

halb nicht zu verwerten. (Vgl. ähnliche Unterschiede in der Tabelle 6 mit günstigeren Zahlen für die Gruppe mit Koitus und Sectio caesarea, die ebenfalls nicht zu verwerten sind.)

Nirgends sind so eindeutige Differenzen wie in den Tabellen 1 und 2 aufgetreten.

b) Koitus

Tabelle 5

Der Wochenbettsverlauf nach Spontangeburt
(ohne Fälle mit Ruptur oder Episiotomie II. oder III. Grades)

	afebril	subfebril	febril	Kompl.
Ohne Koitus 2000 Fälle . . .	74%	18%	8%	0%
Mit Koitus 750 Fälle	58%	32%	10%	0%

Der Wochenbettsverlauf der Spontangeburt mit Koitus in den letzten zwei Wochen ante partum ist häufiger subfebril und weniger oft afebril als ohne Koitus. Nach der Arbeit von M. Mertz sind es besonders die kurzdauernden subfebrilen Temperaturen, welche vermehrt sind, nicht aber die mehr als 3 Tage dauernden, auch nicht die febrilen Temperaturen. Entzündliche Komplikationen fehlen bei beiden Gruppen.

Tabelle 6

Der Wochenbettsverlauf nach operativer Geburt
Vaginal-operative Geburt

	afebril	subfebril	febril	Kompl.
Ohne Koitus 533 Fälle	24%	45%	31%	12%
Mit Koitus 75 Fälle	24%	40%	36%	12%

Sectio caesarea

	afebril	subfebril	febril	Kompl.
Ohne Koitus 259 Fälle	2%	40%	58%	30%
Mit Koitus 55 Fälle	2%	29%	69%	9%

Infektionsmortalität der operativen Geburten

Ohne Koitus 792 Fälle = 6 Fälle = 0,8%

Mit Koitus 130 Fälle = 1 Fall = 0,8%

Mit Koitus sind bei den vaginal-operativen Geburten weniger subfebrile, dagegen mehr febrile Wochenbetten beobachtet worden, die Unterschiede liegen aber innerhalb des Fehlerbereiches. Die Prozentzahlen der entzündlichen Komplikationen sind gleich.

In der Gruppe mit Koitus sind nach Sectio caesarea ebenfalls die subfebrilen Wochenbetten seltener, die febrilen aber häufiger, die Differenzen sind so, daß sie verwendbar sind, aber auch hier ist die Häufigkeit entzündlicher Komplikationen bei beiden Gruppen gleich.

Die Mortalität bei den Spontangeburt ist 0%, bei allen operativen Geburten mit und ohne Koitus gleich.

Zusammenfassung

Die Prozentzahlen der fieberhaften Wochenbetten und der entzündlichen Komplikationen der Gruppen ohne Vollbad und ohne Koitus, sowohl nach Spontangeburt als nach operativen Geburten, stimmen sehr gut überein, sodaß wir die Abweichungen in den Gruppen mit Vollbad und mit Koitus genau beachten müssen. Für das Vollbad erhalten wir nur in der Gruppe mit Sectio caesarea ungünstigere Ergebnisse, die Differenzen liegen aber nicht mit Sicherheit außerhalb des Fehlerbereiches.

In den Gruppen mit Koitus sind sowohl bei den Spontangeburt, als bei den operativen Geburten die Temperatursteigerungen im Wochenbett häufiger, ohne daß gleichzeitig die entzündlichen Komplikationen vermehrt beobachtet werden. Auch hier ist Vorsicht in der Beurteilung notwendig, da nur eine mäßige Verschiebung nach der ungünstigen Seite festgestellt werden kann.

Vollbad und Koitus wirken sich also keineswegs im Wochenbettsverlauf so aus, daß mit Recht auf Grund anamnestischer Angaben die Prognose für das Wochenbett ungünstiger gestellt werden müßte. Die Keimvirulenz der Vaginalbakterien und die Prozentzahlen der „Stabkernigen“ sub partu bieten dafür weit zuverlässigere Anhaltspunkte.

Es wäre wünschenswert, wenn eine Nachkontrolle von anderer Seite ergeben könnte, inwieweit die von uns festgestellten Abweichungen als typisch erkannt werden.

Mertz, Marta: Die Bedeutung der vaginalen Abstinenz und der Vollbadkarenz in den letzten Wochen ante partum für den Wochenbettsverlauf nach Spontangeburt. Dissertation, Zürich 1935. — Dachslager, Ph.: Der Einfluß von Koitus und Vollbad in den letzten 2 Wochen ante partum auf die Häufigkeit infektiöser Wochenbettserkrankungen nach operativ beendigten Geburten. Dissertation, Zürich 1935. — Koller, Theo: Schweiz. med. Wschr. 1934, Nr. 18, S. 389. — Koller, Theo, und Bollag, Louis: Arch. f. Gynäk. 1934, Bd. 156, H. 3.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel
Direktor: Prof. Dr. Alfr. Labhardt)

Medizinische und nicht-medizinische Indikationen zur Sterilisation

Von Prof. Dr. Alfr. Labhardt

Das erste und vornehmste Ziel der ärztlichen Tätigkeit ist die Heilung der Krankheiten und die Linderung der Beschwerden des Körpers und der Psyche; diesem Zwecke dienen vor allem unsere Verordnungen und unsere Operationen. Aber darüber hinaus sind ärztliche Wissenschaft und Aerzte noch bestrebt, alle jene Vorkehrungen zu treffen, die nötig sind, um Krankheiten vorzubeugen, d. h. ihre mehr oder minder wahrscheinliche Entstehung zu vermeiden; denn es ist in vielen Fällen leichter, den Ausbruch eines krankhaften Zustandes zu verhindern, als die ausgebrochene Krankheit zu heilen.

Aber die Grenzen sowohl der eigentlichen Heilhandlung als auch der vorbeugenden Maßnahmen sind keine vollkommen scharfen; kosmetische Operationen z. B. und auch manche Appendektomien sind bereits nicht mehr im engeren Sinne Heilhandlungen. Ebensowenig ist die Schutzpockenimpfung eine Heilhandlung, eher das Gegenteil. Singemäß betrachtet haben aber auch diese Maßnahmen und Eingriffe ihre volle Berechtigung und können nicht entbehrt werden. Ich hebe diese Tatsachen hervor, um zu zeigen, daß sich die ärztliche Tätigkeit nicht ausnahmslos auf das Heilen von Krankheiten und auf die reinen vorbeugenden Maßnahmen beschränken kann, daß sie vielmehr notgedrungen oft in die Lage kommt, unter zwei Uebeln das kleinere zu wählen.

Es gibt aber auch Grenzgebiete, wo die ärztliche Heil- und Vorbeugungstätigkeit mit allgemein-menschlichen Interessen zusammenstößt und wo sie nicht mehr im strengsten Sinne als Heilhandlung von Krankheiten und als Vorbeugung von solchen anzusehen ist. In diesem Bereiche liegt der Fragenkomplex der Reproduktion, resp. seiner Ausschaltung. Die Zeit liegt allerdings noch nicht weit zurück, wo der Arzt über diese Dinge hinwegging, ja es sogar unter seiner Würde ansah, sich damit zu beschäftigen. Die Not der Zeit hat uns aber gezeigt, daß wir nicht mehr achtlos an diesen Verhältnissen vorübergehen können, daß es vielmehr unsere Pflicht ist, mit unserem Wissen und Können auf allen Gebieten Hilfe zu bringen und uns besonders dort zur Verfügung zu stellen, wo die schwersten Probleme unsere Mitmenschen bewegen.

Für viele Familien ist heute die Frage der Reproduktion wichtiger und einschneidender als manche Krankheit. Die frühere schrankenlose Vermehrung ist in unseren Zeiten des stets wachsenden Bevölkerungsdruckes, der Arbeitslosigkeit, der Weltkrise, vorüber; mit vollem und unbestreitbarem Rechte suchen die Ehepaare nach einer sinnngemäßen Geburtenregelung. Wer wäre besser als der Arzt in der Lage, die Diskrepanz zwischen den Naturgesetzen, besonders dem fundamentalen Gesetz der Erhaltung der Art und den einmal gegebenen heutigen Verhältnissen zu beurteilen und wer ist allein in der Lage, in richtiger und sinngemäßer Weise mit Rat und Tat zu helfen? Dieser gebieterischen Pflicht dürfen wir uns nicht entziehen; vielmehr müssen wir trachten, nach bestem Wissen und Gewissen Mittel und Wege zu finden, auch auf diesem Gebiete unseren Mitmenschen zu helfen. Hat nicht sogar die katholische Kirche, die sonst keine Kompromisse duldet, in richtiger Beurteilung der Sachlage die Knaus'sche Lehre von den unfruchtbaren Tagen sozusagen offiziell anerkannt¹⁾.

Dem Arzte fällt es zu, die technische Frage der Kontrazeption zu beurteilen; denn nur er ist, dank seiner Kenntnisse der ana-

¹⁾ Georg: Eheleben und natürliche Geburtenregelung, Prag 1933.

tomischen und physiologischen Verhältnisse in der Lage, das Nützliche von dem Unnützen, das Harmlose von dem Gefährlichen, das Sichere von dem Unsicheren zu unterscheiden. Nicht in die Hände der Coiffeure und der gewinnsüchtigen anonymen und offenen Händler gehören die kontrazeptiven Mittel, sondern nur in die Hände des Arztes. Allerdings müssen diejenigen Aerzte, die sich mit diesen Fragen beschäftigen wollen, auch hier, wie bei jeder ärztlichen Handlung, sich ihrer schweren Verantwortung stets bewußt sein und lediglich jene Mittel empfehlen, die vor allem der Gesundheit nicht schädlich sind.

Im Prinzip sind zwei Arten der Kontrazeption zu unterscheiden: einerseits *die verschiedenen Arten der präventiven Maßnahmen*, die entweder der männliche oder der weibliche Ehepartner anwendet, andererseits *die operative Sterilisation*. Der wesentliche Unterschied liegt darin, daß die ersteren stets reversibel, aber nicht absolut sicher sind, während die Sterilisation sicher, aber irreversibel ist. Das Ideal eines Mittels, das völlig sicher, dabei aber reversibel wäre, ist leider noch nicht gefunden; ob es jemals zur Verfügung stehen wird, erscheint zum mindesten fraglich.

Bezüglich der präventiven Maßnahmen möchte ich hier nicht auf Einzelheiten eingehen; sie sind sämtlich nicht hundertprozentig sicher, auch dort nicht, wo sie wegen ihrer Kompliziertheit von vornherein keine Aussicht haben, allgemeine Anwendung zu finden. Nur das eine sei hervorgehoben, daß meines Erachtens *alle Einlagen in die Scheide, wie Okklusiv-Pessare, Kappen und ganz besonders intrauterine Instrumente einfach schlecht und gefährlich sind*; wer die ungeheure Zunahme der *Tubargraviditäten* in den letzten Jahren sieht, die nur auf die beständigen Manipulationen in der Scheide und am Uterus bezogen werden können, der wird das Urteil über diese Gruppe von Mitteln und ihre Wertigkeit bald gefällt haben.

Auch das *Knaus'sche* Verfahren ist nicht sicher — leider! Schon der Autor selbst führt eine Reihe von Ausnahmen an, deren Eintritt bedauerlicherweise nicht vorgängig, sondern immer erst rückläufig zu konstatieren ist. Der Follikelsprung hängt nicht so ganz selten von Faktoren ab, die zu beurteilen wir nicht imstande sind. Für Frauen mit unregelmäßigem Zyklus ist das *Knaus'sche* Verfahren sowieso nicht anwendbar.

Vorläufig ist die operative Sterilisation das sicherste Mittel zur Aufhebung der Reproduktionsfähigkeit des Mannes oder der Frau. Alle bisher empfohlenen Methoden, sie zu einem reversiblen Eingriff zu gestalten, haben nicht das gewünschte Resultat gehabt (*Bucura, Sellheim* u. a.). Ich halte es persönlich auch gar nicht für wünschbar, daß ein solcher Eingriff zu einer Spielerei werde. Entweder es wird auf weitere Reproduktion verzichtet, dann ist die definitive Ausschaltung weiterer Reproduktion am Platze; oder es wird nicht ganz verzichtet, dann kommt die Sterilisation nicht in Frage.

Die Anwendung der präventiven Maßnahmen steht jedermann aus jedem beliebigen Grunde offen; der Arzt, um seinen Rat gebeten, wird, unter Ablehnung jeder Verantwortung für einen Fehlschlag, nach bestem Wissen seine Ratschläge erteilen. Ich pflege bei Nulliparen und besonders bei Jungverheirateten vor jeglicher Prävention zu warnen; sie gehört meines Erachtens nicht an den Anfang der Ehe. Leider sehen oft die jungen Ehefrauen, die noch kein Kind besitzen, nicht ein, wie sehr sie sich selbst degradieren, wenn sie die Ehe mit der Prävention beginnen!

Im Gegensatz zu den oft versagenden präventiven Maßnahmen ist die Sterilisation ein weitgehend sicheres Verfahren. Da es aber irreversibel ist, muß seine Anwendung gewissen Einschränkungen unterworfen werden; da weiterhin die technische Durchführung der Sterilisation in das eigentliche Fachgebiet der Aerzte gehört, so fällt es vor allen Dingen ihnen zu, die Normen für den Eingriff zu beschreiben. Dabei ist von vornherein klar, daß von jeglichem Zwang abzusehen ist; sofern es sich um Menschen handelt, die im Besitze ihrer geistigen Fähigkeiten sind, hat ein jeder das freie Verfügungsrecht über seinen Körper; der Arzt spielt lediglich die Rolle des auf Grund seiner Kenntnisse Beratenden und des in technischer Hinsicht Ausführenden.

Eine erste Gruppe von Indikationen zur Sterilisation umfaßt *die medizinischen*. Sie sind dann gegeben, wenn eine somatische oder psychische Erkrankung durch das Hinzutreten einer Gravi-

dität in einer das Leben oder die Gesundheit ernstlich bedrohenden Weise verschlimmert würde, Implizite passen zunächst sozusagen alle Indikationen zum künstlichen Abort auch zugleich in diese Anzeigengruppe zur Sterilisation. Neben den internen und anderwertigen Erkrankungen, die außerhalb des graviden Zustandes die Sterilisation erfordern, seien besonders auch die gynäkologischen Leiden hervorgehoben, die, wie z. B. schwere Prolapse, einer Korrektur bedürfen und bei denen, zur Vermeidung von Rezidiven vorsorglich durch die Sterilisation weiteren Graviditäten und Geburten vorgebeugt wird. Es soll an dieser Stelle nicht weiter auf Einzelheiten eingetreten werden.

Die zweite Gruppe von Anzeigen betrifft die sogenannten *eugenischen*. Es soll hier durch die Sterilisation ein mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartender, in somatischer oder psychischer Beziehung erbkrankter Nachwuchs verhindert werden. Es handelt sich also um jene Indikation, die zurzeit in Deutschland zwangsmäßig durchgeführt wird.

Die beiden bisher genannten Indikationsgebiete haben reinen medizinischen oder prophylaktischen Charakter. Aber beim Entschcheid für die Durchführung einer Sterilisation wird nicht selten noch ein anderes Moment eine Rolle spielen, das *soziale; Offergeld* hat es das „Zünglein an der Wage“ genannt, und auch *Winter* gibt zu, daß es bei medizinischen Indikationen mitbestimmend ist. Diese menschlichen Erwägungen und die sinngemäße Berücksichtigung der Notlage unserer Mitmenschen können dem ärztlichen Handeln nicht abgesprochen werden; ja, sie sind ein dringendes Gebot der Stunde. So wird man sich zweifellos bei einer Frau mit zahlreichen Kindern und in bedrängten materiellen Verhältnissen zu einer Sterilisation leichter entschließen, als bei einer anderen, die mit dem gleichen Leiden in guten Verhältnissen lebend, nur wenige Kinder besitzt. Aber was soll mit der dritten Frau geschehen, die in schwerster Notlage mit einer großen Kinderschar keinen Prolaps hat? Soll ihr deshalb, weil sie keinen Prolaps hat, nicht geholfen werden dürfen? Das wäre doch menschlich gesprochen, zum mindesten unlogisch, um nicht zu sagen ungerecht; denn ihr Wunsch ist ebensogut zu verstehen, wie derjenige ihrer prolapsbehafteten Mitschwester. Den sozialen Faktor auf die Kranken zu beschränken, scheint mir nicht angängig, denn es würde nur zur gekünstelten Aufstellung von nicht oder kaum vorhandenen Krankheiten führen. Versucht man aber, den sozialen Faktor zu umschreiben, so stößt man bald auf die größten Schwierigkeiten; wo soll die Grenze sein? Das soziale Moment wird durch eine so große Zahl verschiedener Einzelfaktoren — materieller Verdienst, Kinderzahl, unterstützungsbedürftige Angehörige u. a. — zusammengesetzt, daß seine Definition unmöglich wird; daher wird auch seine Berücksichtigung von den Einzelnen nicht ohne subjektive Färbung geschehen können.

Aber es kommt noch ein weiterer Punkt dazu. Ohne direkte soziale materielle Bedrängnis kann es vorkommen, daß bei bestimmten Berufen — Lehrerin, Schauspielerin usw. — eine weitere Schwangerschaft nicht ohne weitgehende Schädigung der Familie ertragen werden kann. Soll gegenüber solchen Verhältnissen die wirklich sichere ärztliche Hilfe in Gestalt der Sterilisation versagt bleiben? Soll neben der strikten medizinischen Indikation eine für ganze Familien ebenso strikte menschliche Indikation nicht auch Berücksichtigung finden können? Es spielen doch auch im übrigen Tätigkeitskreis des Arztes, von dem menschliches Verstehen und Einfühlen mehr als in irgendeinem anderen Berufe verlangt wird, beständig Faktoren mit, die über den Rahmen des rein Medizinischen hinausgehen²⁾.

Warum also, wo keinerlei Rechtsgüter tangiert werden, nach gekünstelten medizinischen Indikationen suchen, an die wir selbst nicht recht glauben, statt offen zu unserer berechtigten inneren Ueberzeugung zu stehen und zu sagen, *daß wir sinngemäß auch dort helfen wollen, wo es die Verhältnisse menschlich erheischen?* Lassen wir die „soziale Indikation“ beiseite und sprechen wir richtiger und einfacher von einer „*nicht-medizinischen*“ Indikation. Gewiß, es lassen sich diese Dinge auch nicht mathematisch exakt beschreiben, aber das Gefühl seiner Verantwortung wird den Arzt besser leiten als irgendeine starre, aber doch nicht durchführbare Regel.

²⁾ Siehe auch *Labhardt*: Geburtenrückgang, Geburtenregelung.

Es kann natürlich, wie schon *Kehrer*, der erste Befürworter der Sterilisation sich ausdrückte, die Sterilisation nicht dazu dienen, liebebedürftigen Mädchen den außerehelichen Sexualverkehr zu erleichtern. Hier handelt es sich um viel ernstere Probleme, die für die Zukunft der Menschheit von der allergrößten Bedeutung werden können.

Eines ist klar: Ehepaare, die keine Kinder mehr wünschen, wird keine Macht der Welt dazu zwingen können, weitere Progenitur zu erzeugen. Was geschieht aber, wenn ungewollt, bei der Unzulänglichkeit der präventiven Maßnahmen und auch des Knaus'schen Verfahrens sich wieder eine Schwangerschaft einstellt? Manche werden sie gegen ihren Willen hinnehmen, *viele werden Mittel und Wege zur Abtreibung finden*; machen wir uns keine Illusionen: was wir von Abtreibungen erfahren, ist nur ein verschwindend kleiner Bruchteil dessen, was wirklich geschieht. Ist es da nicht besser und sauberer, ist nicht allen Teilen besser gedient, wenn durch die Sterilisation klare Verhältnisse geschaffen werden? *Die Sterilisation ist ein mächtiger Faktor im Kampfe gegen die Abtreibung*. Wenn man, wie *Fränkel* meint, erst dann sterilisieren soll, wenn die präventiven Mittel versagt haben, so wird man dadurch lediglich der Abtreibung Vorschub leisten.

Jedem Ehepaar steht doch das unveräußerliche Recht zu, die Größe seiner Progenitur selbst zu bestimmen. Aber so gut wir diejenigen verstehen, namentlich diejenigen Mütter, die eine möglichst große Kinderschar um sich sehen wollen, so gut müssen wir auch jene anderen begreifen, die aus irgendeinem Grunde ihre Kinderzahl klein zu halten wünschen. Beide haben das Recht auf ihre Ueberzeugung und deren Anerkennung. Gerade in dieser Beziehung soll völlige Freiheit bestehen, sofern sie keinerlei Rechte tangiert — wie das beim künstlichen Abort der Fall wäre. Die Gleichsetzung des Abortus mit der Sterilisation, wie sie *Winter* vornimmt, trotzdem er die Sterilisation nicht als Verbrechen ansieht, ist prinzipiell abzulehnen; das sind zwei grundsätzlich verschiedene Dinge.

Aber nun werden etwa fanatische Bevölkerungspolitiker Angst bekommen; mit Unrecht. Denn erstens ist die Zahl derjenigen, die sich zu dem Eingriff entschließen, immer noch eine relativ recht geringe; andererseits würden auch ohne Sterilisation die meisten ungewünschten Kinder — allerdings auf bedauerliche Weise — nicht zur Welt kommen. Und schließlich: wäre es ein so großes Unglück, wenn etwas weniger Kinder zur Welt kämen? Man denke an die letzten Ursachen der Weltkrise, der Arbeitslosigkeit, an den tiefsten Grund des gegenwärtigen italienisch-abessinischen Konfliktes: alles nur Auswirkungen des Bevölkerungsdruckes, der zum guten Teil vom Geburtsüberschuß herrührt. Man lese doch die interessanten und vielsagenden Zahlen des „Statistischen Jahrbuches der Schweiz“ pro 1934: die Schweiz hat immer noch einen Geburtenüberschuß von ca. 50/00 pro Jahr, das sind 20,000 Kinder; und dabei jetzt schon über 65,000 Arbeitslose! Wenn es in diesem Tempo weitergeht, so wird sich innert ca. 140 Jahren die Bevölkerung der Schweiz verdoppelt haben — wir bangen bei dieser Perspektive für unsere Nachkommen!

Ohne auf weitere Einzelheiten einzutreten, sei zusammenfassend gesagt, daß sich die Sterilisation auch aus nicht-medizinischer Indikation dadurch rechtfertigt, daß sie *ohne irgend welche Rechte zu tangieren*, der unantastbaren Selbstbestimmung der Individuen in der Reproduktion Rechnung trägt, daß sie ein mächtiger Faktor im Kampfe gegen die Abtreibung darstellt und endlich aus dem Grunde, daß sie u. a. ein Mittel werden kann, den zunehmenden Bevölkerungsdruck mit seinen katastrophalen Auswirkungen zu verhindern.

Trotz dieser gewichtigen Rechtfertigungsgründe kann natürlich die Sterilisation nicht ohne weiteres und ohne gewisse Kautelen als Mittel der Wahl zur Geburtenregelung angewendet werden. Ich fürchte zwar persönlich keine irgendwie ins Gewicht fallende Uebertretungen; dennoch sind *gewisse Einschränkungen am Platze*, schon darum, weil die Sterilisation ein irreversibler Eingriff ist. In erster Linie ist dem *naturgewollten weiblichen Bestreben nach dem Kindersegen Rechnung zu tragen*. Jede normal empfindende Frau sucht und findet nur in der Reproduktion ihre völlige Befriedigung und den Endzweck ihres Lebens; daher müssen wir uns hüten, dies unumstößliche Naturprinzip, das der Erhaltung der

Art dient, zu übersehen. Der Wunsch nach der Sterilisation kann erst dann in Frage kommen, wenn dem der Frau innewohnenden Trieb nach dem Kindersegen insofern Rechnung getragen ist, als mindestens zwei lebende und aller Voraussicht nach am Leben bleibende Kinder vorhanden sind. Abgesehen davon, daß dadurch die Zahl der Individuen mindestens erhalten bleibt — es wird ja immer Frauen geben, denen zwei Kinder zu wenig sind — ist die Zwei-Zahl noch aus anderen Gründen gerechtfertigt. Ein einziges Kind würde stets ein Sorgenkind sein; die Sterilisation aus nicht-medizinischen Gründen nach dem ersten wäre daher ein prinzipieller Fehler. Drei Kinder bedeuten dagegen unter den heutigen Verhältnissen schon für viele Ehepaare eine nicht geringe Belastung, und wollen wir, menschlich gesprochen, die Tatsachen verstehen, wie sie einmal sind, so müssen wir die Drei-Zahl schon als hoch ansehen. Warum wären sonst in so vielen Familien Intellektueller nur zwei Kinder vorhanden? Man verstehe mich wohl: ich bin weit davon entfernt, den Leuten ihre Kinderzahl vorschreiben zu wollen — wenn irgendwo, so muß hier Freiheit der Entscheidung herrschen. Ich verlange nur Verständnis für diejenigen, die auch die Freiheit haben wollen, nur das Minimum dessen an Kindern zu haben, was sich vereinbaren läßt mit dem natürlichen Bedürfnis der Frau, mit ihrem Mutterinstinkt — so kommt man unweigerlich auf die Zwei-Zahl als unterstes Maß.

Hier soll aber dem Arzte die Möglichkeit offen stehen, auf den ausdrücklichen Wunsch der Eheleute den weiteren Kindersegen dauernd auszuschalten und die Sterilisation vorzunehmen. *Vorbedingung ist natürlich auch noch die sachgemäße und restlose Aufklärung über die Tragweite des Eingriffes in jeder Beziehung*; die Eheleute, besonders der zu sterilisierende Teil, sollen über alle nur denkbaren Eventualitäten unzweideutig orientiert werden. Erst dann sollen sie den Revers unterschreiben, der ihren Wunsch nach der Sterilisation kundgibt. Nicht die Einwilligung zum Eingriff sollen die Eheleute unterzeichnen, aber den Wunsch nach demselben; der Einwilligende ist sinngemäß der Arzt. Ueber den juristischen Wert des unterschriebenen Wunsches soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

Für die *Beurteilung der Resultate der Sterilisation* sind vier Punkte von Bedeutung: 1. die unmittelbare Prognose der Operation, 2. die Sicherheit des Erfolges, 3. die somatischen und 4. die psychischen Folgen. Ich befasse mich hier lediglich mit der Sterilisation bei der Frau.

Zunächst die *unmittelbare Prognose der Operation*; sie besteht bei der Frau in einer Laparotomie (abdominal oder vaginal) und stellt daher immerhin einen Eingriff dar, der zum mindesten nicht gleichgültig ist und bei dem stets mit der Möglichkeit von Komplikationen zu rechnen sein wird. Wir haben unter 1078 Sterilisationen (1920—1934) aller Indikationen 7 Todesfälle erlebt. Es handelte sich 5 mal um Embolien bei Frauen, bei denen bei Gelegenheit von lagekorrigierenden Operationen als Nebenoperation die Sterilisation ausgeführt wurde; diese Fälle fallen also der Sterilisation an sich nicht zur Last. 2 Todesfälle ereigneten sich nach einfacher Tubensterilisation (0,18%); es handelte sich einmal um eine Embolie bei einer 42jährigen Frau; das andere Mal um ein großes, unter unklaren Symptomen verlaufendes subfasziales Bauchdeckenhämatom.

Die *Sicherheit der Operation* hängt zum guten Teil von der Technik ab³⁾; wir benützen in Basel eine eigene Methode der subperitonealen Tubenresektion, die ich im Jahre 1911 angegeben und seither in Einzelheiten vervollständigt habe. Ohne auf die Details der Technik einzugehen, möchte ich hier nur hervorheben, daß eine intrauterine Gravidität nach der Sterilisation nicht vorgekommen ist; wohl aber drei Tubarschwangerschaften.

Von *somatischen Folgen der Sterilisation* sind zu unterscheiden diejenigen, die als Laparotomiefolge (evtl. Adhärenzen) und diejenigen, die als eigentliche Sterilisationsfolge anzusehen sind. Aus einer Enquête, die wir eben an unseren Sterilisierten durchführen⁴⁾ ersehen wir, daß die somatischen Folgen jedenfalls nur sehr spärliche waren; funktionell wird ja durch eine subperitoneale Tubenresektion am Genitaltraktus nichts geändert. Die etwa in den Antworten auf unserer Enquête geklagten Beschwerden werden, wie

³⁾ Siehe *Engelmann* im Handbuch von Veit-Stoeckel.

⁴⁾ Die Einzelheiten werden demnächst veröffentlicht werden.

das so häufig ist, von den Patientinnen ohne weiteres als Operationsfolge angesehen, trotzdem sie offensichtlich mit dem Eingriff gar nichts zu tun haben; soweit wir Gelegenheit hatten, die Patientinnen selbst später zu untersuchen, konnte niemals etwas Positives nachgewiesen werden.

Die *psychischen Folgen der Sterilisation* sind im einzelnen Falle nicht immer leicht zu bewerten. Die Laien-Auffassung, die die Sterilisation mit der Kastration gleichsetzt, macht sich, trotz sachlicher Aufklärung, immer wieder störend bemerkbar. Aber abgesehen von diesem fatalen Irrtum gaben in der Enquête einige wenige Frauen an, sie fühlten sich minderwertig und sie würden sich dem Eingriff nicht nochmals unterziehen, wenn sie noch einmal anfangen müßten; Kinder würden sie allerdings auch unter keinen Umständen mehr wünschen. In solchen Fällen ist natürlich schwer zu raten! Wenn es aber auch nur wenige Frauen sind, die in dieser Beziehung klagten, so sind sie uns doch eine ernste Mahnung, bei der Aufklärung vor dem Eingriff auch dieser Tatsache nachdrücklich Erwähnung zu tun, um späteren Vorwürfen vorzubeugen.

Andererseits hat unsere Enquête ergeben, daß die Sterilisierten mit dem Zweck und dem Erfolge der Operation zufrieden waren und abgesehen von den wenigen oben Erwähnten haben alle Frauen unsere beiden Fragen, ob sie sich der Operation wieder unterziehen würden und ob sie dieselben anderen Frauen empfehlen würden mit „Ja“ beantwortet. Auffallend groß war die Zahl der spontanen Dankesbezeugungen für die Befreiung von der Angst vor weiterem Kindersegen.

Aus der Enquête darf ich wohl schließen, daß wir mit unseren Eingriffen den Frauen einen großen Dienst geleistet haben und daß wir keinen Grund haben, von unserem Standpunkt abzugehen.

Ich möchte denselben nochmals wie folgt *zusammenfassen*:

In der Frage der Reproduktion soll jedes Ehepaar seine völlige Entscheidungsfreiheit haben; es sollen alle nach ihrer religiösen, moralischen und weltanschaulichen Ueberzeugung handeln. Wünscht aber ein Ehepaar, das schon mindestens zwei lebensfähige und gesunde Kinder besitzt, keinen weiteren Kindersegen mehr, so ist auch dieses Desiderat, besonders unter den heutigen Verhältnissen anzuerkennen, denn es hat eine unbestreitbare Berechtigung auch als Mittel gegen die überhandnehmende Abtreibung. Das einzige zurzeit bestehende sicherste Mittel, um den Kindersegen zu vermeiden, ist die Sterilisation. Ihre Vornahme ist dann berechtigt, wenn die Eheleute nach vorgängiger restloser Aufklärung in jeder Beziehung sie wünschen und diesen Wunsch durch ihre Unterschrift kundgeben. Unter solchen Bedingungen ist sie zweifellos ein segensreicher Eingriff.

A propos d'aménorrhée émotionnelle

Par le Prof. R. L. Rochat, Lausanne

L'effet des traumatismes psychiques se fait fréquemment sentir chez la femme dans la sphère génitale. La frayeur, la joie intense par exemple, exercent leur répercussion sur les fonctions ovariennes et utérines. L'aménorrhée émotionnelle survient généralement chez des femmes prédisposées par leur constitution émotive, mais elle peut se rencontrer également chez des femmes à système nerveux parfaitement équilibré, lorsque le traumatisme psychique revêt un caractère particulièrement aigu et violent. Ce sont là des faits de constatation courante pour le gynécologue. Les travaux de *Petit-Dutaillis*, *Dalché* et plus récemment ceux de *Waltard* et *Labhardt* en témoignent.

Lorsque ces traumatismes psychiques se produisent dans les jours qui précèdent la menstruation, ils ont pour effet, par l'intermédiaire du système nerveux autonome de produire une apparition précoce des règles qui se trouvent souvent ainsi avancées de plusieurs jours. A l'appui de cette théorie, *Labhardt* cite comme exemple les cas fréquents d'apparition inattendue de la menstruation à la veille d'une opération projetée. D'autre part, *Petit-Dutaillis* et

tout dernièrement *Waltard*¹⁾ font remarquer en s'appuyant sur de nombreux exemples, que s'il se produit au cours des règles des situations provoquant de violentes émotions, elles amènent la cessation des règles. Dans son étude sur la physiologie de l'ovaire, *Adler* en était venu à la conclusion que les femmes atteintes d'aménorrhée étaient des sympathicotoniques, mais *Kreis*, dans ses „Etudes cliniques sur le tonus du sympathique et du parasympathique dans les troubles de la menstruation“ (Gynécologie et Obstétrique, 1922) conclut que l'aménorrhée s'accompagne tantôt d'un syndrome sympathicotonique tantôt d'un syndrome vagotonique, de sorte que, puisque les causes d'un arrêt ou d'une non-apparition des règles sont variées et puisque les possibilités de retentissement sur l'appareil nerveux sont constantes mais multiples, il semble bien justifié de douter que les aménorrhées ou les dysménorrhées relèvent de telle ou telle hypertonie spécifique.

Nous avons vu qu'un traumatisme psychique peut avoir selon le moment de sa production un résultat très différent sur le rythme menstruel. Survenant avant les règles il peut avancer de plusieurs jours leur apparition, survenant pendant les règles il peut amener leur cessation immédiate et produire une aménorrhée de durée variable.

Le cas que nous voulons vous exposer ici nous semble illustrer d'une façon particulièrement démonstrative cette influence, en apparence contradictoire.

Mme. B. âgée de 29 ans, de santé générale excellente et de constitution parfaitement normale a eu deux enfants en bonne santé et nés d'accouchements normaux. Elle vient nous consulter pour une aménorrhée qui dure depuis 4 ans et qui est survenue brusquement de la façon suivante: Il y a 4 ans, Mme. B. dont les règles avaient débuté normalement depuis la veille voit sous ses yeux l'aîné de ses enfants qui se penchait à la fenêtre d'un premier étage basculer subitement au dehors et tomber dans le jardin. L'enfant ne se fit que très peu de mal, mais l'émotion chez la mère avait été comme on le pense extrêmement intense et brusque. Il s'en suivit dès le jour même un arrêt complet des règles commencées. Le mois suivant les règles n'apparurent pas et ainsi de suite pendant 4 ans, de sorte que depuis l'accident la malade est atteinte d'aménorrhée totale. Elle a consulté de nombreux médecins au sujet de son état, et a pris à peu près tous les produits opothérapiques connus, sans aucun résultat. En examinant la malade nous trouvons des organes génitaux anatomiquement tout à fait normaux. Devant l'insuccès obtenu par les extraits de glandes endocrines nous lui proposons un traitement diathermique qu'elle suit régulièrement à raison d'une séance d'une demi-heure chaque jour. Elle fait en tout 25 séances. Résultat nul. Nous associons alors à la diathermie des injections sous-cutanées de liquide folliculaire (Folliculine Byla) 12 injections, aucun résultat. Devant cet échec et en considérant les nombreux traitements précédemment suivis par la malade nous croyons devoir énoncer à l'espoir d'un succès et la malade elle-même renonce à tout traitement.

Plusieurs mois après, il y avait alors 5 ans que durait l'aménorrhée, la même malade nous revient ayant depuis la veille un écoulement sanguin qu'elle croit dû à une lésion traumatique et nous raconte ce qui suit: Il y a 3 jours, au cours d'une promenade en automobile, elle est victime d'un accident. Son auto capote et se renverse fond sur fond; la malade s'en tire avec quelques contusions insignifiantes, mais l'émotion a naturellement été très violente, le lendemain de l'accident elle ressent quelques douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire et remarque un écoulement de sang *per vaginam*, peu abondant au début mais qui semble aller en augmentant. A l'examen nous ne trouvons aucune trace de traumatisme local qui puisse expliquer cette hémorragie, mais par contre le sang qui s'écoule du col présente nettement les caractères du sang menstruel. Nous nous gardons, par conséquent, de toute thérapeutique dirigée contre ces pertes de sang. L'écoulement dure 5 jours et se termine de la même façon que des règles ordinaires.

Le mois suivant l'écoulement réapparaît et présente tous les caractères menstruels auxquels la malade était habituée autrefois. Il ne subsiste donc plus aucun doute sur la réapparition de la menstruation normale qui, depuis lors, en effet, se maintient avec son rythme habituel.

Voici l'exposé du cas. Un point nous semble intéressant à relever, en dehors de l'action indubitable de ces deux traumatismes psychiques, éloignés l'un de l'autre par 5 ans d'intervalle, c'est le suivant: Pendant ces 5 ans d'aménorrhée, et malgré l'absence absolue d'écoulement menstruel, notre malade n'avait jamais présenté de troubles généraux correspondant à une suppression de la fonction ovarienne en tant que sécrétion interne. Malgré son jeune âge, et malgré la brusquerie avec laquelle s'était installée cette aménorrhée on ne put jamais constater chez elle un seul des multiples symptômes de la ménopause artificielle précoce. Nous pensons avec *Kreis*, que le rôle de la fonction ovarienne dans la menstruation n'est pas encore clairement défini et qu'il y a de

¹⁾ Dans la Revue Médicale de la Suisse Romande.