

Correspondenzen und Erwiderungen.

Zur Verhütung des Chloroformerbrechens.

Bemerkungen zu dem Vorschlage des Herrn Prof. Dr. Lewin in
No. 2 dieser Wochenschrift.

Von Dr. P. Oertel in Kreuznach.

Der Vorschlag, das Narkosenerbrechen durch lokale Anästhesierung der Magenschleimhaut mit Cocaïnlösung oder schleimige Bedeckung derselben zu verhüten, gründet sich auf die theoretische Anschauung, dass das Erbrechen im wesentlichen durch eine stomachale Reizung hervorgerufen werde, und zwar erstens durch Verschlucken von im Speichel gelöstem Chloroform und Chloroformdämpfen, sodann durch eine sekundäre Ausscheidung von Chloroform durch die Magendrüsen, nachdem der „primäre Reizerfolg, den ein solches Inhalationsanästhetikum im Magen veranlasst habe, nachgelassen habe, oder verklungen sei“. Die Mengen, die durch den Speichel in den Magen gebracht werden, sind von dem Verfasser selbst als sehr kleine bezeichnet worden, auf 100 verbrauchte Gramm nur 0,71, desgleichen dürfte auch wohl die Menge der durch Schlucken in den Magen gelangenden Chloroformdämpfe nur gering sein, zumal das Schlucken bei gut geleiteter Narkose nur im Anfang und nicht bei jedem Individuum auftritt. Es ist nun a priori nicht klar, warum diese geringen Chloroformmengen eine Brechwirkung haben sollen, da doch Chloroform von Pharmakologen und Klinikern in ziemlich reichlichen Dosen per os (bis 25 Tropfen pro dosi) gegen Erbrechen empfohlen und gegeben wird. Ist aber die sekundäre Ausscheidung durch die Magendrüsen das wesentliche Moment der Reizung, so dürfte die Ueberziehung der Schleimhaut mit einer bedeckenden Schicht kaum einen andern Erfolg haben, als die zugleich empfohlene Cocaïnlösung in ihrer Wirkung zu beeinträchtigen oder aufzuheben. Ob ein 3–4 Stunden vor der Operation „gelungener“ Ueberzug der Schleimhaut noch haftet und nicht durch Speichelschlucken sowohl wie durch die verdauende Thätigkeit des Magens grösstentheils entfernt ist, erscheint zum mindesten zweifelhaft, selbst bei erheblichem Widerstand des Gummi arabicum gegen die Verdauungsfermente (zudem werden 300–500 g einer dünnen Cocaïnlösung sehr zur Lösung der haftenden Massen beitragen). Ob aber eine Cocaïnlösung von 0,01 % hinreichend ist, um die Wirkung des in den Drüsen sich ausscheidenden und als reizend angenommenen Chloroforms in der ganzen Ausdehnung der Magenschleimhaut zu paralysiren, erscheint noch zweifelhafter; die Cocaïnlösung verbleibt doch nicht im Magen, selbst vorausgesetzt, dass sie nicht erbrochen wird, eine mehrstündlich wiederholte Darreichung der Maximaldosis von Cocaïn nach dem Shock des Chloroforms ist aber ein Experiment, zu dem sich wohl kaum Jemand entschliessen wird, ebensowenig zu dem als leicht gedachten Lagewechsel des Chloroformirten auf dem Operationstisch oder nachher bei erneuter Darreichung im Bett, „um eine möglichst grosse Berührung des Mittels mit der Magenfläche zu bewirken“. Dazu müssten wohl noch erst besondere Operationstische und Betten erfunden werden.

Aus der langjährigen Erfahrung, dass Leersein des Magens das Erbrechen zwar nicht gänzlich verhütet, aber doch sehr mässigt, haben viele Operateure bis 24 Stunden nach der Operation Enthaltung jeder Zufuhr zum Magen empfohlen und rühmen sich dabei guter Erfolge, bei besonders empfindlichen Patienten werden sogar Magenspülungen vor und nach der Operation mit gutem Erfolg angewendet. Auch ich kenne keine vergleichenden Angaben über das Verhalten von Chloroformirten bei leerem und nicht leerem Magen, solche dürften aber auch bei der Abhängigkeit des Erbrechens von individueller Geneigtheit (die sich oft mit Wiederholung der Narkose ändert), von der Dauer, der Tiefe der Narkose, von der Beschaffenheit des Narkoticums, seiner Dosirung und Art der Verabreichung nur mit Vorsicht zu verwerthen sein. Nach dem gemachten Vorschlag würde der Magen bei Beginn der Operation (bis 500 g schleimige Flüssigkeit und bis 500 g Cocaïnlösung) fast einen Liter Flüssigkeit enthalten. Die Unsauberkeit bei eventuellem Erbrechen während der Operation und die gesteigerte Gefahr der Aspiration werden von der Wiederholung etwaiger Versuche bald abschrecken.

Viel naheliegender ist meines Erachtens die Annahme, dass es sich beim Chloroformerbrechen um ein im wesentlichen cerebrales Erbrechen handelt, wenn man den mächtigen Eindruck erwägt, den eine solche Lähmung eines grossen Theils der Hirnfunktionen hervorruft und hinterlassen muss. Es spricht dafür gerade das Erbrechen bei leerem Magen, selbst bei ganz kurzer Narkose, bei der nur wenige Gramm verbraucht werden. Um analoge Vorgänge handelt es sich anscheinend beim Erbrechen bei traumatischen Hirnaffektionen, beim Schwindel, der Seckrankheit. Auch bei der letzteren hat sich die Nutzlosigkeit der unzähligen, gelegentlich wohl bessernd oder suggestiv wirkenden Magenmittel herausgestellt und als wirkliche Erfolge aufweisend nur solche, die auf das Centralnervensystem beruhigend oder narkotisirend wirken. Ich glaube deshalb wohl die Mehrheit der narkotisirenden Aerzte auf meiner Seite zu haben in der Meinung, dass die gegen das Erbrechen gerichteten Bemühungen, statt neue Magenmittel zu ersinnen, vielmehr in der Richtung gehen müssen, ein Narkoticum zu finden, ein vorhandenes zu verbessern oder die Art der Verabreichung so zweckmässig zu ändern, dass nur das Bewusstsein und die störenden Reflexe ohne Neben- und Nachwirkung ausgeschaltet werden, die übrigen Centren aber, insbesondere die automatischen und das Vomircentrum, intakt gelassen werden. Einen bemerkenswerthen Fortschritt in dieser Hinsicht stellt der Geppert'sche Chloroformapparat dar, der in Folge seiner feinen Dosirung die unangenehmen Neben- und Nachwirkungen entschieden reduziert. Das Erreichen des vorgezeichneten Zieles wird aber wohl noch für lange ein frommer Wunsch bleiben.¹⁾