DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER

HERAUSGEBER: PROF. DR. SCHWALBE
BERLIN W. AM KARLSBAD 5

VERLAG: GEORG THIEME
LEIPZIG, RABENSTEINPLATZ 2

№ 8

BERLIN, DEN 25. FEBRUAR 1909

35. JAHRGANG.

Zur geburtshilflichen antiseptischen Prophylaxe.

Von Heinrich Fritsch.

In No. 47 des vorigen Jahrgangs der Münchner medizinischen Wochenschrift hat Krönig meine Diskussionsbemerkungen vom vorigen Gynäkologenkongress in Dresden zitiert. Dies veranlaßt mich zu einer Äußerung.

Küstner und mir war damals das Referat über die Asepsis bei gynäkologischen Operationen anvertraut. Ausdrücklich war betont und verabredet, daß die geburtshilfliche Prophylaxis ganz beiseite bleiben sollte. Nur den Vorbereitungen bei gynäkologischen Operationen galten also meine Worte. Im Interesse der Wissenschaft und der Praxis schien uns diese Beschränkung das Richtige zu sein. Wir hofften, dadurch daß alle neuen Erfahrungen über die objektive und subjektive Antisepsis und Asepsis bei gynäkologischen Operationen mitgeteilt wurden, Klarheit und Fortschritt zu erreichen. Wir fürchteten, daß die Diskussion zu uferlos würde, wenn auch das große Gebiet der geburtshilflichen Antisepsis und Asepsis zur Besprechung käme.

Auch Krönig weiß sehr wohl, daß meine Diskussionsbemerkungen sich auf die gynäkologische Prophylaxe bezogen. Wenn er aber sagt: Alles dies trifft natürlich in noch viel höherem Maße für die geburtshilfliche Antisepsis zu, so bin ich darin anderer Meinung. Ich bin dauernd der Ansicht, daß sehr erhebliche Unterschiede in der praktischen Anwendung der Antisepsis und Asepsis bei gynäkologischen Operationen und bei Geburten bestehen. Natürlich sind die wissenschaftlichen Begründungen und die Anschauungen der Theoretiker und Praktiker über Antisepsis im allgemeinen überall gleiche, aber die praktischen Bedürfnisse bedingen große Unterschiede. Die Antisepsis und Asepsis ist ein wichtiges, gewiß das wichtigste Mittel für den Erfolg, aber nicht das einzige. Wir haben anteoperative, intraoperative und postoperative Maßnahmen, die zusammenwirken müssen, um den günstigen Verlauf zu sichern. Ich habe deshalb in dem damaligen Referate alle möglichen mit der Asepsis zu verbindenden Ratschläge erwähnt, besprochen und begründet.

Ein Schema für die Dauer wollte ich gewiß nicht geben. Unter Festhalten an den allgemeinen Grundsätzen sind für spezielle Fälle verschiedene Verfahren zu erfinden und auszubilden. Vielleicht liegt die Zukunft der Antisepsis darin, daß wir für jede Kokkenart, ja für jeden Virulenzgrad verschiedene bakterizide Mittel finden und anwenden, daß wir mit ihnen regelmäßig die Einwirkung auf die Toxine durch innere, subkutane und rektale Therapie verbinden. So einfach, wie man es sich vor 40 Jahren vorstellte, daß ein universelles, alleinseigmachendes Antisepticum gefunden werden könnte, werden sich die Vorsichtsmaßregeln beim Operieren gewiß nicht entwickeln. Vielmehr wird sich unsere Antisepsis in unendlich viele verschiedene Verfahren für ante-, intra- und postoperative Anwendung auflösen.

Betreffs der anteoperativen Maßnahmen ist von vielen Seiten die Ansicht geäußert, daß sich seit Anwendung der sogenannten verschärften Antisepsis und der Gummihandschuhe unsere Vorsicht kaum noch übertrumpfen und vervollkommen lasse. Was man aber bei dieser verschärften Antisepsis beklagen mußte, war der Zeitverlust, die Umständlichkeit, der hohe Kostenpunkt. Es ist doch eine unangenehme Zugabe, daß wir nach Einleitung der Narkose noch eine Viertelstunde der antiseptischen Präparation widmen müssen. Wäre es möglich, diese Zeit zu sparen, so müßte man darin einen ganz außerordentlichen Fortschritt erblicken. Es schwebte mir immer als Ziel vor Augen, die Narkose, wenn möglich, auf die Zeit des Schneidens zu beschränken. Das Abseifen, Desinfizieren der Haut, die Blutstillung, die Säuberung, die umständliche Bauchnaht wollte ich gern durch Methoden ersetzen, bei denen möglichst Zeit gespart und die Narkose verkürzt wird.

Die Einführung des Doederleinschen Jodtinktur-Gaudanin-Verfahrens akzeptierte ich zunächst deshalb, weil man weniger Zeit braucht als bei der Vorbereitung mit Alkohol und Sublimat. Ich gestatte mir die Einschiebung, daß die Resultate beim Gaudaninverfahren ganz außerordentlich gut sind. Wundheilungen, ja nur Rötungen der Narbe kamen dabei nicht vor. Viele Monate vergehen, bis man einmal eine schlechte Heilung erlebt, dann aber kennt man auch sicher den Grund; vielleicht war eine Pyosalpinx oder ein unsauberes Karzinom bei der Wertheimschen Operation durch die Wunde gezogen, oder es handelte sich um eine schnell notwendige Relaparotomie, wo man der Patientin eine zeitraubende Vorbereitung nicht mehr zumuten konnte.

Auch die intraoperative Sauberkeit, die Vermeidung der Blutung, das Aufsaugen des Blutes in Servietten, das es ermöglicht, die größten Operationen, Myotomien und Kaiserschnitte ohne jedes Tupfen und somit ohne jeden Insult der Därme auszuführen, schien mir außerordentlich wichtig. Ich habe es bei meinen Methoden erreicht, daß die Bauchhöhle ganz rein bleibt, daß nach der Vollendung der Operation die Bauchhöhle sofort geschlossen werden kann. Auch die Michelschen Klammern verwendete ich zunächst deshalb, weil bei keiner anderen Methode die Wunde ebenso schnell zu schließen war, also in Fällen, bei denen die Operation möglichst schnell gemacht werden mußte. Als ich dann die wunderbar schönen, reaktionslosen Heilungen und Narben bei Anwendung der Michelschen Klammern sah, wurden alle Wunden auf diese Weise vereinigt. Dem wird jeder zustimmen, der die Klammern benutzte. So vortreffliche, nach 14 Tagen kaum noch sichtbare Narben gibt es bei keiner Naht!

In diesem Sinne begrüßte ich die Bestrebungen Krönigs als einen guten Gedanken und einen großen Fortschritt. Ich sah die Zeit voraus, wo unsere umständlichen, zeitraubenden anteoperativen Methoden einem schnelleren und doch sicheren Verfahren Platz machen mußten. Denn, so fest ich auch überzeugt bin, daß die Keimabtötung und Keimfreiheit das wesentlichste Moment betreffs der aseptischen Wundheilung ist, so habe ich doch niemals andere ebenfalls wichtige Momente un-

berücksichtigt gelassen. In meinen Büchern und Vorträgen habe ich deshalb stets auf die intraoperativen Maßnahmen denselben Wert gelegt wie auf die anteoperativen. Das gute und schnelle Operieren schien mir eine Zeit lang zu wenig bewertet zu sein gegenüber der Bedeutung der Keimfreiheit. Zu meiner Freude habe ich aus vielen Publikationen ersehen, daß auch andere diese Anschauung vertreten.

Auch das Frühaufstehen habe ich nur nach gynäkologischen Operationen, nie nach Geburten angeordnet. Jedenfalls kam seither ein Todesfall durch Embolie nicht vor, und Thrombosen wurden überaus selten. Wollte man diese Verbesserung auf schnelleres und besseres Operieren, auf Zunahme in der Beherrschung der Technik schieben, so hat das vielleicht bei einem jungen Operateur Bedeutung, nicht aber bei einem alten, der ja betreffs der Technik eher zurück als vorwärts geht, eher verlernt als zulernt.

Hier möchte ich kurz einschieben, daß ich es betreffs des Frühaufstehens für ganz gleichgültig halte, ob man Längsschnitt oder Pfannenstielschen Querschnitt gemacht hat. Die Hautnaht hat mit dem Aufplatzen der Wunde am wenigsten zu tun! Der Bauch kann bei starkem andauernden Brechen bei jeder Naht aufplatzen. Auch bei Drahtnaht kann die Faszie durchreißen. Bei aseptischer Heilung platzt der Bauch stets von innen auf. Ja der Vorgang des Platzens kann tagelang sich hinziehen. Erst platzt das Peritoneum; das nach innen fließende Blut und die Wundsekrete bedingen eine Art aseptischer Peritonitis mit Darmlähmung und ileusartige Erscheinungen ohne Fieber, dann entsteht Tympanitis, und nun hält auch beim Brechen nicht mehr die unresorbierbare Fasziennaht. Zuletzt, vielleicht wieder ein paar Tage später platzt ohne Temperaturerhöhung die Haut. Natürlich ist die oberflächliche Trennung der Wunde bei Eiterung von oben nach unten mit Erhaltung der Peritonealnaht ganz etwas anderes. Sie zeigt sich durch Fieber und Schmerzempfindung an. Näht man erst das Peritoneum, dann die sichtbar zu machenden Muskelbäuche, dann die Faszie — diese mit dichten Silkwormknopfnähten — dann das Fett wieder mit Catgut und dann die Haut mit Michelschen Klammern, so haben die letzteren für den Zusammenhalt die geringste Bedeutung. Man kann sie auch bei aufstehenden Patienten am sechsten und siebenten Tage entfernen. Der Vorsicht halber legt man bei sehr fetten und dicken Bauchdecken einige perforierte Pflasterstreifen unmittelbar über die Narbe.

Wöchnerinnen aber habe ich niemals früh aufstehen lassen. In dieser Beziehung möchte ich alles unterschreiben, was Hofmeier darüber sagt. Am Ende dieses Aufsatzes komme ich darauf zurück.

Ich stehe, was die Prophylaxe des Puerperalfiebers anbelangt, auf einem anderen Standpunkte als Krönig. Und diesen Standpunkt zu wahren und zu verteidigen, halte ich für meine Pflicht. Ich bin aber weit davon entfernt, Krönig zu tadeln oder anzugreifen. Im Gegenteil freue ich mich, daß er den Mut hat, seinen eigenen Weg zu gehen, aus seinen Forschungen und Erfahrungen die Konsequenzen zu ziehen und Reformen anzustreben. Möge es ihm gelingen! Wir würden ja nicht weiterkommen, wenn wir alle dasselbe täten, wenn unsere Urteile Vorurteile würden. Jeder muß so handeln, wie er es verantworten kann. In der medizinischen Wissenschaft ist Kritik die größte Tugend und das Schwören in verba magistrorum der größte Fehler. Wir alle haben die Absicht, unsere Resultate, so gut sie sind, immer noch zu verbessern.

Von der großen Gefahr der Infektion beim Unterlassen der althergebrachten Antisepsis bin ich noch heute so sehr überzeugt, daß ich es für meine heiligste Pflicht halte, gerade die Lernenden mit der Furcht vor dieser Gefahr und der Notwendigkeit allergrößter Vorsicht zu erfüllen. Und wenn es sich nur um Untersuchungen in der Tuschierstunde handelt, so müssen sich die Studenten aufs sorgfältigste desinfizieren, damit diese Methode ihnen so selbstverständlich erscheint, daß sie es später nie zu unterlassen wagen, ich möchte sagen, daß sie die umständliche Desinfektion ganz automatisch als etwas Selbstverständliches ausführen.

Wir Älteren können doch das Erlebte nicht vergessen. Wir erinnern uns an Fälle, die man früher autochthones

Puerperalfieber nannte, wo, ohne daß es uns gelang, die Aetiologie klar zu legen, einmal ein höchst unglücklicher Fall von schnell zum Tode führender Sepsis vorkam. Solche Fälle sehen wir doch auch heute noch in der konsultativen Praxis, wo der Geheimrat konsultiert wird, nicht weil er der Patientin, wohl aber dem Arzte helfen kann und soll. Und daß selbst bei Sturzgeburten, wo kein Finger die Geschlechtsteile berührte, Puerperalfieber tötete, ist doch erwiesen.

Krönig sagt: Möglichst keine Desinfektion des Damms und der äußeren Genitalien! Wenn wir schneiden, so desinfizieren wir in sorgfältigster Weise die Gegend der anzulegenden Wunde. Und am Damm soll man den Schmutz lassen? Hier macht die Natur Wunden, oft recht große, und hier soll die Sauberkeit unnötig sein? Nehmen wir mit Sicherheit an, daß eine in desinfizierter Haut angelegte Wunde per primam heilt, warum sollen wir nicht, wo wir es mühelos können, die gleich günstigen Verhältnisse schaffen, wenn die Wunde natürlich entsteht, wenn der Damm reißt? Vor 40 Jahren gab es noch Aerzte, die den Damm nicht nähten, weil sie sagten, er heile doch nicht, und die langsame Heilung per granulationem sei genügend. Ungläubig schüttelten die alten Kollegen den Kopf, wenn man erzählte, daß in Klinik und Poliklinik jeder vorher gut desinfizierte Damm nach der Naht ohne jede Schwellung tadellos per primam heilte.

Der Zeitaufwand fällt bei der Geburt nicht ins Gewicht. Wir haben völlig Zeit genug, oft zu viel, denn die Geburt ist nicht so schnell zu beenden wie eine gynäkologische Operation. Die Fälle, wo man schnell handeln muß, sind die Ausnahmen.

Trotz der den Hebammen vorgeschriebenen Entleerung des Mastdarms als Geburtsvorbereitung kommt doch beim Pressen etwas Kot oder Darmschleim aus dem Anus. Er verunreinigt den Damm, wird bei dem üblichen Dammschutz geradezu in die Hautfalten verrieben und mit einem Faden bei der Naht in die Tiefe gezogen. Ich habe ja schon Geburtshilfe getrieben vor 1870, ehe überhaupt desinfiziert wurde. Ich entsinne mich noch sehr wohl der damaligen schlechten Resultate der Dammnaht in der vorantiseptischen Zeit. Fast jedesmal wurde der Damm ödematös, und die sogenannten belegten Vulvageschwüre waren oft zu demonstrieren! Und nach einer Wendung fieberte fast jedesmal die Wöchnerin.

Wenn Krönig sagt:

„Man beobachte nur einmal, wie die Hebamme des Kreissaales eine Desinfektion der äußeren Genitalien vornimmt: es wird der ganze Bezirk im großen Umfange mit Wasser und Seife, mit Bürste oder Watte abgerieben, dann abgespült, hierdurch werden Seifenpartikelchen und damit natürlich auch Bakterien, wie man sich leicht überzeugen kann, in den Introitus vaginae geschleppt.“

Nun, wenn man das beobachtet, so darf man es einmal beobachten, dann aber nicht wieder, denn man muß die Hebamme des Kreissaales besser instruieren, nämlich dahin, daß sie die Infektion richtig vornimmt, d. h. daß sie nicht kreisförmig auf den Genitalien wüst herumreibt, sondern daß sie, unter Anwendung massenhafter Lysollösung, stets von oben nach unten zu beiden Seiten und unterhalb der Vulva wischt, daß sie sorgfältig den Darminhalt nach abwärts abschwemmt und entfernt, daß sie über die Vulva reine, ungebrauchte Lysollösung schüttet. Man kann sorgfältig verfahren wohl verhindern, daß Schmutzwasser in die Vulva fließt, und wenn dieses „Schmutzwasser“ Lysollösung ist, so werden in ihm die Bakterien und Kokken genügend abgetötet.

Übrigens lege ich auf den traditionellen Dammschutz durch Anlegen der Hand an den Damm wenig Wert. Man verdeckt sich ja geradezu das, was man sehen will und muß. Wie es Cohen seinerzeit richtig lehrte, liegt die Bedeutung beim Dammschutz vorn und nicht hinten. Macht man das Hinterhaupt vorn flott, so steigt es nach oben. Um jeden Zentimeter, den man vorn das Hinterhaupt heraus- und hochbefördert, wird hinten der Damm entlastet. Dabei soll man nicht mit dem Finger in den After gehen und nach Ritgen an dem Orbitalrande den Kopf nach oben drücken, sondern mit dem Ballen der Hand, über dem eine Lysolserviette liegt, nach Fehling die Stirn zurückdrücken. Ist der Damm sehr zerreißen, hart und gespannt, so nützt

es wenig, wenn man ihn nach alter Methode hält oder stützt. Dann muß man ihn einseitig oder zweiseitig einschneiden oder ruhig reißen lassen und die Wunde sofort zunähen. Ich sage sofort, denn die alte Vorschrift, erst die Plazenta herauszudrücken, ist gar keine gute Regel. Kleine Dammrisse näht man lieber sofort nach Geburt des Kindes und drückt dann die Plazenta heraus.

Ich stimme Krönig vollkommen zu, wenn er ein Zuviel der Desinfektion für falsch und gefährlich erklärt.

Auch bin ich nicht der Meinung, daß vor jeder inneren Untersuchung sowohl bei der geburtsleitenden als bei der gebärenden Person alle desinfektorischen Manipulationen wiederholt werden müssen. Das ist gewiß nicht notwendig. Hat man sich gut und gewissenhaft desinfiziert, so könnte ja bei einer Untersuchung etwas Kot an die Hand gekommen sein. Dann wird diese oberflächliche Verunreinigung der Hand durch Eintauchen und schnelles Abspülen schnell wieder entfernt sein, ebenschnell wie bei einer Operation, wo wir durch Eintauchen und Abspülen schnell die Asepsis wieder herstellen. Daß jedesmal wieder eine Viertelstunde lang alle Maßnahmen vor dem Abseifen an wiederholt werden müßten, wäre zuviel verlangt.

Das Ausreiben der Scheide halte ich sogar für falsch. Man bewirkt dadurch nur Wunden und beseitigt den Schleim, der die Vagina schützt und schlüpfrig macht. Spülen wir reichlich mit einer nicht adstringierenden Flüssigkeit aus, so wird die Spülflüssigkeit und das in der Scheide zurückbleibende Desinfiziens etwa dort vorhandene Kokken geradeso abtöten und im Wachstum behindern, als wenn wir eine Kokkenkultur mit Sublimat übergießen. Wenn ich allein eine Geburt leite, resp. wenn ein Geburtshelfer allein untersucht, so halte ich schon seit dem Beginn meiner Tätigkeit jedes Spülen für überflüssig. Selbst vor der Zange spüle ich nicht, wenn ich allein untersuchte, vorsichtig, zart, ohne Wunden zu machen, und wenn ich desinfizierte, sodaß ich nichts in die Vagina hineinbefördern konnte.

Aber bei langdauernden Geburten, zu denen ja jede Geburt einer Primipara zu rechnen ist, halte ich es in der Klinik, wo viel und auch roh tuschiert wird, für notwendig, von Zeit zu Zeit die Vagina auszuspielen. Daß ein Uebermaß von Desinfektion schadete, haben Breisky und Runge statistisch nachgewiesen. Jedenfalls habe ich nicht solches Vertrauen auf die Selbstreinigung der Vagina, daß ich wagte, die Spülungen zu unterlassen, wenn viel Studenten untersuchten.

Die Regel von Krönig, daß man den Damm und die äußeren Geschlechtsteile nicht desinfizieren soll, kann ich also nicht annehmen. Noch viel weniger die, daß auch die geburtsleitende Person die Geburt so leiten soll, daß sie keine Desinfektion der Hand vorzunehmen hat. Dann besteht eben die „Leitung“ nur darin, daß der Leitende die Gebärende anschaut und ihr mit dem Finger in den Anus fährt. Das ist keine Geburtsleitung.

Das Tuschiehen vom Mastdarm aus gestatte ich nicht. Man kann ja durch Gummihandschuhe seine Hand schützen, aber leicht befördert man Unsauberkeiten aus dem Anus nach außen und an den Damm. Ein Arzt, eine gebildete Anstaltshebamme wird auch hier Gefahren vermeiden. Aber wollte man alle Hebammen lehren, per anum zu tuschieren, so würde ich dies für sehr bedenklich halten. Und würde man wohl den Beginn eines Nabelschnurvorfalles, eine Färbung des Fruchtwassers mit Meconium wahrnehmen?

Auch ist das Tuschiehen per anum nicht so ungefährlich. Ich kenne einen Fall, wo ein ausgezeichnete Geburtshelfer beim Tuschiehen per anum plötzlich seine Fingerspitze in der Vulva sah, ohne daß er auch nur das Gefühl hatte, etwas verletzt zu haben. Die Scheide war wohl schon vorher geplatzt, und die dünne Darmwand hatte nachgegeben. Uebrigens heilte diese Fistel ohne weiteres spontan. In einem andern Falle aber entwickelte sich Sepsis, und die Wöchnerin starb.

Ich halte es auch für sehr notwendig, sich bei einer Geburt vom Stande der Fontanelle zu überzeugen.

Die Angabe, daß aus dem Stand der Fontanelle niemals eine Indikation zu operativem Eingriff abgeleitet werden kann, ist nicht richtig. Eine Zange an den hochstehenden Kopf legt man doch erst dann an, wenn die kleine Fontanelle von der

Seite nach der Mitte zu tief getreten ist. Erst dann ist die Zange indiziert, wenn man aus dem Stande der kleinen Fontanelle schließen kann, daß der Erfolg wohl sicher ist. Die Prognose der Geburt ist aus dem genauen Erkennen des Standes der kleinen Fontanelle und der durch die Wehen bewirkten Kopfdrehung zu stellen.

Jedenfalls wird die Technik der Zangenoperation durch den Stand der kleinen Fontanelle ganz wesentlich beeinflusst. Auch bei der Beckenausgangszange ist die schräge Anlegung, der Zug in der der Kopfstellung angemessenen Richtung doch nur möglich, wenn man ganz genau weiß, wie der Kopf steht, wo die kleine Fontanelle sich befindet. Würde man bei tiefem Querstand mit großer Kraft ziehen, so könnte man — wie Litzmann berichtet — auch bei weitem Becken den Schädel zertrümmern und jedenfalls einen großen Dammriss machen.

Aus dem Stand der kleinen Fontanelle kann man sowohl zur Wendung als zur Perforation oder zur Zange unter Umständen die Indikation entnehmen.

Bei den Operationen wendet Krönig die alte Prophylaxis ebenfalls an, warum soll sie dann in leichten Fällen etwas schaden, wenn sie bei schweren notwendig und nützlich ist?

Zum Schluß empfiehlt Krönig die Betonung der Bedeutung der lokalen und allgemeinen Disposition für das Zustandekommen der Infektion. Was mit dieser Regel ein praktischer Geburtshelfer machen soll, weiß ich wirklich nicht. Infektion der Puerpera ist Puerperalfieber. Dafür gibt es doch keine Disposition. Schwache und kräftige, plethorische und chlorotische, alle gebärenden Frauen sind gleichmäßig disponiert, wenn sie infiziert werden. Nicht besondere Eigenschaften einer Puerpera, sondern das Hineingelangen der Kokken in die Geschlechtsteile bewirken das Puerperalfieber. Ich wüßte nicht, was eine lokale oder allgemeine Disposition verschulden, beweisen oder verhüten könnte.

Vielleicht versteht Krönig unter lokaler Disposition Zerreißen und Quetschungen bei schweren Operationen. Aber wir wissen ja, daß bei nicht infizierten Wöchnerinnen solche Wunden ohne Fieber glatt heilen. Und unter allgemeiner Disposition vielleicht Anämie, pastösen Habitus etc. Aber auch das ist nicht richtig, keine Körperbeschaffenheit, keine Art des Allgemeinbefindens schützt gegen Infektion!

Da hilft nur richtige Antisepsis! Desinfizieren wir, wie seit 30 Jahren, so entfernen wir vielleicht nicht alle Kokken und Bakterien, aber wir töten sie ab, oder wir wirken doch so auf sie ein, daß sie nicht schnell wachsen und auskeimen. Und wenn auch das nicht in vollkommener Weise gelingt und wenn sie trotzdem in die Geburtswunden gelangen, so durchtänken wir die Wunde und Wundsekrete so mit Desinfektionsflüssigkeit, daß weder gute Nährflüssigkeit noch ein guter Nährboden für Kokkenwachstum vorhanden ist. Dabei werden unsere Gebärenden am besten fahren. Das wollen wir auch unsere Studenten lehren und sie zu gewissenhaften Antiseptikern machen. Wir werden damit den Gebärenden und den Aerzten am besten dienen.

Noch ein Wort zum Schluß über das Frühaufstehenlassen der Operierten. Es ist ein sehr großes Verdienst von Krönig, uns dazu bewogen zu haben. Er hat ganz recht mit allem, was er darüber sagt. Und haben es auch andere vor ihm schon empfohlen, so hat doch Krönig diesen Fortschritt, wenn ich so sagen darf, populär gemacht. Das gilt aber nur von den gynäkologisch Operierten.

Deu Wöchnerinnen gönne ich die Ruhe! Stets war ich ein Gegner des wochenlangen Liegens, wie es namentlich in besseren Ständen früher Mode war. Auch in der guten Praxis, wie in der Klinik lasse ich die Wöchnerinnen vom zehnten Tage an herumgehen und sitzen, wenn die Blutung steht. Dabei geht die Involution des Uterus sehr gut vor sich, wie man sich durch Betasten des Uterus überzeugen kann. Daß dies der Fall ist, wies Börner (Graz) schon vor Jahrzehnten durch Messungen nach. Wir wissen, daß die Lochien allmählich infektiös werden, daß bei sehr unruhigen Wöchnerinnen, bei hartem Stuhlgang etc. leicht Fiebertemperaturen eintreten. Kommt denn Prolaps nicht gerade bei armen Frauen vor, die schon nach ein bis zwei Tagen sich anstrengen? Ich gebe zu, daß eine Wöchnerin nicht erkrankt, wenn man sie vorsichtig

zum Stuhl leitet und bald ein paar Stunden sitzen läßt. Allein was soll ihr das nützen? Appetit haben die Wöchnerinnen auch ohne das. Sie möchten oft mehr essen, als sie bekommen.

Wie wollen wir denn verhindern, daß eine Wöchnerin, sobald die Wärterin den Rücken kehrt, herumläuft, weil sie dies für identisch mit dem Aufstehen hält. Die Pulsverlangsamung, die prognostisch so gut ist, verschwindet bald beim Aufstehen. Ich gönne den armen Personen, die so bald wieder schwer arbeiten müssen, die paar Tage Ruhe nach den schweren Stunden der Geburt. Auch aus erziehlichem Grunde, damit sie von der Wichtigkeit des Nichtanstrengens und der Schonung im Wochenbett überzeugt werden. Das alles haben auch Hofmeier und Fehling besser als ich ausgeführt!

Was die Gefahr der Thrombose bei gesunden Wöchnerinnen durch Ruhe anbelangt, so glaube ich nicht daran. Ich mag ja Glück gehabt haben, es mag Zufall sein, aber ich habe einen Tod durch Embolie bei einer gesunden Wöchnerin noch niemals gesehen! Alle diejenigen, die eine Phlegmasie, eine Schenkelvenenthrombose bekamen, hatten vorher gefiebert, vielleicht nur bis 38. Aber das ist dann kein völlig normales Wochenbett. Schon in der Schwangerschaft sieht man ja oft Thromben in der Saphena und am Unterschenkel. Diese werden aber nicht durch Frühaufstehen gebessert. Die Erfahrung lehrt das Gegenteil!

Es ist sehr gut, daß Krönig uns veranlaßt hat, einmal wieder auf diese Dinge unsere Aufmerksamkeit zu lenken. Daß aber seine Ansicht unsere Auffassung über die Notwendigkeit der Ruhe im Wochenbett ändern wird, nehme ich vorläufig nicht an.