

vielfach eine Mitagglutination des *Bact. abortus Bang* und des *Bact. melitense*, des Erregers des Maltafiebers, erfolgt. Meist tritt dies aber nur bei den sehr hoch agglutinierenden Tularenseseren ein. Bei niederen Verdünnungen wird von den drei in Frage kommenden Bakterienarten stets durch vergleichende Prüfung sich der tatsächliche ätiologische Stamm herausheben. Tritt auch in stärksten Serumverdünnungen Mitagglutination auf, so führt der sog. Absättigungsversuch stets zu einem eindeutigen Ergebnis insofern, als ein mit *Bact. abortus Bang* bzw. *Bact. melitense* abgesättigtes spezifisches Tularämieserum hierbei nie seine agglutinierenden Eigenschaften gegenüber dem *Bact. tularense* verliert.

Entsprechend dem subakuten, beinahe chronischen Verlaufe, wie er für die Tularämie beim Menschen charakteristisch ist, sind die pathologisch-anatomischen Befunde. Bei dem meist gutartigen Verlaufe der menschlichen Tularämie sind die durch Sektionen erhobenen pathologischen Erkenntnisse nur auf sehr wenige Fälle beschränkt. Jedoch stehen die erhobenen Befunde in gutem Einklang mit den bei Tierversuchen erzielten pathologischen Bildern. Im großen und ganzen gleichen die Veränderungen denen bei chronischer Tuberkulose. Noch am charakteristischsten sind kleine weiße, runde Knötchen, welche vor allem Milz und

Lungen durchsetzen. In Lymphdrüsen findet man häufig verkäste Herde, die von einem dichten Kranz von Epitheloidzellen umlagert sind. Bisweilen waren derartige Herde von bindegewebigen Kapseln mit eingelagerten Lymphocyten umgeben. Bei Tieren werden häufig noch schwere Leberveränderungen beobachtet und entsprechend dem akuten Verlauf der Erkrankung meist noch Erscheinungen frischer Entzündung.

Die Prophylaxe besteht, da die Infektionsträger bekannt sind, in vorsichtigem Umgehen mit verdächtigen Tieren. Die Behandlung kann mangels eines spezifischen Heilmittels nur eine symptomatische sein. Chirurgische Behandlung der Lymphdrüsenvereiterungen ist nur in den seltensten Fällen notwendig.

Literatur: ¹ EDWARD FRANCIS, Tularämie. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von KRAUS-UHLENHUTH, 3. Aufl. 4. 207 (1929). — ² G. W. MCCOY, A plague-like diasease of rodents. Publ. Health Bull. 1911, Nr 43; U. S. Publ. Health Service. — ³ G. J. SARCHI, Tularämie im Bezirk Obdorski. J. 1928. Zbl. Bakter. I. Orig. 114, H. 1/2, 55. — ⁴ H. ZEISS, Die Pest in Rußland. I. Die pestähnlichen Lymphdrüsenentzündungen im Wolgadelta 1926. (Tularämie?) Münch. med. Wschr. 1929, Nr 27, 1137. — ⁵ H. ZEISS, Die Pest in Rußland. II. Die pestähnlichen Seuchen an der Oka und dem Ural im Jahre 1928. (Tularämie?) Münch. med. Wschr. 1929, Nr 32, 1342.

ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN.

ZUR BEKÄMPFUNG DER STERBLICHKEIT DER UNEHELICHEN SÄUGLINGS.

Von

ARNOLD ORGLER.

Aus dem städtischen Säuglings- und Mütterheim Neukölln
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. ORGLER).

Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge ist in den letzten Jahren nach Überwindung der in der Inflation entstandenen Schwierigkeiten sehr stark zurückgegangen; während sie im Jahre 1923 in Berlin noch 25,7% betrug, ist sie im Jahre 1928 auf 12,8% gesunken, eine ganz hervorragende Leistung der zuständigen Behörden! So erfreulich dieses Resultat ist, darf man doch nicht übersehen, daß selbst in den günstigsten Jahren, 1926—28, die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge, relativ genommen, noch immer fast doppelt so groß war als die der ehelichen, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Tabelle 1. Säuglingssterblichkeit.

Jahr	in Berlin			in Deutschland
	überhaupt %	ehelich %	unehelich %	überhaupt %
1924	9,5	7,7	18,8	10,9
1925	9,1	7,4	16,4	10,5
1926	8,5	7,4	13,5	10,2
1927	8,5	7,4	13,3	9,7
1928	7,8	6,6	12,8	—

Vergegenwärtigt man sich, daß die Hauptsterblichkeit auf das erste Lebensvierteljahr, und hier wieder auf die ersten Tage (Frühsterblichkeit, Rorr) fällt, bedenkt man ferner, daß infolge der Stillunterstützung die Mehrzahl der ehelichen Säuglinge 3 Monate vollkommen oder teilweise gestillt wird, während die unehelichen meist mit 6 Wochen, wenn nicht schon früher, abgesetzt werden, so wird man mit Recht den großen Unterschied in der Sterblichkeit darauf zurückführen, daß infolge der viel kürzeren Periode natürlicher Ernährung die Aufzuchtbedingungen für das uneheliche Kind erheblich ungünstiger sind als für das eheliche. *Konstitutionelle* Bedingungen kommen jedenfalls für die Erklärung des Unterschiedes in der Mortalität nicht in Betracht; vergleicht man nämlich die Entwicklung unehelicher und ehelicher Säuglinge unter denselben Bedingungen miteinander, wie es z. B. SIEGFRIED LEVY am Material des Städtischen Säuglingsheims in Frankfurt a. M. getan hat, so sieht man, daß die Entwicklung bei beiden Gruppen gleichsinnig verläuft.

Will man die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge auf das Niveau der Sterblichkeit der ehelichen herabdrücken, so muß dafür gesorgt werden, daß erstens die Entbindung überall dort, wo schlechte häusliche Verhältnisse vorliegen — und das wird meist der Fall sein —, in einer Entbindungsanstalt erfolgt, und daß zweitens die Stilldauer so lange wie möglich ausgedehnt wird.

Um das letztere Prinzip durchzuführen, wurde im Städtischen Säuglings- und Mütterheim Neukölln, das im Februar 1923, also im Jahre der höchsten Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge, eröffnet wurde, die Bestimmung getroffen, daß die Mütter sich verpflichten mußten, 4 Monate in der Anstalt zu bleiben; diese Verpflichtung wurde im Jahre 1926 auf 3 Monate beschränkt, weil viele Mütter sich nicht auf so lange Zeit binden wollten, und weil für die zahlreichen aus der Provinz stammenden Mütter die Kosten zu hoch wurden, namentlich als für Auswärtige die Selbstkostensätze eingezogen werden mußten.

In der Zeit vom 1. II. 1923 bis 31. XII. 1927 wurden 607 Mütter mit 625 Säuglingen auf die Mütterstation aufgenommen. Ich habe 5 Jahre zusammengefaßt, damit einmal der Zufall der kleinen Zahl möglichst vermieden wird, und zweitens die jährlichen Mortalitätsschwankungen ausgeglichen werden. Die Mütter wurden uns zum größten Teil aus der der Anstalt gegenüberliegenden Brandenburgischen Landes-Frauenklinik, meist zwischen dem 8. und 10. Tage, überwiesen. Nur ein ganz kleiner Teil stammt aus andern Entbindungsanstalten, und verschwindend wenige wurden uns aus der Stadt von Ärzten wegen Erkrankung des Kindes mit der Mutter eingewiesen. Von den 625 Säuglingen waren 535 ausgetragen = 85,6%, 54 Frühgeburten = 8,6% und 36 Zwillinge = 5,8%; von den Zwillingen waren 6 Paar ausgetragene Neugeborene, 12 Paar Frühgeburten. Wenn man also die Zwillinge auf die ausgetragenen Säuglinge und die Frühgeburten verteilt, erhält man 547 ausgetragene Säuglinge und 78 Frühgeburten.

Auffallend ist die hohe Zahl von Zwillingen; wir wissen aus den Untersuchungen von WEINBERG, daß auf 80 Geburten eine Zwillinggeburt = 1,25% kommt. In der Landesfrauenklinik betrug der Anteil der Zwillingengeburt im Laufe von 10 Jahren bei einer Geburtenzahl von 19690 Geburten etwa 1%. Beide Zahlen liegen also weit unter dem für unsere Anstalt gefundenen Werte, der auf Zwillingspaare berechnet 2,9% beträgt. Auch die Zahl der aufgenommenen Frühgeburten ist, wie ich noch weiter unten ausführen werde, doppelt so groß, als es der Norm entspricht.

63 Mütter, also 10%, verließen vor Ablauf der 3 Monate das Heim, teils weil sie zu Eltern oder Verwandten zogen oder heirateten, teils weil sie wegen eigener Erkrankung mit dem gesunden Kinde in ein Krankenhaus verlegt werden mußten, und schließlich, weil sie sich, wenn auch verhältnismäßig selten, der Hausordnung nicht fügten, um auf diese Weise eher entlassen zu werden. Ihre Kinder, 65 an der Zahl, da 2 Mütter von Zwillingen darunter waren, können also in der Statistik nicht verwertet werden, auch wenn sie im Hause blieben. Es liegen also der Statistik 560 Säuglinge zugrunde, von denen 474 ausgetragen, 54 Frühgeburten und 32 Zwillinge waren, bzw. 486 ausgetragene Säuglinge und 74 Frühgeburten. Aber auch von den ausgetragenen Säuglingen war eine große Anzahl nach Entlassung der Mutter, also 3–4 Monate nach der Geburt, noch nicht so weit, daß sie entlassen werden konnten. Es mußten 157 Säuglinge einschließlich Frühgeburt $n = 28\%$ im Hause zurückbehalten werden. Der Grund für diese Erscheinung beruht darauf, daß uns von der Landesfrauenklinik vorwiegend Mütter mit sehr schwächlichen Säuglingen überwiesen wurden, damit diese möglichst lange gestillt werden.

Von den 560 Säuglingen starben im ganzen $18 = 3,2\%$. Davon waren 8 ausgetragen, eins ein frühgeborenes Zwillingkind und 9 Frühgeburten. Demnach starben von den 474 ausgetragenen Säuglingen $1,7\%$, von den Zwillingen $3,1\%$ und von den Frühgeburten $16,7\%$, oder, wenn wir die Zwillinge auf beide Gruppen verteilen, von den ausgetragenen $1,6\%$, von den Frühgeburten $12,1\%$. Die geringe Sterblichkeit der Frühgeburten beruht zum größten Teil darauf, daß unter ihnen nur wenig Frühgeburten unter 1800 g waren. Von den ausgetragenen Kindern starben 4 an kongenitaler Lues, davon 2 an der Kombination mit Grippe, eins an einem angeborenen Herzfehler, eins an Melaena auf septischer Basis (Mutter und Kind wurden uns aus einem Privathaus überwiesen); eins war ein plötzlicher Todesfall, bei dem bei der Autopsie sich ein Status thymico-lymphaticus und eine Hirnblutung herausstellten, und eins starb an einem Grippeempyem*. Das Zwillingkind ging an einer Grippepneumonie zugrunde. Von den Frühgeburten starben 2 am Aufnahmezeitpunkt, 2 an Lues, 3 an Grippepneumonie und 2 an „Lebensschwäche“. Die Sterblichkeit der ausgetragenen Kinder ist niedrig; auch die der Frühgeburten ist als gering zu bezeichnen. Bemerkenswert ist nur der hohe Anteil der Syphilis an den Todesursachen; von den ausgetragenen Säuglingen sind ihr 4, also fast die Hälfte, von den Frühgeburten 2, also über $\frac{1}{5}$ zum Opfer gefallen. Es zeigt sich auch hier wieder, wie wichtig die prophylaktische Behandlung syphilitischer Mütter in der Schwangerschaft ist.

Aber die Mortalitätsziffern, an und für sich betrachtet, geben kein richtiges Bild vom Nutzen des Anstaltsaufenthaltes von Mutter und Kind. Sie gewinnen erst einen Wert, wenn man sie in Beziehung zur Gesamtsäuglingssterblichkeit in Berlin setzt.

Vorher muß ich aber noch die Frage erörtern, ob die Zusammensetzung des von uns aufgenommenen Säuglingsmaterials, namentlich ob das Verhältnis der Frühgeburten zu den ausgetragenen der allgemeinen Gliederung in Berlin entspricht. Ich hatte schon oben darauf hingewiesen, daß sich unter unsern Zugängen mehr Zwillinge befanden, als nach den bekannten Statistiken zu erwarten war; anzunehmen war, daß wir auch mehr Frühgeburten aufgenommen hatten, als es dem Durchschnitt entspricht. Berlin selbst besitzt keine Frühgeburtenstatistik. Ich habe daher, um Vergleichswerte zu erhalten, die in der Landesfrauenklinik geborenen Frühgeburten ausgezählt. Von der Gesamtzahl der Frühgeburten wurde die Zahl der totgeborenen Frühgeburten abgezogen, da diese für unsere Berechnung nicht in Frage kam. Aber auch von den lebendgeborenen Frühgeburten fallen die in den ersten 10 Lebenstagen gestorbenen für unseren Vergleich fort, da die Frühgeburten erst am oder nach dem 10. Lebenstage in

unsere Anstalt verlegt wurden. Verwertet wurden die vier Jahrgänge 1924–27. Das Jahr 1923 habe ich nicht berücksichtigt, da die hohe Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge in diesem und den vorhergehenden Inflationsjahren auf ganz abnormen Verhältnissen beruht.

In dieser Zeit fanden in der Landesfrauenklinik 10387 Entbindungen statt. Davon waren 916 = $8,8\%$ Frühgeburten. Von ihnen waren 320 totgeboren, und zwar 175 eheliche und 145 uneheliche; in den ersten 10 Lebenstagen starben weitere 209. Die Frühgeburtenmortalität ist also, wie auch aus allen anderen Statistiken hervorgeht, sehr groß. Nur 387 Frühgeburten, oder $42,2\%$ der Frühgeburten überhaupt, sind am 10. Tage noch am Leben. Während ursprünglich der Anteil der Frühgeburten an der Gesamtzahl der Geburten $8,8\%$ betrug, ist er am 10. Lebenstage auf $3,9\%$ gesunken. Da uns fast nur unverheiratete Mütter überwiesen wurden, habe ich außerdem berechnet, wie sich die Frühgeburten auf eheliche und uneheliche verteilen. Von den 387 Frühgeburten waren 165 ehelich und 222 unehelich. Die Zahl der ehelichen Geburten betrug 4454; demnach entfielen auf sie $3,7\%$ Frühgeburten. Die Zahl der unehelichen Geburten betrug 5404; der Anteil der unehelichen Frühgeburten war also $4,1\%$. Wir sehen aus dieser Berechnung, daß auf 100 uneheliche Neugeborene im Alter von 10 Tagen 4 uneheliche Frühgeburten kommen. Da in unserer Anstalt der Anteil der Frühgeburten $8,6\%$ betrug, war er doppelt so groß, als es dem Durchschnitt entspricht. Dieses Ergebnis ist nicht erstaunlich, da natürlich die Mütter von Frühgeburten die Notwendigkeit eines längeren Anstaltsaufenthaltes einsehen und sich daher leichter dazu entschließen, 3–4 Monate ihr Kind zu stillen als Mütter von ausgetragenen Neugeborenen.

Will man nun die Sterblichkeit in der Anstalt in Beziehung zur Säuglingssterblichkeit in Groß-Berlin setzen, so muß man m. E. die Zahl der in der Anstalt meist am 10. Lebenstage aufgenommenen Frühgeburten auf die durchschnittliche Zahl der am 10. Tage noch lebenden Frühgeburten reduzieren. Ich habe bei der folgenden Berechnung die Zwillingfrühgeburten nicht mit berücksichtigt, da letztere eine viel günstigere Mortalität zeigen als die reinen Frühgeburten. Dadurch gestaltet sich die Berechnung für die Sterblichkeitsverhältnisse in der Anstalt natürlich ungünstiger. Statt 54 Frühgeburten, die tatsächlich aufgenommen waren, hätten wir, wenn wir den Prozentsatz von 4 Frühgeburten auf 100 Neugeborene zugrunde legen, nur 26 Frühgeburten aufnehmen sollen. Die Mortalität der Frühgeburten in der Anstalt betrug $16,7\%$. Hätten wir nur 26 Frühgeburten aufgenommen, wie es nach der obigen Berechnung der durchschnittlichen Anzahl von Frühgeburten entsprochen hätte, so wären ebenfalls $16,7\% = 4$ Frühgeburten gestorben. Wir hätten dann folgende Zahlen: Es waren 3 Monate lang in der Anstalt 474 ausgetragene Kinder mit 8 Todesfällen, 32 Zwillinge mit einem Todesfall und 26 Frühgeburten mit 4 Todesfällen, im ganzen also 532 Säuglinge mit 13 Todesfällen. Die Mortalität würde also nur $2,4\%$ betragen.

Ich glaube nach den obigen Ausführungen, daß man dem Vergleich mit den Sterblichkeitsverhältnissen in Groß-Berlin eher diesen Wert zugrunde legen kann, als den zuerst berechneten Wert von $3,2\%$. Ich glaube hierzu um so mehr berechtigt zu sein, als ich die Zwillingfrühgeburten mit ihrer überaus günstigen Sterblichkeit aus der Frühgeburtenverhältnisse ausgeschlossen habe und außerdem das Jahr 1923 mit seiner hohen Mortalität von $25,7\%$ nicht verwandt habe. Ich werde aber in folgendem beide Werte von $3,2$ und $2,4\%$ (korrigierter Wert) berücksichtigen.

Über die Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Säuglinge in der Zeit von der Geburt bis zum 10. Tage und vom 10. Tage bis zum Abschluß des ersten Lebensvierteljahres in Berlin gibt uns die Tabelle 2 auf S. 124 Aufschluß. Ich verdanke die Sterbeziffern für diese Zeit dem überaus großen Entgegenkommen des Statistischen Amtes der Stadt Berlin. Berücksichtigt sind wieder nur die vier Jahre 1924–1927.

Demnach sind in der Zeit vom 10. Lebenstage bis zum Ende des ersten Lebensvierteljahres in Berlin $2,1\%$ der ehelichen und $4,4\%$ der unehelichen Säuglinge gestorben. Also auch hier ist relativ die Sterblichkeit der unehelichen doppelt

* Da die vergleichende Berechnung der Mortalität nur die Zeit vom 10. Lebenstage bis zum Ende des ersten Lebensvierteljahres umfaßt, habe ich eine Frühgeburt, die am 6. Lebenstage bei uns eingeliefert wurde und am selben Tage gestorben ist, und ein im Alter von knapp 4 Monaten gestorbenes, ausgetragenes Kind in die Statistik nicht aufgenommen.

Tabelle 2. *Geburtenzahl und Mortalität in den ersten 10 Tagen und vom 10. Tage bis Ende des ersten Lebensvierteljahres, getrennt nach ehelichen und unehelichen Säuglingen.*

Jahr	Ehelich					Unehelich				
	Zahl der Geburten	bis 10. Tag gestorben	in Proz.	10. Tag bis Ende des 1. Vierteljahres gestorben	in Proz.	Zahl der Geburten	bis 10 Tag gestorben	in Proz.	10. Tag bis Ende des 1. Vierteljahres gestorben	in Proz.
1924	35117	1043	3	794	2,3	6429	495	7,7	329	5,1
1925	38481	1103	2,9	787	2,0	8590	562	6,5	439	5,1
1926	36694	1028	2,8	768	2,1	8579	530	6,2	304	3,6
1927	34835	1101	3,2	707	2,0	8038	491	6,1	318	4,0
Sa.:	145127	4275	2,95	3055	2,1	31636	2078	6,6	1395	4,4

so groß wie die der ehelichen. Vergleicht man diese Zahlen mit den am Anstaltsmaterial gefundenen Werten, so ergibt sich, daß die Mortalität von 3,2 bzw. 2,4 % (korrigierter Wert) erheblich niedriger ist als die Mortalität der unehelichen Säuglinge in Groß-Berlin; ja, wenn wir den korrigierten Wert berücksichtigen, ist infolge des Anstaltsaufenthaltes und der Durchführung der natürlichen Ernährung während des ersten Lebensvierteljahres ihre Sterblichkeit fast auf das Niveau der Mortalität der ehelichen Säuglinge in Groß-Berlin herabgedrückt worden (2,4 % bei den unehelichen in der Anstalt gegen 2,1 % bei den ehelichen in Berlin).

Bei der Bearbeitung dieses Problems drängte sich sofort die zweite Frage auf: Wie groß ist die Sterblichkeit der in einer Anstalt geborenen unehelichen Neugeborenen in den ersten 10 Lebenstagen im Vergleich mit der Sterblichkeit der ehelichen bzw. unehelichen Neugeborenen in Groß-Berlin im gleichen Zeitabschnitt? Ich habe aus dem großen Material der Landesfrauenklinik, für dessen Überlassung ich dem Direktor, Herrn Professor HAMMERSCHLAG, meinen herzlichsten Dank ausspreche, für die vier Jahre 1924—1927 die Sterblichkeitszahlen in folgender Tabelle zusammengestellt:

Tabelle 3.

Jahr	Zahl der Lebendgeborenen		Gestorben						
	überhaupt	ehelich	überhaupt	in %	ehelich	in %	unehelich	in %	
1924	1830	847	983	76	4,2	42	5,0	34	3,5
1925	2625	1139	1486	93	3,5	44	4,8	49	3,3
1926	2887	1299	1588	89	3,1	42	3,2	47	3,0
1927	2583	1198	1385	79	3,0	36	3,0	43	3,1
In 4 Jahren	9925	4483	5442	337	3,4	164	3,6	173	3,2

Es wurden also im ganzen 9925 lebende Kinder geboren. Davon starben in den ersten 10 Tagen 337 Säuglinge = 3,4 %, und zwar von den 4483 ehelichen 164 = 3,6 %, von den 5442 unehelichen 173 = 3,2 %. Vergleicht man diese Zahlen mit den Werten, die ich für eheliche bzw. uneheliche Neugeborene auf Tabelle 2 berechnet habe, so ergibt sich folgendes Bild: Die Mortalität der ehelichen Säuglinge in Berlin betrug im Durchschnitt 2,95 %, die der unehelichen 6,6 %. Die Sterblichkeit der unehelichen in der Landesfrauenklinik mit 3,2 % ist also um die Hälfte geringer als diejenige der unehelichen Neugeborenen in Berlin und nur um einen geringen Bruchteil höher als die der ehelichen. Hier ist es also gelungen, durch Schaffung günstiger Bedingungen für die Entbindung und durch konsequente Durchführung der natürlichen Ernährung

die Sterblichkeit der unehelichen Neugeborenen auf das Niveau der ehelichen herabzudrücken.

Interessant ist schließlich noch eine Übersicht über die Todesursachen der in der Landesfrauenklinik gestorbenen Neugeborenen. Auch hier ergibt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Säuglingen, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Tabelle 4. *Verteilung der Todesursachen. Gesamtmortalität = 337. Ehelich = 164. Unehelich = 173.*

Ursachen	Gesamt	in Proz.	ehelich	in Proz.	unehelich	in Proz.
Frühgeburt	209	62,0	106	64,6	103	59,6
Asphyxie	59	17,5	23	14,0	36	20,8
Operation	26	7,7	14	8,4	12	6,9
Mißbildung	9	2,6	7	—	2	—
Lues*	8	2,1	2	—	6	—
Andere Ursachen	26	7,7	12	7,3	14	8,1

Zwar ist bei den ehelichen Neugeborenen der Anteil der Frühgeburten etwas höher als bei den unehelichen, bei letzteren die Zahl der Todesfälle durch Asphyxie größer als bei den ersteren, aber die Unterschiede sind nicht so bedeutend, als daß man daraus irgendeinen Schluß ziehen könnte. Auch die Tatsache, daß unter den totgeborenen Frühgeburten sowohl absolut als auch prozentualer mehr eheliche als uneheliche vorhanden sind, spricht nur dafür, daß verheiratete Frauen bei Störungen in der Schwangerschaft die Anstalt eher aufsuchen als beim normalen Verlauf. Betrachtet man schließlich die Todesursachenstatistik unter dem Gesichtswinkel der Prophylaxe, so konzentriert sich unser Interesse auf den hohen Anteil, den die Frühgeburten an der Frühsterblichkeit nehmen, wie er sich auch in allen andern Statistiken findet. Entfallen doch $\frac{2}{3}$ aller Todesfälle auf die Frühgeburten! Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß sich die Bekämpfung der Frühsterblichkeit in erster Linie auf die Verhütung der Frühgeburt erstrecken muß.

Überblicken wir noch einmal beide Beobachtungsreihen, so sehen wir, daß durch die günstigen Bedingungen des Anstaltsaufenthaltes und die Durchführung der natürlichen Ernährung die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge im ersten Lebensvierteljahr auf 6,4 bzw. 5,6 % (korrigierter Wert) gegenüber 11 % bei den unehelichen Säuglingen in Groß-Berlin herabgedrückt werden kann. Ja der korrigierte Wert von 5,6 % ist nicht viel höher als der Wert für die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge, der für diesen Zeitabschnitt in Groß-Berlin 5,1 % beträgt.

ZUR REFORM DER ÄRZTLICHEN BILDUNG.

Von

Dr. PAUL JENSEN,

Professor der Physiologie in Göttingen.

Innerhalb der Reformbestrebungen auf dem Gebiet unseres gesamten Erziehungswesens, die zum Teil sehr gründliche Umgestaltungen wünschen, zeigen sich besonders in letzter Zeit auch wieder solche, die die ärztliche Ausbildung zum Gegenstand haben. Diese Bestrebungen gehen teils von ministerieller* Seite aus, teils

* Als dieser Aufsatz geschrieben wurde, lagen die vom Reichsminister des Innern am 9. X. 1929 zur Diskussion gestellten Änderungen der Prüfungsordnung für Ärzte noch nicht vor.

von den medizinischen Fakultäten, teils von Vertretern einzelner Fächer, wie Anatomen, Physiologen, Klinikern usw. und teils von praktischen Ärzten. Die von den verschiedenen Seiten erhobenen Forderungen sind bald mehr, bald weniger weitgehend. Letzteres gilt besonders für die von den medizinischen Fakultäten und von einzelnen ihrer Fachvertreter geltend gemachten, wie sie kürzlich

* Bei ausgetragenen Kindern; die Lues bei den Frühgeburten ist in der Rubrik „Frühgeburten“ eingerechnet.