

Die Verbreitung der Lungentuberkulose im Kanton Basellandschaft.

Von Dr. med. Max Bollag in Liestal.

Dem internationalen Tuberkulosekongress in Paris im Oktober des Jahres 1905 wurde von Carrière im Namen des schweizerischen Gesundheitsamtes ein Bericht eingereicht über den Stand der Tuberkulose in der Schweiz¹⁾. Es wurden die Sterblichkeitsverhältnisse der Jahre 1901—1903 einer speziellen Betrachtung unterworfen und die Zahlen der Todesfälle infolge Lungentuberkulose und Tuberkulose anderer Organe auf Grund der neuen, im Jahre 1900 auf alle Zivilstandskreise ausgedehnten Nomenklatur kantonsweise einander gegenübergestellt bekannt gegeben. Der Kanton Baselland nimmt in der Reihe der 25 Kantone der Schweiz den 20. Rang ein (von den 187 Bezirken der Schweiz nimmt Liestal den 178. Rang ein im genannten Zeitabschnitt 1901—1903); in 19 Kantonen starben — auf 10,000 Einwohner berechnet — weniger Personen an Lungentuberkulose und nur in 5 Kantonen mehr als in Baselland. Die Sterblichkeit schwankt in den einzelnen Kantonen zwischen 14.97 ‰ (Appenzell A.-Rh.) und 29.26 ‰ (Genf); Baselland weist 20.47 ‰ auf; grösser als in Baselland ist die Sterblichkeit in St. Gallen (20.69 ‰), Graubünden (22.73 ‰), Appenzell I.-Rh. (22.33 ‰), Glarus (24.26 ‰) und Genf (29.26 ‰). Da muss sich uns die Frage aufdrängen, ist die hohe Lungentuberkulosemortalität in Baselland ein zufälliges Vorkommnis der Jahre 1901—1903 oder ist das eine konstante Erscheinung, und wenn ja, wie lässt sich dieselbe erklären.

Für die Lungentuberkulosesterblichkeit ist es möglich, zuverlässige statistische Angaben vom Jahre 1876 an vom eidgenössischen statistischen Bureau zu erhalten; für die Todesfälle infolge Tuberkulose anderer Organe sind die Angaben bis zum Jahre 1900 sehr unzuverlässig, weil bis zu diesem Jahre Knochen- und Gelenktuberkulose, Osteomyelitis und andere Knochen- und Gelenkkrankheiten unter ein- und derselben Nummer registriert wurden und eine Auscheidung nachträglich nicht mehr möglich ist. Aber auch aus einem andern Grunde sind die statistischen Angaben über die Lungentuberkulosesterblichkeit zuverlässiger als diejenigen über die Sterblichkeit infolge Tuberkulose der übrigen Organe: Während die Lungenschwindsucht eine wohl charakterisierte Krank-

heit ist, deren Diagnose besonders im fortgeschrittenen, zu baldigem Exitus führenden Stadium sehr leicht gestellt werden kann und auch schon in früheren Jahrzehnten leicht gestellt werden konnte, haben erst in den letzten Jahren bessere Untersuchungsmethoden und grössere Aufmerksamkeit bei der Diagnosenstellung der Gehirntuberkulose, der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane u. s. w. öfters diese Diagnosen stellen lassen, und Schmid²⁾ führt darauf die auf andere Weise gar nicht erklärbare Steigerung der Zahl der Todesfälle infolge von Nieren- und Blasen-tuberkulose von 30 auf 295 während der Zeit von 20 Jahren (1878—1897) zurück. Aus diesen Gründen beschränke ich meine Untersuchung über die Tuberkulosesterblichkeit in Baselland auf die wohlcharakterisierte Lungentuberkulose.

Es erlagen dieser Krankheit von 1876—1905 in Baselland 3704 Personen, d. h. jährlich durchschnittlich 123, also von je 10,000 Einwohnern zirka 20. Im gleichen Zeitraum starben überhaupt in Baselland 36,888 Personen; also 10 ‰ derselben sind der Lungentuberkulose erlegen.

Wenn wir von 1876—1905 nach Jahrfünfteln die Todesfälle überhaupt und die Todesfälle infolge Lungentuberkulose zusammenfassen, so sehen wir einen konstanten, deutlich ausgesprochenen Rückgang der allgemeinen Mortalität. Die Sterblichkeit infolge Lungentuberkulose hingegen ist fast gleich geblieben. Die Gesamtsterblichkeit ist von 1876/80 bis 1901/05 von 245 ‰ auf 165 ‰, d. h. um 32.5 ‰ gesunken, die Sterblichkeit infolge Lungentuberkulose von 20.5 ‰ auf 19.4 ‰, d. h. nur um 5.3 ‰.

Die detaillierten Zahlen zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 1. Sterblichkeit in Baselland.

	Bevölkerung (Mittel)	Überhaupt auf 10,000 Einwohner	Infolge Lungentuberkulose auf 10,000 Einwohner
1876—1880	56,055	245.65	20.5
1881—1885	60,600	209.90	19.1
1886—1890	62,154	203.04	21.2
1891—1895	63,527	186.06	19.7
1896—1900	65,257	172.70	17.9
1901—1905	69,908	165.67	19.4

¹⁾ Siehe Literaturverzeichnis im Anhang.

Ein Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit wird in der ganzen Schweiz, in allen Kantonen konstatiert³⁾; nicht in gleicher Masse geht die Sterblichkeit infolge Lungentuberkulose in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen zurück. In der Stadt Basel ist die Lungenschwindsuchtssterblichkeit im gleichen Zeitabschnitt von 37.4 ‰ auf 20.3 ‰ gesunken, in Lausanne von 27.4 ‰ auf 19.3 ‰, in Genf von 37.5 ‰ auf 30.4 ‰, in der Gesamtschweiz von 20.1 ‰ auf 19.1 ‰. Wir sehen, dass in Basel und Lausanne die Sterblichkeit infolge Lungentuberkulose früher viel grösser war als in Baselland, sie ist aber rapid gesunken und ist nun nicht oder nicht viel grösser als in Baselland, in Genf ist sie wohl noch erheblich grösser, sie ist aber gegenüber Baselland ganz bedeutend zurückgegangen, wie auch aus folgender Tabelle hervorgeht.

Sterblichkeit infolge Lungentuberkulose auf 10,000 Einwohner.
Tabelle 2.

	Basel ‰	Genf ‰	Lausanne ‰	Schweiz ‰
1876—1879	37.4	37.5	27.4	20.1
1880—1884	33.5	37.8	25.0	20.3
1885—1889	31.3	34.2	30.4	21.1
1890—1894	26.0	32.6	26.4	20.5
1895—1899	23.8	31.8	24.5	19.5
1900—1903	20.8	30.4	19.3	19.1

Hat im Vergleiche zu diesen Städten Baselland früher bessere Verhältnisse aufgewiesen, so ist heute sein 20. Rang, den wir oben verzeichnet haben, nicht ein zufälliger; die Tuberkulosesterblichkeitsverhältnisse haben sich eben in Baselland nicht erheblich gebessert in den letzten dreissig Jahren. Die Gegenüberstellung unseres Kantons gegen die drei genannten grösseren Städte ist erfolgt, weil man im allgemeinen geneigt ist, die zu Infektionskrankheiten und speziell zu Tuberkulose disponierenden örtlichen und sozialen Verhältnisse in einer menschenansammelnden Stadt gehäuft vorauszusetzen. Wir finden im Jahresdurchschnitt der Jahre 1901—1903 in Baselstadt mit seinen 115,811 Einwohnern, die sich auf 35.7 km² verteilen, eine Lungentuberkulosemortalität von 19.6 ‰ gegenüber 20.47 ‰ in Baselland mit 69,362 Einwohnern, die sich auf 427.5 km² dehnen können. Diese gleichartigen Mortalitätszahlen in Städten und in Baselland reizen uns besonders, den Gründen nachzuspüren, die unsere verhältnismässig hohe Tuberkulosemortalität verursachen möchten. Man liest in alten, neuern und neuesten Abhandlungen immer wie-

der die Lehre: „Die Lungenschwindsucht ist eine Krankheit, die auf soziale, wirtschaftliche und berufliche Ursachen zurückzuführen und deren Verbreitung mit der Entwicklung der modernen Industrie und der damit verbundenen Bevölkerungskonzentration eng verbunden ist.“ (Steiner⁴⁾, Friedberg⁵⁾, Vogt⁶⁾ 7).) Sind die sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Ursachen im Landkanton Baselland gerade so vorhanden wie in grossen Bevölkerungszentren, oder welche neue Momente sind in den letzteren dazu gekommen, dass die Tuberkulosesterblichkeit erheblicher zurückging als im Landkanton? Oder sind im Landkanton Baselland andere Momente vorhanden, die einem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit hindernd im Wege stehen? Diese Fragestellung drängt sich uns auf.

Wir haben oben gesehen, dass die Lungenschwindsuchtssterblichkeit in Baselland nach Quinquennien zusammengefasst keine erheblichen Schwankungen zeigt von 1875—1905. Dasselbe Bild tritt uns auch entgegen, wenn wir die Zahlen der einzelnen Jahre hintereinanderreihen (vgl. Tab. 9). In einem einzigen Jahre haben wir weniger als 100 Todesfälle infolge Lungentuberkulose (1881 mit 92), das Maximum liegt im Jahre 1894 mit 145. Man könnte fast von einer Gesetzmässigkeit der Lungenschwindsuchtssterblichkeit sprechen, so frappant ist der regelmässige Durchschnitt von zirka 120 Todesfällen pro Jahr. Wir finden nicht wie bei den übrigen Infektionskrankheiten eine zufällige Zu- oder Abnahme der Sterblichkeit, die sogar bei einzelnen Infektionskrankheiten in einzelnen Jahren oder in einem ganzen Jahrzehnt auf 0 sinkt (z. B. bei Pocken, Cholera, Typhus etc.).

Fassen wir die einzelnen Bezirke des Kantons bezüglich der Lungentuberkulosesterblichkeit ins Auge, so werden wir von ganz merkwürdigen, keineswegs geahnten Verhältnissen überrascht (vgl. graphische Darstellung).

Jeder der vier Bezirke des Kantons hat seine besondere, deutlich ausgeprägte Eigentümlichkeit in der Lungenschwindsuchtssterblichkeit. Die Bezirke Arlesheim und Liestal zeigen eine sehr hohe Tuberkulosesterblichkeit, die zwar von 1875—1905 bedeutend abnimmt, aber am Ende dieser Zeit immerhin noch grösser ist als die Tuberkulosemortalität in den Städten Basel und Lausanne. Die Bezirke Sissach und Waldenburg dagegen weisen eine ganz auffällig kleine Schwindsuchtssterblichkeit auf, sie ist in den Jahren 1876—1880 dreimal kleiner als in den beiden erstgenannten Bezirken; sie erfährt zwar im Laufe der Jahre 1875—1905 eine Steigerung, bleibt aber auch am Ende der genannten Zählperiode (1901 bis

Tabelle 3.

Allgemeine Sterblichkeit und Schwindsuchtssterblichkeit in den einzelnen Bezirken von Baselland auf 10,000 Einwohner berechnet.

	Allgemeine Mortalität					Lungentuberkulosemortalität				
	Kanton	Arlesheim	Liestal	Sissach	Waldenburg	Kanton	Arlesheim	Liestal	Sissach	Waldenburg
1876—1880	245.85	305.4	286.1	176.8	196.4	20.5	28.3	30.2	10.1	10.2
1881—1885	209.90	219.1	252.1	169.5	187.9	19.1	22.2	30.3	9.2	10.7
1886—1890	203.04	202.38	259.5	167.5	176.6	21.2	23.7	32.4	11.4	14.5
1891—1895	186.06	200.8	195.1	166.3	170.6	19.7	23.5	22.8	13.2	16.5
1896—1900	172.70	194.5	185.5	151.3	134.1	17.3	21.1	19.2	12.4	16.4
1901—1905	165.67	168.5	187.3	151.4	144.8	19.4	21.3	23.8	15.1	13.7

1905) noch erheblich hinter Liestal und Arlesheim zurück, wie aus vorstehender Tabelle übersichtlich abzulesen ist.

In dieser Tabelle 3 wurde auch die allgemeine Mortalität in den einzelnen Bezirken in der Zeitperiode 1876—1905 dargestellt, und wir sehen zu unserer hohen Befriedigung, dass in jedem Bezirke die Mortalität von 1876—1905 erheblich gesunken ist:

- in Arlesheim von 305.4 ‰ auf 168.8 ‰,
- „ Liestal „ 286.1 ‰ „ 187.3 ‰,
- „ Sissach „ 176.8 ‰ „ 151.4 ‰,
- „ Waldenburg „ 196.4 ‰ „ 144.8 ‰.

Die Tuberkulosemortalität zeigt nicht diesen regelmässigen, auffälligen Rückgang.

Im Bezirk Arlesheim sinkt zwar die Lungentuberkulosemortalität von 28.3 ‰ auf 21.3 ‰, sie hat aber im Jahrfünft 1891—1895 wieder 23.5 ‰ betragen gegen 22.2 ‰ im Jahrfünft 1881—1885.

Im Bezirk Liestal setzt der Rückgang der Tuberkulosemortalität erst in der zweiten Hälfte der Zählperiode 1875—1905 ein, bis 1890 hat die Lungentuberkulosemortalität sogar eine Steigerung erfahren von 30.2 ‰ auf 32.4 ‰, 1891—1895 ist der Rückgang ganz auffällig. Er findet aber leicht seine Erklärung in folgendem Umstand: Bis zum Jahre 1890 wurden die Sterbefälle in der Schweiz jeweilen in dem Ort eingetragen, wo der Tod den Verstorbenen ereilte. Orte mit Spitälern und Spitaltodesfällen mussten also bis zum Jahre 1890 eine viel höhere Sterblichkeitsziffer erhalten, als die Orte und Bezirke ohne Spitäler. Ja, letztere Bezirke mussten sogar wegen Wegzug der Todeskandidaten in die Spitäler eine kleinere Mortalität erhalten. Von 1890 an werden aber die Sterbefälle nach dem ständigen Wohnort der Verstorbenen ausgeschieden. Vor 1890 ist also die höhere Sterblichkeit im Bezirk Liestal mit seinem Kantons-

spital teilweise erklärlich, wie auch der auffällige Rückgang nach 1890, der also teilweise nur auf die andere Rubrizierung der Sterbefälle zurückzuführen ist. Ich sage teilweise und nicht ganz, weil die Zunahme der Sterblichkeit in den andern Bezirken zusammen nicht den ganzen Ausfall deckt. Wäre der ganze Rückgang nur ein scheinbarer, so müsste die Mortalität in den andern Bezirken um dieselbe Differenz zugenommen haben, da nun ihnen die im Spital in Liestal erfolgten Todesfälle ihrer Wohnbevölkerung angerechnet werden.

Im Bezirk Sissach setzt mit dem Jahrfünft 1886 bis 1890 eine Zunahme der Lungenschwindsuchtmortalität ein, die sich bis 1905 auf 15.1 ‰ steigert und also gegenüber 1876 um 50 % gestiegen ist.

Dasselbe ist im Bezirk Waldenburg der Fall, wo die Tuberkulosemortalität zwar niedrig, aber immerhin in der zweiten Hälfte der Zählperiode grösser ist als in der ersten Hälfte.

Noch ist aber die Lungentuberkulosemortalität in den Bezirken Liestal und Arlesheim um die Hälfte grösser als in den Bezirken Waldenburg und Sissach.

Hätten wir eingangs unserer Betrachtung, als wir den Kanton Baselland im 20. Rang mit einer sehr hohen Phthisismortalität fanden, leichtfertig mit der im Verhältnis zu den andern Kantonen der Schweiz bei uns sehr stark vertretenen Hausindustrie zu erklären versucht (Hausindustriebetriebe werden nur in den Kantonen St. Gallen, Appenzel I.-Rh. und Appenzel A.-Rh. mehr gezählt als in Baselland⁸), so müssten wir jetzt schon revozieren; denn die Hausindustrie oder Heimarbeitsbetriebe im Kanton Baselland konzentrieren sich gerade auf die beiden Bezirke Sissach und Waldenburg, in denen die niedrigste Tuberkulosemortalität konstatiert wird. Von den 3263 Heimarbeitsbetrieben des Kantons Baselland sind nach der Betriebszählung von 1905⁸) 2568 in den Bezirken

Sissach und Waldenburg. Dass diese Verteilung der Hausindustrie auch früher ungefähr dieselbe im Kanton war, geht aus einer mir von privater Seite übergebenen Zusammenstellung einer amtlichen Zählung der Seidenbandwebstühle im Kanton Baselland aus dem Jahre 1881 hervor. Damals wurden

im Bezirk Arlesheim zirka 100 Webstühle

„	„	Liestal	774	„
„	„	Sissach	1906	„
„	„	Waldenburg	1534	„

gezählt.

Können wir einerseits aus diesen Gründen die hohe Tuberkulosemortalität des Kantons nicht mit der Hausindustrie erklären, so steht uns andererseits das Verhältnis zwischen der niederen Tuberkulosemortalität in den Bezirken Sissach und Waldenburg und der dort stark verbreiteten Hausindustrie für eine landläufige Erklärung der Tuberkulosemortalität hindernd im Wege.

* * *

Fassen wir weiter alle Momente wirtschaftlicher, sozialer oder topographischer Natur, welche die ungleichartige Verteilung der Tuberkulose-Intensität im Kanton bedingen könnten, ins Auge, so müssen wir in erster Linie einen Augenblick bei der verschiedenen Höhenlage der einzelnen Bezirke verweilen.

Den *Einfluss der Höhe* auf die Tuberkulosesterblichkeit in der Schweiz hat man schon früher zu studieren versucht. Die Autoren Müller⁹⁾, Schröter¹⁰⁾, Rosenblatt¹¹⁾ und Schmid²⁾ kommen in ihren Arbeiten zu verschiedenen Schlüssen.

Müller, der die erste auf Veranlassung der schweizerischen naturforschenden Gesellschaft erhobene genauere Enquete über Tuberkulose, umfassend 20 Kantone, wovon indessen 12 nur partiell, und die Jahre 1865—1869, verarbeitete, kommt zu dem Schlusse, dass mit zunehmender Höhe eine Abnahme der Häufigkeit der Lungenschwindsucht sicher wahrnehmbar sei, dass diese Abnahme sich aber „weder konstant noch in regelmässiger Proportion“ vollziehe.

Schröter, der die Lungenschwindsuchtssterblichkeit der Jahre 1876—1886 auf Grund der offiziellen schweizerischen Statistik untersuchte, kommt bezüglich des Einflusses der Höhe zum Schluss: „die Mortalität an Lungenschwindsucht nimmt mit Zunahme der Höhe ab, doch weder proportionell noch regelmässig“.

Rosenblatt, der seine Untersuchung über die Lungenkrankheiten in der Schweiz auf die Jahre 1876 bis 1889 ausdehnt, bezeichnet den Einfluss, den die Höhenlage der Wohnorte auf die Gefahr, an einem

tödlichen Lungenleiden zu erkranken, ausübt, als einen geringen.

Schmid, der die Lungenschwindsuchtssterblichkeit in den Jahren 1892—1897 einer eingehenden Untersuchung unterzieht, findet, dass dieselbe mit zunehmender Höhenlage im allgemeinen progressiv abnimmt.

Bei diesen Untersuchungen über den Einfluss der Höhenlage auf die Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Bezirken der Schweiz wurden von Schröter die Bezirke in die 5 Höhengruppen Ebene (200 bis 400 m. ü. M.), Hügelregion (400—700 m.), untere Bergregion (700—900 m.), obere Bergregion (900 bis 1200 m.) und Alpenregion (1200 m. und mehr) eingeteilt; die Höhe des Bezirks wurde nach der Höhenlage der tiefstgelegenen Ortschaft bestimmt. Rosenblatt und Schmid haben die Höhenlage der Bezirke nach der von A. Vogt¹²⁾ angegebenen Formel bestimmt, d. h. es wurde die Bevölkerungszahl jedes Ortes mit seiner Höhe multipliziert, die erhaltenen Produkte werden bezirkweise addiert und die gefundene Summe durch die Bevölkerungszahl des Bezirks dividiert. Rosenblatt hat nur drei Höhengruppen, 200 bis 700 m., 700—1200 m., 1200—1503 m., gebildet, Schmid fünf wie Schröter.

Ich stelle in der folgenden Tabelle die Lungentuberkulosesterblichkeit der vier Bezirke den Höhenlagezahlen nach Schröter, nach Vogt und nach der Angabe der 140. Lieferung der schweizerischen Statistik¹³⁾ (die Ergebnisse der eidgenössischen Volkszählung vom 1. Dezember 1900), pag. 345, gegenüber. Um noch weitere Schlüsse oder Erwägungen in topographischer Hinsicht zu ermöglichen, füge ich der Tabelle noch Angaben über Ausdehnung der festen Bodenfläche, der Waldfläche, der Wohnungsdichtigkeit und der Bevölkerungsbewegung bei.

Wir sehen aus dieser Gegenüberstellung, dass zwischen der Lungentuberkulosemortalität und der Höhenlage kein regelmässiges proportionales Verhältnis besteht. Auffällig ist aber immerhin die kleinere Sterblichkeit in den beiden höher gelegenen Bezirken Sissach und Waldenburg gegenüber den tieferliegenden Bezirken Arlesheim und Liestal. Doch im Bezirk Liestal ist die Sterblichkeit grösser als in Arlesheim trotz der Höhendifferenz, und im Bezirk Waldenburg ist sie auch grösser als im Bezirk Sissach trotz einer nicht unerheblichen Höhendifferenz.

Mit der Höhendifferenz der beiden schlechter bestellten Bezirke Arlesheim und Liestal trifft eine intensivere Bevölkerungsdichtigkeit, die für unsere Erwägungen nicht ausser acht gelassen werden darf, zusammen. In Arlesheim wohnen auf 1 km² 275 Personen, in Liestal 187, in Sissach 119, in Waldenburg

Tabelle 4.

Lungenschwindsuchtssterblichkeit, Höhenlage, Waldfläche, Wohndichtigkeit und Bevölkerungsbewegung.

	Lungen- tuberkulose- sterblichkeit		Höhenlage Meter		Von 100 Einwohner fallen auf die Gemeinden in der Höhe von		Oberfläche			Be- woh- ner auf 1 km ²	Durchschnittliche jährliche Zu- oder Abnahme auf 1000 Einwohner					
	1876 bis 1890	1891 bis 1905	nach Schrüfer	nach Vogl 1900	weniger als 500 m.	500 m. bis 999 m.	Feste Boden- fläche in km ²	Waldfläche			1850 bis 1890	1888 bis 1900	1880 bis 1888	1870 bis 1880	1860 bis 1870	1850 bis 1860
								in km ²	auf 1 km ² feste Boden- fläche							
Arlesheim . . .	24.73	21.96	260	301	100	—	96.3	16.18	16.8	275	15.7	15.8	11.6	25.4	8.9	16.0
Liestal . . .	30.96	22.36	273	347	99	1	86.0	29.80	34.6	187	6.2	7.4	2.4	9.3	7.6	3.4
Sissach . . .	10.23	13.56	363	512	71	29	139.5	35.24	25.2	119	2.9	4.5	3.3	-0.0	2.1	5.0
Waldenburg	11.80	15.53	425	562	27	73	105.7	25.09	23.7	89	-0.8	-1.8	1.9	-4.4	-1.5	2.4
Stadt Basel	34.06	23.86	265	265	100	—	22.7	—	—	4,788	27.3	36.3	17.9	32.2	15.3	31.1

89. Eine regelmässige Proportion besteht in den einzelnen Bezirken nicht, doch das Zusammentreffen der niedrigeren Lage und der grösseren Bevölkerungsdichtigkeit in den beiden schwerer mit Tuberkulose belasteten Bezirken kommt uns auf den ersten Blick als bedeutsam vor für die Erklärung der Tuberkulosemortalität.

Die Bedeutung dieses Verhältnisses kann aber keine sehr wesentliche sein; denn trotz der doch stets gleichbleibenden Höhenlage geht die Tuberkulose in den Bezirken Arlesheim und Liestal merklich zurück; in den Bezirken Sissach und Waldenburg nimmt sie zu. Die Bevölkerungsdichtigkeit nimmt zudem in den Bezirken Arlesheim und Liestal viel rascher zu als in den Bezirken Sissach und Waldenburg, wie aus Tab. 4 hervorgeht.

Wenn wir ferner bei unseren Erwägungen über den Einfluss von Höhenlage und Bevölkerungsdichtigkeit auch die diesbezüglichen Verhältnisse in der benachbarten Stadt Basel ins Auge fassen und dort bei einer Höhenlage von 265 m. und bei 4788 Bewohner auf 1 km² und einer intensiven Bevölkerungszunahme einen Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit unter das Mittel der Bezirke Arlesheim und Liestal konstatieren (1901—1903 beträgt das Jahresmittel der Lungenschwindsuchtsmortalität in Basel 19.6 ‰, in Arlesheim 22.19 ‰, in Liestal 26.39 ‰), so dürfen wir feststellen, dass die tiefe Lage und die Bevölkerungsdichtigkeit einem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit nicht hindernd im Wege stehen. Wir dürfen aber auch daraus schliessen, dass die höhere Lage der Bezirke Sissach und Waldenburg nicht für die niedere Tuberkulosemortalität den Ausschlag gibt.

Die Waldfläche per km² Bodenfläche ist wohl im schwerer belasteten Bezirk Arlesheim kleiner als in den Bezirken Sissach und Waldenburg, sie ist aber im Bezirk Liestal, wo die grösste Tuberkulosesterb-

lichkeit konstatiert ist, ganz erheblich grösser als in den beiden obern Bezirken. Wir können deshalb die Waldfläche bei unseren ätiologischen Erwägungen nicht verwerten.

* * *

Sehen wir uns nun nach anderen allgemeinen wirtschaftlichen, sozialen oder beruflichen Momenten unseres Kantons und seiner vier Bezirke um, die für die Erklärung der starken Tuberkuloseverbreitung im Kanton und die verschieden starke in den Bezirken in Betracht kommen können.

Man hat in den letzten Jahren viel vom verderblichen *Einfluss schlechter Wohnungen* auf die Ausbreitung der Tuberkulose gesprochen. Eine der Resolutionen des internationalen Tuberkulosekongresses in Paris im Jahre 1905 sagt sogar ausdrücklich: „Le problème de l'habitation salubre dominera toujours la prophylaxie de la tuberculose¹⁵⁾.“

Wie sind die Wohnungsverhältnisse im Kanton Baselland? Wir besitzen im Kantone keine Wohnungsenquête und können weder über gute oder schlechte Bauart der Wohnungen noch über deren räumliche Verhältnisse Auskunft geben, doch wir sind trotzdem im stande, gewisse diesbezügliche Erwägungen auf Grund andersartiger statistischer Aufzeichnungen zu pflegen. Die Volkszählung vom Jahre 1900 gibt uns Auskunft über die Zahl der Häuser, der Haushaltungen, der Haushaltmitglieder, und die offizielle Veröffentlichung hierüber berechnet uns die Zahl der Haushaltungen und Einwohner auf je 1 Haus und gibt uns an, wie viele Haushaltungen mit 1, mit 2—5, mit 6—10 und mit mehr Haushaltmitgliedern in jedem Kanton und in jedem Bezirk gezählt werden.

In Baselland zählte man im Jahre 1900 1.73 Haushaltungen auf je 1 Haus, mehr Haushaltungen

zählte man nur in den Kantonen Zürich (1.90), Luzern (1.76), Baselstadt (2.85), Neuenburg (2.36) und Genf (3.28). — Auf 1 Haus zählte man 8.63 Einwohner; mehr Einwohner auf 1 Haus zählte man nur in den Kantonen Baselstadt*) (12.99), Neuenburg (11.00) und Genf*) (12.25). — Pro Haushaltung zählte man in Baselland 4.98 Haushaltungsmitglieder; es ist das das Maximum der Schweiz; kein Kanton zählt mehr.

Auf je 1000 Haushaltungen zählte man in Baselland 6 oder mehr Haushaltungsmitglieder bei 365 Haushaltungen; kein anderer Schweizerkanton erreicht diese Zahl. — Fügen wir gleich bei, dass uns die letzte Volkszählung noch angibt, dass die Bevölkerungszunahme von 1888—1900 durch Überschuss der Geburten auf 1000 Einwohner im Jahresdurchschnitt in Baselland 12.0 betragen hat; grösser ist sie nur in unseren beiden Nachbarkantonen Baselstadt (12.8) und Solothurn (12.9).

Diese für Baselland festgestellten Tatsachen, die an und für sich schon sehr interessant sind, vermögen auch teilweise die hohe Tuberkulosemortalität zu erklären. Wenn wir bedenken, dass das enge Beisammenwohnen in gemeinsamem Haushalt die Ansteckungsmöglichkeit vermehrt, und dass bei Vermehrung der Bewohner eines Hauses dem Einzelnen weniger Wohn- und Schlafraum zufällt und dass dadurch zur Erkrankung an chronischen Lungenleiden eine Disposition geschaffen werden kann, so dürfen wir wohl die durchschnittlich hohe Bewohnerzahl eines Hauses und die hohe Haushaltungsmitgliederzahl mitverantwortlich machen für die Tuberkuloseverbreitung im Kanton Baselland. Die hohe Geburtenfrequenz vermag in gleichem Sinne ungünstig zu wirken.

*) Städtiekanton.

Wie verhalten sich nun bezüglich der besprochenen Haushaltungsverhältnisse die vier Bezirke des Kantons? Bestehen analog der ausgesprochenen Differenz in der Tuberkuloseverbreitung auch differente proportionale Haushaltungs- und Wohnverhältnisse? Wenn unsere oben für den Gesamtkanton als ungünstig bezeichnete Wirkung der bestehenden Verhältnisse zutreffend sein soll, so muss in den verschiedenen Bezirken dasselbe auch seinen Ausdruck finden in differenten Zahlen. Folgende Tabelle gibt über die Verhältnisse Auskunft.

Wir sehen bei dieser Zusammenstellung, dass tatsächlich in den Bezirken Arlesheim und Liestal durchschnittlich erheblich mehr Haushaltungen und mehr Einwohner auf je 1 Haus gezählt werden als in den beiden Bezirken Sissach und Waldenburg. Die hohe Einwohnerzahl eines Hauses in den beiden Bezirken Arlesheim und Liestal, die einzig von den beiden Städtiekantonen Baselstadt und Genf und dem auch grössere Städte führenden Kanton Neuenburg übertroffen wird, ist verhängnisvoll. Diese beiden Bezirke haben zudem nicht die in den Grossstädten Basel und Genf in viel grösserer Anzahl vorhandenen Neubauten und zum Teil komfortabel gebauten Miethäuser aufzuweisen; es verschwinden in diesen beiden Bezirken auch viel weniger alte, elende Wohnungen aufweisende Häuser von der Erdoberfläche als in den Grossstädten, in denen oft ganze Strassenzüge den Korrekturen weichen müssen. Den Einfluss solcher Korrekturen auf die Tuberkuloseverbreitung in den Quartieren der Stadt Basel hat Burckhardt¹⁶⁾ an Hand zweier, 11 Jahre baulicher Entwicklung darstellender Stadtpläne und auf Grund der Zählungen der Tuberkulosedesfälle in den einzelnen Quartieren ohne Rücksicht auf Einwohnerzahl, Hausbewohnerzahl, Haushaltungsmitgliederzahl etc. fest-

Tabelle 5.

	Haushaltungen, Hausbewohner, Haushaltungsmitglieder und Geburtenüberschuss pro Jahr					Lungen-tuberkulose-mortalität ‰ 1901—1905	Zu- oder Abnahme der Bevölkerung 1888—1900 durch Ein- oder Auswanderung jährlich auf 1000 Einwohner
	Wohn-herölkerung	Geburten-überschuss 1888—1900 auf 1000 Einwohner	Haushaltungen auf je ein Haus	Einwohner auf ein Haus	Haushaltungs-mitglieder		
Baselland . . .	68,497	12.0	1.73	8.63	4.98	19.4	— 3.6
Arlesheim . . .	26,439	14.3	2.00	9.92	4.93	21.3	1.5
Liestal	16,115	8.3	1.75	8.81	5.04	23.8	— 0.9
Sissach	16,563	12.4	1.54	7.58	4.92	15.1	— 7.9
Waldenburg	9,380	11.7	1.46	7.51	5.13	13.7	— 13.5

gestellt. Der Vergleich der beiden Viertel Gürtel und St. Alban mit der Altstadt dient ihm am besten dazu, den Einfluss der Wohnungsverhältnisse auf das Vorkommen der Tuberkulose zu illustrieren. In unzweideutiger Weise lehren ihn die Stadtpläne, dass das letztere nicht einfach proportional ist der Wohnungsdichtigkeit, sondern dass, wenn diese zunimmt, die Tuberkulosesterbefälle sich in viel stärkerer Masse häufen als proportional. Wir zweifeln auf Grund des von uns für die Bezirke des Kantons Baselland zahlungsgemäss festgestellten Verhältnisses zwischen Wohnungsdichtigkeit und Tuberkulosesterblichkeit nicht, dass auch Burckhardt seine auf die Stadtpläne basierten schätzungsweisen Folgerungen durch die Zahlen der Wohnungsdichtigkeit hätte bestätigt finden können.

Der Wohnungsdichtigkeit des Bezirkes Arlesheim entsprechend sollten wir eigentlich in diesem Bezirk (9.92 Einwohner auf 1 Haus) mehr Tuberkulosesterbefälle finden als im Bezirk Liestal (8.81 Einwohner auf 1 Haus). Das Ausbleiben der reinen Proportion dürfen wir ohne Zwang damit erklären, dass die Wohnungsdichtigkeit des Bezirkes Arlesheim zum Teil auf das Zuwandern gesunder Personen zurückzuführen ist. Von den vier Bezirken des Kantons weist nur Arlesheim eine Zunahme der Bevölkerung durch Einwanderungsüberschuss auf. Ein gutes Teil dieser Einwanderer sind arbeitssuchende, arbeitsfähige gesunde Personen. Der Bezirk Liestal weist eine Abnahme durch Überschuss der Auswanderer auf. Mit dieser Zuwanderung gesunder Elemente im Bezirk Arlesheim dürfte auch die hohe Natalität (Geburtenüberschuss) erklärt werden.

Die Natalität wird wohl nicht als solche, wohl aber durch Vermehrung der Bewohner eines Hauses auf die Tuberkulosefrequenz ungünstig einwirken.

* * *

Welche Verhältnisse bezüglich der Berufsarten bestehen im Kanton und in den Bezirken, und welchen Einfluss haben sie auf die Verbreitung der Tuberkulose? Das Entgegenkommen des eidg. statistischen Bureaus in Bern, das mir die Aushängebogen des noch nicht herausgegebenen Bandes der Volkszählungsergebnisse zur Verfügung stellte, ermöglicht es mir, die Verteilung der Hauptberufsklassen und Berufsgruppen im Kanton bei der letzten Volkszählung und die Abstufung nach Tätigen und Ernährten in absoluten Zahlen in folgender Tabelle darzustellen. Nach den vorläufigen Resultaten der Betriebszählung von 1905 füge ich die Verteilungsart der Betriebe der Tabelle bei. Die relativen Zahlen zu beiden Angaben sind von mir berechnet. Von den Berufsklassen und Berufsgruppen der Volkszählung von 1900 berücksichtigte ich nur die beiden Klassen A (Gewinnung der Naturerzeugnisse umfassend Bergbau, Land- und Forstwirtschaft) und B (Veredelung der Natur- und Arbeiterzeugnisse). Die anderen Klassen, C bis F (umfassend Handel, Verkehr, Verwaltung, Wissenschaft etc.), liefern für eine verwertbare Betrachtung besonders bei bezirksweiser Aufteilung zu kleine Zahlen. Die Gegenüberstellung dieser beiden Zählungen von 1900 und 1905 und der Tuberkulosesterblichkeit von 1901—1905 führt uns zu folgenden Schlüssen. (Vergl. die nachstehenden Tabellen 6 und 7.)

Tabelle 6. Verteilung der Hauptberufsgruppen in der Volkszählung von 1900.

	Wohnbevölkerung	A. Gewinnung der Naturerzeugnisse		B. Veredelung der Natur- und Arbeiterzeugnisse		(Seidenbandweberei)		Lungen-tuberkulosesterblichkeit 1901-1905 ‰
		Ernährte	Tätige	Ernährte	Tätige	Ernährte	Tätige	
Baselland . . .	68,497	18,975	8,173	36,550	18,760	11,113	6,716	19.4
‰	.	279	119	533	273	162	95	.
Arlesheim . . .	26,439	5,135	2,270	15,177	7,406	1,600	1,002	21.3
‰	.	194	85	574	280	60	37	.
Liestal	16,115	4,151	1,794	8,419	4,213	1,927	1,017	23.8
‰	.	257	111	522	255	119	63	.
Sissach	16,563	6,372	2,663	7,901	4,376	4,748	2,946	15.1
‰	.	384	160	477	264	288	177	.
Waldenburg . . .	9,380	3,317	1,446	5,053	2,765	2,838	1,751	13.7
‰	.	353	154	538	294	302	186	.

Tabelle 7.

Verteilung der Betriebe nach der Betriebszählung von 1905.

	Betriebe	Landwirtschaft	‰ der Betriebe	Gewerbe Industrie Handel	‰ der Betriebe	Heimarbeit	‰ der Betriebe	Tuberkulose 1900—1905
Baselland . . .	12,968	5,712	440	3,993	308	3,263	252	19.4
Arlesheim	3,125	1,427	456	1,552	496	146	48	21.3
Liestal	2,656	1,159	436	948	356	549	208	23.8
Sissach	4,472	1,953	436	994	222	1,525	342	15.1
Waldenburg	2,715	1,173	432	499	183	1,043	385	13.7

Wir stellen fest, dass Baselland zu den Industriekantonen gezählt werden darf; 273 ‰ seiner Bewohner (mit Einrechnung der Ernährten 533 ‰) befassen sich mit der Veredelung der Natur- und Arbeitserzeugnisse, dagegen nur 119 ‰ (mit Einrechnung der Ernährten 279 ‰) mit der Gewinnung der Naturerzeugnisse. Diese 273 ‰ (bezw. 533 ‰) verteilen sich fast ganz gleichmässig auf die vier Bezirke. Von 1000 Einwohnern beschäftigen sich mit der Veredelung der Natur- und Arbeitserzeugnisse

im Bezirk Arlesheim	280	(inkl. Ernährte = 574)
„ „ Liestal	255	(„ „ = 522)
„ „ Sissach	264	(„ „ = 477)
„ „ Waldenburg	294	(„ „ = 538)

Der Unterschied in den Bezirken ist nicht gross, Sissach und Waldenburg liefern in diese Berufsgruppe noch etwas mehr Bewohner als Arlesheim und Liestal. Scheiden wir die Hausindustriearbeiter und deren Ernährte aus, was uns zwar nicht für alle Berufsgruppen exakt und nur für die Seidenbandweberei annähernd richtig möglich ist, so finden wir in den Bezirken Arlesheim und Liestal, besonders in ersterem, erheblich mehr Fabrikarbeiter, wenn wir diese **Bezeichnung für die Gruppe der „Veredeler“** vermindert um die Heimarbeiter anwenden dürfen. Im Bezirk Sissach befassen sich von 1000 Einwohnern 177 (inkl. Ernährte 288), im Bezirk Waldenburg 186 (inkl. Ernährte 302) mit der Seidenbandweberei, die fast ausschliesslich Heimarbeit ist, wie wir früher schon bei der Zählung der Webstühle der einzelnen Ortschaften der Bezirke erfahren haben. Wer unsere Heimarbeitverhältnisse (Wohnung, Belohnung, Arbeitszeit, Alter der Arbeitenden) kennt, wird eher geneigt sein, sie als ungünstige für die Gesundheitsverhältnisse zu bezeichnen, als die im Kanton bestehenden Fabrikverhältnisse, die zum Teil ja gesetzlich geregelt sind (Alter, Arbeitszeit, Nachtarbeit etc.). Und doch finden wir trotz gleichmässiger Verteilung der Veredler in den 4 Bezirken und trotz Vorwiegen der

Heimarbeitbetriebe in den Bezirken Sissach und Waldenburg eine grössere Tuberkulosesterblichkeit in den Bezirken Liestal und Arlesheim. Das gestattet uns, sowohl die Heimarbeit als auch die Fabrikarbeit und die übrigen in der Veredelungsberufsgruppe (B) rubrizierten Berufsarten, wie sie hauptsächlich bei uns vertreten sind (Klasse B = Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln, von Kleidung und Putz, von Baustoffen, Bauten und Wohnungen, von Gespinsten und Geweben etc.), als nicht ausschlaggebend für die Verbreitung der Tuberkulose zu verzeichnen.

Welche Bedeutung kommt der Landwirtschaftsgruppe zu? Als solche bezeichne ich die Berufsgruppe A (= Gewinnung der Naturerzeugnisse), weil die anderen unter A rubrizierten Berufsarten (Bergbau, Forstwirtschaft, Jagd, Fischerei) an Zahl der Vertreter gegenüber der Landwirtschaft ganz zurücktreten und für unsere Betrachtung keine praktische Bedeutung haben.

Von 1000 Einwohnern betreiben Landwirtschaft	
im Bezirk Arlesheim	85 (mit Ernährten 194)
„ „ Liestal	111 („ „ 257)
„ „ Sissach	160 („ „ 384)
„ „ Waldenburg	154 („ „ 353)

Diese Zahlen weisen auf einen Zusammenhang zwischen landwirtschaftlichen Berufen und Tuberkuloseverbreitung hin. Die weniger von Tuberkulose heimgesuchten Bezirke Sissach und Waldenburg stellen viel mehr Bewohner zur Landwirtschaft als die Bezirke Arlesheim und Liestal; Sissach und Waldenburg stellen zweimal so viel als Arlesheim. Die grössere Verbreitung der Landwirtschaft in Verbindung mit der oben (vgl. Tabelle 5) festgestellten geringeren Wohndichtigkeit in den Bezirken Sissach und Waldenburg leistet der Ausbreitung der Tuberkulose einen unverkennbaren Widerstand, der zwar, wie die Zunahme der Tuberkulose in den letzten Jahren in denselben Bezirken beweist, nicht so stark ist,

dass er genügte zur Abwehr der bei mangelnder Prophylaxe vordringenden Tuberkulose.

* * *

Unter den wirtschaftlichen Faktoren, die man beim Studium der Ausbreitung und Verbreitung einer so allgemeinen Volkskrankheit, wie sie die Tuberkulose darstellt, ins Auge fassen muss, ist nicht der unbedeutendste *die Vermögenslage jedes einzelnen Individuums*. Man ist gewohnt, dort Siechtum zu finden, wo Armut ist, und weiss umgekehrt, dass chronische Leiden zur Armut führen können. Man weiss aber auch, dass günstigere Vermögensverhältnisse im allgemeinen einem Erkrankten ermöglichen, sich die nötige Pflege zur Wiedererlangung der Gesundheit angedeihen zu lassen. Das ist besonders der Fall bei chronischen Leiden, speziell bei Tuberkulose, die

monatelange Kuren erfordert und lange Dauer der Erwerbsunfähigkeit erzeugt. Der finanziell besser Situierte kann sich auch besser nähren und kleiden und bessere Wohnung wählen. Wir erkundigen uns deshalb auch nach der Vermögenslage¹⁷⁾ und finden in den vier Bezirken folgende Verhältnisse. (Vergl. die nachstehende Tabelle 8.)

Die Verteilung der Steuerpflichtigen und die Erwerbsverhältnisse sind in den vier Bezirken ungefähr gleich. Die durchschnittliche Wohlhabenheit dagegen ist in den Bezirken Liestal, Sissach und Waldenburg grösser als im Bezirk Arlesheim. Hier werden auf 1000 Einwohner nur 99 mit einem Vermögen von mehr als Fr. 1000 gezählt, dort 123, 153, 119. Wir wären beinahe versucht, die grössere Tuberkulosemortalität des Bezirks Arlesheim in Beziehung zu setzen mit der verminderten Wohlhabenheit dieses Bezirkes,

Tabelle 8.

Vermögens- und Erwerbsverhältnisse in Baselland im Jahre 1902.

	Steuerpflichtige	Auf 1000 Einwohner	Mit Vermögen Fr. 0 bis 1000 auf 1000 Einwohner	Mit Vermögen mehr als Fr. 1000 auf 1000 Einwohner	Mit Erwerb bis Fr. 2000 auf 1000 Einwohner	Mit Erwerb mehr als Fr. 2000 auf 1000 Einwohner	Lungentuberkulosemortalität 1901—1905 ‰
Arlesheim	5,421	205	105	99	178	25	21.3
Liestal	3,151	195	66	123	163	32	23.8
Sissach	3,184	192	39	153	170	22	15.1
Waldenburg	1,745	185	66	119	163	22	13.7

Tabelle 9.

Die Lungenschwindsucht im Kanton Basellandschaft, in den Jahren 1876—1905.

Bezirk	Todesfälle an Lungentuberkulose					Durchschnitt der Bevölkerung (1878)	Todesfälle an 10,000 Einwohn. pro 1876 bis 1880 Mittel der 5 Jahre	Todesfälle an Lungentuberkulose					Durchschnitt der Bevölkerung (1883)	Todesfälle an 10,000 Einwohn. pro 1881 bis 1885 Mittel der 5 Jahre	Todesfälle an Lungentuberkulose					Durchschnitt der Bevölkerung (1888)	Todesfälle an 10,000 Einwohn. pro 1886 bis 1890 Mittel der 5 Jahre
	1876	1877	1878	1879	1880			1881	1882	1883	1884	1885			1886	1887	1888	1889	1890		
Total	114	107	128	123	102	56,055	20.5	92	121	113	110	144	60,600	19.1	132	123	128	139	138	62,154	21.2
Arlesheim	40	44	60	43	47	16,597	28.3	39	49	41	33	74	21,127	22.2	64	45	47	50	55	21,941	23.7
Liestal	47	39	42	41	40	13,911	30.2	33	51	41	55	44	14,831	30.3	46	42	42	51	57	14,833	32.4
Sissach	16	15	15	23	13	15,772	10.1	13	12	21	14	12	15,280	9.2	13	23	16	25	15	15,755	11.4
Waldenburg	11	9	11	16	2	9,775	10.2	7	9	10	8	14	9,362	10.7	9	13	23	13	11	9,625	14.5
Bezirk	1891	1892	1893	1894	1895	(1893)	1891 bis 1895 Mittel der 5 Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	(1898)	1896 bis 1900 Mittel der 5 Jahre	1901	1902	1903	1904	1905	(1903)	1901 bis 1905 Mittel der 5 Jahre
Total	119	119	122	145	118	63,527	19.7	124	119	115	114	115	65,257	17.9	140	139	143	119	139	69,908	19.4
Arlesheim	50	58	48	71	43	23,008	23.5	41	59	51	52	52	24,213	21.1	57	61	61	55	59	27,416	21.3
Liestal	36	24	36	32	40	14,923	22.8	27	27	26	29	35	15,088	19.2	42	44	43	27	40	16,407	23.8
Sissach	16	20	25	25	21	15,935	13.2	25	21	21	17	16	16,190	12.4	24	24	29	27	23	16,749	15.1
Waldenburg	17	17	13	17	14	9,671	16.5	21	12	17	16	12	9,766	16.4	17	10	10	10	17	9,336	13.7

doch wir sehen davon ab, weil uns ein analoges Verhalten im Bezirk Liestal fehlt, in dem zwar die durchschnittliche Wohlhabenheit nicht so gross ist wie im Bezirk Sissach, der sich durch kleine Tuberkulosemortalität auszeichnet, aber immerhin grösser als im Bezirk Arlesheim. Ein proportionales Verhältnis zwischen Vermögens- und Erwerbsumständen einerseits und der Tuberkulosemortalität andererseits könnten wir somit für Baselland nicht feststellen.

* * *

Am Schlusse unserer Untersuchung angelangt, dürfen wir als Resultat folgende Schlüsse über die Lungentuberkuloseverbreitung im Kanton Baselland ziehen, indem wir ohne weitere Begründung die Verbreitung der Lungentuberkulose proportional annehmen der Lungentuberkulosesterblichkeit:

Die Lungentuberkulosesterblichkeit ist in den Jahren 1875—1905 in Baselland nicht sehr erheblich zurückgegangen im Gegensatz zu einigen Grossstädten der Schweiz (Basel, Genf, Lausanne); sie ist im letzten Zeitabschnitt 1901—1905 nur in wenigen Kantonen grösser.

Die Bezirke Arlesheim und Liestal weisen in der Beobachtungszeit 1875—1905 immer eine grössere Tuberkulosesterblichkeit auf als die Bezirke Sissach und Waldenburg. Letztere Bezirke verzeichnen eine merkbare Zunahme der Lungentuberkulosesterblichkeit in den letzten 15 bis 20 Jahren, erstere eine Abnahme.

Die geographische Höhenlage der Bezirke scheint die Tuberkulose nicht, wenigstens nicht proportional zu beeinflussen. Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit ist unabhängig von der Höhenlage.

Die hohe Bewohnerzahl eines Hauses (Wohndichtigkeit) ist verhängnisvoll für die Verbreitung der Lungentuberkulose. (Die im Kanton Baselland allgemein hohe Natalität [Geburtenüberschuss] vermehrt die Bewohnerzahl eines Hauses; im Bezirk Arlesheim tun dasselbe Natalität und Zuwanderung.)

Heimarbeit (Hausindustrie) und Fabrikindustrie scheinen für die ungleiche Verbreitung der Tuberkulose in den Bezirken nicht den Ausschlag zu geben.

Die grössere Verbreitung der Landwirtschaftsbevölkerung, gepaart mit der geringeren Wohndichtigkeit erklärt die geringere Lungenschwindsuchtssterblichkeit der Bezirke Sissach und Waldenburg. Diese beiden Umstände vermögen aber an und für sich eine Zunahme der Lungentuberkulosesterblichkeit nicht zu verhindern.

Ein proportionales Verhältnis zwischen Vermögens- und Erwerbsumständen einerseits und der Tu-

berkulosemortalität andererseits kann für Baselland nicht festgestellt werden.

Unsere Schlüsse weisen speziell im Hinblick auf die starke Verbreitung und den Rückgang der Tuberkulose in den Bezirken Liestal und Arlesheim und in grossen Städten und im Hinblick auf die Zunahme in den Bezirken Sissach und Waldenburg darauf hin, dass nicht Höhenlage, nicht berufliche, soziale und wirtschaftliche Verhältnisse die Verbreitung der Lungentuberkulose in dem Masse beeinflussen wie die Ansteckungsmöglichkeit bei engem Beisammenwohnen und mangelnder Prophylaxe. Und so ist einerseits Rückgang der Tuberkulose, andererseits Zunahme derselben zu erklären. Das weist uns auch den Weg für die Bekämpfung der Tuberkulose; die Waffen sind in erster Linie „Verhütung der Ansteckung“, in zweiter „sozial Prophylaxe“. Wie diese Waffen zu verwenden sind habe ich bei anderer Gelegenheit^{18) 19)} dargestellt und es liegt nicht im Rahmen meiner heutigen Untersuchung, anzugeben, wie dieselben im Kanton Baselland gehandhabt werden müssen.

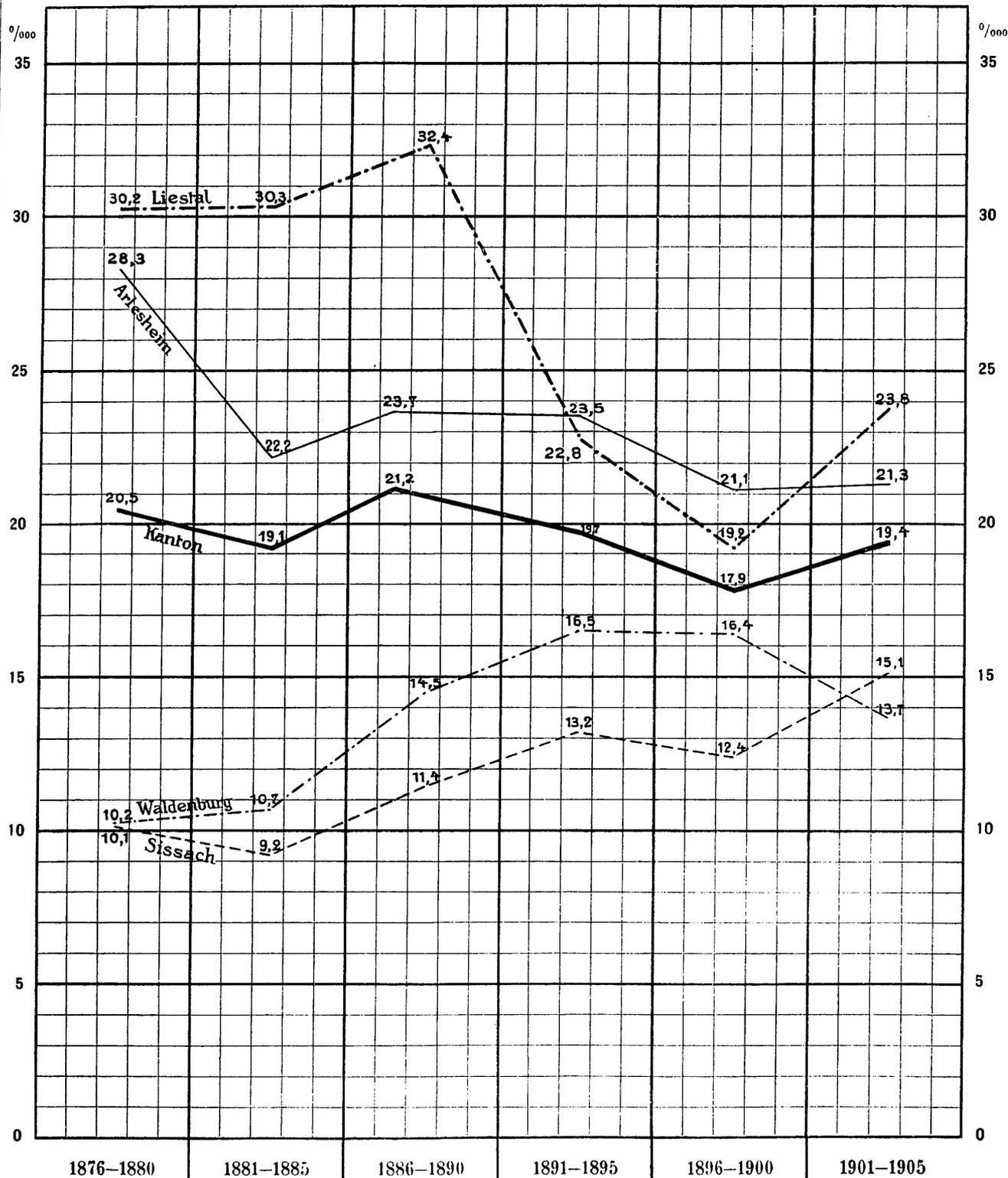
Literaturverzeichnis.

1. Carrière, H. La tuberculose et l'armement anti tuberculeux en Suisse. Berne 1905.
2. Schmid, Dr. F. Die Verbreitung der Tuberkulose in der Schweiz. Im Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 1899.
3. Statist. Jahrbuch der Schweiz. Bern 1900. Pag. 19
4. Steiner-Stoos, H. Der Einfluss der Lungentuberkulose auf die Absterbeordnung der schweizerischen Bevölkerung, 1881—1888. Zeitschr. für schweiz. Statistik 1906, II. Bd.
5. Friedberg. Mitwirkung der Krankenkassen und Krankenkassenärzte bei der Heilstättenfürsorge. Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 1899.
6. Vogt. Jahrbuch für schweizerische Statistik 1887. pag. 249 ff.
7. Vogt. Jahrbuch für schweizerische Statistik 1904. II. Bd., pag. 9 ff.
8. Schweizerische Statistik. 147. Lfg. Vorläufige Resultate der eidg. Betriebszählung vom 9. August 1905. Pag. V.
9. Müller, S. E. Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz. Winterthur 1876.
10. Schröter, Ludwik (Lazarus). Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz nach Höhenlagen. Berner Diss. 1889.

Die Lungentuberkulosesterblichkeit im Kanton Basellandschaft

und in seinen vier Bezirken Arlesheim, Liestal, Sissach und Waldenburg

in den Jahren 1876–1905, auf 10,000 Einwohner berechnet.



- | | |
|--|--|
| <p>11. Rosenblatt, J. Die Lungenkrankheiten in der Schweiz. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 26. Bd. 1894.</p> <p>12. Zeitschrift für schweiz. Statistik 1890, S. 82—87.</p> <p>13. Die Ergebnisse der eidg. Volkszählung vom 1. Dezember 1900. 1. Bd. Bern 1904.</p> <p>14. Die forstlichen Verhältnisse im Kanton Baselland, herausgegeben von der Direktion des Innern. Liestal 1898.</p> <p>15. Congrès international de la Tuberculose. Tome premier, pag. 78. Paris. Masson & Cie., 1906.</p> | <p>16. Burekhardt, Dr. Max. Die Verbreitung der Tuberkulose in der Stadt Basel. Zeitschr. für schweiz. Statistik 1906, I. Bd., pag. 185.</p> <p>17. Amtsbericht des Regierungsrates des Kantons Basellandschaft vom Jahre 1902.</p> <p>18. Bollag, Dr. Max. Zum Kampfe gegen die Lungenschwindsucht! VIII. Aufl. Basel 1906, Georg & Cie.</p> <p>19. Bollag, Dr. Max. Tuberkulosebekämpfung und Krankenversicherung in „Schweiz. Blätter für Wirtschafts- und Sozialpolitik“ 1906, Heft 19/20.</p> |
|--|--|

Verschiedene Krankheiten des Nervensystems — Verschiedene Atmungskrankheiten als Dienstbefreiungsgründe in den Jahren 1886—1905.

*Différentes maladies du système nerveux — Différentes maladies des organes de la respiration,
motifs de l'exemption du service militaire de 1886 à 1905.*

(Aus den Ergebnissen der sanitärischen Rekrutenprüfungen. — *Extrait des résultats de l'examen sanitaire des recrues.*)

Rekruten des jüngsten Jahrganges, d. h. solche, die im nächstfolgenden Jahre das 20. Altersjahr zurücklegten.
Recrues de l'année courante, c.-à-d. celles qui atteignaient l'âge de 20 ans l'année suivante.

Jahr Année	Total der untersuchten Rekruten Total des recrues visitées	Davon wegen — <i>Desquelles, pour cause de</i>									
		verschiedener Krankheiten des Nervensystems <i>différentes maladies du système nerveux</i>					verschiedener Atmungskrankheiten <i>différentes maladies des organes de la respiration</i>				
		zurückgestellt - <i>ajournées</i>		bleibend untauglich erklärt <i>exemptées définitive- ment</i>	Total	‰	zurückgestellt - <i>ajournées</i>		bleibend untauglich erklärt <i>exemptées définitive- ment</i>	Total	‰
		auf 1 Jahr <i>à un an</i>	auf 2 Jahre <i>à deux ans</i>				auf 1 Jahr <i>à un an</i>	auf 2 Jahre <i>à deux ans</i>			
1905	26,654	—	—	30	30	} 1.54	29	2	45	76	} 2.70
1904	26,310	3	2	40	45		19	1	31	51	
1903	26,564	7	2	42	51		25	1	39	65	
1902	27,232	1	—	35	36		45	1	53	99	
1901	26,754	8	1	35	44		29	4	37	70	
1900	26,282	7	—	44	51	33	2	48	83	} 3.12	
1899	25,809	1	1	49	51	47	9	41	97		
1898	26,457	6	—	27	33	48	1	34	83		
1897	26,362	2	—	37	39	33	4	27	64		
1896	27,256	8	—	47	55	49	2	34	85		
1895	26,698	7	3	36	46	45	3	27	75	} 2.55	
1894	26,326	6	—	27	33	40	11	25	76		
1893	25,241	4	—	26	30	47	5	27	79		
1892	24,521	8	—	22	30	40	1	22	63		
1891	24,511	3	—	19	22	21	2	9	32		
1890	23,265	4	—	21	25	30	2	26	58	} 2.12	
1889	23,009	6	—	11	17	22	1	19	42		
1888	22,224	8	1	18	27	22	1	21	44		
1887	21,966	6	—	14	20	25	2	25	52		
1886	22,963	5	—	18	23	26	3	15	44		