

Ueber Indikationen und Methoden der fakultativen Sterilisierung der Frau.

Klinischer Vortrag von Prof. Dr. O. Sarwey in Tübingen.

M. H.! Es muß in unserer aufgeklärten Zeit beinahe verwunderlich erscheinen, daß über die fakultative Sterilisierung der Frau, d. h. die künstlich erzielte Verhinderung der Konzeption bei erhaltener Kohabitationsfähigkeit, in medizinischen Kreisen so auffallend selten gesprochen und geschrieben wird, eine Tatsache, welche hauptsächlich darin ihre Erklärung finden dürfte, daß auch rein wissenschaftliche Besprechungen dieses heikel erscheinenden Themas leicht mißdeutet und von Unberufenen mißbraucht werden könnten. Und doch, wie oft kommen gerade die mitten in der Praxis stehenden Haus- und Familienärzte in die Lage, sachverständigen Rat und Beistand in diesen intimsten Angelegenheiten des ehelichen Zusammenlebens erteilen zu sollen! Deshalb ist die eingehende Kenntnis über Wesen, Motive und Leistungsfähigkeit der antikonzeptionellen Verfahren für den praktischen Arzt dringend geboten, und nicht mit Unrecht wurde von sachverständiger Seite die Forderung geltend gemacht, daß die fakultative Verhütung der Konzeption in medizinischen Unterrichtsanstalten zum Lehrgegenstand gemacht werden und auch in Lehrbüchern der Geburtshilfe eine ausführliche Würdigung erfahren sollte.

Gerne folge ich daher einer von der Redaktion dieser Wochenschrift an mich ergangenen Aufforderung, die Mittel zur Erzielung künstlicher Sterilität einer kritischen Besprechung zu unterziehen.

Der englische Nationalökonom Thomas Robert Malthus stellte 1798 in seinem Hauptwerk „Essay on the principles of population“ die berühmt gewordene Lehre auf, daß die Vermehrung der Menschen in geometrischer Progression, die Zunahme der Existenzmittel aber nur in arithmetischer Reihe erfolge; dem hieraus entstehenden Dilemma kann nach Malthus in wirksamer Weise nur durch eine Einschränkung der Kinderzeugung entgegengearbeitet werden, welche durch Abstinenz in jüngerem Lebensalter und Hinausschiebung der Eheschließungen auf die gereifteren Jahre angestrebt werden soll. Der Neumalthusianismus erkennt die Notwendigkeit einer Verringerung der Volksvermehrung an, sucht aber dieses Ziel dadurch

zu erreichen, daß er zur Verhütung des sonst um sich greifenden außerehelichen Geschlechtsverkehrs zwar frühzeitige Heiraten eingehen läßt, hier aber den ehelichen Präventivverkehr befürwortet.

So fesselnd und großzügig auch die in der malthusianischen Bevölkerungstheorie niedergelegten Ideen sind, so muß doch der Arzt bei der Erörterung des Gegenstandes an Stelle theoretisierender und nationalökonomischer Betrachtungen die praktische Erfahrung und den konkreten Standpunkt der medizinischen Wissenschaft in den Vordergrund treten lassen; von diesem Gesichtspunkte aus soll im Folgenden der Frage der fakultativen Sterilisierung näher getreten und dargelegt werden, inwiefern diese vom Standpunkte des Arztes aus gerechtfertigt ist, unter welchen Verhältnissen sie notwendig erscheint, und mit welchen Mitteln sie erreicht werden kann.

Aerztlicherseits allgemein anerkannt ist die Berechtigung des künstlichen Abortes in bestimmten Notlagen; obgleich diese Operation mit der Vernichtung eines in Entwicklung begriffenen lebenden Wesens einhergeht und darum ohne Ausnahme vom Gesetz verboten und mit schweren Strafen belegt ist, obgleich sie außerdem auch für die Mutter einen keineswegs gefahrlosen Eingriff darstellt, stellt sich dennoch das ärztliche Gewissen gegebenen Falles über den Wortlaut des Gesetzes und entschließt sich zur Vornahme des Abortes in jenen Fällen, in welchen das Auftreten und Fortbestehen einer Schwangerschaft evidente Lebensgefahr für die Mutter zur Folge hat. Müssen wir Aerzte nicht solche traurigen, durch die Härten des Lebens geschaffenen Situationen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln unserer Kunst zu verhüten und auszugleichen suchen, und müssen wir nicht, wenn wir hierzu die Wahl zwischen mehreren Uebeln haben, wenigstens dasjenige herausgreifen, welches das geringste und ungefährlichste ist und uns zudem den drohenden Konflikt mit Gesetz und Moral vermeiden läßt? Um die Schwangere vor sicherer Lebensgefahr zu bewahren, nehmen wir das Recht für uns in Anspruch, die Gravidität durch die Ausführung des Abortes zu beseitigen, und um auch diesen zu vermeiden, greifen wir zu der einfacheren therapeutischen Verordnung und suchen durch die Anwendung von Präventivmitteln der Konzeption vorzubeugen.

Hieraus ergibt sich der allgemeine Grundsatz, daß überall da, wo bei schon eingetretener Schwangerschaft der künstliche Abort streng indiziert wäre, die fakultative Sterilisierung nicht nur gerechtfertigt, sondern jenem unbedingt vorzuziehen ist. Aber wir dürfen uns nach meiner Ueberzeugung nicht scheuen, noch einen Schritt weiter zu gehen und vom ärztlichen Standpunkte aus den Präventivverkehr auch für jene Fälle in Anspruch zu nehmen, in welchen eine erneute Schwangerschaft vielleicht nicht das Leben, wohl aber die Gesundheit, das Glück und die Existenz sowohl einzelner Personen als auch ganzer Familien bedroht.

Gerade unter solchen Umständen, bei welchen häufig genug dem das Vertrauen seiner Klientel genießenden Arzte allein der volle Einblick in unglückselige Familienverhältnisse gewährt wird, kann dieser vermöge seines Berufes durch die Verordnung antikonzepzioneller Mittel zum wahren Helfer in der Not, zum Spender zurückkehrender Gesundheit und wieder-auflebender Lebensfreude, zum Apostel der Humanitätsprinzipien in des Wortes schönster Bedeutung werden!

Liegt nach dem Gesagten die Berechtigung künstlicher Sterilisierung unter der Voraussetzung der angedeuteten Verhältnisse — und nur unter dieser — klar zutage, so muß für die Spezialisierung der Indikationen vorausgeschickt werden, daß hier nur ein strenges Individualisieren vor Mißgriffen schützt; jeder Einzelfall muß nach den verschiedenen zugrunde liegenden äußeren Faktoren erwogen und beurteilt werden, doch lassen sich bestimmte, aus der Erfahrung des täglichen Lebens hervorgehende Indikationen aufstellen, welche dem Arzte zur Richtschnur dienen können.

In erster Linie sind alle jene Fälle von Beckenverengerungen zu nennen, in welchen der am Ende der Schwangerschaft absolut oder relativ indizierte Kaiserschnitt von der Mutter abgelehnt wird; sowohl das absolut zu enge

Becken mit einer engsten Stelle von unter 6 cm kommt hier in Betracht als auch das enge Becken mittleren Grades dann, wenn der Verlauf der vorhergegangenen Geburten sehr schwer, mit erheblichen Gefahren für Mutter und Kind verbunden war, letzteres mehr oder weniger schwer verletzt, asphyktisch oder tot zur Welt kam, eventuell die Geburt durch eingreifende Operationen (Hebotomie, Perforation und andere Zerstücklungsoperationen) beendet werden mußte. Wenn auch der Kaiserschnitt der letzten Jahre im ganzen so glänzende Erfolge erzielt hat, daß hierdurch der künstliche Abort bei Beckenenge mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt wird, so darf andererseits nicht vergessen werden, daß er trotzdem eine Operation ist und bleibt, welcher wenigstens alle Gefahren eines Bauchschnittes anhaften, und daß jene für Mutter und Kind gleich vortrefflichen Resultate die Erfüllung bestimmter, hier nicht näher zu erörternder Bedingungen zur Voraussetzung haben. Man hat, namentlich in Frankreich, den generellen Grundsatz aufgestellt, daß bei der Wahl einer geburtshilflichen Operation dem Arzte allein ein souveränes Urteil zustehe, welchem sich die Mutter unterordnen müsse; ich bin der Meinung, daß wir Aerzte der Frau das Verfügungsrecht über die an und in ihrem Körper vorzunehmenden Handlungen in der Geburtshilfe ebensowenig, wie in der Gynäkologie verkümmern dürfen; und wenn wir vollends die Wahl zwischen einem gefahrlosen Verfahren (Präventivverkehr) und einer lebensgefährlichen Operation (Sectio caesarea) haben, so muß es um so mehr unsere Pflicht sein, die einschlägigen Verhältnisse ohne Uebertreibung, aber auch ohne Beschönigung den zunächst Beteiligten zu schildern und diesen die definitive Entscheidung zu überlassen; auch so fällt die Wahl der Frau durchaus nicht immer auf den Präventivverkehr, namentlich dann nicht, wenn es sich um eine vorerst kinderlos gebliebene Ehe handelt; oft ist die Sehnsucht nach Kindern, wie ich es in der Sprechstunde der Klinik wiederholt erlebt habe, mächtiger als die Furcht vor dem in Aussicht gestellten Kaiserschnitt.

Angezeigt erscheint ferner die fakultative Sterilisierung als selbständige Operation bei allen allgemeinen und lokalen Krankheiten, welche mit einer erheblichen, vom Arzte objektiv festgestellten Prostration des Allgemeinbefindens einhergehen und bei welchen eine Verschlimmerung des Zustandes durch den Eintritt einer Schwangerschaft sicher zu erwarten oder auch nur wahrscheinlich ist. In diese Kategorie gehören in erster Linie: die Osteomalacie, bei welcher seit der Entdeckung Fehlings nicht nur die permanente Sterilisierung und die Cessatio menstruationis, sondern die Ausheilung der Erkrankung durch die Kastration erzielt wird; Psychosen, besonders die sogenannten Schwangerschaftspsychosen melancholischen oder maniakalischen Charakters; chronische Krankheiten des Herzens (Klappenfehler, Herzmuskeldeneration), der Lungen (Tuberculose, Emphysem), der Nieren (parenchymatöse Degeneration), des Magendarmkanals, hochgradig anämische und kachektische Zustände, überhaupt schwerere Störungen des Allgemeinbefindens, wie sie durch zahlreiche Körperanomalien hervorgerufen werden können.

Am schwierigsten abzugrenzen und mit besonderer Vorsicht zu verwerthen ist eine dritte Indikation, die ich die soziale nennen möchte; sie erfreut sich bis jetzt noch durchaus keiner ungeteilten Anerkennung, aber allen gegen sie geltend gemachten Bedenken steht die Tatsache gegenüber, daß der eine fortlaufende Reihe von Jahren sich wiederholende Familienzuwachs nicht selten da, wo Armut oder bittere materielle Not zu Hause ist, früher oder später zur Untergrabung der für die Mutter so notwendigen Kraft und Gesundheit, zu ehelichen Zerwürfnissen, zu drückendster Sorge um die täglichen Lebensbedürfnisse, zur Verkommenheit der vorhandenen Kinderschar führt; ja so manches Mal hat der übergroße Kinderreichtum des Proletariats schwere Verbrechen, Mord und Totschlag, den völligen Ruin ganzer Familien zur unmittelbaren oder mittelbaren Folge! Die Verhütung derartiger Familientragödien durch prophylaktische Belehrungen und Verordnungen gehört doch recht eigentlich mit zu den dankbarsten Aufgaben des Hausarztes, und ich halte es daher für gerechtfertigt und für geboten, daß der Arzt, im vollen Bewußtsein seiner ganzen

Verantwortung und nach reiflicher Erwägung aller einschlägigen Verhältnisse für die fakultative Sterilisation in jenen Fällen eintritt, in welchen sich Kinderüberfluß mit offenkundiger Armut verbindet, in welchen die Frau durch die gehäuften Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten ihre Gesundheit aufs Spiel setzt und in dem notwendigen täglichen Broterwerb dauernd beeinträchtigt ist.

Endlich kann, wenn bei hereditärer Belastung (Geisteskrankheiten, Tuberculose) das für notwendig erachtete Heiratsverbot nicht innegehalten wurde, die fakultative Sterilisierung zur Verhütung weiteren Unheils zu vorteilhafter Verwendung kommen.

Wenden wir uns nun zu einer Betrachtung der Mittel, welche uns zur Verhütung der Konzeption zur Verfügung stehen, so halte ich die Trennung in zwei Hauptgruppen für angezeigt: Die erste umfaßt alle jene dem Präventivverkehr dienenden Methoden, welche eine nur temporäre Sterilisierung auf nicht operativem Wege bezwecken; die zweite Gruppe besteht aus jenen Verfahren, welche eine permanente Sterilisierung durch operative Eingriffe herbeiführen.

Der zur ersten Gruppe gehörigen „antikonzptionellen“ Mittel hat sich seit Jahren die kaufmännische Spekulation bemächtigt; sie werden vielfach fabrikmäßig hergestellt, bilden zum Teil einen lukrativen Geschäftszweig, werden in oft widerwärtig aufdringlicher Weise in verhüllten und unverhüllten Inseraten angepriesen und stehen aus guten Gründen in dem ominösen Geruche einer indikationslosen und durchaus unmoralischen, aber darum nicht weniger ausgedehnten Verbreitung, deren schroffste Verurteilung kaum ausdrücklich hervorgehoben zu werden braucht. Es wäre aber verkehrt, wenn man deshalb eine wissenschaftliche Besprechung der im Handel kursierenden Präventivmittel ablehnen wollte; ihre sittliche Berechtigung ist begründet in der Moralität des Zweckes, welchen sie erfüllen sollen, ihre genaue Kenntnisnahme halte ich gerade für den Hausarzt aus mehrfach erwähnten Gründen für unerlässlich.

Das von Theoretikern mit Vorliebe ausgesprochene Gebot absoluter Abstinenz ist meist erfolglos; selbst für kürzere Zeit wird es nur selten eingehalten, für einen längeren Zeitraum ist es nach allgemeiner Erfahrung ganz undurchführbar; es scheitert an der Macht des dem Menschengeschlechte tief eingewurzelten Geschlechtstriebes. Der von Capellmann gegebene Rat, in den dem Beginn der Menses folgenden zwei Wochen und in den der nächsten Periode vorhergehenden drei bis vier Tagen Enthaltensamkeit zu üben und den Coitus auf die Zwischenzeit zu beschränken, ist wertlos, da beim Menschen nun einmal die Möglichkeit einer fruchtbaren Kohabitation zu jeder Stunde des fortpflanzungsfähigen Alters außer Zweifel steht.

Die Uebersicht über die zahlreichen temporären Präventivmittel wird durch die folgenden, nach Art und Ort der Wirkungsweise getroffenen Einteilung erleichtert. Wir können unterscheiden:

1. Mittel, welche durch die Einbringung chemischer Substanzen in das Vaginalrohr das dort deponierte Sperma sofort nach der Ejakulation vernichten sollen; in Nutzenwendung der physiologischen Beobachtung, daß die Bewegungs- und Lebensfähigkeit der Spermafäden in verdünnten Alkalien begünstigt, in Säuren und Metallsalzen dagegen rasch aufgehoben wird, werden spermafeindliche Chemikalien teils in Lösung (Vaginalinjektionen), teils in Salbenmischung (Sicherheitspessare), teils in Pulverform (Scheidenpulverbläser) appliziert.

Zu den prohibitiven Scheidenausspülungen, welche in der üblichen Weise mit einem 1—2 Liter enthaltenden Irrigator zur Ausführung kommen, werden lauwarme (nicht kalte!) verdünnte Lösungen von Säuren und anderen spermavernichtenden chemischen Präparaten verwendet (Liquor alumin. acetic. 5%, Acet. pyrolignos. rectific. 3%, Chinin. sulfuric. 0,1%, Cupr. sulfuric. 1%, Lysoform 1%). Die Irrigationen, welche mit dem chemischen Effekt eine mechanische Wegschwemmung der Spermaflüssigkeit verbinden sollen, müssen in Rückenlage der Frau, möglichst bald nach dem Coitus und mit einer größeren Flüssigkeitsmenge (wenigstens 1 Liter) vorgenommen werden.

Die von einem Londoner Drogisten, namens Rendell, 1885 in den Handel gebrachten „löslichen Sicherheitspessare“ sind Vaginalsuppositorien, welche aus Kakaobutter und dem spezifischen Mittel (salzsaures Chinin, Borsäure, Citronensäure, Alaun) zusammengesetzt sind; sie werden kurze Zeit, etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Kohabitation von der Frau selbst mit den Fingern oder einem ad hoc angefertigten Induktor in die Vagina eingeführt, möglichst hoch, bis vor das Orificium externum emporgeschoben, und zerschmelzen hier rasch unter dem Einfluß der Körperwärme (Noffkes, Ungers und Schweizers Sicherheitspessare).

In den letzten zehn Jahren wurden antikonzptionelle Pulvermischungen, bestehend aus Acid. tannic., Acid. nitric., Acid. boric. und anderen Zusätzen, empfohlen, welche, mittels besonders konstruierter Pulverzerstäuber in das Vaginalrohr eingeblasen, die Wände der Vagina und Portio samt äußerem Muttermund mit einem vollkommenen Pulverüberzug versehen. Der erste derartige Scheidenpulverbläser, von seinem Erfinder Dr. Justus „Atokos“ benannt, wurden nach den Angaben des Dr. Hüter vom Instrumentenmacher Kröning verbessert und ist in seiner letzten Konstruktion seit 1898 unter dem Namen „For the Malthusian“ in Deutschland und in anderen Ländern patentiert. Der Apparat besteht im wesentlichen aus Pulverbehälter, spreizbaren Branchen und Gummigebläse und wird mit geschlossenen Branchen in der Richtung auf die Vaginalportion eingeführt; durch Spreizen der Arme wird die Scheide ausgedehnt und durch Druck auf den Gummiball mit der Pulvermischung vollgestäubt.

2. Mittel, welche durch mechanische Einlagen das in die Vagina ejakulierte Sperma vom Cervikalkanal absperren.

An die Stelle der früher benutzten, gereinigten und antiseptisch zubereiteten Schwämme sind im Laufe der Zeit zunächst die jedenfalls zweckmäßigeren, mit Seidenfaden zum Herausziehen armierten, aseptischen Wattetamppons getreten, wie sie bei gynäkologischen Affektionen ausgedehnte therapeutische Verwendung finden; sie werden mit einer 1%igen Alaun- oder 0,3%igen Chininlösung befeuchtet und von der Frau selbst ohne Schwierigkeit vor der Kohabitation eingelegt. Auch für diese Tamponpräservativs sind Induktionsapparate zur Erleichterung der Applikation erfunden worden (Speculum mit Obturator und Stab nach Dr. Weisl).

In vollkommenster Weise wird die mechanische Abspernung zwischen äußerem Muttermund und Scheidenlumen erzielt durch das von Mensinga erfundene, gleichfalls gesetzlich geschützte Occlusivpessar,¹⁾ eine halbkugelig geformte Verschlussinlage aus dünnem Gummi, deren gewulsteter, kreisrunder Rand eine elastische Stahlfeder trägt. Von den verschiedenen Größen des Pessars muß für jeden Einzelfall diejenige ausgewählt werden, welche ein allseitig festes Anliegen des Ringes an die Scheidenwände sichert, ohne einen schädlichen Druck auf diese auszuüben; das Instrument wird in seitlich komprimiertem Zustande mit den Fingern oder dem Mensingaschen Induktor eingeführt und muß im Scheidengewölbe, dicht vor der Portio, mit der Konvexität gegen diese gerichtet und mit dem Durchmesser seiner Basis im Querschnitt der Vagina liegen. Es soll durchschnittlich wenigstens einmal in der Woche, jedenfalls aber für die Dauer der Periode, herausgenommen und fleißig gereinigt werden; auch ist nach jeder Herausnahme eine lauwarme desinfizierende Scheidenausspülung erforderlich. Sicherheit des Erfolges besteht nur dann, wenn Auswahl und Applikation vom Arzte besorgt wird.

3. Mittel, welche die Ejakulation des Sperma in die Vagina verhindern. Dies kann erreicht werden durch den Coitus interruptus und durch die Benutzung von Condoms.

Von ersterem wird vielfach angegeben, daß er eine schwere Schädigung des Nervensystems für beide Teile zur unvermeidlichen Folge habe, ja daß seine weit verbreitete Anwendung zum guten Teil die Schuld an der allgemeinen Nervosität un-

¹⁾ Eine in einer Formveränderung bestehende Modifikation stellt das sogenannte Earletpessar dar; bei dem „Matrisaluspessar“ und „Bimatrisaluspessar“ ist mit dem Occlusivring eines der oben erwähnten spermatötenden Chemikalien in Verbindung gebracht.

serer Zeit trage; für neurasthenisch veranlagte Individuen und vielleicht auch für Gesunde dann, wenn er mit übertriebener Häufigkeit monate- und jahrelang fortgesetzt wird, mag jene Behauptung zutreffen. Doch bin ich, wie J. F. Thompson, Stille, v. Braun-Fernwald u. a., der Ansicht, daß der mit Maß und Ziel ausgeübte Coitus interruptus bei gesunden Ehegatten funktionelle nervöse Störungen oder die ihm sonst noch imputierten Unterleibsaffektionen nicht verursacht und daß seine oft in den grellsten Farben geschilderten Nachteile jedenfalls stark übertrieben werden.

Diejenigen Präservativmittel, welche nach dem Namen ihres Erfinders, des um die Mitte des 18. Jahrhunderts in London lebenden Arztes Conton, als Condoine bezeichnet zu werden pflegen, sind aus dem Blinddarm des Lammes (sogenannte Cöcalcondome) oder aus Hausenblase oder aus künstlich gedehntem Kautschuk fabrikmäßig hergestellte, dünne Hüllen, welche vor der Kohabitation so weit über den Penis gezogen werden, daß am vorderen, verschlossenen Ende noch genügender Raum für die ejakulierte Spermaflüssigkeit bleibt; außer den 20—22 cm langen Condoins werden auch kürzere, zirka 5 cm lange, nur für die Glans penis bestimmte, sogenannte Eichelcondoms verfertigt; die ersteren, und zwar die Gummicondome, verdienen im allgemeinen den Vorzug. Minderwertige und unbrauchbare Fabrikate sind außerordentlich verbreitet und werden namentlich von Zwischenhändlern (Bandagisten, Friseure etc.) feilgeboten. Da die Sicherheit des Erfolges natürlich ganz und gar von der Güte des Materials abhängt, so ist dringend zu empfehlen, nur die besten, und freilich auch teuersten, Qualitäten („garantiert fehlerfreie“ Fabrikate) von zuverlässigen Firmen zu beziehen.

Welche von den angeführten Präservativmitteln werden nun am ausgiebigsten den Anforderungen gerecht, von deren Erfüllung die ärztliche Verordnung abhängig gemacht werden muß? Von einem einwandfreien Verfahren ist zu verlangen, daß seine Applikation die Konzeption mit voller Sicherheit verhindert, keine gesundheitschädliche Folgezustände nach sich zieht, einfach und bequem vorzunehmen ist und keine größeren Kosten verursacht.

Streng genommen, kann nicht ein einziger Anspruch auf die Gesamtheit aller geforderten Eigenschaften machen; die Erfüllung der wichtigsten Vorbedingung, unbedingte Sicherheit der Konzeptionsverhütung, wird nur durch Coitus interruptus und Gebrauch bester Condoins garantiert. Diesen Mitteln stehen am nächsten in bezug auf Zuverlässigkeit der Wirkung das Mensingasche Occlusivpessar und, wenigstens nach einigen neueren ärztlichen Urteilen, der Pulverzerstäubungsapparat; doch können bei diesen beiden leichter als bei den erstgenannten Methoden schon geringfügige Zufälligkeiten den Erfolg illusorisch machen. Alle anderen erwähnten Vorbeugungsmaßregeln sind schon aus dem Grunde von untergeordnetem Werte, weil sie in ihrer Wirkung unzuverlässig sind.

Aber auch die als sicher geltenden Mittel haben ihre unleugbaren Nachteile: der Coitus interruptus ist aus den angeführten Gesundheitsrücksichten nur mit vorsichtiger Auswahl der Fälle zu empfehlen, bei nervösen Eheleuten direkt zu widerraten; der regelmäßige Gebrauch der Condoins verdient im Prinzip den Vorzug vor den anderen Präservativmitteln, ist aber mit nicht unerheblichen Kosten verknüpft und wird hierdurch, wenigstens bei der weniger bemittelten Bevölkerung, in Frage gestellt. Die Benutzung des Occlusivpessars setzt Einlage und Kontrolle durch den sachverständigen Arzt voraus; ob dem in seiner Handhabung offenbar einfachen, bequemen und unschädlichen Pulverzerstäubungsverfahren die ihm von den Erfindern zugeschriebene Sicherheit des Erfolges in der Tat zukommt, läßt sich erst auf Grund weiterer und ausgedehnterer Erfahrungen entscheiden.

So muß der beratende Arzt vorerst die Wahl des Mittels von den Verhältnissen des Einzelfalles abhängig machen, bezw. sich mit der Beschreibung der zuverlässigsten Verfahren begnügen, deren engere Auswahl den Beteiligten selbst überlassen werden kann.

Auf weit sichererem Boden bewegen wir uns, wenn es sich darum handelt, permanente Sterilisierung auf ope-

rativem Wege herbeizuführen. Seit langer Zeit wird gelegentlich bei konservativen, ventralen oder vaginalen Bauchhöhlenoperationen, wie bei Kaiserschnitt, Ventro- und Vaginaefixatio uteri, neuerdings auch bei Alexander-Adamsoperation und plastischer Prolapsoperation nach Freund-Wertheim, durch die gleichzeitige Entfernung beider Ovarien oder Tuben weiteren Schwangerschaften vorgebeugt; doch haben uns erst die letzten Jahre mit einer selbständigen, nur Sterilisationszwecken dienenden Operationsmethode bereichert, welche mit Erhaltung der Menstruation und des sonstigen Geschlechtslebens für die Frau einhergeht und deren Gefahren unter der Voraussetzung kundiger chirurgischer Ausführung durch den hiegegen eingetauschten Vorteil völlig sicherer Sterilisierung aufgewogen werden.

Nachdem schon von Kocks, Zweifel und Koßmann Anregungen zu einer tubaren Sterilisation ausgegangen waren und Kehrler 1897 die erste selbständige Operationsmethode ausgeführt und veröffentlicht hatte, mußte diese noch verschiedene Stadien durchlaufen, bis sie zu einem absolut sicheren Verfahren ausgebildet war: auf die einfache Tubenunterbindung folgte der Reihe nach doppelte Unterbindung mit Durchschneidung (Kehrler, Beuttner) oder Durchbrennung (mit dem Thermokauter, Kossmann) und Resektion (Fritsch) zwischen den Unterbindungsstellen, Einnähen des uterinen Tubenstumpfes in die vordere Colpokoeliotomiewunde (Rühl), Ueberrähen der durchtrennten Tubenstellen mit Peritoneum (Zweifel, v. Braun-Fernwald), Keilresektion der Pars interstitialis aus der Uteruswand mit folgender exakter Wundnaht (A. Neumann, Rose), endlich die totale Exstirpation der Tuben (Fränkel, Hübl, Ehrendorfer).

Experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen haben ergeben, daß die beiden letztgenannten Modifikationen, Keilexzision und Totalexstirpation der Tuben, für die Verhütung der Konzeption die sicherste Gewähr leisten; von den möglichen Zugangswegen verdient der hintere Scheidenbauchschnitt vor dem vorderen und der Laparotomie in allen unkomplizierten Fällen aus verschiedenen Gründen entschieden den Vorzug; die typische Operation besteht somit in der Eröffnung des Douglasschen Raumes durch die Colpo-koeliotomia posterior, in der meist ganz mühelosen Hervorstülpung des Uterus und der beiderseitigen Adnexe durch die Colpotomiewunde, der beiderseitigen Abtragung der ganzen Tube mittels je zweier Klammern, welche sofort durch Ligaturen ersetzt werden, mit oder ohne Keilresektion, jedenfalls aber mit Ueberrähen des unterbundenen uterinen Tubenstumpfes mit Peritoneum, schließlich in der Reponierung des Uterus und Verschluss der Scheidenbauchhöhlenwunde durch die Naht.

Da die tubare Sterilisierung einen immerhin nicht ganz ungefährlichen Eingriff darstellt, und da sie die Konzeptionsmöglichkeit für die ganze fernere Lebensdauer ausschließt, so hat ihre Vornahme zur unerläßlichen Voraussetzung einerseits die strengste ärztliche Indikationsstellung, andererseits — zur persönlichen Salbung des Operateurs — die erschöpfende Aufklärung der Beteiligten über den Dauereffekt der Operation und den ausdrücklich geäußerten und schriftlich niedergelegten Wunsch beider Ehegatten; sehr beherzigenswert, wenn auch nicht absolut notwendig, ist der Rat Kehrers, die Operation erst nach zustimmender Beratung mit einem Kollegen und für gewöhnlich nur dann vorzunehmen, wenn die Ehegatten schon im glücklichen Besitze mehrerer Kinder sind.

Erwähnung verdient noch die von Pincus bei „unheilbar kranken Frauen“ empfohlene Obliteration des Endometriums durch die Vaporisation („Castratio uterina atmocautica“), mit welcher indessen der Nachteil der antizipierten Menopause verbunden ist; die mit den Folgeerscheinungen vorzeitigen Climacteriums einhergehende doppelseitige Kastration ist mit Recht durch die tubare Sterilisierung verdrängt worden und bleibt nur noch für die Osteomalacie reserviert; supravaginale Amputation und Totalexstirpation des Uterus dürfen als selbstständige Operationen zur Sterilisierung wegen der mit ihnen verbundenen Lebensgefahr nicht herangezogen werden.

Einen Mißbrauch der operativen Sterilisierung brauchen wir kaum zu befürchten; vor diesem muß auf der einen Seite das ärztliche Gewissen schützen, welches bei leichtfertiger

Motivierung von seiten der Eheleute die Vornahme der Operation zu verweigern verpflichtet ist, auf der andern Seite ist auch der Entschluß, sich einer operativen Behandlung mit all ihren Schattenseiten zu unterziehen und dann für alle Zeiten auf die Möglichkeit weiteren Kindersegens verzichten zu müssen, für die Ehegatten ein so ernster und schwerer, daß er, von seltensten Ausnahmen vielleicht abgesehen, nicht ohne dringende Notlage zur Reife kommen wird.

Dem tatsächlich vorhandenen, abscheulichen Mißbrauch der nicht operativen Präservativmittel kann meines Erachtens in wirksamer Weise nur auf gesetzgeberischem Wege — Verbot des öffentlichen Verkaufes, Beschränkung des Vertriebsrechtes auf die Apotheker und auch bei diesen Abgabeerlaubnis nur auf Grund ärztlicher Verordnung — gesteuert werden.

Das Denken und Handeln des Arztes aber muß in diesen schwierigen Berufsfragen geleitet sein von der sorgsamsten, individualisierenden Abwägung aller Chancen für und wider und muß durchdrungen sein von dem Bewußtsein der hohen Verantwortlichkeit und dem sittlichen Ernst der Situation: dann wird auch die von ängstlichen Gemütern befürchtete Gefahr nicht genügend motivierter oder gar indikationsloser ärztlicher Verordnung sich leicht und sicher vermeiden lassen.