

vormals Ärztliches Vereinsblatt und Ärztliche Mitteilungen

Beilagen: „Neues Volk“ Blätter des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP (monatlich 1 mal),  
„Der Erbarzt“ (monatlich 1 mal), Sozialwissenschaftliche Rundschau

Herausgeber:

Deutscher Ärztevereinsbund und Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

Postschekk.: Berlin 40788 / Verlag der Deutschen Ärzteschaft Berlin SW 19 / Bankkonto: Dresdner Bank Depositenkasse 39, Ritterstraße 48

Schriftleitung: Dr. med. Haedenkamp, Berlin SW 19, Lindenstraße 42. Fernsprech-Sammelnummer A 7 Dönhoff 4871

Bezugspreis: Für Nichtmitglieder M. 1.50 monatlich. Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich

## Inhalt

Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen	1259	Dr. med. H. Haubold: Die Aussichten der Krebssterblichkeit	1263
Ärztliche Fortbildung	1259	Gesetze, Verordnungen und Erlasse	1268
Gynäkologenkongress 1935 in München:		Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands	1268
Prof. G. Haselhorst: Weibliche Sterilität	1259	Bekanntmachungen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)	1270
Oberlandesgerichtsrat Goeh: Das Sterilisierungsgesetz vom erbgesundheitsgerichtlichen Standpunkte	1261		

## Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen

Ein gegebener Fall veranlaßt mich, noch einmal auf die Bekanntmachung meines Beauftragten für das ärztliche Fürsorge- und Versorgungswesen, Dr. Schömig, in Nr. 15/1935 vom 13. April 1935 des „Deutschen Ärzteblattes“ hinzuweisen. Ich erwarte, daß sie in Zukunft genau beachtet wird.

Dr. Wagner

## Ärztliche Fortbildung

Heft 1 des Jahrganges 1936 des „Deutschen Ärzteblattes“ wird vorwiegend dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung gewidmet sein. Neben einem Rückblick auf die bisherige Fortbildung wird der Arzt eine zusammenfassende Darstellung dessen finden, was dem Einzelnen und der Gesamtheit über Aufgaben, Ziele und Organisation der ärztlichen Fortbildung bekannt sein muß.

D. G.

## Gynäkologenkongress 1935 in München

(Fortsetzung aus Heft 50 und Schluß)

### Weibliche Sterilität

Von Prof. G. Haselhorst,

Direktor der Universitätsfrauenklinik und Landeshebammenlehranstalt Rostock

Die weibliche Sterilität, die zu allen Zeiten und bei allen Völkern eine große Rolle gespielt hat, ist durch die höhere Bewertung des Kindes im neuen Deutschland, durch Erbhofgesetz und steuerliche Maßnahmen zwecks Entlastung kinderreicher Familien wieder in den Vordergrund des Interesses gerückt.

Der Begriff ist nicht fest umrissen. Bei einem durchschnittlichen Heiratsalter der Frau von 25 Jahren ist die günstigste Zeit der Fortpflanzung (18. bis 35. Jahr) bereits um ein Beträchtliches eingeengt, und es ergibt sich daraus die Forderung, bei Nichteintritt einer Schwangerschaft in den ersten Jahren der Ehe den Ursachen der Sterilität bald auf den Grund zu gehen und sie nach Möglichkeit zu beseitigen. Wir halten es daher für richtig, dann eine Sterilität anzunehmen, wenn ein normaler Geschlechtsverkehr nach Ablauf von 2 Jahren nicht zu einer Konzeption geführt hat. Nach den neuesten Statistiken, die sich aus der Volkszählung vom Juli 1935 ergeben haben, sind von 14,3 Mill. Ehen 2,8 Mill. = 20 v. H. steril. Gezählt sind nur Ehen von mehr als 3½-jähriger Dauer. Das bedeutet bei einer jährlichen Kinder-

zahl von 1,2 Millionen für das Deutsche Reich einen Ausfall von etwa 250 000 Kindern je Jahr. Naturgemäß ist darin gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit enthalten.

Die Ursachen sind mannigfaltige. Unter den ätiologischen Faktoren stehen ganz im Vordergrund zwei große Gruppen, das sind die Entzündungsfolgen und die genitale Unterentwicklung. Als Folgen der Entzündung kommen in Betracht in den oberen Abschnitten des Genitales mechanische Verschlüsse der Eileiter, eine muskuläre Insuffizienz von Uterus und Tuben, Verwachsungen mit den Nachbarorganen, und in den unteren ein chronischer Katarrh der Cervix, sowie Fixationen des Uterus durch Vernarbungs- und Schrumpfungsprozesse im Bereich des Bandapparates und des sonstigen Bindegewebes.

Die Beteiligung der Entzündungsfolgen an der Sterilität muß mit 40 bis 50 v. H. angegeben werden. Die Schuld tragen etwa zu gleichen Teilen die Gonorrhoe und die artifiziellen Aborte. Nach Graff ist in 25 v. H. aller Sterilitäten die Zeugungsfähigkeit durch die künstliche Unterbrechung der ersten Schwangerschaft vernichtet worden.

Zu demselben Zustand mit Obliteration des Tubenlumens führt so gut wie immer die Genitaltuberkulose, ferner die Adenomyosis tubae nodosa und unter Umständen auch die Appendizitis, letztere durch Adhäsionsbildungen im Bereich des Tubenrichters. Praktisch wird allerdings der Appendizitis

oft die Schuld zugeschoben, wo in Wirklichkeit eine chronische Salpingitis der Übeltäter ist.

Dem Eintritt einer Schwangerschaft nicht günstig sind Stellungenanomalien der Portio, pathologische Uteruslagen und Tumoren. Die dadurch bedingte kongestive Hyperämie, die Behinderung der Bewegungsfreiheit von Uterus und Tuben, die Verdrängung und Verlagerung der Organe durch Tumoren, die Störung ferner der Muskelstätigkeit und des Schleimhautaufbaus sind Momente, die einem ungestörten Ablauf der biologischen Vorgänge bei der Befruchtung und bei der Eieinbettung hindernd im Wege stehen können.

Die zweite große Gruppe wird dargestellt von Frauen mit einer genitalen Unterentwicklung entweder in Form des Infantilismus, wobei noch andere Zeichen einer mangelhaften Reife vorhanden sind, oder in Form der wesentlich häufigeren genitalen Hypoplasie. Letztere ist in manchen Fällen anlagebedingt, in anderen aber auf diese oder jene Umweltfaktoren zurückzuführen, die geeignet sind, die normale Entwicklung zu hemmen, wie ungünstige äußere Lebensbedingungen in den Aufwuchsjahren, eine einseitige und mangelhafte Ernährung, körperliche Überanstrengung, seelische Erschütterungen usw.

Große Bedeutung messen wir dem funktionellen Geschehen im Bereich des inneren Genitales zu. Regelwidrigkeiten sind — als Folge einer ovariellen Insuffizienz — gelegen in einer fehlerhaften Eibildung, ferner in Inklusstörungen, also Mängeln im Schleimhautaufbau, oder auch in einer nicht vollwertigen Muskelstätigkeit von Uterus und Eileitern. Die genitale Unterentwicklung ist zu etwa 40 v. H. an der Sterilität beteiligt.

Bei einer bestimmten Gruppe steriler Frauen befindet sich das gesamte Nerv-Muskelsystem in einem Zustande der Übererregbarkeit und der Krampfbereitschaft. Es sind oft Vertreterinnen des nervös-spastischen Konstitutionstyps mit spastischen Erscheinungen auch von seiten des Magen-Darmtraktes, des Urogenital- und des Gefäßsystems.

Zu den psychosexuellen Abwegigkeiten müssen häufig im Verein mit einer Hypoplasie, der Vaginismus und die Frigidität gerechnet werden. Ersterer erschwert die Kohabitation oder macht sie auch ganz unmöglich, und letztere ist ein deutliches Zeichen dafür, daß ein harmonisches Zusammenspiel der Kräfte, die für den Eintritt einer Konzeption von Wichtigkeit sind, nicht vorhanden ist.

Ein Typus, bei dem auf rein konstitutioneller Basis Schwangerschaften selten oder gar nicht eintreten, ist der intersexuelle (M a t h e s), oft mit maskulinem Einschlag.

Zweifelsohne ist den gesamten Sekretverhältnissen von der Vagina bis zur Peritonealhöhle eine große Bedeutung für den Befruchtungsvorgang beizumessen. Wir wissen, daß die Spermatozoen dem sauren Vaginalsekret gegenüber empfindlich sind (K ö l l i k e r), ferner, daß die Kraft zum Aufwandern bei einem zähen und noch mehr bei einem trüben und eitrigen Cervixsekret schnell erlahmt. Am günstigsten sind im allgemeinen die Bedingungen für das Aufwandern der Spermatozoen um die Mitte des Zyklus. Im ganzen sind aber unsere Kenntnisse über die Sekretverhältnisse, ihre Abhängigkeit von den Hormonen des Ovariums, von der Ernährung, von der Psyche, vom vegetativen Nervensystem u. a. noch recht lückenhaft.

In Mitleidenschaft gezogen ist das Genitale bei manchen Stoffwechselerkrankungen und Funktionsstörungen der nichtgenitalen Drüsen mit innerer Sekretion, also beim Basedow, dem Myxödem, der Fett- und Magersucht, sowie dem Diabetes. Es sind aber mehr die abortiven Formen, mit denen wir es bei der Sterilität zu tun haben, mit nur geringgradigen Funktionsanomalien seitens dieses oder jenes Organes.

In neuester Zeit hat man den Ernährungsfragen wieder größere Beachtung geschenkt, darunter besonders dem Mangel an E-Ditamin (G e l l e r t, G i e r h a k e u. a.). Beim Menschen liegen jedoch größere Erfahrungen darüber noch nicht vor.

Unsere therapeutischen Möglichkeiten haben durch die beiden modernen Methoden, die Tubendurchbläsung und die Hysterosalpingographie, eine große Bereicherung erfahren. Durch sie ist es gelungen, den Hundertsatz der Frauen, bei denen eine Ursache für die Sterilität nicht gefunden werden konnte, um ein Beträchtliches herabzudrücken. Es muß heute als Kunstfehler bezeichnet werden, wenn Frauen wegen Sterilität einer längeren Behandlung oder gar einer Operation unterzogen werden, ohne daß vorher die Durchgängigkeit der Eileiter geprüft worden ist. Es gelingt heute in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, die Ursachen der Sterilität zu erkennen. Es bleibt ein kleiner Rest, der mit etwa 10 v. H. angefaßt werden muß, bei dem sich keinerlei Abweichungen in organischer, funktioneller oder psychosexueller Beziehung nachweisen lassen.

Aus der Mannigfaltigkeit der Ursachen folgt, daß sich die Behandlung auf eine gründliche Durchuntersuchung stützen und selbst nur eine zielbewußte und planvolle sein kann. Daß wir Regelwidrigkeiten wie Myome, auch wenn sie klein sind, ferner Ovarialtumoren und eine Retroflexio beseitigen, ergibt sich aus obigem ohne weiteres.

Einer besonderen Berücksichtigung bedürfen wieder die zwei großen Gruppen, die Entzündungsfolgen und die genitale Unterentwicklung. Bei beiden erfreuen sich von den konservativen Maßnahmen vor allem Moorhäder und Diathermiebestrahlungen besonderer Beliebtheit. Es werden ihnen neben resorbierenden, auch das Genitale zum Wachstum anregende und funktionssteigernde Wirkungen zugeschrieben. Die Entzündungsfolgen werden um so besser beeinflusst, je kürzer der entzündliche Prozeß zurückliegt und um so weniger die Tuben dabei zu Schaden gekommen sind.

Die Aussichten der operativen Eingriffe an den Tuben richten sich einmal danach, ob es gelingt, eine bleibende offene Verbindung zwischen Uteruscavum und Peritonealhöhle zu schaffen, zum anderen nach der Frage, zu welchen funktionellen Leistungen die Tuben noch fähig sind. Sicht der Verschlus am abdominalen Ende, so kommt die Salpingostomatoplastik von Martin in Betracht. Die Erfolge sind mit etwa 10 v. H. anzusetzen. Eine Besserung ist zu erwarten, wenn wir es uns zur Regel machen, Tubenöffnungen nur vorzunehmen, nachdem vorher die Durchgängigkeit bis zur Ampulle durch die Röntgenuntersuchung sichergestellt ist, und wenn die Tuben sich bei der Laparotomie in einem solchen Zustande befinden, daß sie nach unserem Dafürhalten den Aufgaben des Citransportes noch gewachsen sind.

Die Tubeneinpflanzung kommt in Betracht, wenn der mediale Tubenteil unbrauchbar geworden und der laterale noch gesund und funktionstüchtig ist. An den von Straßmann und August Mayer früher aufgestellten Indikationen hat sich nichts geändert. Die Erfahrungen sind noch keine großen. Die Erfolge sind mit 15 v. H. anzusetzen, sind im ganzen aber bessere als nach der Tubenöffnung am abdominalen Ende, deshalb, weil hier die zur Verwendung gelangenden Tubenstücke gesund sind.

Die Verlagerung des Ovariums in den Uterus bei Fehlen der Eileiter hat schlechte Ergebnisse gezeitigt.

Bei der Behandlung der genitalen Unterentwicklung steht neben der althergebrachten Wärmeanwendung und Bädetherapie die Hormonbehandlung im Vordergrund des Interesses. Das Mittel der Wahl ist das Follikelhormon. Es wird auch bei Verabreichung per os in genügender Menge in den Organismus aufgenommen. Seine eindeutige Wirkung auf Uteruswachstum, Schleimhautaufbau und Menstruationsstörungen ist durch experimentelle und klinische Beobachtungen sichergestellt. Da es ferner über den Hypophysenvorderlappen auch die generativen Vorgänge des Ovars, besonders die Corpus luteum-Bildung, günstig beeinflusst (H o h l w e g, G l a u b e r g), können wir uns von dem Hypophysenvorderlappenhormon, wenigstens für das Gros der Fälle, ganz frei machen.

Zustatten kommt uns, daß wir uns für die Behandlung der Sterilität Zeit nehmen können, ein Jahr, und wenn es sein muß, noch mehr. Unsere Hauptaufgabe liegt darin, die Hormonmenge, die bei dem Einzelindividuum wirksam ist, ausfindig zu machen. Wir beginnen bei den leichteren Graden der genitalen Unterentwicklung, mit denen wir es bei der Sterilität in der Hauptsache zu tun haben, im allgemeinen mit 1000 M. E. pro die, und geben es vom 1. bis 21. Tage des Zykklus, setzen dann eine Woche aus und beginnen wieder am ersten Tage des nächsten Zykklus. Im Anfang der Behandlung und dann nach je weiteren drei Monaten wird der Erfolg mittels Sondenmessung der Cavumlänge kontrolliert. Ist ein Wachstum des Uterus nicht zu verzeichnen, so wird die Dosis auf täglich 2000 M. E. gesteigert, nach weiteren drei Monaten unter Umständen auf 3000 oder auch auf 4000.

Gern kombinieren wir die Hormonmedikation mit einer Dilatationsbehandlung, die wir zusammen mit einer einmaligen Abrasio entweder am Anfang oder drei Monate nach Beginn der Behandlung vornehmen. Mit der Cervixdilatation sind, ziemlich unabhängig von der gewählten Methode, außerordentlich gute Erfolge (20 bis 60 v. H.) erzielt worden. Wir halten die schonende Erweiterung mit Metallstiften nach Hegar und das Einlegen eines Metallröhrchens nach Fehling für fünf bis sieben Tage für das harmloseste Verfahren.

Auch bei der Frigidität hat sich Follikelhormon in Dosen von 500 bis 1000 M. E. pro die gut bewährt.

Die Hormonbehandlung der Funktionsstörungen der nicht-genitalen Drüsen ist bisher, wenigstens was die Behebung der Sterilität anbelangt, recht unbefriedigend gewesen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um pluriglanduläre Störungen, bei denen die Erfassung der primär oder hauptsächlich erkrankten Drüse oft nicht gelingt, und ferner sind die in Frage kommenden Hormone in ihrer Wirkung oft noch nicht genügend zuverlässig.

Eine Ausnahme macht das Thyreoidin, welches, in kleinen Dosen gegeben, oft von recht guter Wirkung ist auch in Fällen, bei denen klinische Erscheinungen eines Hypothyreoidismus nicht vorhanden sind.

Gegenüber der Röntgen-Reizbestrahlung der Ovarien bei Sterilität ist, besonders nachdem die Deutsche Gesellschaft für Vererbungswissenschaft im Jahre 1931 auf die Möglichkeit der Erbschädigung nachdrücklich hingewiesen hat, eine allgemeine Zurückhaltung zu beobachten.

Bei den Frauen mit spastischen Symptomen haben amerikanische Autoren vorgeschlagen, ein- oder mehrmalig spasmolytische Mittel post cohabitationem zu geben. Wir halten es für besser, durch langdauernde Kuren mit Belladonna, Papaverin und Kalk analog der medikamentösen Behandlung der mit Spasmen einhergehenden Magen-Darmerkrankungen, der Krampfbereitschaft der glatten Muskulatur entgegen zu wirken und eine stabilere Gleichgewichtslage für das vegetative Nervensystem zu schaffen.

Bei den Frauen, bei denen keinerlei krankhafter Befund erhoben wird, sind wir nach wie vor auf Versuche mit einer Cervixdilatation, einer Abrasio, mit Badekuren, mit einer Umstellung der Ernährung, zeitweiliger Trennung vom Ehemanne, einer Alkalisierung des Scheidensekretes u. a. angewiesen.

Die Berechnung einer Gesamterfolgsziffer läßt sich aus den Unterlagen des Schrifttums aus verschiedenen Gründen nicht vornehmen. Sie liegt allgemein zwischen 20 und 30 v. H. Das klingt wenig, bedeutet aber, wenn wir uns das Glück vor Augen halten, das diesen Frauen mit einer Schwangerschaft zuteil wird, und ebenso in bevölkerungspolitischer Beziehung recht viel.

Wenn wir uns Rechenschaft darüber ablegen, welche Fortschritte wir zu verzeichnen haben, so können wir sagen: Recht wenig in unseren Kenntnissen über die Physiologie der Befruchtung. — hier liegt für unsere Forschertätigkeit noch ein

großes Feld brach —, Beachtliches aber in der Erkennung der Ursachen und Beachtliches auch in den besseren Möglichkeiten einer planvollen Behandlung.

Was können wir nun tun, um der Entstehung der weiblichen Unfruchtbarkeit vorzubeugen? 1. Schaffung möglichst günstiger Lebensbedingungen für unsere weibliche Jugend in den Aufwuchsjahren; 2. Verhütung von Entzündungen und deren Folgen. Sie tragen zu 50 v. H. die Schuld an der Sterilität, und es ist nicht das schlechteste Erbgut, welches dadurch vernichtet wird.

Die Übeltäter sind die Geschlechtskrankheiten und die artifiziellen Aborte. Sind sie da, ist es unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, daß durch eine sachgemäße Behandlung die auftretenden Komplikationen auf ein Mindestmaß reduziert werden. Frauen mit Abnezerkrankungen gehören in Kliniken, die von einem Gynäkologen geleitet werden.

Ausschlaggebender aber als alle Gesetzesbestimmungen und alle noch so gewissenhaft durchgeführten Behandlungsmethoden ist das Verhalten und die Einstellung der Frau der Fruchtabtreibung und dem außerehelichen Geschlechtsverkehr gegenüber. Den letzteren einzudämmen, ist gewiß eine schwierige und große Aufgabe, an deren Bewältigung aber in erster Linie dem Staate selbst gelegen sein muß.

\*

## Das Sterilisierungsgesetz vom erbgesundheitsgerichtlichen Standpunkte

Don Oberlandesgerichtsrat Goetz, Stuttgart

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hat viele Ärzte mit einer außergewöhnlichen Verantwortung belastet, indem es sie abseits ihrer eigentlichen ärztlichen Aufgabe zur Vollstreckung gerichtlicher Entscheidungen mittels operativer Eingriffe berufen hat, die nicht dem Heilzweck dienen.

Diese Belastung wird um so drückender empfunden, als der den Eingriff ausführende Frauenarzt am vorausgegangenen Verfahren nicht beteiligt und über die Gründe der Unfruchtbarmachung im Einzelnen oft nicht vollständig im Bilde ist. Dazu kommt, daß bei einem auf so lange Sicht eingestellten Gesetz — wie das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses — der von seinen Maßnahmen erhoffte Erfolg erst im Laufe der Jahrzehnte zutage tritt, so daß ein greifbares nützliches Ergebnis ihre ärztlichen Bemühungen nicht unmittelbar dankt und lohnt.

Bei diesem Sachverhalt ist es ohne weiteres verständlich, daß sie der durch dieses Gesetz gestellten Aufgabe zunächst — wenn nicht mit Widerwillen, so doch mit einer gewissen inneren Abneigung gegenübertraten — jedenfalls aber in der ihnen zugewiesenen neuen Rolle des Sterilisators sich vorläufig nicht recht wohl und zu Hause fühlten.

Solche Empfindungen zu zerstreuen und niederzuschlagen scheint besonders geeignet die Feststellung, daß die Erlassung dieses Gesetzes, das in der Welt bisher ohne Beispiel ist, zugleich ein weithin leuchtendes Vertrauensvotum für die Kunst des deutschen Arztes und des Gynäkologen insonderheit bildet. Denn der hohe Stand der Wissenschaft und Operationskunst ist die technische Voraussetzung eines solchen Gesetzes. In einem Lande, in dem die ärztliche Wissenschaft und die Frauenheilkunde nicht auf der gleichen Höhe stünden wie bei uns, wäre die Erlassung eines ähnlichen Gesetzes eine glatte Unmöglichkeit.

Solches Vertrauen des Gesetzgebers verpflichtet. Es verpflichtet im Rahmen dieses Gesetzes zum Dienst am kranken