

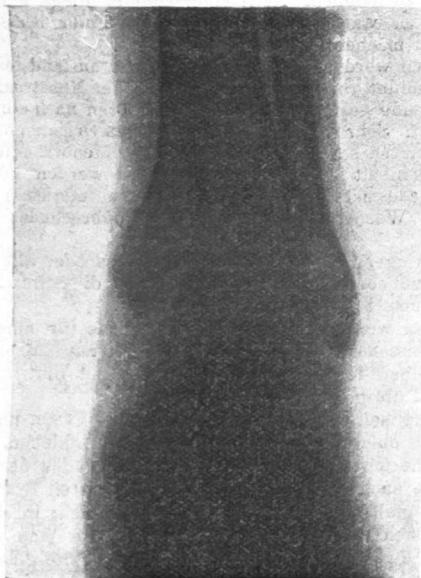
Fall 3. J. M., ein Mann in den vierziger Jahren, im allgemeinen gesund, erkrankte vor sechs Wochen an einer Angina. Im Anschluß an den akuten Entzündungsprozeß im Halse trat eine

Fig. 2.



Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Fuße auf. Salizyl, antiphlogistische und lokale, elektrische Lichtbehandlung führten zu einer Besserung der Schmerzen. Es blieb jedoch ein Schwächezustand zurück, der dem Kranken das Gehen äußerst erschwerte. Status praesens: Beiderseits Fußgewölbe erhalten, Beweglichkeit im Sprunggelenk und den anderen Gelenken der Fußwurzel unbehindert. Auch hier weist das Röntgenbild deutliche Atrophie der Knochen auf. Im seitlichen Bilde, das sonst an Schärfe nichts zu wünschen übrig läßt, erkennt man das Verwaschensein, ja völlige Fehlen der Struktur im Calcaneus. In dem frontalen Bilde (Abbildung III) zeigt sich deutlich eine Aufhellung des Knochen-

Fig. 3.



schattens in der Unterschenkel-Epiphyse. Besonders im äußeren Knöchel tritt die Aufhellung klar zutage; sie ist an den einzelnen Stellen ungleichmäßig, sodaß es zu einem fleckigen Bilde kommt.

Was nun das Zustandekommen des Plattfußes auf Grund von infektiösen Vorgängen im Bereiche der Fußwurzel betrifft, so kann man sich dasselbe in folgender Weise denken:

1. Die Infektion setzt Veränderungen in den Gelenken oder ihrer Umgebung. Reflektorisch kommt es dann zu einer Pronationsstellung des Fußes. Diese Pronationsstellung halte ich für ein Analogon zu der Beugekontraktur im Kniegelenk

bei entzündlichen Prozessen in diesem und ebenso zur Beuge- und Adduktionskontraktur im entzündeten Hüftgelenk.

2. Die Infektion setzt Veränderungen in den Knochen, entweder in der Form von abgekapselten Herden oder Periostiden (Exostosen) oder in der Form von allgemeiner Osteoporose (Atrophie).

3. In vielen Fällen werden beide Entstehungsarten gleichzeitig in Betracht kommen.

Tritt nun das Moment der Belastung hinzu, so wirkt dieses unter allen Verhältnissen verschlimmernd: im erst angenommenen Falle wird die bestehende Pronationsstellung zum wirklichen Plattfuß ausgebildet, im zweiten Falle trifft die Belastung Knochen von verminderter Resistenz und erzeugt den Plattfuß. In beiden Fällen neigt der entstandene Plattfuß sehr schnell dazu, zu einem spastischen zu werden, um so mehr, als die Muskelatrophie als Begleiterscheinung der Entzündungsvorgänge eine ziemlich hochgradige zu sein pflegt.

Das klinische Bild des infektiösen Plattfußes weist im allgemeinen gegenüber dem des gewöhnlichen Pes plano-valgus nichts Besonderes auf, außer der ödematösen Schwellung der Weichteile, die auch schon im Anfangsstadium nachweisbar ist, und, als bemerkenswertes Kriterium gerade dieser Art von Plattfüßen, scheint eine gewisse Kälte und starke Neigung zur Schweißbildung vorzuherrschen.

Die Prognose dieser Fälle ist in den leichteren Fällen günstig, ungünstig jedoch, wenn schwerere Knochenveränderungen vorliegen. Trotz jahrelanger sachgemäßer Behandlung ist es in den beiden ersten oben angeführten Fällen bisher noch nicht gelungen, die Patienten für einigermaßen größere Strecken gehfähig zu machen.

Die Behandlung deckt sich im allgemeinen mit der des gewöhnlichen Plattfußes, d. h. ist der Plattfuß fixiert, so gilt es zunächst, die Fixation zu beseitigen. Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt es sich, in erster Linie einmal für eine Zeitlang (4—8 Tage) die Körperlast absolut auszuschalten und bei Bettruhe Bäder, Umschläge und leichte Massage zu applizieren. Häufig genügen diese Maßnahmen, um die Fixation zu beseitigen. Gelingt das nicht auf diese Weise, so muß man zu energischeren Maßnahmen schreiten und Gipsverbände nach Redression mit oder ohne Narkose anlegen. Ist die Fixation beseitigt, so muß man sein Hauptaugenmerk auf passende Einlagen und Schuhe richten, daneben aber sind immer noch Bäder und Massage am Platze. Als besonders angenehme Beigabe wird die gleichzeitige Heißluftbehandlung empfunden. Sind die Beschwerden lediglich durch die Atrophie der Knochen veranlaßt, wie dies im Falle M. zutrifft, so muß man die Regeneration des Knochens durch geeignete Maßnahmen zu fördern suchen. Sie nimmt aber meist Wochen und Monate in Anspruch. Während dieser Zeit empfiehlt es sich, eine Beseitigung der Beschwerden durch Entlastung des Fußes mittels eines Schienenhülsenapparates oder Gehverbandes zu erstreben.

Die praktische Bedeutung der Frage nach den Beziehungen zwischen Infektion und Plattfuß liegt für den Allgemeinpraktiker hauptsächlich auf dem Gebiete der Prophylaxe. Man wird gut daran tun, in jedem Falle von Entzündungsprozessen im Bereiche der Fußwurzel mit der Möglichkeit zu rechnen, daß es zur Ausbildung eines Plattfußes kommt. Zeigt sich während des Krankenlagers schon die Neigung zur Pronationsstellung, so sind schon um diese Zeit redressierende Verbände am Platze. Vor allem aber muß man gleich bei Beginn der Rekonvaleszenz, wenn der Kranke anfängt, die Füße wieder zu gebrauchen und zu belasten, sein Augenmerk darauf richten, ob sich nicht ein Plattfuß entwickelt, um rechtzeitig durch geeignete Maßnahmen und Verordnung passender Einlagen den krankhaften Stellungsanomalien vorzubeugen. Auch hier bewährt sich der Satz: Vorbeugen ist leichter als Heilen.

Ein Mittel zur Verhütung der Konzeption.

Von Dr. R. Richter in Waldenburg (Schl.)

In welchem Falle dem Kinderreichtum zu steuern ist, bleibt dem Pflichtgefühl und Gewissen des Arztes vorbehalten. Wer das Leben kennt, wie es sich bietet, weiß, daß Hunderte von Familienmüttern ihrer Gesundheit und ihrem Lebensglück fast alljährlich

Opfer bringen, die schwer zu verantworten sind. Auch wer einen höheren Zweck des Lebens nicht ablehnt, wird nicht dulden wollen, daß die Summe des Leidens die Freude am Leben je aufwiege. Denn Not und Sorge wirken auf die Dauer lebenshemmend und -zerstörend.

Der Mutterschutz-Gesetzgebung liegt die Idee zugrunde, daß jede Geburt ein Verdienst um Menschheit und Nation sei. Im Lichte der Zahlen, die ich einmal aufgenommen habe, stellen aber die Verdienste als unnütze Opfer sich dar, wenn mehr als die Hälfte aller rechtzeitig geborenen Kinder, ungerechnet die Aborte, frühzeitig stirbt. In solchen Fällen ist die willkürliche Beschränkung der Nachkommenschaft eine gesundheitliche und sittliche Forderung, deren Wert auch dadurch nicht geschmälert wird, daß die Rücksicht auf das Ich sich vordrängt. Denn schließlich läßt sich alle Ethik aus dem Egoismus ableiten.

Auch die volkswirtschaftliche Seite dieser Frage verdient Beachtung. Die ewige Not und Sorge, in der das unablässige Werden und Vergehen ihrer Abkömmlinge die Familie gefangen hält, ist wohl geeignet, die Schaffenskraft des Einzelnen zu lähmen, seine Entwicklung und Selbständigkeit niederzuhalten.

In der willkürlichen Gewährung einer Schonzeit für die Familienmütter besäßen wir ein Mittel, die soziale Lage in weiten Kreisen zu fördern, die moralische und wirtschaftliche Selbständigkeit des Arbeiters zu heben und dadurch ausgleichend und versöhnend zu wirken.

Nach mehrjähriger Erprobung bin ich in der Lage, den Kollegen ein unschädliches und einfaches Mittel zur Verhütung der Konzeption empfehlen zu können. Die Art seiner Anwendung, die medizinisch-technisches Können voraussetzt, schließt mißbräuchliche Verwendung aus. Dieses Mittel besteht in der Einlegung von Silkwormfäden in den Uterus.

Der Reiz, den die Fäden auf die Schleimhaut ausüben, ist so gering, daß er von den meisten Frauen nicht empfunden wird, und stark genug, die Ansiedlung eines Ovulum zu verhindern. Die Dauer der Reizwirkung ist zunächst unbegrenzt. Die längste ununterbrochene Dauerwirkung betrug in einigen meiner Fälle fast vier Jahre. Ich habe die Fäden wieder entfernt, weil die Gründe zur Erzeugung künstlicher Sterilität — Ernährungsstörungen der Frauen — gehoben waren. Nach Entfernung der Fäden wird der Uterus sogleich wieder konzeptionsfähig; die Schwangerschaften verlaufen ungestört für Mutter und Frucht.

Im allgemeinen werden die Fäden anstandslos getragen. Im Falle der Unverträglichkeit des Organs liegt entweder ein Fehler bei der Einführung vor, oder der Uterus ist zu schlaff und mangelhaft involviert. Es treten dann Blutungen bzw. verstärkte Menorrhagien auf, welche die Entfernung der Fäden erheischen. Diese unerwünschte Nebenwirkung habe ich gerade bei den Frauen beobachtet, die der Schonzeit am meisten bedürfen.

Nach entsprechender Behandlung gelingt es dann in den meisten Fällen, den Uterus aufnahmefähig zu machen. Leider wird dieser Zweck allen Ermahnungen zum Trotz durch erneute Gravidität nicht selten durchkreuzt.

Im allgemeinen sind aber jene Fälle von Intoleranz viel seltener, als ich bei dem dürftigen Ernährungszustande unserer hiesigen Bevölkerung infolge Skrofulose und Alkoholmißbrauchs, der aller Beschreibung spottet, anzunehmen gewillt war.

Frische, entzündliche und schmerzhaft Prozesse verbieten natürlich die Anwendung, chronische, unempfindlich gewordene durchaus nicht immer.

Die Fäden sind mittelstark, zwei von ihnen sind ausreichend, die Gravidität zu verhindern. Auch ein etwas stärkerer Faden kann hinreichenden Schutz gewähren. Seitdem ich aber in zwei Fällen Schwangerschaft habe eintreten und ungestört verlaufen sehen, wobei der Faden erst bei Ausstoßung der Plazenta mit-entfernt wurde, wende ich in der Regel zwei Fäden an. Zu drei Fäden, die wieder etwas dünner sein können, rate ich nur bei fixierter Retroflexio, wenn die Einführung schwierig ist und die Lagerung der Fäden unklar. Die Länge der Fäden wechselt von etwa 11—18 cm, die Durchschnittslänge bei einem Uterus von etwa 8 cm beträgt etwa 15 cm. Bei weitem, eingerissenem Collum sind zwei kürzere, stärkere Fäden zweckdienlicher. Die Fäden sind an ihren Enden geknotet und hier zur Vermeidung zweckloser Reizwirkung mit Zelluloid überzogen. Je zwei Fäden werden durch einen Aluminium-Bronzedraht (0,1 mm) zusammengehalten, um sie später zusammen entfernen zu können.

Die Technik der Einführung gestaltet sich folgendermaßen. Nach kombinierter Untersuchung wird die vordere Muttermundlippe mit der Hakenzange gefaßt und der Uterus möglichst langsam und tief abwärts gezogen. In dieser Lage wird das Organ an der Zange von der betreffenden Frau selbst gehalten. Recht zweckmäßig ist es, durch den Griff der Zange ein Tuch zu ziehen und dieses der Frau in die Hand zu geben. Darauf wird der Uterus sondiert, um

die Länge, Richtung und Weite festzustellen. Nunmehr werden zwei Fäden, zu einer einfachen Schlinge geschürzt, in das Auge der Hohlsonde gelegt, durch den Draht (Mandrin) festgeklemmt (vgl. die Abbildung) und langsam in den Uterus bis zum Fundus ge-

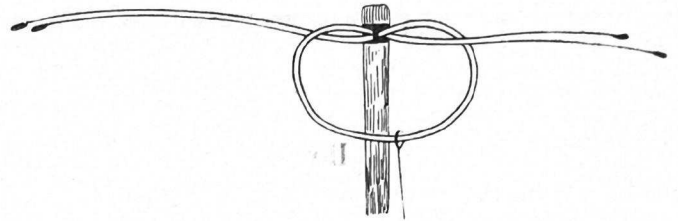


Abbildung in natürlicher Größe.
Die Fäden zu einer einfachen Schlinge geschürzt, in das Auge der Hohlsonde eingeklemmt und durch den Mandrin festgehalten.

schohen. Der Mandrin wird jetzt etwas zurückgezogen, die Fäden werden frei und springen heraus. Durch Drehungen um die Längsachse der Sonde wird dieser Zweck noch sicherer erreicht. Nunmehr wird nach einigen stopfenden Bewegungen, welche die Fäden ganz an den Fundus legen, die Sonde langsam unter leichtem Druck gegen die hintere Uteruswand entfernt. Der jetzt allein aus dem äußeren Muttermund hängende Draht wird dicht an der Portio mit langer Scheere abgeschnitten. Das abgeschnittene Ende wird entfernt und die Hakenzange gelöst. Der zurückbleibende Draht mißt etwa 5 cm. Die Fäden müssen jetzt so liegen, daß sie von der in die Portio eingeführten Fingerkuppe nicht oder kaum berührt werden.

Der ganze Akt der Einführung muß schmerzlos sein, alle Bewegungen geschehen behutsam, unter Vermeidung jeglicher Verletzung. Entstehen Schmerzen oder nennenswerte Blutungen, so entferne man die Fäden an dem heraushängenden Draht und wiederhole den Versuch nach einigen Tagen.

Die Hohlsonde ist so dünn, daß sie jedes Collum leicht passiert. Bei virginellem Uterus indessen, worüber mir keine Erfahrungen vorliegen, würden unter Umständen Erweiterungen des Collum vorzunehmen sein. Ich empfehle sie sonst zu unterlassen, weil durch die später einsetzenden Kontraktionen des Uterus die Fäden aus der Lage gebracht werden könnten. Ebenso ist vom Gebrauch der Specula abzusehen. Als Zeit der Einführung ist die Mitte zwischen zwei Menses zu nehmen. Nach einer Geburt pflege ich wenigstens drei Monate zu warten. Bei bestehendem Fluor lasse ich vorher Ausspülungen machen.

Die Fäden werden, wie erwähnt, meist anstandslos getragen und bleiben ununterbrochen auch während der Menstruation liegen. Etwa auftretende geringfügige Blutungen hören nach einigen Tagen von selbst auf. Sehr selten, bei empfindlichen Organen oder brücker Einführung, traten stärkere Blutungen bzw. Menorrhagien auf, bei welcher Gelegenheit die Fäden ausgetrieben werden können. Die Frauen sind jedesmal auf dieses Vorkommnis aufmerksam zu machen. Nach einigen Wochen kann der Versuch unbeschadet wiederholt werden.

Es ist dringend zu empfehlen, alle halbe oder alle Jahr eine Kontrolle vorzunehmen, unter dem Vorwande, die Schutzkraft währe nur eine bestimmte Zeit.

Die Fäden werden entfernt, wenn Gründe für eine Schonzeit nicht mehr bestehen. Durch Zug an dem heraushängenden Draht werden dieselben leicht entfernt; sie sind mit Blut und Schleim überzogen, im übrigen unverändert.

Nicht ganz selten kommt es vor, daß die Fäden im Laufe der Zeit sich nach oben, sehr selten nach unten verschieben. In solchen Fällen bediene ich mich zur Entfernung der Fäden der gebogenen Urethralzange nach Pitha, die wegen ihrer zarten Branchen durch jedes Collum gleitet. Gelingt die Entfernung nicht in einer Sitzung und stellen sich dabei Blutungen ein, so warte man einige Tage und erneuere den Versuch. In zweien meiner Fälle gelang die Entfernung erst nach Einlagerung eines Quellstiftes in das Collum.

Bisweilen wird die Befürchtung geäußert, daß die Fäden, zumal wenn sie für den Finger nicht mehr erreichbar, verloren gegangen sein könnten. In solchem Falle kann nur durch Entfernung der Fäden mittels der Zange der Beweis ihrer Anwesenheit erbracht werden. Ich habe öfters wegen vermeintlichen Verlustes die Fäden entfernen müssen, da sie durch die Sonde nicht getastet werden können. Um jegliche Verletzung, namentlich des Fundus zu verhüten, die leicht möglich ist, habe ich eine verschiebbare Führungsnadel an der Zange anbringen lassen, die das Instrument nur bis zu einer bestimmten, dem Uterus entsprechenden Länge einzuführen gestattet. Die Instrumente können ausgekocht werden, die Silkwormfäden wurden vor der Einführung mit Alkohol abgerieben.

Die Urethralzange kann zur Not auch zur Einlegung der Fäden verwandt werden. Indessen ist es fast unvermeidbar, daß beim Herausziehen der Branchen die Fäden versehentlich mitgefaßt werden und zum Teil herausgleiten. Bei Benutzung der Hohlsonde fällt dieser Uebelstand fort.

Lieferant ist der Bandagist Rein (Waldenburg i. Schlesien). 10 Paar gebrauchsfertiger Fäden in verschiedenen Längen kosten 1,00 M, die Hohlsonde 1,40 M, die Urethralzange mit Führungsnadel (D. R. G. M. a) liefert Hermann Haertel in Breslau zu 7,25 M.

Feuilleton.

Geburtshilfe und praktische Theologie.

Von Dr. Rüttermann, Chirurg und Frauenarzt
in Saarbrücken.

Unter diesem Titel veröffentlicht Ahlfeld in No. 28 dieser Wochenschrift ein Sammelreferat, das soviel schiefe Ansichten betreffs des Standpunktes der katholischen wie der protestantischen Kirche über Taufe, Nottaufe und Perforation enthält, daß es sich wohl der Mühe verlohnt, einmal etwas näher auf dieses Thema einzugehen, zumal man derartige irriige Ansichten fast in jedem von einem Nichtkatholiken verfaßte Aufsatz findet.

Was lehrt nun die katholische Kirche über die Spendung der Taufe? Zur gültigen Spendung der Taufe gehören drei Stücke: die richtige Materie, die richtige Form und die entsprechende Meinung.

a) Als Materie der Taufe genügt gewöhnliches, reines, natürliches Wasser. Eine Taufe mit künstlichem Wasser (z. B. Rosenwasser) wäre ungültig.

b) Die Form, das sind die Worte, mit welchen die Taufe erteilt wird; dieselben lauten: „Ich taufe dich im Namen des Vaters und des Sohnes und des heiligen Geistes.“ Es darf nichts ausgelassen werden. Sprüche der Taufende z. B. nur: Im Namen des Vaters etc. mit Auslassung der wesentlichen Worte: „Ich taufe dich“, so wäre die Taufe ungültig, ebenso wäre die Taufe ungültig, wenn der Taufende z. B. taufte: „Im Namen des dreieinigen Gottes taufe ich dich.“

Die Materie und Form müssen richtig mit einander verbunden werden. Einer und derselbe muß das Wasser aufgießen und die Worte sprechen. Das Aufgießen und Aussprechen muß gleichzeitig geschehen, sodaß beides eine einheitliche Handlung bildet.

c) Die Meinung. Der Taufende muß die Meinung haben zu tun, was die Kirche tut. Es genügt der Wille, die Taufe zu spenden, da hierin von selbst die Absicht liegt zu tun, was die Kirche tut.

Die katholische Kirche lehrt weiter: Im Falle der Not kann und soll jeder Mensch taufen. Auch die von Nichtkatholiken erteilte Taufe ist gültig, wenn sie in gehöriger Form erteilt wird. Es ist daher die von Ahlfeld und anderen aufgestellte Behauptung, ein Nichtkatholik könne eine gültige Taufe nicht spenden, durchaus irrig. Tatsache ist es allerdings, daß wohl die meisten Nichtkatholiken nicht wissen, wie die Taufe gültig gespendet wird. Die katholische Kirche kann aber die Taufe nur dann als gültig anerkennen, wenn ihr der sichere Beweis erbracht ist daß diese gültig gespendet ist, im andern Falle wiederholt sie die Taufe (sub conditione) unter der Voraussetzung, daß die zuerst gespendete Taufe bzw. Nottaufe nicht gültig gespendet war; und hierin muß man der Kirche unbedingt recht geben, sie tut nur, was ihre Pflicht ist.

Was lehrt nun die Kirche über die Perforation? Ein bereits im Mutterleib abgestorbenes Kind kann ohne Bedenken perforiert werden. Für die Praxis bildet nur die Perforation eines lebenden Kindes anscheinend eine Reibungsgelegenheit mit den Lehren der Kirche. Die katholische wie die protestantische Kirche glauben nun, daß der Mensch aus Seele und Körper besteht, von denen die Seele, als der wichtigere Teil, nach dem Tode des Leibes ewig weiterlebt. Wer an eine Existenz der Seele nicht glaubt, weil er dieselbe nicht sieht, mag zunächst seinen eigenen Verstand leugnen, den sieht er ja auch nicht.¹⁾ Die katholische Kirche lehrt weiter, daß Kinder, welche ungetauft sterben, sicher nicht zur übernatürlichen Anschauung Gottes gelangen, die katholische Kirche nimmt an, daß auch für die Seelen der ungetauften Kinder das Dasein noch ein Glück ist, sie freuen sich ewig ihres Schöpfers, während Luther und Zwingli annehmen, daß dieselben ewig verdammt werden.

Die Kirche verbietet nun die Perforation des lebenden Kindes einmal, um die Taufe zu ermöglichen, sodann auch, weil sie den Mord überhaupt verbietet: „Du sollst nicht töten“ heißt das fünfte vom Judentum übernommene Gebot. Die Kirche steht dabei auf einem medizinisch-wissenschaftlich nur zu billigenden Standpunkt. Sie verpflichtet die Kreißende, falls die Geburt per vias naturales

¹⁾ Eine etwas verblüffende Beweisführung für die Existenz der Seele! D. Red.

nicht möglich ist, sich zur Entbindung eines lebenden Kindes einer Operation zu unterziehen, selbst wenn ihr eigenes Leben in Gefahr kommt. Die Kirche lehrt in richtiger Erwägung der Sachlage: die Seele des Kindes und die Seele der Mutter sind vor Gott gleich und gleichberechtigt. Stirbt das Kind ungetauft, so geht es für das ewige übernatürliche Leben verloren, also muß unter allen Umständen die Taufe des Kindes erstrebt werden, die Seele der Mutter aber kann immer für die Ewigkeit gerettet werden, sie kann sich stets auf einen eventuellen Tod vorbereiten. Die Kirche lehrt also kurz: die Kreißende hat sich, falls die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales nicht möglich ist, einer Operation zu unterziehen, welche die Möglichkeit bietet, ein lebendes Kind zu erzielen. Es ist also die Ansicht Ahlfelds, die Kirche hielte es für richtig, Mutter und Kind zugrunde gehen zu lassen, durchaus irrig. Sie verpflichtet geradezu die Kreißende zur Operation. Steht nun etwa die moderne Gynäkologie nicht auch auf diesem Standpunkt? Oder wird etwa ein Gynäkologe eine Perforation, durch die zum wenigsten ein Leben vernichtet wird, für ideal halten?

Ich will aber durchaus nicht leugnen, daß der Arzt, besonders der Landarzt, deshalb in ein böses Dilemma kommen kann. Dem Stadtarzt ist ja leicht geholfen; er schickt die Kreißende in eine Klinik oder in ein Krankenhaus, über das ja heute in Deutschland jede mittlere Stadt verfügt, und läßt sie dort entbinden. Ein Landarzt aber, dem es schon aus äußeren Gründen nicht immer möglich ist, die Kreißende in ein Krankenhaus zu schaffen, muß sich auf andere Weise zu helfen suchen. Deshalb ist die intrauterine Nottaufe seitens der katholischen Kirche auch anerkannt. Um das Kind intrauterin zu taufen, genügt es, wenn man mit einem Finger, der vorher mit sterilem Wasser befeuchtet ist, das Kind berührt und dabei die vorgeschriebenen Worte spricht. Damit ist die Seele des Kindes gerettet. „Tiefgehende Unterschiede“ in den Ansichten der katholischen Kirche und der Bischöfe gibt es durchaus nicht. Die Ausführungsbestimmungen mögen zwar manchmal eine andere Fassung haben, in der Sache stimmen sie überein. Geradezu verwerfen finde ich den Vorschlag eines Arztes, mittels Hohlzange durch die Bauchdecken und den Uterus hindurch die Taufe vorzunehmen; da ist es doch weit einfacher, mittels einer Intrauterinspritze durch den Muttermund einzugehen und so die Taufe vorzunehmen. Sind schon Teile des Kindes geboren, z. B. wenn die Perforation des nachfolgenden Kopfes vorgenommen werden soll, so hat die Taufe durch Uebergießen von sterilem Wasser über die bereits geborenen Teile unter richtigem Ausspruch der Formel zu erfolgen. Mit der gültigen Taufe aber ist der wichtigste Teil des Menschen, die Seele, gerettet. Was nun die Perforation des getauften lebenden Kindes anbelangt, so lehrt zwar die Kirche: „Du sollst nicht töten“, aber sie erkennt auch eine Notwehr an, in der ein Mensch seinen Mitmenschen töten darf. Ein gewissenhafter Arzt wird in diesem Falle handeln nach bestem Wissen und Gewissen, ohne auf Capellmann Rücksicht zu nehmen; eine Sünde begeht er dann schon deshalb nicht, weil ihm die volle Erkenntnis des Bösen fehlt. Auch diesen Standpunkt der katholischen Kirche kann der modernste Gynäkologe nur anerkennen und billigen. Statt andauernd diesen Standpunkt der Kirche zu diskreditieren und nach Aenderung der Lehre zu rufen, wäre es weit angebrachter, wenn der weltliche Staat Verfügungen erlasse, durch die die Perforation beschränkt und erschwert würde, und wenn der Staat auch auf dem Lande Krankenhäuser errichtete, in denen die entbindenden Operationen vorgenommen werden können. Äußere Gründe, z. B. Mangel an Geld und sonstigen Mitteln, können für die Kirche niemals ein Grund sein, eine im innersten Kern richtige Lehre zu ändern und sie etwa dem herrschenden Zeitgeist zu opfern. Der Geburtsakt ist der Vermehrung des Menschengeschlechtes und der Nation gewidmet, nicht der Verminderung. Und doch, wie häufig tritt letzteres ein; denn in sehr vielen Fällen von Perforation geht nicht nur das Kind verloren, sondern auch die Mutter. Soviel aber steht fest: die Kirche kann und wird ihren Standpunkt bezüglich der Taufe und Perforation nie ändern, denn damit wäre ihre Existenz untergraben.

Wie steht es nun mit der Lehre der katholischen Kirche betreffs der Einleitung des künstlichen Abortes bzw. der Frühgeburt? Die Kirche ist auch hierin konsequent geblieben durch 19 Jahrhunderte und wird es auch ferner sein. Bei lebensfähigem Kind ist die künstliche Frühgeburt ohne Bedenken gestattet. Bei nicht lebensfähiger Frucht verbietet sie dieselbe ebenso wie die Perforation. Kann man diesen Standpunkt billigen? Ganz gewiß. Nach welcher Autorität soll denn die Kirche sich richten? Es gibt eine ganze Reihe von Krankheiten, bei denen die eine Autorität die künstliche Frühgeburt für nötig hält, die andere Autorität sie mit ebensolcher Entschiedenheit verweigert. Erst sollen einmal diese Autoritäten sich einig werden, ehe sie mit Forderungen an die Kirche herantreten. Nur bei einer Krankheit herrscht einigermaßen eine Einigkeit: bei der Hyperemesis gravidarum. Als Gynäkologe kann ich zwar nicht leugnen, daß es Fälle von Hyperemesis geben kann, die das Leben