

wird ein uteruswärts gestielter, kleiner Serosalappen von 1 cm Länge umschnitten (Abb. 2) und von dem sofort hervortretenden weißlichen Tubenkanal abgelöst, bis der Eintritt desselben in die Uterusmuskulatur vorliegt (Abb. 3). Mit einem kleinen keilförmigen Schnitt wird dann der Kanal aus der Muskulatur ausgeschnitten und das ampulläre Ende mit einer KOCHERSchen



Abb. 4

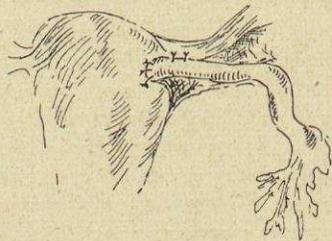


Abb. 5

Klemme gefaßt. Teils stumpf, teils unter Nachhilfe mit kleinen Scherenschnitten wird nun das periphere Ende aus seiner Serosahülle auf 1—2 cm Länge ausgelöst und mit einem feinen Katgutfaden unterbunden (Abb. 4). In der Tiefe der kleinen keilförmigen Wunde, die mit 2 Knopfnähten verschlossen wird, muß gewöhnlich ein an der Uteruskante aufsteigendes Gefäß gefaßt und unterbunden werden. Jetzt klappt man den kleinen

Serosadeckel über die Ausschneidungsstelle herunter und vernäht ihn mit einigen feinen Katgutknopfnähten hinten mit der hinteren Serosafläche des Uterus, unten und vorn mit dem Peritoneum zwischen Ligament und Tube. Auf den so glatt auf die Uteruskante aufgenähten Serosalappen wird dann das Ende des Serosatrichters der Tube mit einigen Nähten aufgepflanzt. Bleiben noch kleine Serosalücken bestehen, so läßt sich leicht das uterine Ende des Mutterbandes zu lückenloser Peritonealisierung heranziehen. Der Endzustand zeigt außer einigen feinen Knopfnähten scheinbar das vollständig normale, anatomische Bild eines Genitales (s. Abb. 5). In gleicher Weise wird auf der andern Seite verfahren. Geht man so vor, so dürfte die Gefahr einer Adhäsionsbildung so gut wie ausgeschlossen erscheinen. Daß eine so behandelte Tube durch den Serosadeckel hindurch wieder wegsam wird, erscheint mir ausgeschlossen. Wichtig ist, daß man kleine Instrumente und besonders feinste Nadeln benutzt, um jede unnötige Schädigung zu vermeiden. Bei den kleinen Verhältnissen ist die Sache sowieso etwas „knifflig“. Liegt der Wurmfortsatz gerade leicht erreichbar zugänglich, so entfernen wir ihn mit. Über unsere, bisher spärlichen Fälle, zu denen kürzlich wieder ein neuer gekommen ist, hat BRAUN (3) schon berichtet. Ich verweise auf seine Veröffentlichung, in der auch die rassenhygienische und rechtliche Seite der Frage kurz besprochen ist.

1. Kl. W. 1923 Nr. 42 S. 1962. — 2. Die Familie Kallikak. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung H. 116. Hermann Beyer & Söhne. Langensalza 1914. — 3. Zbl. Chir. 1924 Nr. 3.

Die Sterilisation beim Manne

Von Prof. H. F. O. HABERLAND in Köln

Das deutsche Sterilisationsgesetz wirft von neuem die Frage der Technik der Sterilisation beim Manne auf. Bereits in meinen ersten Arbeiten aus dem Jahre 1921 hatte ich die Folgen der STEINACHSchen Operation, welche in engster Beziehung mit der männlichen Sterilisation steht, eingehend besprochen. Die Weltliteratur teilt zahlreiche Fälle mit, in denen nach Unterbindung des Samenstranges plötzlich schwerste Schädigungen, wie psychische Störungen usw., auftreten. Auch über Reflextod wurde nach Unterbindung des Samenstranges berichtet. Ferner ist es bekannt, daß sich nach Eingriffen an den Genitalien postoperativer Ileus bilden kann, auch wenn das Peritonäum nicht eröffnet wurde.

Alle diese Schädigungen lassen sich durch nachstehendes operatives Vorgehen mit *Sicherheit* vermeiden. Stets operiere man in Lokalanästhesie, weil dadurch reflektorische Störungen während der Operation fortfallen. Niemals Querschnitt, sondern immer Längsschnitt parallel zum Samenstrang, um die Nerven, Blutgefäße und Lymphgefäße tunlichst zu schonen. Die Verletzung der Nerven des Funiculus spermaticus ruft Schädigungen am Hodenparenchym hervor mit innersekretorischen Störungen und damit Gefahr psychischer Veränderungen. Ähnliches gilt von Lymphstauungen und Zirkulationsveränderungen. Bei der Freilegung des Samenstranges in der Leistenbeuge am Ausgange des Annulus inguinalis subcutaneus darf der Samenstrang weder gezerrt noch gequetscht werden. Der Ductus deferens ist mit Leichtigkeit als derber Strang zu fühlen. Ohne die ihn begleitenden Nerven und Gefäße zu fassen oder zu verletzen, gelingt seine Präparation auf 4 cm ohne Mühe. Jetzt hat der Chirurg *das sympathische Geflecht um den Ductus deferens sorgfältig abzuräubern*, teils scharf, teils stumpf, wie wir es bei der periarteriellen Sympathektomie zu tun pflegten.

Diese von mir angegebene periduktumdeferentielle Sympathektomie ist unter allen Umständen auszuführen, damit beim Verschuß des proximalen Anteils des Ductus deferens in die Ligatur kein Nerv mit eingebunden wird. Denn sonst löst die Ligatur des Ductus deferens andauernd einen reflektorischen Reiz aus, der sich im Laufe der Zeit sehr ungünstig auswirken kann.

Unmittelbar distal von der Ligatur wird der in obiger Weise präparierte Samenleiter durchschnitten und auf mindestens 3 cm reseziert. An den peripheren Stumpf darf keine Ligatur kommen, damit nicht eine Stauung des Hodensekrets eintritt. Ebenso darf man die Resektion des Ductus deferens nicht zu weit unten vornehmen und nicht zu nahe am Nebenhoden, weil dadurch ebenfalls Störungen eintreten können, wie ich sie seinerzeit beschrieb. Nach Schluß der Wunde pflegt noch mehrere Tage sich Sekret aus dem peripheren offenen Samenleiter zu entleeren. Aber allmählich verodet diese Öffnung im Samenleiter und vernarbt. Weil die Spermatozoen nach unseren Untersuchungen noch 8 Wochen in den Samenblasen lebensfähig bleiben, so darf *der Zwangssterilisierte erst 3 Monate nach dem Eingriffe den Geschlechtsverkehr wieder beginnen*, nachdem er inzwischen mindestens 6mal ausgiebige Ejakulation hatte.

Von der einfachen Unterbindung des Samenstranges raten wir dringend ab, weil dieser Eingriff die STEINACHSche Operation bedeuten würde. Experimente lehren, daß nach der Unterbindung des Samenstranges mit einem Seidenfaden der Ductus deferens wieder durchgängig wurde. Beachten wir diese technischen wichtigen Einzelheiten, so gestaltet sich der Eingriff der Sterilisation beim Manne als vollständig unschädlich.

Die Stellung des Arztes im Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Von Dr. HEINRICH LINDENAU, Vizepräsident des Oberverwaltungsgerichtes i. R.

Der Unfruchtbarmachung eines erbkranken Menschen muß nach dem Gesetze vom 14. VII. 1933 ein gerichtliches Verfahren vorausgehen, das dem Arzte eine Reihe wichtigster Aufgaben zuteilt. Sie dienen zwar durchweg demselben Endzwecke, aber unter sehr abweichenden Gesichtspunkten. Dies wird schon äußerlich an den verschiedenen Stellungen sichtbar, in denen das Gesetz die Mitwirkung des Arztes vorsieht.

Zum ersten Male in der Reichsgesetzgebung erscheint der Arzt als *Richter*. Die Erbgesundheitsgerichte, die den Amtsgerichten angegliedert werden und über die Zulässigkeit der Unfruchtbarmachung entscheiden, bestehen aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist