Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik des Prof.
F. J. Pick in Prag.

Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen.

Von

Dr. Ludwig Waelsch,
I. Assistent der Klinik.

Das Bestreben, den im Entstehen begriffenen venerischen Bubo ohne operative Eingriffe zur Rückbildung zu bringen, ihn also abortiv zu behandeln, hat besonders in den letzten 2 $\frac{1}{2}$ Jahrzehnten, Dank den Erfolgen der Antisepsis, eine Menge Behandlungsmethoden gezeitigt.

Allen diesen Methoden ist es gemeinsam, dass Flüssigkeiten oder Emulsionen in den noch nicht oder schon mehr weniger fluctuirenden Bubo injicirt werden (im letzteren Falle nach erfolgter Aspiration des Eiters), worauf dann, manchmal in ganz unglaublich kurzer Zeit, vollständiger Rückgang der Drüsenschwellung eintreten soll.

Die Mittel, welche empfohlen werden, sind ungemein zahlreich. Seitdem Wertheim ¹⁾ Injectionen mit Morphin-Kampherlösungen, Creosot, Sol. calcar. chlorat. u. s. w. angegeben, waren es besonders antiseptische Lösungen, von Carbol, Sublimat und anderen Quecksilbersalzen, Argentum nitricum (Verfahren nach Lang), Emulsionen von Jodoform und dessen Ersatzmitteln, welche begeisterte Empfehlung fanden, und sich auch bei der Nachprüfung als den Process ziemlich günstig beeinflussend erwiesen.

Dabei fehlte es aber nicht an Stimmen, welche von der Einspritzung derartiger Flüssigkeiten abriethen, und sich vielmehr auf den Standpunkt stellten, dass viele Bubonen unter einfach exspectativer Therapie zurückgehen, die zum Zerfall

Tabella IV

tendirenden oder schon vereiterten durch Injectionen nicht besonders günstig beeinflusst werden.

So hebt schon Kohn²⁾ hervor (der überhaupt auch gegen die Aspiration des Eiters fluctuirender Bubonen mit einer Spritze ist, vielmehr immer den Bubo punctirt, und den Eiter abfließen lässt), dass durch Einspritzen von Flüssigkeiten in die Abscessshöhle die Decke desselben dem sie schädigenden Innendrucke neuerlich ausgesetzt wird; ferner werde auch die Eiterung in der abgeschlossenen Höhle nicht vermindert. Das entstehende Eitercoagulum wirke dann wie ein Fremdkörper im subcutanen Zellgewebe; endlich werde auch die Abscesswand von dem eingespritzten Medicament beeinflusst. Er kommt zu dem Schlusse: „Nutzen sehr problematisch, Schaden sehr leicht anzustiften.“ Ebenso hebt auch Szadek³⁾ in seiner ausführlichen Arbeit (daselbst auch eine sehr ausführliche Literaturübersicht über das uns in folgendem beschäftigende Thema) hervor: „Schon die Menge der zur Abortirung des Bubo empfohlenen Mittel und Verfahren weist auf deren Unzuverlässigkeit hin. Die Erfahrung bestätigt auch täglich, dass es fast immer sehr schwer ist, die Entwicklung der venerischen Bubonen zu sistiren, und alle Methoden der Abortivbehandlung lassen sehr häufig nicht nur bei schon vereiterten, sondern sogar bei beginnenden venerischen Bubonen im Stich.“ Aus diesem Grunde spricht Szadek der energischen chirurgischen Behandlung das Wort.

Noch präziser drücken sich Audry und Durand⁴⁾ aus, welche direct erklären, dass es kein Mittel gebe, um die Vereiterung entzündlich vergrößerter Bubonen zu verhindern; sie vereitern eben „wann sie wollen“.

Einen vermittelnden Standpunkt in dieser Frage nimmt Spietschka⁵⁾ ein, der gelegentlich der Prüfung des von Weland⁶⁾ zur Abortivbehandlung der Bubonen empfohlenen Hydrargyr. benzoicum an dem Materiale unserer Klinik zu folgendem Schlusse kommt: Bei einer Art von Fällen lässt sich jeder operative Eingriff vermeiden, sie heilen unter expectativer Behandlung (Bettruhe, Antiphlogistik); bei einer weiteren Zahl wird der Eingriff in Folge der Injectionsbehandlung auf das Allereinfachste, nämlich auf einen kleinen Einstich be-

schränkt, durch den der Eiter entleert wird. Lässt sich aber die Operation nicht vermeiden (nach seinen Beobachtungen in ca. 42% der Fälle), so wird der Eingriff durch die vorausgeschickten Injectionen bedeutend vereinfacht, da sich dann die flüssigen und necrotischen Massen sehr leicht und schnell entfernen lassen, wobei die Wundheilung in ganz gleicher Weise verläuft, wie wenn eine Radicalexstirpation gemacht worden wäre. Ausserdem bleibt dann noch dem Kranken ein Theil seiner Drüsen erhalten gegenüber der radicalen Ausräumung. Auf die Wichtigkeit des letzteren Umstandes haben besonders in jüngster Zeit die Arbeiten Bayer's⁷⁾ und Koch's⁸⁾ mit Recht hingewiesen.

Seit dieser Arbeit Spietschka's ist neuerdings das Für und Wider einer Abortivbehandlung der Bubonen mit wechselndem Glücke erörtert worden. So empfehlen, um nur einige Beispiele aus den seit Spietschka's Veröffentlichung publicirten Arbeiten über diesen Gegenstand herauszugreifen Cordier,⁹⁾ Nobel,¹⁰⁾ Bukovsky¹¹⁾ des Lang'sche Verfahren (Injectionen von Argentum nitricumlösungen), während Letnik,¹²⁾ Thaler,¹³⁾ Perry,¹⁴⁾ Schischa,¹⁵⁾ Krefting,¹⁶⁾ Thorn¹⁷⁾ der Behandlung nach Welander, durch Injectionen von Hydrarg. benzoicum, das Wort reden.

Doch fehlt es nicht auch an Stimmen, welche speciell gegen die letztere Methode sich erheben, so Brousse und Bothezat.¹⁸⁾ Auch Krefting vertritt den Standpunkt, den seinerzeit schon Welander bei Empfehlung seiner Methode eingenommen, dass nämlich in sich virulente Bubonen keine günstigen Erfolge der Abortivbehandlung erhoffen lassen.

Ausser diesen Methoden haben andere Autoren in neuester Zeit auf ältere Behandlungsmethoden zurückgegriffen, und wollen mit denselben günstige Erfolge erzielt haben, so z. B. Rullier,¹⁹⁾ Trnka²⁰⁾ mit Jodoformvaseline, ebenso Perry.¹⁴⁾ der diese Salbe bei vereiterten Bubonen empfiehlt, während nicht vereiterte Hydrarg. benzoicuminjectionen indicirt erscheinen lassen. Ferner werden auch empfohlen Combinationen verschiedener antiseptisch wirksamer Stoffe, so von Dubujadoux²¹⁾ Salolum jodoformo-camphoratum.

Endlich wäre hier noch zu erwähnen der Injectionen von Terpentinöl in die Drüsen, welche Rondelli²²⁾ empfiehlt, in Uebereinstimmung mit der Anschauung Giovanninis,²³⁾ dass man durch Erregung einer intensiven Eiterung an den Bubonen mit langsamem Verlauf rasche Zerstörung der Drüsen und folglich eine schnellere Heilung zustande bringen könne.

Bei Beurtheilung der Wirksamkeit dieser verschiedenen Mittel können wir dieselben nun in drei Gruppen eintheilen, welche uns auch gleichzeitig über die Gesichtspunkte aufklären, von welchen aus diese Stoffe von den verschiedenen Autoren zur Bubonenbehandlung empfohlen wurden.

Die erste Gruppe bilden die Antiseptica (Carbol, Sublimat), die zweite die antiseptisch und secretionshemmend wirkenden (Argentum nitricum, Jodoform und dessen Ersatzmittel); die dritte Gruppe endlich umfasst die stark reizenden (Terpentinöl). Eine Sonderstellung nimmt das Hydrargyrum benzoicum ein.

Betrachten wir nun die ersten zwei Gruppen, die antiseptisch wirkenden Stoffe, so dürften dieselben in der Anschauung empfohlen worden sein, dass unsere Hauptaufgabe, in Analogie mit andersartigen Abscessen oder stark secernirenden Wunden darin zu suchen sei, die Eiterung im Bubo aseptisch zu machen, und bei der zweiten Gruppe speciell noch die Secretion in Schranken zu halten.

Und wenn wir dabei auch voraussetzen wollten, dass die Bubonen thatsächlich hervorgerufen werden durch die directe Wirkung des Virus des weichen Schankers, das sich in den Drüsen abgelagert hat, so ergibt uns schon eine einfache Ueberlegung, dass diese Stoffe für sich allein nicht wesentliche Erfolge zeitigen dürften. Carbol und Sublimat werden zur Abortivbehandlung in Concentrationen verwendet, welche auf das Virus des weichen Schankers im Geschwür gar keinen Einfluss haben. Denn sowohl Carbol wie Sublimat tödten das Virus erst in hohen Concentrationen, worauf die Behandlung des weichen Schankers durch Aetzungen mit concentrirter Carbolsäure nach Neisser,²⁴⁾ und mit Angerer's Sublimatpastillen nach Feibe's²⁵⁾ beruht.

Ebenso steht es mit den Stoffen der zweiten Gruppe.

Argentum nitricum in Substanz ist wohl allgemein als ein sehr unzweckmässiges und wenig wirksames Aetzmittel bei der Behandlung der weichen Schanker erkannt [Pick,²⁶) Finger²⁷)] (man dürfte sich daher auch von der $\frac{1}{2}$ —1% Lösung keine besondere Wirkung auf das Virus versprechen) und auch das Jodoform und seine Ersatzmittel genügen für sich allein im Stadium der Destruction nicht, um das Geschwür in das Stadium der Reparation zu bringen, worauf erst jüngst Pick²⁶) hingewiesen. Es sollte sich also schon auf Grund dieser einfachen Schlüsse eine besondere Wirksamkeit dieser Medicamente und der sie verwendenden Abortivmethoden nicht erwarten lassen.

Ausserdem haben aber noch die Untersuchungen der verschiedenen Autoren ergeben, dass wir es bei den Bubonen nicht immer, sogar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht mit directen Wirkungen des Schankervirus zu thun haben. So ergaben die Untersuchungen Spietschkas²⁸) in 0% positive Befunde von Krefting'schen Bacillen im Bubo-eiter, die Rilles²⁹) 8% (in seiner grossen Zusammenstellung von 2317 Impfungen 35%), Raff's³⁰) 10%, Buschke's³¹) 22·8%, Deutsch's³²) 9%. Wir kämpfen also bei Verwendung der Stoffe der ersten und zweiten Gruppe in den meisten Fällen gegen einen Feind, der nicht vorhanden ist, gegen einen Feind, den wir aber auch bei seinem Vorhandensein nicht im stande wären, unschädlich zu machen.

Von demselben Gesichtspunkte aus lässt sich auch die Wirksamkeit des Hydrargyrum benzoicum beleuchten. Weland er wirft selbst die Frage auf, ob das Hydrarg. benzoic. das geeigneteste Mittel zur Bubonenbehandlung sei. Er beantwortet diese Frage dahin, dass er dies nicht glaube, da es ja bei der Syphilisbehandlung, intramusculär applicirt, sehr schmerzhaft Infiltrate bewirke. Ausserdem hebt er besonders hervor, dass von der Zahl der günstig verlaufenden Fälle (78%) „selbstverständlich“ die an und für sich selbst virulenten Bubonen abzurechnen sind, denn gegen diese sind Quecksilbersalzlösungen selbstredend ebenso wenig wirklich von Nutzen, wie gegen die offen zu Tage liegenden weichen Geschwüre. Es wirkt also das Hydrargyrum benzoicum nicht abtödtend

auf das Virus des weichen Schankers (über seine allgemein-antiseptische Kraft ist in Welanders Arbeit nichts gesagt); dafür wirkt es aber, worauf die oben erwähnten Infiltrate hinweisen, stark reizend. Damit in Uebereinstimmung stehen auch unsere Resultate der klinischen Beobachtung, welche uns zeigten, dass nach den Injectionen der Zerfall der Drüsen rasche Fortschritte macht, die Haut über dem sich rasch vergrößernden Abscess sich stark röthet und spannt, der Abscess selbst oft ungemein schmerzhaft wird, hohes Fieber eintritt u. s. w. Es dürfte demnach das Hydrarg. benzoicum in seiner Wirkung mehr der dritten der oben aufgestellten Gruppen nahestehen, als deren Vertreter wir das Terpentinöl kennen gelernt haben.

Gegenüber dem letzteren liesse sich aber noch mehr als gegenüber dem Hydrargyr. benzoicum der Vorwurf erheben, dass es vielleicht des Guten zu viel thue und auch Drüsen in Folge des starken chemischen Reizes zur Entzündung und Zerfall bringe, welche man vielleicht bei expectativer oder anderer Behandlung hätte erhalten können.

Es fragt sich daher auch, ob diese Methoden überhaupt den Namen einer „Abortivbehandlung“ verdienen, da durch dieselben der entzündliche und Zerfallsprocess in den Drüsen wohl nicht coupirt wird.

Im Vorstehenden haben wir die Gründe erörtert, welche es uns begreiflich erscheinen lassen würden, wenn alle die empfohlenen vorerwähnten Methoden gar keine Erfolge aufzuweisen hätten.

Nun lässt es sich aber nicht leugnen, dass sich, gemäss den Angaben der verschiedenen Autoren, welche Methoden der Abortivbehandlung angegeben haben, mit den meisten dieser Methoden im Grossen und Ganzen relativ gute Erfolge erzielen lassen (Vergleiche die jüngsten Publicationen von Schischa, Thorn, Brukovsky). Es ist dies ein Widerspruch, der aber auf Grund einfacher Ueberlegungen sich als ein bloss scheinbarer herausstellt.

Allen diesen Behandlungsmethoden ist es nämlich gemeinsam, dass Flüssigkeiten in den noch nicht oder mehr weniger stark fluctuirenden Bubo injicirt werden. Daraus ergibt

sich sofort nach den oben angestellten Erwägungen die Fragestellung:

Kommt dem injicirten Medicament, oder dem Vehikel, in welchem es gelöst ist, die Hauptaufgabe bei der sogenannten Abortivbehandlung zu, oder mit anderen Worten: Ist nicht bei der Abortivbehandlung die Injection der Flüssigkeiten als solche die Hauptsache, und ist es nicht ganz gleichgiltig, was wir injiciren?

Diese Frage suchte ich nun dadurch zu beantworten, dass ich eine Zahl von Bubonen, mit gütiger Erlaubniss meines Chefs Herrn Professor F. J. Pick, durch Injectionen mit einer vollständig indifferenten Flüssigkeit, einer sterilisirten physiologischen Kochsalzlösung, in das entzündete Drüsengewebe behandelte.

Eine Auswahl in der Zahl der auf der Klinik seit Anfang September v. J. (der Zeit des Beginnes der Versuche) aufgenommenen Fälle wurde nicht getroffen, sondern es wurde jeder Bubo ohne Rücksicht auf seine Grösse und Schwere der Behandlung unterzogen. Es handelte sich um Bubonen, welche nach typischen weichen Geschwüren aufgetreten waren, ferner um solche nach phagedänischem Ulcera, dann um solche bei indurirten oder indurirenden Geschwüren. Ein Theil der Patienten war latent syphilitisch.

Die Bubonen selbst kamen in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung zur Beobachtung; als schmerzhaft vergrösserte Drüsenpackte, als im Centrum nur wenig fluctuirende Tumoren, endlich als von stark gespannter und gerötheter Haut bedeckte, von derb infiltrirten Drüsen umgebene Abscesse. Im letzteren Falle wurde dann der Injection eine Aspiration des Abscessinhaltes mit der Pravaz'schen Spritze vorausgeschickt. Es wurde aber dann immer eine bedeutend geringere Menge, gewöhnlich nur 1—2 Cm³ der Kochsalzlösung injicirt, um den oben erwähnten Bedenken Kohn's Rechnung zu tragen.

Ausserdem wurden je nach der Grösse des Bubo 2—6 Cm³ an verschiedenen Punkten des Tumors in das Drüsengewebe injicirt.

Ich ging dabei von der Annahme aus, dass in jenen Drüsenpartien, wo schon Tendenz zum Zerfalle bestehe, ohne aber klinisch deutlich in die Erscheinung zu treten, dieser Zerfall durch die mechanische Wirkung des Einstichs, der Auseinanderdrängung und Zerrung der Drüsenelemente beschleunigt würde, und andererseits bei nur einfach entzündlich vergrösserten Drüsen durch die Resorption der injicirten Flüssigkeitsmenge auch vielleicht eine Resorption des in die Drüsen abgelagerten Exsudates angeregt werden dürfte.

In dieser Voraussetzung wurde ich auch nicht getäuscht, und will ich über den Verlauf der so behandelten Bubonen weiter unten ausführlich berichten.

Die Injectionen selbst riefen in der Mehrzahl der Fälle gar keine Steigerung der vor der Injection schon bestehenden Druck- oder Spontanschmerzhaftigkeit hervor. Nur manche, besonders empfindliche Personen gaben nach der Injection, und hier auch nur durch 2—3 St. nach der Injection etwas gesteigerte Schmerzhaftigkeit, sowie stärkeres Spannungsgefühl in der Leistengegend an, dagegen liess sich übereinstimmend bei allen Fällen, gewöhnlich am Tage nach der Injection, ein vollständiges oder fast vollständiges Aufhören der Druckschmerzhaftigkeit und der spontanen Schmerzen beobachten, so dass die Patienten wiederum anstandslos herumgehen konnten. Dieses Aufhören der Schmerzen sei hier besonders hervorgehoben gegenüber der zumeist bedeutend gesteigerten Schmerzhaftigkeit der Bubonen nach Injectionen von Hydrargyr. benzoicum und Argent. nitricum, und würde auch die ambulato-rische Behandlung der Bubonen gestatten.

In einigen der Fälle trat nach den Injectionen eine geringe Fiebersteigerung (bis 38.2°) auf, die aber in den nächsten Stunden, bei vollständigem Wohlbefinden der Patienten, schwand. — Ausser den Injectionen erhielten die Kranken nur einen einfachen, mit essigsaurer Thonerde getränkten Wattedeckverband.

Die Veränderungen, wie sie nun nach erfolgter Injection in den Bubonen auftraten, waren verschiedenartige, je nach der Art der Drüsenschwellung.

Dort, wo die einzelnen vergrösserten Drüsen zu einem von gerötheter Haut bedeckten Tumor verbacken waren, und starke Druckschmerzhaftigkeit auf Beginn des Zerfalles in der Tiefe schliessen liess, zeigte sich nach der Injection in der Mitte des Tumor deutlich beginnender Zerfall unter gleichzeitiger Abflachung des peripher gelegenen Drüsenpaketes. Unter Fortsetzung der Injectionen bildeten sich die peripheren Drüsen mehr und mehr zurück, während der in der Mitte gelegene Abscess bei gleichzeitig erfolgender Aspiration sich abflachte, die darüber gelegene Haut allmähig abblasste, und so nach verschieden langer Behandlungsdauer der Bubo ohne Operation vollständig zurückging.

In anderen Fällen aber, wo nach Injectionen und Aspiration die den Drüsenabscess deckende Haut sich immer mehr verdünnte, blieb die chirurgische Behandlung unausweichlich. Es zeigte sich aber dann, dass eine einfache Spaltung des Abscesses in den meisten Fällen genügte, und eine Ausräumung der ursprünglich stark infiltrirten Drüsen der Nachbarschaft in Folge ihrer durch die Injectionen bewirkten Rückbildung sich als unnöthig erwies.

Ebenso waren wir auch zur Operation genöthigt in jenen Fällen, wo der Bubo, schon perforirt mit chancröser Perforationsöffnung in unsere Behandlung kam, oder die nach Aspiration des Eiters in der Abscessdecke zurückgebliebenen Einstichsöffnungen chancrös wurden. Aber auch hier liess sich durch der Operation vorausgeschickte Injectionen in das infiltrirte Drüsengewebe der Eingriff wesentlich vereinfachen.

Untersuchungen darüber, ob die mit Injectionen behandelten Bubonen virulente oder nicht virulente waren, habe ich nicht angestellt. Es bewies mir jedoch das Chancröswerden der Perforations- beziehungsweise Einstichsöffnungen der Drüsenabscesse in 4 Fällen die Virulenz des Bubo (im Belage der geschwürig zerfallenen Perforationsöffnungen fanden sich in drei Fällen Ducrey-Krefting'sche Bacillen). Von diesen 4 Fällen kamen 2 zur Operation, während 2 ohne dieselbe (darunter der eine in ambulatorischer Behandlung) zur Heilung in verhältnissmässig kurzer Zeit (13, beziehungsweise 20 Tagen) kamen.

Ich möchte letzteren Umstand besonders Welanders, und Kreftings gegenüber hervorheben, die bei virulenten Bubonen sich nur von der Operation einen Dauererfolg versprechen.

Wenn dann der Bubo geheilt war, das heisst, und dies will ich hier besonders betonen, nachdem der Begriff „geheilter Bubo“ bei manchen Autoren ein sehr weiter zu sein scheint, wenn die Drüenschwellung vollständig geschwunden war, so liess sich in der betreffenden Inguinalbeuge neben den zurückgegangenen derben Drüsen oft ein plattenartiger oder spindelförmiger Strang nachweisen, der den Eindruck einer Schwarte, einer Narbe machte. Wiederauftreten der Drüenschwellung nach erfolgter Entlassung der Kranken habe ich nie beobachtet.

Fälle, bei denen der Bubo unter Injectionsbehandlung heilte (20).

Fall 1. M. B., 19j. Stuccateur. Aufgenommen 10./IX. 1897.

Seit 14 Tagen (4 Tage nach dem letzten Coitus) Geschwüre am Praeputiuminnenblatt, seit 10 Tagen schmerzhafte Adenitis rechts in inguine. Dasselbst walnussgrosse, von gerötheter Haut bedeckte, wenig schmerzhafte Geschwulst.

14./IX. I. Injection von 1 Cm³ physiolog. NaCl-Lösung in den Tumor. (Essigs. Thonerde.)

18./IX. Die Drüsen sind zu einem abgesackten, schmerzlosen Abscess zerfallen.

19./IX. Aspiration von 1 1/2 Cm³ blutig tingirter, eitriger Flüssigkeit, darauf Injection eines Cm³ NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die denselben umgebenden infiltrirten Drüsen.

21./IX. Geschwulst wesentlich abgeflacht, im Centrum Fluctuation deutlich; Injection von 1 Cm³ in die Drüsen, ohne Aspiration.

23./IX. Fluctuation geschwunden; Injection 1 Cm³ in die noch etwas vergrösserten Drüsen.

25./IX. An Stelle der Drüenschwellung daumendicker Strang von 2 Cm. Länge.

29./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 19 Tage.

Fall 2. S. J., 22j. Diener. Aufgenommen 14./IX. 1897.

Seit 14 Tagen schmerzhafte Anschwellung links in inguine. Ulceration am Genitale nicht nachweisbar, angeblich auch nicht vorausgegangen. Letzter Coitus vor 3 Monaten. Links vom Frenulum deutliche Narbe, in inguine derselben Seite angeschwollenes Drüsenpacket von Hühnereigrösse im Centrum fluctuirend; die Haut darüber stark geröthet.

18./IX. Zerfall der Drüse schreitet langsam fort; Injection von 1 Cm³ in die vergrösserten Drüsen.

21./IX. Geschwulst flach, Haut noch leicht geröthet; Injection von 2 Cm.³ in die Drüsen.

23./IX. Der medianwärts gelegene Drüsentumor wesentlich abgeflacht, derber, lateral Fluctuation noch deutlich; Injection von 1 Cm.³ theils in den Abscess, theils in die Drüsen.

25./IX. Fluctuation gering.

28./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 14 Tage.

Fall 3. F. G., 28j. Reisender. Aufgenommen 6./X. 1897.

Seit 10 Tagen Schwellung in der Leistengegend, seit 4 Wochen indurirendes Uleus.

Links in inguine schmerzhafter, fluctuirender Drüsentumor von Walnussgrösse. Nach 2 Injectionen von je 1 Cm.³ Drüsenschwellung vollständig zurückgegangen, Fluctuation geschwunden.

Heilungsdauer: 7 Tage.

Fall 4. H. A., 22j. Tischler. Aufgenommen 19./IX. 1897.

Patient wurde vor 13 Tagen mit geheilten Ulcera multiplica von unserer Klinik entlassen. Kurz darauf begann rechts die Drüsenschwellung.

R. in inguine verbackenes Drüsenpacket, im Centrum Zerfall zu einem walnussgrossen Abscess. Die Haut darüber geröthet, verdünnt.

19./IX. Entleerung durch Aspiration von 2 Cm.³ einer eiterartigen Flüssigkeit aus dem Abscess, dafür Injection von 1½ Cm.³ NaCl-Lösung.

21./IX. Grösse der Geschwulst und des Abscesses unverändert; Aspiration von 2 Cm.³ blutiger Flüssigkeit, Injection von 2 Cm.³.

23./IX. Entleerung von 2 Cm.³ einer rothweinartigen, dünnen Flüssigkeit, Injection von 1½ Cm.³.

24./IX. Abscess stark verkleinert Aspiration von ½ Cm.³ einer röthlichen dünnen Flüssigkeit, Injection derselben Menge NaCl-Lösung.

27./IX. Abscess geschwunden; an seiner und der Drüsenschwellung Stelle ein derber Strang tastbar.

29./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer 10 Tage.

Fall 5. P. M., 20j. Dirne. Aufgenommen 6./X. 1897.

Vor einem Jahr Lues durchgemacht; seit 14 Tagen rechtsseitiger Bubo. An dem Hymenalarunkeln speckig belegte Geschwüre. Die Drüsen rechts sind umgewandelt in einen hühnereigrossen, stark schmerzhaften, im Centrum deutlich fluctuirenden Tumor. Linksseitige Drüsensclerose.

13./X. Injection von 4 Cm.³ NaCl-Lösung an verschiedenen Stellen der Geschwulst.

18./X. Drüsenschwellung bedeutend abgeflacht, vollständig schmerzlos.

19./X. Injection von 4 Cm.³ wie am 13./X.

27./X. Die Haut ganz blass, die Drüsenschwellung vollständig geschwunden.

28./X. Oedem der r. Nympe. Ulcera noch nicht geheilt, weswegen Patientin bis 1./XI. in Behandlung bleibt.

Heilungsdauer des Bubo 21 Tage.

Fall 6. U. F., 22j. Commis. Aufgenommen 11./X. 1897.

Rechts in inguine hühnereigrosser Drüsentumor mit centralem Zerfall. Geschwür in der Urethra.

Patient bekam 7 Injectionen nach vorausgegangener Aspiration des Abscessinhaltes.

Nach 12 Tagen geheilt entlassen.

Fall 7. J. E., 21j. Commis. Aufgenommen 12./X. 1897.

Geschwür der Harnröhrenmündung. Linksseitige, schmerzhaft, walnussgrosse Adenitis.

Nach 5 Injectionen zu je 1 Cm³ geheilt entlassen.

Heilungsdauer 9 Tage.

Fall 8. C. J., 28j. Flösser. Aufgenommen 11./X. 1897.

Seit 4 Wochen indurirendes Geschwür im sulcus. Seit 14 Tagen beiderseitige schmerzhaft Adenitis. Der linksseitige Drüsentumor apfelgross, wenig schmerzhaft, der rechtsseitige ganseigross, schmerzhaft, von stark gerötheter Haut bedeckt.

12./X. Injection von 2 Cm³ in den Tumor rechts.

14./X. Tumor rechts flacher, deutlich fluctuirend, weniger schmerzhaft. Dagegen starke Schmerzen und Zunahme der Schwellung links. Injection von 2 Cm³ in die linken Drüsen.

15./X. Beide Drüsentumoren schmerzlos. Injection von 1 Cm³ in das rechte Packet.

18./X. Grosser Abscess rechts, aus dem 6 Cm³ Eiter aspirirt werden, worauf 1 Cm³ NaCl-Lösung in den Abscess und je 1/2 Cm³ in die ober- und unterhalb gelegenen, stark infiltrirten Drüsen injicirt werden. Injection von 1 Cm³ in den l. Tumor, der stark abgeflacht ist.

20./X. Linksseitiger Tumor geschwunden; aus dem Abscess rechts Aspiration von 6 Cm³ einer röthlichen dünnen Flüssigkeit, darauf Injection von 2 Cm³ wie am 18./X.

24./X. Aspiration von 2 Cm³ aus dem Abscess, der sich stark verkleinert hat, Injection von 2 Cm³ wie am 18./X.

28./X. An Stelle des Bubo rechts ein narbiger, schmerzloser, spindelförmiger Strang tastbar.

30./X. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer des rechtsseitigen Bubo 19 Tage, des linksseitigen 9 Tage.

Fall 9. V. W., 26j. Schuster. Aufgenommen 2./X. 1897.

Seit 6 Wochen Geschwür im Sulcus. Seit 3 Wochen schmerzhaft Adenitis rechts, woselbst ein apfelgrosser Abscess mit derb infiltrirter Nachbarschaft.

2./X. Aspiration von 8 Cm³ Eiter; Injection von 2 Cm³ NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die infiltrirte Umgebung.

4./X. Abscess kleiner, Drüseninfiltration der Peripherie geringer. Aspiration von 4 Cm³ Eiter, Injection von 2 Cm³ wie am 2./X.

6./X. Abscess sehr stark gespannt. Aspiration von 10 Cm³ stark hämorrhagischen Eiters, Injection von 6 Cm³.

8./X. Aus der Einstichsöffnung vom 6./X. entleert sich constant hämorrhagischer Eiter. Injection von 2 Cm³ in den Abscess.

9./X. Injection von 6 Cm³.

14./X. Abscess ganz entleert, die abgehobene Abscesswand überall angelegt, die Haut blasst langsam ab.

16./X. Geringe dünnflüssige Secretion aus der Einstichsöffnung vom 6./X.

19./X. Haut überall erholt, Secretion minimal.

23./X. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 21 Tage.

Fall 10. S. I., 20j. Kutscher. Aufgenommen 13./X. 1897.

Vor ca. 4 Wochen Geschwüre an der Glans, die von selbst heilten. Seit 10 Tagen sehr schmerzhaftes Adenitis rechts, welche gestern perforirte.

In inguine rechts walnussgrosses Drüsenpacket mit centralem perforirtem Abscess. Aus der Durchbruchsöffnung entleeren sich dicke bröcklige Massen.

13./X. Injection von je 2 Cm³ an jedem Pole der Drüsengeschwulst.

15./X. Abscess ganz entleert; Infiltration der Drüsen bedeutend zurückgegangen. Injection von je 1 Cm³ wie am 13./X.

19./X. Drüsenschwellung geschwunden. Haut über den Drüsen bräunlich verfärbt, centrale Perforationsöffnung entleert minimales dünnflüssiges Secret. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 6 Tage.

Fall 11. H. F., 25j. Tagelöhner. Aufgenommen 10./IX. 1897.

Seit 5 Wochen Geschwür am Frenulum. Seit 6 Tagen Adenitis. In inguine links hühnereigrosser, von gerötheter Haut bedeckter schmerzhafter Tumor.

13./IX. Injection von 1 Cm³ in den Tumor.

18./IX. Drüsenschwellung abgeflacht, geringe Fluctuation. Injection von 1 Cm³.

21./IX. Fluctuation geschwunden. Injection von 1 Cm³.

23./IX. Drüsenschwellung gering; in dieselbe wird 1 Cm³ injicirt.

25./IX. Geheilt entlassen.

Heilungsdauer: 15 Tage.

Fall 12. S. P., 20j. Arbeiter. Aufgenommen 2./X. 1897.

Vor 7 Wochen Geschwür im Sulcus, das nach einigen Tagen unter ärztlicher Behandlung heilte. Seit 3 Wochen Drüsenschwellung in inguine links, seit 1 Woche ist die hühnereigrosse Geschwulst erweicht, die Haut darüber geröthet. Das fluctuirende Centrum wird umgeben von derben, geschwellenen, mit einander verbackenen Drüsenmassen.

2./X. 1 Cm³ NaCl-Lösung in den Abscess nach vorausgeschickter Aspiration, 1 Cm³ an verschiedenen Stellen des Tumors.

4./X. Injection wie am 2./X. Bei der Aspiration entleeren sich hämorrhagisch-nekrotische Massen.

5./X. Fluctuation im Centrum hat zugenommen.

6./X. Aspiration entleert nur wenig Flüssigkeit. Injection wie am 2./X.

9./X. Abscess wesentlich flacher; Drüseninfiltration vollständig geschwunden. Injection von je $\frac{1}{2}$ Cm³ in den Abscess und in die Drüsen.

13./X. Entlassen.

Heilungsdauer: 11 Tage.

Fall 13. K. U., 23j. Musiker. Aufgenommen 11./X. 1897.

Seit 9 Tagen Geschwür, das rapid an Grösse zunahm und sich bei der Aufnahme als phagedänisches Ulcus präsentirte.

Am 20./X. Entwicklung einer schmerzhaften Drüsenschwellung links in inguine. Am selben Tage Pacquelinisirung des Geschwüres, das trotz ausgiebiger Touchirung mit dem Kupferstift unter dem Schorf weiter gekrochen war.

21./X. Drüsenschwellung stark zugenommen; in der Tiefe Zerfall beginnend. Injection von 1 Cm³ NaCl-Lösung in die Drüsen an verschiedenen Stellen. Fünf Stunden nach der Injection Fiebersteigerung 38.2°.

24./X. Drüsenschwellung hat abgenommen; Röthung der deckenden Haut und Schmerzhaftigkeit geringer. Injection von 2 Cm³ theils in der entwickelten Abscess, theils in die infiltrirten Drüsen.

26./X. Drüsengeschwulst bedeutend verkleinert. Aus der Einstichsstelle in den Abscess vom 24./X. entleert sich braunrothe Flüssigkeit. Geschwürsfläche nach Abstossung des Brandschorfes rein granulirend.

27./X. Injection von 1 Cm³ in die Drüsen.

28./X. Aus einer 2. Einstichsöffnung entleert sich jetzt ebenfalls Secret. Beide Einstichsöffnungen chancrös.

1./XI. Secretion aus den Einstichsöffnungen minimal, wässerig, ebenso die Drüsenschwellung.

3./XI. Bubo geheilt. Die chancrösen Perforationsöffnungen heilen, ebenso wie das phagedänische Ulcus bis 13./XI.

Heilungsdauer des Bubo 13 Tage.

Fall 14. M. M., 28j. Tischler. Aufgenommen 12./X. 1897.

Seit 1 Woche Schwellung der rechtsseitigen Inguinaldrüsen. Eine Genitalaffection ging derselben nicht voraus und besteht auch gegenwärtig nicht. Patient, der schon mehrmals mit Lues und Ulcera, zuletzt im August d. J. mit Urethritis acuta in klinischer Behandlung stand, führt die Adenitis (pfirsichgrosser, wenig fluctuirender, schmerzhafter Tumor) auf den Druck von Seiten seines Bruchbandes zurück.

Heilung in 14 Tagen nach 4 Injectionen, verbunden mit Aspiration der allmählig zerfallenden Drüsenmassen.

Fall 15. K. K., 22j. Tapezierer. Aufgenommen 30./X. 1897.

Seit 14 Tagen Ulcera und sehr schmerzhaftes Drüsenschwellung links in inguine. Dasselbst ein ganz eigrosser Tumor, mit in der Mitte desselben gelegenen, sich stark vorwölbendem Abscess, der von gerötheter Haut bedeckt ist.

Patient wird versuchsweise mit einfachen Aspirationen des Abscessinhaltes ohne Injectionen behandelt.

30./X. Aspiration von 6 Cm³.

1./XI. Abscess abgeflacht, Drüsentumor etwas kleiner. Aspiration von 3 Cm³.

3./XI. Aspiration von 1 Cm³. Drüsenschwellung deutlich kleiner. Abscess vollständig entleert. Patient wird entlassen.

Nach 2 Tagen stellt sich Patient in der Ambulanz wieder vor. Der Abscess hat sich wieder gefüllt. Drüsenschwellung im Gleichen. Es werden 2 Cm³ aus dem Abscess aspirirt, $\frac{1}{2}$ Cm³ NaCl-Lösung in denselben, und 2 Cm³ an verschiedenen Stellen der Drüsengeschwulst injicirt. Nach 2 Tagen stellt sich Patient wieder vor. Bubo geheilt.

Heilungsdauer: 11 Tage.

Fall 16. C. J., 20j. Kutscher. Aufgenommen 22./X. 1897.

Seit 14 Tagen Drüsenschwellung beiderseits in inguine, die ungemein schmerzhaft ist. Von einer vorausgegangenen Genitalaffection weiss Pat. nichts.

Am Innenblatte des Praeputium ein über linsengrosses Geschwür. Links in inguine ein taubeneigrosser, derber Tumor, rechts ein ebensolcher hühnereigrosser.

Patient wird durch eine Woche expectativ behandelt (Sol. Busow Umschläge). Da die Drüsenschwellung eher zu- als abnimmt, und die Schmerzen in den Drüsen sich steigern, erhält er je 2 Cm³ NaCl-Lösung in jeden Pol der rechten, und 2 Cm³ an verschiedenen Stellen der linken Drüsengeschwulst injicirt.

1./XI. Beginn des Zerfalls in dem Tumor rechts, unter Abflachung und Abnahme der Schmerzen; die Drüsen links stark verkleinert.

3./XI. Rechts Aspiration von 4 Cm³ Eiter aus dem entstandenen Drüsenabscess, darauf Injection von 2 Cm³ NaCl-Lösung in denselben und 1 Cm³ in die infiltrirten Drüsen; ebenso 1 Cm³ in die linksseitigen Drüsen.

5./XI. Aspiration von 7 Cm³ blutig-eitriger, dünner Flüssigkeit rechts; darauf Injection von 1 Cm³ NaCl-Lösung in die Abscesshöhlen, je $\frac{1}{2}$ Cm³ in den inneren Pol der Drüsengeschwulst oben und unten.

7./XI. Aspiration von 3 Cm² rothweinartiger, dünner Flüssigkeit und Injection von 1 Cm³ in die Abscesshöhle, je 1 Cm³ unter- und oberhalb des Abscesses in die Drüsen. Die Drüsengeschwulst links in der Mitte zu einem kleinen Abscess zerfallen, aus dem $\frac{1}{2}$ Cm³ gelben, dicken Eiters aspirirt wird, und darauf 2 Cm³ NaCl-Lösung theils in den Abscess, theils in die Drüsen injicirt werden.

11./XI. Aus den Einstichsöffnungen in den rechtsseitigen Abscess vom 7./XI. entleert sich constant dünnflüssiges, blutig-seröses Secret. Die Drüsenpackete daselbst zwar verkleinert, aber noch immer ziemlich gross. In diese Drüsen werden je 2 Cm³ ober- und unterhalb des Abscesses injicirt; links Aspiration von 4 Cm³ Eiter, mit nachfolgender Injection von 2 Cm³ theils in den Abscess, theils in dessen Nachbarschaft.

15./XI. Links Aspiration von 3 Cm³ blutig-seröser Flüssigkeit, Injection von je 1 Cm³ NaCl-Lösung in den Abscess und in die nur sehr wenig infiltrirten Drüsen.

Bis zum 20./XI. linksseitiger Bubo unter fortgesetzter Aspiration und nachfolgender Injection geheilt.

Heilungsdauer: 23 Tage.

Vom 25./XI. bis 29./XI. hohe abendliche Fiebersteigerungen; Angina follicularis.

Am 29./XI. werden in die neuerdings stark vergrösserten Drüsen rechts (die Perforationsöffnung secernirt noch immer dünnflüssiges Secret) 4 Cm³ an verschiedenen Punkten injicirt.

1./XII. Perforationsöffnung geschlossen; Aspiration von 2 Cm³ einer trüben serösen Flüssigkeit; Injection von je 2 Cm³ oben und unten in den Tumor. Compressivverband.

9. XII. Bubo rechts geheilt.

Heilungsdauer: 42 Tage.

Fall 17. P. M., 22j. Arbeiterin, am 22./X. mit condylomatöser Lues und sehr schmerzhafter, taubeneigrosser Adenitis aufgenommen.

Nach der 1. Injection ist die Drüsenschwellung schmerzlos, nach der 2., der Aspiration des Eiters vorausgeschickt werden musste, bedeutende Verkleinerung.

Heilung in 13 Tagen.

Fall 18. H. F., 31j. Heizer. (Ambulatorisch behandelt.)

Am 6./X. stellte sich Patient mit einem belegten Ulcus am Vorhautinnenblatt und geringer Schwellung links in inguine vor. Am 16./X. sucht Patient unsere Ambulanz neuerdings auf. Das Geschwür fast geheilt; die Adenitis hühnereigross, im Centrum zerfallen, sehr schmerzhaft. Aus dem Abscess werden 2 Cm³ Eiter entleert und je 1 Cm³ NaCl-Lösung in den Abscess, sowie ober- und unterhalb desselben in die vergrösserten Drüsenpackete injicirt.

18./X. Abscess abgeflacht, Infiltration der Drüsen geringer; Schmerzen ganz geschwunden. Aspiration von 2 Cm³, Injection von 1 Cm³ in den Abscess, je 1/2 Cm³ in die Drüsen oben und unten.

20./X. Drüsentumor weiter zurückgegangen. Abscess wieder gefüllt. Aspiration von 7 Cm³; Injection von je 1 Cm³ in den Abscess und in die Drüsen. Compressivverband.

24./X. Patient ist seinem Berufe anstandslos nachgegangen. Die letzte Einstichsöffnung in der Abscessdecke chancreös zerfallen, entleert dünnflüssiges Secret. Drüsenschwellung im Gleichen. Injection von je 2 Cm³ oben und unten in das Packet. Compressivverband.

28./X. Kein Secret aus der stark verkleinerten Perforationsöffnung. Drüsenschwellung gering. Injection von 1 Cm³ in die Drüsen. Jodoformverband.

4./XI. Bubo geheilt.

Heilungsdauer: 19 Tage.

Es wurden also im Ganzen 18 Fälle mit 20 Bubonen ausschliesslich der Injectionsbehandlung unterzogen, und erwies sich eine operative Behandlung als unnöthig. Die mittlere Heilungsdauer betrug 15·4 Tage. (Schischa beobachtete bei seiner Versuchsreihe mit Hydrarg. benzoicum als durchschnittliche Heilungsdauer 21·5 Tage; wenn man von dem Falle abieht, der die Operation nothwendig machte und der 82 Tage zur Heilung brauchte, so stellt sich die mittlere Heilungsdauer auf 19·1 Tage; Bukovsky konnte bei der Behandlungsmethode nach Lang in durchschnittlich 14·7 Tagen die Bubonen zur Heilung bringen, eine Zeitdauer, die auch ungefähr der von Nobl bei demselben Verfahren beobachteten entspricht.)

Strumöse Bubonen (2 Fälle).

Fall 19. H. O., 20j. Fabriksarbeiter. Aufgenommen 13./IX. 1897.

Im August d. J. lag Patient mit multiplen Ulcera auf unserer Klinik. Seit seinem Austritt hat sich die linksseitige schmerzhaftes Adenitis allmählig entwickelt. Links in inguine ein mannsfaustgrosser, mässig schmerzhafter, prallelastischer Drüsentumor.

Nach der 1. Injection der 0·6% NaCl-Lösung hören die Schmerzen im Tumor vollständig auf.

22./IX. Tumor verkleinert; in der Tiefe undeutliche Fluctuation; Injection von 2 Cm³ an verschiedenen Stellen der Geschwulst.

23./IX. Haut über der Geschwulst leicht geröthet; an den seitlichen Polen des Tumors Injection von je 1 Cm³. Nach Ueberwindung des Hautwiderstandes und des der oberflächlichen, derb infiltrirten Drüsenpartien gelangt die Nadel unter plötzlichem Aufhören dieses Widerstandes in eine ziemlich grosse Höhle, es ist augenscheinlich Zerfall im Centrum eingetreten.

25./IX. Tumor wieder etwas abgeflacht. Aspiration aus der Tiefe misslingt. Injection von 4 Cm³ an verschiedenen Stellen.

27./IX. An den drei letzten Einstichsstellen ist auch oberflächlicher Drüsenzerfall eingetreten. Aspiration misslingt. Injection von 5 Cm³ an verschiedenen, zwischen den entstandenen kleinen Abscessen gelegenen Stellen des Tumors.

Unter fortgesetzten Injectionen breitet sich der Zerfall mehr und mehr aus, es entstehen mehrere durch derbes Drüsengewebe von einander getrennte Abscesse. Dabei nimmt die Drüsenschwellung bis zu Hühnereigrösse ab und ist vollständig schmerzlos. Patient lässt sich nun nicht mehr im Spital zurückhalten und wird am 17./X. entlassen.

Er stellte sich noch später mehreremale in der Ambulanz vor. Er geht seiner Arbeit ohne jede Störung nach. Der Abscessinhalt hat sich

grösstentheils resorbirt, der derbe Tumor ist ungefähr hühnereigross und macht ihm gar keine Beschwerden.

Der 2. Fall von strumösem Bubo (einen 19jährigen Mediciner betreffend) verlief in ganz analoger Weise. Auch hier musste der Patient, durch äussere Umstände genöthigt, die Klinik vor seiner definitiven Heilung verlassen.

Der Erfolg der Injectionsbehandlung bei den sogenannten strumösen Bubonen ist, wie alle Autoren, jüngst erst wieder Schischä, angeben, ein sehr fraglicher.

Auch die Injectionsbehandlung mit physiologischer Kochsalzlösung hat in meinen 2 Fällen, ohne aber zu Ende geführt werden zu können, keine vollständige Heilung erzielt. Sie hat aber doch eine bedeutende Verkleinerung der Tumoren bewirkt. Von besonderem Interesse erscheint mir der Zerfall der Tumormassen, welche an der Stelle der Injectionen eingetreten war. Ich halte diesen Umstand mit für einen Beweis der eingangs dieser Arbeit vertretenen Anschauung, dass durch das grobmechanische Moment des Einstichs und der Auseinanderdrängung des Drüsengewebes durch grössere injicirte Flüssigkeitsmengen der Zerfall des Gewebes angeregt wird.

Fälle, bei welchen trotz Injectionsbehandlung die Operation sich als nothwendig erwies (5 Fälle).

Fall 21. S. W., 24j. Verwalter, aufgen. den 24./X. 1897.

Seit 5 Wochen Schmerzen beim Uriniren, Ausfluss aus der Harnröhre, seit 8 Wochen Drüsenschwellung rechts. Ein Geschwür ist angeblich der Drüsenschwellung nicht vorausgegangen, und lässt sich auch bei der Untersuchung nicht nachweisen. Die Drüsenschwellung in inguina ist ganseigross, derb, schmerzhaft.

Bis zum 7./XI. hat sich die Drüsenschwellung nach 3 Injectionen physiolog. Kochsalzlösung bedeutend abgeflacht, und ist im Centrum Zerfall eingetreten. Die Einstichöffnungen der letzten Injectionen sind chancrös geworden, und entleeren dünnflüssiges Secret. Da der Zerfall dieser chancrösen Oeffnungen rasch fortschreitet, wird am 12./XI. in Narkose die Ausräumung der Drüsen vorgenommen, nachdem die durchlöchernte Haut in weitem Umkreise umschnitten worden war.

Fall 22. K. E., 30jähriger Kellner, aufgen. den 25./X. 1897.

Seit 4 Wochen Anschwellung der linken Leistendrüsen. Ein Geschwür ist derselben nicht vorausgegangen. Das Drüsenpacket ist ca. hühnereigross und sitzt demselben ein über haselnussgrosser, von stark verdünnter Haut bedeckter Abscess auf.

26./X. Punction des Abscesses an seiner Basis mit dem Spitzbistouri, Injection von je 1 Cm³ NaCl-lösung in die Pole der Geschwulst.

28./X. Drüsentumor abgeflacht, Injection von 2 Cm³ in die tieferen Partien.

30./X. Punctionsöffnung verlegt durch eine stark vergrösserte tiefe, median gelegene Drüse. Aus dem Abscess, der sich wieder gefüllt hat, werden 7 Cm³ einer trüben, rothweinartigen Flüssigkeit durch Aspiration entleert, und 1 Cm³ in das Packet injicirt. Bis zum 16./XI. hat sich das grosse Drüsenpacket der Peripherie unter fortgesetzten Injectionen bis auf die eine oben erwähnte Drüse ganz zurückgebildet, der Abscess füllt sich aber immer von Neuem. Daher am 17./XI. Operation, Spaltung des Abscesses und Entfernung der einen stark vergrösserten Drüse.

Fall 23. T. J., 31jähriger Arbeiter, augen. den 26./X. 1897.

Seit 3 Wochen Geschwür mit gleichzeitigem Beginn der schmerzhaften Adenitis. Das Drüsenpacket l. hühnereigross, im oberen Theil deutlich fluctuirend, von stark verdünnter Haut bedeckt. Nach 2 Injectionen in das Drüsenpacket unter gleichzeitiger Aspiration aus dem Abscess ist die Drüsenschwellung fast ganz geschwunden. Die Haut über dem Abscess ist aber derartig hochgradig verändert, dass sie allmählig zerfällt. Pat. verweigert die Abtragung der unregelmässigen Abscessränder und wird daher entlassen.

Fall 24. T. J., 25jähriger Eisendreher, augen. den 30./X. 1897.

Seit einer Woche Genitalaffection, seit 5 Tagen schmerzhaftes Adenitis. Die rechten Leistendrüsen verbacken zu einem schmerzhaften, über ganzseigrossen Tumor, die Haut darüber geröthet, darunter undeutliche Fluctuation.

31./X. Bubo ungemein schmerzhaft, so dass Pat. schlaflos ist. Inj. von 3 Cm³ an verschiedenen Stellen des Tumors.

1./XI. Schmerzen vollständig geschwunden. Drüsentumor abgeflacht.

3./XI. Injection von 2 Cm³.

7./XI. Drüsengeschwulst im Centrum zerfallen, aus der Einstichsöffnung vom 3. d. M. entleert sich dünner Eiter. Injection von 2 Cm³ an verschiedenen Stellen des Tumors.

12./XI. Tumor weiter abgeflacht. Einstichsöffnung vom 3. d. M. chancrös, Injection von 2 Cm³ in den härtesten Theil der Geschwulst.

13./XI. Operation in Narcose, Umschneidung der chancrösen Einstichsöffnung, Ausräumung der Drüsen.

Fall 25. P. N., 24jähr. Schlosser, augen. den 13./XI. 1897.

Seit 4 Wochen Geschwüre, seit 10 Tagen Adenitis. Die Drüsen im inguine rechts zu einem pfirsichgrossen Abscess zerfallen, geringes Drüsenpacket am Grunde desselben. Unter Injectionen (2) die Drüsenschwellung geschwunden; die stark rareficirte Abscessdecke beginnt zu zerfallen. Daher am 22./XI. Spaltung des Abscesses, Auslöfflung seiner Wand.

In diesen 5 Fällen liess sich die Operation nicht umgehen. In 2 Fällen nöthigte der rapide Zerfall der verdünnten Abscessdecke zur Operation, in 2 Fällen wurden die Einstichsöffnungen der Injectionen progredient chancrös, und musste

deswegen, trotzdem begründete Hoffnung vorhanden war, die Drüsen vollständig zur Rückbildung zu bringen, die Operation angeschlossen werden. (Es wurden auch in beiden Fällen die Operationswunden chancrös.) Im 5. Falle endlich nöthigte eine, der Injectionstherapie nicht weichende Drüse zur Entfernung derselben, was mit Spaltung des sich stets wieder füllenden Abscesses verbunden wurde.

Als Ergebniss der vorgeschilderten Versuche resultirt daher kurz Folgendes: Im Ganzen wurden der Injectionsbehandlung mit physiologischer Kochsalzlösung unterworfen 25 Fälle mit 27 Bubonen. Davon heilten 20 = 74% innerhalb durchschnittlich 15·4 Tagen. (W elander erzielte mit seinem Verfahren 78% Heilung.) Bei 2 Fällen wurde die Behandlung aus äusseren Gründen nicht zu Ende geführt.

5 Fälle = 14·8% (gegen ca. 42%, die nach Spietschka bei der Injectionsbehandlung nach W elander operirt werden mussten) kamen zur Operation, und hätte sich in 2 dieser Fälle die Operation sicher vermeiden lassen, wenn sie früher Spitalhilfe gesucht hätten.

Es lässt sich daher die Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung den gebräuchlichsten Abortivbehandlungsmethoden nach Lang und W elander an die Seite stellen.

Ich möchte aber hier nochmals darauf hinweisen, dass durch eine jede Injection in die Drüsen ein mehr weniger starker Reiz gesetzt wird, der die bestehende Entzündung vorübergehend steigert. Ich suchte nun in einer weiteren Versuchsreihe diesen Reiz dadurch zu umgehen, dass ich von intraglandulären Injectionen absah und periglanduläre Injectionen mit physiologischer oder höher concentrirten (bis 10%) Kochsalzlösungen vornahm. Ueber die Erfolge dieser Versuche, bei welchen auch hie und da intra- und periglandulären Injectionen combinirt wurden, will ich nach Abschluss derselben berichten.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor F. J. Pick, für die mir bei dieser Arbeit gewährte Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Wertheim, Ueber subcutane Behandlung von geschlossenen Abscessen, speciell von Bubonen, Wiener medicin. Wochenschrift 1868, Nr. 85—87.
2. Kohn E., Ueber Behandlung der Bubonen durch Punction, Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. III, 1871, p. 225.
3. Szadek, Ueber chirurgische Behandlung der suppurirenden venerischen Bubonen. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 20, 1888.
4. Audry et Durand, Sur le bubon et son traitement, Gazette hebdom. de Médec. et Chirurgie 1896.
5. Spietschka Th., Ueber die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welander'schen Methode. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892/II. p. 63.
6. Welander E., Versuche einer Abortivbehandlung der Bubonen. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 23, 1891. p. 43.
- Welander E., Ueber Abortivbehandlung von Bubonen mittelst Einspritzungen von benzoesaurem Quecksilberoxyd, Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 23, 1891. p. 379
7. Bayer C., Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen, Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 49, p. 647.
8. Koch Fr., Ueber das „ulcus vulvae“ (chronic., elephantiasticum etc.) Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 34, 1896, p. 205.
9. Cordier, Traitement de bubons, L'union médical. 1892.
10. Nobl, Ueber eine Behandlungsmethode venerischer Lymphadenitis, Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten 1893, Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1894, Bd. 27, p. 88, dieselbe Zeitschrift 1895, Bd. 32, p. 289.
11. Bukovsky J., Die Therapie der Bubonen nach Lang's Methode. Wiener medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 1, 2.
12. Letnik L., Zur Frage der Abortivbehandlung der Bubonen, Wratsch 1892, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 32, 1895, p. 293.
13. Thaler, Die Behandlung der Bubonen mit benzoesaurem Quecksilber nach Welander, Annalen d. städt. allgem. Krankenhauses zu München 1893, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1895, Bd. 32, p. 289.
14. Perry, The etiology and treatment of venereal Buboec, The American. Journal 1896, ref. Arch. f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 39, 1897, p. 444.
15. Schischa M., Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyr. benzoic. Wiener medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 2 und 3.
16. Krefting, Virulente Bubonen und der Ulcus molle-Bacillus. Arch. f. Dermatologie und Syphilis 1897, Bd. 39, p. 51.

17. Thorn, Behandlung der Leistenbubonen mit Injection von Hydrargyr. benzoic. oxydat. Deutsche medicin. Wochenschrift 1897, Nr. 32, ref. Dermatolog. Zeitschrift Bd. IV, p. 659.

18. Brousse und Bothezat, Ueber den Werth der Welander-schen Abortivbehandlung der Bubonen, Annales de Dermatologie 1893.

Brousse, Behandlung der Bubonen nach Welander, Montpellier médical 1893, Nr. 7, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 27, 1894, p. 141.

19. Rullier, Traitement des bubons par les injections de vaseline jodoformée. Archiv de médecine et de pharm. milit. 1895, Nr. 3, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 38, 1897, p. 297.

20. Trnka, Die Behandlung eitriger Bubonen der Leiste durch subcutane antiseptische Durchspülung. Wieder medicin. Wochenschrift 1893, Nr. 9, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 27, 1894, p. 141.

21. Dubujadoux, Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphoré jodoformé. Archive de médecine et de pharm. militaire 1896, Nr. 8, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 39, 1897, p. 441.

22. Rondelli, A proposito di alcuni tentativi di cura dei buboni non supparati con iniezioni intraglandolari di olio trementina. Il Morgagni, 1895, ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis Bd. 32 1895, p. 293.

23. Giovannini, citirt bei Rondelli.

24. Neisser, Bemerkungen zur Behandlung d. Ulcus molle. Berliner klin. Wochenschrift 1895, Nr. 36.

25. Feibes, Zur Behandlung des Ulcus molle. Dermatologische Zeitschrift Bd. II.

26. Pick F. J., Prophylaxe und Therapie der venerischen Helkose, Pentzold und Stintzing's Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Bd. VI.

27. Finger E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, Wien 1892, p. 229.

28. Spietschka, Beiträge zur Aetiologie des Schankerbubo. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 28, 1894.

29. Rille, J. H., Zur Aetiologie der Bubonen, Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 569, 570.

30. Raff, Discussion zum Vortrage Buschke's und Rille's, Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 572.

31. Buschke, Ueber die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen. Bericht des V. Dermatologencongresses 1895, p. 538.

32. Deutsch, Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen. Sitzung v. 9./III. 1896. ref. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 38, 1897, p. 103.