

diskutiert worden, ob man auch das dem Nebenhoden zugelegene Ende unterbinden sollte. Es wird aber wohl ganz allgemein für richtig gehalten, es nicht zu tun, um eine eventuell auftretende Stauung von Hoden- und Nebenhodensekret zu vermeiden. Die vielfach vorgeschlagene Fixation des dem Hoden zugelegenen Samenleiters nicht herunterhängt, halte ich nicht für notwendig. Ich habe jedenfalls in den von mir operierten Fällen niemals ein Heruntersinken gesehen.

Ich glaube, ich habe Ihnen mit diesen wenigen Worten zeigen können, daß im allgemeinen die Sperroperation als ein kleiner und harmloser Eingriff anzusehen ist, muß aber noch auf einige *Komplikationen* eingehen, auf die OEHLECKER in seiner letzten Arbeit auch schon hingewiesen hat: Wie sollen wir uns verhalten, wenn *gleichzeitig ein Leistenbruch* vorliegt? Zweckmäßiger würde es mir immerhin erscheinen, daß wir uns auf jeden Fall, ganz gleich ob wir davon Gebrauch machen oder nicht, die Erlaubnis geben lassen, wenn es uns notwendig erscheint, auch gleichzeitig die Hernie mit zu operieren. Wir müssen uns aber dabei bewußt sein, daß es sich bei einer gleichzeitigen Beseitigung des Bruches um einen wesentlich größeren Eingriff handelt. Und noch schwieriger wird die Aufgabe für uns, wenn wir nicht einen an normaler Stelle gelegenen, sondern einen *verlagerten Hoden* vor uns haben. Wie sollen wir uns z. B. beim *Leistenhoden* ver-

halten? Sollen wir auch da nur das Vas deferens unterbinden oder gleichzeitig versuchen, den Hoden an normale Stelle herabzuverlagern? Ich würde auch da den Vorschlag für richtig halten, sich vorher die Erlaubnis zu der eventuellen Verlagerung oder zur Kastration geben zu lassen. Am aller-schwierigsten scheinen meiner Ansicht nach die Verhältnisse zu liegen, wenn der eine Hoden überhaupt nicht vorhanden ist oder wir ihn wenigstens nicht tasten können. Es kann da die Möglichkeit bestehen, daß der Hoden noch in der Bauchhöhle liegt, oder daß er auch gar nicht vorhanden ist. In einem solchen Falle würde ich dafür sein, erst auf der Seite, wo der Hoden vorhanden ist, die Vasektomie auszuführen und dann im späteren Ejakulat die Untersuchung auf Samenfäden anzustellen. Werden noch lebende Samenfäden gefunden, so muß man selbstverständlich an den dann wohl sicher in der Bauchhöhle verlagerten Hoden operativ herangehen. Sind bei der Untersuchung beide Hoden nicht vorhanden, würde man am zweckmäßigsten erst das Ejakulat auf Spermatozoen untersuchen und nur im Falle eines positiven Befundes an die in der Bauchhöhle verlagerten Hoden herangehen. Man muß sich aber dabei stets vor Augen halten, daß es sich dann bereits nicht mehr um einen harmlosen, sondern um einen großen komplizierten chirurgischen Eingriff handelt.

(Anschr. des Verf.: Berlin S 59, Krankenhaus am Urban)

Aus der Brandenburgischen Landes-Frauenklinik in Berlin-Neukölln. Direktor: Prof. B. Ottow

## Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau\*

Von Prof. B. OTTOW, Mitglied des Erbgesundheitsgerichtes in Berlin

Durch die Verankerung der eugenischen Sterilisation im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und durch ihre allortend erfolgende operative Durchführung sind zahlreiche neue Probleme aufgeworfen worden. Sie bewegen sich auf juristischem, sozialem, erbbiologischem, psychiatrischem und operativ-klinischem Gebiete. Namentlich die Sterilisation der Frau ist in ausgiebiger Weise mit solchen Problemstellungen verknüpft. Unter ihnen nehmen die Fragen klinischen Charakters eine vordringliche Position ein. Das erklärt sich aus der Besonderheit des gynäkologischen Operationsfeldes, das entsprechend den Forderungen des Gesetzes bei der eugenischen Sterilisation der Frau ausschließlich an den Eileitern gegeben ist. Diese müssen bei der Unfruchtbarmachung durchtrennt oder sonstwie operativ unwegsam gemacht werden.

Es ist nicht möglich, in der beschränkten Zeit eines kurzen Berichtes zu allen diesen Fragen Stellung zu nehmen. Das ist auch keineswegs erforderlich. Wer tiefer in die Materie der gesetzlichen Unfruchtbarmachung eindringen will, findet heute bereits ein nicht geringes medizinisches und juristisches Schrifttum, das den hier gegebenen Fragen und Problemen gewidmet ist. Auf diese Arbeiten sei verwiesen.

Die erbkranken, zur Unfruchtbarmachung vorgesehenen Frauen passieren das beschließende Erbgesundheitsgericht ohne eingehende Körperuntersuchung, namentlich aber ohne Genitalpalpation. Das ist vielfach als Mangel des Verfahrens

ausgelegt worden. Diese Tatsache kann gelegentlich groteske Formen annehmen. Das etwa dann, wenn Frauen zur Sterilisation eingewiesen werden, denen die inneren Genitalien völlig fehlen (*Aplasia uteri et vaginae*) oder die bereits seit längerer Zeit offensichtlich steril sind oder die sich in bisher unerkannter, vorgeschrittener Schwangerschaft befinden. Immerhin sind das nur gelegentliche Einzelfälle. Wer jedoch soll die gynäkologische Untersuchung in voller Sachkenntnis und mit nötiger Erfahrung ausführen? Kommen die Frauen aus psychiatrischen und anderen Anstalten, wo sie teilweise schon lange verweilt, dann werden solche grobe diagnostische Verfehlungen kaum vorkommen, dann wird man im allgemeinen über den Genitalbefund Bescheid wissen. Auch die die Frauen zur Anzeige und zum Antrag beim Erbgesundheitsgericht bringenden Amtsärzte oder sonstigen Ärzte werden sich wohl meist in allgemeinen Umrissen über den Genitalbefund orientiert haben. Eine eingehende Untersuchung und wirklich sachverständige gynäkologische Beurteilung kann hier jedoch nicht verlangt werden. Sie ist in diesen Instanzen auch nicht nur nicht erforderlich, sondern sogar untunlich. Die umfassende, indikationsableitende Untersuchung des jeweiligen Körperzustandes und vor allem des speziellen Genitalstatus soll und kann nur der operierende Arzt durchführen. Es ist demnach unbedingtes Erfordernis, daß der Operateur, der vor sich selbst, vor den Patienten und dem Staat die volle Verantwortung für den Eingriff trägt, auch hier die restlose Entscheidung für sich zu beanspruchen hat. Der sterilisierende Arzt darf nie und nimmer allein mechanisch beschlußausfüh-

\* Vortrag, gehalten in der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 13. II. 1935.

rende Instanz sein, er muß der ausschlaggebende, aus seiner Erfahrung und seinem Können heraus urteilende und entscheidende Faktor des Operationsverfahrens sein und bleiben.

In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, daß die ärztlichen Mitglieder des Erbgesundheitsgerichts kaum in der Lage sein dürften, sich vor oder in den Terminen ein gynäkologisches Urteil hinsichtlich der operativen und klinischen Einzelheiten zu bilden. Sie urteilen hier vornehmlich mit erbpathologischer Zielsetzung. Das Erbgesundheitsgericht Berlin hat allerdings den sehr zweckdienlichen Modus eingeführt, daß die Frauen, die aktemäßig gynäkologische Besonderheiten erwarten lassen (vorausgegangene Adnexoperationen, bestehende umfangreiche Adnexveränderung u. a.) oder deren Fortpflanzungsfähigkeit aus anderen Gründen (präklimakterisches Alter, lange bisher kinderlose Ehe u. a.) zweifelhaft erscheint, noch vor dem Beginn des Gerichtsverfahrens gynäkologisch fachärztlich begutachtet werden. Diese Fälle, ihre Zahl ist allerdings nicht groß, werden mir poliklinisch zugewiesen und erhalten nach erfolgter Untersuchung ein entsprechendes Gutachten zu ihren Akten. Es lautet nicht selten: „mit großer Wahrscheinlichkeit“ oder „mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr fortpflanzungsfähig“. Durch dieses Untersuchungsergebnis entfällt dann die weitere Begutachtung des Falles, da sich sogleich ein negativer Beschluß ergibt.

Die Sterilisationen sollten, wenigstens vorerst, nach Möglichkeit nicht in vielen kleinen Anstalten und Kliniken verzettelt und vertan werden. Dadurch lassen sich die erforderlichen klinischen Erfahrungen nicht gewinnen und die einzuhaltenden Methoden nicht ausarbeiten. Auch weitere Gründe sprechen für möglichste klinische Konzentration zu sterilisierender Erbkranker. Die Forderung geschlossener größerer Sterilisationsabteilungen in einzelnen Anstalten hat daher viel für sich. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend habe ich an der Brandenburgischen Landesfrauenklinik eine geschlossene Sterilisationsabteilung eingerichtet. Sie wird nicht nur von den psychiatrischen Landesanstalten der Provinz besichtigt, sondern auch von einzelnen Amtsärzten von Berlin und Umgebung benutzt. Die psychiatrische Fürsorge in dieser Abteilung ist speziell ausgebildeten, erfahrenen Irrenpflegerinnen übertragen. Die Abteilung ist zu ebener Erde untergebracht (Fenstersturzgefahr!). Im Laufe ihres bisher 10monatigen Bestehens hat diese Abteilung 350 operierte Sterilisationsfälle beherbergt.

Die der Abteilung zugewiesenen erbkranken Frauen werden zuerst im Hinblick auf ihren allgemeinen körperlichen und psychiatrischen Zustand begutachtet. Dann erfolgt eine allseitige Genitaluntersuchung. Hierbei ergibt sich meist schon, ob operiert werden kann und wie zu operieren ist. Daß bei ausgeprägtem Schwachsinn und bei akuten schizophrener Verwirrtheitszuständen anamnestiche Erhebungen auf Schwierigkeiten stoßen oder nicht möglich sind, ist nicht verwunderlich. Hier haben die begleitenden oder angeforderten Krankenhausberichte oder die Angaben der Verwandten auszuwählen. Die Genitaluntersuchung hat natürlich alle erfaßbaren Einzelheiten zu berücksichtigen und sich in besonderem Maße der Frage nach dem Zustand der Adnexe und nach dem Vorliegen einer Genitalinfektion zu widmen (Sekretabstriche,

Blutsenkungsreaktion u. a.). In einzelnen Fällen wird auch eine Hystero-Salpingographie nicht zu missen sein.

Diese Untersuchungen in ihrer Gesamtheit haben, wie bereits erwähnt, indikatorisch zu entscheiden, ob operiert werden kann und wie in dem Einzelfall operativ vorzugehen ist, d. h. abdominal oder vaginal. Diese beiden Operationsverfahren können nicht wahllos durchgeführt werden, denn sie haben in ausgesprochener Weise ihre Anzeigen und ihre Gegenanzeigen.

Ist bei dieser Untersuchung, und das kommt gelegentlich bei akuter Schizophrenie und ausgeprägtem Schwachsinn vor, volle Klarheit hinsichtlich des Organbefundes und dementsprechend auch hinsichtlich des Operationsweges nicht zu gewinnen, so tritt als nächste entscheidende Untersuchungs-etappe die *Narkosenuntersuchung* in ihr Recht. Sie muß natürlich von dem sofort anzufügenden Eingriff gefolgt sein und ergibt wohl immer allseitige Aufklärung. Nur in sehr wenigen Fällen wird es erforderlich sein, nach Ausschöpfung aller untersuchungstechnischen Möglichkeiten doch noch zur Probepelaparotomie zu greifen und die letzte Entscheidung an der eröffneten Bauchhöhle zu treffen. Unter 350 Sterilisationsoperationen habe ich 2mal die Probepelaparotomie benötigt. Man soll sich vor einem Schließen der Bauchhöhle nach entsprechender Urteilsbildung bei weitgehenden Adnexveränderungen nicht scheuen. Die Probepelaparotomie ist ein durchaus berechtigtes diagnostisches ultimum refugium in dem operativen Sterilisationsverfahren der Frau. Der operierende Arzt soll sich streng bewußt bleiben, daß die gesetzliche Forderung nach Unfruchtbarmachung auch operationstechnisch nicht mit den sonst gewohnten klinischen Indikationsstellungen übereinstimmen darf. Schwere sterilitätsbedingende Adnexveränderungen sollen möglichst zurückgelassen werden, denn ein schwieriger operativer Eingriff entspricht hier nicht den Zielen und Zwecken des Gesetzes. In 2 Fällen habe ich alte Adnextumoren noch exstirpiert, die retrospektiv geurteilt als dauernde sterilitätsbedingende Organveränderungen besser zurückgelassen worden wären. Die Zahl der 2 Probepelaparotomien hätte sich demnach eigentlich auf das Doppelte vermehren sollen. Das entspräche unter 350 Operationen einer Frequenz von etwas unter 1%. Das Erfordernis einer Probepelaparotomie läßt sich nicht immer durch eine Hysterosalpingographie ausschließen, denn es gibt chronische, langdauernd einen Verschuß darstellende Adnexveränderungen, die letzten Endes doch noch einmal durchgängig werden und Schwangerschaft zulassen können. Die Abschätzung der Organverhältnisse am eröffneten Unterleibe ist in einzelnen Fällen hier doch noch leistungsfähiger als die sonst durchaus hochwertige Röntgenmethode.

In einzelnen Schizophreniefällen, die sich langdauernd in weitgehender Verwirrtheit und hochgradiger Erregung befinden, kann weder körperlich noch weniger gynäkologisch untersucht werden. Die Frauen beantworten jeden Versuch dieser Art mit hartnäckigem Widerstand, der bis zum Toben ausartet. Ich habe anfangs geglaubt, solche schweren Fälle von der Operation temporär zurückstellen zu müssen (Benachrichtigung des Gerichts über den Amtsarzt), weil ich die Verantwortung für die durch den Geisteszustand veranlaßten Komplikationsmöglichkeiten nicht übernehmen zu können glaubte. Ich habe jedoch hier meine Auffassung ge-

ändert, seitdem sich erwies, daß gerade in diesen Fällen, es mag sich auch um Virgines handeln, die vaginale Sterilisation ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen hat. Hier ist von jedem Untersuchungsversuch vorerst bewußt abzusehen. Die Untersuchung erfolgt dann zu gegebener Zeit in einer möglichst schnell und schonend eingeleiteten Zwangsnarkose. In dieser ist der vaginale Eingriff dann auch sofort auszuführen. So unsympathisch im allgemeinen Zwangsnarkosen sind, hier halte ich sie für unentbehrlich, es sei denn, man verzichtet ganz oder wenigstens für längere Zeit auf den Eingriff. Die rein psychiatrische Beurteilung dieser Fälle übersteigt allerdings die fachlichen Kompetenzen des Gynäkologen. In einem solchen Schizophreniefalle, in dem ich den Eingriff abgelehnt hatte, wurde die Frau in unverändertem Verwirrheitszustand nach 7 Monaten erneut zur Sterilisation eingewiesen. Diese wurde bei der Virgo unter eben geschilderten Bedingungen mühe- und komplikationslos vaginal ausgeführt. Bereits am nächsten Tage saß die Kranke völlig wohl und über uns triumphierend im Bett. Sie fühlte sich den Ärzten gegenüber als Siegerin, da sie annahm, nach wie vor nicht berührt und untersucht zu sein. Sie verließ die Klinik vaginal sterilisiert, jedoch in dem vollen Bewußtsein, unsere Untersuchungsabsichten restlos zurückgewiesen zu haben. Des erfolgten Eingriffs ist sie sich gar nicht bewußt geworden.

Fälle solcher Art zeigen, daß es eigentlich keine psychiatrischen Kontraindikationen bei der operativen Sterilisation der Frau zu geben braucht. Die vaginale Methode, soweit sie sich aus Organgesichtspunkten durchführen läßt, räumt mit allen psychiatrischen Kontraindikationen so gut wie restlos auf. Beim abdominalen Vorgehen bleiben jedoch Gegenanzeigen, die sich aus den psychiatrischen Krankheitsbildern herleiten, bestehen. Sie sind durchaus zu beachten und einzuhalten, weil andernfalls, d. h. wenn in solchen Fällen laparotomiert wird, mit nicht wenigen und vielfach nicht leicht zu nehmenden Komplikationen zu rechnen ist (ausgedehnte Hämatombildungen im Bauchschnitt, Aufplatzen desselben, traumatische Selbstschädigungen der Wunde u. a.).

Unter 350 operativen Sterilisationen habe ich in 6 Fällen von dem Eingriff ganz absehen oder ihn zeitweilig zurückstellen müssen. Einmal war bei der 40jährigen Frau die Klimax bereits vor 1½ Jahren eingetreten, ein weiterer Fall betraf eine Aplasia uteri et vaginae — auch SCHEFFZEK fand unter seinem Material eine solche natürlich bereits primär sterile Mißbildung —, dann wurden zwei bisher völlig symptomlos verlaufene Kollumkarzinome unter den eingewiesenen Erbkranken aufgedeckt. Eines von ihnen wurde der ebenfalls Sterilität erzeugenden Strahlentherapie zugeführt, das andere vaginal radikaloperiert. Zeitweilig zurückgestellt und später operiert wurde die vorgenannte Schizophrenie sowie eine floride Lues II mit massenhaft nässenden Papeln an der Vulva und am Anus. Diese Frau wird sterilisiert werden, sobald das hochgradig kontagiöse Stadium überwunden ist.

Beide Sterilisationsverfahren, das abdominale wie das vaginale, haben ihre Indikationen und Kontraindikationen. Abdominal soll immer operiert werden, sobald die Adnexe durch die Palpation, vielleicht auch Anamnese, nicht ganz einwandfrei erfunden werden, und sobald sonstige pathologische Zustände (Ovarialtumoren, Myome u. a.) vorliegen. Auch Fälle, in denen früher gynäkologisch operiert wurde (Adnex-

operationen, Extrauterinschwangerschaft u. a.) sind zweckmäßiger abdominal zu sterilisieren. Die hier möglicherweise vorliegenden Organveränderungen und Verwachsungen können den vaginalen Weg erschweren und unsicher gestalten. Starke Adipositas sowie kosmetische Gesichtspunkte oder Gründe, die auf eine möglichste Verdeckung der Operationsspuren ausgehen, lassen oft das abdominale Verfahren zugunsten des vaginalen zurückstellen, denn ein kleiner in die Haargrenze fallender suprasymphysärer Querschnitt wird diesen Forderungen nicht immer gerecht. Ausgesprochen kontraindiziert ist der abdominale Weg eigentlich nur in den schon genannten Fällen schwerer Schizophrenie, aber auch beim Vorliegen ausgeprägter Idiotie. Die Gefahr der Wundschädigung durch Unruhe, Selbstverletzung u. a. ist hier trotz angestrebter Bewachung und sonstiger Hilfsmittel (Sicherheitsverbände u. a.) nicht immer auszuschließen. Es ist jedoch immer erstaunlich, wie gut die kleine vaginale Wunde im vorderen Scheidengewölbe all diesen Eventualitäten gegenüber standhält. Hier ist ein besonderer Wundschutz nicht nötig, hier können die Operierten sich bereits sofort nach dem Eingriff körperliche Anstrengungen, ja Unbotmäßigkeiten ohne Schaden leisten.

Aus kosmetischen, noch mehr aus operationsverdeckenden Zweckwünschen heraus ist an mich mehrfach das Ansinnen gestellt worden, vaginal zu sterilisieren. In diesen Fällen handelt es sich namentlich um Virgines. Ich bin diesen Wünschen immer gerne gefolgt und habe von den Erbkranken und ihren Angehörigen dieserhalb viel Dank empfangen. Bei den vaginalen Sterilisationen, die oft nicht die geringste Narbenbildung im vorderen Scheidengewölbe zurücklassen, könnte sich gelegentlich die hier nur anzudeutende Frage ergeben, wie einer späteren erneuten Forderung nach Unfruchtbarmachung entgegenzutreten ist, falls die frühere spurlos durchgeführte Sterilisierung nicht geglaubt wird. Einen ähnlich gelegenen Fall doppelt ausgeführter Sterilisation beim Manne erwähnte GOHRBANDT.

Die vaginale Sterilisation kann überall dort ausgeführt werden, wo die Genitalien nicht krankhaft verändert sind und wo sich dementsprechend die Intaktheit der Tuben einwandfrei feststellen läßt. Allerdings ist es für die Durchführbarkeit des vaginalen Eingriffes erwünscht, daß sich die Portio mit der Kugelzange bis in den Introitus herabziehen läßt. Andernfalls können sich technische Schwierigkeiten ergeben, die vom geübten Operateur allerdings auch hier immer zu überwinden sein werden. Geradezu zu fordern ist der vaginale Eingriff, wie vorausgehend mehrfach ausgeführt, in Fällen schwerer geistiger Störungen. Die vielfach verbreitete Annahme, daß vaginal nur Frauen sterilisiert werden können, die geboren haben oder zum mindesten weitgehend defloriert sind, besteht nicht zu Recht. Im Gegenteil, Virgines lassen sich meist besonders gut vaginal operieren. Das deshalb, weil keinerlei postpartale oder postinfektiöse Genitalveränderungen vorliegen und weil der Uterus und die fixierenden Ligamente meist gut beweglich und nachgiebig sind. Ein enger Introitus und eine enge Scheide stören nicht. Sie sind jederzeit durch eine meist geringfügige mediane, durch das Hymen, teilweise die Scheide und den hymenalen Anteil des Dammes geführte Episiotomie zu überwinden. Jugendliche bis etwa zum 18. Lebensjahr sollten jedoch besser dem vagi-

nenal Eingriff nicht unterworfen werden. Die Organe, namentlich die Tuben, sind hier noch reichlich zart und zerreiblich.

Hinsichtlich bestehender akuter Gonorrhoe und des Vorliegens der Menstruation sei noch folgendes bemerkt. Bei der Trippererkrankung der Zervix, auch ohne nachweisbare Beteiligung der Tuben, sollte die vaginale Operation vermieden werden. Hier ist Laparotomie und nicht nur mit doppelseitiger Tubenexstirpation, sondern auch mit doppelseitiger Tubeneckenexzision aus dem Uterus erforderlich. Dadurch geht man sonst möglichen Komplikationen (Aufsteigen der Adnexentzündungen u. a.) am zweckmäßigsten aus dem Wege. Auch die Menstruation — will man ihr Aufhören nicht erwarten — sollte die vaginale Operation verbieten. Der abdominale Weg kann natürlich während der Periode jederzeit beschritten werden. Ich habe mich durch die Menses in der abdominalen Sterilisation nie hindern lassen.

Wie die tubare Sterilisation abdominal oder vaginal auszuführen ist, kann hier nicht im einzelnen geschildert werden. Das sind operativ-technische Probleme, die die Fragestellung der vorliegenden Mitteilung übersteigen. Es sei nur erwähnt, daß es sehr viele Methoden der Sterilisation gibt, von denen jedoch die meisten als zu unsicher und zu kompliziert unzweckmäßig erscheinen. Die allgemeinen Forderungen, die an eine Sterilisationsoperation bei der Frau zu stellen sind, lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen: möglichste Lebenssicherheit und Zielsicherheit im Verlauf, möglichste Einfachheit in der Durchführung.

Die Zielsicherheit wird erreicht, indem die Tuben gegenüber den außerordentlich penetrant vordringenden Spermien möglichst dicht abriegeln sind. Das geschieht aus anatomischen Gründen am zweckmäßigsten im Isthmusgebiete der Eileiter. Die Erfahrung lehrt jedoch, daß es technisch außerordentlich schwierig ist, diese Abriegelung wirklich einwandfrei, spermien dicht durchzuführen. Bei dem abdominalen sowie dem vaginalen Vorgehen wird diese Abriegelung aus operationstechnischen Gründen nicht in gleicher Weise durchführbar sein. Da eine spermien dichte Abriegelung des zurückbleibenden uterinen Tubenteiles nicht immer restlos garantiert werden kann, erscheint es erforderlich, den ampullären, ovarialwärts von der Abriegelung gelegenen Tubenteil völlig zu entfernen. Das ist allerdings wiederum nur beim abdominalen Vorgehen operationstechnisch einfach und sicher durchzuführen. Durch die Entfernung der ganzen Tube wird das extrauterine Schwangerschaftsrezidiv so gut wie völlig unmöglich gemacht, denn sollten die Spermien unter den erwähnten Bedingungen doch irgendwie in das Peritonealkavum eindringen (postoperative Tuboperitonealfistel) und das Ei erreichen, so ist die Wahrscheinlichkeit einer Ovarial- oder Peritonealschwangerschaft wohl gleich null, und die Möglichkeit einer Tubenrestgravität bei richtiger Deckung des Stumpfes kaum anzunehmen. Mit einer Ovarialschwangerschaft unter diesen Umständen braucht schon deshalb nicht gerechnet zu werden, weil eine solche bei intakten Genitalwegen so gut wie unbekannt ist. Wieviel befruchtete Eier mögen jedoch bei dem natürlichen Ovulationsgeschehen befruchtet in die Bauchhöhle fallen, um hier dann zugrunde zu gehen?

Die viel gepriesene und demnach auch häufig ausgeführte Tubenquetschung nach MADLENER ist als Sterilisations-

operation nicht empfehlenswert. Sie wird den genannten Grundforderungen der tubaren Sterilisationstechnik lange nicht voll gerecht. Die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit des Passierens der Spermien durch die hier häufig auftretenden Tuben fisteln im Gebiete der Quetschfurche ist nicht gering, ebenso wie die Zurückhaltung der dann befruchteten Eier und ihre Ansiedlung im zurückgebliebenen ampullären Tubenabschnitt nicht von der Hand gewiesen werden kann. Die Madlener-Operation sollte auch deshalb abgelehnt werden, weil sie in Händen nicht mit dem Tubenmechanismus und der ungeheuren Restitutionsfähigkeit der Eileiter vertrauter Operateure vielfach sehr unzulässig, ja direkt falsch ausgeführt wird. Ich habe mehrfach sog. Madlener-Operationen gesehen, die nicht nur mit den operationstechnischen Forderungen ihres Autors nichts zu tun hatten, sondern überhaupt keinerlei Sterilisation waren. Man soll sich nicht verhehlen, daß gerade aus Anlaß der weiten Verbreitung ungenügend ausgeführter Madlener-Operationen in Kürze Schwangerschaftsrezidive nach gesetzlichen „Unfruchtmachungen“ keineswegs zu den Seltenheiten gehören werden.

Bei der vaginalen Sterilisation ist die spermien dichte Abriegelung der Tuben einwandfreier, ja völlig einwandfrei durchzuführen. Das erfolgt dadurch, daß die kurzen uterinen Tubenstümpfe auf die vordere Uterusfläche aufgenäht werden, wo sie von der sekundär aufheilenden Harnblase extraperitonealisiert und völlig verschlossen werden. Bei der vaginalen Methode sollte man demnach auf die Exstirpation der uterinen Tubenecken jedenfalls verzichten. Diese Eingriffe sind hier nicht nur unnütz, sie sind auch, wo sie durchgeführt werden, meist mit starken Blutungen belastet, die sehr zahlreiche, sonst zu vermeidende Unterbindungen erfordern.

Über die von mir an großem Material erprobten und angewandten Sterilisationsverfahren soll an anderer Stelle berichtet werden.

Der endgültige Wert einer Sterilisationsmethode kann nicht, wie das bisher häufig der Fall war, aus ihrer anscheinend zweckmäßigen, sauber durchgeführten und technisch genügend erscheinenden Ausführung abgeleitet werden. Allein maßgebend in dieser Hinsicht ist der allendliche Erfolg des Ausbleibens jeder späteren Schwangerschaft. Ein gewisses frühzeitiges Urteil über den Wert der Methode kann allerdings die salpingographische Prüfung ergeben. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, wie das auch aus der vorhergehenden Darstellung hervorgeht, daß gelegentliche salpingographische Durchlässigkeit für das Kontrastmittel lange nicht einer Rezidivmöglichkeit oder gar Rezidivwahrscheinlichkeit gleichgesetzt werden muß. Die salpingographische Prüfung der verschiedenen tubaren Sterilisationsmethoden hat sehr interessante, teilweise negative Resultate ergeben. Über diese Untersuchungen wird ebenfalls an anderer Stelle berichtet werden. Es sei hier nur erwähnt, daß auch die Tubeneckenexzisionsmethode mit nachfolgender weitgehender Deckung durch das Ligamentum rotundum oder die Plika nicht selten, wenigstens bei der Frühprüfung, nach der Operation salpingographisch versagt. Das sei besonders deshalb festgestellt, weil diese Methode hinsichtlich der Abriegelung gegenüber den Spermien vielfach als die sicherste gilt. Auch bei weitgehender und einwandfreier Ligamentdeckung des zurückbleibenden Isthmusstumpfes der Tube kann diese in den Intra-

ligamentraum hinein durchgängig sein. Bei sonst technisch richtig ausgeführten Sterilisationen dürfte jedoch diese gelegentliche Undichtheit belanglos sein. Das namentlich dort, wo der ampulläre Tubenteil als mögliche Nidationsstelle für eine Extrauterin gravidität prinzipiell mit entfernt wird.

Im ganzen wurden in der Brandenburgischen Landesfrauenklinik bisher 350 Sterilisationen ausgeführt. Hiervon entfallen 305 auf den abdominalen, 45 auf den vaginalen Weg. Unter den abdominalen Sterilisationen sind auch die 2 Probeparotomien geführt. Diesen 350 Operationen stehen 6 Fälle gegenüber, in denen ich aus den oben genannten Gründen eine Sterilisation temporär oder völlig ablehnen mußte. *Alle 350 Frauen sind geheilt entlassen worden.* Demnach kein Todesfall, auch — was besonders erwähnt sei — kein Fall einer Embolie! Unter den Wund- und Heilungskomplikationen finden sich: eine leichte Thrombophlebitis eines Beines, 5 teilweise größere Hämatome der Bauchdecken sowie 9 Bauchdeckenabszesse oder zum mindesten ausgedehntere Sekundärheilungen. In einem Falle eignete sich nach fast komplikationslos verlaufener Operationsrekonvaleszenz, im Anschluß an eine Grippe, eine doppelseitige fieberhafte Lungenerkrankung, die anscheinend in spezifische Wege einlenkt. Die Hämatome — sie entstanden bei schwachsinnigen Frauen durch ständige Unruhe und frühes verbotswidriges Sitzen oder Verlassen des Bettes — weisen darauf hin, daß diese Fälle zweckmäßiger vaginal hätten operiert werden sollen. Die vaginalen Operationen halten, wie bereits erwähnt, solchen Belastungsproben meist erstaunlich gut stand. Bei ihnen erlebten wir 2 unkomplizierte, durch mäßige Blutungen charakterisierte, jedoch schnell restlos schwindende Sekundärheilungen.

Verschlechterungen des psychischen Zustandes im Anschluß an oder bedingt durch die Operation wurden nicht beobachtet. Dagegen erregte die vollzogene Sterilisierung vielfach Freude. Hier zeichneten sich vornehmlich die schwachsinnigen Mädchen aus. Der Grund ihrer Genugtuung war natürlich ersichtlich und braucht nicht näher auseinandergesetzt zu werden! Daß es an Fällen nicht fehlte, bei denen die Unfruchtbarmachung eine schwere psychische Belastung darstellte, versteht sich von selbst. Namentlich Epilepsien mit gelegentlichen leichten Anfällen gehören in diese Kategorie. Es ist Aufgabe des Arztes hier gegenüber den Erbkranken selbst sowie gegenüber ihrer nächsten Verwandtschaft in überzeugender Form einen Ausgleich aus der individuell tragischen Situation zu finden. Das gelingt bei entsprechender Begründung unter Hinweis auf die Verantwortung gegenüber eigener Nachkommenschaft und gegenüber der Zukunft des Volkes meist nicht schwer. Einen einzigen schweren, akuten schizophrenen Schub sahen wir in der Klinik bei einer bisher längere Zeit symptomlosen Frau. Es war das kein Operationsfall, sondern das eine Kollumkarzinom, das mit Radium- und Röntgenbestrahlung behandelt wurde. Der sehr schwere Schub ereignete sich sofort nach der zweiten Radiumeinlage. Das post oder propter hoc dieses Falles blieb natürlich ungeklärt. Nachforschungen über psychische und psychiatrische Spätfolgen der Sterilisationseingriffe sind im Gange. Über sie kann noch nicht berichtet werden.

Da der gesetzlichen Sterilisation vorerst noch Frauen aller fortpflanzungsfähigen Altersklassen unterworfen werden — später werden aus naheliegenden Gründen die zu sterilisierenden Erbkranken fast nur noch in jungem Alter stehen —, finden sich neben Schwangerschaften auch gynäkologische Organkomplikationen.

Unter Fortlassung unwichtiger Befunde bot unser Material in 14% gynäkologische Komplikationen. Das sind 49 Fälle auf

350 Operationen. Es seien folgende Komplikationen genannt: 14 Adnextumoren wechselnder Ausbildung, 14 Ovarialzysten (darunter eine kindskopfgroße), 13 Myome (darunter bis faustgroße subseröse Knoten), 2 Kollumkarzinome, 2 Tubentuberkulosen, 1 Uterus-Scheidenaplasie, 1 rudimentäres atretisches Nebenhorn des Uterus mit beginnender Hämatometra, 1 hochgradige Scheidenstenose sowie 1 Urachuszyste.

Beim Vorliegen von Organkomplikationen erhebt sich die Frage nach der Notwendigkeit und Berechtigung von gynäkologischen Nebenoperationen. Dieses Problem der Nebenoperationen wird gesetzlich in keiner Weise berührt und ist noch völlig unregelt. Wer Nebenoperationen ausführt, macht sie demnach auf eigene Gefahr und Verantwortung. Es ist dringend anzuraten, mit Nebenoperationen so zurückhaltend wie irgend möglich zu sein. Die Maßnahme einer gesetzlichen Sterilisierung deckt sich keineswegs mit den operativen Indikationen zur Behandlung der landläufigen gynäkologischen Krankheitsfälle. Dessenungeachtet wird der Operateur an einzelnen Organkomplikationen aus ärztlichem Pflichtgefühl heraus nicht untätig vorüber können. Einen Ovarialtumor, ein gestieltes Uterusmyom, ein atretisches Nebenhorn mit Hämatometra, eine Urachuszyste im Bauchschnittsgebiet wird jeder Operateur mitzuentfernen vor seinem ärztlichen Gewissen sich für verpflichtet halten. Auch ich habe so gehandelt. Droht der Eingriff durch die Nebenoperation jedoch größer zu werden, sodaß er offensichtlich die Operationsprognose beeinflussen könnte, so sollte er nach Möglichkeit unterlassen werden. Nur in seltenen Fällen (Ovarialkarzinom u. a.) wird er auch hier, trotz des wachsenden Risikos, nicht recht vermieden werden können. Die Frage einer chronisch kranken Appendix, aufgedeckt bei der Sterilisierung, wird schon wesentlich schwieriger! Allgemeine Richtlinien sind in der Frage der Nebenoperationen noch nicht aufzustellen, weil die Erfahrungen noch zu gering sind und die Rechtslage völlig ungeklärt ist. Jedenfalls aber ist größte Vorsicht am Platze.

Aus dem Zusammenspiel der Tatsachen, daß einmal die Unfruchtbarmachung nicht mit den sonstigen gynäkologischen Indikationen gemessen werden darf, daß dann aber auch in gewissem Sinne eine ärztliche Handlungsnotwendigkeit gegenüber den Komplikationen besteht, wird im Einzelfalle die jeweilige Stellung des Operateurs gegenüber den Organkomplikationen sich ergeben. In jedem Fall von Nebenoperationen sind diese natürlich auf der gesetzlich geforderten Anzeige an den Amtsarzt und das Gericht zu verzeichnen.

Daß bei der Feststellung von Genitalkarzinomen bei zur Sterilisation eingewiesenen Erbkranken die Krebsbekämpfung die ganze Situation zu beherrschen hat und der Eingriff einer Tubensterilisation demnach fortfällt, ist selbstverständlich. Das um so mehr, als jede Therapie eines Genitalkarzinoms, sei sie operativ oder strahlentechnisch, zugleich die nachfolgende Sterilität bedeutet. In solchen Fällen hat der Operateur natürlich auf eigene Verantwortung zu handeln, wobei er sich zugleich ohne Zeitverlust mit dem zuständigen Amtsarzt in Verbindung setzen wird. Die spätere Anzeige an den Amtsarzt und das Gericht berichtet über die Karzinomtherapie, die hier zugleich kausaler Sterilisierungseingriff war.

Wichtig ist noch die Frage: Gravidität und Sterilisierung. In den ersten 3—4 Monaten der Schwangerschaft kann ohne Furcht vor technischen Schwierigkeiten und Komplikationen

sowie vor Schwangerschaftsunterbrechung sterilisiert werden. Wir verfügen über 3 Fälle dieser Art. Eine gegenteilige Ministerialverfügung schießt mit der Herausstellung angeblich hier gegebener Gefahren offensichtlich über das Ziel hinaus. Wir haben kürzlich eine Frau entbunden, die erst noch in der Mitte der Schwangerschaft andernorts sterilisiert wurde. Das halte ich für ein zu radikales Vorgehen, das gelegentlich Geburtsschwierigkeiten veranlassen könnte. Wenn das Erbgericht Hamburg Sterilisierung und Schwangerschaftsunterbrechung in bestimmten Fällen vereint anzuordnen sich für berechtigt hält, so kann ich diesem Vorgehen nicht zustimmen. Die eugenische Schwangerschaftsunterbrechung ist augenblicklich noch in keiner Form gesetzlich freigegeben. Ob sie in bestimmter Umgrenzung kommen sollte oder gar kommen wird, darf vorerst die erbgesundheitsgerichtliche Entscheidung in keiner Weise beeinflussen.

Auch die Frage, wann nach erfolgter Geburt bei bereits bestehender Rechtskraft eines Sterilisierungsbeschlusses die Operation zu erfolgen hat, ist klinisch noch nicht geklärt. Ich habe hierbei 5—6 Wochen nach der Geburt gewartet und dann operiert. Hierbei fand ich wechselnd zurückgebildete, gelegentlich noch recht hyperämische und zerreißliche Organe. Aus diesem Grunde sollte post partum auch unbedingt abdominal vorgegangen werden. Es besteht aber auch die Neigung, die Sterilisation am Tage nach der Geburt auszuführen (SKAJAA). Wechselnde klinische Gesichtspunkte (Infektionsmöglichkeit, Thromboseneigung u. a.) können hier pro und contra angeführt werden. Es muß schließlich auch mit der

Tatsache gerechnet werden, daß, falls die Sterilisierung nach der Geburt auf einige Wochen hinausgeschoben wird, eine erneute Schwangerschaft eintreten kann. Auch hier demnach noch keine allgemeingültigen Gesichtspunkte.

Als letzte Frage sei noch die nach dem Anfangsalter der Sterilisationen gestellt. Ich habe mehrfach bereits 13- und 14-jährige Mädchen sterilisiert, bei denen teilweise die Menarche noch nicht einmal eingesetzt hatte. Von anderer Seite wird dieses Vorgehen als verfrüht bezeichnet. Mir erscheint die Sterilisierung in jugendlichem Alter jedoch nicht ungünstig, denn sie läßt sich hier anscheinend mit einem Minimum an psychischer Emotion durchführen und ist dazu keinesfalls technisch schwieriger als in späteren Jahren. Warum also warten, bis die Periode einsetzt, wenn diese und demnach die Fortpflanzungsfähigkeit nach dem Zustande der Genitalien früher oder später bestimmt zu erwarten ist.

Nur einige hauptsächlichste Gesichtspunkte der Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung konnten hier berührt werden. Überall finden sich noch offene Fragen und ungelöste Probleme. Die ständig wachsenden Erfahrungen sind zu sammeln und zusammenzutragen, damit bald begründete Richtlinien eines allgemein einzuhaltenden Vorgehens in der bedeutungsvollen Sterilisationsfrage herausgestellt werden können.

Der Erbarzt, Beilage zum Deutschen Ärzteblatt. — A. MAYER, Zbl. Gynäk. 1934 Nr. 34. — B. OTTOW, Zbl. Gynäk. 1934 Nr. 39. — BÖHM, Z. Med.beamte 1934 Nr. 8. — A. MAYER, M. Kl. 1935 Nr. 1. — MATZNER, M. Kl. 1935 Nr. 1. — B. OTTOW, Z. Med.beamte 1935 Nr. 2.

(Anschr. des Verf.: Berlin-Neukölln, Mariendorfer Weg 28/38)

## Die Entmannung als Sterilisierungs- und Sicherheitsmaßregel gegen gefährliche Sexualverbrecher\*

Von Med.-Rat Dr. AUGUST SCHLEGEL, Leiter des Staatlichen Krankenhauses beim Untersuchungsgefängnis in Berlin-Moabit

Das *altgermanische Strafrecht*, dessen Grundlinien von AMIRA in seinem umfassenden Werke genau erfaßt worden sind, erkannte bereits die *Notzucht als todeswürdig* an. Sie war der Ausfluß schändlichster Gesinnung und das Werk eines *Entarteten*, der als solcher dem Haß seines Volkes verfallen war. Die Tat der Notzucht gehörte zu den Neidingswerken. Nach Auffassung der alten Germanen war diese Tat in ihrer Anlage bereits angeboren. Den schlechten Menschen erkannte man dann an seinem „Galgengesicht“ und sonstigen körperlichen Entartungserscheinungen, die als Ausdruck einer entarteten Seele Geltung hatten.

Auch unter anderen hochstehenden Völkern finden wir den Grundsatz vertreten, die Verbrecher gegen die Sittlichkeit mit dem Tode zu bestrafen. Es ist dies bestimmt die radikalste Methode gewesen, um die Volksgemeinschaft von solchen Elementen und Schädlingen einer entarteten Sippe zu befreien.

Wenn wir heute die Säuberung unserer Rasse von solchen Sittlichkeitsverbrechern erstreben, so geschieht es in dem gleichen Gedanken wie bei unseren Vorfahren, daß solche Menschen, die durch Anlagedefekte in ihrer Erbmasse Verbrecher sind, von der weiteren Fortpflanzungsfähigkeit innerhalb unseres Volkes ausgeschaltet werden müssen.

Damit aber das Volk nicht die Last des Lebensunterhalts

für derart ausgeschaltete Elemente zu tragen hat, wird durch Arbeitszwang für das Volksganze oder durch Selbstleistung innerhalb der Volksgemeinschaft diesen Sittlichkeitsverbrechern ihr weiteres Existieren belassen.

Die große Aufgabe, diese Sittlichkeitsverbrecher als Erbmasse aus dem Volk auszuschließen und gleichzeitig den verbrecherischen Trieb zu beseitigen, fällt dem Chirurgen anheim. Zum allerersten Male in der Geschichte ist der Chirurg dazu bestimmt, durch seinen Eingriff einen verbrecherischen Trieb vom Menschen zu nehmen, um diesen Menschen wieder als brauchbaren Teil in das Volksganze hineinzustellen.

Wenn der Chirurg durch die Operation in die biologischen Geschehnisse des menschlichen Körpers eingreift, so weiß er aus seiner Erfahrung heraus, wo die Grenzen seines Eingriffs ihm gezogen sind. Seine Aufgabe ist es, funktionsstörende Veränderungen im Organsystem abzustellen oder unbrauchbare Organeile zu entfernen. Solche Organe oder Organeile können sowohl durch ihre Unterfunktion zu krankhaften Erscheinungen am menschlichen Organismus und zur Entartung des Menschen führen.

So kennen wir die Überfunktion der Schilddrüse und ihre Krankheitserscheinungen. Wir wissen, daß der Ausfall eines Teiles der Speicheldrüsenfunktion zum Diabetes führt. Die Nebennierenrinddrüsen sind durch ihren Einfluß auf das ganze Kreislaufsystem bekannt.

\* Vortrag, gehalten in der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 13. II. 1935.