U e b e r

Behandlung der Bubonen durch Punction.

Von

Dr. Emanuel Kohn,

Privatdocenten der Syphilidologie an der Wiener Universität.

Die Besprechung der in der Ueberschrift erwähnten Abscesse gehört eigentlich in ein Handbuch der Chirurgie. Allein die eigenthümlichen Verhältnisse, unter welchen sie auftreten, veranlassen den sich mit Syphilis beschäftigenden Arzt zu einem genaueren Studium derselben, und dieser Umstand gestattet Veröffentlichungen, wie die folgende, auch in einem Fachblatte für Syphilis.

Die Behandlung der Bubonen vermittelt der Punction ist zweifelsohne sehr alt und sehr oft geübt und wieder aufgegeben worden, weil keiner der Chirurgen von Fach sie als eine regelrechte Behandlung gelten lassen will. Aus diesem Grunde finden sich keine weit zurückreichenden Aufzeichnungen über den zu erörternden Gegenstand und es sei hier nur Marechal de Calvi's als eines der Vergangenheit angehörenden Arztes erwähnt, der dieses Verfahren geübt und über dasselbe schriftliche Bemerkungen hinterlassen hat. Schon er hat die Eröffnung der Eiterhöhle in inguine bloß durch einen Einstich vollzogen. Diesen macht man entweder mit dem Messer (Bistouri) oder dem Troicart (Explorativtroicart) oder mit dem Stachel der Pravaz'schen Spritze. Am unzuweckmässigsten ist die Methode, bei der Punction das Messer zu gebrauchen, und zwar aus folgendem Grunde: Man beabsichtigt ja eine Entleerung des Eiters aus der Abscesshöhle unter möglichster Schonung ihrer Decke bei gleichzeitiger Verhinderung des Zutrittes von Luft zum Eiterherd.*) Allein schon

*) Theilweise setzt sich das Lister'sche Verfahren dasselbe Ziel. Man sucht dabei auch den Zutritt der Luft zum Eiterherde hintanzuhalten, aber man schont die Abscessdecke nicht und das Letztere, nicht das Erstere ist die Hauptsache.

bei dem einfachen Einstechen mit dem Messer wird nicht die möglichst kleinste Oeffnung gemacht, daher den erwähnten Absichten nicht entsprochen. Dies ist noch weniger der Fall, wenn man, wie angerathen wird, nach dem Einstiche das Bistouri um 90° dreht, bevor man es aus der Haut herauszieht. Dadurch wird der Stichcanal erweitert, er wird ferner polygonal anstatt spaltförmig. Allerdings wird nun dem Eiter weit eher Abfluss gestattet, aber andererseits wird durch die Zerrung eines Theiles der Stichcanal-Wandung der Zerfall der Stichöffnung begünstigt und hiedurch mittelbar sowie durch ihr Klaffen nach dem Eiterausflusse unmittelbar das Eindringen der Luft in die Abscesshöhle ermöglicht. Es ist somit die beste Methode die Eröffnung mit dem Explorativtroicart, der beölt *senkrecht* auf die Haut aufgesetzt wird. Auf diese Weise wird dem Eiter auf dem kürzesten Wege Abfluss verschafft. Bei scharfem Einstiche in die Haut wird der Stichcanal ein längerer. Nun wird zwar dadurch das Eindringen der Luft erschwert, aber dieser Vortheil wird wieder durch erschwerte unvollständige Entleerung des Eiters wett gemacht; ja bisweilen erfolgt sie gar nicht und man ist in die Nothwendigkeit versetzt, den Einstich zu wiederholen. Nur unter einer Bedingung kann man ihn schief anlegen: wenn man einen dickeren Troicart zu wählen bemüssigt ist. Dies ist der Fall, wenn die Decke der Abscesshöhle bereits so dünn oder so weit alterirt ist, dass man Verdacht schöpft, eine angebrachte Einstichsöffnung werde zerfallen. Dann sucht man natürlich die Apertur seitwärts anzubringen. Nebenbei bemerkt ist dies eine Complication, die eine zweifelhafte Prognose stellen lässt. Denn 1. ist das Abfliessen des Eiters nicht vollständig, 2. hat man die grösste Wahrscheinlichkeit, dass sich neuerdings Flüssigkeit ansammelt, der wieder ein Weg nach aussen gebahnt werden muss, und 3. hat man erst noch die Aussicht, dass bei längerer Dauer des entzündlichen Vorganges und bei längerer Corrosion die Abscessdecke spontan zerfällt oder wegen vorgeschrittener Nekrose entfernt werden muss. Ferner sei erwähnt, dass diese Fälle die einzigen sind, in denen das Auspumpen des Eiters zulässig wäre.

Hat man die Punction mit dem Explorativtroicart vollzogen, dann kann man die Canüle desselben im Stichcanal zurücklassen

oder auch nicht. Beides hat Vor- und Nachtheile. Thut man das erstere, so besteht der Vorthail darin, dass man die Sicherheit des Ausströmens des Höhleninhaltes hat, dafür aber kann die Luft leichter eindringen, besonders am Ende des Ausfliessens; schwerer schon findet *während* des Ausfliessens ein Aufschlüpfen von Luft statt, doch ist es immerhin möglich. Vermindert wird diese Möglichkeit, wenn man eine kürzere Canüle nimmt, als die gewöhnlich im Gebrauche stehenden; so wird von einer Seite behauptet, während anderseits das gerade Gegentheil verfochten wird. So viel ist sicher, dass man mit einer kürzeren Canüle, die einen kürzern Stachel als die üblichen birgt, viel schwerer manipulirt und viel mehr Mühe und Unsicherheit bei der Einbohrung in die Abscessdecke hat.

Lässt man hingegen die Canüle nicht liegen und benützt sie blos, um mit ihrer Hilfe beim Einstechen eine grössere Oeffnung zu erlangen, als man ohne sie erzielen würde, so kann, weil sich Gewebsfetzen vor das innere Ende des Stichcanals legen, oder wegen Dickflüssigkeit des Eiters sein Ausströmen verhindert werden. Dies wird um so weniger der Fall sein, je dicker der gewählte Troicart ist. Man hat also hierin ein Mittel, jenem Uebelstande zu begegnen.

Es ist bekannt, dass von vielen Seiten vorgeschlagen wurde, den Eiter mittelst Spritzen auszupumpen. Gegen dieses Verfahren lassen sich folgende Bedenken erheben: Ueber das Verhalten der Gefässe, die in den Abscesswänden eingebettet sind, ist nichts bekannt. Die Kenntniss hievon würde uns auch nicht viel nützen, weil durch die Mannigfaltigkeit der Individualität in jedem einzelnen Falle sich dies Verhalten anders gestalten wird. Aber so viel lässt sich vermuthen, dass sie mit der Eitersecretion in irgend einem causalen Nexus stehen. Wenn das ist, dann müssen wir Alles vermeiden, was in ihnen eine Ueberfüllung mit Blut hervorruft. Allein durch jenes Auspumpen müssen solche Hyperämien, besonders bei den letzten Pumpenzügen, die zur Entfernung der letzten Mengen von Secret nothwendig sind, herbeigeführt werden. Das Blut wird gewissermassen in die Abscesshöhle hineingesaugt und zwar um so mehr, je starrer, je weniger nachgiebig ihre Wandungen sind. Zur Beurtheilung dieses letzteren Umstandes gebricht

uns jeder Maassstab. Denn die Dünnhheit der unmittelbar unter der allgemeinen Decke liegenden Abscesswandung lässt keinen Schluss auf die Beschaffenheit der Seitenwände zu. Diese müssen, wenn das Auspumpen vollständig irrelevant in der erwähnten Beziehung sein sollte, sich in dem Grade und in der Geschwindigkeit aneinander legen, in denen die Eitermenge in der Abscesshöhle abnimmt.

Niemand wird zugeben, dass die Begrenzungen der Eiterhöhle die absolute Nachgiebigkeit besitzen.

Ueberlässt man aber das Ausfliessen den Wirkungen der Schwere oder des aufgehobenen Seitendruckes (die nach den hydrostatischen und ähnlichen Gesetzen erfolgen) und unterstützt dieselben höchstens noch durch einen sanften Druck der eigenen Hand oder der des Patienten, so haben die Wände Zeit, sich zum Theile wenigstens aneinanderzulegen, einigermaßen sich einander zu nähern, und Vorgänge, wie die geschilderten, werden im Innern des Abscesses nicht Platz greifen. Zudem wird das Verfahren durch das Auspumpen in einer in den meisten Fällen unnöthigen Weise complicirt, denn der nicht zu dickflüssige Eiter ergiesst sich ohnehin mit Leichtigkeit aus der Stichöffnung; ist er aber zu dickflüssig, so kann dieser Aggregationszustand auch ein Hinderniss für das Auspumpen sein.

Anderseits handelt es sich noch darum, die Vortheile, die man von letzterem gerühmt hat, zu beleuchten:

1. Hat man behauptet, dass das gewaltsame Drücken und Kneten des Abscesses, um den Eiter ausfliessen zu machen, wegfällt. Nun ein starker Druck ist nicht nöthig und ein sanfter schadet nicht.

2. Wurde darauf Gewicht gelegt, dass mittelst der Spritze der letzte Rest des Eiters aus der Abscesshöhle entfernt werden soll. Nun ist noch sehr fraglich, ob das gelingt und wenn, ob der Nutzen so gross ist, wie der Schaden, gleichzeitig hervorgerufen durch Blutüberfüllung der in den Begrenzungen des Abscesses situirten Gefässe, die bis zur Berstung derselben und bis zum Blutergüsse in das Abscessinnere sich steigern kann. Und von dem letzteren abgesehen, ist es denn wirklich von so exorbitantem Nutzen, wenn der ganze Eiter entfernt wird? Ist es gerechtfertigt, auch nur im Mindesten den Erfolg in Frage

zu stellen, um dieses in seinem Effecte unsichere, in seinem Nutzen problematische Verfahren anzuwenden? Schmerzlos ist es gleichfalls nicht, nicht einmal weniger schmerzhaft, als der von der Hand des Patienten z. B. schonend im Bade unter Wasser ausgeübte Druck.

Ebenso wie gegen das Auspumpen machen sich auch gegen *das Einspritzen von Flüssigkeiten in die Abscesshöhle* Bedenken geltend. Man hat darnach gestrebt, den Eiter aus der Abscesshöhle zu entfernen; dies Ziel ist mit möglichster Schonung erreicht und nun spritzt man neuerdings keineswegs indifferente Flüssigkeiten in den Hohlraum ein und setzt ihrem Drucke neuerdings die Abscessdecke aus, was nicht wenig zu berücksichtigen ist. Und was ist denn der Nutzen einer solchen Einspritzung? Soll sie die Eiterung vermindern? Dies könnte die verwendete Flüssigkeit vielleicht auf einer freien eiternden Fläche leisten; in einer, man kann sagen, allseits geschlossenen Eiterhöhle ist dies kaum möglich. Ja es ist nicht wahrscheinlich, dass die Coagulation des bereits gelieferten Eiters unter den in der Abscesshöhle bestehenden Verhältnissen gleichgiltig ist. Das Coagulum wirkt dann wie ein fremder Körper im subcutanen Bindegewebe. Und Gerinnung der albuminösen Substanzen in dem Fluidum muss doch eintreten, wird auch angestrebt. Darin besteht ja die antiseptische Wirksamkeit dieser Mittel auf Geschwürsflächen und auf diese Wirksamkeit wird im vorliegenden Falle gerechnet. Es kann sogar geschehen, dass eine profusere Eiterung nach der Einspritzung auftritt, was, weil das Flüssigkeitsquantum in der Abscesshöhle vermehrt wird, gewiss nicht gleichgiltig ist. Ferner kommt in Betracht, dass die Abscesswände in nachtheiliger Weise von dem eingespritzten Medicamente beeinflusst werden. Also: *Nutzen sehr problematisch — Schaden sehr leicht anzustiften*. Durch diese wenigen Worte ist das Verfahren, bei welchem Medicamente in die Abscesshöhle eingespritzt werden, nachdem der Eiter entfernt wurde, gekennzeichnet.

Die in diesen Blättern besprochene Methode hat auch ihre Schattenseiten. Diese sind: die unangenehmen Ereignisse, welche im Momente der Punction eintreten können. Sie sind nicht so geartet, dass sie den Werth just *dieser* Manipulation beeinträch-

tigen, weil sie bei jeder anderen ähnlichen ebenfalls eintreten könnten.

Dahin gehört in erster Linie Ohnmacht: vom Vergehen der Sinne angefangen bis zur Lipothymia. Wird die Operation ausgeführt, während der Patient liegt, so tritt das nicht so leicht ein. Die Angst, die febrile Aufregung, welche durch einen oder mehrere Tage in Folge der Eiterbildung andauern und je nach der Individualität von verschiedenem Einflusse auf die Receptivität des Patienten sein werden, kommen hiebei in Betracht. Natürlich gehen diese Zufälle in kurzer Zeit vorüber.

Das zweite unangenehme Ereigniss, das erwähnenswerth ist, sind Blutungen aus einer angestochenen oder durchstochenen Vene. Man muss natürlich bei der Wahl der Einstichstelle darauf Bedacht nehmen, den Gefässen auszuweichen; treten dennoch derartige Blutungen auf, genügt eine leichte Compression, dieselben zum Schweigen zu bringen. Die Punction wird dann an einem anderen Orte vollzogen.

Noch eines unangenehmen Ereignisses ist zu erwähnen und das ist: Es kommt kein Eiter zum Vorschein. Das kann verschiedene Gründe haben und durch Berücksichtigung der jeweiligen Ursache steuert man diesem üblen Zufalle.

1. Kann es geschehen sein, dass man wegen zu grosser Dicke der Abscesswandung nicht bis in die Abscesshöhle vorgedrungen ist. Der Einstich muss mit Rücksicht darauf einfach wiederholt werden und man muss tiefer stechen.

2. Kommt es vor, dass man die Eiterhöhle, besonders wenn sie klein ist, gar nicht getroffen hat, dass man z. B. mehr nach aussen stach, während sie mehr nach innen liegt. Wenn man nun den Einstich wiederholt, muss man in einer anderen Richtung einstechen.

3. Kommt kein Eiter, weil keiner vorhanden ist, dagegen lässt sich nun allerdings augenblicklich nichts thun. In solchen Fällen, in denen man nicht ganz sicher ist, dass Eiter auf den Einstich sofort erscheine, empfiehlt es sich, den Kranken auf diese Möglichkeit vorzubereiten und damit zu trösten, es werde nach dem Einstiche jedenfalls eine Erleichterung des Zustandes eintreten. Dies ist auch wirklich der Fall, indem entweder eine Entspannung einzelner straff gespannter Gewebstheile stattfindet,

wodurch ein allenfalls vorhandener Druck auf die Nerven aufhört — oder weil die dem Einstiche folgende mehr oder weniger copiose Blutung diese Consequenz herbeiführt. Dennoch muss gestanden werden, dass der Kranke ruhiger und traitabler ist, wenn er Eiter sieht.

Die Frage, *wann* zu punctiren sei, ist dahin zu beantworten: Sobald das Vorhandensein von Eiter vermuthet wird, kann die Punction vorgenommen werden. Damit ist noch keine Indication ausgesprochen; zu warten, bis durch die Fluctuation die Vermuthung zur Gewissheit wurde, ist nicht recht, weil bis dahin die Devastation im subcutanen Bindegewebe schon weit gediehen ist. So wie der Kranke an einer kleinen, vielleicht nur fingernagelgrossen Stelle bei der Betastung einen intensiveren Schmerz äussert, als bei der an anderen Stellen der Geschwulst vorgenommenen Palpation, kann man mit der grössten Wahrscheinlichkeit es erwarten, dass wenn man an diesem Punkte mit einem dickeren Explorativtroicart einsticht, Eiter zum Vorschein kommt. Zu früh wird man selten punctiren und geschieht es dennoch, so bleibt der Fehlgriff ohne nachtheilige Folgen. Wenn man einwenden will, dass durch Ruhe, Ueberschläge etc. die Resorption kleiner Eitermengen und die Heilung ohnehin erfolgt, ist dagegen zu bemerken: 1. erfolgt sie nicht sicherer ohne Einstich, dagegen viel sicherer nach der Punction; 2. ist man bei Einhaltung des in Rede stehenden Verfahrens nicht genöthigt, den Kranken zur absoluten Ruhe zu bemüssigen.

Nach Entleerung der Abscesshöhle findet eine verschiedene weitere Behandlung statt. Bei kleinen Abscessen, z. B. bei solchen, die Haselnussgrösse haben, oder wo in Folge stärkerer Infiltration in die Gewebe die Geschwulst etwas umfänglicher, aber das Eiterquantum selbst nicht viel grösser ist als bei jenen, kann immerhin der Patient eine mässige Bewegung vertragen. Es ist dann nicht absolut nothwendig für ihn, das Bett zu hüten und die weitere Resorption der gesetzten Exsudate erfolgt innerhalb vier Wochen oder zweier Monate. Wenn aber das Eiterquantum gross und die Abscessdecke dünn ist, ist es nicht räthlich, den Kranken herumgehen zu lassen, da muss man die Resorption durch Sitz- und Vollbäder anstreben und kann höchstens dem Kranken gestatten auszufahren.

Unterstützen wird man die Resorption in Fällen, in denen die Abscessdecke nicht zu dünn ist und immer sanften Druck verträgt, durch eine gelinde Compression. Sie wird in der Weise ausgeführt, dass ein kleiner Ballen Charpie auf jene Stelle der Haut aufgelegt wird, unter der die Begrenzungen der leeren Abscesshöhle in Form eines Ringes durchzufühlen sind. Dieser Charpiebausch wird durch mässig stark angezogene Cirkeltouren von Heftpflasterstreifen befestigt. Er wird jeden Tag aus Reinlichkeitsgründen einmal bei der Besichtigung der Geschwulst gewechselt. Diese Art von Compression kann auch angewendet werden, wenn der Kranke einen nicht anstrengenden und einen nicht lange dauernden Gang ins Freie macht. Der Aufenthalt im Freien kann nicht dringend genug empfohlen werden. In Fällen, in denen man wegen Dünnhheit der Haut über dem Abscesse die Compression nicht anwendet, empfiehlt sich der continuirliche Gebrauch lauwarmer Ueberschläge in der bekannten Weise (und durch eine T-Binde befestigt) zur Erzielung einer constanten Bähung. Man wird auch von diesem Mittel Umgang nehmen, wenn darnach der Turgor der Haut zu sehr von der Norm abweicht, weil dann die Gefahr droht, dass die Einstichsöffnung zerfällt. Der Erfolg des Verfahrens ist selbst durch das Eintreffen dieses Ereignisses nicht absolut in Frage gestellt. Aber die Chancen des Gelingens sind natürlich nicht mehr dieselben, wie wenn nur eine kleine Oeffnung für das Ausfliessen der Secrete zurückbleibt oder auch diese sich schliesst.

Der weitere Verlauf ist dann folgender: Die Einstichsöffnung bleibt offen und das Secret fliesst fortwährend von selbst oder nur bei Druck aus der Abscesshöhle. Dabei ist zu bemerken, dass manchmal ein minimus Quantum Eiter auf der Haut zu einer Kruste vertrocknet, die sich wie ein festschliessender Pfropf vor und in die Einstichsöffnung hineinlagert und immer früher, natürlich mit Schonung, beseitigt werden muss, bevor der Inhalt der Abscesshöhle abfliesst. Oder der Stichcanal ist vollständig verlegt, auch wohl manchmal verwachsen und man steht nun vor der Frage, ob man neuerdings punctiren soll. Das Letztere wird nothwendig sein, wenn sich die Eiterhöhle wieder mit Fluidum in der Art gefüllt hat, dass die Spannung der Abscessdecke wieder so gross ist wie vor dem ersten Einstiche, auch wenn die be-

sondere Empfindlichkeit des Kranken gegen Druck an einer circumscribten Stelle der Geschwulst sich einstellt; dieselbe mag schon früher vorhanden und nach der ersten Eiterentleerung geschwunden oder erst später aufgetreten sein.

Man hat nun nicht mehr die freie Wahl der Einstichsstelle, sondern der zweite Einstich soll wenigstens 1—2 Finger breit, ja darüber vom ersten entfernt gemacht werden. Der Zwischenraum soll um so grösser sein, je stärker die Hervorwölbung der Haut ist, weil beim nachträglichen Anschwellen die angebrachten Oeffnungen bei Nichtbeachtung der angegebenen Vorsicht so nahe neben einander zu liegen kommen, dass sie bei geringfügigen Veranlassungen zusammenfliessen, was begreiflicher Weise vermieden werden muss.

Im weiteren Verlaufe hat man aus demselben Grunde wie die zweite manchmal eine dritte oder vierte Oeffnung nöthig. Doch sei man bei der Anlegung dieser nicht zu rasch bei der Hand. Mitunter öffnet sich nämlich einer der alten Stichcanäle spontan und gewährt den Secreten Abfluss. Je weniger Oeffnungen, desto weniger ist natürlich die Haut über der Abscesshöhle beleidigt und um so sicherer das günstige Endresultat. Beinahe überflüssig scheint die Bemerkung, dass alle, auch die späteren Oeffnungen so viel wie möglich nach unten und wenn es sein kann nach unten und aussen zu liegen kommen sollen.

Man wird dann auf die Beschaffenheit der aussickernden Flüssigkeit sein Augenmerk zu richten haben. Solange dieselbe eiterartig ist, ist der Ausgang noch zweifelhaft und man kann gefasst sein, unter Umständen wiederholte Punctionen vornehmen zu müssen, da es nicht gerathen ist, an der alten Punctionsoeffnung wegen der Möglichkeit des Zerfalles viel zu manipuliren. Wenn aber das Secret dünnflüssig wird, mehr schwach gelblich als weiss erscheint, kurz den Charakter einer serösen beinahe limpiden Flüssigkeit annimmt, dann braucht man selbst wenn sich die Eiterhöhle wieder füllen sollte, nicht besorgt zu sein, weil eine so geartete Flüssigkeit sich leicht aufsaugt. Man wird auf die Vermuthung gebracht, dass jenes Fluidum durch den Zerfall, durch eine Verflüssigung der die Abscesswände constituirenden, starren, in die Gewebe eingelagerten Massen entsteht, weil mit seinem Erscheinen eine constante Abnahme des

Umfanges dieses Walles durch die Haut wahrnehmbar ist. Die Möglichkeit, dass die Punction wiederholt werden muss, ist eine Schattenseite des Verfahrens, denn es gibt Kranke, die eine Encheirese und sei sie auch noch so unbedeutend nur einmal an sich vornehmen lassen, worauf man in der Praxis Rücksicht zu nehmen gezwungen ist. Aber es ist begreiflich, dass diese Schattenseite den Werth der Methode kaum verdunkelt.

Bisweilen entsteht ein Zerfall in der Abscesswand in der Weise, dass sich neben der ersten Abscesshöhle eine zweite, gewöhnlich kleinere bildet, die mit jener manchmal gar nicht communicirt, manchmal erst bei fortschreitendem Zerfalle eine Communication erlangt, so dass ihr Inhalt in die Haupthöhle hineingedrückt und durch etwa vorhandene Einstichsöffnungen zum Ausfliessen gebracht werden kann. Es ist dies im Ganzen ein unangenehmes Ereigniss, denn der Verlauf wird immerhin durch dasselbe complicirt. Bei fortschreitendem Zerfalle der Hautschichten über der neu entstandenen Höhle, wenn die allgemeine Decke sich röthet und dünner wird, muss man eilig hinterher sein und durch eine Einstichsöffnung dem Eiter Abfluss verschaffen und die weitere Destruction zu verhindern suchen. Auf diese Weise entstehen zuweilen Hohlgänge. Während bei den anderen Methoden (Eröffnung der Abscesshöhlen mit dem Messer und Blosslegung der subcutanen Gewebe) die Hohlgänge *meist* durch einen fortschreitenden Zerfall dieser letzteren in Folge von Eitersenkungen nach der Richtung der Schwere zu Stande kommen, entstehen bei der Punction nur sehr selten Hohlgänge in der angegebenen Weise. Es muss das aus dem Grunde hervorgehoben werden, weil die Gegner des Verfahrens von demselben behaupten, dass die Entstehung von Hohlgängen durch dasselbe begünstigt werde. Unparteiische Beurtheilung zahlreicher Fälle lehrt, dass dem nicht so ist, dass vielmehr der Zutritt von Luft die Eiterbildung und die Entwicklung corrosiver Eigenschaften des Eiters fördert und das sind zum Theile Ursachen jenes Zerfalles und jener Hohlgänge. Dabei ist noch der Umstand in Betracht zu ziehen, dass diese später entstandenen Eiterhöhlen an den verschiedensten Stellen oben oder unten von den erst bestehenden auftreten können und gewöhnlich günstig verlaufen. Die Eiterung versiegt, die Einstichsöffnung heilt zu und ein beiläufig halbmond-

förmiger Ausschnitt, der in dem Begrenzungswalle des primären Abscesses durch die Haut durchzufühlen ist, gibt Kunde von dem früheren Vorhandensein dieses Zerfalles.

Es sei hier auch gleich erwähnt, dass jene Ereignisse, um derentwillen die Chirurgen sogleich mit dem Messer bei der Hand sind, und die durch ausgiebige Incision der Abscesse hintangehalten werden sollen, bei den durch Punction eröffneten Abscessen nicht häufiger vorkommen. Es gehören hieher die Eiterabspernung und das in Folge derselben auftretende Erysipel und die Eiteraufsaugung. Worin das liegt, ist allerdings schwer zu erklären, wenn man nicht annimmt, die Ursache sei die geringere Eitersecretion, was wiederum durch den wiederholt citirten Umstand — den behinderten Zutritt von Luft — bedingt wird.

Ausser den erwähnten gibt es noch andere unangenehme Zufälle, welche den Erfolg des eingeleiteten Verfahrens illusorisch machen können und schliesslich veranlassen, zur Incision zu greifen. Dies ist in erster Linie der Zerfall der Punctionsöffnung; trotz aller Sorgfalt erfolgt bisweilen dies unangenehme Ereigniss; wenn es in einer späteren Periode des Verlaufes auftritt, hat es nicht so viel auf sich; wenn aber zu einer Zeit, wo die Eitermenge noch ziemlich reichlich, zu einem Aneinanderlegen der Abscesswände, geschweige denn zu ihrer wenigstens theilweise erfolgten Vereinigung noch keine Aussicht ist — wenn schon zu dieser Zeit die ursprünglich runde Einstichsöffnung anfängt spaltförmig zu werden, und der Spalt sich immer mehr in die Länge zieht, dann kann man schon darauf gefasst sein, eines Tages wahrzunehmen, dass auf Druck sich Eiter mit Luft gemengt entleert und unter gewissen Umständen jener eigenthümliche, allbekannte Ton gehört werden kann, der das sicherste Zeichen ist, dass sich Luft und Flüssigkeit zugleich in einem Hohlraume befinden. Dann bleibt natürlich nichts übrig, als höchstens nach wenigen Tagen Zuwartens wenn nicht lieber sofort eine ausgiebige Spaltung zu machen. Gewöhnlich erfolgt ein solcher Zerfall, wenn die Kranken statt der erlaubten mässigen, entweder durch die Dauer oder durch die Art forcirte Bewegungen vornehmen. Er wird natürlich um so leichter erfolgen, je dünner der Theil der allgemeinen Decke ist, in dem sich die Einstichsöffnung befindet, und wenn man sie in eine

derartige Cutis zu machen genöthigt ist, muss man es sich vor Augen halten und wenn nöthig auch den Patienten sofort aufmerksam machen, dass die Punction in diesem Falle nur ein Experiment ist mit der grössten Wahrscheinlichkeit des Misslingens. Dies wird in den Augen der Aerzte das Verfahren keineswegs discreditiiren; Unmögliches zu leisten wird man demselben nicht zumuthen. Denn wird in solchen Fällen gar nichts unternommen, legt sich der Kranke einfach ruhig hin, erfolgt spontaner Durchbruch des Eiters bisweilen mit sehr ungünstigen Consequenzen.

Ein anderes unangenehmes Ereigniss während des Verlaufes ist eine profuse Eiterung. Nachdem man das erstemal oder wiederholt Eiter aus dem Abscesse entleert hat, erfolgt meist in ziemlich rascher Weise unter mehr oder weniger auffälliger Störung des Allgemeinbefindens neue Füllung der Eiterhöhle. Dabei nimmt das Fluidum nicht jene Beschaffenheit an, wie sie oben geschildert wurde und die gewissermassen als Zeichen anzusehen ist, dass er nunmehr leicht resorbirt werden kann, sondern der Eiter hat ganz dieselben Eigenschaften, welche er besass, als er nach der ersten Punction zum Vorschein kam; in einzelnen Fällen hat er noch das Aussehen des hämorrhagischen oder decomponirten, putriden Eiters. Dabei verdünnt sich die Abscessdecke immer mehr, nimmt eine mehr rothe oder lividrothe Färbung an und der Zerfall der Einstichsöffnung erfolgt, wenn man nicht früher den Abscess geschlitzt hat.

Wenn aber diese ungünstigen Ereignisse nicht eingetreten sind, dann genügen wenige, manchmal nur ein Einstich für die Eiterentleerung. Durch eine je nach der Grösse der Abscesse verschieden lange Zeit sickert Eiter aus, aber immer weniger, immer dünnflüssiger und zuletzt nur Serum ähnlich. Gleichzeitig merkt man, dass jener von den Abscesswänden herrührende Ring unter der Haut immer schwächer, seine Lichtung immer kleiner wird. Die Einstichsöffnung schliesst sich endlich und unter derselben fühlt man eine mehr oder weniger deutlich abgegrenzte feste Masse von verschiedener Grösse — eine subcutane Narbe, welche so wie alle Narben in sich selbst schrumpft. Bis dieses Ende erreicht ist, vergehen viele Monate. Doch kann man den Zeitraum durch Vollbäder, durch Aufenthalt in freier Luft, durch

Verhinderung von Congestionen, indem man nur mässige Bewegung macht und vielmehr sitzt oder liegt als steht und geht, wenigstens nie lange steht und geht, ohne dazwischen häufig auszuruhen — kurz durch ein zweckmässiges Regimen kann man die Bildung und Consolidirung der subcutanen Narbe begünstigen.

In sehr seltenen Fällen kann es geschehen, dass unter der subcutanen Narbe eine neue suppurative Adenitis sich entwickelt. Das wird nicht befremden, wenn man bedenkt, dass auch unter den Narben, wie sie nach der Incision entstehen, dergleichen Abscesse sich entwickeln können, theils als sogenannte posthume Bubonen, theils durch dieselbe noch ersichtlich fortwirkende Ursache wie die erste Adenitis hervorgerufen oder durch irgend eine unbekannte Ursache veranlasst. Mitunter ist es die Adenitis, die nur zur Entwicklung kommt, nachdem die Peradenitis, die mit ihr zugleich oder früher begann, bereits abgelaufen ist. Vielleicht auch bricht die Narbe in der Tiefe unter starken oder auch unter schwachen oft wiederholten Zerrungen ebenso auf, wie sie entzweigeht, wenn sie frei zu Tage liegt und so wie sie in diesem Falle zu Geschwüren Veranlassung gibt, mögen sich auch in der Tiefe Abscesse entwickeln, die dann nach den bis jetzt angegebenen Regeln zur Heilung gebracht werden können.

Wirft man auf die Indicationen für die Punction und ihre Contra-indicationen einen Blick, ist als eine der letzteren vor Allem jener anormale Zustand der Haut zu erwähnen, wie er durch Bepinselungen mit Jodtinctur oder ein ähnliches Verfahren veranlasst wird. Da die in Rede stehende Methode darauf abzielt, die Haut, so viel als nur immer möglich ist, intact zu erhalten, so wird man sie nicht dadurch discreditiren, dass man in eine entzündete Haut — denn Dermatitis wird durch diese Bepinselungen geradezu angestrebt — einsticht, indem bei einem solchen Zustande der Haut die Chancen des Zerfalles der Einstichsöffnung sehr gross sind. Wenn man auf die Eruirung eines kleinen Eiterherdes los geht, gestaltet sich die Sache noch viel schwieriger, da man keinen anderen Leitfaden hat, als die Angabe des Kranken, der bei Druck auf einer bestimmten circumscribten Stelle der Geschwulst constant Schmerz angibt, während bei der in Folge der Einpinselung entstandenen Hautentzündung die Geschwulst

in ihrem ganzen Umfange eben in Folge der Dermatitis bei der Betastung sich gleich empfindlich zeigt.

Man muss deshalb auf die Diagnose kleiner Eiterhöhlen ebenso wie auf den Einstich überhaupt so lange verzichten, bis die eingepinselten Partien wenigstens einigermaßen zur Norm zurückgekehrt sind, vor Allem bis sie ihre Schmerzhaftigkeit verloren haben. Das Letztere geschieht, wenn man die Einpinselungen beseitigt, auf den Gebrauch kalter Umschläge und bei Ruhe der entsprechenden Extremität in 2—3 Tagen.

Eine weitere Contraindication bildet Dünnhcit der Abscessdecke, welche bei gleichzeitiger Verfärbung derselben auf eine baldige spontane Nekrose derselben schliessen lässt. In einer solchen Abscessdecke zerfällt die Einstichsöffnung sicher, jene Decke ist nicht mehr zu erhalten und man thut besser, sie zu entfernen, bevor die Natur diesen Eliminirungsprocess vornimmt.

Sonst gibt es keine Contraindication. Dagegen ist die Punction geradezu indicirt, wenn in Folge von Polyadenitis mehrere kleine Eiterherde sich bilden, weil die frühzeitige Entleerung, die eben nur durch die Punction in schonendster Weise ermöglicht ist, das Zusammenfliessen der kleinen zu einer grossen Höhle verhindert. Die Punction ist ferner indicirt, wenn die Abscessdecke noch ziemlich dick ist und durch Ruhe und kalte Umschläge eine Reduction der Geschwulst in inguine nicht mehr ermöglicht wird, vielmehr nach einigen Tagen Zuwarten sich herausstellt, dass die Geschwulst wächst und dass die auf Druck besonders schmerzhaftc Stelle an Umfang zunimmt, also die Eitermenge sich vermehrt, die Abscesshöhle sich vergrössert hat. Ist man darüber im Klaren, so nehme man ungesäumt die Punction vor. Der Kranke, der vor dem Einstiche kaum stehen konnte, wird nach dem Einstiche ohne Beschwerde sogar einen — nur nicht allzulangen — Marsch machen können. Das sind so zu sagen die typischen Fälle für die Punction; was diesseits derselben liegt, wird zu früh punctirt, was jenseits derselben liegt, bietet nicht mehr die Sicherheit des Gelingens — ist blos Experiment. Als solches ist die Punction natürlich auch indicirt, denn der Kranke verliert höchstens 1—2 Tage, gewinnt dagegen im günstigen Falle viele Wochen.

Je nachdem man nur der einen oder der anderen Indication

entspricht, wird die Prognose bei dem Verfahren eine verschiedene sein. Sie wird aber auch natürlich durch jene Momente beeinflusst werden, welche bei der Prognose für die Heilung von Bubonen in Rechnung zu bringen sind, als:

1. Die Art des Bubo, ob die Drüse als solche eitrig zerfallen ist, oder ob die laxe Bindegewebskapsel um dieselbe diesem Schicksale anheimfiel. Das Letztere gewährt eine günstigere Prognose, ist jedoch von vornherein nicht sicher zu diagnosticiren, nur zu vermuthen aus der rasch entstandenen Intumescenz und aus der Entstehungsursache, ob nämlich der Bubo von einem Tripper oder weichen Geschwüre (*Ulcus simplex*, venerisches contagiöses Geschwür im Sinne v. Sigmund's) herrührt, denn nur bei Syphilis ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die Drüse das primär Erkrankte ist, bei den anderen erwähnten Krankheiten, die Bubonen zur Folge haben, ist dagegen meist *Periadenitis* vorhanden. Bei Syphilis werden auch insbesondere jene Fälle vorkommen, in denen die Drüse unter der subcutanen Narbe in acuter Weise schwillt und eitrig zerfällt. Die Bubonen bei Syphilisformen geben, wenn sie eröffnet werden und die Drüse der Sitz des pathologischen Vorganges ist, überhaupt eine schlechte Prognose und die Punction bessert dies Verhältniss keineswegs. Hier kann man es wahrnehmen, dass der Stichcanal zu einem trichterförmig fistulösen Gange wird, der durch seine lange Persistenz Arzt und Patienten zur Verzweiflung bringt. Man muss deshalb sehr lange mit der Eröffnung solcher Adenitiden zögern, welche sich ausserdem, dass anderweitige Erscheinungen von Syphilis vorhanden sind, noch daran erkennen lassen, dass sie deutlich abgemarkt gegen die Umgebung sind, während die durch *Periadenitis* hervorgerufene Geschwulst nicht deutlich von der Umgebung durch das Getaste abgegrenzt werden kann. Da die Adenitis bei Syphilis in der Regel indolent verläuft, wird man auch selten zu einem activen Vorgehen gedrängt werden. — Ausser dieser constitutionellen Erkrankung sind aber auch andere constitutionelle Leiden von Einfluss auf die Prognose, z. B. *Scrophulose*, *Tuberculose*, *Scorbut*, *Wechselfieberkachexie* und jene *Kachexie*, die durch unzweckmässige Lebensweise, als: Aufenthalt in schlechter Luft, Beschäftigung mit Handwerken, die notorisch der Blutbereitung schädlich sind, unzureichende Nahrung und Nahrung

von schlechter Qualität hervorgerufen werden; das sind die Fälle, derer oben erwähnt wurde, in welchen es zu fortwährendem Wiederersatz der entleerten Eitermengen, nachträglicher Verdünnung der Abscessdecke und schliesslich zum Zerfalle der Einstichsöffnung kommt. Man wird dann den üblen Ausgang gewiss nicht der Methode zur Last legen und wird überhaupt, wenn es darauf ankommt, die Prognose zu stellen, auf die angegebenen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen haben.

Wenn man das thut, wird man zur Würdigung der Vortheile gelangen, welche die Punction und zwar die einfache Punction ohne jedwede Combination mit anderen Technicismen und Manipulationen darbietet. Man wird finden, dass die Patienten niemals etwas durch das eingeschlagene Verfahren verlieren. Im Falle des Gelingens, welches sich dann auch einigermaßen vorhersagen lässt, hat der Kranke jedenfalls die Zeit gewonnen, welcher die Hautnarbe zur Constituirung und Consolidirung bedarf. Wie oft muss man den Kranken mit Rücksicht auf diesen letzten Act des Vernarbungsprocesses noch wochenlang in seinen Bewegungen beschränken oder sie geradezu verbieten? Die subcutane Narbe bedarf auch der Schonung aber nicht so lange und nicht so sorgfältig. Man kann ohneweiters behaupten, dass sich durch diesen eben erwähnten einen Punkt allein die Behandlungsdauer der Bubonen nach der Punction gegenüber jener nach dem Schnitte um ein Drittheil der Zeit wenigstens verkürzt. Von *den* Fällen sei hier abgesehen, in denen die Art ihres Berufes den Kranken gestattet, demselben nach der Punction baldigst nachzugehen, was mit einer mehrere Zoll langen Wunde in inguine nicht möglich ist. Wiewohl dieser Umstand in praxi gewiss sehr hoch anzuschlagen ist, so sei doch kein Gewicht darauf gelegt, weil dem strengen Chirurgen dergleichen Fälle nicht als vollkommen beweiskräftig gelten. Er sieht sie höchstens als gelungene Experimente an. Auch die Verhinderung des Luftzutrittes zur Eiterhöhle — ein Punkt, über dessen Werth oder Unwerth die Acten noch lange nicht geschlossen sind — mag man bei der Aufzählung der Vortheile der in Rede stehenden Methode ausser Acht lassen. Aber Eines kann man nicht genug betonen, dass bei der Punction der Kranke aus der ärztlichen Behandlung in jener Zeit scheidet, in der nach dem Schnitte

eine mehr oder weniger lebhafte Granulationsbildung erst anfängt die Kluft auszufüllen, die das Messer in der Continuität der Haut hervorgerufen. Im Zeitalter der conservativen Chirurgie hat ein Verfahren gewiss Berechtigung, welches nur Eine Periode hat — die Periode der Heilung — und jener zweiten Periode entbehrt, in welcher die Natur erst wieder gut machen muss, was unsere Therapie verschuldet hat.