

- von Ovarium und Uterus. (S. 2038.) — **Lipschütz**, Transplantation von konserviertem Ovarium. I. Mitteilung. Endokrine Wirkung von auf Eis konservierten Ovarien; II. Mitteilung. Endokrine Wirkung von bei Zimmertemperatur konservierten Ovarien; III. Mitteilung. Das mikroskopische Verhalten des isolierten und transplantierten Ovariums; IV. Mitteilung. Transplantation von getrocknetem Ovarium. (S. 2039.) — **Petit**, Ovariumtransposition in den Uterus mit Erhaltung seines vaskulonervösen Stiels. (S. 2040.) — **Castano u. Risolia**, Die Ovarienimplantation, ihre Indikationen und Ergebnisse. (S. 2040.) — **Sessums u. Murphy**, Über den Einfluß des Endometriums auf das Ovarium: Versuche an hysterektomierten Kaninchen. (S. 2041.) — **Trettennero u. Saltini**, Über die Funktion der nach Hysterektomie in situ belassenen Ovarien. (S. 2041.) — **Dreyfuß, Foyer u. Lejeune**, Intraperitoneale Blutungen genitalen Ursprungs mit Ausschluß der ektopischen Schwangerschaft, unter dem Symptomenbild der Appendicitis. (S. 2042.) — **Haines**, Blutung aus einer gelappten Schokoladencyste. (S. 2042.) — **Dobrzeński**, Ein seltener Fall einer Eierstockfibromblutung. (S. 2042.) — **Züllich**, Zur Kasuistik der intraabdominellen Corpus luteum-Blutungen. (S. 2043.) — **Manzi**, Über Parovarialcysten. (S. 2043.) — **Molinengo**, Große präperitoneal entwickelte Parovarialcyste. (S. 2043.) — **Mathis**, Das Epcophoron — ein innersekretorisches Organ. (S. 2043.)
- Uterussarkom: **Orlova**, Klinische und pathologisch-anatomische Studien über das Sarkom des weiblichen Geschlechtsapparates. (S. 2044.) — **Reichenmiller**, Behandlungsergebnisse beim Uterussarkom. (S. 2044.) — **Herzog**, Zur Kasuistik der geheilten Uterussarkome. (S. 2045.) — **Barthélémy**, Spätresultate einer Hysterektomie wegen Sarkom des Uterus. (S. 2045.) — **Watson u. Wilson**, Sarkome des Uterus. (S. 2045.) — **Muller u. Oberling**, Zwei Fälle von Sarkom der Gebärmutter. (S. 2046.) — **Hartmann u. Botelho**, Ein Fall von Uterussarkom. (S. 2046.) — **Shapiro**, Rhabdomyosarkom des Gebärmutterkörpers. (S. 2046.)
- Einladung zu der anlässlich der 93. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hannover tagenden Abteilung 24, Geburtshilfe und Gynäkologie, als gemeinsamer Tagung der Mitteldeutschen und Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie. (S. 2047.)

Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Direktor: Prof. Dr. A. Mayer

Grundsätzliches zur Klinik der eugenischen Sterilisierung¹

Von A. Mayer²

Obwohl ich als erster unter den Gynäkologen schon vor mehreren Jahren für ein Sterilisierungsgesetz eintrat, so habe ich doch von Anfang an betont, daß ein Teil unserer ärztlichen Aufgaben auch darin bestehen muß, das Publikum zum Verständnis des Gesetzes zu erziehen. Dieses Verständnis läßt bekanntlich in manchen Kreisen des Volkes zu wünschen übrig. Die Einbürgerung des Gesetzes hängt natürlich auch vom Erfolg oder Mißerfolg der Sterilisierungsoperationen ab. Auf den Operateuren liegt daher gerade auch der Allgemeinheit gegenüber eine besondere Verantwortung.

Bei dieser Sachlage möchte ich hier einige für die praktische Durchführung der Sterilisierungsoperation grundsätzlich wichtige Punkte eigens betonen:

1) Wenn nach Meinung bestimmter Volkskreise die Sterilisierung so selten als möglich sein soll, so entspricht das auch dem Willen des Gesetzgebers. Unser Grundsatz darf daher nicht lauten: »Wo kann ich sterilisieren?«, sondern »Wo muß ich sterilisieren« und »Wo kann ich die Operation unterlassen?«

In dieser Hinsicht weise ich zunächst darauf hin, daß der Antrag auf Unfruchtbarmachung nicht gestellt werden soll, wenn der Erbkrankte infolge hohen Alters oder aus anderen Gründen nicht fortpflanzungsfähig ist.

¹ Nach einem Vortrag und einem Schlußwort auf der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 17. VI. 1934 zu Baden-Baden.

² Carl Menge zum 70. Geburtstag.

In Analogie damit taucht die Frage auf: »Ist jedesmal da, wo das Erbgesundheitsgericht Nachkommen für unerwünscht hält, zur Erreichung dieses Zieles die Durchführung der Sterilisierung notwendig oder besteht nicht am Ende schon vorher Unfruchtbarkeit?« In der Tat ist das der Fall bei manchen endokrinen Störungen und manchen gynäkologischen Krankheiten, z. B. Atresie, Uterusdefekt, hochgradige Hypoplasie, Genitaltuberkulose, doppelseitige Adnextumoren usw. In all diesen Fällen ist daher die Sterilisierungsoperation überflüssig, wie auch Naujoks unlängst betont hat.

Die daraus sich ergebende Konsequenz lautet: Jeder Operation muß unter allen Umständen eine genaue Genitaluntersuchung durch einen erfahrenen Facharzt vorausgehen. Um den an manchen Orten schon übergenug in Anspruch genommenen Erbgesundheitsgerichten überflüssige Arbeit zu ersparen, empfiehlt es sich auch, bei zweifelhaften Fällen den Gynäkologen als sachverständigen Berater zu hören, ehe das Erbgesundheitsgericht in Anspruch genommen wird. Unser Bestreben muß jedenfalls sein, die Sterilisierungsoperation möglichst zu vermeiden und sie ganz zu unterlassen, wo sie gynäkologisch nicht notwendig erscheint.

2) Wird die Operation notwendig, so sind einige, an sich selbstverständliche, aber doch besonders wichtige Forderungen zu stellen.

In erster Linie muß der Eingriff möglichst ungefährlich und die postoperative Sterblichkeit möglichst klein sein, denn sonst kommt das Gesetz in der öffentlichen Meinung in Mißkredit. Naturgemäß sind wir auch der Person der zu Sterilisierenden selbst die größte Sorgfalt schuldig; denn wer der Allgemeinheit das Opfer seiner Fortpflanzungsfähigkeit bringt, hat einen vermehrten Anspruch darauf, daß er nicht auch noch sein Leben in höherem Maße riskiert. Obendrein finden sich unter den Erbkranken manche, die durch ihre übrigen Eigenschaften ihren Familien oder der Gemeinschaft wertvolle Dienste leisten. Die besten Operateure und die besten Operationsgelegenheiten sind also gerade gut genug; denn auch in ihren Händen hat man immerhin mit einer Sterblichkeit von 1% an Embolie oder Peritonitis zu rechnen, wie Fink berichtet.

Auch das Gesetz fordert ein Minimum an Operationsgefahr. Nach Artikel 1 der Ausführungsbestimmungen soll schon der Antrag auf Unfruchtbarmachung nicht gestellt werden, wenn . . . der zuständige Amtsarzt bescheinigt hat, daß der Eingriff eine Gefahr für das Leben der Erbkranken bedeutet. »Der Gesetzgeber meint hier nicht die gewöhnliche Gefahr, die bei jedem chirurgischen Eingriff oder z. B. bei jeder Narkose für den zu Operierenden eintreten kann oder gegeben ist«, sondern eine so schwere Erkrankung, »daß der den Eingriff ausführende Arzt die Operation nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft verweigern müßte«.

Sinngemäß gilt diese vom Gesetz erwähnte Gefahr nicht nur für die Stellung des Antrags, sondern natürlich auch für die Durchführung der Operation. Praktisch heißt das: Narkosegefahr und Peritonitisgefahr möglichst verringern.

a. Was die Narkosegefahr betrifft, so hat selbstverständlich jedem Eingriff die Prüfung auf Narkosefähigkeit, also eine genaue Untersuchung, vor allem auf endokrine Störungen, Herz-, Lungen-, Nierenkrankheiten durch den Operateur vorauszugehen.

Wenn der Operateur im Gegensatz zu der dem Antrag vorausgehenden, also unter Umständen länger zurückliegenden Auffassung des beamteten Arztes

Bedenken hat, so ist die Unterlassung der Operation vom ärztlichen Standpunkt aus selbstverständlich; offen wäre höchstens die rechtliche Frage, ob der Befund des Operateurs durch den zuständigen Amtsarzt bestätigt werden muß. Um zu verhüten, daß durch eine unzulängliche Kontraindikation gegen die Operation das Gesetz mißbräuchlich umgangen wird, ist die Einschaltung einer amtlichen Stelle wohl verständlich und vielleicht auch berechtigt. Aber man darf doch auch nicht vergessen, daß der Operateur in der Beurteilung von Operationsgefahren zuständig ist als der Amtsarzt. Das gibt das Gesetz auch zu, indem es davon spricht, daß der beamtete Arzt die Operationsfähigkeit »gegebenenfalls nach Begutachtung in einem Krankenhaus oder durch den für die Ausführung der Operation in Frage kommenden Arzt festzustellen hat« (Gütt, S. 131, § 29). Obendrein kann man dem Operateur nicht zumuten, einen von ihm als besonders gefährlich abgelehnten Eingriff entgegen seiner Überzeugung durchzuführen, weil der Amtsarzt anderer Meinung ist.

Zur Verminderung der Narkosegefahr muß man natürlich auch auf die möglichste Vermeidung von Zwangssterilisierung größten Wert legen, da bekanntlich jede seelische Erregung die Narkosegefahr steigern kann, wie klinische Erfahrung und Tierexperiment zur Genüge lehren. Grundsätzlich muß das Gesetz freilich für den äußersten Notfall die Möglichkeit eines Zwanges vorsehen, in praxi aber entspricht es dem Sinn des Gesetzgebers, wenn wir Operateure durch die Kunst der Menschenbehandlung einen körperlichen Zwang (Gütt, S. 62, § 12) überflüssig machen.

b. Zur Verhütung einer postoperativen Peritonitis scheint mir nötig: Mindestens 1tägige Temperaturkontrolle vor der Operation, Ausschluß einer ruhenden Genitalinfektion, z. B. einer latenten Gonorrhöe. Wenn irgendmöglich, soll die Operation auch in mehrtägigem Abstand von der Menstruation liegen, da auch kleinste Blutreste in den Tuben die Entstehung einer postoperativen Infektion begünstigen können und da im Status menstrualis die Empfänglichkeit für eine Infektion erhöht und die Widerstandskraft herabgesetzt ist.

Eine große Rolle spielt in diesem Zusammenhang vielleicht auch der Zugangsweg zum Operationsgebiet. Für den weniger Geübten ist natürlich der Weg durch die Bauchdecken technisch leichter als der durch die Vagina, aber man kommt dort mit den Därmen weit mehr in Berührung als von der Vagina aus. Im allgemeinen ist daher die Ansicht vorherrschend, daß die Laparatomie die größere Peritonitisgefahr bedeute. Wenn man aber bedenkt, daß wir die Bauchdecken viel eher desinfizieren können als die Vagina, dann ist verständlich, daß manche Operateure die Kolpohysterotomie als den weniger aseptischen Weg grundsätzlich ablehnen.

Einen großen Vorzug hat der vaginale Weg bei erregten Geisteskranken, da sie die Wundklammern oder -fäden nicht herausnehmen können, wie wir das nach Laparatomie erlebt haben. Jedenfalls aber kommt der vaginale Weg bei Nulliparen mit enger Vagina kaum in Betracht, da man einen großen Schuchard'schen Entspannungsschnitt brauchen würde.

3) Ein dritter wichtiger Punkt ist die Zuverlässigkeit der Sterilisierungsmethode, d. h. die Erzielung einer dauernden Unfruchtbarkeit. In allererster Linie haben schon die Erbkranken darauf besonderen Anspruch; denn einem Menschen, der nicht im eigenen Interesse, sondern in dem der Allgemeinheit seine Fortpflanzungsfähigkeit opfert und sich zu diesem Zweck mit der Opera-

tion noch einer gewissen Gefahr aussetzt, kann man dieses sittliche Opfer nicht zweimal zumuten. Aber auch die für die Behandlungskosten aufkommende Allgemeinheit sollte das wirtschaftliche Opfer nicht zweimal bringen müssen.

Eine absolute, d. h. 100proz. Sicherheit scheint es indes nicht zu geben, da sogar auch nach Tubenexstirpation Konzeptionen beobachtet wurden (Timochina, Lasch, Goldschmidt), wenn auch extrem selten. Immerhin ist die völlige Tubenexstirpation die sicherste Sterilisierungsmethode. Sie hat nur den Nachteil, daß sie eine größere intraperitoneale Wunde setzt und auch in den geübtesten Händen etwas länger dauert, also die postoperative Gefahr etwas steigert.

Die von Döderlein empfohlene Tubenverknötung nach Flatau ist von ihm erst in 30 Fällen angewendet und darum noch nicht genügend erprobt. Technisch ist sie auch gar nicht so ganz einfach und stellt an die Übung des Operateurs immerhin gewisse Ansprüche. Vielleicht bedeutet die Durchtrennung der Mesosalpinxgefäße und die Verknötung der Tuben auch eine Disposition zur ischämischen Nekrose und damit eine erhöhte Gefahr der postoperativen Peritonitis, besonders bei nicht ganz gewahrter Asepsis, wie auch in der Diskussion zu diesem Vortrage betont wurde.

Technisch am aseptischsten, einfachsten und am raschesten durchführbar scheint mir die Tubenunterbindung nach Madlener. Sie ist tatsächlich in wenigen Minuten durchführbar. Auch ihre Zuverlässigkeit ist nicht gering. Sängler berichtete über 620 eigene Fälle von Sterilisierung nach Madlener ohne erneute Empfängnis. Unter 1390 von ihm zum Teil aus der Literatur gesammelten Fällen war ein einziger Mißerfolg mit nachfolgender Tubargravidität. Nach Mary Stutz hatte die Klinik Walthard unter 605, zum Teil etwas modifizierten Sterilisierungen nach Madlener 2 Versager. Fuchs und Lork fanden freilich in der Literatur 5 Fehlschläge mit 4 Tubenschwangerschaften. Wir selbst hatten auf rund 100 Sterilisierungen aus ärztlicher Indikation im Verlauf von 12 Jahren nur 1 Versager erlebt. Der Wiedereintritt einer Gravidität war aber gut tragbar, denn die Lungentuberkulose war in den seit der Sterilisierung verflossenen Jahren ausgeheilt, das Kind war den Eltern daher direkt erwünscht, so daß der »Versager« eigentlich zu einem besonderen Glücksfall wurde.

Leider heilen Erbkrankheiten nicht aus, so daß ein Versager der Sterilisierung besonders ernst zu nehmen ist und am Ende auf eine erneute Sterilisierung mit Schwangerschaftsunterbrechung hinauslaufen müßte.

4) Recht wichtig ist natürlich auch die frühzeitige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Hier ist zu sagen, daß man die Operierten wohl nach Kolpoköliotomie etwas früher aufstehen lassen kann als nach Laparatomie. Pfeilsticker hat gemeint, daß man sie sogar schon nach 6—8 Tagen aus der Anstalt entlassen und damit viel Geld sparen könne. Ich glaube, vor dieser grundsätzlichen Frühentlassung warnen zu sollen; denn sonst könnte es uns gehen wie den Russen mit der Frühentlassung nach künstlichem Abort; dort kamen zahlreiche Frauen mit langwieriger Unterleibsentzündung alsbald nach der Entlassung wieder, so daß die »Nachkur« mehr Geld kostete als die »Kur«.

Selbstverständlich darf es nach dem Eingriff keine Invaliden geben, die der Allgemeinheit zur Last fallen; vielmehr müssen die Operierten die gleiche Arbeitsfähigkeit wiedererlangen wie vorher. An einschlägigen postoperativen Störungen kämen allenfalls postoperative Bauchbrüche in Betracht. Sie lassen sich aber vermeiden, so daß die Laparatomie dem vaginalen Vorgehen nicht nachzustehen braucht; nötig ist dazu freilich gute Asepsis, ausreichende Technik,

exakte Schichtnaht der Bauchdecken. Ein warnendes Beispiel sind in dieser Richtung jene zahlreichen Fälle von postoperativen Bauchbrüchen, intraperitonealen Adhäsionen, Bauchhöhlenfisteln usw., die erschreckend häufig auftraten nach dem Weltkrieg, wo so mancher als »Chirurg« aus dem Feld heimkam, der als einfacher praktischer Arzt ausgezogen war.

Eine gewisse Beeinträchtigung des Wohlbefindens ist auch denkbar, wenn die Tuben zum Zweck der Sterilisierung in eine fremde Umgebung verlagert wurden und darauf mit Adenomyosis reagierten, wie es nach Verlagerung in den Leistenkanal nach Menge beobachtet wurde. Wir selbst hatten einst nach Verlagerung der Tubenenden in die Vagina (Sellheim) eine hochgradige, vom Fimbrientrichter ausgehende Adenomyosis gesehen, so daß gerade das Fimbriende zu solchen Wucherungen besonders disponiert scheint. Ob es sich aber deswegen empfiehlt, bei der inguinalen Sterilisierungsmethode den Fimbrientrichter zu reseziieren, wie es dem Originalvorschlag unseres verehrten Jubilars entspricht, anstatt ihn nach Stoeckel stehen zu lassen, soll offen bleiben. Jedenfalls scheint es uns vorerst nicht berechtigt, die inguinale Tubensterilisierung aus Scheu vor einer etwaigen Adenomyosis grundsätzlich abzulehnen.

5) Eine dem geschilderten Ernst der ganzen Sachlage schuldige weitere Forderung ist die, daß nur gut ausgebildete Gynäkologen zur eugenischen Sterilisierung der Frau berechtigt sind, und die Chirurgen nur insoweit, als sie die oben verlangte genaue gynäkologische Diagnostik, insbesondere auch die Untersuchung auf schon bestehende Unfruchtbarkeit und ruhende Genitalinfektion genügend beherrschen und jeder Überraschung bei der Operation voll gewachsen sind.

6) Für dringend notwendig halte ich auch die Errichtung von in sich geschlossenen Sterilisierungsabteilungen innerhalb der Sterilisierungsklinik und zwar sowohl im Interesse der zu Sterilisierenden als auch im Interesse der anderen Kranken der Klinik.

Die gemeinsame Unterbringung von Erbgesunden und Erbkranken im gleichen Krankenraum hat schon jetzt zu ersten Unzuträglichkeiten geführt. Diese müssen sich mit der in Aussicht stehenden Zunahme der Sterilisierungsoperationen steigern und sind auf die Dauer nicht tragbar.

Aufgeregte Pat. der Nervenklinik sind vor der Operation in der Frauenklinik vom psychiatrischen Standpunkt aus unsachgemäß untergebracht; das gleiche gilt für unerwartete Erregungszustände nach der Operation. Manche Erbkranken müssen daher gleich nach dem Eingriff in die Nervenklinik zurückverlegt werden, wo sie wieder chirurgisch nicht gut versorgt werden können.

Ebenso wichtig scheint mir ein weiterer Punkt. Die geistig normalen Zimmergenossinnen nehmen an den anderen Anstoß oder machen sich über sie lustig, erzählen zu Haus ihre Erlebnisse, schädigen dadurch das Ansehen der Sterilisierten und deren Familie, tragen die Dinge in die Öffentlichkeit, wo sie nicht hingehören, und bringen somit die ganze Sterilisierungsfrage beim Volk in Mißkredit, während die Ärzte und Schwestern unter Androhung von Gefängnisstrafe zum Schweigen verpflichtet sind. Das alles läßt sich nur vermeiden durch Einrichtung geschlossener Sterilisierungsabteilungen innerhalb der Krankenhäuser.

7) Ein wichtiger Punkt ist die Sterilisierung bei bestehender Frühgravidität. Ich habe hier jene Fälle im Auge, wo das Erbgesundheitsgericht die Sterilisierung fordert, aber eine junge Schwangerschaft besteht. Mehrfach haben uns hier schon die zuständigen Amtsärzte aufgefordert, auch gleich die Schwangerschaft

zu unterbrechen. Die Situation würde ärztlich einfach sein, wenn die eugenische Schwangerschaftsunterbrechung gesetzlich erlaubt wäre, wie es Seitz und Naujoks befürworten; dann könnte man in einer Sitzung durch den sogenannten »Prinzesschnitt« (Sellheim, Walthard) unterbrechen und sterilisieren. Solange das aber nicht der Fall ist, müssen wir andere Wege gehen. Das Natürlichste wäre, die Geburt abzuwarten und nach Abschluß des Wochenbetts zu sterilisieren. Will man aber dabei die Gefahr einer etwaigen ruhenden Infektion von der Geburt her möglichst ausschließen, so wird man immerhin 4—6 Wochen post partum warten müssen; in dieser Zeit können nun manche Frauen entweder erneut konzipieren oder sich eine Gonorrhöe acquirieren, so daß man wieder nicht zum Sterilisieren kommt.

Daher taucht die Frage auf, ob man nicht in der Frühgravidität per laparotomiam nach Madlener sterilisieren kann.

Manche werden das ablehnen aus Scheu vor einem postoperativen Abort. Aber wir haben selbst nach Eukleation großer und sogar multizentrischer Myome aus dem graviden Uterus unter 20 Fällen nur einmal einen Abort erlebt. Man wird daher erst recht erwarten dürfen, daß die Schwangerschaft nach einem Eingriff an den Tuben ungestört weitergeht. Auch für die Mutter ist die Sterilisierung nach Madlener durch die Graviditätshyperämie nicht schwerer als sonst, da ja intraperitoneal gar keine Gefäße eröffnet werden.

Selbstverständlich kommt die Sterilisierung in der Frühgravidität nur da in Betracht, wo nicht am Ende der Schwangerschaft ein etwa wegen engen Beckens notwendiger Kaiserschnitt eine günstige Gelegenheit zur Sterilisierung gibt.

8) Um dem Operateur die Identifizierung der vom Erbgesundheitsgericht abgehandelten Personen zu erleichtern, empfiehlt es sich vielleicht auch, den Gerichtsakten ein Lichtbild aufzukleben. Der »Fall Schmerz« (Wassermann, Tietze, Reuter) hat gezeigt, daß auch Erbgesunde die Sterilisierung anstreben. Nachdem diese aber ausdrücklich verboten ist, wäre denkbar, daß sie durch Mißbrauch der Gerichtsakten erschlichen wird.

Wir sehen, an die Klinik der eugenischen Sterilisierung knüpft sich eine Reihe grundsätzlich wichtiger Fragen. Ich glaube, je ernster wir diese nehmen, desto mehr handeln wir im Sinne des Gesetzes und desto mehr nützen wir unserem Volke.

Literaturverzeichnis

- Döderlein, in: Gütt-Rüdin-Ruttcke, l. c. 224. — Fink, Die Tubensterilisation als Mittel der Geburtenregelung. *Med. Welt* **1931**, 750. — Flatau, Sterilisierung durch Knotung der Tube. *Zbl. Gynäk.* **1921**, 467. — Fuchs, Zur Röntgenkontrolle der Madlener'schen Tubenquetschung. *Zbl. Gynäk.* **1932**, 2542. — Fuchs und Lorck, Röntgenkontrollen tubarer Sterilisationen. *Mschr. Geburtsh.* **88**, 199 (1931). — Goldschmidt, Zwei Beobachtungen über die Zuverlässigkeit sterilisierender Operationen. *Zbl. Gynäk.* **1921**, 1201. — Gütt-Rüdin-Ruttcke, Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. München, Lehmann 1934. — Lasch, Gravidität nach doppelseitiger Tubenexstirpation. *Münch. med. Wschr.* **1924**, 552; Ref.; *Zbl. Gynäk.* **1925**, 2448. — A. Mayer, Parametritis und Paravaginitis posterior. *Mschr. Geburtsh.* **42**, 413. — A. Mayer, Über das Problem der Sterilisierung der Frau. *Chirurg* **1933**, H. 8. — A. Mayer, Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjet-Republik. Stuttgart, Enke 1933. — A. Mayer, Medizinisch-juristische Grenzfragen zur operativen Sterilisierung. *Mschr. Geburtsh.* **90**, 99 (1932). — A. Mayer, Über Myomoperation in der Schwangerschaft. *Zbl. Gynäk.* **1932**, Nr 32. — Menge, Beitrag zur operativen Sterilisierung der Frau. *Zbl. Gynäk.* **1900**, 533. — Naujoks, Was bedeutet »nicht fortpflanzungsfähig«, usw.? *Münch. med. Wschr.* **1934**, Nr 20; *Arch. Gynäk.* **156**, 149 (1934). — Naujoks, Zur Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation. *Dtsch. med. Wschr.* **1934**, Nr 15, 549. — Pfeilsticker, Von der

Sterilisierungstechnik bei der Frau. *Ärztbl. Württemb. u. Baden* 1934, H. 9 u. 10, 99 u. 110. — Reuter, Operationsrecht des Arztes und operative Sterilisation. *Beitr. gerichtl. Med.* 10, 1930. Leipzig und Wien, Deuticke 1930. — Säger, Über die Zuverlässigkeit der Tubensterilisation nach Madlener. *Arch. Gynäk.* 156, 157. — L Seitz, *Arch. Gynäk.* 156, 137 ff. — Sellheim, Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. *Mschr. Geburtsh.* 38, 166 (1913). — Stoeckel, Die extraperitoneale Tubenverlagerung als Methode der Sterilisierung. *Zbl. Gynäk.* 1915, 161. — Tietze, Der Prozeß gegen den Grazer Chirurgen Prof. Schmerz wegen Sterilisierung gesunder Männer. *Münch. med. Wschr.* 1929, 1907 u. 2109. — Timochina, Ein Fall von Schwangerschaft nach beiderseitiger Tubenexstirpation. *Ber. Gynäk.* 1929, 399. — Walthard, Einzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft mit Sterilisation (Hysterotomia abdominalis). *Sitzungsber. ärztl. Verein Frankfurt a. M.*, 4. März 1912. *Münch. med. Wschr.* 1912, Nr 18, 1014. — Wassermann, Der Fall Schmerz. *Arch. Kriminal.* 88, H. 5, 6, 255; vgl. auch *Dtsch. Ärztes.* 1931, 19. IV., Nr 260.

Aus der Städtischen Frauenklinik und der Gynäkologischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses Altona a. E.

Was lehren uns die Penisleukoplakien?

Von Prof. Dr. Hans Hinselmann

Bisher habe ich es weitgehend vermieden, die Frage der Matrixbezirke der weiblichen Genitalschleimhaut durch ähnliche Beobachtungen an anderen Schleimhäuten und anderen Hautstellen zu befruchten. Ich habe die Lehre von den Matrixbezirken in organischer Fortentwicklung des historisch Gegebenen an der weiblichen Genitalschleimhaut selbst unter bewußter Außerachtlassung der Erfahrungen anderer Disziplinen vorwärtsgetrieben. Nur so konnte die Gefahr vermieden werden, die jeder Analogie anhaftet und die Gefahr, daß man Dinge verwertet, die man nicht so von Grund auf beherrscht, wie es die Voraussetzung zuverlässiger neuer Forschungszweige ist. Es scheint mir aber jetzt der Zeitpunkt gekommen zu sein, wo es möglich und zweckmäßig ist, Umschau zu halten. Zu diesem Zweck wähle ich die entsprechenden Schleimhautveränderungen an der Glans und dem Praeputium penis.

Zwei Schleimhautveränderungen wären hier zu berücksichtigen, die Leukoplakien und die Erythroplakien. Wir datieren die Lehre von den Penisleukoplakien in Deutschland meist von Kraus (1907) an. Genner und Nielsen (*Acta dermatovener.* 12, fasc. 3) zeigen, daß schon Perrin 1892 eine derartige Beobachtung gemacht hat. Sie stellen die bis 1931 veröffentlichten 50 Fälle zusammen und geben dadurch einen willkommenen Überblick über diese seltene, aber für uns sehr lehrreiche Erkrankung.

Für uns ist die Frage von grundlegender Bedeutung, ob unsere Karzinome aus klinisch intakter Haut entstehen, oder ob sie aus einer Haut entstehen, die durchgreifende Veränderungen hinter sich hat und die infolgedessen auch klinisch bei geeigneter Untersuchungsart erkannt werden kann. Nach meiner Erfahrung entsteht kein Karzinom aus typischer Portioschleimhaut, es muß vielmehr das Epithel erst grundlegend verändert sein im Sinne der Atypie. In unserem Gebiet ist diese Veränderung des Epithels nicht nur mikroskopisch zu erkennen, sondern auch klinisch. Letzteres jedoch nur dann, wenn mit dem Kolposkop untersucht wird. Die veränderte Schleimhaut sieht entweder weiß aus (Leukoplakie) oder gelblich-rosa (sich jedenfalls deutlich von der typischen Portioschleimhaut unterscheidend). Die übrigen Veränderungen der Schleimhaut stellen Wucherungsprozesse des