

ein Sterbegeld bis zu 25 Pfund ist vorgesehen. Dazu kommen ausgedehnte fürsorgereiche Maßnahmen, so für Gründung einer neuen Existenz, Umschulung, Umzug, Erziehung und Berufsschulung der Kinder usw. Eine besondere Stelle besorgt die Arbeitsvermittlung für die Silikotiker und Tuberkulösen. Die Gesamtaufwendungen für die Entschädigung der weißen Silikotiker und ihrer Angehörigen betrugen während der letzten 5 Jahre jährlich 911 747 Pfund. — insgesamt (seit Mai 1911) bis Ende 1929 nahe an 12 Mill. Pfund. Die Belastung der Minen beträgt für jeden Arbeiter pro Schicht (Tag) 5–6 sh. Dazu kommen noch Beiträge für die alten Risiken in Höhe von ca. 700 Pfund pro Jahr.

Wesentlich verschieden davon sind die Fürsorgemaßnahmen für die schwarzen Arbeiter (Eingeborene, Natives). Diese kommen aus den verschiedenen Reservationen Britisch-Südafrikas sowie (in der Hauptsache) aus Portugiesisch-Ostafrika. Letztere werden im allgemeinen nur auf $\frac{1}{2}$ Jahr, ausnahmsweise auf $\frac{3}{4}$ Jahr angeworben und gehen dann wieder in ihren Busch zurück. Vom ärztlichen Standpunkte aus interessiert, daß die Natives nur aus Gegenden südlich des 20. Grades südlicher Breite stammen dürfen, da bei den näher vom Äquator Stammenden eine hohe Erkältungsrate mit hoher Pneumoniesterblichkeit beobachtet wurde. Vor der Einstellung in die Untertagarbeit findet eine dreimalige ärztliche Auslese statt — erstmals an der Sammelstelle an der Grenzstation Ressano-Garcia (hier erfolgt Impfung gegen Pocken und neuerdings intrakutane Tuberkulinimpfung), sodann gleich nach der Ankunft im großen Sammel- und Verteilungslager (Depot) bei Johannesburg, endlich nach der Verteilung in der Mine selbst. Im Johannesburger Depot sind 6 Aerzte hauptamtlich angestellt; Einrichtungen und Ausstattung sind sehr zweckmäßig; ein modernes Hospital (hauptsächlich für Beobachtung) ist angegliedert. Hier treffen jede Woche 600–800, gelegentlich einmal sogar bis 1200 Eingeborene (Natives) ein; jährlich passieren etwa 200 000 Natives diese Stelle; das dortige Spital wird jährlich von etwa 12 000 Natives beansprucht. Ungeeignet Befundene (4 bis 5 Proz.) werden sofort wieder zurückgeschickt. Tuberkulose kommt häufig vor; Syphilis ist bei manchen Stämmen endemisch. Die laufende ärztliche Ueberwachung der Natives findet durch die Minenärzte statt. Jeder Schwarze wird etwa alle 6 Wochen gewogen; bei bestimmter Gewichtsabnahme (die nach dortigen Erfahrungen sehr charakteristisch ist) findet eine genaue ärztliche Untersuchung statt. Auf Silikose oder Tuberkulose verdächtige Fälle werden sodann dem schon genannten Miners' Phthisis Medical Bureau zur weiteren genauen Feststellung und Entscheidung überwiesen, im letzten Jahr 1795 Fälle; von diesen wurde bei 1155 eine Tuberkulose bei 197 eine reine Silikose festgestellt. Die beabsichtigte periodische Röntgenphotographie aller Natives mußte nach etwa 2000 Untersuchungen als undurchführbar aufgegeben werden. Nach Feststellung von Lungensymptomen (Silikose bzw. Tuberkulose) wird der Erkrankte sofort von der Staubarbeit entfernt und, falls er reisefähig ist, heimgeschickt; die Abfindung beträgt zwischen 20 und 50 Pfund. Im Todesfalle kann die Witwe 10 Pfund Abfindung bekommen. In den letzten Jahren wurden insgesamt 272 952 Pfund, seit 1912 702 036 Pfund als Abfindungen ausbezahlt.

Die Unterbringung der Natives erfolgt in großen Lagern (Compounds) in nächster Nähe der Minen, in denen sie beschäftigt sind; in solchen Compounds sind etwa 1000–8000 Natives untergebracht, in älteren Anlagen bis zu 50 Mann in einem Raum, neuerdings nur mehr bis zu 10 Personen. Wohnräume, Zentralküche, Bäder, Aborte, Desinfektionsanstalt, Spitäler usw. entsprechen allen billigen Anforderungen und hygienischen Bedürfnissen; die Verpflegung (meist 4mal wöchentlich Fleisch) ist nach Kalorienwert berechnet, 4200–4500 Kal. pro die; übriges kann jeder bekommen, soviel er essen kann. Alkoholverkauf an Natives ist strengstens verboten; 1–2mal wöchentlich wird Kaffernbier mit $\frac{1}{2}$ Proz. Alkohol verabreicht. Das Küchenpersonal wird regelmäßig nach „Keimträgern“ untersucht. Die hygienische Oberleitung aller Compounds liegt in den Händen von Dr. Orenstein. — Die Arbeitsschicht beträgt 10 Stunden, der Taglohn 2,3 sh. mit freier Unterkunft, Verpflegung, ärztlicher Behandlung. Hin- und Rückreise. Die Gesundheitsverhältnisse sind im allgemeinen befriedigend; die Letalität durch Krankheiten beträgt 10–11 Prom., meist durch Pneumonie und Meningitis. Tropenkrankheiten aller Art kommen natürlich vor; ein besonderes Parasitologisches Laboratorium ist vorhanden (Prof. Dr. Fischer, früher deutscher Regierungsarzt). Zwecks Bekämpfung der Tuberkulose und der Ankylostomiasis sind besondere Kommissionen vorhanden; letztere spielt nurmehr eine untergeordnete Rolle.

Einige Worte noch über das South-African Institute for Medical Research, welches im Jahre 1912 durch Ueberkommen zwischen Regierung und der Minenkammer gegründet wurde und seit dem Jahre 1914 in Tätigkeit ist. Dieses Institut, ein ausgedehnter prächtiger Bau in beherrschender Lage, in unmittel-

barer Nähe des großen städtischen Hospitals und der Medizinschule gelegen, hat 2 Abteilungen: eine wissenschaftliche, die sich mit allen aktuellen Fragen der praktischen Medizin befaßt; dieser Abteilung ist auch das Miners' Phthisis Medical Bureau angegliedert — und eine hygienisch-bakteriologische Abteilung, welche fast für die ganze Union bakteriologische Untersuchungen ausführt (im Jahre 1928 fielen über 90 000 derartige Untersuchungen an) sowie die Impfstoffe und Heilsera herstellt; die bisherigen Aufwendungen für Gebäude und Einrichtung betrugen (außer dem Bauplatz) über 120 000 Pfund; die Betriebskosten der wissenschaftlichen Abteilung belaufen sich pro Jahr auf etwa 15 000 Pfund; die hygienisch-bakteriologische Abteilung unterhält sich selbst. Von den genannten Beträgen zahlt etwa die Hälfte die Minenkammer. Leiter des Instituts ist Prof. Lister.

Die Sitzungen der Konferenz waren — wie üblich — umrahmt von zahlreichen offiziellen und privaten Einladungen, Besichtigungen aller Art, selbstverständlich auch der Goldminen und Aufbereitungsbetriebe, Ausflügen in die nähere und weitere Umgebung usw. — So bot also die Konferenz, die uns 14 Tage in Johannesburg festhielt, eine Unmenge höchst interessanter Eindrücke, die noch durch die Beobachtungen auf den langen Eisenbahnfahrten von Kapstadt nach Johannesburg (mit Expreszug 32 Stunden Fahrzeit) und von da nach Laurenzo-Marques verstärkt wurden. Die Seereise hinwärts erfolgte gemeinschaftlich ab Southampton via Madeira, die Rückreise nahm ich über die Ostküste; ich hatte Gelegenheit in Portugiesisch-Ostafrika einige recht schöne Krankenanstalten für Weiß und Schwarz zu besichtigen, auf ausgedehnten Autofahrten etwas von Land und Leuten kennen zu lernen; die unvergeßlichsten Eindrücke vermittelte mir schließlich ein Besuch unseres einzig schönen Deutsch-Ostafrika.

(Anschr. d. Verf.: München, Brienerstr. 50.)

Die Stellungnahme der römisch-katholischen Kirche zum § 218.

Es ist zweifellos eine glückliche Idee von Herrn Dr. S. Heilbronn in Nr. 2 der Münch. med. Wschr. vom 9. Januar 1931 die religiöse Seite des vielumstrittenen § 218 zu behandeln. Wie man aus diesem Artikel ersieht, deckt sich die talmudische Gesetzgebung genau mit den Vorschlägen des Strafrechtsausschusses im Reichstag.

Wohl jede Religionsgemeinschaft hat in Bezug auf die Schwangerschaftsunterbrechung ihre eigenen Vorschriften und es sei mir gestattet, der Anregung des Herrn Dr. S. Heilbronn folgend, in Kürze die Stellungnahme der römisch-katholischen Kirche zu diesem schwerwiegenden Fragenkomplex darzustellen.

Nach der Ansicht der Kirche ist der Fötus mit dem Augenblick der Empfängnis „animatus“, das Ei hat im Moment der Befruchtung von Gott die unsterbliche Seele empfangen, ist also kirchenrechtlich vollkommen „Mensch“, der nur unter anderen Bedingungen leben muß als später nach der Geburt. Als „Homo animatus“ besitzt der Fötus als oberstes Recht das „Jus vitae“, das Recht auf sein Leben.

Während die jüdisch-talmudische Gesetzgebung zwischen der Mutter als „Wadai“, „sicher-lebend“ und dem Fötus als „Sofek“, „zweifelhaft“ unterscheidet, kennt die katholische Kirche nur die Gleichberechtigung beider Teile. Genau wie die Mutter hat auch der Fötus das „Jus vitae“ und daher gilt auch in Bezug auf den Fötus das lapidare Gesetz „Non occides!“ „Du darfst nicht töten!“

Nur in zwei ganz bestimmten und exakt formulierten Fällen erlaubt das Kirchenrecht die Tötung eines Menschen und zwar:

1. Occisio malefactoris, die Todesstrafe für einen Verbrecher und
2. Occisio iniusti aggressoris, die Tötung in Notwehr.

Bei einer Schwangerschaftsunterbrechung können aber diese beiden Momente niemals in Frage kommen, denn ein Fötus kann weder „Malefactor“ sein, noch auch „Injustus aggressor“, selbst wenn auch sein Dasein das Leben der Mutter gefährdet, da er ohne sein Zutun in diese Lage gekommen ist.

Wie schwer die Kirche die Unterbrechung der Schwangerschaft, sei sie nun wirklich durchgeführt oder nur versucht, ist einerlei, bestraft, geht aus der Bulle „Effrenatum“ des Papstes Sixtus V. vom Jahre 1588 und der Bulle „Sedes apostolica“ des Papstes Gregor XIV. von 1591 hervor, die auf dieses Verbrechen nicht nur die Exkommunikation, d. h. die Ausstoßung aus der Kirchengemeinschaft legen, sondern auch die Absolution dieser Sünde dem Papste selbst vorbehalten. Unter Clemens VIII. (1592–1605) wurde die Absolution dieses Verbrechens der Jurisdiktion der Bischöfe unterstellt, doch blieb die Exkommunikation bestehen und diese Bestimmungen gelten heute noch.

Seit jeher unterscheidet die Kirche sehr streng zwischen der Einleitung einer Fehlgeburt und der Einleitung einer Frühgeburt und verlangt von den Aerzten in den Fällen, wo das Leben der Mutter gefährdet ist — speziell werden genannt Hydrozephalus

und verengtes Becken — kategorisch die Einleitung einer Frühgeburt. Als frühesten Termin hierzu setzt sie die 28. Schwangerschaftswoche an, da von diesem Zeitpunkt an das Kind auch außerhalb des Mutterleibes lebensfähig ist.

Wenn man beobachtet, wie in den letzten Jahren der Kreis der Abortusindikationen immer enger gezogen wurde und mit der Entwicklung der Wissenschaft noch immer enger gezogen werden kann, so muß man die katholische Kirche wegen ihres Weitblickes bewundern und dem Kirchenrecht, resp. der Moralthologie recht geben, daß sie eine Schwangerschaftsunterbrechung vor der 28. Schwangerschaftswoche strikte verbietet und unter schwerste Strafen stellt. Gerade die zwei von der Kirche speziell genannten Indikationen, Hydrozephalus und verengtes Becken, kommen bei dem heutigen Stande der geburtshilflichen Chirurgie wohl kaum mehr als wissenschaftlich begründete Indikationen in Betracht und auch bei den wenigen, heute noch wissenschaftlich bestehenden Abortusindikationen wird man wohl meist bis zur 28. Woche warten können und hat dabei die schöne Aussicht, nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind retten zu können.

Dr. med. Erwin Graf v. Neipperg, Bernried (Oberbayern).

Aussprache.

Zur Aetiologie, Häufigkeit und Behandlung der Uteruskarzinome.

Von Dr. Sigismund Peller, Wien.

Unter diesem Titel haben Dietel und Steffan-Eisen eine Arbeit aus der Klinik des Geh.-R. Menge in der Münch. med. Wschr. 1930, Nr. 50/51 veröffentlicht. Uebereinstimmend mit der alten Auffassung behaupten sie, daß hohe, überdurchschnittliche Fertilität zu Carcinoma colli disponiere. Der Beweis wird darin gesehen, daß unter den 446 Kollumfällen Frauen mit 4 bis 17 Geburten prozentuell häufiger sind als unter Frauen, die wegen irgendeines gynäkologischen Leidens die Klinik aufgesucht haben. — Letzteres trifft wohl zu, ist aber kein Beweis für obige These, denn 1. sind die gynäkologischen Kranken durchschnittlich viel jünger als die Krebsfälle, sie müßten daher auch bei normaler Fertilität beider Vergleichsgruppen weniger geboren haben; 2. haben die gynäkologischen Kranken (Gonorrhoe, sonstige entzündliche Prozesse, Myome usw.) eine niedrigere Fertilität als gesunde und als der Durchschnitt aller Frauen. Dietel und Steffan-Eisen haben also lediglich gezeigt, daß mit Ca. colli behaftete mehr geboren hatten als Frauen, die die durchschnittliche Fertilität nicht erreicht haben.

Wäre für die Häufigkeit des Ca. colli die Geburtenzahl im altergebrachten Sinne ausschlaggebend, so müßte im Laufe der letzten 30 Jahre infolge des Geburtenrückganges das Kollumkarzinom viel seltener, der Korpus- und Ovarialkrebs viel häufiger geworden sein. Davon ist nichts bekannt. Ferner müßte die Sitzverteilung des Krebses innerhalb des Genitales bei sterilen ledigen Frauen genau mit der bei sterilen Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen übereinstimmen. Auch das ist, wie ich an 303 sterilen Krebskranken der I. und II. Universitätsfrauenklinik in Wien aus den Jahren 1910–1919 zeigte [1], nicht der Fall. Daher war meine Vermutung berechtigt, daß niedrige Morbidität der Ledigen an Kollumkarzinom nebst der niedrigen Geburtenzahl andere Gründe haben muß. Die weiteren Untersuchungen zeigten in der Tat, daß die Frage des Familienstandes in der Krebspathologie sich nicht mit der Frage nach der Geburtenanzahl deckt. Der Familienstand spielt nicht nur in der Krebspathologie des weiblichen Genitales, der Mamma und der weiblichen Digestionsorgane eine Rolle, er macht sich auch in der Krebsmorbidität des Mannes [2] vielfach bemerkbar. Diese Feststellung mag zunächst unverständlich sein, sie ist aber deswegen noch nicht unwahrscheinlich. Sie mahnt uns, bei Beurteilung gewisser Ergebnisse vorsichtig zu sein, damit nicht der Schwangerschaft zugesprochen wird, was vielleicht in sozialen Unterschieden begründet ist. So müßte z. B. höhere Morbidität der unteren Bevölkerungsschichten an Ca. colli nicht unbedingt Folge größerer Geburtenhäufigkeit sein. Es könnte umgekehrt die Zahl der Vielgebärenden unter den Kollumkranken deswegen groß sein, weil der mit der Armut verbundene Gesamtkomplex sozialer Faktoren auch ohne Rücksicht auf die Geburtenzahl eine erhöhte Disposition zur Kollumerkrankung schafft. —

Auf Grund einer 2685 Fälle von Genitalkarzinom umfassenden Statistik gelangte ich zur folgenden Auffassung: Für die Morbidität an Kollumkarzinom ist die Zahl der Graviditäten (Geburtsakte) von geringerer Bedeutung als die Tatsache, ob die Frau noch nie oder bereits gravid war (geboren hat). Mit der ersten

Gravidität steigt die Morbidität an Kollumkarzinom, um etwa ebensoviel als die Morbidität an Krebs des restlichen Genitals abnimmt. Die Zunahme der Schwangerschaften von 1 bzw. 2 bis zu 8 oder 9 Graviditäten geht nicht mit einer weiteren Vermehrung, sondern mit einer geringen Abnahme der Morbidität an Kollumkarzinom einher; das Korpus- und Ovarialkarzinom (-sarkom) nimmt gleichfalls, aber in stärkerem Ausmaß ab. Weitere Zunahme der Schwangerschaften (über die 9. hinaus) scheint mit einer relativen Frequenzsteigerung des Kollumkarzinoms einherzugehen und führt zur Frequenzverminderung des Korpus- und Ovarialkrebses. —

Die Zusammenhänge zwischen Fertilität und folgender Erkrankung des Collum uteri sind bei jugendlichen Individuen anders als bei Frauen, die das 40. Lebensjahr überschritten haben. Nur bei jugendlichen Kollumkranken besteht eine überdurchschnittliche Fertilität. Bei Frauen, die jenseits des 40. Lebensjahres an Kollumkarzinom erkranken, ist dies nicht der Fall, obwohl die Zahl der Ledigen und der Sterilen unter ihnen gering ist. —

Mit zunehmender Schwangerschaftszahl steigt das Erkrankungsalter der nach der Lokalisation aufgeteilten, jenseits der Fortpflanzungsperiode stehenden Genitalkrebskranken. Das gilt für die Kollumkranken ebenso wie für die anderen. Je später die letzte Schwangerschaft absolviert wurde, um so später kommt jenseits des Fortpflanzungsalters das Kollumkarzinom zum Vorschein. Sinkt das Zeitintervall zwischen den einzelnen Schwangerschaften unter ein gewisses Maß, dann sinkt auch das Alter, in dem das Ca. colli manifest wird. Frauen, die abortiert haben, erkranken an Ca. colli um 1–3 Jahre früher als Frauen, die bei gleicher Anzahl Konzeptionen oder bei gleicher Zahl ausgetragener Schwangerschaften nie abortiert haben.

Aus diesen Untersuchungen, in die nachher 837 Fälle von Mammakarzinom [3] und 982 Fälle von weiblichem Krebs des Magens, Darmes und der Gallenblase [4] der beiden Wiener Universitätskassen für Chirurgie einbezogen wurden, geht hervor, daß zwischen Schwangerschaft (Geburt) und nachheriger Krebserkrankung kompliziertere und ausgedehntere Beziehungen bestehen, als man früher allgemein vermutete. Sie erstrecken sich auf Häufigkeit, Sitz und Erkrankungsalter. Man muß diese Beziehungen im Sinne des Bestehens von Reiz- und Schutzfaktoren auffassen. Auch wenn wir bloß das Kollumkarzinom ins Auge fassen, sind beide Komponenten deutlich feststellbar. (Vielleicht nehmen die Reizfaktoren ihren Ausgangspunkt im Geburtsakt (Trauma), die Schutzfaktoren in den durch die Schwangerschaft gesetzten Reaktionen.) —

Der Gynäkologe kann für gewöhnlich bloß am Genitalkarzinom die Beziehungen zur Gravidität bzw. Geburt studieren. Auch dazu ist er nur ausnahmsweise in der Lage, denn nur selten verfügt er über ein in die Tausende reichendes Krebsmaterial. Aber auch im günstigen Falle muß er sich darüber im klaren sein, daß er nur einen Teil der Beziehungen zwischen Krebs und Schwangerschaft bzw. Geburt erfassen kann. Die von der Gravidität zurückgelassenen biologischen Veränderungen beschränken sich in ihren pathologischen Beziehungen zur späteren Krebsmanifestation keineswegs auf das Genitale allein. Auch die Brustdrüse — wie seit langem bekannt — und das ganze abdominale Digestionssystem — wie ich mit Stöhr zeigte — sind in die Wirkungssphäre dieser biologischen Veränderungen einbezogen. — Innerhalb der Gesamtheit der malignen Tumoren weist das Genitale, als Einheit aufgefaßt, die geringsten von der Schwangerschaft abhängigen Häufigkeitsschwankungen auf. Die wachsende Schwangerschaftszahl beeinflusst die Gesamtfrequenz der in der Mamma plus Magen plus Darm plus Gallenblase manifest werdenden Tumoren, etwa entsprechend dem Einfluß auf die Gesamtfrequenz der Genitaltumoren (s. Tab.). Sterile Frauen er-

Sitzverteilung des Krebses nach der Schwangerschaftszahl*) (unter Berücksichtigung des Genitales, der Mamma, des Magendarmtraktes und der Gallenblase).

Sitz	Bei über 44jährigen Kranken mit				Durchschnitt
	0	1-3	4-7	8 u. mehr	
	Graviditäten saß der Primärtumor in				
a) im Genitale	Proz. 27,0 ¹⁾	Proz. 28,1 ²⁾	Proz. 24,4 ³⁾	Proz. 28,4 ⁴⁾	Proz. 27,1
b) in der Mamma	21,0	14,9	11,9	9,4	13,1
c) im Magendarmtrakt inkl. Gallenblase . .	52,0	57,0	63,7	62,2	59,6
	73	71,9	75,6	71,6	72,7
in a + b + c:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*) Grundlage dieser Tabelle ist die Kombination der Mortalitätsstatistik (Organverteilung des Krebses) mit der klinischen Statistik (Gruppierung der Fälle nach der Zahl von Graviditäten).

^{b)} Darunter Kollum: 11,0 Proz. ^{b)} Darunter Kollum: 18,9 Proz. ^{b)} Darunter Kollum: 17,8 Proz. ^{b)} Darunter Kollum: 23,2 Proz.