

Bericht der chirurg. Universitäts-Klinik
des Herrn **Prof. Dr. E. Albert**
für die Schuljahre 1876/77 und 1877/78.

Von

Dr. Josef Offer, Assistent.

(Fortsetzung und Schluss.)

IV. Bauch.

A. Hernien.

Von freien Hernien wurden 17 Fälle aufgenommen, alles Leisterhernien beim männlichen Geschlecht; in 12 Fällen trat die Hernie rechts, in 2 links und in 3 Fällen beiderseits auf. Ein Fall von einer Umbilicalhernie bei einem 28jährigen Mädchen bot einiges Interesse, weil ein perihernialer Abscess auftrat, wobei Erscheinungen von Peritonitis eintraten. Nach 4 Wochen wurde der Fall geheilt entlassen. In 2 Fällen von freien Leistenhernien und in 1 Falle einer Leistenhernie, wo das Netz angewachsen, wurde die Radicaloperation gemacht.

1. Neuner Georg, 19 Jahre. Eine nussgrosse äussere linke Leistenhernie, Bruchpforte, für die Spitze des Zeigefingers leicht durchgängig. Hautschnitt 4 Cmt. lang. Blosslegung der äussern Oeffnung des Leistenkanals, Spaltung des Bruchsackes, Naht von Innen nach Aussen mit doppelten Nadeln, wobei die beiden Schenkel in die Naht mitgefasst wurden. Listers Verband. Innerlich Opium. Am ersten Tage Abends leichtes Oedem des Penis, welches nach dem Verbandwechsel gleich schwand; 2 Verbände, fieberloser Verlauf, Heilung per primam in 10 Tagen. Patient wurde mit einer ziemlich festen Narbe entlassen und ihm für die erste Zeit ein Bruchband empfohlen.

2. Erler Franz, 65 Jahre, Bauer. Kleine apfelgrosse seit

$\frac{1}{2}$ Jahre bestehende, äussere, rechte Leistenhernie. Bruchpforte für einen Finger leicht passirbar. Operation auf dieselbe Weise. Am 1. Tage geringes Oedem des Penis. Innerlich Opium, durch 4 Tage Diät. Fieberloser Verlauf. Am 6. Tage Entfernung der Catgutfäden. Prima intentio. Alcoholinjectionen in die Narbe um mehr Festigkeit zu erzielen. Nach 14 Tagen mit Bruchband entlassen. Patient stellte sich behufs Vornahme von Alcoholinjectionen nach 8 Tagen vor. Auftreten eines Abscesses in Folge der Alcoholinjectionen. Erbrechen, Stuhlverstopfung. Nach Eröffnung des Abscesses hörten diese Symptome auf. Als sich Patient nach 3 Monaten wieder vorstellte, war die Narbe noch sehr fest, keine Hernie nachweisbar.

3. Christian Bechammer, 34 Jahre, kräftig gebaut. Eine linke, faustgrosse Scrotalhernie. Netz und Darm vorliegend, letzteres leicht reponirbar. Vom Netz kann ein Theil nicht reponirt werden. Bruchpforte für einen Finger leicht durchgängig. Ruhige Bettlage durch 3 Wochen und wiederholte, jedoch vergebliche Versuche, das Netz zu reponiren. Herniotomie. Resection eines klein apfelgrossen Netzklumpens. Ein Theil des Netzes wurde reponirt. Naht des Bruchsackes und der Schenkel des Leistenkanals. Am 2. Tage Schmerzen im Bauche, besonders zunächst der Bruchpforte, Brechreiz. Im Verlauf des Tages 4 mal Erbrechen; kein Stuhl, keine Winde. Puls 80. Am Penis und Scrotum geringes Oedem. Innerlich Eis, Champanner. Am 3. Tage noch anhaltendes Erbrechen von gallig gefärbten Massen. Meteorismus bedeutend. Abführmittel werden gleich erbrochen. Auf ein Clysmata Entleerung von sehr wenigen Fäcalmassen. In der Wunde nichts abnormes, Leistenkanal frei. Wir stellten die Diagnose auf Darmcompression von Seite des aufgequollenen Netzes. Abends Massenclystire mit dem Darmrohr. Abgang von Winden. Meteorismus geringer. Puls 90. Am 4. und 5. Tage wiederum Massenclysmen. Winde gehen ab. Patient etwas collabirt, Meteorismus grösser, Erbrechen zeitweilig. Endlich am 7. Tage ein wenig Stuhl, am 8. Tage reichlicher Stuhl, Bauch weich, eingesunken. Am 10. Tage Befinden des Patienten normal. Die Wunde eitert etwas, Eiter-senkung am Scrotum, Incision. Der weitere Verlauf bietet nichts abnormes. Nach 10 Wochen mit ziemlich fester Narbe entlassen.

Von incarcerirten Hernien standen 3 Fälle in Behandlung. Alle 3 Fälle waren Leistenhernien bei Männern. In 2 Fällen gelang die Taxis, in 1 Falle musste die Herniotomie gemacht werden.

— 64 —

Gl. Jacob, 26 Jahre, Hernie schon länger bestehend. In der Leistengegend eine faustgrosse Geschwulst, Haut gerötet, etwas ödematös. Tympanitischer Percussionsschall, Schmerzen oberhalb der Geschwulst, kein Stuhl, keine Winde gehen ab, Erbrechen von aeculent riechenden Massen, Puls über 100. Patient gibt an, dass seit 24 Stunden die Hernie eingeklemmt sei. Herniotomie. Wenig Bruchwasser, Darmschlinge kastanienbraun, jedoch glänzend, Bruchpforte sehr eng. Von der Hernie etwas Netz. 1 Stunde nach der Operation, die ohne Zwischenfall verlaufen, Collaps, Tod 2 Stunden nach der Operation. Bei der Section fand man einen Volvulus der untern Leusschlingen.

B. Neubildungen.

Es stand nur 1 Fall durch kurze Zeit in Beobachtung. Ein 31jähriger Mann, welcher vor einem Jahre wegen Hodensarkom castrirt worden war, stellte sich mit einem Tumor im linken Leberlappen vor. Die Leber überragt 3 Querfinger breit den Rippenbogen, im linken Lappen eine kleine apfelgrosse harte prominente Stelle. Deutlich durchführbare Schwellung der retroperitonealen Lymphdrüsen, Lokal, keine Recidive. Patient klagt hauptsächlich über Schmerzen in der Lebergegend während der Nacht. Die Haut des Abdomens links ist von federspuldicken Venenstämmen durchzogen. Nach 10 Tagen wurde Patient ungeheilt entlassen.

V. Rücken.

A. Verletzungen.

Von Verletzungen standen in Behandlung 3 Fälle von Contusionen der Weichtheile, in einem Falle mit bedeutendem Blutextravarsat, 2 Fälle von Verbrennungen, in einem Falle war die Haut in ihrer ganzen Dicke bis zur Fascie zu einem handtellergrossen in der Mitte des Rückens sitzenden Schorf umgewandelt, in dem 2. Falle, wo die Verbrennung die rechte Schulterblattgegend betraf, war es nur zur Blasenbildung gekommen. Von offenen Verletzungen der Weichtheile stand ferner noch 1 Fall von einer Stichwunde in der Mitte des Schulterblattes in Behandlung. Schiefer Stich-

kanal, Tiefe 5 Cmt. Naht. Prima intentio. Von Verletzungen des Knochens 1 Fall von Fractur der Querfortsätze des 3. Halswirbels.

Pf. Al. 46 Jahre, stürzte von einem Heuboden über Zimmerhöhe auf den Tennen herunter. Angeblich sei anfangs Bewusstlosigkeit dagewesen, der Kranke sei auf den Kopf aufgefallen. Bei seiner Aufnahme hält Patient den Kopf steif, klagte über Schmerzen in der Halswirbelsäule. Die steife Kopfhaltung wird constant beibehalten. Nickbewegungen sind gestattet, Drehbewegungen nur in sehr beschränktem Grade. Schmerz bei Druck in der Höhe des 3. Halswirbels. Durch Auscultation hört man ein leichtes Reiben. Patient selbst sagt, dass er bei Bewegungen des Kopfes ein Knacken höre. Wenn Patient sich zu Bette legt, hält er den Kopf mit den Händen. ebenso beim Aufstehen. Ruhe, Kälte. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

B. Entzündungen.

Von Entzündungen der Weichtheile wurden beobachtet: 1 Fall von einem Anthrax, 1 Fall von einem Furunkel, 1 gangränöses Geschwür in der Mitte des Rückens nach einer starken Contusion entstanden, 1 Fall von chronischem Rheumatismus der Rückenmuskulatur, wo durch Cauterisation mit Ferrum candens eine ausgiebige Besserung erzielt wurde. In einem Falle eines specifischen Geschwürs wurde durch Jodkalium rasche Heilung erzielt. Von entzündlichen Prozessen der Knochen standen in Behandlung: 5 Fälle von Caries der Wirbelsäule, wovon 1 Fall lethal verlief.

1. M. Antouia, 8 Jahre. Anguläre Kyphose des Dorsalsegmentes, der 6. Dornfortsatz, prominent, bei Druck schmerzhaft. Nach kurzer Beobachtung mit Stützmieder entlassen.

2. T. L. 5 Jahre, blass, scrophulöse Diathese. Caries der Halswirbelsäule. Der Dornfortsatz des 7. Halswirbels stark prominent, bei Druck empfindlich, Halswirbelsäule stark lordotisch: Kopfhaltung starr. Drehbewegungen werden nicht ausgeführt. Nach 6 Wochen gebessert entlassen.

3. C. J. Schneider, 28, Jahre. Tuberculöser Habitus. Spitzen-catarrh. Seit 1 Jahre Schmerzen im untern Dorsalsegmente.

8. Brustwirbel empfindlich sowohl bei Druck als bei Application des constanten Stroms. Nach 4 Wochen gebessert entlassen.

4. Kirch Joh. 6 Jahre. Schlecht genährtes, scrophulöses Kind. Anguläre Kyphose im Dorsalsegmente. Dornfortsatz des 3. Brustwirbels stark prominent, so dass die beiden Schenkel einen Winkel von 130° bilden. Bei Druck starke Schmerzhaftigkeit. Caries des rechten Handgelenkes. Ein Stütznie der bringt Erleichterung. Horizontale Lage, Kälte. Mit Stütznie der nach 11 Wochen entlassen.

5. St. G., 15 Jahre. Caries des Dorsalsegmentes, anguläre Kyphose, links Psoitis, 8 Wochen nach seiner Aufnahme Aufbruch des Abscesses unter dem Poupart'schen Bande. Patient verliert sehr viel Eiter. Tod nach 5 Monaten an Anaemie. Die Section ergab Caries der letzten Brustwirbel; Vereiterung des linken Psoas, hochgradige Anaemie.

Neubildungen.

3 Fälle von Lipom wurden operirt.

Anna Bl. 39 Jahre, bemerkte angeblich erst vor 4 Monaten eine Geschwulst am Rücken, welche, wie sie glaubt, durch das Tragen von Lasten entstanden sei. Etwas nach rückwärts vom rechten Scapularrande ein faustgrosses, lappiges Lipom. Die Haut nicht überall faltbar. Exstirpation unter Lister. Das Lipom war theilweise mit der Haut innig verwachsen. Naht. Am 2. Tage Fieber, Schmerzen in der Kreuzbeingegend. Nach Eröffnung einer Naht fliesst ein kaffeelöffelvoll blutigseröses Secret aus der Wunde. Schmerzen im Kreuz andauernd. Am 5. Tage Oedem in der Kreuzbeingegend. Am 6. Tage Temp. 40.0 . Oedem am Kreuzbein stärker, Fluctuation, Incision. Aufhören des Fiebers, der Schmerzen. Nach 10 Tagen war der Senkungsabscess geheilt. Nach 3 Wochen wurde Patientin geheilt entlassen.

2. Mrk. Anna, 57 Jahre. Patientin gibt an, vor 3 Jahren einen kleinen Knopf in der Fossa infraspinata bemerkt zu haben. Derselbe wuchs langsam, schmerzte in letzter Zeit beim Tragen. Kindskopfgrosses, lappiges Lipom in der rechten Scapulargegend. Haut unverändert. Geschwulst sehr beweglich. Exstirpation. Naht. Gegenöffnung. Fieberloser Verlauf, Heilung nach 4 Wochen.

3. Bei der hysterischen Sch. Th. wurde ein klein apfelgrosses Lipom am Nacken extirpirt. Dasselbe war im ganzen

Umfänge mit der Haut verwachsen. Am 2. Tage Fieber wegen Secretansammlung. Am 5. Tage Ausbruch von hysterischen Krämpfen. Asthma. Dabei wurde der Listerische Verband verschoben und es trat Eiterung ein. Heilung per secundam intentionem in 5 Wochen,

2 Fälle von Sarcom eines in der Fossa supraspinata, das zweite am Rücken sitzend, wurden operativ geheilt.

Ein junges Mädchen von 22 Jahren bemerkte seit einem Jahre eine zeitweise schmerzhaftige Geschwulst in der linken Scapulargrube. Wir fanden dort einen klein kindskopfgrossen Tumor von ziemlich derber Consistenz, der die ganze fossa supraclavicularis ausfüllte und bis zur Wirbelsäule reichte. Die Haut an der höchsten Convexität dünn, aber noch faltbar. Beweglichkeit des Tumors sehr beschränkt. Exstirpation unter Lister. Das Neoplasma war mit der Umgebung innig verwachsen und schickte zahlreiche zapfenförmige Fortsätze zwischen die Muskeln der seitlichen Halsgegend aus. Nach der Exstirpation lagen 2 Querfortsätze der letzten Halswirbel und die Spina scapulae bloß. Ganze Naht. Fieberloser Verlauf. Prima intentio. Im Ganzen wurden 3 Verbände angelegt. Die microscopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarcom. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren keine Recidive.

2. Alb, Anton, 47 Jahre. Ein über ein $\frac{1}{2}$ Jahre bestehender derber, streng begrenzter, faustgrosser Tumor am Rücken unterhalb des Schulterblattwinkels, angeblich nach einem Trauma entstanden. Exstirpation unter Lister. Fieberloser Verlauf. Heilung nach 3 Wochen.

Klinischen Interesses wegen wurde ein Neoplasma der Halswirbelsäule aufgenommen.

Rall. Anna, Bäurin, 38 Jahre, bemerkt seit 4 Jahren eine Geschwulst am Nacken, die in letzter Zeit ihr Beschwerden verursachte. Patientin klagt über Schlingbeschwerden, ausstrahlende Schmerzen längs des rechten Armes und seit 3 Monaten müsse sie eine starre Kopfhaltung einnehmen. Kopf nach rechts und vorn geneigt, nach links gedreht, Muskulatur beiderseits schlaff. In der Höhe des 3. Halswirbels eine kastaniengrosse Geschwulst. Der Dornfortsatz durchföhlbar, nicht schmerzhaft. An der vorderen Seite der Halswirbelsäule, vom Rachen aus, eine nicht fluctuirende, etwas vorspringende Stelle, die nicht

deutlich begrenzt ist, fühlbar. Aus diesen Symptomen schlossen wir auf ein Neoplasma der Wirbelsäule.

VI. Becken.

Von entzündlichen Processen kamen folgende Fälle zur Behandlung.

A. W., Bäurin. 27 Jahre, bekam vor 2 Jahren sehr heftige Kreuzschmerzen; später gesellten sich auch ausstrahlende Schmerzen längs der rechten Hüfte und der Rückseite des Oberschenkels entlang hinzu. Seit einigen Monaten sei der rechte Oberschenkel etwas dicker geworden. Eltern und Geschwister starben an Tuberculose. Patientin selbst ist schwach gebaut, etwas anämisch. Die Untersuchung ergibt: Eine bedeutende Volumszunahme des rechten Oberschenkels, besonders in der Mitte. An der äussern und innern Seite des Quadriceps sind 2 Stellen etwas prominent. Der Umfang des Oberschenkels über diese 2 Stellen gemessen beträgt 60 Cmt., auf der linken 43 Cmt. Im grossen Umfange deutliche Fluctuation, besonders den 2 prominenten Stellen entsprechend, welche mitsammen communiciren. Comprimirt man nun den Oberschenkel über diesen 2 prominenten Stellen, so fühlt die oberhalb des Poupartschen Bandes tief eingedrückte Hand einen Stoss, der sich von unten nach oben fortsetzt. Die Grenze, innerhalb welcher sich die Welle nach oben fortsetzt, bildet eine nach oben halbmondförmig convexe Linie. Lässt man den Quadriceps wirken, so springen die erwähnten 2 Stellen vor. Die Haut des Oberschenkels unverändert; die Untersuchung der Lendenwirbelsäule ergibt einen schmerzhaften Punkt dem letzten Wirbel entsprechend, woselbst eine leichte Stufe zu fühlen ist. Geht die Patientin, so bemerkt man eine schwache Beugung im Hüftgelenke. Unter Spray wurde der Abscess eröffnet und gegen 2 Liter serösen flockigen Eiters entleert. Die Wunde mit dem Listerischen Verbands versorgt nebst Compression mit Schwämmen. Nach der Entleerung des grossen Abscesses konnte man auch hinten links in der Tiefe des Beckens eine Geschwulst nachweisen und es lag nahe daran zu denken, ob nicht diese Geschwulst ebenfalls ein Abscess sei, der mit dem eröffneten im Zusammenhange stehe. In der That konnte ein stärkerer Abfluss von Eiter bei Druck auf die Geschwulst links bemerkt werden. Es wurde die ganze verzweigte Höhle entleert. Die ersten Tage trat Fieber in Intervallen ein und es wurde, da die Fieberanfalle typisch auftraten, Chinin verabreicht, worauf das Fieber nach wenigen Tagen schwand. In den ersten Tagen war die

Eitersecretion bedeutend. Plötzlich am 14. Tage hörte die Secretion auf, es war wieder Fieber aufgetreten und Diarhoë. Die Untersuchung der Faeces ergab Eiter im Stuhl; es war also der Abscess in den Darm durchgebrochen. Von nun an war Patientin durch 14 Tage fieberlos und konnte bereits das Bett verlassen. Vier Wochen nach der Eröffnung des Abscesses traten Schmerzen oberhalb des linken Poupart'schen Bandes auf. Die linke Extremität schwach im Hüftgelenk und Kniegelenk gebeugt. Der Schmerz tritt hauptsächlich beim Strecken des Fusses auf und strahlt gegen das Knie aus. Nach 10 Tagen war auch oberhalb des Poupartschen Bandes Fluctuation nachweisbar und wurde durch Incision unter Lister gegen $\frac{1}{2}$ Liter serösen Eiters entleert. Rechts hatte die Secretion beinahe vollständig aufgehört. Nach Eröffnung des Abscesses liessen die Schmerzen nach. Patientin wurde nach einem halben Jahre geheilt entlassen. Die Stufe am letzten Lendenwirbel war kaum mehr zu fühlen, bei Druck schmerzlos. Allgemeinbefinden zufriedenstellend.

2 Fälle von Periostitis mit nachfolgender Necrose am Kreuzbein und am Tuber ischii wurden gebessert entlassen.

A. Mastdarm.

In 3 Fällen von entzündeten Hämorrhoidalknoten wurde durch Anwendung von Kälte die Entzündung behoben und dann Suppositorien von Tannin verordnet. In einem Falle wurde ein Hämorrhoidalknoten durch elastische Ligatur entfernt.

Ein Abscess aus einem Haarfollikel entstanden und ein Fall von mehrfachen Rhagaden um den Anus wurden nach 8 Tagen geheilt entlassen.

4 Fälle von Prolapsus der Mastdarmschleimhaut wurden durch fleissige Reposition, Injection von Alaun oder Tanninlösung nach 2—3 Wochen geheilt entlassen.

Von Fissura ani standen 4 Fälle in Behandlung. Nach ein oder zweimaliger Spaltung wurden in allen Fällen die immensen Beschwerden behoben.

Mastdarmfisteln gelangten 4 zur Aufnahme. In 3 Fällen war die Fistel eine complete. Alle 4 Fälle durch Spaltung geheilt.

Von Neubildungen kamen 3 Fälle von Carcinoma recti vor, 2 mal bei Männern. Der 3 Fall betraf ein 67jähriges Weib.

Die 67jährige Tagelöhnerswitwe L. A. klagte schon seit einem Jahre über Stuhlbeschwerden. Schmerzen beim Defaeciren, anfänglich retardirter Stuhl, die Faeces hiebei gefurcht, späterhin $\frac{1}{4}$ Jahre Diarrhoë, Blutabgang. Incontinentia alvi. Aus dem After herausragend eine nussgrosse, exulcerirte Aftermasse, an der hintern Wand 3 Cmt. hoch hinaufreichend, an der vordern 2 Cmt., Lymphdrüsen in der rechten Leistengegend geschwellt, hart, schmerzlos. Exstirpation des Neoplasma. 8 Tage später Vereiterung der rechten Inguinaldrüsen. Geringes Fieber. Nach 21 Tagen Wunde am Mastdarm geheilt; nach 8 Wochen geheilt entlassen. Nach 1 Jahre ein kleines Knötchen am After, welches Patientin nicht mehr operiren lassen wollte.

Die 2 anderen Fälle von Carcinoma recti wurden, da die Grenze des Carcinoms nicht erreicht werden konnte, ungeheilt entlassen.

Von angeborenen Missbildungen des Mastdarms kamen 2 Fälle von Atresia ani vor.

1. A. R., 9 Monate alt, schlecht genährt, blutarm. Der Mastdarm mündet im untern Theile der Scheide, gleich oberhalb der Ansatzstelle des Hymens. Die Ausmündungsstelle für einen kleinen Finger durchgängig. An der Stelle für den After ein seichtes Grübchen. Wegen Anaemie wurde die Rizzolische Plastik unterlassen und nur der Blindsack vorläufig eröffnet, um gegen die ungemaine Spannung des Bauches, an welcher das Kind litt, zu wirken. Nach 14 Tagen auf Verlangen entlassen.

2. Ein 2. Fall von Atresia ani vaginalis bei einem 12jährigen Mädchen wurde ungeheilt entlassen. Der Befund war ganz eigenthümlich. Der Eingang in die Scheide von normaler Gestaltung und Weite. Der Finger gelangte nur in einen weiten Raum, der beständig voll von Faecalmassen war und nach Entfernung derselben sich durch sofort nachrückende Faeces wieder füllte. Nach vorne zu lag die schlussfähige Blase, wie der Katheterismus zeigte. Nach oben hin konnte der Zeigefinger, der nur unter grossen Schmerzen vorgedrungen war, keinen Uterus entdecken und gelangte auch nicht zu irgend einer oberen Begrenzung der Höhle. Nach hinten fühlte man das Kreuz- und Steissbein von einer glatten nicht verschiebbaren

Membran überzogen. Man konnte wegen der unablässig hereinströmenden Faecalmassen keine weiteren Erhebungen pflegen.

B. Männliche Harn- und Geschlechtsorgane.

Blasencatarrh wurde in 5 Fällen beobachtet, in 4 Fällen war derselbe ein chronischer, in 1 Falle verlief er acut unter ziemlich starken Fieberbewegungen. Von Parese der Blase wurden 4 Fälle aufgenommen, in 3 Fällen war gleichzeitig eine mässige Prostatahypertrophie nachweisbar. Ein Fall von Hämaturie wurde auf die medic. Abtheilung transferirt. Ein Fall von Pyelitis wurde bei einem 63jährigen Manne beobachtet, der wegen einer traumatischen Epididymitis in Behandlung stand.

Harnröhrenstricturen gelangten 6 zur Behandlung.

L. L., 38 Jahre, wurde in Salzburg an einer Stricture, entstanden nach einem Tripper, behandelt. Nach seiner Entlassung trat daselbst nach unmässigen Biergenuss Harnverhaltung ein, welche durch das Catheterisement force behoben, aber eine Urininfiltration zur Folge hatte. Patient machte auch diese durch und wurde mit geheilter Stricture entlassen. 2 Jahre später stellte er sich mit einer bedeutenden Stricture vor. Nnr Katheter Nr. 1 passirte die in dem häutigen Theile sitzende Stricture. Abends giengen, nachdem Nr. 1 liegen gelassen, höhere Nummern und selbst Nr. 5 durch, am 3. Tag Nr. 7. und nach 10 Tagen waren wir schon bis Nr. 11 gestiegen. Patient wurde mit Bougie Nr. 10 entlassen.

B. J., 59 Jahre. Eine seit Jahren bestehende nach Tripper aufgetretene Stricture vor dem häutigen Theile der Harnröhre. Von aussen nahe der Wurzel des Penis eine schwielige Stelle fühlbar. Urin trüb, etwas alkalisch; Patient hat häufigen Harn-drang, der Harn fliesst nur tropfenweise ab. Dauer einer Urinentleerung 5—10 Minuten. Es gelang nach 2 Versuchen eine Darmsaite durchzubringen. Nach 5 Tagen schon Katheter Nr. 4, fieberloser Verlauf. Nach 3 Wochen mit Katheter Nr. 9 entlassen.

3. B. D., 39 Jahre. Stricture in der Pars membranacea nach Tripper. Darmsaiten führen nicht zum Ziele. Nach 8 Tagen gelang es mit einem dünnen metallenen Katheter die Stricture zu passiren. Derselbe blieb 2 Stunden liegen. Beim Herausziehen sehr starker Krampf am Blasenhal. Die nächstfolgenden Tage Katheter Nr. 5. Am 14. Tage Abends Fieber, Schüttel-

frost, nachdem der Katheter 2 Stunden liegen gelassen worden war. Am nächsten Tage Auftreten einer ziemlich heftigen Epididymitis rechts. Nach 8 Tagen war dieselbe abgelaufen. Von nun an gieng die Dilatation zwar langsam aber ohne Zwischenfall gut von statten. Nach 8 Wochen mit Nr. 10 entlassen.

4. L. 47 Jahre. Mehrere Stricturen nach einem Trauma entstanden. Die letzte war im häutigen Theile. Darmsaiten gehen durch. Am 1. Tage nach der Sondirung Urethralfieber. Nach 10 Tagen gieng Katheter Nr. 8 leicht durch. Plötzlich wieder Fieber, Schüttelfrost. Katheter Nr. 8, nach 4 Tagen, als die Fiebererscheinungen geschwunden, nicht mehr passirbar. Bei der schonendsten Untersuchung kommt gleich Blut. Pause von 8 Tagen. Metallkatheter Nr. 8 dringt durch. Von nun an rasche Dilatation. Nach 10 Wochen mit Nr. 10 entlassen.

5. N. A., 28 Jahre. Fine Reihe ringförmiger Stricturen, nach Tripper. Es gelang bis Nr. 4 zu steigen. Nach 8 Tagen auf Verlangen entlassen.

6. B. J., 36 Jahre, hatte vor 13 Jahren einen Tripper und leidet seit dieser Zeit an Urinbeschwerden. In den letzten 2 Jahren wurden die Urinbeschwerden grösser, lange Dauer einer einzigen Urinentleerung, sehr dünner Strahl. Zeitweise Fieberbewegungen, wobei der Urin trüb war. Er wurde sowohl von Aerzten als auch von einer Hebamme catheterisirt, wobei etwas Blut kam, Urinverhaltung eintrat und es zur Bildung von Fisteln am Mittelfleische kam. Wir finden an dem etwas heruntergekommenen Kranken die Weichtheile am Perinaeum infiltrirt. Etwas seitwärts von der Raphe am Perinaeum 2 Fistelöffnungen, aus denen guter Eiter secernirt wird. Beim Uriniren geht ein Theil des Urins durch die Fisteln ab. Die Dauer einer Urinentleerung schwankt von 5—10 Minuten. Strahl sehr schwach. Die Sondirung der Harnröhre ergibt eine für Katheter Nr. 8 durchgängige Strictur in der Mitte, eine 2. auch für eine Darmseite nicht durchgängige im häutigen Theil. Die Saiten kommen immer durch die Fistelöffnungen heraus. Urin klar, neutral. Am 1. Abende leichter Schüttelfrost. 2. Tag fieberlos. Trotz sorgfältiger Sondirungen gelang es nicht, in die Blase zu kommen. Urethrotomia extern. Von der Wunde der Harnröhre aus wurde ein englischer Katheter Nr. 6 in die Blase eingeführt und durch die periphere Oeffnung herausgebracht. Am 1. und 2. Tage floss noch etwas Urin durch die Fistelöffnung. Am 5. Tage leichter Blasencatarrh. Katheter am achten Tage entfernt, Einführung eines Katheters Nr. 9 von der Wunde aus. In den vorderen Theil wurde zur

Dilatation ein Bougie Nr. 10 eingeführt. Am 10. Tage Fieber, Abscess im Zellgewebe des Hodensacks. Am 14. Tage gelingt es, vorn mit einem metallenen Katheter in die Blase zu gelangen. Der Katheter blieb nun 4 Wochen liegen, ohne dass eine Reaction auftrat. Nach 8 Wochen mit Katheter Nr. 12 geheilt entlassen.

Ein Fall von einer Harnröhrenfistel bei einem 33jährigen Manne wurde durch Cauterisation geheilt. Derselbe hatte sich als Kind den Penis abgeschnürt, worauf eine Fistel 1" hinter dem orifinium externum entstand.

8 Fälle von Epididymitiden 6 mal nach Tripper, 2 mal traumatischen Ursprungs wurden innerhalb 10—14 Tagen geheilt entlassen. Ein Fall von einem periurethralen Abscess bei einem 40 Jahre alten Manne, wo zugleich eine Nierenkrankung und Tuberculose der Lunge nachweisbar war, endete lethal.

Von Hydrocelen standen 14 Fälle in Behandlung. In 11 Fällen wurde der Radicalschnitt unter Lister versucht, in 3 Fällen durch Punction und Injection von Lugol'scher Lösung Heilung erzielt. Prof. Albert hat 10 Fälle bereits in den Beiträgen zur operativen Chirurgie veröffentlicht.

1. P. A., 55 Jahre alt. Kindskopfgrosse Hydrocele vaginalis sin, früher zweimal punctirt. Schnitt am 16. März 1876 in der Länge von 3 Cmt. Verband am 17., 22., 25. Vollkommen reactionsloser Verlauf, weder Schmerz noch Schwellung, noch Fieber. Am 27. entlassen. Nach einigen Monaten Recidive. Jodinjction. Heilung.

2. M. A., 63 Jahre alt. Faustgrosse Hydrocele vagin. d. Incision $1\frac{1}{2}$ Cmt. lang am 17. Juli 1876. Verband am 19., 22., 26., 29., dann einige Borverbände. Vollkommen gleicher Wundverlauf. Entlassung nach 22 Tagen,

3. M. F., 56 Jahre alt. Kindskopfgrosse Hydrocele vagin. d., unmittelbar darüber eine Inguinalhernie. Incision von 3 Cmt. Länge am 8. Jänner 1877. Verband am 8. Abends, 9. Morgens, 11. Abends, 14. Morgens, am 16. und 19. Borverband. Fieberloser Verlauf. Entlassung nach 18. Tagen.

4. Sch. H., 25 Jahre alt. Nahezu faustgrosse Hydrocele sin. Am 29. J. 1877 Incision von 3 Cmt. Länge. Die Scheidenhaut an die Haut jederseits mit einer Katgutnaht befestigt. Höhle mit $5\frac{0}{10}$ Carbollösung ausgepinselt. Starke Secretion, so dass der Verband am nächsten Tage zweimal gewechselt werden musste. Fieber. Da die Secretion jedoch serös und keine

Schwellung eingetreten war, so fiel der Verdacht auf Wechsel-
 fieber, welches der Kranke schon einmal hatte. Es wurde
 Chinin gegeben. Die höheren Abendtemperaturen von 40⁰/₁₀
 vergiengen nach 3 Tagen. Am 4. Februar erhöhte Morgen-
 temperatur, daher M. und A. Verbandwechsel; Skrotum etwas
 empfindlich, am 5. Februar Oedem der abhängigen Skrotal-
 partien und Röthung, kein Fieber. Am 6., 7. und 8. je ein
 Verbandwechsel; Sekretion eitrig, getrübt, kein Fieber. Am
 9. an der abhängigsten Stelle thalergrosse Gangrän der Skrotal-
 haut, kein Fieber. Die Gangrän musste als Druckgangrän auf-
 gefasst werden. Verbände noch am 10., 11., 13., 15. Am
 18. schön granulirende Wundfläche, Borverband. Die ganze Zeit
 kein Fieber. Heilung am 25. Februar.

5. M. J., 39 Jahre alt. Hydrocele vaginalis sin., faust-
 gross. Ein 2 Cmt. lange Incision am 19. Februar, beiderseits
 eine Catgtnaht der Scheidenhaut an die Cutis und Einführung
 eines Silkestreifens. Verbände am 21., 23., 24., 27. Februar,
 dann am 1. April. Geheilt entlassen am 23. April. Verlauf
 der Wunde reaktionslos, nur einmal 38·5.

6. Sch. J., 27 Jahre alt. Linkseitige, faustgrosse Hydro-
 cele vag. sin. Am 12. März Incision von 3 Cmt. Länge. Hode
 in einem Silklappen eingewickelt; beiderseits die Scheidenhaut
 an die Cutis angenäht, 5 Verbände. Geheilt am 5. April.

7. P. P., 25 Jahre alt. Rechtsseitige von einem im Jahre
 1863 erfolgten Trauma herrührende Hydrocele vag. Am
 17. März Incision. Beiderseits Naht der Scheidehaut an die
 Cutis. Auspinseln der Höhle mit 5⁰/₁₀ Karbollösung. Geheilt
 am 28. Vollkommen reaktionsloser fieberloser Verlauf.

8. R. P., 55 Jahre alt, Sehr kleine Hydroc. vag. d. Am
 24. März Incision 2 Cmt. 5 Verbände, dann Borverband. Ge-
 heilt entlassen am 8. April. Vollkommen reaktions- und fieber-
 loser Verlauf.

9. G. E., 30 Jahre, Rechtsseitige über faustgrosse Hydro-
 cele vag. dext. Incision von 3 Cent. L. Beiderseits eine Naht,
 Auspinselung der Höhle mit starker Carbollösung, der Hode in
 Silk eingewickelt. 19. Verbände, Borverbände 4, Heilung nach
 4 Wochen. Während der ersten Zeit starke, rein seröse Se-
 kretion; am 2. 3. und 4. Tage Fieber trotz reaktionsloser
 Wunde.

10. K. E., 28 Jahre alt. Faustgrosse Hydrocele vag. In-
 cision von 2 Cent. L. am 28. April. Verband am 29., 30.,
 2., 5., 8., 11. Mai. Heilung fieberlos, ohne Eiterung.

Von Spermatocele n standen 2 Fälle in Behandlung. Ein Fall wurde bereits von Prof. Albert in der Wiener med. Presse veröffentlicht. Der Fall ist folgender:

G. L., 52 Jahre alt, ein robuster, geistig etwas verwirrter Mann, mit einem sehr gross entwickelten Penis, klagt über Spermatorrhöe. Die Untersuchung des Mastdarms, der Harnröhre, der Blase ergibt keinen Anhaltspunkt. In der linken Skrotalhälfte ein faustgrosser Tumor, der oben etwas breiter ist, nach unten sich verschmälert. Gegen den Leistenkanal ist er vollkommen abgegrenzt, nach unten hin aber hängt er mit dem obern Pol des Hodens fest zusammen. Fluctuation, deutliche Transparenz, Hode und Nebenhode normal. Diagnose: Spermatocele. Eine Explorativpunction ergibt Spermatocele in grosser Menge. Radicalincision, wie bei Hydrocele. Schon der grauliche Schimmer der herausstürzenden Flüssigkeit zeigte einen starken Spermagehalt an. Die aufgefangene Flüssigkeit sedimentirt Sperma, etwa ein Drittel des Volumens der klaren, darüber stehenden Flüssigkeit. Verlauf fieberlos, ohne Eiterung. Nach einem halben Jahre Recidive. Die Geschwulst hat sich wieder gefüllt und war von voriger Grösse. Prof. Albert extirpirte die Geschwulst. Der Befund war sehr interessant. Der äusserst dünnwandige, gelblich grau durchscheinende Sack lag vor dem Samenstrang und war mit den Gebilden desselben durch so zarte Adhäsionen verbunden, dass man die dem Sacke selbst unmittelbar anliegenden Venen leicht in stumpfer Weise ablösen konnte. Ein Theil des Samenstranges, nämlich 2 Venen und soweit sich beurtheilen liess, einige Nervenästhen, zweigte sich oben von dem grösseren Theile ab und zog über die vordere äussere Seite der Geschwulst, um abwärts in einem Bogen wieder zu den anderen Gebilden zurückzukehren. Auch dieser Theil liess sich leicht ablösen. Die Ablösung vom Samenstrange war schon vollendet, als der Sack an einer kleinen Stelle einriss. Der Sack war an einer etwa 2□ Cmt. grossen Stelle mit der Scheidenhaut so innig verwachsen, dass man das entsprechende Stückchen mit entfernen musste. Die Wunde der Scheidenhaut mit Catgut genäht. Mitten im Samenstrang, gleich oberhalb des Nebenhodens fand sich eine zweite haselnussgrosse Cyste, die dünnwandig ebenfalls Spermatozoen enthielt. Die Exstirpation derselben gieng leicht vor sich. Sie war nur in lockeres Zellgewebe eingebettet. Der Listerische Verband wurde von dem Kranken nach einigen Tagen heruntergerissen, so dass Eiterung eintrat und die Höhle schloss sich erst nach 2 Mo-

naten. Prof. Schott gab über den exstirpirten Sack folgenden Befund ab: Cyste ist $5\frac{1}{2}$ Cmt. lang, $3\frac{1}{2}$ Cmt. breit und $\frac{1}{3}$ —1 Mm. dick, zeigt eine äussere, durch anhaftendes, ungleich dickes Bindegewebe, rauhe Oberfläche und eine glatte glänzende Innenfläche. Die Wandung derselben besteht aus Bindegewebe, welches entsprechend der glatten Innenfläche, die eines Epitbelbeleges entbehrt, wellenförmig verlaufende, parallele, in den mehr äusseren Schichten sich vielfach durchfleehtende Fasern darbietet und in beiden sowohl gelbes, wie braunes, molekulares oder scholliges Pigment enthält.

2. St. M., Bauer, 57 Jahre. In der linken Skrotalhälfte eine seit unbestimmbarer Zeit bestehende über kindskopfgrosse Geschwulst, welche nach oben gegen den Leistenkanal abgeschlossen ist. Am untern Ende der Hode Fluctuation. Transparenz. Punction. Entleerung von 2 Liter einer milchig weissen Flüssigkeit; das Microscop ergab eine Masse Spermatozoen. Nach 2 Wochen II. Punction, da die Geschwulst sich wieder gefüllt hatte. Nach Abfluss der ebenfalls so beschaffenen Flüssigkeit zeigt sich eine bedeutende Verdickung der Tunica vag. Injection von starker Carbollösung. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Ein Fall von Hämatocele bei einem 45jährigen Manne wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen. Der Fall ist folgender:

R. J. bemerkt seit 2 Jahren eine Geschwulst von Faustgrösse in der rechten Skrotalhälfte. Entstehungsursache nicht bekannt, 4 Wochen vor seinem Eintritte ins Spital sei er gefallen und habe sich die Geschwulst livid gefärbt, durch 8 Tage Schmerzen. Wir fanden eine über faustgrosse Geschwulst in der rechten Skrotalhälfte, welche nach oben gegen den Leistenkanal streng begrenzt war, nach unten und rückwärts der Hode. Die Haut an einzelnen Stellen noch livid verfärbt von ausgetretenen Blutfarbstoff. Deutliche Fluctuation, keine Transparenz. Diagnose Hämatocele. Punction. Entleerung einer dunkelbraunrothen Flüssigkeit, die Punctionsöffnung wird beim Ausfliessen der Flüssigkeit von Blutcoagalis öfters verstopft. Jodinjction. Gar keine Reaction. Nach 8 Tagen II. Punction ebenfalls ohne Erfolg. Nach 14 Tagen Radicalschnitt, unter Lister. Die ganze Innenwand der Tunica war mit geronnenen Faserstoff überkleidet. 3 Tage Fieber. Secret etwas übelriechend. Reinigung mit starker Carbolsösung. Heilung nach 4 Wochen.

Ueber die Exstirpation einer Cyste im Skrotum hat Prof. Albert schon in der med. Presse berichtet. Der Fall ist folgender:

Bei einem jungen Manne fand sich die linke Skrotalhälfte von einer mannsfaustgrossen Geschwulst eingenommen, welche nach oben hin streng begrenzt war und nach unten hin mit dem sehr deutlich unterscheidbaren Hoden am oberen Pole fest zusammenhing. Die Oberfläche ganz glatt, Gestalt kugelig, Wandung fest, Fluctuation deutlich, Transparenz nicht vorhanden. Die Probepunction ergibt ein chokoladefarbige, an Cholesterinkristallen reiche, dünne Flüssigkeit. Geschwulst besteht seit der Kindheit; ob angeboren nicht zu eruiern. Prof. Albert stellte wegen der streng kugeligen Form und der dicken Wandung und wegen der Angabe, dass die Cyste schon in den ersten Lebensjahren bestanden hatte, die Diagnose auf eine angeborne Cyste, wo möglicherweise auf ein Teratom, zumal das Gebilde mit dem Hoden innig verwachsen war. Exstirpation der Cyste. Nach Blosslegung der Cyste durch einen grossen Längsschnitt ergab sich, dass dieselbe von einer ganzen Menge von Bindegewebsschichten bedeckt war. Die Cystenwand war sowohl mit dem Samenstrang, wie mit der Scheidenhaut des Hodens mit kurzen, aber lockeren Adhäsionen verbunden; die Scheidenhaut an der Anlöthungsstelle auffallend verdickt und wahrscheinlich mit dem Hoden verwachsen, unbeweglich. Es wurde kein Gefäss des Samenstranges verletzt. Nach Entfernung des Gebildes trat an zahllosen Punkten seines früheren Lagers eine paremchymatöse Blutung auf, die ziemlich hartnäckig war und nach Auflegen von Schwämmen stand. Listers Verband mit der elastischen Kompression mittelst der Schwämme. Nachmittag Nachblutung. Anämie. Kompression mit Schwämmen. Blutung steht. Am folgenden Tage Gangrän des Skrotums an einzelnen Stellen. Offene Wundbehandlung. Eine neue Nachblutung mit Ferrum candens gestillt. Heilung nach 10 Wochen. Ueber die Cyste selbst gab Prof. Schott folgenden Befund ab: Die Cyste orangengross, besitzt eine glatte Oberfläche, an welcher Reste von Bindegewebe anhaften, durch welches dieselbe mit der Nachbarschaft verwachsen war und zeigt stellenweise deutliche Gefässverzweigungen. Die Wand der einkämmerigen Cyste ist bis 2 Cmt. dick, auffällig derb und lassen sich an derselben 3 Schichten unterscheiden: 1. eine äussere, weissröthlich gefärbte, weichere, 2. eine mittlere, weissliche, faserknorpelähnliche, 3. eine innere, schmutzig bräunliche, un-

gleich dicke, welche ziemlich leicht von der mittleren abzulösen ist und an ihrer freien Oberfläche theils feinzottige, warzige oder rundliche Erhabenheiten, sowie netzförmige Zeichnungen enthält, ähnlich einer entzündeten mit faserstossigen Exsudate bedeckten Serosa. Diese Verdickungen, welche alle weich und leicht abzulösen sind, haben theils eine blassgelbliche oder schmutzig bräunliche Farbe. Nach Ablösung derselben gelangt man stellenweise auf verkalkte Antheile der Cystenwand. Die mikroskopische Untersuchung erweist, dass die Cystenwand aus derben, faserigen Bindegewebe, ähnlich den zu Schwarten umgebildeten Pseudomembranen besteht, sowie, dass die innerste Schichte aus einer feinkolekularen, netzförmig verbreiteten Substanz besteht, innerhalb welcher zahlreiche Fettkörnchenzellen eingebettet sind.

Von Varicocele standen 2 Fälle in Behandlung.

1. Sch. M., 18 Jahre. Linksseitige Varicocele. Leidet an habitueller Stuhlverstopfung, beim Stuhlgang und bei längerem Gehen Schmerzen längs des Samenstranges und zeitweise ein Brennen in der Eichel. Die Venen des Plenus pampiniformis bedeutend erweitert, bläulich durch die Skrotalhaut durchscheinend, geschlängelt, der Hoden etwas kleiner. Unter Listers Cautelen wurde der Venenplexus bloßgelegt, dieselben mit Catgut doppelt unterbunden, ganze Naht der Hautwunde. Prima intentio, fieberloser Verlauf.

2. Bei einer beiderseitigen Varicocele bei einem 27jährigen Manne, welcher noch über keine besonderen Schmerzen klagte, wurde durch kalte Sitzbäder eine Besserung erreicht.

Von Neubildungen des Hodens kamen 2 Fälle zur Aufnahme.

1. Kl. Al., 29 Jahre, Lakierer, bemerkt seit 18 Monaten eine Grössenzunahme seines rechten Hodens. Ein Collega von ihm drückte auf seine Bitte den Hoden mit seinen Händen, so viel er konnte, zusammen, ohne dass Patient hiebei einen Schmerz empfand. Erst in letzter Zeit, als der Hode rasch wuchs, die Haut sich darüber rüthete, stellten sich Schmerzen ein. 9 Tage vor der Aufnahme überstand Patient einen Malariaanfall. Bei seiner Aufnahme fanden wir bei dem etwas blass aussehenden, sonst kräftig gebauten Mann, die rechte Skrotalhälfte von einer faustgrossen Geschwulst eingenommen, die Haut geröthet, von erweiterten Venen durchzogen, faltbar. Die Geschwulst noch aber gegen den Leistenkanal streng begrenzt, Consistenz derb, an einzelnen Stellen etwas elastisch, Transparenz nicht vorhan-

den. Der Samenstrang kann bis zur Geschwulst verfolgt werden. Diagnose: Sarcom des Hodens. Exstirpation unter Lister. Der grössten Convenität entsprechend wurde durch einen 7 Cmt. langen Hautschnitt die Geschwulst, welche als Sarcom sich manifestirte, blossgelegt, 2 Löffel Hydrocelenflüssigkeit flossen hiebei ab. Unterbindung des Samenstranges; ganze Naht, Compression. Am 2. Tage etwas Oedem am Skrotum. Malariaanfall, der auf Chinin ausblieb. Am 6. Tage Fluctuation. Ansammlung von Blut, Fieber. Incision. Darauf schwand das Fieber. Am 12. Tage Blutung aus der Incisionswunde, Eiterung. Von da an normaler Verlauf. Nach 5 Wochen geheilt entlassen. Nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren Recidive, Tod.

2. Bei dem 54jährigen Bauernknecht W. G., welcher angeblich seit 10 Jahren eine Geschwulst im rechten Hodensack bemerkt, welche seit 14 Tagen schmerzte, fanden wir folgenden Befund: Die rechte Skrotalhälfte ist von einer kindskopfgrossen, nach oben streng, nach unten gegen das Perinaeum hin, weniger streng begrenzten Geschwulst, welche 2 seitliche Längsfurchen zeigt, eingenommen. Die Haut geröthet, im untern Antheile stark ödematös. Consistenz ungleich. Im obern Antheil deutliche Fluctuation, im untern ebenfalls dunkle Fluctuation, bei Druck im untern Antheil fühlt die auf den oberen Antheil aufgelegte Hand keine Undulationswelle. Der obere und untere Antheil sind also von einander getrennt. Der Leistenkanal bei Druck etwas empfindlich, Bauch weich, schmerzlos. Drüsen in der Leistengegend nicht geschwellt. Diagnose: Sarcom des Hodens mit Cystenbildung. Operation unter Lister. Es floss gleich die Hydrocelenflüssigkeit ab, der Hode in Sarcommasse untergegangen, welche sich auch nach rückwärts gegen das Perinaeum hin erstreckte. Castration, ganze Naht. Fieberloser Verlauf, Heilung in 3 Wochen. Ein Sagitaldurchschnitt durch die Geschwulst zeigte uns ein Hoden-Cystoid, dessen Wandungen von Sarcommasse gebildet waren, der Inhalt Jauche. Nach oben hin war ein Hydrocelensack entsprechend dem objectiven Befunde. Der Nebenhode nicht nachweisbar.

Ein Fall von Urininfiltration wurde nach 5 Wochen geheilt entlassen.

B. J., 66 Jahre alt, Kirchendiener, fiel bei einer Verrichtung in der Kirche auf ein eisernes Gitter, von dem eine Stange 5 Cmt. tief vom Mittelfleisch aus gegen die Wurzel des Penis eindrang und abbrach. Bei der Herausnahme floss Urin durch die Wunde ab, Blutung unbedeutend. Am 2. Tage Schwellung des ganzen Skrotums, dasselbe geröthet, der ganze Urin fliesst

durch die Wunde ab. Ein Arzt setzte den Katheter. Am 3. Tage Fieber; am düsterroth gefärbten Skrotum, einzelne krenzergrosse violette Flecke, Schmerzen in der Blasengegend. Am 5. Tage wurde er ins Spital aufgenommen. Patient blass, fiebernd, das ganze Skrotum mit Ausnahme eines kleinen Theiles gegen das Perinaeum zu, schwarz gefärbt, der Penis ödematös. In der Blasengegend eine dunkle Röthe, daselbst deutliches Emphysem. Ein vierkreuzergrosses Stück der Skrotalhaut abgängig, aus der gangränösen Wunde urinös riechende Jauche abfliessend. Die Setzung eines Katheters gelang, Urin alkalisch; es wurde sogleich der grösste Theil des gangränösen Skrotums abgetragen, in der Blasengegend eine Menge Incisionen gemacht, und über $\frac{1}{2}$ Liter Jauche entleert. Innerlich dem herabgekommenen Kranken Wein, Cognac und ein Chinainfusum verordnet. Selbstverständlich öftere Reinigung der Wunden. Am 2. Tage Temp. 38·5. Wundsecret weniger übelriechend. Allgemeinbefinden besser. Am 4. Tage Urin neutral. Am 5. Tage hatte sich das Gangränöse abgestossen und lagen die Testikel frei zu Tage. Katheterwechsel. Am 10. Tage war Patient fieberlos. Es fiesst jetzt der ganze Urin durch den Katheter. Am 14. Tage starker Bronchialcatarrh, etwas Fieber, Katheter entfernt. Wunde schön granulirend. Nach 3 Wochen Patient ganz fieberfrei. Zeitweise wird noch ein Katheter eingeführt. Nach 5 Wochen wird der Kranke mit einem ganz schönen Skrotum entlassen.

Von angeborenen Missbildungen kam vor 1 Fall von *Ectopia vesicae* bei einem 9 Monate alten kräftigen Knaben. Zur Deckung der Ectopie wurden zu beiden Seiten derselben zwei Lappen mit der Basis nach unten gebildet, dieselben lospräparirt, über den Spalt gezogen und die 2 der Basis der Lappen parallelen Flächen vernäht. Das Präputium, welches vorn fehlte, hinten aber mächtig entwickelt war, wurde geschlitzt und die Eickel wie ein Knopf durch das Knopfloch durchgesteckt. Zu beiden Seiten der Harnröhrenrinne wurden Lappen gebildet und die Rinne damit überdeckt. Vor vollständiger Schliessung des Blasenspaltes und vor Beendigung der Harnröhrenbildung musste das Kind auf Verlangen entlassen werden.

Weibliche Harn- und Geschlechtsorgane.

Von entzündlichen Processen standen in Behandlung 1 Fall von Pyelitis, 1 Fall von Urethritis, nach dem Puerperium entstanden, 1 Fall von einem Abscess der grossen Schamlippe, und 1 Fall von Oophoritis. Ein Fall von Hydronephrose bei einem 28jährigen Mädchen wurde ungeheilt entlassen. Von Lageveränderungen des Uterus gelangten 1 Fall von Anteversio mit Blasenparese und 2 Fälle von Prolapsus uteri zur Aufnahme. Bei einem Falle von Prolapsus uteri et mucosae vagin., an einer 28jährigen Bauersfrau, nach einer Zangengeburt entstanden, wurde die Episiorhaphie mit Heppner'scher Naht und Excision der vorgefallenen Vaginalschleimhaut mit gutem Erfolge ausgeführt.

Von Ovarialtumoren gelangten zur Behandlung:

1. R. A., 35 Jahre, verheiratet. Die erste Menstruation trat im 18. Jahre auf. 4 Jahre später blieben die Menses aus, Patientin machte noch eine heftige Peritonitis durch, vor 2 Jahren Intermittens, zuerst Tertiana, dann Quotidiana. Im Frühjahr 1875 bemerkte Patientin, dass ihr Unterleib in abnormer Weise sich langsam vergrössere (an eine Schwangerschaft konnte sie bei der Regelmässigkeit ihrer Menses nicht denken). In aufrechter Stellung gab Patientin einen dumpfen Schmerz oberhalb des Nabels und das Gefühl als ob etwas nach abwärts gezerrt würde, an. In der Bettlage liess der Schmerz vollständig nach, die Lage auf der linken Seite verursachte ihr Schmerzen. Beim Wechseln der Lage fühlte Patientin, dass ein Körper im Bauche sich hin und her bewege und zwar ziemlich gleichmässig nach beiden Seiten hin. Im Sommer 1875 stellten sich Harnbeschwerden ein, Patientin musste öfters urinireu, ohne dass die tägliche Urinmenge vermehrt gewesen wäre. In letzter Zeit muss Patientin beinahe stündlich harnen. Seit einem Monat Defäcationsbeschwerden. Menstruation regelmässig. Patientin gross, mässig genährt. Bauch aufgetrieben, trommelartig gespannt. Percussion ergibt an der vorderen Bauchgegend gedämpften Schall, der auch bei Lageveränderungen constant bleibt. Geschwulst über mannskopfgross, sehr beweglich. In der linken Regio hypogastrica erscheint die Bauchdecke etwas mehr prominent. Uterus nach abwärts gedrängt, Muttermund mehr nach

vorne zu fühlen. Die Messungen ergeben: Abstand von Processus xiphoid. bis zur Symphyse 42 Cmt., Abstand bis zum Nabel 23 Cmt., Abstand der Spina ant sup. dext. 23 Cmt., Abstand der Spina ant sup. sin. 24 Cmt., grösster Umfang 100 Cmt. Ovariectomie unter Lister. Rechts lockere Adhaesionen mit der Blase. Langer Stiel. Entleert wurden 8 Liter. Klammer von Spencer Wells. Am 5. Tage Abfall der Klammer. Wunde per primam geheilt. Fieberloser Verlauf. Am 10. Tage bildete sich rechts nahe am Stiel, der schön granulirte ein erbsengrosses Knötchen, das aufbrach und aus dem eine klare, urinös riechende Flüssigkeit heraussickerte. Die Untersuchung ergab Urin. Die Harnfistel blieb offen, Sobald sich dieselbe verlegte, traten späterhin, 8 Wochen nach der Operation, dumpfe Schmerzen in der rechten Nierengegend ein, so dass wir die Fistel offen hielten. Mehrere Versuche, die Fistel operativ zu heilen, gelangen nicht. Abends öfters Fieber, der Urin wurde trüb, aber blieb schwach sauer. In der 10. Woche ein leichter Schüttelfrost, Schmerzen in der Nierengegend, sowohl spontan als bei Druck, welche gegen die Blase und den Schenkel ausstrahlten. Urin enthält Eiter. Abendliches Fieber; Patientin kommt herunter. Das Fieber hört nicht auf, öfters kurz andauernde Schüttelfröste, Schmerzen zeitweise sehr stark, im Urin ziemlich viel Eiter, der rechte Fuss im Hüftgelenk etwas gebeugt und einwärts gerollt. Es wurde die Diagnose auf einen retroperitonealen Abscess gestellt. Da Patientin immer mehr herunterkam, furchtbare Schmerzen hatte, entschloss sich Prof. Albert zur Nephrotomie am 20. Oktober 1876, 5 Monate nach der Ovariectomie. Operation nach Simon. Nach Eröffnung des retroperitonealen Cavum stürzte durch die Wunde eine Masse Eiter, gegen 1 Liter heraus, die Niere wurde extirpirt, der Stiel abgebunden. 10 Stunden nach der Operation Schmerzen im Bauche, Erbrechen. Peritonitis. Tod 24 Stunden nach der Operation. Ueber die Versuche, die Ureterfistel zu heilen und die Nephrotomie (die Section zeigte einen ganz kleinen Einriss in's Peritoneum) wird an einem anderen Orte berichtet werden.

2. Die 28jährige A. K. wurde mit einem Bauchtumor aufgenommen. Patientin menstruirte im 18. Jahre. Vor 2 Jahren habe sie während einer Menstruation starke Schmerzen im rechten Hypochondrium gehabt, auch gefiebert. Seit dieser Zeit bemerke sie ein langsames Grösserwerden ihres Unterleibes, habe ein Gefühl von Völle, in letzter Zeit leide sie auch an Urin- und Stuhlbeschwerden. Die Menstruation sei ziemlich regelmässig gewesen. Seit einigen Monaten bemerke sie zeit-

weise ein Anschwellen der Füße. Wir fanden in der rechten Abdominalgegend einen über kindskopfgrossen, etwas beweglichen, scharf begrenzten Tumor von elastischer Consistenz; die Percussion ergab überall Dämpfung, Percussionsgrenze nach oben convex. Bei Lageveränderungen hat die Patientin ein Gefühl als bewege sich eine Kugel im Bauche. Die innere Untersuchung ergibt bei kleinen Bewegungen keine Mitbewegung des Tumors. Uterus normal gelagert. Diagnose: Cystoid des rechten Ovariums. Ovariectomie unter Lister. 6 Cmt langer Schnitt in der Linea alba 3 Cmt. unter dem Nabel beginnend, Blosslegung der Cyste. Der eingestochene Trocart entleert eine bräunliche mit Fetttropfen gemischte Flüssigkeit, auch kamen Haare zum Vorschein. Da die Cyste ringsum durch starke Adhaesionen angelötet, die Haare auf eine Dermoidcyste deuteten, so wurde von einer Exstirpation der Cyste abgestanden, die Cyste gespalten und durch Nähte an die Bauchwand geheftet und wie ein Abscess behandelt, die Höhle mit Chlorzink ausgepinselt und ein Drainagerohr eingeführt. Am 1 Tage etwas Brechreiz, Temp 37.5. Am 2. und 3. Tage Temp. 38.5. Schmerzen in der Umgebung der Wunde; der Cystensack mit 2 $\frac{0}{10}$ Carbollösung ausgespült. Gegen den Brechreiz Eis, Champagner, Opium. Am 4. Tage wurde beim Verbandwechsel eine handvoll Haare und ein zahnähnliches Gebilde aus dem Cystensack entfernt. Temp. 37.5. Am 8. Tage Auspinselung mit 8 $\frac{0}{10}$ Chlorzinklösung. Die Innenwand der Cyste zeigt schöne Granulationen. Patientin ist bei Appetit, fiebert nicht mehr. 14 Tage nach der Operation trat plötzlich ein Schüttelfrost auf, Pleuritis rechts, Temp. 39.0. Durch 15 Tage Fieber, dann fieberlos. Die Wunde verkleinert sich zusehends. Während der Pleuritis leichtes Oedem an den Beinen. Nach 3 Wochen war das pleuritische Exsudat verschwunden. Heilungsverlauf normal. 12 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

3. H. M., 59 Jahre, Bäuerin, in der Jugend gesund, menstruirte im 19. Jahre. Menstruation regelmässig. Conception erfolgte einmal. Schwangerschaft und Geburt normal. Vor 2 Jahren soll sie die Wassersucht überstanden haben. Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte sie zuerst, dass ihr Bauch langsam aber stetig grösser wurde, auch traten zeitweise Schmerzen in der Lebergegend auf. Seit der Zeit sei sie immer kränklich gewesen, ihr Zustand habe sich nach dem Ausbleiben der Menstruation vor 1 Jahre etwas gebessert. Der Arzt diagnosticirte ein Ovariencystoid und punctirte es innerhalb eines Jahres

12 mal. Bei jeder Punction wurden gegen 12—15 Liter, das erstemal einer braunröthlichen, die andernmale einer gelbgrünlichen, klaren, klebrigen Flüssigkeit entleert. Nach der 1. Punction habe der Bauch nach 6 Wochen seine frühere Grösse, nach jeder folgenden schon nach 3 Wochen erreicht. Bei der schlecht genährten, blass aussehenden Kranken fanden wir folgenden Befund: Das Abdomen sehr stark ausgedehnt, die Haut zeigt Schwangerschaftsnarben, ist von erweiterten Venenstämmen durchzogen, der Nabel eingezogen. Die Messung ergibt von Proc. xyph. bis zur Symph. 57 Cmt., Abstand beider Spin. 62 Cmt., Umfang über den Nabel 106 Cmt. Abstand von Proc. xyph. bis zur Spin. links 37 Cmt., zur rechten 42 Cmt. Oberfläche des Abdomen ungleichmässig, in der Lebergegend uneben höckerig; die Percussion ergibt vorne überall Dämpfung, rückwärts zu beiden Seiten der Wirbelsäule tymp. Percussionschall. Bei Lageveränderungen derselbe Befund: Ueberall deutliche Fluctuation, unterhalb des Proc. xyphoideus d. Consistenz derb, eine Stelle in der Ausdehnung eines Handtellers uneben höckerig. Zu beiden Seiten der Symphyse die Haut etwas ödematös. Die innere Untersuchung ergibt: Scheide schlaff, Schleimhaut etwas herausgestülpt, Muttermund nach vorn gestellt, für einen mittelstarken Katheter durchgängig, eingekerbt. Das vordere Scheidengewölbe beinahe verstrichen, das hintere abgeflacht. Der Uterus beweglich nach vorn gelagert; bei Bewegungen desselben geht die Geschwulst nicht mit. Diagnose Cystovarium. Probepunction. Entleerung von 8 Liter einer gelblichen, etwas grünlichen, schwach trüben Flüssigkeit welche etwas klebrig war. Naht. Die Punction zeigte, dass die etwas härter anzufühlende Parthie nahe dem Leberrande, mit der Leber nicht zusammenhieng; schlaflose Nacht, Schmerz im Bauche. 24 Stunden nach der Punction trat ein Schüttelfrost ein, der gegen $\frac{1}{4}$ Stunde anhielt. Temp. 39.5. Abends Temp. 38.5. Meteorismus, überall Schmerzen im Bauche. Erbrechen. Stuhlverhaltung. Collaps der Patientin. Tod 5 Tage nach der Punction. Die Section ergab: Unterleib ziemlich stark ausgedehnt, die Bauchhöhle zum grössten Theile ausgefüllt von einer Ovariencyste, deren Oberfläche stellenweise silberglänzend, an anderen Stellen bräunlich gefärbt erscheint. Die Oberfläche zum Theil glatt, zum Theil uneben, höckerig, mit kleinen durchscheinenden Cysten besetzt, deren Inhalt eine etwas trübe, gelbliche, klebrige Flüssigkeit ist. Entsprechend der Lebergegend befinden sich mehrere grössere Cysten der Muttercyste anhaftend. Die Cyste an vielen Stellen adhaerent. Die Punc-

tionsöffnung nicht geschlossen, offen, und aus derselben sickert der Cysteninhalte heraus. In der Bauchhöhle eine grosse Menge einer etwas trüben, gelblich röthlichen, klebrigen dem Cysteninhalte analogen Flüssigkeit. Die Innenwand der Cyste zeigt vielfache Tochtercysten, besonders im oberen rechten Theile, wo sie den äusserlich durchföhlbar resistenten Theil der Cyste bilden. Ferner hochgradiger Morbus Brightii in beiden Nieren.

4. *Sarcoma ovarii*. B. M., 41 Jahre, Jungfrau. Mannskopfgrosse Geschwulst im linken Becken, dieselbe frei beweglich, von etwas derber Consistenz, Mitbewegung des Uterus nur bei starken Bewegungen. Vor einem Jahre war die Geschwulst kindskopfgross und zeigte etwas Elasticität. Patientin klagt über hartnäckige Stuhlverstopfung, Gefühl von Druck im Unterleib, schnelle Ermüdung bei körperlicher Anstrengung, Dyspnoe beim Gehen. Prof. Albert nahm am 4. August 1876 die Operation vor. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Tumor überall frei. Derselbe wurde in dem günstigsten Durchmesser herausbefördert; Stiel etwa 15 Cmt. lang. Klammer, Naht mit Silberdraht und Katgut. Die Narkose war tief, ruhig gewesen. Nach Beendigung der Naht trat Asphyxie ein, aus welcher die Patientin erst nach 20 Minuten durch künstliche Respiration und Elektrisiren der Respirationsmuskeln zum Leben gebracht wurde. Vollkommen reaktionsloser Verlauf. Klammer fällt am 8. Tage ab, am 13. September geheilt entlassen. Der Tumor war ein Spindelzellensarcom. (Veröffentlicht in den „Beiträgen zur operativen Chirurgie.)

Von Uterustumoren kamen folgende Fälle zur Aufnahme.

1. St. K., 53 Jahre, Bäuerin, in ihrer Jugend gesund, menstruirte im 18. Jahre. Seit 12 Jahren verheirathet, concipirte im 2. Jahre ihrer Ehe, Schwangerschaft und Geburt normal. Seit dieser Zeit blieb ihr Unterleib etwas grösser. Menstruation immer regelmässig. In den letzten 2 Jahren traten Athembeschwerden auf und klagte Patientin über Beschwerden, wie in der Gravidität. Der Status praesens ergibt: Patientin mager, ziemlich kräftig gebaut, der Unterleib stark ausgedehnt, die Haut von bläulich durchschimmernden Venen durchzogen, die Oberfläche uneben. Wir finden eine über mannskopfgrosse Geschwulst oberhalb der Symphyse von derber Consistenz, von etwas unebener Oberfläche, wenig beweglich: unterhalb des Nabels ein 8 Cmt. im Längen- und 10 Cmt. im Querdurch-

messer haltender derber Knoten, nach links und unten davon ein kleinerer ebenfalls streng begrenzter Knoten, welche beide mit der Geschwulst zusammenhängen. Umfang über dem Nabel 90 Cmt., vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse 37 Cmt., Entfernung beider Spinae von einander 42 Cmt.; jede Spina vom Nabel 23 Cmt. Die innere Untersuchung ergab: Scheide normal, Muttermund etwas nach links und hinten, eingekerbt; Scheidengewölbe flach. Aus dem Muttermund fließt ein glasiges, braunröthlich gefärbtes Secret. Bei Bewegungen der Geschwulst geht der Uterus mit, Urin normal. Laparotomie. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Der Tumor gehört dem Uterus selbst an, mehrfache Adhaesionen mit dem Netz und dem Coecum und Colon. *Hysterotomia supravaginalis*. Uterus oberhalb des Cervix in den Ecraseur gefasst, und der Tumor abgetragen. Blutung im extraperitonealen Raum, aus den mit Catgut unterbundenen Adhaesionen. Stillung mit Ferrum candens. Naht. Ecraseur bleibt liegen. Der exstirpirte Tumor wog 3306 Gramm. Nach der Operation Patientin anämisch. Glühwein, warme Einwicklungen, öfteres Erbrechen. Eis. Champagner. Am 2. Tage Temp. 38.4. Umgebung der Wunde etwas schmerzhaft. Zeitweise Aufstossen, Am 3. Tage geringer Meteorismus in der Gegend des Magens und Nabels. Wunde schön. 4. Tag. Meteorismus stärker, kein Stuhl, keine Winde. Temp. 39.0. Geringe Schmerzen im Unterleibe. 5. Tag. Kein Stuhl, keine Winde; starke Bronchitis. Temp. 39.0. Ecraseur wird entfernt. Der Stiel trichterförmig eingesunken. Am 6. Tage Meteorismus stark, Bauch trommelartig gespannt. Selbst Eis wird nicht vertragen und erregt Aufstossen. Temp. 38.5. Auf Massenklysmen mit warmen Wasser, einmal mit Aq. laxat. erfolgt dünner Stuhl und gehen Winde ab. Allgemeinbefinden besser, Meteorismus geringer. Temp. 37.5. Am 8. Tage wieder Erscheinungen von innerer Incarceration, kein Stuhl, keine Winde, Meteorismus wieder bedeutend, Dyspnöe. Temp. 39.0. Clysmen, Faradisation der Bauchdecken ohne Erfolg. Schlaflose Nacht. Patientin etwas collabirt, Temp. 40.0. Am 10. Tage Temp. 38.5, Meteorismus in der Magengegend stärker, kein Stuhl, keine Winde. Am 11. Tage Meteorismus sehr stark, Dyspnöe bedeutend. Puls frequent, klein, 120, Collaps, Sensorium etwas eingenommen, Abends Puls 140.0. Laparotomie wegen innerer Incarceration. Dickdarm ungemein ausgedehnt, besonders das Coecum und das Colon transv. Letzteres wird an einer Stelle eröffnet und nachdem viel Gas ausgeströmt, die Darmwunde mittelst feiner Catgutnaht geschlossen. In der Gegend des Coe-

cums ein Strang fühlbar. Lösung der Adhaesionen, und einer Axendrehung am Dünndarm. Tod 8 Stunden nach der Operation. Die Section ergab Axendrehung des Dünndarms und Compression der Dünndarmschlingen durch eine Mesenterialfalte, unter welcher die Dünndarmschlingen durchpassirten. Serosa der Gedärme matt, mit etwas fasserstoffigen Exsudate belegt, injicirt. Die Blase an der hinteren Seite missfärbig, durch Adhaesionen mit dem Coecum verklebt, ihre hintere Wand zum Theil jauchig infiltrirt.

2. Die 45jährige kräftige Bäurin M. F. gibt an, in der Jugend immer gesund gewesen zu sein, Menstruation im 18. Jahre, immer regelmässig bis vor 6 Jahren. Seit 6 Jahren zeitweise heftige Menorrhagien, starke Kreuzschmerzen. Bei linker Seitenlage habe sie das Gefühl, als wenn eine Kugel von rechts nach links rolle. In den letzten 2 Jahren Menstruation spärlich, nur selten Menorrhagie. Bauch sei etwas grösser geworden. Ein gegen mannskopfgrosser, derber, streng begrenzter, sehr beweglicher Tumor von der Symphyse bis zum Nabel reichend; der Tumor geht bei kleinen Bewegungen des Uterus, der etwas retrofectirt ist, nicht mit. Tumor mehr nach rechts gelagert. Genitalien virginal. Die Diagnose lautete auf einen Tumor des Ovariums oder ein gestieltes Uterusfibroid. Laparotomie. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Langgestieltes Uterusfibroid. Keine Adhaesionen. Der 4 Cmt. breite und 6 Cmt. lange Stiel mit Catgut unterbunden, derselbe in den Ecraseur gefasst. Bauchnaht mit Silberdrähten. Die Operation währte 35 Minuten. Am 1. und 2. Tage etwas Brechreiz; Eis, Champagner, Opium. Rechts etwas Meteorismus, Temp. 37.5. Am 4. Tage Abfall des Ecraseur. Am 6. Tage Stuhl auf ein Klyisma. Wunde per primam geheilt. Am 10. Tage stand Patientin auf. Immer fieberloser Verlauf, nach 4 Wochen entlassen. (Prof. Albert veröffentlichte die Fälle 1 und 2 in den Beiträgen zur operativen Chirurgie.)

3. H. A., 42 Jahre, ledig. Patientin gut genährt, Menstruation zeitweise unregelmässig. Seit 2 Jahren bemerkt sie eine Grössenzunahme des Unterleibs. Druckgefühl, Stuhl- und zeitweise Urinbeschwerden. Oberhalb der Symphyse etwas mehr nach rechts gelagert ist ein über kindskopfgrosser, derber, beweglicher Tumor fühlbar. Bei Bewegungen des Tumors geht der Uterus mit. Urin normal. Laparotomie. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Der Tumor ist ein gestieltes Uterusfibroid. Die Entbindung desselben geht sehr leicht, da keine Adhaesionen

vorhanden. Stiel breit, 5 Cmt. lang, Wunde in der Ecraseur gefasst. Naht mit Silberdraht und Catgut. Die ersten Tage fieberlos; am 4. Tage machte Patientin eine starke Bewegung und riss den Stiel ab. Am nächsten Tage Peritonitis. Tod am 6. Tage. Die Section ergab eitrige. Peritonitis.

In 2 Fällen von Uteruspolypen wurde 1 Fall operirt, in dem 2. Falle musste die Operation wegen Pleuritis aufgeschoben werden.

B. M. 33 Jahre, ledig. Eintritt der Menses im 16. Jahre. Seit 4 Jahren zeitweise Menorrhagie. Seit 1 Jahre Stuhl- und Urinbeschwerden; Patientin kann nur knieend oder stehend uriniren. Kreuzschmerzen. Genitalien virginal. Aus der Scheide fliesst ein weisslich gelbliches, fadenziehendes Secret. Der touchirende Finger kommt auf eine kindskopfgrosse Geschwulst, welche in der Scheide liegt. Muttermund nicht erreichbar. Consistenz derb, an einzelnen Stellen fluctuirend. Uterus vergrössert; die Operation bestand in einer Verkleinerung des Tumors durch Ferrum candens, da wegen der Enge der Scheide jede andere Operationsmethode nicht ausführbar war. Der Tumor wurde in der Mitte ausgehöhlt, und erst nachdem der Tumor bedeutend verkleinert, konnte der Muttermund erreicht werden, in welchen der Tumor sich fortsetzte. Wegen Weigerung der Patientin musste von einer Totalexstirpation abgestanden werden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrom.

Von 3 Fällen von Carcinom der Portio vaginalis wurden 2 ungeheilt entlassen. In 1 Falle griff das Carcinom bereits auf das Scheidegewölbe über. Ein Fall gebessert entlassen. In 1 Falle bei einer 27jährigen Frau trat das Carcinom schon während der Schwangerschaft auf. Entbindung normal.

2 Fälle von Fistula vesico vagin. wurden geheilt entlassen. In 1 Falle, wo die Fistel gross war und hoch oben am Cervix sass, wurde der Verschluss erst in 3 Sitzungen erreicht. Es blieb jedoch Paralyse des Sphincters zurück, welche auch durch Electricität nicht gebessert wurde. In einem 2. Falle gelang die Heilung durch Einführung von Holzcyllindern in die Scheide und Cauterisation.

Ein Fall von Metrorrhagie wurde gebessert und 1 Fall von chronischer Metritis mit Retroflexio uteri ungeheilt entlassen.

VII. Obere Extremität.

A. Verletzungen.

a) Subcutane Verletzungen:

An Fracturen wurden beobachtet: 3 Fälle von Fractur des Schlüsselbeines, in 2 Fällen frisch, 2 mal in der Mitte, in 1 Falle war das acromiale Ende abgebrochen; 4 Fracturen des Oberarmes am chirurg. Halse; davon endete 1 Fall lethal.

L. M., 77 Jahre, fiel auf die Schulter. Bruch des Oberarmes am chirurgischen Halse. Bedeutende Schwellung der Weichtheile. Verkürzung $1\frac{1}{2}$ Cmt. Am 9. Tage Fieber. Temp. 39.0. Am 10. Tage plötzlicher Tod. Die Obduction ergab eine Thrombose der Art. pulm., Verfettung des Herzens. Athematöser Process. Schräger Bruch am chirurg. Halse von hinten, unten, aussen, nach vorne, oben, innen.

Ein Fall von Fractur des Vorderarmes in der Mitte, bei einer 30jährigen Arbeiterin, wobei erst nach Elektropunktur knöcherne Vereinigung eintrat; 2 Fälle von Fractur des Radius im unteren Drittel; 1 Fall von Fractur der Ulna in der Mitte und 1 Fall von veralteter Fractur des Metacarpus.

Von Luxationen kamen vor: 7 Fälle im Schultergelenke. In 3 Fällen veraltet. In 4 Fällen stand der Kopf in der Achselhöhle, in 2 Fällen wurde der Kopf durch den Rabenschnabelfortsatz halbirt und in 1 Falle constatirten wir eine Luxatio intracoracoidea. In den 4 frischen Fällen gelang die Reposition in 3 Fällen leicht nach der Traktionsmethode, in 1 Falle wurde nach Schinzinger reponirt. Von den 3 veralteten Luxationen wurde 1 Fall wegen des hohen Alters des Patienten nicht eingerichtet, in den 2 anderen Fällen wurden mehrfache Einrichtungsversuche in der Narcose gemacht, wobei in 1 Falle bei einer Luxatio subcoracoidea der Kopf bis zum Pfannenrande gebracht wurde, bei dem Einrichtungsversuche beim Fixiren der Scapula die Haut einriss; Patientin verweigerte einen neuen Versuch; in dem 3. Falle, wo eine 3 Monate alte Luxatio subcoracoidea bei einem 40jährigen Manne vorlag, wurde nach mehreren

vergeblichen Repositionsversuchen die Arthrotomie unter Lister gemacht. Prof. Albert machte einen 8 Cmt. langen Schnitt vor dem Kopfe, so dass man gerade zwischen Kopf und Pfanne kam. Man konnte bei gut auseinander gehaltenen Wundrändern die Pfanne und den Kopf erblicken. Nach Durchtrennung von mehreren Strängen wurden Rotationsbewegungen gemacht und der Kopf bewegte sich gegen die Pfanne, brach aber am Halse ab, als er schon am Pfannenrande war. Es wurden nun Hacken in den Kopf eingesetzt und derselbe doch in die Pfanne gebracht. Leider erfolgte keine knöcherne Vereinigung, sondern blieb eine Pseudarthrose zurück. Patient konnte aber den Arm doch viel besser gebrauchen, und war zufrieden gestellt.

Eine Luxation auf das Dorsum des Metacarpus des Daumens bei einem 8jährigen Knaben, durch Fall auf den ausgestreckten Daumen entstanden, gieng in der leichtesten Weise zurück.

Vier Fälle von Contusion des Schultergelenkes, zwei von Contusion des Ellbogen und zwei des Handgelenkes verliefen unter antiphlogistischer Behandlung günstig.

In 2 Fällen von Distorsion des Handgelenkes wurde durch Lagerung auf eine Schiene und Application von Kälte schnell wesentliche Besserung erzielt. In 1 Falle von Contusion der Finger blieb lange Zeit eine beschränkte Beweglichkeit zurück.

b) Offene Verletzungen.

1. Eine in der Mitte der Streckseite des Vorderarmes 3 Cmt. lange, quer verlaufende 2 Cmt. tiefe Schnittwunde. Hand in Beugstellung, kann nicht gestreckt werden. Verletzung schon 8 Tage alt. Nach 5 Tagen gebessert entlassen.

2. Oberflächliche Schnittwunde am Handrücken; Naht; prima intentio.

3. Fall auf eine Glasflasche. Zwei Schnittwunden an der Volarseite des Zeige- und Mittelfingers, gerade den 2. Interphalangealgelenken entsprechend; beide eröffnet, die Sehne des Flexor digit. com. durchschnitten. Sehnennaht. Lister. Heilung per primam. Leichte Contractur zurückgeblieben.

4. Stich mit einem Messer; quer verlaufende Schnittwunde an der Beugeseite des 2. Interphalangealgelenkes des Mittel-, Ring- und kleinen Fingers. Sehne des Flexor digit. com. am Ringfinger durchgetrennt. Lister. Sehnennaht, Naht der Hautwunde, prima intentio.

5. Quer verlaufende, oberflächliche 2 Cmt. lange Schnittwunde an der Beugeseite des Zeigefingers dem 2. Interphalangealgelenke entsprechend. Lister. Naht. Prima intentio.

6. Schief verlaufende Schnittwunde am kleinen Finger; 5 Cmt. lang, Lister, Naht, prima intentio.

7. 2 Cmt. lange Schnittwunde an der Dorsalseite des Daumens gerade unterhalb des Nagelfalzes. Zugleich Ikterus. Listers Verband. Auf die medic. Abtheilung transferirt,

8. Oberflächliche Schnittwunde an der Streckseite des Daumens. Lister. Prima intentio.

9. E. A. biss sich in einem Anfälle von Delirium tremens in den Daumen- und Zeigefinger. Aufnahme 8 Tage später. An der Volarseite des Daumens eine 3 Cmt. lange, dem Interphalangealgelenke entsprechend verlaufende, gangränöse Wunde. Daumenballen geschwellt, 1 Phalangs nekrotisch; Kuppe des Zeigefingers abgebissen. Heilung durch Eiterung in 6 Wochen.

10. Bisswunde an der Streckseite des Oberarmes von einem Löwen. Wunde 5 Cmt. lang, 1 Cmt. tief. Heilung durch Eiterung in 3 Wochen.

11. Bisswunde in den Zeigefinger, Heilung in 14 Tagen.

12. 4 Cmt. lange Quetschwunde am Handrücken, Carbolverband. Heilung in 10 Tagen.

13. Riss-Quetschwunde am Handrücken, quer in der Länge von 5 Cmt. verlaufend, Haut in der Breite von 1 Cmt. abgängig. Patient war unter eine Walze gekommen. Lister. Heilung in 14 Tagen.

14. Quetschwunde an der Dorsum des rechten Daumens, derselbe bedeutend geschwellt, die Schwellung erstreckt sich bis auf den Thenar. Carbolverband. Am 2. Tage Fieber, Lymphangitis; Eisumschläge, nach 10 Tagen geheilt entlassen.

15. Ebenfalls unbedeutende Quetschwunde am Daumen, Nagelbett blutunterlaufen. Abgang des Nagels. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

16. Steinwurf; Quetschwunde in der Gegend des 2. und 3. Phalangealgelenkes des Zeige- und Mittelfingers. Carbolverband. Heilung in 8 Tagen.

17. J. Judith, Fabriksarbeiterin, kam mit dem Mittelfinger

in eine Walze. Zerreiſſung der Weichtheile der letzten Phalangs an der Dorsalseite. Nagel gespalten. Lister. Heilung in 14 Tagen.

18. N. J. kam mit dem Zeigefinger in eine Kreissäge. Amputation der letzten Phalange. Wunde unrein, Carbolverband. Nach 3 Wochen mit granulirender Wunde entlassen.

19. R. D., Fabriksarbeiter, kam unter eine Walze. Riss-Quetschwunde am Daumenballen, 5 Cmt. lang, den Thenar in 2 gleiche Hälften theilend bis zur 1. Phalange des Daumens reichend. Muskulatur zerfetzt, erste Phalange des Daumens gebrochen. Metacarpophalangealgelenk offen. Am Daumenrücken die Haut an kleinen Stellen abgängig. Comminutivfractur am Zeigefinger. Die 2. und 3. Phalange desselben in mehrere Stücke zermalmt, welche durch die vielfach zerrissene Haut heraussehen. An der I. Phalange des Zeigefingers ein Schiefbruch, welcher 2 Cmt. oberhalb des Metacarpo-Phalangealgelenkes beginnend, schief von hinten oben, nach vorne und unten zieht. Gelenk nicht eröffnet. Haut bis zur Interdigitalmembran abgängig. Amputation des Zeigefingers. Lister. Wunde des Daumens mit Chlorzink ausgepinselt. Fieberloser Verlauf. Nach 8 Wochen geheilt entlassen.

20. Dem 17jährigen St. J., welcher von einer Maschine erfaßt wurde, wurde die linke Hand mehrfach zerrissen. Die 3 letzten Finger zeigen mehrfache Riss- und Quetschwunden, aus denen die zertrümmerten Knochen heraussehen. Alle Gelenke dieser Finger offen. Am Zeigefinger eine offene Gelenkwunde dem Metacarpophalangealgelenke entsprechend. Der Finger nur mehr mit einem Volarlappen und einer schwachen dorsalen Hautbrücke bedeckt, die Sehnen blossliegend. Am Daumen eine Quetschwunde an der Ulnarseite. Da der Mittel-, Ring- und kleine Finger nur mit einer schwachen Hautbrücke, mit dem Metacarpus verbunden waren, so wurden sie enucleirt. Chlorzinkauspinselung, Lister. Heilung. Der Zeigefinger blieb erhalten. Patient konnte eine Gabel halten.

21. M. F. kam mit der Hand unter Kammrad. Haut des Dorsum manus zum grössten Theile weggerissen. Sehne des Extens- blossliegend, die Sehne für den Zeigefinger durchgerissen. Derselbe hängt mit einem Volarlappen, noch mit dem Metacarpus zusammen. Oberhalb des Metacarpophalangealgelenkes gebrochen. Das erste Interphalangealgelenk offen. An den andern Fingern quer verlaufende Risswunden an der Volarseite, den Interphalangealgelenken entsprechend, dieselben alle eröffnet, am Mittelfinger die 2. Phalange volarwärts luxirt, desgleichen Volarluxation der Phalangen am kleinen Finger. Reinigung der

Wunde mit starker Carbollösung, Auspinselung mit Chlorzink Naht mit Catgut wo es möglich war. Listers Verband. Fieberloser Verlauf. Alle Finger blieben erhalten. Leider musste Patient vor vollständiger Heilung auf Verlangen mit schön granulirenden Wunden entlassen werden.

22. Einem 16jährigen Mädchen wurde durch eine Maschine die Haut am Handrücken in der Ausdehnung eines Thalers weggerissen. Sehnen des Extensor com. blossliegend. Lister. Heilung nach 4 Wochen.

23. Maschinenverletzung. St. F., 24 Jahre. Zerreißung der 3 Finger der linken Hand. Splitterbruch der 3. Phalange des Zeigefingers. Haut am Handrücken in der Breite von 3 Cmt. weggerissen. Enucleation der 3 letzten Finger und Amputation der Endphalange des Zeigefingers. Lister. Heilung in 4 Wochen.

24. L. M., 31 Jahre, Fabrikarbeiterin. Maschinenverletzung. Risswunde am 4. und 5. Finger der linken Hand an der Volarseite der Mitte der Endphalange entsprechend, dieselbe in beiden Fingern quer gebrochen, ein Splitter in der Wunde. Naht. Lister. Heilung in 8 Wochen.

25. Bei einem jungen Eisenbahnbediensteten, welcher überfahren wurde, lag nebst einer Zerreißung des Vorderarmes noch eine complicirte Splitter-Fractur des Oberschenkels vor. Amputation des Vorderarmes und Oberschenkels. Ueber den Fall wird später berichtet werden.

26. Weichtheilschuss am Thenar der rechten Hand. Carbolverband. Nach 8 Tagen mit granulirender Wunde entlassen.

27. Ob. Leit., 6 Jahre, war unter ein Mühlrad gekommen. hatte sich den Oberarm an der unteren Epiphyse gebrochen, 4 Wochen später fanden wir bei der Aufnahme folgendes Bild. Die Gegend des Ellbogengelenkes mächtig geschwellt zahlreiche Fistelgänge, welche auf nekrotischen Knochen der Oberarmepiphyse führen. Daumenbreit oberhalb der Humeruscondylen abnorme Beweglichkeit. Crepitation. Im Ellbogengelenke Exsudat. Vorderarm bis zur Mitte geschwellt. Ausspritzung der Fistelgänge mit Chlorzinklösung; Listerverband. Zeitweise Cauterisation der Fistelgänge mit Ferrum candens. Nach 8 Wochen Abstossung von Kochensplittern. Heilung nach 3 Monaten; im Ellbogengelenke beschränkte Beweglichkeit.

B. Entzündungen.

Von Entzündungsprozessen wurden beobachtet: 10 Fälle von subcutanen Zellgewebsvereiterungen zumeist

an den Fingern, 10 Fälle von tiefer Zellgewebsphlegmone und zwar 4 mal in der Hohlhand, 2 mal am Vorder- und 4 mal am Oberarm.

V. U., 50 Jahre, Köchin, schnitt sich mit einem rostigen Messer in den Mittelfinger. Am 3. Tage Schwellung der Weichteile des Mittelfingers bis zur Hohlhand. Ein am 8. Tage gefundener Arzt fand schon eine Phlegmone des Zellgewebs in der Hohlhand und am Vorderarm. Mehrere tiefe Incisionen bringen Erleichterung. Bei der Aufnahme der stark fiebernden Patientin am 14. Tage fanden wir eine mächtige Schwellung in der Hohlhand und am Handrücken, am Vorderarm bis nahe an das Ellbogengelenk. In der Hohlhand 2 Incisionsöffnungen, aus denen Eiter abfloss, ebenso eine an der Beugeseite des Vorderarmes. Fieber. Temp. 39.0. Profuse Eiterung. Vielfache Incisionen am Vorderarm, Fortschreiten gegen das Ellbogengelenk. Temp. 40.0. Incision. Drainirung des Gelenkes. Feuchte Wärme. Nach 8 Wochen langem fieberhaften Verlaufe nahm die Eiterung ab. Im Handgelenke die Knorpel rauh. Von da an fieberloser Verlauf. Heilung mit Ankylose des Handgelenkes und Beugecontractur der Finger, da die Sehnen in eine Narbenmasse eingebettet waren. Leichte Besserung durch passive Bewegungen in heissen Handbädern. Patientin wurde nach 4 Monaten entlassen.

In 5 Fällen von oberflächlicher Verbrennung des Vorder- und Oberarmes auf der Streckseite war 4 mal eine eitrige Bursitis olecrani aufgetreten. Alle Fälle verliefen günstig.

In 4 Fällen von crepitirender Sehnnenscheidenentzündung des Extensor pollicis wurde durch Fixirung des Vorderarmes auf eine Schiene und Einreibung von grauer Salbe in 8—10 Tagen Heilung erzielt.

Ein Anthrax an der Beugeseite des Vorderarmes bei einem 32jährigen Manne durch Incision geheilt.

Ein kalter Abscess im Sulcus bicip. intern. wurde unter Listers Cautelen eröffnet, Heilung in 10 Tagen.

Ein Fall von Neuritis des Plex. axill. bei einer 23jährigen Fabrikarbeiterin wurde gebessert entlassen.

Drei Fälle von scrophulöser Periostitis, 2 mal an der Ulna, 1 mal an den Phalangen bei Kindern wurden ge-

bessert entlassen. Nekrose kam 8 mal vor. 6 mal am Oberarm, 1 mal an der Ulna und den Phalangen. In 4 Fällen wurde durch Nekrotomie Heilung erzielt, in den andern 4 Fällen war die Nekrose eine periphere und erfolgte spontan die Abstossung der nekrotischen Knochensplitter (2 mal am Oberarm, je 1 mal an der Ulna und den Phalangen). Wir versuchten auch die Nekrotomie nach Nussbaum bei einer centralen Nekrose am Oberarm; es trat leider an einer Stelle Gangrän der Haut ein und wurde die prima intentio vereitelt.

Caries der Handwurzelknochen wurde in 4 Fällen bei scrophulösen Individuen von 29—30 Jahren beobachtet. In 2 Fällen war auch das Handgelenk schon betheilig. In 1 Falle wurde die Amputation am Vorderarm vorgenommen. Die andern 3 Fälle gebessert entlassen.

G. S., 24 Jahre alt, Bauer, stammt von tuberculösen Eltern. In seinem 18. Jahre trat Hämoptöe auf, Vor 2 Jahren eine Schwellung des linken Metacarpus des kleinen Fingers entsprechend dem Metacarpal-Gelenke. Aufbruch nach 5 Monaten. Nach $\frac{1}{2}$ Jahren später Aufbruch an mehreren Stellen an der Dorsalseite des Carpus. Wir fanden zahlreiche Fistelöffnungen am Handrücken, aus denen ein dünnflüssiger Eiter secernirt wird. Sonde stösst auf cariösen Knochen. Handgelenkscapsel verdickt, Reiben im Gelenke, vermehrte seitliche Beweglichkeit. Cauterisation der Fistelgänge. Einzelne nekrotische Splitter stossen sich ab. Nach $\frac{1}{2}$ Jahren gibt Patient die Amputation zu. Dieselbe geschieht in der Epiphyse unter Lister. Durch eine Woche Temp. 39.0. Heilung per primam bis auf eine kleine Stelle. Recidive nach 2 Monaten an der Epiphyse. Nachamputation. Heilung in 8 Wochen; Patient wurde mit einer künstlichen Hand entlassen.

Ein Fall von Caries des Metacarpalgelenkes des Zeigefingers bei einem 60jährigen Manne wurde durch Resection unter Lister geheilt. Es trat Ankylose ein. Heilungsdauer 3 Monate. Fieberloser Verlauf.

Ein Fall von Caries des Ellbogengelenkes bei einem 7jährigen Knaben stand nur durch 2 Tage in Behandlung und wurde auf Verlangen ungeheilt entlassen.

Gelenksentzündungen wurden 2 im Schultergelenke beobachtet. In beiden Fällen war ein Trauma vorausgegangen. In einem Falle war ein beträchtliches seröses Exsudat nachweisbar.

C. Neubildungen.

Von diesen kamen 8 Fälle zur Behandlung.

St. A., 14 Jahre, Scrophulose. Exstirpation von 2 wallnussgrossen Lymphomen in beiden Achselhöhlen unter Lister. Ganze Naht. Am 1. und 2. Tage Temp. 39.0. An der Wunde keine Reaction. Beiderseits prima intentio.

A. Lucca, 26 Jahre. Lymphom der rechten Achselhöhle. Exstirpation unter Lister. Die ganze Achselhöhle ausgefüllt von käsig degenerirten Lymphdrüsen, einzelne schon in der Mitte vereitert, Ein Paket wurde von den Achselgefässen abpräparirt. Die Operation dauerte 2 Stunden. Eiterung. Fieber. Nach 14 Tagen mit einer schön granulirenden 2 Cmt. langen und 1 Cmt. tiefen Wunde entlassen.

Geschwulst in der Schultergegend.

Ein 50jähriger Mann war mit der Aussenseite der linken Seite auf die Kante eines eisernen Kessels aufgefallen. Man zweifelte ob Luxation oder Fractur vorhanden. Nach mehreren Wochen kam der Kranke auf die Klinik, weil seine Schulter eine ganz bedeutende Geschwulst zeigte. Luxation und Fractur konnte gleich ausgeschlossen werden. Die Geschwulst, welche unter dem Deltoides und an der Rückseite des Gelenkes vorhanden, zeigte Elasticität. Die Scapula gieng bei allen Bewegungen mit, nur Adduction war erlaubt. Prof. Albert machte anfänglich die Diagnose auf ein Hämatom. Eine Probepunction entleerte helles rothes Blut. Die genauer vorgenommene Untersuchung ergab deutliche Pulsation, man hörte ganz deutlich ein Schwirren. Prof. Albert stellte nun die Diagnose auf ein Aneurisma spurium, entstanden durch Zerreißung der Art. circumflexa humeri. Nach vergeblichen Heilungsversuchen mittelst Compression durch elastische Binden und Application vor Kälte wurde Patient entlassen, Die Geschwulst war etwas fester geworden und kleine Bewegungen im Schultergelenke frei ausführbar. Nach einigen Monaten traten pulsirende Tumoren an den Rippen auf; bei einer Wendung im Bette waren Fracturen des Oberschenkels und des Armes entstanden. Tod. Es lag also hier, wie Prof. Albert glaubt. eine eigene Art von Geschwulstbildung vor, in der Spongiosa des Knochens, wahrscheinlich Sarcom mit

enormer Gefässbildung. Das Präparat wurde uns eingesendet, es lag ein Neoplasma vor, aber wegen hochgradiger Fäulniss war eine nähere Untersuchung unmöglich.

Angebornes Fibrom am Mittelfinger.

Pl. Jg., 7 Wochen alt, wurde mit einem die Innenfläche des rechten Mittelfingers, von der Mitte der ersten Phalange bis zur Mitte der 2. Phalange einnehmenden Fibrom, welches seit Geburt bestand, aufgenommen. Exstirpation unter Esmarchs Blutspargungsmethode, mit Bildung eines rechteckigen Hautlappens. Naht, Listers Verband. Fieberloser Verlauf. Prima intentio. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Enchondrom des Zeigefingers.

Br. M., 21 Jahre, gibt an, seit seinem 5. Lebensjahre eine kleine, harte, schmerzlose Geschwulst am Zeigefinger bemerkt zu haben. Sehr langsames Wachsthum. Haselnussgrosse Geschwulst an der Innenseite der ersten Phalange des linken Zeigefingers, Exstirpation unter Lister. Heilung nach 8 Wochen.

Ein Fall von Fungus der Sehnscheide am Mittelfinger bei einem 35jährigen scrophulösen Individuum stand durch 3 Monate in Behandlung. Der Mittelfinger war besonders dem Verlaufe der Strecksehne entsprechend verdickt. Compression. Eisblase. Besserung.

Neurom des N. medianus.

R. T., 40 Jahre, bemerkte $\frac{1}{2}$ Jahr vor ihrer Aufnahme eine kleine Geschwulst an der Innenseite des rechten Oberarmes, welche ihr besonders bei Druck heftige Schmerzen verursachte, welche bis in die Finger ausstrahlten. Nachts heftigere Schmerzen. Im Daumen-, Zeige- und Mittelfinger Gefühl von Ameisenlaufen. Wir fanden im Sulc. bicip. int. in der Höhe der Ansatzstelle des M. Deltoides eine kastaniengrosse, streng begrenzte, spindelförmige, leicht bewegliche, bei geringstem Drucke sehr schmerzhaftige Geschwulst von unveränderter Haut bedeckt. Bei Druck verläuft der Schmerz entsprechend dem Verlaufe des Medianus und gibt Patientin den Schmerz genau nach dem Verlaufe des Medianus an. Ring- und kleiner Finger sind nicht betheiligt. Diagnose: Neurom des Medianus. Exstirpation unter Lister. Die Geschwulst gehörte dem Medianus an, war von Neurilem überkleidet. Nach Spaltung desselben sah man einzelne Fasern über die Geschwulst wegziehen, theils in dieselbe eintreten. Makroskopisch war die Neubildung ein Sarcom. Die Geschwulst wurde nun mit Erhaltung einiger Nervenfasern exstirpirt. Die getrennten Nervenstämme durch Naht aus feinem Catgut vereinigt.

Naht der Hautwunde. Listers Verband. Die am 2. Tage vorgenommene Sensibilitätsprüfung ergab den Ausfall derselben an einzelnen Bezirken. In den Fingern wurde ein Brennen angegeben, welches sich später verlor. Heilung per primam in 6 Tagen. Nach 3 Wochen entlassen, nachdem durch Electricität die Sensibilität ein wenig sich gebessert. Sechs Monate später kam Patientin mit einer haselnussgrossen Recidive. Schmerzen in den letzten Wochen bedeutend. Taubsein im Daumen, Zeige- und Mittelfinger, dieselben etwas mägerer. Exstirpation der Geschwulst, vollständige Durchtrennung des Nerven und Einpflanzung eines Nervenstückes von einem gleichzeitig amputirten Unterschenkel. Nervennaht mit feinem Catgut, Naht der Hautwunde, Listers Verband. Heilung per primam ohne Fieber. Sensibilität nicht vermindert. Nach 10 Tagen entlassen.

Sarcom des Vorderarmes.

Der 26jährige Bauer P. P. war vor 6 Jahren von einer Kuh gestossen worden. Ein Jahr später habe sich an der Narbe am Vorderarm ein kleiner Knopf gebildet, der nicht schmerzhaft war. Innerhalb von 5 Jahren habe die Geschwulst die Grösse eines Hühnereies erreicht. Sechs Wochen vor seiner Aufnahme wurde die Geschwulst eröffnet; Blut und etwas wässrige Flüssigkeit sei abgeflossen. Seit dieser Zeit ungemein rasches Wachsthum, Auftreten von grossen Schmerzen. Fieber. Bei der Aufnahme zeigt sich bei dem blassen, herabgekommenen, stark fiebernden Kranken an der Beugeseite des linken Vorderarmes ein über kindskopfgrosser, an vielen Stellen exulcerirter übelriechender, an manchen Stellen derber, an einzelnen fluctuirender Tumor, der mit den Sehnen der Beuger verwachsen erscheint. Amputation des Oberarmes im unteren Drittel (die Exstirpation war nicht möglich, da alle Muskeln der Beugeseite in den Tumor aufgegangen waren) unter Lister und Esmarch. Am 5. Tage hohes Fieber, Dämpfung auf der linken Seite, bronchiales Athmen, Herz nicht verdrängt, Sarcom der Lunge diagnosticirt; abendliches Fieber 38.5 bis 39.0 Verfall des Kranken. Wunde zum grössten Theile per primam geheilt. Tod am 14. Tage. Die Section ergab hochgradige Anämie, Sarcom der Lungen, Pleuritis.

D. Form und Funktionsfehler.

Bei einem 62jährigen Zimmermann war nach einer Phlegmone der Hohlhand eine Contractur der Fingerbeuger zurückgeblieben. Der Zustand wurde durch passive Bewegungen

im warmen Bade wesentlich gebessert, jedoch trat Patient vor vollständiger Behebung der Contractur aus der Behandlung.

Ein 2. Fall von Contractur der Fingerbeuger ebenfalls nach einer Phlegmone der Hohlhand bei einem 56jährigen Manne wurde ungeheilt entlassen, da Patient sich der schmerzhaften Behandlung nicht unterziehen wollte.

Eine nach einer rheumatischen Gelenkentzündung zurückgebliebene incomplet. Ankylose des Handgelenkes wurde durch fleissige passive Uebungen im warmen Handbade nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Bei dem 17jährigen Bauernburschen Pb. J. ward eine Contractur im Ellbogengelenke beobachtet, über deren Entstehung Patient nichts anzugeben weiss. Dieselbe bestehe seit seiner Kindheit. Der Vorderarm wird in einem Winkel von 120° gebeugt gehalten. Gegen die Beugung bis zum spitzen Winkel kein Widerstand, wohl aber gegen die Streckung. Bei Streckversuchen spannt sich die Bicepssehne und der Lacertus fibrosus stark an. Brisement forcé in der Narcose. Geringe Besserung. Blosslegung der Bicepssehne und des Lacertus fibros. unter Lister. Durchschneidung. Naht. Verband in gestreckter Stellung. Prima intentio. 8 Tage nach der Operation werden passive Bewegungen vorgenommen. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

P. M., 19 Jahre, überstand in ihrem 8. Jahre die Blattern, wobei in beiden Ellbogengelenken Entzündung aufgetreten war. Im linken Ellbogengelenke complete Ankylose des Ulna-Humeralgelenkes. Incomplete des Radio-Humeral-Gelenkes. Vorderarm zum Oberarm in einem Beugewinkel von 130° . Pronation und Supination in geringen Umfange gestattet. Rechts finden wir eine nicht definirbare Gelenkverbildung des Ellbogengelenkes. Am wahrscheinlichsten war noch eine Epiphysenablösung. Beugung und Streckung gestattet, Beugung etwas über den rechten Winkel. Pronation und Supination beschränkt. Links wurde die Resection der verbildeten Humerusepiphyse vorgenommen. Heilung nach 4 Wochen in einem rechten Winkel. Am Epicondylus ext. trat später Nekrose ein. Nach mehrmonatlicher Behandlung wurde Patientin mit einer im spitzen Winkel von 80° stehenden Ankylose entlassen.

Ein Fall von Parese des rechten Armes nach Trauma entstanden, wurde nach längerer Anwendung des Inductionstromes gebessert entlassen.

Von Missbildungen stand ein Fall von Syndaktylie in Behandlung.

Ein 4jähriges Mädchen hatte die Phalangen aller dreigliedrigen Finger und Zehen-knöchern verwachsen. Die Polices und Halluces fehlten gänzlich. Am Vorderarmscelet waren ebenfalls Defecte. Prof. Albert entschloss sich durch Herausnahme des mittleren, etwa dem Mittel- und Ringfinger entsprechenden Skeletrudimentes die schaufelförmige Hand in eine gabelförmige zu verwandeln. Operation unter Lister und Esmarch. Heilung nach 3 Wochen.

Untere Extremität.

A. Verletzungen.

Es kamen vor: 10 Fälle von Distorsionen der Gelenke, 6 Fälle von Contusionen der Weichtheile und 22 Fälle von Blasenbildung und Excoriationen durch schlechte Fussbekleidung bedingt.

Von subcutanen Fracturen wurden aufgenommen: 3 Fälle von frischen Schenkelhalsfracturen, wovon 1 Fall einer Pneumonie erlag; 1 Fall von veralteter Schenkelhalsfractur, 2 Fälle von veralteter Fractur des Oberschenkels in der Mitte mit starker Verkürzung und Dislocatio ad axim; 2 Fälle von frischen Oberschenkelfracturen im obern Drittel und in der Mitte.

Bei Oberschenkelfracturen befolgten wir immer die Praxis, dass wir die ersten 8—14 Tage die Extremität auf das Cooperische Kissen legten und dann den Dunreicher'schen Eisenbahnapparat wirken liessen.

2 Fälle von Fibulafracturen; Lagerung auf den Petit'schen Stiefel, nach 10 Tagen Gypsverband.

2 Fracturen der Tibia bei jugendlichen Individuen wurden nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Von Fracturen beider Unterschenkelknochen wurden 6 frische Fälle und 3 veraltete aufgenommen, in 2 Fällen mit bedeutender Difformität.

W. Alois Mames wurde mit einer Fractur beider Unterschenkelknochen im untern Drittel auf die Klinik gebracht. Petitscher Stiefel. Eisblase. Am 4. Tage Gypsverband, wegen Delirium tremens. Heilung mit $\frac{1}{2}$ Cmt. Verkürzung in 6 Wochen.

W. Ignaz. 79 Jahre, Pfründner. Fractur im untern Drittel.

Schräger Bruch von vorne, unten, aussen, nach rückwärts, oben innen. Haut an einer Stelle von einer Bruchzacke gespiesst. Petitscher Stiefel. Haut nach 8 Tagen durchbrochen. Keine Callusbildung. Pseudarthrosis. Tod an Marasmus nach 5 Monaten. Die Section ergab hochgradige Anämie, Marasmus senilis. Die beiden Bruchenden durch Bindegewebe vereinigt, Dislocatio ad axim.

W. Katharina, 43 Jahre. Fractura cruris inveterata. 3 Cmt. Verkürzung. An der Innenseite steht eine Zacke des oberen Bruchendes vor. Blosslegung derselben und Abtragung der Zacke mittelst Säge. Listers Verband. Heilung per primam.

N. Johann, 3 Jahre alt. Schlecht geheilte Unterschenkel-fractur. Unterschenkel bogenförmig nach vorne gekrümmt, ähnlich wie das Femur bei Rachitis. Unter Listers Cautelen wurde die Osteotomie gemacht. Herausnahme eines Keiles mit der Basis nach vorne. Naht, Listers Verband. Gypsverband. Heilung per primam.

Von Luxationen kamen vor: Eine veraltete Luxat. ischiat. bei einem 29jährigen Manne, 3 Monate bestehend. Mehrfache Einrichtungsversuche in der Chloroformnarcose. Der Kopf gieng nicht in die Pfanne, aber wir erreichten den Parallelstand der Extremität. Gypsverband. Nach 8 Wochen mit erhöhter Fusssohle (Verkürzung 4 Cmt.) entlassen.

Von Luxatio obturatoria 2 Fälle.

Der 50jährige B. Jacob wollte zum Vergnügen seiner Saufcumpane auf dem Bauche liegend, sein linkes Bein über dem Rücken zum Munde führen. Als er dasselbe durch Abduction und Rotation nach innen bis zur Mitte des Rückens gebracht, habe es einen Krach gethan, und sofort sei das Bein in der Lage gewesen, wie wir es bei seiner Aufnahme fanden. Pathognomonische Stellung der Luxatio obturatoria. (Beugung bis zum rechten Winkel, Abduction und Auswärtsrollung.) Kopf nicht durchzufühlen. Die Reduction in der Narcose gelang spielend, durch etwas Beugung und Auswärtsrollung. Nach 4 Wochen entlassen. Bewegungen im linken Hüftgelenke vollkommen frei.

Der 2. Fall betraf den 27jährigen Holzarbeiter P. J. Derselbe stand im Schnee, sein rechtes Bein war fixirt. Von einem 2 Stock hohen Hause warf ihn eine Schneelawine nach rückwärts, ihn von rechts nach links drehend. Luxatio obturatoria. Die Luxation entstand in diesem Falle durch Abrollung des

Beckens nach der entgegengesetzten Richtung bei fixirter Extremität. Stellung der Luxatio obturatoria. Obwohl die Luxation schon 3 Wochen alt war, gelang doch die Einrenkung nach 2 Versuchen in der Narcose. Bewegungen im rechten Hüftgelenke etwas beschränkt, Gang bei seiner Entlassung etwas hinkend.

Der 10jährige Bauernsohn H. M. wurde mit einer Luxatio iliaca sin. nach Coxitis auf die Klinik gebracht. Das linke Bein im Hüft- und Kniegelenk im stumpfen Winkel von 130° gebeugt, etwas adducirt und nach einwärts rotirt. Kopf deform, am Darmbein zu fühlen. Trochanter aufgetrieben. Verkürzung 5 Cmt. Schmerzen bei jeder Bewegung. Abends leichte Fieberbewegungen, Spitzencatarrh. Nachdem sich das Allgemeinbefinden gebessert, der Kranke durch 8 Wochen einen Extensionsverband vertragen, wurden mehrere Reductionsversuche gemacht. Es gelang schliesslich den Kopf in die Pfanne zu bringen. Gypsverband durch 4 Wochen. Nach 5 Monaten wurde Patient entlassen. Verkürzung noch 2 Cmt.

1 Fall von veralteter Luxatio' subtalica bei einem 22jährigen Manne durch Fall vor Jahren entstanden. Repositionsversuche wurden nicht gemacht.

Von offenen Verletzungen kamen vor:

Eine 2 Cmt. lange, Haut und Zellgewebe durchtrennende, quer verlaufende Schnittwunde in der Fossa poplitea. Heilung in 8 Tagen.

Ein Fall von Schusswunde am Dorsum pedis.

M. Andreas, 47 Jahre. Pöllerschuss. Am Fussrücken ein thalergrosser Substanzverlust, die Sehnen des Extens., welche auch etwas verfärbt erscheint blossliegend. Wunde unrein, übelriechend. Desinfection der Wunde mit Kali caust. Abstossung der Sehne des Extensor nach 3 Wochen. Heilung in 2 Monaten.

Sch. P., 50 Jahre. Contusion der Wade. Risswunde 3 Cmt. lang, in der Mitte des rechten Unterschenkels 2 Cmt. tief. Vor vollständiger Heilung mit granulirender Wunde entlassen.

R. And., 46 Jahre, wurde sehr stark anämisch ins Krankenhaus gebracht. Ruptur eines Varix in der Mitte der Wade. Compression, Listers Verband, Analeptica. Nach 4 Tagen geheilt entlassen.

G. Johann, 8 Jahre, 3 Cmt. lange und breite Quetschwunde am Fussrücken. Listers Verband. Nach 14 Tagen geheilt entlassen.

W. K., 40 Jahre, 4 Cmt. lange, $\frac{1}{2}$ Cmt. tiefe Schnitt-

wunde am Fussrücken. Sehnen unverletzt. Naht. Lister. Prima intentio.

Von schweren offenen Verletzungen standen in Behandlung:

Oetz Franz, 13 Jahre. Handbreite Wunde in der Kniekehle, Sepsis; bei den Wundkrankheiten bereits erwähnt.

H. J. wurde von einem Eisenbahnwaggon überfahren und schnell auf die Klinik gebracht. Der linke Vorderarm mehrfach zerrissen, die Knochen zersplittert. Der linke Unterschenkel knapp am Kniegelenke gebrochen, die Weichtheile zerrissen. Der Kranke sehr anämisch. Amputation des Vorderarmes 2 Zoll unter dem Ellbogengelenke, Amputation des Oberschenkel im untern Drittel unter Lister. Bildung eines inneren und äusseren Lappens. Analeptica. Die ersten Tage etwas Wundfieber. Allgemeinbefinden des Kranken besser. Nach 8 Tagen fieberlos. Heilung per primam am Vorderarm bis auf eine Naht; am Oberschenkel entstand am obern Wundwinkel Decubitus und stand das Femur 2 Cmt. vor. Nach 8 Wochen wurde Listers Verband weggelassen und der Crouspische Heftpflasterverband angelegt. In der 12. Woche Nachamputation des 2 Cmt. lang vorstehenden schön granulirenden Femurendes. Ganze Naht theils mit Catgut, theils mit Silberdraht. Heilung per primam bis auf 2 Nahtstellen. Fieberloser Verlauf. Der Kranke sieht blühend aus. Nach 5 Monaten wurde Patient entlassen. Derselbe geht jetzt mit einem Stock.

Der 13jährige H. A. wurde von einem Baumstamme getroffen. In der Mitte der Tibia eine schief verlaufende 4 Cmt. lange Quetschwunde, aus der das obere Fragment der schief gebrochenen Tibia herausieht, während das untere Bruchfragment etwas nach hinten und innen steht, die Fibula quer in der Mitte gebrochen. Verkürzung 3 Cmt. Reinigung der Wunde mit $2\frac{1}{2}\%$ Carbollösung. Naht der Wunde. Listers Verband. Lagerung auf den Petitschen Stiefel. Heilung der Hautwunde per primam. Nach 10 Tagen Lagerung auf den Dummericherschen Eisenbahnapparat. Fieberloser Verlauf. Nach 12 Wochen geheilt, ohne Verkürzung entlassen.

Der 67jährige Tagelöhner Sch. J. wurde überfahren und mit einer Fractur des linken Unterschenkels ins Spital überbracht. Im unteren Drittel des Unterschenkels zeigt sich eine 3 Cmt. lange und bis auf die gebrochene Tibia gehende Wunde. Die Umgebung der Wunde stark geschwellt, die Haut an einzelnen Stellen, besonders an der Innenseite der Fracturstelle entsprechend blau gefärbt; die Tibia schief gebro-

chen, das obere Bruchfragment nach innen vorspringend. Die Fibula in der Mitte gebrochen. Listers Verband. Lagerung auf dem Dummreicherischen Eisenbahnapparat. Derselbe wird nicht getragen. Petitscher Stiefel. Am 6. Tage Gangrän der Haut an der Innenseite in der Ausdehnung eines Handtellers. Temp. 37.5. Verschiebung ad axim. Patient verweigerte jede Rectification. Noch 5 Monaten geheilt entlassen.

Entzündungen.

Von 15 Zellgewebsentzündungen bieten nur nachfolgende einiges Interesse:

P. J., Maurer, kam mit einer mächtigen Schwellung des Fussrückens ins Spital. Dieselbe soll nach einem Trauma aufgetreten sein. Am 3. Tage Fieber, Temp. 39. Oedem bis zur Mitte des Unterschenkels, die Haut an einzelnen punktförmigen Stellen bläulich verfärbt. Scarification. Am 5. Tage Fieber. 40.0. Fluctuation am Fussrücken und am Unterschenkel. Sprunggelenk frei. Incision. Eine Schale Eiter gemischt mit Gasblasen wird entleert. Feuchte Wärme. Reinigung mit Carbollösung. Am folgenden Tage Temp. 37.5. Schwellung zurückgegangen. Vereiterung des ganzen oberflächlichen Zellgewebes am Fussrücken, und des subfascialen im untern Drittel des Unterschenkels. Bewegungsbeschränkung im Sprunggelenke. Warme Bäder, passive Bewegungen. Vor vollständiger Heilung nach 4 Wochen entlassen.

Die 76jährige E. E. war von einer Katze am Fussrücken gekratzt worden. Nach 3 Tagen sei der Fuss aufgeschwollen. Bei ihrer Aufnahme fanden wir eine Phlegmone des Zellgewebes am Fussrücken, die Haut an einzelnen Stellen gangränös; Temp. 39.0. Vereiterung des Zellgewebes am Fussrücken, Exsudation im Sprunggelenk. Phlegmone fortschreitend. Nach 14 Tagen dessen Bänder an der Aussen- und Innenseite blösliegend. Phlebitis am Unterschenkel. Abendliches Fieber, Frösteln. Verfall der marastischen Patientin. Tod nach 4 Wochen.

Der 61jährige Maurer B. D. wurde mit einer diffusen Schwellung der Weichtheile des Unterschenkels aufgenommen. An mehreren Stellen waren kleine Hautabschürfungen ersichtlich, welche von Borken bedeckt waren, unter denen etwas Eiter zum Vorschein kam. Die Haut etwas gerötet, der Unterschenkel prall anzufühlen, schmerzhaft. Temp. 39.0. Am 2. Tage etwas Oedem am Unterschenkel; Fluctuation nicht nachweisbar. Gegen Abend wird Patient heisser. Temp. 39.0. Während der Naht

blande Delirien. Am 4. Tage der locale Befund derselbe, am Oberschenkel eine Phlebitis der Vena saph. nachweisbar. Temp. 39.0. Etwas Sopor. Während der Nacht delirirte Patient stark, sprang aus dem Bette; er wurde gleich zu Bett gebracht; eine halbe Stunde später plötzlich Collaps, Kälte der Extremitäten, Tod. Die Section ergab: Vereiterung des Zellgewebes um die Giesskannenknorpel, Geschwüre des Laryngs. Fettmetamorphose des Herzens, Thrombose der Vena cruralis und Saphena, eitriger Zerfall des Thrombus. Vereiterung des Zellgewebes und Muskeln des Unterschenkels.

Von Lymphdrüsenvereiterungen in inguine war ein Fall deshalb bemerkenswert, weil beim ersten Anblick das Bild an eine incarcerirte Hernie erinnerte. Muskelrheumatismus wurde in 3 Fällen, Furunculosis ebenfalls in 3 Fällen behandelt. Von Phlebitiden wurden 6 Fälle, von Varicen 10 Fälle beobachtet. Eine Tendovaginitis crepit. am Tibial ant. nach einem grossen Marsche entstanden, wurde durch Resorbentia und ruhige Lage nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Von Unterschenkelgeschwüren gelangten 57 Fälle zur Aufnahme. In einem Falle wurde durch Excision des 3 Cmt. langen und 2 Cmt. breiten callösen Geschwüres und nachdem durch 2 seitliche Entspannungsschnitte die Naht ermöglicht, dauernde Heilung erzielt. In einem Falle wurde wegen eines gürtelförmigen Geschwüres die Amputation im oberen Drittel unter Listers Cautelen vorgenommen. Fieberloser Verlauf. Heilung in 6 Wochen. In einigen Fällen wurde durch Transplantation von kleinen Hautstückchen die Heilung beschleunigt.

Ein Fall von einem eingewachsenen Nagel der grossen Zehe wurde, nachdem die Matrix durch das Arnott'sche Verfahren unempfindlich gemacht, mittelst Scheere und Pinzette entfernt.

In 2 Fällen von exulcerirenden Narben am Unterschenkel wurde ebenfalls durch Transplantation von Hautstückchen nach mehreren Versuchen Heilung erzielt.

Ein Fall von Bursitis subcruralis wurde durch ruhige Lagerung und Punction unter Lister geheilt.

Hämatom der Bursa praepatellaris.

Der 44jährige Tagelöhner C. T. wurde mit einer Bursitis praepat. auf unsere Klinik geschickt. Wir fanden bei dem blass aussehenden Manne eine Geschwulst den beiden praepatellaren Schleimbeuteln entsprechend, deutliche Fluctuation, die Haut aber bläulich gefärbt. Am Unterschenkel ebenfalls mehrere punktförmige Blutextravasate in der Haut. Das Zahnfleisch succulent, violett roth gefärbt, leicht blutend. Wir hatten also mit Scorbut zu thun, bei dem es zur Ausscheidung einer blutig serösen Flüssigkeit in den beiden praepatellaren Schleimbeuteln gekommen. Durch 8 Tage etwas Fieber. Nach 3 Wochen wurde Patient geheilt entlassen.

Periarticulärer Abscess am Kniegelenke.

Ein 64jähriger Bauer hatte sich 10 Tage vor seiner Aufnahme an der Aussenseite des rechten Kniegelenkes verletzt. Wir fanden an der Aussenseite des Gelenkes dem Cond. ext. entsprechend eine 2 Cmt. lange und 1 Cmt. breite granulirende Wunde. Bedeutende Schwellung der Weichtheile in der Kniekehle, dortselbst Fluctuation. Geringes Ballotement der Patella. Extremität im Knie- und Hüftgelenke etwas gebeugt. Bei der geringsten Bewegung heftige Schmerzen. Temp. 39.0. Lagerung auf dem Petitschen Stiefel. Incision an der Innenseite. Eiterung die ersten Tage profuss, nach 10 Tagen mässig. Exsudation im Kniegelenke nach 3 Wochen kaum nachweisbar. Heilung des Abscesses nach 12 Wochen. Durch 3 Wochen hindurch wurden im warmen Bade passive Bewegungen zur Behebung der in Folge der langen ruhigen Lage eingetretenen Gelenksteifigkeit gemacht und Patient nach 16 Wochen mit nur sehr geringer Beweglichkeitsbeschränkung im Kniegelenke entlassen.

Nachstehenden Fall hat Prof. Albert bereits in seinem Lehrbuche erwähnt.

Eine 40jährige Frau, kräftig gebaut, gesund, besass an der Innenseite des linken Oberschenkels eine gegen mannskopfgrosse Geschwulst, welche aus 3 ungleich grossen Geschwülsten zusammengesetzt erschien, von denen die 2 innern Mamma ähnlich geformt waren. Die Geschlechtstheile wurden von der Geschwulst bedeckt. Die Geschwulst sei in der Leistengegend vor 5 Jahren entstanden, als sie plötzlich mit einer grossen Last auf dem Rücken aufstand. Die Geschwulst war nur in den ersten Tagen schmerzhaft, wuchs allmählig, verursachte später

nie mehr Schmerzen. Der Dornfortsatz des 10. Rückenwirbels prominent und verdickt. Die Kranke sagte, dass sie vor 8 Jahren während der Geburtswehen einen sehr heftigen Schmerz an der Stelle gefühlt habe. Nach der Entbindung Schwäche in den Beinen, häufiger Harndrang und träger Stuhl. Bei der näheren Untersuchung ergab sich, dass die Geschwulst doch eine Fortsetzung in das Becken habe. Oberhalb des Poupartschen Bandes fühlte man eine mässige Resistenz, drückte man auf die Geschwulst, so nahm der Umfang der Resistenz zu. Legte man eine flache Hand auf die Schenkelgeschwulst, die andere auf den Beckenantheil der Geschwulst, so konnte man die Communication der beiden Theile an der sich mittheilenden Fluctuation prüfen. Die Verbindung zwischen den beiden Antheilen der Flüssigkeitsansammlung lag unter dem Poupartschen Bande. Der Schenkel im Hüftgelenk vollkommen frei beweglich. Die Flüssigkeit lag vorne im subserösen Zellgewebe. Die Punction entleerte Eiter. Die Punctionsöffnung wurde erweitert, da der Ausfluss stockte und da fand man, dass ein bohnergrosses Stück spongöser Knochensubstanz die Ausflussöffnung verlegt hatte. Listers Verband. Heilung in 4 Wochen ohne Fieber.

Von Periostitis kamen 6 Fälle vor und zwar 3 mal an der Tibia und 2 mal am Metatarsus.

L. M. 7 Jahre alt, schlecht genährt, gibt an, nach einer Erkältung Schmerzen im linken Oberschenkel bekommen zu haben, nach einigen Tagen sei der Oberschenkel aufgeschwollen. Der linke Fuss im Hüft- und Kniegelenke gebeugt gehalten in einem nach hinten offenen Winkel von 110° . Der linke Oberschenkel bedeutend voluminöser als der rechte, die Haut gerötet, von erweiterten Venenstämmen durchzogen. 2 Cmt. oberhalb der Condylen des Femur zwei prominente Stellen. Dasselbst deutliche Fluctuation. Temp. 39.0 . Incision unter Lister. Circa ein Liter Eiter wird entleert. Der untersuchende Finger kommt in eine Höhle, welche nach aufwärts bis über das obere Drittel des Femur reicht, nach abwärts bis an das Kniegelenk sich erstreckt. Am Grunde fühlt man kammartige Osteophyten. Secretion in den ersten Tagen bedeutend. Schon bei geringem Eiterabschluss Temp. 40.0 . Nach 8 Wochen die Osteophytenbildung verschwunden. Das Femur um $1\frac{1}{2}$ Cmt. länger. Die in Folge der Lage eingetretene Contractur im Kniegelenke wurde durch passive Bewegungen im warmen Bade und durch Faradisation des Ext. quadriceps behoben. Nach 15 Wochen geheilt entlassen.

Die 23jährige Kellnerin M. J. bemerkte seit einem Jahre eine Dickenzunahme ihres rechten Oberschenkels. Beugung im Hüftgelenk etwas beschränkt, schmerzhaft. Der rechte Oberschenkel bedeutend voluminöser als der linke, die untere Epiphyse bis gegen die Mitte bedeutend verdickt, Haut unverändert. An der Innenseite dem untern Drittel entsprechend fühlt man eine kanmartige Exostose. Schmerz bei Druck, Beugung im Hüftgelenk sehr beschränkt, Streckung unbehindert. Resorbentia, Compression. Drei Wochen später an einer Stelle Fluctuation. Die Probepunction bestätigte die Diagnose. Eröffnung des Abscesses unter Lister. Eiter mehr serös. Ebenfalls Osteophytenbildung. Ein kleines nekrotisches Knochenstückchen wurde entfernt. Listers Verband. Die ersten Tage Temp. 38.5. Nach 8 Tagen Beugung leichter ausführbar. Nach 9 Wochen Bewegungen im Hüftgelenke frei. Nach 12 Wochen geheilt entlassen.

Von Nekrose kamen 8 Fälle vor, 4 mal an der Tibia, 2 mal am Femur, und je einmal am Tarsus und Malleolus ext.

Pl. Leop. 15 Jahre. Periphere Nekrose der Tibia; dieselbe bedeutend verdickt, an zwei Stellen zwei Fistelgänge, welche auf einen nekrotischen Knochen führen. Cauterisation mit Ferrum candens. Nach 6 Wochen gehen kleine Splitter ab, die Fistelgänge schliessen sich. 9 Monate später Tibia im unteren Drittel um die Hälfte verdickt, an zwei Stellen bei Druck und spontan Schmerz. Am Fussrücken etwas Oedem. Im Sprunggelenke bedeutender Erguss. Da man den 2 schmerzhaften Stellen entsprechend osteomyelitische Heerde vermuthete, so wurde an diesen Stellen aufgemeisselt. Der Knochen elfenbeinhart; osteomyelitische Heerde wurden nicht aufgefunden. Listers Verband, Naht. Heilung in 14 Tagen. Exsudat im Sprunggelenk nach 6 Wochen verschwunden.

In 2 Fällen von centraler Nekrose der Tibia bei jugendlichen Individuen wurde durch Nekrotomie Heilung erzielt.

Von Caries des Kniegelenkes standen folgende Fälle in Behandlung:

S. T., 61 Jahre alt, seit seiner Jugend lungenleidend, bekam vor 6 Jahren eine Kniegelenksentzündung; seit dieser Zeit sei das Knie immer dicker geblieben. Vor 2 Jahren sei er auf das Knie aufgefallen, worauf nach einem halben Jahre an der

Innenseite dasselbe aufbrach. Bei der Aufnahme war das rechte Knie bedeutend geschwellt, in einem Winkel von 80^0 gestellt, nach Innen eine Fistelöffnung, aus der dünner Eiter floss. Die Femurepiphyse bedeutend verdickt, bei Druck sehr schmerzhaft; vermehrte Beweglichkeit im Gelenke und Reiben. Durch die Fistelöffnung gelangte man auf cariösen Knochen der Femurepiphyse. Patient herabgekommen, fiebernd. In der rechten Lunge eine Caverne. Decubitus am Kreuze. Tod 14 Tage nach der Aufnahme.

B. J. 59 Jahre, Arbeiter. Seit einem Jahre Schmerzen im linken Kniegelenke. Dasselbe mächtig geschwellt, im rechten Winkel gebeugt, an der Aussen- und Innenseite mehrere Fisteln, welche gegen das Gelenk hin führen. Abnorme Beweglichkeit. Die Femurepiphyse verdickt, schmerzhaft, Ballotement der Patella. Patient sehr herabgekommen. Abends Temp. $38.5-39.0$. Cavernen in der Lunge. Extension wird nicht vertragen. Amputation vom Kranken verweigert. Tod nach 4 Monaten. Phthisis pulmonum, Vereiterung des Kniegelenkes, Knorpel siebartig durchlöchert, zum Theil nekrotisch. Gelenkbänder zerstört. Im Gelenke Eiter und Jauche.

Caries tarsi et metatarsi, Osteomyelitis patellae et Caries genu.

G. Th., 30 Jahre alt, hatte in ihrer Kindheit öfters an serophulösen Conjunctivitiden und Keratitiden zu leiden. Drüenschwellungen am Halse. Im Jahre 75 überstand sie eine linksseitige Pneumonie und Pleuritis, von der sie sich nur sehr langsam erholte. Im Herbst 76 trat spontan eine Schwellung im linken Sprunggelenke auf. Seit December 76 musste sie das Bett hüten, konnte auf dem Fusse nicht mehr auftreten. Zugleich trat eine Schwellung im rechten Kniegelenke auf. Im Februar 77 wurde eine Incision am äusseren Knöchel gemacht, etwas blutige Flüssigkeit entleert. Einen Monat später ein Abscess am Kniegelenke, der Bursa praepatell. entsprechend eröffnet. Aufnahme am 10. September 1877. Patientin mässig genährt, am linken Auge eine centrale Hornhautnarbe. Brustkorb lang, wenig gewölbt. An der linken Spitze verschärftes Exspirium. Die Gegend des linken Sprunggelenkes bedeutend geschwellt, besonders dem äusseren Knöchel entsprechend, die Haut geröthet, glänzend, etwas oedematös, an 3 Stellen daselbst Fistelgänge, aus denen dünner Eiter abfließt. Der Fuss etwas supinirt, die Axe desselben medianwärts gerückt. Consistenz der Schwellung teigig weich. Die Sonde stösst auf nekrotischen

Knochen. Vermehrte seitliche Beweglichkeit im Sprunggelenke. Bei jeder Bewegung sehr grosse Schmerzen. Das rechte Knie geschwollt, besonders an der Aussenseite, daselbst ein Fistelgang, der schief gegen die Patella gehend auf nekrotischen Knochen führt. Im Kniegelenke etwas Exsudat. Abendtemperatur 38.4 bis 39.0. Desinficirung mit Chlorzink. Listers Verband. Am 12. October hohes Fieber. Temp. 39.5. Gesichtserysipel. Ablauf nach 8 Tagen. Am 1. November starke Schmerzen im Sprunggelenke, besonders am inneren Knöchel. Temp. durch 10 Tage 40.0. Amputatio cruris im unteren Drittel unter Listers Cautelen. Durch 2 Tage fieberlos. Am 3. Tage Temp. 38.6. Erysipel am 5. Tage. Der vordere Antheil der Manchette gangränös. Nach 14 Tagen Wunde schön granulirend. Tibia blossliegend. Am Kniegelenk rechts starke Eitersecretion. Zeitweise starke Schmerzen. Am 23. Jänner 78 wurde unter Lister die Patella durch einen Längsschnitt blossgelegt. Der grösste Theil derselben war nekrotisch, die Gelenkhöhle geschlossen, aber die Kapsel bedeckt von fungösen Granulationsgewebe, welches von der Patella ausgegangen und auf die Kapsel übergegriffen hatte. Das Nekrotische wurde mit dem Meissel entfernt, das Granulationsgewebe mit dem scharfen Löffel abgekratzt, dabei wurde das Gelenk eröffnet, indem an einer Stelle die Gelenkkapsel durch Granulationsgewebe substituirt war. In dem Gelenke gegen 100 Gramm serös trüber Flüssigkeit. Drainage des Gelenkes. Lagerung auf dem Petitschen Stiefel. Patientin anämisch. Abends Temp. 38.4. Am 2. Tage das Gelenk besonders an der Innenseite geschwollt. Eine trübe, milchige Flüssigkeit wird secernirt. Am 5. Tage schöner Eiter. Granulationsbildung an der Patella. Temp. 38.5—39.0. Am 14. Tage Gelenkhöhle geschlossen. Patella, von der noch ein Stück nekrotisch ist, von schönen Granulationen bedeckt. Eitersecretion ziemlich stark. Patientin kommt herunter. In der linken Lungenspitze klein blasige Rasselgeräusche. Dämpfung. Am Kreuzbein thalergrosser Decubitus. Oedem der Extremitäten, Albuminurie. Tod der Kranken am 10. März an Erschöpfung. Die Section ergab hochgradige Anaemie aller Organe, Phthisis pulmonum, Morbus Brigthii. Vereiterung des Kniegelenkes, Knorpel usurirt, die Epiphyse des Femur und der Tibia von Granulationsgewebe durchsetzt, Kreuz- und Seitenbänder zum Theil zerstört. Rings um das Gelenk ein Eiterheerd. In der Diaphyse der Tibia ein ostemyelitischer Heerd.

desselben, Recidive der Caries. Amputation des Unterschenkels.

A. J., 34 Jahre alt, überstand in ihrem 21. Lebensjahre einen Typhus. Vor 2 Jahren bekam sie an der äusseren Seite des linken Fusses in der Gegend des Fersenbein-, Würfelbein-gelenkes, spontan stechende Schmerzen, und zugleich war die Gegend heisser anzufühlen. Später röthete sich die schmerz-hafte Stelle. Nach einigen Monaten trat auch an dem Innen-rande des Fusses eine leichte Schwellung auf. Die Patientin konnte nicht mehr auftreten, bei ruhiger Bettlage waren die Schmerzen unbedeutend. Einige Wochen vor der Aufnahme . verlor sich die Geschwulst am Aussenrande und wurde dafür am Innenrande grösser. Wir fanden die Patientin mässig gut genährt, fieberlos. An der Rück- und Innenseite des Chopart'schen Gelenkes eine halbganseigrosse, nicht streng begrenzte, schmerzhaft, auf der Höhe schwach gerötete, fluctuirende Geschwulst; an der Aussenseite desselben Gelenkes eine diffuse Schwellung. Beim Andrücken der Gelenksflächen lebhafter Schmerz, bei passiven Bewegungen desselben schwaches Reiben. Am 18. März 76 wurde die Resection des Chopart'schen Gelenkes vorgenommen; Prof. Albert führte einen an der Dorsal-seite des Gelenkes verlaufenden Schnitt. Das Gelenk war von einer 1 Cmt. mächtigen Fungusschichte umgeben, welche an einer Stelle eitrig geschmolzen war. Die Gelenksflächen waren in der Mitte von matten, gelblichen Knorpelresten bedeckt, an der Peripherie entblösst, cariös. Es wurde zunächst der Fungus extirpirt, dann die Gelenksflächen aufgefrischt und die Wunde durch Catgutnähte und Metallnäthe vereinigt. Verlauf fieberlos, an allen Punkten trat prima intentio ein. 6 Wochen später brach das innerste Ende der Wunde auf; es zeigte sich ein kleiner Granulationswulst. Spaltung und Auslöffelung mit dem Simonschen Löffel. Naht bis auf eine Stelle. Die Stelle zog sich ein. Nach mehreren Wochen war wieder Fungus da. Es wurde nun nochmals gespalten, der Fungus ausgelöffelt und das Fersenbein abgekratzt, bis normale Consistenz vorhanden war. Abermals zog sich die Wunde bis auf Erbsengrösse zusammen, allein es trat Schwellung im Metatarso-Phalangealgelenk der gros-sen Zehé auf. Listers Verband wurde weggelassen. Bald darauf trat ein Erysipel auf, welches bis zum Knie gieng, Abscess-bildung am Malleol ext. und in der Fusssole. Aufbruch der Narbe am lateralen Rarde. Die Sonde stösst im resecirten Ge-lenke auf rauhe Flächen; vermehrte seitliche Beweglichkeit in dem Gelenke. Amputation am 28. Jänner 1877, oberhalb der

Knöchel. Manchettenschnitt. Am 3. und 4. Tage Abendtemperatur 39.5. Secrete geruchlos. Am 21. Februar Borverband. Nach 13monatlichen Spitalsaufenthalt wurde Patientin mit einer Hülsenstelze entlassen. (Beiträge zur operativen Chirurgie I. Heft.)

Caries tarsi et metatarsi. Amputatio cruris.

J. T., 35 Jahre, angeblich immer gesund, bekam $\frac{1}{2}$ Jahr vor der Aufnahme eine Schwellung des linken Fussrückens. Vor drei Monaten wurde eine Incision gemacht. Kein Eiter entleert. Patient blass; die Gegend des Metatarsus und Tarsus links geschwellt, welche Schwellung sich auch auf das Sprunggelenk fortsetzt; die Haut an verschiedenen Stellen von Fisteln durchbrochen, durch welche die Sonde, theils auf nekrotischen, theils cariösen Knochen stösst. Abnorme Beweglichkeit im Chopart, Gelenke und im Sprunggelenk. Amputatio cruris im unteren Drittel unter Lister und Esmarch. Manchette. Heilung der Wunde grösstentheils per primam. Fieberloser Verlauf. Patient sieht bei seiner Entlassung nach 8 Wochen hüthend aus.

5 weitere Fälle von Caries des Tarsus und Metatarsus boten kein Interesse. Ein Fall von Caries des Sprunggelenkes bei einer 40jährigen, sehr herabgekommenen Frau endete letal 10 Tage nach der Aufnahme. Bei einem Falle von Caries des Fersenbeins konnte wegen Gravidität nichts Operatives vorgenommen werden.

Bei einer 20jährigen Frauensperson, welche im 6. Monate schwanger war, traten im Verlaufe des 7. Schwangerschaftsmonats heftige Schmerzen in beiden Sprunggelenken auf; objectiv war nichts abnormes nachweisbar. Wir mussten daher eine Gelenksneurose annehmen, in Folge der Gravidität. Nach der Geburt verschwanden die Gelenkschmerzen gänzlich und fanden wir unsere Diagnose bestätigt.

Von Gelenksentzündungen kamen noch folgende Fälle vor:

Coxitis dext. — geheilt.

Gr. Kath., 18 Jahre, wurde am 18. September 76 mit einer rechtsseitigen Coxitis aufgenommen. Entstehungsursache nicht bekannt. Vor $\frac{1}{2}$ Jahren habe sie zu hinken angefangen, Schmerzen im Knie und in der Hüfte. Die rechte Extremität im Hüft- und Kniegelenk gebeugt, adducirt und einwärts gerollt, liegt auf dem gesunden Fusse auf. Die Hüftgelenksgegend

bedeutend geschwellt, jede Bewegung schmerzhaft. Der Kopf steht etwas nach hinten nicht in der Pfanne. Extremität um 3 Cmt. verkürzt. Ruhe. Extensionsverband. Eisblase. Nach 14 Tagen wurde in der Chloroformnarcose versucht, die Subluxation nach hinten zu beheben. Gypsverband. Nach 3 Wochen Abnahme des Gypsverbandes. Die Extremität steht noch etwas nach einwärts gerollt und adducirt, im Hüft- und Kniegelenke geringe Beugung. Schwellung in der Hüftgelenksgegend geringer. Kopf am hinteren Pfannenrande zu fühlen. Kleine passive Bewegungen ohne Schmerzen gestattet. Nochmals Geradstellung der Extremität und Gypsverband. Abnahme desselben nach 8 Tagen. Stellung nicht wesentlich verändert. Kopf am hinteren Pfannenrande; bei Druck auf den Trohanter Schmerz; Extensionsverband. Kälte. Nach 10 Wochen Schwellung im Hüftgelenke sehr gering, der Kopf nicht mehr am Pfannenrande zu fühlen. Stellung der Extremität beinahe parallel zur anderen. $\frac{1}{2}$ Cmt. Verkürzung. Am 8. April 77 wurde Patientin, nachdem durch 4 Wochen im warmen Bade passive Bewegungen vorgenommen, mit etwas beschränkter Excursionsfähigkeit geheilt entlassen.

Coxitit traum. dext. — geheilt.

Pl. Ant., 13 Jahre alt, wurde von einem Wagen auf die Seite geschleudert, fiel auf den Trohanter auf. Zwei Tage gieng er noch herum. Ein altes Weib stellte die Diagnose auf eine Luxation im Hüftgelenke. Einrenkungsversuch durch 8 Männer. Darauf hin sehr grosse Schmerzen. Nach 4 Wochen Abscess an der Innenseite des Oberschenkels. 8 Wochen nach der Verletzung wurde er auf unsere Klinik gebracht. Patient schlecht genährt, anämisch; der rechte Oberschenkel erscheint abducirt, der Unterschenkel dagegen adducirt und nach innen gerollt. Das rechte Knie geschwellt, gerötet, beinahe im rechten Winkel gebeugt. Im linken Hüftgelenke ebenfalls eine Contractur, der m. gracilis gespannt. Am Kreuzbein ein Handtellergrosser Decubitus. Genaue Diagnose nur in der Narcose möglich. Luxation nicht vorhanden. Das Becken geht in der Narcose nicht mit, aber sobald der Kranke etwas zu sich kommt, präzise Mitbewegung des Beckens. Geradstellung der Extremität in der Narcose. Gypsverband. Diese Stellung wird ohne Schmerzen beibehalten. Nach 2 Wochen Wegnahme desselben. Extensionsverband durch 2 Monate. Nach 4 Monaten konnte Patient bereits auf Krücken langsam gehen. Warme Bäder. Nach 6 Monaten geheilt entlassen. Bewegungsbeschränkung unbedeutend, ein leichtes Reiben im Gelenke.

Coxitis dext. — geheilt.

F. J., 4 Jahre, schwächlich gebaut, soll seit einem $\frac{1}{2}$ Jahre ohne bekannte Ursache das rechte Bein nachziehen und könne nicht mehr auf demselben fest auftreten. Seit 3 Monaten Schwellung der Hüftgelenksgegend. Bei der Aufnahme war die rechte untere Extremität im Hüft- und Kniegelenke gebeugt, abducirt und auswärts gerollt. Das kranke Bein liegt auf dem gesunden. Die Hüftgelenksgegend geschwellt; bei Bewegungen geht das Becken mit. Extremität um 1 Cmt. kürzer. Extensionsverband durch 5 Monate; Kälte. Im 6. Monate kalter Abscess am Oberschenkel. Punction im 8. Monate und Compression. Nach 2 Monaten hatte die Abscesshöhle sich wieder, jedoch viel weniger als das erstemal gefüllt. 2. Punction. Heilung des Abscesses. Im 10. Monate wurde, da die Extremität immer noch in schwacher Beugung stand, dieselbe gestreckt. Gypsverband. Nach einem Jahre Hüftgelenk nicht mehr schmerzhaft. Extremität um 2 Cmt. kürzer. Erhöhte Fusssohle. Nach $1\frac{1}{4}$ jährigem Spitalsaufenthalte geheilt entlassen.

Coxitis dext. — ungeheilt.

P. G., $4\frac{1}{2}$ Jahre, scrophulöse Diathese. Vater an Tuberculose gestorben, sehr schwächlich; fiebernd soll seit 3 Monaten an Coxitis leiden. Wir fanden bei der Aufnahme die rechte Hüfte geschwellt, der Oberschenkel mässig gebeugt, nach Aussen gerollt, passive Bewegungen in ganz geringen Masse gestattet, bei grösseren Bewegungen geht das Becken mit, starke Schmerzen. In den Lungenspitzen Rasselgeräusche, abendliches Fieber. Extensionsverband. Kälte. Der Schmerz nahm ab, aber langsam trat eine Schwellung am Oberschenkel, besonders in der Trohantergegend auf, die Haut röthete sich an dieser Stelle. Extension weggelassen nach 4 Wochen. Eröffnung des Abscesses unter Lister in der 5. Woche. Eiter dünnflüssig. Abends Temp. 38.8. Nach 4 Wochen Gegenöffnung am Gesäss. Eiterung aus den 2 Fisteln mässig. Nach 7 Monaten ungeheilt entlassen.

Coxitis dext. — gebessert.

L. A., mässig genährt. Fieberfrei. Der rechte Oberschenkel mässig gebeugt; passive Bewegungen möglich, aber schmerzhaft, Mitbewegung des Beckens. Traumatische Entstehung. Extensionsverband. Kälte. Nach 3 Monaten nur noch leichte Beugung im Hüftgelenke, Patientin kann ohne Schmerzen auftreten. Nach 4 Monaten auf Verlangen entlassen.

*** Coxitis dext. — geheilt.**

M. Anna, 13 Jahre, bloss. Seit einem Jahre Gang hinkend.

Schmerzen im Knie. Die rechte untere Extremität im Hüft- und Kniegelenke schwach gebeugt. Parallelstand der Extremität. Kleine Bewegungen erlaubt. Bei den geringsten Rotationsbewegungen geht das Becken mit. Beugung bis zum rechten Winkel erlaubt. Abduction etwas gestattet. Ruhe. Kälte. Nach 4 Monaten Schmerhaftigkeit geschwunden. Patientin geht auf Krücken. Nach 6 Monaten geheilt entlassen.

Coxitis dext. — Tod.

P. Th., 20 Jahre, blass, fiebernd, leidet seit 2 Jahren an Coxitis. Vor einem Jahre Abscesseröffnung an der Innenseite des Oberschenkels. Die rechte Hüftgelenksgegend stark geschwellt, an der Innenseite des Oberschenkels im oberen Drittel eine Fistelöffnung. Die rechte untere Extremität im Hüftgelenke in rechtwinkliger Stellung fixirt, abducirt. Bei allen Bewegungen präzise Mitbewegung des Beckens, dabei grosse Schmerzen. Extremität im Kniegelenke spitzwinklig gebeugt. In den Lungenspitzen Rasselgeräusche. Ruhe. Kälte. Extension wird nicht vertragen. Nach 2 Monaten Auftreten eines Abscesses am Trochanter major, derselbe verdickt, bei Druck auf demselben sehr starke Schmerzen. Eiterung profus. Abends 38.5 — 39.0. In der 12. Woche Erysipel. Gangrän der Haut am Fussrücken; am Skrotum. Temp. 40.0. Nach 8 Tagen Erysipel abgelaufen. Am Rücken zwei handteller-grosse Decubitus. Tod nach 6 Monaten an Erschöpfung. Sectionsbefund. Die das rechte Hüftgelenk umgebenden Weichtheile missfärbig, von Jaucheherden durchsetzt, der Kopf des Femur knorpellos, sehr porös, missfärbig, am Halse quer abgebrochen. Die Pfanne des rechten Darmbeines cariös. Der Limbus cartilagin., das Lig. teres. und der Knorpelüberzug fehlen gänzlich. Die Pfanne an halbkreuzergrosser Stelle perforirt. In der Lunge Desquamativ-Pneumonie. Amyloide Degeneration des Herzens, der Leber, Nieren.

Coxitis rheumatica dext. — Heilung.

O. Z., 45 Jahre, Tagelöhner. Seit 8 Tagen Schmerzen im rechten Hüftgelenke, der Oberschenkel etwas gebeugt. Präzise Mitbewegung des Beckens. Im Gelenke etwas Reiben. Feuchte Wärme. Nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Coxitis sin. — Heilung.

W. J., 5 Jahre, blühendes Aussehen. Fieberlos. Seit $\frac{1}{2}$ Jahren Gang etwas hinkend. Schwache Beugung des Oberschenkels im Hüftgelenke. Mitbewegung des Beckens. Ruhe.

Kälte. Nach 3 Wochen Bewegungen im Hüftgelenke frei. Gang nicht mehr hinkend. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Gonitis serosa kam in 8 Fällen vor, einmal durch Trauma veranlasst.

W. J., Eisenbahnkondukteur, fiel auf das linke Knie auf. Dasselbe mächtig geschwellt. Im Gelenke bedeutender Erguss. Kniegelenk gebeugt. Sehr bedeutende Schmerzen. Temp. 38.5. Eisblase. Nach 5 Tagen Exsudat abgenommen. Abends immer noch Fieber. In der 3. Woche acuter Gelenksrheumatismus. Das rechte Kniegelenk, die beiden Sprung- und Schultergelenke schmerzhaft, Pericarditis. Auf die med. Abtheilung transferirt,

Gonitis rheumatica seu. proliferans kam ebenfalls in 8 Fällen vor. Ruhe. Kälte. Compression. Alle Fälle verliefen günstig.

Seröse Sprunggelenksentzündungen kamen 3 mal vor. In einem Falle war ein Trauma die Ursache, in einem zweiten Falle trat die Entzündung bei einer Nekrose der Tibia im untern Drittel auf. In dem dritten Falle war die Entzündung eine chronische, schon Kapselverdickung vorhanden. Alle Fälle verliefen unter antiphlogistischer Behandlung, Eisblase, Lagerung auf den Petitschen Stiefel günstig.

In einem Falle von fungöser Kniegelenksentzündung bei einem 35jährigen Manne wurde durch constante Application von Kälte, Compression, wesentliche Besserung erzielt.

C. Neubildungen.

Ein Fall von Elephantiasis lev. des Unterschenkels bei einem 25jährigen Mädchen wurde nach längerer Anwendung von Compression mittelst elastischen Binden gebessert entlassen. Ein Fall von einem Aneurysma poplit. von mannsfaust Grösse bei einem 25jährigen Manne wurde durch temporäre Compression der Art. cruralis mittelst des elastischen Schlauches nach 5 Wochen geheilt entlassen.

Bei dem 57jährigen H. L. wurde ein an der Beugeseite der 4. Zehe sitzendes $\frac{1}{2}$ Jahr bestehendes exulcerirtes Epitheliom, welches bis in die Sehnenscheide hineingewuchert war, mittelst des scharfen Löffels entfernt. Heilung nach 3 Wo-

chen. Nach einem Jahre stellte sich Patient mit einer orangengrossen Geschwulst in der Schenkelbeuge vor. Die Haut über der Geschwulst geröthet, kaum faltbar. Die Consistenz ungleich, an einer Stelle elastisch. Es wurde die Diagnose auf ein Carcinom der Schenkeldrüsen gestellt. Exstirpation unter Lister. Das Neoplasma war erweicht, mit der Umgebung innig verwachsen, besonders mit der Vena cruralis. Ganze Naht mit Catgut. Compression mit Schwämmen. Prima intentio. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Der 38jährige H. P. war vor 1 Jahre wegen eines Carcinoms, welches von einer Narbe an einer Fracturstelle der Tibia ausgegangen war, nach Gritti amputirt worden. Bei der Aufnahme des cachektisch aussehenden Patienten fanden wir an der hinteren und inneren Seite des Oberschenkel eine beinahe bis zur Mitte des Femur reichende, verjauchende, Carcinomrecidive. Die Patella knöchern mit dem Femur vereinigt. Die Drüsen in inguine infiltrirt. Nach 8 Tagen trat aus dem Neoplasma eine etwas starke Blutung auf, in Folge welcher Patient nach 3 Tagen starb. Das Carcinom war von hinten her in den Knochen hereingewuchert.

Sarcoma cruris, Amputatio cruris, nach Gritti.

W. G., 25 Jahre alt, bemerkte seit 2 Jahren eine Geschwulst der linken Wade, welche langsam wuchs, in letzter Zeit ihm beim Gehen beschwerlich fiel. Patient schwach, schlecht genährt. In der linken Wadengegend eine nahezu kopfgrosse Geschwulst von glatter Oberfläche, stellenweise nur seichte Furchungen, die Haut an einzelnen Stellen geröthet, von erweiterten Venennetzen durchzogen. Consistenz derb. Die Geschwulst überragt an der vorderen Seite des Unterschenkels die Tibia um $\frac{1}{4}$ Cmt., letztere erscheint usurirt, nicht aufgetrieben. Das erste Muskelstratum zieht über die Geschwulst; Leistendrüsen frei. Prof. Albert legte nun die Geschwulst zuerst durch einen langen Schnitt bloss, um wenn möglich die Exstirpation mit Erhaltung des Gliedes vornehmen zu können. Allein sowohl die über die Geschwulst hinziehenden Muskeln, als auch die tiefe Wadenmuskulatur war degenerirt. Prof. Albert schnitt in die Geschwulst ein, und es fand sich der Nerv. tib. post. mitten durch die Geschwulst gehend. Da die Exstirpation unmöglich, wurde nun die Amputation nach Gritti gemacht. Die Aftermasse war in die Vena poplitea schon hineingewuchert, und wurde ein grosser Pfropf aus derselben entfernt. Die

Sägefläche der Patella mit Silberdraht an das Femur befestigt. Ganze Naht der Amputationswunde mit Catgut. Prima intentio an den meisten Stellen, nur hinten giengen die Hautränder auseinander. Durch 8 Tage kein Fieber, schöne Granulationsbildung. In der 3. Woche wurde die Knochennaht entfernt. Da der Kranke Hämptoë bekam, Pleuritis mit Pneumonie sich hinzugesellte, wurde er auf die med. Klinik transferirt, wo er 6 Monate nach der Aufnahme starb. Die Section ergab Sarcom der Lunge, hochgradige Anaemie, knöcherne Vereinigung der Patella mit dem Femur. Von Prof. Albert in den Beiträgen zur operativen Chirurgie veröffentlicht.

D. Form- und Funktionsfehler.

Eine Ankylose des rechten Hüftgelenkes bei einer 21jährigen Kellnerin nach traumat. Coxitis stand nur durch 2 Tage in Beobachtung.

Von Contracturen im Kniegelenke kamen 7 Fälle zur Behandlung.

R. Barb., 29 Jahre, überstand vor 2 Jahren die Blattern. Im Verlaufe derselben trat ein periartikulärer Abscess mit Perforation ins Gelenk auf. Das linke Kniegelenk im rechten Winkel gebeugt, unbeweglich. In der Kniekehle eine tief eingezogene Narbe. Brisement forcè in der Narcose, Gypsverband durch 14 Tage, dann passive Bewegungen. Nach 3 Monaten gebessert entlassen. Kniegelenk in schwacher Beugung.

B. Josef, 8 Jahre. Kniegelenk in einer Beugung von 110° gehalten. Brisement forcè in der Narcose. Gypsverband nach 6 Wochen mit einem Fixirapparat entlassen.

W. Anna, 8 Jahre. Vor 2 Jahren Lähmung des rechten Beines. Dasselbe um 5 Cmt. kürzer, abgemagert, blau. Verkürzung auf Ober- und Unterschenkel vertheilt. Bei Adduction und Rotation nach Innen tritt eine Subluxation im Hüftgelenke auf. Das Kniegelenk im rechten Winkel gebeugt. Brisement forcè. Gypsverband. Nach 6 Wochen mit Apparat entlassen.

U. Anna, 11 Jahre. Contractur des linken Kniegelenks im rechten Winkel nach Caries. In der Kniekehle mehrere am Knochen festsitzende Narben. Gypsverband. Nach 6 Wochen mit einem Fixirapparat entlassen. Kniegelenk in schwacher Beugung.

Pes varus cong. kam in 8 Fällen zur Beobachtung. In 5 Fällen genügte die Tenotomie der Achillessehne, mehrmaliges Anlegen von Gypsverbänden und ein Fixirapparat.

In den 3 anderen Fällen musste auch die Aponeurotomie plant. ausgeführt werden.

4 Fälle von paralyt. Klumpfuß wurden nach vorausgeschickter Achillotenotomie mit einem Fixirapparat entlassen.

Es standen ferner in Behandlung 3 Fälle von *Pes equinus*. Achillotenotomie. Apparat.

8 Fälle von *Pes valg. static.* in 3 Fällen mit Contractur der *Peronaei*. (In 2 Fällen Tenotomie derselben.) Plattfußstiefel.

3 Fälle von *Pes valg. paralyt.*; ebenfalls mit Apparat entlassen.

5 Fälle von *Rachitis*. Prof. Albert hat bereits in der „Wien. med. Presse“ Nr. 37 über Keilexcision der *Tibia* mit vollständigen Nahtverschluss und subcutaner Callusbildung bei (rachitischen) Verkrümmungen der Unterschenkel berichtet.

1. L. V., Mädchen, 11 Jahre, sehr hochgradige Verkrümmung beider Unterschenkel nach vorne. Prof. Albert machte nun 3 Keilexcisionen in einem Aëte, eine an der rechten *Tibia* und zwei an der linken, und zwar eine zwischen oberen und mittleren und eine zwischen mittleren und unteren Drittel. Haut und Periost wurden in Form eines V durchgeschnitten, das letztere im Zusammenhange mit der Haut vom Knochen abgelöst, zurückgeschlagen und vom Knochen ein Keil theils ausgesägt, theils ausgemeiselt. Die *Fibula* subcutan gebrochen. Ganze Naht mit Catgut, Listers Verband, und zur Fixirung eine Seitenschiene. Fieberloser Verlauf. Heilung der Hautwunde per primam. Subcutane Callusbildung. Nach 12 Wochen wurde Patientin mit einem Stiefel mit seitlicher Stahlschiene entlassen.

2. H. F., 3jähriges Mädchen, mässige rachitische Verkrümmung beider Unterschenkel im unteren Drittel. Krümmung nach vorne und aussen. Beiderseits Keilexcision innerhalb 14 Tage. Prima intentio, fieberloser Verlauf. Consolidation nach 6 Wochen.

3. Knabe, 4 Jahre, schlecht geheilte Fractur des Unterschenkels im unteren Drittel; starke Knickung der Unterschenkelaxe nach vorne. Keilexcision mit Schonung des Periosts; prima intentio der Wunde, subcutane Callusbildung, fieberloser Verlauf.

Gelenksmäuse wurden zweimal im Kniegelenke beobachtet. Entfernung derselben durch Arthrotomie. Ein Fall wurde bereits von Prof. Albert in der „Wien. med. Presse“ Nr. 7 publicirt.

Der 49jährige Maurer H. J. brach sich 1850 den Oberschenkel. Die Fractur war subcutan und soll ins Kniegelenk sich erstreckt haben. Seit 1868 Behinderung im Gehen, nach längeren Anstrengungen Schmerz, Anschwellen des Knies. Später bemerkte Patient beim Befühlen des Gelenkes einen erbsengrossen, verschiebbaren Körper, endlich noch 2 andere. In den letzten Jahren Erscheinungen von Einklemmung der Gelenksmäuse. Patient kräftig gebaut; der rechte Oberschenkel um 3 Cmt. kürzer, in seinem unteren Antheil massiger. Beim tiefen Betasten der Kniekehle fühlt man eine dicke, von aussen oben, innen unten, augenscheinlich ins Kniegelenk ziehende Leiste. Die Beugung des Kniegelenkes geht nur von 180^0 auf etwa 140^0 . Das Kniegelenk selbst oberhalb der Patella durch Flüssigkeitsansammlung ausgedehnt. Die Flüssigkeit findet sich deutlich unterhalb der Quadricepssehne, wird von dieser eingeschürt, Ballotement der Patella nicht nachweisbar. Bei der stärksten Compression der Geschwulst wölbt sich auch unterhalb und seitlich der Patella kein Wulst des Synovialsackes heraus und die Patella bleibt fest stehen. Bei seitlichen Bewegungen der Patella zeigt sich ein bedeutender Widerstand, so dass nur ganz geringe seitliche Excursionen möglich sind. Es musste angenommen werden, dass durch die vor Jahren vorangegangene Fractur der untere, vordere Theil der Gelenkhöhle von hädrigen Massen durchzogen ist, welche die Patella fixiren und die unterhalb derselben gelegenen Kapselabschnitte unausdehnsam machen, so dass die Gelenksmäuse zwar noch Platz haben, zwischen den artikulirenden Flächen des Oberschenkels und der Tibia hin und herzugehen, aber die Flüssigkeit nicht im Stande ist, die Patella abzuheben und die untere Kapselportion auszubuchten. Beim Suchen auf Gelenksmäuse zeigte sich eine rundliche, erbsengrosse an der Innenseite des Gelenkes, entsprechend der Kontaktlinie des Femur mit dem Meniscus; es war dieselbe sehr beweglich; zwei andere, ebenso grosse, brachte der Kranke aus dem untern Abschnitt des Gelenkes zum Vorschein; eine an der Aussen-, die andere an der Innenseite. Compression des Gelenkes. Resorbtion der Flüssigkeit zum grössten Theile in 2 Tagen, Arthrotomie, ohne Narcose, Einwicklung der Extremität bis oberhalb des Kniegelenkes;

Esmarsch's Schlauch. 4 Cmt. langer Schnitt oberhalb der Patella beginnend, am medialen Rande verlaufend. Eine haselnussgrosse, gestielte Gelenksmaus fand sich im untern Gelenksraume. Abdrehung derselben, eine 2. kleinere an der äussern Seite der Patella wurde ebenso entfernt. Die Dritte an der Innenseite wurde durch einen äussern Schnitt entfernt. An der Vorderfläche des inneren Femurkondyls wurde ein 2 Cmt. lange und $1\frac{1}{2}$ Cmt. hohe, $\frac{1}{2}$ Cmt. dicke Knochenleiste mit Meissel abgetragen. Die Adhäsionen der Patella wurden mit dem Meissel zerrissen. Auswaschung der Gelenkhöhle mit Carbolwasser, Naht. Eine Drahtnaht. Compression mit Schwämmen nach Nussbaum. Am 3. Tage bedeutende Schwellung, wahrscheinlich durch Nachblutung entstanden. Dieselbe gieng langsam zurück. Heilung der kleinen Hautwunde per primam. Fieberloser Verlauf. Die grössere Hautwunde heilte auch grösstentheils per primam. 9 Wochen nach der Operation wurde Patient entlassen. Geringe Beugung und Streckung im Kniegelenke gestattet. Demselben wurden warme Bäder und passive Bewegungen, welche durch 2 Wochen schon gemacht worden, noch fernerhin anempfohlen. Nach 4 Monaten stellte sich Patient wieder vor. Beweglichkeit im Kniegelenk bedeutend grösser; Beugung bis zum rechten Winkel gestattet, Streckung vollkommen.

Ambulatorium.

Das Ambulatorium wurde von 1600 Kranken besucht, davon wurden 150 auf die Klinik aufgenommen.

Im Ambulatorium für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfranke standen 283 Fälle in Behandlung.

Zahnkranke stellten ein sehr grosses Contingent, 255 Fälle. In den meisten Fällen war Caries eines Zahnes vorhanden. In 40 Fällen war secundär Periostitis am Alveolarfortsatz aufgetreten. In 19 Fällen war eine Zahnfistel zurückgeblieben.

Von Verletzungen an den Weichtheilen des Kopfes und Gesichtes kamen 17 Fälle zur Behandlung und zwar 1 Contusion der Wange, 3 Schnitt, 12 Rissquetschwunden und 1 Schusswunde. In den meisten Fällen wurde der Listerische Verband applicirt.

Von Verletzungen des Knochens wurden beobachtet:

2 veraltete Nasenbeinfracturen, und 1 geringe Impression des rechten Seitenwandbeins seit Jahren bestehend. 1 Fall von Comotio cerebri kam bei einem 9 Monate alten Kinde zur Beobachtung.

Von Entzündungsprocessen der Weichtheile standen in Behandlung: 2 Furunkel des Gesichtes, 3 Parotitiden, 1 mal beiderseits, 2 traumatische Geschwüre der Zunge in Folge von Zahncaries, ein Dentitionsgeschwür, ein tuberculöses Geschwür an der Zungenspitze, 2 oberflächliche traumatische Lippengeschwüre, 2 luetische Geschwüre an der Stirne, 3 Zellgewebsabscesse am Kinn und 3 Fälle von Glossitis, in 2 Fällen durch Biss in die Zunge, im 3. Falle durch einen Insectenstich veranlasst.

Von Periostitiden kamen 15 Fälle zur Behandlung: 1 mal am Seitenwandbein und am Process mastoid; beide bei scrophulösen Individuen; 5 mal am Unterkiefer und in 8 Fällen am Oberkiefer.

Nekrose am Processus nasalis des Oberkiefers und Caries des Stirnbeins wurde je einmal beobachtet.¹

Wolfsrachen wurde in 4 Fällen und Substanzverluste des harten und weichen Gaumens in 3 Fällen demonstrirt.

Von Atheromen wurden 9 Fälle unter Listers Cautelen exstirpirt, die Wunde mit Catgut vollständig genäht.

3 Epitheliome der Unterlippe wurden nach Stromeyer (ohne Naht) exstirpirt, ein Epitheliom an der Stirne und in der Ohrgegend durch Chlorzinkpasta zerstört.

Ein bohnergrosses recid. Carcinom der Parotis bei einem 40jährigen Manne wurde unter Lister exstirpirt; ganze Naht.

Von Oelcysten wurden 3 Fälle beobachtet, 1 mal am linken Augenwinkel, 2 mal am Ohre.

2 Angiome des Kopfes bei Kindern wurden durch Cauterisation nach Nussbaum geheilt.

Ein Narbenscheloid der Wange wurde excidirt, die Wunde genäht.

Eine gestielte Warze in der Wangengegend durch Ligatur entfernt.

In 3 Fällen von *Ranula* wurde die part. Excision des Balges vorgenommen.

Von fremden Körpern kam ein eingewachsener Ohrring zur Beobachtung.

Neuralgien des Trigemini kamen 5 zur Behandlung: 3 des I. Astes, 2 des III. Astes. Bei allen Fällen wurde durch Vesicantien, Electricität Besserung erzielt.

Von scrophulösen Lymphdrüsenvereiterungen am Halse kamen 30 Fälle zur Behandlung.

3 subcutane Abscesse am Halse wurden durch Incision geheilt.

Ein Fall von Rheumatismus colli wurde mit Vesicantien erfolgreich behandelt.

Lymphoma simplex wurde 15 mal beobachtet, in einigen Fällen auch die Exstirpation unter Carbolspray und ganzer Naht vorgenommen. Ein Narbenscheloid am Halse wurde excidirt. Struma parenchymatosa wurde 13 mal, Struma gelatinosa 4 mal, Struma cystica 5 mal, fibrosa und carcinomatosa je einmal beobachtet. Der letztere Fall betraf eine 36jährige Bäuerin. Wir fanden bei der abgemagerten Patientin ein über kopfgrosses bis zur Mitte des Sternums reichendes Struma, von unebener, höckeriger Oberfläche. Die Haut von über federspul dicken Venenstämmen durchzogen. In der rechten Brustdrüse ebenfalls eine Ectasie der Hautvenen ersichtlich. Consistenz derb, an einzelnen Stellen Fluctuation. Seit 3 Monaten schnelles Wachsthum. Stenosenerscheinungen und Schlingbeschwerden noch nicht bedeutend. Solatii causa wurde Application von Kälte und innerlich Arsenik verordnet.

Von malignen Neubildungen wurden ferner 3 Fälle, 1 inoperables Sarcom in der Regio submentalis und 2 Carcinome der Halsdrüsen beobachtet. Bemerkenswerth ist folgender Fall:

Ein 50jähriger Sanitätssoldat, welcher seit einigen Monaten an Magenbeschwerden litt, stellte sich mit einer Tumor der linken Halsgegend vor. Wir constatirten eine Facialis-

lähmung links, welche angeblich 14 Tage bestand und ein Ektropium paralyt. Die linke Halsgegend ist von einem über faustgrossen Tumor eingenommen, welcher unter dem Ohrläppchen beginnend nach abwärts bis in die Schlüsselbeingrube, nach hinten bis zum lateralen Rande des musc. cucullaris, nach vorne bis zum vorderen Rande des Sternocleidó reicht und einen Fortsatz in die Regio submentalis schiebt. Der Tumor ist vorne derb, hinten elastisch, beweglich. Die Punction ergab eine Synovia ähnliche Flüssigkeit. Der Tumor bestand angeblich 2 Monate, war anfangs hart, später wurde er weicher. Linke Zungenhälfte paralytisch. Die nach 2 Monaten erfolgte Obduction bestätigte die auf Carcinom gestellte Diagnose.

In einem Falle von Contusion des Plexus supraclavicularis wurde durch Ruhe und Resorbentia wesentliche Besserung erzielt.

Contusion der Rippen kam 2 mal, Rippenfracturen 3 mal zur Beobachtung. Entzündliche Processe kamen in 12 Fällen zur Behandlung und zwar 4 scrophulöse Geschwüre am Sternum, 2 kalte Abscesse der Rippen von Periostitis der Rippe ausgehend, 4 Fälle von Mastitis chronica, 1 Fall von eitriger Mastitis.

Carcinom der Brustdrüse, meist inoperable Fälle, kamen 9 mal vor.

1 Fall von Cystosarcoma mammae wurde bei einer 97jährigen Frau beobachtet.

Bei einer 50jährigen Frau sahen wir ein seit vielen Jahren bestehendes wallnussgrosses Atherom im linken oberen Quadranten der Brustdrüse.

Eine Nähnadel in der rechten Mamma musste excidirt werden.

Von Verletzungen des Bauches kamen nur 3 Contusionen der Bauchmuskeln zur Behandlung. Von Entzündungsprocessen: eine Omphalitis, ein präperitonealer Abscess, eine Lymphadenitis in inguine.

Von Hernien beobachteten wir 30 Leistenhernien, 2 Cruralhernien und 3 Nabelhernien.

Stichwunde am Rücken wurde einmal, Contusion der Weichtheile 4 mal, Anthrax 1 mal, Abscess in der Scapulargegend 1 mal, Caries in der Wirbelsäule 11 mal (in 4 Fällen mit Psoriasis), statische Scoliose 10 mal beobachtet.

Ein wallnussgrosses Atherom am Nacken wurde extirpirt, ganze Naht.

Ein Papillom wurde durch Ligatur entfernt.

Bei einem 40jährigen Manne beobachteten wir über 50 erbsen- bis kreuzergrosse Lipome am ganzen Körper, besonders am Rücken.

Epididymitis kam 7 mal, Blasencatarrh 9 mal, Blasenparese 3 mal, Pyelitis 1 mal zur Behandlung.

Harnröhrenstricturen wurden 2 ambulatorisch behandelt. Ein Fall von Phymose wurde operirt.

In 5 Fällen von Varicocele wurde das Tragen eines Suspensoriums und kalte Waschungen verordnet.

In 4 Fällen von Hydroelce vagin. und 2 Hydrocelen des Samenstranges wurde die Punction vorgenommen. Von Neubildungen beobachteten wir 1 Fibrom des Hodens und 2 Hodensarkome. Bei einer Quetschwunde an der Eichel wurde eine feine Naht angelegt.

Von Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane kamen zur Beobachtung eine Menorrhagie, 1 Fall von Excoriationen des Muttermunds, 1 Fall von Catarrh des Uterus, 3 Fälle von Retroflexio und 1 Fall von Anteflexio uteri, 2 Blasencheidenfisteln, und 2 Uterusfibrome.

Ein Fall von Vaginitis wurde auf die dermatologische Abtheilung gewiesen.

Ferner wurden vorgestellt: 3 Fälle von Prolapsus mucosae ani, 1 Mastdarmpolyp, 3 Fälle von entzündeten Hämorrhoiden, 1 Fall von Atresia ani congen.

In 2 Fällen von Fissura ani wurde die Incision ausgeführt.

Von Verletzungen der oberen Extremitäten kamen fol-

gende Fälle zur ambulatorischen Behandlung: 24 Fälle von Schnittwunden und zwar 18 an den Fingern, eine in der Ellbogenbeuge, 3 am Vorderarm und 2 am Dorsum des Handgelenkes; 10 Fälle von Quetschwunden einzelner Finger und der Hand, 5 Rissquetschwunden, 3 Schusswunden, 1 des Daumens, 2 der Hand, 3 Bisswunden (Hundebiss), 3 granulirende Wunden am Vorderarm.

Von subcutanen Fracturen wurden beobachtet: 4 Fracturen der clavicula, 2 alte, 2 frische; 1 Fractur des Schulterblattthalses, 2 Fracturen des Oberarmes am collum. chirurg., 1 frische und 1 veraltete, letztere mit Luxation des Kopfes nach vorn combinirt; 1 Fall von Fractur des condyl. int. humeri; 2 Fälle von Fractura antibrachii in der Mitte, 11 Radiusfracturen, 7 frische, 4 veraltete; 2 Fracturen der Phalangen.

Von offenen Fracturen kamen zur Behandlung: 1 Fall von Fractur der II. Phalangs und des Metacarpus des kleinen Fingers, 1 Fall von Fractur der I. Phalangs des Daumens.

Von Luxationen: 5 Schulterluxationen, 4 frische, 1 veraltete, 3 axillare, 2 subcoracoid, 2 Fälle von Luxation des Vorderarmes nach rückwärts; 1 Fall von beiderseitiger Luxation des Radius nach Aussen am untern Gelenksende, 1 Fall von Luxatio manus; 1 dorsale Luxation des 4. Fingers im I. Interphalangealgelenke und 1 Fall von offener lateraler Luxation im II. Interphalangealgelenke des Ringfingers, 10 Fälle von Contusion des Schulter, 12 des Handgelenkes, 8 der Weichtheile des Vorderarmes. In 1 Falle von Durchschneidung der Beugesehne des Ringfingers wurde unter Listers Cautelen die Sehnennaht mit Catgut angelegt.

Die Goyrand'sche Verletzung wurde 2 mal bei Kindern beobachtet.

In 1 Falle von Contusion des Oberarmes beobachteten wir eine Hernie des Musc. biceps.

Muskelrheumatismus kam in 11 Fällen zur Beobachtung.

Von Entzündungen wurden beobachtet: 30 Fälle von

Zellgewebsentzündungen, zumeist in den Fingern, 6 Fälle von Drüsenvereiterungen in der Achselhöhle bei scrophulösen Individuen, 6 Fälle von Tendovaginitis crepitans an den Sehnenscheiden des Extens pollicis, 5 Fälle von Anthrax am Vorderarm, 3 Fälle von leichten Erfrierungen an den Fingern; 3 Fälle von oberflächlichen Brandwunden am Oberarm, 2 Fälle von Neuritis des Plex. axillaris, 1 Fall von Onychia maligna, 1 Fall von Bursitis olecrani, 1 Fall von periartic. Abscess am Schultergelenke; 10 Fälle von Periostitiden an den Vorderarmknochen und den Phalangen.

Von Gelenksentzündungen kamen vor 2 seröse Gelenkentzündungen im Schulter-, 2 im Ellbogengelenke und 1 Fall von Caries des Handgelenkes.

In 8 Fällen wurden fremde Körper, 6 mal in der Hand, 2 mal am Vorderarm entfernt. In 4 Fällen war der extrahierte Körper eine abgebrochene Nadel.

Von Neubildungen standen in Behandlung: 3 Ganglien der Sehnenscheiden, welche durch subcutane Incision und Compression geheilt wurden. 2 Fälle von Enchondromen an den Phalangen bei jugendlichen Individuen, 1 Fall von Ankylose im Schultergelenke nach einer Luxation wurde durch feuchte Wärme und passive Bewegung und Faradisation gebessert.

3 Fälle von Atrophie der Armmuskulatur wurden durch Faradisation gebessert, 3 Fälle von Contractur Fingergelenke durch warme Handbäder und passive Bewegungen geheilt.

Von Verletzungen der untern Extremität standen ambulatorisch in Behandlung: 6 Fälle von Contusionen der Weichtheile; 10 Fälle von Distorsion des Sprunggelenkes, 2 Fälle von Distorsion des Kniegelenkes; 1 Fall von Ruptur der Quadricepssehne, 2 Fälle von Brandwunden, 1 Fall von einem geborstenen Varix.

Von Fracturen wurden beobachtet: 1 Fall von frischer Infractio des Femur bei einem 10 Monate alten Knaben, 1 Fall von frischer Infractio der Fibula bei einem 35jährigen Manne; 1 Fall von einer veralteten Ober-

schenkelfractur und 3 Fälle von veralteten [Unterschenkel-fracturen.

Von Luxationen kamen 4 Fälle, von Luxatio congen. coxae einmal beiderseits bei Mädchen zur Beobachtung.

Von entzündlichen Processen standen in Behandlung: 12 Fälle von Zellgewebsvereiterungen, 5 Fälle von entzündlichen Oedem, 34 Fälle von Unterschenkelgeschwüren, 1 Fall von einem periarticul. Abscess des Kniegelenkes; 2 Fälle von entzündeten Varicen; 3 Fälle von Periostitis der Tibia bei scrophulösen Individuen, 1 Fall von Periostitis der Metatarsus, 2 Fälle von Periostitis des Fersenbeins, 2 Fälle von Caries der Fusswurzelknochen, 3 Fälle von Nekrose der Tibia; 1 Fall von centraler Nekrose des Femur.

Bursitis praepat. wurde in 8 Fällen, Gonitis proliferans und Gonitis serosa je in 6 Fällen, Coxitis in 4 und Malum coxae senile in 5 Fällen beobachtet.

Rachitis kam in 15 Fällen, Pes valgus in 14, Pes varus in 7 Fällen, Genua valga in 5 und Genu recurvat in 1 Falle vor. Spinale Kinderlähmung wurde in 8 Fällen beobachtet.

In 6 Fällen wurden fremde Körper, meist abgebrochene Nadeln, aus den Weichtheilen des Oberschenkels, 1 mal in der Hinterbacke entfernt, in 3 Fällen bei Ung. incarnat. der Granulationswulst und der Rand des Nagels abgetragen.

Tabelle**der ausgeführten Operationen**

Exstirpationen:	24	Carcinome	der Mamma
„	10	„	im Gesichte
„	3	„	der Zunge
„	3	„	am Mundhöhlenboden
„	1	„	des weichen Gaumens
„	2	„	der Parotis
„	1	„	in der Inguinalgegend
„	1	„	am Oberschenkel
„	1	„	der Zehe
„	1	„	des Rectums
„	13	Epitheliome	der Lippen
„	3	Sarcome	der Mamma
„	1	„	der Parotis
„	1	„	des Pharyngs
„	1	„	am Rücken
„	1	„	in der Fossa supraspinata
„	1	„	der Nasenscheidenwand
„	2	Lipome	am Halse
„	2	„	am Nacken
„	1	„	am Thorax
„	1	Neurom	im Sulc. bicip.
„	1	Naevus	an der Stirne
„	1	Fibrom	am Unterkiefer
„	1	„	am Oberkiefer
„	1	Enchondrom	der Parotis
„	2	„	an den Phalangen
„	10	infiltrirte Lymphdrüsen	am Halse
„	8	Lymphome	am Halse
„	2	Lymphome	in der Achselhöhle
„	11	Atherome	
„	1	Cyste	am Samenstrange
„	1	Zahncyste	
„	4	Ranula	

Amputationen:	1 des Oberschenkels
„	1 des Oberschenkels nach Gritti
„	5 des Unterschenkels
„	3 des Vorderarmes
„	5 der Finger
Enucleationen:	3 an den Fingern
„	1 des Unterkiefers
Resectionen:	5 des Unterkiefers
„	8 des Oberkiefers
„	1 des Kniegelenkes
„	1 Chopart'schen Gelenkes
„	1 des Ellbogengelenkes
„	2 der Metacarpo-Phalangeal-Gelenke
„	2 der Inter-Phalangeal-Gelenke
Arthrotomien:	4 des Kniegelenkes
Nekrotomien:	3 an der Tibia
„	5 am Oberarm
„	1 am Ellbogen
„	3 am Unterkiefer
„	1 am Oberschenkel
Tenotomien:	9 an der Achillessehne
„	2 an den Sehnen der Peronaei
„	4 an der Plantaraponeurose
Neurectomien:	3 des Nerv. supraorbitalis
„	1 des Nerv. infraorbitalis
„	1 des Nerv. mandibularis
Ovariectomien:	3
Laparotomien:	3
Hysterotomie:	1
Nephrotomie:	1
Herniotomie:	1
Radicaloperationen von Hernien:	2
Osteotomien:	6
Radicaloperation der Hydrocele:	11
Pharyngotomia subhyoidea:	1
Operation der Fistula ani:	3

Operation der Phymose: 3

„ der Fistula vesico-vaginal: 2

„ der Atresia ani: 1

„ der Atresia vaginae: 1

„ der Hasenscharte: 5

„ der Fissura ani: 4

„ der Varicocele: 1

Urethrotomia ext.: 1

Ligaturen: 2 der Carotis com.

„ 1 der Femoralis

„ 2 der Lingualis

Castratio testiculi: 2

Punctionen: der Ovariencysten: 2

„ der Hydrocele: 5

„ der Schilddrüse mit Jodeinspritzung: 2

Plastik: 3 im Gesichte

„ 1 am Unterschenkel

Brisement force: 10

Ueberdiess wurde eine grössere Zahl von kleinen Operationen als: Oncotomien, Tonsillotomien, Excision eingewachsener Nägel, Katheterisationen des Oesophagus, der Harnröhre, Extractionen von Nasenpolypen u. s. w. meist im Ambulatorium vorgenommen.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

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

Jahr/Year: 1879

Band/Volume: [9](#)

Autor(en)/Author(s): Offer Josef

Artikel/Article: [Bericht der chirurg. Universitäts-Klinik des Herrn Prof. Dr. E. Albert für das Schuljahre 1876/77 und 1877/78. Fortsetzung und Schluss. 62-131](#)