

**Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.**

---

**Die Leitung der regelmässigen Geburten nur  
durch äussere Untersuchung.**

Von

**Prof. Leopold und Dr. Spörlin.**

(Mit 4 Abbildungen auf Tafel II a.)

---

So gross die Erwartungen waren, welche man auf die Antisepsis setzte, so hat ihre Einführung in die Geburtshilfe doch nicht diejenige Verbesserung der Wochenbettsverhältnisse mit sich gebracht, die man von ihr nach den Erfolgen auf anderen Gebieten der Medicin zu erhoffen berechtigt war. In den Gebäranstalten ist freilich ein bedeutender Umschwung eingetreten, indem die Mortalität und Morbidität im Wochenbett ganz erheblich herabgesunken ist. Jedoch ist die Zahl der daselbst erfolgenden Geburten verschwindend klein im Verhältniss zur Zahl der Geburten im Privathause. Hier aber ist die Verbesserung der Wochenbettsverhältnisse weit hinter den gehegten Erwartungen zurückgeblieben, sodass, wie die grossen Statistiken von Böhr, Hegar, Ehlers, Dohrn u. A. ergeben, die ausserordentlich günstigen Erfolge in den Gebäranstalten nicht im Stande gewesen sind, die Gesamtmortalität der Wöchnerinnen in auffallendem Grade zu beeinflussen.

Es soll hier nicht erörtert werden, worin diese grosse Verschiedenheit ihren Grund hat. Nur das Eine sei hervorgehoben, dass nicht bloss die mangelhafte Uebung der Antisepsis in der Privatpraxis die Schuld trägt; sondern es wirken, wie Dohrn auf dem 4. Gynäkologen-Congress in Bonn 1891 betonte, auch noch

andere Umstände hierbei mit, einmal die grössere Zunahme der operativen Eingriffe, die im Vertrauen auf den Schutz der Antisepsis unternommen werden, und weiter die zunehmende Erleichterung des Verkehrs und die damit häufiger gebotene Gelegenheit zu operativen Eingriffen seitens der praktischen Aerzte.

In gleichem Sinne hat sich schon früher Hegar<sup>1)</sup> ausgesprochen: »Das, was durch die Einbürgerung der Antisepsis erreicht worden, ist durch die Vielthuerei, besonders durch die viel grössere Zahl der operativen Eingriffe und die damit in reichlicherem Maasse gegebene Gelegenheit zu Infectionen verloren gegangen.«

Diese nur unerhebliche Verbesserung der Wochenbettsverhältnisse seit Einführung der Antisepsis weist darauf hin, dass unsere antiseptischen Massregeln noch nicht genügend sind und muss uns daran mahnen, auf weitere Mittel und Wege zu sinnen, welche uns in den Stand setzen, mit grösserer Sicherheit als bisher Infectionen auszuschliessen. Dass dazu in allererster Linie peinlichste subjective Desinfection gehört, darüber sind sich alle einig. Auch die äussere Reinigung und Desinfection der Kreissenden wird von der grossen Mehrzahl als nothwendig anerkannt. Anders schon steht es mit der Frage über die prophylaktischen inneren Auswaschungen der Scheide und des Collum. Sie sind in vielen Kliniken eingeführt. Doch kommt man immer mehr zu der Ansicht, dass sie bei normalen Geburten mindestens unnöthig und nutzlos sind. In der Praxis vollends lassen sie sich gar nicht durchführen. In den Händen der Hebammen würden diese Auswaschungen entsprechend dem mangelnden Verständniss auch mangelhaft ausgeführt werden und einen nicht nur unnöthigen, sondern weit mehr als das, einen geradezu gefährlichen Eingriff darstellen.

Wenn also die Erkrankungen im Wochenbett noch weiter vermindert werden sollen, so drängt sich die Frage auf, ob sich nicht zur Erreichung dieses Zieles ein Verfahren finden lässt, welches nicht bloss in Kliniken, sondern vor allen Dingen auch in der Privatpraxis ausgedehnte und mit keinerlei Unbequemlichkeiten verbundene Anwendung finden kann.

In diesem Sinne dürfte namentlich eine Lehre berufen sein, durchgreifende Besserung herbeizuführen, nämlich die Einschränk-

---

1) Hegar, Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modernen Geburtshülfe. Volkmann's Samml. klin. Vorträge No. 351. 1889.

Fig. 1.

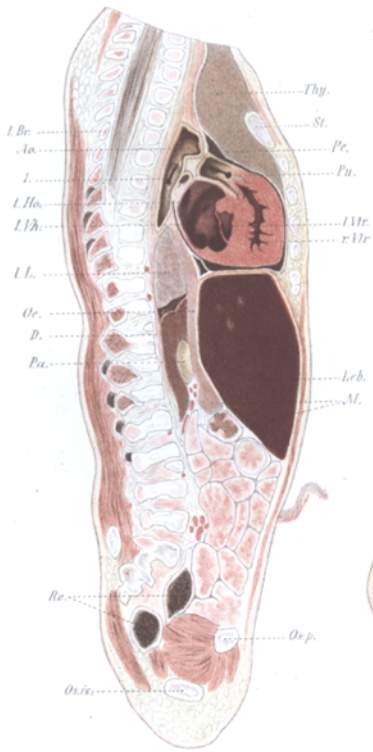


Fig. 2.

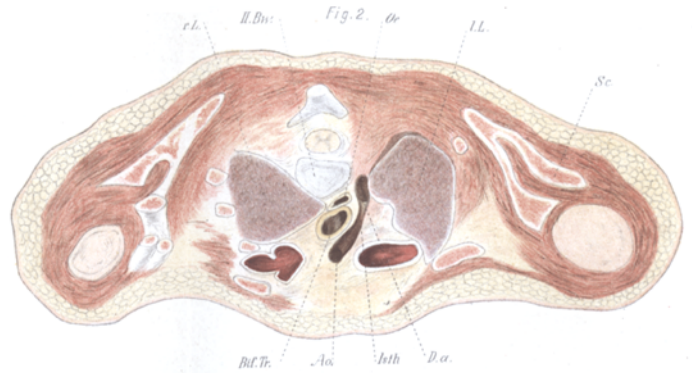
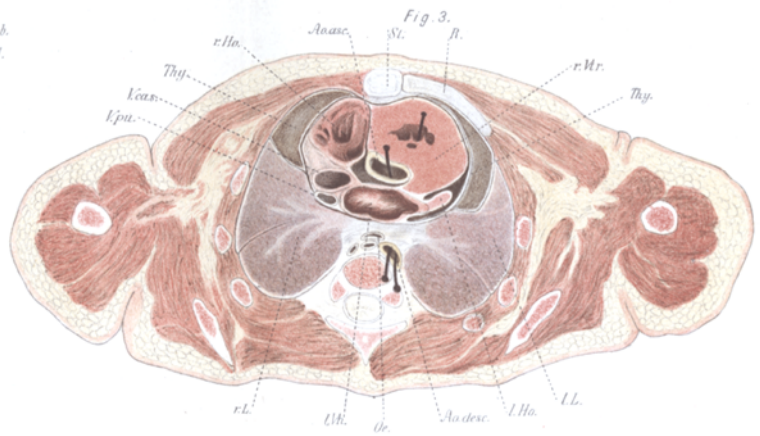


Fig. 3.



kung der inneren und grösstmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung.

Dass selbst vorsichtige und nach sorgfältiger Reinigung ausgeführte Untersuchungen inficiren können, bedarf keiner weiteren Erörterung. Es kann latente oder ganz geringe Gonorrhoe vorhanden sein, ohne sich durch Ausfluss bemerkbar zu machen. Das Scheidensecret kann, wie Döderlein<sup>1)</sup> nachgewiesen hat, virulente Streptokokken enthalten, welche bei einer inneren Untersuchung mit Leichtigkeit in frische Wunden gelangen können. Diese Gefahren sind seit vielen Jahren bekannt, und zu Zeiten von Puerperalfieberepidemien haben schon Litzmann, Halbertsma u. A. die inneren Untersuchungen eingeschränkt, bezw. aufgehoben.

Der Erste jedoch, welcher zielbewusst für die Beschränkung der inneren und die vorwiegende Anwendung der äusseren Untersuchung in der Geburtshilfe überhaupt eintrat, war Credé. In seinem 1886 erschienenen Buche: »Gesunde und kranke Wöchnerinnen« sagt er ausdrücklich:

»Selbst der allereinfachste Eingriff, die blossе Betastung der inneren Geschlechtstheile zum Zwecke der Untersuchung, kann schon verwunden. Ist eine noch so geringfügige Verwundung vorhanden, so ist eine Vergiftung möglich. Deshalb sollte der Grundsatz obenan gestellt und gelehrt werden, die inneren Untersuchungen bei Gebärenden ganz zu unterlassen oder wenigstens auf das allergeringste Maass zu beschränken. In Unterrichtsanstalten dürfen Gebärende nicht für Schüler und Schülerinnen zur Uebung in der inneren Untersuchung verwendet werden, sondern nur bereits geübte und geschulte Personen dürfen die unumgänglich nöthigen inneren Untersuchungen ausführen.

Die äusserste Beschränkung und selbst der gänzliche Ausfall der inneren Untersuchung kann sehr gut ausgeglichen und ersetzt werden durch die äussere Untersuchung. Diese letztere in ausgedehntester Weise zu lehren und einzuüben, ist für die Unterrichtsanstalten eine unabweisliche Aufgabe der Gegenwart und Zukunft.

Von jeher ging mein Bemühen dahin, die verschiedenen Methoden der äusseren Untersuchung immer mehr zu üben und üben zu lassen. Je länger dies geschah, desto fester gestaltete sich die

---

1) Döderlein, Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig 1892.

Ueberzeugung, dass die innere Untersuchung, die bis vor nicht allzulanger Zeit fast allein in Anwendung kam und in den Lehrbüchern bis in die neueste Zeit hinein noch in den Vordergrund gestellt wird, in leichten Fällen entbehrlich ist, sich wenigstens ausserordentlich beschränken lässt.«

Und ein Jahr später schreibt Credé<sup>1)</sup>:

„Die von mir in meiner Schrift empfohlene Behandlung der Gebärenden und Wöchnerinnen wird und kann nur langsam sich Bahn brechen. Als Hinderniss tritt zunächst der Umstand entgegen, dass in den Lehrbüchern der Geburtshilfe bis jetzt die äussere Untersuchung gegen die innere nicht genügend in den Vordergrund gestellt, ihr grosser Werth nicht hinreichend betont wird. Die Schüler legen dementsprechend auf die innere Untersuchung immer noch das bei weitem grösste Gewicht und sind oft unbefriedigt, wenn man sie anweist, die innere Untersuchung ganz zu unterlassen oder zu beschränken.

Ferner wird in manchen der Unterrichtsanstalten die äussere Untersuchung nicht peinlich und ausgedehnt genug eingeübt und infolgedessen in der Privatpraxis, namentlich von den Hebammen, arg vernachlässigt. Diese Hindernisse können aber leicht durch besseres Lehren, Lernen und Ueben überwunden werden.«

Wie Credé selbst vorausgesehen hatte, fanden seine Vorschläge zunächst nur wenig Beachtung und Verbreitung; nur sehr vereinzelte Stimmen sprachen sich in gleichem Sinne aus, so vor allem Hegar<sup>2)</sup>:

„Mir scheint«, sagt er, »als ob ein grosser Schritt weiter vorwärts gemacht werden könnte, wenn bei gewöhnlich verlaufenden Geburten das Touchiren unterbliebe oder wenigstens sehr beschränkt würde. Dieses ist meist unnöthig.«

„Die äussere Untersuchung lässt sich weit ausgiebiger lehren und einüben, da sie bei weitem nicht so leicht Nachtheile im Gefolge hat.«

Auch Ahlfeld<sup>3)</sup> betont die Nothwendigkeit, die Hebammen in der äusseren Untersuchung auf das Sorgfältigste auszubilden.

1) Credé, Weitere Erfahrungen über gesunde und kranke Wöchnerinnen. Dieses Archiv 1887, Bd. XXX, H. 3.

2) l. c. S. 14.

3) Ahlfeld, Die geburtshülflichen Operationen in der Hebammenpraxis. Centralbl. f. Gynäk. 1890, No. 15.

Unter den Lehrbüchern ist es das von P. Müller<sup>1)</sup>, welches in dem von Werth herausgegebenen Theile der äusseren Untersuchung eine grössere Bedeutung zuerkennt. Werth sagt: »Richtig ist, dass der Schwerpunkt der geburtshülflichen Diagnostik auf der äusseren Untersuchung ruht und die hiermit zu gewinnenden Aufschlüsse die, welche die innere Untersuchung ergibt, abgesehen von der Endzeit der Geburt, an Bedeutung weit hinter sich lassen.«

Die viel zu unbestimmten Umrissse jedoch, in denen sich diese Vorschläge hielten, waren vorläufig nicht geeignet, derselben viele Anhänger zu verschaffen. Vor Allem musste erst die äussere Untersuchung eine viel systematischere Ausgestaltung erfahren, ehe sie als voller Ersatz für die innere Untersuchung empfohlen und anerkannt werden konnte.

Die Erfüllung dieser Forderung liess nicht lange auf sich warten. In dem vierten Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers hat der Eine von uns<sup>2)</sup>, nachdem er seit Jahren den Schwerpunkt auf die äussere Untersuchung gelegt hatte und schon auf dem III. Gynäkologen-Congress zu Freiburg 1889 für die Einschränkung der inneren Untersuchung eingetreten war, in Verbindung mit Dr. Pantzer eine genaue Beschreibung der äusseren Untersuchung veröffentlicht, wie sie nach mehreren Richtungen hin vervollkommenet, in systematischer Anwendung vier bestimmter Handgriffe, in der Königl. Frauenklinik zu Dresden gelehrt und geübt wurde. Die ausgedehnteste Uebung dieser Methode hatte bald ergeben, dass sie die innere Untersuchung bei regelmässigen Geburten in den meisten Fällen vollkommen zu ersetzen vermochte; und so konnte in einer weiteren Abhandlung über dieses Thema<sup>3)</sup> mit besonderem Nachdruck eine Forderung aufgestellt werden, die um ihrer Wichtigkeit willen hier nochmals Platz finden möge:

»Mit der einseitigen Bevorzugung der inneren Untersuchung in den Lehranstalten, vor allem aber in der Praxis der Aerzte und Hebammen, muss unter allen Umständen von nun an gebrochen werden, und alle subjec-

1) P. Müller, Handbuch der Geburtshülfe 1888, Bd. I, S. 461.

2) Ueber die Beschränkung der inneren und die grösstmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshülfe. Dieses Archiv 1890, Bd. XXXVIII, H. 2.

3) 5. Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers. Dieses Arch. 1891, Bd. XL, H. 3.

tive und objective peinlichste Antisepsis wird noch ganz andere Triumphe feiern, wenn der äusseren Untersuchung die Stellung eingeräumt wird, die ihr nach unserer ausführlichen Darlegung zukommt.«

Es ist erfreulich zu sehen, wie seitdem die äussere Untersuchung anfängt, eine grössere Würdigung zu finden, namentlich von Seiten der klinischen Lehrer. Dafür zeugen die Verhandlungen des IV. Gynäkologen-Congresses in Bonn 1891 und die, wenn auch nur ganz gelegentlichen Auslassungen über diesen Gegenstand, wie sie sich in den Arbeiten von Döderlein<sup>1)</sup>, Rossier<sup>2)</sup>, von Winkel<sup>3)</sup> und in einem Referat von Dührssen<sup>4)</sup> über die neueste Auflage des sächsischen Hebammenlehrbuches finden. In besonders ausführlicher Weise haben sich J. Veit<sup>5)</sup>, A. Fränkel<sup>6)</sup> und Löhlein<sup>7)</sup> über die Nothwendigkeit der Einschränkung der inneren und vorwiegenden Anwendung der äusseren Untersuchung verbreitet. In Uebereinstimmung mit den Anschauungen von Credé und Leopold sagt Veit von der inneren Untersuchung, »dass sie bei völlig normalem Verhalten der Kreissenden, — und das ist doch die überwiegende Mehrzahl der Fälle, — auch in der Praxis ganz durch die äussere Untersuchung ersetzt werden kann«.

Auch in den neueren Lehrbüchern der Geburtshülfe haben diese Lehren Aufnahme gefunden. So sagt Wiener in Spiegelberg's Lehrbuch der Geburtshülfe, III. Auflage (1891), S. 101, über die äussere Untersuchung: »Diese giebt, wenn nicht Spannung und Empfindlichkeit der Bauch- und Uterinwand zu gross und unüberwindlich sind — was selten der Fall ist — immer genügenden und oft viel besseren Aufschluss als die innere Untersuchung und viel seltener zu Irrthümern Anlass. Gleichzeitig lässt sie auch die Stellung schon erkennen. Sie orientirt uns somit für die innere

1) l. c. S. 69.

2) Rossier, Vergleichende klinische Beobachtungen untersuchter und nicht untersuchter Geburtsfälle. Centralbl. f. Gyn. 1891, No. 14.

3) v. Winkel, Die Königl. Universitäts-Frauenklinik in München in den Jahren 1884—1890, S. 423.

4) Allgem. Deutsche Hebammenzeitung 1892, No. 20.

5) J. Veit, Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschrift 1891, No. 19. — Aseptik in der Geburtsh. Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 20 u. 21.

6) E. Fränkel, Aseptische Geburtshülfe oder geburtshülf. Antisepetik. Wien 1892, S. 11.

7) Löhlein, Gynäkolog. Tagesfragen. III. Heft, 1893, S. 258 ff.

Exploration und setzt uns in den Stand, letztere mit geringem Zeitaufwand und schonend für die Gebärende anzustellen.«

Ebenso hebt Zweifel in der II. Auflage seines Lehrbuches (1889) die Wichtigkeit der äusseren Untersuchung besonders hervor:

»Stets muss die äussere Untersuchung der inneren vorangehen. Sie muss, weil die innere stets eine viel grössere Gefahr, auch weit grössere Unannehmlichkeit für die Frau in sich birgt und dem Arzt eine weit grössere Verantwortlichkeit überträgt, auf das Genaueste geübt und auf sie eine besondere Schulung verwendet werden.«

Leider ist dieser Satz in die neueste Auflage dieses Lehrbuchs nicht aufgenommen worden.

Am weitesten voran gehen aber Olshausen und Veit, welche in der von ihnen bearbeiteten neuesten (12.) Auflage von Schröder's Lehrbuch der Geburtshülfe (1893) für eine Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung eintreten.

Mit ganz besonderer Freude ist es endlich zu begrüssen, dass neben dem sächsischen auch das preussische Hebammen-Lehrbuch in seiner neuesten Auflage (1892) die Bedeutung der äusseren Untersuchung hervorhebt und ihre Anwendung nachdrücklich mit den Worten (S. 44) hervorhebt: „Die Hebamme untersuche öfters und auf's Genaueste äusserlich, aber nur sehr selten innerlich“; und auf S. 85:

„Die innere Untersuchung ist möglichst selten vorzunehmen, durch eine genaue äusserliche Untersuchung wird ein wiederholtes Einführen des Fingers in die Scheide häufig überflüssig gemacht.“

Dass diese Ansichten auch über die Grenzen Deutschlands und Europas hinaus schon Anklang gefunden haben, zeigen die Aufsätze von Chazan<sup>1)</sup>, Arzt in Grodno (Russland), und von Rosenberg<sup>2)</sup> in New-York, früheren Externen an hiesiger Klinik, von denen der letztere die hier übliche Untersuchungsmethode genau beschrieben hat.

Was nun die praktische Durchführung der obengenannten

---

1) Samuel Chazan, Die Streitpunkte in der Puerperalfieberfrage. Volkmann's Samml. klin. Vorträge 1890, No. 12.

2) Rosenberg, The Management of Labor. Medical-Record. 1893, No. 5.



Grundsätze betrifft, so zeigt eine Zusammenstellung von Madlener<sup>1)</sup>, dass in den Kliniken von Berlin (Charité), Breslau, Giessen, Königsberg und Strassburg die innere Untersuchung in mehr oder weniger ausgedehnter Weise beschränkt ist; und aus einer gelegentlichen Bemerkung in einer Abhandlung von Weiss: Zur Behandlung der Gesichts- und Stirnlagen<sup>2)</sup>, geht hervor, dass auch in der Gustav Braun'schen Klinik in Wien eine grundsätzliche Einschränkung der inneren Untersuchung gehandhabt wird. In der Privatpraxis hat namentlich Veit (l. c.) die Durchführbarkeit in grösserem Maassstabe zu erproben Gelegenheit genommen.

So gross indessen die Anerkennung ist, welche die Lehren Credé's gefunden haben, so fehlt es auch nicht an Stimmen, welche zwar ebenfalls die Nothwendigkeit der äusseren Untersuchung betonen, aber an der Möglichkeit zweifeln, sie Aerzten und Hebammen so zu lehren, dass dadurch die innere Untersuchung in vielen Fällen überflüssig gemacht werden könnte. Bei der grossen Wichtigkeit dieser Frage dürfte es nach dem Grundsatz: *Audiatur et altera pars* zweckmässig sein, hierauf etwas ausführlicher einzugehen.

In einem der gynäkologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses erstatteten Referat über die Antiseptik in der Geburtshilfe hat Stadfeldt<sup>3)</sup> eine Anzahl Thesen aufgestellt, unter denen sich folgende befindet:

„Es muss so viel wie möglich Gewicht auf die äussere Untersuchung gelegt werden, weil sie an und für sich nothwendig ist, aber auch weil sie die innere Exploration erleichtert und dadurch in hohem Grade die Gefahr der Infection aufhebt. Es scheint mir indessen, dass es gefährlich sein würde, wenn man den Hebammen die Anweisung gäbe, nur eine äussere Untersuchung vorzunehmen; denn diese wird nicht immer ein sicheres Resultat ergeben. Die Hebammen würden dadurch leicht nur Routinemenschen werden und es erscheint mir klüger, den Hebammen die Wichtigkeit einer genauen Desinfection zu lehren, als sie bei der äusseren Untersuchung zu belassen, eine Untersuchungsweise, welche nur mangelhafte Aufklärungen ergiebt.“

1) Madlener, Die puerperalen Todesfälle in der Münchener Frauenklinik 1887/91, München 1892.

2) Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1893, No. 74.

3) Stadfeldt, Die Antiseptik in der Geburtshilfe mit besonderer Berücksichtigung der Hebammenpraxis. Wien. med. Wochenschr. 1890, No. 33.

In ähnlicher Weise ablehnend gegen eine Beschränkung der inneren Untersuchung verhält sich Hofmeier<sup>1)</sup>:

„Wenn nun aber 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 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 geburtshilflichen 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 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 Güsserow 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 gelehrt! Wir sollen ja nicht innerlich untersuchen!“

Endlich ist hier noch Frommel<sup>2)</sup> zu erwähnen, der in seiner Abhandlung über die Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen die Ansicht ausspricht, dass „gewiss jeder Kliniker eine vernünftige Einschränkung (der inneren Untersuchung) mit Betonung der Wichtigkeit der äusseren Untersuchung von selbst beobachtet“, dann aber fortfährt: „In der praktischen Thätigkeit sind wenige innere Untersuchungen, mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt, sicher nicht zu entbehren. Es würde durch deren Unterlassung nur ein Gefühl der Unsicherheit und des Schwankens beim Arzte und zum Theil auch bei der Kreissenden hervorgerufen werden. Geburtshelfer von Fach, welche hunderte und tausende normaler Geburten beobachtet haben, können freilich die inneren

---

1) Hofmeier, Zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 49.

2) Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 10.

Untersuchungen auf ein Minimum beschränken oder ganz unterlassen und es ist sehr naheliegend, wenn von solcher Seite der Ruf ertönt: „Weg mit der inneren Untersuchung!“ Der Arzt aber, und insbesondere der junge Arzt, welcher oft nicht mehr als vier für das Examen vorgeschriebene Geburten und heutzutage gar — *horribile dictu* — zwei Geburten auf der Universität beobachtet hat, kann die innere Untersuchung nicht vollkommen entbehren. Dafür soll er allerdings als Aequivalent gegen die Gefahren der inneren Untersuchung eine gründlichere Ausbildung in der geburts-hilffichen Antiseptik bez. in der Prophylaxe der Wochenbetts-erkrankungen von der Universität mit in die Praxis hinausbringen, und das ist der Punkt, wo der geburtshilffiche Kliniker einen Haupthebel einzusetzen hat.“

In diesen Auslassungen dürften wohl so ziemlich alle Einwände enthalten sein, die gegen eine Einschränkung der inneren und vorwiegende Anwendung der äusseren Untersuchung in der Praxis erhoben worden sind. Auf sie etwas genauer einzugehen, kann zur Klärung der ganzen Frage nur von Vortheil sein; ja, die erhobenen Einwände verdienen um so mehr Beachtung, als die genannten Autoren an sich den hohen Werth der äusseren Untersuchung keineswegs unterschätzen, sondern dieselbe im Gegentheil beinahe für selbstverständlich halten. Wollte man aber mit Hofmeier und Frommel behaupten, dass die Einschränkung der inneren und die Betonung der äusseren Untersuchung nichts Neues sei und gewiss von jedem Kliniker von selbst beobachtet werde, so hiesse dies den grossen Irrthum verkennen, der sich gerade durch die Betonung und die Pflege der äusseren Untersuchung in den Unterrichtsanstalten geltend macht. Denn schlägt man die Lehrbücher der Geburtshilfe aus früherer Zeit nach, so gab es zwar auch damals schon eine äussere Untersuchung, mit deren Hilfe man die Kindeslage, wenigstens bei Schwangeren, fast ebensogut bestimmen konnte wie heute. Aber nirgends ist der Werth und die Ausnutzungsmöglichkeit derselben hervorgehoben. Vielmehr folgt auf die Beschreibung der äusseren Untersuchung ohne Weiteres die der inneren, und letztere wird für ebenso selbstverständlich gehalten, wie man etwa heute die Auscultation der kindlichen Herztöne nach erfolgter Bestimmung der Kindeslage für selbstverständlich hält. Es beweist auch nichts dagegen, dass, wie oben erwähnt, Halbertsma, Litzmann u. A. in Zeiten von Puerperalfieber-Epidemien ausschliesslich die äussere Untersuchung

anwendeten. Hierbei mag wohl wesentlich die Erwägung massgebend gewesen sein, dass die äussere Untersuchung, wenn auch in ihrer damaligen Form noch recht unzuverlässig, im Vergleich zur inneren von zwei Uebeln das bei weitem kleinere war. Und wenn früher die äussere Untersuchung schon so allgemein üblich gewesen wäre wie jetzt, so würde Credé wohl kaum Veranlassung gehabt haben, sie mit so eindringlich mahnenden Worten in den Vordergrund zu stellen.

Wenden wir uns nun zu den gegen die Beschränkung der inneren Untersuchung erhobenen Bedenken, so sind die hauptsächlichsten die, dass die äussere Untersuchung vielfach zu unsichere Resultate ergebe, um die innere ersetzen zu können,

dass ferner Hebammen und Aerzte nicht im Stande seien, sich darin eine genügende Uebung zu erwerben, um in der Praxis ohne Nachtheil auf die innere Untersuchung verzichten zu können,

und dass endlich in Kliniken die Durchführung dieser Grundsätze wegen des meist geringen Materials und im Interesse des Unterrichts nicht möglich sei.

Gehen wir gleich auf den letzten Punkt ein, so ist freilich zwischen den Verhältnissen der Klinik und denen der Privatpraxis ein grosser Unterschied zu machen. Die Kliniken haben als Unterrichtsanstalten in erster Linie die Pflicht, Studenten und Schülerinnen sowohl in der äusseren wie in der inneren Untersuchung hinreichend auszubilden, und es wird ganz von der Grösse des Materials abhängen, ob und in wie weit dabei eine Einschränkung der inneren Untersuchung möglich ist. Wenn grosse Anstalten, unbeschadet eines ganz gründlichen Unterrichts, hierin sehr weit gehen können, so werden andererseits kleine Anstalten sich unter Umständen in die Nothwendigkeit versetzt sehen, ihr ganzes Material zum Unterricht verwenden zu müssen.

Wenn also Credé den Satz aufgestellt hat, dass in Unterrichtsanstalten Gebärende für Schüler und Schülerinnen nicht zur Uebung in der inneren Untersuchung verwendet werden sollen, so ist dies entschieden, wie schon der Eine von uns hervorgehoben hat, als viel zu weitgehend zu bezeichnen und es hat kein klinischer Lehrer bisher diesen Grundsatz befolgt. Es ist auch nicht ersichtlich, was ihn dazu veranlasst haben sollte. Man muss sich nur vergegenwärtigen, zu welchem Zwecke diese Vorschläge damals gemacht worden sind; sie sollten in erster Linie zur Verminderung der Wochenbettserkrankungen dienen. Inzwischen sind aber die

Methoden der Antisepsis in der Geburtshilfe und die Grundsätze der antiseptischen Leitung der Geburten ganz wesentlich vervollkommen worden und es sind die Mittel zur strengen Durchführung derselben in den Anstalten so ausreichend vorhanden, dass kein Leiter einer solchen nothwendig hat, sich zur Verbesserung der Wochenbettsverhältnisse eines Mittels wie der gänzlichen Vermeidung der inneren Untersuchung bei Gebärenden in der von Credé gewollten Weise zu bedienen.

Der Grundgedanke der Lehren Credé's bleibt aber trotz alledem zu Recht bestehen und muss als vornehmste Richtschnur für diejenigen Verhältnisse gelten, wo die damit erstrebten Ziele noch nicht erreicht sind, — für die Privatpraxis. Dass hier von Aerzten und namentlich von Hebammen viel zu oft und bei den zahlreichen regelmässigen Geburten ganz unnöthig innerlich untersucht wird, kann wohl Niemandem zweifelhaft sein, der einen, wenn auch noch so geringen Einblick in die Verhältnisse der Praxis hat. Dass aber andererseits hier die Durchführung der Antisepsis oder nun gar der Asepsis auf die grössten Schwierigkeiten stösst, darüber sind wohl keine weiteren Worte zu verlieren.

Insofern sich nun die Vorstände der Entbindungsanstalten von der Bedeutung und der Durchführbarkeit der äusseren Untersuchung überzeugt haben, erwächst ihnen auch die Pflicht, ihre Durchführung in der Praxis anzubahnen, indem sie ihren Schülern und Schülerinnen an einer möglichst grossen Zahl von Fällen zeigen, in wie weit sich die innere Untersuchung beschränken und eine Geburt lediglich durch äussere Untersuchung leiten lässt. Die übrigen Fälle mögen dann, ganz wie bisher, in ausgedehntester Weise zur Uebung in der inneren Untersuchung verwendet werden. Denn wie sollen sonst Studenten und Hebammenschülerinnen auf den Gedanken kommen, dass eine Geburt auch ohne innere Untersuchung geleitet werden kann, wenn ihnen dies nicht an recht vielen Beispielen, so weit es eben das Material zulässt, möglichst klar gemacht wird?

Auf die Frage, wie es möglich ist, Geburten lediglich durch äussere Untersuchung zu leiten, soll erst später eingegangen werden. Vorläufig möge es genügen, die Thatsache hervorzuheben, dass es möglich ist, dass dazu aber unbedingt eine bestimmte und streng systematische Untersuchungsmethode erforderlich ist. Wenn man freilich unter äusserer Untersuchung nur das versteht, was der Student noch bis zum heutigen Tage auf den meisten Universitäten

gelehrt bekommt, so kann man damit allerdings die innere Untersuchung nicht ersetzen. Von allen Universitäten kommen im Laufe der Zeit Aerzte zu ihrer weiteren Ausbildung als Externe an hiesige Klinik und da zeigen die Beobachtungen, die man bei Uebungen in der äusseren Untersuchung macht, und die mündlichen Auseinandersetzungen über diesen Gegenstand, dass kein einziger die hiesige Methode der äusseren Untersuchung kennt, noch auch eine andere, ihr gleichartige, jemals geübt hat. Nach den Erkundigungen, die wir einzuziehen Gelegenheit gehabt haben, scheint die am meisten gebräuchliche Methode die zu sein, dass man sich den Gebärmuttergrund befühlt, dann nach Steiss, Rücken und kleinen Theilen sucht und nun, indem man in der Regel der Frau den Rücken zuwendet und die Tastfläche der Hände flach auf die Inguinalgegend legt, nach dem vorangehenden Theil fühlt. Ich entsinne mich genau, wie wir als Studenten vollkommen zufrieden waren, wenn wir fanden, dass der Kopf voranging und dass derselbe noch beweglich oder anscheinend schon in das Becken eingetreten war (Spörlin).

Eine derartige Untersuchung mag genügen, um sich bei Schwangeren über die Kindeslage in einer vorläufig hinreichenden Weise zu orientiren; sie genügt aber sicher nicht, um bei Gebärenden die innere Untersuchung zu ersetzen. Hier handelt es sich ja nicht bloss um die Lage, sondern vor allen Dingen um den vorangehenden Theil, dessen Tiefertreten das Wesentlichste am ganzen Geburtsvorgange ist, und dies kann man mit der üblichen Methode allerdings nicht verfolgen, „ohne von einem Gefühle der Unsicherheit beschlichen zu werden.“ Dazu gehört eben eine ganz systematische Untersuchung, und vor Allem, dass man sich stets klar bewusst ist, welche Stellen des vorangehenden Theiles man beim Untersuchen berührt und wie sich seine Stellung im Laufe der Geburt ändert.

Ob es nun weiter möglich ist, Studenten und Schülerinnen die äussere Untersuchung so zu lehren, dass sie ohne innere Untersuchung eine Geburt mit voller Sicherheit verfolgen können, wird die Zukunft lehren. In hiesiger Klinik ist es eine seit Jahren feststehende Beobachtung, dass die Aerzte in der Regel nach 2 bis 3 Wochen ganz sichere Diagnosen von aussen machen, und dass auch die Schülerinnen, selbst die weniger begabten, bereits im 3. Monat ihrer Lehrzeit nur ausnahmsweise noch Fehler machen,

ebenso selten wenigstens oder vielleicht noch seltener, wie bei der ebenfalls fleissig geübten inneren Untersuchung.

Wenn freilich der Student auf der Universität nur 2—4 Geburten beobachtet hat, so kann er nicht gelernt haben, äusserlich zu untersuchen, er kann dann aber noch viel weniger innerlich untersuchen, und es ist nur zu bedauern, dass er bei einer derartigen ungenügenden Vorbildung Geburtshülfe zu treiben überhaupt den Muth findet. Nehmen wir aber, in einer nicht so streng wörtlichen Auffassung, nur ganz im allgemeinen an, der Student habe wirklich recht wenig Gelegenheit, Geburten zu beobachten, so muss man doch zugestehen, dass dabei die äussere Untersuchung viel gründlicher gelehrt und gelernt werden kann als die innere.

Die eine ist so schwer wie die andere, beide finden ihre Beschränkung in dem Gefühl der Menschlichkeit und des Mitleids mit den zuweilen recht gequälten Kreissenden. Das Eine steht aber fest, die äussere Untersuchung ist unendlich viel schonender und kann darum ausserordentlich viel häufiger geübt und demgemäss auch bis zu einem viel höheren Grade der Sicherheit erlernt werden als die innere.

Und nun frage ich Jeden selbst, wie es mit der Zuverlässigkeit der inneren Untersuchung bei den Hebammen und theilweise bei den Aerzten steht? Wir haben wiederholt erlebt, dass in die Klinik Gebärende gebracht wurden, welche draussen von den Hebammen binnen 2 Tagen 15—20 Mal innerlich untersucht worden waren. Letztere hatten aber nicht bemerkt, dass diese Frauen sehr stark verengte Becken (Conj. vera  $7\frac{1}{2}$  cm) hatten, während jede unserer Schülerinnen den ganz bestimmten Verdacht schon auf Grund der äusseren Untersuchung und des ganzen bisherigen Geburtsverlaufs aussprach. Solcher Fälle könnten noch viele ähnliche aufgezählt werden, derjenigen nicht zu gedenken, die sich in der Stille des Privathauses abspielen und durch einen schliesslich noch günstigen Verlauf oder durch die Diskretion des zugezogenen Arztes einem weiteren Bekanntwerden entgehen.

Man muss deshalb Hegar rückhaltslos zustimmen, wenn er in seiner oben schon angeführten Abhandlung direct ausspricht:

„Wie viele dieser Personen (der Hebammen) können denn überhaupt innerlich untersuchen? Im Kurs haben sie meist nicht viel Gelegenheit, da die Vorsteher der Anstalten die Gesundheit und das Leben ihrer Pflegebefohlenen zu berücksichtigen haben.

30—60 und mehr Schülerinnen können nicht in 4—6 Monaten oder selbst in einem Jahre die nöthige Uebung erlangen, wenn die Anstalt nicht sehr gross ist, oder wenn man die unglücklichen Schwangeren nicht schonungslos preisgibt.“

„Das Touchiren Schwangerer und Gebärender durch die Hebamme geschieht daher sehr häufig nur zum Schein, da sie doch nichts findet, und ich möchte annehmen, dass im allgemeinen mehr Schaden als Nutzen dadurch entsteht.“

Ueberblicken wir jetzt noch einmal die Ansichten der verschiedenen Autoren über äussere und innere Untersuchung, so gewinnt es den Anschein, als ob Einzelne mit der Betonung der äusseren Untersuchung nur der allgemeinen Zeitströmung Rechnung trügen. In der Theorie sind sie Anhänger der äusseren Untersuchung, in der Praxis aber möchten sie die inneren Untersuchungen nicht missen. Andere gehen weiter und treten für eine Beschränkung der inneren Untersuchung ein, aber nur sehr wenige gehen so weit, eine Unterlassung der inneren Untersuchung unter gewissen Voraussetzungen als das erstrebenswerthe Ziel hinzustellen. Ist das nun wirklich ein so gewagter Schritt, als es scheint? Die 1—2 inneren Untersuchungen, die andere für nothwendig erachten, können noch lange kein vollständiges Bild von dem Geburtsverlauf geben, und wenn es auf andere Weise nicht zu erhalten wäre, müsste man eben weit öfter innerlich untersuchen. Wenn aber die äussere Untersuchung die innere zu ersetzen vermag, dann können auch diese wenigen inneren Untersuchungen am besten ganz wegb bleiben, dann sind sie überflüssig.

Um nun festzustellen, inwieweit es möglich ist, die inneren Untersuchungen ganz zu vermeiden, wurde beschlossen, bei einer möglichst grossen Zahl normal Gebärender lediglich die äusserere Untersuchung anzuwenden, und mit ihr nicht blos die Diagnose der Kindeslage, sondern vor Allem auch den Fortgang der Geburt genau zu verfolgen. Zu welchen Ergebnissen dies geführt hat, soll ein Ueberblick über die vom 1. Januar 1892 bis Ende Juni 1893 erfolgten Geburten zeigen.

Ehe wir uns aber hierzu wenden, seien noch einige erläuternde Vorbemerkungen gestattet. Für unseren Zweck konnten wir uns nur an die Aufzeichnungen in den von den externen Hülfärzten geführten Journalen halten. Da dieselben nicht blos im Hinblick auf eine spätere Verwerthung im Sinne der vorliegenden Arbeit geführt wurden, so entbehren sie leider manchmal der für uns jetzt



wünschenswerthen Genauigkeit, und man vermisst in einzelnen Fällen von länger dauernden Geburten die weiteren Angaben, wie sich der ursprünglich festgestellte Kopfstand im Verlaufe der Geburt geändert hat. Diese Lücke erklärt sich einmal durch die Häufung von Entbindungen an einem Tage, sowie durch die ungenügende Uebung neuer Externer in der Journalführung.

Und da die hier thätigen Hülfssärzte öfters wechseln, und allmonatlich neue hinzutreten, welche die systematische Untersuchung noch nicht kennen, so ist es nicht zu verwundern, wenn ihnen im Anfange ihrer Thätigkeit diagnostische Fehler und Ungenauigkeiten unterlaufen, die mit zunehmender Uebung nicht mehr vorkommen.

Aber gerade aus diesen Aufzeichnungen von weniger Geübten wird sich ergeben, ob und inwieweit es möglich ist, die ausschliessliche Anwendung der äusseren Untersuchung bei regelmässigen Fällen in die Praxis einzuführen.

Die Zahl der Geburten vom 1. Januar 1892 bis Ende Juni 1893 betrug 2342. Rechnet man nun die operativen und alle sonst normalen, aber zum Zweck des Unterrichts innerlich untersuchten, sowie diejenigen ab, in welchen die Frauen bereits entbunden oder mit tiefstehendem bez. sichtbarem vorangehenden Theil (Kopf, Steiss, Fuss) hier ankamen (1091 Fälle = 46,6 pCt.) oder in denen die Geburt so rasch erfolgte (251 Fälle = 10,7 pCt.), dass eine genaue äussere Untersuchung nicht möglich war, so bleiben gerade 1000 Entbindungen (42,7 pCt.), in denen nur äusserlich, nicht innerlich untersucht worden ist. Das Procentverhältniss der innerlich nicht Untersuchten ist natürlich beträchtlichen Schwankungen unterworfen, und zwar spielt dabei der Unterricht der Hebammenschülerinnen eine Hauptrolle. So werden namentlich im Anfange eines jeden neuen Lehrkursus verhältnissmässig viel mehr Kreissende nur äusserlich untersucht, sodass z. B. im Januar dieses Jahres unter 154 Geburten 107 = 69,3 pCt. lediglich durch äussere Untersuchung geleitet worden sind.

Unter den bei diesen 1000 Entbindungen beobachteten Kindeslagen herrschen, entsprechend der allgemeinen Häufigkeitsziffer, die Schädellagen vor, 977 = 97,7 pCt. Der Rest entfällt auf Gesichtslagen (6), Beckenendlagen (12), Querlagen (1) und Zwillinge (4 Mal). Dass die Procentzahlen der Beckenendlagen (1,2 pCt.) und Zwillingsgeburten (0,4 pCt.) kleiner sind, als sich aus anderen Zusammenstellungen ergeben, hat seinen Grund darin, dass

diese Fälle ihrer Seltenheit wegen zum Zwecke des Unterrichts meistens innerlich untersucht werden.

Diagnostische Fehler sind bei diesen 1000 Entbindungen 65 Mal (6,5 pCt.) vorgekommen, am seltensten bei den Hinterhauptslagen, unter 971 Fällen 54 Mal = 5,6 pCt. Dagegen ist bei den 29 anderen Lagen 11 Mal (37,9 pCt.) eine falsche Diagnose gestellt worden, und zwar bei 6 Vorderhauptslagen 2 Mal (33 $\frac{1}{3}$  pCt.), bei 12 Beckenendlagen 2 Mal (16,6 pCt.), bei 6 Gesichtslagen 6 Mal (100 pCt.) und bei 4 Zwillingsgeburten 1 Mal (25 pCt.).

Die Zahl der diagnostischen Fehler bei Hinterhauptslagen dürfte in Wirklichkeit etwas kleiner gewesen sein, denn es sind auch diejenigen Fälle, wo im Journal eine Ueberdrehung angegeben, aber nicht hinreichend begründet war, der Sicherheit halber mit unter die falsche Diagnose gerechnet worden.

Die mehrfachen Irrthümer bei den übrigen Lagen finden ihre Erklärung zum Theil in dem, was oben in den Vorbemerkungen gesagt wurde, zum Theil in der Seltenheit der Lagen; sie werden sich bei genügender Uebung und vor allem bei grösserer Aufmerksamkeit sicher um ein Bedeutendes vermindern lassen.

Wollte man aber hieraus den Schluss ziehen, dass die äussere Untersuchung an Sicherheit hinter der inneren zurückstände, so würde man sich damit einer Selbsttäuschung hingeben. Denn auch die innere Untersuchung führt, wie allgemein bekannt, selbst bei einfachen Hinterhauptslagen bisweilen zu falschen Diagnosen (erste oder zweite Stellung), und die Fehler würden gewiss noch zahlreicher sein, wenn man, ohne vorher äusserlich untersucht zu haben, also ohne jeglichen Anhalt innerlich untersuchen würde. Vor allen Dingen aber gilt auch für die innere Untersuchung der Satz, dass die weniger häufigen Lagen nur bei genügender Uebung und Aufmerksamkeit erkannt zu werden pflegen, oder kann nicht Jeder aus eigener Erfahrung bestätigen, dass der weniger Geübte auch bei innerer Untersuchung schon Steisslagen für Schädellagen gehalten und Gesichtslagen gar nicht als solche erkannt hat?

Was nun den vorangehenden Theil, in den meisten Fällen den Kopf, und seine Einstellung betrifft, so wurde er bei 374 Kreissenden schon bei der ersten äusseren Untersuchung tief im Becken gefunden und bei völlig normalem Verhalten von Mutter und Kind (Wehen, Herztöne u. s. w.) daraus sofort bestimmt, dass

die Geburt binnen kurzem erfolgen würde, eine Annahme, welche sich auch bestätigt hat.

Während also einzelne Lehrbücher, selbst bis in die neueste Zeit herein, empfehlen, in solchen Fällen schnell noch innerlich zu untersuchen, erscheint uns dies bei einem derartigen äusseren Befund vollständig überflüssig. Die äussere Untersuchung sagt ja hier sofort, dass eine wesentliche Regelwidrigkeit nicht vorliegen kann. Ist aber der Kopf von aussen überhaupt nicht mehr zu fühlen, so ist in den meisten Fällen die Geburt in so kurzer Zeit zu erwarten, dass eine innere Untersuchung kaum mehr möglich ist. Und würde denn eine innere Untersuchung in einem solchen Falle überhaupt etwas wesentlich Neues ergeben? Welche äusserlich nicht erkennbaren Hindernisse könnten wohl noch eintreten, nachdem der Kopf bereits den grössten Theil des Beckencanals überwunden hat? Man wendet vielleicht ein, dass ohne innere Untersuchung recht leicht eine ungewöhnliche Kopfeinstellung, zum Beispiel ein tiefer Querstand der Pfeilnaht übersehen werden könne. Aber die geburtshülfliche Behandlung des betreffenden Falles würde auch bei der richtigen Diagnose zunächst keine andere sein, wie vorher. Denn wenn auch, wie dies besonders bei Erstgebärenden zuweilen vorkommt, der Kopf stundenlang nahe dem Beckenausgang steht, ohne weiter zu rücken, so ist doch zunächst kein Grund da, innerlich zu untersuchen oder gar einzugreifen, sobald nur Mutter und Kind nicht gefährdet erscheinen. Selbst anscheinend grosse Hindernisse werden von der Natur schliesslich doch noch überwunden und zwar in einer Weise, wie es anders nicht schonender geschehen könnte. Darum bleibt der oberste Grundsatz in der Geburtshülfe: Abwarten.

Sollte aber wirklich noch ein Geburtshinderniss sich einstellen, so würde die weitere Beobachtung darauf aufmerksam machen und eine innere Untersuchung würde immer noch rechtzeitig genug vorgenommen werden können, um auf Grund derselben einzugreifen.

Wenn also bei ganz tiefstehendem Kopf die innere Untersuchung von Einigen besonders beschleunigt und wohl gar vor der äusseren vorgenommen wird, so erweckt dies den Anschein, als ob man fürchtete, die Kreissende könne dann schliesslich ununtersucht niederkommen, und man hielte es für einen wesentlichen Nachtheil, die Kreissende einer von altersher üblichen Procedur nicht unterzogen zu haben, ohne die man sich eine Geburt nicht gut denken könne.

Bei 235 von 1000 Geburten finden sich mehrfache, zum Theil sehr genaue Angaben über den Kopfstand und sein allmähliges Tiefertreten, während bei dem Rest der Fälle der Kopfstand nur einmal, bei der Aufnahme, genau angegeben ist. Dies liegt zum Theil daran, dass der anfangs noch hochstehende Kopf infolge raschen Tiefertretens der weiteren Beobachtung entgangen ist; in 166 Fällen ist thatsächlich die Geburt bereits binnen 3 Stunden erfolgt. Es würde aber nicht richtig sein, aus den mangelnden weiteren Einträgen im Journal auf eine ungenaue Beobachtung schliessen zu wollen. Wir können vielmehr mit aller Bestimmtheit für die Thatsache eintreten, dass das Tiefertreten des Kopfes sowohl von dem dienstthuenden Assistenten und Externen, wie auch von der die Geburt leitenden Unterhebamme viel öfter äusserlich verfolgt worden ist, als es nach den Einträgen im Journal scheinen könnte.

Dass auch Geburten bei engem Becken lediglich durch äussere Untersuchung geleitet worden sind, wird bei der grossen Häufigkeit der engen Becken von vornherein zu erwarten sein. Ein genauer Bericht hierüber wird dadurch etwas erschwert, dass die äussere Beckenmessung allein keinen ganz sicheren Schluss auf den Grad und die Art der Beckenverengerung gestattet. Um aber einen ungefähren Anhalt zu gewinnen, so wurden nach Michaelis zu den engen Becken alle diejenigen gezählt, deren Conj. externa unter 18,5 cm betrug und unter diesen kamen nur diejenigen Fälle wirklich in Anrechnung, in denen das Kindergewicht mindestens 3000 g war. In allen zweifelhaften Fällen ist ausserdem noch die Geburtsdauer zur Entscheidung über den Charakter des Beckens herangezogen worden.

Dabei hat sich nun herausgestellt, dass unter den 1000 Geburten 168 mit engem Becken waren, die innerlich nicht untersucht worden sind. Von den 168 Kindern hatten sogar 45 (27,7 pCt.) ein Gewicht von 3500 g. Dass darunter auch stark verengte Becken waren, sieht man an denjenigen Fällen, deren Conj. diagonalis bei früherer Gelegenheit und zwar 1 Mal zu 10½ cm und 2 Mal zu 9¾ cm gemessen worden ist.

Man sieht hieraus, dass für uns die Erkenntniss eines engen Beckens an sich noch kein Grund ist, innerlich zu untersuchen. Es wird vielmehr das Ergebniss der äusseren Untersuchung stets genau in Betracht gezogen und zur Beurtheilung des gegebenen Falles mit verwerthet. Findet man z. B., dass der Kopf, wie bei

den meisten oben genannten Fällen bereits eingetreten ist und eine günstige Einstellung hat, oder dass der anfangs noch bewegliche Kopf nach einiger Zeit einzutreten beginnt, so kann ein erhebliches Missverhältniss zwischen Kopf und Becken nicht bestehen. Ein solches Becken ist praktisch bis auf weiteres als normal zu behandeln, und eine innere Untersuchung ist daher, wenn nicht besondere Anzeigen eintreten, des engen Beckens wegen zunächst nicht nöthig.

Was nun die Methode betrifft, nach welcher in den genannten 1000 Fällen und schon seit einer Reihe von Jahren bei allen unseren Schwangeren und Gebärenden die äussere Untersuchung gehandhabt wurde, so ist dieselbe schon mehrfach ausführlich beschrieben worden<sup>1)</sup>. Ausdrücklich sei aber hervorgehoben, dass diese Methode durchaus nicht etwas Neues darstellen soll. Denn eine äussere Untersuchung und bestimmte Handgriffe dabei giebt es schon seit langer Zeit.

Neu an dem hier geübten Verfahren ist aber, dass die bereits bekannten Handgriffe in ein bestimmtes System gebracht worden sind, so dass immer einer den anderen ergänzt und vervollständigt. Neu ist endlich die regelmässige Anwendung aller Griffe in systematischer Reihenfolge, namentlich bei Gebärenden.

Bei der Wichtigkeit der Sache und für Diejenigen, welche die früheren mit Pantzer und Goldberg verfassten Arbeiten nicht gelesen haben, möge es gestattet sein, die hiesige Untersuchungsmethode im folgenden nochmals genau zu schildern und ihre Anwendung etwas ausführlicher darzulegen.

Die Methode besteht aus 4 einzelnen Griffen, welche nur in der Wehenpause anzuwenden sind. Für die drei ersten setzt man sich so an die Seite der zu untersuchenden Frau, dass man sein Gesicht ihr zuwendet. Sie muss ganz wagerecht liegen. Der Leib ist ganz frei oder nur mit dem Hemd bedeckt.

Beim 1. Griff werden beide Hände mit ihren Fingerspitzen aneinander geschoben, dann die Handflächen quer auf die Bauchdecken der Frau gelegt. Hierauf gleitet man sanft mit den gleichmässig aufliegenden Handflächen über die schwangere Gebärmutter

---

1) Dieses Archiv Bd. XXXVIII. — Credé u. Leopold, Lehrb. der Geburtshilfe für Hebammen, III. Aufl. 1892 und: Die geburtshülfliche Untersuchung, Leipzig 1992.

hin nach oben bis zu deren Grunde und bestimmt die Lage derselben im Verhältnisse zum Nabel und zur Herzgrube. Mit diesem Griff fühlt man zugleich, ob das Kind gerade oder quer, ob im Grunde der Kopf oder der Steiss liegt, wie gross das Kind ist und wie weit die Schwangerschaft der Zeit nach vorgerückt ist. (Fig. 1, Taf. III.)

Beim 2. Griff gleiten beide Hände langausgestreckt, stets mit aneinander gelegten Fingern, von der Herzgrube aus nach den Seiten des Bauches und legen sich flach auf die Längenseiten der Gebärmutter. Unter der einen Hand wird man meist die kleinen Theile, unter der anderen die grosse, lange Walze fühlen, welche dem kindlichen Rücken entspricht. Bei diesem Griff erleichtert man sich die Erkennung des kindlichen Rückens dadurch, dass man die eine Hand flach auf die Mittellinie des Bauches legt und die Gebärmutter sanft nach hinten zusammendrückt. Dadurch drängt man das Fruchtwasser nach der einen, den kindlichen Rücken nach der anderen Seite näher an die Bauchdecken der Frau hin und kann ihn nun mit der anderen Hand sehr leicht herausfühlen. (Fig. 2.)

Beim 3. Griff spreizt die rechte oder linke Hand den Daumen soweit wie möglich von den übrigen aneinanderliegenden Fingern ab und umschliesst mit dem Daumen und der Spitze des Mittelfingers nahe über dem Beckeneingang den vorangehenden Kindestheil. (Fig. 3.) Ist dieser hart und rund, so kann es nur der Kopf sein, der sich, wenn er noch nicht eingetreten ist, wie eine harte Kugel umgreifen und hin und her bewegen lässt. Viel weicher und unebener stellt sich der Steiss dar. Fühlt man den vorangehenden Theil bei lebendem Kind auffallend verdeckt, undeutlich und etwas weicher wie gewöhnlich, so denke man daran, dass die Nachgeburt im unteren Gebärmutterabschnitte sitzen wird. Fehlt ein vorangehender Kindestheil, so suche man nach dem Kopfe in der Seite der Gebärmutter. Es gelingt dies fast immer dadurch, dass man mittelst der Finger der einen Hand die Gebärmutter mit kurzen Stössen sanft beklopft. Der Kopf macht hierbei kurze, springende Bewegungen.

Dieser Griff ist von hohem Werth in allen den Fällen, wo der vorangehende Kindestheil, Kopf oder Steiss, noch im oder über dem Beckeneingang steht. Befindet er sich aber im weiteren Fortgange der Geburt schon in der Mitte oder im Ausgange des Beckens, so kommt ausserdem der 4. Griff zur Geltung.

Beim 4. Griff (Fig. 4) stellt man sich so an die Seite des Bettes, dass man dem Gesichte der Gebärenden den Rücken zuwendet. Oberhalb der Weichen dringt man mit den Fingerspitzen beider Hände langsam und sanft an den Seiten des Beckens in die Tiefe. Bei tiefstehendem Kopfe fühlt man deutlich, dass ein harter runder Kindestheil das Becken voll einnimmt, und man kann die mehr vorgewölbte Stirn des Kopfes in der einen Seite von dem mehr flachen Nacken in der entgegengesetzten Seite gut unterscheiden.

Die Vortheile dieser äusseren Untersuchungsmethode, deren Beschreibung fast wörtlich der neuesten Auflage des sächsischen Hebammenlehrbuches entlehnt ist, kommen besonders zur Geltung bei der Untersuchung Kreissender.

Das Wichtigste bei jeder Geburt ist nicht nur die Art der Einstellung des vorangehenden Theiles, sagen wir der Einfachheit halber des Kopfes, sondern vor Allem sein allmäliger Durchtritt durch den Beckencanal. Hier muss die äussere Untersuchung einsetzen und vollständige, sichere Auskunft geben können, wenn sie die innere entbehrlich machen soll. In diesem Sinne geben der 1. und 2. Griff zunächst Aufschluss über die Grösse des Kindes, ob Gerade- oder Querlage, wo der Rücken liegt, wo die Herztöne zu finden sein werden. Hat man diese Einzelheiten festgestellt, so dienen der 3. und 4. Griff zur Bestimmung des vorangehenden Theiles während der Geburt.

Hierzu muss man immer bestimmte, leicht kenntliche und charakteristische Stellen des Kopfes als Ausgangspunkte festhalten. Solche Stellen sind das Hinterhaupt und die Stirn. Das Hinterhaupt fühlt sich in der Regel mehr flach, weniger hart und vor Allem weniger vorspringend an; dagegen erscheint die Stirn als ein deutlich fühlbarer, scharfer und auffallend harter Höcker. Die sichere Erkennung von Hinterhaupt und Stirn ist Sache der Uebung, gelingt aber dann fast immer ohne Schwierigkeit; nur sind einzelne kleine Vortheile nicht ausser Acht zu lassen.

Zunächst muss die zu untersuchende Frau möglichst gleichmässig liegen, genau auf dem Rücken, Rumpf und Beine in einer geraden Linie und mit dem Kopfe nicht zu hoch, damit die Bauchmuskeln ganz gleichmässig entspannt werden. Die Aufmerksamkeit der zu Untersuchenden muss man durch einige Fragen abzulenken suchen, um alle willkürlichen Muskelzusammenziehungen auszuschalten.

Ferner muss man dicht an die Seite der Frau herantreten, am besten sich setzen können, und die Kleider müssen so weit zurückgeschlagen sein, dass der Leib vollkommen frei zu übersehen ist.

Beim 3. Griff setze man Daumen und Mittelfinger der rechten Hand dicht über den Schambeinen, beiderseits in gleicher Entfernung von der Mittellinie und in genau gleicher Höhe auf und drücke nun langsam parallel dem Beckeneingange ein. Erst nachdem man so weit eingedrückt hat, dass die Handfläche die Bauchdecken berührt, nähert man die bis dahin möglichst gespreizten Finger gleichmässig und fühlt, auf welcher Seite man eher auf einen Vorsprung kommt, oder welcher von zwei fühlbaren Vorsprüngen höher steht oder härter erscheint.

Beim 4. Griff stellt man sich an die Seite der Frau, und zwar so, dass man ihr den Rücken zukehrt. Ferner benutzt man gleichzeitig beide Hände in der Weise, dass man die Finger (mit Ausnahme des Daumens) ausgestreckt oder leicht gebeugt hält und dicht aneinander legt. Die Spitzen dieser vier Finger setzt man ebenfalls wieder in gleicher Entfernung von der Linea alba, in gleicher Höhe und möglichst weit nach den Seiten zu, dicht oberhalb des Beckeneinganges. Nun dringt man langsam und mit beiden Händen gleichmässig, in der Richtung nach abwärts genau entsprechend den Wandungen des grossen Beckens ein, bis man auf den Kopf stösst. Meist trifft man zuerst nur auf einer Seite einen Vorsprung, während man auf der anderen tiefer eindringen kann.

Da dieser Griff für empfindliche Personen etwas schmerzhaft zu sein pflegt, muss er besonders schonend und langsam ausgeführt werden.

Vielfach kann man sich bei straffen Bauchdecken das Eindrücken erleichtern, indem man die Beine etwas anziehen lässt und dadurch die Bauchmuskeln wirksamer entspannt, oder aber, sollte der vorangehende Theil schon sehr tief stehen, abwechselnd die eine und dann die andere Hand in die Tiefe schiebt.

Hinterhaupt und Stirn lassen sich auf diese Art oft viel deutlicher unterscheiden.

Ist auch damit für den weniger Geübten die Diagnose noch nicht möglich, so geht man von diesen Stellen aus nach aufwärts, zunächst mit der einen, dann mit der anderen Hand. Bei gewöhnlicher Haltung des Kindes merkt man dann, dass der Vor-



sprung des Hinterhauptes allmählig an Härte verliert, aber doch eine deutliche Resistenz fühlbar bleibt. Dann befindet man sich am Nacken des Kindes. Auf der Stirnseite dagegen fühlt man den Vorsprung zunächst viel höher stehend, vor Allem aber fällt auf, dass dieser harte Vorsprung nach obenhin plötzlich aufhört. Man fühlt keine Resistenz mehr und befindet sich jetzt an der Stelle, wo die Stirn in das Gesicht übergeht. Das Gesicht selbst verläuft, da das Kinn auf die Brust gebeugt liegt, schräg nach einwärts und ist nicht zu fühlen. Oberhalb der Stirn gelangt man höchstens an kleine Theile.

Wenn Manche meinen, bei gewöhnlichen Hinterhauptslagen das Kinn fühlen zu können, so ist das ein Irrthum. Was man gefühlt hat, war die Stirn. Das Kinn liegt der Brust so dicht an, dass es der äusseren Untersuchung ganz entzogen ist.

Würde aber das Kinn bei Entfernung von der Brust doch fühlbar werden, so kann es wegen der geringen Breite des kindlichen Unterkiefers niemals einen der Stirn ähnlichen Vorsprung darstellen. Ein Betasten des Kinns würde ausserdem meist ein Oeffnen des Mundes bewirken, mindestens würde das Kinn dem Fingerdruck nachgeben und dadurch seine Resistenz an Deutlichkeit noch mehr verlieren.

Sehr selten ist es, dass die Untersuchung mit dem 3. und 4. Griff besondere Schwierigkeiten macht, am häufigsten noch bei ganz beweglichem Kopfe. Hier kommt es aber auf eine genaue Bestimmung von Hinterhaupt und Stirn insofern wenig an, als erst die beginnende Kopfeinstellung eine genaue Diagnose erfordert.

Unter Benutzung aller dieser Vortheile kann man nun mit dem 3. und 4. Griff die Einstellung des Kopfes meist ganz genau bestimmen.

Fühlt man auf der einen Seite und etwas höher den Stirnvorsprung, auf der anderen Seite und etwas tiefer das Hinterhaupt, so ist sofort klar, dass der Kopf sich in der gewöhnlichen Haltung, mit dem Hinterhaupt voran, eingestellt hat, dass es sich also um eine gewöhnliche Hinterhauptslage handelt.

Bei einer Vorderhauptslage stehen Stirn und Hinterhaupt auf gleicher Höhe, letzteres zuweilen sogar noch etwas höher.

Je mehr sich das Kinn von der Brust entfernt, um so mehr muss natürlich eine Abweichung von dem regelmässigen Befunde eintreten, wie wir ihn bei Hinterhauptslagen haben. Am Ausgeprägtesten ist dies bei Gesichtslagen. Hier fühlt man auf der

Hinterhauptsseite einen auffallend grossen harten Theil, das Hinterhaupt; dagegen kann man auf der Vorderhauptsseite tiefer in das Becken eindringen, ohne auf einen der Stirn ähnlichen Vorsprung zu stossen. Wer in einem solchen Falle überhaupt an die Möglichkeit einer Gesichtslage denkt, kann hieraus ohne Schwierigkeit die richtige Diagnose machen.

Auch der übrige Befund ist hier sehr charakteristisch. Man fühlt den Rücken meist nur undeutlich und weit nach hinten; er springt in Folge der Abknickung des Kindeshalses stark nach einwärts und dreht sich im Laufe der Geburt immer mehr nach hinten. Um so deutlicher, scheinbar direkt unter den Bauchdecken, sind die kleinen Theile zu fühlen und ebenso die Herztöne hier am deutlichsten zu hören.

Von regelwidrigen Einstellungen ist besonders die Hinter-scheitelbein-Einstellung äusserlich leicht zu erkennen. Man fühlt hier den Kopf auffallend dicht hinter den Bauchdecken; er springt als harte Kugel deutlich nach vorn über die Symphyse hervor. Auf den ersten Anblick scheint die Vorwölbung der gefüllten Harnblase zu entsprechen, doch merkt man sofort an ihrer Härte, dass sie dem Kopfe angehört. Oberhalb desselben folgt dann eine Furche, herrührend von der Abknickung des kindlichen Halses. Dadurch ist die Vorderfläche der Gebärmutter nicht wie sonst nach vorn gewölbt, sondern zeigt meist eine deutliche Einbiegung nach hinten. Vor Allem aber kann man die ungünstige Einstellung der Gesichtslage an dem starken Einknick erkennen, welcher oberhalb des vorn sich über der Symphyse vorwölbenden Hinterhauptes zu sehen und zu fühlen ist.

Dass auch seitliche Abweichungen des Kopfes nach einer Darmbeinschaukel hin äusserlich zu erkennen sind, wird nach dem Gesagten begreiflich sein.

Sehr oft kann man einzig und allein durch den 3. und 4. Griff die Diagnose der Kindeslage stellen. Kommt man z. B. auf der rechten Seite viel eher auf einen Vorsprung, während man auf der linken Seite tiefer eindringt, so kann, bei normaler Einstellung des Kopfes, der Vorsprung rechts nur die Stirn sein; es handelt sich also um eine 1. Schädellage.

Weicht die Einstellung von der Norm ab, so gehört zu einer sicheren Diagnose noch die Kenntniss der Lage des Rückens. Dann ist es aber möglich, auch Vorderhaupt- und Gesichtslagen äusserlich zu erkennen.

Dass auch Hebammenschülerinnen die äussere Untersuchung so weit erlernen, um bei normalen Einstellungen lediglich durch den 3. und 4. Griff die Diagnose fast ausnahmslos richtig zu stellen, davon geben unsere Untersuchungsstunden tagtäglich neue und beweisende Beispiele.

Weiter kann man durch äussere Untersuchung bestimmen, in welcher Beckenebene der Kopf steht.

Gehen wir aus vom beweglich über dem Eingang stehenden Kopf, so ist dieser ohne Schwierigkeit zu erkennen. Es empfiehlt sich aber, in solchen Fällen immer noch durch den 4. Griff festzustellen, ob das Becken wirklich leer, damit man nicht die Schultern für den beweglichen Kopf hält, während dieser schon tief im Becken steht. Solche Irrthümer kommen bei geringer Uebung zuweilen vor.

Tritt nun der Kopf in das Becken ein, so geht in den meisten Fällen das Hinterhaupt voran. Wählen wir deshalb als Beispiel für unsere weiteren Betrachtungen eine Hinterhauptslage, so hat sich durch vielfache Beobachtungen und durch Verbindung der äusseren mit der inneren Untersuchung ergeben, dass der Kopfstand durch folgende Merkmale bestimmt ist:

Steht der Kopf hoch im Beckeneingang, d. h. ist nur ein kleines Segment eingetreten, so sind mit dem 3. Griff Hinterhaupt und Vorderhaupt gleich gut zu fühlen und stehen oberhalb der Schambeinäste. Dabei kann der Kopf (gewöhnliche Grösse vorausgesetzt) noch etwas beweglich sein oder schon fest stehen. Man prüft dies am besten, indem man beim 3. Griff mit Daumen oder Mittelfinger einen Druck ausübt und mit den anderen Fingern nachfühlt, ob der Kopf dem Drucke nachgiebt.

Steht der Kopf genau im Beckeneingang, so ist beim dritten Griff mit der regelrechten Handstellung, d. h. parallel dem Beckeneingang, zunächst nur noch das Vorderhaupt zu fühlen, während man, um das Hinterhaupt zu erreichen, mehr nach abwärts in das Becken hineintasten muss. Diesen Kopfstand findet man in der Regel bei Erstgeschwängerten schon in den letzten vier Wochen, wenn das Becken normal ist, und ebenso wird man die meisten Geburten mit diesem Kopfstand übernehmen.

Rückt der Kopf noch weiter, dann verschwindet er allmählig für den dritten Griff. Ändert man aber jetzt die Handstellung etwas, indem man die Fingerspitzen mehr nach abwärts, in das Becken hinein, richtet, so fühlt man gerade noch den Stirnvorsprung.

Der Kopf steht jetzt tief im Beckeneingang, sehr nahe der Beckenmitte.

Fühlt man aber den Kopf mit dem dritten Griff überhaupt nicht mehr, sondern nur noch mit dem vierten, so steht er genau in Beckenmitte. Man erreicht auf der einen Seite die Stirn, dagegen gelingt es nicht, auf der andern das Hinterhaupt zu fühlen. Hier kommt man bloss noch an den Nacken, der sich durch seine geringere Härte und seine ganz flache Form deutlich vom Hinterhaupt und noch deutlicher von der Stirn unterscheidet.

Ist endlich der Kopf weder mit dem dritten noch mit dem vierten Griff zu erreichen, dann steht er unterhalb der Beckenmitte. Hier hat die äussere Untersuchung ihre Grenze, sie ist aber jetzt nicht mehr nöthig, denn sie hat ihre Aufgabe erfüllt. Jetzt kann man den Kopf durch Eindrücken des Dammes von unten aus fühlen oder nach Entfaltung der Schamlippen meist schon sehen; auch pflegt sich fast immer der Damm während der Wehen bereits leicht zu wölben.

In derselben Weise wie das Tiefertreten kann man die Drehung des Kopfes äusserlich verfolgen. Man hält sich dabei an die Stirn, von der man sich merkt, wo sie zu Anfang gestanden hat.

Je tiefer der Kopf bei normalen Hinterhauptslagen steht, desto mehr nach hinten zu muss man eindrücken, um die Stirn zu fühlen, und desto weiter nach vorn ist das Hinterhaupt zu suchen.

Wie sich bei den übrigen Kopflagen die äussere Untersuchung gestalten wird, dürfte aus dem Gesagten unschwer abzuleiten sein.

Die Erkennung des Kopfstandes und seiner Einstellung hat nun noch einen besonderen Werth beim engen Becken. Hier führt die äussere Untersuchung fast immer auf die richtige Diagnose und ist namentlich für Hebammen, die ja keine äussere Beckenmessung vornehmen, ein Hilfsmittel von grösster Wichtigkeit.

Verdacht auf enges Becken muss stets bestehen, wenn bei Erstgebärenden in den letzten Wochen der Schwangerschaft der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht, und wenn bei Mehrgebärenden der Kopf trotz kräftiger Wehen nicht eintritt. Nur wenn sehr viel Fruchtwasser da ist, kann auch bei normalem Becken der Kopf lange beweglich bleiben.

Springt in diesen Fällen die Fruchtblase frühzeitig, so bekommt der Kopf anscheinend eine feste Einstellung. Man fühlt aber deut-

lich am hohen Stand von Stirn und Hinterhaupt, dass er nicht im, sondern nur auf dem Beckeneingange steht.

Liegt nun auf Grund der äusseren Untersuchung oder des Geburtsverlaufs der Verdacht auf ein enges Becken vor, so kann man die Art der Verengerung sehr häufig bestimmen aus der Kopfeinstellung. Charakteristisch für das allgemein verengte Becken ist der scharf ausgeprägte Tiefstand des Hinterhauptes, während, wenn Hinterhaupt und Vorderhaupt gleich hoch zu fühlen sind, letzteres vielleicht sogar tiefer steht, das Becken vorwiegend platt sein wird.

Bei dieser Gelegenheit soll nicht unerwähnt bleiben, dass beim allgemein verengten Becken leicht Täuschungen bezüglich des Kopfstandes unterlaufen. Infolge der starken Senkung des Hinterhauptes erscheint die Stirn auffallend hoch, und durch den allseitigen Druck erhält der Kopf eine grössere Längenausdehnung. Nach der äusseren Untersuchung würde man also zunächst nicht vermuthen, dass das Hinterhaupt schon so tief im Becken steht, wie man es dann bei der inneren Untersuchung findet. Ausserdem entwickelt sich bei allgemein verengten Becken häufig eine sehr bedeutende Kopfgeschwulst, und es kann vorkommen, dass die Kopfspitze während der Wehen schon etwas sichtbar wird, während die Stirn noch von oben zu fühlen ist. Der grösste Umfang des Kopfes steht dann immer noch sehr hoch. Gerade hierbei aber lässt sich der hohe Werth und die Ueberlegenheit der äusseren Untersuchung erkennen. Während nämlich die innere Untersuchung glauben machen möchte, der Kopf habe den Beckeneingang und damit die Schwierigkeit des engen Beckens überwunden, weil die Kopfgeschwulst fast den Beckenboden erreicht, bewahrt uns die gut ausgeführte äussere Untersuchung vor diesem Irrthum, indem sie uns lehrt zu beurtheilen, wieviel von dem Kopfe nach oberhalb oder im Beckeneingange steht. Man täuscht sich überhaupt bei der inneren Untersuchung viel leichter darüber, in welcher Beckenebene der Kopf steht, während die äussere Untersuchung darüber ganz genauen Aufschluss giebt.

Vergleicht man nun die Ergebnisse einer derartigen systematischen äusseren Untersuchung mit denjenigen der inneren, so kann über ihren Werth wohl kein Zweifel sein.

Eine innere Untersuchung, welche vollen Aufschluss ertheilen soll, ist geknüpft an gewisse Vorbedingungen, die nicht immer erfüllt sind. Es muss der Mutterstock bereits ziemlich erweitert und die

Blase gesprungen sein, ehe man die Nähte und Fontanellen mit aller Zuverlässigkeit fühlen kann; oder aber die innere Untersuchung artet aus in ein Bohren und nimmt damit den Charakter eines höchst bedenklichen Eingriffs an. Wer bei unvollständig erweitertem Muttermund und stehender Blase die Kopfstellung innerlich bestimmen will, muss in den meisten Fällen mehr, als gut ist, eindrücken, und Verletzungen der Scheidenschleimhaut sind die unvermeidliche Folge. Für die Eröffnungszeit dürfte sonach der Vorzug der äusseren Untersuchung einleuchten. Ist aber die Blase zur rechten Zeit gesprungen, dann steht der Kopf in der Regel so tief, dass man eine innere Untersuchung nicht mehr braucht.

Wenn nun auf der einen Seite gezeigt worden ist, wie man mit Hülfe einer systematischen Methode normale Geburten lediglich durch äussere Untersuchung leiten kann, so steht dem auf der anderen Seite die Thatsache gegenüber, dass die innere Untersuchung nicht ohne Weiteres zu entbehren ist.

Nothwendig wird sie bei allen regelwidrigen Geburten; nothwendig dann, wenn man mit ihr Aufschluss über Verhältnisse erwarten kann, welche durch die äussere Untersuchung nicht mit Sicherheit oder überhaupt nicht festzustellen sind, deren Kenntniss aber für die Beurtheilung des betreffenden Falles und für seine weitere Behandlung von Wichtigkeit ist.

Hierher gehören:

1. Störungen im Allgemeinbefinden der Kreissenden, soweit sie für die Geburt von Bedeutung sind (z. B. Eklampsie u. Aehnl.).
2. Regelwidrigkeiten der bei der Geburt in Betracht kommenden mütterlichen Theile (harte und weiche Geburtswege; Wehen; Blutungen; lange Dauer der Eröffnungs- bzw. der Austreibungszeit u. s. w.).
3. Regelwidrigkeiten von Seiten des Kindes und der übrigen Eitheile (Hochstand des Kopfes, Querstand, regelwidrige Einstellung; Verlangsamung der kindlichen Herztöne; zu früher Blasensprung; Vorfall von Kindestheilen u. A. m.).

Diese Regelwidrigkeiten sind in jedem einzelnen Falle genau klar zu stellen. Recht oft wird auch bei diesen die Hebamme keiner inneren Untersuchung bedürfen; so bei der ganzen Gruppe der allgemeinen Störungen (Eklampsie z. B.); bei regelwidrigen Lagen; bei fehlerhafter Wehenthätigkeit. Für die Hebamme genügt es vollkommen, dieselben äusserlich festgestellt zu haben;

ihre nächste und vornehmste Pflicht ist einzig und allein die, sofort einen Geburtshelfer herbeizuziehen.

Dass dieser dann zur Beurtheilung der Regelwidrigkeit auch innerlich untersuchen muss, versteht sich ganz von selbst.

Eines Umstandes ist noch zu gedenken, dass nämlich nach dem sächsischen Hebammenlehrbuch auch bei ganz normalen Geburten den Hebammen anbefohlen ist, innerlich zu untersuchen: sobald die Blase gesprungen ist. Der Zweck ist, wie ausdrücklich hinzugefügt wird, um nachzuforschen, ob die Nabelschnur oder ein Arm neben dem Kopfe herabgetreten sind.

Wird man dieser Vorschrift mit Rücksicht auf die mancherlei Schwierigkeiten bei der Erlangung eines Arztes in der Hebammenpraxis seine Zustimmung nicht versagen können, so liegt darin noch kein Widerspruch mit den obigen Auseinandersetzungen, sobald nur die Nothwendigkeit der möglichsten Einschränkung der inneren Untersuchungen den Hebammen und Aerzten in Fleisch und Blut übergegangen ist.

Fassen wir zum Schluss noch einmal Alles zusammen, so kann wohl Niemand, der diese Darlegungen aufmerksam gelesen hat, zu der Behauptung kommen; es hiesse nun: „Fort mit der inneren Untersuchung!“

Diese wird vielmehr nie ganz zu entbehren sein; sie hat als ein werthvolles, aber nicht ungefährliches Untersuchungsmittel zu gelten; muss daher auf das äusserste Maass eingeschränkt werden und ist nur dann anzuwenden, wenn der Hülfeleistende sich mit der äusseren Untersuchung nicht zurecht gefunden hat oder wenn die Geburt eine regelwidrige ist.

Unverkennbar sind die Vorzüge, welche auf Seiten der äusseren Untersuchung liegen:

1. Obenan steht die Vermeidung jedweder Infection. Mit einer einzigen inneren Untersuchung kann eine Schwangere, Gebärende oder Wöchnerin tödtlich inficirt werden. Durch noch so viele äussere Untersuchungen wird sich dies niemals eignen.

2. Das Schamgefühl wird geschont.

3. Unvorsichtige Blasen Sprengung wird verhütet. Den Hebammen wird aber auch viel seltener Gelegenheit gegeben zu der von ihnen beliebten Unsitte, die man nicht hart genug rügen kann, dem frühzeitigen Blasen Sprengen.

4. Eine streng systematische Einübung und Anwen-

derung vorausgesetzt, lässt sich die äussere Untersuchung leicht erlernen; aber auch an der Lebenden in viel grösserem Maassstabe einüben, als die innere Untersuchung, da sie viel schonender ist.

5. In den allermeisten Fällen lässt sich mit ihr leicht und sicher die Kindeslage und die Einstellung des vorangehenden Kindstheils bei der Geburt erkennen.

6. Ebenso lässt sich der Fortschritt einer regelmässigen Geburt bis zu deren Ende ganz genau mit ihr verfolgen.

7. Da sie oft vorgenommen werden kann, so wird der Untersuchende auf die Regelwidrigkeiten bei einer Geburt viel eher aufmerksam werden und wird den richtigen Zeitpunkt nicht verpassen, entweder zum Arzt zu schicken, oder selbst innerlich zu untersuchen.

8. Eine fortgesetzte und unermüdliche Einübung der äusseren Untersuchung bei normalen Fällen setzt auch die Hebamme in den Stand, den auffallenden Unterschied in der Einstellung des vorangehenden Kindstheiles bei engem Becken im Beginne oder im Fortschreiten der Geburt sofort zu erkennen.

9. Hat die äussere Untersuchung Kindeslage und Einstellung des vorangehenden Theiles genau festgestellt, so braucht sich die innere Untersuchung, falls sie noch nöthig erscheint, nur noch zu befassen mit der Untersuchung der Geburtswege (Becken, Müttermund, Fruchtblase, Weichtheile) und kann deshalb viel kürzer und schonender sein.

Um aber den Segen, welcher in der vorwiegenden Anwendung der äusseren und in der Einschränkung der inneren Untersuchung liegt, auch den Gebärenden im Privathause zu Theil werden zu lassen, so ist freilich unbedingt nöthig und steht als vornehmste Aufgabe obenan:

Erstens, dass die Hebammenschülerinnen, die Studenten und namentlich die jungen Aerzte, welche sich noch fortbilden, die normale Geburt auf das Gründlichste studiren, nicht müde werden, jede normal Gebärende immer und immer wieder äusserlich zu untersuchen und sich eine ganz sichere Fertigkeit in der Beurtheilung der regelmässigen Geburtsvorgänge anzueignen.

Den Studenten und jungen Aerzten kann nicht dringend genug angerathen werden, viel fleissiger die Physiologie der Geburtkunde zu studiren und sich weit mehr in den vielgestr<sup>gen</sup>



und hochinteressanten Vorgang jeder normalen Entbindung zu vertiefen, als vorwiegend nur geburtshülfliche Operationen am Phantom zu erlernen.

Letzteres ist natürlich nothwendig; betrifft aber wesentlich nur technische Ausbildung. Ersteres setzt Liebe zur Wissenschaft voraus; erfordert daher mehr Studium, mehr Zeit und mehr Ent-sagung; bringt aber grössere Erfahrung und höheren Erfolg für Arzt und Gebärende.

Zweitens muss von nun an die äussere Untersuchung in den Lehranstalten einer ganz anderen Pflege unterzogen werden, als es bisher der Fall war. Die grosse Vernachlässigung der äusseren Untersuchung beruhte nur auf einer ungenügenden Kenntniss ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Vorzüge. Diese letzteren aber geniessen wir hier wahrlich nicht zum Nachtheile der Gebärenden und der Lernenden, und wir halten fest an der auf mühevollen und langfortgesetzten Untersuchungen ruhenden Ueberzeugung, dass nur eine streng systematische Ausführung der äusseren Untersuchung dem Lernenden diejenige Sicherheit giebt, welche ihn getrost an das Bett jeder Gebärenden stellen kann, ruhig gewärtig aller der Ueberraschungen, die eine regelmässige oder regelwidrige Geburt etwa mit sich bringt.

Und so wollen die Fachgenossen diese Erfahrungen über die Leitung der normalen Geburten nur durch äussere Untersuchung und die daran geknüpfte Untersuchungsmethode vorurtheilsfrei prüfen! Sie werden sicherlich mit ihr zufrieden sein!

---