

Keitel, Menge-Sterilisierung und Schwangerschaftsunterbrechung

Menstruation — und auch der Konzeption ermöglichen kann. Die Nachteile der Fundusverödung sind aber nicht gering einzuschätzen und mahnen zur ganz besonderen Gewissenhaftigkeit bei der Indikationsstellung, die immer eine Ausnahme bleiben sollte.

Schrifttum

Bardenheuer, Münch. med. Wschr. 1936, 1546; Zbl. Gynäk. 1937, 209. — Driessen, Zbl. Gynäk. 1927, 272. — Fuchs, Zbl. Gynäk. 1934, 2711; 1936, 1570. — Kaboth, Strahlenther. 37, 355 (1930). — Lehmacher, Zbl. Gynäk. 1934, 491.

Aus der Landesfrauenklinik Erfurt

Direktor: Obermedizinalrat Dr. med. Konrad Kayser

Menge-Sterilisierung und Schwangerschaftsunterbrechung und Menge-Sterilisierung im Wochenbett

Von Dr. med. Artur Keitel

Durchsieht man das noch spärliche Schrifttum über Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung, so findet man überall den Wunsch, dem Gesetzesvorschlag in der zweiten Ergänzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gerecht zu werden: Die Eingriffe in einem Akt oder einer Sitzung zu erledigen. Leitend für dieses Vorgehen waren zwei Punkte.

Einmal sollte der Klinikaufenthalt die Dauer der normalen Sterilisierungsbehandlung nach Möglichkeit nicht überschreiten — bei uns 9,4 Tage —, zweitens sollte ein Eingriff im anderen untergehen, um den Frauen die Unterbrechung nicht fühlbar werden zu lassen.

Daß bei diesen Bemühungen mit aller Vorsicht vorgegangen wurde, um nicht scheinbare Vorteile mit erhöhter Gefährdung der Frauen erkaufen zu müssen, ist für jeden verantwortungsbewußten Operateur Selbstverständlichkeit.

So sind auch wir zunächst den Weg gegangen, den die meisten Gynäkologen noch heute gehen, — Graviditäten in den ersten 2 Schwangerschaftsmonaten — (wir dehnten es noch auf den 3. Monat aus) werden durch Abrasio erledigt, an die dann in gleicher Sitzung die Sterilisierung je nach Einstellung und Auffassung angeschlossen wurde. Bei Graviditäten zwischen den 4.—6. Schwangerschaftsmonaten ist die Sectio parva das Vorgehen der Wahl gewesen. Der eine legte in den transversalen Fundusschnitt die Keilexzision der Tuben, andere umgingen die Keilexzision wegen der damit verbundenen größeren Blutung und resezierten ein Tubenstück dicht am uterinen Ende mit Übernähung und doppelter Deckung der Wunde durch Heranziehen der Lig. rotunda und des Peritoneum (Ottow, Engelmann).

Wir haben bis zum April 1936 in dieser Weise bei 8 Schwangerschaften zwischen dem 5. und 6. Schwangerschaftsmonat den Uterus unter gleichzeitiger Keilexzision der Tuben ausgeräumt. Es handelte sich um Frauen zwischen dem 17. und 41. Lebensjahre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 15,6 Tage. Bei keinem dieser Fälle war eine über das übliche Maß hinausgehende Blutung zu vermeiden, so daß wir nach einem Wege suchten, der bei gleicher Operationssicherheit einen geringeren Eingriff darstellte.

Im April 1936 sterilisierten wir erstmalig sofort im Anschluß an die Entbindung nach der Menge-Methode und waren überrascht, über die Leichtigkeit des Eingriffs an dem noch fast in Nabelhöhe stehenden Uterus.

Was lag näher, als uns diese Erfahrungen für die Sterilisierung in Verbindung mit der Unterbrechung vorgeschrittener Schwangerschaften nutzbar zu machen. Wir gingen in Zukunft so vor, daß wir vom 4. Schwangerschaftsmonat an am Tage nach der Aufnahme Laminariastifte oder eine Tierblase einlegten. Nach entsprechender Dehnung des Halskanals wurde der Uterus ausgeräumt und an die Ausräumung sofort die Sterilisierung angeschlossen.

Wir haben bei diesem Vorgehen nie nennenswerte Blutungen gesehen, die bei der Sectio parva die Regel sind. Die Bänder sind infolge ihrer Teilnahme an den Wachstumsvorgängen des Uterus dick, wenn auch etwas weich, ohne deswegen irgendwelche Schwierigkeiten zu bieten. Überrascht ist man immer wieder über die Leichtigkeit, mit der sich die Tuben auch bei großem Uterus vorziehen und verlagern lassen.

Wir hatten 6mal Gelegenheit, auf diese Weise vorgehen zu können. Die postoperative Behandlungsdauer betrug 9,8 Tage. Der Heilverlauf war immer störungsfrei. Bemerkenswert ist die geringe Belastung der Frauen durch den Eingriff im Gegensatz zu den per laparotomiam sterilisierten Frauen mit und ohne Unterbrechung.

Der bei der Unterbrechung jüngerer Graviditäten von manchen Seiten so geübten Vorsicht, die Abrasio erst 10 Tage nach dem sterilisierenden Eingriff vorzunehmen, glauben wir abraten zu können. Eine Abrasio mit angeschlossener Mengesterilisierung bedeutet weder eine wesentliche Belastung noch eine Gefährdung der Frau. Grundbedingung ist schnelles, zielsicheres Arbeiten eines geübten Operateurs, dann sind auch die eventuell erforderlichen zwei Narkosen — für Einleitung und Ausräumung mit Sterilisierung — keine nennenswerte Belastung.

Wir haben 11 Schwangerschaften im 2. und 3. Schwangerschaftsmonat per abrasionem unterbrochen und sofort die Sterilisierung angeschlossen. Eine Störung haben wir nie erlebt, und auch für Frauen mit offener Tuberkulose und dekompensiertem Herzfehler bedeutete dieses Vorgehen keine nennenswerte Beanspruchung. Die Behandlungsdauer betrug im Mittel 11,4 Tage, bei einem postoperativen Klinikaufenthalt von 9,4 Tagen.

Zum Schluß noch ein Wort zur Menge-Sterilisierung im Anschluß an die Geburt. Wir haben im Gegensatz zu den anderen Autoren jeden Zeitpunkt nach der Geburt für die Sterilisierung für geeignet gehalten. Wir haben am 28., 13. und 9. Wochenbettstage 2, 3, 10, 12 und 13 Stunden nach der Geburt operiert und haben immer gleich gute Verhältnisse an Tuben und Bändern gefunden. Einmal haben wir wegen einer verspäteten Zustellung des Sterilisierungsbeschlusses am 13. Tage nach einer Schnittbindung sterilisiert. In allen Fällen war der Heilverlauf völlig störungsfrei. Die Frauen wurden am 10. Wochenbettstage oder spätestens 9 Tage nach der Operation entlassen. Störungen in der Stilltätigkeit als Operationsfolge haben wir nie gesehen. Die von allen Seiten gefürchtete Infektion von der bakterienhaltigen Gebärmutterhöhle aus dürfte nach unseren Erfahrungen keine wesentliche Rolle spielen. Warum ausgerechnet nach Tubensterilisierungen die Bakterien in die Tuben aufsteigen sollen, ist mir unklar. Trotzdem halten wir mit Ottow die ersten Stunden nach der Geburt für den günstigsten Zeitpunkt zur Sterilisierung. Die Frau gleitet noch ermüdet von der Geburtsarbeit leicht in die Evipanarkose hinüber, aus der sie nach 1 Stunde erwacht, ohne daß ihr der Eingriff überhaupt spürbar wird. Im Wochenbett mit seinen Ablenkungen vergißt die Frau die Operation, man erspart ihr so durch dieses Vorgehen die erneute Klinikaufnahme

Blasenmole und Chorionepitheliom

und eine wiederholte Trennung von Haus und Familie. Für den Staat bedeutet es eine nicht unwesentliche Geldersparnis.

Als Narkosemittel bedienten wir uns ausschließlich des Evipan, das in der Mehrzahl der Fälle bei einer Dosis von 8 ccm eine völlig ausreichende Narkose ergab. Gegebenenfalls wurden geringe Äthermengen zugegeben.

Wenn wir bei einer Gesamtzahl von 400 sterilisierten Frauen mit 0% Mortalität auch nur an einer kleinen Zahl die Leistungsfähigkeit und Brauchbarkeit der Menge'schen Sterilisierungsmethode bei Schwangerschaftsunterbrechung und im Anschluß an die Geburt zeigen konnten, so müssen doch zwei Momente überzeu-gen, einmal die geringe Belastung der Frauen durch den Eingriff, zum anderen die 100proz. operative Erfolgssicherheit, die wir röntgenologisch zum Teil nachgeprüft haben.

Wir sind zur erweiterten Anwendung der inguinalen Sterilisierungsmethode nach reiflichen Erwägungen und in der Überzeugung der Gefahrllosigkeit unseres Vorgehens übergegangen. Die Resultate haben uns recht gegeben.

Was haben wir nun mit unserem Vorgehen erreicht?

1) Eine Abkürzung der klinischen Behandlungsdauer um 4 Tage, von 15,6 auf 11,4 Tage bei Sterilisierungen in Verbindung mit der Unterbrechung vorgeschrittener Schwangerschaften;

2) bedeutet die vaginale Unterbrechung in Verbindung mit der inguinalen Sterilisierung den bedeutend kleineren Eingriff bei einer erheblichen Verminderung des Blutverlustes;

3) haben wir für die Sterilisierungen im Anschluß an die Entbindung den Weg der geringsten Belastung mit der denkbar kürzesten Behandlungsdauer gefunden;

4) und dies alles mit der Methode, die bis heute keinen Versager zu verzeichnen hat. 100proz. Erfolgssicherheit bei geringster Gefährdung der Frau.

Zusammenfassung

Es wird über die inguinale Sterilisierungsmethode bei gleichzeitiger Unterbrechung jüngerer und vorgeschrittener Schwangerschaften und im Anschluß an die Geburt berichtet.

Schrifttum

Engelmann, Zbl. Gynäk. 1937, Nr 30. — Klingenberg, Zbl. Gynäk. 1936, Nr 15. — Lork, Zbl. Gynäk. 1936, Nr 3. — Puppel, Zbl. Gynäk. 1936, Nr 42. — Wiessmann, Zbl. Gynäk. 1936, Nr 37.

Blasenmole und Chorionepitheliom

A. R. Velasco (Santiago de Chile). *Mola hydatiformis, Luteincysten. Tuberkulöse Salpingitis interstitialis und Endometriosis uterina* (Bol. Soc. Chil. Obstret. y Ginec. 2, H. 5 (1937).)

Zunehmender Verfall einer 26jährigen Pat. im Anschluß an eine Curettage wegen Blasenmole. Bei der 15 Tage nach der ersten Curettage vorgenommenen Untersuchung fand sich ein etwas vergrößerter anteflektierter Uterus, schmerzhaftes Scheidengewölbe und im Douglas links und rechts je ein fester, glatter, mandarinen-großer Tumor. Eine zweite Curettage förderte spärliche Eireste, deren pathologisch-histologische Untersuchung keinen Anhalt für maligne Entartung bot. Da die Tumoren schnell größer und schmerzhafter wurden, entschloß man sich zur Laparotomie. Bestätigung der Vermutungsdiagnose: Luteincysten. Entfernung der beiden Tumoren, die beiderseits bis zur Linea innominata aus dem kleinen Becken auf-