

Aus der Humanmedizinischen Abteilung
des Reichsgesundheitsamtes in Berlin

Statistische Kurzberichte

Von Dr. KURT POHLEN

V.

Die gewerblichen Erkrankungen an Milzbrand in den Vereinigten Staaten von Amerika 1929—1933

In den Vereinigten Staaten von Amerika¹ sind in den Jahren 1929—1933 insgesamt 342 gewerbliche Milzbranderkrankungen, 68 im Jahresdurchschnitt, gemeldet worden, von denen 78 (23%) tödlich verliefen². Die Erkrankungshäufigkeit betrug in den einzelnen Jahren (Sterbefälle in Klammern): 1929: 78 (15), 1930: 94 (22), 1931: 63 (11), 1932: 44 (18) und 1933: 59 (12). Sie ist also etwas gesunken, während die Letalität (19%, 23%, 17%, 41% und 20%) ungefähr gleichgeblieben ist. Bei 225 der gemeldeten Milzbrandfälle war die Infektionsquelle angegeben; das ist gegenüber der praktisch lückenlosen Infektionsquellenforschung im Deutschen Reich ein verhältnismäßig geringes Ergebnis. Davon entfielen auf die Felle- und Hautverarbeitung und die Lohgerbereien 73 (32%), auf die Verarbeitung von Wolle 67 (30%), auf die Tierzucht und Landwirtschaft 58 (26%), auf die Tätigkeit mit Haar- und Rauchwaren 15 (7%), auf den Transport tierischer Produkte 5 (2%), auf die Bürstenfabrikation 4 (2%), auf die Laboratoriumsarbeit 2 (1%) und auf die Lederverarbeitung 1 (0,5%). Von Interesse ist auch die Behandlungsweise der Milzbranderkrankungen, über die aber nur in 143 Fällen (42%) berichtet worden ist. Die Mehrzahl der behandelnden Ärzte begnügten sich mit alleiniger Serumbehandlung, auf die 81 Fälle kommen. Mit Serum und gleichzeitiger operativer Behandlung der Pusteln (Ausbrennen, Ausschneiden, Einschneiden) wurden 35 und mit Serum sowie antiseptischen Mitteln, teilweise auch mit operativer Behandlung wurden 8 Fälle behandelt. Demnach betrug die Zahl der mit Serum (ohne Arsenika) behandelten Fälle 124, während außerdem auf die Serum- und Arsenikabehandlung 4 Fälle kamen. Ohne Serum, nur mit Arsenika, wurden 5 Fälle behandelt. Bei 10 Erkrankungen kamen weder Serum noch Arsenika, sondern nur operative Eingriffe und antiseptische Mittel zur Anwendung.

Die Fehlgeburten in Lettland

Die laufende Ermittlung und Registrierung der Fehlgeburten, die in Lettland zum Aufgabengebiet der Amtsärzte gehört, ergab für das Jahr 1933 insgesamt 3110 künstliche Unterbrechungen der Schwangerschaft, davon 842 in Riga, denen 35163 Lebend- und Totgeburten, 5847 in Riga, gegenüberstanden, sodaß von den 38 273 bekannt gewordenen Schwangerschaften 8,4% (14,4% in Riga) mit einer Fehlgeburt endeten (1). Das erscheint sehr wenig; man muß aber dabei bedenken, daß im Gegensatz zu den vertraulichen Zählkarten, die in Magdeburg (1924—1927) und in Lübeck (seit 1924) von den statistischen Ämtern mit bestem Erfolg verwandt wurden (2), die amtsärztliche Erhebung immer lückenhaft bleiben wird. Trotzdem lassen sich auch aus solchen unvollständigen Angaben eine Reihe von Tatsachen ablesen, die unser noch recht geringes Wissen vom Vorkommen der Fehlgeburten bereichern. Die Zahl der Fehlgeburten in Lettland, die in den Jahren 1929: 2299, 1930: 2803, 1931: 2996 und 1932: 2834 oder 6,0% bzw. 6,8%, 7,4% und 7,0% der bekannt gewordenen Schwangerschaften betrug, hat also im Laufe des letzten Jahrfünfts deutlich zugenommen, eine Erscheinung, die auch in den anderen Erhebungsgebieten festzustellen ist. Nur im Deutschen Reich haben nach allen Berichten die Fruchtabtreibungen in den Jahren 1933 und 1934 stark abgenommen, wie u. a. aus der zitierten Lübecker Fehlgeburtenstatistik hervorgeht. Von den 3110 im Jahre 1933 ge-

meldeten Fehlgeburten, die zu 2664 oder 85,7% verheiratete und zu 446 (14,3%) ledige Frauen betrafen, waren 588, d. s. 18,6%, gesetzlich gerechtfertigt und 2522 (81,4%) ungesetzlich, einschließlich der Fälle mit unbestimmter Rechtsgrundlage, von denen der 20. Teil, nämlich 125, dem Staatsanwalt zur Einleitung eines Verfahrens zugeleitet wurden. Die Mitteilungen über den Verlauf der Fehlgeburten ergeben, daß 245 oder 7,9% der im Jahre 1933 eingeleiteten Fehlgeburten Komplikationen mit sich brachten, während 2865 (92,1%) regelrecht verliefen. Die entsprechenden Anteilziffern betragen für das Jahrfünft 1929—1933: 8,8% und 91,2%. Ein Todesfall als Folge der Fehlgeburt war bei allen 14042 Fruchtabtreibungen der Jahre 1929—1933 nur 201 mal, d. s. in 1,43% aller Fälle gemeldet worden. Die Häufigkeit der Komplikationen stimmt mit den Ergebnissen einer diesbezüglichen Umfrage bei den deutschen Universitäts- und Landes-Frauenkliniken aus dem Jahre 1928/29 dann gut überein, wenn man bloße Fiebererscheinungen im Anschluß an die Fehlgeburt nicht als Komplikationen rechnet. Bei dieser Erhebung wurde festgestellt, daß von den spontanen und kriminellen Aborten, um die es sich dort wie in Lettland vorzugsweise gehandelt hat, 68,7% regelrecht und weitere 24,3% mit Fieber verliefen. Nur in 7,0% der Fälle traten Komplikationen auf, davon die Hälfte mit Fieber (3).

1. Avortements enregistrés de 1929—1933. Statistique de l'hygiène publique 1932 et 1933. 6^{me} année. Riga 1935. S. 44. — 2. Stat. Jb. Stadt Magdeburg 1927 S. 105. — HILLMANN, Reichsgesdh. bl. 1935 Nr. 33 S. 712. — Vgl. auch K. POHLEN, D. m. W. 1935 Nr. 1 S. 31. — 3. K. POHLEN, Reichsgesdh. bl. 1933 Nr. 47 S. 895.

Das Problem der Ortsfremden bei der Statistik der anzeigepflichtigen Krankheiten

In der allgemeinen Todesursachenstatistik setzt sich jetzt das *Prinzip der Wohnbevölkerung* durch, das in den letzten Jahren auch vom Deutschen Reich und von den Vereinigten Staaten von Amerika angenommen worden ist. Es handelt sich hierbei darum, die Ortsfremden, die in vielen Städten mit größeren Krankenhäusern, Siechenheimen u. dgl. die Sterbeziffer ungünstig beeinflussen, ihrem ständigen Wohnort zuzuschreiben. Damit wird die Vergleichbarkeit der lokalen Mortalität ermöglicht und frei von störenden Zufälligkeiten, wie sie das Vorhandensein von Einrichtungen der Krankenbehandlung darstellen. Im Gegensatz hierzu hält die Statistik der anzeigepflichtigen Erkrankungs- und Sterbefälle an dem *Prinzip der ortsanwesenden Bevölkerung* fest, auch in denjenigen Ländern, deren Todesursachenstatistik, als Zweig der Statistik der Bevölkerungsbewegung, schon seit langem zum Wohnortsprinzip übergegangen ist. Der Grund hierfür liegt darin, daß die Meldepflicht der übertragbaren Krankheiten an erster Stelle den mit der Seuchenbekämpfung beauftragten Gesundheitsbehörden eine Auskunft über den jeweiligen Stand der Seuchenbewegung vermitteln soll, damit rechtzeitig die erforderlichen sanitären Maßnahmen eingeleitet werden können. Zu diesem Zwecke müssen die an Infektionskrankheiten Erkrankten ohne Berücksichtigung des jeweiligen Wohnortes nach dem Ort der Erkrankung gemeldet werden, weil es darauf ankommt, den Seuchenherd nach seiner territorialen und quantitativen Ausdehnung zu erfassen. Die Meldungen der Erkrankungs- und Sterbefälle an übertragbaren Krankheiten sollen nicht nur eine Kenntnis über das Ausmaß einer Epidemie, das seinen Ausdruck in der Erkrankungshäufigkeit findet, vermitteln, sondern sie sollen auch die Unterlagen für die Beurteilung der Schwere einer eventuellen Epidemie liefern. Hierfür ist das Verhältnis zwischen den Erkrankungs- und Sterbefällen, die Letalität, maßgebend. Genauere Untersuchungen über die Letalität in eng umgrenzten Gebieten führen aber oft zu keinem Erfolg, weil bei vielen Personen der Erkrankungs- und Sterbeort nicht derselbe ist. Das muß sich dann störend bemerkbar machen, wenn die Erkrankungs- und Sterbefälle nach Gemeindegrößenklassen mitgeteilt werden. Wenn aus dem Jahresbericht für 1933 des Dänischen Gesundheitsamtes hervorgeht, daß in den Stadtteilen des Kopenhagener Amtsbezirks 9 Erkrankungen und 12 Sterbefälle an Puerperalfieber vorgekommen sind, so lassen sich aus solchen Zahlen keine Letali-

¹ An der Erhebung haben sich nicht beteiligt die Staaten: Jowa, Kentucky, Mississippi, Nevada, Oklahoma, Süd-Dakota, Süd-Carolina, Utah und Washington. — ² Industrial Anthrax. Report of the Committee presented to the Industrial Hygiene Section of the American Public Health Association at the Sixty-third Annual Meeting in Pasadena 1934. American Public Health Association Year Book 1934/35. S. 73.