

Sehvermögen L —20,0, D $\frac{1}{30}$. Mit Haftglas 11, comb. sph. —3,0, Sehvermögen $\frac{1}{30}$. Ohne letzteres Glas ist Kranke für $\frac{1}{4}$ m eingestellt, was für ihre Hausarbeit genügt.

Da ein so starkes Glas wie —20,0 meist nicht vertragen wird, so wäre die Kranke zu invalidisieren. Mit Hilfe der Haftgläser ist sie noch imstande, $\frac{1}{2}$ des ortsüblichen Tagelohnes zu verdienen.

5. Günther B., 15 Jahre. Myopie —2,75 D $\frac{1}{6}$. Mit Haftglas 81, Sehschärfe $\frac{1}{5}$.

6. Herr Pe., Obersekretär, 48 Jahre. Wegen Herabsetzung der Sehschärfe auf ca. $\frac{1}{6}$ wurde Kranker zwangsweise abgebaut. Diese Veränderung des Sehvermögens erklärte sich indessen durch vorzeitig aufgetretenen grauen Star. Dieser wurde ihm (mit runder Pupille) operativ entfernt.

Sehvermögen bds. +12,0 D, comb. cyl. +3,0, Achse 0°, $\frac{1}{6}$. Durch Schalen 60 wird der Kranke für die Ferne mit Sehschärfe fast $\frac{1}{5}$ eingestellt. Mit +3,0 liest er feinsten Druck in $\frac{1}{4}$ m. Durch Schale 55 wird er für die Nähe eingestellt, durch ein Glas —3,0 dazu für die Ferne.

Mit Vorliebe trägt er auf dem einen Auge Haftglas 60 für die Ferne, auf dem anderen Haftglas 55 für die Nähe.

Es ist ihm in Anbetracht dieser Verhältnisse Wiedereinstellung versprochen. Kranker trägt die Schalen von morgens bis abends.

7. Herr Schm., 28 Jahre. Grauer Star bds. 1915 vom Pferd gestürzt, Trübung beider Linsen nach $\frac{1}{2}$ Jahr. Nach doppelseitiger Operation mit bester Brillenkorrektur R $\frac{1}{18}$, L $\frac{1}{8}$. Mit Haftglas 65 R $\frac{1}{10}$, mit —2,0 dazu $\frac{1}{6}$. Ohne dieses letztere Glas ist er also mit dem R-Auge auf $\frac{1}{2}$ m eingestellt, mit +2,0 D auf $\frac{1}{4}$ m. Mit Haftglas 65 L Sehschärfe $\frac{1}{6}$.

8. Frl. G., 40 Jahre. R grauer Star, bedingt durch endokrine Störungen bei Xeroderma pigmentosum. Kranke ist außerdem sehr klein (Körperlänge ca. 140 cm). Auf dem R-Auge kratzen außerdem die Wimperhaare auf der Hornhaut, infolge Vernarbungen der Bindehaut. Nach Operation des grauen Stars (mit runder Pupille) wird mit einem sehr starken Starglas (+20,0 D), Sehschärfe $\frac{1}{30}$ erzielt, durch Haftglas 5,5, Sehvermögen $\frac{1}{12}$. Ebenso durch Haftglas 5,0, comb. sph. —3,0 dazu.

Durch die letztere Schale wird das Auge auf $\frac{1}{2}$ m eingestellt. Die falsch wachsenden und deshalb auf der Hornhaut kratzenden Wimpern machen keine Beschwerden mehr, die in der Hornhaut durch die Trichiasis ausgebildeten Blutgefäße (Pannus) haben sich zurückgebildet.

9. Herr A. G., 30 Jahre. R normale Verhältnisse. L Trachom, Pannus von oben, Myopie, bedingt durch keratokonusartige Vorbuckelung der Hornhautmitte. Sehvermögen: Fingerzählen in $\frac{1}{2}$ m (= ca. $\frac{1}{120}$). Haftglas 76 wurde zunächst, — besonders der sehr lästigen, auf der Hornhaut kratzenden Wimperhaare wegen, — getragen. Doch trat durch diese Behandlung eine wesentliche Aufhellung der Hornhaut ein, so daß nach einigen Monaten Sehschärfe $\frac{1}{10}$ erzielt wurde.

Um auszuprobieren, wie lange wohl jetzt die Schale im Auge vertragen würde, hat er sie 14 Tage lang überhaupt nicht herausgenommen.

10. Frl. Re., ca. 20 Jahre. R Ubersichtigkeit nur im horizontalen Meridian (Astigmatismus hyperopicus) von 2,0 D. corr. durch cyl. +2,0, Sehvermögen $\frac{1}{24}$, L die entsprechenden Verhältnisse (Astigmatismus hyperopicus) v. 1 D, Sehschärfe mit cyl. +1,0, $\frac{1}{12}$. Mit Haftglas 76, Sehschärfe $\frac{1}{12}$ jdsts.

In solchen Fällen soll versucht werden, die verbogene native Hornhaut, wodurch die „Stabsichtigkeit“ bedingt ist, dadurch sozusagen orthopädisch zu beeinflussen, daß sie durch das sphärische Haftglas ihre normale Wölbung erhält.

Darüber müssen indes erst noch längerdauernde Beobachtungen gesammelt werden.

Diese Reihe von 10 Kranken bildet eine kleine Auswahl, die leicht verlängert werden könnte, sie dürfte aber schon beweisen, daß dem Problem der Haftgläser technische Schwierigkeiten kaum noch im Wege stehen dürften.

(Anschr. d. Verf.: Kiel, Univ.-Augenklinik.)

Für die Praxis.

Ueber die Diagnose der Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. E. Vogt, Zwickau i. Sa.

Wie schwierig die rein klinische Diagnose der Schwangerschaft ist, geht am besten daraus hervor, daß man sich immer wieder bemüht hat, die Diagnose der Schwangerschaft auch auf irgendeine biologische Weise zu stellen. So kamen verschiedene Methoden auf. Es scheint sogar gegenwärtig die Gefahr zu bestehen, daß die bewährten klinischen Untersuchungsmethoden unterschätzt und daß den biologischen Methoden zu viel Aufmerksamkeit gewidmet wird. Eine solche Einstellung wäre aber im Interesse der Allgemeinbildung des praktischen Arztes und im Interesse der ganzen geburtshilflich-gynäkologischen Diagnostik verhängnisvoll. Wir erblicken unsere Aufgabe darin, den Wert der klinischen Untersuchungsmethoden, die allgemein

wichtig sind und welche jeder Arzt beherrschen sollte, auf Grund eigener Erfahrungen zu besprechen und gleichzeitig eine Uebersicht über die biologischen Verfahren zu geben.

1. Klinische Untersuchungsmethoden.

Bei der Allgemeinuntersuchung einer jeden Frau im fortpflanzungsfähigen Alter hat man sich stets die Frage vorzulegen, ob eine Schwangerschaft vorliegt oder nicht. Am häufigsten wird eine Schwangerschaft verheimlicht, nur ganz selten aber auch vorgetäuscht. Eine Reihe von Beschwerden, welche scheinbar gar nicht mit dem Genitalapparat zusammenhängen, haben oft ihren letzten und einzigen Grund in einer jungen Schwangerschaft. Werden diese Zusammenhänge sofort richtig erkannt, so kann man auf die symptomatische Therapie verzichten und dafür die ätiologische Therapie einleiten. Damit ist aber viel gewonnen, weil neben den verschiedensten körperlichen Beschwerden auch nervöse Erscheinungen, psychische Veränderungen und psychosexuelle Störungen unter Umständen auf eine Schwangerschaft zurückzuführen sind.

Für die spezielle geburtshilflich-gynäkologische Untersuchung ist die Diagnose der Schwangerschaft das Alpha und das Omega. Den wirklich erfahrenen Diagnostiker erkennt man daran, daß er auch in schwierigen Fällen eine Frühschwangerschaft nicht übersieht.

Bei der Durchführung einer Untersuchung auf Schwangerschaft ist die Aufgabe je nach dem Stadium der Schwangerschaft verschieden schwer. Die Feststellung der Schwangerschaft in der zweiten Hälfte ist verhältnismäßig einfach. Mit dem Nachweis der kindlichen Herztöne, der Kindsbewegungen, mit der Palpation des Kopfes ist die Diagnose eindeutig gesichert. Im Gegensatz dazu ist die Diagnose der Frühschwangerschaft viel komplizierter. Man muß dabei verschiedene Untersuchungsmethoden heranziehen. Ganz allgemein hat der Grundsatz Geltung, daß man immer weiter vergleichend untersucht. Ergibt sich bei der ersten Untersuchung auch nur der geringste Verdacht auf eine junge Gravidität, so kann eine zweite Untersuchung, wenn sie unter günstigeren Bedingungen vorgenommen wird, z. B. bei leerem Darne, nach Ablauf von 10—14 Tagen manchmal schon viel eher Klarheit schaffen.

Die Untersuchung auf Frühschwangerschaft beginnt mit der Anamnese. Darauf muß man große Sorgfalt verwenden. Die Angaben über die Menstruationsverhältnisse sind kritisch zu prüfen. Der Eintritt der ersten Menstruation, das frühere Verhalten bei der Menstruation, etwaige örtliche und Allgemeinerscheinungen dabei sind neben genauen Angaben über den Eintritt, die Stärke und den Verlauf der angeblich letzten Menstruation von größter Wichtigkeit. Mit einer gewissen Nachsicht und trotzdem mit Beharrlichkeit wird es meist gelingen, die Angaben über die letzte Menstruation einigermaßen klarzustellen. Oft wickelt sich an der Hand eines Kalenders die scheinbar unentwirrbare Frage glatt ab.

Ist schließlich durch die Anamnese eine Amenorrhoe sichergestellt, so wird man sich nach den üblichen Schwangerschaftsbeschwerden erkundigen. Ich nenne nur das morgendliche Uebelsein oder Erbrechen, Störungen der Darmtätigkeit, Sodbrennen, nervöse Beschwerden, leichtere Ermüdbarkeit und Stimmungswechsel.

Von der Untersuchung des Allgemeinzustandes erwähne ich nur einen Punkt. An den Brüsten spielen sich bei den meisten Frauen auch schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft Veränderungen ab. Das Organ wird größer, es ist stärker durchblutet, die Hautvenen werden sichtbar, der Warzenhof wird breiter und wird dunkel pigmentiert, die Montgomeryschen Drüsen vergrößern sich und springen mehr vor. Auf Druck läßt sich Colostrum ausdrücken. Der Befund von Colostrum ist aber nicht unbedingt für Schwangerschaft beweisend, weil die Vormilch auch bei Myomen, Kystomen, bei manchen Frauen während der Menses und bei schweren Allgemeinerkrankungen beobachtet wird.

Die geburtshilflich gynäkologische Untersuchung selbst beginnt mit dem Katheterismus. Der Urin sollte wenigstens auf Eiweiß untersucht werden. Außerdem läßt sich die gynäkologische Untersuchung nur bei leerer Blase schmerzlos und richtig durchführen.

Bei der Inspektion des äußeren Genitale achte man auf die livide Verfärbung der Schleimhäute. Am frühesten zeigt sich die livide Verfärbung am Urethralwulst und später auch am Hymenalsaum und an beiden Scheidenwänden. Die Mündung der Harnröhre selbst kann auch gelegentlich sehr früh von der blauroten Verfärbung befallen werden. Neben der Verfärbung wird die Auflockerung infolge der starken Durchblutung und eine vermehrte Absonderung der Schleimhäute festzustellen sein.

Führt man daraufhin den Spiegel zur Berücksichtigung der vorderen und hinteren Vaginalwand ein, so wird sich die Schwellung und Verfärbung der Schleimhäute weiter deutlich ergeben. Die Falten werden flacher, die ganze Vagina besitzt einen vermehrten Feuchtigkeitsgehalt. Die Einstellung des Muttermundes und der Portio vaginalis bringt weitere Aufschlüsse. Auch die Portio vaginalis beteiligt sich an der Verfärbung und Auflockerung der Schleimhäute in verschieden starkem Maße. Die Ränder des Muttermundes werden wulstiger, die Portio bekommt bei Erstschwangeren eine mehr zylindrische Form, der zervikale Schleimpfropf ist vergrößert und sitzt sehr fest.

Man muß sich darüber klar sein, daß die genannten Veränderungen der Verfärbung, der Auflockerung infolge der Hyperämie der Schleimhäute einen ganz verschiedenen Grad erreichen können. Bei der ersten Schwangerschaft ist die Reaktion der Schleimhäute ganz anders wie bei einer wiederholten Schwangerschaft. Das Alter der Frau, die Konstitution, die bisherige sexuelle Betätigung spielen dabei eine erhebliche Rolle. Man ist oft erstaunt, wie gering die Veränderungen der Schleimhäute bei ganz jugendlichen Erstschwangeren und auch bei solchen Frauen ausfallen, welche erst nach dem 40. Lebensjahre in die Ehe treten. Entweder fehlen die Veränderungen der Schleimhäute in den ersten drei Monaten überhaupt, oder aber sie sind so geringgradig, daß man sie sehr leicht übersehen kann, zumal wenn es sich um die allererste Untersuchung der Kranken überhaupt handelt.

Nach der Entfaltung der Vagina im Spiegel und der Besichtigung des Muttermundes und der Portio vaginalis folgt die vaginale Palpation. Die Betastung wird nach den Grundsätzen der Hegarschen Schule nur mit einem Zeigefinger bimanuell vorgenommen.

Die Vergrößerung der Gebärmutter ist die wichtigste und sinnfälligste Veränderung. Nur ist die Vergrößerung der Gebärmutter durchaus nicht immer gleichmäßig. Der Sitz des Eies und die Reaktionsfähigkeit des Gewebes sind dabei von Wichtigkeit. Manchmal bemerkt man zuerst eine Vergrößerung der Gebärmutter in sagittaler Richtung, oder aber der fundale Querdurchmesser ist vermehrt, oder aber die Gebärmutter ist ungleichmäßig aufgetrieben.

Dadurch entwickeln sich im zweiten, dritten und vierten Monat der Schwangerschaft die Ausladungen der Gebärmutter, welche Piskaček zuerst beschrieben hat. Differentialdiagnostisch muß man sich aber bei positivem Piskačekschem Zeichen auch mit der Möglichkeit einer Extrauteringravidität, von Adnextumoren und subserösen Myomen abfinden. Der Nachweis einer Vergrößerung der Gebärmutter gegenüber dem nichtschwangeren Zustande ist so wichtig, daß man auf diese Feststellung den allergrößten Wert legen muß. Ist die Gebärmutter größer wie normal, so wird diese Tatsache sofort den Verdacht auf Schwangerschaft erwecken. Ergibt sich bei einer zweiten Untersuchung nach 10—14 Tagen eine weitere Größenzunahme des Uterus, so wird der Verdacht auf Schwangerschaft unbedingt sehr verstärkt.

Außer der Größenzunahme der Gebärmutter interessiert in jedem Falle auch ihre Konsistenz. Die schwangere Gebärmutter ist im allgemeinen viel weicher und auflockerter wie das nichtgravide Organ. Man kann alle Uebergänge von der prallelastischen Konsistenz zur zystischen, feigweichen und bis zur butterweichen Konsistenz beobachten. Ja, der gravide Uterus kann so weich sein, daß er bei der ersten Untersuchung gar nicht gefühlt wird, oder aber er ist so schwer herauszutasten, daß er sich nicht weiter abgrenzen läßt.

Tastet man zart, vorsichtig und immer wieder vergleichend, abwechselnd mit der äußeren und mit der inneren Hand, so wird man bei den schon beschriebenen Ausladun-

gen der Gebärmutter oft noch weiter wahrnehmen, daß die Ausladungen gegenüber den übrigen Abschnitten der Gebärmutter eine viel weichere und wechselnde Konsistenz besitzen. Ich brauche hier nicht weiter darauf aufmerksam zu machen, daß all diese Feststellungen nur dann mit einigermaßen Sicherheit geprüft werden können, wenn man grundsätzlich die linke Beckenhälfte und die entsprechenden Abschnitte der Genitalorgane mit der linken Hand und die rechte Beckenhälfte mit der rechten Hand vaginal und rektal unter Zuhilfenahme der äußeren Hand befühlt. Nur unter dieser Voraussetzung kann man überhaupt vergleichend untersuchen.

So wie man bei der bimanuellen Untersuchung auf die Größe und Konsistenz des Uterus achtet, so wird man auch ohne weiteres das Symptom des Konsistenzwechsels gleichzeitig prüfen. Der Konsistenzwechsel der schwangeren Gebärmutter ist bedingt durch Kontraktionen des ganzen Fruchthalters oder aber auch nur durch örtliche Zusammenziehungen der glatten Muskulatur im Bereich des Sitzes des Eies. Die Gebärmutter, welche befähigt ist, in kurzer Zeit schon auf den feinen Reiz der Betastung hin die Konsistenz zu wechseln, zaubert oft ganz bizarre Gestaltsveränderungen vor, so daß der Anfänger zu leicht die Schwangerschaft übersieht und unter dem Eindruck der härteren Abschnitte sich zur Fehldiagnose eines Tumors verleiten läßt.

Ueber die Bedeutung des ersten Hegar'schen Schwangerschaftszeichens herrscht heute wohl ziemliche Einigkeit. Fast alle Geburtshelfer halten daran fest, daß das erste Hegarsche Schwangerschaftszeichen kaum einmal trägt. Bei dem ersten Hegarschen Schwangerschaftszeichen prüft man die Kompressibilität der unteren Abschnitte des Gebärmutterkörpers unmittelbar über dem inneren Muttermund. Hier kann die Auflockerung des Gewebes so stark sein, daß man das Gewebe zwischen den Fingern auf Kartenblattstärke zusammendrücken kann. Oder man gewinnt den Eindruck, daß sich die Fingerspitzen unmittelbar berühren. Der zusammendrückbare Abschnitt der Gebärmutter fällt um so mehr auf, als er nach oben durch den prallelastischen Uteruskörper und nach unten durch die derbere Zervix begrenzt wird. Untersucht man bei leerer Blase und mit der nötigen Vorsicht, so kann man einer intakten Schwangerschaft auch nicht schaden.

Das zweite Hegar'sche Schwangerschaftszeichen, die Faltenbildung in der vorderen Körperwand, läßt sich nicht ganz so leicht auslösen wie das erste. Die Gefährdung des Eies ist dabei aber kaum größer wie bei dem ersten Hegarschen Schwangerschaftszeichen.

Das Zeichen von Gauss geht von denselben Voraussetzungen wie die beiden Hegarschen Schwangerschaftszeichen aus. Man prüft die Verschieblichkeit der Portio vaginalis in frontaler und sagittaler Richtung. Die Verschieblichkeit kann so ausgesprochen sein, daß der Eindruck erweckt wird, als ob der Gebärmutterhals und der Gebärmutterkörper überhaupt nicht in einem organischen Zusammenhange ständen.

In neuerer Zeit hat man nach den Angaben von Sellheim auch noch auf eine gewisse Kompressibilität der Vaginalwände zu achten gelernt, welche in Verbindung mit einer vermehrten Weichheit der Bauchdecken öfters bei der bimanuellen Untersuchung schon bei einer Frühschwangerschaft nachweisbar ist.

Die Pulsation der Arteria uterina im Scheidengewölbe kann schon im ersten Schwangerschaftsmonat wahrgenommen werden.

Ein weiteres Zeichen hat Hermann Freund angegeben. Schon 8—14 Tage nach Ausbleiben der Menstruation gelingt es, das Corpus luteum graviditatis nachzuweisen. Der Eierstock, welcher den gelben Körper trägt, ist vergrößert, steht entsprechend tiefer und ist so im Scheidengewölbe leichter für den palpierenden Finger zugänglich. Tastet man dabei vorsichtig, so wird man auch öfters eine gewisse Erweichung wahrnehmen. Das Ovarium imponiert als ödematös. Auf die Druckschmerzhaftigkeit des ganzen Organs braucht man weniger Wert zu legen.

Der röntgenologische Nachweis der Schwangerschaft kommt praktisch erst vom vierten Monat ab in Frage. Bei leerem Darm und bei leerer Blase gelingt es, mit einer leistungsfähigen Apparatur meist das Skelett des Fötus auf der Röntgenplatte festzuhalten.

Ein Punkt muß noch ganz besonders hervorgehoben werden. Die Diagnose einer Frühschwangerschaft verlangt von dem Untersucher nicht nur eine gewisse Übung in der Technik der geburtshilflich-gynäkologischen Untersuchung, sondern auch die Fähigkeit feiner Beobachtung und kritischer Zusammenfassung, Eigenschaften, welche ja jeder Arzt besitzen sollte. Es kommt eben nicht darauf an, daß man das eine oder andere auf Schwangerschaft verdächtige Zeichen teilweise oder vollständig auslösen kann, sondern ausschlaggebend wird die Erfassung der ganzen Persönlichkeit, die Zeichnung des Gesamtbildes aus der Summe der objektiv nachweisbaren Veränderungen in Verbindung und möglicher Übereinstimmung mit der Anamnese und den subjektiven Beschwerden bleiben.

2. Biologische Verfahren.

Das Kapitel über die biologischen Methoden zum Nachweis der Frühschwangerschaft kann kürzer abgehandelt werden. Von den serologischen Methoden ist die Abderhaldensche Reaktion am bekanntesten. Die Methode geht davon aus, daß während der ganzen Schwangerschaft im Blute Körper gebildet werden, welche im Stände sind, die chorialen Elemente mit dem Plazenta-eiweiß abzubauen. Das Verfahren ist aber vorerst trotz der vielen Abänderungsvorschläge doch noch so kompliziert, daß es für die Praxis keine Bedeutung hat.

Dasselbe gilt auch für die Untersuchungen mit dem Flüssigkeitsinterferometer nach Hirsch und für die neueste Modifikation der Abderhaldenschen Reaktion von Lüttge und von v. Mertz. Die Autoren selbst haben zwar in 98,7 Proz. ein richtiges Ergebnis. Die Mehrzahl der Nachuntersucher hingegen konnte diese Befunde nicht bestätigen. Gelingt es noch der Schwierigkeiten der Technik Herr zu werden, so kann man sich von der Abderhaldenschen Reaktion gerade für theoretische Fragestellungen noch manches versprechen.

Die Stoffwechselreaktionen haben auch nur theoretisches Interesse. Nach Frank und Nothmann ist die Assimilationsgrenze für Dextrose schon am Ende des ersten Schwangerschaftsmonates bei Traubenzuckerbelastung herabgesetzt. Nothmann konnte berichten, daß bei 290 Fällen in 96 Proz. die Reaktion positiv ausfiel. Damit hat die Methode auch nur den Wert eines Wahrscheinlichkeitszeichens für die Frühschwangerschaft.

Die Phloridzinreaktion beruht auf einer gesteigerten Durchlässigkeit des Nierenfilters für Zucker. Ohne Hyperglykämie stellt sich eine renale Glykosurie ein. Nach Kamnitz und Joseph fällt übrigens die Reaktion nur bis zum 5. Schwangerschaftsmonat positiv aus. Da die Reaktion höchstens in 80 Proz. sichere Ergebnisse liefert, ist sie auch nur ein Hilfsmittel, aber kein sicheres Mittel zur Frühdiagnose der Gravidität.

Die Adrenalinglykosurie, welche nach der subkutanen Einspritzung von Adrenalin auftritt, ist mit 90 Proz. positiven Ergebnissen auch nicht beweisend.

Die Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, welche von Linzenmeier für die Schwangerschaftsdiagnose angegeben wurde, läßt sich gewöhnlich erst vom vierten Monat ab nachweisen. Die Reaktion fällt aber nicht nur bei Schwangerschaft positiv aus, sondern auch beim Abbau größerer Eiweißmengen, z. B. bei Karzinom, bei Fieber, bei Tuberkulose und bei entzündlichen Prozessen. Einen spezifischen Charakter besitzt damit die Reaktion nicht.

Unter den biologischen Methoden steht gegenwärtig die hormonale Reaktion auf Frühschwangerschaft, wie sie Aschheim und B. Zondek ausgearbeitet haben, weitaus an erster Stelle. Die Methode besteht darin, daß man das Hypophysenvorderlappenhormon im Urin von Schwangeren sehr früh nachweisen kann. Man spritzt kleine Mengen Urin von schwangeren Frauen infantilen weißen Mäusen ein und erzeugt dadurch nach Ablauf von 100 Stunden bereits eine deutliche Frühreife. Die Vergrößerung der Ovarien, die Vergrößerung der Gebärmutter läßt sich schon mit dem bloßen Auge nachweisen. Wir raten aber dringend, die Ovarien in Serienschritte zu zerlegen. Man findet in den größeren Organen Follikel aller Reifungsstadien, Blutpunkte und zahlreiche Corpora lutea. All die bisherigen Nachuntersucher bestätigen, daß die Reaktion, wenn sie mit Vorsicht

und Kritik ausgeführt wird, tatsächlich spezifisch für die Schwangerschaft ist. Unsere eigenen Erfahrungen, welche wir durch zahlreiche Untersuchungen gewonnen haben, bewegen sich durchaus in derselben Richtung. Bisher ist, wie es scheint, nur eine einzige Einschränkung für die Anwendbarkeit der Methode bekannt. Das Ei darf nämlich nicht abgestorben sein, oder darf höchstens nur sehr kurze Zeit abgestorben sein. Unter dieser Voraussetzung läßt sich mit der Reaktion nicht nur eine intrauterine Schwangerschaft, sondern auch eine unversehrte Extrauterin gravidität nachweisen.

Zusammenfassend wollen wir nochmals hervorheben, daß der Wert der klinischen Untersuchungsmethoden für die Diagnose der Frühschwangerschaft nach wie vor feststeht. All die angeführten Methoden sind einfach, ungefährlich und ohne alle technischen Hilfsmittel durchführbar. So kann sich jeder praktische Arzt mit der Diagnose der Frühschwangerschaft befassen. Die biologischen Untersuchungsmethoden besitzen vorerst keinen praktischen Wert. Sie sind alle viel zu kompliziert, sie erfordern ein wohl eingerichtetes Laboratorium mit besonderen technischen Hilfskräften, so daß sie auch bisher immer nur in wenigen Instituten durchgeführt werden konnten. Durch all diese Schwierigkeiten dürfen wir uns aber nicht abhalten lassen, vom theoretischen Standpunkt aus dem biologischen Schwangerschaftsnachweis weiter nachzugehen.

Zum Schlusse sei noch eine kurze historische Bemerkung gestattet. Die klinische Diagnose der Frühschwangerschaft baut sich in ganz wesentlichen Punkten auf den Lehren von Alfred Hegar, nämlich auf der digitalen bimanuellen gynäkologischen Untersuchung und auf den Hegarschen Schwangerschaftszeichen, auf. In diesem Jahre wird der hundertste Geburtstag von Alfred Hegar gefeiert. Die namhaftesten Vertreter der Hegarschen Schule, Hugo Sellheim, Ernst Sonntag, Tauffer-Pest, Ludwig Fraenkel, August Mayer, Karl Hegar und Paul Dieppen haben ja bereits ihren Meister durch hervorragende Abhandlungen geehrt.

Auch der ganzen heutigen Aertzgeneration ist es sicher eine angenehme Pflicht, Alfred Hegar, einem der Mitbegründer der operativen Gynäkologie und der modernen Frauenkunde, durch ein Festhalten und ein noch gründlicheres Erfassen seiner erprobten Lehren in Dankbarkeit zu huldigen.

(Ansehr. d. Verf.: Zwickau, Krankenstift. Frauenklinik.)

Soziale Medizin und Hygiene

Der Kausalzusammenhang im Versorgungsrecht.

Von Regierungsrat Dr. Rudolf Weyrich, Berlin-Steglitz.

Abgesehen von Kapitulanten mit einer gewissen Dienstzeit verlangen die Versorgungsgesetze — d. i. das Reichsversorgungsgesetz für die Angehörigen der früheren Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen, das Wehrmachtversorgungsgesetz für die Angehörigen der heutigen Reichswehr und ihre Hinterbliebenen sowie die Schutzpolizeigesetze der einzelnen deutschen Länder für die Angehörigen der Schutzpolizei und ihre Hinterbliebenen (ebenso auch Altrentner- und Kriegspersonenschädengesetz) — zur Gewährung einer Rente und eines Heilverfahrens das Vorliegen einer Dienstbeschädigung. Dienstbeschädigung ist nach diesen Gesetzen (vgl. u. a. Reichsversorgungsgesetz § 2) die gesundheitsschädigende Einwirkung, die durch militärische (bzw. polizeiliche) Dienstverrichtungen oder durch einen während der Ausübung des Militärdienstes (bzw. Polizeidienstes) erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst (bzw. Polizeidienst) eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs (§ 2 Abs. 2 Reichsversorgungsgesetz). Es ist also der ursächliche Zusammenhang einer Gesundheitsstörung mit dem Militär- bzw. Polizeidienst erforderlich. Es fragt sich, wann ein solcher ursächlicher Zusammenhang zu bejahen ist, eine Frage, zu der noch heute die Versorgungsbehörden und deren Aertze in Hunderten von Fällen täglich Stellung zu nehmen haben, und deren Beantwortung natürlich um so schwieriger wird, je weiter man sich von dem schädigenden Ereignis, d. i. in den allermeisten Fällen der Weltkrieg, entfernt. Diese Frage bereitet namentlich bei neu auftretenden Nervenleiden praktisch die größten Schwierigkeiten. Es sei deshalb in Kürze zu dieser Frage, wann ein ursächlicher Zusammenhang vorliegt, Stellung genommen.