
Aepfel		480 "		60 "	—	—	29 "
Wassermelonen	9 "	400 "		40 "	—	9 "	16 "
Apfelsinen	72 Stk.	—	—	18 ² / ₃ "	—	33 "	24 "
Erdbeeren	1 kg	460 "		120 "	—	4 "	15 "
Weichselkirschen	40 "	—		125 "	1 "	17 "	—
Rosinen	204 "	740 "		115 "	5 "	48 "	25 "
Pflaumen	4 "	20 "		125 "	—	12 "	23 "
Aprikosen	34 "	200 "	8 ⁵ / ₇ "	—	3 "	42 "	—
Birnen		980 "	4 "	—	—	3 "	37 "
Kornelkirschen	21 "	540 "	4 ³ / ₈ "	—	—	94 "	14 "
					Summa	181 Ltq.	86 Piast. 22 Par

Seraskeriat: 418 Ltq. 67 Piaster 35 Para.

Mutfarrik: 181 " 86 " 22 "

Totalsumme: 600 Ltq. 46 Piaster 17 Para.

Auf 26 932 Verpflegungstage berechnet, pro Kopf 2 Piaster 16 Para.

ent des I

Be:

Semisotte		Eierpflanze (Aubergine)	
kg	gr	kg	gr
32	960	5	2
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—
158	720	—	—
53	120	—	—
—	—	10	8
—	—	25	—
244	800	41	—
—	—	98	8
—	—	123	5
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—
130	640	—	—
93	790	—	—
—	—	12	5
—	—	10	8
2	24430	245	7
4	69230	286	7

Speisen.

	emüse.							Getr. Früchte.		
	Kartoffeln	Frische Früchte						Rosinen	Pflaumen	Aprikosen
		Weintrauben	Wassermelonen	Pflaumen	Quitten	Apfelsinen	Aepfel			
kg Para	kg Para	kg Para	kg Par.	kg Par.	kg Par.	kg Para	kg Para	kg Para	kg Para	
1901	30	40	15	—	40	—	60	100	100	—
	30	40	32	—	40	—	70	100	100	—
	30	—	30	—	40	—	50	120	100	—
	30	—	—	—	—	—	65	100	120	—
	30	—	—	—	—	—	—	100	120	—
	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	30	—	—	—	—	—	—	80	120	—
	30	—	—	—	—	—	—	80	120	—
	30	—	—	—	—	—	—	80	120	—
	—	—	—	—	—	—	—	80	120	—
	—	—	40	—	—	—	60	80	—	—
	—	60	40	45	—	—	60	80	—	—
	30	46 ² / ₃	31 ² / ₃	45	40	—	60 ⁵ / ₈	91 ¹⁰ / ₁₁	113 ¹ / ₃	—
1902	—	55	20	—	—	—	50	—	—	—
	30	60	30	—	—	—	60	—	120	—
	30	—	—	—	—	—	60	75	110	—
	30	—	—	—	40	—	—	80	110	—
	30	—	—	—	—	—	—	80	110	—
	30	—	—	—	—	—	—	80	—	—
	30	—	—	—	—	15	—	75	—	—
	30	—	—	—	—	—	—	90	—	200
	30	—	—	—	—	—	—	95	—	200
	—	—	—	—	—	—	—	90	—	200
	—	—	—	—	—	—	—	90	—	—
	—	60	—	60	—	—	—	120	—	—
	30	58 ¹ / ₃	25	60	40	15	56 ² / ₃	87 ¹ / ₂	112 ¹ / ₂	200

Tabelle Vc.

Berechnung der Kosten des 3. Jahres (auf Grund der Tabelle Va und b).

a) Lieferung, bezahlt vom Kriegsministerium.

	Verbrauch		Preis (im Jahre durchschnittlich)		Gesamtsumme		
Brot	15 541 kg	800 g	—	34 Para	122 Ltq.	34 Piast.	21 Para
Fleisch	10 496 „	530 „	—	135 ¹ / ₈ „	329 „	24 „	39 „
Reis	6 471 „	480 „	—	70 ² / ₈ „	105 „	92 „	38 „
Fett	730 „	830 „	—	329 „	55 „	71 „	3 „
Salz	830 „	640 „	—	20 „	3 „	91 „	13 „
Zucker	663 „	610 „	—	69 „	10 „	64 „	29 „
Trockene Bohnen	84 „	650 „	—	39 ¹ / ₈ „	—	82 „	35 „
Zitronen	1 062 Stk.	—	—	4 ¹ / ₄ „	1 „	4 „	33 „
				Summa	629 Ltq.	35 Piast.	11 Para

b) Lieferung, bezahlt von der Mutfabrik.

Milchbrot	9 586 Stk.			8 Para	17 Ltq.	81 Piast.	8 Para
Milch	10 248 kg	600 g		45 „	106 „	81 „	27 „
Jogourt ¹⁾	21 „	300 „		78 ³ / ₄ „	—	41 „	37 „
Eier	6 502 Stk.	—		9 ¹ / ₂ „	14 „	32 „	9 „
Huhn	250 „	—	7 ¹ / ₄ Piast.	—	16 „	94 „	—
Hühnchen	98 „	—	3 ¹ / ₄ „	—	2 „	102 „	—
Käse	—	580 „	—	320 „	—	4 „	26 „
Nudeln	534 kg	180 „	—	81 ¹ / ₁₂ „	10 „	2 „	33 „
Gries	630 „	150 „	—	63 ¹ / ₈ „	9 „	28 „	14 „
Kabak	810 „	360 „	—	32 ² / ₇ „	6 „	6 „	2 „
Spinat	1 048 „	760 „	—	13 ¹ / ₈ „	3 „	20 „	5 „
Semisotte	244 „	800 „	—	16 ¹ / ₈ „	—	99 „	38 „
Aubergine	41 „	—	—	45 „	—	46 „	5 „
Kohl	305 „	340 „	—	13 „	—	99 „	9 „
Große Bohnen	191 „	440 „	—	18 „	—	86 „	6 „
Bamia, fr.	66 „	525 „	—	27 ¹ / ₂ „	—	45 „	29 „
Frische Bohnen	856 „	100 „	—	41 „	8 „	13 „	20 „
Trockene Bamia	26 „	40 „	—	592 „	3 „	61 „	16 „
Kartoffeln	610 „	240 „	—	30 „	4 „	25 „	27 „
Weintrauben	66 „	560 „	—	46 ² / ₈ „	—	77 „	26 „
Wassermelonen	256 „	280 „	—	31 ² / ₈ „	1 „	93 „	7 „
Pflaumen	77 „	20 „	—	45 „	—	86 „	26 „
Quitten	163 „	120 „	—	40 „	1 „	55 „	5 „
Aepfel	339 „	200 „	—	60 ⁵ / ₈ „	4 „	83 „	35 „
Rosinen	450 „	36 „	—	91 ¹⁰ / ₁₁ „	9 „	62 „	2 „
Getr. Pflaumen	147 „	968 „	—	113 ¹ / ₃ „	3 „	95 „	9 „
				Summa	230 Ltq.	14 Piast.	33 Para

Seraskeriat: 629 Ltq., 35 Piaster, 11 Para.

Mutfabrik: 230 „ 14 „ 33 „

Totalsumme: 859 Ltq. 50 Piaster 4 Para.

Auf 41 972 Verpflegungstage pro Kopf 2 Piaster 8 Para.

1) Eine Art „dicke Milch“.

**Berechnung der Kosten des 4. Jahres (auf Grund der
Tabelle Va und b).**

a) Lieferung, bezahlt vom Kriegsministerium.

	Verbrauch		Preis (im Jahre durchschnittlich).		Gesamtsumme		
Brot	14 963 kg	840 g	31	Para	107 Ltq.	41 Piast.	—
Fleisch	9 502 "	60 "	136 ¹ / ₄	"	299 "	83 "	5 Para
Reis	4 895 "	105 "	67	"	75 "	99 "	12 "
Fett	608 "	167 "	392	"	55 "	20 "	1 "
Salz	763 "	836 "	20	"	3 "	57 "	36 "
Zucker	600 "	192 "	60	"	8 "	36 "	12 "
Trockene Bohnen	13 "	440 "	41	"	—	13 "	31 "
Zitronen	520 Stk.	—	3 ³ / ₄	"	—	48 "	30 "
					Summa	550 Ltq.	76 Piast. 7 Para

b) Lieferung, bezahlt von der Mutefarrik.

Milchbrot	3 673 Stk.		8	Para	6 Ltq.	86 Piast.	24 Para
Milch	12 133 kg	670 g	45	"	126 "	42 "	15 "
Jogourt	61 "	80 "	70 ¹ / ₃	"	—	107 "	16 "
Eier	6 555 Stk.	—	9	"	13 "	70 "	35 "
Huhn	662 "	—	263 ¹ / ₃	"	40 "	38 "	7 "
Käse		180 "	320	"	—	1 "	18 "
Nudeln	491 kg	862 "	78 ¹ / ₃	"	8 "	99 "	9 "
Gries	412 "	944 "	62	"	5 "	100 "	3 "
Kabak	728 "	320 "	30 ⁵ / ₇	"	5 "	19 "	10 "
Spinat	1 148 "	150 "	20 ⁵ / ₇	"	5 "	54 "	23 "
Semizotte	224 "	430 "	15	"	—	84 "	6 "
Aubergine	245 "	700 "	38 ³ / ₄	"	2 "	22 "	1 "
Kohl	221 "	660 "	11	"	—	60 "	38 "
Gr. Bohnen	314 "	360 "	25	"	1 "	88 "	19 "
Fr. Bamia	53 "	800 "	33 ¹ / ₃	"	—	44 "	33 "
Bohnen	863 "	560 "	37 ² / ₈	"	7 "	60 "	31 "
Karotten	181 "	680 "	16 ² / ₃	"	—	75 "	28 "
Gelbe Rüben	73 "	600 "	20	"	—	36 "	32 "
Tr. Bamia	32 "	790 "	580	"	4 "	43 "	18 "
Kartoffeln	314 "	400 "	30	"	2 "	19 "	32 "
Weintrauben	111 "	440 "	58 ¹ / ₃	"	1 "	54 "	10 "
Wassermelonen	205 "	700 "	25	"	1 "	20 "	24 "
Pflaumen	22 "	480 "	60	"	—	33 "	29 "
Quitten	7 "	60 "	40	"	—	7 "	2 "
Aprikosen	8 "	960 "	200	"	—	44 "	32 "
Aepfel	163 "	900 "	56 ² / ₃	"	2 "	16 "	7 "
Apfelsinen	10 Stk.	—	15	"	—	3 "	30 "
Rosinen	510 kg	814 "	87 ¹ / ₂	"	10 "	37 "	16 "
Getr. Pflaumen	40 "	800 "	112 ¹ / ₂	"	1 "	6 "	36 "
					Summa	251 Ltq.	85 Piast. 22 Para

Seraskeriat: 550 Ltq., 76 Piaster, 7 Para.

Mutefarrik: 251 " 85 " 22 "

Totalsumme: 802 Ltq. 53 Piaster 31 Para.

Auf 39 257 Verpflegungstage pro Kopf 2 Piaster 8 Para.

IX. Abschnitt.

Umgestaltung des Waschhauses¹⁾.

Eigentlich noch ungeeigneter und gefährbringender für ein Krankenhaus sind die Einrichtungen eines türkischen Waschhauses.

Die Tatsache, daß dem Waschhause in dem Krankenhausbetrieb die sehr wichtige Rolle zufällt, einen ganzen Teil der in das Hospital hineingetragenen und gerade der Wäsche so oft anhaftenden Krankheitserreger zu vernichten, lassen die türkischen Krankenhausverwaltungen ebenso unberücksichtigt wie den Umstand, daß gerade das Personal des Waschhauses möglichst vor Ansteckung geschützt werden muß. Daß aber, um absolute Sicherheit zu geben, nicht nur geeignete Desinfektionsvorrichtungen vorhanden, sondern mindestens auch in Funktion sein und in sachgemäßer, scharf präzisierter Weise mit dem Waschhausbetrieb Hand in Hand gehen müssen, davon ist überhaupt nicht die Rede.

Es wird mit der Hand gewaschen, woraus sich ergibt, daß immer nur kleine Mengen bewältigt werden können, daß dementsprechend schon aus diesem Grunde die Krankenaufnahme beschränkt bleiben muß, und daß oft Operationen nicht ausgeführt werden können, weil Operations- und Bettwäsche fehlt. Dazu kommt, daß der Wäschevorrat überhaupt nicht annähernd ein so reichlicher ist, wie bei uns, und wie er es hier erst recht sein müßte. Die Wäschelieferung erstreckt sich nach türkischer Anschauung auf das allernotwendigste, jedenfalls nur auf den Kranken selbst. Daß aber unter anderem auch Aerzte, und vor allem das ganze Pflegepersonal, leinene Röcke (waschbare Kleidung etc.) zum eigenen Schutz und zur Vermeidung der Uebertragung der Krankheit von einem Menschen auf den anderen nötig haben, sind sehr, sehr unbekannte Dinge. Die Quantitäten, die auf diese Weise entstehen würden, wären auch derart, daß sie im Waschhaus à la turca beim besten Willen nicht bewältigt werden könnten. Dazu kommt, daß die Materialien, wie Seife etc. so spärlich bemessen werden, daß auch das wieder ein Hinderungsgrund ist für die Aufrechterhaltung der unerläßlichen Sauberkeit des modernen Krankenhauses. Mit einem Wort gesagt: es fehlt eben völlig die Möglichkeit eines regelmäßig funktionierenden Waschhausbetriebs, der aber unerläßlich ist, einmal zur Vornahme täglicher Operationen, täglicher Krankenaufnahme und

1) cf. p. 118, II, 2.

Behandlung, dann aber auch zur Verhütung von Infektionen im Krankenhause selbst, sei es nun der Angestellten, sei es der Kranken, bekannt unter dem Namen der sog. Hausinfektionen.

Von wirklicher Desinfektion der Wäsche etc. ist in türkischen Krankenhäusern nicht die Rede. Wo ein Desinfektor ist, ist er nicht im Betrieb, und wo er in Betrieb ist, hat der ihn bedienende Beamte von dem Wesen der Sache so wenig Begriff, daß sicherlich die desinfizierten Gegenstände auf derselben, d. h. schmutzigen Seite wieder herausgenommen und womöglich in unmittelbarer Nachbarschaft der undesinfizierten gelagert werden.

Die Einrichtungen, die wir getroffen haben für den Transport der schmutzigen und infizierten Wäsche, sind ungemein einfache, und haben wenig Kosten verursacht. Es kommt darauf an:

1. Daß die schmutzige Wäsche so rasch als möglich aus den Krankensälen resp. dem Krankenhause heraus und unmittelbar, d. h. auf dem direkten Wege in das Desinfektionshaus gelangt.

2. Daß sie auf diesem ganzen Wege durch möglichst wenig Hände geht.

Aus dem Fenster des Operationssaales führt ein mit Zinkblech ausgeschlagener Schacht direkt nach außen, unten in den Wäsche-trumpf (cf. pg. 104, 14). Die Wäsche wird, um nicht den Boden des Saales etc. unnötig zu beschmutzen, sofort in Beutel getan, und zum Fenster hinaus (cf. pg. 121, 8d) in den Wäschebehälter geworfen. In denselben Behälter gelangt auch die Wäsche der Poliklinik infolge einer, mit dieser hergestellten, direkten Kommunikation. Für die Saalwäsche ist gleichfalls ein Schacht dadurch geschaffen, daß der Korridorraum unter der Treppe (cf. pg. 118, I, 14) durch Holzverschlag zu einem geschlossenen Raum umgewandelt ist, der weiterhin durch Umänderung des vorhandenen Fensters in eine Tür, von außen zugänglich wurde (cf. pg. 118, I, 15). Die Einwurfstelle im Krankenhause befindet sich gleich weit entfernt von der I. wie II. Etage, in der halben Höhe der Treppe, und ist kostenlos dadurch gewonnen, daß die dort befindliche Fensterbank durch Heraussägen etc. der Bretter in eine Klappe umgewandelt worden ist. Beide Wäscheschächte werden also von außen entleert, die Wäschebeutel daraufhin auf einen fahrbaren Karren geladen und um das ganze Krankenhaus herum, ohne irgend einen Raum sonst zu berühren, direkt in den Desinfektionsraum gefahren. Nunmehr spielt sich die Desinfektion und Reinigung nach folgendem Reglement ab:

§ 1. Jeder Wärter (Soldat) ist sorgfältigst dahin instruiert, das Anfassen der Wäsche mit bloßen Händen womöglich ganz zu vermeiden, und statt dessen sich der dazu bestimmten und auf jedem Saal befindlichen Greifzange zu bedienen. Jedenfalls hat der Soldat nach dem Anfassen schmutziger Wäsche, besonders nach dem Hineintun in den Beutel, sofort seine Hände sorgfältig zu waschen und vor allen Dingen jede Berührung des Gesichtes mit ungewaschenen Händen zu vermeiden. Auch tut er sehr gut, stets darauf zu achten, daß nicht kleine Risse oder Wunden an seinen Händen sich befinden.

§ 2. Für jeden Saal bestehen Wäschebeutel (Netze), bestimmt zur sofortigen Aufnahme der von den Betten abgezogenen schmutzigen Wäsche. Nachdem der Soldat diese in den Beutel getan und denselben geschlossen hat, versieht er ihn mit einem, die Nummer des Saales tragenden Blech und wirft ihn sofort in den Wäschebehälter unter der Treppe. Es ist streng verboten, lose, nicht im Beutel befindliche Wäschegegenstände über den Korridor zu tragen oder ohne Beutel in den Wäscheschacht zu werfen, ebenso ist es verboten, schmutzige Wäsche, einerlei ob innerhalb oder außerhalb des Beutels, auf den Sälen aufzubewahren, wenn nicht im Einzelfalle unvorhergesehene Vorkommnisse dazu nötigen.

§ 3. Die Wäschebehälter, von außen zugänglich, also eigentlich außerhalb des Krankenhauses liegend, werden jeden Nachmittag um 8 Uhr à la turca (Saalwäsche) resp. um 11 Uhr à la turca (Operations- und Poliklinikwäsche) vollständig geleert. Die Wäschebeutel werden auf den Wäschekarren geladen und um das Krankenhaus herum in den Desinfektionsraum gefahren.

§ 4. In dem Desinfektionsraum öffnet der dazu beauftragte Soldat den Wäschebeutel, zählt die einzelnen Stücke in Gegenwart der Oberwärter (Tschausch) und des Depotbeamten, welcher letzterer die Menge in sein Buch einträgt und dieselbe zugleich in dem Wäschebuch des Oberwärters durchstreicht, resp. als vom Oberwärter zurückerhalten quittiert.

§ 5. Die reinere Wäsche wird sofort in den mit lauwarmem Wasser angefüllten Dampfbotich getan (cf. pg. 118, II, 6d), bleibt in demselben während der ganzen Nacht eingeweicht stehen und wird morgens, nachdem das Wasser durch durchströmenden Dampf zum Kochen gebracht ist, in diesem 25 Minuten lang durchgekocht.

§ 6. Alsdann werden die Wäschestücke durch kaltes Wasser abgekühlt, auf der reinen, d. h. der der Waschküche angrenzenden Seite herausgenommen und in der in der Waschküche befindlichen Waschmaschine in folgender Weise gewaschen:

1. Waschen der Wäsche in kochender Lauge $\frac{1}{2}$ Stunde lang.
Die Wäschetrommel wird mit ca. 3—4 Eimern Lauge gefüllt und diese Lauge wird durch Dampf zum Kochen gebracht. Die Wäschetrommel darf höchstens zu $\frac{2}{3}$ mit Wäsche gefüllt werden.
2. Nachwaschen in reiner, konzentrierter Lauge ebenfalls $\frac{1}{2}$ Stunde lang. Nach Ablauf der ersten Viertelstunde wird

Die schmutzige Wäsche zusammen mit dem Rest davon
in den Trockenschrank gebracht. Wäsche wird nicht in
Waschmaschine abgewaschen mit dem Wasser aus dem
Kochtopf der Bekleidungs-Reinigungsanstalt, das nur zum Ein-
weichen der Wäsche in Wasche- u. Leinwandwasch-
maschine dient.

§ 10. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Wäsche wird nicht
in der Maschine gewaschen, die nur zum Waschen von
Leinwand u. Leinwand gewaschen wird. Die schmutzige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen u. die schmutzige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen u. die schmutzige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 11. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 12. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 13. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 14. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 15. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 16. Die Reparaturbedürftige Wäsche u. Leinwand
wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen. Die Reparaturbedürftige
Wäsche wird in der Wasche gewaschen.

§ 17. Am Morgen des anderen Tages ist nach dem Austeilen
der Krankengruppe und vor dem Soldatenessen die Wäscheausgabe.
Der Abteilungswechsel nimmt je nach Vorrat und Bedarf die
Wäsche in Empfang, läßt sie vom Depotbeamten in sein Wäschebuch
eintragen und trägt somit die Verantwortung für die Rücklieferung
der Wäsche, d. h. dieselbe Quantität, die er als rein in

Empfang genommen, muß er auch als schmutzig in den Desinfektionsraum abliefern (cf. § 4).

Wie gesagt, nur durch die neugeschaffene Dampfanlage des Waschhauses war es möglich, den Bedarf an reiner Wäsche annähernd zu decken. Jeder andere Modus wäre schon rücksichtlich der geringen Wäschelieferung des Staates unmöglich gewesen. Wie aus untenstehenden Tabellen ersichtlich ist, mußte zu der vom Kriegsministerium gelieferten Jahresmenge im Betrage von 141 Ltq. noch Wäsche aus dem Krankenhausbudget im Betrage von 97 Ltq. zugekauft werden, um die täglichen Operationen, Verbände, Neuaufnahmen und Verlegungen zu ermöglichen. Dazu kommt noch, daß auch Aerzte und Angestellte mit waschbaren Röcken versehen wurden, und daß, da zur Reinigung des Krankenhauses auch nicht ein Lappen geliefert wird, alle Aufwaschtücher etc. extra zu kaufen waren. Das wird um so kostspieliger, als auch alte ausgenutzte Wäsche nicht zu Aufwaschtüchern oder zu Putzlappen zerschnitten und verbraucht werden kann, da neue Wäsche nur gegen Einlieferung der alten, d. h. zerrissenen, vom Kriegsministerium geliefert wird.

Tabelle I.

Wäsche, geliefert vom Kriegsministerium pro Jahr für 150 Kranke.

300 Betttücher	pro Person	. . .	2 St. = 33	Ltq. 36	Piaster
300 Bezüge	„	„	2 „ = 37	„ 54	„
450 Hemden	„	„	3 „ = 16	„ 72	„
450 Hosen	„	„	3 „ = 16	„ 72	„
150 Entarie ¹⁾	„	„	1 „ = 6	„ 57	„
300 Mützen	„	„	2 „ = 1	„ 67	„
300 Handtücher	„	„	2 „ = 4	„ 18	„
50 Hilka ²⁾	„	„	1 „ = 9	„ 28	„
25 Badetücher	„	„	— „ = —	„ 50	„
300 Kopfkissen	„	„	2 „ = 8	„ 54	„
150 P. Pantoffeln	„	„	1 P. = 3	„ 33	„
150 P. Strümpfe	„	„	1 „ = 3	„ 34	„
			Summa 141 Ltq. 35 Piaster		

oder auf 150 Kranke berechnet, pro Kopf im Jahr 101 Piaster 30 Para,

„ „ 150 „ „ „ „ den Tag 11 „

1) Langes, waschbares Unterkleid für Männer und Frauen.

2) Wattierte Ueberjacke.

Eutarie	2 Paar
Mützen	4 „
Handtücher	5 „
Kopfkissen	6 „
Hilka	1 „
Badetücher	1 „
Strümpfe	5 „

Auf 150 Kranke folglich pro Jahr:

750 Betttücher	83 Ltq.	36 Piaster
600 Bettbezüge	75 „	— „
900 Hemden	37 „	54 „
900 Hosen	37 „	54 „
300 Eutarie	25 „	— „
600 Mützen	4 „	18 „
750 Handtücher	9 „	45 „
900 Kopfkissen	25 „	— „
150 Hilka	9 „	28 „
750 Paar Strümpfe	16 „	72 „
50 Badetücher	— „	100 „

Summa 323 Ltq. 83 Piaster

oder pro Kopf und Jahr 2 Ltq. 17 Piaster 4 Para

„ „ „ „ Tag — „ — „ 25¹/₂ „

dazu kommt aber noch Operationswäsche, Wäsche für Angestellte, Aerzte, Wärter, Soldaten etc. (mindestens 2 Röcke pro Arzt, 2 waschbare Anzüge pro Wärter etc.), was mindestens dieselbe Summe und mehr erfordern wird.

Zeiteinteilung im Betrieb der Oekonomie.

I. Im Winter.

Küche.

2 ¹ / ₂ Uhr à la turca ¹⁾	Austeilung der Krankensuppe.
3 „ „ „ „	„ „ Krankenwäsche.
3 ¹ / ₂ „ „ „ „	„ „ Soldatensuppe.
4 ¹ / ₂ „ „ „ „	„ „ Krankenmilch.
6 „ „ „ „	„ des Krankenessens.
8 „ „ „ „	„ Materials für Krankenkost und Soldatenessen.
9 „ „ „ „	„ Brotes.
10 ¹ / ₂ „ „ „ „	„ Krankenessens.
11 ¹ / ₂ „ „ „ „	„ Soldatenessens.

Waschhaus.

2¹/₂ Uhr à la turca beginnt der Betrieb im Maschinenhause, Sterilisation im Etuve und in der Verbandfabrik.

3¹/₂ Uhr beginnt die Arbeit im Waschhause, das Legen und Mangeln hängt von der Witterung ab und geschieht deswegen im Winter unregelmäßig.

1) Ca. 7 Uhr morgens fränkisch. Die türkische Zeit wechselt bekanntlich jeden Tag.

Im Müdir-, d. h. Verwaltungszimmer, befindet sich zur Aufbewahrung dieser Wertsachen ein fester, verschließbarer Kasten. Allwöchentlich unterstempelt die Krankenhauskommission, bestehend aus dem Direktor, dem ersten Sekretär, dem Verwalter und dem Anstaltsgeistlichen, die Rubrik der inzwischen auf dem Bureau eingetragenen Kleidungsstücke und im Kasten deponierten Wertsachen der Kranken, wodurch sie nicht nur die Kontrolle, sondern auch einen Teil der Verantwortung mit übernehmen.

Nachdem alle obigen Maßregeln getroffen, schichtet der Onbaschi die Beutel in das für jede Bettnummer hergerichtete Fach im Depot. Außer dem Inspektionsoffizier ist es jedem strengstens untersagt, das Kleiderdepot zu betreten.

Verläßt der Kranke das Krankenhaus, erhält er von dem Depotonbaschi seine im Depot niedergelegten Kleider etc. zurück, nachdem der Depotonbaschi in dem Ausweisbuch des Depots das Datum des Abganges vermerkt hat. Da die meisten Kranken des Lesens und Schreibens unkundig sind, auch nicht immer einen „Stempel“ besitzen¹⁾, so wird von der Unterzeichnung einer Empfangsbescheinigung abgesehen.

Stirbt ein Kranker, und hinterläßt er Angehörige, so werden dieselben zum Abholen der Kleider, Wertsachen etc. aufgefordert.

Hinterläßt er niemand, und macht niemand Anspruch auf den Nachlaß, so verfällt derselbe der Armenverwaltung (bab-i-meschihascheih-ul-islam kapusi). Er wird im Laufe des Jahres im Depot aufgestapelt und einmal im Jahre unter Aufsicht der Krankenhauskommission von einem Taxator der Armenbehörde versteigert. Der Ertrag fließt in die Kasse der letzteren.

Die Kleider der mit einer Infektionskrankheit und mit Ungeziefer behafteten Patienten kommen vor dem Zählen, in ein Netz gepackt, in den großen Desinfektor.

X. Abschnitt.

Frauenarbeit in türkischen Spitälern.

Der Umstand, daß mir die Neugestaltung der wirtschaftlichen Einrichtungen Gülhanes nur möglich wurde durch die Mitarbeit der

1) Unterschrift ist auch heute noch in offiziellem Verkehr nicht üblich. Jeder Beamte etc. führt seinen Stempel mit Namenszug etc. stets bei sich.

deutschen Frau, gibt mir willkommenen Anlaß, über Frauenarbeit in türkischen Spitälern etwas zu sagen.

Ob es jemals möglich oder überhaupt denkbar ist, in der Türkei eine unserer Frauenpflege analoge Einrichtung wenigstens in Frauen-
spitälern in Anwendung zu bringen, ist eine Frage, die ich nicht beantworten kann, und über deren Beantwortung ernstlich nachzudenken ich nie für nötig befunden habe. Jedenfalls ist die Anstellung deutscher Schwestern in dem türkischen Militärhospital Gölhane von solchen Erwägungen völlig unabhängig. Aber da leider Vorurtheile in der Türkei bei uns in Deutschland nur zu oft falsch beurteilt werden, sei es in altem enthusiastischer, sei es in altem pessimistischer Weise, so verbreitete sich auch in diesem Falle die Meinung, ich wolle der Schwesternpflege in den türkischen Spitälern das Wort reden, oder ich wolle gar damit direkt oder indirekt die türkische Frauenfrage aufgreifen. Letzteres ist mir tatsächlich einigemal gesagt worden.

O Du heilige Unschuld Du!

Das Dasein einer türkischen Frau ruft in Deutschland immer noch die allerseltsamsten Vorstellungen wach. So oft das Wort „Harem“ fällt, wissen in der Gesellschaft immer einige nicht, ob sie schamrot werden müssen, während für andere die Unterhaltung sofort einen pikanten Beigeschmack erhält. Wenn beide doch recht viele Hareme betreten könnten — sie würden sehr erstaunt sein, wie allfänglich es dort zugeht.

Für mich, und ich glaube für jeden, der die Verhältnisse objektiv ansehen bestrebt ist, ist die Stellung der Frau in der islamischen Welt ein *non me tangere*, d. h. eine durch Religion, Sitte und Herkommen so unverrückbar festgelegte, daß man noch nicht einmal theoretisch darüber ernsthaft diskutieren kann, ob es überhaupt möglich wäre, der türkischen Frau eine der deutschen Frau analoge Stellung in der Gesellschaft zu schaffen resp. sie zur Mitarbeiterin des Mannes zu machen. Vor allem weiß ich nicht, ob ich das der türkischen Frau wünschen könnte und möchte. Es ist mir sehr zweifelhaft, ob dieselbe in dieser neuen Sittenordnung auch nur ein Haar breit glücklicher und zufriedener gemacht würde, und es ist mir erst recht zweifelhaft, ob die türkische Frau diese neue Ordnung selbst wünscht und will. Das aber erscheint mir die erste und unerlässliche Bedingung zur Befreiung aus der Abhängigkeit Banden. Nur die Freiheit und das Glück, welches der Mensch sich selbst schafft, welches aus ihm selbst hervorgeht, erträgt er auf

die Dauer; dasjenige aber, das ihm von fremder Hand bereitet ist, wird ihm gar bald lästig. Denn

„Der Mensch ist lieber Sklave, wenn er muß, als frei, wenn er soll.“

Bis jetzt gleicht die türkische Frau einem von allen materiellen Sorgen bestmöglichst geschützten Kinde; sie ist ein oft recht störriges und recht kostspieliges Spielzeug des Mannes, eine verwöhnte Puppe — oder wenn man es einmal sehr realistisch, aber wahr ausdrücken will, das sexuelle Instrument, das das Einzelindividuum zu seiner Gesundheit und zur Erhaltung der Rasse benötigt. Damit ist ihre Rolle erschöpft; eine Kameradschaft, eine geistige Gemeinschaft oder gar Mitarbeit mit dem Manne fällt ihr ebensowenig zu, als die Erziehung der Kinder. Das ist so seit Jahrhunderten, und das hat der Materie und dem Geiste der türkischen Frau einen Stempel aufgedrückt, den abzuwischen Generationen einen heißen Kampf kämpfen müßten. Aber die Orientalin ist nicht die Nora Ibsens, d. h. daß sie den selbständigen, vorurteilslosen Kampf zu eigener innerer Befreiung unternehmen würde, oder daß er ihr gar gelingen würde, das glaube ich nie. Und damit glaube ich nie an eine Ueberbrückung der civilisatorischen und kulturellen Gegensätze von Abendland und Morgenland. Denn die türkische Frau gebiert zwar die Kinder, aber sie erzieht sie nicht.

Aber zur Beurteilung der Frage, ob das Loos der orientalischen Frau ein glückliches oder ein beklagenswertes ist, dürfen wir niemals vergessen, daß wir uns ja gar nicht in die intimen türkischen Verhältnisse, geschweige denn in das Gefühlsleben einer Orientalin hineindenken, oder richtiger gesagt, hineinfühlen können. Denn wie selten und auch dann noch wie oberflächlich tun wir einen Blick hinter die vergitterten Fenster des türkischen Hauses. Vieles, was wir für so entsetzlich halten, ist und kann für die türkische Frau es gar nicht sein, nicht, weil sie sich allmählich daran gewöhnt hat, sondern weil sie es gar nicht anders kennt, weil es für sie eine durch Sitte und Religion geheiligte, wahre, notwendige, selbstverständliche Sache ist. Wir alle hängen ja doch an der Sitte und des Vorurteils Banden von Kindesbeinen an bis zum Tode, und die es am meisten tun, sind wahrlich nicht die Unglücklichsten.

Ganz anders gestaltet sich die Sache mit Eintritt eines jener in deutschem Interesse sehr beklagenswerten Vorkommnisses: daß eine deutsche Frau einen Türken heiratet. Die deutsche Frau empfindet voll und ganz das Gefängnis, ihre Seelenqualen und geistigen Entbehrungen denke ich mir groß, denn die romantischen

Träume von dem trauten Heim am schönen Bosphorus und der beglückenden, aufklärenden Arbeit in der Familie sind im Nu zerfallen im Angesicht des starren Felsens islamischer Lebensauffassung und Lebensführung, und übrig bleibt die öde, gähnende, geistige Leere, das absolute geistige Nichts. Es mag ja Ausnahmen geben, jedenfalls aber sind sie sehr selten und bestreiten auch hier nur die Regel¹⁾.

Der Grund, warum ich die Schwestern herbeige Holt habe, ist aus pg. 33 ff. meiner Reformvorschläge klar ersichtlich.

Nicht nur sachgemäßen Pflege einzelner Kranker wollte ich sie haben, sondern zur Anleitung und zum **Unterricht** dieser Pflege, zur Mitarbeit und zur Mithilfe in der Verwaltung, Küche und Waschklaus, zur Mithilfe in der Fürsorge für Reinlichkeit, Reinhaltung und Erhaltung des Geschaffenen.

Die Einführung deutscher Pflegeschwestern in türkischen Krankenhäusern, noch dazu in solchen, die nur von türkischen Aerzten geleitet werden, ist ein kompletter Unsinn, völlig zwecklos für beide Teile, ebenso unmöglich, wie unnützlich, und ohne jegliches Resultat.

Ich habe ja oben des lüngerer auseinandergesetzt, welche oft unübersteigbaren Schwierigkeiten es für den fremden Mann zu überwinden gibt, ehe er daran denken kann, mit der Arbeit zu beginnen. Ich habe auch die Einrichtungen und den Betrieb des türkischen Krankenhauses beschrieben — und dieser Betrieb ist in jedem nur von türkischen Aerzten geleiteten derselbe, eine Ausnahme gibt es nicht. Wie soll in einem solchen Betriebe eine Schwester, eine Frau, sich und ihr Können und Wollen geltend machen? Wie soll sie es verhüten, daß sie und ihre Arbeit in ihrer Bedeutung und Wertschätzung herabsinkt auf das Niveau der Dienst- und Zimmermädchen. Dazu steht mir aber die Arbeit der deutschen Schwester doch zu hoch²⁾, und deswegen sage ich: Nur unter dem

1) In der Tat kann man nicht eindringlich genug von solchen Eben abraten. Die deutsche Frau verliert im Moment der Heirat ihre Nationalität auf immer, sie ist völlig rechtlos auf Gnade und Ungnade dem türkischen Manne und — was weit mehr sagen will, seiner Familie und deren muhammedanischen Sitten überliefert. Sie kann sich nicht einmal einen Fuß zur Rückreise nach Deutschland verschaffen, und selbst Bücher oder Briefe von oder nach Deutschland zu erhalten resp. zu schicken, kann ihr ohne weiteres absolut unmöglich gemacht werden. Sie kann tatsächlich nichts Besseres tun, als zum Islam überzutreten, um nicht vogelfrei zu sein, und wenigstens den Schutz zu genießen, den das türkische Gesetz der türkischen Frau gewährt.

2) cf. pg. 191.

Schutze und der Leitung eines deutschen Arztes kann und darf die deutsche Krankenschwester hier arbeiten, eines deutschen Arztes, zu dem die Schwester so volles Vertrauen hat, daß sie sich ihm, wenn sie es für nötig erachtet, auch in persönlichen Angelegenheiten naht, und der Mann genug ist, sie zu schützen und zu vertreten in allen Lagen. Aber deutsche Krankenschwestern in ein nur von türkischen Aerzten geleitetes Hospital zu schicken, kann nur totale Sachkenntnis oder direkte Frivolität fertig bringen.

Aber selbst zugegeben, es pflegten hier einmal Schwestern mit Erfolg, was bedeutet das für den türkischen Staat? Einen Tropfen im Bosphorus! Und für uns? Eine Einbuße uns nötiger Arbeitskräfte. Denn wir haben wahrlich unsere Schwestern zur Pflege auch in Deutschland nötig, und ein deutsches Menschenleben, das die Schwester erhält, ist doch ebensoviel wert wie ein türkisches. Man sollte nur endlich bei uns anfangen, das Nonnenhafte aus der Schwesternpflege zu bannen, dafür aber diese vernünftig und rationell zu organisieren¹⁾, die Schwestern ihrer Arbeit entsprechend zu be-

1) Das jetzt bestehende wirre Durcheinander der Schwesternpflege in Deutschland wird erst verschwinden, wenn der Staat die Regelung dieser Angelegenheiten in die Hand nimmt, und aus der Schwesternpflege ein freies, vom Staate konzessioniertes Gewerbe schafft, analog dem freien Gewerbe des Arztes.

1. Die zum Schwesternberuf unbedingt notwendige Vorbildung und die berufliche (medizinische) Ausbildung der Schwester ist staatlicherseits in feste, einheitliche Normen zu bringen.
2. Diese berufliche Ausbildung wird erworben durch ein theoretisches und praktisches Studium der Krankenpflege und aller einschläglichen Verhältnisse, und zwar in Krankenhäusern, die vom Staate dazu befugt sind, oder an den Universitäten.
3. Nur auf Grund eines bestandenen (Staats-) Examens vor der staatlichen Behörde wird der Approbationsschein erteilt, der die Ausübung der Krankenpflege innerhalb des Staates, eventuell des Deutschen Reiches gestattet.
4. Diese Ausübung des Pflegeberufes geschieht in freier Weise, d. h. privat oder innerhalb von Vereinen, je nach Willen der Schwester.
5. Die Arbeiterschutzgesetzgebung (Unfallversicherung, Alters-, Invaliditätsversorgung etc.) kommt der Krankenschwester in vollem Umfange zu gute.

Die zahlreichen jetzt bestehenden Krankenpflegerinnenvereine (Rotes Kreuz, Diakonissenvereine etc.) bestehen weiterhin wie bisher, aber sie befassen sich im wesentlichen mit der sittlichen und eventuell gesellschaftlichen Erziehung und Weiterbildung der Pflegerinnen, sie erleichtern oder ermöglichen der einzelnen Pflegerin in pekuniärer Hinsicht das Studium und die Ausübung des Berufes, kurzum, sie stellen Vereine dar zur Wahrung und Förderung aller

zahlen, ihnen selbst den klingenden Lohn ihrer Arbeit zukommen zu lassen und — den seltsamen Gedanken fallen zu lassen, als müsse die Schwester alles aus Barmherzigkeit tun, als sei es eine

göttigen und körperlichen (wirtschaftlichen) Interessen der Schwestern. Das Studium selbst aber und späterhin die sachliche, d. h. praktische Ausübung der Krankenpflege im Einzel- und Gesamtfall muß ebensogut von allen religiösen und anderen Sonderinteressen der Vereine losgelöst sein, wie es die Tätigkeit des Arztes ist und sein muß. Ob der Arzt während seines Medizinstudiums Corpsstudent oder Angehöriger einer protestantischen oder katholischen Studentenverbindung war, ob er späterhin freisinnig oder orthodox ist, alles das hat mit seiner beruflichen Pflichten, d. h. mit seinem Handeln und Können am Krankenbette auch nicht das geringste zu tun. Eine Schwester aber, deren Verein nur erlaubt, den Kranken bis zum Nabel nackt sehen zu dürfen, oder befehlt, beim Instrumentieren während der Operation hinter einem Schirm stehen zu müssen, ist bestenfalls ein Unfug. Das ist nicht „sittlich“, sondern „unsittlich“. So wünschenswert und notwendig es ist, daß das sittliche Empfinden der Pflegerin ein reines, weil wahres ist, so wenig gehören oft künstlich erzeugte Prüderie und Proselytenmacherei in das Krankenbett. Weitans in erster Linie gehört erstes Studium und sachgemäße Ausbildung dahin, denn die schafft den sittlichen Ernst und die Liebe zum Beruf, und das wieder schütet am besten vor allen Gefahren, nicht nur die Schwester, sondern auch den Arzt. In diesem Sinne besteht eine auf ein göttig hohes und einheitliches Niveau gehobene Schwesternpflege für den Staat und für die Gesellschaft ein sittlicher und wirtschaftlicher Faktor von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Ich kann nicht nicht genug wundern, wie wenig die Frage der Schwesternpflege von der modernen Frauenbewegung beachtet wird. Und doch ist kaum eine andere weibliche Betätigung so allseitig dem tiefinnerlichsten Wesen der Frau.

Nicht minder bemerklich ist es, daß in den Kreisen der Ärzte noch nicht das volle Verständnis für den Wert der gebildeten Frauenpflege besteht, jedenfalls gelangt davon nicht allzuviel nach außen^{*)}. Das kommt daher, daß es die Krankenhäuser in Deutschland meist viel zu gut haben und von ersten Tage der Isolationzeit durch gutes Pflegepersonal verwahrt, das alles als etwas ganz Selbstverständliches hinstehen. Gerade in Ausland lernt man erkennen, wie gut man es in vielen, vielen Dingen in deutschem Vaterlande hat und — wie wenig man sich diesem bewußt ist.

^{*)} Als sehr rühmliche Ausnahme siehe vor allem Geheimrat Königsschneiders Abhandlung: Die Schwesternpflege der Kranken. Ein Stück moderner Kulturarbeit der Frau. Deutsche Rundschau, April 1892. Ferner auch Dunge: Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. Vortrag, Springer, Berlin 1896, p. 131. „Niemand wird bezweifeln, daß das Weib mehr Mitleid und daher mehr Menschenliebe, Teilnahme und Gefühl für Unglückliche und Kranke besitzt als der Mann. Die hervorzuheben, aber immer noch nicht genug gewürdigte Betätigung des Weibes — auch des göttig hochstehenden — für die Kranken-, Geburt- und Wochenpflege, in der es dem Mann weit überlegen ist, hebt sich aus diesen Tugenden unmittelbar her und läßt sie in glänzendem Licht erscheinen. Gerade auf diesem Gebiete gilt das Wort: der Mann arbeitet mehr mit den Gehirnen, das Weib mehr mit den Gefühlen, so daß auch hier in der Krankenbehandlung eine heilsame Ergänzung der Arbeit beider Geschlechter statt hat.“

Schande, sich für Werke ihrer aufopfernden Liebe und Sorge bezahlen zu lassen, oder als würde dadurch ihre Arbeit zum Ungünstigen beeinflußt werden können. Seitdem Mädchen mit Bildung des Herzens und Geistes aus guten Familien sich der Krankenpflege widmen, fällt doch wahrlich dieser Einwand fort, und sicherlich wäre es für den Staat resp. für die aufsichtführenden Organe ein leichtes, Mißbräuche in dieser Richtung zu verhüten. Auch der Arzt läßt sich bezahlen, und doch ist der Gedanke, daß Geld die Erfüllung seiner ärztlichen Pflicht beeinflussen könnte, so absurd, daß er ernstlich nicht aufkommt. Am Krankenbett, und vor allem in dem wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser und aller irgendwie verwandten Anstalten ist noch viel, viel Platz für die Betätigung der Frauenarbeit, hier ist der Frauen wahre Domäne, denn hier ist ihre Mitarbeit Bedürfnis und Notwendigkeit. — Ebenso nützlich und notwendig wie die Schwesternmitarbeit in der Pflege und Verwaltung Gülhanes war, ebenso überflüssig wären dort alle Schwestern als Aerztinnen gewesen.

Die Schwestern stammen ursprünglich aus dem Schwesternverbande der Hamburger Staatskrankenanstalten¹⁾. Ich war Sekundärarzt des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses bei der Gründung des Verbandes, und der erste Arzt, der die Schwestern ausgebildet hat. Ich verehere in dem Fräulein von Schlichting eine Oberin mit großem Organisationstalent, der aufrichtig dankbar zu sein der Hamburger Staat alle Ursache gehabt hätte. Daß vor allem ihre Schwestern wirklich arbeiten gelernt haben und auch fest zufassen, wo es gilt — das haben die Schwestern mehr als einmal bewiesen, wenn sie Besen und Schrapper selbst in die Hand nahmen, um den türkischen Soldaten zu zeigen, wie man in Deutschland „rein macht“.

Die Einführung der Schwestern in das Krankenhaus hat keinerlei Schwierigkeiten verursacht. Ihre Arbeit auf den Männersälen und im Operationssaale hat niemals zu irgend welchen Bedenken Veranlassung gegeben. Der Türke ist an und für sich gegen jede Frau rücksichtsvoll, er respektiert die Frau als solche. Frauen, die anders geartet sind, als er es gewohnt ist, und die ihm noch dazu Gutes tun, sind für ihn unantastbar.

1) Oberin von Schlichting gründete April 1902 den deutschen Schwesternverein Hamburg. Viele der Eppendorfer Schwestern traten in diesen Verein über, darunter auch die Schwestern in Gülhane.

Die drei zuerst gekommenen Schwestern²⁾ hatten es naturgemäß am schwersten; alle Schwestern haben sich leicht mit der türkischen Sprache abgefunden, jede hat in ihrem Wirkungskreise Hervorragendes gewirkt. Die Kranken, das türkische Volk, haben ihnen ein ganzes Herz voll Liebe und Dankbarkeit entgegengebracht, und ich kann dem Charakter und dem moralischen Hochstand des Volkes — vorausgesetzt, daß meine in Gülhane in kleinem Rahmen gemachten Beobachtungen auch außerhalb desselben und überall in der Türkei Beweiskraft haben — kein glänzenderes Zeugnis ausstellen, als durch die einfache Konstatierung der Tatsache: hier in der Türkei ist es jetzt jahrelang möglich gewesen, daß deutsche Krankenschwestern täglich unter 150 männlichen Kranken und 80 gemeinen Soldaten gelebt, gewohnt und gearbeitet haben, ohne daß ein unliebsames Vorkommnis einer Schwester Veranlassung gegeben hätte, über das Benehmen eines Türken ernstlich Klage führen zu müssen.

XI. Abschnitt.

Unterricht (Lehrer und Schüler).

Zugleich mit der Eröffnung des Krankenhauses Gülhane wurde dessen Zweck durch zwei Kaiserliche Verfügungen in einer Weise festgelegt, wie es besser und vollkommener meinen Intentionen nicht hätte entsprechen können.

1. Jeder türkische Militärarzt erhält von nun ab, trotz absolviertem medizinischem Staatsexamen an der alten Medizinschule, sein Diplom als Arzt erst ausgehändigt, nachdem er ein Jahr lang dem Unterricht in Gülhane beigewohnt und an der Behandlung der Kranken teilgenommen hat. Zugleich mit der Aushändigung des ärztlichen Diploms wird einem jeden der jungen Aerzte ein von mir (in türkischer und deutscher Sprache) ausgestelltes Zeugnis überreicht, das sich über die praktische Befähigung des Einzelnen in ein oder dem anderen Fache der Medizin ausspricht, und das bei der späteren Verwendung des Betreffenden in der Armee in die Wagschale fallen soll³⁾.

¹⁾ vgl. pag. 203.

²⁾ Man beachtete zugleich, daß ein „angesehener“ mitrarschi dem Verlust des ärztlichen Diploms bedingen, und daß die davon betroffene Art nur als *Umarschi* (Krankengärtner) Verwendung finden sollte. Von dieser Maß-

2. Fünf türkische Militärärzte, Kerim Sebati¹⁾ (Chirurgie), Suleiman Numan (Innere Medizin), Assaf Derwisch (Gynäkologie), Zia Nuri (Otologie und Laryngologie), Eschreff Ruschen (Hautkrankheiten, Syphilis) die seit 4 $\frac{1}{2}$ Jahren in der deutschen Armee (Kaiser-Wilhelms-Akademie) resp. an der Berliner Universität dem medizinischen Studium oblagen, sollen baldtunlichst nach Konstantinopel zurückkehren, und in Gülhane als Assistenzärzte und Lehrer unter meiner Leitung Verwendung finden.

Das erste Irade war ohne irgend ein Zutun meinerseits erschienen, aus freier Entschliebung der Türkischen Regierung. Gerade deswegen bedeutete diese Entschliebung für mich ein Vertrauensvotum, das mir bewies, daß man türkischerseits von der Richtigkeit der in meinen Reorganisationsvorschlägen als dringend hingestellten praktischen Umänderung des Unterrichtes so überzeugt war, daß man sich spontan zu der wichtigen Aenderung, welche die Einführung des „praktischen Jahres“ für die türkische Militärmedizin bedeutete, verstand. Ob allerdings zur Erzielung wünschenswerter Resultate ein Jahr ausreichen würde, war eine andere Frage, aber mehr war tatsächlich momentan auch unsererseits nicht zu leisten, und auch so bedeutete jedenfalls die Kaiserliche Entschliebung im Prinzip den Anfang einer ernstlich gewollten Reform. Sie eröffnete mir zugleich eine günstige Prognose für die Verwirklichung meiner Pläne bezüglich Lehrplan und Organisation der neuen Medizinschule in Haidar Pascha.

Die Bedeutung dieses Irade wurde noch wesentlich gesteigert durch die zugleich erfolgte zweite Kaiserliche Entschliebung. Nuncmehr hatte ich in dem Hospital nicht nur mein eigenes, „administratives“ Reich, jetzt stand ich auch als Lehrer auf eigenem Grund und Boden, denn ich hatte Schüler, Lehrer für die Schüler, und Lehrer für die Lazarettgehilfen. Jeder akademische Lehrer wird es mir nachfühlen, welch' großer Reiz darin lag, Gülhane ganz ungehindert und allein auf eigene Kraft angewiesen, zu einer kleinen praktischen Lehranstalt ausbauen, d. h. der alten Medizinschule auf die Nase setzen zu können, während damit zugleich für die neue Schule in Haidar Pascha ein Vorbild im Kleinen erwuchs, dessen

regel wurde aber auf meine Bitte hin Abstand genommen, da ich es für ausgeschlossen hielt, daß ich als Fremder den Beschluß des Lehrerkollegiums der Medizinschule, d. h. einer staatlichen Behörde, wieder umstoßen könnte und sollte.

1) Schied März 1902 aus seiner Stellung infolge Ernennung zum Mitglied der „haute commission des affaires militaires à Yildiz“.

rückstrahlende Kraft nicht ausbleiben konnte und auch nicht ausgeblieben ist.

Das zweite Irade war schon vor Eröffnung des Hospitales von mir erbeten und zwar aus drei Gründen:

1. Um ein an Quantität und Qualität genügendes Lehrpersonal für Gülhane zu haben.
2. Um den fünf Aerzten einen Wirkungskreis zu verschaffen, der ihrem in Deutschland gewonnenen Wissen und Können entsprach.
3. Um die grundlegende und völlige Neugestaltung des niederen Sanitätsdienstes in Angriff zu nehmen.

Ich wollte nicht den großen Mangel an genügenden Lehrkräften, der in allen türkischen Lehranstalten und ganz besonders an der Medizinschule herrscht, und der einen ersprießlichen Unterricht sehr erschwert¹⁾, gleich von vorne herein in Gülhane einreißen

¹⁾ Auch die medizinischen Fakultäten Deutschlands scheinen mir von diesem Lehremangel keineswegs frei zu sein. Die Folge davon ist, daß die praktische Ausbildung des deutschen Mediziners beim Verlassen der Hochschule eine nicht genügende ist, wie gerade erfahrene praktische Aerzte immer wieder hervorheben. Die Einführung resp. Absolvierung des praktischen Jahres in einem Krankenhause soll diesem Uebel abhelfen. Meiner Ansicht nach ist auch diese Anordnung nur ein Nothbehelf, der sogar Nachteile und Gefahren in sich birgt. Der springende Punkt ist hier die Schaffung ausreichend bezahlter Extraordinariatstellen in genügender Zahl auf jeder Hochschule, deren Inhaber dem eigentlichen und vor allem praktischen Unterricht gerecht werden. Es muß verhindert werden, daß heutzutage die leistungsfähigsten und arbeitslustigsten Aerzte, wie gerade dann die unbenutzten Privatdozenten und Extraordinarien die Vorlesungswelt nur als Sprungbrett für die Gewinnung einer Oberarztstelle in einem staatlichen Krankenhause betrachten müssen. Bei meiner Erkennung von unbescholtenen Extraordinariis beschleunigte mir der Staat, daß mir durch diese Ernennung weder für mich zu Anspruch auf Gehalt oder sonstige Vergütung erwachsen, noch für die Fakultät eine Anwesenheit inhaft bestritten würde. Dagegen muß der kessliche Professor, als der Betrag seiner Collegengehälter die Summe von 300 Tausch übersteigt die Hälfte des Jahreslohnes an die Staatskasse einzubringen. Wenn zu der Professur nur die Gewinnung von 100 Tausch durch Stellung eines sachfertigen und thätigen Unterlehrers (Privatdozent, Assistent, Internist, Sanitätsrath) gerechnet, und 20 Tausch, die sparsam zu erhalten, durch schmeicheln Erfolg, er wenigstens nicht mit anderen in Wettbewerb steht, als es von dem kesslichen Professor menschlich möglich ist, abgezogen werden können, so ist die Professur einträglicher, wenn sie einen dem Staat zufließenden Gewinn von 100 Tausch einbringt, als wenn sie durch die Unterlehrer, die zu dem Professor Gehalt von 100 Tausch erhalten, nur zu 10 Tausch einbringt. Das ist aber nicht der Zweck der Professur, in einer Stadt soll der Staat ein Gewinn von 100 Tausch durch die Professur nicht die Interessen der Staatskasse durch einen kesslichen Professor geschützt.

lassen. Das schien mir um so weniger angänglich, als ja praktisch in kleinen Gruppen unterrichtet werden, und der Lehrer sich mit den einzelnen Schülern beschäftigen sollte. Denn so sehr ich und Professor Deycke ja auch bereit waren, unsere ganze freie Zeit dem Unterricht zu widmen¹⁾, daß wir auf längere Zeit hinaus den Unterricht allein bewältigen könnten, so wie wir das im ersten Jahre tatsächlich fertig gebracht haben, war einfach undenkbar, allein schon weil ich einen großen Teil meiner Arbeitszeit und Kraft fast täglich verlor in den ungemein langwierigen und mühsamen Geschäfts-erledigungen auf den Ministerien²⁾.

Geradezu ideal war es aber, daß die fünf neuen Lehrer nach „deutschem Muster erzogen“, in den Rahmen des von mir festgelegten Unterrichtes hineinpaßten, ebenso wie mein Adjoint und Uebersetzer Raschid Bey, der seine Neurologie auch auf deutschen Hochschulen (Erb, Binswanger) sich erworben hatte. In der Tat hatte der Gesamtunterricht von vorn herein ein absolut deutsches Gepräge, und ich glaube behaupten zu können, daß das gerade unseren jungen Lehrern hinsichtlich ihrer weiteren Ausbildung von großem Nutzen gewesen ist. Anfangs als meine und Deyckes Assistenten tätig, vertraten sie bald die Stellung unserer deutschen Privatdozenten — ich möchte sagen, in geradezu idealer Hinsicht. Dadurch daß sie meine und Professor Deyckes klinische Vorträge aus dem Deutschen in das Türkische übersetzten, lernten sie in sehr einfacher und bequemer Weise das Ziel und die Methode des Unter-

1) cf. Stundenplan Gülhanes pg. 198 ff.

2) Finanzministerium, Kriegsministerium, Artillerieministerium, Forstministerium, Ministerium des Innern, Palais etc., häufig an ein und demselben Tag auf mehreren zugleich. Abgesehen von dem unglaublichen Zeitverlust, besonders auch infolge der weiten Entfernungen und schlechten Wege, und abgesehen von dem sehr schweren und umständlichen, bureaukratischen System, ist der dienstliche Verkehr mit allen türkischen Beamten ein sehr angenehmer. Ruhe, Würde, gemessene Höflichkeit sind allgemeine Eigenschaften. Das Fehlen jeglichen Ceremoniells, besonders bei Empfängen seitens der Minister, ist ungemein wohlthuend. Selbst die Höchstgestellten sind meist so einfache und natürliche Menschen, daß man sich anfänglich immer wieder an ihre Stellung erinnern muß, wenn man ihnen gegenüber sitzt. Und doch vergibt der türkische Beamte niemals sich oder seiner Stellung irgend etwas; im Gegenteil, selbst viele der aus kleinen, ärmlichen und ländlichen Verhältnissen hervorgegangenen Beamten und Offiziere wissen sich, dank des ihnen angeborenen Taktes und Haltung, selbst den allernüchternsten (europäischen) Verhältnissen gegenüber mit einer Ruhe, einer Sicherheit und einem Anstand aus der Affäre zu ziehen, die mich mehr als einmal in Staunen versetzt hat. •

richtes in praxi kennen, bald aber stiegen sie zu selbständigen Abteilungsärzten auf, mit der Möglichkeit, sich z. B. in operativer Hinsicht betätigen und entwickeln zu können, wie das wohl selten einem jungen Privatdozenten in einer deutschen Klinik so bequem, leicht und reich geboten wird, wie es jedenfalls für die Türkei geradezu ein Unikum war und ist.

Es werden jahraus, jahrein eine nicht unbeträchtliche Zahl junger Türken, besonders Offiziere, auf Staatskosten in das Ausland geschickt, um dort ihre Studien, ihre wissenschaftliche oder militärische Ausbildung zu vervollkommen. Man kann nicht anders sagen, als daß jedenfalls die Mehrzahl der jungen Leute ihre Zeit im Auslande in fleißiger und gründlicher Weise benutzten, und mit einer ganzen Reihe guter Kenntnisse, leistungsfähig in ihr Vaterland zurückkehrten. Ich wenigstens kenne hier eine Anzahl solcher durchaus gut unterrichteter, junger Leute, die auch von dem besten Willen beseelt sind, ihre im Ausland gewonnenen Kenntnisse zu ihrer eigenen Freude und zum Nutzen ihres Volkes zu verwerten, aber äußerst, äußerst selten findet man einen solchen in einer Stellung, in der er sein Können und Wissen auch wirklich an den Mann bringen könnte. Die Gründe für diese unglaubliche, aber unbestreitbar dastehende Tatsache, sind sehr verschiedener, meist delikater Natur und gehören nicht hierher. Für uns genügt die Konstatierung der Tatsache, daß der Türkische Staat das Kapital, das er in diesen jungen Leuten verausgabte und neu angelegt hat, absolut zinslos liegen läßt, genügt die Tatsache, daß eine große Anzahl durchaus leistungsfähiger, ernst zu nehmender Arbeitskräfte, auf das ängstlichste und sorgsamste von jeder Möglichkeit wirklicher Betätigung dieser Kräfte fern gehalten werden, daß mithin die ganze beliebte Ausbildung im Auslande ohne den geringsten Nutzen und praktischen Wert für das türkische Volk ist. Denn selbstverständlich ist die Lust, ist der Wille und auch das Können zur Arbeit bei den jungen Leuten, dank des hiesigen Schlendrians und dank der Nichtbelohnung wirklicher Arbeit und der Belohnung ausgesuchtester Faulheit schon nach kurzer Zeit geschwunden, und dann sind diese jungen Leute noch weniger für ihr Vaterland nütze, als diejenigen, die nie im Auslande waren. Denn diese letzteren haben wenigstens nicht vom „Baume der Erkenntnis“ gekostet, sie leisten, zufrieden mit den geringen, ihnen zu Gebote stehenden Mitteln die Arbeit, die ihnen zufällt; die anderen aber, unzufrieden mit allem Vorhandenen, verschmähen bald überhaupt

jede Betätigung. Dazu kommt meine wohlbegründete Beobachtung, daß eine Anzahl junger Türken den Sprung in das Kulturland Europa teuer damit bezahlen, daß sie einige ihrer besten Charaktereigenschaften — ich nenne nur ihre Bescheidenheit, ihre Genügsamkeit, ihre Dankbarkeit, ihre Unterordnung unter die Autorität — ablegen und dafür, wie das ja auch manchen anderen Völkern gegangen ist, andere, aber keineswegs die wünschenswerten Charaktereigenschaften des neuen Volkes annehmen. Was in Deutschland der Alkohol ist, ist in Frankreich la femme du quartier latin, und wehe dem Muhamedaner, der mit Genuß und Wohlgefallen von diesen Giften gekostet hat — wozu sich ja an den genannten Kulturstätten nicht selten Gelegenheit bietet.

Nach all' diesem bin ich bezüglich der Reform des türkischen Medizinalwesens der Ansicht, daß es zwar bis auf weiteres nicht zu umgehen sein wird, türkische Aerzte zu ihrer besseren Ausbildung nach Deutschland resp. Europa zu schicken, daß dieses aber keineswegs den besten und wünschenswertesten Weg darstellt. Jedenfalls wähle man nur ältere Assistenten, oder noch besser Extraordinarien der Schule, die in Deutschland vor allem die Lehrmethode und die Lehrmittel ihres Faches studieren und sich aneignen, um nachher hier mutatis mutandis weiter ausbauen zu können. Weit aus in erster Linie müssen hier die grundlegenden Fächer der Medizin, die Naturwissenschaften, die Anatomie, Physiologie, anatomische Pathologie berücksichtigt werden, nicht aber, wie bisher ausschließlich, die klinischen Fächer, die „Geld einbringen“, d. h. für den betreffenden Arzt, nicht aber für den Staat, dessen Interesse darauf gerichtet sein muß, Lehrer zu gewinnen, nicht Geld verdienende, praktische Aerzte.

Das bisherige Studium junger Türken in Europa hat vor allen Dingen den großen Uebelstand, daß viele der jungen Leute lediglich als „Schlachtenbummler“ vielleicht Aeüßerlichkeiten absehen, im günstigsten Falle als Routiniers in einem Spezialfache zurückkommen — nur zu sehr fehlt aber die eigene medizinische Beobachtung, die auf diese eigene Beobachtung und praktische Arbeit basierende, individuelle Erfahrung, der breitere, ernstere, wissenschaftliche Aufbau. Das könnte man allerdings ändern, und gerade Deutschland könnte der Türkei und seiner leidenden Menschheit einen ganz außerordentlich großen Dienst leisten, denn gar vieles in dem Charakter der türkischen Studenten paßt sehr wohl nach Deutschland, jedenfalls viel eher nach Deutschland als nach Frankreich. Wenn in der

Folgezeit junge türkische Aerzte in den praktischen Dienst der Krankenhäuser und klinischen Anstalten Deutschlands als Assistenten eintreten und hier deutsche, ärztliche Gewissenhaftigkeit, Pflichttreue und Arbeitsamkeit am Krankenbette sich aneignen könnten, so würde allerdings ein junges Lehrpersonal der neuen Schule in Haidar Pacha entstehen, das Deutschland hohe Ehre, dem türkischen Volke aber unendlichen Segen bringen würde¹⁾. Denn sicherlich ist ein qualitativ genügendes Lehrerkollegium für die Zukunft der ausschlaggebende Faktor. Die Ausbildung der großen Masse der (praktischen) Aerzte, kann nur mit Erfolg auf türkischem Boden geschehen. denn nur so können die lokalen Bedürfnisse der Türkei, die Bedürfnisse der armen Bevölkerung zu ihrem Rechte kommen. Türken, überzogen von europäischer Kultur, werden zu rasch und zu leicht viel zu „fein“ für die Behandlung des gemeinen Mannes, besonders des armen Mannes in den Provinzen; das türkische Volk bedarf aber der Aerzte, nicht die Paschas und Höhergestellten, die sich ja europäische Größen nach Konstantinopel verschreiben können und es auch tun.

Man mag aber auch eine Ausbildung wählen, welche man will, immer bleibt es die Hauptsache, daß der richtige Mann an die richtige Stelle gesetzt wird, mit freier, unbeschränkter Arbeitsbefugnis und Recht auf Arbeit. Wenn das der Türkische Staat — und an „richtigen“ Männern fehlt es nicht — nur ein klein wenig tun wollte, wäre vieles, vieles anders in der Türkei.

Aus diesen Erwägungen heraus rechne ich es mir geradezu als Verdienst an — als einen wirklichen Freundschaftsdienst, den ich, wenn auch im kleinen, der Türkei erweisen konnte, daß ich meinen Einfluß und die Ausnahmestellung, die ich hier als Fremder genieße, dazu in die Wagschale warf, daß endlich einmal einigen jungen Türken eine ihren Kenntnissen entsprechende Stellung vom Staate übertragen wurde, in der sie von dem verderblichen hiesigen Schlendrian bewahrt, sich noch weiter im Sinne der erhaltenen (deutschen) Ausbildung entwickeln und aktiven Anteil nehmen konnten an der Gestaltung des niederen Sanitätsdienstes, **einer der für das türkische Volk segensreichsten und — notwendigsten Neueinrichtungen.**

1) Der Senat Hamburgs erklärte sich in äußerst dankenswerter Weise einverstanden, daß einer meiner jetzt in Deutschland studierenden, türkischen Schüler auf der chirurgischen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses unter den gleichen Bedingungen als Gehilfsarzt angestellt wurde, wie die dahin kommandierten, preußischen Militär- und Marineärzte.

Aus Rapport II meiner Reformvorschläge sind die traurigen, geradezu trostlosen Verhältnisse des türkischen Krankenpflegewesens bekannt. Zu Zeiten des Friedens sind kaum ein Dutzend Leute aufzubringen, die ungefähr eine kleine, entfernte Ahnung davon haben, was Krankenpflege überhaupt bedeutet, in Zeiten des Krieges herrschen die Zustände des grauesten Altertums, wo die Völker ihre Verwundeten lieber töteten, als in die Hände der Feinde fallen liessen. Bei den Türken heißt es: wer fällt, bleibt liegen, und was aus ihm wird ist seine Sache. Daß solche Zustände unverändert fortbestehen, ist um so unbegreiflicher, als die sanitären Erfahrungen besonders aus dem letzten Kriege geradezu trostlos sind. Dazu kommt, daß die Fürsorge für die Armen und Hilflosen Allah wohlgefällig und jedem Türken durchaus sympathisch ist. Eine Reform der trostlosen Zustände widerspricht mithin keineswegs, ist vielmehr durchaus adäquat dem Empfinden des Volkes und des Einzelnen. Dabei bedeutet es eine Reform, die tausenden und tausenden Muhamedanern Linderung und Heilung bringen muß, die dem Staat Geld, Soldaten und Bürger erhält, und beides kann der Türkische Staat sehr wohl für sein weites, wenig bevölkertes Reich gebrauchen.

Und doch finde ich nirgends mehr Schwierigkeiten, als gerade in diesem Punkte. Beinahe vom ersten Tage meines Hierseins ab habe ich unablässig für diese Sache gekämpft, geschrieben, geredet. Es war eine mühevollere Arbeit, und es hat recht lange gedauert, bis ich wenigstens bei einigen Türken ein ernstes Interesse und ein tieferes Verständnis erweckt hatte für diese Angelegenheit, die nach der Ansicht eines jeden — Türken oder hiesigen Deutschen — so völlig abseits lag von dem Zwecke meines Hierseins.

Es galt ernste und gewichtige Bedenken, richtiger gesagt, Voreingenommenheiten des Staates und des Volkes zu überwinden. Die Militärverwaltung, bis zur höchsten Stelle hinauf, war hartnäckig der Ansicht, daß alle gesunden Wehrpflichtigen als Soldaten mit der Waffe so nötig seien, daß auch nicht ein Mann entbehrt werden könnte; für den gemeinen Soldaten haftete ein schweres Odium auf dem Pflegerdienst, ja er hielt es für eine Schande, Kranke zu pflegen, anstatt Soldat mit der Waffe zu sein¹⁾. Nur das Bewußtsein, hier als

1) Bei der Einführung der allgemeinen Wehrpflicht waren behufs Entziehung derselben Selbstverstümmelungen keine Seltenheiten. Daher stammt die Einrichtung, daß die zum aktiven Dienst Untauglichen ihre Dienstzeit in einem Militärhospital als Krankenwärter abdiene müssen!!

Vorkämpfer wahrer Menschlichkeit für tausend und aber tausend Kranke und Verwundete in den Kriegen, die kommen werden und kommen müssen, sorgen zu können, nur die festgegründete Ueberzeugung, daß ich in meiner hiesigen Stellung das Recht und die Pflicht habe, dem Türkischen Staat diese Reform selbst gegen seinen Willen aufzudrängen, eben weil ich mich mit dem menschlichen und religiösen Empfinden und Gefühl des türkischen Volkes eins weiß, hat mir die Ausdauer verliehen, jahrelang die unzähligen Verdächtigungen, Mißhelligkeiten und falschen Vorstellungen einfältiger und böswilliger Art aus dem Wege zu räumen, um endlich zu dem Irade zu kommen, das anordnete, daß in Zukunft vollständig gesunde Soldaten, die womöglich lesen und schreiben könnten, für einen nach deutschem Muster einzurichtenden Sanitätsdienst hergegeben werden sollten. Ich ließ darauf sofort von meinen jungen Aerzten den deutschen Leitfaden für den Unterricht der Lazarettgehilfen ins Türkische übersetzen, damit er einstweilen, und zwar so lange dem Unterricht zu Grunde gelegt werde, bis ein den türkischen Verhältnissen angepaßtes Unterrichtsbuch auf Grund der Unterrichtsstunden gewonnen ist, und der Unterricht begann sofort in Gülhane.

Ausgebildet wurden bis jetzt 46 Zivilkrankenwärter¹⁾ und 165 Soldaten²⁾, die fast alle lesen und schreiben konnten, mit durchaus gutem Erfolge. Speziell zeigt sich in den Unterrichtsstunden bei den Soldaten ein Interesse, ein Eifer, ein sachlicher Ernst, der mich in Erstaunen versetzt hat. Die Aerzte als Instrukteure bewährten sich hervorragend. Davon legte Zeugnis ab die im Dezember 1901 in Gegenwart des Direktors der Medizinschule und in Gegenwart höherer, vom Kriegsministerium abgesandter Offiziere, stattgehabte Sanitätsübung im freien Gelände, ein beinahe historisches Ereignis für die hiesigen Verhältnisse, da kaum jemand es für möglich gehalten hatte, daß ich die Erlaubnis zu dieser Veranstaltung erhalten würde.

Damit habe ich den Stein wenigstens ins Rollen gebracht — das Weiterrollen bis zum Ziel ist Sache der Türken³⁾. Ich als Fremder kann höchstens die Tür aufmachen; wenn die Türken auch dann noch nicht in das Zimmer hineingehen wollen, kann ich sie nicht dazu zwingen, und hinsetzen müssen sie sich selber.

1) Von den Zivilkrankenwärttern erhielten 21 sehr gut, 16 gut, die übrigen genügend.

2) Dazu kommen 1903 weitere 80 Soldaten.

3) Bis jetzt ist er noch nicht weiter gerollt. Es ist mir bis jetzt nicht gelungen, den Unterricht über Gülhane hinaus in die Armee zu bringen, trotzdem dieses kinderleicht und ohne irgendwelche Kosten zu machen wäre.

Es ist mir eine große Genugtuung, zugleich behaupten zu können, daß eine Anzahl der Pfleger (Soldaten) auch eine ernstere, praktische Ausbildung am Krankenbette bekommen haben. Ich bin keinen Moment im Zweifel, daß das Verdienst dafür unseren Schwestern gebührt. Die Schwestern haben hier Vorzügliches geleistet. Ihre Stellung gegenüber den Soldaten war um so schwerer, als der Türke sich von der Frau nichts sagen, am wenigsten befehlen läßt. Aber trotzdem haben sie es verstanden, sich und der deutschen Frau Achtung und Gehorsam zu verschaffen. Mit vollem Verständnis für den Kern der Sache haben sie ihre Tätigkeit von einem höheren Gesichtspunkte aufgefaßt, und sie waren mir nicht schablonenmäßige Handlanger, sondern mitschaffende und mitdenkende Mitarbeiter, und eine der angenehmsten Erinnerungen an die Türkei wird mir immer das Zusammenarbeiten von uns Aerzten und Schwestern sein. Stets bleibt es für mich eine hohe Freude, daß es mir gerade hier unter den Türken gelang, gegenüber der demütigenden Magd- und Sklavinnenstellung, die die muhamedanische Sittenordnung der Frau anweist, die deutsche Frau und ihre Arbeit auf die hohe Stufe zu stellen, die sie bei uns einnimmt, wo sie nicht als Untergeordnete, sondern als Gleichgeordnete, nicht als Diener, sondern als Kamerad mit Recht die Forderung erhebt, auch gleichen Anteil zu haben an der ideellen Kulturarbeit der Gesellschaft.

Ein weiterer aufrichtiger Dank gebührt dem Königl. Preuß. Kriegsministerium, insbesondere der Sanitätsabteilung desselben. Meine Bitte, die damals in Deutschland befindlichen türkischen jungen Aerzte ganz speziell zu Instruktoeren des niederen Sanitätsdienstes ausbilden zu wollen, fand ein sofortiges, äußerst liebenswürdiges Entgegenkommen. In erster Linie war es Exc. v. Coler selbst, der sich ungemein für diese Frage interessierte, und überhaupt für die jungen Aerzte in der ganzen Zeit ihres deutschen Aufenthaltes ein geradezu väterliches Interesse an den Tag legte, wie mir die Aerzte immer wieder zu schildern nicht müde geworden sind. Ich kann sagen, daß, als die Todesnachricht hier eintraf, v. Coler kaum von jemand aufrichtiger betrauert und seiner dankbarer gedacht ist, als von meinen jungen türkischen Aerzten.

Obwohl die Aerzte früher bereits in Lazarethhilfe, Krankenträgerdienst und Krankenpflege theoretisch und praktisch Unterweisung erhalten hatten, ordnete das Kriegsministerium sofort auf meine Bitte hin an, „daß sie für die bis zu ihrem Abgang nach der

Türkei verbleibende Zeit durch einen Stabsarzt Unterricht und praktische Anleitung über die Dienstverhältnisse sowie die Ausbildung der Sanitätsmannschaft und Krankenträger erhalten sollten, und zwar sollte dieser Unterricht, bis zum Beginn und nach Schluß des Manövers, bei der Kaiser Wilhelm-Akademie stattfinden; auch sollten sie an den Manövern des Gardekorps teilnehmen, um hierbei Gelegenheit zu erhalten, ihre Kenntnisse über Verwendung des Sanitätspersonals im Felde zu erweitern und zu befestigen. Se. Maj. der Kaiser und König genehmigten zu diesem Zwecke auf Vortrag des Herrn Kriegsministers, daß die Aerzte während dieses Manövers des Gardekorps zu folgenden Truppenteilen zur Dienstleistung kommandiert wurden:

- I. Suleiman Numan Effendi zum 2. Garderegiment zu Fuß.
- II. Zia Nuri Effendi zum 3. Garderegiment zu Fuß.
- III. Mehmed Assaf Derwisch Effendi zum Garde Füselierregiment.
- IV. Kerim Sebati Effendi zum Kaiser Franz Garde Grenadierregiment No. II.
- V. Eschreff Ruschen Effendi zum Kaiser Alexander Garde Grenadierregiment No. I.

In den Zeugnissen, welche die Direktion der Kaiser Wilhelms-Akademie diesen türkischen Aerzten bei ihrer Rückkehr nach der Türkei ausgestellt hat, ist gesagt: daß sie am 13. April 1895 zum Besuche der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zugelassen wurden, und die Akademie sechs Halbjahre besuchten. Während dieser Zeit erregte ihr Verhalten vollste Zufriedenheit, ihr Fleiß war höchst anerkennenswert, und ihre wissenschaftlichen Leistungen erfüllten die gestellten Anforderungen so vollständig, daß sie in jeder Beziehung als sehr gute hingestellt werden konnten.

Dank dieser in Deutschland gewonnenen bemerkenswerten Ausbildung hat mithin die Türkei in diesen jungen Aerzten zugleich fünf vorzügliche Instrukteure erhalten, die voll und ganz das Können haben, diese für das ganze türkische Volk so segensreiche niedere Sanitätsreform ins Werk zu setzen, ohne daß eine weitere, fremde Hilfe nötig wäre, und ohne daß dem Staate durch diese Reform irgend welche nennenswerte Kosten verursacht werden — wenn die Türkische Regierung diese Reform wirklich will¹⁾.

1) cf. pg. 190.

So waren denn für unsere Tätigkeit in der Türkei mit der Zeit Krankenhaus, Schüler, Lehrer und Krankenpfleger zur Stelle, und unsere eigentliche Aufgabe, der Unterricht, hatte begonnen.

An erster Stelle hier muß ich meines treuen Mitarbeiters Deycke gedenken, der mir bezüglich des Unterrichtes und des Gesamtdienstes im Krankenhause eine ganz hervorragende, nie versagende Stütze gewesen ist. Sein ganz besonderes Verdienst ist die Kreierung des Unterrichtes der pathologischen Anatomie, überhaupt die Ausgestaltung des Unterrichtes nach der wissenschaftlichen Seite hin. Es hat Zeiten gegeben, wo unserer beider Arbeitszeit im Hospital 11 Stunden am Tage, mit einer halben Stunde Frühstückspause betragen hat; oft aber war ich stundenlang auf den Ministerien oder in Haidar Pascha beim Neubau zurückgehalten, und hätte ich mich nicht so ganz und voll in allem auf ihn verlassen können, wäre sehr vieles „zeitlich und sachlich“ auszuführen einfach unmöglich gewesen. Und während meiner Krankheit ist er es gewesen, der mit ebenso großer Ausdauer, wie Geschick und Sachkenntnis neben seiner gewöhnlichen recht großen Arbeitslast noch die schwere und doppelte Rolle eines stellvertretenden Direktors und behandelnden Arztes eines so schwer Verletzten, wie ich es war, monatelang in der vollkommensten und aufopferndsten Weise erledigte.

Die Basis, die dem Unterricht zu geben, wir den festen Willen hatten, habe ich wiederholt angedeutet. Von der Ueberzeugung durchdrungen, daß die klinischen Fächer der Medizin weder vom Hörensagen, noch vom Zusehen, noch vom Bücherlesen erlernt werden können, wollten wir die Schüler an das Krankenbett führen. Eben weil sie aus einer Schule stammten, in der ihr Gehirn mit auswendig gelernter, unverdauter, theoretischer Bücherweisheit vollgestopft war, haben wir immer wieder versucht, sie medizinisch sehend zu machen, sie zu eigener Beobachtung anzuspornen, und wenigstens einen Teil von ihnen zu denkenden Aerzten zu erziehen. Dazu war die Aufnahme der pathologischen Anatomie in den Stundenplan unerläßlich, denn gerade die, durch die Autopsien gewonnene, objektive Erkenntnis eines begangenen Fehlers oder gemachten Irrtums ist mehr denn alles andere geeignet, Lehrer und Schüler vor wissenschaftlicher Unwahrheit, medizinischem Dünkel, vor Routinismus und Scharlatanismus zu bewahren. In diesem Lande, wo dank der Verschleierung der Dinge auch auf medizinischem Gebiete oft die Unfähigkeit und medizinische Feigheit Triumphe feiert,

schuldete ich meinen Schülern mehr denn irgendwo die Wahrheit in unserer Wissenschaft, schuldete ihnen ein offenes und freimütiges Eingestehen auch des eigenen Nichtkönnens und Nichtwissens, und eine Erledigung aller medizinischen Vorkommnisse im Krankenhaus in breitester Oeffentlichkeit und vor versammelter Korona. — Der Unterricht in Gruppen erleichterte und schuf den persönlichen Verkehr mit dem Einzelnen. Ganz von selbst ergab sich bald dadurch die Möglichkeit, auch auf das ärztliche Denken und Empfinden des einen oder anderen Schülers einen gewissen Einfluß gewinnen zu können, ihm ein wenig Lust und Liebe zu unserm Beruf in sein Herz zu pflanzen, und ihm wenigstens einen Hauch verspüren zu lassen von der selbstlosen Hingabe so manches deutschen Arztes an seinen Patienten. Gerade, um den Charakter zu erziehen, habe ich immer wieder gesagt: „wir nehmen jeden Kranken in das Krankenhaus auf, der der Aufnahme bedarf, und den wir unterbringen können, ohne Rücksicht auf Stand oder Empfehlung, ohne Rücksicht auf Heilbarkeit oder Nichtheilbarkeit, ohne Rücksicht auf einen zu erwartenden, glänzenden Operationserfolg oder auf den zu erwartenden Tod. Des Arztes Tätigkeit gehört auch den Unheilbaren, und der Arzt ist ein verächtlicher Mensch, und hätte er auch den höchsten Platz im Staate inne, dem Menschenfurcht oder Menschenadel die Hand lähmen, so daß er den Versuch, den Kranken noch zu retten, unterläßt, weil vielleicht ein unglücklicher Ausgang oder andere, seine Person oder sein Renommee schädigende Folgen eintreten könnten“.

So sind wir denn, das kann ich ohne Ueberhebung sagen, redlich bestrebt gewesen, unsern Schülern aufrichtige, väterliche Freunde zu sein. Nur um zu bessern und zu helfen, haben wir getadelt, stets aber habe ich es weit von mir gewiesen, die Nachlässigen oder Faulen zu bestrafen. Zwang hat in Gülhane nicht geherrscht, wer etwas lernen wollte, konnte es, wer es verschmähte, ist darum nicht gescholten.

Von Anfang an bin ich jederzeit mir voll bewußt gewesen, daß es hier galt, die Eigenart und die Unabhängigkeit des deutschen akademischen Lehrers zu betonen, sie voll und ganz zum Ausdruck zu bringen. Und so kann ich denn ruhigen und aufrichtigen Gewissens sagen: Die Freiheit des Lernens und Lehrens hat in Gülhane in den vier Jahren so geherrscht, wie auf der deutschen Hochschule, und weder Zensur, noch Conseil, noch Spionage haben mich auch nur einen Moment gekümmert. Der

Türkische Staat ist dadurch nicht aus den Fugen gegangen, das türkische Volk aber hat sich gut dabei gestanden.

Und nun die Resultate des Unterrichtes!

Wie oft habe ich die Frage gehört — und gar nicht so selten von mir sehr wohlwollenden Freunden und Kollegen: Ja, glauben Sie denn wirklich, daß Ihre Arbeit von einem nur einigermaßen andauernden Erfolge begleitet sein wird? Wird es den Türken nicht auch so ergehen, wie all den Völkern, welche den Anschluß an europäische Kultur suchten — sie haben großen Nachahmungstrieb und auch Befähigung, aber darüber hinaus geht es nicht. Selbst produktiv zu wirken, ist und bleibt ihnen versagt, niemals werden sie die „wissenschaftliche“ Medizin fördern oder ihr neue Bahnen eröffnen. Begabung allein tut es nicht, dazu gehört vor allem Kraft der Gestaltung und die vollbringende Beharrlichkeit. Und die fehlt gerade den orientalischen Völkerschaften, denn niemals waren diese staatenbildende und staatenerhaltende Rassen. „Sehen wir nicht den homo syriacus sich genau ebenso gut und glücklich entwickeln als Knecht und als Herr? Erzählen uns nicht alle Historiker, daß die Semiten und Halbsemiten trotz ihrer großen Intelligenz niemals einen dauernden Staat zu bilden vermochten, und zwar, weil stets jeder die ganze Macht an sich zu reißen bestrebt war, somit zeigend, daß sie nur für Despotie und Anarchie, die beiden Gegensätze der Freiheit, Befähigung besaßen¹⁾?“ Das mag alles richtig sein, aber abhalten können mich solch' allgemeine „historische Erkenntnisse“ trotzdem davon nicht, immer wieder den Versuch zu machen, im Einzelfalle das zu erreichen, was zu erreichen ist, was eben zu erreichen ist, mit unserer Kraft und mit den gegebenen Verhältnissen — „über unsere Kraft geht es eben nicht.“

Zudem ist meines Erachtens eine solche, bezüglich der Medizin aufgeworfene Frage noch lange nicht spruchreif. Erst müssen doch einmal Einrichtungen geschaffen werden, welche die Möglichkeit überhaupt geben, türkische Mediziner so auszubilden wie deutsche, ehe man billigerweise von den Türken verlangen kann, Gleiches zu leisten, wie ihre deutschen Kollegen. Und wieviel Prozent unserer Mediziner arbeiten denn wirklich wissenschaftlich? Vielleicht könnte es auch auf unseren Hochschulen nichts schaden, wenn man manchmal von allzuviel Wissenschaftlichkeit absähe und die praktischen Bedürfnisse unserer Kranken etwas mehr im

1) Chamberlain: Die Grundlagen des 19. Jahrhunderts. Bd. I, p. 503.

Auge haben wollte. Mindestens $\frac{9}{10}$ unserer Mediziner werden doch schließlich praktische Aerzte; hier in der Türkei sind aber für die Bedürfnisse des Landes auf lange hinaus nur Praktiker nötig. Dabei schadet es meiner Ansicht nach weder der Türkei noch dem Fortschritte der Medizin, wenn die Türkische Regierung genötigt ist, sich behufs Auffrischung ihres „medizinischen Blutes“ auch fernerhin Vertreter der wissenschaftlichen Medizin aus dem Auslande holen zu müssen. Einstweilen sind die Provinzen von Aerzten völlig entblößt, jeder Kranke ist hilf- und erbarmungslos seinem Schicksal überlassen. Und wenn es jetzt mir gelingt, jedes Jahr eine noch so geringe Zahl türkischer Aerzte besser auszubilden als bisher, die ihr medizinisches Können ehrlich an den Mann bringen, so werden doch einer Anzahl Menschen ihre Schmerzen genommen und Heilung gebracht, die sonst verloren waren. Später, wenn dann durch Dezennien hindurch die Türkei das Geld zur Verfügung haben sollte, eben solche Institute und Lehreinrichtungen zu schaffen, wie Deutschland, erst dann kann der ernstliche Anfang gemacht werden, hier auf türkischem Boden eine Medizin mit eigenem (nationalem) Gepräge großzuziehen. Ich denke, dann ist immer noch Zeit, obige Frage im allgemeinen „historischen“ Sinne zu diskutieren. Auch in Deutschland war Dezennien hindurch viel Arbeit und viel Geld nötig, um die Medizin auf die jetzige Stufe der Vollendung zu heben — und auch jetzt sind es unter den vielen tausenden von Aerzten doch immer nur einige Sterne und Leuchten der Wissenschaft, die vorwärts in neue Bahnen dringen.

Meine Tätigkeit als Fremder im fremden Lande kann ja nur eine vorbereitende sein — ich versuche einen sehr steinigen Boden urbar zu machen, die allergrößten Schlacken und die allerfaulsten Baumstümpfe auszuroden, bis zur Ernte ist es noch lange Zeit — ich habe es an mir selbst erfahren: kaum hat man die Saat begonnen, da kommt eine höhere Gewalt, und nimmt einem die Pflugschar aus der Hand.

Die nachfolgenden Stundenpläne werden eine objektive Anschauung der Einteilung des Unterrichtes geben. Mit der Veränderung des Lehrpersonals sind sie naturgemäß auch verändert worden, und so sind sie eigentlich alle nur als provisorisch zu betrachten, denn auch jetzt noch nicht, nach drei Jahren, sind wir imstande, alle Dinge so zu fixieren, daß wir den definitiven (vierten) Stundenplan aufstellen können, der für die Zukunft inne gehalten werden

könnte, gerade deswegen geben sie aber eine objektive Anschauung des Entwicklungsganges des Unterrichtes in Gülhane. Auch das weiter unten folgende Reglement für die Schüler, das ich kurz nach Eröffnung des Krankenhauses ausarbeitete, und das nach erfolgter allerhöchster Genehmigung, in türkische Sprache übersetzt, im Zimmer der Schüler hängt, wird in objektiver Weise illustrieren, wie wir der selbst gestellten Aufgabe gerecht zu werden bestrebt waren. Aus dem Reglement ersieht man auch, daß ich es nicht unterließ, die Schüler auf das Studium der Verwaltungseinrichtung des Hospitales nachdrücklichst hinzuweisen.

Stundenplan I. Jahr 1899.

Einteilung der Schüler in vier Gruppen (I. II. III. IV.).

Unterricht: Türkisch 3—11 Uhr. Fränkisch 9 Uhr vormittags bis 6 Uhr nachmittags.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend	Sonntag
3—4	Vorvisite aller Gruppen	Vorvisite aller Gruppen	Vorvisite aller Gruppen	Vorvisite aller Gruppen	—	Vorvisite aller Gruppen	Vorvisite aller Gruppen
4—5	Hauptvis. Chirurg. I. Medizin III. Nervenabtl. II.	Hauptvis. Chirurg. III. Medizin II. Nervenabtl. IV.	Repetitionskurs der Anatomie, Histologie Rieder I. u. II. Deycke III. u. IV.	Hauptvis. Chirurg. II. Medizin IV. Nervenabtl. I.	—	Hauptvis. Chirurg. IV. Medizin II. Nervenabtl. III.	Nervenkl. und Visite
5—6	Chirurg. Klinik I. II. Innere Klinik III. IV.	Chirurg. Klinik III. IV. Innere Klinik I. II.	Rieder I. u. II. Deycke III. u. IV.	Chirurg. Klinik I. II. Innere Klinik III. IV.	—	Chirurg. Klinik III. IV. Innere Klinik I. II.	
6—7	Warter-Unterricht Dr. Blas	Warter-Unterricht Dr. Blas	—	Warter-Unterricht Dr. Blas.	—	Warter-Unterricht Dr. Blas.	—
7—9	Chirurg. Operationen III. Poliklinik I.	Chirurg. Operationen I. Medizin. Poliklinik III.	Warterunterricht Prof. Rieder, medicin. Poliklinik, Dr. Deycke	Chirurg. Operationen IV. Medizin. Poliklinik II.	—	Chirurg. Operationen II. Medizin. Poliklinik IV.	Elektro-diagnost. therap. Kurs, alle Gruppen
9—10	Poliklin. Operation. IV. Auskultation und Perkussion II.	Poliklin. Operation. II. Auskultation und Perkussion IV.	Repetitions-kurs der pathol. Anatomie, Rieder III und IV. Deycke I. u. II.	Poliklin. Operationen III. Auskultation und Perkussion I.	—	Poliklin. Operationen I. Auskultation und Perkussion. III.	—
10—11	Verbandkurs und Nachbehandlung nach Operationen IV. Kurs der mikroskop. chem. Untersuchungsmethode II.	Verbandkurs und Nachbehandlung nach Operationen II. Kurs der mikroskop. chem. Untersuchungsmethode IV.		—	Verbandkurs und Nachbehandlung nach Operationen III. Kurs der mikroskop. chem. Untersuchungsmethode I.	—	Verbandkurs und Nachbehandlung nach Operationen I. Kurs der mikroskop. chem. Untersuchungsmethode III.

Lehrer:

Prof. Rieder.	Chirurg. Klinik	4	Stunden
	„ Operationen	8	„
	Poliklin. Operationen	4	„
	Verbandkurs	4	„
	Wärterunterricht	2	„
	Repetitionskurs	} 4	„
	Anatomie u. Histologie.		
	Pathologische Anatomie.		
			<hr/>
			26 Stunden p. Woche
			und 4 Stunden chirurg. Hauptvisite.

Dr. Deycke.	Innere Klinik	4	Stunden
	Medizin. Poliklinik	10	„
	Auskultation und Perkussion	4	„
	Kurs der mikroskop.-chem. Unter- suchungsmethode	4	„
	Repetitionskurs d. Anatomie, Histo- logie, patholog. Anatomie	4	„
			<hr/>
			26 Stunden p. Woche
			und 4 Stunden medicin. Hauptvisite.

Raschid Bey.	Nervenklunik	4	Stunden
	Elektrodiagnost. - therapeut. Kurs	2	„
			<hr/>
			6 Stunden p. Woche
			und 4 Stunden Nerven-Hauptvisite.

Dr. Blas. Wärterunterricht 4 Stunden p. Woche

Jede Gruppe erhält 17 Stunden.

Stundenplan II. Jahr 1900.

Einteilung der Schüler in drei Gruppen (I. II. III.).

Unterricht: Türkisch 3—10 Uhr, Fränkisch 9 Uhr vormittags bis 5 Uhr nachmittags.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend	Sonntag
3—4	Vorvisite alle Gruppen	Poliklinik Vorvisite, alle Gruppen, Med. Klinik Deycke-Suleiman, alle Gruppen	Vorvisite alle Gruppen	Vorvisite alle Gruppen	—	Poliklinik Raschid Vorvisite, alle Gruppen, Med. Hauptvisite Deycke-Zia, III.	Vorvisite alle Gruppen
4—5	Medizinische Klinik Deycke-Suleiman alle Gruppen		Pathologische Anatomie Deycke-Eschreff, alle Gruppen	Medizinische Klinik Deycke-Zia, alle Gruppen.	—		Neurologische Klinik mit elektro-diagn. Kurs, Raschid, alle Gruppen.
5—6	Chirurg. Klinik Rieder-Assaf, alle Gruppen	Chirurg. Klinik Rieder-Kerim, alle Gruppen.		Chirurg. Klinik Rieder-Kerim alle Gruppen	—	Chirurg. Hauptvisite Rieder-Assaf I, II.	
6—7	Pause	Pause	Pause	Pause	—	Pause	Pause
7—9	Operationen, Rieder mit den Assistenten, gynaekolog. Poliklinik Assaf I, II. Medizin. Poliklinik inkl. Haut-syphilis Deycke-Eschreff III.	Operationen Rieder II. Chirurg. Poliklinik Kerim } Massag. Hoffmann } Medizin. Poliklinik Deycke-Suleiman I.	Operationen Kerim Anatomie und Histologie Rieder-Eschreff	Operationen Rieder III Chirurg. Poliklinik Kerim } Massag. Hoffmann } Medizin. Poliklinik inkl. Oto-Laryngologie Zia II.	—	Operationen Rieder I Chirurg. Poliklinik Kerim } Massag. Hoffmann } Medizin. Poliklinik Deycke-Suleiman III.	7—8 ausgewählte Kapitel der Syphilis, Eschreff, alle Gruppen. 8—9 ausgewählte Kapitel der Frauenkrankheiten Assaf, alle Gruppen.
9—10	Ausgewählte Kapitel der Geburtshilfe Assaf I, II, III.	Ausgewählte Kapitel der inneren Medizin Suleiman, alle Gruppen.	Ausgewählte Kapitel der Ohrenkrankung Zia, alle Gruppen	Ausgewählte Kapitel der Erkrankungen der Nase, des Rachens und Kehlkopfes Zia, alle Gruppen	—	Ausgewählte Kapitel der inneren Medizin Suleiman, alle Gruppen.	—

Lehrer:

Rieder:	Chirurg. Klinik	4	Stunden
	Chirurg. Operationen	8	„
	Anatomie und Histologie	2	„
		<hr/>	
		14	Stunden

Deycke:	Medizin. Klinik	4	Stunden
	Medizin. Poliklinik	8	„
	Patholog. Anatomie	2	„
		<hr/>	
		14	Stunden

Kerim: Chirurgische Poliklinik 6 Stunden, und Operationen.
Assaf, Eschreff, Suleiman und Zia 1 resp. 2 Stunden Kolleg,
daneben Uebersetzen in den Vorlesungen von Rieder und Deycke.
Hoffmann: Massage 6 Stunden.

Jede Gruppe 30 Stunden.

Stundenplan III. Jahr 1901.

Einteilung der Schüler in vier Gruppen (I. II. III. IV.).

Unterricht: Türkisch 3—11 Uhr, Fränkisch 9 Uhr vormittags bis 6 Uhr nachmittags.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend	Sonntag
3—4 Vorlesite	Hauptvisite	Vorlesite	Vorlesite	—	Hauptvisite	Vorlesite
4—5 Chirurg. Klinik Kerim alle Gruppen	Nervenkl. und elektro-diagnost.- therapeutischer Kurs Raschid alle Gruppen	Makroskop. und mikroskopische Demonstrationen auf dem Gebiete der Histologie, patholog. Anatomie und Bakteriologie Deycke-Assaf, alle Gruppen.	Chirurgische Klinik Kerim, alle Gruppen, Medizin, Klinik Deycke-Zia, alle Gruppen. Nerven-Poliklinik Raschid	—	Chirurg. Klinik Kerim, alle Gruppen. Medizin, Klinik Deycke- Eschreff, alle Gruppen. Nerven-Poliklinik Raschid	Nasen-, Hals- und Ohren- Poliklinik Zia, 4—5 I. u. II. 5—6 III. u. IV.
5—6 Medizin. Klinik Deycke-Suleiman, alle Gruppen.				—		
6—7 Pause Wärterunterricht	Pause Wärterunterricht	Pause Wärterunterricht	Pause Wärterunterricht	—	Pause Wärterunterricht	—
7—10 Chirurg. Operationen Kerim IV Gynäkologie I. II. Haupt- Syphilis III. } Poliklinik	Chirurg. Operationen Kerim III. Chirurgische mediz. I. II. } Poliklinik Massage, Hoffmann IV.	Medizin. Kurs Suleiman 7—9 alle Gruppen 9—11 geburtshilflicher Kurs mit Phantombüch. Assaf, alle Gruppen.	Chirurg. Operationen Kerim I. II. Chirurg. IV. Medizin. } Poliklinik III. Nasen, Hals, Ohren	—	Chirurg. Operationen Kerim II. Medizinische Syphilis III. IV. } Poliklinik Massage Hoffmann I.	—

Stundenplan IV. Jahr 1902.

Einteilung der Schüler in drei Gruppen (I. II. III.).

Unterricht: Türkisch 3—10 Uhr, Fränkisch 9 Uhr vormittags bis 5 Uhr nachmittags.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonabend	Sonntag
3—4	Vorvisite	Vorvisite	Vorvisite	Vorvisite	Vorvisite	Vorvisite	Vorvisite
4—5	Hauptvisite	Hauptvisite u. Phantomkurs	Hauptvisite u. Nervenpoliklinik	Innere Klinik Suleiman	—	Hauptvisite	Otolaryngologische Klinik
5—6	Innere Klinik Deycke-Eschreff	Innere Klinik Suleiman	Makroskopische u. mikroskopische Demonstrationen der Histologie, patholog.-Anatomie u. Bakteriologie Deycke-Suleiman	Gynäkologische Klinik Assaf	—	Neurologische Klinik Raschid	
6—7	Chirurg. Klinik Rieder resp. Wieting	Chirurg. Klinik Rieder resp. Wieting	—	Chirurg. Klinik Rieder-Eschreff	—	Elektro-diagnost. Kurs Raschid	—
7—8	Pause	Pause	Pause	Pause	—	Pause	—
8—9	8—10 Operationen Wieting } Poliklinik } medizinische } dermatolog. } Gynäkolog. } Chirurg. }	Operationen Wieting } Poliklinik } Chirurg. } medizin. } Massage Hoffmann }	Medizin. Klinik Deycke-Eschreff	Operationen Wieting Otolaryngologische Poliklinik Zia	—	Operationen Wieting } gynäkolog. } chirurg. } medizin. } dermatolog. }	—
9—10	—	—	Dermatolog. Klinik Eschreff	Chirurg. } Poliklinik } medizin. } Massage Hoffmann }	—	—	—

Diensterlaß für die behufs Absolvierung des annum practicum in das Krankenhaus Gülhane kommandierten Militärärzte¹⁾.

§ 1. Zweck und Bestimmung des Krankenhauses.

Das Kaiserl. ottoman. Krankenhaus Gülhane ist Krankenhaus und medizinisches Lehrinstitut zu gleicher Zeit. Es hat einen dreifachen Zweck zu erfüllen.

1. Kranke, die mit chirurgischen und inneren (inkl. Nervenkrankheiten²⁾⁾ behaftet sind, der Heilung zuzuführen.

2. Den türkischen Militärärzten, welche nach beendetem Studium die Militärmedizinische Schule verlassen, vor Eintritt in die Armee Gelegenheit zu geben, Einrichtungen und ärztlichen Dienst einer Klinik und eines modernen Krankenhauses praktisch kennen zu lernen.

3. Türkische Soldaten zu Krankenpflegern heranzubilden, die mit den nötigen Kenntnissen und einem vollen Verständnis für ihre Aufgabe ausgerüstet, den hohen Anforderungen, welche die heutige Krankenpflege stellt, in Krieg und Frieden gerecht werden können.

§ 2. Aertzliches Personal³⁾.

Das ärztliche Personal des Krankenhauses besteht aus:

1. Dem Direktor Professor Dr. Rieder.

Der Direktor ist die oberste Instanz des Krankenhauses für alle Fragen der Verwaltung, der Krankenbehandlung und des Unterrichtes. In allen dienstlichen Angelegenheiten ist er jeden Morgen (außer Sonntags) zwischen 8 und 9 Uhr (im Winter zwischen 9 und 10 Uhr) in seinem Dienstzimmer zu sprechen. Er ist Oberarzt der chirurgischen Abteilung und führt als solcher sowohl das Hauptkrankenjournal⁴⁾, als auch das Operationsjournal⁵⁾, desgleichen verwaltet er das Archiv der Krankengeschichten. Im Unterricht vertritt er außer Chirurgie auch die Fächer der Anatomie und Histologie.

2. Dem Stellvertreter des Direktors Dr. Deycke.

Er ist in Abwesenheit des Direktors Vertreter desselben nach jeder Richtung hin. Als Oberarzt der medizinischen Abteilung ver-

1) Selbstverständlich ist dieses Reglement entsprechend dem Ausbau des Hospitales und des Unterrichtes ebenfalls ausgebaut und verändert worden. Ich gebe aber mit Absicht den Wortlaut dieses allerersten Reglements, um zu zeigen, wie wir versuchten, die Aufgabe von vornherein zu erledigen. Die Aenderungen ergeben sich ja von selbst analog dem an anderen Stellen der Schrift Gesagten.

2) Wurde später auf alle Erkrankungen mit Ausnahme der Augenkrankheiten ausgedehnt (cf. Abschnitt IV u. XII).

3) Die mit der Zeit eingetretenen Veränderungen ersiehe aus Bestand 1. Jan. 1902, Abschnitt IV.

4) Seit meiner Erkrankung (Herbst 1900) dem zweiten Oberarzt der chirurgischen Abteilung, Kerim Bey, später Dr. Wieting übertragen.

5) Seit Herbst 1900 dem Operationsassistenten übertragen.

waltet er dieselbe sowohl bezüglich der Krankenbehandlung als des medizinischen Unterrichts selbständig. Er führt das Hauptkrankenjournal und das Sektionsjournal persönlich, desgleichen verwaltet er das Krankenhausarchiv der medizinischen Abteilung. Im Unterricht vertritt er außer der inneren Medizin die pathologische Anatomie und die Bakteriologie. Zugleich ist er Vorsteher des Röntgenkabinetts und hält als Aufnahmearzt die Poliklinik ab.

3. Dem Sekundärarzt des Hospitals Raschid Tahsin, Lehrer der Neurologie und Psychiatrie an der Medizinschule. Er unterrichtet Nervenkrankheiten und besonders Elektrotherapie. Vor allem ist er mit der Führung resp. Beaufsichtigung der Sekretariats- und Verwaltungsgeschäfte beauftragt, er ist zugleich der von der Türkischen Regierung beauftragte Uebersetzer des Direktors in allen mündlichen und schriftlichen offiziellen Angelegenheiten.

4. Dem persönlichen Assistenten und persönlichen Uebersetzer des Direktors Dr. Blas¹⁾. Derselbe ist auch für das Hospital angestellt, als Lehrer des Pflegepersonals. Obwohl Privatübersetzer des Direktors hat doch jeder Arzt und Angestellte das Recht, seine Vermittelung in sprachlicher Hinsicht, besonders dem Direktor gegenüber in Anspruch zu nehmen.

5. Den drei Krankenschwestern²⁾,

a) Schwester Marianne Zakrczewska ist Vorsteherin der chirurgischen und medizinischen Männerabteilung. Sie hat die Oberleitung über die Krankenpflege des Hospitals, die Oberaufsicht über die Instandhaltung und Reinigung der Krankenzimmer, der Korridore, der Wäsche und des medizinischen Inventars.

b) Schwester Marianne Lafontaine; dieselbe hat die Oberleitung über die Operationssäle, über das gesamte Inventar derselben, und was zu operativen Zwecken dient, ist ihrer Beaufsichtigung unterstellt.

c) Schwester Helene Meyer beaufsichtigt die Poliklinik mit allen Einrichtungen, leitet die Arbeiten in der Verbandfabrik, sorgt für Instandhaltung des Röntgenkabinetts und des Mikroskopierzimmers und ist gleichzeitig Stationschwester der Frauenabteilung.

6. Den fünf Assistenzärzten, die von dem Direktor aus der Zahl der studierenden Aerzte ausgewählt werden und zwar:

1) Mußte leider nach einem Jahr krankheitshalber nach Deutschland zurück. Seine Stelle wurde nicht wieder besetzt. Seine Stelle als Uebersetzer beim Unterricht vertraten späterhin die fünf jungen türkischen Aerzte, in dienstlichen Angelegenheiten Raschid Bey.

2) Alle drei Schwestern gingen nach Ablauf ihres nur 1 Jahr betragenden Urlaubs nach Hamburg-Eppendorf zurück (cf. Reformvorschläge pg. 34, Ersatz und Erweiterung des Schwesterndienstes Abschnitt IV.

- a) Operationsassistent;
- b) wissenschaftlicher Assistent;
- c) klinischer Assistent für die chirurgische Abteilung;
- d) klinischer Assistent für die medizinische Abteilung;
- e) poliklinischer Assistent.

§ 3. Verwaltungspersonal.

Das Verwaltungspersonal des Krankenhauses besteht aus dem Verwalter, zwei Sekretären, dem Oberapotheker und drei Apothekern, dem Oberkoch, dem Oberwäscher, Beamten für das Depot und einer Anzahl Unterbeamten.

§ 4. Krankenpflegepersonal.

Das Krankenpflegepersonal des Krankenhauses kann erst allmählich in genügender Qualität und Quantität angestellt werden. Definitiver Bestand Januar 1902 cf. Abschnitt IV.

§ 5. Bestimmungen für die studierenden Aerzte.

Als Vorgesetzte der studierenden Aerzte gelten nach jeder Richtung hin die in § 2, 1—5 genannten Personen des ärztlichen Personales¹⁾. Die Aerzte haben deren Anordnungen unbedingt Folge zu leisten und erst nachdem die betreffende Anordnung ausgeführt ist, steht dem Schüler das Recht der Berufung an den Direktor zu.

§ 6. Die Assistenzärzte des Hospitals sind Vorgesetzte der studierenden Aerzte nur in Ausübung ihrer dienstlichen Funktionen, dagegen ist der Verwalter des Hospitales in allen Verwaltungsangelegenheiten Vorgesetzter der studierenden Aerzte.

§ 7. Entsprechend der Einrichtung des Krankenhauses als Hospital und als Unterrichtsstätte, gliedert sich auch der Unterricht der Aerzte in zwei Teile.

1. praktischer Unterricht und Unterricht am Krankenbette (in den Krankensälen) gewöhnlich morgens;

2. theoretischer und praktischer Unterricht im Auditorium (gewöhnlich nachmittags).

§ 8. Demzufolge fand folgende Einteilung der studierenden Aerzte statt:

1. Behufs Dienstleistung am Krankenbette sind jedem Krankensaal, dem Operationssaal, dem wissenschaftlichen Untersuchungszimmer, dem Röntgenkabinett je drei Aerzte zugeteilt.

2. Behufs Unterricht im Auditorium sind sämtliche Aerzte in 4 Gruppen eingeteilt, derart, daß die Aerzte der chirurgischen Säle (oberer Stock) Gruppe I und II, die der medizinischen Abteilung, (resp. des unteren Stockes Gruppe III und IV bilden. Nach sechs Monaten findet ein Wechsel statt, derart, daß die bis dahin auf der chirurgischen Abteilung beschäftigten Aerzte zur medizinischen Abteilung übergehen und umgekehrt.

1) Also auch die Schwestern.

§ 9. Der Krankenhausdienst für die studierenden Aerzte beginnt vom 1. Oktober bis 1. April um 3 Uhr à la turca (ca. 9 Uhr à la franca), vom 1. April bis 1. Oktober von 2 Uhr morgens und geht bis 10 Uhr abends (8 Uhr morgens bis 5 Uhr nachmittags à la franca), zwischen 6 und 7 resp. 5 und 6 Uhr ist eine einstündige Pause.

§ 10. Während dieser freien Zeit dürfen die Aerzte ihr Frühstück in der Stadt einnehmen, während der ganzen übrigen Zeit ist es strengstens untersagt, das Krankenhaus und seine nächste Umgebung zu verlassen.

§ 11. Sofort nach dem Eintreffen im Krankenhaus begeben sie sich in das Zimmer Nr. 21. Hier entledigen sie sich ihres Mantels, Waffenrockes, ihrer Ueberschuhe, und ziehen den weißen, leinenen Krankenhausedienstrock an. Es ist streng verboten, im Waffenrock den Krankensaal oder gar den Operationssaal zu betreten.

§ 12. Das Zimmer Nr. 21 ist den studierenden Aerzten als Aufenthaltsraum in der Zwischenzeit der Unterrichtsstunden und in ihrer freien Zeit angewiesen. Ein nicht durch dienstliche Gründe veranlaßter Aufenthalt auf den Krankensälen, im Operationssaal, Röntgenkabinett, Mikroskopierzimmer ist verboten. Desgleichen ist das Promenieren auf den Korridoren verboten, dagegen ist der Aufenthalt in dem Garten und in der allernächsten Umgebung des Hospitals den Aerzten in ihrer freien Zeit nicht nur erlaubt, sondern dringend empfohlen. Die im Hospital gelegenen Klosetts sind nur zur Benutzung von den Kranken bestimmt, diejenigen für die Aerzte befinden sich in der Baracke im Hofe.

§ 13. Es wird erwartet, daß die Aerzte ihre freie Zeit im Hospital soviel als möglich mit Privatstudien verbringen. Zu dem Zwecke sind in dem Zimmer Nr. 21 wissenschaftliche Bücher und Zeitschriften ausgelegt¹⁾ und Tisch und Schreibgerät ermöglicht auch schriftliche Arbeit. Zum Privatstudium darf auch das große Auditorium von jedem Arzte benutzt werden, falls dieser Raum nicht durch Unterricht in Anspruch genommen wird. Das Schreiben der Krankenjournale soll im Krankensaale selbst geschehen, wozu alle Einrichtungen getroffen sind.

§ 14. Präzise 3 Uhr resp. 2 Uhr à la turca morgens begeben sich sämtliche Aerzte des Hospitals in das Auditorium, wo die Präsenzliste verlesen wird. Jeder, der in dem Augenblicke, wo sein Name verlesen wird, nicht anwesend ist, gilt als für den Tag fehlend, selbst wenn er sich zu dieser Zeit in einem anderen Teile des Krankenhauses befindet. Entschuldigungen gelten nur in den allerbegründetsten Fällen.

§ 15. Der tägliche Dienst resp. der Unterricht bewegt sich in dem auf dem Stundenplan aufgezeichneten Rahmen. Der Ort, wo

1) Später (1903) Einrichtung einer kleinen Bibliothek im Zimmer des Direktors beabsichtigt.

die Vorlesung stattfindet, ist ebenfalls auf dem Stundenplan angegeben. Die Vorlesungen beginnen in der Regel eine Viertelstunde nach der angesetzten Zeit, jedenfalls gilt derjenige Arzt, der nicht zu dieser Zeit da ist, als abwesend.

§ 16. Der Dienst auf den Krankensälen erledigt sich in der Regel morgens und zerfällt in Vorvisite und Hauptvisite. Die Hauptvisite machen alle Schüler der Abteilungsgruppe gemeinsam mit dem Oberarzt. Der Aufenthalt auf den Krankensälen nachmittags ist zwar nicht verboten, soll aber eine Ausnahme und besonders begründet sein.

§ 17. Bezüglich des Dienstes auf den Krankensälen wird der größte Wert auf die selbständige Beobachtung des Krankheitsverlaufes gelegt. Den Beweis, daß ein solches statt hat, soll der Arzt durch ein sorgfältig geführtes Krankenjournal liefern.

§ 18. Sofort nach Aufnahme des Kranken (event. am folgenden Morgen) hat der betreffende Stationsarzt eine vollständige Anamnese und einen Status präsens französisch, oder, falls er dazu nicht imstande ist, türkisch niederzuschreiben. Er mißt selbst die Temperatur in der Achselhöhle, bei Kindern im Rektum, zählt den Puls, und wenn nötig die Respiration, untersucht den Urin auf Eiweiß und Zucker, bestimmt, wenn irgend möglich, die Tagesmenge und das spezifische Gewicht, nimmt das Körpergewicht und notiert alle diese Beobachtungen eigenhändig auf der Temperaturkurve.

§ 19. Bei der nunmehr folgenden Hauptvisite trägt er dem Oberarzt seinen Befund vor und nachdem dieser den Befund gebilligt resp. korrigiert hat, trägt er ihn in das reine, d. h. vorgedruckte Krankenjournal ein, das später samt der Temperaturkurve dem Archiv übergeben wird.

§ 20. Während der ganzen Behandlungsdauer des Kranken im Hospitale fährt der Schüler in gleicher Weise fort mit seinen eigenen Beobachtungen, d. h. er führt von der Aufnahme bis zur Entlassung über jeden ihm überwiesenen Kranken die Temperaturkurve und ein genaues Krankenjournal in der oben beschriebenen Weise. Die Temperatur wird, wenn nötig, 2stdl., gewöhnlich 2mal täglich bestimmt, desgleichen Puls und Respiration. Urinuntersuchung (Menge, spezifisches Gewicht, Eiweiß, Zucker etc.) wenigstens einmal wöchentlich. Sputum, Blutuntersuchungen etc. so oft es irgend nötig erscheint. Das Körpergewicht ist, wenn irgend möglich, alle 8 Tage zu bestimmen, außerdem jedes Mal unmittelbar vor der Entlassung.

§ 21. Besondere Sorgfalt ist auf Beschreibung einer stattgehabten Operation, des ersten Verbandwechsels und jedes weiteren größeren Verbandwechsels zu verwenden. Hierbei fällt jede phrasenhafte Umschreibung fort. Der Schüler bedient sich lediglich ana-

tomischer und technischer Ausdrücke. Falls er nicht bei der Operation anwesend war, hat er bei der nächsten Hauptvisite den Oberarzt um eine Beschreibung zu bitten, die er dann ins Journal einträgt. Ueberhaupt hat jeder studierende Arzt nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, den Oberarzt bei der Hauptvisite nach allem zu fragen, was die Beobachtung und Behandlung eines Kranken angeht. Jeder, der hierbei ernstlich bestrebt ist, sein Wissen zu bereichern, kann sicher sein, selbst durch wiederholte Fragen nicht lästig zu fallen. Gerade die Möglichkeit, sich sofort bei dem Oberarzt eine autoritative Auskunft über das, was er nicht weiß, zu verschaffen, bietet dem Schüler eine außerordentlich günstige Gelegenheit, sich zu einem denkenden Arzte heranzubilden. Wir aber werden uns jederzeit freuen, wenn ein Schüler, um lernen zu wollen, freiwillig zu uns kommt, denn wir sehen in dem persönlichen Verkehr in medizinischen Dingen, zwischen Lehrer und Schüler, einen der Hauptfaktoren für die Heranbildung unserer Schüler.

§ 22. Ebenso wie die Operationen sind auch die Autopsien sorgfältigst im Krankenjournal zu beschreiben. Der betreffende studierende Arzt hat stets der event. Autopsie eines seiner Kranken beizuwohnen und ist für diese Zeit von Operationen, Unterricht etc. dispensiert.

§ 23. Ebenso sind die studierenden Aerzte dafür verantwortlich, daß die Ergebnisse patholog.-anatom. Untersuchungen (Probexision, Sputumuntersuchungen etc.) seitens der Oberärzte oder der wissenschaftlichen Assistenten, sowie anderweitige, die Diagnose interessierende Befunde (z. B. Röntgenaufnahmen) in das Journal eingetragen werden. Ein jedes Journal hat mit einem genauen Abgangsstatus zu schließen, in dem besonders auf das Heilungsergebnis Rücksicht genommen ist. Die Therapie jedes Kranken wird jedes Mal auf der Hauptvisite von dem Oberarzt selbst bestimmt. Der betreffende Saalarzt übernimmt damit die Verpflichtung, für die rechtzeitige und richtige Ausführung dieser getroffenen therapeutischen Anordnungen zu sorgen. Hat einer der studierenden Aerzte in der Zwischenzeit eine Ordination selbstständig ausgeführt, so hat er auf der nächsten Hauptvisite dem betreffenden Oberarzte Mitteilung davon zu machen.

§ 24. Unter den Begriff Therapie fällt auch der Verbandwechsel. Wann derselbe stattfinden soll, bestimmt der Oberarzt in jedem einzelnen Falle. Keiner der studierenden Aerzte hat das Recht, einen Verband eigenmächtig zu wechseln, außer in ihm dringend erscheinendem Falle der Not und Gefahr. Auch dann hat er dem Oberarzt so rasch wie möglich von seinem Tun Mitteilung zu machen, spätestens bei der nächsten Hauptvisite. Ueberhaupt haben sich die studierenden Aerzte irgend welcher selbständigen Handlung zu enthalten. Dieselben arbeiten lediglich und allein im Auftrage des Oberarztes, sie tun gut, nie zu vergessen, daß es durchaus in ihrem

Interesse liegt, möglichst viel zu fragen und ihr medizinisches Denken und Handeln möglichst oft der Kontrolle ihres Oberarztes zu übergeben.

§ 25. Nur der Oberarzt hat das Recht, einen Kranken aus der Krankenhausbehandlung zu entlassen. Der betreffende Saalarzt hat daher dafür Sorge zu tragen, daß jeder Kranke vor seiner Entlassung dem Oberarzt vorgestellt wird, und er hat den Oberarzt bei der Gelegenheit um etwaige Bemerkungen für den Abgangstatus zu bitten. Zugleich muß das Krankenjournal des zu entlassenden Kranken völlig abgeschlossen seitens des Arztes dem Oberarzt behufs Einverleibung in das Archiv übergeben werden.

§ 26. Es wird allen studierenden Aerzten zur Pflicht gemacht, alle Krankenhauseinrichtungen, speziell Lehrmittel, Apparate, Instrumente, Bücher sorgfältigst zu schonen. Sie müssen diese Gegenstände so betrachten, als wären sie ihr Eigentum und als hätten sie den Ersatz aus eigener Tasche zu zahlen. Desgleichen hat der Schüler aber auch darüber zu wachen, daß ein gleiches von anderer Seite geschieht, speziell hat er durch Wort und Tat dafür zu sorgen, daß seitens des Wartepersonals ein Beschmutzen oder Beschädigen des Inventars, der Wände etc. nicht statt hat, und er hat vorkommende Fälle unweigerlich zur Anzeige zu bringen.

§ 27. Es ist den Aerzten dringend anzuraten, sich nicht allein mit den Fragen zu befassen, die den Kranken und seine Behandlung unmittelbar angehen. Die Zeiten sind vorüber, wo die Kunst des Arztes im Rezeptschreiben allein bestand; der Arzt von heute muß vor allem mit den Fragen der Krankenhaushygiene vertraut sein, denn die Lehren der Antisepsis und vor allem Asepsis gelten nicht nur für den Operationssaal, sondern für alle Räume und für jegliches ärztliche Handeln.

§ 28. Daher lerne auch der junge Arzt seine Aufmerksamkeit richten auf alle Einrichtungen des Krankenhauses, auf die Sauberhaltung aller Räume, die Beschaffenheit der Wände, des Bodens, auf die Gesamteinrichtung des Operationszimmers, des wissenschaftlichen Zimmers, die Desinfektion der Instrumente, die Anfertigung und Sterilisation der Verbandstoffe, auf die Desinfektion der Wäsche und nicht zuletzt auf die Beschaffenheit der Abtritte. Die zweckdienliche Einrichtung der letzteren, wie nicht minder die Fortschaffung der Abwässer und aller verbrauchten Gegenstände (eiterige Verbände etc.) bilden einen der allerwichtigsten Faktoren für die Salubrität des Krankenhauses.

§ 29. Desgleichen sei er auch bestrebt, die wirtschaftlichen Einrichtungen eines Hospitales, die Verwaltung, die Sekretariatsgeschäfte, die Einrichtung der Küche, wie überhaupt des ganzen Krankenpflegewesens kennen zu lernen, vor allem die zweckdienliche Verpflegung der Kranken spielt eine gleich wichtige Rolle, sowohl in hygienischer wie in pekuniärer Hinsicht.

§ 30. Wenn er so ausgebildet ist, wird er es begreifen, daß es zu den vornehmsten Aufgaben eines Krankenhausarztes gehört, das ihm an die Seite gestellte Wartepersonal durch sachgemäße Unterweisung mit heranbilden zu helfen. Die Wirksamkeit des Arztes am Krankenbette erheischt die ständige Beihilfe eines ausgebildeten und geübten Pflegepersonals. Und der Arzt wirkt auch für seine Kranken am segensreichsten, der bestrebt ist, sich ein gutes Pflegepersonal selbst zu erziehen. Es ist geradezu Pflicht des Krankenhausarztes, nicht müde zu werden, immer wieder den ungeübten Pfleger durch Wort und Tat zu seinem verantwortungsreichen Beruf heranzubilden.

§ 31. Ein ruhiges, ernstes Benehmen ist dem Arzte jederzeit Pflicht. Besonders sei sein Benehmen jedem Kranken gegenüber ein humanes und wohlwollendes. Er vergesse bei all seinem Tun und Lassen niemals, daß es die erste und heiligste Pflicht des Arztes und der Endzweck jeglichen ärztlichen Handelns ist, **nicht unnötige Schmerzen zu machen, sondern Schmerzen zu beseitigen**. Doch sei er niemals schwach und nachgiebig. Er ist verpflichtet, den Gehorsam der Kranken gegenüber den ärztlichen Bestimmungen aufrecht zu erhalten, es geschieht das im Interesse der Kranken. Kranke sind bisweilen unverständlich, wollen sie aber gesund werden, müssen sie sich den ärztlichen Anordnungen fügen. Kein Gemeinwesen kann bestehen ohne Unterordnung und Gehorsam des Einzelnen unter das von der Obrigkeit bestimmte Gesetz, und einem Krankenhause tut gerade im Interesse der Kranken Disziplin und Ordnung not. Es ist Pflicht aller Aerzte, unbeschadet eines gütigen und milden Vorgehens gegen den Einzelnen, diesen Gehorsam aufrecht zu erhalten, aber auch ihrerseits aus Ueberzeugung und Hingabe an den Beruf diesen Gehorsam freiwillig den Vorgesetzten und deren Anordnungen zu leisten.

Statuten für die Assistenzärzte des Hospitales.

Statuten für den Operationssaal.

§ 1. Der Operationsassistent hat die ihm vom Oberarzt übertragenen Operationen auszuführen, wobei er sich genau nach den ihm vom Oberarzt gegebenen Regeln der Operationstechnik und Wundbehandlung zu richten hat.

§ 2. Er hat für die Sauberhaltung aller Einrichtungen des Operations- und Verbandzimmers Sorge zu tragen und so oft es irgendwie nötig ist, selbst Hand anzulegen. So hat er event. die Reinigung und Desinfektion der Instrumente zu besorgen, jedenfalls zu beaufsichtigen, desgleichen für das Vorhandensein der Verbandwässer, die genügenden Mengen von unter seiner Kontrolle bereiteten und sterilisierten Verbandstoffe Sorge zu tragen.

§ 3. Er hat sich in erster Linie die Erziehung der Operationswärter angelegen sein zu lassen und immer wieder darüber zu wachen, daß von diesen keine Verstöße gegen die unbedingt zu erfüllenden

Vorschriften der allgemeinen und speziellen Sauberkeit (Asepsis) gemacht werden. Lediglich sein Fehler ist es, wenn die Operationswärter die Reinigung der Operationsräume nicht regelmäßig und nach Vorschrift ausführen.

§ 4. Die zu erledigenden Operationen werden am Tage vorher vom Oberarzt bestimmt und auf die im Vorzimmer hängende Tafel geschrieben. Der Operationsassistent hat bereits am Morgen den für die Operation bestimmten Kranken für diese Operation vollständig vorbereiten zu lassen (Baden, Waschen, Rasieren etc.). Der Kranke wird bereits auf dem Saal mit dem sterilisierten Operationsanzug (leinenes Hemd, Hose und Strümpfe aus einem Stück, doch so, daß die einzelnen Teile leicht abgenommen werden können) bekleidet, den er, wenn angänglich, während der ganzen Operation, jedenfalls bis nach eingeleiteter Narkose anbehält. Unter keinen Umständen darf der Operationsassistent zulassen, daß ein Kranker mit einem Rock, altem Hemd und Hose auf den Operationstisch kommt. Nach der Operation kommt der Kranke in ein mit frischer Wäsche bezogenes Bett und der Operationsassistent nimmt eine etwa besonders nötig werdende Lagerung selbst vor, trifft überhaupt alle Anordnungen, die in unmittelbarer Folge der Operation etwa notwendig werden.

§ 5. Die in Abwesenheit des Oberarztes notwendigen Operationen führt der Operationsassistent aus, desgl. größere Verbandwechsel, besonders diejenigen, die bald nach der Operation nötig werden.

§ 6. Bei jedem Verbandwechsel, die in den Operations- resp. Verbandzimmern nötig werden, ist der Operationsassistent derjenige, der die notwendigen Instrumente, Verbandstoffe, Schienen etc. hergibt. Keiner der Saalärzte hat das Recht, diese Gegenstände selbst zu nehmen, oder auch nur anzufassen.

§ 7. Dem Operationsassistent zur Seite gestellt sind noch zwei der studierenden Aerzte, welche ihn in allen seinen Funktionen unterstützen, resp. dieselben, so oft es nötig wird, übernehmen. Deren Unterweisung hat sich der Operationsassistent sehr angelegen sein zu lassen.

Statuten für den anatomischen Assistenten.

§ 1. Der anatomische Assistent ist verantwortlich für die Ausführung sämtlicher im Verlaufe der Behandlung eines Kranken notwendig werdenden medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungen. Dahin gehören in erster Linie Sputum- und Blutuntersuchungen, Untersuchungen von Probeexisionen etc. Er führt dieselben entweder selbst aus, oder er läßt sie von den ihm zur Seite gestellten Aerzten ausführen.

§ 2. Denn außer ihm sind noch drei weitere Aerzte im Untersuchungszimmer beschäftigt, so daß die Arbeit derart eingeteilt ist, daß einer die bakteriologischen, ein anderer die histologischen und ein dritter die klinischen Untersuchungen ausführt.

§ 3. Das Ergebnis einer jeden Untersuchung wird sofort von dem Untersucher in ein Buch eingetragen, für dessen regelmäßige und richtige Führung der anatomische Assistent verantwortlich ist. Dabei ist auf die jedesmalige Angabe des Namens des Patienten, der Saalnummer und der laufenden Nummer des Aufnahmejournals besonders zu achten. Eine Abschrift des Untersuchungsergebnisses erhält der betreffende Saalarzt behufs Eintragung in das Krankenjournal.

§ 4. Der anatomische Assistent besorgt auch die Konservierung aller durch Operation oder Sektion gewonnenen Präparate, um sie allmählich zu einer pathologisch-anatomischen Sammlung zu vereinigen. Das Vorhandensein einer solchen ist eines der wichtigsten Hilfsmittel des medizinischen Unterrichtes, und gerade deshalb hat sich der anatomische Assistent das Zustandekommen und die Inordnunghaltung besonders angelegen sein zu lassen.

§ 5. Dem Untersuchungszimmer attachiert ist noch der Assistent für das Röntgenkabinett, er hat die notwendig werdenden photographischen und Röntgenaufnahmen zu machen, die Kopien anzufertigen und eine Photographie dem Krankenjournal beizuliefern, eine zweite Kopie, falls es tunlich erscheint, einer Sammlung einzuverleiben und auf diese Weise seinerseits zur Schaffung eines sehr wichtigen Hilfsmittels zum Unterricht beizutragen.

Statuten für die klinischen Assistenten.

§ 1. Die beiden klinischen Assistenten gelten als Stellvertreter der abwesenden Oberärzte den Schülern als auch den Kranken gegenüber. Nur etwaige dringende Operationen erledigt stets der Operationsassistent, ebenso den Verbandwechsel (größere, plötzlich notwendig werdende Verbandwechsel, besonders nachts).

§ 2. Die klinischen Assistenten übernehmen zusammen mit dem Operations- und poliklinischen Assistenten den Tagesdienst. Der Name des wachhabenden Arztes steht auf der am Eingang des Hospitales hängenden Tafel. Der 24stündliche Wachdienst beginnt 2 Uhr à la turca. Der wachhabende Arzt darf während dieser Zeit das Hospital nicht verlassen. Vertretungen untereinander sind gestattet. Der wissenschaftliche Assistent darf aber nur in Ausnahmefällen und dann auch niemals auf der chirurgischen Abteilung zum Wachdienst herbeigezogen werden.

§ 3. Die klinischen Assistenten besuchen jeden Morgen 2 Uhr à la turca alle Räume des Krankenhauses, besonders alle Krankensäle, sorgen für den Beginn und den regelmäßigen Verlauf des Betriebes, kurzum aller laufenden Geschäfte, besonders aber für das Inkrafttreten der den Kranken angehenden Bedürfnisse.

§ 4. Sie führen das Tagesjournal (Aufnahmebuch). Dasselbe liegt im Direktorzimmer, und in dieses hat jeden Tag der wachhabende Arzt einen kurzen Rapport zu schreiben, speziell betreffs Aufnahme, Entlassung, Todesfälle etc. sowie etwaige außergewöhnliche

Vorkommnisse in der Behandlung und Verpflegung der Kranken. Hierher gehören besonders alle Klagen seitens der Aerzte über das Essen, Wäsche, Verpflegung, kurzum über alle anscheinend vorgekommenen Unregelmäßigkeiten im Betriebe des Hospitales.

§ 5. Ueberhaupt haben sie besondere Aufmerksamkeit auf die Verwaltungsangelegenheiten zu richten, und in dieser Beziehung alle durch die Bestimmung des Kriegsministeriums getroffenen ärztlichen Kontrollvorschriften über den Oekonomiebetrieb etc. gewissenhaft auszuüben. Desgleichen beaufsichtigen und sorgen sie selbst für die Sauberhaltung der Korridore, der Zimmer, kurzum für die ganze Hygiene des Hospitals. Die für diese Posten bestimmten Wärter lernen sie an.

§ 6. Behufs Ausübung der Krankenpflege sind sie ganz besonders den Schwestern beigegeben, von denen sie alle Erfordernisse dieses wichtigen Zweiges der Krankenbehandlung in ebenso bequemer als vollkommener Weise lernen können. In diesem Sinne haben sie das Recht und die Pflicht, die Schwestern um Rat und Hilfe bei der gemeinsamen Arbeit zu bitten.

§ 7. Die Pflichten des poliklinischen Assistenten liegen in dem Rahmen der Bestimmungen für die übrigen Assistenten. Er führt speziell das poliklinische Journal und hat die Stellvertretung des Oberarztes in der Poliklinik resp. diesen in allem zu unterstützen.

§ 8. Alle vorgenannten Assistenzärzte haben unentgeltliche Wohnung im Hospital, die wachhabenden Aerzte an den Dienstagen freie Verpflegung.

Ich kann und will nicht behaupten, daß alle die vorstehenden Bestimmungen jederzeit gehalten und prompt ausgeführt worden sind. Dazu waren sämtliche denn doch allzu neue und ungewohnte Dinge in türkischen Krankenhäusern und in der bisherigen Erziehung der Aerzte, und so einfach und mühelos ist die Arbeit wahrlich nicht in einem fremden Lande, mit Menschen einer anderen Rasse, ja, man muß sagen, mit Menschen einer anderen Welt. Immerhin ist es wenigstens gegangen, und ich kann ehrlich und gewissenhaft sagen, daß die in den drei Jahren gewonnenen Resultate zwar meine Wünsche lange, lange nicht erreicht, aber meine Erwartungen in manchem übertroffen haben.

Es gibt hier neben recht fleißigen auch sehr faule Schüler¹⁾, aber das ist wahrlich kein Unglück. Für mich besteht der Reiz

1) Ueber die Vorbildung und den Studiengang des türkischen Mediziners will ich später, Bd. II meiner Veröffentlichungen (Haidar Pascha) gelegentlich der Darlegung des neuen Lehrplanes der Medizinschule ausführlich berichten. Hier sei nur bemerkt, daß jeder Medizin studierende Türke von dem Augenblick an, wo er in die medizinische Vorschule (Idadieh) eintritt, bis zum Abgang aus der Medizinschule in allem und allem auf Kosten des Staates lebt und studiert.

und die Kunst des Unterrichtens darin, das Interesse der Schüler so zu wecken, daß aus faulen fleißige werden. Derjenige Lehrer, der das versteht, hat hier ein sehr dankbares Publikum. Er findet hier Schüler von großer Bescheidenheit, von unaufdringlicher Streb-samkeit und von unbedingter Unterordnung. Gerade unser hiesiger Lehrberuf ist Prof. Deycke und mir immer wieder eine Quelle neubelebenden Trostes gewesen, wenn wir im Kampf gegen all'

Vorbereitungsschule und Medizinschule sind Internate, und der Staat ernährt, kleidet und erhält nicht nur die Schüler, sondern gibt ihnen noch ein monatliches Taschengeld (z. B. bis zu 1 Ltq. in der letzten Klasse der Medizinschule). Sofort nach bestandnem Staatsexamen erfolgt die Ernennung zum Hauptmann und von da ab ist der Arzt aktiver Offizier der Armee mit Pensionsberechtigung etc., der aber nebenbei Privatpraxis ausüben darf und auch ausübt. Hieraus geht also hervor, daß der türkische Mediziner kaum einen Pfennig aus eigener Tasche resp. der seiner Eltern für seine Ausbildung und seine ganze Existenz bezahlt hat (gleiche Verhältnisse gelten auch für die Offiziere der Armee und der Marine und gewisse Beamtenklassen). Das sind sehr bemerkenswerte Unterschiede gegenüber unseren deutschen Verhältnissen! Wenn man deshalb in den europäischen Zeitungen etc. immer wieder liest, daß die Türkische Regierung Offizieren und Beamten oft Monate lang, bisweilen überhaupt den Gehalt schuldig bleibt, so muß man sich hüten, will anders man gerecht sein, sofort nach unserem Maßstab zu messen. Von dem großen Anlagekapital, das wir benötigen, um überhaupt erst etwas zu werden, ist hier gar nicht die Rede. Denn, um es noch einmal hervorzuheben, es ist und bleibt Tatsache, daß der türkische Offizier und Arzt, und oft auch der Beamte, fast von Kindesbeinen an vom Staate unterhalten wird und auf Staatskosten das geworden ist, was er ist. Weder er noch seine Eltern haben in der Vergangenheit noch in der Zukunft ein finanzielles Risiko getragen oder zu tragen. Außerdem sind die türkischen Offiziers- und Beamtengehälter keineswegs niedrig (cf. pg. 360, Tabelle sub I, u. pg. 364) und das Leben ist hier für den Eingeborenen wesentlich billiger, als etwa für den Deutschen in Deutschland und — last not least — der Staat gibt jedem Offizier sehr reichliche Naturalverpflegung außer dem Gehalte (cf. Tabelle l. c.) so daß jedenfalls für das Leben der Familie gesorgt ist, auch wenn die Gehaltsbezüge ausbleiben. Tatsache ist, daß man auch jetzt noch in der Türkei weder von einer sozialen Not, noch von einer sozialen Frage sprechen kann, und daß eine Armut und ein Elend, wie wir es in unseren großen Städten trotz aller vielgepriesenen civilisatorischen und kulturellen Fortschritte erleben, sich in Konstantinopel wohl unter Griechen, Juden und Europäern findet, aber gerade nicht unter Muhamedanern.

Aber wo Licht ist, ist auch Schatten. So bequem und angenehm ja dieses „Versorgtsein und -werden“ für den Einzelnen ist, so verhängnisvoll wird es für die Gesamtheit, für den Staat. Denn ohne Zweifel ist hierin, d. h. in dieser Abschwächung des Kampfes um das Dasein einer der Hauptgründe zu suchen, warum gerade in der Türkei die Entwicklung und der Fortschritt des Einzelindividuum und damit der Gesamtheit so viel und so oft zu wünschen übrig läßt.

die körperlichen und geistigen Ueberanstrengungen, die eine angestrengte Tätigkeit in diesem Lande mit sich bringt, versagen wollten

Die theoretischen Kenntnisse, die viele der Schüler mitbringen, sind durchaus bemerkenswert, allerdings manches Unverständene, manches und gerade das Notwendigste — Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie, — infolge der, der Medizinschule völlig fehlenden Unterrichtsmittel und Einrichtungen nur sehr notdürftig vorhanden, alles zusammen doch eine Basis, auf der man aufbauen kann.

Die Erfahrungen, die ich bis jetzt sammeln konnte, reichen selbstverständlich nicht aus, um zu einem definitiven Urteil über das durch den Unterricht überhaupt zu Erreichende zu kommen. Vor allem über die Dauerresultate bin ich mir keineswegs klar. An Befähigung fehlt es den Schülern sicher nicht, auch nicht an Fleiß, wohl aber an Konstanz, an jenem zielbewußten, sachlichen Streben, an jenem festen Willen, der lebendig macht, und der allein die Entwicklung des Individuums unterhält und vollendet. Im Anfang interessiert sie die Sache ja sehr, sie werden aber leicht gesättigt und noch leichter von sich selbst überzeugt. Es fehlt ihnen die Objektivität, es fehlt ihnen in erster Linie die eigene Kritik über ihr Können und Wissen. Alle diese Vorwürfe brauchen aber nicht den Schüler als Menschen zu treffen, d. h. man braucht zu ihrer Erklärung nicht gleich wieder auf die Rasse zurückzugreifen, das System allein schon erklärt sie zur Genüge. Denn alles das kann ja gar nicht anders sein bei der Erziehung und Ausbildung, die den türkischen Ärzten zuteil wird. Sie müssen auf den Buchstaben schwören, die Möglichkeit, sich selbst ein Urteil auch nur über ein medizinisches Ding zu bilden, sich selbst nach irgend einer Richtung hin frei entwickeln zu können, alles das ist völlig ausgeschlossen. Dazu kommt, daß sehr viele, und vor allem die anständigen Motive, die bei uns den Ehrgeiz und das Streben des jungen Mannes unterhalten, in diesem Lande völlig fehlen. Nicht die Fleißigen, sondern die Faulen werden belohnt, und die türkische Jugend kennt weder die Geschichte ihres Volkes, noch die großen Männer, Helden und Ideale desselben. Selbst dem Türken, der das Höchste für sein Volk leistet und alles dahingibt, flicht die Nachwelt keine Kränze.

Und doch bestanden ohne Frage jedes Jahr in die Augen springende, qualitative Unterschiede unter den Schülern, die man in der Tat nicht anders erklären konnte, als durch Zurückgreifen auf die Rasse. Der Araber, der Syrer, besonders der christliche Syrer ist

geistig regsamer, arbeitslustiger, und dem Araber ist Neigung und Sinn für Wissenschaftlichkeit nicht abzusprechen. Der der europäischen Türkei Entstammte steht unserm europäischen Gedankenkreis und Empfinden wesentlich näher, ebenso wie der Grieche. Der osmanische Türke ist oft geschickt und intelligent, im großen Ganzen aber das, was wir in Deutschland „einen guten Kerl“ nennen, und man kann meistens hinzufügen „ein anständiger Kerl.“ Aber innerer Schaffensdrang ist ein Gefühl, das ihn ganz sicher nicht nervös macht, und hätte Goethe von allen Menschen nur die Osmanli gekannt, hätte er schwerlich gesagt: das erste und letzte am Menschen ist Tätigkeit.

Außerordentlich erfreulich und sehr beachtenswert war das allgemeine Interesse, das viele unter den Schülern den ihnen völlig neuen mikroskopischen Fächern der normalen und pathologischen Histologie und vor allem der pathologischen Anatomie entgegenbrachten. Die manuelle Geschicklichkeit zur Anfertigung mikroskopischer Präparate etc. geht über den Durchschnitt derjenigen unserer deutschen Studenten hinaus. Bemerkenswert war ferner die Befähigung für die praktisch operative Tätigkeit. Bezüglich der Anstellung und des Nachahmungstalentes übertreffen die hiesigen Medizinschüler ohne Frage viele ihrer deutschen Kollegen. Ich erkläre dieses zwanglos daher, daß der größte Prozentsatz der jungen Leute, selbst wenn sie hochgestellten Familien Konstantinopels entstammen, doch in sehr einfachen, sozusagen ländlichen Verhältnissen leben. Von Kindheit an sind ihnen manuelle Betätigungen und Beschäftigungen keineswegs unbekannte Dinge, während für eine große Zahl unserer, aus großen und größeren Städten kommenden Medizin Studierenden eine praktische Handhabung von Hammer, Meißel, Säge etc. so ungesehene Dinge sind, daß man ihnen dieselben oft im Operationskurs weitläufig auseinandersetzen muß. Der Türke nimmt das Messer in die Hand und findet sich dann auch schon selber zurecht, gerade so gut, wie Angehörige selbst prähistorischer Völker auch ohne Maturitätsexamen und die unregelmäßigen Verben auf μ schwierige und technisch vollendete Operationen gemacht haben.

Was aber den Muhamedaner ohne Frage zur Chirurgie, und zwar zur modernen Chirurgie befähigt, ist seine große Sauberkeit. Dank der ihm durch seine Religion anerzogenen Sauberkeit kann die Asepsis beim türkischen Schüler nicht nur zu einer anerzogenen, sondern zu einer wirklich immanenten werden. Das geht herunter

bis zum Sanitätssoldaten; in dieser Hinsicht ist es leicht, Operationswärter auszubilden. Es kommt dazu, daß der, dem gewöhnlichen Manne innewohnende, tiefe Respekt gegenüber dem Vorgesetzten und dessen Anordnungen, den Operationswärter abhält, Sachen anzufassen, die ihn nichts angehen, und Ausnahmen in dieser Hinsicht sind durch eine einmalige, ruhige, sachliche aber energische Korrektur für immer aus der Welt geschafft.

Ausgebildet haben wir während der drei ersten Jahre im ganzen 119 Militärärzte; davon im ersten Jahr 38
im zweiten Jahr 42
im dritten Jahr 39¹⁾

Eine besonders gute Klasse war die des zweiten Jahres, hier konnten wir bei streng angelegtem Maßstabe erteilen

sehr gut an 14	genügend an 14
gut an 12	ungenügend an 2

im dritten Jahr erhielten:

sehr gut 6	genügend 20
gut 13	ungenügend —

Ich glaube wirklich, daß man mit diesem durchaus objektiv erhobenen Ergebnis zufrieden sein kann. Jetzt schon haben wir einen kleinen Stamm strebsamer junger Leute um uns, die wir zu brauchbaren Assistenten und weiterhin auch zu selbständig wirkenden Ärzten werden erziehen können. Nach dem Wortlaut meines jetzigen Kontraktes habe ich das Recht, jedes Jahr sechs der besten Schüler auszuwählen, und so lange in Gülhane zu behalten, als ich es für wünschenswert halte. Vielleicht ist entsprechend meinen Ausführungen auf Seite 187 damit ein weiterer Weg gegeben, um, langsam und konsequent ausbauend, zu einem Stamm brauchbarer junger Lehrkräfte zu kommen²⁾. Ich muß es noch einmal sagen: Türken, die hier im Zusammenhang mit ihrer Umgebung und ihrer Religion geblieben sind, bleiben einfache, bescheidene und genügsame Leute. Sie wissen nichts von den

1) Im 4. Jahre sind es 52 Schüler, davon erhielten:

sehr gut 27	genügend 14
gut 11	ungenügend —

für 1903 (5. Jahr) sind 62 Schüler zugewiesen.

2) 5 Schüler des ersten Jahres wurden behufs Vervollkommnung des Studiums nach Deutschland geschickt. 3 derselben haben bereits jetzt nach 3¹/₂ jährigem Aufenthalt cum laude zum Doktor promoviert, die beiden andern sind im Examen.

Rang- und Klassenunterschieden Deutschlands und Europas mit all' den Kämpfen und Enttäuschungen. Ich denke mir: hier inmitten ihres eigenen Volkes auf eine höhere Stufe der Leistungsfähigkeit gehoben, werden sie zufrieden und glücklich ihre Arbeit vollbringen, wenn man ihnen nur das Recht auf Arbeit und die Früchte der Arbeit in dem Maße gewährleistet, wie es bei uns der Fall ist. Dann ist es sogar ein großes Glück für sie, daß sie nicht gekostet haben von all' den lockenden und bisweilen recht faulen Früchten europäischen Kulturlebens, die ihnen nach meiner felsenfesten Überzeugung die Türkei niemals darreichen kann und darf, wenn anders sie Türkei und Islam bleiben will.

Eines Punktes muß hier noch ausdrücklich gedacht werden, der uns die Ausführung des Unterrichtes besonders im Anfang recht schwer erscheinen lassen mußte: die kontraktliche Verpflichtung, alle unsere Vorträge in französischer Sprache halten zu müssen.

Es war mir von vornherein klar, daß nur dann von einer ernstlichen Anlehnung an die deutsche Medizin würde die Rede sein können, wenn es gelingen würde, die Einführung und die Verbreitung der deutschen Sprache in der türkischen Schule bald tunlichst ins Werk zu setzen. Als ich hierher kam, wurde Deutsch in keiner türkischen Schule unterrichtet, während französisch in allen, und zwar obligatorisch eingeführt ist. Eine gewisse Ausnahme hiervon machte nur die Kriegsschule in Pancaldi, wo Deutsch fakultativ gleichberechtigt mit Russisch eingeführt ist, und wo, wie man mir gesagt hat, die Hälfte der Schüler Russisch, die Hälfte Deutsch wähle. Außer diesen fand ein Erlernen der deutschen Sprache bis dahin nur statt¹⁾ seitens

1) In der von der deutschen Kolonie unterhaltenen und vom deutschen Reich relativ hoch subventionierten deutschen Schule in Pera befinden sich meistens Europäer, Armenier, Griechen, seltener Türken als Schüler.

Das für das Deutschtum äußerst wichtige Kapitel: die deutsche Schule im Auslande, kann meiner Ansicht nach erst nach Schaffung eines Reichsschulamtes nachdrücklicher in Angriff genommen werden, wobei es bes. zweckdienlich sein dürfte, wenn diese oberste Reichsbehörde recht viele Mitglieder besäße, die „draußen“ waren. Erhaltung und vor allem Neuschaffung deutscher Schulen im Auslande ist eine Riesenaufgabe, deren Lösung nur mit entsprechender Sachkenntnis und ausreichenden Geldmitteln möglich ist. Die 300 000 Mark, die als Reichszuschuß für die Auslandsschulen überhaupt bis jetzt in den Etat gesetzt waren, sind des großen deutschen Reiches kaum würdig. Welche Summen zahlt z. B. Frankreich allein zur Propaganda der französischen Sprache im Orient! Wir Deutschen bauen die Bagdadbahn, damit französische Patres und Nonnen es recht bequem haben, rechts und links von der Bahn Schulen aufzutun, in denen die Eingeborenen für französische Sprache und französisches Wesen gewonnen werden.

der nach Deutschland geschickten Offiziere und Ärzte. Letztere kommen dabei in Praxis kaum in Betracht, da aus pekuniären Rücksichten nur fünf oder sechs alle paar Jahre hinausgeschickt werden.

Aus diesen Erwägungen heraus erfolgte mein Antrag, und nach dessen Allerhöchster Genehmigung die obligatorische Einführung der deutschen Sprache in der Medizinschule.

Bereits jetzt sind die Resultate dieses Sprachunterrichts recht bemerkenswerte, verwendbar für die Erteilung des medizinischen Unterrichtes werden sie natürlich erst nach Jahren. Bis dahin bleibt nach meinem Dafürhalten die Tätigkeit des deutschen medizinischen Lehrers an der Schule nur eine beschränkte.

Den Unterricht in der türkischen Sprache zu erteilen ist ausgeschlossen, da für einen medizinischen Vortrag die genaue Kenntnis der arabischen und persischen Sprache eine *conditio sine qua non* ist. Nicht minder hat es mit dem französischen Vortrag seine recht großen Schwierigkeiten. In französischer Sprache konversieren können im Salon, heißt noch nicht die französische Sprache medizinisch-wissenschaftlich beherrschen. Ich glaube nicht, daß sich viele deutsche Universitätslehrer finden lassen werden, die ohne weiteres, sozusagen von heute auf morgen, imstande sein werden, medizinische Vorträge in französischer Sprache zu halten; ich jedenfalls konnte es nicht. Allein der fachwissenschaftlichen Ausdrücke halber wäre ein Studium in Frankreich mindestens sehr erwünscht, und auf einem preußischen Gymnasium lernte man zu meiner Zeit die Kunst französisch zu sprechen jedenfalls nicht. Will daher der deutsche Lehrer einigermaßen mit Ehren bestehen, so bleibt ihm einfach nichts anderes übrig, als seinen Vortrag aus französischen Lehrbüchern mehr oder minder auszuziehen — schon des Zeitmangels wegen, — denn morgen muß er den Vortrag halten. Unwillkürlich aber entnimmt er nicht nur die sprachlichen Ausdrücke, sondern auch den Geist des Geschriebenen, und so wird er in kurzer Zeit ganz von selbst dahin kommen, daß er zwar die französische Litteratur gut kennt, nicht aber in demselben Maße die deutsche, d. h. der deutsche Professor unterrichtet französische Chirurgie, französische Medizin, aber keine deutsche.

Kein Deutscher sollte sich jemals auf das Verlangen einer anderen Regierung, in einer anderen als in seiner Muttersprache zu unterrichten, einlassen, sondern a priori einen Dolmetscher verlangen, der den deutschen Vortrag unmittelbar in die Landessprache

überträgt. Lediglich und allein auf diese Weise kommen beide Teile zu ihrem Recht.

Das Dolmetschen wird ganz von selber nötig, wenn, wie es in Gülhane der Fall war, die Schüler nicht imstande sind, dem französischen Vortrag des Lehrers zu folgen, eben weil sie nicht genügend französisch können, oder — in unserem Falle — ich, der deutsche Professor, hätte meinen Vortrag zuerst selber ins Französische zu übersetzen — sei es nun schriftlich oder mündlich — und dieses Französisch würde wieder vom Dolmetscher ins Türkische übersetzt. Wozu in aller Welt dieser Umweg?

Wir haben uns von vornherein von der kontraktmäßigen Verpflichtung, französisch zu reden, emanzipiert. Wir haben als Deutsche deutsch gesprochen und sind dabei nach jeder, auch nach der türkischen Seite hin gut gefahren. So angenehm und eventuell unerlässlich Sprachkenntnisse gerade im Auslande sind, wir Deutschen sollten doch endlich anfangen zu verlangen, daß andere Nationen unsere Sprache lernen, und wie weit man im Auslande kommt, trotzdem man nur seine Muttersprache spricht, können wir zur Genüge an den Engländern sehen, die wir uns in diesem Punkte und in dem des Zusammenhaltens nach außen. ruhig zum Vorbild nehmen dürfen.

Es lohnt sich noch einige Worte zu sagen über die beiden Punkte, die als völlige Nova von mir in den Stundenplan Gülhanes eingefügt wurden: Pathologische Anatomie und Gynäkologie (resp. Geburtshilfe). Soweit meine Kenntnis reicht, sind in der ersten Blütezeit der Schule nach ihrer Gründung durch Rigler¹⁾ und andere österreichische Ärzte Autopsien gemacht worden — ich weiß allerdings nicht, ob zu Lehr- und Unterrichtszwecken. Jedenfalls kamen Sektionen in Vergessenheit, und der große Aufschwung, den die Ausgestaltung der pathologischen Anatomie im Abendlande der Gesamtmedizin brachte, ist völlig spurlos an der Türkei vorbeigegangen. Hier und da ist vielleicht zur legalen Feststellung der Todesursache oder aus einem anderen Grunde eine Autopsie vorgenommen, niemals aber existierte eine ständige Einrichtung regelmäßig ausgeführter Sektionen und ganz sicher nicht zu Lehr- und Lernzwecken, und damit fehlte naturgemäß auch die Möglichkeit

1) Auch in nichtärztlichen Kreisen bekannt durch sein Buch: „Die Türkei und deren Bewohner“, Wien 1852, 2. Bd.

des Unterrichts und des Studiums der pathologischen Anatomie und pathologischen Histologie vollkommen¹⁾.

Ich muß es uns als Verdienst ansprechen, daß wir, entgegenesetzt der Ansicht mancher „Kenner des Orients,“ die schon mein Leben durch den entflammten Fanatismus des in seinen heiligsten Gefühlen beleidigten Islam bedroht sahen, — daß wir diese Fächer in den Stundenplan einführten, und dadurch als die ersten angingen, die Ausbildung der türkischen Aerzte auf eine exaktere, wissenschaftlichere Basis zu stellen. Entgegen der erwähnten pessimistischen Ansicht kann ich nur konstatieren, daß die Einführung der Autopsien auch nicht die geringsten Schwierigkeiten gemacht hat, und diese Einführung geschah laut und öffentlich; der Minister und Generaldirektor der Schulen Excellenz Zeki Pascha war sogar bei der ersten Autopsie anwesend. Die Autopsien werden auf demselben gemauerten Tisch ausgeführt, auf den die Leiche zu den religiösen Waschungen gelagert ist, und als Anatomiediener dienen die Gehülfen des Imam, die Totenwäscher. Jeder der im Krankenhaus befindlichen Angestellten und nicht minder die Kranken wissen, daß Sektionen der Gestorbenen regelmäßig gemacht werden, — und der Krankenzulauf ist ununterbrochen gestiegen. Selbstverständlich ist gerade wie in Deutschland bei einzelnen Fällen von der Autopsie abgesehen worden, in dieser Hinsicht war uns z. B. der Wunsch der Angehörigen, die Sektion nicht vornehmen zu wollen, Befehl. Jedenfalls aber ist es Tatsache, daß während der drei²⁾ Jahre auch nicht ein einziger Konflikt aus einer erfolgten Autopsie, auch von Frauenleichen, hervorgegangen ist. Daher erscheint mir der Beweis ein für allemal erbracht, daß weder soziale noch religiöse Gründe in der Türkei gegen

1) Da uns zum Unterricht der normalen und histologischen Anatomie nur unsere eigenen aus der Studenten- und Assistentenzeit stammenden mikroskopischen Präparate zur Verfügung standen, wandte ich mich in meiner Not an meine alten Lehrer in Deutschland um Hilfe. Eine hervorragend schöne und nahezu vollständige Sammlung mikroskopischer Präparate der normalen Histologie (fast alle Präparate von Menschen) verdanken wir der großen Güte von Prof. Stöhr in Würzburg. Mit Hilfe des Skioptikon wurden sie ein sehr wichtiger Faktor im Unterricht, und haben unsere Schüler etwas von Histologie gelernt, so hat mein hochverehrter Lehrer Stöhr einen guten Anteil daran. Dasselbe gilt bezüglich der pathologischen Anatomie von meinem lieben, alten Lehrer Weigert, der uns zahlreiche Präparate, besonders solche seiner eigenen Färbemethode, sandte. Desgleichen verdanken wir Ehrlich Blutpräparate und vor allen Dingen Flemming Originalpräparate der Kariokynesen etc.

2) 1. Januar 1903 4 Jahre.

die Möglichkeit der medizinischen Leichenforschung vorliegen, und daß es hier gerade so gut möglich ist, die medizinische Wissenschaft auf exakte anatomische und anatomisch-pathologische Forschung zu gründen, wie im Abendlande. Ja, es ist hier sogar noch leichter, jedenfalls bequemer, weil nach den religiösen Bestimmungen sehr bald, jedenfalls noch an demselben Tage beerdigt wird, und man dadurch die Möglichkeit hat, unmittelbar nach dem Tode die Autopsie vornehmen zu können. Und da uns hier die Operationen am Kadaver ebenso gut wie Tierexperimente möglich waren, kann ich auch nicht den geringsten vernünftigen Grund finden, der es verhindern sollte, daß nach Jahren auch in der Türkei eine wissenschaftliche Medizin erblühen könnte, gefördert und erhalten von den Türken selbst.

Der zweite interessante Punkt des Unterrichtsprogramms betrifft die Gynäkologie resp. die Geburtshilfe.

In dem Punkte Frauenbehandlung herrschen besonders unter den Europäern die abenteuerlichsten Vorstellungen. Gerade die Existenz der kranken Frau mit der Unmöglichkeit sich Heilung oder Linderung ihrer Schmerzen zu verschaffen, wird immer wieder als Beweis für den Tiefstand der Türken angeführt. Dementsprechend wurde mir von den „Kennern des Orients“ gesagt, es sei undenkbar, daß ich jemals türkische Frauen würde in das Hospital aufnehmen können, ganz abgesehen davon, daß wir ein Männerkrankenhaus und noch dazu ein Militärkrankenhaus seien. Ja, ich kann nur wiederum sagen, daß die Aufnahme der Frauen in das Hospital auch nicht die geringsten Schwierigkeiten gemacht, und daß ihre Anwesenheit als Frauen während der drei Jahre niemals zu dem geringsten Konflikt geführt hat. Ich glaube sogar, daß hier etwas ohne jegliche Inkonvenienz geschehen ist, was für deutsche Verhältnisse undenkbar wäre: daß Frauensäle mit Wärterinnen unmittelbar anstoßen an Männersäle, auf demselben Korridor und durch keinerlei besondere Vorrichtungen von einander getrennt. Der Zudrang der Frauen besonders zu der Poliklinik ist ein immer größerer geworden, und ich kann weder aus meiner Tätigkeit im Krankenhause, noch in türkischen Familien (ich war in vielen türkischen Harem, hohen und niederen) die verbreitete Ansicht bestätigen, daß die türkische Frau aus irgend welchen Gründen Bedenken trüge, oder gar sich weigert, sich körperlich untersuchen zu lassen¹⁾.

1) Schon damit fällt die weitverbreitete Ansicht, daß gerade hier in der Türkei ein Feld für Aerztinnen sei, zusammen. Ich bin kein Freund von

Auch die deutsche Frau vertraut sich nicht ohne weiteres jedem Arzte an, sondern ebenso wie die türkische nur demjenigen Arzte, zu dem sie Vertrauen hat, d. h. von dessen sachlichem Ernst und Können sie überzeugt ist. Wenn die Frauenpraxis hier in der Türkei nicht in dem Umfange, wie in Europa, ausgeübt wird, so liegt das ganz sicher an dem Umstande, daß die Ärzte in diesem Lande kaum Männerkrankheiten, geschweige denn Frauenkrankheiten studieren können. Ganz sicher spielt bei der Frage der Frauenbehandlung der religiöse Gesichtspunkt eine durchaus nebensächliche Rolle. Auch die türkische Frau fühlt gerade so gut ihre Schmerzen wie die deutsche, und sie müßte schon mehr als töricht sein, wenn sie sicher weiß, daß sie da und da ihre Schmerzen los wird und doch nicht hingeht. Selbst zugegeben, daß es besonders Strenggläubige gäbe, die so handeln, ist es denn bei uns anders? Gibt es denn bei uns nicht Städte und ganze Gegenden, wo die Konfession des Arztes — ob protestantisch, ob katholisch, eine geradezu ausschlaggebende Bedeutung für seine Praxis hat — und das bei uns, in dem aufgeklärten Europa! oder ist die Zeit etwa sehr fern, wo die Frau es nicht wagte, zu einem unverheirateten Arzt zu gehen, weil es nicht schicklich war, ganz abgesehen davon, daß dieser Punkt auch heute noch auf dem Lande eine Rolle spielt. Die Frauenheilkunde ist in Deutschland auch erst in den letzten Decennien erstanden, und hat man denn vor vierzig, fünfzig Jahren die vielen Frauenärzte und Spezialisten für Frauenkrankheiten gekannt, die sich jetzt selbst in kleinen Städten finden? Damals war eben auch oft genug die Behandlung der Frauen in den Händen von Hebammen und anderen weisen Frauen, nicht etwa, weil die Frau damals religiöse oder andere Bedenken trug, zu einem Arzt zu gehen, sondern weil sie eben keinen Arzt kannte, dem sie eine größere Kenntnis zugetraut hätte, als der wenigstens empirisch ausgebildeten Hebamme. Genau so liegen die Sachen hier, der ganze große Aufschwung, den die moderne Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den letzten Dezennien zu verzeichnen hatte, ist an

Aerztinnen, weil ich solche für vollständig überflüssig halte, und weil ich die Schwesterntätigkeit für einen umso vollkommeneren Ersatz ansehen muß, als dieser Zweig der Frauenarbeit mir analog meinen obigen Ausführungen im X. Kapitel noch ungemein entwicklungsfähig erscheint. Aber auch lediglich auf Grund der hiesigen Verhältnisse geurteilt, ist es mir durchaus zweifelhaft, ob die Tätigkeit einer Aerztin hier eine ersprießliche und selbst wünschenswerte wäre. Das „warum“ würde mich zuweit führen — an einer anderen Stelle mehr darüber.

der Türkei ebenso spurlos vorübergegangen, wie derjenige der pathologischen Anatomie. Darin suche man den Grund, nicht in religiösen Voreingenommenheiten, auch nicht in der Eifersucht des Mannes, wie viele wollen. Ich gebe zu, daß dieses „menschliche“ Motiv gelegentlich einmal eine Rolle spielen kann, vielleicht eine wichtigere als das religiöse, aber das fällt erst recht damit zusammen, daß „man hier vielen Ärzten nicht den sachlichen Ernst zur Behandlung resp. zur Überlassung der Frau zutrauen zu können glaubt“.

Nach meiner Überzeugung hängt die Frage der ärztlichen Behandlung türkischer Frauen lediglich und allein von dem wirklichen Können und den Leistungen der Ärzte ab, denn mit diesen Leistungen geht auch der sachliche Ernst einher, eben das, was das Vertrauen und auch die Aufklärung schafft, und selbst wenn es eine geheiligte Sitte wäre, daß sich türkische Frauen Ärzten nicht anvertrauen könnten und dürften, diese Sitte ist in dem Moment wie weggeblasen, wo die Ärzte wirkliche Leistungen öffentlich an den Tag zu legen haben. Denn vor der ernsten, selbstlosen, wissenschaftlichen Arbeit hält auf die Dauer kein Vorurteil stand.

Ganz dasselbe gilt von der Geburtshilfe, und es ist den türkischen Frauen von Herzen zu wünschen, daß auch hier durch gründliche Ausbildung der Ärzte weit mehr als bisher Wandel geschaffen wird. Der Staat ist bei diesem Punkte sehr interessiert, mit Rücksicht auf die sehr verbreitete Vornahme von Aborten seitens schlecht oder gar nicht ausgebildeter Hebammen und anderer Frauen.

XII. Abschnitt.

Krankenbehandlung.

Ich lasse nunmehr die Gesamtstatistik aller während der drei Jahre im Krankenhause stationär und poliklinisch behandelten Kranken folgen. Vorauszuschicken sind einige Worte über die Aufnahme der Kranken. Von vorne herein war ja das Hospital, als unter dem Kriegsministerium stehend, zur Aufnahme von kranken Soldaten bestimmt — diese Einschränkung hat aber in Wirklichkeit niemals gegolten, im Gegenteil, die Aufnahme hat sich stets in sehr einfacher, geradezu idealer Weise abgespielt. Aufgenommen wird derjenige, bei dem der Arzt die Notwendigkeit der Aufnahme erklärt. Es wird nicht gefragt, wer er ist, und von wannen er kommt, noch

wessen Religion oder wessen Stamm er angehört. Er ist krank, der Arzt erklärte seine Aufnahme in das Krankenhaus für notwendig¹⁾, jede weitere Diskussion ist ausgeschlossen, und der Staat zahlt alles: Verpflegung, Kleidung, Medizin und selbst Begräbniskosten²⁾. So haben wir denn Angehörige der verschiedensten Nationen und Klassen im Krankenhause gesehen. Türke liegt neben Griechen, Juden, Europäer oder Schwarzen; Offizier neben gemeinen Soldaten, und hoher Beamter neben dem Lastträger oder Bauer. Es gehört zu den medizinisch interessantesten Aufgaben, zu beobachten, wie der Verlauf einzelner Krankheiten bei verschiedenen Rassen sich ganz verschieden gestaltet. Näheres muß ich auf unsere später zu veröffentlichenden wissenschaftlichen Mitteilungen aus unserem Krankenhause verschieben, doch gebe ich weiter unten an der Hand der Statistik jetzt schon einige allgemeine Bemerkungen.

Was nun den Türken (Orientalen), der uns ja hier in erster Linie beschäftigt, als Kranken betrifft, so ist derselbe ein idealer Kranker, ruhig, willig, bescheiden und außerordentlich dankbar für jeden, selbst den kleinsten Liebesdienst. Hier im Krankenhause war es uns möglich, den noch unverfälschten türkischen Volkscharakter zu sehen. Noch nicht verderbt durch europäische Sitte, zeigt derselbe Eigenschaften, die zu den schönsten und edelsten gehören, die der Mensch aufweisen kann, und um die manch hochstehendes Kulturvolk diese einfachen, armen Leute zu beneiden vollauf Ursache hätte.

Der türkische Kranke fürchtet nicht den Tod; es wird so leicht nicht möglich sein, ihn deswegen zu einer Operation zu bewegen, weil nur eine solche den tödlichen Ausgang abwehren könnte. Aber er fürchtet ganz außerordentlich den Schmerz. Die Angst, die ihn befällt, wenn ihm der Schmerz droht, ist eine große, und doch kann er in den Momenten, in denen der Schmerz einwirkt, denselben heroisch ertragen, wie das ja immer wieder aus den letzten Kriegen berichtet ist, und wie ich es oft genug auf dem Operationstisch ge-

1) 1. Januar 1903. Seit einem Jahr haben wir auch nachts Krankenaufnahme und — novum et unicum — sowohl dringende Operationen (incarcerierte Hernien, Ileus etc.) werden von den Assistenzärzten zu unserer vollen Zufriedenheit erledigt, also auch Geburten, bes. Zangengeburt. Außerdem funktioniert das Hospital Tag und Nacht als Sanitätswache insofern, als Aerzte zu jeder Zeit im Hospital stationiert sind, um mit Bahre und Verbandstoffen in die Stadt abrücken zu können.

2) In manchem ist die Türkei doch besser als ihr Ruf.

sehen habe. Es ist dies kein Widerspruch, der Türke ist eben dem Naturzustand noch näher wie wir, und ihm bedeutet es keine Schande, Tränen zu vergießen und durch Schmerzausdrücken zu zeigen, daß ihm der Schmerz unbequem ist, ebenso wenig, wie das zu zeigen die homerischen Helden oder die Naturvölker verschmähten. Hierdurch, wie durch manches andere nähert er sich dem Zustand unserer Kinder, die ja auch „noch“ weinen. Erst durch die Erziehung wird das Kind in den „höheren Kulturzustand“ versetzt, d. h. der natürliche Zustand wird künstlich hinausgetrieben. Das hindert aber nicht, daß es auch bei uns Leute gibt, die zwar vor Schmerz und Angst nicht weinen, aber desto tiefer innerlich erzittern trotz der äußerlich zur Schau getragenen Schneidigkeit. Die künstlich anezogene Schneidigkeit hat eben wenig zu tun mit dem wirklichen Mute, den die Natur verleiht, nicht die Erziehung. „Schneidigkeit“ besitzen Gott sei Dank die Türken noch nicht, daß sie aber gerade in ernstesten Lagen des Lebens Mut und Entschlossenheit zeigen, ist in den Annalen ihrer Geschichte niedergelegt.

Die Sauberkeit, die dem Körper des türkischen Kranken in der Regel anhaftet, ist für den Krankenhausarzt eine sehr willkommene Beigabe. Auf Grund meiner Erfahrung sage ich mit Ueberzeugung, daß der arme Türke im Durchschnitt sauberer ist, als der Deutsche, wenn dieser letztere auch nicht so viele Wanzen¹⁾ als liebe alte Freunde in seinen Kleidern beherbergt. Ich kann diese Sauberkeit nicht besser illustrieren — und die Schwestern haben mir die Richtigkeit dieser Beobachtung bestätigt — als damit, daß viele unserer deutschen Kranken äußerlich ganz sauber und manierlich gekleidet sind, je tiefer nun aber das Entkleiden geht, um so mehr — *lasciate ogni speranza*. Der Türke kommt in zerlumpten, schmutzigen (oft recht malerischen) Kleidern an, aber wenn auch noch so grob und ärmlich, — sauber ist die Leibwäsche und sauber der Körper. Es ist ja richtig, daß infolge der religiösen Vorschriften nicht alle Körperteile in gleich intensiver und häufiger Weise mit der Reinigung bedacht werden, aber infolge der türkischen Bäder und der dort

1) Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, Wanzen mit körperlicher Unsauberkeit zu identifizieren. Mit demselben Rechte könnte man das z. B. von den Moskitos behaupten. Die Wanzen sitzen in den Holzhäusern und gehen an jeden menschlichen Bewohner solcher Häuser, ob sauber oder unsauber. Die Wanzen ganz oder dauernd aus solchen Häusern herauszuhalten, ist ein schwieriges und kostspieliges Unternehmen.

geübten, ungemein energischen Abwaschungen, die vorzunehmen nach gewissen Vorkommnissen des Lebens die Religion unbedingt vorschreibt, kommt in praxi doch eine ausgezeichnete allgemeine Körperpflege heraus. während in Deutschland, und nicht nur auf dem Lande, immer noch ein ganzer Prozentsatz der Bevölkerung eine Badewanne oder ein Vollbad nur vom Hörensagen kennt. Denn was für einen alten Schmutz bei uns manche Leute am Körper mit sich herumtragen, davon habe ich während der Choleraepidemie im Hamburger Krankenhause 1892, besonders bei Frauen, einen sichtbaren Eindruck bekommen, wo es die ganz plötzliche Erkrankung mit sich brachte, daß die Erkrankten unmittelbar zu uns befördert wurden, ohne vorher noch „Toilette“ machen zu können.

Geradezu ideal — auch von ärztlichem, d. h. gesundheitlichem Standpunkte aus, ist die Reinhaltung des Mundes, der Nase, der Ohren, kurzum des Gesichtes, der Füße und der Hände. Ich vergesse dabei nicht, daß bei uns die Zahnbürste noch für recht viele ein Luxusgegenstand ist, und daß regelmäßige Vornahme der Mundpflege selbst in vielen Krankenhäusern ein Desiderat ist, das oft genug ein Desiderat bleibt.

Vor allem aber sind es zwei Eigenschaften, die mir den einfachen türkischen Mann¹⁾ so ungemein sympathisch gemacht haben.

Erstens seine Ruhe, seine Gemessenheit, sein Ernst, ich möchte sagen, seine Würde und seine Dankbarkeit, alles Eigenschaften, die er selbst in den für ihn schmerzlichsten Augenblicken bewahrt.

1) Zur Genüge bekannt und oft genug breitgetreten in vielen Berichten ist der große Unterschied in dem Charakter und der Moral des Volkes und derjenigen mancher höheren türkischen Kreise. Bezüglich der letzteren sind selbst die schlimmsten Berichte oft genug nur zu wahr. Uns interessiert hier die Genese dieser Tatsachen. Der Charakter des türkischen Mannes aus dem Volke erscheint mir wie ein Waldbach mit seinem spiegelklaren, erquickenden Wasser. Wenn aber der Bach die Ebene erreicht und die Stadt durchquert, so kommen von allen Seiten die Menschen und werfen Schmutz und Steine hinein, bis der klare Bach zu einem stinkenden Pfuhl geworden ist. Wenn hier so viel vom Bakschisch die Rede ist, wenn Käuflichkeit und Bestechlichkeit an der Tagesordnung sind, so gehört doch vor allem jemand dazu, der den Bakschisch gibt, und das sind gerade gar nicht so selten die die Kultur verheißenden Europäer. Die Türken haben wenigstens einige Entschuldigung in dem Sprichwort: Gelegenheit macht Diebe. Für die Fremden aber gilt das Sprichwort: Der Hehler ist schlimmer als der Stehler. Die Schamröte steigt einem bisweilen in das Gesicht, wenn man Europäer erlebt, die an den Türken kein gutes Haar lassen, aber „um das Geschäft zu machen“, vor denselben Türken kriechen, schmeicheln, betteln und schließlich leben von den Brosamen, die von der Türken Tische fallen.

Nur ein ganz oberflächlicher Beobachter kann da von der vielbekannteren „Indolenz“ reden und solchen Beobachtern ist eben nicht zu helfen.

Zweitens sein tiefes, echtes, ich möchte sagen, naiv religiöses Empfinden, das ihm treu bleibt bis zu seiner Todesstunde.

Da gibt es in dem Krankenhause kein unnützes Geschrei, kein Gezänke oder hämische Nachrede unter den Kranken oder über das Personal. Der ganze Dienst spielt sich in dieser Hinsicht in ruhigem, glattem Geleise ab. Auch fehlt vollkommen der Alkohol mit all' seinem Neben- und Nacheinander, und selbst, wenn jemand einmal ein Verlangen oder einen Wunsch an den Arzt stellt, den dieser nicht erfüllen kann, genügt eine ruhige, sachliche Erklärung, und alles ist in Ordnung.

Die Dankbarkeit und die dankbare Hingabe, denen der arme Türke fähig ist, hat wohl kaum jemals ein Fremder so zu empfinden die Veranlassung und die Freude gehabt, als ich nach meinem Unfall und während meiner Krankheit, und schon um deswillen müßte ich dieses Volk lieben.

Ganz wunderbar aber ist die tiefe Hingabe und das felsenfeste, geradezu kindliche Vertrauen des armen Mannes zu seinem Padischah. Oft, sobald ich einem Kranken sagte: „jetzt bist Du geheilt“, sofort kam das Dankgebet zu Allah, in dem er um langes Leben, Heil und Segen für den Padischah flehte, und in dem er dem Padischah dankte, daß er mich, den Fremden habe hierherkommen lassen, damit ich seine Untertanen, seine „Kinder“ gesund mache. Das gibt zu denken — vielleicht gerade dem fremden Staatsmanne, denn hier spricht die Seele des Volkes.

Und nur mit Neid kann ich des innigen, religiösen Gefühles gedenken, von dem das arme türkische Volk in so hohem Maße erfüllt ist. Wenn abends Soldaten und Kranke im Freien auf dem Rasen niederknieten, um zu ihrem Schöpfer betend zu sprechen, während die Sonne die schöne Landschaft vergoldete, und tiefer Friede über der ganzen Natur lag, habe ich oft meinen Wagen draußen vor dem Tore warten lassen und bin still geräuschlos an den Betenden vorüber, zum Tore hinausgegangen, um ihre Andacht nicht zu stören.

Die ungezwungene, selbstverständliche Ausübung des Gebetes, die trotz aller öffentlichen Schaustellung so rein garnichts von Schaustellung an sich hat, war es, die mich immer wieder ergriff. Und dieses selbe aufrichtige, religiöse Empfinden begleitet Hoch und Niedrig, ohne Klassenunterschied, auf allen Lebenswegen. Ich habe

am Totenbette gestanden im Palast und in der Hütte: ein ernstes, würdiges „gottergebenes“ Hinübergehen, ein ernster, würdiger Schmerz der in stillem Gebet Umstehenden und eine würdige „sachliche“ Haltung des betenden Imam.

Ich habe uns — Aerzte und Schwestern — vom ersten Moment unserer Tätigkeit ab auf den Standpunkt gestellt, daß wir die Religion des Muselmannes streng respektieren. Ich habe Alles getan, wo, wie und wann ich konnte, um die religiösen Gepflogenheiten uneingeschränkt ausüben zu lassen, um zu verhüten, daß jemand sagen könnte, in dem von Christen geleiteten, türkischen Hospital kommt die muhamedanische Religion nicht voll und ganz zur Geltung — nicht aus Politik, sondern aus aufrichtiger Ueberzeugung gegenüber der Religion des Muselmannes, und weil mir nichts mehr zuwider ist als Proselytenmacherei.

Wenn es Aufgabe der Religion ist, dem Menschen die Zufriedenheit und die Genügsamkeit zu geben, die nötig sind, um auch ein ärmliches, irdisches Dasein klagelos zu ertragen, und um ohne Groll das glänzende Los seines Nebenmenschen zu betrachten, wenn es Aufgabe der Religion ist, die Klassen- und die gesellschaftlichen Unterschiede auszugleichen, und die sich immer mehr auftürmenden sozialen Fragen und die sozialen Misereen zu überwinden, mit einem Worte gesagt, jene Gemütsruhe allen Erscheinungen des Lebens gegenüber zu geben, jenen Frieden, welcher höher ist denn alle Vernunft, und jene unerschütterliche Zuversicht und Heiterkeit im Angesicht des Todes, so ist die muhamedanische Religion die beste von allen. Die Hand dessen soll verdorren, der es wagt, hier störend und zerstörend einzugreifen und dieses arme aber brave, in seiner Weise glückliche, weil noch zufriedene Volk, hineinzustoßen in all' die Wirrnisse, die Begehrlichkeit und die Hast unseres europäischen Daseins, haltlos, schutzlos und beraubt des köstlichen Gutes: seiner Religion.

XIII. Abschnitt.
Krankenbericht.

Uebersicht der Krankbewegung vom Beginne des Krankenhauses
(1. I. 1899 bis 1. I. 1903).

1. Stationäre Abteilungen (Kliniken).

	vom 1. I. 1899 ¹⁾ bis 1. X. 1901	vom 1. X. 1901 bis 1. I. 1903	Total
a) Chirurgie inkl. Gynäkologie und Geburtshilfe	1631	742	2373
b) Innere Medizin inkl. Syphilis und Hautkrankheiten	1698	579	2277
c) Nervenkrankheiten . .	205	72	277
Summe	3534	1393	4927

2. Polikliniken.

	vom 1. III. 1900 ²⁾ bis 1. X. 1901	vom 1. X. 1901 bis 1. I. 1903	Total
d) Chirurgie	1003	936	1939
e) Gynäkologie	323	358	681
f) Oto-Laryngologie . . .	630	750	1380
g) Orthopädie u. Massage	431	355	786
h) Innere Medizin inkl. Syphilis u. Hautkrankheiten	9639	2806	12445
i) Nervenkrankheiten . .	477	103	580
Summe	12503	5308	17811
Gesamtsumme aller behandelten Fälle	16037	6701	22738

1) Die nachfolgenden Statistiken laufen, falls nicht anders angegeben, bis zum 1. X. 1901, betreffen also nur die Fälle dieser Rubrik.

2) Die Polikliniken begannen erst März 1900.

XIIIa.

Bericht über die chirurgische Klinik

(nebst Operationsstatistik vom 1./I. 1899—1./X. 1901).

Erstattet vom Direktor.

I. Abscesse der Haut, Sehnenscheiden und Schleimbeutel.

1—80	Total	geheilt in Heil- od. gehl. ungeh.	gest.
a) 1) Furunkel. Spaltung.	3	3	
Karbunkel. Kreuzweise Spaltung	2	2	
Operation: Incision. Tamponade. Feuchter Verband event. Contraincisionen, evident z. T. sehr große Incisionen:			
Obere Extremität. Panaritium	4	4	
Subkutane Abscesse (auch Schwielenab- scesse d. Hohlhand)	5	5	
Einfache subkutane Phlegmonen	3	3	
Schwere subkutane Phlegmonen	7	5	2
a) subkutane Phlegmone der Hand und des Vorderarmes 2. Geheilt 2.			
β) Gasphegmonen der Hand und des Vorderarmes 1. Geheilt 1.			
γ) gangränöse subk. Phlegmone d. ganzen Armes bis zur Schulter 2. Gestorb. 2.			
δ) schwere Phlegmone der Hand 2. Geh. 2.			
Sehnenscheidenphlegmonen	6	6	
Intermuskuläre Vorderarmphlegmonen	1	1	
Untere Extremität. Subkutane Abscesse	6	6	
Einfache subkutane Phlegmonen	3	3	
Schwere Phlegmonen des Fußes und des Unterschenkels	3	3	
Sehnenscheidenphlegmonen	2	2	
Phlegmone und Gangrän bei Diabetes	2	2	
Vereiterte paronychia syphilitica halluc.	1	1	
Phlegmone bei Bursitis praepatellaris purul.	1	1	
Infizierte Wunden, nämlich	7	7	
a) Kotabsceß bei Stichwunde d. Bauches 2. Geheilt 2.			
β) Schußwunde d. Bauchdecken mit Ab- scedierung 1. Geheilt 1.			
γ) Vereiterte Stichwunde der Stirn und Kopfschwarte 2. Geheilt 2.			
δ) Vereiterte Wunde nach Nähnadel- extirpation 1. Geheilt 1.			
ε) Infizierte Wunde bei Tetanus 1. Geh. 1.			
Summa	56	54	2

1) Die unter a angeführten Operationen sind von mir bis 1. X. 1900 ausgeführt. Ihnen stelle ich in jeder Rubrik unter b die von Kerim Bey, Assaf Bey und meinen Schülern vom 1. X. 1900 bis 1. X. 1901 ausgeführten zum Vergleich gegenüber.

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	56	54		2
b) Operation: Incision event. Kontraincision, Drainage, Evidement, Tamponade, feuchter Verband:				
Furunkel	2	2		
Karbunkel	2	2		
Panaritium	2	2		
Größere subkutane Phlegmonen der obern Ex- tremität	8	8		
Größere subkutane Phlegmonen der untern Ex- tremität	6	5		1
Schwere Phlegmone mit Gangrän an der untern Extremität	3	1		2
Phlegmone der Bauchdecken	1	1		
Summa	24	21		3
Gesamtsumme von I	80	75		5

II. Abscesse tieferer Organe, vereiterte Hämatoeme.

81—110

a) Parotisabsceß. Incision. Contraincision. Drainage	1	1		
Tiefer Halsabsceß. „ „ „	3	3		
Muskelsabsceß der Glutäen bei Pyämie. Incision. Tamponade	1	1		
Tiefer Absceß der Femurmuskulatur aus unbekannter Ursache. Spaltung. Weichteilevidement. Tamponade	1	1		
Tiefer Absceß am Oberschenkel bei alter, vereiteter u. fistulöser Schußverletzung. Incision. Drainage. Contraincision	1	1		
Tiefe Weichteilabscesse bei alter schwerer Schußverletzung der Wirbelsäule und des Beckens. Incision	1		1	
Leberabsceß (nach Dysenterie?). Zweizeitige Operation	1			1
Mastitis purulenta. Incision. Drainage	3	3		
Großer rechtsseitiger subphrenischer Abscess. Incision. Rippen- resektion. Tamponade	1	1		
Großer linksseitiger subphrenischer Absceß mit Pleurit. exsudat. fibrinosa sin. nach perforierender Stichverletzung des Darmes in der regio hypochondrica dextr. Incision. Rippenresek- tion. Drainage des Abscesses und der Pleura	1	1		
Perityphlitischer Absceß. Incision. Tamponade	1	1		
Hirnabsceß nach Mittelohreiterung. Trepanation. Entleerung des Abscesses. Drainage	1	1		
Absceß am Damm bei urethritis purulenta infolge Nelaton- katheter. Spaltung. Tamponade	1	1		
Großer Prostata- und Beckenabsceß nach Blenorragie und Cystitis purulenta. Incision	1			1
Jauchiger Absceß des cavum Retzii bei Carcinom der Harn- blase mit spontaner Perforation der Harnblase. Incision. Tamponade	1			1
Summa	19	15	1	3

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	19	15		3
Großes Hämatom der Kopfschwarte. Punktion. Kompressionsverband	1	1		
Großes Hämatom der Kopfschwarte, vereitert. Kreuzweise Incision. Tamponade	1	1		
Hämatoma genu pararticul. suppurat. Incision. Ausräumung der Blutkoagula.	1	1		
Vereitertes Hämatom nach Herniotomie. Incision	2	2		
Summa	24	20	1	3
b) Tiefer Halsabsceß. Incision. Drainage	1	1		
Absceß des Vorderarmes durch Filaria. Aufrollen des Wurmes über einen Tampon zur allmählichen Extraktion	1	1		
Leberabsceß. Incision. Drainage	1	1		
Mastitis suppurativa. Incision. Drainage	3	3		
Summa	6	6		
Gesamtsumme von II	30	26	1	3

III. Kalte und Senkungsabscesse.

111—114

a) Kalter Absceß über der Synchondrosis sacro-iliaca (hämorrhag. Form). Incision. Evidement. Tamponade	1			1
Kalter Absceß bei Rippenaries. Incision. Evidement	2	1	1	
Summa	3	1	1	1
b) Wirbelaries der Lumbalwirbelsäule mit Fisteln in der Sacral- gegend. Incision. Evidement	1			1
Summa	1			1
Gesamtsumme von III	4	1	1	2

IV. Osteomyelitische und periostale Abscesse.

115—126

a) Periostale Abscesse am Oberkiefer bei Zahncaries. Incision.	1	1		
Periostale Abscesse am Unterkiefer bei Zahncaries. Incision.	10	9	1	
Summa	11	10	1	
b) Großer Absceß der Tibia bei multipler akuter Osteomyelitis (Femur, Tibia, Unterkiefer etc.)	1			1
Gesamtsumme von IV	12	10	1	1

V. Evidement der Weichteile.

127—143	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Fisteln bei tuberkulösen Gelenkerkrankungen	5	2	1	2
Fisteln bei tuberkulösen Erkrankungen der Wirbelsäule (mal de Pott)	3	1	1	1 Meningitis b. Caries d. Halswirbelsäule
Fisteln bei tuberkulöser Lymphadenitis colli, axillaris et inguinalis	3	1	1	
Tuberkulöser Absceß in der Regio epigastrica	1	1		
Fisteln nach operierter und geheilter Tuberkulose der Bursa subtrochanterica (Recidiv in der Narbe)	1	1		
Alte vereiterte Schußverletzung des Rückens mit zahlreichen Fisteln	2		2	
Summa	15	5	4	5
b) Drüsenabsceß mit Fisteln	1	1		
Kotfistel bei Bauchfelltuberkulose	1		1	
Summa	2	1	1	
Gesamtsumme von V	17	6	4	6

VI. Evidement der Knochen.

144—155					
a) Caries des obern Orbitalrandes	1	1			
Caries sterni	2	2			
Caries costae mit Fisteln	1		1		
Caries der Symphyse	1				1
Caries metatarsi	1	1			
Alter Fungus cubiti mit Fisteln	1		1		
Fungus genu operat. Fisteln. Recidiv	2			2	
Summa	9	4	2	2	1
b) Spina ventosa	1	1			
Rippen- und Sternumcaries	1	1			
Caries des Proc. mastoideus	1			1	
Summa	3	2		1	
Gesamtsumme von VI	12	6	2	3	1

VII. Subcutane Luxationen (incl. congenit. Luxationen).

156—164				
a) Frische Luxation des Humerus. Reposition	1	1		
2 Monate alte Luxatio humeri subcoracoid. Reposition nach Kocher	1	1		
Frische Luxatio cubiti nach hinten und außen. Reposition	1	1		
Frische Luxatio femoris suprapubica. Reposition	1	1		
Veraltete Luxatio femoris, 9 Monate alt. Reposition	1	1		
Veraltete Luxatio femoris nach hinten, 3 Monate alt. Blutige ideale Operation, geheilt mit Beweglichkeit	1	1		
Summa	6	6		

	Total	geheilt in Heil. od. geb. ungeh.	gest.
Uebertrag	6	6	
b) Veraltete Luxatio humeri. Blutige ideale Operation	1	1	
Frische Luxatio cubiti nach hinten. Reposition	1	1	
Alte Luxatio humeri irreponibilis subcoracoidea mit Fract. colli anatomic. humeri. Resektion des Caput humeri. Bildung einer Pfanne	1	1	
Summa	3	3	
Gesamtsumme von VII	9	9	

VIII. Komplizierte Fracturen und Luxationen.

165—175

a) Fractura et luxatio complicata cubiti sin. Desinfektion. Situationsnähte. Asept. Verband	1	1		
Fractura complicat. phalang. Desinfektion. Situationsnähte.	1	1		
Fractura complicat. phalang. Schwere Handverletzung. Desinfektion. Abtragen mehrerer Phalangen. Situationsnähte.	1	1		
Fractura tibiae complicat. purul. Incision. Desinfektion. Contra- incision. Drainage. Gefensterter Gipsverband	3	2	1	
Fractura tibiae complicat. non sanat. mit großem Hautdefekt. Anfrischung, Lappenplastik mit seitlich gestieltem Lappen	1	1		
Summa	7	6	1	
b) Fractura ossis frontis complicata. Incision. Desinfektion. Sequesterextraktion	1	1		
Fractura antibrachii male sanata. Resektion der Frakturende. Gipsverband	1			1
Pseudarthrose bei Fract. femor. Anfrischung der Enden. Knochennaht. Gipsverband	1	1		
Fractura complicata cruris sin. suppurat. Incision. Desinfektion. Contra- incision, Anfrischung der Enden. Drainage. Gipsverband mit Fenster	1	1		
Summa	4	3		1
Gesamtsumme von VIII	11	9	1	1

IX. Fremdkörper.

176—194

a) 2 Jahr alte vereiterte Schußverletzung der Wirbelsäule und des Beckens mit zahlreichen Fisteln. Incision. Extraktion der Kugel	1			1
Schußverletzung der untern Tibiaepiphyse mit Ostitis traumatica und Fisteln. Trepanation des Knochens. Herausmeißeln zahlreicher Schrotkörner. Tamponade	1	1		
Summa	2	1		1

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	2	1		1
Kugel in der Gegend des rechten Schultergelenkes mit Fisteln. Fistelspaltung. Kugelextraktion. Tamponade	1	1		
Kugel im Mittelfuß. Trepanation des Knochens. Kugel- extraktion. Tamponade	1	1		
Kugel im Femur (Gegend des kleinen Trochanter). Auf- meißelung des Knochens an der Außenseite und Heraus- meißeln der Kugel	1	1		
Kugel im Kniegelenk, nahe der Gelenkkapsel. Incision. Kugelextraktion	1	1		
Nadel im Daumen. Incision. Extraktion.	1	1		
Glassplitter im Finger	1	1		
Nadel im Fuß	3	3		
Freier Körper im Kniegelenk (abgesprengte Gelenkzotte)	1	1		
Eiternde Seidenfäden bei Resektion des Coecum und Colon ascendens, Incision der Fistel. Entfernung der Seiden- ligaturen	1			1
Summa	13	11		2
b) Kugel in der rechten Schultergegend. Fisteln. Spaltung der Fisteln und Kugelextraktion	1	1		
Kugel im Humerus, Trepanation des Knochens und Kugel- extraktion. Tamponade	1	1		
Kugel im Oberschenkel. Incision, Kugelextraktion, Naht	1	1		
Fremdkörper im Larynx oberhalb der Stimmbänder. Thyreotomie. Extraktion	1	1		
Fremdkörper in der Blase. Extraktion per urethram	1	1		
Eiternde Seidenfäden nach Darmresektion, Incision. Entfernung der Ligatur	1	1		
Summa	6	6		
Gesamtsumme von IX	19	17		2

X. Bubonen und Lymphome.

195—287

a) Bubo axillaris tubercul. purul. Spaltung. Evidement. Tam- ponade	2	2		
Bubo axillaris purul. et non purul. Radikaloperation mit primärer Naht und event. Drainage. Häufig Jodoform- einreibung der Wundfläche	6	6		
Bubo axillaris purul. Spaltung. Tamponade	2	2		
Bubo inguinal. tubercul. Spaltung. Evidement. Tamponade	4	2	1	1
Bubo inguinal. tubercul. Totalexstirpation. Jodoformglyzerin- einreibung der Wundfläche. Primäre Naht mit und ohne Drainage	6	6		
Summa	20	18	1	1

	Total	geheilt in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	20	18	1	1
Bubo inguinalis purul. Spaltung. Tamponade	3	3		
Bubo inguinal. dextr. chronic. Totalexstirpation. Primäre Naht	1	1		
Lymphomata colli tubercul. purul. Incision. Evidement. Tamponade	16	9	6	1
Lymphomata colli tubercul. purul. et non purul. Total- extirpation. Jodoformglyzerineinreibung der Wundfläche. Primäre Naht mit und ohne Drainage	24	21	3	
Tuberkulöser Bubo der Regio poplitea, vereitert. Incision. Evidement. Tamponade	1	1		
Summa	65	53	10	2
b) Bubo axillaris tubercul. purul. et non purul. Totalexstirpation. Primäre Naht event. Jodoformglyzerineinreibung der Wund- fläche und Drainage	4	4		
Lymphomata cubiti non purul. Totalexstirpation. Naht	1	1		
Bubo purul. regionis subclavicul. Incision. Tamponade	1	1		
Bubo inguinal. purul. Incision. Evidement. Tamponade	3	3		
Bubo inguinal. tubercul. Totalexstirpation	2	2		
Bubo inguinal. ulcerat. Excision der Haut und der Drüse. Naht	1	1		
Lymphomata colli purul. et non purul. tubercul. Total- extirpation event. Jodoformglyzerineinreibung der Wund- fläche und event. Drainage. Naht	14	14		
Lymphomata colli purul. Incision. Tamponade	2	2		
Summa	28	28		
Gesamtsumme von X	93	81	10	2

XI. Carcinome und Sarcome.

288—416

Carcinom unterhalb des rechten Augenlides. Exstirpation. Pri- märe Lappenplastik	1	1		
Carcinom des untern Augenlides des rechten Auges (Carcinom der Conjunctiva bulbi und des Bulbus selbst). Zugleich Carcinom der Haut der linken Thränensackgegend mit Carcinom des linken untern Augenlides. Exstirpation des Carcinomes L. und des untern Augenlides mit primärer Lappenplastik (gefalteter Lappen) aus der Temporalgegend. R. Exstirpation des Carcinomes. Ausräumung der Orbital- höhle, Tamponade, später Lappenplastik	1	1		
Ulceriertes Carcinom des innern Augenwinkels mit Uebergreifen und totaler oder partieller Zerstörung der Augenlider, des Bulbus, des Oberkiefers, der häutigen und knöchernen Nase, sin. front. und ethmoidal., knöcherne Orbita, Stirnbein, knöcherne Schädelbasis. — Exstirpation des Tumors mit				
Summa	2	2		

	Total	geheilt in Heil. od. geb. ungeh.	gest.
Uebertrag	2	2	
Enucleatio bulbi, partieller oder totaler Resektion des Oberkiefers, Resektion der Nasenbeine, Ausräumung der Nasenhöhle und Antrum highmori und Nebenhöhlen nach Trepanation des sin. front., ethmoidal., etc. Resektion der knöchernen Orbita, Freilegen und Abmeißeln der Schädelbasis bis zu den großen Keilbeinflügeln und Keilbeinhöhle. Cauterisation der Wundfläche mit 25 ^{0/10} Zinc. chlorat. Tamponade in Beutelform mit steriler Gase. Sekundäre Lappenplastik aus der Stirnhaut	8	7	1
Carcinom der Wange und des rechten Nasenflügels. Excision. Primäre Wangen- und Nasenplastik mittels Hautlappens aus der Stirn	1	1	
Flaches Hautcarcinom der Wange (Regio zygomatic.). Exstirpation. Transpl. nach Thiersch	1	1	
Carcinom der äusseren Nase. Exstirpation mit primärer Nasenplastik durch Hautlappen aus der Stirn	2	2	
Carcinom im Innern der Nase. Exstirpation mit temporärer Resektion der ganzen Nase (Aufklappen in toto nach oben). Primäre Naht	1		1
Carcinom der äußern und innern Nase und gleichzeitiges handtellergroßes Carcinom des Ohres und der Parotisgegend. Totalexstirpation beider Carcinome mit sofortiger Bildung einer neuen Nase aus der Stirnhaut und Lappenplastik vom Hinterkopf zur Deckung des großen Defektes am Ohr	1		1
Carcinom der Wangenschleimhaut. Exstirpation. Transpl. nach Thiersch des neugebildeten Lappens mit sekundärem Einnähen derselben in die Wange	1	1	
Linsengroßes Carcinom der Wangenschleimhaut links. Exstirpation. Primäre Naht	1	1	
I. Recidiv in den linksseitigen Submaxillardrüsen nach 9 Monaten. Totalexstirpation. Primäre Naht	1	1	
II. Mächtiges Recidiv der linksseitigen Halslymphdrüsen, 3 Monate später. Exstirpation mit Unterbindung der Carot. comun., Vena jugul. int. Durchschneidung des Nerv. vagus und Sympathicus. Tamponade	1		1
			4 Tage post operationem Thrombose d. art. foss. Sylvii Hemiplegie.
Carcinom der Parotisgegend und der linksseitigen Halslymphdrüsen. Exstirpation mit primärer Lappenplastik und Naht (Drainage)	1		1
Großes ulceriertes Carcinom der Parotis, des Ohres und der Temporalgegend. Kleine Metastasen in den Submaxillardrüsen. Exstirpation des Carcinoms und der Drüsen mit temporärer Ligatur der Art. carot. ext., Resektion des Kiefergelenkes, Ausräumung und Chlorzinkätzung resp. Tamponade der Fossa pterygo-palat. und ganzen Wundhöhle. Sekundäre Lappenplastik vom Hinterkopf und Transpl. nach Thiersch	1	1	
Summa	22	17	5

	Total	geheilt	in Heil. od. geb. ungeb.	gest.
Uebertrag	22	17		5
Carcinom des Ohres. Exstirpation. Transpl. nach Thiersch, auch des abgemeißelten meat. audit. ext.	2	2		
Großes Carcinom der Regio frontalis mit Uebergreifen auf das obere Augenlid und den Bulbus. Exstirpation. Abmeißelung des Os frontale, Enuclatio bulbi, mit primärer Lappenplastik	1	1		
Dreimaliges Recidiv dieses Carcinoms am Os frontale, Dura mater und Oberkiefer. Ausgedehnte Resektion des knöchernen Schädeldaches in über Handtellergröße, partielle Oberkieferresektion, Resektion der knöchernen Orbita, Exstirpation der Dura in fast Handtellergröße etc. Wiederholte Transpl. nach Thiersch und Lappenplastik	3	2	Wunde fast geheilt. Hirnabscess.	1
Thalergroßes Gumma der Stirnhaut und des Os frontal. mit Carcinom der Geschwürsränder und Metastasen der linksseitigen Halslymphdrüsen. Exstirpation des Tumors und Trepanation des Os frontal. Flaches Abtragen der Dura mater. Transpl. nach Thiersch auf die Dura mater-Reste und der Wundfläche. (Exstirpation der Halslymphdrüsen verweigert)	1			1 (Operationsw. geheilt).
Carcinom der Kopfschwarte (Hinterkopf). Exstirpation. Transpl. nach Thiersch	1	1		
Carcinom der Oberlippe. Keilförmige Excision. Primäre Naht	2	2		
Carcinom der Oberlippe. Exstirpation. Primäre Oberlippenplastik mit zwei seitlichen Lappen	1	1		
Carcinom der Unterlippe. Keilförmige Exstirpation. Primäre Naht.	1	1		
Carcinom der Unterlippe. Exstirpation mit Lippenplastik nach Trendelenburg	1	1		
Carcinom der Unterlippe. Exstirpation mit Lippenplastik nach Trendelenburg und partieller, aber ausgedehnter Resektion des Unterkiefers	1	1		
Großes ulceriertes, aber frei bewegliches Carcinom der Unterlippe. Exstirpation. Lippenplastik nach Jaesche.	1	1		
Drüsenrecidiv dieses Carcinomes. Drüsenexstirpation d. Regio submentalis u. submaxillaris. Primäre Naht.	1	1		
Großes Carcinom der Unterlippe, der Wangenschleimhaut u. des Unterkiefers. Exstirpation. Partielle Resektion des Unterkiefers. Primäre Wangenplastik mittelst Hautlappen der Regio zygomatica und Transplant. der Innenfläche nach Thiersch	1	1		
Lokales Recidiv dieses Carcinomes. Recidivoperation mit Mundplastik	1			1
Carcinom der Unterlippe, des Mundbodens, der Zunge und des Unterkiefers. Exstirpation mit Unterkieferresektion, Total-exstirpation der Zunge und des Mundbodens. Plastische Deckung der Mundhöhle durch zwei seitliche Lappen der Halsgend	1		später † an hernia incarcerated. gangrän. im Hospital.	1
Summa	41	32	2	7

	Total	geheilt in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	41	32	2	7
Inoperables jauchendes Carcinom der Unterlippe und des Mundbodens. Verschorfen mit dem Glüheisen	1			1
Carcinom der Zunge mit ausgedehnten Metastasen. Tracheotomia inf. Exstirpation der Drüsenmetastasen. Temporäre Unterkieferresektion nach Langenbeck. Amputation der Zunge. Exstirpation der Tonsillen und des weichen Gaumens bis zur Epiglottis. Partielle Resektion der linken Oberkieferhälfte (außer Gaumenplatte)	1			1
Mächtige Drüsenmetastasen am Halse nach einem in der Stadt operierten Unterlippencarcinom. Exstirpation mit halbseitiger Unterkieferresektion u. Ligat. d. carot. ext. u. jugul. int. Naht mit Drainage	1	1		
Mächtige Drüsenmetastasen der linksseitigen Halslymphdrüsen nach ulceriertem operablem Carcinom des harten Gaumens. Exstirpation der Halslymphdrüsen, primäre Naht mit Drainage. (Exstirpation des primären Tumors verweigert)	1	1		
Großes primäres Carcinom der l. Halsgegend (endotheliom). Exstirpation mit Ligat. d. Carot. commun. u. Vena jugul. int. Tamponade	1			1
Carcinom des Larynx ohne Metastasen. Totalexstirpation des Larynx. Glucksche Kanüle	1	1		
Carcinom des Larynx mit Drüsenmetastasen am Halse. Exstirpation des Larynx u. d. Metastasen. Einnähen d. Trachea in die Haut	1			1
Großes Carcinom des Larynx. Totalexstirpation d. Larynx mit Epiglottis. Exstirpation mächtiger Drüsenmetastasen. Einnähen d. Trachea. Naht d. Oesophagus	1			1
Lipom des Oberarmes mit ulceriertem Carcinom der Haut des Lipom. Exstirpation bis in die Muskulatur hinein. Transpl. n. Thiersch	1	1		
Großes ulceriertes Hautcarcinom am l. Oberschenkel auf einer Verbrennungsnarbe. Exstirpation. Transpl. n. Thiersch.	1	1		
Carcinom der Ferse. Drüsenmetastasen der Inguinalgegend. Operation n. Mikulicz-Wladimiroff. Exstirpation d. Inguinalgegend. Primäre Naht	1			1
Carcinom des r. Fußrückens auf einer Verbrennungsnarbe bei doppelseitigem Klumpfuß und mit Metastasen in der Inguinalgegend. Amputatio cruris. Drüsenexstirpation. Primäre Naht	1	1		
Großes Hautcarcinom des Ober- u. Unterschenkels auf einer Verbrennungsnarbe mit R < Flexionskontraktur im Kniegelenk u. Metastasen in der Inguinalgegend. Amputatio femoris. Exstirpation d. Drüsen. Primäre Naht	1			1
Großes Hautcarcinom der l. Waden- u. Kniekehle. Amputatio femoris nach Gritti	1	1		
Item. Drüsenrecidiv in d. Inguinalgegend. Totalexstirpation. Tamponade. Später Transplantat. n. Th.	1	1		
Carcinom d. Flexura sigmoidea. Zirkuläre Darmresektion. Primäre Naht	1			1
Summa	57	40	2	15

	Total	geheilt in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	57	40	2	15
Carcinom des Hodens. Exstirpation resp. Kastration. Exstirpation carcinomatöser Drüsen d. Inguinalgegend. Primäre Naht	1	1		
		Nach 3 Jahr. noch ohne Recidiv.		
Carcinom d. Anus u. Rectum. Exstirpation mit Entfernung des hintern Sphincterabschnittes und der hintern Rectalwand. Naht. Spontane Vernarbung des Defektes	1	1		
Großes Carcinom d. l. Mamma mit ausgedehnten Metastasen der Achselhöhle. Exstirpation mammae mit Entfernung der muscul. pector. major et minor et glandul. axillar, intraclavical. Excision u. Naht der Vena axillaris. Primäre Naht mit Drainage	1	1		
Item. Recidiv des Carcinoms in den Supraklavikulardrüsen. Exstirpation. Primäre Naht	1	1		
Sehr großes Carcinom d. r. Mamma, Cancer en cuirasse. Drüsenmetastasen der Achselhöhle u. der Infraklavikulardrüsen. Exstirpation der Mamma mit Exstirp. d. Muscul. pectoral. major, min., serrat. autic. maj. u. aller Drüsen. Dabei Naht der Vena subclavia unterhalb d. Clavical. Partielle Hautnaht. Transplant. n. Thiersch des sehr großen Brusthautdefektes	1	1		
Sarcom des Bulbus. Enucleatio bulbi mit Ausräumung der ganzen Orbita. Sekundärer Verschuß der Orbita durch Hautlappen von der Stirn	1	1		
Lokales Recidiv in der Orbita nach einem in der Stadt operierten Sarcom des Bulbus. Ausräumung der Orbita mit partieller Resektion des Oberkiefers. Sekundäre Lappenplastik aus der Stirnhaut	1	1		
Item. Drüsenrecidiv der r. Parotis, Unterkiefer u. seitlichen Halsgegend bis zur Clavicula herunter. Exstirpation d. Drüsen in d. Parotisgegend und vom Ohr herab bis zur Clavicula. Ligatur d. Vena jugul. int. Primäre Naht	1	1		
Sarcom des Naseninnern mit Perforation des harten Gaumens. Kartoffelgroßer Tumor des harten Gaumens. Exstirpation mit temporärer Resektion d. ganzen Nase in toto (Aufklappen auf die Stirn) u. Totalexstirpation des harten Gaumens. Beuteltamponade. Primäre Naht	1	1		
Zweimaliges lokales kleines Recidiv dieses Tumors. Exstirpation vom Munde aus. Cauterisation d. Operationswunde mit 25 proz. Zinkchlorlösung	2	2		
Sarcom d. Os frontale. Exstirpation. Tamponade. (Bei der Autopsie als Metastase eines symptomlos verlaufenen Nierensarcoms erkannt)	1			1
Sarcom d. Oberkiefers. Exstirpation mit partieller Resektion des Oberkiefers	1	1		
Sarcom d. Unterkiefers. Partielle Unterkieferresektion	1	1		
Periostales Sarcom des Unterkiefers. Exstirpation. Naht	1	1		
Item. Recidiv d. Tumor im Knochen. Partielle Unterkieferresektion	1	1		
Summa	73	55	2	16

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	73	55	2	16
Sarcom des Hodens. Castratio. Naht	1	1		
Uebermannskopfgroßes Sarcom d. Kniegelenkes mit großen Metastasen in d. Inguinal- u. Retroperitonealdrüsen. Amputatio femoris. Exstirpation d. sarcomatösen inguinalen u. retroperitonealen Lymphdrüsen bis zur Bifurcation d. Iliaca communis. Primäre Naht	1	1		
Summa	75	57	2	16
b) Carcinom des Augenlides und des Auges. Exstirpation, Enucleatio bulbi. Lappenplastik (Blepharoplastik) u. Transpl. n. Thiersch	5	5		
Carcinom der Nase und des Auges. Exstirpation. Nasen- und Augenlidplastik	1	1		
Carcinom der Regio frontalis. Exstirpation. Transpl. n. Thiersch.	1	1		
Carcinom der Wange. Exstirpation. Naht	1	1		
Carcinom des Gesichtes. Exstirpation. Naht u. Transplant. n. Thiersch	2	2		
Recidiv nach dem Carcinom. Exstirpation. Lappenplastik	1	1		
Carcinom des Ohres. Exstirpation, später Transplant.	2	2		
Carcinom des Nackens. Exstirpation. Lappen nach Krause	1	1		
Carcinom des harten Gaumens u. der Larynx. Metastasen am Halse. Exstirpation der Metastasen (inoperabel)	1		1	
Carcinom des Oberkiefers. Exstirpation mit typischer Oberkieferresektion	1	1		
Carcinom und Syphilis des Unterkiefers und der Unterlippe. Exstirpation mit partieller Resektion des Unterkiefers	1			1
Carcinom der Unterlippe. Exstirpation. Plastik nach Jaesche	10	9		1
Recidiv nach operiertem Unterlippencarcinom. Exstirpation mit partieller (atyp.) Resektion des Unterkiefers	2	1	1	
Carcinom d. Unterlippe. Exstirpation. Plastik n. Trendelenburg	2	2		
Carcinom der Unterlippe mit Metastasen am Unterkiefer und in d. Halslymphdrüsen. Partielle Unterkieferresektion. Drüsenexstirpation	1	1		
Carcinom d. Larynx. Exstirpation d. Larynx. Partielle Resektion des Oesophagus	1			
Carcinom d. Harnblase, inoperabel. Sectio alta explorat.	1			1
Carcinom der Harnblase. Sectio alta. Exstirpation des Tumors. Blasennaht	1	1	inopera- bles Recidiv	
Carcinom d. Hodens. Castratio. Naht	2	2	später Recidiv.	an
Carcinoma mammae. Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle	5	4		1
Recidiv nach operiertem Carcinoma mammae. Exstirpation	1		1	
Carcinom der Planta pedis. Abtragung des Carcinoms. Transpl. n. Thiersch	1	1		
Carcinom am Fuße. Exstirpation	1	1		
Summa	45	37	5	3

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	45	37	5	3
Drüsenrecidiv in der Inguinalgegend nach operiertem Carcinom des Fußes. Exstirpation. Primäre Naht	1	1		
Hautcarcinom der Bauchdecken mit Metastasen in der Inguinalgegend. Abtragung des Tumors. Transplantation nach Thiersch. Exstirpation der Drüsen. Primäre Naht	1	1		
Sarcom des Auges. Enucleatio bulbi	1	1		
Sarcomrecidiv d. Regio frontal. et temporal. Exstirpation mit Ligatur d. Carot. ext., Resektion des Jochbeins, des Unterkiefergelenkes und atypischer Oberkieferresektion	1			1
Sarcom des Oberkiefers. Partielle (atypische) Oberkieferresektion	2	1	1	
Zweimaliges Recidiv nach operiertem Oberkiefercarcinom. Exstirpation mit atypischer Oberkieferresektion, Ausräumung des Sin. front., ethmoidal, sphenoidal. Tamponade	2	1	1	
Sarcom des Unterschenkels. Amputatio femoris	1	1		
Summa	54	43	7	4
Gesamtsumme von XI	129	100	9	20

XII. Andere Geschwülste.

417—482

a) Großes Angioma racemosum der Glabellargegend bis in das obere Augenlid herab mit völliger Ptosis. Wiederholte Stichelungen mit dem Paquelin	1		1	
Großes Fibrosarcom des Nasenrachenraumes. Tracheot. inf. Exstirpation des Tumors mit temporärer Resektion beider Oberkiefer, der Nase und Spaltung des weichen Gaumens. Primäre Naht	1	1		
Papillomata der Stimmbänder. Tracheot. inf. Abtragung. Naht der Haut	1	1		
Großes Papillom der Glutäalgegend. Excision. Naht	1	1		
Größere Atherome. Exstirpation. Situationsnaht	2	2		
Angiome. Cauterisation	2	2		
Mannesfaust- bis manneskopfgroße und größere Lipome. Exstirpation. Naht. (des Nackens, der Achselhöhle, der Adduktorengegend, des Oberarmes, des Rückens, der Glutäalgegend, der Infraklavikulargegend, der Stirn)	10	10		
Fibro-lipom der Parotisgegend. Exstirpation. Naht. Glasdrain	1	1		
Fibro-cystadenom. d. Submaxillardrüsen. Exstirpation. Naht	2	2		
Fibro-sarcom d. Linea alba im Epigastrium. Exstirpation. Naht	1	1		
Großes Fibrom der Malleolargegend. Exstirpation. Transpl. n. Thiersch	1	1		
Symetrische Osteome der horizontalen Unterkieferäste. Abmeißelung. Primäre Naht	1	1		
Exostosis cartilaginea der r. Tibiaepiphyse. Abmeißelung. Primäre Naht	1	1		
Summa	25	24	1	

	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	25	24	1		
Ranula. Exstirpation	3	3			
Adenoide Vegetationen. Auskratzung	3	3			
Größere Polypen der Nasenhöhle. Polypenextraktion mit der Schlinge und der Kornzange	2	2			
Tomillarhypertrophie. Tonsillotomie	3	3			
Hyperplasie der acinösen Drüsen der Oberlippe oder Unterlippe. Excision. Naht	2	2			
Struma parenchymat., cystic. — Strumectomie. Primäre Naht. (event. Drainage)	11	10	1		
Summa	49	47	2		
b) Angiom der Frontalgegend. Umstechung der Basis. Exstirpation	1	1			
Angiom der Hand. Exstirpation	1	1			
Lymphangiom der Oberlippe. Pacquelin	1	1			
Lymphadenom am Halse. Exstirpation. Primäre Naht	1	1			
Lymphosarcom am Halse. Exstirpation. Primäre Naht	1	1			
Enchondrom der vorderen Thoraxwand (Klavikulargegend). Exstirpation mit Resektion des akromialen Endes der Klavikula. Naht mit Drainage	1	1			
Enchondrom des Mittelfingers. Exartikulation des Fingers	1	1			
Lipom der Hohlhand. Exstirpation. Naht	1	1			
Lipom am Rücken. Exstirpation. Naht	1	1			
Fibrom der Planta pedis. Exstirpation. Transpl. n. Thiersch	1	1			
Fibrom am Halse. Exstirpation. Naht	1	1			
Fibrom der Mamma. Exstirpation. Naht	1	1			
Papillom der Planta pedis. Exstirpation. Naht	2	2			
Zahncyste. Exstirpation	1	1			
Größere Atherome. Exstirpation. Naht	2	2			
Summa	17	17			
Gesamtsumme von XII	66	64	2		

XIII. Tracheotomien.

483—497

a) Larynxstenose bei Diphtheritis faucium. Tracheot. inf.	1	1			
Larynxstenose, akute Asphyxie bei Spondyl. dorsal. mit Compressionsmyelitis. Tracheot. inf.	1	1			
Larynxstenose bei unmöglichem Dekanulement. Erweiterung der Trachealfistel mit dem Thermokauter und Bougierung des Larynx	1			1	
Larynxstenose bei Tuberkul. laryngis. Tracheot. inf.	1			1	
Carcinoma inoperabil. laryngis. Tracheot. inf.	2			1	1
Oedema glottidis ex causa ignota. Tracheot. inf.	1	1			
Summa	7	3		3	1

Rieder, Selbstgelebtes und Gewolltes.

	Total	geheilt in Heil. od. gob.	ungeh.	gest.
Uebertrag	7	3	3	1
b) Carcinoma inoperabilis laryngis. Tracheot. inf.	3		1	2
Diphtherie faucium. Tracheot. inf.	2	1		1
Glottisödem e causa ignota. Tracheot. inf.	1	1		
Glottisödem bei Larynx syphilitis. Tracheot. inf.	1	1		
Larynxtuberkulose. Tracheot. inf.	1			1
Summa	8	3	1	4
Gesamtsumme von XIII	15	6	4	5

XIV. Hernien.

498—739

a) Herniotomie. Radikaloperation, Naht der Bruchpforte mit Silberdraht (Schede) oder nach Bassini (ca. 80 Proz.), Kocher, Mac Ewen				
Hernia inguinalis (scrotalis) mobilis	95	91		4
Hernia inguinalis (scrotalis) mobilis mit Blasenektomie. Harnblase im Bruchsack, Reposition der Harnblase, einmal Naht der angeschnittenen Blasenwand	2	2		
Hernia inguinalis (scrotalis) irreponibilis, non incarcerata (z. T. fast Eventeratio)	6	6		
Nahezu völlige Eventeratio, Bruchsack unterhalb des Kniegelenkes, Dünn- und Dickdarm, Harnblase im Bruchsack. Hochgradige, sehr feste, oft flächenförmige Verwachsungen. Reposition nach Lösung der Adhäsionen. Castratio dextr. Resektion der Hodensackhaut. Schluß der großen Bauchwunde durch Silberdrähte	1			1
Hernia inguinalis (scrotalis) incarcerata. Herniotomie. Radikaloperation. Naht der Bruchpforte nach Schede	7	7		
Hernia scrotalis incarcerata mit beginnender Gangrän. Uebernähen und Einstülpfen der gangränösen Stelle durch Serosanähte. Fixation der Schlinge vor der Bruchpforte. Später Versenken der Schlinge mit Silberdrahtnaht der Pforte	2	2		
Hernia inguinalis (scrotalis) incarcerata gangraenosa. Herniotomie. Einnähen der Schlinge in der Bruchpforte als Anus praeternaturalis.	3			3
Hernia inguinalis (scrotalis) incarcerata gangraenosa. Herniotomie. Einnähen der Schlinge in die Bruchpforte als Anus praeternat. Später Schluß des Anus praeternat. durch zirkuläre Darmresektion	2	1		1
Hernia cruralis mobilis Herniotomie. Radikaloperation	3	3		
Hernia cruralis irreponibilis. Herniotomie. Radikaloperation	1	1		
Summa	122	113		9

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
b) Hernia inguinal. (scrotalis) mobilis (davon Hernia dextr. 60; sin. 26, duplex 18)	104	103		1
Hernia inguinal. (scrotalis) mobilis operat. Recidiv.	1	1		
Hernia inguinal. (scrotalis) irreponibilis, non incarcerata	2	2		
Hernia inguinal. irreponibilis mit Carcinom des Hodens. Herniotomie. Radikaloperation nach Schede. Castratio	1	1		
Hernia inguinal. (scrotalis) incarcerata. Herniotomie. Radikaloperation. Naht der Bruchpforte mit Silberdraht	7	7		
Hernia inguinal. (scrotalis) gangraenosa. Herniotomie. Einnähen der Schlinge als anus praeternatural.	1			1
Hernia umbilicalis. Radikaloperation. Silberdraht der Bauchdecken	2	2		
Hernia liniae albae. Naht der Bauchdecken mit Seide	1	1		
Hernia cruralis mobilis. Herniotomie. Reposition. Naht	1	1		
Summa	120	118		2
Gesamtsumme von XIV	242	231		11

XV. Laparotomien (mit Ausnahme der Geschwülste der weiblichen Genitalien).

740—765

a) Akuter Ileus mit Peritonitis purulenta nach Reduktion einer incarcerierten Inguinalhernie en bloc durch einen Stadtarzt. Laparotomie. Lösung der Incarceration. Fixation der gangränösen Darmschlingen als Anus praeternat. in der Bauchwunde. Feuchter Verband	1			1
Ileus infolge Volvulus. Peritonitis purulenta. Laparotomie. Lösung des Volvulus. Fixation der total gangränösen Dünndarmschlinge in der Bauchwunde	1			1
Ileus infolge carcinomatöser Striktur der Flexura sigmoidea. Laparotomie. Anus praeternatural. am Colon descendens.	1	1		
Item. Laparotomie. Exstirpation des Carcinomes. Starke Verwachsungen. Doppelte Darmresektion (Flex. sigmoid. und Ileum) Murphyknopf	1			1
Chronischer Ileus infolge Kotstein mit Perforation des S. Romanum und Peritonitis fibrinosa im kleinen Becken. Laparotomie. Naht des S. Romanum nach Excision der Fistelränder und Entfernung des Kotsteines (Centrum besteht aus einem kleinen Holzsplitter). Bildung eines Diaphragma zum Abschluß des kleinen Beckens von der großen Bauchhöhle	1	1		
Inoperables Magen- und Lebercarcinom mit völliger Stenose des Pylorus. Gastro-Enterostomie nach Wölffler	1			1
Carcinom des Magens mit Metastasen. Magenresektion nach Billroth. Exstirpation der Drüsen im Netz	1			1
Summa	7	2		5

	Total	geheilt in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	7	2		5
Große strikturierende ulcerierte Tuberkulose des Coecum. Laparotomie. Resektion des Coecum mittels Murphyknopf	1	1		
Wandermilz. Laparotomie. Lagerung der Milz extraperitoneal unter den Weichteilen der Lumbalgegend. Naht mit Drainage	1	1		
nach 2 1/2 Jahren ausgezeichnet. Befinden.				
Multipler Leber- und Milzschinococcus. Laparotomie. Einnähen und spätere Eröffnung zweier großen Blasen (Operation in zwei Zeiten)	2	2		
Perityphlitis chronica adhaesiva. Laparotomie. Amputatio proc. vermif. Versenkte Silberdrahtnähte der Bauchwand. Katgutnaht der Haut. Gazedrainage nach dem 3. Ort	1		1	
Stenosierende Rectumsyphilis. Anus praeternatural. am Colon descendens	1			1
Carcinom der Cardia des Magens. Gastrostomie nach Witzel	1			1
Bauchfelltuberkulose. Laparotomie	2		1	1
Summa	16	6	2	8
b) Stichverletzung des Bauches mit multipler perforierender Darmverletzung. Laparotomie. Darmnaht. Desinfektion der Bauchhöhle. Drainage des Bauches	1			1
Schußverletzung des Bauches mit Darmverletzung. Laparotomie. Darmnaht. Desinfektion der Bauchhöhle. Naht	1			1
Carcinom des Oesophagus. Gastrostomie	1			1
Ileus durch Volvulus. Laparotomie. Repositio. Schluß der Bauchwunde	1			1
Carcinoma ventriculi (pylori) inoperabilis. Gastro-Enterostomie nach Wölffler	1			1
Carcinom des Pankreaskopfes mit Gallenabschluß. Cholecyst-Enterostomie	1			1
Kotfistel nach alter Perityphlitis. Laparotomie. Resektion des Coecum	1		1	
Bauchfelltuberkulose. Laparotomie. Ausspülung der Bauchhöhle	3		1	2
Summa	10		2	6
Gesamtsumme von XV	26	6	4	14

XVI. Osteomyelitische Herde.

1) Frische osteomyelitische Herde.

766—795

a) Akute Osteomyelitis des Unterkiefers nach Zahnextraktion. Incision. Trepanation und partielle Resektion des Unterkiefers. Tamponade					
	1	1			
Summa	1	1			

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	1	1		
Akute Osteomyelitis der untern Tibiaepiphyse mit Vereiterung des Tibio-Cruralgelenkes. Resektion der ganzen Epiphyse mit Tamponade des Gelenkes	1	1		
Akute Osteomyelitis der Tibia diaphyse, Trepanation und Tamponade der ganzen Tibia diaphyse	1	1		
Akute Osteomyelitis der Clavicula. Exstirpation der ganzen Clavicula. Tamponade	1			1
Summa	4	3		1
b) Akute multiple Osteomyelitis. Trepanation der Tibia	1			1
Gesamtsumme von XVI 1	5	3		2

2. Knochenabscesse. Aufmeißelung d. proc. mastoid. (außer bei Tuberkulose).

Jauchiger Knochenabsceß im Femur. Aufmeißelung. Tamponade	1			1
Otitis media purulenta. Aufmeißelung des Proc. mastoid. Eröffnung des Mittelohres. Durchspülung. Tamponade	4	3	1	
Gesamtsumme von XVI 2	5	3	1	1

XVI. 3. Osteomyelitische Sequester.

a) Alte, meist schwere Osteomyelites mit Sequester:				
Maxilla inf. Aufmeißelung des Unterkiefers und Sequesterextraktion	2	2		
Phalangen. (Panaritium ostale) Sequestrotomie	1	1		
Humerus. Ausgedehnte Aufmeißelung der oberen Humerus-epiphyse und ganzen Humerusdiaphyse. Sequestrotomie. Tamponade	1	1		
Femur. Ausgedehnte Aufmeißelung der Femurdiaphyse. Sequesterextraktion. Tamponade	3	3		
Tibia. Trepanation der ganzen Tibia (beide Epiphysen und die Diaphyse). Sequestrotomie. Tamponade	1	1		
Fibula. Exstirpation der ganzen Diaphyse der Fibula. Primäre Naht	1	1		
Becken. Resektion nahezu der ganzen Beckenschaufel mit Gelenkfläche. Tamponade mit partieller Naht	1	1		
Summa	10	10		
b) Femur. Sequesterextraktion	3	3		
Tibia. Sequesterextraktion	2	2		
Tibia. Schwere veraltete Osteomyelitis. Resektion des größten Teiles der Tibia. Tamponade. Gipsverband mit Fenster	1			1
Summa	6	5		1

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	6	5		1
Tibia. Veraltete Osteomyelitis mit Spontanfraktur der Tibia. Resektion der Diaphyse der Tibiae	1		1	
Tibia. Veraltete Osteomyelitis der Tibia und des Femur. Sequestrotomie an beiden Knochen	1			1
Summa	8	5	1	1
Gesamtsumme von XVI 3	18	15	1	2

XVI. 4. Traumatische Sequester.

a) Alte Schußverletzung: Fractura complicata purulenta colli anatom. et chirurgic. humeri mit Totalsequester des Humerus- kopfes und Vereiterung des Schultergelenkes mit großen pararticulären Eitersenkungen. Ausgedehnte Incision und Kontraincision. Extraktion des sequestrierten Kopfes. Absägen der Humerusdiaphyse. Tamponade	1	1		
Vereiterte fistulöse Schußverletzung des Femur. Osteitis und Osteomyelitis chronica. Aufmeißelung. Sequesterextraktion	1		1	
Gesamtsumme von XVI 4	2	1	1	
Gesamtsumme von XVI 1, 2, 3, 4	30	22	3	1

XVII. 1. Ausmeißelung fungöser und käsiger Herde und Sequester.

796—821

a) Ostitis tuberculosa der unteren Humerusepiphyse. Ausmei- ßelung eines käsigen Herdes. Tamponade mit Jodoform- glyzerin	2	2		
Infiltrierende Tuberkulose der Diaphyse des Radius. Ausge- dehnte Ausmeißelung. Jodoformglyzerin in d. Höhle mit primärer Naht	1	1		
Tuberkulose des 2., 3., 4. Metacarpus bei gleichzeitiger hoch- gradigster Tuberkulose der Flexoren u. Extensorensehnen. Ausmeißelung und Sequesterextraktion.	1	1		
Ostitis tuberculosa femoris. Ausmeißelung. Tamponade	1	1		
Osteomyelitis tuberculosa diaphyseos metatarsi I. Exstirpation d. Diaphyse des Metatarsus. Jodoformgazetamponade	1		1	
Caries sterni. Trepanation des Sternum. Eröffnung u. Eviden- ment eines retrosternalen Käseherdes. Evidement. Tam- ponade.	1	1		
Spondylitis der Brustwirbelsäule mit Kompressionsmyelitis. Trepanation der Wirbelsäule. Evidement käsiger Herde der Wirbelkörper und Extraktion mehrerer tuberkul. Se- quester. Jodoformgazetamponade. Extension.	1			1
Caries der Beckenschaufel. Partielle Resektion des Os ilei. Tamponade.	1	1		
Caries ossis pubis mit Fisteln. Auf- und Ausmeißelung des Schambeines. Jodoformglyzerintamponade.	1		1	
Summa	10	7	2	1

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	10	7	2	1
Spina ventosa d. Mittelfingers d. r. Hand. Partielle Resektion des Knochens. Jodoformglyzerintamponade.	1	1		
Tuberkulose des Symphysis sacro-iliaca. Resektion der Symphyse u. partielle Resektion d. Beckenschaufel. Tamponade.	1	1		
Summa	12	9	2	1
b) Caries des Proc. mastoid. mit Eiterung des Mittelohres. Trepanation und Evidement des Processus. Eröffnung des Mittelohres.	6	4	2	
Gesamtsumme von XVII, 1	18	13	4	1

2. Aufmeißelung syphilitischer Herde und Sequester.

a) Ostitis syphilitica diaphyseos tibiae (Osteosklerose). Trepanation und Ausmeißelung der osteosklerotischen Partie. Primäre Naht	2	2		
Ostitis syphilitica diaphyseos tibiae. Trepanation. Sequestrotomie. Tamponade	1	1		
Ostitis syphilitica der unteren Tibia epiphyse. Incision. Ausmeißelung nekrotischer Knochenmassen	1	1		
Exostosis syphilitica tibiae. Ausmeißelung. Primäre Naht	1	1		
Gumma syphilit. tibiae diaphyseos (Periostitis, Ostitis et Osteomyelitis gummosa). Extirpation der gummosen Partie mittelst partieller Resektion der Tibia	1		1	
Gumma syphilit. tibiae. Ausmeißelung. Tamponade	1	1		
Summa	7	6	1	
b) Syphilitische Exostosen d. Tibien. Abmeißelung, primäre Naht	1	1		
Gesamtsumme von XVII, 2	8	7	1	
Gesamtsumme von XVII, 1 u. 2	26	20	5	1

XVIII. 1. Plastische Operationen und Narbenexcisionen.

822—916

a) Syphilis hereditaria. Totalverlust der Nase. Rhinoplastik nach König (Haut-Knochenlappen aus der Stirn)	1	1		
Defekt der häutigen Nase inkl. Septum. Nasenplastik aus d. Stirn	1	1		
Deviation d. Nasenseptums. Keilförmige Excision	3	3		
Verlust des Nasenflügels, der Nasenspitze und des Septum. Plastik aus der Stirn	1	1		
Syphilis tertiana. Defekt beider Wangen, der Nase, Oberlippe, des rechten Auges und der Augenlider. Wiederholte Lappenplastik aus den Schläfen und Stirnhaut	1			1
Summa	7	6		1

	Total	geheil in Holl. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	7	6		1
Narbenkontraktur am Halse und Kinn nach Verbrennung. Hautlappenplastik vom Thorax.	1	1		
Sekundäre Hautlappenplastiken nach Exstirpation maligner Tumoren des Gesichtes	11	11		
Komplette Hasenscharte. Typ. Operation	6	6		
Komplizierte Hasenscharte. Typ. Operation	1	1		
Totale Gaumenspalte. Staphyloraphie und Uranoplastik	1	1		
Spaltung des weichen Gaumens und der Uvula. Staphyloraphie	1	1		
Mund-(Lippen-)fistel. Anfrischung. Naht der Unterlippen- schleimhaut. Naht der Haut	1	1		
Keilförmiger Defekt der Unterlippe. Atyp. Plastik mit seit- lichen Lappen aus der Wange	1	1		
Narbiger Defekt der Unterlippe nach Variola. Plastik nach Trendelenburg	1	1		
Verlust der ganzen Unterlippe und der Kinnhaut nach Variola. Lippenplastik mit zwei Lappen aus der Wange n. Bruns	1	1		
Verlust der ganzen Unterlippe nach Variola. Lippenplastik nach Trendelenburg	1	1		
Narbenverziehung der linken Backe und des Mundes. Plastik nach Israel (Doppelter Lappen)	1	1		
Parotidfistel in einer Operationsnarbe. Narbenexcision. Naht	1	1		
Alte Fistel des Duktus stenoianus post operationem in der Stadt. Ideale Operation. Inplantation des freipräparierten Duktus in die Wangenschleimhaut	1	1		
Fistel des Os hyoideum. Exstirpation des ganzen Fistelganges mit teilweiser Exstirpation des Os hyoideum. Naht	1	1		
Ektropium des unteren Augenlides. Lappenplastik aus der Haut der Frontalgegend	1	1		
Ektropium des unteren Augenlides durch Narbe. Narben- excision. Transpl. n. Thiersch	2	2		
Starkes Ektropium des linken Mundwinkels durch Narbenzug. Narbenexcision. Lippen- und Mundwinkelplastik aus der Wange und dem Lippensaum der Ober- und Unterlippe	1	1		
Am Knochen adhärente Narbe nach incidierter Oberkiefer- periostitis. Excision. Naht	1	1		
Keloidnarbe der Nasenwurzel und der Augenbrauengegend. Excision. Primäre Naht	1	1		
Komplizierte Fraktur und Luxation des Ellenbogengelenkes mit großem Hautdefekt über dem Olecranon. Schluß des Gelenkes durch Hautlappenplastik	1	1		
Hypertrophischer Lupus des Handrückens. Excision. Plastik mittelst Hautlappen von der Bauchhaut	1	1		
Kontraktur der Fascia palmaris nach Verbrennung. Exstirpation der tiefgehenden Narbe. Transplantation n. Thiersch	2	2		
Alte Narben und Verwachsungen der Finger (Syndactylie). Blutige Trennung. Plastik mit Krauseschen Lappen vom Vorderarm und Transpl. n. Thiersch	1	1		
Summa	48	47		1

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	48	47		1
Fingerkontraktur infolge von Narbenkeloid nach Quetschwunde. Narbenexcision. Naht	1	1		
Narbe in der Regio poplitea mit Flexionskontraktur des Unterschenkels. Excision. Naht	1	1		
do. Excision. Transplant. n. Thiersch	1	1		
Sekundäre Hautlappenplastik nach operierter Osteomyelit. tibiae Tiefe Hautnarben nach Herpes zoster intercost. mit schweren Neuralgien. Narbenexcision. Transpl. n. Thiersch	2	2		
Summa	54	53	1	
b) Difforme Nase. Rhinoplastik	1	1		
Defekt eines Nasenflügels nach operiertem Nasencarcinom. Plastik aus der Wange	1	1		
Gaumenspalte. Uranoplastik	1		1	
Syphilitische Perforation des harten Gaumens. Anfrischung. Naht	1	1		
Doppelte Hasenscharte. Plastik nach Mirault-Langenbeck	1	1		
Einfache Hasenscharte. Plastik	1	1		
Artifizielle Hasenscharte nach Lymphangioma operat. (mit Pacuelin)	1	1		
Defekt des oberen Augenlides nach operativ entfernter Tuber- kulose. Blepharoplastik	1	1		
Klumpfuß. Resektion einiger Mittelfußknochen	1	1		
Narbenkontrakturen der Inguinalgegend nach Verbrennung. Exstirpation. Naht	1	1		
Syphilitisches Ulkus am Unterschenkel. Plastik	1	1		
Traumat. Ulkus am Unterschenkel. Lappenplastik n. Krause	1	1		
Fistel der Bauchdecken. Anfrischung. Naht	1	1		
Summa	13	12	1	
Gesamtsumme von XVIII, 1	67	65	2	1

2. Transplantationen.

a) bei Verbrennung II. und III. Grades	4	4		
bei Ulcera cruris (Varicosa)	3	3		
bei operierten Tumoren	10	10		
bei operierter Osteomyelitis	3	3		
bei operierten Phlegmonen	4	4		
bei traumat. Ulcus cruris	1	1		
Summa	25	25		
b) Großer Hautdefekt und Mammaamputation	1	1		
Operierte Tuberkulose des Vorderarmes	1	1		
Lupus nasi	1	1		
Summa	3	3		
Gesamtsumme von XVIII, 2	28	28		
Gesamtsumme von XVIII, 1 u. 2	95	93	1	1

XIX. Osteotomien.

917—939	Total	geheilt in Heil. od. geb. ungeh.	gest.
a) Genu valgum et varum. Osteotomia femoris supracondyl. nach Mac Ewen. Osteotom. tibiae cuneiformis. Gipsverband	1	1	
Femora rachitica. Osteotom. linearis duplex supracondyl. n. Mac Ewen. Gipsverband	1	1	
Crura rachitica. Osteotom. cuneiform. cruris dupl. Gipsverband	1	1	
Crura rachitica. Osteotom. femoris simplex nach Mac Ewen. Gipsverband	1	1	
Crura rachitica. Osteotom. cruris simplex cuneiform. Gipsverband	1	1	
Fractura subcut. femoris male sanata. Osteotom. linearis. Gipsverband	1	1	
Fractura cruris subcut. male sanata. Offene Osteotom. der Tibia. Reposition und Anfrischung der Fragmente. Gipsverband	1	1	
Fractura femoris male sanata. Offene schräge Durchmeißelung der Fracturstelle mit Resektion der Fragmente. Extension forcé. Gefensterter Gipsverband	1	1	
Winklig geheilte, vereiterte, fistulöse (sequester) Femurfraktur. Offene Osteotomie. Sequestrotomie. Anfrischung und Vernagelung d. Fragmente mittelst Malgaigne'scher Klammer. Naht mit Tamponade. Gefensterter Gipsverband	1	1	
Linksseitige Hüftgelenksankylose in starker Adduktions- und Flexionsstellung und Unmöglichkeit des Gehens. Osteotomia subtrochanterica nach Volkmann. Gipsverband in Abduktionsstellung	1	1	
Alte Schußverletzung der Hüfte mit Ankylose des Femur im Hüftgelenk in Adduktions- und Flexionsstellung. Peroneuslähmung. Osteotom. subtrochanterica nach Volkmann	1	1	
Starke Flexions- und Adduktionsstellung des Beines nach spontan geheilten tubercul. coxitis. Osteotom. subtrochant. nach Volkmann	2	2	
Summa	13	13	
b) Genu valgum simplex. Osteotom. linear. supracondyl. femoris	3	3	
Genu valgum duplex. Osteotom. linear. femor. supracondyl.	4	4	
Genu valgum. Osteotom. tibiae cuneiform.	2	2	
Verkürzung, Flexion und Adduktion des Femur nach schlecht geheilter Fract. subcut. femoris. Osteotom. linearis femor. Gipsverband in Abduktion	1	1	
Summa	10	10	
Gesamtsumme von XIX	23	23	

XX. Gelenkpunktionen und Drainage.

940—942

a) Vereitertes Kniegelenk nach Trepanatio femoris wegen zentralem, jauchigem, osteomyelit. Absceß. Auswaschung und Drainage des Gelenkes	1		1
Summa	1		1

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
b) Empyem des Kniegelenkes. Incision. Kontraincision.	1			1
Bluterguß des Kniegelenkes. Incision. Ausspülung. Drainage	1	1		
Summa	2	1		1
Gesamtsumme von XX	3	1	1	1

XXI. Amputationen und Exarticulationen der oberen Extremität.

943—959

a) Panaritium ostale. Exarticul. digiti im Metakarpophalangealgelenk. Tamponade	1	1			
Spina ventosa permagn. fistul. Exarticul. digiti im Metakarpophalangealgelenk. Naht	2	2			
Schußverletzung mit komplizierten Fingerfrakturen. Fingerexarticulation. Tamponade	2	2			
Phlegmone mit Gangrän des Fingers. Exarticul. im Metakarpophalangealgelenk. Tamponade	1	1			
Ueberzähliger Finger (rudimentärer Daumen). Exarticulation. Naht	1	1			
Phlegmone der Hand nach komplizierter vereiterter Fraktur des 3. Fingers. Exarticulatio digiti im Metakarpophalangealgelenk. Tamponade	1	1			
Nicht geheilte partielle Handgelenksresektion wegen Fungus manus mit Sehnenscheiden- und Weichteiltuberkulose des Vorderarmes. Amputatio antibrachii. Tamponade	1	1		cf. XXIII.	
Ausgedehnter völlig vereiterter Fungus manus. Amputatio antibrachii. Primäre Naht	1				1
				Wunde per prim. geh. + an Phth patr.	
Völlig vereiterter, ausgedehnter Fungus cubiti. Amputatio humeri. Naht	1	1			
Trockene Totalgangrän der ganzen oberen Extremität e causa ignota. Amputatio humeri. Naht	1	1			
Summa	12	11			1
b) Nekrose und Gangrän des unteren Drittels des Vorderarmes und der Hand nach Zertrümmerung durch Schuß. Amputation des Vorderarmes im oberen Drittel. Naht	1	1			
Fungus cubiti permagn. purul. Amputatio humeri. Primäre Naht	2	2			
Gangrän der Hand. Amputatio antibrachii. Tamponade	1	1			
Nekrose des kleinen Fingers. Exarticulatio digit. im Karpometakarpalgelenk. Naht	1	1			
Summa	5	5			
Gesamtsumme von XXI	17	16			1

XXII. Amputationen und Exartikulationen, untere Extremität.

960—991	Total	geheilt	in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
a) Narbenkontraktur der Zehen infolge Verbrennung. Exartikul. der Zehen. Naht	1	1			
Hammerzehe. Exartikulation. Naht	1	1			
Gangrän der großen Zehe. Exartikulation im Metatarsophalangealgelenk. Tamponade	1	1			
Gangrän am Fuße bei Diabetes. Exartikulation zweier Zehen. Resektion des Metatarsophalangealgelenkes I. Tamponade	1	1			
Gangrän mit Phlegmone am Fuße und Nekrose der 2. und 3. Zehe. Zehenexartikulation. Tamponade	2	2			
Gangrän des linken Fußes. Amputatio femoris. Naht. Drainage Caries metatarsi I pedis. Amputation des 1. Metatarsus und der großen Zehe mit seitlicher Lappenbildung nach Jäger. Naht	1	1		1	
Trockene Gangrän der Zehen. Amputation nach Lisfranc. Situationsnähte	1	1			
Fungus des Chopartschen Gelenkes. Amputation n. Pirogoff. Naht	1	1			
Vereiterter Fungus pedis. Amputation nach Pirogoff. Jodoformglyzerin. Naht	1	1			
Essentielle Kinderlähmung. Totale schlaffe Lähmung des Fußes. Pirogoff. Naht	3	3			
Völlig vereiterter Fungus pedis und Weichteiltuberkulose des Unterschenkels. Amputatio cruris. Tamponade. Später plastische Amputatio cruris nach Bier	1	1			
Völlig vereiterter Fungus pedis und ausgedehnte Weichteiltuberkulose am Unterschenkel. Amputatio femoris. Naht	1	1			
Gangraena senilis des Unterschenkels. Amputatio femor. Tamponade	1				1
Frische Gangrän des Unterschenkels. Pyämie. Exartikulation im Kniegelenk. Tamponade. Später Amputatio femoris nach Gritti	1	1			
Gangraena tibiae total. Amputatio femoris. Tamponade. Später Re-amputatio femoris. Naht	1	1			
Gangraena senilis digit. pedis. Amputatio femor. nach Gritti. Naht	1	1			
Fungus genu operat. per resectionem genu, non sanat. Amputat. femor. Naht	1	1			
Zentraler, jauchiger Herd d. Femur mit Vereiterung d. Kniegelenkes. Pyämie. Zuerst Trepanat. femoris und Punktion des Gelenkes, nicht geheilt. Dann Amput. femoris. Tamponade	1	1			
Summa	22	20	1		1
b) Gangrän des Fußes e causa ignota. Amputatio femoris im oberen Drittel. Tamponade	4	3			1
Gangrän des Beines infolge Stichverletzung der Art. femoral. Amputatio femor. Naht	1	1			
Summa	5	4			1

	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	5	4			1
Gangrän des Fußes e causa ignota. Amputatio cruris. Tamponade. Später Re-amputatio	4	2	1	1	
Gangrän der großen Zehe. Exartikulation der großen Zehe. Tamponade	1				1
Summa	10	6	1	1	2
Gesamtsumme von XXII	32	26	2	1	3

XXIII. Resektionen, obere Extremität.

1. Der Gelenke und Arthrotomien.

992—1006

a) Ausgedehnter vereiterter Fungus cubiti (große, meist multiple Knochenherde). Ausgedehnte Ellenbogengelenksresektion. Olecranoaschnitt. Silberdrahtnaht der Knochen	4	3	1		
Vereiterter Fungus cubiti. Resectio cubiti. 2 seitliche Schnitte. Tamponade	2		1		1
Ausgedehnte Handgelenks-Sehnenscheiden u. Weichteiltuberkulose, auch am Vorderarm. Partielle atyp. Handgelenksresektion. Resektion des unteren Drittels des Radius u. Ulna. Silberdrahtnaht. Tamponade.	1		1		Wunde fast geheilt, † an Phthisis
Summa	7	3	3		1
b) Fungus manus. Resectio manus. Tamponade. Teilweise Naht.	2	1		1	
Fungus cubiti. Resectio cubiti. Jodoformglycerin. Naht	1		1		
Fungus humeri. Resectio humeri. Tamponade	2	1	1		
Chronische Arthritis des Ellenbogengelenkes nach Schußverletzung. Resectio cubiti. Naht ohne Drainage	1	1			
Summa	6	3	2	1	
Gesamtsumme von XXIII, 1	13	6	5	1	1

2. Aus der Kontinuität.

Caries metacarpi II, III. Teilweise Resektion des Metacarpus II, III. Naht ohne Drainage	2	1	1		
Gesamtsumme von XXIII, 1 u. 2	15	7	6	1	1

XIV. Resektionen, untere Extremitäten.

1. Der Gelenke und Arthrotomien (cf. auch XXX).

1007—1057

a) Fungus coxae purul. Resectio coxae. Meistens Tamponade, auch Naht mit Drainage. Schedesche Abduktionsschiene oder gefensterter Gipsverband	7	2	1	2	2
Recidiv nach Fungus coxae operat. Re-resectio coxae. Naht mit Drainage	1	1			
Summa	8	3	1	2	2

	Total	geheilt in Heil. od. gob.	ungeh.	gest.
Uebertrag	8	3	1	2
Irreponible drei Monate alte Luxatio iliaca coxae. Ideale Operation. Naht mit Tamponade zwei Tage lang, dann Heilung per primam	1	1		
Fungus genu purul. Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gefensterter Gipsverband	8	5	2	1
Recidiv nach Fungus genu purul. operat. Re-resectio genu. Naht. Gipsverband	1			1
R < knöcherner Ankylose d. r. Kniegelenkes nach operiertem und ausgeheiltem Fungus (?) genu. Resectio genu nach Helferich	1	1		
Bindegewebe R < Ankylose d. r. Kniegelenkes nach Tripper-rheumatismus. Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1	1		
Bindegewebe R < Ankylose des r. Kniegelenkes nach veralteter Osteomyelitis femoris. Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1	1		
Essentielle Kinderlähmung. Schlanke Lähmung beider Beine. Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gipsverband	3	3		
Item. Klumpfüße. Arthrodesis pedis. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1	1		
Paralytischer Klumpfuß. Amputation nach Wladimiroff-Mikulicz	1	1		
Fungus pedis. Resectio pedis. Exstirpatio tali. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1	1		
Fungus des Chopartschen Gelenkes. Resektion des Chopartschen Gelenkes. Tamponade. Schienenverband mit Hartgummischiene	3	3		
Fungus des Chopartschen Gelenkes. Pirogoff	1	1		
Fungus des Metatarso-Phalangealgelenkes. Resektion des Gelenkes. Jodoformglyzerin. Naht ohne Drainage	1	1		
Summa	32	23	1	4
b) Tuberkulose des Metacarpo Phalangealgelenkes d. großen Zehe. Resektion. Jodoformglyzerin. Naht ohne Drainage	2			2
Gangrän der Zehen. Lisfranc. Tamponade	1		1	
Fungus des Chopartschen Gelenkes. Partielle Fußgelenkresektion. Jodoformglyzerintamponade	2	2		
Fungus genu. Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gipsverband	7	2	2	3
Ankylose und Fisteln des Kniegelenkes nach alter Osteomyelitis. Resectio genu. Naht. Gipsverband	1			1
Chronische Arthritis genu. Resectio genu. Naht ohne Drainage.	1	1		
Ankylose des Kniegelenkes nach Trauma. Partielle (atyp.) Resektion des Gelenkes. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1		1	
R < Ankylose des Kniegelenkes nach Schußverletzung. Keilförmige Resectio genu. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1	1		
Summa	16	4	5	6
Gesamtsumme von XXIV, 1	48	27	6	10

2. Aus der Kontinuität.

	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Partikuläre bereits operierte Weichteiltuberkulose des r. Kniegelenkes mit zahlreichen Fisteln u. tuberkulösem Knochenherd in der Patella. Exstirpation der parartikul. Massen, Eröffnung des Gelenkes, partielle Resektion der Patella. Jodoformglyzerin in d. Gelenk. Naht ohne Drainage	1		1		
Gibbus der Wirbelsäule. Caries d. untern Epiphyse d. Fibula mit beginnendem Fungus pedis. Kongestionsabsceß in d. Inguinalgegend. Resektion d. untern Fibulaepiphyse. Jodoformglyzerin in d. Gelenk. Naht ohne Drainage	1	1			
Centrales Osteo-Sarcom des untern Tibiadrittels. Resektion d. untern Tibia- und Fibuladrittels. Einpflanzung des Stumpfes in d. Calcaneus (Mikuliczstellung). Naht ohne Drainage	1	1			
Summa	3	2	1		
Gesamtsumme von XXIV, 1 u. 2.	51	29	7	10	5

XXV. Wundnaht.

1058—1099

a) Primäre und sekundäre Wundnaht bei frischen und alten Verletzungen (Weichteilwunden, kompliziert. Frakturen, Schußverletzungen etc.)	9	9			
Sekundärnaht bei akut u. chron. endzündl. Prozessen (Phlegmonen, Osteomyelitis, Caries, Knochensyphilis etc.)	7	7			
Sekundärnaht bei plastischen Operationen, Fisteloperationen	15	15			
Sekundärnaht nach Herniotomie	5	5			
Sekundärnaht nach Sectio alta	1	1			
Sekundärnaht nach Exstirpation von Tumoren	4	3			1
Summa	41	40			1
b) Operierte Osteomyelit. d. Tibia. Anfrischung. Sekundärnaht	1	1			
Gesamtsumme von XXV	42	41			1

XXVI. Haut.

1100—1112

a) Lupus u. Hauttuberkulose (meist. ulceriert) am Gesicht, Rumpf, Extremitäten. Excision. Naht	3	3			
Excision. Transpl. n. Thiersch	5	5			
Stichelung mit d. Spitzbrenner (Pacquelin)	3	3			
Ausgedehnter Lupus d. Nasenspitze, Nasenflügel, Oberlippe mit Schleimhauttuberkulose. Tiefe Verschorfung mit d. Paquelin	1	1			
Summa	12	12			
b) Syphilitisches Ulcus am Fuß. Excision. Sekundärnaht	1	1			
Gesamtsumme von XXVI	13	13			

XXVII. Gefäße (cf. XXXVII.)

1113—1130	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Weichteilverletzung der Hohlhand durch Glas, 8 Tage alt. Verblutungsgefahr. Ligatur d. Arcus volaris superficialis	1	1			
Aneurysma femoral. sin. Totalexstirpation mit Ligat. d. Art. femoral. oberhalb d. Profunda femor. u. d. Vena femoral. Naht mit Tamponade. Bein erhalten	1	1			
Alte Osteomyelitis femoris operat. (Trepanatio femor.) Drucknekrose der Art. femoral. durch Tamponade. Ligat. der Art. u. Ven. femoral. im Adduktorenschlitz	1	1			
Ligatur der Vena saphena int. bei Varicen u. Ulcus cruris varicos.	3	3			
Ligatur der Vena saphena int. bei Varicen u. Ulcus mit Circumcision d. Ulcus	1	1			
Ligatur d. Ven. saphena int. bei Thrombophlebitis purul. nach gangränöser Phlegmone d. Fußes. Tamponade	1	1			
Summa	8	8			
b) Aneurysma d. Art. femoral. Ligatur d. Art. u. Ven. femoral. Exstirpation d. Aneurysma. Tamponade	1	1			
Aneurysma Arterio-venos. am Unterschenkel. Ligatur. Exstirpation	1			1	
Varicen. Ligatur d. saphen. int. Circumcisio femor. Naht	1		1		
Varicen. Ligatur d. Ven. saphena. Naht	2	2			
Varicocele. Ligatur. Exstirpation	3	3			
Varicöser Ulcus am Unterschenkel. Ligatur d. V. saphen. int.	2	2			
Summa	10	8	1	1	
Gesamtsumme von XXVII	18	16	1	1	

XXVIII. Sehnen, Muskeln, Schleimbeutel.

1131—1162

a) Durchschneidung der Flex. carp. rad. u. Ulnar., Palm. long., Flexipollic. long., Flex. sublimis u. Nerv. median. Sehnen-naht. Hautnaht ohne Drainage	1	1			
Radialislähmung. Lähmung d. Extensoren der Hand u. der Finger. Sehnenplastik. Naht ohne Drainage	1			1	
Kontraktur der Flexorensehne des II. Fingers. Sehnenplastik. Naht ohne Drainage	1	1			1 quoad functionem
Chronische Arthritis beider Hüft- und Kniegelenke mit starker Flexionskontraktur in beiden Kniegelenken. Beiderseits offene Tenotomie der Flexorensehnen der Unterschenkel. Blutschorf nach Schede	1	1			
Alte Osteomyelitis des Femur. R. Ankylose des Kniegelenkes. Offene Tenotomie der Flexorensehnen des Unterschenkels. Blutschorf nach Schede	1	1			
Summa	5	4		1	

	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	5	4			1
Spondylitis dorsalis. Parese beider Beine mit hochgradiger Flexionskontraktur in beiden Kniegelenken. Beiderseits offene Tenotomie d. Flexorensehnen der Unterschenkel. Blutschorf nach Schede	1		1		
Essentielle Kinderlähmung. Klumpfüße. Kontrakturen in den Kniegelenken. Offene Durchschneidung der Flexorensehnen der Unterschenkel. Blutschorf. Gipsverbände	2	2			
Paralytischer Klumpfuß. Kinderlähmung. Tenotomie der Achillessehne	4	4			
Spitzfuß. Tenotomie d. Achillessehne	2	2			
Schwere Knochen- und Sehnscheidentuberkulose d. Flexoren und Extensorensehnen der Hand. Exstirpation mit teilweiser Exstirpation der Sehnen. Jodoformglyzerin. Naht	1	1		geringe Funktion	
Ausgedehnte Sehnscheidentuberkulose der Flexoren d. Hand. Totalexstirpation d. tuberkul. Massen. Einreiben mit Jodoformglyzerin. Naht ohne Drainage	2	2		gute Funktion	
Sehnscheidentuberkulose aller Extensorensehnen der Hand außer Daumen. Radikaloperation. Jodoformglyzerineinreibung. Naht ohne Drainage	1	1		leidliche Funktion	
Sehnscheidentuberkulose des Daumens, 2. und 5. Fingers. Exstirpation. Blutschorf	1	1			
Tuberkulose der Bursa subtrochanterica. Totalexstirpation. Jodoformglyzerin. Naht ohne Drainage	2	2			
Tuberkulöse Bursitis praepatellaris. Totalexstirpation der Bursa. Naht mit Drainage	1	1			
Bursitis praepatell. chronica. Totalexstirpation der Bursa. Naht	1	1			
Ganglion am rechten Handrücken. Exstirpation. Naht	1	1			
Ganglion auf dem Fußrücken. Exstirpation. Naht	1	1			
Summa	25	23	1		1
b) Sehnscheidentuberkulose der Finger. Exstirpation. Jodoformglyzerineinreibung. Naht ohne Drainage	2	2			
Flexionskontraktur der Hand. Sehnenplastik durch treppenförmiges Anfrischen resp. Verlängern der Sehnen	1		1		
Tuberkulose der Bursa subtrochanterica. Exstirpation der Bursa. Naht ohne Drainage	1	1			
Spitzfuß. Tenotomie der Achillessehne	1	1			
Flexionskontraktur des Kniegelenkes nach geheiltem chron. Rheumat. articul. Offene Tenotomie der Flexorensehnen. Naht ohne Drainage	1	1			
Bursitis praepatell. chronic. Exstirpation. Naht ohne Drainage.	1	1			
Summa	7	6	1		
Gesamtsumme von XXVIII	32	29	2	1	

XXIX. Nerven.

1163—1168	Total	geheilt	in Heil., od. geb.	ungeh.	gest.
a) Neuralgia intercostalis. Resectio nervi humero-intercost. dext. Naht	1	1			
Kompression des N. ischiadicus durch Narbengewebe nach Schnitt. Exstirpation der Narbe. Neurolyse	1	1			
Neuralgie intercostal. Neurektomie der Anastomose des nerv. humero-intercostal. mit 2. Intercostalnerv. Naht	1		1		
Summa	3	2	1		
b) Neuralgia des N. infraorbitalis. Neurektomie	1			1	
Trigeminusneuralgie. Resektion des 3. Astes (maxill. inf.)	1	1			
Trophische Störung der Haut am Fuß und Unterschenkel infolge alter, partieller Durchschneidung (Stichverletzung) des N. ischiadicus. Anfrischung der Nerven. Naht der Nerven	1			1	
Summa	3	1		2	
Gesamtsumme von XXIX	6	3	1	2	

XXX. Knochen, Gelenke.

1169—1172

a) Pseudarthrose des untern Drittels des rechten Unterschenkels. Incision. Excision aller fibrösen Massen. Anfrischung des zentralen Fragmentes. Exstirpation des peripheren Fragmentes. Drehung des Fußes in die Verlängerung der Längsaxe der Tibia (Mikuliczstellung) und Implantation des zentralen Fragmentes in den Calcaneus. Naht ohne Drainage. Gipsverband	1			1	
Item. Nochmalige Anfrischung. Verzapfung der Tibia mit dem Calcaneus durch dicken Elfenbeinstift. Naht ohne Drainage	1			1	
Necrose einer Rippe durch Druck des Echinococcussackes. Resectio costae	1	1	Heilung p. prim. Kein Callus. Geht m. Schienenschuh sehr gut.		
Fungus des Metatarso-phalangealgelenkes. Arthrotomie. Jodoformglyzerin in dem Gelenk. Naht ohne Drainage	1	1			
Summa	4	2		2	
b) —					
Gesamtsumme von XXX	4	2		2	

XXXI. Kopf und Hals. Trepanation.

1173—1174

a) Alte Fractura complicata ossis parietal. Fistel zwischen dem in dislozierter Stellung brückenförmig aufgeheilten Fragment. Trepanation mit Hautknochenlappen und Zurechtschneiden des Fragmentes. Re-implantation des Fragmentes. Naht ohne Drainage	1	1			
Summa	1	1			

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	1	1		
Impressionsfraktur des Schädels mit spastischer Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität. Trepanation nach Wagner. Abmeißelung der höckerig vorspringenden Tabul. int. Extraktion eines dornartig in der Hirnsubstanz steckenden, ca. 3 cm langen Splitters. Reposition des Haut-Knochenlappens. Naht ohne Drainage	1	1		
Summa	2	2		
Gesamtsumme von XXXI	2	2		

XXXII. Rumpf.

1175—1183

a) Empyema acutum metapneumon. bei nephritis chronic. Resectio costae	1	1	Operation in agone ohne Narkose.	
Streptococccnpleuritis exudativ. purul. bei Diphtheritis faucium. Resectio costae	1	1		
Empyema tubercul. chronic. Resectio costae	1			1
Empyema tubercul. chronic. Ausgedehnte Rippenresektion nach Schede.	1			1
Summa	4	2		2
b) Chron. empyem. Resectio costae.	4	1	3	
Chron. empyem. Thorakoplastik nach Schede	1	1		
Summa	5	2	3	
Gesamtsumme von XXXII	9	4	3	2

XXXIII. Anus und Rectum.

1184—1261

a) Defekt der vorderen Rektalwand nach schwerer Entbindung durch Zange. Resektion des Rektum nach Kraske	1	1		
Ausgedehnte tuberkulöse Ulceration des Rektum. Rectotomia linearis post. mit dem Pacquelin. Verschorfung der Geschwürsfläche mit dem Pacquelin. Jodoformgazetamponade	1			1
Schwere syphilitische Rectumtenose und Ulceration. Rectotomia linearis post. mit dem Pacquelin. Cauterisation und lokale Behandlung nach vorheriger Anlegung eines Anus praeternatur. am Colon descendens (cf. XV)	2			2
Diffuse eitrige Rectitis chronica (Rektumulceration mit beginnender Stenose). Resectio recti nach Kracke. Einnähen des Rektumstumpfes in den angefrischten Anus	1	1		
Ulcerierte Narbe neben dem Anus (ulcus durum? molle?) Incision des Sphincter. Pacquelinisierung	1	1		
Fissura ani. Sphincterdehnung resp. Spaltung	3	3		
Fistula ani tubercul. mit und ohne Absceß. Spaltung. Evidement. Pacquelin.	16	13	3	
Summa	25	18	4	3

	Total	geheilt	in Heil. od. geb. ungeh.	gest.
Uebertrag	25	18	4	3
Perirectale Abscesse ohne Fistel	3	3		
Haemorrhoid. int. et ext. Sphincterdehnung. Operation nach Langenbeck	13	13		
Condylomata acuminata permagna. Excision. Naht oder Pacquelin	3	3		
Summa	44	37	4	3
b) Fistula ani. Spaltung. Pacquelin.	17	10	6	1
Haemorrhoiden. Pacquelin. Volkmannsche Operation	7	7		
Condylomata acuminata ani permagna. Excision mit Pacquelin.	4	4		
Abscessus perianal. Spaltung. Evidement	4	4		
Prolapsus ani. Abtragen der prolabierten Stücke. Naht	2	2		
Summa	34	27	6	1
Gesamtsumme von XXXIII	78	64	10	3

XXXIV. Harnorgane.

1262—1339

a) Blasenstein. Sectio mediana	1	1		
Blasenstein. Sectio alta. Primäre Naht der Harnblase. Einigemale Dauernelaton, meist Nachbehandlung ohne Nelaton	14	13		1
Stein in der Urethra. Extraktion	1	1		
Nierenblutung (Nierenstein? Verdacht auf Harnblasenpapillom). Sectio alta mit Kathetrismus beider Ureteren	1	1		
Verdacht auf Blasenstein. Follikulärer Katarrh der Harnblase. Tuberkulose? Sectio alta explorativa. Naht der Harnblase	1	1		
Hypospadie. Operation nach Landerer	2	2		
Epispadie. Operation in 2 Zeiten. 1. Blasen-Dammfistel. Annähen des Penis auf den Bauch zur Gewinnung eines Hautlappens und 2. (sekundäres) Ablösen des Lappens (analog der Operation d. Hypospadie n. Landerer)	2	1	1	
Fistula urethro-rectalis. Naht der Urethra und zweimalige Lappenplastik aus der Haut der Glutaealgegend	2	1		1
Fistula urethrae des Sulcus glandis nach unvollkommener ritueller Circumcisio. Präparieren, Vorziehen und Einnähen des Urethra in d. Orificium urethrae	1			1
Item Plastik mittels des Restes des Praeputium	1			1
Item Operation nach Landerer	1		1	
Fistula urethrae tubercul. bei Tuberculosis urethrae perinealis. Urethrotomia ext. Caeterisatio. Lokale Behandlung	1		1	
Multiple tuberkulöse Fisteln und periurethrale Abscesse der Pars perinei et Regio scrotalis. Urogenitaltuberkulose. Multiple Absceßspaltungen	2			2
Summa	30	21	3	5

	Total	geheilt	in Heil- od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	30	21	3	5	1
Fistel nach tubercul. urethrae. Lappenplastik	1		1		
Fisteln urethrae der Pars pendul. bei Tuberkulose der Urethra. Anfrischung. Naht	1			1	
Item Operation nach Landerer mit künstlicher Dammfistel	1		1		
Schwere Tuberkulose der Urethra mit zahlreichen Fisteln und elephantiasischer Verdickung des Scrotum. Urethrotomia externa mit Exstirpation der ulcerierten Urethra und aller periurethralen Schwielen und tuberkulösen Granulationen im Bereich der ganzen Pars pendul.	1	1			
und sekundärer Hautlappenplastik zur Bildung einer neuen Harnröhre	1		1		
Impermeable Striktur der Pars pendul. u. perinealis mit mächtigen Schwielen u. Fisteln. Exstirpation der Schwielen u. Narben inkl. der ganzen Harnröhre der Pars pendul. u. perinealis und	1	1			
nachfolgender großer Lappenplastik aus der Glutealhaut zur Bildung einer neuen Harnröhre	1	1			
Impermeable ringförmige Striktur des pars pendul. penis. Excision der Striktur und primäre Naht der Urethra	1	1			
Impermeable gonorrh. Stricture. Urethrotom. ext.	3	3			
Strictura urethrae permeabil. mit Fisteln nach Tripper. Urethrotomia ext.	1	1			
Strictura urethrae permeabil. Dilatation forcé in Narkose	5	5			
Traumatischer Defekt der Urethrae durch Hundebiss (in der Jugend geschehen), Urethralfistel d. pars. pendul. Plastik durch Loslösen der Urethra und lineäre Vernähung	1		1		
Subkutane Harnröhrenzerreißung. Urethrotom. ext. Naht der Harnröhre. Tamponade	1	1			
Summa	49	35	7	6	1
b) Blasenstein. Sectio alta. Naht der Blase. Kein Nelaton	15	15			
Hypospadie. Plastik	1		1		
Hypospadie. Sekundäre Plastik	1			1	
Fistula vesico-perinealis. Anfrischung. Dauernelation	1	1			
Fistula urethrae. Excision der Fistelwand. Cauterisation.	4	3		1	
Ureterfistel nach Operation (pyosalpinx) Nephrektomie	1	1			
Strictura urethrae. Urethrotomia ext.	3	2		1	
Ren mobil. Nephropexie	2	1		1	
Subkutane partielle ruptura urethrae nach Sturz auf den Damm, vereiteretes Hämatom und beginnende Urinfiltration. Incision. Dauernelaton	1		1		
Summe	29	23	2	4	
Gesamtsumme von XXXIV.	78	58	9	10	1

XXXV. Männliche Genitalien.

1340—1426	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Hydrocele. Radikaloperation n. v. Bergmann	12	12			
Hydrocele. Operation n. Volkmann	6	6			
Hydrocele. Punktion und Jodinjektion	2	2			
Hydrocele funiculi spermatic. (als incarcerierte Hernie geschickt, Repositionsversuche gemacht) Punktion. Jodinjektion	1	1			
Tuberkulose des Nebenhodens und Vas deferens. Resektion des Nebenhodens und Vas deferens mit Erhaltung des gesunden Hodens (solaminis causa, wegen bereits erfolgter Kastration der anderen Seite)	1	1			
Tuberkulose des Nebenhodens und Vas deferens. Kastration mit Exstirpation des Samenstranges	5	4			1
Hodensyphilis und Hydrocele. Castratio	1	1			
Ektopie der Hoden bei doppelseitiger kongenitaler Hernie. Beiderseits Fixation der Hoden auf dem Skrotalboden durch Naht	1	1			
Kryptorchismus bei Volleunuchen. Castratio duplex	1	1			
Castratio simplex	2	2			
Fractur des Corpus cavernos. penis. (Masturbatio) Incision. Naht des corp. cavernos. sin.	1	1			
(Alte) Amputatio penis durch die Geliebte mittelst Rasiermesser (Eifersucht). Spaltung des Skrotums und des Dammes. Hervorziehen des hinteren Teiles der Carp. cavernosa (resp. zurückgeschlüpfen Penisstumpfes). Festnähen dieses Stumpfes an d. Periost und Fascie d. Symphyse und Umkleiden mit einem Lappen d. restierenden Penishaut. Gutes Resultat: penis en miniature, Entleeren des Urins im Strahl	1	1			
Ausgedehnte Tuberkulose des Penis (corp. cavernos) und der Urethra. Amput. penis an d. Wurzel. Präparieren des Urethrostumpfes mit corp. cavernos. penis durch Spaltung des Skrotum bis zum Anus und Hervorziehen dieser Teile und Einnähen in die Haut als rudimentärer Penis. Entleerung des Urins im Strahl nach der Heilung	1	1			
Rituelle Circumcisio	12	12			
Phimosis, circumcisio	3	3			
Phimosis, Operation n. Roser	1	1			
Pseudoelephantiasis des Skrotum nach Erysipel. Hautexcision. Naht	1	1			
Hypertrophie der Prostata. Völlige retentio urinae. Durchschneidung d. vasa deferent.	1	1			
Operierte und nicht völlig geheilte Hypospadie. Sekundärnaht der Haut	1			1	
Summa	54	52		1	1
b) Phimosis. Circumcisio	3	3			
Paraphimosis. Circumcisio	1	1			
Hydrocele duplex. Operation nach Volkmann	2	2			
Summa	6	6			

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh. gest.
Uebertrag	6	6	
Hydrocele simplex. Radikaloperation (Bergmann) event. mit Drainage	14	14	
Hydrocele mit Varicocele. Operation nach Volkmann. Ligatur und Exstirpation der varicösen Gefäße	1	1	
Hydrocele funiculi spermatici. Exstirpation des Sackes	2	2	
Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens. Castratio	8	8	
Hodenektopie infolge Verkürzung des Samenstranges nach Herniotomie. Orchidopexie	1		1
Großes Hämatom des Skrotum nach Stichverletzung (Messer) am Oberschenkel. Incision. Tamponade	1	1	
Summa	33	32	1
Gesamtsumme von XXXV	87	84	2 1

XXXVI. Weibliche Genitalien.

1427—1496

1. Laparotomien zur Entfernung von Geschwülsten.

a) Uterusmyom (zum Teil cystisch degeneriert). Laparotomie. Exstirpation. Silberdrahtnaht der Bauchdecken	1	1	
Myomata uteri. Totalexstirpation des Uterus per laparotom. Drainage nach der Scheide zu	1		1
Große Ovarialcyste. Laparotomie. Exstirpation	2	2	
Interligamentöse Ovarialcyste. Laparotomie. Exstirpation	1	1	
Myomata uteri. Pyosalpinx duplex. Laparotomie. Amputatio uteri nach Porro. Exstirpation d. Adnexe. Gaze-tamponade durch das hintere Scheidengewölbe nach der Scheide zu	1	1	
Hydrosalpinx duplex. Laparotomie. Doppelte Salpingotomie	1		1
Summa	7	5	2
b) Cyste des ligament. latum. Laparotomie. Exstirpation	1	1	
Cyste des Ovarium. Laparotomie. Ovariectomie	4	3	1
Ovarialcyste links, Dermoidcyste rechts. Exstirpation beider Tumoren	1	1	
Pyosalpinx. Laparotomie. Exstirpation der Tuben resp. der Tumoren	3	1	
Myomata uteri. Laparotomie. Exstirpation uteri	2	1	1
Retroversio uteri, hydrosalpinx duplex und Hernia umbilical. mobilis			
Laparotomie. Exstirpation d. hydrosalpinx. Ventrofixatio uteri. Herniotomie. Radikaloperation	1	1	
Summa	12	8	4
Gesamtsumme von XXXVI, 1	19	13	6

2. Andere Geschwulstoperationen

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Intramurale Uterusmyome. Vaginale Uterusexstirpation	1	1		
Carcinom der Vulva und der beiderseitigen Inguinaldrüsen. Exstirpation des Carcinoms und der Drüsenmetastasen	1			1
Carcinoma uteri inoperabile. Auskratzung. Cauterisatio mit dem Pacquelin.	2		2	
Polyp des Uterushalses. Extraktion	1	1		
Summa	5	2	2	1
b) Carcinom des Uterushalses, inoperabile. Auskratzung. Chlor- zinkätzung	1		1	
Uteruspolyp. Abtragung	1	1		
Summa	2	1	1	
Gesamtsumme von XXXVI, 2	7	3	3	1

3. Prolapsoperationen und Dammrisse.

a) Prolapsus uteri et vaginae. Ventrofixatio. Kolporaphia ant. et post.	1	1		
Starke Retroflexio uteri. Ventrofixatio.	1	1		
Unvollkommener Dammriss. Perineoplastik nach Lawson Tait.	1	1		
Ruptura perinei. Perineoplastik	1	1		
Retroversio uteri. Vaginofixatio uteri	1	1		
Dammriß mit großem Defekt der vorderen Mastdarmwand oberhalb des erhaltenen sphincter ani durch Zangengeburt (cf. XXXIII). 2 malige Naht des Rectum mit Perineo- plastik	2		2	↑
Versuch einer Lappenplastik zum Schluß des Defektes aus der Glutäalhaut	1		1	
Summa	8	5	3	
b) Retroversio uteri Alexander-Adam'sche Operation	2	2		
Retroflexio uteri, Ventrifixatio	3	3		
Uterusprolaps, Zerreißen des Collum uteri, Auskratzung, Emmet'sche Operation	1		1	
Prolapsus uteri Kolporaphia ant. et post.	2	2		
Zerreißen des Collum uteri. Emmet'sche Operation	1	1		
Summa	9	8	1	
Gesamtsumme von XXXVI, 3	17	13	1	3

(Perineoplastik geh. Vagino-
rectalfistel bleibt.)

4. Sonstige Operationen an den weiblichen Genitalien.

	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
a) Haematocolpos-Haematometron-Haematosalpinx. Hymen imperforatum. Perforation d. Hymen durch Troicart. Umsäumung durch fortlaufende Naht	1	1		
Parametritischer Absceß nach Puerperium. Incision. Tamponade	1	1		
Bartholinitis purul. Incision u. Exstirpation d. Drüse	2	2		
Fistula verico-vaginalis permagna. Kolpokleisis	1		1	
Syphilis tertiana. Totaldefekt d. untern Urethralwand. Lappenplastik (Schleimhautlappen u. Hautlappen)	1			1
Fistula verico-vaginalis. Anfrischung. Naht	1		1	
Summa	7	4	2	1
b) Fistula verico-vaginalis. Anfrischung. Naht	3	2	1	
Fistula urethro-vaginal. Anfrischung. Naht	2	2		
Carcinoma uteri inoperabil. Auskratzung	1		1	
Carcinoma uteri. Vaginale Uterusexstirpation	1	1		
Carcinoma uteri mit Metastasen in d. Parametrien. Vaginale Exstirpation	1			1
Endometritis haemorrhagica. Auskratzung. Aetzung	5	5		
Endometritis catarrh. Zerreißen des Halses d. Uterus. Auskratzung. Emmet'sche Operation	1	1		
Endometritis bei Myomata uteri. Auskratzung	1	1		
Parametritis suppurativ. Kolpotomie. Incision. Drainage	1	1		
Parametritis suppurativ. Incision von den Bauchdecken aus. Tamponade	1	1		
Cyste der Glandul. Bartholin. Exstirpation. Primäre Naht	1	1		
Partus bei engem rachitischem Becken. Kaiserschnitt. Porro	1			1
Partus bei engem rachitischem Becken. Embryotomie	1	1		Kind lebt
Summa	20	16	2	2
Gesamtsumme von XXXVI, 4	27	20	4	3
Gesamtsumme von XXXVI, 1, 2, 3, 4	70	49	10	10

XXXVII. Extremitäten (cf. XXVII).

1497—1508

a) Ulcus cruris. Circumcision d. Ulcus. Naht	2	2		
Varicen. Circumcisio cruris. Naht	3	2	1	
Varicen. Circumcisio femoris duplex. Naht	1	1		
Varicen. Exstirpation d. Varicen. Naht	3	3		
Varicen. Unterbindung d. Saphen. int. (Trendelenburg)	2	2		
Paronychia luetica d. großen Zehe. Nagelextraktion. Umschneidung d. Nagelbettes	1	1		
Gesamtsumme von XXXVIIa	12	11	1	

XXXVIII. Cauterisatio (cf. XXVI).

1509—1511	Total	geheilt in Heil. od. geb.	ungeh. gest.
a) Zwei Jahre alte Schußverletzung des Rückens (Wirbelsäule, Becken). Spaltung aller Fistelgänge u. Weichteile bis zum Knochen mit dem Pacquelin. Tampouade	1		1
Hundebisse. Cauterisatio	1	1	
Tuberkulose d. Augenlider, d. Conjunctiva bulbi. Stichelung mit d. Pacquelin	1	1	
Gesamtsumme von XXXVIII	3	1	1

XXXIX. Brisement forcé.

1512—1522

a) Flexionskontraktur nach geheimer Kniegelenksentzündung. Brisement forcé	1	1		
Spastische Flexionskontraktur des 4. u. 5. Fingers der linken Hand bei Hysterie. Redressement in Chloroformnarkose mühelos	1	1		
Ankylose beider Hüft- und Kniegelenke nach chron. Gelenkrheumatismus. Brisement forcé	1			1
Klumpfuß. Redressement auf d. König'schen Holzkeil. Gipsverband	4	2	2	
Alte operierte Osteomyelitis d. Beckenschaufel. Brisement forcé des Hüftgelenkes	1		1	
In schlechter Stellung ausgeheilte, parartikulär operiert. Fungus genu. Brisement forcé. Gipsverband	1	1		
Summa	9	5	3	1
b) Flexionskontraktur des Kniegelenkes nach geheimer Gonitis. Brisement forcé. Gipsverband	2	2		
Gesamtsumme von XXXIX	11	7	3	1

XXXX. Jodoformglyzerin.

1523—1562

a) Punktion, Auswaschung mit $\frac{1}{8}$ % Solut. acid. salicyl. u. Sublimat 1:1000, darauf Injektion von 20 % Jodoformglyzerinemulsion, einigemal 1 % Formalinlösung.				
Chronischer Rheumatismus des Schultergelenkes	1		1	
Chron. traumat. arthritis des Kniegelenkes mit Flexionskontraktur	1			1
Fungus cubiti	1		1	
Fungus coxae	2		1	1
Fungus genu. Jodoformglyzerin	9	1	5	3
Fungus genu. Formalin	4		2	2
Fungus genu (haemorrhag. Form). Jodoformglyzerin	2		1	1
Caries sicca humeri	2		2	
Summa	22	1	13	8

	Total	geheilt	in Heil. od. geb.	ungeh.	gest.
Uebertrag	22	1	13	8	
Caries costarum mit Fisteln	1		1		
Kalter Absceß bei Caries costae	1	1			
Kalter Absceß bei Caries vertebrarum. Jodoformglyz.	5	3	2		
Kalter Absceß bei Caries. Formalin	2		1	1	
Caries ossis sacri	1	1			
Coxitis tubercul.	2		1	1	
Fungus cubiti	1		1		
Hochgradigste fistulöse, vereiterte Lymphdrüsentuberkulose zu allen Seiten d. Halses. Jodoformglyzerin	1	1			
Abgesackter Absceß im Bauch (Bauchfelltuberkulose). Punktion. Jodoformglyzerin	1	1			
Summa	37	8	19	10	
b) Fungus genu. Punktion, Waschung. Jodoformglyzerin	3	1	1	1	
Gesamtsumme von XLI	40	9	20	11	

XLI. Behrings Heilserum, Röntgenstrahlen.

1563—1564

a) Favus des Kopfes. Bestrahlung mit Röntgenstrahlen	1		1		
b) Tetanus (nach infizierter Fingerwunde mit Fingergangrän). Serum	1	1			
Summa von XLI	2	1	1		

Gesamtsumme 1564 Operationen mit 97 Todesfällen.

Summa a) 1025 Operationen mit 63 Todesfällen = 6,2% } Mortalität.
 b) 539 " " 34 " = 6,3%

Die vorstehenden 1564 Operationen betreffen die seit der Eröffnung des Krankenhauses in Gülhane auf der stationären Abteilung ausgeführten operativen Eingriffe. Diejenigen der chirurgischen Poliklinik, der Frauenpoliklinik, der Nasen-, Ohren-Poliklinik zähle ich nicht hinzu, da es sich bis dahin in der größten Mehrzahl (ca. $\frac{2}{3}$) der Fälle in den Polikliniken nur um kleine Eingriffe handelte, die wir füglich bei der Berechnung unberücksichtigt lassen. Mithin stehen zur Berechnung:

1564 Operationen mit 97 Todesfällen bei insgesamt 1631 auf der chirurgischen Abteilung behandelten Patienten.

Davon kommen auf die Zeit von:

a) 1. Januar 1899 (Eröffnung des Krankenhauses) bis 1. Oktober 1900 (Erkrankung des Professor Rieder) Operateur Professor Rieder und Schüler — 1025 Operationen mit 63 Todesfällen bei 970 behandelten (833 operierten) Patienten, gleich 6,2% Mortalität

b) 1. Oktober 1900 bis 1. Oktober 1901 — Operateur Kerim Bey, Assaf Bey und Schüler — 539 Operationen mit 34 Todesfällen bei 661 behandelten Patienten, gleich 6,3% Mortalität.

Von den 970 behandelten Patienten der Gruppe a mit 1025 Operationen wurden, wie bereits erwähnt, nur 833 Patienten operiert, mithin sind 192 Kranke mehrmals operiert und zwar:

124 zweimal
48 dreimal
12 viermal
8 fünfmal.

Laut Sektionsbericht des Hospitales (cf. Tabelle pg. 325) sind der chirurgischen Klinik im ganzen erwachsen nicht 97 sondern 105 Autopsien, die fehlenden 8 Autopsien kommen auf nicht operierte Patienten und zwar:

inoperables Nierencarcinom	1
fractura colli femoris	1
multiple Gelenktuberkulose, Phthisis pulmonum .	1
ausgedehnte Bauchfelltuberkulose	2
ausgedehnte tuberkulöse Lymphdrüsenvereiterung	1
Cystitis purulenta, in der Stadt operierte und nicht geheilte Urethrotomia externa	1
Carcinom eines Hauptbronchus der Lunge mit Perforation in die Trachea, Oesophagus, vena cava und mächtigen Drüsenmetastasen	1

Operationsstatistiken der Krankenhäuser Konstantinopels sind nicht allzu zahlreich veröffentlicht. Mir liegen diejenigen der beiden vornehmsten Institute der Hauptstadt vor, nämlich:

1. Clinique chirurgicale de l'école Impériale militaire de Médecine de Constantinople. Statistique des Opérations. Du 13 mars 1893 au 31 décembre 1897 par le docteur Djémil Pascha, Professeur de la clinique chirurgicale à l'Ecole Impériale de médecine (Imprimerie Ali Ahmed Ishan et Cie. Constantinople).

Total: 758 Opérations } 731 guérissons et améliorations
27 Morts.

Soit une mortalité de 3,6%.

Dans ces chiffres, une quantité de petites opérations: ouvertures d'abcès, ablations de petites tumeurs, kystes, lupus, et le traitement des fractures et luxations n'ont pas été retenues.

2. Statistique opératoire du service de Chirurgie de l'hôpital allemand, par Dr. A. Kambouroglou, Chirurgien en chef de l'hôpital allemand, du 1 juin 1884 au 31 mars 1899. (Extrait de la gazette médicale d'Orient, No. 5 du 30 avril 1900) pag. 2.

Dans l'espace de 15 ans, du 1 juin 1884 au 31 mars 1899, le nombre des malades des deux sexes soignés dans le service de chirurgie a été de 6809. De 92 malades de la première année, le nombre a successivement augmenté jusqu'à 738 pendant la quatorzième; la moyenne de chaque année a été de 453. Il y a eu en tout 335 décès ce qui donne une mortalité générale de 5 %.

Le nombre des opérations importantes exécutées pendant ce temps a été de 3794¹⁾ avec 137 cas de mort, soit une mortalité opératoire de 3,6 %. Il est à noter que les cas de mort par la Diphthérie, après trachéotomie, sont compris dans ces 137 cas, quoique la mort ne puisse être attribuée à l'opération. Si l'on fait abstraction de ces cas, il en reste 3760 opérations avec 113 cas de mort, soit 3 % de mortalité opératoire et si l'on veut ajouter les opérations moins importantes telle que abcès, phlegmons, panaris, ongles incarnés polypes muqueux, transplantations d'épiderme etc. et 636 opérations sur des malades ambulants, (telles qu'extirpation de petites tumeurs, abcès, phlegmons, panaris, amputation des doigts, ongles incarnés etc.) dont plusieurs ont été faites à la narcose, il y aura près de 5000 opérations avec 113 cas de mort, soit une mortalité opératoire de deux et un quart pour cent. (2¹/₄ %).

Djemil Pascha verfügt über eine Mortalität von 3,6 %, Kambouroglou über solche von 2¹/₄ %. Wir über eine von über 6 %, d. h. in Gülhane sind etwa 2—3 mal so viel Operierte gestorben, als in der Medizinschule und dem deutschen Hospital in Pera.

Djemil Pascha und Dr. Kambouroglou sind die ersten Operateure Konstantinopels, ja der Türkei überhaupt, und da kann man es mir nicht verargen, wenn ich diese Differenz der Mortalität nicht mit Stillschweigen übergehe, nicht meiner Person, wohl aber der von mir vertretenen Sache wegen. Das ist ein Grund mehr, um die Antwort, die ich zu geben habe, so sachlich wie nur möglich zu geben.

1) Man beachte, daß auf der chirurgischen Abteilung des deutschen Hospitals von 6809 Kranken überhaupt nur 3794 operiert wurden, d. h. daß also 45 % nicht operiert wurden. In Gülhane kamen auf 1639 Kranke 1564 Operationen, d. h. 4,5 % wurden nicht operiert.

	Be- handelt	Ge- storben	Gesamt- mortalität	Operiert	Ge- storben	Operat- mortalität
Gülhane	1630	105	6,4 %	1540	97	6,3 %
Kambouroglou	6809	335	5 %	5000	113	2 ¹ / ₄ %
Djemil Pascha	nicht angegeben			758	27	3,6 %
Krankenhäuser:						
Hamburg-Eppendorf 1898	4350	278	6,1 %	2082	150	7,2 %
do. do. 1899	4912	327	6,7 %	2636	211	8,0 %
do. do. 1900	5852	375	6,4 %	3193	257	8,0 %
Hamburg St. Georg 1899	2924	203	7,2 %	1108	116	10,4 %
do. do. 1900	2799	228	8,0 %	1587	224	14,0 %
Lübeck 1899	971	60	6,18 %	609	28	4,6 %
Berlin Urban 1900	3678	370	10,1 %	1407	151	10,7 %
Dresden 1895	1718	109	6,3 %	665	50	7,5 %
Universitätsklinik Bonn 1901	1425	90	6,3 %	1269	59	4,7 %

Ich könnte diese Tabelle noch beliebig vergrößern — ich glaube aber, es genügt auch so schon, um auch demjenigen, der mit den einschläglichen Verhältnissen nicht sofort vertraut ist, die Ueberzeugung zu geben, daß solche Operationsresultate quantitativer Art, wie sie Kambouroglou und Djemil Pascha ihr eigen nennen, in Deutschland nicht erreicht werden, nicht erreicht werden von Operateuren, die zum größten Teil Weltruf besitzen und die in Krankenhäusern so vollkommener Einrichtung und Verwaltung arbeiten, wie sie die Krankenhäuser Konstantinopels, und wenn man sie auch in noch so rosigem Lichte erstrahlen läßt, denn doch nicht besitzen. Von dem Operateur allein hängt der operative Erfolg auch nicht ab, jedenfalls von seiner Geschicklichkeit viel weniger, als von der Richtigkeit und vor allem Ehrlichkeit seiner Indikationsstellung. Bezüglich letzterer war die Indikationsstellung in Gülhane dieselbe, wie in allen oben angeführten Krankenhäusern Deutschlands, d. h. die Operation wurde lediglich und allein des Kranken wegen ausgeführt, ohne Rücksicht auf etwa zu erwartenden, glänzenden Operationserfolg, oder zu erwartenden Tod. Sie wurde in jedem Falle ausgeführt, in dem der Operateur, in vollem Besitz modern operativer Technik, der Ansicht war, den Kranken durch die Operation von seinem Leiden befreien oder wenigstens sein Dasein erträglicher gestalten zu können. Aber im Grunde genommen beweist ja eine prozentuale Berechnung des operativen Erfolges sehr wenig. Jedenfalls ist es ein großer Irrtum, aus dem nackten Prozentverhältnis einen berechtigten Schluß auf die Qualität der in dem Krankenhause von dem Chirurgen geleisteten Arbeit machen zu wollen. Wichtiger ist schon

das Verhältnis zwischen Gesamtmortalität und Operationsmortalität (erstere in fast allen deutschen Krankenhäusern geringer als letztere!) resp. das Verhältnis in der Zahl der Operierten zu den Nicht-operierten. Im allgemeinen wird die chirurgische Abteilung ihren Namen „chirurgisch“ mit Ehren führen, auf der die Zahl der Behandelten und die Zahl der Operierten möglichst übereinstimmt. Jedenfalls gilt das von Konstantinopel, wo chirurgische Erkrankungen, die eo ipso nur konservativ zu behandeln sind, (Knochenbrüche etc.) selten sind, um so größer die Zahl der zu Operierenden! Ungewöhnlich — und nicht nur für deutsche Verhältnisse — dürfte es auch wohl sein, daß die Statistik Djemil Paschas und Kambourglous keine Ungeheilten kennt. Alle Operierten sind geheilt oder gestorben.

Damit ist diese Angelegenheit, die hier in gewissen Kreisen schon Staub genug aufgewirbelt hat, für mich definitiv erledigt¹⁾.

Narkosenstatistik.

Die Narkose ist bei 1494 Operationen unmittelbar nach der Operation notiert worden. Angewandt wurde:

1. Chloroform	839 mal
2. Chloroform und Aether	19 „
3. Chloroform und Morphinum	34 „
4. Schleich mit nachfolgendem Chloroform	23 „
5. Aether	56 „

Sa. 971 mal

Außerdem wurde lokale Anaesthesia nach Schleich angewandt:
504 mal

Cocain-Anaesthesia 19 „

Das im Mittel verbrauchte Chloroform betrug ungefähr 664 mg pro Minute.

Als üble Zufälle kamen vor:

1. Tod in der Narkose einmal. Alter Mann, im Krankenhause schon zweimal wegen Carcinom der unteren Extremität mit Metastasen in der Inguinalgegend, operiert; nochmalige Operation behufs Sekundärnaht. Nach Darreichung von 5 gr Chloroform starke Cyanose des Gesichts, die sofort in hochgradigste Blässe umschlägt.

1) In der ersten Zeit meiner hiesigen operativen Tätigkeit hat man unter anderem in den Yildiskiosk berichtet, es seien in einer Woche in Gülhane 70 Operierte gestorben. Und solcher Blödsinn wird dort allen Ernstes geglaubt!!

Fehlender Puls, Exitus. Alle Wiederbelebungsversuche vergeblich. Völlig negativer Sektionsbefund bezüglich des Todes in der Narkose.

2. Störungen seitens des Herzens. Wurden wenig beobachtet und gingen sehr rasch nach Kampferinjektionen vorüber. Sie kamen bei jeder Art der Narkose vor, selbst bei Schleich trat in einem Falle ein sehr schwerer Herzkollaps ein (Operationsschok).

3. Störungen seitens der Respiration wurden häufig beobachtet und erforderten sowohl künstliche Atmung zu ihrer Beseitigung, als auch Sauerstoffinhalation.

Ein Prozentverhältnis anzugeben, unterlasse ich; es würde doch nichts beweisen, da stets — *educationis causa* — ein Schüler chloroformierte, und es ohne Fehler dabei nicht abging.

Ein Excitationstadium fehlte. Eigentlich erinnere ich mich nur eines Falles, der mir willkommene Gelegenheit bot, meinen Schülern eine echte, wirkliche Säufernarkose zu demonstrieren; der Patient war ein — Berliner.

Die Patienten schlafen meist ruhig ein, das Erwachen bis zur völligen Klarheit läßt häufig lange auf sich warten. Auch folgt gar nicht so selten starkes Erbrechen, schlechter Puls und miserables Aussehen, daneben häufig starker Singultus und profuser, eiskalter Schweiß. Bei den Sektionen sahen wir wiederholt ausgedehnte, starke Nierendegeneration.

Nur das Chloroform war für deren Zustandekommen verantwortlich zu machen. Also wenn auch der Alkohol fehlt und die Herzen meist gut sind, die Chloroformnarkose ist bei den Türken doch keineswegs ein gleichgültiger Eingriff¹⁾. Schon aus diesem Grunde kam die Schleich'sche Lokalanaesthesie so viel als möglich zur Anwendung. Sie ist für hiesige Verhältnisse selbst für größere und längere Eingriffe durchaus anzuraten. Wir haben z. B. alle, selbst großen Herniotomien und recht häufig Cystotomien unter Schleich'scher Anaesthesie gemacht.

Obwohl der Türke den Schmerz fürchtet, besonders wenn er ihn kommen sieht, erträgt er ihn doch fast heroisch im Moment, da er einwirkt. Er beißt die Zähne zusammen, bleibt auf dem Operationstisch ruhig liegen, mögen die Schmerzen auch noch so intensiv sein. Eine Hauptsache ist, daß man ihm mit „Schleich“ über den Anfang

1) Vergl. dagegen Statistik des Prof. Djemil Pascha, pg. 266, in der es heißt: *l'anesthésie générale a été pratiquée 681 fois, et toujours par le chloroforme. Les choses se sont passées sans aucun accident.*

der Operation völlig schmerzlos hinwegbringt. Hat er erst Vertrauen gefaßt, nimmt er den dann kommenden Schmerz in stummer Ergebenheit hin, und kann wie gesagt geradezu ein Held im Ertragen derselben sein. Geradezu rührend ist es zu sehen, wie so viele Patienten, selbst nach den schmerzvollsten Eingriffen, nachher glücklich und zufrieden im Bette liegen, und dem Arzt, der ihnen eben recht wehe getan, dankbar die Hand küssen. Nur wenige Kranke vergessen bei Beendigung der Operation, noch auf dem Operationstisch liegend, den Selam (türkischer Gruß) und dem Arzt und der Schwester das „Allah ömürlar wersen“ (Gott gebe dir langes Leben) zu wünschen. Mehr als einmal überkam mich ein Gefühl der Beschämung, denn ich dachte an die Heimat und an so manche Kranke, die sich gerade in und nach der Operationsnarkose als das zeigten, was sie sind und was man ohne unparlamentarischen Ausdruck nicht bezeichnen kann¹⁾.

Die Anwendung der Aethernarkose verbietet sich von selbst. Infolge des enorm verbreiteten Zigarettenrauchens sind Bronchitiden an der Tagesordnung, sowohl bei Männern wie bei Frauen, und Pneumonien nach Aether fast die Regel.

Für Frauen ist das Chloroform noch bedenklicher wie für Männer, da sich bei Frauen infolge der mangelnden Bewegung sehr leicht adipositas und Fettherz einstellen. Wenig widerstandsfähig gegen Chloroform erschienen mir bes. Negerinnen.

Nationalitätenstatistik.

Unter den auf der chirurgischen Abteilung verpflegten Patienten waren die verschiedenen Nationen und Religionen vertreten:

1. Türken (Muhamedaner).

a) Anatolier (asiat. Türkei)	566	Männer	87	Frauen
b) Europäische Türkei	103	„	38	„
c) Konstantinopel	204	„	129	„
d) Lasen	81	„	9	„
e) Von den Inseln	18	„	4	„
f) Muhamed. Albanesen	49	„	1	„

1) Stets wird mir in Erinnerung bleiben ein baumlanges, kräftiges Anatolier, dem ich unter Schleich'scher Anaesthetie eine Sectio alta machte. Ich hatte die Blase eröffnet und den Stein extrahiert. Sowie der Anatolier den Blasenstein erblickte, war er mit einem Satz vom Operationstisch und konnte nur noch im letzten Moment daran gehindert werden, sich mir „mit offener Blase“ zu Füßen zu werfen, um den Saum meines Operationsrockes zu küssen. Die Wunde heilte per primam.

2. Griechen.			
a) Asiatische Türkei	50	Männer	23 Frauen
b) Europäische Türkei	22	"	10 "
c) Konstantinopel	53	"	51 "
d) Von den Inseln	1	"	2 "
e) Christl. Albanesen	5	"	1 "
3. Armenier.			
a) Asiatische Türkei	8	"	6 "
b) Europäische Türkei	7	"	— "
c) Konstantinopel	6	"	7 "
d) Von den Inseln	1	"	— "
4. Juden.			
a) Asiatische Türkei	2	"	1 "
b) Europäische Türkei	2	"	1 "
c) Konstantinopel	15	"	14 "
5. Araber	26	"	17 "
6. Kurden	94	"	5 "
7. Tscherkessen	7	"	2 "
8. Tartaren	8	"	2 "
9. Kaukasier	1	"	1 "
10. Perser	4	"	— "
11. Bosniaken	8	"	2 "
12. Rumänen	—	"	2 "
13. Bulgaren	2	"	— "
14. Oesterreicher	2	"	1 "
15. Ungarn	1	"	— "
16. Deutsche	5	"	4 "

Ca. 15 000 Patienten der Poliklinik verteilten sich bezüglich ihrer Nationalität auf:

1. Türken (Muhamedaner Konstantinopels, Anatoliens und der europäischen Türkei) 7441 Männer 3214 Frauen			
1a. Albanesen	36	"	4 "
2. Griechen	1612	"	778 "
3. Armenier	406	"	191 "
4. Juden	376	"	122 "
5. Araber	68	"	53 "
6. Kurden	37	"	5 "
7. Tscherkessen	7	"	3 "
8. Tartaren	8	"	2 "
9. Kaukasier	8	"	1 "
10. Perser	25	"	2 "
11. Bosniaken	9	"	3 "
12. Rumänen	6	"	3 "
13. Bulgaren	9	"	1 "
14. Oesterreicher	4	"	5 "
15. Ungarn	1	"	— "

16. Deutsche . . .	19 Männer	6 Frauen
17. Italiener . . .	5 "	1 "
18. Franzosen . . .	2 "	2 "
19. Spanier . . .	— "	1 "
Summa 10078 Männer		4401 Frauen

in toto 14479 Patienten.

Es war sehr interessant zu beobachten, daß die verschiedenen Nationalitäten oft ganz verschieden auf den gleichen operativen Eingriff reagierten, wie denn auch der Verlauf einer Krankheit unverkennbar ein verschiedener war, analog der Rassenverschiedenheit. Im allgemeinen muß ich sagen, daß die Muhamedaner sowohl im Ertragen von chronischen (erschöpfenden) Krankheiten als langdauernden, eingreifenden Operationen entschieden gegen die Christen zurückstehen. Ganz besonders gilt dies bezüglich der türkischen Frau und der Kinder. Mehr als einmal sah ich, daß z. B. das Griechenkind mit der operierten coxitis leben blieb und völlig heilte, während das danebenliegende Türkenkind starb. Es ist das zweifellos auf die Rasse, vor allem auf die der Rasse eigentümliche Ernährung und ihre Lebensgewohnheiten zurückzuführen. Türkischen Frauen und Kindern fehlt jede Bewegung, jede Gymnastik, jede Abhärtung, kurzum fast jedes Moment, das den Organismus widerstandsfähig macht, dafür aber sind solche, die den Organismus schwächen, in Hülle und Fülle vorhanden. Unter den muhamedanischen Männern sind ohne Frage die Lasen und Kurden besonders widerstandsfähig, am meisten aber der (muhamedanische und christliche) Albanese¹⁾. (Vergleiche auch die Ausführungen von Prof. Deycke, pg. 295 ff.).

Leider muß ich mir versagen, auf diesen äußerst interessanten Punkt näher einzugehen. Medizinische Einzelheiten und Beweise sollen unsere späteren Veröffentlichungen bringen. Heute bringe ich auch bezüglich der in obiger Operationsstatistik angeführten Operationen und Krankheiten nur einige allgemeine Gesichtspunkte zur Sprache.

1) Bei dem Albanesen Schaban (Muhamedaner) führte ich, da er die Chloroformnarkose absolut verweigerte, eine ausgedehnte Schädelreparation (Carcinom der Stirngegend) ohne irgendwelche Anaesthesie aus. Er hatte nur den einen Wunsch, während dessen eine Cigarette zu rauchen, die er sich, schon auf dem Operationstisch liegend, selbst drehte und ansteckte. Er starb später nach wiederholten operativen Eingriffen an ausgedehnter Carcinose der Dura mater und Hirnabscess. Als Mensch betrachtet war er das, was man einen Prachtkerl nennt; eigensinnig und wild bis zum äußersten, aber wie aus Stahl und ein Held im Ertragen von Schmerzen.

1. Akut und chronisch entzündliche Prozesse.

Phlegmonen spielen für die türkische Arbeiterbevölkerung nicht die Rolle, die ihnen bei uns zukommt. Eine Industrie, ein Fabrikbetrieb in unserm Sinne existiert nicht. Die Möglichkeit besonders der Fingerinfektionen nach Verletzungen ist gering. Ohne Frage ist die, durch die religiösen Waschungen den Türken anezogene Sauberkeit am Körper ebenfalls ein nicht zu unterschätzendes Moment. Die täglichen, mehrmaligen religiösen Waschungen erstrecken sich in erster Linie auf Hände und Füße, und es ist sicherlich kein Zufall, daß wir kaum ein einziges Mal Fußphlegmonen etc. bei Türken gesehen haben. Die Phlegmonen des Fußes und der unteren Extremitäten betrafen in der großen Mehrzahl Griechen und Armenier, und diese Beobachtung war für mich so evident, daß, wenn ich eine solche Phlegmone im Krankenhause zum ersten Male sah, ich sagte: das ist kein Türke — und es stimmte so gut wie immer. Dabei geht weitans der größte Teil der türkischen Bevölkerung barfuß, aber gerade durch die kalten Fußwaschungen, die selbst im Winter bei Kälte im Freien oder jedenfalls in einem ungeheizten Raume stattfinden, ist die Haut der Füße abgehärtet und geschützt vor Exkorationen, die in dicken, vom Fußschweiß gehärteten Strümpfen und schlecht passenden Schuhen unvermeidlich sind. Das wünsche ich dem türkischen Volke, daß es von den europäischen Modeschustern auch fernhin bewahrt bleibe. Eingewachsene Nägel, Hallux valgus, Plattfüße, Hammerzehen etc. gehören bei den Türken zu den allergrößten Seltenheiten, gerade der arme Mann besitzt bis ins höchste Alter hinein so tadellos geformte Füße, daß viele unserer „vornehmen Damen“ die Füße mit Neid betrachten würden, in Erinnerung der Qualen, welche ihnen die Mode auf diesem Gebiete eingebracht hat¹⁾.

Die akut entzündlichen Prozesse werden oft auffallend leicht ertragen. Die Ausheilung inzidiertes, eiternder Wunden per granulationem erfolgt auffallend rasch. Sehnen, die bei inzidiertes Sehnencheidenphlegmone weithin freigelegt sind, bleiben gar nicht so

1) Als Sekundärarzt des Eppendorfer Krankenhauses hatte ich einmal den ehrenvollen Auftrag zu erfüllen, vor der Schuhmacherinnung über die Anatomie und Physiologie des menschlichen Fußes zu reden. Ich hatte dabei den sehr begreiflichen Wunsch, einen normalen, d. h. anatomisch richtig gebauten Fuß eines Erwachsenen zu demonstrieren. Unter den mehr als 1000 Kranken des Hospitales mußte ich den eines sechsjährigen Kindes wählen. Bei dieser Gelegenheit versuchte ich den Vertretern der Schuhmacherinnung etwas ins Gewissen zu reden, und zwar mit dem prompten Erfolg, daß eine Einladung zum Vortrag nicht zum zweitenmale an mich erging.

selten erhalten, und geben bei gut ausgeführten Sekundärnähten tadellose Funktion. Diese Tatsache hat mich immer sehr überrascht, denn nach meinen deutschen Erfahrungen war ein Finger, dessen Sehnenscheide bei Phlegmone weithin gespalten werden mußte, verloren, wofür ich selbst ein lebendes Beispiel bin. So sehr auch der Allgemeinzustand eines Patienten bei einer akuten Infektion affiziert ist, und so sehr das ganze Aussehen darunter leidet, so rasch tritt häufig die Erholung ein. Es besteht bezüglich des Verlaufs der akuten Erkrankungen ein durchgreifender Unterschied gegenüber demjenigen der chronischen Erkrankungen, besonders der Tuberkulose. Wenn man dort geneigt ist, selbst in schwereren Fällen die Prognose günstig zu stellen, so muß man sie bezüglich der chronischen, besonders der chirurg. Tuberkulose quoad vitam und quoad functionem, nur allzuhäufig als infaust ansehen. Besonders sind die Reparationsvorgänge der durch die Operation tuberkulöser Affektionen gesetzten größeren Wunden und Wundhöhlen äußerst dürftig. Da kann man machen, was man will, es gibt keine Granulation. Der lymphatische Allgemeinzustand produziert fortgesetzt eine Unmasse rahmigen Eiters, die Wunde bleibt schlaff, welk und leblos.

Diese Individuen sind eben alle unrichtig ernährt, sie sind (qualitativ) unterernährt. Es fehlt in der Nahrung das Fleisch und damit das animale Eiweiß¹⁾. Auch ohne Tuberkulose exquisit lymphatischer Habitus, blasse, anämische Personen. Das baurische Rot sucht man vergebens auf den Wangen des Orientalen, auch wenn der Pigmentgehalt der Haut dem unsrigen gleich wäre. Entweder fehlt Fettgewebe ganz, oder es ist in krankhaftem Zustande d. h. zu reichlich vorhanden. Ein solcher Organismus erträgt eine akute Erkrankung, die in Tagen oder längstens einigen Wochen zur Heilung führt, eben gerade noch, denn das Herz funktioniert selbst bei starker Infektion und hohem Fieber meist tadellos. Eine chronische Erkrankung findet bereits einen Körper, der so wenig zuzusetzen hat, daß er, wenn noch dazu größere Anforderungen zur Ausheilung von großen Defekten an ihn herantreten, versagen muß. Unser ärztliches Handeln war leider ein um so beschränkteres, als es sich bald zeigte, daß wir bezüglich Ernährung der Kranken mit unserm „deutschen“ Wissen nicht weit kamen. Alles, was wir in Deutschland solchen Kranken darreichen, wird hier entweder nicht genommen, oder die Wirkung ist das Gegenteil von dem, was beabsichtigt ist. So sehr ich aber wiederum bemüht war, von

1) Vergleiche auch die Ausführung von Prof. Deycke, l. c.

den bestehenden (orientalischen) Einrichtungen der Ernährung und Verwaltung zu lernen, fand ich diese zu wenig auf exakte Beobachtung gestützt. Die wissenschaftliche Medizin hat in diesem Punkte, wie ich bereits oben erwähnt habe, noch alles zu schaffen. Mit dem Beginne einer rationellen Ernährung werden denn auch wohl die vielen Iladsch (Medizinen) verschwinden, die im Orient noch absolut die Rolle des mittelalterlichen Zaubertrankes spielen, und für die Tag für Tag recht große Summen zum Fenster hinausgeworfen werden.

Die Behandlung der Tuberkulose ist nach meinem Dafürhalten gerade in Konstantinopel recht erschwert. Ich halte das Klima Konstantinopels infolge seines fortwährenden Windes und Windwechsels, seines Staubes, für Tuberkulose (besonders Brustkranke) für direkt tödlich. Die Resultate, die wir im Krankenhaus bei chirurgischer Tuberkulose erzielten, waren schlechte. Dabei komme ich wieder auf die bereits pg. 136 erwähnte Tatsache zurück, daß Kranke, besonders Tuberkulose in hoffnungslosem Zustande in ihre Heimat entlassen wurden, und sich späterhin im besten Zustande wieder vorstellten. In der Tat, schon die Konstantinopel gegenüberliegende, asiatische Küste, besonders nach dem Golf von Ismid zu, ist ein wesentlich geeigneteres Klima für Tuberkulose. Weit mehr natürlich noch die südlicheren Provinzen. Meiner Ansicht nach gibt es für die vielen Tausende tuberkulöser Türken (gerade chirurgische Tuberkulose) nur eine Rettung: Gründung eines Sanatoriums auf einer der südlichen Inseln (Lesbos, Rhodos), in das die Kranken nach gründlicher einmaliger Operation im Hospital, behufs Rekonescenz und definitiver Ausheilung gebracht werden. Aber die Konstantinopel gegenüberliegenden Prinzeninseln halte ich für völlig ungeeignet, da sie denselben klimatischen Schwankungen unterliegen, wie Konstantinopel selbst.

Auffallend groß ist die Zahl von Gangrän der unteren Extremitäten, selbst im kräftigen Mannesalter, ohne nachweisbare Ursache (vielleicht auch infolge ungenügender Ernährung und dadurch bedingter größerer Hinfälligkeit der Gewebe bei geringfügigem Trauma). Ich sah einen Fall von vollständiger Mumifizierung der oberen Extremität, in der Gegend der tuberositas deltoidea so haarscharf bis auf den Knochen demarkiert, daß es ein Amputationschnitt nicht besser hätte tun können. Nur die der Demarkationslinie direkt angrenzende Stelle zeigte sich noch feucht, etwas eiternd. Am Tag nach der Aufnahme erschien der Patient im Verbandzimmer mit dem Arm in der Hand: der völlig osteoporotische Knochen war bei einer Bewegung im Bett durchgebrochen.

Osteomyelitis ist ohne Zweifel in Anatolien sehr häufig. Die Fälle, die wir sahen, waren immer altgewordene Osteomyelitis-Operationen bei frischer Osteomyelitis, speziell ausgiebige Trepanation des Knochens sind in der Türkei jedenfalls seltene Ereignisse. Der lokale Befund am Knochen weicht von dem, was wir bei uns zu sehen gewohnt sind, bisweilen nicht unwesentlich ab. Gerade dadurch scheint mir die Differentialdiagnose gegenüber hereditärer Syphilis, an der ja in Anatolien nach den von Düring'schen Erhebungen kein Mangel ist, nicht immer leicht. So fiel mir besonders auf, daß die Osteomyelitis in den platten Knochen zu einer mächtigen diffusen Sklerose des Knochens führt (übrigens gar nicht so selten mit einem typischen osteomyelitischen Sequester in einer mit Granulationen ausgefüllten Höhle). Es waren durchaus wohlgestaltete Individuen, die auch nicht den geringsten Anhalt für Syphilis boten. Ich habe zwei Fälle in Erinnerung von ausgedehnter Beckenosteomyelitis, die unter dem Bilde einer ausgedehnten und reinen Hyperostose des Os ileum sich präsentierten, und bei denen ein kleiner, aber typisch osteomyelitischer Sequester die Diagnose sicherte. Beide gaben bei ausgedehnter Beckenresektion ein sehr gutes operatives und funktionelles Resultat. Ferner denke ich an einen 14jährigen Jungen, dem ich die ganze Diaphyse der Fibula wegen hochgradiger diffuser Sklerose (mit Sequester) exstirpierte. Am aufgesägten Knochen sah man einen halbfingerlangen, röhrenförmigen, nahezu gelösten typisch osteomyelitischen Sequester innerhalb eines mit einer Granulationsmembran ausgefüllten Längskanals. Die sklerotische, sehr kompakte Fibula erinnerte mich sofort an eine gleiche, die ich noch aus meiner Assistentenzeit im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause her aufbewahrte. Damals handelte es sich um einen 32jährigen Menschen mit zahlreichen Erscheinungen hereditärer Syphilis, besonders Knochen-syphilis. Das „hereditär“ wurde von mir dadurch bewiesen, daß ich das Krankenjournal in dem Archiv des alten Allgem. Krankenhauses St. Georg auffand, laut dessen die Mutter des Patienten im Jahre 1844 wegen Lues secundaria im Krankenhause ärztlich behandelt wurde. Die diffuse Sklerosierung der Fibula war in beiden Fällen eine so hochgradige, daß man von Eburnisierung sprechen konnte. Ich habe Knochenschnitte von beiden, der sicher osteomyelitischen und sicher hereditär syphilitischen angelegt, und mit Röntgenstrahlen photographiert. Auch da war, bezüglich der Struktur ein differentialdiagnostisches Moment nicht zu entdecken. Wäre also der Sequester nicht gewesen, würde jedenfalls auch der Fall von Gülhane als hereditäre Syphilis gegolten haben.

Akute Verletzungen.

Ebenso wie akut eitrige Entzündungen sind akute Verletzungen seltene Ereignisse. Hier fällt natürlich ebenfalls das Fehlen einer mit modernen, maschinellen Einrichtungen beschäftigten Arbeiterklasse besonders in die Wagschale. Elektrizität fehlt völlig, die einzige existierende Pferdebahn fährt auch nicht mit „grande vitesse.“ Roll- und Lastfuhrwagen fehlen fast völlig auf den dicht belebten Straßen, da der Transport der Güter hauptsächlich durch die Lastträger (Hammals) geschieht. Und doch erscheint es einem anfänglich unbegreiflich, daß bei den großen Menschenmassen Galatas, der Brücke oder Stambuls, gerade durch diese Lastträger oder durch die eigentlich nur im Galopp dahinfahrenden Droschken nicht mehr Unglück passiert. Ein Grund hierfür liegt darin, daß die immer mit losen Zügeln fahrenden Kutscher im letzten Augenblicke doch noch die Pferde zurück und zusammenreißen, dann aber darin, daß der Türke (und auch andere Nationen haben das hier von ihm gelernt) im entscheidenden Momente ruhig stehen bleibt, anstatt (wie bei uns) ausweichen zu wollen, und planlos unter die Pferde zu laufen. Frakturen und Luxationen sind nicht häufig, sie werden oft, besonders in den Provinzen von Kurpfuschern behandelt. Vermutlich werden diese viel Unheil anrichten, immerhin ist es mir aufgefallen, daß wir nicht mehr davon gesehen haben. Bei den veralteten, d. h. verkannten und verpfuschten Luxationen konnten wir durch Nachgelingen der Reposition einige sehr gute Resultate erzielen. In einem Falle von alter Hüftgelenkluxation führte ich die ideale Operation aus, mit dem Resultat eines beweglichen, tragfähigen Gelenkes.

Bösartige Tumoren.

Nach unserer Statistik muß Krebs besonders in den Provinzen sehr verbreitet sein. Ich glaube aber, daß man nicht vergessen darf, daß gerade nach Gülhane zahlreiche Fälle hingeströmt, oder „wenn der Fall recht aussichtslos war,“ von wohlwollenden Kollegen hingeschickt sind, so daß also dem in Gülhane gewonnenen Prozentverhältnis nur eine relative, nicht eine absolute Beweiskraft zukäme. Ich habe wegen Carcinom sehr große und ausgedehnte Operationen gemacht, und bin da — gezwungen durch gewisse, hier nicht zu erörternde Gründe — an die Grenze des Menschenmöglichen herangegangen. Obwohl dabei die Operationsresultate keineswegs ungünstig zu nennen sind, bin ich doch im Zweifel, ob ich der Ope-

ration vorgeschrittener Carcinome im türkischen Hospitale, selbst wenn ich ihr im Prinzip das Wort rede, im Einzelfalle zustimmen soll. Mit der Operation allein, d. h. dem technischen Teile, ist es nicht getan, die Ausheilung kostet viel Mühe, viel Geld, viel Zeit, und ich weiß nicht, ob der Türkische Staat für solche Kranke die Kosten aufzubringen imstande ist. Das Menschenleben ist hier viel weniger wert, wie bei uns, und der Tod selbst des Familienvaters läßt nicht annähernd die Lücke zurück, wie in Deutschland, denn der Familienvater ist nicht annähernd wie bei uns der Ernährer seiner Familie. Der Staat, weil zusammenfallend mit der religiösen Gemeinschaft, sorgt schließlich doch für die Familie, deren Bedürfnisse ja viel, viel leichter zu befriedigen sind, wie im gleichen Falle bei uns.

Auffallend war die große Anzahl der Carcinome, die im innern Augenwinkel, in der Gegend des Tränensackes beginnend, zu den ausgedehntesten Zerstörungen des Gesichtsskelettes geführt hatten. Vielleicht spielt hier die türkische Kopfbekleidung, der Fez, insofern eine Rolle, als er das Gesicht und vor allem die Augen völlig ohne Beschattung läßt, und das Zustandekommen von Ekzemen, Konjunktiviten und Tränensackentzündungen und Eiterungen mit konsekutiven, durch den ständigen Reiz entstandenen und unterhaltenen Hautulcerationen, erleichtert.

Auffallend selten sind Carcinome der inneren Organe, des Magens, der Niere, des Mastdarmes etc. zur Beobachtung gekommen, und dann meistens inoperabel. Ich glaube, daß es sich auch hier um keine absoluten Zahlen handelt. Teils werden Carcinome innerer Organe nicht diagnostiziert, besonders rechtzeitig genug zur Operation, dann aber stößt die operative Behandlung solcher Affektionen noch zu wenig auf das Einverständnis sowohl der Aerzte wie der Patienten. Die „Grenzgebiete“ der Chirurgie und der inneren Medizin beunruhigen hier noch nicht die Parteien. Innerer Arzt und äußerer Arzt arbeiten nicht im entferntesten in dem Sinne zusammen wie bei uns, Domäne des äußeren Arztes ist tatsächlich noch „das Aeußere“ des Patienten.

Fremdkörper.

Es kommen in erster Linie die Kugeln nach Schußverletzungen in Betracht. Schießen und einen anderen Anschießen ist Landessitte. Viele gehen in den Provinzen jährlich an den Folgen dieser Verletzungen zu Grunde. Es findet sich kein Arzt zur Extraktion der

Kugel aus dem infizierten Schußkanal, weil die Provinzen von Aerzten entblößt sind. An dem eiternden Schußkanal mit zahlreichen Senkungen eitert sich der Kranke tatsächlich zu Tode. Ich denke immer wieder an eine Frau, die schon zwei Jahre lang in irgend einer Provinzstadt mit eiternder Schußverletzung der Rückenmuskulatur herumlag und als vollständiges Skelett mit Amyloiddegeneration sterbend in Gülhane ankam. In diesen Fällen von Schußverletzungen hat uns der Röntgenapparat, der einzige, wirklich funktionierende in einem türkischen Krankenhause, ausgezeichnete Dienste getan. Ueberhaupt haben wir den Röntgenapparat so oft und so vorteilhaft zur Anwendung gebracht, daß ich mir die Arbeit auf den Abteilungen Gülhanes garnicht ohne ihn denken kann.

Hernien, Blasensteine und Anderes.

Der Hernien Zahl ist enorm. Wenn man übertreiben will, kann man sagen, daß von drei Türken zwei eine Hernie haben. Es ist zu bedenken, daß weitaus der größte Prozentsatz der hiesigen Bevölkerung nicht schwer und stehend arbeitet, und wir haben keineswegs bei den Hammals (Lastträgern) besonders häufig Hernien beobachtet. Bezüglich der Beschäftigung kamen auf 308 mit Hernien behaftete Patienten nur 21 Lastträger (Hammals) resp. Personen, die schwer arbeiteten. Von denselben 308 Patienten waren sechs Frauen und zwei Kinder. Sehr beträchtlich ist auch die Zahl der großen Hernien fast bis zur völligen Eventeration. Ein Teil derselben ist sicherlich verschuldet durch die hier zu Lande üblichen Bruchbänder, die jeglicher Elastizität (Feder) entbehren und nur schwere eiserne Platten darstellen, welche die an und für sich schon minimale Widerstandskraft der Bauchdecken durch Druckatrophie völlig eliminieren. Ich glaube aber auch in der Art der Defäkation der Muhamedaner ein das Zustandekommen der Hernien unterstützendes Moment sehen zu müssen. Sowohl das Urinieren als auch die Defäkation geschieht in Hockstellung (Klosette ohne Sitz). Es ist klar, daß die Bauchpresse gerade nach vorn unten (inguinalwärts) treibt, und das, wo infolge der Pflanzennahrung oft enorm große Kotmassen zu bewältigen sind. Diese bewirken wiederum chronische Obstipation und Trägheit des ganzen Darmrohres¹⁾.

1) Vergleiche die Ausführungen Prof. Deyckes bezüglich Erkrankungen des Magen-Darmtraktes überhaupt, pg. 302. Türkische Aerzte sind der Ansicht, daß viele dieser Hernien bereits im Kindesalter erworben sind, da in den Provinzen (bes. Anatolien) die Kinder schon frühzeitig zu schwerer Arbeit herangezogen würden. Jedenfalls soll das Vorkommen erworbener Hernien bei Kindern in den Provinzen häufig sein.

Ich habe die Bruchpforte fast immer nach Schede mit Silberdraht geschlossen. Die Drähte heilten mit ganz wenigen Ausnahmen anstandslos ein. Die Patienten werden stets ohne Bruchband entlassen. Rezidive habe ich weniger gesehen, als ich erwartet hatte. — Wir haben bei Herniotomien einen relativ großen Prozentsatz von Pneumonien beobachtet, einerlei ob mit oder ohne Narkose (Schleich). In vielen Fällen ist mir die Aetiologie dieser Pneumonien unklar. In manchen Fällen spielen sicher Erkältungen bei einer schon so häufig vorhandenen, chronischen Bronchitis eine Rolle. Die Türken kleiden sich außerordentlich warm. Sie tragen drei bis vier wollene Hemden übereinander, die man ihnen beim besten Willen doch nicht alle auf dem Operationstische lassen kann. Ein Transport über den Korridor nach dem Aufenthalt in dem warmen Operationszimmer schließt dann trotz aller Vorsichtsmaßregeln das Zustandekommen einer Erkältung nicht aus.

Die Resultate der Herniotomien ergeben sich aus der Statistik. Sie sind ein recht wichtiger Beweis für die Asepsis unserer Schüler, denn wohl $\frac{9}{10}$ aller Hernien sind von Schülern, d. h. von jungen Medizinern, die beim Antritt in Gülhane kaum ein chirurgisches Messer oder eine Schere in der Hand gehabt hatten, ausgeführt worden.

Neben den Hernien waren die Blasensteine am häufigsten Gegenstand chirurgischer Eingriffe. Da es sich meistens um feste, wenn auch nicht sehr große Steine handelt, habe ich anfangs mit Vorliebe die Sectio alta gemacht, und so ist es gekommen, daß sich diese Operation bei meinen Schülern einer ganz besonderen Beliebtheit erfreut hat, umso mehr, als sie sehr oft unter der Schleich'schen Anaesthesie ausgeführt werden konnte. Der Umstand, daß 20 Cystotomien und mehr von meinen Schülern ohne Todesfall ausgeführt wurden, kann wohl als ein weiterer Beitrag zu der Asepsis in Gülhane gelten.

Ueber die übrigen Affektionen kann ich mich kurz fassen. Plastische Operationen ergaben stellenweise schöne, besonders funktionell gelungene Resultate, so in Fällen von deform geheilten Gelenken nach spontan ausgeheilten Tuberkulose oder Osteomyelitis.

Amputationen auszuführen habe ich principii causa so viel als möglich vermieden. Doch glaube ich, daß die Grenzen weiterzustecken sind, als bei uns in Deutschland. Bei vereiterten Fungen z. B. bedingt der nach einer Resektion notwendig werdende, längere Hospitalaufenthalt große Gefahr für Allgemeininfektion und das Leben.

Hämorrhoiden sind sehr häufig. Die sitzende, hockende Lebensart der Türken gibt von selbst die Erklärung.

Sehr häufig sahen wir Urinfisteln; überhaupt Genitaltuberkulose der Männer.

Perityphlitis haben wir selten zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei Europäern in Pera soll sie häufig vorkommen.

Die ambulante Behandlung der Gelenktuberkulose mit Jodoformglyzerin stößt infolge der fast fehlenden Verkehrsmittel auf sehr große Schwierigkeiten. Wenn man sie, besonders nach den Provinzen hin, durchführen könnte, wären die Resultate sicher günstige.

Von den Frauenerkrankungen fiel mir besonders das seltene Vorkommen von Pyosalpinx auf. Es scheint mir, als wenn auch heute noch die türkische Frau, dank der durch die Religion bedingte Regelung des Geschlechtslebens, vor der Infektion mit Gonorrhoe wesentlich geschützter ist, als die europäische Frau.

Als Nahtmaterial wurde fast ausschließlich Katgut verwendet, stets in der bekannten, einfachen Weise nach Bergmann bereitet. Stichkanaleiterungen haben jedenfalls zu den allergrößten Seltenheiten gehört. Dagegen eiterten Seidennähte, trotz sorgfältigster Sterilisation des Materials, sehr häufig heraus, während umgekehrt Silberdrähte (Naht der Bruchpforte, Bauchdeckennaht nach Schede) mühelos und in geradezu idealer Weise einheilten.

XIIIb.

Bericht über die medizinische Klinik

(nebst Statistik vom 1./I. 1899—1./I. 1901).

Erstattet vom Oberarzt Prof. Dr. Deycke.

Krankheiten	Zahl der Fälle					
	Zugang		Abgang davon			
	M.	W.	überhpt.	d. Tod	M.	W.
I. Allgemeine Ernährungsstörungen und Krankheiten des Blutes.						
1. Anaemie	15	2	15	2	—	—
2. Anaemie perniciosa	1	—	1	—	1	—
3. Scorbut	1	—	1	—	—	—
4. Diabetes mellitus	10	—	10	—	—	—
5. Diabetes insipidus	1	—	1	—	—	—
Summa	28	2	28	2	1	—

Krankheiten	Zahl der Fälle					
	Zugang		Abgang davon			
	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Uebertrag	28	2	28	2	1	—
II. Infektionskrankheiten.						
6. Scarlatina	1	—	1	—	—	—
7. Morbilli	1	—	1	—	—	—
8. Erysipelas	1	—	1	—	—	—
9. Diphtherie	5	3	5	3	—	1
10. Malaria a) frische	52	1	52	1	1	—
b) Kachexie	4	—	4	—	1	—
11. Typhus abdominalis	30	4	30	4	10	—
12. Dysenterie	66	2	66	2	5	1
13. Tuberkulose						
a) der Lungen	92	15	92	15	20	5
b) der Pleura	30	—	30	—	10	—
c) des Peritoneum	5	2	5	2	1	—
d) des Meningen	2	—	2	—	2	—
e) der Lymphdrüsen	2	1	2	1	—	—
f) des Darmes	27	2	27	2	11	1
g) des Larynx	3	—	3	—	—	—
h) des Hodens und Nebenhodens	1	—	1	—	—	—
i) Lupus	3	—	3	—	—	—
14. Syphilis	116	5	116	5	1	—
15. Gonorrhoe a) der Urethra	16	—	16	—	—	—
b) gonorrhoeische Arthritis	2	—	2	—	—	—
c) " Ophthalmie	1	—	1	—	—	—
16. Weicher Schanker und Bubonen	20	—	20	—	—	—
17. Influenza	32	—	32	—	—	—
18. Croupöse Pneumonie	38	1	38	1	5	—
19. Septico-Pyämie	1	1	1	1	1	1
20. Milzbrand	2	—	2	—	1	—
21. Febris recurrens	2	—	2	—	—	—
22. Lepra	4	—	4	—	—	—
23. Noma	1	—	1	—	1	—
24. Meningitis cerebrospinalis	3	—	3	—	2	—
III. Invasionskrankheiten.						
25. Taenia	3	—	3	—	—	—
26. Scabies	14	2	14	2	—	—
IV. Intoxikationen.						
27. Bleivergiftung	1	—	1	—	—	—
28. Chronische Haschischvergiftung	1	—	1	—	—	—
V. Krankheiten des Nervensystems.						
29. Neurasthenie und Hysterie	4	2	4	2	—	—
30. Neuralgien a) im Trigeminusgebiet	3	—	3	—	—	—
b) Ischias und andere Neuralgien	5	1	5	1	—	—
31. Basedowsche Krankheit	1	—	1	—	—	—
Summa	623	44	623	44	73	9

Krankheiten	Zahl der Fälle					
	Zugang		Abgang davon			
	M.	W.	überhpt.		d. Tod	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Uebertrag	623	44	623	44	73	9
VI. Krankheiten der Ohren.						
32. Krankheiten des äußeren Ohres	1	—	1	—	—	—
33. Krankheiten des inneren Ohres	2	—	2	—	—	—
VII. Krankheiten der Atmungsorgane.						
34. Glottisödem	1	—	1	—	—	—
35. Akute chronische Bronchitis	81	2	81	2	1	—
36. Asthma bronchiale	5	—	5	—	—	—
37. Emphysema pulmonum	26	—	26	—	2	—
38. Bronchopneumonie	4	1	4	1	1	—
39. Pleuritis	3	—	3	—	—	—
VIII. Krankheiten der Zirkulationsorgane.						
40. Erkrankungen der Klappen und des Myocard	76	4	76	4	4	1
41. Herzneurosen	2	—	2	—	—	—
42. Aortenaneurysma	2	1	2	1	—	—
43. Phlebitis	2	—	2	—	—	—
44. Varicen	1	—	1	—	—	—
IX. Krankheiten des Verdauungsapparates.						
45. Mund und Zunge	5	—	5	—	—	—
46. Carcinoma oesophagi	2	—	2	—	1	—
47. Dyspepsie und Gastralgie	36	2	36	2	—	—
48. Akuter und chronischer Magenkatarrh	18	3	18	3	—	—
49. Dilatatio ventriculi	7	—	7	—	—	—
50. Ulcus ventriculi	7	1	7	1	—	1
51. Carcinoma ventriculi	17	—	17	—	2	—
52. Akuter und chronischer Darmkatarrh	30	1	30	1	1	—
53. Obstructio alvi	12	—	12	—	—	—
54. Darmstenose	2	—	2	—	—	—
55. Neubildungen des Darmes	1	—	1	—	—	—
56. Perityphlitis	6	—	6	—	—	—
57. Cirrhosis hepatis	15	1	15	1	8	—
58. Carcinoma hepatis	4	—	4	—	1	—
59. Icterus catarrhalis	14	—	14	—	—	—
60. Cholelithiasis	10	4	10	4	—	—
61. Leberabsceß	2	—	2	—	1	—
X. Krankheiten der Harnorgane.						
62. Nephritis	40	2	40	2	8	—
63. Nephrolithiasis	1	—	1	—	—	—
64. Cystitis und Pyelitis	11	—	11	—	2	—
65. Haematurie	1	—	1	—	—	—
Summa	1070	66	1070	66	105	11

Krankheiten	Zahl der Fälle					
	Zugang		Abgang davon			
	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Uebertrag	1070	66	1070	66	105	11
XI. Krankheiten der Geschlechtsorgane.						
66. Strikturen der Harnröhre	2	—	2	—	—	—
67. Spitze Condylome am Penis und After	6	—	6	—	—	—
68. Phimosis	1	—	1	—	—	—
69. Erkrankungen des Uterus und der Adnexe	—	19	—	19	—	—
XII. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
70. Akuter und chronischer Gelenkrheumatismus	54	3	54	3	1	—
71. Muskelrheumatismus	6	—	6	—	—	—
72. Andere Erkrankungen der Muskeln	2	—	2	—	—	—
XIII. Krankheiten der Haut.						
73. Ekzem	10	1	19	1	—	—
74. Ekthyma	—	1	—	1	—	—
75. Folliculitis	2	—	2	—	—	—
76. Favus	7	—	7	—	—	—
77. Purpura hämorrhagica	1	—	1	—	—	—
78. Herpes tonsurans,	1	—	1	—	—	—
79. Sycosis	3	—	3	—	—	—
80. Psoriasis	4	—	4	—	—	—
81. Elephantiasis	3	—	3	—	—	—
XIV. Anderweitige Erkrankungen und unbestimmte Diagnosen						
	3	—	3	—	—	—
Summa	1184	90	1184	90	106	11

Nachstehende Bemerkungen stützen sich nicht nur auf die Beobachtung der in vorstehender Tabelle aufgezählten Fälle. Sie gründen sich auf das gesamte ca. 15 000 Patienten betragende Material innerer Erkrankungen, das mir in den 4 Jahren meiner hiesigen Tätigkeit durch die Hände gegangen ist, nicht minder aber auf meine Beobachtungen am Sektionstische. Schon mit Rücksicht auf den anders gearteten Zweck dieses I. Bandes der Gölhaneveröffentlichungen und den infolgedessen zur Verfügung stehenden beschränkten Raum muß ich mich kurz fassen und auf eine objektive Begründung des Vorgetragenen ganz verzichten. Hier verzeichne ich nur Eindrücke allgemeiner und subjektiver Art. Gerade solch

ein subjektiv gefärbtes Uebersichtsbild ist nicht ohne Interesse und wohl auch von Wert, wenn es auf Grund so zahlreicher Einzelbeobachtungen entworfen wird.

Auch hier in der Türkei ist die Tuberkulose diejenige Erkrankung, der man auf Schritt und Tritt begegnet und die die zahlreichsten Opfer an Menschenleben heischt. Da bei den Fällen der „medizinischen“ Tuberkulose der Respirationstraktus die häufigste Eingangspforte für das tuberkulöse Virus ist, so ist denn auch hier die Morbiditäts- und Mortalitätsziffer der Lungentuberkulose eine absolut und relativ sehr hohe. Aber es fallen doch von vornherein wesentliche, klinische wie anatomische, Unterschiede gegenüber dem sonstgewohnten Bilde der Lungenschwindsucht in die Augen. Das so geläufige Bild der ulcerösen Phthise mit dem Beginn in den Lungenspitzen, dem langsamen Weiterkriechen des Prozesses auf die übrigen Lungenteile, dem chronischen Verlauf mit seinen zeitweiligen Besserungen und Verschlimmerungen, der stark hervortretenden Neigung zu Mischinfektionen, zum kavernösen Zerfall der tuberkulösen Massen, das alles sieht man ja auch hier nicht gerade absolut selten, aber es beherrscht nicht annähernd in dem Maße die Pathologie der Lungentuberkulose wie bei uns. Ganz überwiegend sind die trockenen Formen d. h. die disseminierte Miliartuberkulose, die käsige Peribronchitis und Bronchopneumonie, endlich die echte, käsige Lobärpneumonie. Die Neigung zum Zerfall ist eine relativ geringe, wohl deshalb, weil es sich, gemeiniglich und häufiger als bei uns, um reine Tuberkulose handelt. Deshalb sind klinisch trockene Geräusche, Bronchialatmen, Dämpfungen etc. häufiger als feuchtes und klingendes Rasseln, und nicht selten steht der physikalische Befund in schreiendem Mißverhältnis zu der Prostration des Kranken oder zum anatomischen Befund. Wirkliche klassische Kavernensymptome in der Klinik und in den Kursen demonstrieren zu können, war oft genug ein Desiderat, das ich trotz momentanen hohen Bestandes an tuberkulösen Kranken nicht erfüllen konnte; recht selten auch gelang es mir, z. B. elastische Fasern im Sputum nachzuweisen, obgleich ich zu Demonstrationszwecken eifrig darauf fahndete. Dabei darf man nicht etwa glauben, daß die Tuberkulose der Lungen, bei dem Fehlen der Tendenz zum Zerfall gutartiger verlief als bei uns; ganz im Gegenteil, ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Tuberkulose der Lungen im allgemeinen hier viel schneller und unaufhaltsamer sich ausbreitet und einen viel rapideren Verlauf nimmt als bei uns. Jedenfalls beobachteten

wir in ganz unverhältnismäßig hoher Zahl einen galoppierenden Verlauf, d. h. das Auftreten der Lungentuberkulose sub forma einer akuten oder subakuten Infektionskrankheit mit hohem, zum Teil kontinuierlichem Fieber und schnellem Kräfteverfall, so zwar, daß die spezifische Natur der Erkrankung weniger aus den physikalischen Symptomen, als aus dem Allgemeinzustand geschlossen werden konnte, wenn nicht von vornherein der positive Befund von Bazillen im Sputum Aufschluß über die Natur der Krankheit gab. Dabei habe ich aus dem anatomischen Bilde oft, jedenfalls öfter als bei früher in Deutschland gesehene Sektionsmaterial, den Eindruck gewonnen, daß es sich häufig nicht um eine direkte Inhalationstuberkulose handelt, sondern daß die Keime mit dem Blut- oder Lymphstrom von anderen tuberkulösen Depots, am häufigsten wohl von verkästen Bronchialdrüsen in die Lunge hineingeschwemmt sind, ein Infektionsmodus, den man ja am häufigsten bei der Lungentuberkulose des Kindesalters beobachtet und auf den neuerdings Ribbert die Aufmerksamkeit gelenkt hat. In Uebereinstimmung mit dieser Auffassung beobachtet man ungewöhnlich oft, daß der tuberkulöse Prozeß — und das gilt nicht allein von den Lungentuberkulosen — nicht lokal bleibt, sondern dazu neigt, sich auf andere benachbarte und entfernte Organe weiter zu verbreiten, sich zu generalisieren.

Eine hier relativ oft in Erscheinung tretende Form der Tuberkulose ist die primäre Tuberkulose der serösen Häute. Sowohl die Pleuritis als die Peritonitis tuberculosa sind in der Türkei sehr häufige Erkrankungen und zwar nicht etwa in der Form sekundärer Infektionen des Brust- oder Bauchfells, sondern als primäre Erkrankung, ohne Beteiligung der Lunge oder des Darmes. Auch unter diesen Fällen ist die Zahl der sogenannten trockenen Formen eine relativ sehr große; man beobachtet in ganz außergewöhnlicher Häufigkeit knotige Tuberkulose der Pleura und des Peritoneum, und zwar meist beide mit einander vergesellschaftet, so daß man von einer allgemeinen Tuberkulose der serösen Häute sprechen müßte, zumal da nicht eben so selten auch das Pericard mitergriffen ist. Diese Art Fälle sind anatomisch ungemein typisch. Man findet da eine obliterierende Pleuritis, wo der ehemalige Pleuraraum substituiert ist durch Centimeter dicke, fibrinöse oder schon fibröse Schwarten, die mit großen flachen Käseknoten durchsetzt sind. In der Bauchhöhle ist eine analoge käsige Perihepatitis und Perisplenitis ein fast konstanter Befund; daneben findet sich sehr

häufig eine tumorartige Veränderung des großen Netzes, bei der dasselbe in der Längsrichtung geschrumpft, aber gleichzeitig enorm verdickt erscheint und derartig gegen die Bauchdecken vorspringt, daß es *intra vitam* oft oder meist der Palpation zugänglich ist und zu diagnostischen Irrtümern umso mehr Anlaß gibt, als andere objektive klinische Zeichen von Tuberkulose ganz fehlen können. Auf dem Durchschnitt derartiger Netzturen zeigt sich, daß sie sich vollständig aus tuberkulösem Granulationsgewebe zusammensetzen, in das größere und kleinere Käseknoten in reichlicher Zahl eingesprengt sind. Auf dem Bauchfell findet man ebenfalls, meist pilzförmig gewucherte, tuberkulöse Knoten, und vielfach ist auch das Milzgewebe von Käseknoten durchsetzt. Selbstverständlich sind auch die Bronchial- und Mesenterialdrüsen in ausgiebigster Weise erkrankt. Dagegen findet man das eigentliche Lungengewebe und den Darm entweder ganz intakt oder frisch d. h. sekundär affiziert. Ueberhaupt kommt die Darmtuberkulose, die bei uns ein fast konstanter Begleiter der Lungentuberkulose ist, hier viel seltener und dann in einem weniger vorgeschrittenen Stadium zu Gesichte. Auch das läßt sich ungezwungen durch das Ueberwiegen der trockenen Formen von Lungentuberkulose erklären, bei denen es viel seltener zum Verschlucken von tuberkulösen Massen kommt.

Was bedingt die Verschiedenheit im Auftreten der Tuberkulose, was ihre relative Malignität hier in der Türkei? Die Beantwortung dieser Frage ist keineswegs leicht. Für das Zustandekommen von Tuberkuloseinfektionen stehen sich in der Türkei zweifellos günstige und ungünstige Momente in seltsamem Gemisch gegenüber. Auf der einen Seite fehlen so gut wie ganz die so vielfältigen Schädigungen des Respirationstraktus, besonders bei der arbeitenden Bevölkerung, wie sie, teils direkt wirkend durch das Arbeiten in der Fabrik, teils indirekt durch die Verunreinigung der atmosphärischen Luft mit Kohlenstaub, die europäische Industrie mit sich bringt. Die Luft ist sicher in Konstantinopel, trotz der gewaltigen Größe der Stadt, unendlich viel reiner als in unseren großen Zentren, zumal da als Feuerungs- und Heizmaterial, in gewissen Teilen Konstantinopels so gut wie ausschließlich, jedenfalls aber in ganz überwiegendem Maße, Holz resp. Holzkohle verwandt wird. Dabei ist der Türke kein Stubenhocker, er lebt — jedenfalls der Mann — im langen Sommer tagsüber ausschließlich, im Winter auch solange und sowie es das Wetter irgend gestattet, im Freien auf der Straße.

Auf der anderen Seite aber würde man grundfalsch urteilen, wenn man das hiesige Klima für Lungenaffektionen günstig taxieren wollte. Ganz im Gegenteil: Katarrhe des Respirationstraktus sind hier ganz ungeheuer weit verbreitet. Das liegt an mancherlei Schädlichkeiten: an der fast stets vorhandenen, bisweilen starken, stürmischen Bewegung in der Luft; im Sommer am reichlichen Staub, im Winter an dem vorherrschenden naßkalten Wetter und vor allem und in erster Linie an dem (besonders im Winter) oft ungemein schroffen und plötzlichen Temperaturwechsel, der durch die eigentümliche Lage Konstantinopels an der Grenze zwischen Nord und Süd, zwischen hartem kontinentalen und mildem maritimen Klima bedingt ist. Jedenfalls muß man das hiesige Klima als ungeeignet zum Ausheilen spezifischer Lungenprozesse bezeichnen und oft genug kann man sich von seiner deletären Wirkung in dieser Beziehung klinisch überzeugen. Ein weiterer Uebelstand ist ferner die Gewohnheit intensiven Rauchens, die jedem Orientalen eigen ist, und von der er kaum in den letzten Momenten des dahinschwindenden Lebens lassen kann, wie wir das vielfach gesehen haben. Wenn es nach diesen Erörterungen auch schwer ist, das für und wider der Faktoren gegeneinander abzuwägen, so habe ich doch genug Anhaltspunkte dafür, daß im allgemeinen die Gefahr einer sekundären Infektion, wie sie durch die jeweiligen sozialen und klimatischen Verhältnisse gegeben werden, hierzulande geringere sind. Für die relative Malignität der reinen Tuberkulose muß ich andere Momente ins Feld führen. Ich glaube, daß diese Frage eine präzisere Antwort zuläßt. Ich beschuldige im wesentlichen die Art der Ernährung. Wenn auch die hiesige Bevölkerung keineswegs rein vegetarisch lebt, so ist doch die vegetabilische Ernährung die bei weitem überwiegende und in gewissen Schichten des Volkes, sowie zu gewissen Jahreszeiten fast die ausschließliche. Quantitativ besteht, dank der Billigkeit und Güte der vegetabilischen Nahrung, eine durchschnittliche Unterernährung nicht, im Gegenteil, es ist erstaunlich, welche Quantitäten von den Leuten verschlungen werden, aber qualitativ hapert es. Verglichen mit der Nahrung unserer deutschen Bevölkerung ist die Zufuhr an animalelem Eiweiß verschwindend gering, und ich bin gerade auf Grund meiner hiesigen Beobachtungen mehr und mehr zu der Ueberzeugung gedrängt worden, daß das animale Eiweiß dem pflanzlichen doch in vielen Punkten überlegen sein muß. Jedenfalls fällt hier bei einem großen Prozentsatz der Bevölkerung eine gewisse Anämie auf, die sich

in dieser Ausdehnung lediglich durch die Ernährung erklären läßt. Ungünstige soziale Verhältnisse können meines Erachtens keine ausschlaggebende Rolle spielen, denn in dieser Beziehung ist der Muhamedaner aus dem Volke ganz unvergleichlich viel besser daran, als sein Standesgenosse in Europa; der Alkohol dezimiert ihn ebenfalls nicht, und an Ueberarbeitung dürfte hier selbst der Aermste der Armen, verglichen mit europäischen Verhältnissen, nicht zu leiden haben. Allerdings ist ein anderer Faktor bezüglich des Zustandekommens einer chronischen Anämie nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen. Ein großer Teil der hiesigen Bevölkerung, die ja sehr fluktuierend ist und sich aus Angehörigen aller Provinzen des weiten Türkischen Reiches rekrutiert, hat zu irgend einer Zeit des Lebens Malaria durchgemacht; aber einmal ist Konstantinopel und die eingesessene Bevölkerung meistens frei von Malaria und gerade diese ist zum großen Teil anämisch, andererseits sind die Leute aus den Provinzen, die Malaria gehabt haben, häufig die blühendsten und widerstandsfähigsten, eben wenn und weil sie eine bessere Ernährung gehabt haben.

Es bleibt also in der Tat nur die Ernährung übrig und in dieser wieder das Defizit an animalelem Eiweiß. Ich betone ausdrücklich, daß ich dieses Manko in der Ernährung lediglich zur Erklärung der erwähnten Anämie und der damit zusammenhängenden geschwächten Widerstandskraft gegenüber der Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten, wie wir gleich sehen werden, heranziehen will. Ich bin mir wohl bewußt, daß auch reine Pflanzenesser ungemein starke und muskulöse Menschen sein können und sind, wie denn z. B. die hiesigen Hamals (Lastträger) in dieser Beziehung fast sprichwörtlich geworden sind und in keiner Reisebeschreibung des Orients fehlen, obgleich gerade bei diesen neben der gewiß respektablen Kraft die geschickte Verteilung der Last und die Methode des Tragens eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielen.

Es ist, wie ich schon andeutete, nicht allein die Tuberkulose, der gegenüber die Widerstandskraft der hiesigen Organismen eine herabgesetzte ist; ich möchte sagen, es sind fast alle Infektionskrankheiten, deren Einwirkung auf den menschlichen Körper längere Zeit dauert. Wohl kann die hiesige Bevölkerung mit einer akut einsetzenden Infektion — um mehrfach beobachtete Beispiele anzuführen. — mit akut phlegmonösen Prozessen, mit einer genuinen Pneumonie etc. oft überraschend leicht, fast spielend fertig werden, weil

das Herz gesund und nicht durch Alkoholmißbrauch geschädigt ist, — aber schon den Anforderungen, die ein schwerer Typhus an die Leistungsfähigkeit des Organismus, an seine Schutz- und Abwehreinrichtungen stellt, sind die hiesigen Kranken schlecht gewachsen. Jedenfalls haben wir eine ganz ungewöhnlich hohe Mortalität an Typhus in Gülhane erlebt, trotz wirklich sehr sachgemäßer Pflege, auf die es bei der Typhusbehandlung so sehr ankommt, seitens unserer erfahrenen Schwestern. Da bei den Sektionen sich häufig keine andere Komplikation, keine andere Todesursache als die Intensität der Infektion fand, da es sich ferner keineswegs um schwächliche, vielmehr meist um junge, scheinbar robuste Personen, zum Teil Soldaten handelte, so läßt sich auch hier nur der Mangel an, sagen wir, baktericider Kraft des Körpers, speziell des Blutes, für die hohe Sterblichkeit verantwortlich machen.

Also wir kommen notgedrungen zu dem Schluß, daß sich der Orientale mit seiner überwiegend vegetabilischen Nahrung gerade in Zeiten der Gefahr schlechter stellt als der Europäer mit seiner gemischten eiweißreichen Nahrung, und an dem Resultat ändert auch die Abstinenz des Muhamedaners inbezug auf Alkohol so gut wie gar nichts. Ebenso wenig wie ein Vegetarianer purer Observanz, vorausgesetzt, daß er objektiv zu beobachten versteht, hier auf seine Kosten kommen wird, eben so sehr wird ein ausgeprägter Temperenzler erstaunt sein, zu finden, daß seine Rechnung keineswegs in jeder Richtung stimmt, jedenfalls nicht in rein somatischer Beziehung. Ich schicke voraus, daß die hiesige Bevölkerung durchaus nicht in allen ihren Schichten völlig alkoholfrei ist; im Gegenteil besonders in den besseren Ständen, und je mehr dieselben mit europäischer Kultur in Berührung gekommen sind, ist der Alkoholismus, und zwar in konzentrierter Form, eine keineswegs seltene Erscheinung. Aber das gilt nicht für den Kern und das Gros des muselmanischen Volkes. Der gemeine Mann aus dem Volke, in Stadt und Land, ist auch heutigen Tages mit verschwindenden Ausnahmen so gut wie völlig alkoholfrei. Das sieht man im Krankenhaus in eklatantester Weise, wenn man, wie wir das im Anfang nach alter Ueberlieferung getan haben, den Alkohol zu therapeutischen Zwecken heranzieht. Der Muhamedaner überwindet auch dann nur sehr schwer seinen heftigen Abscheu und Widerwillen vor alkoholischen Getränken, und es bedarf der ganzen Autorität des Arztes, um ihn zum gehorsamen Einnehmen der Alkoholmedizin zu zwingen. Dabei ist der therapeutische Erfolg ein durch-

aus negativer. Ich habe mich wenigstens von einer stimulierenden Wirkung des Alkohols bei diesen an seinen Genuß nicht gewöhnten Menschen niemals überzeugen können; im Gegenteil, häufig genug waren die Folgen der medikamentösen Alkoholapplikation nachteilige für den Patienten, bedingt durch Reizerscheinungen des Magens, wie Ekelgefühl, Erbrechen, akute Gastritis etc., so daß ich für meine Person von der Darreichung dieser Medizin definitiv Abstand nahm.

Bei dieser de facto bestehenden Alkoholfreiheit des überwiegenden Teiles unserer Kranken sollte man a priori annehmen, daß gewisse Krankheiten wie Cirrhose, die wir gewohnheitsmäßig und, weil es in den Lehrbüchern steht, auf übermäßigen Alkoholgenuß beziehen, hier sehr viel seltener zur Beobachtung kommen müßten. Dem ist aber keineswegs so, ganz im Gegenteil ist z. B. die Cirrhose eine häufige Erkrankung, die in Gülhane in allen ihren Formen, sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch, zur Untersuchung kam und jedenfalls an Zahl die gleiche, wenn nicht eine größere Rolle spielte als z. B. im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause, wo es sich doch um eine, dem Alkoholgenuß in exquisiter Weise frönende Bevölkerung handelt. Jedenfalls kann es keinem Zweifel unterliegen, daß in der Türkei der Alkohol eine sehr untergeordnete Rolle (wenn überhaupt eine) in der Aetiologie der Cirrhose spielt, und mir persönlich ist oft der Gedanke aufgestiegen, ob wir nicht des Guten zu viel tun, wenn wir die Cirrhose als Folgeerkrankung des Alkoholmißbrauchs par excellence betrachten, während doch pathologische wie experimentelle Beobachtungen dafür sprechen, daß die klassische, durch Alkohol erzeugte, Leberaffektion die Fettleber ist. Schwieriger dürfte die Frage nach der Aetiologie der „türkischen“ Cirrhosen zu beantworten sein, doch glaube ich, daß der Malaria weitaus der schwerwiegendste Einfluß auf ihre Entstehung zuzuschreiben ist. Die Malaria fehlt in der Anamnese derartiger Patienten wohl niemals, und daß die Malaria Hepatitiden mit gewaltiger Leberschwellung vielfach verursacht und erzeugt, davon habe ich mich oft genug überzeugen können. Ich will keineswegs behaupten, daß neben der Malaria nicht noch andere ätiologische Momente eine Rolle spielen; welcher Natur dieselben aber sind, darüber habe ich mir an der Hand des mir zu Gebote stehenden Materials kein klares Bild verschaffen können. Nur eines Faktors, den man auch in Lehrbüchern an dieser Stelle häufig angeführt findet, ist noch besonders zu gedenken: der Syphilis. Theoretisch läßt sich gegen die An-

nahme syphilitischer Cirrhosen hier in der Türkei nichts einwenden, da die tertiäre Syphilis, wie wir weiter unten sehen werden, ungewein verbreitet ist; aber praktisch kann ich der Syphilis keine ausschlaggebende Rolle in bezug auf die Cirrhose vindizieren; denn einmal habe ich bei Cirrhotikern niemals sichere syphilitische Stigmata finden können, andererseits bei den vielen Hunderten von Fällen tertiärer Syphilis überhaupt nur selten Eingeweidesyphilis — spez. Lebersyphilis, wie Gummata und die bekannte gelappte Leber — und nie eine typische Cirrhose gesehen.

Auch andere chronische Erkrankungsformen, bei deren Genese wir den Alkoholismus wenigstens als wichtiges, vielgenanntes Unterstützungsmoment betrachten, kommen hierzulande in nicht geringerer Zahl als bei uns vor. Ich will da erwähnen die chronische interstitielle Nephritis und das weite Gebiet der Arteriosklerose. Ganz auffallend häufig bin ich hier, sowohl klinisch als anatomisch, hochgradigen Atheromatosen der Aorta und der Coronararterien des Herzens mit Beteiligung des Endokards und vor allem mit ausgebreiteter Erkrankung des Myokards begegnet. Umgekehrt stehen die eigentlichen Herzklappenfehler auf endokarditischer Basis hinter den auf arteriosklerotischen Veränderungen der Klappen beruhenden Kardiopathien an Häufigkeit zurück, wenn auch die Polyarthritiden rheumatica mit komplizierender Endocarditis nicht gerade eine seltene Erkrankung ist.

Es fragt sich nun, ob andere Schädlichkeiten, andere Gifte vorhanden sind, welche bei der hiesigen Bevölkerung den Alkohol ersetzen. Auch in Stambul schon begegnet man Spuren der im fernen Orient weitverbreiteten Laster des Opium- und Haschischgenusses. Doch ist der Prozentsatz an gewohnheitsmäßigen Opiumrauchern und -Essern, sowie an Haschischessern ein so geringer, daß er auf die Morbidität keinen bemerkbaren Einfluß ausüben kann, andererseits habe ich eine Reihe von Opiumessern gesehen, die trotz sehr hoher täglicher Dosen (15—45 gr!) keine somatischen Beschwerden oder Erscheinungen zeigten. Ich erinnere mich eines siebenzigjährigen alten Herren, der nach einer bei uns durchgemachten schweren und eingreifenden Operation nur solange sich scheinbar nicht erholen konnte, als ihm, durch unsere Unkenntnis seiner Gewohnheiten, das Opium entzogen war, der aber, als die unfreiwillige Abstinenz aufhörte, sofort und anstandslos der raschen und völligen Wiederherstellung entgegenging.

Im Gegensatz zu diesen in Konstantinopel jedenfalls nur sporadisch auftretenden Genußmitteln, sind zwei andere Dinge, der Kaffee und der Tabak, überall im Orient ganz enorm verbreitet. Ob aber diese beiden imstande sind, in bezug auf Schädigung des Organismus völlig für den Alkohol einzutreten, ist mir doch mehr als zweifelhaft. Der Kaffee ist, selbst wenn er wie in der Türkei in relativ ausgiebiger Weise genossen wird, in seiner Konzentration, Menge und Wirkung auf den Körper doch nicht annähernd dem Alkohol vergleichbar; und die Schädlichkeit des Tabaks, die in der Tat augenfällig ist, liegt in einer ganz anderen Richtung, als die des Alkohols. Den Tabak, der allerdings hier eine geradezu groteske Rolle spielt und ohne den sich der Orientale, weder Mann noch Weib, weder in der Ruhe noch in der Tätigkeit, denken läßt, möchte ich einmal, wie bereits oben angedeutet, mit verantwortlich machen für die geradezu erstaunliche Fülle der chronischen Katarrhe des Respirationstraktus, andererseits als wichtigen Hilfsfaktor für die Entstehung einer großen Reihe nervöser und funktioneller Störungen heranziehen.

Damit berühren wir ein ungemein interessantes Gebiet, dem ich einige kurze Bemerkungen widmen muß. Man ist leicht geneigt, besonders in Laienkreisen, äußere Ruhe und Gleichmut mit gesunden Nerven zu identifizieren, und so ist es denn auch erklärlich, wenn wir an die Türken, deren Ruhe ja geradezu sprichwörtlich ist und deren nervenstarke Eigenschaften wir „von den hiesigen Kennern des Orients“ oft genug rühmen hörten, mit der Ueberzeugung herantreten, daß wir da auf eine von der modernen Kulturkrankheit der Neurasthenie noch unberührte Bevölkerung treffen würden. Wie groß war daher unser Erstaunen, als uns mit zunehmender Vertrautheit mit den Eigenschaften des türkischen Volkes sich immer augenfälliger das gerade Gegenteil aufdrängte. Jetzt, wo wir uns auf ein reiches Beobachtungsmaterial stützen können, kann es für uns keinem Zweifel unterliegen, daß das türkische Volk durchschnittlich in höherem Maße von allen möglichen nervösen und funktionellen Gebrechen und Störungen heimgesucht wird als beispielsweise das deutsche, obgleich bei ersterem diejenigen Momente so gut wie völlig fehlen, welche, wie die harte Konkurrenz, der bittere Kampf ums Dasein, kurz die ganze Hast und Hetze des modernen Kulturlebens nur zu oft als Anstifter der Nervosität gebrandmarkt werden. Diese Auffassung mag manchem paradox erscheinen, und ihre Aeüßerung ist schon manchem ungläubigen Lächeln von seiten solcher begegnet, die auf Grund

kürzeren oder längeren Aufenthalts in Konstantinopel auf eine genaue Kennerschaft des Orients und seiner Bevölkerung Anspruch machen. Nichtsdestoweniger handelt es sich da um Tatsachen, und ich meine, die Erklärung ist einfach. Sie liegt darin, daß auf das Nervensystem in erster Linie das ununterbrochene Gleichmaß schädigend wirkt, der Mangel an Abwechslung; und diese Schädigung tritt ebenso gut bei übertriebener Ruhe wie bei zu stark angespannter Arbeit ein. In Uebereinstimmung mit dieser Ansicht steht die Beobachtung, daß die nervösen Erscheinungen bei den Türken überwiegend depressorischer Natur sind. So gerechtfertigt diese Anschauung nach meiner Ueberzeugung ist, so erleidet sie doch eine gewisse Einschränkung durch einen Gesichtspunkt, der gerade bei dem nervösen Leben der orientalischen Völkerschaften sich am deutlichsten bemerkbar macht und der deshalb an dieser Stelle gestreift werden mag. Einem aufmerksamen Beobachter wird es hier nicht entgehen, daß die Rasse dabei eine nicht zu verkennende wichtige Rolle spielt: sie ist es, die nicht allein die verschiedenen nationalen Charaktereigenschaften zeitigt, sondern auch große Verschiedenheiten der Einzelrassen in bezug auf das Verhalten gegenüber morbiden Einflüssen bedingt, und in erster Linie sind es da wieder die Erscheinungen des Zentralnervensystems, in denen sich der Rassencharakter am sinnfälligsten ausprägt. Es ist eine Erfahrung, die tagtäglich zu wiederholen ist, daß beispielsweise der Arnaut dem eigentlichen osmanischen Türken an Nervenstärke weit überlegen ist, selbst sogar dem orientalischen Griechen oder dem Armenier. Wollte man eine Skala aufstellen, in der diejenigen zuerst genannt würden, welche das stärkste und festeste Nervensystem und, was meist zusammentrifft, gleichzeitig die größte somatische Widerstandskraft besitzen, so würde sich etwa folgende Reihenfolge ergeben: 1. Arnauten, 2. Lasen und Drusen, 3. Kurden, 4. Türken, 5. Araber.

Es erübrigt, auf eine Reihe von Affektionen kurz die Aufmerksamkeit zu lenken, welche durch das Klima und die Lebensgewohnheiten der hiesigen Bevölkerung verursacht werden. Ich habe schon erwähnt, daß das Zusammenwirken des überreichlichen Tabakgenusses mit gewissen ungünstigen klimatischen Faktoren, die sich besonders im Winter bemerkbar machen, eine relativ hohe Morbidität an katarrhalischen Erkrankungen der Respirationsorgane bedingen. Ich füge ergänzend hinzu, daß sich diese Katarrhe in jedem Lebensalter und Geschlecht und in jedmöglicher Abstufung vom einfachen Rachen-, Luftröhren- und Bronchialkatarrh bis zur tödlichen Bronchitis und Bronchiektasenbildung finden.

Auch die Störungen des Verdauungsapparates sind von geradezu enormer Häufigkeit, und bei dieser läßt sich ihr inniger Zusammenhang mit den Gewohnheiten und den Ernährungsverhältnissen der Bevölkerung auf das eklatanteste nachweisen. Der Türke ißt im allgemeinen selten am Tage, meist nur zweimal, mittags und mit Sonnenuntergang, dann aber pflegt er sehr schnell zu essen und ganz erstaunliche Quantitäten, besonders vegetabilischer Nahrung (Brod und Reis) zu vertilgen. Es ist erklärlich, daß sich diese zweifellos unzweckmäßige Lebensweise, die mir immer als eine Reminiscenz aus alter vergangener Zeit, als eine ererbte Anpassung an das Nomaden-, das Kriegs- und Sagenleben der türkischen Eroberer erschienen ist, in ganz bestimmter Weise den Verdauungstraktus beeinflußt und schädigt. Zunächst werden dem Magen sehr schnell übermäßig große Mengen von Nahrung zugeführt, es wird also der Magen mechanisch überlastet, gedehnt und gleichzeitig an seine verdauende und vor allem an seine motorische Kraft extravagante Anforderungen gestellt. Die natürliche Folge ist eine Magenektasie und eine Atonie und Schwäche der Muskulatur des Magens verbunden mit dyspeptischen Störungen. Das Exempel auf diese theoretische Rechnung läßt sich tagtäglich in unserer Poliklinik machen, wo die Frequenz an Ektasien, Atonien und Dyspepsien des Magens aller Art eine geradezu erstaunliche ist und bei weitem das übertrifft, was man in Deutschland in dieser Beziehung zu sehen gewohnt ist. Nicht minder wird der Darm durch die geschilderte Ernährungsweise angegriffen. Die große Masse vegetabilischer Nahrung bedingt auch sehr erhebliche Rückstände, die als Kot ausgeschieden werden sollen und demzufolge eine mechanische Dehnung und Ueberanstrengung des Darms bewirken. In der Tat sind Darmatonieen, chronische habituelle Obstipationen jeden Grades nicht weniger häufig, als die Magenaffektionen. Aber die Ueberlastung des Verdauungstraktus ist vielfach eine derartig hochgradige, daß nicht nur die direkte Wirkung auf Magen-Darmwand und -Muskulatur hervortritt, sondern indirekt noch andere Teile in Mitleidenschaft gezogen werden; das sind einmal die Ligamente des Magens und das Mesenterium, die durch den schweren Ballast gedehnt und verlängert werden und in diesem Zustand zu den überaus häufigen Erscheinungen der Gastroenteroptose führen, andererseits die Bauchdecken, deren Muskulatur infolge der Dehnung durch die geblähten Darmschlingen und der dauernden Ueberanstrengung atrophieren und erschlaffen; das aber bedingt selber schon resp.

verschlimmert bereits vorhandene Gasteroenteroptosen und ist ferner ein Grund zu der so erschreckenden Frequenz von Hernien jeglicher Größe ¹⁾.

Also auch von diesen Gesichtspunkten aus, erscheint die überwiegend vegetarische Diät, gegenüber der gemischten Kost, minderwertig. Trotzdem erschien es uns aus manchen Gründen untunlich, den Kranken unseres Hospitals eine überwiegende Fleischkost zuzumuten; denn einmal wäre ein derartiger Versuch von den Patienten ohne weiteres abgelehnt worden, andererseits hätte unser Budget eine derartige Ernährung nicht gestattet. So lag es denn nahe, Versuche anzustellen, ob man nicht auf andere Weise, etwa durch Zuführung von reinem Eiweiß, die Nahrung mit Vorteil kompletieren könnte. Derartige Versuche wurden zunächst mit Finklers Tropon angestellt und zeitigten einen völligen Mißerfolg. Da ich glaubte, diesen Schiffbruch dem speziellen Präparat, nicht der Idee zuschreiben zu müssen, so nahm ich eigene frühere Arbeiten wieder auf und versuchte ein Eiweißpräparat herzustellen, das die Fehler in der Fabrikation des Tropons vermied. Diese Fehler bestehen meines Erachtens erstens darin, daß das Tropon, wenigstens wie es jetzt in den Handel kommt, ein zum größeren Teil aus vegetabilischen Material gewonnenes Präparat ist, und ich muß auf Grund der hier in der Türkei gesammelten Erfahrungen dem animalen Eiweiß eine entschiedene Ueberlegenheit vor dem vegetabilischen vindizieren; zweitens geschieht bei der Fabrikation des Tropon die Isolierung des Albumins durch Coagulation in der Hitze (vermittelt Wasserstoffsperoxyd), ein Verfahren, das die Resorptions- und Verdauungsfähigkeit der Eiweißkörper notwendigerweise beeinträchtigen muß. Das von mir gewonnene Albuminat, über dessen Darstellung ich an anderem Orte berichten werde, ist lediglich tierischer Provenienz und wird mit möglichster Vermeidung der Coagulation, sei es in der Hitze, sei es durch chemische Reagentien hergestellt. Dieser von mir angewandte Eiweißstoff gab im Gegensatz zu Tropon sehr befriedigende, zum Teil ausgezeichnete Resultate, so daß, wie ich glaube und worauf es an dieser Stelle in erster Linie ankommt, die Annahme des Defizits an animalischem Eiweiß als Ursache der Unterernährung in qualitativem Sinne durch meine Versuche bestätigt wird.

Ich will die Besprechung der Magendarmaffektionen nicht beschließen, ohne noch einer auffälligen Tatsache Erwähnung zu tun:

1) cf. p. 286.

das ist die große Seltenheit an Magencarcinomen, die mir übrigens eine Teilerscheinung zu sein scheint von der überhaupt geringen Frequenz aller inneren Krebse (z. B. auch des Uteruscarcinoms), während doch gerade die äußeren Carcinome ganz ungemein häufig sind. Eine Erklärung für dieses eigenartige Verhalten fehlt mir einstweilen völlig¹⁾.

Zum Schluß noch die Besprechung verschiedener Typen von Infektionskrankheiten: zunächst der Dysenterie.

Diese Erkrankung, über die in der letzten Zeit nach der ätiologischen Seite hin so viel geschrieben wird, tritt hier nach unseren bisherigen Krankenhauserfahrungen, bald in reichlicher Zahl in Form kleiner Epidemien oder vielmehr Endemien auf, bald scheint sie für lange Zeit ganz von der Bildfläche zu verschwinden, und bald wieder beobachtet man nur einzelne sporadische Fälle. Was die Epidemiologie anlangt, so kann es für mich keinem Zweifel unterliegen, daß die Wasserversorgung in erster Linie anzuschuldigen ist und zwar ist es, wie ich glaube, der Gebrauch oder Genuß von Cisternenwasser, der am häufigsten zur Uebertragung der Dysenterie Anlaß giebt. Ich kann an diesem Ort nicht auf alle Details eingehen, ich will nur erwähnen, daß wir im Sommer 1902 eine recht ausgedehnte Hospitalendemie erlebten, die erst erlosch und seitdem nie wieder auftrat, nachdem eine unter dem Hospital befindliche, große, aus byzantinischer Zeit herstammende Cisterne geschlossen wurde. Die Aetiologie der Dysenterie, an deren Erforschung ich mich persönlich beteiligt habe, ist, wie ich für die hiesigen Formen nach meinen Untersuchungen annehmen muß, bazillärer Natur. Jedenfalls habe ich weder im Stuhl noch in Darmschnitten jemals Amöben finden können. Andererseits aber unterscheidet sich der von mir bislang konstant bei allen klinisch sicheren Dysenteriefällen gefundene Bazillus in gewissen biologischen Eigenschaften von dem jetzt im Vordergrund des Interesses stehenden Shigaschen oder, wie er neuerdings genannt wird, Shiga-Kruseschen Bazillus, dem er aber jedenfalls morphologisch nahesteht. Was für die ätiologische Bedeutung meines Dysenteriebazillus spricht, ist neben dem konstanten, zum großen Teil reichlichen, bisweilen fast ausschließlichen Vorkommen, die spezifische Tierpathogenität bei Katzen. Spezifisch deshalb, weil vollvirulente Dysenteriebazillen

1) cf. die Erklärung auf pg. 284.

bei diesen Versuchstieren nicht allein bei rektaler Applikation, sondern auch bei Infektion per vias naturales, d. h. mit der Nahrung, ja bisweilen und unter gewissen Bedingungen sogar bei peritonealer Inokulation eine auf den Dickdarm isolierte Erkrankung erzeugen, die grobanatomisch sowie histologisch durchaus der menschlichen Dysenterie analog ist.

Klinisch resp. prognostisch lassen sich die hier beobachteten Dysenteriefälle in zwei Klassen scheiden. In der überwiegenden Mehrzahl ist die hiesige Dysenterie bei sonst gesunden Menschen eine Erkrankung, die einer sachgemäßen, diätetischen und medikamentösen Behandlung keine allzu großen Schwierigkeiten macht. Dazwischen kommen aber jedes Jahr einige wenige Fälle vor, die von vorneherein jeder Behandlung spotten und unweigerlich zum Exitus führen. Erwähnen will ich noch, daß der Eintritt einer akuten Dysenterieinfektion bei einem, durch irgend eine chronische Krankheit geschwächten, oder gar kachektischen Patienten oder bei einem chirurgischen Kranken im Anschluß an einen größeren operativen Eingriff, ein geradezu deletäres Ereignis ist. In diesen Fällen ist es uns einige wenige Male gelungen, die Anfangsstadien der Dysenterie zu sehen, die sich durch intensive katarrhalische Schwellung der Schleimhaut mit oder ohne vorwiegende Beteiligung der Follikel charakterisieren. Abgesehen von diesen wenigen initialen Fällen beobachteten wir auf dem Sektionstisch die verschiedensten Formen und Grade von Zerstörung des Dickdarms. Es wird bisweilen und besonders in modernen Lehrbüchern und Monographien ein prinzipieller, auf ätiologische Verhältnisse sich beziehender Unterschied zwischen diphtherischen und ulcerösen Dysenterieformen zu machen versucht. Ich kann auf Grund des mir vorliegenden Sektionsmaterials und meiner vielfältigen bakteriologischen und histologischen Untersuchungen eine derartige Scheidung in zwei gesonderte Gruppen nicht anerkennen. Ueberall wurde der nämliche Bazillus gefunden, sei es daß es sich um diffuse, entzündlich-nekrosierende Prozesse, sei es daß es sich um disseminierte Verschwärungen und Ulcerationen handelte. Histologisch war ferner allen Fällen gemeinsam, daß der pathologische Prozeß in der Schleimhaut mit einer zelligen resp. hämorrhagischen Entzündung begann, die wenig Neigung zu exsudativen d. h. fibrinösen Ausschwitzungen, sondern von vornherein die Tendenz zur Mortifikation des Gewebes und zum Fortschreiten besaß; und dies erfolgte entweder mehr oberflächlich und führte dann zu flächenhaften Schleimhautdiphtherien

oder ging in die Tiefe der Submucosa und Muscularis und erzeugte disseminierte Ulcerationen. In einem Falle beobachteten wir eine Totalnekrose fast des gesamten Dickdarms und doch fand sich gerade hier kulturell neben relativ wenig zahlreichen Kolibakterien ausschließlich der von mir für spezifisch gehaltene Bazillus, wie ich denn überhaupt, in Uebereinstimmung mit Kruse sagen muß, daß die Bakterienflora bei echten Dysenteriefällen sowohl im Stuhl wie in der Darmwand von Leichen im allgemeinen eine überraschend einförmige ist.

Was die Malaria angeht, so habe ich bereits oben erwähnt, daß die überwiegende Menge der durch unsere Hände gehenden Kranken zu irgend einer Zeit ihres Lebens einmal an Malariafiebern gelitten hat. Da aber Konstantinopel selbst malariefrei ist und in der nächsten Umgebung sich nur einige wenige kleinere Malariaherde mit geringer Morbidität finden, so ist es erklärlich, daß wir am häufigsten Spätrezidive, chronische Formen und Folgezustände der Malaria zu Gesicht bekommen: vor allem schwere Anämien und Kachexien, chronische Leber- und Milzschwellungen, Nierenaffektionen und atrophische mit Diarrhöen einhergehende Zustände des Magen-darmapparates. Sehr viel seltener und keineswegs sehr häufig sehen wir die akuten typischen intermittierenden Fieber, die, soweit ich sie untersuchen konnte, größtenteils dem Tertiantypus angehörten. Daneben haben wir aber, wenn auch nur einige wenige Fälle von sogenanntem Tropenfieber mit den charakteristischen Tropenparasiten beobachtet, und zwar stammten diese Fälle merkwürdigerweise gerade aus der näheren resp. weiteren Umgebung Konstantinopels. Inbezug auf den Fieberverlauf zeigten sie entweder tertianen Typus oder atypisches Fieber. Einer dieser Kranken, der sich in Erenköi, einem Konstantinopel schräg gegenüber auf der asiatischen Küste gelegenen Villendorf infiziert hatte, wurde in hoffnungslosem, komatösen Zustande aufgenommen und starb bereits am nächsten Morgen. Im Blut fanden sich fast nur, und zwar in großen Mengen, ausgewachsene scheibenförmige Parasiten mit großem zentral oder exzentrisch gelegenen Pigmentkorn, Teilungsfiguren und typische Halbmonde. Bei der Sektion zeigte sich eine sehr eigenartige Veränderung der Milz. Beim Einschnitt der gespannten Milzkapsel sah man, daß die bestehende Schwellung des Organs zum großen Teil auf einer mächtigen Hämorrhagie, man kann sagen, auf einer intrakapsulären Milzruptur beruhte. Die Blutflüssigkeit hatte daselbst eine schwarzbraune, teerfarbene Beschaffenheit angenommen und bei

der mikroskopischen Untersuchung sah man, daß die roten Blutkörperchen aufgelöst waren und ihren Farbstoff an das Serum abgegeben hatten; in der Flüssigkeit waren ungeheure Mengen von Parasiten und freiem Pigment suspendiert. Der Rest des noch erhaltenen Milzgewebes war diffus hämorrhagisch infarziert, von sehr weicher, breiartiger Konsistenz und fast schwarzer Farbe. Auf Schnittpräparaten der Milz zeigte sich eine so erstaunliche Masse von Plasmodien, ebenfalls wie im Blute, kleinere und große scheibenförmige Parasiten, Teilungsfiguren und Halbmonde darstellend, wie mir das in der Litteratur, so weit mir dieselbe zugänglich ist, bisher nicht beschrieben zu sein scheint.

Ueber die Syphilis in Konstantinopel und in der Türkei kann ich mich kurz fassen, da ich mich in der Hinsicht vollkommen auf die unlängst erschienene Arbeit von v. Düring¹⁾: „Studien über endemische und hereditäre Syphilis“ beziehen kann. Die in dieser Arbeit niedergelegten Beobachtungen und Auffassungen kann ich, soweit es das mir vorliegende Konstantinopeler Material zuläßt, vollauf bestätigen. Auch bei unserem überwiegend poliklinischen, sehr reichhaltigen Material waren die Spätformen der Syphilis im Vergleich zu europäischen Verhältnissen ganz unvergleichlich viel häufiger. Früh- und Späterkrankungen stellen sich bei unseren poliklinischen Aufzeichnungen fast wie 1:1, wobei ich mit v. Düring nur auf den relativen, nicht auf den absoluten Wert dieser Zahl Gewicht lege. Am häufigsten wurden Tertiärsymptome beobachtet sub forma von ulcerösen, serpiginierenden Hautsyphiliden, die bisweilen weite Gebiete des Körpers abgeweidet und unter Umständen zu umfangreichen Narbenkontrakturen Anlaß gegeben hatten; ferner von Knochensyphilis und zwar vorwiegend von Syphilis der langen Röhrenknochen, für deren Studium das hiesige Material, hauptsächlich wegen der fehlenden resp. unvollkommenen Behandlung, sich in ganz hervorragender Weise eignet und deren Formen ich an der Hand von Röntgenbildern in einer ausführlichen Arbeit beschreiben werde. Daneben sieht man ausgedehnte Zerstörungen der Nase, des Rachens und Gaumens, bisweilen auch des ganzen Gesichts, so daß es zur fast vollständigen Skelettierung desselben kommen kann. Die Syphilis des Zentralnervensystems ist relativ selten und die sogenannten parasyphilitischen Affektionen, wie vor allem die Tabes, so auffallend selten, daß ganz unwillkürlich Zweifel

1) Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. LXI, No. 1.

an der syphilitischen Genese der Tabes, wenigstens in dem häufig betonten, ausschließlichen Sinne, rege werden müssen.

Anlässlich der primären und sekundären Syphilis will ich nur auf die relative Häufigkeit der analen Infektionen als Ausfluß des im Orient bei allen Rassen weitverbreiteten homosexuellen Geschlechtsverkehrs hinweisen. Während ich auf diese Weise entstandene weiche Analschanker oft genug zu sehen bekam, ist es mir nicht gelungen, obwohl wir aus verschiedenen Gründen speziell darauf gefahndet haben, einen sicheren, d. h. klinisch und bakteriologisch einwandfreien Fall von Rektalgonorrhöe zu konstatieren, trotzdem natürlich die Urethralgonorrhöe sich einer ähnlichen Frequenz erfreut wie bei uns.

Die Lepra, die hierzulande dank der Unkenntnis, Sorglosigkeit und Gleichgiltigkeit des Publikums, der Behörden und vor allem der Aerzte, eine häufig gesehene Erkrankung ist, präsentiert sich meist unter dem Bilde der tuberösen oder mutilierenden Formen. Reine Nervenlepra scheint selten zu sein. An der Hand von einer ganzen Reihe von Lepromen, die ich exstirpiert und mikroskopisch untersucht habe, kann ich mir die Bemerkung nicht versagen, daß mir der von Unna angeregte Streit darüber, ob es eine intracelluläre Lage der Leprabazillen im Gewebe gibt oder nicht, ganz unerfindlich ist. Es kann für mich keinem Zweifel unterliegen, daß die bisweilen ja in staunenerregenden Massen vorhandenen Bazillen nicht nur überhaupt, sondern oft zum großen Teil im Innern von wohlcharakterisierten Zellen liegen, deren Kern, Protoplasma und Kontur man deutlich unterscheiden kann; ja nicht selten sind in den leprösen Herden Zelle an Zelle dicht gefüllt mit Leprabazillen. An dieser Tatsache ist meines Erachtens ebenso wenig zu deuteln, wie etwa an der intracellulären Lage von Gonococcen. Therapeutisch habe ich bei mehreren Fällen von Lepra tuberosa ganz auffallende Besserungen durch Chauhnoogruöl gesehen, einem Präparat, bei dem leider zwei Uebelstände sehr störend wirken. Einmal scheinen die in den Handel gebrachten Präparate keineswegs gleichwertig zu sein, zweitens erzeugt dies Öl bei länger dauernder Applikation sehr leicht Nierenreizerscheinungen, Albuminurie und selbst Nephritis und erheischt daher große Vorsicht in der Anwendung. Vielleicht würde man bessere Resultate erzielen, falls es gelänge, die in dem Öl vorhandene, zweifellos wirksame Substanz, das Alkaloid, zu isolieren und chemisch rein darzustellen.

Interessant sind die Knochenveränderungen bei der Lepra, wie sie sich vermittelt Röntgenaufnahmen präsentieren. Es handelt sich um Prozesse, die man wohl am besten und treffendsten als Knochenresorption bezeichnet, da die Knochensubstanz sich, vielfach ohne irgendwelche reaktiventzündliche Erscheinungen, spontan aufzulösen scheint. Jedenfalls sieht man weder bei Tuberkulose noch bei Syphilis jemals einen analogen Prozeß.

XIII c.

Bericht über die Nervenlinik.

(Statistik vom 1./I. 1899—1./X. 1901)

erstattet vom Oberarzt Prof. Raschid Bey.

	Total	geheilt	gebess.	ungeh.	gestorb.	Religion			
I. Gehirnerkrankheiten.									
Hirnblutung	22	7	10	3	2	18 M.	3 G.	1 Jud. ¹⁾	
Hirntumor	2	—	1	—	1	2 „	—	—	—
Kleinhirntumor	1	—	—	1	—	1 „	—	—	—
Hirnerweichung	2	—	—	1	1	1 „	—	1 „	—
Hirnlues	6	4	1	—	1	3 „	2 „	—	1 Ar.
Cerebrale Kinderlähmung	2	—	2	—	—	2 „	—	—	—
Summa	35	11	14	5	5	27 M.	5 G.	2 Jud.	1 Ar.
II. Krankheiten des verläng. Marks.									
Progressive Bulbärparalyse	1	—	1	—	—	1 M.	—	—	—
Summa	1	—	1	—	—	1 M.	—	—	—
III. Rückenmarkskrankheiten.									
Tabes dorsalis	7	—	3	2	2	5 M.	2 G.	—	—
Amyot. Lateralsklerose	1	—	1	—	—	1 „	—	—	—
Spast. Spinalparalyse	4	—	4	—	—	4 „	—	—	—
Progressive Muskelatrophie	2	—	2	—	—	2 „	—	—	—
Progressive Muskelatrophie (neurale Form)	2	—	2	—	—	2 „	—	—	—
Prim. Myopathie (Dystrophia muscul. progr.)	3	—	2	1	—	2 „	1 „	—	—
Myelitis transversa	9	3	5	1	—	7 „	2 „	—	—
Haematomyelie	2	1	1	—	—	1 „	—	—	1 Ar.
Multiple Sklerose	9	—	8	1	—	6 „	2 Ar.	1 Eu.	—
Syringomyelie	4	—	3	1	—	4 „	—	—	—
Meningitis spinalis	2	—	2	—	—	2 „	—	—	—
Spinale Kinderlähmung	2	—	2	—	—	2 „	—	—	—
Luetische Spinalmeningitis	8	3	3	1	1	5 „	3 „	—	—
Summa	55	7	38	7	3	43 M.	10 G.	1 Eu.	1 Ar.
IV. Periphere Lähmungen der Hirnnerven.									
Facialislähmung (R.)	3	3	—	—	—	3 M.	—	—	—
Trigeminuslähmung (L.)	2	1	—	1	—	2 „	—	—	—
Summa	5	4	—	1	—	5 M.	—	—	—

1) M. = Muhamedaner, G. = Griechen, Ar. = Armenier, Jud. = Jude, Eu. = Europäer.
Rieder, Selbstgelebtes und Gewolltes.

	Total	geheilt	gebess.	ungeh.	gestorb.	Religion		
V. Periphere Lähmungen der Spinalnerven.								
Erb'sche Schulterlähmung (L.)	2	2	—	—	2	M.	—	—
Untere Plexuslähmung (R.)	1	1	—	—	1	"	—	—
Radialislähmung (R.)	6	4	2	—	4	"	2 G.	—
Ulnarislähmung (L.)	2	2	—	—	2	"	—	—
Medianuslähmung (L.)	1	1	—	—	1	"	—	—
Peroneuslähmung (L.)	2	—	2	—	2	"	—	—
Polyneurit. alcoholica	11	—	8	3	6	"	2 G.	1 Jud. 2 Ar.
Polyneurit. bei Diphtherie	9	5	4	—	8	"	1 "	—
Neurit. ischiadica	2	2	—	—	2	"	—	—
Neurit. lumbalis	3	2	1	—	2	"	1 G.	—
Tic. (conv.) douloureux bei Malaria	1	1	—	—	1	"	—	—
Neuralgia brachialis	1	1	—	—	1	"	—	—
Summa	41	21	17	3	32	M.	6 G.	1 Jud. 2 Ar.
VI. Neurosen.								
Hysterie	4	2	2	—	3	M.	—	1 Ar.
Neurasthenie	11	5	6	—	10	"	1 G.	—
Traumatische Neurose (Hysterie traumatique)	4	2	2	—	2	"	2 "	—
Epilepsie	7	—	7	—	6	"	1 "	—
Chorea	1	1	—	—	1	"	—	—
Parkinson'sche Krankheit	1	—	1	—	1	"	—	—
Basedow'sche Krankheit	2	—	2	—	1	"	1 G.	—
Summa	30	10	20	—	24	"	5 G.	1 Ar.
VII. Geisteskrankheiten.								
Progressive Paralyse	9	—	5	2	2	4	"	5 "
Dementia senilis	4	—	—	4	—	4	"	—
Zirkuläres Irresein	5	—	3	2	—	4	"	1 "
Melancholie	6	—	2	—	4	4	"	2 "
Hébephrenie (Dement. praecox)	2	—	2	—	—	2	"	—
Dementia epileptica	3	—	3	—	—	3	"	—
Dementia alcoholica	5	—	4	—	1	3	"	2 "
Imbecillitas	4	—	2	—	2	3	"	1 "
Summa	38	—	21	10	7	27	M.	11 G.
Gesamtaufnahme 205 Patienten, davon: 159 Muhamedaner, 37 Griechen, 5 Armenier, 3 Juden, 1 Europäer.								

Davon geheilt: 55 Patienten,
gebessert: 109 "
ungeheilt: 26 "
gestorben: 15 "

1. Das Lebensalter der behandelten Patienten betraf durchschnittlich das 4. und 5. Decennium. Als aetiologische Momente mußten hauptsächlich angeschuldigt werden: Arteriosklerose, Lues, Alkohol, Herzaffektionen.

2. Rückenmarksleiden. Von 25 Tabikern war bei zweien die Erkrankung auf Erkältung zurückzuführen (polyneuritischer Ursprung). Der erste Fall war ein 50jähriger Mann aus Konia, der täglich als Eisverkäufer mit einer Last von 40 Klgr. einen Weg von 18 Km zurücklegen mußte. Wenn ihn seine Beine und besonders seine Füße schmerzten, steckte er sie abends stundenlang in Eiswasser. Dadurch erhielt er Linderung und ruhigen Schlaf. Nach 10jähriger Arbeit und Ausführung dieser von ihm selbst erfundenen Behandlungsmethode stellten sich lancinierende Schmerzen in verschiedenen Körperteilen und Paraesthesien in Beinen und Füßen ein. Die Schmerzen waren intermittierend, traten besonders des nachts auf und dauerten zwei Jahre. Dann traten Gehstörungen und weiter rasch aufeinander folgend die übrigen Symptome der Tabes auf.

Der zweite Fall betraf einen 38jährigen Arbeiter, der acht Jahre lang in Stenia am Bosphorus in einer Eisfabrik beschäftigt war. Er mußte tagsüber barfuß auf dem Eise herumlaufen. Beginn der Erkrankung mit Gehstörungen, die bald zur Arbeitsunfähigkeit führten. Als er März 1901 in Behandlung kam, handelte es sich bereits um eine vollentwickelte Tabes. — Die Tabiker, die ich hier behandelte, waren meistens Griechen. Bei den Muhamedanern mit luetischen Infektionen sah ich nie Tabes. Bei den Muhamedanern fehlt der Alkohol, jedenfalls in dem Maße und der Verbreitung, wie bei den Griechen, bei denen syphilitische und alkoholische Schädigungen die Tabes in den von mir beobachteten Fällen hervorgehoben hatten.

3. Peripherische Erkrankungen. In $\frac{2}{3}$ der Fälle trat Heilung ein. Aetiologische Momente waren Trauma und Erkältung. Die Behandlung bestand in Elektrizität, Massage, Jodkali etc.

4. Neurosen. Als Ursache der hier sehr verbreiteten Neurasthenie fand ich bei jugendlichen Individuen sehr häufig Anaemie, bei etwa $\frac{1}{5}$ der Fälle geistige Ueberanstrengung. Man findet hier mehr Hysteriker als Epileptiker, auch hier spielt wohl der wenig verbreitete Alkoholgenuß eine günstige Rolle. Die Behandlung der Epilepsie bestand hauptsächlich in der Behandlung nach Flehsig, $\frac{2}{3}$ wurden dadurch gebessert.

5. Geisteskrankheiten. Geisteskrankheiten sind weniger verbreitet als in Europa. Nur periodisches Irresein und Manie finden sich hier häufiger als dort. Die größte Zahl der beobachteten Fälle zeigt akuten Beginn mit Neigung zur Tobsucht. Ich behandelte drei Patienten (Staatsrat, Gerichtspräsident und eine Erzieherin),

die ohne syphilitische Infektion an progressiver Paralyse in vier bis fünf Jahren zu Grunde gegangen sind, und wo geistige Ueberanstrengung als Ursache herangezogen werden mußte.

XIII d.

Chirurgische Poliklinik.

(Statistik vom 1./III. 1900—1./X. 1901.)

Mitgeteilt vom Direktor.

	Zahl d. Fälle
I. Verletzungen.	
a) Einfache Wunden	74
b) Kontusionen, Distorsionen	23
c) Luxationen	1
d) Frakturen	
1. subkutane	6
2. komplizierte	1
II. Verbrennungen.	9
III. Akut entzündliche Prozesse,	
a) der Haut, Panaritien, Phlegmonen, eingewachsenen Nägeln etc.	137
b) tieferer Organe, Mamma	80
c) der Lymphgefäße, Lymphdrüsen	57
d) der Muskeln, Sehnscheiden, Schleimbeutel	3
e) des Periostes, Knochen, Knochenmarkes	9
f) der Gelenke	7
IV. Chronische entzündliche Prozesse	
a) der Sehnscheiden und Schleimbeutel	2
b) der serösen Häute	23
c) Syphilis	9
d) alte Osteomyelitis	7
e) Tuberkulose	
1. des Gelenkes	54
2. der Drüsen	76
3. der Haut	12
4. der Knochen	74
5. der Schleimbeutel	2
f) Lepra	5
V. Folgezustände abgelaufener Erkrankungen (Deformitäten der Knochen und Gelenke, Ankylosen, Plattfüße, Genu valgum etc.)	20
VI. Tumoren	
a) gutartige	121
b) bösartige	32
VII. Fremdkörper	14
VIII. Ulcus	
a) cruris	27
b) syphilitic.	5
c) varicosum	2
d) Eczema	9
Summa	901

	Uebertrag	Zahl d. Fälle
		901
IX. Fistula		
a) ani		10
b) simplex		12
X. Fissura ani		2
XI. Prolapsus ani		1
XII. Circumcision		6
XIII. Hämorrhoiden		2
	Summa	934 ¹⁾

XIII e.

Gynäkologische Poliklinik.

(Statistik vom 1./III. 1900 bis 1./X. 1901).

Mitgeteilt vom Oberarzt Assaf Bey.

1. Blenorragie	10
2. Endometritis, Metritis u. Cervicalkatarrh	25
3. Parametritis und deren Folgezustände	96
4. Salpingitis, Oophoritis	4
5. Tumoren	
1. Fibrome, Myome	26
2. Carcinome	3
6. Ovarialcysten	9
7. Prolapsus vaginae et uteri	6
8. Dammrisse	2
9. Menstruationsanomalien	10
10. Blasenscheidenfistel	1
11. Störungen der Harnblase	5
12. Nervöse Störungen	9
	Summa
	206 ²⁾

XIII f.

Oto-Laryngologische Poliklinik.

(Statistik vom 1./III. 1900 bis 1./X. 1901).

Mitgeteilt vom Oberarzt Zia Bey.

Ohrenerkrankungen	344
Erkrankungen der Nasenhöhle, des Cavum pharyngonasale und der Mundhöhle	156
Erkrankungen des Larynx	30
Erkrankungen des Pharynx	27
Nervöse Störungen	30

1) Behandelt wurden im ganzen 1003 Fälle. Von den fehlenden 69 Fällen sind die Eintragungen ungenau.

2) Im ganzen wurden behandelt 323 Fälle. Mithin fehlten bei 117 Fällen genauere Notizen.

	Zahl d. Fälle
Diese Fälle verteilen sich wie folgt:	
1. Ekzem der Ohrmuschel und des Gehörganges	24
2. Otitis externa (diffuse, circumscripte)	36
3. Cerumen obturans	47
4. Tubenkatarrhe	27
5. Katarrhalische Prozesse der Paukenhöhle	50
6. Eitrige und exsudative Mittelohrentzündungen	105
7. Labyrinthtaubheiten	11
8. Myringitis	44
9. Rhinitis (katarrhalische, Ozaena etc.)	50
10. Muskelhypertrophien	28
11. Polypen	16
12. Verbiegung und Spinen der Nasenscheidewand	10
13. Epistaxis	4
14. Adenoide Vegetationen	7
15. Gutartige Tumoren	2
16. Bösartige Tumoren	5
17. Stomatitiden	8
18. Hypertrophie der Gaumenmandeln	20
19. Unbestimmte Diagnosen (mangelnder objektiver Befund, nervöse Störungen etc.)	57
Summa	557 ¹⁾

XIII g.

Poliklinik für Orthopädie und Massage

(Statistik vom 4./III. 1900 bis 1./I. 1903).

Mitgeteilt vom Oberarzt Dr. Hoffmann.

I. Traumen.

Kontusionen	16
Distorsionen	15
Frakturen	12
Narben	17
Andere Folgezustände	15
Summa	75

II. Gelenke.

Entzündungen, trockene Formen	55
sogen. rheumatische Formen	20
Trippergelenke	4
Gichtgelenke	4
Summa	83

1) Behandelt wurden im ganzen 630 Fälle. Von den fehlenden 73 Fällen finden sich keine genügenden Notizen.

	Uebertrag	83
Ankylosen, Kniegelenke		8
Ellenbogengelenke		9
Hüftgelenke		6
Ergüsse (seröse)		14
	Summa	120
III. Muskeln.		
Muskelrheumatismus		60
Muskelatrophien		15
Schwäche im Rücken		28
Lumbago		45
Muskellähmung		20
Progressive Muskelatrophie		3
Schiefhals		19
Tendovaginitis		10
	Summa	200
IV. Nerven.		
Neuritis		15
Neuralgie		38
Ischias		79
Tic douloureux		25
Hysterie		4
Hystero-Neurasthenie		33
Infantile Kinderlähmung		23
Folgezustände bei Myelitis		5
Folgezustände bei Hemiplegie		15
	Summa	237
V. Verschiedene Erkrankungen.		
Rachitis		3
Scoliosis		35
Magendilatation		40
Darmatonie		65
Erschlaffung der Ligamente mit Uterusvorlagerung		3
Elephantiasis		3
Fettsucht		5
	Summa	154
	Gesamtsumme	786

XIIIh.
Medizinische Poliklinik.
 (Statistik vom 1./I. 1899 bis 1./X. 1901).
 Mitgeteilt vom Oberarzt Prof. Dr. Deycke.

Krankheiten	Zahl d. Fälle
I. Allgemeine Ernährungsstörungen und Krankheiten des Blutes.	
1. Rachitis	95
2. Scrophulosis	54
3. Anaemie und Chlorose	620
4. Anaemie gravis et perniciososa	6
5. Leukämie	2
6. Morbus Addisonii	1
7. Infantilismus	2
8. Diabetes mellitus	20
9. Diabetes insipidus	1
10. Adipositas	11
II. Infektionskrankheiten.	
11. Variola	1
12. Morbilli	4
13. Scarlatina	4
14. Pertussis	6
15. Erysipelas	13
16. Diphtherie	4
17. Noma	2
18. Malaria	282
19. Dysenterie	168
20. Typhus abdominalis	4
21. Meningitis cerebrospinalis	2
22. Tuberkulose	
a) der Lungen	733
b) der Knochen und Gelenke	452
c) der Drüsen und anderer Organe	341
23. Syphilis	
a) primäre	97
b) sekundäre	334
c) tertiäre	261
d) hereditäre	55
24. Gonorrhoe	390
25. Influenza	89
26. Croupöse Pneumonie	30
27. Lepra	25
Summa	4109

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	4109
III. Invasionskrankheiten:	
28. Taenia	75
29. Andere Eingeweidewürmer	46
30. Medinawurm	1
31. Pediculi pubis	1
32. Scabies	366
IV. Intoxikationen.	
33. Mercurialismus	5
34. Bleivergiftung	4
35. Nikotinvorgiftung	2
36. Chronischer Alkoholismus	26
37. Haschischvergiftung	1
V. Krankheiten des Nervensystems.	
a) Neurosen.	
38. Raynaud'sche Krankheit	1
39. Psychosen	6
40. Hysterie	339
41. Neurasthenie	91
42. Singultus	3
43. Epilepsie	36
43. Chorea	5
45. Basedow'sche Krankheit	39
46. Hemicranie	15
b) Gehirn.	
47. Hirn- und Hirnhautentzündung	6
48. Commotio cerebri	1
49. Apoplexia cerebri und deren Folgen	72
50. Hydrocephalus	14
c) Rückenmark.	
51. Atrophia muscularis progressiva	1
52. Myelitis chronica	3
53. Spastische Spinalparalyse	5
54. Multiple Sklerose	5
55. Tabes dorsalis	14
56. Spinale Kinderlähmung	32
d) Periphere Nerven.	
57. Neuritis	22
58. Neuralgien	
a) Ischias	168
b) Trigeminusneuralgien	41
c) Intercostalneuralgien	180
59. Lähmung peripherer Nerven	4
Summa	5739

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	5739
VI. Krankheiten der Ohren.	
60. Krankheiten des äußeren und inneren Ohres	527
VII. Krankheiten der Atmungsorgane.	
61. Rhinitis	62
62. Epistaxis	7
63. Nasenpolypen	15
64. Laryngitis acuta und chronica	41
65. Akuter und chronischer Bronchialkatarrh	609
66. Bronchiektasien	6
67. Emphysema pulmonum	121
68. Bronchopneumonie	25
69. Pleuritis	80
70. Pneumothorax	1
VIII. Krankheiten der Zirkulationsorgane.	
71. Aortenaneurysma	13
72. Myocarditis	40
73. Herzklappenfehler	332
74. Herzneurosen	2
75. Arteriosklerose	85
76. Angina pectoris	10
77. Hämorrhoiden	188
78. Struma	26
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane.	
79. Angina und Tonsillarabsceß	221
80. Zahncaries	52
81. Parulis	19
82. Speichelfistel	6
83. Pharyngitis	6
84. Lippen- und Gaumenspalte	15
85. Dyspepsie	588
86. Akuter Magenkatarrh	15
87. Chronischer Magenkatarrh	341
88. Dilatatio et ectasia ventriculi	155
89. Ulcus ventriculi rotundum	45
90. Carcinoma ventriculi	8
91. Akuter und chronischer Darmkatarrh	131
92. Innerer Darmverschluss	2
93. Perityphlitis	23
94. Hernien	442
95. Stomatitis	120
96. Atonia gastro-intestinalis	129
Summa	10247

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	10247
97. Anusfistel	86
98. Prolapsus recti	1
99. Cirrhosis hepatis	57
100. Carcinoma hepatis	2
101. Leberabsceß	1
102. Icterus catarrhalis	16
103. Cholelithiasis	75
104. Peritonitis	8
X. Krankheiten der Harnorgane.	
105. Akute und chronische Nephritis	101
106. Pyelitis und Pyelonephritis	5
107. Hydronephrose	1
108. Wandernieren	18
109. Nierenstein	45
110. Blasenstein	49
111. Cystitis acuta et chronica	110
112. Papillom der Blase	6
113. Ectopia vesicae	1
114. Harnröhrenstriktur	10
115. Enuresis	11
XI. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane.	
116. Funktionsstörungen der männlichen Geschlechtsorgane	19
117. Urinfistel	13
118. Phimosis	14
119. Ulcus molle und Bubo	161
120. Chancröser Bubo	24
121. Hydrocele	77
122. Varicocele	59
123. Epididymitis gonorrhoeica	58
124. Epididymitis tuberculosa	10
125. Hypospadie	5
126. Epispadie	1
127. Balanitis	6
128. Prostatitis	3
129. Prostatahypertrophie	21
XII. Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.	
130. Mastitis	13
131. Bartholinitis	1
132. Fistula vesico-vaginalis	4
133. Schwangerschaft	29
134. Eklampsie	2
Summa	11370

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	11370
135. Scheiden- und Gebärmuttervorfall	9
136. Endometritis	122
137. Verlagerung der Gebärmutter	45
138. Para- und Perimetritis	182
139. Oophoritis	5
140. Salpingitis	90
141. Pyosalpinx	3
142. Ovarialcyste	14
143. Myoma uteri	15
144. Uteruspolyp	1
145. Uteruscarcinom	1
XIII. Krankheiten der Bewegungsorgane.	
A) Der Muskeln, Sehnenscheiden etc.	
146. Muskelrheumatismus	33
147. Tendovaginitis	27
148. Ganglion manus et pedis	14
149. Torticollis	3
B) Des Periosts, des Knochenmarks und der Knochen.	
150. Chronische Periostitis	8
151. Osteomyelitis	26
152. Spondylitis	33
C) Der Gelenke.	
153. Akuter und chronischer Gelenkrheumatismus	418
154. Hydrarthros	19
155. Gelenkmaus	2
156. Kontrakturen und Ankylosen	10
157. Skoliose und Kyphose	36
158. Genu valgum	26
159. Pes valgus	26
160. Entzündlicher Plattfuß	5
XIV. Krankheiten der Lymphdrüsen.	
161. Akute und chronische Entzündung	106
XV. Krankheiten der allgemeinen Hautdecke.	
162. Phlegmone	73
163. Lymphangitis	3
164. Verbrennungen	15
165. Gangraen	10
166. Panaritium	42
167. Furunkel	97
168. Karbunkel	3
Summa	12898

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	12898
169. Abscesse	176
170. Unguis incarnatus	26
171. Lichen	29
172. Favus	7
173. Impetigo contagiosa	50
174. Herpes tonsurans	24
175. Psoriasis vulgaris	44
176. Herpes zoster	4
177. Urticaria	9
178. Pityriasis versicolor	20
179. Alopecia areata	4
180. Ecthyma	18
181. Folliculitis purulenta	13
182. Herpes labialis etc.	17
183. Elephantiasis	13
184. Xanthelasma	1
185. Erythema nodosum	3
186. Prurigo	3
187. Seborrhoea	96
188. Vitiligo	4
189. Pruritus	42
190. Ekzem	498
191. Ulcera cruris	47
192. Lupus	33
193. Sycosis	31
194. Acne	44
195. Ichthyosis	3
196. Dyshidrosis	19
XVI. Neubildungen und Geschwülste.	
197. Gutartige Tumoren	81
198. Bösartige Tumoren	327
XVII. Verletzungen.	
199. Einfache Wunden und Kontusionen	186
200. Stichverletzungen der Brust und des Bauches	3
201. Distorsionen	11
202. Luxationen	26
203. Frakturen	81
Totalsumme¹⁾ u. ²⁾	14891

1) Dazu kommen noch 1146 Fälle. Sie gehören, ebenso wie die in den übrigen Poliklinikstatistiken nicht verwerteten der allerersten Zeit des poliklin. Betriebes an, wo wir es natürlich nicht ermöglichen konnten, in allen Fällen gleich zuverlässige Notizen zu machen.

2) Bis zum 1. X. 1901 bestand die Einrichtung, daß alle in Gülhane zur Untersuchung und Aufnahme kommenden Krankheitsfälle die medizinische Poliklinik passieren mußten und in dem Journal derselben eingetragen wurden. In der Zahl 14891 sind also alle in Gülhane bis 1. X. 1901 überhaupt behandelten Patienten enthalten, also auch diejenigen, die sich in den vorstehenden Statistiken der Kliniken und Polikliniken genauer spezifiziert vorfinden. Wie aus der Ubersichtstabelle pg. 231 zu ersehen ist, betrug die Zahl der nur auf die innere Poliklinik kommenden, d. h. nur dort untersuchten und behandelten Fälle bis zum 1. X. 1901: 9639.

XIII.

Nervenpoliklinik.

(Statistik vom 1./III. 1900 bis 1./X. 1901).

Mitgeteilt vom Oberarzt Prof. Raschid Bey.

Krankheiten	Total	geheilt	gebess.	ungeb.	männl.	weibl.	Religion
I. Gehirnkrankheiten.							
Hirnblutung	53	7	29	17	45	8	47 M. 3 G. — 3 Ar.
Hirnlues	7	4	3	—	6	1	3 „ 1 „ — 3 „
Hirntumor	1	—	1	—	1	—	1 „ — — —
Cerebrale Kinderlähmung	27	—	9	18	15	12	20 „ 5 „ 2 Jud. —
Summa	88	11	41	36	67	21	71 M. 9 G. 2 Jud. 6 Ar.
II. Rückenmarkskrankheiten.							
Tabes dorsalis	18	—	5	13	14	4	6 „ 10 „ — 2 „
Meningitis spinalis	3	—	3	—	2	1	2 „ 1 „ — —
Progressive Muskelatrophie	4	—	4	—	4	—	4 „ — — —
Multiple Sklerose	4	—	4	—	4	—	2 „ 2 „ — —
Myelitis transversalis	3	—	3	—	3	—	3 „ — — —
Amyotrophische Spinalparalyse	1	—	1	—	1	—	1 „ — — —
Hämatomyelie	1	—	1	—	1	—	1 „ — — —
Spinale Kinderlähmung	7	2	5	—	5	2	4 „ 2 „ 1 Jud. —
Summa	41	2	10	29	34	7	23 M. 15 G. 1 Jud. 2 Ar.
III. Periphere Leiden.							
Facialislähmung (12 L. 16 R.)	28	22	2	4	23	5	19 „ 6 „ — 3 „
Erb'sche Schulterlähmung	5	3	2	—	5	—	3 „ 1 „ 1 Jud. —
Radialislähmung (12 R., 4 L.)	16	12	—	4	11	5	12 „ 2 „ 2 „ —
Ulnarislähmung (R.)	4	4	—	—	4	—	4 „ — — —
Peroncuslähmung (L.)	1	—	1	—	—	—	1 „ — — —
Ischias (14 R., 3 L.)	17	10	7	—	15	2	13 „ 3 „ 1 „ —
Lumbago (R.)	3	1	2	—	3	—	2 „ 1 „ — —
Malarianeuralgie	1	1	—	—	1	—	1 „ — — —
Tic convulsif	5	2	3	—	3	2	3 „ 2 „ — —
Neurit. brachialis (2 L., 1 R.)	3	1	2	—	2	1	2 „ 1 „ — —
Polyneurit. alcoholica	26	16	7	3	22	4	5 „ 20 „ 1 „ —
Polyneur rheumat.	11	3	8	—	7	4	7 „ 3 „ 1 „ —
Muskelrheumatismus	14	8	6	—	9	5	12 „ 2 „ — —
Torticollis (L.)	1	1	—	—	1	—	1 „ — — —
Kehlkopflähmung (L.)	1	1	—	—	1	—	1 „ — — —
Impotenz	11	4	5	2	11	—	8 „ 3 „ — —
Incontin. urinae noct.	9	5	4	—	8	1	7 „ 1 „ 1 „ —
Summa	156	92	49	15	127	29	99 M. 47 G. 7 Jud. 3 Ar.

Krankheiten	Total	geheilt		ungeh.		Religion		
		gebess.	ungeh.	männl.	weibl.			
IV. Neurosen.								
Neurasthenie	49	10	30	9	48	1	47 M.	2 G.
Hysterie	35	15	20	—	8	27	24 „	5 „ 6 Ar.
Epilepsie	21	—	17	4	16	5	17 „	2 „ — 2 Eur.
Chorea	5	4	1	—	3	2	5 „	— — —
Traumatische Neurose	1	1	—	—	1	—	1 „	— — —
Basedow'sche Krankheit	5	—	2	3	3	2	4 „	1 „ — —
Uterusatrophie	2	—	2	—	—	2	2 „	— — —
Summa	118	30	72	16	79	39	100 M.	10 G. 6 Ar. 2 Fr.
V. Geisteskrankheiten.								
Dementia paralytica	12	—	3	9	12	—	5 „	7 „ — —
Dementia senilis	3	—	3	—	3	—	3 „	— — —
Dementia epileptica	4	—	2	2	4	—	3 „	1 „ — —
Periodische Manie	6	2	4	—	6	—	5 „	1 „ — —
Zirkuläres Irresein	6	2	4	—	6	—	5 „	1 „ — —
Idiotie	18	—	12	6	16	2	17 „	1 „ — —
Imbezillität	3	—	—	3	2	1	2 „	1 „ — —
Hebephrenie	5	—	2	3	2	3	2 „	3 „ — —
Katatonie	10	—	5	5	10	—	8 „	2 „ — —
Melancholie	3	—	—	3	2	1	2 „	1 „ — —
Summa	70	4	32	34	63	7	52 M.	18 G.

Gesamte Behandlung } davon 139 geheilt, 204 gebessert, 130 ungeheilt.
 von 473 Patienten¹⁾ } 345 Muh., 99 Gr., 17 Arm., 10 Jud., 2 Europäer.

XIIIk.

Statistik der Todesursachen.

(vom 1./I. 1899 bis 1./X. 1901).

Mitgeteilt vom Oberarzt Prof. Dr. Deycke.

Krankheiten	Zahl der Fälle
I. Infektionskrankheiten.	
I. Tuberkulose.	
a) Lungentuberkulose	26
b) Allgemeine Organtuberkulose	8
c) Meningealtuberkulose	2
d) Knochentuberkulose	8
e) Peritonealtuberkulose	5
Summa	49

1) Bei 4 Patienten fehlten Aufzeichnungen.

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	49
1. Typhus abdominalis	6
2. Pneumonia crouposa	4
3. Dysenterie	7
4. Diphtherie	1
5. Diphtherie scarlatinosa	1
6. Syphilis constitutionalis	1
7. Wundinfektionskrankheiten, Erysipel- u. phlegmon. Prozesse	4
8. Septicaemie	2
9. Osteomyelitis acuta	4
10. Milzbrand	1
11. Meningitis	2
II. Tod durch äußere Einwirkungen.	
12. Intoxikationen, Jodoform und Chloroform	2
13. Tod in Narkose	1
14. Verbrennungen	1
15. Frakturen der Wirbelsäule	1
16. Stich- und Schußverletzungen	2
III. Allgemeine.	
18. Anämie	
IV. Bösartige Neubildungen.	
19. Carcinome	
a) Gesicht	7
b) Mund, Pharynx	3
c) Larynx	3
d) Oesophagus	1
e) Lunge	1
f) Magen	4
g) Darm	1
h) Leber	2
i) Pankreas	1
k) Niere	1
l) Ovarium	1
m) Harnblase	2
n) Vulva	1
o) Untere Extremität	1
20. Sarcome	3
V. Organkrankheiten.	
a) Nervensystem.	
21. Apoplexie und Gehirnweichung	5
22. Gehirntumor	1
23. Myelitis	1
b) Gefäßsystem.	
24. Pericarditis	2
25. Herzklappenfehler	2
Summa	131

} 29

Krankheiten	Zahl d. Fälle
Uebertrag	131
26. Myocarditis	2
27. Degeneratio adiposa myocardii	1
28. Lungenembolie	1
c) Respirationsorgane.	
29. Bronchopneumonie	5
30. Eitrige Bronchitis	1
d) Verdauungsorgane.	
31. Peritonitis	2
32. Ileus, incarcerierte Hernie, Volvulus	10
33. Lebercirrhose	6
34. Leberabsceß	2
35. Leberechinococcus	1
e) Harn- und Geschlechtsorgane.	
36. Nephritis	6
37. Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis	6
38. Myoma uteri	1
Totalsumme	176

Es starben überhaupt:

- a) Chirurg. Klinik (1. I. 1899—1. X. 1901) . 105
- b) Medizin. Klinik (1. I. 1899—1. I. 1901) . 117
- c) Nervenlinik (1. I. 1899—1. X. 1901) . 15

Summa 237

Mithin wurde in 61 Fällen (ca. 26%) die Autopsie nicht vorgenommen. Die meisten dieser nicht seziierten Patienten waren Soldaten oder in der allerersten Zeit nach der Eröffnung des Krankenhauses Gestorbene.

XIV. Abschnitt.
Inventarium des Krankenhauses Gülhane.
 Aufgenommen am 1./I. 1903¹⁾.

St.	A) Hospital-Gebäude. I. Operationsaal.	M. Pf.
1	großer Operationstisch mit langer, beweglicher Kopfplatte, Sitzklappe und beweglichem Rumpfteile	200 —
1	Gummikissen und Kopfrolle dazu	25 —
1	großer Waschtisch, doppelt, mit Marmorplatte und Bekleidung, Ausflußhähnen in Nickel	420 —
2	Warmwasserheizer mit Brausen	80 —
1	Apparat zur Herstellung sterilen Wassers (komplett)	225 —
1	großer Instrumentenschrank, zweitürrig, mit Spiegelglas und 5 großen Platten, montiert	450 —
1	Sterilisationsapparat nach Schimmelbusch mit Zubehör	180 —
2	Konsolen zum Aufstellen dazu	14 —
2	ditto. für die Arbeitsplatte	14 —
1	großer Verbandstisch mit großer Spiegelglasplatte	90 —
1	großer Instrumententisch mit großer Spiegelglasplatte	80 —
1	kleiner ditto ditto	40 —
4	lange Spiegelglasplatten mit polierten Kanten	36 —
8	Konsolen dazu	56 —
1	großer Flaschenständer, fahrbar, 4 Flaschen	105 —
2	große Glaskästen mit 6 Rollen für Katgut und Seide	48 —
2	Stühle für Aerzte	25 —
2	verschiedene große Schemel ditto	18 —
1	Kasten für verbrauchte Verbandsstücke, fahrbar	50 —
1	Irrigatorständer	715 —
1	Irrigator mit Schlauch und Bügelhahn	10 70
1	eiserner Handtisch	15 —
1	verstellbare Beckenstütze	20 —
1	große Instrumentenschale	17 50
2	ditto	19 50
3	kleinere ditto	7 50
Summa		2961, 20

1) Die gesperrt gedruckten Posten sind nach der Eröffnung des Krankenhauses aus dem monatlichen Budget angeschafft (pg. 113). Die andern sind also in dem pag. 88 befindlichen Verzeichnis bereits enthalten.

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	296	25
4	große Glasschalen mit Deckel	14	—
1	flache dito	2	50
4	Glasdosen mit Deckel	4	—
2	verschiedene Glastrichter	1	50
6	Präparatengläser	30	—
3	Glaseiterbecken	9	—
1	großes Eiterbecken aus Metall für das Becken	18	—
1	dito für das ganze Bein	15	—
2	Centimetermaße	—	60
1	Streichriemen	4	—
5	große Trommeln à 32 Mk.	160	—
6	emaillierte Kästen für Verband	30	—
2	Emaillieimer à 4 Mk.	8	—
2	Litermaße	3	—
1	Verbandkorb	4	50
2	emaillierte Seifennäpfe	1	50
5	runde emaillierte Schalen	5	—
10	emaillierte Waschschaalen	8	—
3	emaillierte Instrumentenschalen à 2,50 Mk.	7	50
1	Uhr	6	—
1	Zimmerthermometer	2	—
2	Nickel-Wasserkannen	40	—
1	Volkman'sches Verbandbänkchen	7	50
5	emaillierte Eiterbecken	12	50
8	Gummischürzen	72	—
3	Paar Gummischuhe	12	—
1	Stetoskop, Plessimeter und Hammer	7	—
1	Heister (Mundsperrer)	12	—
1	Holzkeil (Mundsperrer)	1	—
2	Zungenzangen	8	—
1	Chloroformapparat nach Junker	28	—
2	Chloroformmasken	13	50
3	Tropfflaschen (graduirt)	9	—
1	Aethermaske nach Czerny	15	—
1	dito	15	—
2	graduirt Tropf-Aetherflaschen	10	—
1	Armkompressionsbinde	3	75
1	Satz elastische Katheter	16	50
1	dito Bougies	25	—
1	Katheterglas mit Platte nach Schede	12	—
5	Nagelreiniger	10	—
1	Nagelschere	2	25
1	Irrigator für Kochsalz (graduirt)	2	50
1	kleine Spirituslampe	1	25
	Summa	363	10
		21 *	

St.		M. Pf.
	Uebertrag	3637 ¹⁰
1	Trinkglas	— 50
3	Desinfektionsschalen für Katheter	21 —
1	Jodoformbläser	8 —
1	Litotriptor nach Weiß	52 —
1	Evacuator nach Thomson und 2 Katheter	38 —
1	Dilatator f. d. Prostata nach Collmann	75 —
1	große Amputationssäge mit 2 Blättern	20 —
1	dito nach Schede	20 —
2	verschiedene Steinsonden	4 50
16	Steinsonden à 2 Mk.	32 —
1	Steinlöffel	4 50
2	Steinzangen	11 50
1	große Blasenspritze mit zwei Ansätzen	15 —
2	verschiedene Aetzmittelträger in Silber	33 —
1	Kühlsonde	6 —
3	Aetzsonden	9 —
1	Satz Metallkatheter im Etui	54 —
1	Mandrin mit 2 Sonden	8 —
1	scharfer Löffel für das Hüftgelenk	6 —
1	Langenbeck'sche Hämorrhoidalzange	8 —
1	Transplantationsmesser	10 —
2	asept. Rasiermesser à 4,50 Mk.	9 —
6	gerade Stieltupfer nach Schede	24 —
3	gebogene dito	13 50
2	Spieße für Myomoperationen à 1,75 Mk.	3 50
11	große Schieber à 5 Mk.	55 —
10	mittlere dito à 4 Mk.	40 —
29	kleine dito à 3 Mk.	87 —
4	große Schwammzangen à 4 Mk.	16 —
4	kleine dito à 3,50 Mk.	14 —
5	Hakenpincetten à 2,50 Mk.	12 50
3	anatomische Pincetten à 1,75 Mk.	5 25
2	lange Pincetten	6 50
2	feine Kornzangen	4 50
8	Cowper'sche Scheren à 3 Mk.	24 —
2	lange Operationsscheren nach Simon	12 —
2	feine Operationsscheren	6 —
3	gerade Scheren à 2,50 Mk.	7 50
1	Pflasterschere	3 —
1	Bindenschere	3 —
7	verschiedene Sonden in Neusilber	12 —
1	lange Fistelsonde	3 50
1	langer Fistellöffel	5 —
1	Schnürer für Silberdrahtnähte	3 50
	Summa	4443 35

St.		M.	Pr.
	Uebertrag	4443	35
2	Unterbindungsadeln (Dechamps)	8	—
1	Satz scharfe Wundhaken (13 Stück)	70	50
2	einzinkige Häkchen	6	—
2	scharfe Knochenhaken	7	—
1	Hufmesser nach Hausmann zur Pfannenbildung des Hüftgelenkes	8	—
1	Raspatorium	3	—
2	Elevatorien	7	—
1	große Knochenzange nach Liston	12	—
1	mittlere dito	10	—
1	Knochenzange nach Lür	13	—
1	dito dito	12	—
1	Rippenschere nach Gluck	14	—
1	Faßzange nach Langenbeck	6	—
2	verschiedene Sequesterzangen nach Langenbeck	9	25
3	verschiedene Stichsägen	13	50
1	Knochenpfriem	3	—
1	Kettensäge	16	—
12	Sägen nach Gigli	5	—
1	Handmeißel	7	—
3	flache Meißel	17	25
4	verschiedene Hohlmeißel	27	—
1	Trepan mit 3 Bohrern nach Langenbeck	9	—
1	dito	9	—
1	Apparat zum Verschrauben der Knochen nach Sick	13	50
4	Knochenklammern nach Schede	4	50
1	Satz Elfenbeinzapfen und Nägel	32	—
1	Stahlhammer	3	—
2	kleine Meißel	3	—
2	dito	3	—
1	großes, gerades Amputationsmesser	8	50
1	langes, zweiseitiges dito	9	50
1	mittleres, geradschneidiges dito	7	—
1	kleines dito	6	—
2	verschiedene Lappenmesser	11	—
2	Resektionsmesser	4	50
2	große stumpfe Haken	17	—
2	mittlere dito	16	—
2	kleine dito	7	—
2	Bauchdeckenhalter	7	—
2	große Bauchnadeln nach Schede	2	—
4	Mastdarmspekula	16	—
1	Troikart für Hydrocele	5	—
1	größerer dito	5	50
1	Troikart zum Bauchstich	6	—
	Summa	4922	85

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	4922	85
1	größerer Troikart zum Bauchstich	6	50
1	Troikart für Gelenkpunktion	7	—
1	Troikart zum Blasenstich mit Zubehör	12	—
14	verschiedene Tracheotomiekanülen	100	—
2	Hummerschwanzkanülen	24	—
1	Tracheotomiehaken nach Schönborn	3	—
1	Sperrhaken	1	50
2	doppelte stumpfe Tracheotomiehaken	2	50
1	Satz Tracheotomiedilatatore nach Thost	38	—
1	Fingerschützer mit Scharnier	3	50
2	verschiedene Mundsperrerr nach Whitehead	50	—
1	Mundwinkelhalter in Metall	4	—
1	gebogener Mundspatel in Metall	3	50
2	Augenlidhalter	5	—
2	Fistelhäkchen	6	—
2	verschiedene Nadeln für die Gaumennaht	16	—
4	Tracheotomiehaken	9	—
1	feine, gebogene Fremdkörperzange	4	50
1	Nadelhalter nach Hagedorn	13	50
1	dito	16	—
1	Schiefmaul (Nadelhalter)	16	—
1	Nadelhalter nach Schede	8	—
3	verschiedene scharfe Löffel	18	—
2	feine Fistelmesser	7	—
1	Satz Spekula nach Martini	24	—
2	Seitenhebel nach Olshausen	13	—
2	starke Uterusklemmen	14	—
1	Unterbindungsnadel nach Olshausen	3	50
1	Fanghaken dazu	2	—
1	große Kornzange	2	—
1	kleinere Kornzange	2	—
2	Zungenzangen	11	—
3	Kugelzangen	16	50
2	Uteruskurettten	9	—
3	verschiedene Muzeux-Zangen	26	25
2	Geschwulstzangen nach Lüer	17	—
2	Hakenzangen mit 4 Haken à 5,50 Mk.	11	—
2	dito mit 6 Haken à 7,50 Mk.	15	—
1	gebogene Zange für Drainage	5	—
1	Pacquelin mit allem Zubehör	210	—
1	Galvanokauter nach Bottini	115	—
1	Cystoskop nach Nitzsche	110	—
1	doppelläufiger Katheder	5	—
36	Scalpells in drei Holzkästen	63	—
	Summa	5971	60

St.		M.	Pf
	Uebertrag	5971	60
1	Metallbehälter zum Sterilisieren der Messer		6—
13	verschieden geformte Operationsmesser im Metallkasten		50—
1	Metallkasten zum Sterilisieren der Nadeln		1350
4	Kochsalzkanülen		8—
1	Punktionsspritze mit 6 Kanülen im Holzetui		30—
1	Schleich'sche Spritze im Metalltui		15—
1	kleinere dito ohne Etui		10—
6	Pravazspritzen à 5 Mk.		30—
2	verschiedene Serumspritzen in einem Holzkasten		26—
1	Tamponkanüle nach Trendelenburg mit Vorrichtung zum Chloroformieren		24—
1	Satz Rektumdilatatoren		15—
1	Olivensonde mit 5 Oliven für Oesophagusstenosen nach Trousseau		8—
1	Kasten mit Magensonden nach Bougies		150—
1	Schrank für reine Wäsche		30—
1	Schrank zum Aufbewahren von nicht im Gebrauch befindlichen Utensilien des Operationssaales		30—
1	Gasofen		60—
	Marmorplattenbelag der Fensterwand des Operationssaales		80—
	Summa	6557	10
	2. Laparotomiezimmer.		
1	Laparotomietisch mit Radvorrichtung zum Verstellen		250—
2	Segeltuchdecken mit Oesen dazu		26—
1	eisernes Waschbecken		14—
1	Heißwasserapparat		35—
1	Wäschetrommel		32—
6	kleine Trommeln		72—
1	fahrbarer Instrumententisch		40—
2	Tische für Tupferschalen		12—
1	hölzerner Wäscheschrank		30—
1	Instrumentenschrank		20—
1	Zimmerthermometer		3—
1	Zungenzange		7—
1	Heister (Mundsperrer)		12—
1	gerades langgestieltes Messer		450
1	gebogenes dito		5—
1	lange gelochte Sonde		3—
1	gebogene Drainagezange		4—
1	scharfer Löffel		4—
20	kleine Schieber à 3 M.		60—
6	mittlere dito à 4 M.		24—
1	Hegar'scher Nadelhalter		450
4	Darmklemmen nach Schede		6—
4	Muzeux Zangen		36—
	Summa	704	00

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	704	00
2	Dechamps (Umstechungsnadeln)	8	—
1	Silberdrahtschnürer	35	0
2	Cowper'sche Scheren à 2,50 M.	5	—
1	gerade Schere	2	—
4	chirurgische Pincetten }	13	—
2	anatomische Pincetten }		
1	Satz Sonden (Myrthenblattsonde, Sonden verschiedenen Kalibers etc.)	8	—
1	Satz scharfer Wundhaken (6 Stück)	48	—
1	Messerträger	8	—
1	Metallkasten für Nadeln	25	0
4	verschiedene Bauchdeckenhalter	32	—
2	Hagedorn Nadelhalter	31	—
12	Scalpells im Holzkasten	21	—
1	Punktionsspritze mit allem Zubehör	24	—
1	dito	24	—
1	Schleich'sche Spritze im Metallkasten	135	0
1	Hebel nach Fritsch	10	—
2	Cystenzangen	15	—
1	gerade Kornzange }	12	—
1	gebogene dito }		
2	große Arterienklemmen nach Péan	8	—
4	kleinere dito	18	—
2	lange Klemmzangen	21	—
2	Pravazspritzen	10	—
4	Gummischürzen	36	—
1	Chloroformmaske	675	—
4	gerade Schwammhalter à 4 M.	16	—
2	gebogene dito	9	—
4	Hakenzangen nach Winter	30	—
1	Polypenzange nach Fritsch	10	—
1	kleiner Gasofen	45	—
1	Wäscheschrank	25	—
	Summa	1219	25
	3. Verbandzimmer		
1	Operationstisch mit beweglichem Kopfstück und klappbaren Beinstücken, Gummikissen und Kopfrolle	155	—
1	Satz Glüheisen mit Gestell	30	—
1	großer Rundbrenner für Gas	24	—
1	Instrumenten- und Medikamentenschrank	95	—
1	Irrigator mit Schlauch und Bügelhahn	1025	—
4	Glasschalen mit Deckel	12	—
3	emaillierte Eiterbecken	8	—
1	Schmutzkasten	21	—
	Summa	355	25

St.		M.	Pl.
	Uebertrag	355	25
1	Verbandeimer	12	—
1	fahrbarer Instrumententisch	40	—
1	großer fahrbarer Instrumenten-, Medikamenten- und Verbandtisch	240	—
2	Holzregale	5	—
1	großes eisernes Waschbecken	14	—
2	Verbandscheren	9	—
1	große Gipsschere	8	—
3	Gipsmesser	8	—
2	Verbandmesser	3	—
1	Jodoformbläser	8	—
1	Gasofen	45	—
4	Verbandkästen in Metall	32	—
1	Verbandkorb	4	50
1	Mundsperrer	12	—
1	Salbenspatel	1	—
2	Eisen zum Ausschlagen von Lederplättchen für Spritzen	13	—
1	Stimreflektor	12	—
1	Handreflektor mit aseptischem Griff	6	50
1	großes Eiterbecken in Metall für Becken	14	—
2	Gummischürzen	24	—
	Summa	866	25
	4. Chirurgische Poliklinik.		
1	verstellbarer Operationstisch mit Armhaltern etc. Bein- und Kniehalter dazu	145	—
1	großer Operationsstuhl mit Operationsplatte, verstellbar	48	5
1	eisernes Gestell zur Operationsplatte	36	—
1	gut fahrbarer Instrumenten-, Medikamenten- und Verbandtisch	120	—
1	Irrigatorständer	8	—
1	Wäschekasten für schmutzige Verbandstoffe (fahrbar)	12	—
2	eiserne Tüpfertische	12	—
1	großer Wäscheschrank	40	—
1	Instrumentenschrank mit 2 Konsolen	104	—
1	eisernes Schreibpult	9	50
2	Tischplatten an den Fenstern	6	—
1	große Beleuchtungslampe aus Nickel nach Böcker	55	—
1	Konsole dazu	9	—
1	Sterilisationsapparat nach Schimmelbusch	120	—
1	Konsole mit Marmorplatte dazu	15	—
1	Reagenzienschrank mit Zubehör	42	—
1	Heißwasserapparat	35	—
1	großer doppelter Waschtisch mit Leitung und Abfluß	6	—
1	großer eiserner Schmutzkasten	32	50
1	großes Spülbecken aus Messing	15	—
1	großer Verbandeimer	12	—
	Summa	1432	60

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	1432	00
1	emaillierter Schmutzeimer mit Deckel	4	50
2	vierteilige Wandschirme	22	50
3	Rohrstühle	13	50
1	fahrbarer Flaschenständer mit 4 Flaschen à 10 L.	105	—
1	emaillierter Wassereimer mit Deckel	4	50
1	Beckenstütze nach Volkmann	7	50
1	Wanduhr	10	—
1	Zimmerthermometer	2	—
1	Nagelschere	2	25
2	Nagelreiniger	4	—
1	Salbenspatel	1	—
1	Plessimeter	—	75
1	Stetoskop	1	50
1	Perkussionshammer	3	—
1	Jodoformbläser	8	50
2	Satz Milchglasspekula	5	—
2	Dutzend Hodge Pessarieren	24	—
1	Dutzend Thomas Pessarieren	12	—
1	Dutzend Schalen Pessarieren	12	—
6	gläserne Mutterrohre	1	50
6	weibliche Katheter	4	50
6	Glasspitzen	1	20
1	Höllensteinstiftträger	2	50
1	Satz Scheidenspekula nach Simon	36	—
1	Skarifikator	3	—
2	Kugelzangen	9	50
2	Uterussonden	4	—
3	verschiedene Kornzangen	16	—
1	Uterusstopfer	1	75
8	Aetzsonden nach Playfair	16	—
1	weiblicher Spülkatheter	3	50
10	verschiedene Scheren	25	—
2	anatomische Pincetten	3	50
5	chirurgische do.	3	50
1	lange do.	2	50
3	verschiedene Sonden	6	—
1	Rasiermesser	3	—
12	Scalpells im Holzetui	21	—
1	Metallbehälter für Nadeln	2	50
1	Messerträger	8	—
15	Schieber	45	—
1	Hagedorn-Nadelhalter	15	—
1	" "	15	—
1	Schleischsche Spritze im Nicketui	13	50
	Summa	1938	45

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	1938	45
3	Schleich'sche Spritze nach Pravaz	15	—
1	dito nach Curschmann komplet	8	25
1	Troikart	7	—
3	kurze scharfe Löffel	12	—
2	dito	8	—
2	vierzinkige scharfe Haken	12	—
2	zweizinkige „ „	5	50
4	verschiedene Tracheotomiehaken	10	—
1	Haken nach Schönborn	3	—
1	kleine Kornzange	2	50
1	Mundsperrer nach Heister	8	—
1	Mundkeil	1	50
1	Mundwinkelhalter	5	—
3	Schwammhalter	13	50
3	dito	13	50
2	Cilienpincetten	3	—
1	Rippenresektionsschere	14	—
2	Elevatorien, 1 Raspatorium	12	—
1	Satz Meißel	18	—
1	Knochenzange	8	—
1	Zange für eingewachsene Nägel	3	—
1	Hammer	6	—
1	Amputationssäge nach Schede	20	—
2	Mastdarmspekula	10	—
1	kleine Hakenzange	4	—
1	Transplantationsmesser	10	—
1	Lumbal-Punktionsapparat in 2 Troikarts	13	50
8	verschiedene Zahnzangen nach Toms	53	—
1	Geißfuß in Metall	4	—
1	Mundspatel nach Tobold	3	50
1	Pacuelin mit 6 Brennern im Holzkasten	145	—
1	Aspirator nach Potain, komplett im Holzkasten	40	—
4	Paar Gummihandschuhe	32	—
1	großen Stirnreflektor	15	—
1	Handreflektor mit aseptischem Griff	7	75
1	Satz Ohrtrichter nach Gruber	3	75
1	pneumatischer Ohrspiegel nach Siegle	7	50
1	große Ohr- und Nasenspritze in Metall	13	50
1	Stimmgabel	7	—
1	Augenspiegel nach Sämisch	10	—
1	Nasenspiegel nach Fränkel	3	—
1	dito nach Beckmann	7	50
2	Nasenkatheter nach Kramer	9	—
1	Polypenschnürer nach Krause	21	—
	Summa	2567	20

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	2567	20
1	Polypenzange nach Hartmann	5	—
1	Röhre nach Bellocq	2	50
1	Ringmesser nach Beckmann	5	75
2	dito	11	50
1	dito nach Hartmann	5	25
2	Tonsillotome nach Mackenzie	42	—
2	dito nach Böker	54	—
1	Tonsillenhaken	2	50
6	Kehlkopfspiegel mit Metallgriff	9	—
2	Kehlkopfspinsel	1	—
1	Kehlkopfsonde	2	—
4	Watteträger	4	50
1	Ohrpincette nach Tröltzsch	2	25
2	Tamponpincetten	6	50
2	Ohrpincetten	4	50
2	scharfe einzinkige Haken	4	—
2	Gaumenhaken	5	50
2	Paracentesenadeln nach Trautmann	6	—
1	Furunkelmesser mit Löffel	4	25
1	Nasenschere	4	—
1	Doppelballon nach Lucae	6	—
1	Gummiballon zur Luftdouche	6	—
2	Otoskope nach Lucae	4	—
1	Ohrenmassageapparat	20	—
1	Cocainstäuber nach Hartmann: Kelchglas, Druckhahn, verschiedene Zerstäubungsrohre	11	30
1	Tamponträger nach Gottstein	—	80
1	dito nach Hartmann	1	—
1	Choanenhaken nach Lampe	2	25
1	dito nach Fränkel	2	50
3	Stirnhöhlenkanülen	3	75
3	Tamponträger nach Baginski-Fränkel	15	—
1	Pincette nach Krause	5	—
1	Pulverbläser nach Schaufel	2	25
3	dunkle Gardinen mit Zugvorrichtung	60	—
4	Paar große Gummischuhe	14	—
2	verschießbare Einsätze für Verbandstoffe	64	—
2	emaillierte Kästen mit Deckel	12	—
3	flache Blechkästen	21	00
3	Verbandkörbe aus Rohr	13	50
4	emaillierte Eiterbecken	10	—
6	Gummischürzen	72	—
3	emaillierte Instrumentenschalen	9	—
9	gewöhnliche emaillierte Waschschalen	7	20
	Summa	3112	35

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	3112	35
6	kleine emaillierte Schalen, zum Teil mit Deckel	6	—
3	emaillierte Seifennäpfe	2	25
1	emaillierte Literbecher	1	—
2	Irrigatoren mit Schläuchen und Bügelhahn	16	50
8	verschiedene Glashäfen mit Deckel	32	—
2	große Instrumentenschalen (Glas)	10	—
2	kleine dito dito	5	—
1	Glasbehälter für Katgut und Seide	18	—
	verschiedene emaillierte und Porzellannäpfe	3	—
4	verschiedene Glastrichter	2	50
1	kleines graduiertes Meßglas mit Ausguß	1	50
4	verschiedene Glasdosen mit Deckel	4	—
1	Glasbehälter mit 1 Satz Kathetern	30	—
1	längliche Glasschale mit Deckel und 1 Satz Bougies	38	25
2	Instrumentenbürsten	2	—
1	Chloroformmaske	6	75
1	graduierte Flasche dazu mit Schutzhülse	2	—
1	Centimetermaß	—	30
1	starkes Gipsmesser	2	50
1	Verbandmesser	1	50
1	Verbandschere nach Lister	4	50
2	dito	9	—
2	Kehlkopfspritzen nach Fränkel	9	—
1	Hakenzange nach Robert	4	—
1	Zange nach Matthieu-Winkler	12	—
2	Fistelhaken nach Simon	5	50
1	Lampe nach Heryng zur Beleuchtung und Durchleuchtung der Kiefer-Stirnhöhle mit Leitungsschnüren	33	—
1	Brenner mit Handgriff nach Kuttner	31	—
10	verschiedene Brenner dazu	22	—
1	Probepunktionsspritze im Etui	9	50
1	Spritze für Sublimatinjektionen im Etui	6	—
1	Apparat zur Atmokaussis und Zestokaussis, kompl. System Dr. Pincus	42	—
1	Elektromotor zur Verwendung in der oto-laryngolog. Therapie (Massage, chirurgische Zwecke) f. 65 Volt	115	50
1	Ohrpumpe nach Breitung mit doppelten Ansätzen für Trommelfellmassage	44	—
1	biegsame Welle für sämtliche Handstücke	33	—
1	Handstück zur Verwendung der Massage und der für die chirurgischen Zwecke verwendeten Ansätze	18	75
1	excentrischer Aufsatz zur Anwendung der Massage-Instru- mente	5	—
1	Ansatz, knopfförmig zur Massage des Kehlkopfes	2	—
1	„ zur Kehlkopfmassage mit gebogener Fläche	3	25
	Summa	3706	40

St.		M. Pf.
	Uebertrag	3706 40
1	Ansatz mit federnder Fläche	4 50
1	Vorrichtung zur Verwendung von Sonden zu Vibrations- massage in Verbindung mit dem Handstück der biegsamen Welle	8 25
3	Sonden verschiedener Krümmung	3 30
1	Handstück, um die rotierende Bewegung in eine stoßende umzusetzen, in Verbindung mit der biegsamen Welle	44 —
2	Wellensägen	4 50
1	Satz Fraisen zur Eröffnung der Oberkieferhöhle nach Prof. Stake	19 25
3	Trephinen, 5, 6 und 7	12 —
1	Apparat, für Galvanokaustik und Beleuchtung eingerichtet, zu direktem Anschluß an eine Leitung, 65 Volt in Tischform	330 —
1	Stativlampe nach Fränkel mit Beleuchtungslinie u. Reflektor zur Demonstration	66 —
1	Stimmgabel C, 64 Schwingungen	1 75
1	Ohrkatheter	—
1	Ohrzange nach Hartmann mit scharfen Löffeln	—
3	Dilatoren nach Schrötter aus Metall 1—3. Verpackung }	110 —
	Summa	4309 95
	5. Medizinische Poliklinik.	
1	fahrbarer Operationstisch mit Segeltuchdecke	145 —
	Verlängerung desselben	20 —
1	runder Tisch	15 —
1	Instrumentenschrank	90 —
2	Konsolen dazu	40 —
1	eisernes Schreibpult	9 50
1	kleiner Sterilisationsapparat nach Schimmelbusch	100 —
1	Konsole aus Holz dazu	5 —
1	Waschtisch mit Leitung und Abfluß	50 —
4	Holzbänke	21 60
1	emaillierter Schmutzeimer mit Deckel	4 50
1	emailliertes Eiterbecken	2 50
1	emaillierte runde Schale	1 —
1	emaillierter Seifennapf	— 75
1	Glashafen mit Deckel	4 —
1	Pflasterschere	2 —
1	anatomische Pincette	1 75
1	Myrthenblattsonde	2 —
2	feine scharfe Haken	3 —
1	Salbenspatel	1 50
6	Exkavatorien und Reinigungsinstrumente	12 —
3	verschiedene Ohr- und Nasenlöffel für Fremdkörper	6 —
	Summa	537 10

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	537	10
	6. Auditorium.		
1	großer Glasschrank	100	—
1	Eichenholz-Schrank für 1000 mikroskopische Präparate	98	—
1	große Tafel mit Staffelei	18	—
2	Massagebänke, gepolstert	30	—
1	Projektionsapparat (Skioptron nach Rudolph-Behrens, Göttingen)	610	—
1	Vorführungstafel mit Stock dazu	28	—
1	Tisch dazu	10	—
1	Sauerstoffbehälter mit 1000 l Sauerstoff, Manometer und Zubehör	120	—
1	Holzfuß dazu	12	—
1	großer Tisch für den Unterricht	10	—
3	Rohrstühle	12	—
1	Wanduhr	10	—
1	Waschtisch mit Leitung und Eimer	40	—
	Vorhänge fürs Auditorium	72	—
1	geburtshilfliches Phantom	125	—
1	Suspensionsapparat mit starkem Flaschenzug	50	—
1	Hand - Pendelapparat	75	—
1	Finger- do.	100	—
1	Ellenbogen- do.	90	—
1	Knie- do.	180	—
1	Fuß- do.	200	—
1	Skoliosenapparat nach Schede	600	—
1	Schede'scher Kopfstützapparat zum Eingipsen (zum Schede- schen Extensionstisch)	45	—
1	Sackzugapparat mit Fixationsgürtel des Schultergelenkes	27	—
1	großer eiserner Hanfstuhl mit Kopfhalter und Bandage	65	—
1	mittlerer eiserner Hanfstuhl	40	—
1	Verband- und Traktionstisch mit Hebevorrichtung für den Trochanter, Einrichtung zu Calotscher Streckung, Extensionsbandagen, Dynamom- eter (nach Schede)	580	—
1	Skelett mit Vorrichtung zum Demonstrieren von Luxationen	290	—
1	in allen Teilen zerlegbaren Schädel	65	—
1	Herz, frei präpariert	80	—
1	obere Extremität, frei präpariert	} anatomische Wachsmodele, farbig, Trammond, Paris	450
1	untere " " "		500
1	Büste do.		2000
1	Stativ zum Skelett	21	—
5	Pariser Präparate (Gelenkpräparate zur Demonstration der Bänder und Gelenkkapseln)	100	—
1	große konstante Batterie mit Induktionsapparat, Galvanometer und allem Zubehör	480	—
1	konstante Batterie (transportabel)	50	—
1	Induktionsapparat	75	—
	Summa	7995	10

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	7995	10
1	Taschenelement	22	50
	verschiedene Elektroden	40	—
1	Dynamometer	24	—
	Lieferung des Kriegsministeriums.	Summa	8081 60
	Bänke für die Studenten	—	—
1	großer Glasschrank für die Sammlung	—	—
	7. Frauen-Verbandzimmer.		
1	Operationstisch mit beweglichem Kopfstück und klappbaren Beinstücken, Gummikissen und Kopfrolle	155	—
1	Stück für gynäkologische Untersuchungen	130	—
1	großer eiserner Schmutzkasten	32	50
1	Irrigatorständer	15	—
1	fahrbarer Instrumententisch.	50	—
1	kleiner Holzschrank für Instrumente	10	—
1	Regal	5	—
1	Tischplatte am Fenster	3	—
1	kleiner Sterilisationsapparat nach Schimmelbusch	100	—
1	Konsole und 2 Marmorplatten dazu	25	—
1	Porzellanwaschbecken für die Wand	20	—
1	Warmwasserapparat mit Gasheizung	30	—
1	großer Gasofen	60	—
1	emaillierter Eimer mit Deckel	4	50
3	emaillierte Waschschalen	3	—
1	emaillierte Instrumentenschalen	3	—
2	Instrumentenschalen aus Glas	20	—
2	runde Glasschalen mit Deckel	7	—
2	kleine Schälchen	1	—
1	Präparatenglas	1	—
1	Glasirrigator	8	—
1	emaillierter Irrigator	6	—
1	emailliertes Eiterbecken	3	—
1	Verbandkasten	7	20
2	Verbandkörbe	9	—
1	Scheidenspekulum, bestehend aus 2 Handgriffen, 4 oberen und 4 unteren Blättern	36	—
3	Milchglasspekula	2	—
2	Seitenhebel	10	—
2	Spülkatheter nach Fritsch	14	—
3	doppelseitige Uterusdilatoren	18	—
1	Uterusinjektionsspritze	3	—
1	Kornzange	6	—
1	Kugelzange	5	50
3	Sonden nach Playfair	6	—
	Summa	808	70

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	808	70
1	Cowpersche Schere		250
1	Uterussonde		2—
1	Verbandschere		450
1	lange Pincette		250
1	chirurgische Pincette		1—
1	Höllensteinstiftträger		250
1	Streubüchse für Puder		4—
1	Metallspatel		1—
3	weiblicher Katheter (Glas)		150
3	Scheidenrohre		— 75
1	Untersuchungslampe mit Toncylinder z. Laryngoskopie etc.		18—
1	Kolpeurinther		450
2	Gummischürzen		24—
1	Nagelreiniger		2—
1	Geburtshilfliches Besteck nach Ostermann		66—
1	Chloroformflasche (100 g)		— 70
1	Glascylinder für Katgut		225
1	Glascylinder für Sublimatpastillen		125
1	Meßglas 10 ccm		— 80
1	Heberschlauch nach Zweifel compl.		450
1	Speculum nach Martin		8—
1	Mundsperrer nach Heister		650
1	Zungenzange nach Collin		7—
1	Choro o mmaske		575
1	In us onscanu e		125
6	Heftnadeln und Nadelbüchse		120
1	Bandmaß 2 m in Neusilberkapsel		325
1	Pravazspritze in Metalletui		425
1	große Spirituslampe nach Schimmelbusch		12—
2	Handbürsten		— 40
1	Z nkka hete		3—
1	Glasmutterrohr		— 15
2	stumpfe biegsame Curetten nach Olshausen		750
1	Abortuszange nach Winter		775
1	einfache Hakenzange nach Schröder		475
1	Nadelhalter, lang, nach Hegar		450
1	Chirurgische Pincette 14 cm		175
1	Fistelschere nach Simon		350
1	gebogene Kornzange		2—
1	Gummischürze		1050
1	grauleinene Tasche für geburtshilfliche Instrumente		11—
1	Geburtszange nach Naegele, klein		17—
1	Zange nach Simpson-Nagel		38—
1	Kranioklast nach Gessner		30—
	Summa	1145	95
	Rieder, Selbstgelehtes und Gewolltes.		22

St.		M. Pf.
	Uebertrag	1145 95
1	Perforatorium nach Naegele	8 75
1	Schlüsselhaken nach Braun	4 —
1	Schlingenführer nach Bunge	7 —
1	Doppelte Hakenzange nach Schröder	4 75
2	Arterienklemmen nach Péan 24 cm lang	12 —
2	Skalpelle	4 25
1	Chirurgische Pincette, 16 cm lang	1 75
1	Aseptisches Rasirmesser	3 —
6	Luftröhrenkatheter	3 —
2	Beckenmesser nach Ostermann	22 —
1	Knochenzange nach Mesnard-Stein	8 —
1	Uterusstopfer nach Landau	1 75
1	Kinderwage nach Windler im Lederetui	30 —
	Summa	1256 20
	8. Röntgen-Zimmer.	
1	Schrank	27 —
1	Spültisch	20 —
1	Tisch für den Induktor	7 50
1	kleine Bank	3 50
3	Etageren	5 —
1	großer Tisch	20 —
1	kleiner Tisch	7 50
2	Stühle	15 —
1	Gasofen	45 —
2	Zeichenbretter	9 —
1	Paar dunkle Gardinen	36 —
1	Photographischer Hintergrund	27 —
1	Funkeninduktor	8 45 —
1	Quecksilber-Unterbrecher	15 5 —
1	Unterbrecher nach Wehnelt	88 50
1	Schalttafel mit sämtlichen Nebenapparaten	280 —
1	Lichtschirm	90 —
1	Stativ nach Hirschmann	70 —
1	Funkenzieher mit Spiegel	15 —
	Röntgen-Röhren	
1	Plattenständer	1 25
24	Rahmen für Röntgenplatten	14 50
5	Kopier-Rahmen	15 —
1	Photographischer Apparat mit Objektiv (Zeiss)	23 2 —
2	Doppelkassetten dazu	20 —
1	Excelsior-Stativ	15 —
1	Duplex-Lampe	4 —
	Summa	2067 75

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	2067	75
1	Thornton. Pic.-Verschluß	23	50
1	Segeltuchkoffer	16	50
2	Glycinentwickler	5	—
2	Standentwicklungskasten	31	—
20	Drahtklammern	6	—
1	Dunkelzimmerlampe im Blechkasten	8	—
4	Stöpselgläser	26	50
1	graduiertes Meßglas	3	50
4	Steingutschalen	40	—
1	Glasschale	2	—
1	Holzkasten für photographische Zwecke	8	50
1	verstellbarer Blendenapparat für Nierensteinuntersuchungen	60	—
1	Blei-Blendenstativ	120	—
1	Kassettenkasten	40	—
1	Kassette mit Griff	25	—
1	Lot zum Apparat für Nierensteinuntersuchungen	3	—
	Summa	2486	25
	9. Bakteriologisch-mikroskopischer Saal.		
6	Tische verschiedener Größe	66	—
1	Schrantisch	40	—
3	Stühle	15	—
1	Schrank für Reagenzien	9	—
2	Wandkästen für Reagenzien	7	50
1	Regal mit Gardinen für Präparate	40	—
14	Blechtrommeln für Präparate	25	50
2	Blechkästen dito	5	50
1	Uhr	9	—
1	Ausguß	27	—
1	Gaskocher	3	—
6	verschiedene emaillierte Schalen	6	—
1	emaillierter Eimer mit Deckel	4	50
2	große Körbe	5	—
1	große Blechplatte mit Eisengestell und Heizvorrichtung für Gas zur Troponbereitung	150	—
5	große emaillierte Kessel	50	—
1	Autoklav für 10 Atmosphären. Ueberdruck mit Manometer	250	—
1	Heißluftsterilisator mit Gasbrenner und Gestell	39	—
1	Brutapparat aus Kupfer mit Thermoregulator	286	50
1	Sicherheitsbrenner nach Koch	24	50
2	hohe Thermonieter mit Gummischlauch	20	—
1	Paraffinofen mit Zubehör	49	—
1	Trichter nach Unna	35	—
1	Gießapparat	16	70
	Summa	1173	70

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	1173	70
3	verstellbare Einlagen zum Thermostaten	13	50
1	Satz Abdampfschalen	6	40
1	mikroskopisches Besteck	3	45
2	Brenner mit Hülsen und Stichflamme	3	20
1	Korkbohrer mit Zubehör	2	50
1	Wasserbad mit Rücklaufkühler	10	—
1	Satz Kupferringe	3	75
1	Filtrierstativ	2	40
1	Farbklotz mit 6 Fläschchen	1	80
1	Filtrierapparat	19	75
4	Flaschen für Canadabalsam	1	80
1	Wage zur chemischen Analyse	290	—
1	Apothekerwage mit Gewichten	25	—
1	Excitator	5	50
3	Buretten	7	80
1	Harncentrifuge	45	—
1	Haemoglobinometer	9	—
1	Blutkörperchen Zählapparat	48	—
1	Zählapparat nach Thoma	9	—
1	Mikrotom komplett mit 2 Messern im Etui	154	—
3	Einbettungsrahmen für Paraffin	24	—
1	heizbarer Objektstisch	20	—
1	Universalstativ	13	50
1	Satz Glimmerplatten	10	—
1	großes Mikroskop komplet	622	—
6	verschiedene große Mikroskope	2230	—
1	Stativ zur Demonstration mikroskopischer Präparate	45	—
1	Zeichenapparat	30	—
1	Zeichentisch	10	—
4	Glasglocken für Mikroskope	24	—
2	Filtrierstative	4	80
5	Reagenzglasgestelle verschiedener Größe	12	—
	Anzahl Mappen mit Präparaten	75	—
10	Trichter verschiedener Größe	10	—
6	große runde Glasschalen mit Deckel	30	—
3	Glasschalen für Instrumente	6	—
4	Meßcylinder verschiedener Größe	20	—
1	Sektionsbesteck im Holzkasten	38	—
1	Verbandschere	3	50
2	gewöhnliche Scheren	4	—
2	lange Pincetten	8	—
3	Skalpelle	3	75
4	Deckglaspincetten	6	75
1	Albuminimeter nach Esbach	2	—
	Summa	5097	35

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	5097	35
1	Röhrchen zur Zuckerbestimmung		4 25
4	Hornlöffel		2 —
1	Streichklotz		3 50
1	Rasiermesser		3 —
1	Mühle für Tropon		4 —
1	Apparat zur Bestimmung des Stickstoffes von Kjedadl	140	—
1	Pflügerscher Apparat zur Bestimmung des Harnstoffes (Farbstoffe, Buretten, Reagenzgestelle, Trichter, Kochkolben, Abdampfschalen, Uhrgläser, Meßkolben, Drahtnetze, Filtrierpapier etc. etc. im Werte von circa 300 Mark sind nicht mitgezählt, da sie als Verbrauchsgegenstände gerechnet werden.)	36	—
	Summa	5290	10
	10. Verbandfabrik		
1	Bindenwickel und Schneidemaschine mit Tisch und sämtlichem Zubehör	110	—
1	Gipsbindemaschine	60	—
1	große Presse für imprägnierte Holzwole	85	—
1	große Presse mit eisernem Untersatz für imprägnierte Verbandstoffe	150	—
2	große Holzkästen für fertige Verbandstoffe	140	—
1	großer Desinfektionsapparat für Verbandstoffe mit Gas- und Dampfheizung und Vorrichtung zum Aufsaugen sterilen Wassers	875	—
3	emaillierte Verbandkästen	18	—
2	Blechkästen für Verbandstoffe	1440	—
7	Verbandkörbe aus Rohr	31	50
10	Steinkrüge für steriles Wasser	9	—
6	verschiedene Scheren	20	—
1	Bindenschneidemesser	5	—
2	Metermaße	3	—
1	graduiertes Meßglas	8	—
1	großer Trichter	2	—
3	große emaillierte Schalen	12	—
1	Waschtisch mit Becken und Eimer	40	—
1	Ofen	63	—
2	Stühle	8	—
1	Uhr	360	—
1	dreiteilige Etagere	15	—
	Summa	1672	50
	11. Bandagen		
12	Paar Holzkrücken mit Gummikappen	120	—
12	„ Stöcke „ „	45	—
42	Hartgummischienen	88	25
2	Hartgummi-Knieschienen	5	20
6	Hartgummi-Radiusschienen	10	50
14	Kniegelenkschienen zum Eingipsen	14	—
8	Kniegelenk-Lagerungsschienen	80	—
	Summa	347	95

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	347	95
2	Kniegelenk-Lagerungsschienen mit verstellbarem Kniegelenk	45	—
16	große dreiteilige Extensionsrollen	240	—
4	Handbadewannen	20	—
4	Beinbadewannen	64	—
2	Armbadewannen	26	—
4	Handschiene mit Daumen	4	—
2	do. ohne Daumen	150	—
4	Pistolenschienen	8	—
1	Radiusschienen nach Care	2	—
4	Ellenbogenhandschienen	8	—
1	„ gebogen nach Esmarch	5	—
1	Supinationsschiene	6	—
1	Paar Schienen nach Bell	10	—
2	Resektionsarmschienen	11	—
4	Radiusschienen nach Strohmeyer	5	—
1	geteilte Armschiene mit Hand	6	—
6	Armschiene nach Volkmann	42	—
2	Paar Schienen bei komplizierten Wunden am Kniegelenk	4	—
1	„ „ am Ellenbogengelenk	150	—
6	Schienen nach Cramer	8	—
2	Beinschienen aus Draht	12	—
2	Armschienen aus Draht	8	—
4	Drahtschienen nach Schmidt	10	—
4	große Reifenbahnen	22	—
1	mittlere Reifenbahre	450	—
4	kleine Reifenbahnen	10	—
1	Kissen nach Strohmeyer	3	—
1	Triangel „ „	12	—
1	Extensionsschlittenapparat nach Volkmann	9	—
1	do. extra (hiesige Hausarbeit)	150	—
1	Fußextensionsbandage nach Schede	1350	—
12	Plattfußpolster	10	—
22	Holzuntersätze für Betten	40	—
6	Extensionsbretter mit Haken	27	—
23	Schraubenrollen	20	—
5	Kopfextensionsbandagen	28	—
3	Extensionsbügel mit Stricken	6	—
1	Satz Holzplatten zum Messen der Verkürzungen der unteren Extremitäten	3	—
4	Handfingerschienen	9	—
1	Unterschenkelschiene	4	—
1	Armschiene mit Ellenbogen verstellbar	4	—
2	do. stumpfwinkelig	4	—
1	do. nach Esmarch mit Hand	6	—
1	Bügelnschiene	3	—
	Summa	1134	45

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	1134	45
12	Extensionsbretter		480
9	Extensionsbeutel mit Riemen		1450
50	verschiedene Sandsäcke		2250
1	Kühlschlange nach Leiter für Brust mit langem Schlauch nach Hahn		1285
1	Kühlschlange für Kopf mit langem Schlauch		1285
8	Paar Schuhe mit Korksohlen		128—
8	Wasserkissen verschiedener Größe		240—
4	Gummirollen		26—
12	Eisblasen		45—
4	Luftringe		40—
2	Gummibecken		26—
2	Rollen zum Hochlagern		5—
1	Lagerschiene für den Arm		4—
2	Laufbänke nach Volkmann		13—
1	dreieckiger Fußklotz		3—
6	große eiserne Aufrichtebügel für Betten, abnehmbar		126—
6	Glasgriffe mit Ketten dazu		24—
6	doppelte Suspensionsgerüste mit 6 stellbaren Rollen		138—
12	verstellbare Rückenstützen für die Betten		144—
1	Satz Verbandbandagen für den Unterricht		30—
3	Verbandkörbe aus Rohr		1350
	Summa	2207	45
	12. Stationen.		
2	Wäscheschränke		126—
2	kleine Medizinschränke		20—
13	do. mit Untersatz		110—
1	zweiteiliger Schrank für die Frauenabteilung		18—
1	Bandagenschrank		30—
11	Tische		72—
	Badeeinrichtungen für 2 Zimmer:		
1	Füllofen mit Heißwasserreservoir (amerikan. System)	}	130750
2	Badeöfen mit Wannen und Anlage		
2	Transportable Wannen		117—
1	Badewanne mittlerer Größe		27—
3	Sitzbadewannen		72—
2	Strahlendouchen		50—
1	Berkenfeld'scher Filter, Befestigung mittelst Marmorplatte		48—
3	Matratzen für Extensionsbetten		20—
1	Extensionsbettstelle		54—
5	Kinderbettstellen mit Drahtmatratze		108—
20	Strohkeilkissen zur Hochlagerung		54—
40	eiserne Träger zum Stützen des Bettbodens		216—
	Summa	2449	50

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	2449	50
14	Waschtische mit Zubehör	560	—
16	Kachelöfen mit Zubehör	1224	—
3	Besenschränke	53	50
3	eiserne Oefen	100	—
1	Personenwaage	110	—
1	Fahrwagen mit zwei abnehmbaren Krankenbahnen	190	—
3	Tragbahnen	40	—
1	fahrbare Krankenbahre mit abnehmbarer Tragbahre und Verdeck zum Transport von Stadtkranken	230	—
1	Apparat zur Desinfektion der Zimmer nach Schering-Berlin, mit allem Zubehör	185	—
150	Kurvenbleche und Diättafeln mit Befestigungsvorrichtung am Bette	250	—
6	Badethermometer	12	—
4	Dutzend Maximalthermometer	144	—
12	Stetoskope	15	—
12	Flanelldecken à 25 M.	300	—
1	Perkussionshammer	3	—
7	Reagenzgestelle	7	—
12	Spirituslampen	15	—
2	Urometer	2	50
24	Einnehmegläser	18	—
2	Inhal e maschinen mit Zubehör	40	—
2	Curschmann'sche Inhaliermasken	11	—
2	Cataplasmenkocher	12	—
1	Soxleth-Apparat mit Zubehör	50	—
1	Spirituskocher mit Topf und Litermaß (Frauensäle)	3	—
1	Plombenzange	30	—
2	Verbandeimer	24	—
4	Irrigatoren aus Emaille mit Hartgummihähnen	22	75
3	do. aus Glas	18	—
14	runde Schalen mit 4 emaillierten Deckeln	14	—
4	emaillierte Waschschalen	3	—
12	emaillierte Seifennäpfe	6	—
20	Steckbecken	70	—
12	emaillierte Eiterbecken	30	—
12	kleine Glasschalen	20	—
6	Kerzenhalter	3	60
2	Schnabeltassen	2	—
2	Glyzerinspritzen	5	—
10	Porzellanschälchen	4	—
12	kleine Trichter	7	—
20	emaillierte Spucknäpfe	50	—
24	Urinflaschen	36	—
	Summa	6219	85

St.		M.	Pf.
	Uebertrag	6219	85
150	Uringläser	16	50
50	Nagelbürsten	7	50
36	Scheuerbürsten	22	—
36	Schrupperbürsten	33	—
12	Wasserkrüge	25	—
25	Kohlenschaufeln	10	—
10	Feuerzangen	2	—
150	Bettnummern	150	—
12	Paar Kinderpantoffeln	7	—
150	Eßlöffel	27	—
30	Besen	6	—
	Linoleumbelag der Laparotomiezimmer, Frauenverbandzimmer, der chirurgischen Poliklinik, des Auditoriums, der Wartezimmer und Krankensäle, Quarantäne, des oberen Korridors und Treppen ca.	2000	—
	Summa	8525	85
Lieferungen seitens des Kriegsministeriums			
1	Schrank für Bandagen		
1	großer Glasschrank im Auditorium		
144	Bettische		
172	Bettstellen		
163	Strohmatratzen		
165	Wattematratzen		
358	Wattekissen		
204	Steppdecken		
150	Flaneldecken		
8	Becken, kupferverzinkt, mit Deckel		
25	Zinkeimer		
7	verzinnnte Waschbecken		
2	Rasierbecken		
147	verzinnnte Eßtablets		
146	Trinkbecher, verzinnt		
147	verzinnnte Spucknapfe		
120	Krankenröcke		
100	Paar Lederpantoffeln		
50	Paar dunkle Gardinen		
6	Feuereimer		
1	Holzwaage		
6	Mangals		
147	Meter kleine und große weiße Gardinen		
1	Schrank		
	Linoleumbelag der Operationssäle und Badezimmer		

St.		Piast.	P.
B) Verwaltungsgebäude.			
1. Küche.			
1	eiserner Kochherd mit Kessel und Zubehör	9720	—
1	Anrichtetisch mit Schrank- und Schubladeneinrichtung	216	—
1	Milchschrank	184	—
1	Geschirrschrank	400	—
1	eiserne Aufwäsche mit Heißwasseranschluß	473	—
1	eisernes Tischgestell mit Hackbrett und Deckel	273	—
2	Wandbretter mit Eisenträgern	185	—
2	eiserne Gittertüren	319	—
1	Decimalwaage	216	—
2	Stielbratrosten	20	—
1	Fleischhackmaschine	30	—
2	Strohsessel	10	—
1	Fettkasserole	35	—
1	Bouillonsieb	5	—
1	Mehlsieb	10	—
1	Milchsieb	8	—
1	kupferverzinnte Schüssel für Milchspeisen	100	—
2	„ „ kleine Schüsseln	40	—
1	großer emaillierter Milchtopf mit Deckel	75	—
1	Fleischmesser	20	—
3	Küchenmesser	16	—
2	Gabeln	7	—
1	Schaumbesen	5	—
2	Litermaße ¹⁰⁰⁰ / ₁₆₀₀ Gr.	15	—
4	Schöpfkellen	12	—
1	Schaumkelle	10	—
1	Wasserschöpfkelle	12	—
3	eiserne Schürhaken	15	—
1	Tabellenrahmen mit Glas	15	—
1	Kohlenschaufel	5	—
2	eiserne Herdlochdeckel	36	—
80	emaillierte Milchschaalen	320	—
1	Tankeimer	108	—
	Blauweißer Kachelbelag der Wände	1437	—
	Steinfußboden mit sogen. Triester Steinen	1400	—
	Fußbodenbelag mit sogen. Maltasteinen	501	—
	Summa	16253	—
Lieferung seitens des Kriegsministeriums.			
1	Türkische Fleischwaage		
2	Stielbratrosten		
1	Fettkasserole		
1	Mörser		

St.		Par.
2	große Gemüscöpfe	
1	Pilawschüssel	
5	kupferne Schalen mit 2 Deckeln	
18	" " für Soldatenkost	
100	Holzöffel	
1	Wasserschöpfkelle	
2	Schaumkellen	
1	Fleischhackmesser	
1	Fleischzange	
1	Kohlenzange	
2	Eißtablets	
152	Krankennäpfe	
288	Krankeneßteller	
2. Waschküche		
1	Waschmaschine	3720 —
1	Wäschemangel	2280 —
1	Wäschebottich, dreiteilig, mit Kalt- u. Heißwasserreservoir	1000 —
2	Wäschewagen	707 —
1	Zentrifuge inkl. Gestell	4702 —
1	Tisch	100 —
2	Fußbretter	15 —
1	Heißwasserreservoir mit Dampfanschluß	4320 —
	Summe	17835 —
3. Desinfektionsraum (schmutzige Seite)		
1	hölzerner Einweichbottich mit Schutzbrett und Dampfanschluß	325 M. = 1025 —
1	gemauerter Einweichbottich mit Dampfsciange	270 —
1	Kohlenschaufel	5 —
1	Hammer und Schraubenschlüssel	20 —
1	Stahl	7 —
1	Ölkanne	5 —
	Summe	2250 —
Lieferungen seitens des Kriegsministeriums		
1	Einweichbottich	
3	große Kupferöpfe	
Desinfektionsraum (reine Seite)		
1	eiserner Matratzenträger	
1	großer Dampfdesinfektionsapparat für Matratzen, Kleider etc.	
1	Matratzenhalter	
1	kleiner Dampfkegel (stehend)	

St.		Piast.	P.
1	Kohlenschürer		
1	hölzerner Kohlenkasten		
	diverse Gebrauchsgegenstände		
	4. Maschinenraum.		
	Einrichtung, Bau	2700	—
1	Dampfmaschine (System Wolff, Buckau bei Magdeburg) mit Zubehör	39960	—
1	Dynamometer, elektrische Lichtanlage		
1	Feile	7	—
1	Schraubenschlüssel	12	—
1	Oelkanne	5	—
1	Kohlenschaufel	5	—
1	Hammer	15	—
1	Eimer	7	—
1	Aschenkasten	12	—
	Summa	42723	—
	5. Depot.		
	Quadratischer 12teiliger Wäscheschrank	900	—
4	kleine Wandschränke	40	—
1	Tisch	15	—
36	Messingstangen zum Schutze der Fenster	144	—
1	Stempelkasten mit Stempel	30	—
1	Singer'sche Nähmaschine mit Zubehör	810	—
	diverse Nähutensilien	45	—
	Summa	1984	—
	6. Unterer Korridor des Krankenhauses.		
	Fußbodenbelag (Terrazzo)	9915	30
1	Windfang mit Glasfenstern	894	—
1	gemauerter und zementierter Kohlenbehälter	216	—
1	eiserner Ascheimer	75	—
1	Wachttafel für Aerzte	70	—
1	Uhr	65	—
2	Schüreisen und Schraubenschlüssel	22	—
	Summa	11257	30
	7. Klosette.		
2	Anlagen mit Marmorbelag, Spülung des Fußbodens	6700	—
1	Eistonne	150	—
2	türkische Klosette ohne Spülung (geliefert)		
2	Wasserklosette (englisches System) ..		
	Summa	6850	—

St.		Plast.	P.
8. Apotheke.			
1	großer 2 teiliger Schrank	210	—
1	Eisschrank inkl. Untersatz	560	—
1	Schrank	105	—
1	Speiseschrank	20	—
2	Stühle	45	—
	diverse Gebrauchsgegenstände	225	—
1	Tisch	80	—
1	Holzregal und fester Tisch (Laboratorium)	44	—
	diverse Gebrauchsgegenstände (Töpfe etc.)	132	—
	Summa	1421	—
9. Wachtzimmer der Apotheker.			
1	Bücherschrank	120	—
1	Schreibtisch	67	—
1	Wasserflasche und Glas	1220	—
1	Speisetabelle unter Glas	7	—
	diverse Schreibutensilien	1320	—
	Summa	220	—
Lieferung des Kriegsministeriums.			
Einrichtung des Laboratoriums			
3	Medikamentenwagen, eine im Glasschränkchen		
3	Medikamentenschränke		
1	Medikamenten-Schrantisch		
2	Gaskocher mit Schläuchen		
1	Glasschrank		
2	Stühle		
10. Zimmer der Studenten.			
1	großer Tisch mit Wachstuchdecke	160	—
6	Meter Linoleum für den Fußboden	330	—
1	Wasserbehälter nebst Trinkglas und Schöpfkelle	3510	—
1	Stundenplan unter Glas	18	—
1	Hospitalreglement unter Glas	20	—
1	Türtafel	820	—
	Kleiderregale (Kriegsministerium)		
	Summa	57130	—
11. Zimmer der Assistenten (mediz. Poliklinik).			
1	Tisch	40	—
1	Strohdecke	40	—
1	Spiegel	25	—
	Summa	105	—

St.		Piast. P.
	Uebertrag	105 —
1	Kleiderhalter	20 —
2	Stühle	54 —
1	Wasserbehälter mit Glas	11 20
	Schreibutensilien	6 20
	Summa	197 —
	12. Direktorzimmer.	
1	Schreibtisch	270 —
3	Rauchtischchen	20 —
1	türkischer Diwan mit wollnem Bezug	120 —
4	Rohrstühle	323 —
1	Waschtisch mit Waschgeschirr	324 —
1	Teppich	324 —
1	Papierkorb	15 —
1	Bild im Rahmen	40 —
1	Spiegel	80 —
1	emaillierter Eimer	15 —
1	Kachelofen mit Zubehör	632 —
2	türkische Stoffgardinen	216 —
2	Rouleaux	50 —
	diverse Schreibutensilien	39 —
	Summa	2468 —
	13. Oberärztezimmer.	
1	großer Tisch mit Wachstuchdecke	90 —
1	Büchergestell mit Gardinen	118 —
2	Holzgestelle für Krankengeschichten	160 —
	Pappkästen zum Aufbewahren der Krankengeschichten	750 —
4	Rouleaux	40 —
1	Wasserflasche mit 2 Gläsern	15 —
1	Teppiche	540 —
1	Tabelle unter Glas	25 —
1	Papierkorb	25 —
1	Kohlenkasten	54 —
1	Uhr	80 —
	Schreibutensilien, Aschenschalen	145 —
1	Kachelofen mit Zubehör	632 —
	Summa	2674 —
	14. Müdirzimmer.	
1	Wasserbehälter und Glas	17 20
1	verschießbarer Kasten für Schriftstücke	50 —
	diverse Schreibutensilien	15 20
	Summa	83 —

St.		Flast.	P.
	15. Offizier-Wachzimmer.		
1	kleiner Tisch		8—
	Summa		8—
	16. Zimmer der Assistenten.		
1	Schreibtisch		67—
2	Tische		75—
2	Rauchtischchen		10—
1	Eßschrank		42—
1	Kleiderschrank		140—
	Summa		334—
	17. Zimmer des Sekretärs.		
1	kleiner Schrank		12—
1	kleiner Schreibtisch		160—
1	Aktenschrank		100—
1	verschießbarer Kasten für Schriftstücke		40—
2	Tische		50—
1	Papierkorb		25—
	diverse Schreibutensilien		165—
	Summa		552—
	Lieferungen des Kriegsministeriums.		
	Direktorzimmer:		
1	runder Tisch		
1	Chaiselongue		
	Oberärztezimmer:		
1	Schreibtisch		
2	Rauchtischchen		
2	Ledersessel		
1	Waschtisch mit Zubehör und Spiegel		
4	Rohrstühle		
4	Paar Wollgardinen		
3	Kleiderhaken		
	Müdirzimmer:		
2	Stühle		
1	runder Tisch		
1	Tischdecke		
1	Rauchtischchen		
	18. Offizier-Wachzimmer.		
2	Stühle		
1	Waschtisch mit Zinkblecheinsatz		

St.		Post. P.
	19. Zimmer des Sekretärs.	
1	Bücherschrank	
4	Stühle	
4	Rouleaux	
1	großer Schreibtisch	
	20. Depôt für Krankenkleider	
2	Fachregale	354—
1	Bücherkiste	10—
1	Bücherregal	20—
128	waschbare Kleidersäcke	512—
150	Blechtäfelchen für Namensschrift	75—
	Schreibutensilien	15,10
	Summa	986,10
	21. Garten.	
5	hölzerne Bänke	110—
2	Holzbottiche für Wasser	70—
2	Gießkannen	20—
	Gerätschaften	136—
	Summa	336—
	22. Schwesternwohnung.	
1	Tisch	65—
1	Teppich	540—
1	Büchergestell	160—
1	Bett, komplett	486—
1	Handtuchhalter	20—
2	Kleiderschränke	540—
2	Rohrstühle	60—
4	Federkissen	380—
2	Leuchter	8—
8	Gardinenstangen	27—
1	Nachttisch	63—
1	Eimer	10—
3	Kachelöfen mit Zubehör	1350—
	Strohmatte, Waschutensilien	122—
	Summa	3831—
	Lieferungen des Kriegsministeriums.	
3	türkische Diwans	
2	Ledersessel	
5	Stühle	
1	kleines Tischchen	
1	Teppich	

St.		Piast.	P.
3	eiserne Betten, komplett		
3	Waschtische mit Marmorplatten		
2	Spiegel		
3	Nachttische		
1	Stuhl		
2	große runde Tische		
	23. Küche der Schwestern.		
1	Blau-weißer Kachelherd nebst Zubehör	400	—
1	großes Wandbrett	108	—
1	Holzregal	9	—
2	Tische	100	—
1	Weckuhr	25	—
1	Wäschekorb	20	—
1	Bügelbrett	25	—
3	Bügeleisen	60	—
1	emäillierter Eimer	17	—
4	emillierte Schüsseln	59	—
1	Wäschekiste	25	—
	Kochgeschirr	432	—
	Eßgeschirr	270	—
	Glasschalen	45	—
	Holzsachen	35	—
	Vorrichtung zum Trocknen der Badetücher	20	—
	Badezimmer-Einrichtung	1620	—
	Anbau des Köchinnenzimmers	2700	—
1	galvanisierter Eisenblechofen nebst Zubehör	45	—
1	Eisschrank	50	—
1	Fliegenschrank	65	—
	Schwestern Tisch-, Bett-, Küchenwäsche	3240	—
	Summa	9370	—
	24. Diverses.		
	Bau des Holzhauses für Versuchstiere	680	—
	Anbau der Speisekammer der großen Küche	2820	—
	Baracke der medizinischen Poliklinik	5410	—
	Aufwascheinrichtung für Soldaten mit Heißwasseranschluß	375	—
1	große Jalousie des Operationssaalfensters	178	—
5	kleine Jalousieen	223	—
5	Holzbeile	59	—
	Anlage einer Liegehalle für Kranke	4588	—
1	Wagen zum Leichentransport	3773	—
1	Wagen für Wassertransport	1223	—
1	kleiner Müllwagen	225	—
1	Pferd mit Geschirr	2160	—
	Summa	21714	—

Rieder, Selbstgelebtes und Gewolltes.

St.		Plast.	P.
	Uebertrag	21714	—
4	Tönerne Wasserbehälter mit Wasserhähnen	55	—
1	Holzgestell für die Wasserbehälter	30	—
24	Speiseträger und ein Fleischschrank	1215	—
2	hölzerne Trockenständer	120	—
	Anlage für die elektrische Klingel im Direktorzimmer	136	—
	Wäschenetze	453	—
2	Wäschekörbe	40	—
60	Wäschenummern	435	—
2	Holzjalousieen (Schwesternzimmer)	240	—
3	Lampen	75	—
11	Holzgestelle für türkische Diwans	440	—
	Malerhandwerkzeug	218	—
	Tischlerhandwerkzeug	183	—
	Maurer und Schlosserhandwerkzeug	418	—
	Pflasterung des Hofes	324	—
	Tapezieren des Direktorzimmers	223	—
5	Fußmatten	78	—
	Fahnen zu Dekorationszwecken	35	—
	Zinkblecheinfassung der Treppen im Hospital	1080	—
6	Namensschilder	48	—
21	Doppelfenster	3150	—
	Tor des Krankenhauses, inkl. Steine, Gartenzaun (teilweise)	252	—
	Summa	30962	—

Gesamtsumme des Inventars der Wirtschaftsgebäude (B. 1.—24.)
153 173 Piaster = 26 238 Mark.

Zusammenstellung.		M.	Pf.
A) Hospitalgebäude.			
1.	Operationssaal	6 557	05
2.	Laparotomiesaal	1 219	25
3.	Verbandzimmer	866	25
4.	Chirurgische Poliklinik	4 309	95
5.	Medizinische Poliklinik	537	10
6.	Auditorium	8 081	60
7.	Frauenverbandzimmer	1 256	20
8.	Röntgenzimmer	2 486	25
9.	Bakteriologisch-mikroskopisches Zimmer	5 290	10
10.	Verbandfabrik	1 672	50
11.	Bandagen	2 207	45
12.	Stationen	8 525	85
B) Verwaltungsgebäude.		26 238	—
	Summa	69 247	55
	gleich 3743 Ltq.		

Zur völligen Würdigung vorstehender in dem Inventar angelegter Geldsumme muß ich, mit Rücksicht auf die Wichtigkeit gerade dieses Punktes, noch einmal folgendes wiederholen.

Die Gesamtkosten des Krankenhauses wurden bestritten

I. vor der Eröffnung.

- a) Barzahlung von 24000 M. seitens des Kriegsministeriums. Rechnungsablage über die Verwendung dieser Summe pg. 88 ff.
- b) Bauliche Veränderungen im Krankenhause p. 14 ff. Die Höhe dieser vom Kriegsministerium bezahlten Summe ist mir unbekannt.

II. Nach der Eröffnung.

- a) Lieferungen in Substanz seitens des Kriegsministeriums für Küche und Waschhaus, cf. Abschnitt VIII u. IX. Berechnung dieser Lieferungen Speisetabellen, IV^c pg. 161 und V^c pg. 165, Waschtabellen, pg. 171; cf. auch Inhaltsverzeichnis, pg. 350.
- b) Barzahlung von 137 Ltq. monatlich seitens der Kasse des Ministeriums für Minen und Forsten, behufs Bestreitung der Extraverordnungen für Kranke etc., pg. 113, Anm. 1, sogen. Mutefarrik.

Diese Summe beträgt auf 4 Jahre (bis 1. Januar 1903) berechnet, 6773 Ltq., 58 Piaster (gleich 125300 Mark).

Der Wert des Inventars Gülhanes beträgt laut angeführter Aufstellung 1. Januar 1903 3743 Ltq. (69247 Mark). Davon sind abzuziehen 1297 Ltq. (24000 Mark), d. h. die Kosten des erstmalig angeschafften Inventars, das natürlich in dem vom 1. Januar 1903 mit enthalten ist. Bleibt also 2446 Ltq. (45251 Mark) oder anders ausgedrückt:

„Obwohl ich den Kranken durch die Diätregelung eine sowohl quantitativ wie qualitativ weit bessere Verpflegung gegeben habe, als sie die türkischen Krankenhäuser kennen, und obwohl ich noch den Bedürfnissen eines neu zu organisierenden Unterrichtes etc. gerecht wurde, konnte ich doch noch 33% der Mutefarrik absparen, und mit Hilfe dieser Summe das Krankenhaus zu einem modernen Krankenhaus und praktischen Lehrinstitute ausbauen. Ich glaube, daß dieses Resultat meiner in Gülhane geübten Finanzwirtschaft ein derartiges ist, daß es einer besonderen Beachtung seitens der Türkischen Regierung wert ist.“

XV. Abschnitt.

Kostenberechnung des Krankenverpflegungstages.

1. Septbr. 1900 bis 1. Septbr. 1901.

Vergleicht man die ganze Anzahl der in Rechnung gestellten 41972 Verpflegungstage des Jahres 1. IX. 1900 bis 1. IX. 1901 mit dem gesamten auf 642 122 Piaster 18 Para sich stellenden Kostenaufwand der Verwaltung dieses Jahres, so hat der einzelne Kranke für jeden Verpflegungstag durchschnittlich 15 Piaster 12 Para (2 M. 75 Pfg.) erfordert, und zwar für:

	Piaster	Para	pro Kopf		
			Piaster	Para	Pf.
I. Dienst- und Pflegepersonal.					
1. Gehalte der Aerzte, Beamten und Soldaten	142 332	—	3	16	
2. Barwert der in natura gelieferten Rationen	137 589	34	3	11	
3. Kleidung und Wäsche der Soldaten	9 739	25	—	9	
4. Gehalt und Verpflegung der Wärterinnen	11 942	—	—	11	
Summa	301 603	19	7	7	= 129
II. Kranke.					
1. Verpflegung					
a) gezahlt vom Seraskeriat 67 967 Piaster 11 Para	90 718	19	2	6	
b) gezahlt von der Muteфарrik 22 751 „ 8 „ }					
2. Wäsche und Kleidung					
a) gezahlt vom Seraskeriat 15 263 Piaster	25 725	—	—	25	
b) gezahlt von der Muteфарrik 10 462 „ }					
3. Arzneimittel	49 795	10	1	7	
4. Instrumentarium inkl. medizin. Apparat, Bandagen etc.	28 296	—	—	27	
5. Verbandstoffe					
a) gezahlt vom Seraskeriat 14 261 Piaster	37 805	—	—	36	
b) gezahlt von der Muteфарrik 23 544 „ }					
6. Beerdigungskosten	1 175	10	—	1	
Summa	233 514	39	5	22	= 100
III. Verwaltung.					
1. Feuerung (Holz, Kohlen etc.)	35 091	—	—	34	
2. Wasser	gratis	—	—	—	
3. Beleuchtung (Gas)	35 134	10	—	34	
4. Bureaukosten und allgemeine Verwaltungskosten	23 372	—	—	22	
5. Unterhaltung der Gebäude und des Gartens	13 406	30	—	13	
Summa	107 004	—	2	23	46
Totalsumme	642 122	18	15	12	275

Bemerkungen zu vorstehender Tabelle.

1. Selbstverständlich sind die Bezüge der in Gülhane angestellten deutschen Aerzte und Schwestern nicht mitgerechnet.

2. Der Piaster ist gerechnet zu 18 Pfg. mithin 1 Para = 0,45 Pfg.

3. Die Gesamtsumme, die aus der Mutfarrik in dem in Rechnung gestellten Jahre 1900—1901 bezahlt wurde, betrug mithin 1381 Ltq. 62 Piaster. Die Gesamteinnahme ans der Mutfarrik betrug in diesem Jahre überhaupt 1660 Ltq. 43 Piaster. Die Differenz 278 Ltq. 89 Piaster wurden zu den einmaligen Anschaffungen verwandt, cf. Abschnitt XIV. Wir haben mithin ein Jahr ausgewählt, in dem der Aufwand für einmalige Anschaffungen relativ gering, die Kosten für den Betrieb relativ hoch sind. In anderen Jahren ändert sich dieses Verhältnis. Berechnet man die Gesamtkosten aller Jahre (vom Beginn des Krankenhauses bis 1. Oktbr. 1902) auf die Gesamtzahl aller Verpflegungstage, so stellt sich der Verpflegungstag etwas billiger = 13 Piaster (2 M. 34 Pfg.). Das Verhältnis der Rubriken I, II, III zueinander bleibt aber bezüglich des Kostenpunktes dasselbe wie in obiger Tabelle.

4. Gülhane funktioniert in erster Linie als Unterrichts Krankenhaus. Ein praktischer Unterricht von Schülern am Krankenbette kostet Geld, und zwar nicht allein wegen der starken Abnutzung der Instrumente und des reichlichen Verbrauches von Verbandstoffen. Mithin lassen sich die Kosten des Betriebes Gülhanes natürlich nicht so ohne weiteres auf das gewöhnliche türkische Krankenhaus übertragen. Die Kosten des letzteren müssen sich selbstverständlich wesentlich geringer gestalten — nach meiner Berechnung bei einem Gülhane ähnlichen Betriebe kaum über 8 Piaster (1 M. 50 Pfg.). Da aber nirgends ein Gülhane auch nur annähernd gleichkommender Betrieb zu finden ist, in Wirklichkeit noch wesentlich billiger, vielleicht nur 4 Piaster oder noch weniger (75 Pf. oder noch weniger).

5. Die Gesamtkosten der Instrumente und der Verbandstoffe nach der Eröffnung des Krankenhauses betragen während der vier Jahre laut der von F. A. Eschbaum gestellten Gesamtberechnung:

1. Instrumente, medicin. Apparate etc. etc.	21 578 M.	5 Pfg.
2. Verbandstoffe	13 303 „	76 „
3. Transportkosten	5 867 „	57 „
	<u>Summa</u>	40 749 M. 85 Pfg.

also: fast 15% Transportkosten. Auf alle wirtschaftlichen Gebiete der Türkei übertragen, bedingen mithin die Transportkosten jahrein jahraus einen Verlust von vielen hunderttausend und mehr Mark, denn die Türkei besitzt keine Industrie, keine Fabriken etc., und ist unbedingt auf das Ausland angewiesen.

Der Kostenberechnung Gülhanes stelle ich zum Vergleich entgegen:

I. Jahresbericht des Krankenhauskollegiums der Hamburger Staatskrankenanstalten für das Jahr 1901, pg. 14, V, die Kosten des Krankenverpflegungstages.

Teilt man die Zahl der Verpflegungstage aller Kranken des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf in die Gesamtkosten des ganzen Betriebes, so stellt sich die Ausgabe pro Kopf und Tag eines Krankenhauses wie folgt:

	auf Mark
I. Dienst- und Pflegepersonal	
1. Gehalte	0,3329
2. Pension und Wartegeld	0,0113
3. Lohn des Warte- und Dienstpersonals	0,4466
8 a. Bekleidung für Angestellte	0,0403
13. Beiträge zur Invaliditäts-, Alters- und Krankenversicherung des Warte- und Dienstpersonals	0,0172
14. Staatszuschuß zum Pensionsfonds des Schwesternverbandes	0,0272
Summa	0,8755
II. Kranke.	
4. Nahrungsmittel	1,4555
7. Medikamente, Verbandstoffe, Instrumente	0,3994
8 b. Bekleidung für Kranke	0,0320
10. Wäschereinigung, Betten, Leinen, Mobiliar	0,2581
11 b. Beerdigungskosten	0,0263
Summa	2,1713
III. Verwaltung.	
5. Wasserversorgung	0,0417
6 a. Feuerung	0,2848
b. Beleuchtung	0,1047
9. Unterhaltung der Gebäude und Gärten	0,1732
11. Diverses	
a) Fuhrkosten	0,0056
b) Bureaunkosten	0,0221
c) Notwendige und kleine Ausgaben	0,0247
12. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten	0,0095
Summa	0,6663
Gesamtsumme	3,7131

II. Jahresbericht der Vorsteherschaft des Allgem. Krankenhauses in Lübeck über die Verwaltung im Jahre 1898—99, pg. 6.

I. Dienst- und Pflegepersonal.	Pfg.
Gehalte und Löhne	45
II. Kranke.	
6. Verpflegung	124
8. Inventar inkl. ärztlicher Instrumente und Verbandmaterial	25
9. Heilmittel	19
11. Waschen, Reinigen und Desinfizieren von Kleidern etc.	2
	Summa
	170
III. Verwaltung.	
2. Allgemeine Verwaltungskosten	3
3. Kosten des Landbesitzes	3
4. Unterhaltung der Gebäude und Anlagen	18
5 a. Beleuchtung	14
b. Wasserversorgung	7
7. Feuerung	19
10. Segeberg-Zinsen	2
12. Verwendung zu kirchlichen Zwecken	1
13. Sonstige Ausgaben	3
	Summa
	70
	Gesamtsumme
	285

III. Jahresbericht der nachstehenden Krankenhäuser, denen zufolge verpflegte:

Altes Krankenhaus Hamburg St. Georg	pro Tag für 3 M.	73 Pf.
Seemannskrankenhaus in Hamburg	„ „ „ 3 „	63 „
Krankenhaus München links der Isar (1896)	„ „ „ 3 „	27 „
Krankenhaus München rechts der Isar (1896)	„ „ „ 3 „	23 „
Städtkrankenhaus Dresden (1895)	„ „ „ 2 „	57 „
„ Hannover (1900/1901)	„ „ „ 3 „	28 „

Naturgemäß bestehen Unterschiede in den Kosten des Verpflegungstages. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß man im Norden Deutschlands teurer verpflegt als im Süden, und daß die Kosten der Verpflegung in sehr großen Krankenhäusern (Hamburg-Eppendorf, Hamburg St. Georg bis 2000 Betten) mit vielen schwer und chronisch Kranken, sich höher stellen, als in kleinen Stadtkrankenhäusern, die nur 100 oder einige 100 Betten zählen. Gültane nähert sich diesen letzteren (Lübeck). Wie das kommt, trotzdem die Krankenverpflegung eine wesentlich billigere ist, als die in den deutschen Krankenhäusern (cf. pag. 151), ersieht man sofort, wenn man nicht die Gesamtsumme, sondern die Entstehung dieser

*) Um den Vergleich zu erleichtern, habe ich die Tabellen umgestellt, die Nummer der einzelnen Rubrik jedoch gelassen.

Summe aus den einzelnen Posten berücksichtigt. Besonders bezüglich Gruppe 1 und 2 besteht ein wesentlicher Unterschied gegenüber Deutschland, ein geradezu umgekehrtes Verhältnis. In allen deutschen Hospitälern kostet das Dienst- und Pflegepersonal weniger (30 bis 60 %) als die Kranken selbst, in Gülhane sind umgekehrt die Kranken um 33 % billiger als die Beamten! Wie kommt das? Die Antwort ist leicht zu geben. Der Staat zahlt seinen Beamten pro Jahr durchschnittlich nur 5 oder 6 Monate Gehalt. Da die türkischen Beamten aber doch leben müssen, und auch leben, müssen sie sich entweder Geld aus einer anderen Quelle verschaffen, oder der einzelne Monatsgehalt muß recht hoch sein, so hoch, daß er den Ausfall der nicht bezahlten Monate deckt! Für die Offiziere wird dies am einfachsten durch ein schnelleres Avancement erreicht. In der Tat ist dasselbe, das hier fast immer außer der Reihe geschieht, für viele ein so rasches, daß es Leute gibt, die in wenigen Jahren vom Oberleutnant zum Oberst oder noch höher avanciert sind. Dem entsprechend sind die höheren und höchsten Chargen um das zehnfache und mehr besetzt, und ich glaube, die türkische Armee hat mehr Generäle, als alle Armeen der Welt zusammen. In Stellen, die ein Oberleutnant ebensogut und noch besser ausfüllen kann, findet sich häufig ein Oberst oder Generalmajor u. s. w. Das traurige bei der Sache ist nicht nur das, daß alle diese Leute, selbst wenn sie was arbeiten wollen, nichts zu arbeiten haben, sondern daß ihre Gehalte unglaubliche Summen des Gesamtbudgets verschlingen. Wir sehen, daß in Gülhane die Gehalte des Dienst- und Pflegepersonales 7 Piaster und 7 Para (= 1 M. 29 Pfg.) pro Tag betragen, während ein Kranker, d. h. seine Verpflegung, seine Wäsche und Kleidung, die Arzneimittel, die Instrumente, Verbandstoffe, Bandagen, kurzum seine ganze Existenz bis zum Gesund- oder Begrabenwerden nur 5 Piaster und 22 Para (= 100 Pfg.) benötigt. Diesem Zahlenverhältnis noch ein Wort hinzuzufügen, hieße seine Ungeheuerlichkeit abschwächen. — Diese Ungeheuerlichkeit wird aber noch ungeheuerlicher, wenn man nicht Gülhane, sondern das gewöhnliche türkische Militärkrankenhaus vor Augen hat, in dem, wie bereits wiederholt hervorgehoben, für die Bedürfnisse der Kranken weit weniger wie in Gülhane gesorgt ist, die Beamtengehalte aber mindestens dieselbe Höhe behalten.

Schlußwort.

Damit komme ich zum Ende. Die auf Seite 107 aufgeworfenen Fragen haben ihre Beantwortung gefunden. Das Ergebnis, das ich hiermit der Türkischen Regierung zur sorgfältigsten Nachprüfung vorlege, ist von uns gewonnen auf Grund eigener, selbstloser und selbständiger, nach jeder Richtung hin gewissenhafter Arbeit. Was uns immer wieder zur Arbeit anspornte, war der Wunsch, dem Türkischen Staate und in erster Linie den Kranken und Armen des Türkischen Reiches einen wirklichen Dienst zu leisten.

Wir wollten uns eine Arbeitsstätte in Gülhane gründen. Während der Arbeit ist das Ziel weitgesteckt worden und die Aufgabe gewachsen. Den Abschluß bildet nicht das vollendete Krankenhaus, sondern eine Unterrichtsanstalt, eine Akademie für praktische Medizin, die bezüglich der Ausbildung der türkischen Militärärzte Beachtung beanspruchen darf, denn sie ist nicht auf dem Papier entstanden, sie steht fix und fertig da, und sie hat bereits jahrelang funktioniert.

Wir ließen dabei niemals aus dem Auge, daß die in Gülhane geleistete Arbeit nur die Einleitung, nur die Vorarbeit sein sollte zur Erreichung des großen Endzieles: Neugestaltung des türkischen Medizinalwesens nach modernem Muster. Und zwar sollte gemäß dem Befehle S. K. Majestät des Sultans und dem Wunsche seiner Regierung diese Neugestaltung in Scene treten durch den Ausbau und die Vollendung der (ursprünglich ganz anders gedachten und geplanten) großen neuen Militärmedizinische in Haidar Pascha zu einer Reichsakademie für Medizin und Naturwissenschaften:

1. auf Grund der von mir entworfenen und von S. K. Majestät zur Ausführung befohlenen Baupläne der Unterrichts- und Krankenbehandlungsinstitute der Hauptschule (Kliniken und Krankenpavillon),

2. auf Grund des von mir entworfenen und von S. K. Majestät zur Einführung in Vor- und Hauptlehre beschlossenen neuen Unterrichtsprogramms, das auf modern wissenschaftlichen Prinzipien aufgebaut ist.

Schon das Ziel „Gülhaner“ wäre nicht erreicht worden, wenn ich nicht in meinen deutschen und türkischen Herren und den Schwestern so treue, verständnisvolle Mitarbeiter gehabt hätte. Aber ich müßte ungerecht sein, wollte ich nicht ebenso dankbar der Mitarbeit zahlreicher hoher und niederer türkischer Beamten gedenken. Ich kann ihre Namen nicht alle hier auflühren. Aber wenn steht S. Exzell. Zeki Pascha, der meine zahlreichen Bitten, Wünsche, Klagen und Ermahnungen mit einer sich stets gleichbleibenden Geduld angehört und meine Bestrebungen gefördert hat, wo und wann er es nur immer konnte. Das ist aber für einen türkischen Minister nicht immer so leicht und einfach, wie im gleichen Falle in Deutschland.

Was ich im Vorstehenden geschrieben habe, entspringt dem redlichen Willen, die Wahrheit zu sagen, wie ich sie hier jederzeit erstrebt und wie ich sie erkannt zu haben glaube.

Ich habe es geschrieben, wie es mir von Herzen kam, und wie es ein integrierender Bestandteil der mir aufgegebenen türkischen Aufgabe sein muß. Ich weiß, daß es eine geteilte Aufnahme finden wird; es wird viele geben, die vieles für überflüssig, manches sogar für nicht halten werden; sicherlich auch werden mir neue Wünsche entstehen. Aber ich mußte mir einmal Redenshaft geben von dem, was ich hier so häufig impulsiv getan und empfunden hatte, und gerade angesichts der Fertigstellung der neuen Medizinschule in Haidar Pascha ein Fact ziehen aus der Vergangenheit für die Zukunft.

Wenn ich auf die in meiner hiesigen Stellung verlebten Jahre zurückblicke, so ist es vor allem Eins, das mir in Freud und bitterem Leid trenn geblieben ist: eine Schaffenslust und eine Arbeitsfreudigkeit, wie ich sie vorher nie gekannt habe; und wie eine erlösende Botschaft klingen aus all den trüben Stunden des vergangenen Jahres Goethes Worte zu mir herüber:

„Wem wohl das Glück die schönste Palme deut?“

Wer heufig tut, sich des Getanen heut.“

Meine und meiner Mitarbeiter Arbeit galt dem türkischen Volke, mit dem ich es ehrlich und gut meine. Gerade deshalb habe ich ihm und vor allen seiner Regierung nichts Besseres

zu wünschen, als eben diese Arbeitsfreudigkeit, auf daß man endlich inne werde, daß alle die aus Europa bezogenen Reformen zwar bisweilen im kleinen gutwirkende, dann aber um so einschläferndere Ereignisse sind, die den Kern der Sache kaum berühren. Nur des Volkes eigene Arbeit befreit das Volk aus der Abhängigkeit Banden, nur jene Arbeitsfreudigkeit, die eine Teilerscheinung ist jener allgewaltigen Liebe: sie hofft alles, sie glaubt alles, sie trägt alles, sie duldet alles, und sie läßt neues Leben erblühen aus den Ruinen. —

Nischantasch, im Ramasanmonat,
Weihnachten 1901 und 1902.

آب و قویه نسیه لری

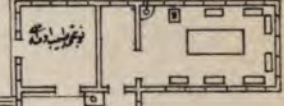
نوبت عمل



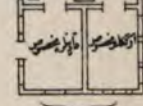
کلیه اشیا لری
موجوده
انستانتا لری
ب. ب. لری

نوبت لری

تفسیر لری

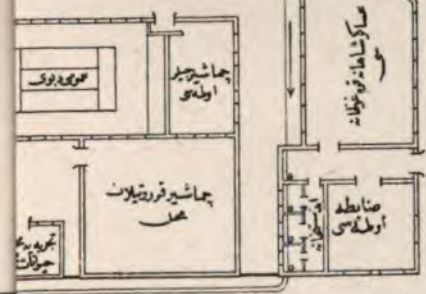


المنظومه



انظار

قبر اولی

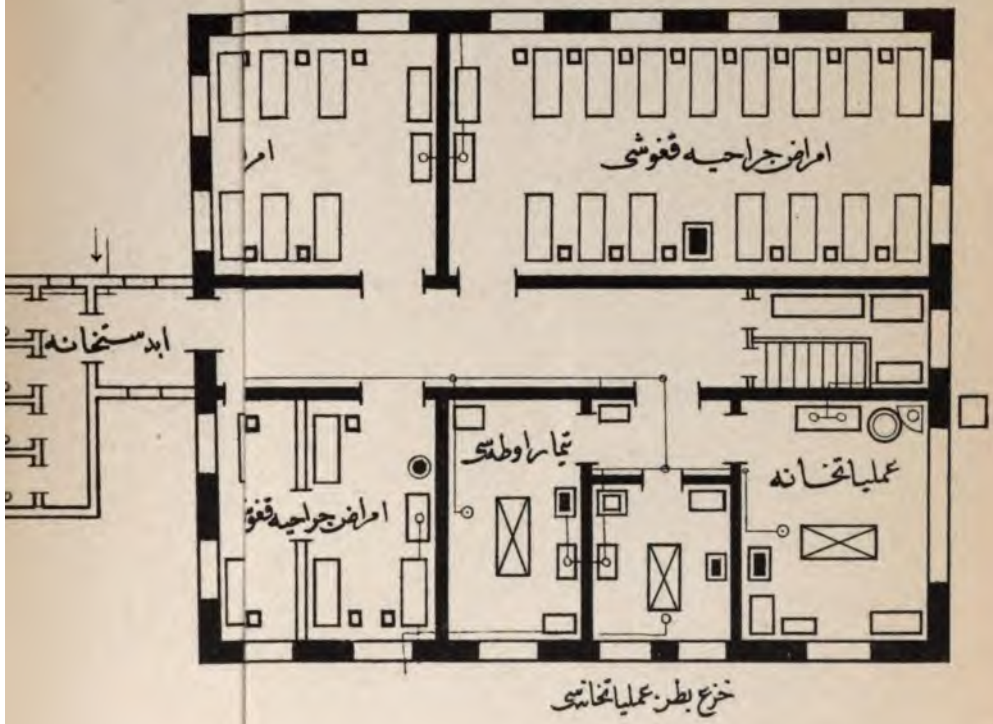


نوبت عمل

کلیه اشیا لری
موجوده
انستانتا لری
ب. ب. لری

۳۱۸

نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه	
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه
	نسخه ساز: نوبت سنده مستعمل اشیا از نسیه



Vertical line on the right side of the page.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--



R
S7P
R55
1903
V. J
LANE
HTST

