DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Siebzehnter Jahrgang.

Redacteur Geh. Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Zur Prophylaxis der Wochenbeterkrankungen.

Von M. Hofmeier in Würzburg.

Wenn man die Discussionen verschiedener geburtshülflicher Gesellschaften, wie die Journalartikel und eingehenderen Arbeiten der letzten Jahre über die Prophylaxe der Wochenbeterkrankungen etwas verfolgt hat, scheinen mir wesentlich zwei Punkte auffallend zu sein: 1) Die Vorschläge und Versuche, nicht nur in der praktischen Uebung, sondern auch in dem Unterricht für Studenten und Hebammen-schülerinnen die innere Untersuchung der Kreissenden möglichst einzuschränken oder sie ganz zu verbannen, 2) die heftige Abwehr, welche vielfach die Versuche gefunden haben, die weichen Geburtswege bei Gebärenden vor der Geburt zu reinigen oder zu desinficiren.

Was den ersteren Punkt anbetrifft, so ist ja allerdings gar keine Frage, dass viele Hebammen, oft auf Andrängen der Kreissenden, ganz unnöthig oft und mit sehr mangelhafter Reinlichkeit untersuchen. Es bedarf ja auch weiter keiner Discussion, dass man die Geburt ohne weitere Untersuchung ruhig sich selbst überlassen kann, wenn man durch eine sorgfältige erste Untersuchung sich von dem Vorhandensein völlig normaler Verhältnisse überzeugt hat. Dass Warnungen in dieser Richtung an die Hebammen und an manche Aerzte sehr nützlich sein können, ist also keine Frage. Wenn aber nun vorgeschlagen ist, die innere Untersuchung in der Regel durch die äussere zu ersetzen oder gar die Hebammen und Aerzte dies im Unterricht an Kreissenden zu lehren und als die zu befolgende Regel hinzustellen, so heisst dies doch weit über das Ziel hinausschiessen!

Dass die systematische äussere Untersuchung Schwangerer in vieler Beziehung ebenso werthvolle oder auch werthvollere Aufschlüsse giebt, als die innere, gilt wohl allgemein unbestritten, und ist doch nicht erst, wie Leopold (A. f. G. Bd. 38) meint, durch Credé zum systematischen Unterricht erhoben oder gar erst seit der Beschreibung seiner vier Handgriffe in den geburtshülflichen Unterricht eingeführt! Dass aber die äussere Untersuchung Kreissender vielfach sehr viel unsichere Resultate giebt, ist wohl ebenfalls sicher, besonders, wenn man nicht schon eine sehr grosse Uebung in derartigen Untersuchungen hat. Will man nun aber den Hebammen und vielen Aerzten es als etwas Erstrebenswerthes hinstellen, die innere Untersuchung am Kreissbett ganz zu unterlassen, so würde man ihnen ja, wie dies auch Gusserow gelegentlich hervorhob, Thür und Thor öffnen für die Entschuldigung, wenn sie eine Menge der verhängnissvollsten Geburtscomplicationen gar nicht oder nicht zur rechten Zeit erkennen würden! Sie würden einfach sagen: Ja, so sind wir es ja gelehrt! Wir sollen ja nicht innerlich untersuchen!

Und nun gar die Vorschläge, derartige Grundsätze in die Unterrichtsanstalten einzuführen! Zwar glaube ich nicht, dass ein deutscher Lehrer der Geburtshülfe den Satz Credé's (Rathschläge für Aerzte und Geburtshelfer zur Verhütung und Behandlung der Erkrankungen der Wöchnerinnen. Leipzig 1886) befolgen wird: „deshalb sollte der Grundsatz stets obenan gestellt und gelehrt werden, die inneren Untersuchungen bei Gebärenden ganz zu unterlassen oder auf das nothwendigste Maass zu beschränken. In Unterrichtsanstalten dürfen Gebärende nicht für Schüler und Schülerinnen als Lehrmaterial zur Uebung in der inneren Untersuchung verwendet werden, sondern nur bereits geübte und geschickte Personen dürfen die nöthigen inneren Untersuchungen

ausführen.“ Selbst Leopold verwahrt sich gegen die Folgen dieses Satzes, und es scheint auch nicht wohl ersichtlich, auf welche Art „geübtere“ Personen erzogen werden sollen, wenn Kreissende zu Zwecken des Unterrichts nicht mehr untersucht werden sollen! Die praktisch-geburtshülfliche Ausbildung der Hebammen und Studenten ist — abgesehen vielleicht von ganz wenigen grossen Kliniken — schon überall eine derartig knappe, dass eine weitere Einschränkung absolut unzulässig erscheint! Vielfach bekommen die Studenten kaum die für das Examen nothwendigen Geburten zur Untersuchung, so dass, wenn sie nun auch diese wenigen Gelegenheiten nicht einmal mehr ausnützen sollen, ich wirklich nicht weiss, wo und wie sie eigentlich die geburtshülfliche Untersuchung praktisch kennen lernen sollen. Ich halte es ganz im Gegentheil für die ernste Pflicht der Lehrer, die Schüler und Schülerinnen so genau und so oft innerlich untersuchen zu lassen, wie es sich mit den Grundsätzen der Humanität den Kreissenden gegenüber nur irgend verträgt. Wie sollen sie sonst bei den wenigen Geburten das nothwendige lernen?! Erinnere sich nur jeder selbst etwas an die Schwierigkeiten, welche er im Anfang bei derartigen Untersuchungen gehabt hat! Hat man erst eine grössere Uebung, so ist die Sache freilich einfacher, aber es muss doch erst gelernt sein!

Freilich haben die Unterrichtsanstalten mit der Erkenntniss des Puerperalfiebers als einer Infectionskrankheit eine schwere moralische Pflicht übernommen: nämlich die, einerseits ihre Zöglinge zu unterrichten, andererseits die als Unterrichtsmaterial dienenden Schwangeren und Kreissenden dabei doch vor einer Schädigung ihrer Gesundheit zu bewahren. Dass die deutschen Anstalten im allgemeinen diese Aufgabe gelöst haben, beweisen wohl die gelegentlich mitgetheilten statistischen Zahlen. Zahlen, wie die von Dohrn vor einigen Jahren zusammengestellten, aus welchen eine viel höhere Mortalität für die Unterrichtsanstalten, wie für die anderen Entbindungsanstalten hervorzugehen scheint, dürfen uns nicht zu sehr täuschen. In den zu Universitätsunterrichtszwecken dienenden Anstalten kommt aber, wie dies seinerzeit Bockelmann für die Berliner Universitätsfrauenklinik gezeigt hat, im allgemeinen eine unverhältnissmässig grosse Anzahl von allen möglichen schwierigen Fällen zusammen, deren unglücklicher Ausgang mit Infection gar nichts zu thun hat, natürlich aber die Gesamtmortalitätsziffern äusserst ungünstig beeinflusst. Nun ist die Aufgabe dieser Anstalten: genügend zu unterrichten und doch die Gesundheit der Pflegebefohlenen zu schützen, sehr verschieden schwierig, je nach der Anzahl der Schüler und Schülerinnen einerseits, der für Lehrzwecke zur Verfügung stehenden Schwangeren und Kreissenden andererseits. Sie kann auch relativ dadurch erleichtert werden, dass man aus principiellen Gründen die innere Untersuchung und damit ein wesentliches Unterrichtsmittel stark zurücktreten lässt. Dass man aber beiden Aufgaben unter Umständen in weitgehender Weise genügen kann, beweisen wohl die folgenden Zahlen der Würzburger Klinik. Vom 1. Januar 1889 bis 31. September 1891 kamen 1000 Entbindungen zur Beobachtung. Ist das hiesige Material auch nicht gerade auffallend reich an pathologischen Zuständen, so zeigt es doch die guten mittleren Zahlen:

Zangen 19	Pl. praevia 4
Wendungen 22	Blasenmole 1
Extractionen 22	Tymp. uteri 2
Perforat. 4	Tampon. d. Uterus in d. Nachgeburtsp. 5
Manuelle Placentallösungen 9	Eclampsie 1
Sectio caes. 1	Puerperale Psychosen 2.
Künstliche Frühgeburt 8	

Die Zahl von 1000 Geburten, die Vertheilung über $2\frac{3}{4}$ Unterrichtsahre, von denen besonders die letzten $\frac{3}{4}$ Jahre durch den Umbau der Anstalt zum Theil zu äusserlich höchst unerfreulichen sich gestalteten, lassen wohl gröbere äussere Zufälligkeiten ausschliessen. Die geburtshülfliche Abtheilung wurde in dieser Zeit von fünf verschiedenen Assistenten und drei verschiedenen Hebammen geleitet. Verlegt auf andere Abtheilungen wurde von den sämtlichen Entbundenen nur eine in der dritten Woche wegen einer Psychose.

Gestorben sind von den 1000 Wöchnerinnen im ganzen 5: eine an Verblutung nach Placenta praevia (trotzdem die Blutung nach Ausführung der Wendung nur sehr gering war, erlag die Patientin nach einigen Stunden der Anaemie); zwei Wöchnerinnen starben je am 13. Tage an den Folgen der Athmungs- und Circulationsstörung bei starker Kyphoscoliose (s. Nebel: Centralbl. f. Gyn. 1889 No. 51); die vierte starb in den Osterferien dieses Jahres an einer puerperalen infectiösen, typischen Peritonitis; die fünfte endlich — eine Sectio caesarea wegen Osteomalacie — starb in der fünften Woche nach der Operation an zunehmender und durch kein Mittel zu beseitigender Schwäche, nachdem die örtlichen Wundprocesse so gut wie abgelaufen waren. Auch die Section ergab in diesem Falle nicht die geringsten Anhaltspunkte für den Tod.

Während also die Gesamtmortalität für die 1000 Entbundenen 0,5 % beträgt, beträgt dieselbe für die puerperale Infection nur 0,1 % (!)

Ebenso günstig gestaltet sich die Gesamtmorbidität, beurtheilt nach den Temperaturbestimmungen. Dieselben wurden ausnahmslos von den sehr zuverlässigen Hebammen festgestellt und von den Assistenten kontrollirt.

Ueber einen Theil der erhaltenen Resultate hat Herr Dr. Steffek in seiner Arbeit (Z. f. G. u. G. Bd. 20 p. 380) schon berichtet; ich habe den Grundsatz festgehalten, alle auch nur einmaligen Temperatursteigerungen über 38° als Störungen des Wochenbets aufzufassen. In diesem Sinne kamen unter 1000 Wochenbetten Störungen vor:

In Jahre 1889 bei 378 Wöchnerinnen	41	Erkrankungsfälle
" " 1890 " 350	28	"
" " 1891 " 272	17	"

Im ganzen also bei 1000 Wöchnerinnen 85 Erkrankungsfälle oder 8,5 %.

Von diesen 85 Erkrankten zeigten 46 (!) nur leichtere Steigerungen an einem oder zwei Tagen; unter den übrigen 39 sind noch sämtliche Fälle von Mastitis, mehrere Fälle von Bronchopneumonie, Pleuritis, Erysipel etc., so dass von ernstlicheren, wirklich puerperalen Erkrankungen etwa 21 oder 2,1 % (!) übrig bleiben. Von diesen endeten (wie oben bemerkt) tödtlich 2: eine Sectio caesarea und eine an Peritonitis Erkrankte.

Absichtlich vermeide ich es, weitergehende Vergleiche mit den Resultaten an anderen Anstalten zu ziehen, und hebe nur kurz aus der Arbeit von Dohrn hervor, dass die besten, an Anstalten ohne Unterrichtsleistung erzielten Resultate an deutschen Entbindungsanstalten in dem Jahrzehnt 1874–83 0,56 % Mortalität aufweisen. Erwähnen möchte ich noch die Morbiditätszahlen von Leopold, welcher im Jahre 1887 bei etwas mehr wie 1000 Geburten 18 % Steigerungen über 38° constatirte, 1888: 20 %, 1889: 10 %, 1890: 7,64 %, Szabo berichtet aus der Klinik von Kezmásky aus dem Jahre 1888 über 24 % Steigerungen über 38° ; Mermann (Centralbl. f. Gynäkologie 1890 No. 18) bei einer Gesamtzahl von 300 Entbindungen in dem Mannheimer Wöchnerinnenasyl über 6 % derartige Anomalien.

Die an der hiesigen Klinik erreichten Gesundheitsverhältnisse für Wöchnerinnen stellen sich also in Bezug auf Morbidität und Mortalität den besten Resultaten, die überhaupt je in Anstalten erreicht sind, ebenbürtig zur Seite. Ja sie dürften dieselben weit übertreffen, wenn man berücksichtigt, in welcher ausgedehnten Weise die Anstalt zu Unterrichtszwecken verwendet wird. Nur um dies zu zeigen, führe ich folgende Ziffern an: die Klinik war in den 6 einschlägigen Semestern von 1263 Praktikanten belegt. Die weitaus grösste Mehrzahl derselben (vielleicht 1100–1150) hat bei den vorkommenden Geburtsfällen untersucht und im ganzen sehr fleissig die zweimal wöchentlich abgehaltenen Untersuchungsstunden an Schwangeren besucht. Dabei bemerke ich, dass diese Untersuchungsstunden nach Lage der hiesigen Verhältnisse den Studenten die hauptsächlichste Gelegenheit zur Einübung der inneren, vaginalen Untersuchung überhaupt geben müssen. Ausser den Praktikanten untersuchten im ganzen während der drei abgelaufenen Prüfungsjahre etwa 650 Examenskandidaten dieselben Schwangeren und Kreissenden. Weiter: in drei Hebammencursen von je 4 Monaten wurden 117 Hebammenschülerinnen während dieser Zeit an demselben Material ausgebildet. Ausserdem wurden die Feriencurse der Herren Assistenten während dieser Zeit von etwa 510 Theilnehmern besucht, welche allerdings keine Geburten übernahmen,

denen aber doch die in der Anstalt aufgenommenen Schwangeren wesentlich als Untersuchungsmaterial dienen mussten. Ich glaube nicht, dass irgend eine deutsche Anstalt im Verhältniss zu dem vorhandenen Material in ähnlicher Weise zu Unterrichtszwecken verwendet, mindestens nicht, dass das vorhandene Material noch mehr ausgenutzt werden muss. Ich hebe nochmals besonders hervor, dass ich im Unterricht den grössten Nachdruck auf die Ausübung und Ausbildung der inneren Untersuchung lege: mit Rücksicht eben auf die oben angeführten Gesichtspunkte. Dabei ist natürlich der Bildungsgang der Studenten, Besuch der pathologischen Anatomie etc. genau der gleiche, wie anderswo auch; auch die Studirenden selbst und die Schülerinnen werden in Bezug auf ihre Gewissenhaftigkeit, ihre Reinlichkeitsliebe etc. sich von denen anderer Universitäten schwerlich unterscheiden.

Durch die vorliegenden Zahlen dürfte also der Beweis erbracht sein, dass eine sehr weit ausgedehnte innerliche Untersuchung Schwangerer und Kreissender zu Lehrzwecken sich sehr wohl ausführen lässt, ohne dass der Gesundheitszustand der betreffenden Frauen darunter leidet.

Sind nun besondere Mittel hier angewendet worden, um dies Resultat zu erreichen? Die gesammten äusserlichen sanitären Einrichtungen der hiesigen Klinik dürften wohl denen der meisten übrigen deutschen analogen Institute nicht unerheblich nachstehen, denn die Anstalt ist gebaut Mitte der 50er Jahre und ist erst jetzt einigermaassen modernisirt worden. Die Desinfectionsvorschriften für die Studirenden werden wohl auch nicht wesentlich von denen an anderen Instituten abweichen: Verbot der Untersuchung, wenn in den letzten 24 Stunden irgend etwas Infectiöses angefasst ist; vor jeder Untersuchung Waschen und Bürsten mit warmem Wasser und Seife, dann mit 1 % Sublimatlösung; vorher gründliche Reinigung der Nägel; Untersuchen mit noch feuchter Hand. Ich finde daher nur einen Unterschied: die Behandlung der Kreissenden selbst, welche seit dem 1. Mai 1889 der objectiven Desinfection unterworfen werden, wie sie Steffek auf Grund seiner bacteriologischen Versuche als praktisch ausführbar, seinerzeit vorschlug: nach einer sorgfältigen äusserlichen Reinigung und Desinfection der äusseren Geschlechtstheile der Kreissenden erfolgt unter Anwendung von Sublimatlösungen 1:2000 eine Desinfection der Scheide und des Cervix unter sanftem Abreiben der Scheidenwände und des Cervix mit einem oder zwei Fingern. Diese Desinfection wird nach jeder inneren Untersuchung, etwa 2–3 stündlich wiederholt. Von etwaigen Ausspülungen nach der Geburt oder im Wochenbett wird vollkommen abgesehen, sondern hier nur die äusseren Geschlechtstheile gereinigt und mit desinficirenden Flüssigkeiten abgespült. Welchen Einfluss die Einführung dieses Verfahrens im einzelnen hatte, hat Steffek schon hervorgehoben. Von den 41 Fieberfällen des Jahres 1889 entfallen 27 auf die 139 Wochenbetten vom Januar bis 1. Mai, während welcher Zeit diese prophylaktische Desinfection nicht vorgenommen wurde, während auf die 239 Wochenbetten vom 1. Mai bis 31. December nur noch 14 Fieberfälle vorkamen: also ohne prophylaktische Desinfection 19,4 % Morbidität, mit einer solchen 5,9 %.

Berücksichtigt man diesen Umstand noch bei der Gesamtmorbidität, so würde sich dieselbe bei 861 in dieser Weise vorbereiteten Kreissenden bezügl. Wöchnerinnen auf 58 oder 6,8 % stellen.

Diese Zahlen sprechen doch eine zu deutliche Sprache, als dass man sie einfach übersehen könnte! Ohne zu weit gehende Folgerungen daraus zu knüpfen, will ich noch eine Thatsache erwähnen: die einzige, an Infection zugrunde gegangene von diesen 1000 Entbundenen, war eine Hausschwangere, welche erst so spät auf das Kreisszimmer kam, dass sie nicht untersucht, aber auch nicht mehr in der üblichen Weise gereinigt werden konnte. Früher war sie in den Untersuchungscursen verwendet worden. Nun wurde freilich bei ihr 2 Stunden nach der Entbindung infolge von nachträglicher atonischer Blutung die Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze und damit ein intrauteriner Eingriff unangenehmster Art ausgeführt. Indess ist doch auffallend, dass nach keiner der doch noch gefährlicheren Placentarlösungen jemals Fiebererscheinungen vorkamen, wenn die Personen vorher gründlich desinficirt waren.

Immerhin ist dies Zusammentreffen doch sehr bemerkenswerth. Nach dem Dargelegten kann ich nicht anstehen, der prophylaktischen Desinfection der Kreissenden einen erheblichen Einfluss auf die günstigen Gesundheitsverhältnisse zuzuschreiben, welche erreicht sind trotz ausgedehntester Verwerthung des Materials für den Unterricht, trotz ausgedehntester Einübung und Ausübung der inneren Untersuchung bei Schwangeren und Gebärenden.

Diesen Punkt möchte ich ganz wesentlich betonen und hervorheben, dass die geburtshülflichen Unterrichtsanstalten ihren Lehrzweck voll und ganz erfüllen können, ohne die Gesundheit ihrer Pflegebefohlenen zu schädigen.

Nicht weiter verfolgen möchte ich die Frage, ob die prophylaktische Desinfection auch unter anderen Verhältnissen, z. B. denen der Privatpraxis in dieser Weise durchgeführt werden muss, obgleich ich offen gestehen muss, dass mir der theoretische Widerspruch gegen die Ausübung derselben eigentlich ganz unverständlich ist. Denn dass das Scheidensecret Schwangerer und Gebärender Mikroorganismen aller Arten und darunter unter Umständen unzweifelhaft pathogene enthält, ist ebenso sicher, als dass während der Geburt Wunden auf den Schleimhäuten entstehen. Würde nun wohl ein einziger von den Gegnern der prophylaktischen Desinfection in einer mit diesem Secret bedeckten Schleimhaut oder auch äusseren Haut, z. B. zu operativen Zwecken, auch nur den kleinsten Schnitt machen ohne vorherige Desinfection? Würde auch nur einer von ihnen, z. B. bei plastischen Operationen, auf eine absolute gründliche Reinigung der Schleimhaut verzichten aus dem Grunde, weil auch ohne dieselbe eine gewisse Anzahl derartig Operirter ohne Erkrankung davonkommt und die Wunden wieder heilen? Sicherlich kein Einziger! Und nun sollen die Verhältnisse plötzlich bei Entbindungen ganz andere sein wie bei anderen ähnlichen Verhältnissen?

Ich glaube, kein moderner Chirurg wird diese Logik verstehen; und wenn ich auch sonst von dem chirurgischen Zeitalter, in welches die Geburtshilfe angeblich eingetreten ist, nicht viel halte: in diesem Punkte können die geburtshilflichen Grundsätze nur solche sein, die mit den Regeln der allgemeinen Pathologie und Chirurgie übereinstimmen. Ich kann keinen rechten Grund ersehen, warum wir uns — wenigstens für die Verhältnisse der Unterrichtsanstalten — den hieraus zu ziehenden Consequenzen entziehen sollten?

Dass die meisten Entbindungen und Wochenbetten ohne eine solche Desinfection auch ohne ernstlichere Störung verlaufen, ist allerdings richtig; von diesem Gesichtspunkt aus hätten aber auch die alten Hebammen recht, wenn sie die ganze Desinfection für eine unnütze Erschwerung erklären: denn dies war früher auch der Fall und würde auch jetzt ohne Desinfection der Fall sein!

Dass jedes Ding natürlich übertrieben werden kann, ist klar. Aber die Versuche, aus kleinen Abweichungen der Morbiditätsziffern gar die Schädlichkeit der prophylaktischen Desinfection beweisen zu wollen, scheinen mir äusserst gezwungen, besonders wenn sie von solchen Autoren ausgehen, welche sonst sich in Worten nicht erschöpfen können, um die Gründlichkeit und Ausdehnung ihrer Maassregeln zur Verhütung des Kindbettfiebers zu beschreiben, und wenn unmittelbar nach der Schilderung der Gefahr der prophylaktischen Desinfection der Scheide ausgeführt wird, dass „natürlich“ bei allen schweren Eingriffen vor und nach der Geburt desinficirende Ausspülungen in der gehörigen Gründlichkeit etc. vorgenommen wurden. Warum dieselbe Manipulation in dem einen Falle schädlich, in dem anderen nützlich sein soll — und noch dazu bei einfachen Verhältnissen schädlich, bei schwierigeren nützlich — entzieht sich wirklich dem Verständniss. Wozu übrigens die Berechnungen aus solchen kleinen Morbiditätsschwankungen führen, erhellt z. B. aus dem vierten Bericht von Leopold und Pantzer (A. f. G. Bd. 38 p. 359), wo es heisst, dass von 223 innerlich nicht Untersuchten und nicht Ausgespülten 9,0%, von 526 innerlich Untersuchten und nicht Ausgespülten dagegen nur 7% ein fieberhaftes Wochenbett durchmachten. Der natürliche Schluss aus diesen Zahlen, falls man nämlich dieselben für derartige Schlüsse überhaupt für geeignet hält, würde der sein, dass die innere Untersuchung ein werthvolles Prophylacticum gegen puerperale Erkrankungen sei! Der Artikel bezweckt allerdings im wesentlichen, die Gefahren der inneren Untersuchung hervorzuheben.

Ebenso sind die Einwände, dass der physiologische Schleim unnöthigerweise entfernt würde, dass häufiger Dammriss etc. entstünden, wohl mehr hypothetischer, als reeller Natur. Wenigstens haben wir niemals von derartigen Schädlichkeiten etwas bemerkt.

Ganz unbegründet scheint mir auch der Einwand, dass bei Betonung der Nothwendigkeit einer Reinigung und Desinfection der Gebärenden diejenige des Geburtshelfers leiden könnte. Gerade das Gegentheil scheint mir der Fall zu sein: anstatt einer, werden wir eben versuchen müssen, zwei Infectionsmöglichkeiten auszuschalten oder zu bekämpfen. Eine andere Schlussfolgerung scheint mir nicht möglich.

Es scheint mir in hohem Maasse für die Sachlage bezeichnend zu sein, dass gerade von den Autoren, welche sich am nachdrücklichsten gegen die innere prophylaktische Desinfection ausgesprochen haben, ebenfalls am nachdrücklichsten für die Einschränkung der inneren Untersuchung und grösstmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshilfe Propaganda gemacht wird.

Die Erfahrungen der Würzburger Klinik scheinen mir unwiderleglich zu beweisen, 1) dass man unter dem Schutz einer geeigneten prophylaktischen Desinfection in weitgehender Weise die innere Untersuchung Schwangerer und Kreis-

sender vornehmen kann, ohne deren Gesundheit zu schädigen, 2) dass — falls wirklich im Ernst jemand das Gegentheil geglaubt haben sollte — die Reinlichkeit und Desinfection in der rechten Weise angewendet selbst bei Kreissenden nicht schädlich wirkt!