

## II.

Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.

Direktor: Prof. Dr. O. v. Herff.

**Eine einfache Methode der Tubensterilisation.**

Von

Privatdozent Dr. Alfr. Labhardt,

Oberassistentarzt der Klinik.

Seit den ersten Versuchen, die Frau unter gewissen Umständen steril zu machen, ist eine große Reihe von Methoden, dies Ziel zu erreichen, angegeben worden; darin liegt der beste Beweis, daß keiner der bisherigen Vorschläge vollkommen befriedigt hat. Die einfachen Verfahren haben sich als unzuverlässig erwiesen (einfache Tubenunterbindung, Unterbindung und Durchtrennung, Resektion eines Tubenstückes); andere Vorschläge sind zu eingreifend, so namentlich die Resektion der ganzen Tube oder die Exzision eines Keiles aus den Fundalwinkeln unter Exstirpation des interstitiellen Teiles der Tube, das Einnähen der Tuben in die Kolpotomiewunde oder in den Musc. obliquus abdomin. int. usw.

Unser Bestreben muß sein, eine zugleich sichere und einfache Methode zu haben, der auch Frauen unterworfen werden können, bei denen irgend ein Grundleiden nicht nur die Gravidität und Geburt, sondern auch einen schweren operativen Eingriff kontraindiziert.

Wir haben im Frauenspital Basel seit einer Reihe von Jahren die Methode von Braun-Fernwald<sup>1</sup> und Asch<sup>2</sup> ausgeführt, die im wesentlichen darin besteht, daß der uterine Stumpf der durchtrennten Tube zwischen die Blätter des Lig. latum versenkt und eingenäht wird. So heilt dieser Stumpf mitten ins Bindegewebe ein, sein Lumen wird dauernd von der Peritonealhöhle abgeschlossen, und es besteht keine Möglichkeit, daß Spermatozoen zum Ei gelangen. Wir haben das Verfahren in etwa 30 Fällen geübt und hatten, soweit uns zu Ohren gekommen, niemals einen Mißerfolg in dem Sinne, daß eine der Operierten wieder gravid geworden wäre. Aber einzelne Nachteile hat die Methode doch, die Asch in seiner neuesten Publikation nicht erwähnt. Zunächst ist das Auseinanderdrängen der Blätter der Ligg. lata oft dadurch erschwert, daß diese Peritonealblätter außerordentlich dünn und zerreiblich sind, so daß es leicht mehr oder weniger große Löcher gibt, durch welche der versenkte Tubenstumpf wieder herausschlüpfen könnte. Auch beim Vernähen der Peritonealblätter reißt die Nadel trotz aller Vorsicht im dünnen Peritoneum oft unangenehme Löcher; oder die Stichkanäle werden beim Knoten der Nähte zu Öffnungen, die event. mit der bindegewebigen Tasche, in der der Tubenstumpf liegt, kommunizieren können. Wenn auch ein Mißerfolg aus diesem Grunde nicht häufig ist, so erscheint doch die Möglichkeit eines solchen gegeben.

Ich bin vor etwa 2 Jahren auf ein Verfahren gekommen, das auch zum Prinzip hat, das uterine Tubenlumen durch eine bindegewebige Narbe zu verschließen, bei dem aber eine Verletzung des Peritoneums in der Nähe des Stumpfendes durch Nadelstiche unmöglich ist. Die Technik ist die folgende: Es wird die Tube

<sup>1</sup> Braun-Fernwald, Zentralbl. f. Gyn. 1898. p. 489.

<sup>2</sup> Asch, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI, p. 551.  
Asch, Zentralbl. f. Gyn. 1910. p. 1553.

etwa an der Grenze zwischen äußerem und mittlerem Drittel mit einem Scherenschlag durchtrennt, wobei eine Verletzung der Art. tubaria möglichst zu vermeiden ist. Es wird dann der laterale Tubenstumpf mit einem Catgutfaden unterbunden, wobei die Art. tubaria mitgefaßt wird. Dann faßt man das mediale Ende des Tubenrohres mit einer Pinzette und zieht es aus seinem Peritonealmantel etwa 2 cm weit hervor. Das Peritoneum, das die Tube umgibt, ist dicker als dasjenige, das die Ligg. lata bildet und reißt beim Vorziehen des Tubenrohres nicht ein, auch nicht wenn man es mit einem stumpfen Instrument, z. B. mit dem Messergriff zurückschiebt. Das hervorgezogene Tubenstück wird nun abgeschnitten, der Stumpf zieht sich in den leeren Peritonealmantel zurück. Zum Schluß werden zwei Catgutligaturen angelegt; indem man jeweilen unter der Art. tubaria durchsticht, unterbindet man distal den leergewordenen Tubenmantel und 2 cm weiter gegen den Uterus hin den proximalen Tubenstumpf. Der zusammengeschnürte leere Tubenmantel verklebt und bildet einen vollkommenen Verschuß am Ende des Tubenrohres; eine Wiedereröffnung gegen die Bauchhöhle hin ist undenkbar. Die Operation ist leicht und läßt sich in wenigen Minuten auf beiden Seiten ausführen. Wir haben sie der Übersichtlichkeit halber und wegen anderer gleichzeitiger Eingriffe (Ventrofixation) bisher stets abdominell vorgenommen, sie kann jedoch ebenso leicht auf dem vaginalen Wege ausgeführt werden.

Erst als ich mich in letzter Zeit in der Literatur der Technik der Tubensterilisation umsah, fand ich, daß das Prinzip der subserösen Tubenresektion bereits vor einigen Jahren von Kirchhoff<sup>3</sup> empfohlen wurde. Er macht einen Längsschlitz in die Tubenserosa, zieht das Tubenrohr zum Schlitz heraus und schneidet das herausgezogene Stück aus der Kontinuität. Die Enden schlüpfen zurück, das Peritoneum wird wieder vernäht, und es bildet sich an der Stelle des leeren Tubenmantels eine bindegewebige Narbe, die die Kontinuität der Tube unterbricht. Saretzki<sup>4</sup> hat durch Experimente an Kaninchen, Katzen und Hunden bewiesen, daß durch die subseröse Tubenresektion sich eine feste, für Flüssigkeit undurchdringliche bindegewebige Narbe bildet, welche einen absoluten Verschuß sichert.

Noch ein Wort bezüglich der Indikationen zur Sterilisierung. Asch bezweifelt die Berechtigung des Arztes, die Sterilisierung lediglich zur Erreichung des Dauererfolges einer Prolaps- oder ähnlichen Operation anzuschließen. Wir können diese Ansicht nicht teilen; im Gegenteil, es hat uns im Frauenspital Basel gerade der operative Eingriff zur Heilung eines schweren Vorfalles am häufigsten die Gelegenheit zur Mitausführung der Sterilisation gegeben. Sie kommt natürlich nur bei den schwersten Fällen in Frage. Welches sind aber die schwersten Fälle von Prolaps? Sie betreffen meist Vielgebärende jenseits der Mitte des 4. Dezenniums, Frauen, die ihr Leiden der großen Anzahl von Kindern und der schweren körperlichen Arbeit zu verdanken haben. Die Aufgabe des Arztes in solchen Fällen scheint mir klar zu sein: Sie liegt vornehmlich darin, eine arbeitstüchtige Mutter herzustellen. Das wird erreicht, erstens durch ausgiebige Fixation des Uterus neben Verengerung der Scheide, zweitens aber durch die Sorge dafür, daß nicht durch weitere Geburten der Erfolg der Operation wieder in Frage gestellt werde. Zu beidem dient die Tubensterilisation; sie ist also in solchen Fällen von Prolaps gewiß hinlänglich indiziert.

<sup>3</sup> Kirchhoff, Zentralbl. f. Gynäkologie 1905. Nr. 37.

<sup>4</sup> Saretzki, Nachrichten der kaiserl. militär-medizin. Akademie Bd. XVII; ref. Franz Veit, Jahresbericht für 1909. p. 229.