

## Fragekasten

**Frage 75:** Welche Therapie verspricht endgültigen Erfolg bei einer seit Jahren immer wiederkehrenden Zystitis und Pyelitis, hervorgerufen durch Enterokokken, die sowohl gegen Sulfonamide als auch Antibiotika resistent sind. Es besteht keine Hypertonie.

**Antwort:** Eine immer wieder rezidivierende, unspezifische Zystitis und Pyelitis ist meist nur ein Symptom einer tiefergreifenden Störung. Es wird sich also in diesem Fall darum handeln, durch eine eingehende urologische Untersuchung die Ursache der chronischen Harninfektion festzustellen. Dabei kann es sich, um nur einige häufiger vorkommende Möglichkeiten zu nennen, um eine chronische Pyelonephritis, um eine Abflußstörung, um Nierensteine oder auch um eine chronische Prostatitis handeln. Die Therapie muß sich dann nach dem jeweiligen Befund richten. Schwierig ist die Behandlung bei einer chronischen Pyelonephritis, wenn es sich nicht um eine umschriebene Form, z. B. bei einer Doppelnieren, handelt, wo durch eine Teilresektion der Niere der Herd entfernt werden kann. In anderen Fällen der Pyelonephritis hilft oft die Dekapsulation. Abflußstörungen und Nierensteine sind ebenfalls operativ anzugehen. Sehr hartnäckig und nicht immer erfolgreich ist die Behandlung der chronischen Prostatitis. Es sei aber nochmals erwähnt, daß vor jeder Behandlung zunächst die Ursache für das Nichtausheilen der Harninfektion festgestellt werden muß.

Oberarzt Dr. F. A r n h o l d t, München.

**Frage 76:** Patientin ist 52 Jahre. Störungen der Menses seit 1950, seit Mai 1954 wieder regelmäßig. Seit September 1952, etwa 8 Tage nach der Menstruation, beginnend mit Quaddelbildung an den Oberschenkeln, Schwellungen des ganzen Körpers, der Oberschenkel bis handbreit unter das Knie, manchmal des Halses, des Gesichts und der Lippen. Einmal aufgetriebener Leib und Atemnot. Gewichtszunahme seit September 1952 25 Pfund.

Anamnestisch ist wichtig: Vater litt an Quinckeschem Ödem, meist Fuß, Hand oder Skrotum, einmal mußte wegen Schwellung der Epiglottis tracheotomiert werden, nach der 2. Tracheotomie aus demselben Grunde starb er, 69 Jahre alt, an Debilitas cordis.

Seine Mutter und Schwester litten ebenfalls an Quinckeschem Ödem, beide starben den Erstickungstod durch Schwellung der Epiglottis. Der Sohn, also Bruder der Patientin, leidet seit dem 5. Lebensjahr ebenfalls an Quinckeschen Schwellungen und Magenkoliken sowie Störungen von seiten des Darmes, wie sie auch beim Vater bestanden; bei diesem auch einmal ein ileusartiger Zustand, der sogar Krankenhausaufenthalt notwendig machte. In beiden Fällen war die Annahme von Schleimhautschwellungen nicht unberechtigt. Schwellungen im Bereich des Kehlkopfs sind bei dem Sohn bisher nicht aufgetreten. Zwei Schwestern der Patientin sind gesund.

Sind Fälle spät auftretender Quinckescher Ödeme, insonderheit ist ein Zusammenhang mit dem Klimakterium bekannt? Was ist zu empfehlen? Die Darreichung von Kalk scheint günstig zu wirken.

**Antwort:** Der Nachweis der allergischen Pathogenese von Quinckeschen Ödemen gelingt in vielen Fällen und ermöglicht durch Allergenkarrenz (und evtl. „Desensibilisierung“) eine ätiologische — wirksame — Therapie. Auch im vorliegenden Fall sollte daher nach Ausschluß von Anazidität, Eingeweidewürmern, Fozi und — beginnendem Karzinom — durch eine eingehende Anamnesenerhebung und anschließende Antigenanalyse

versucht werden, das pathogene Allergen zu ermitteln (Nahrungsmittel — Milch, Ei, Fisch?, Arzneimittel?, Kosmetika? seltener auch inhalative Allergene).

Zusammenhänge mit hormonalen Vorgängen werden in vielen Fällen von Urtikaria und Quinckeschem Ödem vermutet; eine Klärung ist schwer zu gewinnen. Konstitutionelle Faktoren (hier sehr bemerkenswert wie in manchen anderen im Schrifttum niedergelegten Fällen) und dispositionelle Momente (Infekt, Klimakterium usw.) sind Hilfsbedingungen für die Manifestierung der allergischen Reaktion, die ihrerseits — Art und Lokalisation — in jedem Fall durch das sensibilisierende und auslösende Allergen bestimmt wird.

Sollten obige Maßnahmen nicht zum Ziele führen, würden wir außer Kalk Antihistaminpräparate (Antistin, Synpen usw.) versuchen, evtl. in bedrohlichen Fällen mehrfach täglich intravenös. Es sei aber gesagt, daß auch diese wiederum zu Urtikarien führen können. Bei Glottisödem kann man zusätzlich Adrenalin (Inhalation; subkutan oder auch intravenöse Injektion) und schließlich auch ACTH einmal anwenden.

Dr. med. E. F u c h s, Städt. Krankenhaus Süd  
Medizinische Klinik, Lübeck.

**Frage 77:** Ich leide an intermittierendem Hinken, etwa seit 1947, und habe in der Zeit alles mögliche versucht, um vor allem den oft irrsinnigen Schmerz zu bekämpfen. Auch in der Therapie selbst habe ich alles, was angegeben wird, versucht, eine nennenswerte Besserung aber nicht erzielt. Einer der letzten Versuche war Frischzellentherapie nach Niehans, durchgeführt durch Herrn Dr. Müller in Stein bei Pforzheim. Anfänglich dachte ich — ich setzte alle meine Hoffnungen darauf — eine, wenn auch nur geringe Besserung, über die ich schon froh gewesen wäre, erreicht zu haben. Ich unterließ lediglich eine operative Behandlung, da ich hier von verschiedenen Seiten aus gewarnt wurde und eine ganze Reihe von solch Unglücklichen sah, die dann amputiert wurden. Zweck meines Schreibens: Können Sie mir ein Mittel angeben, das ungefähr die Wirkung von Polamidon hat, also schmerzstillend und beruhigend. Damit komme ich am weitesten. In der letzten Zeit passierte es mir wiederholte Male, daß ich beim Fahren meines Wagens den Krampf bekam, nicht mehr kuppeln und schalten konnte und Vorüberfahrende um Hilfe bitten mußte. Mit Polamidon ging es, aber das geht auf die Dauer nicht, da das Mittel unter die Rauschgifte aufgenommen wurde. Was können Sie mir raten, es muß rasch wirken, daher wohl am besten zu injizieren, andererseits aber nicht intravenös, denn Venen zum Spritzen habe ich leider nicht mehr, seitdem ich wegen mangelnder Beweglichkeit stärker zugenommen habe.

**Antwort:** Die eigentliche Frage ist kurz zu beantworten: Ein Medikament, das annähernd so „rasch schmerzlindernd und beruhigend“ wirkt wie Polamidon oder ein verwandtes Mittel, gibt es wohl nicht. Man hätte am ehesten die Ganglienblocker, die aber auch schon versucht wurden, nennen müssen. Diesen fehlt aber der sedative Effekt. In Anbetracht der Schwere und der langen Dauer der Krankheit scheint aber der Rat am Platze, eine klinische Untersuchung anzustreben zum Zwecke einer genauen Funktionsanalyse. Diese könnte gegebenenfalls mit einer systematischen Megaphentherapie verbunden werden, die auf die lokalen Stoffwechselstörungen günstigen Einfluß hat, wie auch R a t s c h o w, Darmstadt, berichtete.

Prof. Dr. A. S t ö r m e r, München.

## Referate

### Kritische Sammelreferate

Aus der Universitäts-Frauenklinik der Freien Universität Berlin  
(Direktor: Prof. v. Mikulicz-Radecki)

### Geburtshilfe

von F. v. Mikulicz-Radecki und K. H. Bruntsch

Seit unseren letzten Sammelreferaten über Arbeiten aus dem Gebiet von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Münch. med. Wschr. [1951], Nr. 18, 32, 50/51 sowie [1952], Nr. 9) sind so zahlreiche

Veröffentlichungen erschienen, daß nur auf einzelne besonders interessante und aktuelle Probleme heute eingegangen werden soll:

**Abortus artificialis:** Während zur Behandlung des unaufhaltsamen Abortes kaum wesentlich neue Gesichtspunkte mitgeteilt wurden, sind bezüglich der Technik der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation die vorgetragenen Meinungen auch heute noch sehr unterschiedlich. Was die Indikationen dazu anlangt, so möchten wir nicht nur die Kollegen der Praxis, sondern auch die Mitglieder der Gutachter-Kommissionen für Schwanger-

schafftsunterbrechungen auf das soeben aus der Feder von H. Naujoks (1) erschienene Büchlein hinweisen: „Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung“, der auf Veranlassung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages und unter Mitwirkung der im Wissenschaftlichen Beirat des Präsidiums des Deutschen Ärztetages vereinigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften herausgegeben wurde. Es ist daraus ersichtlich, daß eine wirklich ärztlich begründete Schwangerschaftsunterbrechung nur noch recht selten erforderlich ist, daß der Wert eines Abortus artificialis für die Beeinflussung der verschiedenen Grundleiden oft recht zweifelhaft ist und schließlich jede Schwangerschaftsunterbrechung, welche Technik man auch anwendet, mit Gefahren für Gesundheit und Leben der betreffenden Frau verbunden ist, ein Gesichtspunkt übrigens, der den Antragsstellerinnen von seiten der Ärzte und besonders der genehmigenden Kommissionen bzw. Behörden (Berlin) nach unserer Erfahrung viel zu wenig klargemacht wird. Es ist daher für jeden Fall ernsthaft zu überlegen, ob ein Abortus artificialis wirklich den gewünschten Erfolg bringen wird. Beherzigenswert aus diesem Leitfaden ist ferner die immer wieder erhobene Forderung, daß der Entschluß zu einer Schwangerschaftsunterbrechung erst nach einer klinischen Beobachtung und Behandlung gefaßt werden sollte, z. B. bei dem als Indikation oft genannten Suicidrang. H. Naujoks fordert hierfür zunächst einmal die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, sie dient der Beobachtung und besonders auch der psychotherapeutischen Beeinflussung, deren Erfolg in vielen dieser Fälle von einer wirksamen fürsorglichen Betreuung abhängig sein wird. Eine soziale Indikation gibt es in Deutschland nicht, im Gegensatz z. B. zu Schweden, wobei dann vom sogenannten „legalen Abort“ gesprochen wird. In dieser Beziehung ist eine Statistik von E. Klintskog (2) interessant: In Schweden wurden von 1935—1951 35 000 artefizielle Aborte durchgeführt, davon 10 300 mit gleichzeitiger Sterilisierung. Bei diesen Eingriffen starben etwa 100 Frauen, was einer Mortalität von ungefähr 0,3% entspricht. Nur 7 Todesfälle sind auf die Grundkrankheit zurückzuführen, alle anderen auf den operativen Eingriff und dessen Folgen. Die Häufigkeit der legalen Aborte ist in den letzten Jahren in Schweden sehr stark angestiegen: 1946—1948 = 10 727 Aborte, 1949—1951 = 17 720 Aborte.

Daß bei der Indikationsstellung zu den medizinisch bedingten Schwangerschaftsunterbrechungen der Gutachter-Kommission jeweils ein Fachvertreter, der für das Grundleiden zuständig ist, angehören soll, ist selbstverständlich, so fordert Kirsch (3) bei Vorliegen eines urologischen Leidens die Zuziehung eines Urologen.

Bezüglich der Technik der Schwangerschaftsunterbrechung spielt die Injektion von verschiedenen Flüssigkeiten in den Fruchtsack eine Rolle: Z. B. Formalin (H. Nölle [4], Hellmuth [5], E. Rosenplänter [6, 7], der aber in 20% Versager sah, weil die Punktion der Eihöhle nicht gelang), Kochsalzlösung (Etterich [8, 9]); dieser injiziert durch die Bauchdecken handbreit unterhalb des Fundus uteri, frühestens von der 20. Woche ab, tiefgekühlte Rivanol-Sulfonamid-Lösung nach B. Mannstein (E. Schehl [10]; letzterer berichtet, daß es in 22 Fällen jedesmal zur Auslösung eines Abortus kam); B. Manstein (11) selbst übersieht 200 Fälle, die komplikationslos verlaufen sind, jedoch solle diese Methode, wie alle Injektionsverfahren, erst vom III. Schwangerschaftsmonat an angewendet werden, weil zuvor die Punktion des Fruchtsackes schlecht möglich ist. Empfohlen wird auch das Einspritzen einer 20%igen Dextroselösung (F. Kovács [12]) oder einer 10%igen Gelatine-Lösung (H. Kallenbach [13]) zwischen Uteruswand und Fruchthöhle mittels eines hochgeschobenen Gummikatheters. Alle diese Verfahren scheinen aber für die Praxis noch nicht genügend erprobt zu sein, so daß H. Naujoks (14) mit Recht erhebliche Bedenken dagegen ins Feld führt. Auf der anderen Seite würde die Entwicklung eines ungefährlichen Verfahrens nur zu begrüßen sein, weil auch die sonst geübten Methoden zur Schwangerschaftsunterbrechung nicht völlig ungefährlich sind und Schäden hinterlassen können (siehe dazu O. J. Granzow [15] und die Bemerkungen von H. Nölle [4]); bei letzterem findet sich auch eine Gegenüberstellung von 7 Statistiken. J. Fabricius-Möller u. V. Oram (16) berichten über eine Technik, die ambulant durchgeführt werden könne: Ohne Dilatation des Zervikalkanals wird eine Punktion der Uterushöhle vorgenommen, wobei auch Eiteile aspiriert werden sollen, danach dürfen die Frauen nach Hause gehen, bis die Ausstoßung in Gang kommt. Uns selbst erscheint dieses Vorgehen wenig empfehlenswert. Aus Amerika kommt ferner die Kunde, daß man eine Schwangerschaftsunterbrechung auch peroral durchführen könne mit einem Antagonisten der Folsäure, der 4-Aminopteroyl-Glutaminsäure (J. B. Thiersch [17]), die Methode verspreche nur in den ersten 3 Monaten Erfolg, weil in dieser Zeit der Föt besonders stark auf einen Mangel an Folsäure reagiere. Die Ausstoßung der Früchte erfolgt 5—30 Tage nach der Applikation, ernsthafte Störungen seien bei den Müttern

nicht beobachtet worden. Sollten diese Angaben sich bestätigen, dann werden es in Zukunft die Abtreiber leicht haben!

Für vorgeschrittene Fälle empfiehlt F. Wolter (18) den vaginalen Kaiserschnitt (Hysterotomia anterior) mit Isthmusquerschnitt nach Fuchs. In einer ähnlichen Weise, wenn auch mit einem Längsschnitt durch die Zervixvorderwand und einen Teil des Isthmus, gehen wir selbst vor. H. Nölle (4) ist durchaus recht zu geben, daß hierbei Nebenverletzungen, z. B. der Blase, nicht immer vermieden werden können. Wir selbst haben dies einmal erlebt, trotz ordnungsgemäßer Naht entstand eine Blasenscheidenfistel, die nach 3 Monaten durch eine Plastik geschlossen werden konnte. Von einem Fall einer anderen Klinik haben wir Kenntnis erhalten, bei dem die postoperativ sich entwickelnde Blasenscheidenfistel trotz zweifachen Versuches einer Fistelplastik nicht geheilt werden konnte, was später zu Schadenersatzansprüchen von seiten der Patientin führte, die aber abgewiesen werden konnten. R. Cordua (19) empfiehlt zur Schwangerschaftsunterbrechung den Schatzschen Metranoikter. Insgesamt berichtete er über 1104 artefizielle Aborte, die in 17% von einem Fieberanstieg gefolgt waren; Perforationshäufigkeit 1 : 275. K. Niemi u. O. Ylino (20) berichten über Komplikationen in 6,8% der Fälle.

In manchen Arbeiten kommt der Rat zum Ausdruck, mit der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung zurückhaltend zu sein (Fr. Gimbel [21], K. P. Russel [22]); letzterer betont, daß so erhebliche Fortschritte in der Behandlung der Grundleiden sowie in der Verbesserung der geburtshilflichen Leistungen erzielt worden sind, daß man von einer Schwangerschaftsunterbrechung als ultimum refugium nur noch ganz selten Gebrauch machen muß). Dafür sprechen andererseits auch Berichte über das Schicksal derjenigen Frauen, bei denen eine Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt wurde (Noack [23] = von 289 Frauen mit abgelehnter Interruptio haben 53% ihre zunächst unerwünschte Schwangerschaft ausgetragen, P. Jakobs [24], K. Fritsch [25]).

In diesem Zusammenhang könnte man auch die Arbeit von E. Rydberg (26) anführen, der aus Dänemark nicht nur über eine Zunahme der „legalen Abortprovokationen“ berichtet, sondern auch darüber, daß weit an der Spitze der Indikationen psychiatrische Begründungen stehen, so z. B. in einer Klinik in rd. 80% aller artefiziellen Aborte.

P. Dahr (27) behandelt die Berechtigung einer Interruptio bei der familiären Erythroblastose. Eine Sterilisation der Frau sei abzulehnen, besonders dann, wenn die Gemischerbigkeit (Rh/rh) des Ehemannes nachgewiesen werden kann. Die Vornahme eines Abortus artificialis für diese Fälle ist heute gesetzlich nicht zulässig, weil ja eine medizinische Indikation von seiten der Mutter nicht vorliegt. Angenommen, die Interruptio hätte eine gesetzliche Grundlage in diesen Fällen, dann wäre sie nur dann zu erlauben, wenn eindeutig feststeht, daß während einer neuen Schwangerschaft nachgewiesene Rh-Antikörper auch tatsächlich durch das jetzt zu erwartende Kind entstanden sind.

Nach vorübergehender Ablehnung des Abortus artificialis aus eugenischer Indikation nach 1945, mehren sich heute doch die Stimmen, daß diese in nicht seltenen Fällen sich segensreich auswirken könnte. F. Wolter (28) macht darauf aufmerksam, daß bis jetzt kein Gesetz darüber vorliegt; um Fehlentscheidungen, Mißbrauch oder Unterlassungen für die Zukunft zu verhüten, wird vorgeschlagen, durch ein Gremium von Erbpathologen und Fachleuten genaue Begriffsbestimmungen von Erbkrankheiten, Erbkranken und Erbbelasteten aufzustellen.

Zum Schluß dieses Kapitels als Kuriosum, wenn es auch nicht ganz hierher gehört, die Mitteilung von B. Schweitzer (29) über eine ungestört weiter verlaufende Schwangerschaft mit Geburt eines reifen Kindes nach Abrasio im II. Monat (50. Tag post cohabit., 67. Tag nach der Menstruation). Es wird angenommen, daß die Curette die Nidationsstelle des Eies ausgelassen hat. (Siehe dazu auch die Arbeiten von H. Küstner [30], H. Hartl [31] u. A. Mayer [32].) — H. Gänssbauer (33) beschreibt einen interessanten Fall: Eine Graviditas Mens II—III wurde lege artis unterbrochen, wobei ein etwa 6—7 cm langer Fötus mit Plazenta zutage kam. 10 Tage später mußte eine erneute Operation vorgenommen werden, da der 2. Zwilling dieser Gravidität in utero verblieben war. Diesmal wurde bei völlig ungestörter normaler Gravidität ein Föt von 8 cm Länge, der noch deutliche Lebenszeichen von sich gab, entfernt.

Kaiserschnitt: Zum Thema der Sectio vaginalis liegen aus dem neuesten Schrifttum nur spärliche Berichte vor. S. Kolonja u. R. Ulm (34) berichten über 756 Operationen, die allerdings zur Unterbrechung einer Schwangerschaft ab III. Lunarmonat durchgeführt wurden. Diese Methode sei für die Frau das schonendste, rascheste und sicherste Verfahren zur Unterbrechung in höheren Schwangerschaftsmonaten. Ein Exitus trat an Verblutung auf, in

0,6% der Fälle wurde später eine präzervikale Endometriose beobachtet. Für die Meisterung geburtshilflicher Komplikationen am Ende der Schwangerschaft oder unter der Geburt durch vaginale Sectio setzt sich neuerdings nur F. v. Mikulicz-Radecki (35) ein. Er empfiehlt dieses Verfahren für schwere Fälle von Placenta praevia und vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta, allerdings in erster Linie bei Frauen, die schon einmal geboren haben.

**Sectio abdominalis:** Von besonderem Interesse ist die große Sammelstatistik von B. Belonoschkin u. C. Malmnäs (36) aus Schweden über die letzten 25 Jahre; die Kaiserschnittfrequenz hat danach von 2,5 auf 8,7% zugenommen. Die mütterliche Sterblichkeit ist von 8% auf 2,5% zurückgegangen. Trotz Anwendung der Schnittentbindung wegen Spättoxikosen hat sich die mütterliche Mortalität bei der Eklampsie kaum geändert, eine Feststellung, die zur Zurückhaltung hinsichtlich des aktiven Vorgehens mahnt. Mit der Zunahme der Sektiofrequenz in Schweden geht parallel der Streit der Meinungen in Deutschland, ob eine erweiterte Indikationsstellung richtig sei, heute besonders bei der Anwendungsmöglichkeit der Antibiotika und einer besseren Narkosetechnik, wodurch die Operationsmortalität erheblich gesenkt werden konnte. Von einer **erweiterten Indikationsstellung** sprechen z. B. E. Anderes (37), K. Niedner u. F. Pichel (38), E. Kraussold (39) — bei Übertragung und vorzeitigem Blasensprung, dagegen sprechen sich aus H. Noack (40), H. Küstner (41), H. J. Zettelmann u. V. M. Bovers (42), wenn diese auch den in Amerika nicht seltenen Standpunkt vertreten, daß nach einer einmaligen Sektio darauf folgende Geburten möglichst wieder durch Sektio zu beenden seien. Als **normale Kaiserschnitthäufigkeit** bei einem Durchschnittsgeburtensmaterial für Deutschland sind 2,5—3,5% anzusehen (H. Noack [43 u. 44] = 2,5%, H. Huber [45] = 3,3%, H. Schrimpf [46] = 2,46%). Eine Kaiserschnittfrequenz von 9,1% (abdominale Sektio) und 0,4% (vaginale Sektio) bei 3000 Geburten ist auffallend hoch (W. Kuhl [47]). W. F. Brown u. C. G. Sutherland (48) berichten über eine Häufigkeit von 2,6%.

E. Anderes (37) stellte die Forderung auf, daß die **mütterliche Mortalität** 1% nicht übersteigen dürfe. In der Tat ist in den letzten Jahren die mütterliche Sterblichkeit aus den oben genannten Gründen ganz erheblich zurückgegangen. So berichtet z. B. D. H. Eames (49) über 21 151 Schnittentbindungen aus dem amerikanischen Schrifttum der Jahre 1931—1950; die Mortalität sank von 2% auf 0,21%. Völlig verschwinden wird sie nie; es ist daher gefährlich, über Reihen von Kaiserschnitten zu berichten mit 0% Mortalität, weil in kürzester Zeit nach solchen Publikationen doch wieder ein Exitus auftreten kann, wie das Beispiel von H. Noack (43, 44) an seinen beiden 1952 rasch aufeinandergefolgten Veröffentlichungen zeigt.

Zu **Sonderindikationen für die Schnittentbindung** äußern sich G. Döderlein (50) = Chemotherapie bei unreinen Geburtsfällen, H. Pockrandt (51) = Hirntumor, ferner Morbus Bechterew und rheumatische Myokarditis, Podleschka (52) = nach halbseitiger Pneumektomie, C. Silva (53) = bei herzkranken Frauen, ferner N. Saksela u. L. Lehto (54), H. Ehrlich (55) = Varikosis der Portio, G. Maire u. A. Burnod (56) = Übertragung, L. Vasciavio (57) = beim Vorliegen der Schulter, also bei Schräg- und Querlage, R. G. Douglas (58) = totale Erschöpfung der Mutter und schwankende kindliche Herztöne, L. Hirvonen u. K. Niemineva (59) = alte Erstgebärende, rund 25% von 3870 Schnittentbindungen waren alte Erstgebärende, E. Aschan u. O. Kinnunen (60) = Querlage bei Erstgebärenden, eine Indikation, die auch wir selbst für sehr berechtigt halten.

In Deutschland gilt auch heute der Standpunkt, daß nach vorangegangene **Kaiserschnitt** — mit Ausnahme beim engen Becken — eine spätere Spontangeburt durchaus möglich ist, doch sollte diese grundsätzlich unter klinischer Beobachtung stattfinden. Nach der Geburt per vias naturales sollte man stets eine Austastung des Uterus vornehmen.

Angaben über **Spontanentbindungen nach Kaiserschnitt** finden sich bei W. Pierrot (61), Bauch (62), H. Frangenheim (63). Im Ausland wird entweder die Resectio empfohlen und dabei gelegentlich sogar die Uterusexstirpation (S. M. Dodek, J. M. Friedman u. H. P. Treichler [64], R. A. Cosgrove [65]), der eine Sterilisation der Frau nach 2—3 Kaiserschnitten ablehnt, dagegen die Entfernung des ganzen Uterus empfiehlt, wenn sich bei der Operation erweisen sollte, daß der Uterus für spätere Schwangerschaften unfähig sei). Wir selbst möchten zu dieser Anschauung erhebliche Bedenken äußern, weil man einer geschlechtsreifen Frau den Uterus, aus dem es noch menstruieren soll, besser erhält.

Mit dem **Schicksal der Kinder nach Kaiserschnitten** beschäftigen sich K. Umland (66), H. R. Litchfield u. Mitarb. (67) = Mortalität 4,5%, H. Noack (68) = einer Abnahme des Frühgeburten-

anteiles sei es zu danken, daß 1952 die perinatale Kindersterblichkeit auf 2,8% gesenkt werden konnte.

Bezüglich der besten **Anästhesie für die abdominale Schnittentbindung** besteht keineswegs Übereinstimmung; es werden dafür empfohlen die Periduralanästhesie (H. Noack [44], D. C. Moore u. Mitarb. [69], H. Ruppert [70]), die Anwendung von Curare in Kombination mit Anästhetika (K. Bergquist u. Mitarb. [71]), die Lumbalanästhesie (S. Genell u. Mitarb. [72]), um einige Autoren zu nennen. Wir selbst sind der Ansicht, daß zumindest für die mittleren und kleinen Krankenhäuser die Chloräthyl-Äthernarkose das einfachste und sicherste Verfahren ist, worin wir mit den Ergebnissen einer Umfrage von H. Dörr (73) übereinstimmen. Gegen die Einschläferung mit Evipan zur Einleitung der Narkose haben wir im Hinblick auf das Kind Bedenken, empfehlen aber eine Prämedikation mit Pantopon oder Morph.-Atropin. Der intraabdominale, zervikale Kaiserschnitt wird heute bei weitem bevorzugt, wenn auch gelegentlich einige Autoren noch für die fallweise Anwendung des extraperitonealen Kaiserschnittes eintreten (C. R. A. Gilbert u. Mitarb. [74], P. Barroux [75], G. Holtermann [76], G. Mestwerdt [77]). Auch über den Kaiserschnitt nach Doerffler (E. Schaefer [78], M. Glaesner-Zaff [79]) und über das Verfahren nach Gottschalk-Portes (G. Matucci [80]) finden sich Veröffentlichungen.

F. H. Falls (81) ist von dem **Vorteil des zervikalen gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt** nicht vollkommen überzeugt, wenn auch die Mortalität bei letzterem höher ist. O. W. Hess (82) weist bezüglich der **Wundheilung am Uterus** nach, daß dieser Prozeß nur fibroplastisch, kaum mit Beteiligung von glatter Muskulatur abläuft. Mit einer symptomlosen Narbenruptur ist gelegentlich zu rechnen, so daß bei jeder vaginalen Entbindung nach einem Kaiserschnitt in der Anamnese manuell nachgetastet werden soll. Zu den **Vorteilen des isthmischen Querschnitts** äußern sich H. H. Ware (83) sowie C. Murri (84). Die Verwendung nicht resorbierbaren Materials wird von S. Lask (85) als unnötig angesehen, weil bereits 24 Std. nach der Naht infolge der Retraktion und Involution der Uterusmuskulatur sich jede Naht lockere. R. Gleue (86) empfiehlt, beim isthmischen Querschnitt die Entwicklung des vorangehenden kindlichen Kopfes mit der Hand vorzunehmen, nur bei Mißlingen mit der Zange.

**Placenta praevia:** Über die **Ursache ihrer Entstehung** äußert sich K. Colmeiro-Laforet (87); er ist der Ansicht, daß die Ausbildung einer Placenta praevia sowohl durch einen größeren Umfang des Mutterkuchens als auch durch seine Insertion an der Vorderwand des Uterus begünstigt wird. Das Zusammentreffen dieser beiden Faktoren erhöhe die Wahrscheinlichkeit für das Entstehen dieser Anomalie.

Bekannt ist, daß auch eine sehr stark lappige Plazenta mit Teilen über dem inneren Muttermund oder in dessen Nähe inserieren kann; O. W. Hess (88) beschreibt einen Fall, bei dem eine Nebenplazenta (Pl. succenturiata) vor dem Muttermund lag. R. A. Bartholomew und Mitarb. (89) bringen neue Vorstellungen über den **Blutungsmechanismus bei der Placenta praevia**, in Anlehnung an die Spannersche Darstellung der placentaren Blutzirkulation: Der Mangel an mütterlichen Arteriolen im Bereich des Muttermundes bewirke ein Blutdruckdefizit, Stase, Zottendegeneration und Thrombosierung, die zunächst die Blutung stillt, bei fort-dauernder Schwangerschaft aber mit zunehmender Spannung des unteren Uterinsegmentes insuffizient werden muß. Eine Randsinusblutung ist dagegen nur bei Placenta praevia marginalis oder tiefem Sitz möglich. An dieser Stelle muß auf eine Arbeit von K. W. Schultze (90) hingewiesen werden, der sich mit der **Häufigkeit von Genitalblutungen während der Schwangerschaft**, bedingt durch eine Randsinusblutung der normal sitzenden Plazenta, beschäftigt.

In England (A. W. Bauer [91]) strebt man danach, die **Placenta praevia während der letzten 3 Monate der Schwangerschaft bereits zu diagnostizieren**, bevor es noch zu Blutungen gekommen ist, wozu die verschiedenen Methoden der Röntgendarstellung der Plazenta herangezogen werden können. Uns selbst erscheint es fraglich, ob dieses Idealziel erreichbar ist, was nur möglich wäre bei grundsätzlicher Untersuchung jeder Schwangeren in den Beratungsstellen der Kliniken; davon sind wir zumindest in Deutschland noch weit entfernt. Dann aber müßte jeder Graviden wenigstens eine Röntgenaufnahme des Leibes zugemutet werden, wogegen man erhebliche Bedenken äußern kann. Daß man in England versucht, bei Frühreife des Kindes eine Placenta praevia zunächst konservativ zu behandeln, auch wenn es bereits zu Blutungen, allerdings noch nicht bedrohlicher Art, gekommen ist, dürfte nichts Neues sein. In Deutschland treten manche Geburtshelfer dafür schon seit mindestens 20 Jahren ein, mit dem Ziele, daß das Kind erst möglichst reif wird. Mit der **röntgenologischen Lokalisation der Plazenta**, die entweder in Form einer Plazentographie oder mit Hilfe der Darstellung des Plazentarschattens durch die sogenannte Weichteil-

technik, schließlich mit Hilfe der röntgenologischen Darstellung der Blase durchführbar ist, beschäftigen sich in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten (Plazentographie: J. C. Moir [92], H. Kirchhoff [93], Weichteiltechnik: A. Tetti [94], A. S. Whitehead [95], J. F. Fetter [96], C. F. Qvist [97], Bauer [98], W. Möbius [99]). — F. Reid (100) will die Lokalisation der Plazenta röntgenologisch allein aus der Zentrierung des vorangehenden Teiles über dem Becken ableiten, durch eine Placenta praevia würde dieser seitlich abgedrängt.

R. E. Kistner u. Mitarb. (101) berichten über 9 eigene Beobachtungen von gleichzeitigem Vorkommen einer **Placenta praevia und accreta**. Die Autoren glauben, daß dieses Zusammentreffen gar nicht so selten sei, obwohl sie aus der Literatur nur 21 Fälle sammeln konnten. Uns erscheint eine solche Häufigkeit sehr unwahrscheinlich.

Die neueste **Statistik über die Placenta praevia** aus einer deutschen Klinik stammt von H. Hosemann u. E. Halpap (102) mit einem Bericht über 274 Fälle aus der Göttinger Klinik. In den ersten 12 Jahren der Berichtszeit wurde die abdominale Schnittentbindung in 54% der Fälle durchgeführt, in den letzten 15 J. in 86%, woraus zu schließen ist, daß der abdominale Kaiserschnitt als die Methode der Wahl angesehen wird. Die **mütterliche Sterblichkeit** in den letzten 15 Jahren betrug 2,7%, in den 12 Jahren zuvor 5,7%. Die **perinatale Sterblichkeit der Kinder** für die gesamte Berichtszeit wird mit 34,7% angegeben.

F. v. Mikulicz-Radecki (35) zieht für die **Behandlung der stärker blutenden Placenta praevia**, auch bei ausgetragenem Kinde, die vaginale Schnittentbindung vor, die schneller und schonender für die Mutter durchführbar ist, allerdings in erster Linie bei Mehrgebärenden. Um beim vaginalen Operieren durch die Blutung aus dem Muttermund nicht gestört zu werden, wird vaginal nicht untersucht und ein Stiltupfer in den C.K. eingeführt, der weiteres Abfließen von Blut verhindert. Die Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes erfolgte in etwa 50% seiner Fälle. Im Gegensatz zu den eben geschilderten Behandlungsmethoden bei Placenta praevia steht C. J. Gauss (103): Der Kaiserschnitt wegen Placenta praevia sollte aus mütterlicher Indikation völlig aufgegeben und aus kindlicher Indikation nur in besonderen Fällen durchgeführt werden. Zur Behandlung wird die **Benutzung der Kopfschwartzange** mitempfohlen, für die auch M. S. Qureshi (104) eintritt, wenn er auch einen mehr vermittelnden Standpunkt einnimmt. Allerdings kann diese Arbeit nicht ganz überzeugen, wenn man aus der Feder desselben Autors (105) ein Jahr später erfährt, daß die mütterliche Mortalität bei 200 Fällen von Placenta praevia 15% betrug, davon zu % an Verblutung, der Rest an Sepsis.

An weiteren Arbeiten zur Placenta praevia seien kurz genannt: C. L. Zurbork (106), R. P. Neilson u. D. R. Neilson (107) = das kindliche Wohlergehen bei der Placenta praevia, und S. Bender (108) = die Blutung bei Placenta praevia.

**Schrifttum:** 1. Naujoks, H.: Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, Stuttgart 1954, Verlag F. Enke. — 2. Klitskog, E.: Svenska läkartidn., 49 (1952), S. 1691. — 3. Kirsch: Zbl. Gynäk. (1954), S. 602. — 4. Nölle, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 315. — 5. Hellmuth: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 285. — 6. Rosenplänter, E.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 766. — 7. Ders.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1954), S. 546. — 8. Etterich: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1993. — 9. Ders.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 380. — 10. Schehl, E.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 1464. — 11. Manstein, B.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 285. — 12. Kovács, F.: Zbl. Gynäk. (1948), S. 1097. — 13. Kallenbach, H.: Zbl. Gynäk. (1951), S. 1845. — 14. Naujoks, H.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1951), S. 152. — 15. Granzow, O. J.: Zbl. Gynäk. (1951), S. 1331. — 16. Fabricius-Möller, J. u. Oran, V.: Ref. Ber. Gynäk., 48 (1953), S. 322. — 17. Thiersch, J. B.: Amer. J. obstetr., 63 (1952), S. 1298. — 18. Wolter, F.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 178. — 19. Cordua, R.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 286. — 20. Niemineva, K. u. Ylisen, O.: Nord. Med., 47 (1952), S. 891. — 21. Gimbel, Fr.: Inaug.-Diss., Münster (1952). — 22. Russel, K. P.: West. J. Surg., 60 (1952), S. 497. — 23. Noack: Zbl. Gynäk. (1952), S. 600. — 24. Jakobs, P.: Inaug.-Diss., Münster (1952). — 25. Fritsch, K.: Inaug.-Diss., Frankfurt (1952). — 26. Rydberg, E.: Ref. Ber. Gynäk., 47 (1952/53), S. 344. — 27. Dahr, P.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 218. — 28. Wolter, F.: Zbl. Gynäk. (1954), S. 133. — 29. Schweitzer, B.: Dtsch. Gesd.wes. (1952), S. 1458. — 30. Kistner, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 703. — 31. Hartl, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 705. — 32. Mayer, A.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1681. — 33. Gänsbauer, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1688. — 34. Kolonja, S. u. Ulm, R.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 149. — 35. v. Mikulicz-Radecki, F.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1954), S. 581. — 36. Belonoshkin, B. u. Malinäs, C.: Arch. Gynäk., 183 (1953), S. 537. — 37. Anderes, E.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 45. — 38. Niedner, K. u. Pichel, F.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1409. — 39. Kraussold, E.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1425. — 40. Noack, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 861. — 41. Kistner, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1422. — 42. Zettelman, J. u. Bovers, V. M.: Amer. J. Obstetr., 65 (1953), S. 953. — 43. Noack, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 861. — 44. Ders.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 104. — 45. Huber, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1528. — 46. Schimpf, H.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 175. — 47. Kuhl, W.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1953), S. 687. — 48. Brown, W. E. u. Sutherland, C. G.: Ref. Ber. Gynäk., 51 (1954), S. 233. — 49. Eames, D. H.: Amer. J. Obstetr., 65 (1953), S. 944. — 50. Döderlein, G.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 352. — 51. Pockrandt, H.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 1058. — 52. Podleschka: Zbl. Gynäk. (1953), S. 1142. — 53. Silva, C.: Ref. Ber. Gynäk., 50 (1953), S. 367. — 54. Saksela, N. u. Lehto, L.: Ref. Ber. Gynäk., 50 (1953), S. 189. — 55. Ehrlich, H.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 338. — 56. Maire, G. u. Burnod, A.: Bull. Féd. Soc. Gynec. et obstetr., 4 (1952), S. 943. — 57. Vasciaveo, L.: Minerva ginec., Torino, 5 (1953), S. 517. — 58. Douglas, R. G.: Ref. Ber. Gynäk., 51 (1954), S. 234. — 59. Hirvonen, L. u. Niemineva, K.: Ref. Ber. Gynäk., 51 (1954), S. 234. — 60. Aschan, E. u. Kinnunen, O.: Nord. Med., 50 (1953), S. 1152. — 61. Pierrot, W.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1430. — 62. Bauch: Zbl. Gynäk. (1953), S. 360. — 63. Frangenheim, H.: Arch. Gynäk., 182 (1952), S. 61. — 64. Dodek, S. M., Friedman, J. M. u. Treichler, H. P.: Ref. Ber. Gynäk., 50 (1953), S. 368. — 65. Cosgrove, R. A.: Amer. J. Obstetr., 64 A (1953), S. 545. — 66. Umland, K.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1434. — 67. Litchfield, H. R. u. Mitarb.: J. Amer. Med. Ass., 151 (1953), S. 783. — 68. Noack, H.: Geburtsh. u. Frauenhk., 13 (1953), S. 778. — 69. Moore, D. C. u.

Mitarb.: West. J. Surg., 61 (1953), S. 459. — 70. Ruppert, H.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1951), S. 438. — 71. Bergquist, K. u. Mitarb.: Nord. Med., 49 (1953), S. 899. — 72. Genell, S. u. Mitarb.: Nord. Med., 49 (1953), S. 902. — 73. Dörr, H.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 512. — 74. Gilbert, C. R. A. u. Mitarb.: Amer. J. Obstetr., 66 (1953), S. 79. — 75. Barroux, P.: Ref. Franc. Gynec., 48 (1953), S. 170. — 76. Holtermann, G.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1952), S. 141. — 77. Mestwerdt, G.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 1329. — 78. Schaefer, E.: Zbl. Gynäk. (1952), S. 1551. — 79. Glaesmer-Zaff, M.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 814. — 80. Matucci, G.: Riv. ostetr. (Milano), 35 (1953), S. 76. — 81. Falls, F. H.: Amer. J. Obstetr., 65 (1953), S. 701. — 82. Hess, O. W.: Surg. etc., 96 (1953), S. 584. — 83. Ware, H. H.: Amer. J. Obstetr., 46 A (1953), S. 542. — 84. Murri, C.: Clin. ostetr., 55 (1953), S. 53. — 85. Lask, S.: J. Obstetr. (Altrincham) N. S., 60 (1953), S. 541. — 86. Gleue, R.: Dtsch. med. J. (1953), S. 454. — 87. Colmeiro-Laforet, K.: Arch. Gynäk., 183 (1953), S. 167. — 88. Hess, O. W.: Amer. J. Obstetr., 64 (1952), S. 213. — 89. Bartholomew, R. A. u. Mitarb.: Obstetr. a. Gynecol., 1 (1953), S. 41. — 90. Schultze, K. W.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1953), S. 708. — 91. Bauer, A. W.: Zschr. Geburtsh. 140 (1954), S. 65. — 92. Moir, J. C.: Brit. J. Radiol., 26 (1953), S. 385. — 93. Kirchhoff, H.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1953), S. 289. — 94. Tetti, A.: Ref. Ber. Gynäk., 51 (1954), S. 93. — 95. Whitehead, A. S.: Brit. J. Radiol., 26 (1953), S. 401. — 96. Fetter, J. F.: Amer. J. Röntgenol., 68 (1952), S. 255. — 97. Qvist, C. F.: Acta. Radiol. (Stockh.), 37 (1952), S. 510. — 98. Bauer: Zbl. Gynäk. (1953), S. 391. — 99. Möbius, W.: Zbl. Gynäk. (1953), S. 1713. — 100. Reid, F.: Brit. J. Radiol., 26 (1953), S. 406. — 101. Kistner, R. E. u. Mitarb.: Surg. etc., 94 (1952), S. 141. — 102. Hosemann, H. u. Halpap, E.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1953), S. 786. — 103. Gauss, C. J.: Geburtsh. u. Frauenhk. (1953), S. 480. — 104. Qureshi, M. S.: Medicus (Karachi), 4 (1952), S. 43. — 105. Ders.: Medicus (Karachi), 6 (1953), S. 187. — 106. Zurbork, C. L.: Inaug.-Diss., Münster. — 107. Neilson, R. P. u. Neilson, D. R.: West. J. Surg., 61 (1953), S. 184. — 108. Bender, S.: J. Obstetr. Gynec. Brit. Emp., 60 (1953), S. 508.

Ansch. d. Verf.: Berlin-Charlottenburg 5, Pulsstraße 4–14, Univ.-Frauenklinik.

## Allgemeine Chirurgie

von Prof. Dr. E. Seifert, Würzburg

**Postoperative Krankheit:** Eine Reihe Einzelbeiträge veranschaulicht die Vielseitigkeit des Krankheitszustandes und der seinen Äußerungen zugrunde liegenden biologischen Vorgänge. Die an ihnen wesentlich beteiligte vegetative **Gesamtumschaltung** erhellt z. B. aus dem unmittelbar nach der Operation auftretenden Albuminanstieg und Globulinabfall; er läßt sich auch durch Zufuhr von Blut oder Plasma nicht aufhalten (Grundmann). Für die **Kreislaufbelastung** ist wichtig zu wissen, daß die „inneren Regulationsvorgänge“ des Kreislaufs den klinisch erfassbaren Werten von Puls und Blutdruck zeitlich nachhinken, letztere also nicht immer den wahren Kreislaufvorgängen entsprechen. Demzufolge wird nach Posth durch die Schellong-Probe nur eine einzelne Kreislaufgröße unter die Lupe genommen, und es wird erklärt, daß die Probe gelegentlich enttäuschen muß. Über das **Blutvolumen in der postoperativen Stufe** vermag das Hämatokrit-Protein-Diagramm (Phillips- und van Slyke-Test) nichts Sicheres auszusagen; es macht aber, da sehr einfach und schnell feststellbar, immerhin rechtzeitig auf größere und auch geringere Veränderungen der Blutbeschaffenheit aufmerksam (Kment). Die Bestimmung der renalen und extrarenalen Flüssigkeits- und Salzverluste mit dem Ziel einer täglichen **Bilanzprüfung für Wasser und Chlor** erweist sich nach Chiatinello als empfindlich genug, um rasch die etwaigen Gefahren einer Gleichgewichtsstörung zu erkennen und um die für den Operierten in 24 Stunden nötigen Flüssigkeits- und Salzmengen erschließen zu können. Dieses Gleichgewicht ist für alle Lebensalter, besonders jedoch für die Grenzstufen nach oben und unten der Kernpunkt (Domaniq). Im Hinblick auf die postoperative Gefahren vermag es nicht nur, je nach Krankheits- und Operationsart, vorbeugend gestützt zu werden, sondern es gilt, auch postoperativ beizeiten die Ansätze zum Schwanken in der Festigkeit zu erkennen, damit die verschiedenartigen „Verluste“ gedeckt und durch Frühaufstehen usw. möglichst umgehend unschädlich gemacht werden können. In diesem Sinn hat sich Köhler bei allen sog. Risikoeingriffen die künstliche **Dämpfung des Vegetativum** (mit Hilfe der pharmakologischen Hypotonie durch das lytische Gemisch des Megaphen, Atosil, Latibon usw.) als wohltätig bewährt. Verabfolgt man es subkutan zusammen mit Hyaluronidase, so wird eine Reizung der Venenwandung und die Gefahr der Thrombenbildung vermieden. Die Erörterung der von Szabo erneut vorgetragenen **Einflößung höchster Salzlösungen** zur Verhütung postoperativer Störungen (Thromboembolie, Wundheilung, Lungenerkrankungen usw.) reicht schon 25 Jahre zurück. Auf einen so einfachen Nenner läßt sich leider die postoperative Erkrankung und ihre Betreuung nicht bringen.

**Narkose und Schmerzbetäubung:** Weber fand bei Kindern die **Narkoseeinleitung mit Pentothal** besonders schonend und äthersparend. Er empfiehlt, an Hand einer Dosierungstafel, jeweils 20 Minuten vor der Operation den Einlauf mit 0,03 Pentothal auf 1 kg Körpergewicht. Die **Verbindung von Inaktin und My 301** erbringt eine schonende Narkose, auch Langnarkose, geeignet für Jugendliche ab 14 Jahren bis ins hohe Greisenalter. Technisch mit Hilfe des 3-Wege-Hahns erlaubt sie nach Richter eine Dosierung nach Bedarf und somit eine wirkliche Steuerung.

Unter gewissen Voraussetzungen läßt sich die blutdrucksenkende Nebenwirkung der **periduralen Anästhesie** ausnützen zur **potenzierten Narkose**; und zwar auf die Weise, daß unmittelbar nach Anlegen