

eine Infektion zustande kam und die Lider zwei Tage nach der Operation anschwellen und sich schleimig-eitrige Sekretion einstellte, stieß sich ein größeres Gewebstück ab, das für das transplantierte Knorpelstück gehalten wurde. Zwölf Tage nach der Operation schwand die Sekretion, und es zeigte sich, daß der Knorpel im Niveau des Defektes glatt erhalten war, keine Nekrose, nur an der Oberfläche in der Mitte vom Epithel entblößt war. Das Epithel der Umgebung aber zog sich von den Rändern auf die Knorpeloberfläche, daß also trotz der überstandenen Entzündung das Knorpelstück einheilte. Birch-Hirschfeld meint, daß, selbst wenn sich der Knorpel nach längerer Zeit resorbieren würde, wie nach Implantation in die Leber, derselbe mit der Zeit durch festes Bindegewebe ersetzt werden würde, was dem Augenlidteil eine größere Festigkeit geben würde, als wir das durch Transplantation durch Haut und Schleimhaut erreichen könnten.

Nach Königs Mitteilung versuchte auch W. Müller bei Lupus die Königsche Methode. Interessant ist in dieser Mitteilung der folgende Fall: 49jährige Frau, bei der das ganze untere Augenlid wegen Endothelium entfernt werden mußte (3. Februar 1903). Es wurde ein  $3\frac{1}{2}$  cm langes Ohrmuschelstück aus dem rechten Helix in vollem Durchmesser in den Defekt des Augenlides implantiert, so, daß die eine Hautoberfläche des Ohrstückes mit der Haut des Augenlides, die andere Hautoberfläche mit dem Rest der Bindehaut vereinigt wurde, der zwischenliegende Knorpel ersetzt den Tarsus. Der Lappen ist gut eingeeilt, kosmetischer Effekt ausgezeichnet, weder Ek- noch Entropium, Augenlid-schluß vollständig. Nach der Ansicht der Verfasser ist diese Methode des Augenlidersatzes ideal zu nennen, da der funktionelle wie der kosmetische Erfolg vorzüglich ist. Weder das Auge noch die benachbarten Teile zeigen narbige, störende Veränderungen. Der freie Rand der Ohrmuschel gibt einen vorzüglichen Augenlidrand.

Bei Mißlingen der Operation kann das andere Ohr erneuert benutzt werden.

Bei einer 50jährigen Frau, bei der an beiden unteren Augenlidern nach Lupus Ektropium entstanden war, wurde das rechte untere Augenlid durch gestielten Lappen ersetzt, das linke Augenlid aber durch freie Ohrmuscheltransplantation operiert. Bei der Operation am rechten Augenlid wurde der gestielte Lappen aus der Haut der Backe entnommen und die so entstandene Wunde mit Thiersch-Lappen aus dem rechten Oberarm gedeckt. Der Erfolg war am rechten nicht ganz befriedigend, am linken mit der Ohrmuscheltransplantation kosmetisch und funktionell ausgezeichnet.

Elter und Haas haben in einer späteren Mitteilung erwähnt, daß Büdinger zum Ersatz der Bindehaut und des Tarsus einen Teil der Ohrmuschel benutzt hat, die äußere Haut des Augenlides aber mit einem gestielten Lappen aus der Nachbarschaft ersetzte. Indem er neben den freien Lappen auch einen gestielten benutzte, kam eine gewisse Verunstaltung der benachbarten Teile zustande. Der Erfolg der Verfasser ist also kosmetisch besser und auch die Operation einfacher.

Nach Lexer wurde die Königsche Methode der Nasenplastik von mehreren ausgeführt. Das der Ohrmuschel entnommene keilförmige Stück wurde in einigen Fällen nekrotisch. Dies kann die Folge der Wundinfektion sein oder die Folge der geringeren Ernährung, die nur vom Defektrand aus geschehen kann.

Er empfiehlt daher, den Defektrand nicht einfach aufzufrischen, sondern den aufgefrischten Streifen nach innen zu legen, sodaß er mit der Nasenschleimhaut in Verbindung bleibe und dadurch eine breitere Behrungsfläche der Gewebe entstehe.

Weiter meint Lexer, daß diese Nasenflügelplastik den schönsten Erfolg hat, wenn man den partialen Nasenflügeldefekt vergrößert und den ganzen Nasenflügel bis zu seinen normalen Grenzen und Vertiefungen ersetzt. Dadurch erhält er immer gut genährtes Material, und überflüssige Gewebsreste können zur Unterfütterung verwendet werden. Solch ein Nasenflügel wird durch Narben nicht entstellt. Nur wenn diese Narben den normalen Konturen entsprechen, ist der kosmetische Effekt — seiner Meinung nach — vollständig. Ich glaube, dieser Lexersche Vorschlag kann sich nicht auf solche Fälle beziehen, wie der von uns mitgeteilte, wo es sich nicht um Ersatz durch pathologische Prozesse entstandener Defekte handelt, sondern durch Trauma entstandene, glattrandige Defekte vorhanden sind, bei denen sich nicht breite Narbenbündel in die Peripherie erstrecken. Bei solchen traumatischen Defekten wäre es vielleicht überflüssig, den ganzen Nasenflügel vor der Operation zu entfernen, nachdem in solchen Fällen die Narben an den vollständig gesunden benachbarten Teilen mit der Ohrmuschel kaum sichtbare Narben bilden, wie wir dies auch in unserem Falle sahen.

Es ist vielleicht von gutem Nutzen, wenn ich erwähne, daß in einem Lexerschen Falle, wo er die abgebissene Nasenspitze durch ein ovales Ohrmuschelstück ersetzte, der unruhige Patient dieses in der Nacht abgerieben hatte. Er empfiehlt daher, in solchen Fällen eine gewisse Zeit hindurch zum Schutze der Nase die Klappsche Glassauglocke mit Heftpflasterstreifen an das Gesicht zu fixieren.

Ich wiederhole, daß wir zum Ersatz der Nasenflügel oder Nasen-

spitze die Ohrmuschel benutzen sollen, da dies ein ausgezeichnetes physiologisches Material abgibt, wobei das Ohr kosmetisch nicht leidet und das Gesicht vollständig von Narben frei bleibt.

Daß das Ohr nach vollständiger Ablösung noch stundenlang die Lebensfähigkeit erhält, zeigt folgender von mir beobachtete Fall:

Georg G., 17 Jahre alt, wurde am 10. April 1917, um 8 Uhr abends, durch ein Automobil überfahren und sehr anämisch mit rechter Schlüsselbeinfraktur auf meine Abteilung aufgenommen. Ueber dem linken Schläfenbein ist ein handtellergroßer Hautlappen von der Galea abgelöst. Das linke Ohr hängt an einer dünnen Hautbrücke des Ohrläppchens. Er wurde mit einem Deckverband versehen. Injektion von Totanusantitoxin. Ich sah den Patienten am 11. April, vormittags 10 Uhr, also zehn Stunden nach dem Unfall. Das linke Ohr lag, mit braungrauem Straßenschmutz bedeckt, vollständig abgelöst vorn an der Backe, mit einer dünnen Hautbrücke, nicht dicker wie eine Violine, in Verbindung. Das ganz kühle, livide Ohr wurde vom Schmutz gesäubert und das Ohr an die normale Stelle zurück adaptiert. Die hintere Hautbedeckung der Ohrmuschel, die teilweise gequetscht, ganz zurückgezogen war, wurde auf die Knorpeloberfläche der Ohrmuschel angelegt und mit einigen Nähten an die Hautpartie der Vorderfläche fixiert. Dann wurden die einzelnen kleinen Einrisse zwischen Helix und Antihelix mit einzelnen Nähten vereint. Besonderes Gewicht legte ich darauf, daß das Ohr am äußeren Gehörgang wieder genau adaptiert und vereinigt werde, damit das eventuell wieder anwachsende Ohr am Gehörgang keine Striktur oder Stenose zeige.

Der skalpierte Lappen wurde mit einigen Nähten fixiert. Beim Verbandwechsel nach 24 Stunden war das Ohr weniger livid, am dritten Tage nach der Naht wurde die Farbe der Ohrmuschel normal. Am 15. April Entfernung einiger Nähte zwischen Helix und Antihelix. Nach zwei Wochen an der fest angewachsenen Ohrmuschel zwei kaum linsengroße, granulierende Stellen. Gehör absolut normal.

Im Budapester Aerzte-Verein wurden ähnliche plastische Operationen erwähnt durch Milko, Réthi, Polya. Diese Demonstrationen bezogen sich aber alle auf Fälle, die später operiert wurden als mein mitgeteilter Fall.

## Darf die wirtschaftliche Lage der Schwangeren bei Einleitung des künstlichen Abortes berücksichtigt werden?

Von Prof. Dr. A. Kuttner, Geh. Sanitätsrat in Berlin.

In den Verhandlungen gegen Prof. Henkel (Jena) und in den daran sich anschließenden Erörterungen in der Tagespresse ist wiederholt die Frage gestreift worden, ob die Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Schwangeren die ärztliche Entscheidung betreffs der Einleitung eines Abortes beeinflussen dürfe. Die überwiegende Zahl der berufenen und ungerufenen Gutachter hat, soviel ich sehe, diese Frage im ablehnenden Sinne beantwortet, manche sogar mit einer gewissen Entrüstung, als ob der Arzt, der bei seiner Entscheidung auch diese Dinge in den Kreis seiner Betrachtungen zieht, ein grobes Unrecht begeht. Da diese Auffassung den tatsächlichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung trägt, sich auch mit der Anschauung weiter ärztlicher Kreise meines Erachtens durchaus nicht deckt, scheint es mir nicht nur vom wissenschaftlichen, sondern auch vom forensischen Standpunkt geboten, diese so einschneidende Frage noch einmal zur Erörterung zu stellen.

Daß unter normalen Verhältnissen, also bei einer gesunden Schwangeren, die Rücksicht auf ihre wirtschaftliche Lage oder ähnliche Erwägungen keinerlei Einfluß auf unsere Entscheidung haben dürfen, daß, mit anderen Worten, die wirtschaftliche Lage der Schwangeren an sich niemals eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben darf, ist ja selbstverständlich; ein derartiges Ansinnen ist auch nirgendwo und niemals gestellt worden. In Frage steht nur, ob bei einer Schwangeren, die an einer ersten Erkrankung leidet, an einer Erkrankung, die unter gewissen Bedingungen anerkanntermaßen als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft gilt, ob bei dieser neben anderen Momenten auch die Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse einen Einfluß auf unsere Entscheidung haben darf. Da die grundsätzlichen Erwägungen hierüber bei allen in Betracht kommenden Arten von Erkrankungen sich in derselben Richtung bewegen, scheint es mir am zweckmäßigsten, das Für und Wider an den Fällen zu prüfen, bei welchen die Folgen einer schweren Komplikation der Schwangerschaft am allerschärfsten in die Erscheinung treten, und das sind die Fälle, bei denen Schwangerschaft und Kehlkopftuberkulose zusammentreffen.

Auf der Naturforscherversammlung in Hamburg (1900) wies ich zum ersten Male darauf hin, wie verhängnisvoll ein solches Zu-

sammentreffen ist. Aus meiner damaligen Zusammenstellung ergab sich, daß etwa 93% dieser Fälle noch während der Schwangerschaft oder in kürzester Frist nach der Entbindung zugrundegehen. Abgesehen von den Tuberkulomen, die ihre auch sonst oft festgestellte relative Harmlosigkeit auch während der Gravidität bewahren, ist bei allen Formen der tuberkulösen Kehlkopfkrankung, mögen sie anfangs auch noch so unschuldig aussehen, unter zehn Fällen neunmal eine tödliche Verschlimmerung mit Gewißheit zu erwarten, es sei denn, daß die Kehlkopfkrankung erst in der allerletzten Periode der Schwangerschaft einsetzt. Wenn bei irgendeiner Schwangerschaftskomplikation, so würde hier diese ungeheure Sterblichkeitsziffer den Vorschlag rechtfertigen, bei dem ersten Anzeichen einer tuberkulösen Kehlkopfkrankung die Schwangerschaft zu unterbrechen, sofern der Allgemeinzustand der Kranken und insbesondere ihr Lungenbefund nach der Abtreibung eine Genesung oder wenigstens eine nachhaltige Besserung erwarten lassen. Der günstige Erfolg, den die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in einer größeren Reihe derartiger Fälle gehabt hat, unterstützt in wirksamster Weise diese Indikationsstellung. Denn daß in einer Zwangslage, in der nur die Mutter oder nur das Kind gerettet werden kann, das Leben der Mutter als das wertvollere anzusehen ist, darüber besteht ja wohl nirgendwo ein Zweifel.

Eine weitere Stütze fand dieser Gedankengang in der statistischen Zusammenstellung, welche über das spätere Schicksal der Kinder, deren Mütter bald nach der Entbindung an Kehlkopftuberkulose zugrundegegangen waren, Aufschluß gibt. Ich fand, daß etwa die Hälfte dieser Kinder im ersten oder zweiten Lebensjahre starb; wieviele von ihnen dürften in befriedigendem Gesundheitszustand ein werktätiges Alter erreicht haben?

Aber bei dieser Rechnung, so wohlbegründet sie auch als Rechnung erscheint, bleibt doch ein bitterer Rest. So groß auch die Sterblichkeit bei dem Zusammentreffen von Schwangerschaft und Kehlkopftuberkulose ist, einige Frauen überleben doch, wie die Erfahrung lehrt, Schwangerschaft und Kehlkopftuberkulose, gebären lebensfähige Kinder und werden selbst wieder gesund. Wäre, nach dem ausgerechneten Schema, auch bei diesen der künstliche Abort eingeleitet worden, so wäre das, wie ja der Erfolg zeigt, überflüssig und in höchstem Grade bedauerlich gewesen. Wo ist aber aus diesem Dilemma ein Ausweg zu finden? Wie können wir die Gefahr des Zuvielturns vermeiden und uns dabei gegen die zu späte Reue des Zuweniggetanhabens sichern? Gibt es irgendeinen Fingerzeig, der uns mit Sicherheit erkennen läßt, ob die geringfügige Infiltration, das kleine Ulcus, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft so unschuldig aussehen, nicht später zu einem tödlichen Leiden werden? Auf diese Frage gibt es leider keine erlösende Antwort. Bei keiner tuberkulösen Kehlkopffektion können wir mit Gewißheit vorhersagen, welche Entwicklung sie im weiteren Verlaufe der Gravidität nehmen wird. Und trotz alledem habe ich von Anfang an den Standpunkt vertreten, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft, so sehr sie auch generell gerechtfertigt sein mag, nicht zu einem Schema werden darf, sondern daß wir, da uns die Sicherheit mathematischer Beweisführung versagt ist, unsere Entscheidung nach der jeweiligen Wahrscheinlichkeitsquote von Fall zu Fall treffen müssen. Und ich glaube, der weitere Verlauf der Dinge hat mir recht gegeben.

Nachdem meine erste Mitteilung die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese Frage hingelenkt hatte, sind zahlreiche weitere Beiträge, welche zum Teil die Erfahrung einzelner Beobachter, zum Teil die Ergebnisse größerer Sammelforschungen brachten, erschienen. Das auf diese Weise im Laufe der letzten 17 Jahre zusammengetragene, umfangreiche Material hat die Ergebnisse meiner ersten Zusammenstellung in allen Punkten bestätigt, nur in einer Beziehung hat sich ein Wandel bemerkbar gemacht: Die Sterblichkeitsziffer der nicht zum Abort gebrachten Frauen ist allmählich etwas geringer geworden. Diese Erfahrung lehrt uns, daß die zuerst gefundenen Zahlen, die an einem vor etwa 20 Jahren beobachteten Krankenmaterial gewonnen wurden, nicht einem unabänderlichen Naturgesetz entsprechen, sondern daß sie verbesserungsfähig sind. Hieraus erwächst uns die Pflicht, trotz genereller Anerkennung der Larynx-tuberkulose als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung in jedem Einzelfalle mit der größten Gewissenhaftigkeit zu prüfen, ob der Abort sich vielleicht doch vermeiden läßt. Welche Erwägungen hierbei eine Rolle spielen, ist jedem Arzt geläufig: die Ausdehnung der Lungen- und Kehlkopfkrankung, der Allgemeinzustand der Kranken, die Hereditätsverhältnisse usw. Jeder einzige von uns weiß aber auch, daß neben all diesen Dingen die wirtschaftliche Lage der Kranken eine große, oft sogar die entscheidende Rolle spielt. Ob eine Frau sich während der Schwangerschaft die sorgsamste Pflege, planmäßige ärztliche Ueberwachung sichern, ob sie alle äußeren Schädlichkeiten fernhalten kann, oder ob sie, trotz ihrer Erkrankung, auch während der Schwangerschaft bei mangelhafter Pflege und Ernährung schwere körperliche Arbeit leisten und

sich den täglichen Unbilden der Witterung aussetzen muß, das ist doch, wie ein jeder weiß, oft genug geradezu ausschlaggebend für das Wohl und Wehe der Kranken. Wenn es für diese Binsenwahrheit noch eines Beweises bedurft hätte, so würde ihn das Sinken der Sterblichkeitsziffer, von dem die neueren Veröffentlichungen berichten, in unzweideutiger Weise geliefert haben: Die Kehlkopftuberkulose als solche ist gewiß nicht harmloser geworden, aber die allgemeine Besserung der sozialen Verhältnisse hat, wie auf dem gesamten Gebiete der Tuberkulosesterblichkeit, auch hier ihren günstigen Einfluß ausgeübt.

Und nicht nur über das Schicksal der Mutter, auch über das Schicksal des Kindes entscheidet oft genug die wirtschaftliche Lage des Elternhauses. So hart das ist, wir Aerzte müssen den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung tragen und können uns der Tatsache nicht verschließen, daß, wenn eine Mutter während der Entbindung stirbt, für das Kind in einem wohlhabenden Hause ganz anders gesorgt ist als in einer armen Proletarierfamilie.

Nicht allzu häufig wird uns die Entscheidung so leicht gemacht, daß von vornherein nur eine Möglichkeit, die Rettung der Mutter oder die Rettung des Kindes, offensteht. Zumeist haben wir hier, wie bei allen Schwangerschaftskomplikationen, die als Indikation für den künstlichen Abort generell anerkannt sind, nicht mit Sicherheiten, sondern nur mit Wahrscheinlichkeiten zu rechnen. Und bei diesem so verantwortungsvollen, über Tod und Leben entscheidenden Abwägen der beiden Wahrscheinlichkeitsquoten, bei der auch die geringste Chance nicht übersehen werden darf, sollten wir die wirtschaftliche Lage der Schwangeren, eine Tatsache von so allgemein anerkannter Bedeutung, von so ausschlaggebendem Gewicht nicht berücksichtigen dürfen? Das wäre eine Forderung, die mir, von welchem Gesichtspunkt aus man sie auch betrachtet, gleich unmöglich erscheint.

#### Ein Nachwort.

Ich möchte nicht unterlassen, die Bemerkungen des Herrn Kollegen Kuttner ausdrücklich zu unterstützen. In den zahlreichen Artikeln, die von berufenen und nichtberufenen Aerzten in der Tagespresse über den nach jeder Richtung höchst bedauerlichen Prozeß Henkel geschrieben worden sind und in denen die Verfasser bisweilen mit einem wenig sympathischen Pharisäertum, zumal ohne genügende Kenntnis des Sachverhalts, den Stab über den Angeklagten (aber doch noch nicht endgültig Verurteilten) zu brechen sich beeilt haben, spielt auch die Entrüstung über die sozialen Indikationen der Schwangerschaftsunterbrechung eine große Rolle. Wollte man die deutschen Aerzte und insbesondere die Gynäkologen unter dem Eide vor die Frage stellen, wie oft von ihnen aus sogenannter sozialer Indikation eine Früh- oder Fehlgeburt eingeleitet worden ist, so würde ein anderes Ergebnis zutage kommen, als es nach den moraltriefenden Veröffentlichungen einiger Artikelschreiber den Anschein haben könnte. Gar mancher, der jetzt diesen Grundsatz verflucht, hat früher mit vollem Bewußtsein und mit reinem Gewissen danach gehandelt. Man sollte doch vor allem ehrlich gegen sich selbst bleiben und nicht gerechter erscheinen, als man ist. Soziale (und zwar nicht bloß wirtschaftliche) Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft haben Aerzte unzweifelhaft als zulässig angesehen. Daß sie damit in manchen Fällen gegen das Strafgesetzbuch verstoßen haben, kann ohne weiteres angenommen werden. In zahlreichen anderen Fällen wird das Für und Wider der Zulässigkeit verschieden beurteilt werden können. Der unheilvolle Rückgang der Geburtenziffer hat vollgültigen Anlaß gegeben, das Gewissen der Aerzte zu schärfen und den Begriff der sozialen Indikationen einer strengen Nachprüfung zu unterziehen. Aber man soll doch jetzt nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Wie ich schon in einem von der Redaktion der Nordd. Allgem. Ztg. erbetenen Aufsatz über den „Fall Henkel“ ausgeführt habe, werden trotz der grundsätzlichen Anerkennung der bekannten Leitsätze der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen nicht ganz selten Einzelfälle vorkommen, in denen der Arzt einen schweren Kampf zwischen seiner gegenüber der Allgemeinheit bestehenden Pflicht und seinem menschlichen, wie insbesondere ärztlichen Mitgefühl auszufechten haben dürfte. „Es kann z. B. unendlich schwer fallen, einer armen, mit Kindern reich gesegneten, kranken Frau den flehenden Wunsch, von der weiteren Vermehrung ihrer Familie befreit zu werden, rundweg abzuschlagen. Anders sehen derartige Bedrängnisse am grünen Tisch, anders in der Wirklichkeit aus. Hier gibt es Gewissensnöte des Arztes, aus denen nur ein starker Charakter nach sorgsamster Prüfung der Verhältnisse und seines Selbst den rechten Weg findet.“ Mit der einfachen Formel „Geburtenvermehrung“ sind alle einschlägigen schwerwiegenden Fragen, vor die der Praktiker gestellt wird, nicht zu lösen. Als ein lehrreicher Beitrag zu diesem Thema sind deshalb die Ausführungen des Herrn Kollegen Kuttner von besonderem Werte.

J. Schwalbe.