

Statistischer Bericht
und
casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen
Klinik in Innsbruck
von
Prof. Dr. C. Heine,
unter Mitwirkung der Assistenten Privat-Dozent Dr. Láng
und Dr. Schlemmer.

A. Statistischer Bericht.

Am 31. Dez. 1870 waren in Behandlung verblieben 57 Kranke
im Jahre 1871 wurden neu aufgenommen . . . 442 „

Die Gesamtsumme der in Behandlung ge-
standenen Kranken beträgt somit . . . 499

Von den 442 neu aufgenommenen Kranken entfallen
387 für die chirurgische Klinik und Abtheilung; darunter
waren 291 Männer und 96 Weiber mit Einschluss der Kinder
unter 6 Jahren.

Die Zahl von 55 Geschlechtskranken vertheilt sich auf
26 Männer, 28 Weiber und 1 Kind.

Von den 499 stationären Kranken wurden

geheilt entlassen	347
gebessert entlassen	37
ungeheilt entlassen	17
transferirt	14
starben	24

Der Gesamtabgang beziffert sich also auf . . . 439
und bleiben mit 31. Dezember 1871 in Behandlung 60

Die Zahl von 24 Todten auf 499 Kranke ergibt eine
Mortalität von nur 4.8%.

Der höchste Tagesstand fällt auf den Monat Dezember mit 42 Männern und 25 Weibern, zusammen 67 Kranken.

Da der normale Belagraum der chirurgischen Männer-Klinik und Abtheilung nur 30 Betten — mit Einschluss der Reservebetten — enthält, so mussten aushilfsweise 5 Nothbetten errichtet werden.

Auf der chirurg. Weiberklinik und Abtheilung wurden 21 Normalbetten, 1 Reservebett und 2 Nothbetten belegt.

Die Abtheilung für geschlechtskranke Männer enthält 7, die für geschlechtskranke Weiber 6 Betten.

Die 387 stationäre chirurgischen Kranken vertheilen sich auf folgende Krankheitsformen:

Einfache Verletzungen der äusseren Bedeckungen und Weichtheile	71
Complizirte Verletzungen (Knochen, Gelenke und Sehnen)	13
Frakturen (subcutane)	18
Luxationen	4
Entzündung der äusseren Weichtheile	50
Verschwärung der äusseren Weichtheile	26
Entzündung der Beinhaut und Knochen; Nekrose	25
Verschwärung der Beinhaut und Knochen; Caries	6
Entzündung der Gelenke	12
Entzündung der Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel	6
Geschwülste der äusseren Weichtheile und der von ihnen eingeschlossenen Organe	35
Geschwülste des Skelets	2
Geschwülste der Körperhöhlen und innern Organe	11
Angeborene Defekte (Deformitäten) der Weichtheile, Knochen und Gelenke	7
Erworbene Defekte der Weichtheile, Knochen u. Gelenke	11
Krankheiten der Blut- und Lymphgefässe (Lymphdrüsen)	8
Nervenkrankheiten	3
Verletzungen und Erkrankungen der	
Schädelhöhle	3
Ohrhöhle	8

Augenhöhle	3
Nasen-, Stirn- und Highmorshöhle	2
Mundhöhle	5
Kehlkopfs, Trachea, Schilddrüse	8
Brusthöhle	1
Bauchhöhle	12
männlichen Harnorgane	8
männlichen Geschlechtsorgane	10
weiblichen Geschlechtsorgane	5
Mastdarms	8
in Beobachtung waren	6
Zusammen	387

Unter den 55 Geschlechtskranken litten an

- Blenorrhoe (d. Urethra oder Vagina) 13
- verschiedenen syphilitischen Affektionen 42

Auf die oben angeführten 387 an stationären Kranken beobachteten chirurgischen Erkrankungen kamen 139 Operationen, welchen noch 17 an ambulanten Patienten ausgeführte beizuzählen sind.

Die Gesamtsumme von 156 Operationen erwächst aus:

- 4 Arterienligaturen in der Continuität u. zw:
 - 1 der Carotis communis als Vorakt zur Verhinderung einer lebensgefährlichen Blutung bei der Exstirpation eines Sarkoms der Tonsille.
 - 1 Ligatur der art. femoralis in trigono wegen Nachblutung nach der transkondylären Amputation des Oberschenkels.
 - 1 Ligatur der art. Iliaca externa.
 - 1 Unterbindung sämtlicher Aeste der art. femoral. in trigono (sämmtliche 3 bei ein und demselben Kranken).
- 4 Amputationen
 - 3 des Oberschenkels und zwar
 - 1 transkondylär nach Prof. Heine wegen eines comminutiven Bruches beider Unterschenkelknochen mit weitgehender Zerquetschung der Weichtheile,

- 2 in der Mitte des Oberschenkels nach Langenbeck; wegen progredienter Phlegmone und Septichaemie nach einer complicirten Luxation des Fussgelenkes †, und eine wegen eines dritten Recidivs eines Sarcoms;
- 1 des Vorderarmes im unteren Drittheil wegen Wundstarrkrampf nach einer Schussverletzung der Hand †.
- 20 Operationen am Knochensysteme und zwar
- 7 Resectionen
- 3 in der Continuität — der beiden Bruchenden eines mit Bildung einer Pseudarthrose geheilten Oberschenkels; einer ersten Rippe wegen Necrose; eines Oberkiefers wegen Carcinom im Antrum Highmori,
- 3 von Gelenken: eines Handgelenkes wegen Caries der Handwurzelknochen, eines Ellbogengelenkes wegen Caries und fungöser Gelenkentzündung †, eines Mittelfussknochens und Keilbeines wegen Caries;
- 1 osteoplastische Resektion des Unterkiefers behufs Exstirpation eines Sarcoms der Tonsille.
- 10 Nekrotomien: 3 des Femur, 3 der Tibia, 1 des os Tali, 2 des Humerus, 1 der ersten Rippe.
- 2 Operationen zur Heilung der Pseudarthrose: Eintreiben von Elfenbeinstiften am Humerus, 1 periosteoplastische Vereinigung beider Fragmente der Patella.
- 1 Osteopalklasis bei einem schlechtgeheilten Bruche des Unterschenkels.
- 8 Operationen an Gelenken:
- 4 Repositionen von Luxationen: einer frischen des Humerus, 1 veralteten des Humerus (nach Prof. Heine's Methode).
- 1 Spontanluxation des Femur und 1 veralteten des Femur; (Siehe die casuist. Mittheilungen.)

- 3 **Brisements forcés**: 2 des Hüftgelenkes, 1 des Kniegelenkes.
- 1 **Exstirpation** eines Gelenkkörpers durch direkte Incision unter Verschiebung der Haut. (Casuistische Mittheilung.)
- 3 **Tenotomien**: 2 der Achilles-Sehne, 1 der Aponeurosis plantaris bei Klumpfüßen.
- 2 **Operationen des Ganglion**, 1 subcutane Discission, 1 durch Zerdrücken. (Beide im Ambulatorium.)
- 63 **Operationen zur Entfernung von Geschwülsten**:
 - 57 **Exstirpationen von**:
 - 1 Dermoidcyste in der seitlichen Halsgegend.
 - 5 Atheromen, 3 des Gesichts und 2 der Schädeldecken.
 - 5 Lymphomen, 3 am Halse, 2 am Unterkiefer (1 am Halse, 1 am Unterkiefer ambulatorisch).
 - 4 Lipomen, 1 über dem Schulterblatte, 1 über der Hinterbacke, 1 im Nacken, 1 über dem rechten Scheitelbeine (Fibro-Lipom [ambulatorisch]).
 - 1 Exostose am Oberschenkel (Abmeisselung).
 - 3 Melanomen — der Wange — im Ambulatorium.
 - 5 Keloiden: 2 am Ohrläppchen, 3 im Nacken.
 - 2 Myxomen der Nasenhöhle (durch Abdrehen 1, Abschneiden mit der Scheere 1).
 - 6 Sarkomen, theils einfachen Formen, theils Combinationen mit Fibrom, Myxom, Chondrom, Osteom und Adenom.
 - 1 der Tonsille (mit osteoplast. Resect. des Unterkiefers und Ligatur der Carotis). †
 - 1 des Oberkiefers (Epulis sarcomatosa) ambulatorisch.
 - 1 von der Nasenwurzel und aus der Nasenhöhle — später Plastik.
 - 2 am Oberschenkel, das erstemal unter Ab-

meisselung des verknöcherten Stieles die primäre Geschwulst, das zweitemal mit dem Ekraseur von Maisonneuve das Rezidiv.

1 der Leistengend †.

25 Carcinomen:

7 der Lippe (bei einigen folgte Plastik).

1 der Zunge.

1 der Nase und Wangengegend (Plastik).

7 der Submaxillardrüsen nach Exstirpation der obenaufgeführten Carc. der Wange und Lippe.

7 der Brust- und Achseldrüsen (1 Todesfall).

2 der Leistendrüsen (Carc. des Penis, siehe die Amput. des Penis).

2 Caustische Zerstörungen von Geschwülsten:

1 von Papillomen im Nasenrachenraume mit dem Porcellanbrenner;

1 von einem recidivirenden Carcinom in den Unterkieferlymphdrüsen durch Cauterisation à flèches. †

4 Parenchymatöse Injectionen in Geschwülste: in

2 Lymphome von Jodtinctur;

2 Struma parenchymatosa von Jodtinctur;

1 Carcinom der Brustdrüse von Chlorzinklösung und Chlorwasserstoffsäure (1% und 0.1%).

9 Punctionen:

einfache: 1 Ovariencyste †;

1 Hydrokele (ambulatorisch);

mit nachfolgender Jod-Injection:

1 Cyste der Schamlippe;

4 Hydrokelen (eine davon doppelt);

2 Struma cystica (eine Struma mixta).

4 Operationen der Hasenscharte (ein Operirter starb).

10 Plastische Operationen, und zwar:

3 Cheiloplastiken nach Exstirpationen von Lippen-Carcinomen.

- 1 Uranoplastik nach der Exstirp. des Oberkiefers wegen Carc. Antr. Highmori.
 - 1 Uranoplastik und Staphylorhaphie bei einem Palatum fissum.
 - 1 partielle Rhinoplastik aus der Stirnhaut, nach der Exstirpation eines Adenosarkoms der Nasenhöhle und Nasenwurzel.
 - 1 partielle Rhino- und Meloplastik nach der Exstirpation eines Carcinoms der Nase und Wange.
 - 1 partielle Meloplastik nach einer im Jahre 1870 wegen Carc. des Antr. Highmori ausgeführten Resect. des Oberkiefers.
 - 1 Versetzung und Höherstellung des Nasenflügels als Nachoperation zu einer früher ausgeführten Hasenschartenoperation.
 - 1 Bildung von Nasenlöchern bei erworbenem Verschlusse derselben.
- 7 Tonsillotomien (5 davon im Ambulatorium).
- 1 Explorativ-Incision bei einer vermutheten Ovariencyste. †
 - 2 Operationen bei Hernien:
 - 1 Radicaloperation der freien Leistenhernie nach Wood.
 - 1 Herniotomie ohne Eröffnung des Bruchsackes bei einem Leistenbruche. (S. cas. Mittheilungen.)
 - 3 Operationen an Vagina und Uterus:
 - 1 Vordere Uterus-Scheidennaht wegen einer Ante- und Lateralversion des Uterus (Anfrischung und Naht der Scheide und Vaginalportion).
 - 1 Seitliche Uterus-Scheidennaht (bei derselben Patientin) zur Behebung der nach der Heilung der Anteversion noch bestehenden seitlichen Abweichung des Uterus.
 - 1 Kolpokleisis — Querverschluss der Scheide bei einer wiederholt ohne Erfolg operirten Blasenscheidenfistel.

2 Operationen an der Harnröhre:

1 Urethrotomia externa wegen eines in der Harnröhre eingekleiteten kleinen Blasensteins. (Siehe casuist. Mittheilungen.)

; 1 forcirte Dilatation nach Thompson bei Striktur der Urethra.

3 Steinschnitte:

2 Seitensteinschnitte;

1 hoher Steinschnitt. (Siehe casuist. Mittheilungen.) †

2 Amputationen des Penis wegen Carcinom (die später nachgeschickte Exstirpation der Leistendrüsen ist oben aufgeführt).

2 Phimosenoperationen.

3 Radicalschnitte bei ebensoviel Hydrokelen.

3 Operationen am Rectum:

1 Spaltung der Mastdarmpfiste;

1 Cauterisation des Vorfalles der Mastdarmschleimhaut mit rauchender Salpetersäure;

2 Abbrennen von Hämorrhoidalknoten nach Langenbeck. 1 †

Im Ambulatorium wurden im Laufe des Jahres 1871 533 Kranke behandelt; ausser Operationen im Gebiete der kleinen Chirurgie wurde eine Anzahl von Gipsverbänden theils wegen Frakturen, theils wegen Gelenkentzündungen an den oberen Extremitäten gemacht.

Von dem in vorstehender Uebersicht enthaltenen Beobachtungsmateriale folgen im Anschlusse einige der interessantesten Fälle in ausführlicherer Mittheilung, sowie diess schon im letztjährigen Berichte geschehen. Es soll dabei auch in Zukunft so verfahren werden, dass bei der Auswahl der zur Veröffentlichung bestimmten Fälle auf möglichst grosse

Mannigfaltigkeit Rücksicht genommen wird, damit der ärztliche Leserkreis unserer Vereinschrift mit der Zeit eine Auslese der sämtlichen wichtigeren, in der Klinik vertretenen, chirurgischen Krankheiten in die Hand bekomme, und damit einen Ueberblick über die von dem derzeitigen Vorstände derselben vertretenen Grundsätze, was deren Auffassung und Behandlung betrifft, gewinne.

B. Casuistische Mittheilungen.

I. Fractur des Hüftbeins. — Gypsverband. — Heilung.

Der Fall verdient aus mehreren Gründen einem weitem Leserkreise zugeführt zu werden. Einmal war die Verletzung durch eine verhältnissmässig geringe Schädlichkeit hervorgerufen; weiters fehlten die mit der Fraktur der Darmbeinschaukel sonst einhergehenden schweren Complicationen, und schliesslich verlief die Heilung schnell und ohne Zwischenfälle, was wohl ausschliesslich der in ähnlichen Fällen sonst nicht üblichen Immobilisirung zu verdanken ist.

Livia Antonio, Maurer, 51 Jahre alt, stolperte am 29. Nov. 1871 um 6 Uhr Morgens am Eingange des grossen Tunnels hinter Patsch bei einem Wechsel, fiel auf die linke Seite und konnte nicht wieder aufstehen. Nach einer kurze Zeit andauernder Bewusstlosigkeit rief er um Hilfe, wurde $\frac{1}{4}$ Stunde später von herbeigeeilten Arbeitern aufgelöst, und um 4 Uhr N. M. zu uns gebracht.

Der Kranke lag mit nach links geneigtem Stamme, das linke Bein war leicht gebeugt und abducirt. Die linke Gluteengegend angeschwollen und blutunterlaufen; die linke Darmbeinschaukel unter Crepitation beweglich; die Bruchlinie begann unter dem linken obern Stachel, zog nach aussen, und rückwärts und

verlor sich hinter der Gesässmuskulatur, sie umgränzte somit wenigstens die obere Hälfte der Schaufel. Bei passiven Bewegungsversuchen mit dem linken Beine äusserte der Patient namenlosen Schmerz an der Bruchstelle und warf es zum Schrecken aller Anwesenden mit Blitzesschnelle in starke Beugung. Keine nachweisbare Verletzung des Hüftgelenkes, keine per anum et urethram.

Um das Fragment wenigstens von Seite der Extremitäten zu immobilisiren, wurde am 30. Nov. ein das Becken und beide Beine in toto umfassender Gypsverband angelegt, und die Erschlaffung der Gesässmuskulatur durch Abduction und Auswärtsrollung in beiden Hüftgelenken erzielt. Während der kaum $\frac{1}{4}$ Stunde dauernden Procedur befand sich der Kranke mit dem Becken und dem linken Beine auf dem Heine'schen Fixationsapparate, das rechte wurde von einem Assistenten gehalten. Hierauf Lagerung auf einer mehrtheiligen Matratze mit Fugenbildung, so dass Leibschüssel etc. ohne den Kranken heben zu müssen, untergeschoben werden konnten.

Der nahezu den halben Körper einhüllende Verband hatte nicht nur keinen Nachtheil für den Kranken, sondern übte auf denselben sichtlich einen sehr wohlthätigen Einfluss, ja man glaubte sogar die Ueberzeugung schöpfen zu sollen, dass mit Beckenfrakturen Behaftete in einen solchen Gypsverbande leicht transportabel würden.

Der weitere Verlauf gestattete sich zu einem sehr günstigen: Nur einmal war die Temperatur auf 38.2 C. gestiegen.

Am 23. Dez. konnte der Verband entfernt werden, und ein massiger fester Callus verrieth die Bruchstelle.

Am 4. Jänner 1872 erster Gehversuch; zwei Wochen später verlies Patient geheilt die Klinik.

II. Blasenstein — Coxankylose links — Spermatocele rechts — Sectio lateralis dextra et alta — Sepsis — Tod 7 Tage nach der Operation.

M. J. 71 Jahre alt, Bauer aus Gries gelangte am

1. August 1871 zur Aufnahme. Er erzählte, dass er schon von seiner Jugend an, öfter als andere Leute“ habe Harn lassen müssen. Schmerzen in der Blase bestanden erst seit 2 Jahren, von welcher Zeit angefangen der Harn trübe und nach anstrengenden Touren roth gewesen sein soll. Die Coxankylose entwickelte sich aus einer schleichenden seit 21 Jahren bestehenden Coxitis.

Die Sondirung der Blase durch die nur für Nr. 9—10 durchgängige Urethra constatirte die Anwesenheit eines ziemlich glatten, keinen hellen Ton gebenden Steines in der sehr contrahirten und vulnerabeln Blase, der eben wegen des stets andauernden Blasenkrampfes nicht genau gemessen werden konnte. Der Harn war trübe, oft blutig, aber noch nicht alkalisch. Das linke Bein liess sich im Hüftgelenke kaum auf 100° beugen, und ebenso mangelhaft abduciren, wodurch eine ausgiebige Entfaltung der linken Mittelfleischgegend unmöglich wurde. Ausserdem bestand eine rechtseitige, mittelgrosse Hydrocele.

Im Uebrigen sah Patient für sein Alter gut und kräftig aus.

Am 7. August wurde als Vorakt die Punction der Hydrocele, welche sich durch die in der entleerten Flüssigkeit nachgewiesenen, zahlreichen Spermatozoen als Spermatocele herausstellte, vorausgeschickt.

Operation am 12. August.

Da es nicht gelang das ankylotische, linke Hüftgelenk in der Narkose zu beugen, so musste der Seitensteinschnitt rechts angelegt werden. Derselbe wurde, abgesehen von einigen Schwierigkeiten, welche durch das Ausgleiten des Itinerariums nach Eröffnung der Urethra hervorgerufen wurden, und den Gang der Operation aufhielten in der gewöhnlichen Weise zu Ende geführt. Der deutlich gefühlte Stein jedoch stellte sich als sehr gross heraus, und es erwies sich seine Extraction durch die gesetzte Wunde trotz langer Bemühung als unausführbar. Eine Vertiefung der Wunde zur Erreichung dieses Zweckes, hätte über die Grenzen der Prostata hin-

ausgeführt und ein Bilateral- oder Quadrilateralschnitt wäre wegen der linksseitigen Coxankylose schlecht ausführbar gewesen — hätte auch noch immer nicht genug Raum für den Stein gegeben. Man schritt somit zum Blasenschnitt oberhalb der Symphyse, wobei die starke Spannung der Recti die quere Trennung ihrer Ansätze nöthig machte, und die stark contrahirte Blase das Emporziehen und die Eröffnung derselben ohne Verletzung des Peritoneums sehr erschwerte.

Es wurde ein voluminöser Stein herausbefördert, und danach durch die Exploration noch ein zweiter entdeckt, der nach der Extraction als ebenso voluminös sich herausstellte. Beide lagen in einem auf der linken Seite befindlichen Divertikel der Blase. Vereinigung der Blasenwunde durch 10 Conjunctivalnähte, Einlegen des Rudtorffer'schen Katheters durch die Mittelfleischwunde, locale antiseptische Behandlung und innerliche Darreichung von Opiumtinctur. In den ersten 2 Tagen befand sich der Kranke ziemlich wohl, das Fieber schwankte um 38° und 39° C.

Am 14. nahm der Eiter der oberen Wunde einen jauchigen Charakter an, am 16. stellten sich bereits Symptome zweifelloser allgemeiner Sepsis ein, der der Kranke trotz sorgfältiger Behandlung erlag.

Beide Steine sind gleich gross, plattrund, hart und geschichtet, je $4\frac{1}{4}$ Cm. lang und $3\frac{3}{4}$ Cm. breit, und bestehen zum grössten Theile aus Harnsäure mit nur einer Spur von phosphorsauren Kalk.

III. Blasenstein. — Blasenlähmung. — Seitensteinschnitt. — Heilung auch der Blasenlähmung.

H. Chr., 48 J., Berghutmann aus Klausen, schreibt den im J. 1867 aufgetretenen lästigen Harndrang wiederholten Erkühlungen zu. Im Oktober 1868 stellte sich Harnverhaltung und später eine fieberhafte Krankheit ein. Zu wiederholten Malen wurde nun die Applikation des Katheters nöthig, bis der Patient ganz und gar auf die instrumentale

Entleerung der Blase in ein- bis zweistündlichen Pausen angewiesen blieb und sich deshalb den Selbstkatheterismus einübte.

Bei der klinischen Untersuchung wurde sofort in der Blase ein Stein entdeckt, dessen ein Durchmesser auf 2, der andere schwankend auf $2\frac{1}{2}$ - 3 Cm. sich bestimmen liess. Der Harn war von reichlichem Schleim-, Eiter- und Blutzusatze getrübt, roch intensiv nach Ammon. und reagierte alkalisch.

Am 7. November 1871 wurde der Stein, der sonderbarer Weise trotz der seit Jahren von Aerzten und dem Patienten in Anwendung gebrachten Metallkatheter bisher nicht gefühlt wurde, durch die Sectio lateralis in der gewöhnlichen Weise mit der Steinzange herausbefördert. Aus dem weitem sehr günstigen Verlaufe ist als charakteristisch hervorzuheben, dass der Harn nicht wie gewöhnlich durch die Wunde continuirlich absickerte, sondern sich innerhalb der gelähmten und starrwandigen Blase ansammelte und beiläufig zweistündlich entweder durch die Wunde oder Urethra mit dem Katheter herausgeschafft werden musste. Doch nahm auch dies durch die Localbehandlung der Blase, welche in Wasser- und später in Tanninjectionen (1 Gr. auf 1 Unze) von 20^o C. bestand, alsbald eine bessere Wendung. So konnte am 15. November der Harn schon durch 8 Stunden gehalten werden; am 23. urinirte Patient schon theilweise per urethram; am 28. November legte er den Katheter ganz bei Seite; und vom 11. Jänner 1872 angefangen floss auch durch die inzwischen oberflächlich gewordene Mittelfleischwunde kein Tropfen Harnes mehr ab.

In demselben Masse nahm auch der Urin zusehends ein besseres Aussehen an und erhielt sich constant in saurer Reaction.

Der Stein hat Grösse und Form einer Pflaume, ist in der Rinde porös, im Kern hart. Erstere besteht vorwaltend aus kohlensaurer Magnesia und Kalk mit Spuren von phosphorsaurem Kalk und Ammoniak-Magnesia, letzterer umge-

kehrt vorwaltend aus phosphorsaurem Kalk und Ammoniak-Magnesia mit Spuren von kohlensaurer Magnesia und Kalk.

IV. In der Urethra eingekeilter Blasenstein von 1.3 Cm. Länge und 1 Cm. Dicke. — Aeusserer Harnröhrenschnitt. — Heilung.

Seit 3—4 Jahren pflegte der 20 Jahre alte J. J. an plötzlicher Unterbrechung des Harnstrahles zu leiden, die gewöhnlich nach leichten kolikartigen Schmerzen sich von selbst hob. In den ersten Junitagen 1871 artete die sonst nur momentane Strahlunterbrechung in eine dauernde Harnverhaltung aus und zwang ihn die chir. Klinik aufzusuchen.

Die Blase war bis nahezu zum Nabel hinan ausgedehnt, ihre Gegend sehr empfindlich. Die Pars membranacea urethrae barg einen von der Perinealgegend aus deutlich gefühltem fest eingezwängtem harten Körper, auf den die per urethram eingeführte Metallsonde mit hellem Klange aufschlug. Nur mit Mühe gelang es den dünnsten Katheter neben dem Steine in die zu entleerende, enorm ausgedehnte Blase zu leiten. —

Nach vergeblichen Versuchen mit dem Leroy'schen Löffel die Extraction des Steines vorzunehmen, wurde der äussere Harnröhrenschnitt über dem Steine am 7. Juni ausgeführt, sodann 2 Ligaturen, 3 Harnröhrennähte angelegt, Der weitere Verlauf gestaltete sich zu einem nahezu reactionslosen. Ein Theil der Harnröhre heilte per primam, der übrige per secundam, da sich Patient 2 Nähte herausriss. Am 20. Juni konnte der Kranke vollkommen geheilt entlassen werden.

Der sehr harte, geschichtete, lichtbraune, leicht höckerige Stein bestand seiner Hauptmasse nach aus oxalsaurem Kalk. (Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass im Beginne des heurigen Jahres bei einem Privatpatienten des Hrn. Prof. Heine auch die Sectio mediana wegen eines mit hochgradiger Stricture und Prostatahypertrophie complicirten Blasensteines mit bestem Erfolge ausgeführt wurde.)

V. Offene Sprunggelenkswunde mit Fractur des äussern Knöchels complicirt. — Conservative Behandlung. — Heilung mit freier Beweglichkeit des verletzten Gelenkes.

Am 18. August 1871 wurde uns ein dreijähriges Kind übergeben, das am vorhergehenden Tage mit dem rechten Fusse unter das Rad eines leeren Steinwagens gerieth und bei der Aufnahme folgende Verletzung darbot: Die äussere Hälfte der Beugeseite des rechten Sprunggelenkes war durch eine vierkreuzerstückgrosse mit Koth, Sand und sonstigem Schmutz verunreinigte Wunde blossgelegt, und der äussere Knöchel quer gebrochen; keine Luxationsstellung. Die genannte Wunde setzte sich gegen den Unterschenkel sowohl, wie gegen den Fussrücken hin, je $2\frac{1}{2}$ Querfinger breit in eine oberflächliche Abschilferung fort.

Die Behandlung bestand in einem das Gelenk immobilisirenden gefensterten Gypsverband, der mit der Ris-Billroth'schen Schiene derart verbunden wurde, dass der Unterschenkel fusswärts sanft anstieg, und in Carbolwasser- und Eisüberschlägen.

Das Fieber hielt sich lange Zeit hindurch auf über 39 und steigerte sich in der 2. Septemberwoche, in Folge einer längs des innern Knöchels nach aufwärts ziehenden Phlegmone auf über 40° C. Inzwischen war die Gelenkswunde allenthalben mit Granulationen ausgefüllt, der Gypsverband konnte entfernt werden und ausgiebige Incisionen der phlegmonösen Stellen brachten auch diese bald zur Heilung.

Am 10. October war allenthalben feste Vernarbung — das Sprunggelenk in seinen Bewegungen gar nicht behindert.

Eduard Läng, klin. Assistent.

VI. Freier Gelenkskörper und Hydrarthros im linken Kniegelenke. — Entfernung des Gelenkskörpers durch direkten Einschnitt. — Heilung.

M. M., 68 Jahre alt, Tagelöhner aus Arzl erzählte bei seiner Aufnahme auf die chirurg. klin. am 6. Mai 1871, dass

er vor ungefähr 30 Jahren beim Fällen eines Baumes von einem unter dem Hiebe seines Gefährten abspringenden Stücke Holz heftig am linken Knie getroffen worden sei. Durch einige Tage nach diesem Trauma soll das Knie geschwollen und schmerzhaft gewesen sein, allein er ging damals sowie in der Folge seiner anstrengenden Beschäftigung nach. Auf besondere Strapazen folgte immer ein Gefühl von Spannen mit geringer Empfindlichkeit des Knies; ob letzteres aber gleichzeitig auch angeschwollen sei, konnte der Kranke nicht angeben.

Seine Aufmerksamkeit blieb immer auf dasselbe gerichtet und liess ihn 2 Jahre nach dem Unfälle die Entdeckung machen, „dass sich etwas ober dem Knie herumschiebe.“ Kurze Zeit darauf klemmte sich der bewegliche Körper unter Erregung eines heftigen Schmerzes zum ersten Male und später so oft ein, dass der Kranke die Bedingungen hiezu ausfindig machte und sich gewöhnte mit möglichst starr gestrecktem Knie zu gehen,

Sonst war der Patient durch einige Wochen (April und Mai 1871) auf der intern. Klinik wegen einer Insufficienz der Bicuspidalklappe (deren Zusammenhang mit einem vorausgegangenem Gelenksrheumatismus nicht festgestellt werden konnte) behandelt worden.

Der Patient ist ein knochiger, muskelstarker Mann von gesundem Aussehen trotz eines Emphysems und einer hochgradigen Insufficienz der Bicuspidalklappe,

Beim Anblicke seiner Kniee fiel deren massige Entwicklung auf, welche bedingt wird durch eine beide inneren Knorren des Schienbeines nahe der Gelenkslinie umgebende stark vorspringende, etwa daumendicke, etwas höckerige Knochenleiste.

Das rechte Knie erschien eckig, mit wohlausgeprägten Patellargruben, am linken jedoch sind diese verstrichen und bemerkte man eine beträchtlich stärkere Füllung des unter dem Extens. cruris quadriceps liegenden Antheils der Gelenkscapsel.

Das linke Knie mass über der Mitte der Patella um 2 Cm. mehr im Umfange als das rechte; 2 Querfinger über dem oberen Rande der Kniescheibe aber nur 39 Cm. wie das gesunde. Diese Gleichheit auf der gesunden und kranken Seite fand ihre Erklärung in dem Umstande, dass die Muskulatur des linken Oberschenkels hinter jener des rechten um ein beträchtliches an Masse zurückstand.

Die linke Kniescheibe ballotirte bei einfachem Anschlag nur wenig, ganz deutlich und stark aber, wenn die obere prall gefüllte Gelenkstasche gleichzeitig mit der Hand comprimirt und deren Inhalt in den unteren Gelenksabschnitt entleert wurde.

Beim Abtasten des Gelenkes findet man in der unter dem Quadriceps liegenden Ausstülpung desselben einen vielhöckerigen knochenartigen Körper von der Grösse einer zahmen Kastanie, welcher sich nach jeder Richtung frei herumschieben liess und glatt unter den Fingern gleitete.

Weitere freie Körper liessen sich nicht eruiren, ebensowenig waren grössere Gelenkzotten vorhanden, denn man fühlte ausser einer beträchtlichen Verdickung der Kapsel allenthalben glatte Wandungen.

Da eine radikale Heilung ohne Entfernung des Gelenkkörpers nicht denkbar war, so wurde dem Kranken ein diesfälliger Vorschlag gemacht. Obschon ihm die Möglichkeit einer eiterigen Kniegelenksentzündung mit dem Ausgange in eine Anchylose nicht verschwiegen worden, entschloss sich derselbe zur Operation.

Der Patient musste zwei der Operation vorausgehende Tage absolut ruhig im Bette zubringen, um jeden Reizungszustand des Gelenkes zu beseitigen.

Am 9. Juni machte Herr Prof. Heine die Operation in folgender Weise:

Der Gelenkkörper wurde in der Gelenkstasche soweit als möglich nach oben und aussen gebracht und hier unter Verschiebung der Haut von den vier Fingern eines Assistenten fixirt. Ueber ihn wurden nun die Weichtheile in der

Länge von circa $1\frac{1}{2}$ Zoll in langsamen Zügen vorsichtig durchtrennt bis die Kapsel zum Vorschein kam. Der Schnitt in letztere wurde unter gleichzeitigem Hineindrängen des Gelenkskörpers in die Wunde nur soweit gemacht, dass derselbe nicht im ganzen Umfange bloslag, so die Communication der Gelenkhöhle mit der äusseren Luft völlig abschloss und die Kapsel mit den Weichtheilen mehr über ihn herabgestreift werden musste. Unter der Nachhilfe eines hinter ihn gebrachten kleinen Häckchens schlüpfte der Gelenkskörper durch die enge Oeffnung, welche hinter ihm von den nachrückenden Fingern des Assistenten luftdicht geschlossen wurde. Synovia war nicht ausgetreten.

Fünf Knopfnähte schlossen die kleine Wunde, ein die ganze Extremität bis zum Hüftgelenke umfassender starker Gypsverband sicherte die absolute Ruhe des eröffneten Kniegelenkes.

Der Patient war nicht narkotisirt gewesen, hatte aber nicht über besondere Schmerzhaftigkeit der kurzen Operation zu klagen.

In der zweiten auf die Operation folgenden Nacht traten sehr heftige reissende Schmerzen im Knie auf und der Patient bekam die Empfindung, dass der Verband mit jeder Minute enger werde. Ein Fenster wurde noch in derselben Nacht ausgeschnitten, und 2 Eisbeutel auf das leicht bedeckte Knie gelegt; am Morgen waren die Schmerzen nahezu völlig geschwunden.

Die Schwellung welche sich vorfand, machte bei der geringen Temperatursteigerung keine weitem Bedenken. Vom 13. Juni an war der Kranke fieber- und schmerzenfrei; am 20. wurde das Gyps Fenster wieder mit Gypsbinden geschlossen. Die Nähte waren am 10. und 11. entfernt worden; die Wunde war ohne dass es zur Bildung auch nur eines Tropfens von Eiter gekommen wäre, geheilt.

Am 10. Juli wurde der Gypsverband abgenommen. Das Gelenk war frei beweglich, nicht schmerzhaft, aber der Hydrarthros noch nicht verschwunden. Nach Anlegung eines

neuen, starken, gefensterten Gipsverbandes wurde daher eine Compression des Gelenkes unter Zuhilfenahme von Badeschwämmen nach der von Prof. Heine angegebenen Methode vorgenommen.

Am 26. Juli konnte eine Kniekappe auf das nun auch von seinem serösen Ergüsse befreite Gelenk angelegt werden und der Kranke seine ersten Gehversuche machen.

Der Kranke hatte die chir. Klinik inzwischen so angenehm gefunden, dass er die Krücken lange nicht lassen wollte und darum erst am 16. Oktober mit vollkommen hergestelltem Knie entlassen werden konnte.

Der Gelenkkörper war, wie nach der Schätzung erwartet wurde, etwas über 2 Cm. lang 1·7 Cm. breit und nahezu 1 Cm. dick, seine Oberfläche war grobhöckerig, gleich einer Maulbeere, seine Consistenz stand zwischen Knochen- und Knorpelhärte.

Die mikroskopische Untersuchung, welche erst nach vorgängiger Behandlung mit verdünnter Chromsäure (der etwas Chlorwasserstoffsäure zugesetzt worden war) vorgenommen werden konnte, ergab einen geschichteten Bau, bedingt durch verschieden breite Lagen von hyalinem Knorpel mit unregelmässig vertheilten, meist grossen Nestern schöner Knorpelzellen und Lagen von echtem Knochengewebe mit dicht stehenden Knochenkörperchen. Die oberflächliche Schichte bestand in ungleicher Dicke aus verkalktem Knorpel mit sehr dichten kleinen Knorpelzellen, welche meist in radiären Streifen angeordnet waren. Dünne Streifen ähnlicher verkalkter Parthien zogen sich im Inneren des Gelenkkörpers parallel zur Oberfläche hin.

Bemerkenswerth ist an diesem Falle, dass der chron. Hydrarthros trotz seines gewiss sehr langen Bestandes und der Lebensweise des Kranken, welche tiefere Gewebstörungen der Serosa des Kniegelenks begünstigte in verhältnissmässig kurzer Zeit völlig geheilt wurde. Ferner liefert der Verlauf der durch die Operation gesetzten Gelenkwunde einen Beleg für die Wichtigkeit einer schnell bewirkten, absoluten und

dauernden Immobilisirung bei penetrirenden Verletzungen grösserer Gelenke.

VII. Veraltete Luxation des rechten Oberschenkels. Reposition. Wiederherstellung der Brauchbarkeit der Extremität.

Der im Folgenden mitgetheilte Fall verdient wegen der langen Dauer der Luxation und der Schwierigkeiten, mit welchen die Wiederherstellung normaler Verhältnisse zu kämpfen hatte, sowie vielleicht nicht minder wegen seiner Aetiologie einige Berücksichtigung.

Am 31. Mai 1871 wurde L. Th, eine 31jährige kräftige und gesunde Dienstmagd aus Faggen mit den Erscheinungen einer Luxatio femor. iliaca dextra auf die chirurg. Klinik aufgenommen. Die Pat. kam auf zwei Krücken. Ihre rechte untere Extremität war beträchtlich verkürzt, im Hüft- und Kniegelenke leicht gebeugt und einwärts gerollt. Die Spitzen der Zehen berührten den Boden, die Ferse stand hoch über demselben nach aussen und hinten, und konnte auf keine Weise bis auf denselben herabgesenkt werden. Beim Gehen wurde die rechte Extremität unter äusserst geringer Flexion am Hüftgelenke (mehr durch Rotation des ganzen Beckens im gesunden linken Hüftgelenke) nachgeschleppt. Bei der Untersuchung des Gelenkes fand man die Pfannengegend leer, dagegen auf dem rechten Darmbeine einen rundlichen harten Körper, welcher die Bewegungen des Oberschenkels mitmachte. Beugung und Streckung, sowie Ad- und Abduction des rechten Oberschenkels waren nur in ganz beschränktem Umfange ausführbar.

Die Luxation, um welche es sich hier handelte, war 10 Wochen alt und entstanden, als die Patientin einen schweren Bund Waldstreu, unter den sie hingekniet war, aufheben wollte. Im Augenblicke als sie den Ruck machte, um ihre gebeugten Knie- und Hüftgelenke zu strecken, wurde sie von der Last des Bündels nach rechts und vorne niedergerissen.

Sie empfand in demselben Augenblicke in der rechten

Hüfte einen heftigen Schmerz, ihr rechter Oberschenkel war starr gebeugt und an den linken angelegt, die Patientin ausser Stande ihn zu regen und sich vom Boden zu erheben.

Trotz eines Repositionsversuches, welcher noch an demselben Tage vorgenommen worden war, konnte die Kranke ihre Extr. nicht mehr gebrauchen.

Am 1. Juni wurde an der tief narkotisirten Patientin der erste Repositionsversuch gemacht. Durch Beugung, Abduction und Auswärtsrotation wurde mehrere Male versucht, den Schenkelkopf an seinen alten Platz zurückzuführen, allein es wurde nicht mehr als eine freiere Beweglichkeit erzielt.

Es folgte darauf keine Temperatursteigerung und nur sehr geringe Schmerzhaftigkeit der Hüfte.

Am 19. Juni wurde nach abermaliger tiefer Narcose die Patientin auf eine Matraze am Boden gelagert und die Reposition durch Ausführung der oben angegebenen Bewegungen unter Zuhilfenahme kräftiger Traktionen bei den letzten zwei Akten (Abduction und Auswärtsrollung) endlich zu Stande gebracht.

Bei gleichgestellten Darmbeinstacheln standen beide Trochanteren gleich hoch, der Gelenkskopf war nicht mehr auf dem Darmbeine zu fühlen, die rechte Extremität lag ohne Flexions-, Adductions- und Rotationswinkel, die Luxation schien also reponirt. Der rechte Trochanter sprang aber noch etwas stärker vor und legte den Gedanken nahe, dass entweder schon eine theilweise Ausfüllung, resp. Verengerung der Pfanne eingetreten sei, oder der Kopf trotz gleicher Länge beider Extremitäten nicht völlig in der noch normalen Pfanne, sondern an deren oberem hinteren Rande stehe.

Die Repositionsversuche hatten lange gedauert, die Narcose war tief gewesen und begann sich zu verflachen, es wurde daher mit Rücksicht auf die Patientin von Versuchen, diesen Rest von Deformität vollends zu beseitigen, abgestanden und ein Gypsverband in der von Herrn Prof. Heine empfohlenen Weise über die ganze kranke Extremität, das Becken und die obere Hälfte der gesunden angelegt. Exten-

sionsschienchen (angegeben von Herrn Prof. Heine) sollten den nächsten Tag angebracht werden und die völlige Hereinführung des Kopfes in die Pfanne beendigen.

Am 19. Juli wurden nach Abnahme des Gypsverbandes die vorbeschriebenen Verhältnisse noch vorgefunden. In den nächstfolgenden Tagen aber rückte der Oberschenkelkopf wieder etwas höher hinauf.

Am 4. August (bis wohin wegen eines Decubitus am Kreuzbeine, welcher die Anlegung eines neuen Gypsverbandes erschwert hätte, die Wiederholung der Repositionsversuche verschoben werden musste) gelang es unter Anwendung der erstangeführten Methode und sehr energischer Traction den Kopf ganz in die Pfanne zu bringen. Ein deutliches Krachen, welches im Augenblicke als der Kopf herabtrat, hörbar wurde, erweckte den Verdacht auf eine Fraktur des Schenkelhalses. Umsomehr musste, da nun die Extremitäten völlig gleich lang waren, ein neuer Gypsverband über das Becken und beide Extremitäten angelegt werden.

Darauf folgenden Tages wurden abermals Extensions-schienchen angebracht.

Nach acht Wochen wurde dieser zweite Gypsverband entfernt.

Die rechte Extremität war so lang wie die linke, die Einrichtung also dieses Mal gelungen. In der zweiten Woche des November durfte die Kranke die ersten Gehversuche mit Hilfe zweier Krücken machen.

In der Folge setzte sie dieselben fort und kam Mitte Dezembers so weit, dass sie mit Hilfe eines Stockes gehen konnte.

Bei ihrer Entlassung am 13. Januar 1872 betrug die Entfernung des rechten Trochanters von einem in der Fortsetzung des ganz gestreckten Oberschenkels liegenden Punkte der Crista ossis ilei um 4 Linien mehr als links, die Extremität war activ im nahezu normalen Umfange beweglich die Patientin also völlig geheilt.

VIII. Spontanluxation des rechten Oberschenkels. Reposition. Heilung.

Wegen der hohen Wichtigkeit, welche der im folgenden anzuführende Fall für die Fragen über Spontanluxation hat, sieht derselbe einer ausführlichen Veröffentlichung entgegen, und kann darum an diesem Orte nur ein kurzer Abriss desselben gegeben werden.

Am 17. Dezember 1870 wurde J. J., ein sonst gesundes und gut entwickeltes Mädchen von 13 Jahren, von ihrer Mutter auf die chir. Klinik gebracht.

Das Kind hatte in der ersten Woche des August plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Hüfte bekommen, welche sie zwangen, zu Bett zu liegen.

Bald war Fieber hinzugetreten und wurden die Schmerzen unausstehlich, besonders wenn das Kind sein rechtes Bein bewegen sollte. Es gewöhnte sich daher, mit angezogenen Beinen, wobei das rechte durch das linke getragen wurde, still zu liegen, und konnte (was die Mutter erst bei dem im Anfange November erfolgenden Nachlass der Schmerzen bemerkte) ihr Bein im Hüftgelenke nicht mehr strecken.

Man fand bei der Aufnahme den rechten Trochanter stärker vorspringend und um $3\frac{1}{2}$ Cm. dem Darmbeinkamme näher als den linken. Das Bein war adducirt, einwärts rotirt, stark gebeugt und kaum beweglich. Der Gelenkkopf war am Darmbeine deutlich zu fühlen und machte hier die geringen Bewegungen, welche überhaupt mit dem Oberschenkel ausgeführt werden konnten, mit

Von Narben in der Umgebung des Hüftgelenkes oder anderwärts war nichts zu sehen. Die Mobilisirung und Reposition der luxirten und an falscher Stelle fixirten Extremität wurde auf dieselbe Weise wie im vorigen Falle bewerkstelliget und der Erfolg durch einen im Schneider-Menel'schen Apparate wie oben angelegten Gypsverband gesichert.

5 Wochen später fand sich nach Abnahme des Gypsverbandes, dass die rechte Extremität weniger frei beweglich

und um 1 Cm. kürzer sei als die linke und dass der Trochanter rechts weiter vorstehe als links, letzteres wahrscheinlich in Folge von Verflachung und Verkleinerung der Pfanne.

Die Patientin wurde nun 6 Wochen mit suspensirter Extremität in Extension gelegt; dann aber wurde, da Beweglichkeit und Längenverhältniss hiedurch nicht wesentlich verbessert zu werden schienen, in der Narcose ein zweiter Versuch gemacht, den letzten Rest von Abnormität durch forcirte Flexion, Adduction, Auswärtsrotation und Traction noch völlig zu beseitigen. Abermals Gypsverband auf die Dauer von 10 Wochen.

Mitte Juni war zwar noch die Verkürzung des Beines um 1 Cm. und das stärkere Vortreten des rechten Trochanters vorhanden, aber der Oberschenkel im Hüftgelenke so weit beweglich, dass er bis zu einem Winkel von 40° gebeugt, im normalen Umfange abducirt, adducirt, rotirt und nahezu völlig gestreckt werden konnte.

Ende August ging die Patientin auf Krücken herum, die sie dann Anfangs Oktober mit zwei Stöcken vertauschte.

Ihr Gang war zwar noch etwas unsicher, und bei grösseren Schritten bewegte sich auch das Becken mit, allein alles dies besserte sich in der Folge so beträchtlich, dass die Kranke am 15. Jänner mit beinahe normalfunktionirenden Gelenken entlassen werden konnte.

Damals — also 4 Monate, nachdem sie das Bett verlassen und täglich immer länger dauernde Gehversuche gemacht hatte — betrug die Verkürzung der krankgewesenen Extremität nicht mehr als 1 Cm., wie nach der 1 Reposition, und wurde der Flexionswinkel, auf dessen Rechnung diese kleine Verkürzung zu setzen ist, mit 7° (mit Hülfe des Coxanlyometers von Herrn Prof. Heine) festgestellt.

IX. Luxatio humeri sin. subcoracoidea inveterata.
Reposition nach der Methode von Herrn Prof.
Heine.

Im Jahre 1867 empfahl Herr Prof. Heine auf der Natur-

forscherversammlung zu Frankfurt für veraltete Schultergelenksluxationen nach vorne eine neue Repositionsmethode, welche sich in der Folge so bewährte, dass er im Jahre 1870 schon 4 von ihm selbst durch dieselbe geheilte Fälle veröffentlichten konnte. (S. Nr. 25 und 26 der „Wiener Med. Wochenschrift“.)

Seit jener Zeit sind auf der chirurg. Klinik nach dieser neuen Methode zwei weitere Luxationen reponirt worden, die im Folgenden mitgetheilte jedoch übertraf alle bisherigen durch die Dauer ihres Bestandes. — Ein 55jähriger Tagelöhner war im Juni des Jahres 1870 unter der Last eines schweren Brettes so nach hinten übergefallen, dass er zuerst mit dem linken Ellbogen auf dem Boden aufstieß, und sich dabei den humerus luxirte. Repositionsversuche, welche bald darauf von unkundigen Händen, und dritthalb Monate später von einem Arzte angestellt worden waren, hatten keinen Erfolg gehabt. Oft auftretende heftige Schmerzen und Schwellung der Schultergegend erregten die Vermuthung, dass auch entzündliche Vorgänge in den Gebilden des luxirten Gelenkes abgelaufen seien.

Bei der Aufnahme des Kranken am 12. Febr. 1871 — also nahezu 8 Monate nach dem Unfälle — fanden sich die Symptome einer Luxatio subcoracoidea. Die activen Bewegungen, waren auf ein höchst geringes Mass beschränkt, so zwar, dass der Patient mit dem abducirten Daumen, nur dann an den Mund reichen konnte, wenn er das Schulterblatt stark mitbewegte, und gleichzeitig den Kopf tief herabsenkte.

Die Elevation, Rückwärtsbewegung und Rotation des Armes war fast ganz unmöglich. Nicht viel weiter waren die Grenzen der passiv ausführbaren Bewegungen.

Am 17. Februar wurde der Patient so tief narkotisirt, als es die bedenklich flache Respiration, in welche er bald verfallen war, erlaubte. Ehe noch die Muskeln völlig erschlaft waren, musste die Reposition versucht werden.

Ein Polster des Operationstisches wurde so weit unter

den Rücken des Kranken gebracht, dass die linke Schulter frei lag, der Kopf wurde von einem Assistenten nach der rechten Seite geneigt, frei gehalten.

Zuerst wurde der Arm in seiner Luxationsstellung durch ausgiebige Rotations- Ab- und Adductions-bewegung möglichst frei gemacht; dann bei rechtwinklig gebeugtem Vorderarm so stark elevirt, bis der Oberarmkopf in der Achselhöhle erschien. — An diesen stemmte nun ein Assistent seine beiden Daumen mit aller Kraft an, um das Zurückgleiten an die die ebenverlassene Stelle während der nun folgenden Herabführung des Armes vor dem Gesichte zur Brust (Circumduction und Senkung) zu verhindern.

Erst nach dem dritten Versuche stand der luxirtgewesen Oberarmkopf an seinem normalen Platze. Man konnte seinen Rand von der Achselhöhle her so deutlich befühlen, dass über das Gelungensein der Reposition kein Zweifel aufkommen konnte. Dies war von um so grösserer Wichtigkeit, weil die Wölbung der Schulter nun auf dieser Seite merklich stärker ausgesprochen war, als rechts (d. i. auf der gesunden Seite). Wahrscheinlich hatte die Schulter-Pfanne im Verlaufe der nach der Luxation verflossenen 8 Monate sich schon so verändert, dass der Kopf sich ihrem Grunde nicht ganz anschmiegen konnte. Dieser Gedanke bekam auch durch die in der Anamnese angeführten Symptome einer Entzündung in der verletzt gewesenen Schulter festere Gestalt. Trotz der angeführten, geringen Abnormität, konnten nun alle Bewegungen der Schulter in ziemlich grossem Umfange ausgeführt werden. — Dem Kranken wurde darauf bei an den Stamm (über ein Achselkissen) angezogenem Arme ein Gypsverband angelegt.

Bei der Entfernung des Gypsverbandes am 25. März stand der Kopf gut, war aber die Beweglichkeit desselben etwas beschränkt; er wurde desshalb in der Chloroformnarkose ausgiebig mobilisirt, dann aber der Arm für kurze Zeit wieder in einem leichten Gypsverbande fixirt. Warme Bäder und passive Bewegungen, welche mit der äussersten Conse-

quenz ausgeführt wurden, vergrösserten in der Folge die Brauchbarkeit des Armes so weit, dass ihn der Kranke bei seiner Entlassung bis zur Horizontalen erheben, gut rotiren ab- und adduciren konnte.

Dr. J. Schlemmer, 2. klin. Assistent.

Vier Beobachtungen von Brucheinklemmung und Herniotomie.

Von den im Folgenden mitgetheilten Beobachtungen von eingeklemmten Hernien ist nur der erste Fall, als der einzige klinische des abgefaufenen Jahres, in der obigen Statistik enthalten. Von den drei übrigen gehören zwei der konsultativen Privatpraxis des Unterzeichneten an, während der dritte allerdings auch in klinischer Behandlung stand, aber bereits in das laufende Jahr fällt, da er am 1. Jänner d. J. auf der Klinik Aufnahme fand. Ich stelle dieselben nichts destoweniger hier zusammen, weil sie sämmtlich in dem kurzen Zeitraume von 5 Monaten zur Beobachtung gelangten, und indem sie mancherlei Anlass zur Vergleichung bieten, alle (jeder in seiner Art) das Interesse des ärztlichen Leserkreises dieser Zeitschrift für sich in Anspruch zu nehmen berechtigt sind. Von den vier eingeklemmten Brüchen, waren zwei Leistenbrüche (beide bei klinischen Kranken männlichen Geschlechtes beobachtet), der dritte ein Schenkelbruch und der vierte ein Nabelbruch (die beiden letzteren bei Frauen in der Privatpraxis zur Beobachtung gekommen). Dreimal fand sich eine Enteroepiplocele, das vierte Mal (bei dem Schenkelbruch) eine einfache Enterocele vor. In den drei erstgenannten Fällen hatte der Bruchschnitt die Heilung zur Folge, in dem letzten, am spätesten zur Operation gelangten, trat der letale Ausgang ein. Einmal wurde die Herniotomie ohne, dreimal mit Eröffnung des Bruchsack's ausgeführt, darunter einmal freilich entgegen der ursprünglich bestandenen Absicht.

1. Rechtseitige eingeklemmte äussere Leistenhernie, Herniotomie ohne Eröffnung des Bruchsack's, Heilung per primam intentionem.

Ein 45jähriger Arbeiter, A. D., litt seit 23 Jahren an einem cca. henneneigrossen r. Leistenbruch, welcher nach seiner Angabe nach Heben einer schweren Last plötzlich hervorgetreten sein soll. Seit einem Jahr erst trug der Kranke wegen Schmerzhaftigkeit der Bruchgeschwulst beim Arbeiten ein ihm verordnetes Bruchband, unter dem aber der Bruch stets hervorschlüpfte. Den 17. Nov. 1871 Nachm. 4 Uhr, bemerkte Patient bei der Arbeit eine Volumszunahme des Bruches, die ihn nach einer Stunde veranlasste sich zu Bett zu begeben. Ein Versuch, den bis dahin immer reponirbaren Bruch zurückzubringen misslang. Patient legte das Bruchband über die Bruchgeschwulst an; doch unter demselben vergrösserte sich der Bruch, so dass der Riemen des Bruchband's entzweiriss. Es stellte sich heftiges Bauchgrimmen und im Laufe der Nacht zweimaliges Erbrechen von Speisebestandtheilen ein. Um 6 Uhr Abends hatte Patient noch eine Stuhlentleerung gehabt. Am folgenden Morgen liess er sich auf den Rath eines Collegen, der keinen Repositionsversuch machte, auf die Klinik aufnehmen. Man gewahrte in der obern Hodensackhälfte eine kindskopfgrosse pralle, tympanitisch klingende Geschwulst, die mit einem dicken Stiele in den Leistenkanal hineinreichte. Ein schonend ausgeführter Taxisversuch ergab als wahrscheinlichen Sitz der Einschnürung den äussern Leistenring. Die Geschwulst war bei Berührung empfindlich, der Gesichtsausdruck des Kranken verrieth grosse Aengstlichkeit.

Um 10 Uhr Vormittags wurde zur Chlörformnarkose geschritten und nun in planmässiger Weise Repositionsversuche mittelst concentrischen Drucks vom Grunde der Geschwulst her und trichterförmiger Einengung des Geschwulststiels mittelst Traktion, sowie mittelst allseitiger Compression des Bruchs gemacht, unter gleichzeitigem Niederdrücken der

Bauchdecke mit einer andern flachen Hand oberhalb der Bauchgeschwulst in der r. *reg. hypogastrica*. Alles vergebens; der Bruch blieb so gespannt wie zuvor. Darauf wurde mehrere Stunden hindurch Eis applicirt, und Nachmittags 4 $\frac{1}{2}$ Uhr nach erneuter Narkotisirung und nochmaligen fruchtlosen Taxisversuchen die Herniotomie gemacht in der ausgesprochenen Absicht, dem äusseren Leistenring durch eine möglichst kleine Wunde direkt zu Leib zu gehen und den Bruchsack uneröffnet zu lassen. Ich führte einen 1 $\frac{1}{2}$ " langen schräg nach Aussen aufwärts verlaufenden Schnitt gerade über dem Leistenring, vertiefte ihn successive bis zur Blosslegung des letzteren, überzeugte mich, dass wirklich durch diesen die Einklemmung bedingt wurde, kerbte denselben mit dem konkaven Herniotom nach Oben ein und vermochte sodann ohne Mühe den Bruchinhalt in die Bauchhöhle zurückzuschieben. Die Incarceration war behoben. Die kleine Hautwunde wurde durch 5 Knopfnähte vereinigt und Patient in das Bett zurückgebracht. Derselbe fühlte sich durch die Operation sehr erleichtert. Es stellte sich in der folgenden Nacht Stuhl ein. Am folgenden Tage wurden 3 Nähte, am zweiten die zwei übrigen entfernt. Fieber trat nicht ein. Die *prima intentio* war vollkommen gelungen. Ein taubeneigrosses, kolbiges Netzstück lag noch im Bruchsack vor und war offenbar mit demselben leicht verklebt, so dass es sich ohne stärkeren Druck nicht reponiren liess. Aus Schonung für die junge Narbe wurde deshalb die Reposition desselben erst am achten Tage nach der Operation mit Erfolg vorgenommen. Der Kranke wurde einige Tage später entlassen, nachdem er vorher mit einem passenden Bruchband versehen worden war. — Die richtige Diagnose der Einklemmung durch die Bruchforte, der unbedeutende Eingriff durch die darauf basirte, 24 Stunden nach eingetretener Incarceration ausgeführte Operation, die Wundnaht und primäre Vereinigung, sowie das Ausbleiben aller Reaktionserscheinungen bilden die bemerkenswerthen Punkte dieser Beobachtung.

2. Rechtseitige incarcerirte Scrotalhernie, Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackhalses, Peritonäalnaht, Heilung.

Der Bruch dieses 22 J. alten Kranken, F. St., besteht angeblich erst seit drei Jahren. Damals soll er unmittelbar in Folge Herabrutschens über drei Treppen als kleine Geschwulst entstanden sein, die sich später nach einem Brechanfalle gegen das Scrotum herab ausdehnte. Zugleich stellten sich heftige Schmerzen im Unterleibe ein, die seine Aufnahme in's Spital veranlassten. Man nahm die Reposition der Hernie vor und legte dem Patienten ein Bruchband an, das er seit jener Zeit ununterbrochen bei Tag und bei Nacht trug. Am 1. Januar ds. Js. Nachmittags 4 Uhr schlüpfte der Bruch unversehens unter der Pelotte des schadhaft gewordenen Bruchbandes hervor; es gesellten sich sofort Schmerzen im Unterleibe hinzu, $\frac{1}{2}$ Stunde später erfolgte Erbrechen, das sich wiederholte. Um 7 Uhr Abends wurde von einem Collegen ein erfolgloser Taxisversuch gemacht, und um $11\frac{1}{2}$ Uhr Nachts der Kranke der Klinik übergeben. Er hatte verfallene Gesichtszüge und klagte über öfters Frostschauer. Bei der örtlichen Untersuchung fand sich eine strausseneigrosse r. Scrotalhernie, deren untere Parthie sich mässig weich anfühlte, während die obere prall gespannt war, und die an ihrem Halse besonders in der Tiefe gegen den inneren Leistenring zu sich stark eingeschnürt und sehr empfindlich zeigte. Sofortige von dem ersten Assistenten Herrn Dr. Láng sowohl ohne als in der Narkose vorgenommene Repositionsversuche waren vergeblich. Es wurde desshalb ein Eisbeutel auf die Bruchgeschwulst gelegt und innerlich Eispillen verabreicht, da der Kranke wiederholt gallig-schleimige Massen erbrach und von anhaltendem Aufstossen gequält wurde.

Den folgenden Morgen um 10 Uhr sah ich den Kranken in diesem Zustande und entschloss mich ohne Säumen zur Vornahme der Herniotomie (18 Stunden nach erfolgter

Incarceration). Der hohe Grad der Einschnürung und die Beweglichkeit des Einklemmungsringes bewogen mich von jedem weiteren Taxisversuch abzusehen. Ich beabsichtigte, wie in dem vorigen Falle wo möglich ohne Eröffnung des Bruchsacks die Einklemmung zu heben, jedenfalls aber durch eine kleine Incisionswunde in der Gegend des Leistenkanals, dessen innere Oeffnung als Sitz der Einschnürung angenommen wurde, die Operation ihrem Endziele zuzuführen. Ich machte zu diesem Zweck in der Chloroformnarkose einen 1" langen Schrägschnitt an der genannten Stelle, drang durch denselben schichtenweise spaltend zum äusseren Leistenring vor und überzeugte mich, dass dieser, obgleich ziemlich eng, doch nicht die Ursache der Incarceration sein konnte. Ich kerbte ihn nichtsdestoweniger nach Aussen aufwärts ein, um dem Finger einen Zugang zum inneren Leistenring längs des Bruchsackhalses zu bahnen. In der Höhe des letzteren fühlte ich am Bruchsackhalse dicht anliegend mehrere über denselben straff herübergespannte fibröse Stränge, welche zweifellos die Einklemmung bedingten. Sie schienen mir dem inneren Leistenring anzugehören, waren aber in die Aussenfläche des Bruchsacks so tief eingebettet, dass ich Mühe hatte, unter Führung des linken Zeigfingernagels einige derselben mit einem schmalen spitzen Bistouri zu durchschneiden. Unter die obersten suchte ich eine dünne Hohlsonde unterzuschieben; doch bei diesem Versuche riss die brüchige Wand des Bruchsackhalses ein, und ich erweiterte nun rasch die kleine Risswunde durch die noch ungetrennten Stränge hindurch mit dem Herniotom. Beim Einreissen schon stürzte eine reichliche Menge klarer seröser Flüssigkeit hervor und dieser folgte zuletzt ein circa wallnussgrosser Knollen blutig infiltrirten Netzes. Dasselbe liess sich ebenso wie der übrige Bruchinhalt, der aus Darmschlingen bestand, durch Compression der Bruchgeschwulst vom Grunde her leicht in die Bauchhöhle reponiren, ohne dass etwas Weiteres in der Wunde zum Vorschein kam. Die Wunde am Bruchsackhalse wurde nun mit spitzen Häkchen vorgezogen, gereinigt, ihre Ränder mit der Scheere egalisiert

und sodann durch 13 Knopfnähte mit karbolisirten Seidenfäden (Schliemann'sche Seide Nro. 0) vereinigt. Während dieser Zeit wurde von Seiten des Assistenten das Eindringen von Luft in die Bauchhöhle wirksam verhindert. Die Fäden wurden zur äusseren Hautwunde herausgeleitet, nebst zwei angelegten Ligaturfäden, die Wunde mit Carbolnebel bestäubt, offen gelassen und mit karbolisirter Watte, Guttaperchapapier und einer Spica coxae verbunden. Das subjektive Befinden des Kranken nach der Operation war ein ganz befriedigendes. Da ich in Erfahrung gebracht hatte, dass derselbe schon längere Zeit an einer Intermittens tertiana leide und seinen Anfall am Tage der Operation erwarte, so ordnete ich sofort die Verabreichung von 10 gr. Chinin. sulf. mit 1 gr. Opium an und liess diese Dosis 8 Tage hindurch täglich nehmen. Am Nachmittag nach der Operation stellte sich der Fieberanfall auch wirklich ein mit einer Temperatur von 40° C. In der Umgebung der Wunde traten keinerlei Reaktionsercheinungen auf. Am zweiten Tage nach der Operation war Patient fieberfrei und konnten 4 Nähte, die durchgeschnitten hatten, entfernt werden. Am dritten Tage wurde eine weitere Sutura nebst den zwei Ligaturfäden und an den folgenden vier Tagen die übrigen Nähte, nachdem sie durchgeschnitten hatten, herausgenommen. Patient, dessen Wunde in schönster Heilung begriffen war, hatte bis zu dieser Zeit (dem 7. Tage nach der Einklemmung) noch keinen Stuhl gehabt. Chinin und Opium wurden nun ausgesetzt und ein Clystier gegeben. Darauf folgten zwei Entleerungen vereinzelter knolliger Fäces. Da das ganze Rectum mit einer Menge solcher fester, trockener Scybala ausgefüllt war, wurde die Auslöflung derselben vorgenommen.

Der weitere Verlauf bietet nichts Bemerkenswerthes mehr. Unter fortgesetzter antiseptischer Behandlung gelangte die Operationswunde am 24. Tage zur vollkommenen Heilung. Das Wechselfieber blieb aus und der Kranke wurde am 28. Tage mit einem gutschliessenden Bruchbände entlassen.

Die Grundsätze, nach welchen ich bei und nach der

Herniotomie frisch eingeklemmter Leistenhernien verfahren und die durch vorstehende Fälle ihre Illustration erhalten, lassen sich kurz dahin resumiren, dass ich:

1. trachte, wo immer möglich eine kleine Wunde dem muthmasslichen Sitze der Einklemmung gegenüber anzulegen;

2. stets, wo nicht die Einklemmung durch den Bruchsack selbst oder innerhalb desselben von vornherein feststeht, in erster Linie darauf ausgehe, die Incarceration unter Schonung des Bruchsacks (nach Petit) zu beheben;

3. sofern nicht besondere Gründe dagegen sprechen, die Vereinigung der äusseren Wunde, und wenn der Bruchsack eröffnet werden musste, der Bruchsackwunde allein oder neben der äusseren Wunde durch die Naht vornehme behufs Erzielung einer prima intentio;

4. (und das gilt für alle eingeklemmten Hernien gleichmässig) die Nachbehandlung mit Opium leite und den spontanen Eintritt der Stuhlentleerungen abwarte.

3. Linkseitiger eingeklemmter Schenkelbruch, Herniotomie, Heilung.

Am 19. August vorigen Jahrs wurde ich von Herrn Dr. Theuille zu einer Frau A. H. in T. gerufen, welche seit Abends vorher Einklemmungserscheinungen an ihrer kleinen l. Schenkelhernie darbot, die gerade ein Jahr zuvor von demselben Collegen wie es scheint, im Zustande einer leichten Kothanschoppung zuerst wahrgenommen worden war. Die Kranke hatte bis dahin den „Knopf“ nicht bemerkt gehabt. Die Colikerscheinungen vor 1 Jahr giengen nach einigen Stunden vorüber, obgleich die von dem gen. Collegen versuchte Reposition der Hernie nicht gelang. Auch in späterer Zeit mehrmals vorgenommenen Repositionsversuche, welche die Anlegung eines Bruchbandes zum Zweck hatten, blieben erfolglos, so das die Annahme einer H. accreta nahe gelegt wurde.

Am 18. August 1871 Abends stellten sich nun neuerdings Symptome von Incarceration ein, die aber diesmal während der Nacht und am folgenden Morgen an Intensität zunahmen, zu wiederholtem Erbrechen und schmerzhafter Spannung der kleinen Bruchgeschwulst führten und daher den oben erwähnten Herrn Collegen veranlassten, telegraphisch meine Hülfe nachzusuchen. Ich traf mit Herrn Dr. Láng den 19. gegen 4 Uhr in T. ein, fand die Kranke mit ängstlichem Gesichtsausdruck, kleinem schnellen Puls und leichtem Meteorismus. Die unterhalb des Poupart'schen Bandes im Schenkelbug befindliche Bruchgeschwulst hatte den Umfang einer grossen Pflaume, war sehr gespannt, schmerzhaft und im Schenkelring fest eingeschnürt, die Bruchdecken nur leicht geschwellt. Da ein sofort ausgeübter Taxisversuch (der erste nach erfolgter Einklemmung) die Erfolglosigkeit, die Incarceration auf diesem Wege zu beheben, fast zur Gewissheit machte, überredete ich die gegen die Operation sich sträubende Patientin zur Einwilligung in dieselbe und nahm sie ohne Säumen in der Chloroformnarkose nach einem nochmaligen vergeblichen Versuche der Reposition vor. Ein circa 2 Zoll langer Längsschnitt, zwischen zwei Pincetten vorsichtig vertieft, legte den Bruchsack bloss; derselbe wurde ebenfalls mittelst zweier Pincetten etwas emporgehoben und da ich eine Verwachsung desselben mit dem Bruchinhalte vermuthete, mit grosser Vorsicht eingeschnitten. Darauf kam die matt geröthete Aussenfläche einer kleinen Darmschlinge, die durch kurzes straffes Zellgewebe im ganzen Umfang des Bruchsacks angewachsen war, und nur mit geübtem Auge sich erkennen liess, zum Vorschein.

Der Bruchsack wurde der Länge nach gespalten, der linke Zeigfinger in denselben gegen den Schenkelring geführt und auf dem Nagel desselben der überaus enge Ring mit dem Herniotom nach Oben eingekerbt, darauf die kleine stark hyperämische Darmschlinge grösstentheils mit dem Skalpellstiele rings aus dem Bruchsack ausgelöst und ohne

Schwierigkeit reponirt. Die Wunde wurde zur Hälfte durch Knopfnähte geschlossen. in den untern Winkel eine Charpie-Mèche eingelegt und ein Spica-Verband darüber gemacht Die Operation gieng sehr rasch und ohne Schmerz für die Kranke von statten, die sich durch dieselbe sehr erleichtert fühlte. Die von Herrn Dr. Theuille geleitete Nachbehandlung stiess auf keine unangenehmen Zufälle mehr. Der vereinigte Theil der Wunde heilte per primam, der übrige auf dem Wege der Eiterung fast ohne Fieber und ohne alle peritonitischen Erscheinungen innerhalb 4 bis 5 Wochen. Am 21. September gieng die Kranke schon wieder ihren gewohnten Beschäftigungen nach. Der erste Stuhl hatte sich erst 8 Tage nach der Herniotomie auf ein Clyisma eingefunden. Die Genesene trägt jetzt ein Bruchband, das ihren Bruch reponirt hält. Ich habe sie seit der Operation nicht mehr gesehen.

Herr Dr. Theuille, dem ich die bezüglichlichen obigen Notizen verdanke, theilt mir mit, dass die kleine Hernie, wenn sie sich gelegentlich wieder hervordränge, sehr leicht reponirbar sei.

4. Eingeklemmter grosser Nabelbruch bei einer Erwachsenen, späte Herniotomie, Tod durch Septicämie.

Ein älteres Fräulein von ziemlicher Corpulenz, welches schon seit einer Reihe von Jahren an einem reponiblen Nabelbruch litt, wegen dessen sie ein Bruchband trug, verspürte während ihres Aufenthaltes am Achensee am 20. August v. J. Morgens 10 Uhr in Folge heftigen Lachens, plötzlich unter intensivem Schmerz ein Hervortreten ihres Bruches von mehr als gewöhnlichem Umfang. Sie wurde von Uebelsein befallen und musste sich legen. Zwei zufällig anwesende Collegen wurden nach mehrfachen von ihr selbst angestellten, vergeblichen Repositionsmanövern, nach Ablauf einer Stunde hin-

zugerufen, konstatirten eine Brucheinklemmung, und nahmen ohne Verzug sowohl ohne als mit Chloroform wiederholte Taxisversuche vor. Als auch diese nicht zum erwünschten Ziele führten, veranlassten sie die Kranke sich nach Innsbruck transportiren zu lassen und meine Hülfe anzusuchen. Der Transport musste circa 2 Stunden per Wagen auf holperigen Wegen und 1 Stunde per Bahn ausgeführt werden und griff die Kranke sehr an. Abends traf sie hier ein, den andern Morgen 10 Uhr wurde ich hinzugezogen, nachdem am Abend zuvor von Herrn Collegen Lantschner erneute Versuche zur Reposition, aber wie die früheren ohne Erfolg gemacht worden waren. Als ich die Kranke sah, machte sie mir gleich einen sehr ungünstigen Eindruck. Sie hatte die Nacht über öfters gebrochen, und litt an beständigem Aufstossen. Ihr Gesicht war sehr geröthet, der Ausdruck desselben hatte etwas Aengstliches und der Puls war klein und fliegend, der Unterleib in Folge von Moteorismus ausgedehnt und mässig gespannt. Die Nabelbruchgeschwulst trug auf ihrer Höhe die verstrichene Nabelnarbe und hatte die Grösse eines Kindskopfs. Sie war von fettreichen, stark ödematösen und entzündlich infiltrirten, leicht gerötheten Bauchdecken bedeckt, sehr gespannt und schmerzhaft, und sass mit breiter Basis der vorderen Bauchwand auf. Ihr Inhalt fühlte sich ziemlich derb an, soweit sich neben der nicht unbeträchtlichen Quantität Bruchwassers erkennen liess. Es wurde der Kranken ohne Verzug die Narkotisirung behufs erneuter Vornahme der Taxis und eventuellen, sofortigen Uebergang zur Herniotomie vorgeschlagen, über deren Gefahren im Hinblick auf die verflossene Zeit seit der Einklemmung, den unzuträglichen Transport und die Fettleibigkeit der Kranken ich deren Angehörige nicht im Zweifel liess. Es kam zur Operation, die ich mit Hülfe der Herren DDr. Lantschner und Láng ausführte. In der Medianlinie der Bruchgeschwulst wurde ein Längsschnitt in der Länge ihrer zwei unteren Drittel durch die Haut geführt, dann die Zellgewebs-Schichten successive zwischen

zwei Pinzetten getrennt und der sehr dünne Bruchsack bloßgelegt. Eine Einkerbung des die Incarceration bewirkenden Nabelrings ausserhalb des Bruchsackes erschien unthunlich. Letzterer wurde daher in der Ausdehnung des Hautschnittes gespalten, worauf nach Abfluss einer ziemlichen Menge bräunlichen Bruchwassers eine röthlichgefärbte Masse fettreichen Netzes zum Vorschein kam. Dieses wurde behutsam auseinandergelegt, und gegen den Nabelring hin verfolgt, wo ich sehr bald eine von dem Netz rings umhüllte kleine, blauröthliche Dünndarmschlinge entdeckte, die mit dem Netz im Nabelring eingeklemmt war. Letzterer wurde auf der Hohlsonde nach mehreren Richtungen eingekerbt, bis sich die Darmschlinge, an der noch kein Zeichen von Brand wahrgenommen wurde, reponiren liess, und das gleichfalls gut erhaltene Netz ohne Schwierigkeit zurückgebracht werden konnte. Die Operationswunde wurde darauf sorgfältig antiseptisch gereinigt, und die äussere Wunde bis auf den unteren Winkel, zur Verhütung eines Vorfalles durch die Naht geschlossen. Die Kranke, die von der Operation nichts gefühlt, befand sich nach derselben ganz wohl. Den Tag über dauerte nur das lästige Aufstossen fort, Erbrechen kam nicht wieder, das Fieber hielt in mässigem Grade an. Die Nacht war etwas unruhig, am Morgen fand sich etwas Wundsekret im Bruchsack angesammelt, es wurde daher der grösste Theil der Nähte entfernt, es entleerte sich wie bei der Operation viel braunröthliches, wässriges Sekret, das auch aus der Bauchhöhle noch in einiger Menge nachfloss. Antiseptischer Verband, Eis, Chinin. Am folgenden Tage zeigte sich eine circumskripte Peritonitis links vom Nabel, und wiederum Abfluss einer nun etwas übelriechenden, mit feinen Gasbläschen gemischten Flüssigkeit. In den Bruchdecken entwickelte sich eine septische Phlegmone. Das Sensorium der Kranken war nicht mehr ganz frei, sie sprach viel, war heiter, verstand unsere Fragen, antwortete jedoch hastig und unzusammenhängend. Ihre Züge waren etwas dekomponirt und hohes Fieber vorhanden. Chinindosis ver-

stärkt. Bis Abend bildete sich die sehr akut entstandene Septicaemie vollends aus, in der Nacht delirirte die Kranke, am folgende Tage und in der folgenden Nacht verfiel sie in Sopor, und verschied am 4. Tage nach der Operation Morgens 11 Uhr. Die Sektion konnte leider wegen äuserst rapider Fäulniss nicht gemacht werden.

Heine.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Berichte des naturwissenschaftlichen-medizinischen Verein Innsbruck](#)

Jahr/Year: 1872

Band/Volume: [2](#)

Autor(en)/Author(s): Heine Carl

Artikel/Article: [Statistischer Bericht und casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Innsbruck. 262-299](#)