

retisch noch möglich, praktisch aber mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist. Hier scheiden sich die Geister: der eine wird sagen: „Nach § 1 kann ich unfruchtbar machen, also bin ich dazu verpflichtet“, der andere: „Nach § 1, kann' ich unfruchtbar machen, bei Berücksichtigung aller Umstände, insbesondere der Lebensführung, ist nach menschlichem Ermessen kein Nachwuchs mehr zu erwarten, also ist die Unfruchtbarmachung entbehrlich.“ Meine Herren, ich möchte mich absichtlich einer näheren Abwägung beider Auffassungen hier enthalten und mich auf die Bemerkung beschränken, daß ich mich für die zweite entschieden habe.

Die *Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte* ergehen in Beschlußform, erhalten eine schriftliche Begründung und werden den Betroffenen oder ihren gesetzlichen Vertretern zugestellt. Gegen sie ist die Beschwerde an das Erbgesundheitsobergericht gegeben, welches endgültig entscheidet.

Nun braucht eine Entscheidung ja nicht immer gleich auf Anordnung oder Ablehnung der Unfruchtbarmachung zu lauten, kann vielmehr auch in einem Beweisbeschluß ausgehen, mit welchem die Einholung eines Sachverständigen-gutachtens, auch die Beobachtung des Erbkranken in einer Anstalt angeordnet wird. Auch diese Zwischenentscheidungen nehmen mit der oben angedeuteten Entwicklung der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit immer zu, wie überhaupt mit einer Verlangsamung dieser Rechtsprechung gerechnet werden muß, sobald die seit langem verhandlungsreifen Anstaltsfälle ihre Erledigung gefunden haben werden.

Ergeben sich nach Rechtskräftigwerden der Entscheidung noch Tatsachen, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhalts erforderlich machen, so muß das Verfahren auch ohne Antrag von Amts wegen wieder aufgenommen werden. Weist der Beschwerdeberechtigte nach, daß er ohne Verschulden die einmonatige Beschwerdefrist versäumt hat, so wird ihm Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt.

Auch nach rechtskräftigem Abschluß des Verfahrens wird die Durchführung des Eingriffs ausgesetzt, wenn durch das Zeugnis des Amtsarztes nachgewiesen wird, daß die Durchführung mit Lebensgefahr verbunden wäre, ferner auf Antrag

des Erbkranken, wenn er sich auf seine Kosten in eine geschlossene Anstalt begeben hat.

Ist das Verfahren vor Gericht rechtskräftig abgeschlossen, dann geht die Initiative wieder auf den schwerkgeprüften Kreisarzt über. Dieses Stadium überschreitet mein Thema. Ich möchte nur erwähnen, daß der Eingriff nicht vor Vollendung des 14. Lebensjahres erzwungen werden kann.

Die *Gerichtskosten* trägt der Staat. Die *Gerichtsakten* werden an das Reichsgesundheitsamt abgegeben.

Eine Besonderheit des Erbgesundheitsverfahrens habe ich dem Schlußwort vorbehalten: Zum erstenmal wirken Juristen und Ärzte zusammen — nicht getrennt durch die Barre, sondern hinter der Barre vereint an einem Tisch. Gewiß, auch sonst, wo Ärzte als Sachverständige vor Gericht erscheinen, ziehen Richter und Arzt — von ganz hoher Warte gesehen — beide an einem Strang in majorem Iustitiae gloriam, nur wird diese Gemeinsamkeit der Zielsetzung dort nicht so sinnfälliger, eben weil die Barre sie trennt, wodurch zudem leicht als Gegensätzlichkeit erscheint, was in Wirklichkeit nur Verschiedenheit des Blickpunkts ist.

Auch für die gemeinsame Tätigkeit in *Erbgesundheits-sachen* sind mitunter Zweifel laut geworden, ob nicht die Mitwirkung eines Nichtarztes der sachgemäßen Abwicklung dieser ja doch rein medizinischen Angelegenheit abträglich sein könnte, insbesondere wegen der Bestimmung des Gesetzes, daß, wenn die ärztlichen Richter nicht zur Einigung kommen, die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt. Diese an sich ja nahe-liegenden Bedenken glaube ich nicht nur auf Grund meiner persönlichen Überzeugung, sondern auch auf Grund dessen, was in Juristenkreisen zu dieser Frage geschrieben worden ist, dahin zerstreuen zu können, daß kein Vorsitzender daran denken wird, medizinische Fragen zu entscheiden.

Andererseits kann die Tätigkeit bei den Erbgesundheitsgerichten mit ihrem täglichen Meinungs-austausch zweier Berufe dazu beitragen, das Verständnis für die Sorgen und Nöte des anderen Berufs zu wecken und zu fördern, sodaß diese Zusammenarbeit sich auch über den hier gesetzten Aufgabenkreis hinaus segensreich auswirken kann.

(Anschr. des Verf.: Berlin-Lichterfelde, Promenadenstr. 15 a)

Die Unfruchtbarmachung des Mannes*

Von Prof. E. GOHRBANDT in Berlin

Wenn ich Ihnen heute eine kurze zusammenfassende Darstellung über die Unfruchtbarmachung des Mannes geben darf, so möchte ich mich dabei auf die Operationen beschränken, die wir als die sog. *Sperroperationen an den Samenleitern* bezeichnen. Wenn wir auf Grund des *Gütt-Rüdin-Rutkeschen* Gesetzes nur die Unfruchtbarmachung des Mannes und nicht gleichzeitig eine Änderung des Geschlechtscharakters erreichen wollen, so beschränken wir uns auf die Sperroperation am Vas deferens, die darin besteht, daß das Vas deferens an einer Stelle so unterbrochen wird, daß die Durchgängigkeit für die Spermatozoen unmöglich ist. Derartige Operationen sind uns schon seit längerer Zeit bekannt, wurden aber ursprünglich nur zu Heilzwecken ausgeführt.

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

Die Sperroperation des Vas deferens kann in der einfachen *Vasoligatur*, in der *Vasektomie*, der *Zerstörung* des auskleidenden Epithels durch Verschorfung, in der *Abquetschung* der Samenleiter und in der *Vasofissur* ausgeführt werden. Ich glaube, daß sich bei uns die von LENNANDER und HELFERICH angegebene *Vasektomie*, die Resektion eines Stückes aus dem Samenleiter, als Operation der Wahl eingeführt hat.

Es ist nun Pflicht und Aufgabe für uns Chirurgen, einmal dafür Sorge zu tragen, daß die Sterilisation unbedingt sicher durchgeführt wird, und daß ferner der operative Eingriff möglichst klein gestaltet wird, ohne daß der Patient Schaden an Leib oder Seele dabei nehmen könnte. Von diesen beiden Gesichtspunkten aus: *Wie führen wir die Sterilisation sicher aus und wie gestalten wir den Eingriff möglichst klein ohne Schädigung des Patienten*, werde ich meine Betrachtungen anstellen.

Genügt es also, ein Stück des Vas deferens auf jeder Seite zu resezieren, um die Sterilisation eines Mannes durchzuführen? Über diese Frage ist bereits ein großer Streit entstanden. BOEMINGHAUS und BALDUS haben als erste behauptet, daß die einfache Unterbindung des Vas deferens nicht genüge, da sich in den Samenblasen und in der Ampulle des Vas deferens nach der Unterbindung noch lebensfähige Spermatozoen befinden könnten, die imstande seien, eine Befruchtung herbeizuführen.

Sie stützen sich hierbei auf die Arbeiten von REGNERUS DE GRAF, der schon 1668 in einer Arbeit über die Physiologie der Samenblasen feststellte, daß eine samenblasenwärts in das Vas deferens eingespritzte Flüssigkeit zunächst die Samenblasen anfülle, und somit die berechnete Auffassung vertrat, daß auch die Spermatozoen wenigstens zum Teil erst in die Samenblasen gelangen. Aus der Arbeit von BOEMINGHAUS ist einwandfrei zu ersehen, daß bei Einspritzung eines Kontrastmittels sich zunächst die Samenblasen füllen. Ich möchte aber ausdrücklich hervorheben, daß die Füllungsverhältnisse in der eben beschriebenen Weise nur beim Menschen vorhanden sind und nicht bei den Tieren; da liegen die Verhältnisse häufig ganz anders. Wir müssen also auf Grund dieser Kenntnisse zunächst einmal annehmen, daß die Samenfäden in die Samenblasen gelangen und sich dort eine Zeitlang lebensfähig erhalten können. Von einer großen Anzahl von Autoren wird allerdings diese Ansicht bestritten, und es ist besonders SCHÜLLER aus der Freyschen Klinik in Düsseldorf, der die Ansicht vertritt, daß die Samenblasen gar nicht als Rezeptakulum aufgefaßt werden dürfen. SCHÜLLER stützt sich dabei in erster Linie auf die Arbeiten und Untersuchungen von SOBOTTA, der bei mehr als einem Dutzend Hingerichteter zwischen dem 21. und 29. Lebensjahr niemals in den Samenblasen Spermatozoen fand. Ich kann mich, ganz abgesehen von anderen widersprechenden Mitteilungen aus der Literatur, diesem Standpunkt nicht anschließen und habe in unserem Pathologischen Institut durch PETRI feststellen lassen, wie es mit dem Vorhandensein von Spermatozoen in den Samenblasen ist. Ich habe die Versicherung bekommen, daß in allen Fällen in den Samenblasen Gestorbener Spermatozoen gefunden worden sind. Ein viel größerer Beweis ist mir aber der, daß wir bei Patienten nach der Vasektomie Ejakulate untersuchen konnten, in denen zahlreiche Spermatozoen gefunden wurden, sodaß ich diese positiven Befunde höher bewerten möchte als die negativen und es immerhin für möglich halte, daß die Zeugungsfähigkeit eines Vasektomierten noch einige Zeit nach der Operation erhalten bleibt.

Wenn ich auch vorher kurz erwähnt habe, daß bei den Tieren vielfach andere anatomische Verhältnisse zugrunde liegen, so habe ich doch einen Tierversuch folgendermaßen angestellt, den ich Ihnen nicht vorenthalten möchte: Bei einem Kaninchenbock sind Anfang September beide Vasa deferentia reseziert worden. Die mikroskopische Untersuchung dieser resezierten Stücke ergab, daß es sich tatsächlich bei der Resektion um Stücke des Samenleiters gehandelt hat. Im Dezember, also 3½ Monate später, ist dieser Kaninchenbock dann mit einem weiblichen Kaninchen zusammengebracht worden, und zwar mit dem Erfolg, daß das Kaninchen zu der richtigen Zeit, nachdem es mit dem Bock zusammengebracht worden war, lebende Junge zur Welt gebracht hat. Ich

möchte ausdrücklich noch betonen, daß hier eine Verwechslung, daß z. B. ein fremder Kaninchenbock der Vater sein könnte, ausgeschlossen ist, denn es hat sich bei uns in dem Kaninchenstall zu der für die Konzeption in Frage kommenden Zeit kein Kaninchenbock befunden, bei dem nicht die Vasektomie ausgeführt worden wäre.

Wie lange die Spermatozoen in den Samenblasen lebensfähig bleiben, steht allerdings nicht fest. Wir wissen aber auf Grund zahlreicher Befunde und Mitteilungen aus der Literatur, daß die Spermatozoen sich monatelang, wenigstens bis zu 6 Monaten, lebensfähig in den Samenblasen erhalten können.

Ich glaube also, daß wir unserer Pflicht nicht genügen, wenn wir einem Patienten nur die Vasa deferentia unterbinden. Wir müssen auch Sorge dafür tragen, daß die in den Samenblasen vorhandenen Spermatozoen abgetötet werden. Bei Patienten, die dauernd in geschlossenen Anstalten oder längere Zeit inhaftiert sind, spielt das ja keine Rolle. Aber der größte Teil unserer Patienten kommt doch nur für wenige Tage ins Krankenhaus und wird nach der Vasektomie wieder entlassen. Es genügt sicher nicht, diesen Patienten, die ja vielfach für ihr Handeln nicht volle Verantwortung tragen können, den geschlechtlichen Verkehr für einige Monate zu verbieten. Wir müssen dafür Sorge tragen, daß Patienten, die dem öffentlichen Leben wiedergegeben werden, schlagartig zeugungsunfähig werden. Und diese völlige Sterilisation, d. h. auch das Abtöten der in den Samenblasen vorhandenen Spermatozoen kann dadurch erreicht werden, daß wir in das den Samenblasen zu gelegene Ende des Vas deferens eine Flüssigkeit einspritzen, die in die Samenblasen gelangt und die dort vorhandenen Spermatozoen abtötet.

Es ist das Verdienst von BALDUS, an der Klappschen Klinik unter BOEMINGHAUS alle hierfür in Frage kommenden Flüssigkeiten untersucht zu haben, und es ist wohl richtig, daß in der Rivanollösung in einer Verdünnung von 1 auf 1000 das Idealmittel zu erblicken ist. Ich selbst habe früher zur Injektion eine 2–3%ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum benutzt, benutze jetzt aber auch nur noch die 1‰ Rivanollösung. Diese Einspritzung ist sehr leicht auszuführen, und man kann sich den kleinen Eingriff der Injektion dadurch wesentlich erleichtern, daß, wie BOEMINGHAUS es vorgeschlagen hat, man das Vas deferens nicht ohne weiteres durchtrennt, sondern nur schräg anschneidet. Man findet dann sehr leicht das Lumen und kann ohne Schwierigkeiten eine stumpf abgeschliffene Kanüle einführen.

Die Frage, wieviel eingespritzt werden soll, hängt von der Kapazität der Samenblasen ab. Diese ist nun nicht immer gleich groß, sondern sie schwankt zwischen 2 und 20 ccm. Unsere Aufgabe muß es natürlich sein, die Samenblasen durch die Injektion so weit zu füllen, daß die Schleimhautfalten ausgeglichen werden, damit auch die in den Falten und Winkeln sitzenden Spermatozoen von der Injektionsflüssigkeit getroffen werden. Sie sollen aber auch nicht so stark gefüllt werden, daß ein gewaltsamer Übertritt der Flüssigkeit in die Harnröhre erzwungen wird, denn wenn das Abfließen aus den Samenblasen einmal begonnen hat, bleibt gewöhnlich nur wenig zurück. Um den richtigen Füllungsgrad zu erhalten, bin ich so vorgegangen, daß ich mit einer 20 ccm-Spritze die Injektion nur langsam vornahm, bis die Patienten über einen beginnenden Druck in der hinteren Harnröhre und

über Drang zu urinieren klagten. Man kann sich durch rektale Untersuchung sehr leicht davon überzeugen, daß mit dem Beginn dieser Symptome die Samenblasen gefüllt sind.

Von den *Gegnern dieser Einspritzungen* wird nun angeführt, daß durch das Einspritzen unter Umständen doch Reizerscheinungen auf die Samenblasen hervorgerufen werden könnten. Ich selbst habe nie eine derartige Reizerscheinung gesehen und habe auch in der Literatur nichts darüber finden können, obwohl doch viele Tausende von Einspritzungen bereits durchgeführt worden sind. Die Hauptsache ist natürlich, daß man langsam und vorsichtig einspritzt, dann ist die Injektion gefahrlos und reizlos. Selbstverständlich muß man nun das Ende des Samenleiters, in das eingespritzt worden ist, *unterbinden*, damit ein Zurückfließen der Rivanollösung aus dem Samenleiter unmöglich ist.

Es möchte nun fast den Anschein erwecken, als wenn wir unsere Pflicht dem Staat gegenüber, wenn wir die Vasa deferentia unterbunden und in die Samenblasen die Injektion gemacht haben, erfüllt haben. Gewiß, zunächst ja, aber wer garantiert uns dafür, daß nicht doch ein Patient, der vielleicht zwangsmäßig gegen seinen Willen sterilisiert worden ist, sich seine Vasa deferentia nicht wieder zusammenoperieren läßt? Daß die Möglichkeit besteht, durchtrennte Vasa deferentia auch nach längerer Zeit wieder zusammenzunähen und so, daß sie durchgängig bleiben, muß als Tatsache hingestellt werden.

Es sind genug derartige Fälle in der Literatur bekannt. Ich selbst habe vor einigen Jahren einem Patienten, dem aus anderen Gründen doppelseitig das Vas deferens unterbunden worden war, die Naht der Vasa deferentia ausgeführt, und zwar mit dem Erfolg, daß wir 4 Wochen nach der Operation lebensfähige Spermatozoen bei dem Patienten gefunden haben, leider aber auch mit dem Erfolg, daß er 8 Monate später, als er eine Gonorrhoe akquirierte, eine Epididymitis gonorrhoeica bekam. Man muß bei dieser Naht der Vasa deferentia so vorgehen, daß man nach Resektion der Stumpfen in die offenen Lumina Katgutfäden einführt. Dann kann man mit sehr feinen Nähten, mit denen man sonst vielleicht Blutgefäße näht, die Vasa deferentia aneinandernähen, ohne daß eine Einengung des Lumens zurückbleibt.

Wir müssen also meiner Ansicht nach, da die rein technische Möglichkeit, die durchtrennten Vasa deferentia wieder zu vereinigen, besteht, auch die Fürsorge treffen, daß eine solche Nachoperation unmöglich ist. Und das erreichen wir am besten dadurch, daß wir nicht nur ein kurzes Stück des Vas deferens, sondern ein *möglichst großes Stück von wenigstens 6 cm Länge* entfernen. Dann stößt die Wiedervereinigung auf so große Schwierigkeiten, daß man mit ihrer Möglichkeit nicht rechnen kann.

Vorbedingung für die ganzen Sperroperationen am Vas deferens ist natürlich, daß am Vas deferens selbst operiert wird und nicht etwa vielleicht an einem nekrotisierten Blutgefäß. Vor wenigen Monaten ist aus der Klinik von SCHMIEDEN in Frankfurt von JUNGHANNS die Forderung aufgestellt worden, durch eine mikroskopische Untersuchung sich davon zu überzeugen, daß auch wirklich das Vas deferens reseziert wurde. Ich glaube wohl, daß einem erfahrenen Chirurgen der Irrtum einer Verwechslung nicht unterlaufen darf, und würde es deshalb für viel wichtiger halten, zu fordern, daß die Vasektomie, die ja an und für sich nur einen kleinen Eingriff

darstellt, von einem erfahrenen Chirurgen gemacht wird, der uns eben die Garantie dafür gibt, daß sie richtig ausgeführt wird. Ich bin aber trotzdem gern bereit, auch dafür zu stimmen, daß mikroskopisch der Beleg erbracht wird, daß wirklich das Vas deferens und nicht ein anderes Gebilde reseziert worden ist.

Sie haben nun gesehen, welche Aufgaben wir *dem Staat gegenüber* zu erfüllen haben, wollen wir eine schlagartige, dauernde und nicht mehr zu reparierende Sterilität beim Manne ausführen. Und nun zu den Verpflichtungen, die wir *dem Patienten gegenüber* haben.

Die *Operation* muß selbstverständlich so schnell wie möglich und absolut schmerzlos ausgeführt werden. Es wird wohl nur in ganz großen Ausnahmefällen notwendig sein, in Vollnarkose zu operieren, und man wird fast immer mit *örtlicher Betäubung* auskommen können. Auch zu dieser örtlichen Betäubung braucht man ja höchstens zu jeder Seite 5–10 ccm einer $\frac{3}{4}\%$ igen Novokainlösung mit minimalem Zusatz von Adrenalin. Nicht einig sind sich die Chirurgen, *an welcher Stelle* man das Vas deferens freilegen soll. Ich glaube, daß dieser Punkt eigentlich keinen Anlaß zu Streitfragen geben sollte, und halte es für ganz selbstverständlich, daß das Vas deferens an der Stelle freigelegt wird, wo es am leichtesten zugänglich gemacht werden kann, und das ist einige Zentimeter unterhalb des Austrittes des Samenstrangs aus dem äußeren Leistenring in Höhe des Skrotalansatzes. HÄRTEL empfiehlt einen Schnitt, der beiderseitig kreisbogenförmig um den Ansatz der Wurzel des Skrotum herumgeführt wird, während OEHLECKER einen Schnitt empfiehlt, der an der Vorderseite des Skrotum quer verläuft und von dem aus beide Vasa deferentia unterbunden werden können. Beide Vorschläge erstreben neben anderen geringen Vorteilen das Unsichtbare der Narbe an. Ich selbst benutze einen kleinen Längsschnitt 3 cm unterhalb der Stelle, an der der Samenstrang aus dem Leistenring heraustritt. Von dieser Narbe bleibt natürlich auch nichts zu sehen, da sie ja später doch von Haaren gedeckt wird. Ich halte es für vollkommen gleichgültig, an welcher Stelle man das Vas deferens freilegt, würde es aber doch für zweckmäßiger halten, daß man sich endlich darauf einigen könnte, einheitlich die Schnittführung anzulegen, denn sonst kann es vorkommen, wie es neulich wirklich eingetreten ist, daß ein Patient zunächst unsichtbar vaskotomiert wurde und dann später noch einmal vaskotomiert wurde.

Die *Operation* selbst ist ja ein kleiner und leicht auszuführender Eingriff. Nach gewissenhafter Vorbereitung zur Operation umfaßt man am besten mit linkem Daumen und Zeigefinger den Samenstrang oder kann bei Patienten, die mager sind, gleich das Vas deferens so tasten und sich unmittelbar unter die Haut verlagern. Die linke Hand läßt nun den Samenstrang oder das Vas deferens nicht mehr los, mit der rechten Hand wird die Lokalanästhesie ausgeführt und nach Spaltung der Haut tritt der Samenstrang oder das Vas deferens an die Oberfläche. Es wird auf einen stumpfen Haken genommen und nun, wie ich es bereits geschildert hatte, nach sorgfältiger Befreiung von eventuell an ihm hängenden Gefäßen schräg angeschnitten, das Lumen aufgesucht und in das Lumen die Rivanollösung eingespritzt. Das der Samenblase zugelegene Ende wird nun mit einem Katgutfaden unterbunden, und zwar möglichst weit nach oben herauf und dann durchtrennt, während das dem Nebenhoden zugelegene Ende nur durchtrennt wird ohne Ligatur, aber auch möglichst weit dem Nebenhoden zu gelegen, sodaß man wenigstens ein Stück von 6 cm reseziert. Es ist lange darüber

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 allerorten 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.