

## Korrespondenzen.

### Die Lumbalanästhesie in ihrer augenblicklichen Gestalt.

#### Bemerkungen zu dem Sammelreferat von Dr. Bruno Bosse.

Von Richard Freund, Privatdozent und Assistent an der Universitäts-Frauenklinik in Halle a. S.

Unter der Ueberschrift: „Die Lumbalanästhesie“ hat Bosse eine Monographie (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1907) erscheinen lassen, in der er ein Sammelreferat über die bisherigen Erfahrungen mit dieser Narkose abzufassen versucht. In No. 27 (4. Juli 07) der Deutschen medizinischen Wochenschrift wird der erste Teil dieses Referats in etwas kürzerer Form wieder gegeben.

In beiden Abhandlungen wird mir, der ich die Erfahrungen mit der Rückenmarksnarkose der Hallenser Universitäts-Frauenklinik in drei Publikationen niedergelegt hatte, ein Verfahren supponiert, welches ich niemals angegeben, geschweige ausgeführt habe.

In dieser Wochenschrift (1906, No. 28) sagte ich gelegentlich der Schilderung unserer Methodik, daß sich das Anästheticum bei mäßiger Beckenhochlagerung in Gestalt einer Diffusionszone weiter aufwärts ausdehnt, „und zwar um so langsamer, je liquorreicher der Arachnoidalsack. Durch das Ablassen größerer oder kleinerer Liquorquantitäten ist uns also ein weiterer regulatorischer Einfluß an die Hand gegeben. Wir beschränken uns durchschnittlich auf 4 ccm; mehr abfließen zu lassen, hat nur Zweck bei sehr hohem Intraarachnoidaldruck oder zur Erlangung von hoch hinaufreichenden Anästhesien, wie sie aber der Gynäkologe nicht bedarf.“

Daraus macht Bosse<sup>1)</sup>: „Freund will einen regulatorischen Einfluß auf das Emporsteigen des Deposits dadurch ausüben, daß er intra operat. bei Ueberfluß an Liquor 4 ccm abläßt, mehr nur bei sehr hohem Intraarachnoidaldruck und hoch hinaufreichender Anästhesie; der Zweck ist, daß die höheren Wurzelbezirke zwar getroffen, aber nur sehr verdünnt getroffen werden. Ob die dazu nötigen Manipulationen am Kranken für diesen angenehm und nützlich sind, ob die Asepsis erhalten bleibt, lassen wir dahingestellt. Betont doch auch Rosthorn, daß es zu vermeiden ist, die Patienten nach der Punktion in verschiedene Stellungen zu bringen,

und sahen doch Štajmer, Kraske und v. Eiselsberg Collaps im Moment der Rücklagerung aus der Beckenhochlagerung, sodaß die Freund'schen Vorschläge kaum nachahmenswert erscheinen.“ — In seiner anderen Publikation<sup>1)</sup> heißt es: „ganz besonders warne ich vor dem von Freund und anderen empfohlenen Ablassen überschüssiger Giftmengen nach dem Eintritt der Anästhesie.“

Durch willkürliches, unbegreifliches Hinzufügen der Begriffe „intra operationem“ und das zweitemal „nach Eintritt der Anästhesie“ hat Bosse aus der einfachen Schilderung unserer der Injektion vorausgehenden Punktionstechnik ein Verfahren konstruiert, welches so unsinnig ist, daß sich ein näheres Eingehen auf diesen nicht ganz der Komik entbehrenden Einfall erübrigt. Bosse schreibt: „Freund und andere.“ Wer sind die „anderen“? Ich wäre wirklich begierig, zu erfahren, ob es einem Operateur je in den Sinn gekommen wäre, nach Eintritt der Anästhesie, womöglich gar während der Operation, nochmals den Rückenmarkskanal zu punktieren! — Die „anderen“ werden wohl auch nur Phantasiegebilde sein. Einer solchen Handlung, um nicht zu sagen Mißhandlung, wären wir gar nicht fähig. Zeichnet sich doch gerade die Hallenser Klinik — und dies ist Bosse nicht entgangen — durch größtmögliche Schonung der stovainisierten Patienten aus. Nach vollendeter Injektion in Seitenlage wird hinsichtlich der Narkose nichts mehr mit dem Patienten vorgenommen. Bosse „piekt“ dann noch mit sterilen Sicherheitsnadeln! (cf. „Lumbalanästhesie“ S. 9.)

Wenn Bosse<sup>2)</sup> ferner behauptet: „Freund reserviert sie (sc. die Lumbalanästhesie) nur für die Sectio caesarea“, so ist das gleichfalls ganz und gar unrichtig. — Ich sage<sup>3)</sup> gelegentlich der Aufzählung unserer unter Rückenmarksnarkose ausgeführten Operationen: „Von den wenigen in der Gravidität ausgeführten Operationen ist nur die eine, ein vaginaler Kaiserschnitt wegen schweren Herzfehlers bei Grav. mensis VI., als rein geburtshilfliche Operation zu bezeichnen; sonst stehen wir der Anwendung der medullaren Narkose in der Geburtshilfe ablehnend gegenüber, es sei denn, daß eine schwere Organerkrankung die Inhalationsnarkose ausschließt.“ Daraus geht hervor, daß nicht die Operation als solche, sondern stets die Komplikation mit Organerkrankungen für uns die Anzeige zur Wahl der Lumbalanästhesie abgibt. Im übrigen darf Bosse den vaginalen Kaiserschnitt nicht einfach mit Sectio caesarea bezeichnen. Den klassischen abdominalen Kaiserschnitt (Sectio caesarea) bei sonst gesunden Kreißenden führen wir überhaupt fast niemals in Narkose aus, sondern nach Veit nur mittels Lokalanästhesie.

Schließlich stelle ich fest, daß Bosse, dem anscheinend von meinen Publikationen über Rückenmarksnarkose außer einem Vortrag (im Verein der Aerzte zu Halle<sup>4)</sup>) auch die spätere ausführlichere Arbeit<sup>5)</sup> vorlag, lediglich die im Vortrag angegebenen Resultate zahlenmäßig heranzieht, diejenigen der späteren Veröffentlichung aber völlig unberücksichtigt läßt und nur diesen oder jenen Punkt aus letzterer (s. o.) herausgreift. Ein solches Verfahren halte ich nicht für zulässig; es widerspricht den Gepflogenheiten wissenschaftlicher Arbeiten.

Weitere Untersuchungen auf Verlässlichkeit der herbeigebrachten Tatsachen des übrigen größtenteils ohne nähere Literaturangabe abgefaßten Sammelreferates liegen mir momentan fern.

Die Lumbalnarkose ist in der Hallenser Universitäts-Frauenklinik, in welcher sie nach der beschriebenen Weise unter ausgiebiger Anwendung der Beckenhochlagerung fast täglich ausgeführt wird, nach wie vor die dominierende Narkosenart für die größeren gynäkologischen Operationen. Wir verfügen zurzeit über eine Anzahl von 673 Lumbalanästhesien. Bei Gelegenheit soll über weitere Erfahrungen wieder berichtet werden.

Halle, den 9. Juli 1907.

1) Die Lumbalanästhesie (Urban & Schwarzenberg 1907), S 15 u. 16.