

Therapeutische Neuigkeiten.

Zur Behandlung des venerischen Geschwürs und der Lymphadenitis inguinalis.

Von Dr. G. J. Müller, Arzt für Hautkrankheiten, Berlin.

(Schluss aus No. 17.)

Da wir leider nur in der Minderzahl der Fälle die Heissluft-cauterisation vor Eintritt der Drüsenschwellung vorzunehmen in der Lage waren, dieselbe vielmehr oft schon bis zur eitrigen Einschmelzung einer oder mehrerer Drüsen gediehen war, wird es nicht Wunder nehmen, dass wir trotzdem eine grössere Anzahl vereiterter Bubonen zu behandeln Gelegenheit hatten, wozu noch eine fast ebenso grosse Anzahl solcher septischen, gonorrhoeischen und syphilitischen Ursprungs kam.

An die Spitze der folgenden Ausführungen möchte ich auf Grund einer zehnjährigen an nicht unbeträchtlichem Material gewonnenen Erfahrung die Behauptung stellen, dass alle die sogenannten schonenden und abortiven Methoden keineswegs einen Gewinn für die Patienten bedeuten. Ich will nicht leugnen, dass sich in wenigen Fällen durch die Abortivmethoden eine Rückbildung wird erzielen lassen können; mir ist das freilich nie gelungen, ebenso wenig eine Abkürzung des Heilungsverlaufs durch die Argentum-Methode. Vielmehr schienen diese Verfahren geradezu das Zurückbleiben von Fisteln zu verschulden. Ich kann nicht an einen Zufall glauben, wenn in den letzten 2½ Jahren unter weit über 100 Fällen von Bubonen vier Fälle mit Zurückbleiben von Fisteln zur Beobachtung kamen, die sämtlich — zwei von mir, zwei anderweitig — abortiv behandelt worden waren. Desgleichen muss ich unbedingt die radikale Eukleation der Drüsen als höchst unnütze Operation verwerfen, welche nicht nur die Heilung nicht beschleunigt, sondern den Organismus eines werthvollen Schutzapparates beraubt und eventuell durch Lymphostase elephantiasische Veränderungen als irreparable Folgeerscheinungen schafft.

Es giebt nur ein rationelles Verfahren: das ist die möglichst breite Eröffnung des Abzesses, soweit überhaupt das entzündliche Infiltrat reicht. Die Furcht vor entstellender Narbenbildung, die in den Köpfen der Kranken so häufig spukt, ist ganz unbegründet; gerade die gut ausgeführten Inzisionen heilen mit wenig auffallender Narbe; Kreuzschnitte sind freilich unnötig. Man versäume nie die alte Regel zu befolgen, unter Applikation von feuchter Wärme den Abszess reifen zu lassen; es ist keine Frage, dass hierdurch die Behandlungsdauer abgekürzt wird, auch schon darum, weil der Operateur auf diese Weise sofort findet, welche Drüse noch miterkrankt ist. Der Hautschnitt, welcher selbstverständlich unter allen Kautelen der Asepsis vorbereitet wird, kann unter Infiltrationsanästhesie ganz schmerzlos ausgeführt werden; schwieriger ist die Anästhesie nach Eröffnung des Abzesses. Den scharfen Löffel verwerfe ich auf Grund meiner praktischen Erfahrung nicht so absolut wie Schleich, obwohl ich seine theoretischen Erwägungen für begründet halte und speziell bei virulenten Bubonen die Gefahr der Weiterverbreitung nicht für unmöglich halte. Ich wende ihn nur an, wenn ich finde, dass bröckelige, nekrotische Massen den Weg für die gründliche Tamponade der Abszesshöhle versperren, indem sie dieselbe in mehrere Kammern theilen. Zu diesem Behufe taste ich rasch mit wohl desinfizirtem Finger die Höhle ab, wobei sofort Scheidewände und Brücken aus Kapselresten gespalten werden. Einzelne geschwollene, in die Höhle prominirende Drüsen werden am besten sofort stumpf ausgelöffelt. Sollte man einige Tage später eine Drüse sich vorwölben sehen, so ist es nothwendig, dieselbe gleichfalls in der Art zu entfernen oder mit dem Paquelin zu zerstören, was unter Infiltrationsanästhesie schmerzlos vor sich geht; man entgeht so der wahrscheinlichen Gefahr der Fistelbildung. Zum Schluss wird die vorher ausgetupfte Höhle mit geraspeltam Jodyloform gefüllt und sorgfältig mit sterilen Mullstreifen tamponirt; die Wundränder werden ebenfalls mit Jodyloform bestreut und ein Okklusivverband angelegt. Der erste Verband wird am nächsten Tage gewechselt, die weiteren Verbände bleiben 2—4 Tage liegen. Bemerkt man beim ersten Verbandwechsel, dass die Abszesswandung noch keine Neigung zeigt sich zu reinigen, so kann man diesen Prozess dadurch sehr beschleunigen, dass man die Auflösung der Beschläge, welche den Kontakt der Zellen mit dem Jodyloform hindern, durch Aufstreuen von Serumpulver nach Schleich bewirkt. Ich habe mir zu dem Zwecke ein Jodserumpulver herstellen lassen und

kann nur bestätigen, dass höchstens eine dreimalige Applikation nöthig war; die Wirkung blieb nie aus. Freilich muss ich hinzufügen, dass die Patienten über ein beträchtliches, 1—3 Stunden dauerndes Brennen klagten, wie denn auch die Anwendung des Jodyloforms nicht ganz beschwerdelos ist, da ein zuerst lebhaftes, dann bald schwächer werdendes Brennen empfunden wird. Die Dauer ist nur bei den zwei ersten Verbandwechseln eine etwas längere, später verringert sie sich zusehends. Veranlassung zum Aussetzen der Behandlung gab sie nie.

Als charakteristische Merkmale ergab die klinische Beobachtung das Auftreten einer sehr reichlichen, stark eitrigen Sekretion in den ersten Tagen — gegenüber der meist rasch sekretionshemmenden Wirkung des Jodoforms, also eine sekretionsbefördernde. Die gewünschte Leukotaxis war also thatsächlich erzielt. Hierauf führe ich auch die oft auffällige, manchmal minder ausgesprochene, aber noch stets gegenüber dem Jodoform deutlich raschere Erweichung der glandulären und periglandulären Infiltration zurück. Wir können dann auch stets beobachten, dass die eitrige Sekretion mit dem Schwinden des Infiltrats gering wird. Die granulationsbefördernde Wirkung steht auf gleicher Stufe; hat sich die Höhle gereinigt, so füllt sie sich sehr rasch mit gesunden Granulationen aus.

Wenn ich nun meine Erfahrungen zusammenfasse, so kann ich nur sagen, dass, obwohl seit ca. 2½ Jahren in meiner Anstalt wenigstens an meinen Patienten kein Jodoform zur Anwendung gelangte, alle Fälle glatt abheilten, niemals bei den so behandelten Kranken Fisteln zurückblieben, niemals beobachtet wurde, dass die Wunde ulzerös wurde. Ueber die Behandlungsdauer eine Statistik zu geben, verzichte ich, da dieselbe keine einheitlich zu deutenden Resultate ergeben könnte, indem nur ein kleinster Theil der Kranken klinisch ganz bis zu Ende behandelt werden konnte, ein grösserer zum Schluss ambulatorisch unter den aller verschiedensten äusseren Verhältnissen, welche einen Vergleich illusorisch machen, behandelt werden musste. Trotzdem erschien die Behandlungsdauer sichtlich abgekürzt. Am deutlichsten trat das bei den Bubonen septischen und gonorrhoeischen Ursprungs zu Tage; dort konnte in der Klinik die Heilung in meist nur 14 Tagen, ambulatorisch in 20—24 Tagen erzielt werden. Bubonen nach Ulcus molle heilten langsamer, klinisch in 20—30, ambulatorisch in 25—40 Tagen.

Ich habe aus räumlichen Gründen auf Krankengeschichten und aus logischen auf eine Statistik Verzicht geleistet, beabsichtige aber eine Reihe ganz exakter, rein klinischer vergleichender Versuche an meiner Klinik anstellen zu lassen, um den stringenten Beweis für die Richtigkeit meiner Angaben anzutreten, betrachte also diese Veröffentlichungen nur als vorläufigen Bericht. Nichts desto weniger behaupte ich auch heute schon, dass wir in dem Jodyloform ein vortreffliches und völlig ausreichendes Ersatzmittel des Jodoforms besitzen.¹⁾