Ein einfaches Mittel zur Sicherung des Sterilisierungseffektes

Th.

v.Jaschke

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist außerordentlich viel über Sterilisierungsmethoden geschrieben worden, ja, man hat manchmal geradezu den Eindruck, als hätten wir vor dem Jahre 1933 überhaupt nicht sterilisieren können. Dabei wissen wir seit Jahrzehnten, daß es gar nicht so einfach ist, eine absolut sichere Sterilisierung durchzuführen, und daß die verschiedensten Methoden der Tubendurchschneidung, der partiellen Salpingektomie, der Tubenknotung, der inguinalen Verlagerung des Tubenpavillons, schließlich auch die Methoden der Tubenquetschung und vermutlich auch der Tubenknotung mit vereinzelt Mißerfolgen oder mindestens mit der Möglichkeit von Mißerfolgen belastet sind. Wollen wir den Sinn des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wirklich erfüllen, dann kommt es natürlich darauf an, eine absolut sichere Methode zu wählen. Als eine solche Methode kann man wohl die doppelseitige Salpingektomie unter keilförmiger Exzision der Tubenecken und damit des größten Teils des intramuralen Tubenabschnittes bezeichnen. Es gibt nur eine einzige Möglichkeit, die auch nach dieser Operation zu einem Mißerfolg führen könnte, nämlich die Schwängerung durch eine alien-falls an der Tubenecke entstandene Tubenepithelfistel. Ich halte diese Möglichkeit, offen gestanden, für so minimal, daß ich kein Bedenken trage, an sich die doppelseitige Salpingektomie mit keilförmiger Exzision der Tubenecken als ein sicheres Sterilisierungsverfahren anzusehen. Will man aber auch diese allerleizte Möglichkeit eines Mißerfolges ausschalten, dann kann man das in einer sehr einfachen Weise dadurch erreichen, daß man am Schluß der Operation eine Falte des Blasenperitoneums über den Fundus uteri zieht und mit ein paar Knopfnähten fixiert und das Blasenperitoneum dann hinter der Naht an der Tubenecke herüberleitet zum Lig. rot. und es im Verlauf dieser Strecke überall mit feinsten Katgutnähten fixiert. Die Operationsdauer wird hierdurch höchstens um 2 Min. verlängert. Eine größere Gefährdung der Patientin ist damit auch nicht gegeben, ja, man kann sogar sagen, daß durch diese Deckung die kleinen Wunden im Uterus gegen leichte x) Vortrag, gehalten in der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. 93. Sitzung vom 16. Dez. 1934 zu Frankfurt a. M. Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 99. Heft 1/2 (März 1935).1

2 Goldmeier, Über die Vererbung von Mißbildungen.

Nachblutungen, wie sie manchmal aus den Stichkanälen vorkommen, recht gut gesichert werden. Ich führe diese Sicherung regelmäßig durch und hätte mich nicht veranlaßt gesehen, auf diesen so naheliegenden Ausweg besonders hinzuweisen, wenn mir nicht die Diskussion in unseren Fachblättern zeigte, daß scheinbar niemand bisher auf diesen einfachen Ausweg gekommen ist. Ich sehe jedenfalls auch nach angestrengtem Nachdenken keine Möglichkeit, wie danach noch eine Befruchtung eintreten könnte.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Frankfurt am Main [Direktor: Geheimrat Prof. Dr. L. Seitz].)

Über die Vererbung von Mißbildungen.

Von ERICH GOLDMEIER.

Ob eine angeborene Mißbildung erblich bedingt ist oder nicht, können wir vorläufig allein aus der Mißbildung nur selten sagen. Nun ist aber die Eugenik in das Stadium der praktischen Verwendung gerückt, so daß die Aufgabe entsteht, die Diagnostik und Indikationsstellung für den einzelnen Fall auszubauen, so weit dies nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse möglich ist. Zu diesem Zweck haben wir den 36 Fällen von angeborenen Mißbildungen, die an unserer Klinik in den letzten 10 Jahren unter 13920 Geburten zur Beobachtung kamen, nachgeforscht und dabei versucht, diagnostische Hinweise allgemeinerer Art zu gewinnen. Wir haben vier Diagnosen gestellt: 1. ungeklärt, 2. fraglich, 3. unspezifisch belastet, 4. spezifisch belastet. „Ungeklärt“ und „fraglich“ nennen wir solche Fälle, in denen die Daten einen Erbeinfluß nicht oder nicht sicher erkennen lassen. In diesen Fällen ist aber keineswegs die Nichterblichkeit des Zustandes erwiesen, sondern es ist eben lediglich die Entscheidung darüber aus den vorliegenden Daten unmöglich (vgl. hierzu Fall 22). Als „unspezifisch belastet“ registrieren wir solche Fälle, in deren Sippe zwar die phänotypisch gleiche Mißbildung nicht vorkommt, wo sich aber andere Leiden häufen und ein genotypischer Zusammenhang angenommen werden muß. Typisch hierfür sind etwa Fall 10 und Fall 36. „Spezifische Belastung“ nehmen wir da an, wo sich das Leiden des Probanden in seiner Sippe wiederfindet (Fall 32). Die Berechtigung dieser Diagnosen wird an Hand unseres Materials zu erörtern sein.

Es mag als Hinweis auf die Schwierigkeiten derartiger Nachforschungen dienen, daß wir nur in 22 Fällen von 36 verwertbare Angaben erhielten. 14 Fälle des Urmaterials fallen damit aus. Im übrigen sei bezüglich der Methoden, ihrer Schwierigkeiten und Fehlerquellen auf die Spezialliteratur verwiesen¹⁾.

x) Vgl. insbesondere Siemens

Vererbungspathologie; Baur-Fischer-Lenz

Menschliche Erblehre Bd. I

ferner über Fehlerquellen: Stern

Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie (im folgenden zit. als: A.R.G.B.) Bd. XIII
S. 67ff.