

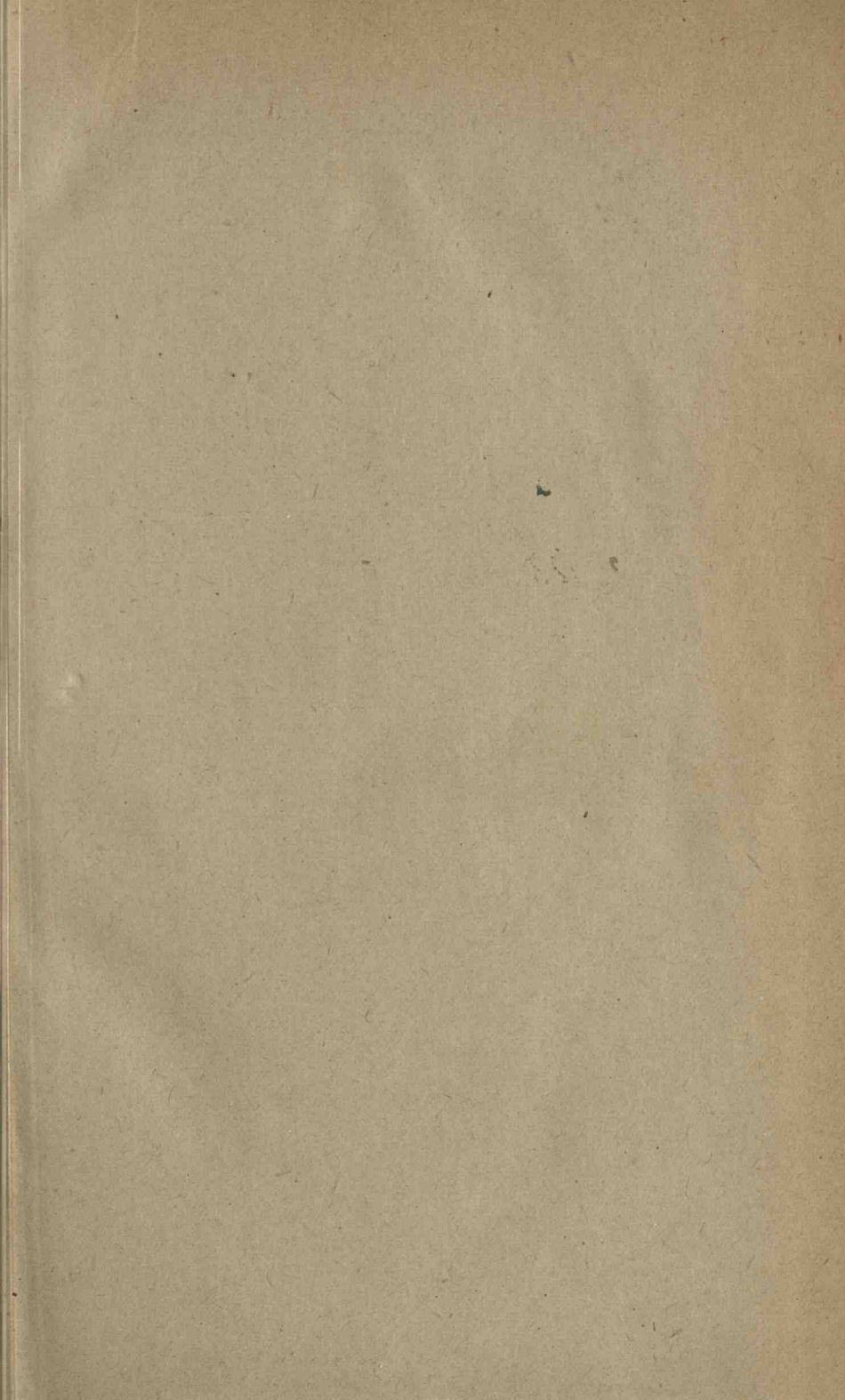


BIBLIOTECA CENTRALA
A
UNIVERSITAȚII
DIN
BUCUREȘTI

No. Curent 17.449 Format.....

No. Inventar 23123 Anul

Secția..... Raftul.....



Aerztlicher Bericht
der
PRIVAT-HEIL-ANSTALT

des
Doctor Albin Eder

von dem Jahre 1869 bis Ende 1875,

Wien, Josefstadt, Langegasse Nr. 53.

Wien, 1876.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

Im Selbstverlage des Herausgebers.

CONTROL 1953

1056

424

326197

~~Inw. A. 1897~~

Jun. 17449.

Aerztlicher Bericht

der

PRIVAT-HEIL-ANSTALT

des

Doctor Albin Eder



von dem Jahre 1869 bis Ende 1875.

Wien, Josefstadt, Langegasse Nr. 53.



Wien, 1876.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

Im Selbstverlage des Herausgebers.

23123

616

BIȘNITĂ

COTA

17449

1956

1961

L

Re 83/06

B.C.U. Bucuresti



C23123

Vorwort.

Wenn sich dem Bewusstsein redlich erfüllter Pflicht auch die glänzendsten Erfolge zugesellen, dann ist die Hinausgabe eines Rechenschaftsberichtes ein leichtes Stück Arbeit; der unterzeichnete Leiter der Privatheilanstalt Josefstadt, Langegasse Nr. 53, welche nun durch 10jährigen Bestand ihre Existenzberechtigung nachgewiesen hat, befindet sich in dieser glücklichen Situation.

Es ist dies nicht so zu verstehen, als ob der Gefertigte im Laufe eines Decenniums Reichthümer gesammelt hätte; diese Absicht ist ihm ja bei Gründung seines Institutes ferne gelegen. Doch ist es ihm gelungen, ohne fremde Beihilfe, mit eigenen Mitteln eine Anstalt zu gründen, welche vermöge ihrer inneren Einrichtung und durch die Grundzüge ihrer Verwaltung das volle Vertrauen der ersten medicinischen Capacitäten errang und sich die wärmste Anerkennung aller jener Personen erwarb, die den in seinem Institute vereinigten Factoren entweder eine Linderung ihrer Leiden oder vollständige Heilung verdanken.

Auf das statistische Materiale übergehend, sei hier vor Allem constatirt, dass seit Errichtung der Anstalt in derselben nicht weniger als 2000 Personen behandelt und gepflegt worden sind, dass sich aber das Institut vielleicht eben darum, weil die massgebenden Chirurgen der Reichshauptstadt in ihr alle Bedin-

gungen vereint fanden, welche den Heilungsprocess begünstigen, nunmehr zu einer **operativen Anstalt** herangebildet hat. Schon die Anzahl der vollzogenen Ovariectomien (58, wovon 49 in diesem Berichte beschrieben erscheinen) spricht dafür. Hofrath Billroth, welcher die meisten dieser Operationen persönlich und mit sehr gutem Erfolge vollzog, erfuhr zu seiner Genugthuung, dass in der Anstalt Erscheinungen wie Erysipel, Pyämie u. s. w., Prozesse, welche in Spitälern kaum zu vermeiden sind, Dank der gebotenen Pflege, so wie in Folge anderer günstiger äusserer Einflüsse zu den Seltenheiten gehörten.

Mit Befriedigung wird der Fachmann aus dem vorliegenden Berichte ferner zur Kenntniss nehmen, dass die Anstalt auf dem Gebiete der Gynäkologie die erfreulichsten Resultate aufweist. Der grossen Anzahl wegen sind jene Fälle, welche Professor C. Braun Ritter von Fernwald der glücklichsten Behandlung unterzog, nur summarisch aufgezählt, während die von den Herren Professoren Josef Spaeth und Gustav Braun in die Cur genommenen Krankheitsformen detaillirt besprochen werden.

Die Oculistik vertritt im Berichte beinahe ausschliesslich Professor Ritter von Arlt; wie immer stehen diesem segensbringenden Arzte wieder die günstigsten Ergebnisse zur Seite; was die übrigen im Institute zur Behandlung gekommenen Fälle betrifft, so erscheinen sie zumeist unter Dermatologie und Syphilis aufgeführt.

Eines geht aber jedenfalls aus der übersichtlichen Darstellung schlagend hervor: dass sich die Spitzen der Wissenschaft mit Vorliebe dem Institute des Gefertigten zuwenden, dass sie selbst es sind, die im Vertrauen auf die vorzügliche Verpflegung, den Kranken den Aufenthalt in derselben empfehlen. Wenn aber der Leiter des Institutes in diesem Umstande auch freudigen Herzens den Lohn für unverdrossene Anstrengung erblickt, so

muss er doch vor allem mit aufrichtigem Dank der ruhmvollen Thätigkeit dieser Männer der Wissenschaft gedenken, unter deren Schutz und Schirm der Ruf seiner Anstalt erblühen musste. Der Gefertigte glaubt sein Dankgefühl nicht besser als durch Theilnahme an den humanitären Bestrebungen dieser Herren bethätigen zu können. Wenden sie den Unbemittelten gerne unentgeltlich ihren heilsamen ärztlichen Rath zu, so schafft er ohne Anspruch auf Entschädigung Raum und Pflege für so manchen vom Missgeschicke Verfolgten, um wenigstens in zweiter Linie an den Segenssprüchen der Armuth zu participiren.

Noch sei der aufopfernden Mühewaltung des Assistenten Dr. J. Popper gedacht, welcher ein wackerer Gehilfe seines Vorgesetzten ward; wenn endlich dem Gefertigten der Ausdruck eines Wunsches gestattet ist, so wäre es jener, dass Aerzte und Patienten den Wahlspruch eines unvergesslichen Menschen-schätzers früher oder später auch auf seine Anstalt anwendbar finden — den kurzen aber herrlichen ober dem Eingange unseres grössten Humanitäts-Institutes längst prangenden Satz: „**Saluti et solatio aegrorum!**“

Wien, im Juni 1876.

Dr. Eder.

Vorwort zum ersten Bericht.

Mit dem Schlusse des Jahres 1867 vollendet das von mir geleitete Privat-Kranken-Institut das zweite Jahr seines Bestandes.

Nicht ohne Befriedigung darf ich zurückblicken. Die Anstalt ist nach Kräften bemüht gewesen, ihrer schönen Aufgabe gerecht zu werden.

Kranken aus den gebildeten Ständen, welche der häuslichen Pflege entbehren, Fremden, die in Wien erkranken, oder zur Vornahme irgend einer Cur den Aerzten der Hauptstadt zureisen, bietet das Institut freundliche Aufnahme und ein allen Anforderungen einer rationellen Krankenpflege entsprechendes Unterkommen.

Das Bedürfniss desselben war ein längst anerkanntes. Demselben zu genügen, nicht bloss da, wo der Besitz aller Mittel des Zieles sicher zu sein vermeint, sondern auch da, wo eine bescheidene Lebensstellung dasselbe schwer zu erreichen im Stande, ist der Zweck des Institutes; beiden soll und will es ein behagliches Asyl bieten.

In wie weit es dasselbe geworden ist, muss ich dem Gefühle der in ihm Verpflegten und dem Urtheile meiner geehrten Herren Collegen überlassen.

Die Zufriedenheit beider zu verdienen, war und bleibt mein unablässiges Streben; es würde aber stets ein unzureichendes sein, ohne die innige Antheilnahme umsichtiger weiblicher Fürsorge und ich bin so glücklich, diese in der wirksamen und aufopfernden Thätigkeit meiner Frau zu besitzen.

Die folgende Mittheilung gewährt eine Uebersicht der im Jahre 1866 und 1867 erzielten Erfolge; sie deutet die Natur der Krankheitsfälle an, die vorzugsweise zur Aufnahme gelangten, und lässt annähernd die schwierigen Aufgaben erkennen, welche einer, wie ich glaube, in jeder Hinsicht befriedigenden Krankenpflege gestellt wurden, sie gibt aber auch ein dem Unterzeichneten wohlthuendes Zeugniß des ehrenvollen Vertrauens, das sich die Anstalt in dem Kreise der ärztlichen Welt zu eringen vermocht hat.

Möchte ihr dieses auch in der Zukunft geschenkt werden!

Wien, im April 1868.

Dr. Eder.

Vorwort zum zweiten Bericht.

Freudig bewegt von den überaus glücklichen Erfolgen, welche in der von mir geleiteten Privatanstalt im Laufe des verflossenen Jahres erzielt worden sind, übergebe ich diesen neuen Bericht mit Beruhigung der Oeffentlichkeit. Der Fachmann, wie der Laie, der ärztliche Berufsgenosse, wie der Kranke, aber auch die besorgten Verwandten des letzteren — alle werden aus diesem in seiner Art glänzenden Rechenschaftsberichte entnehmen, dass die Ordination unserer ersten wissenschaftlichen Capacitäten in der gewissenhaften Pflege, welche in meiner Anstalt geübt wird, die redlichste Unterstützung gefunden haben muss.

Mit Stolz kann ich mich darauf berufen, dass die berühmtesten Namen der Wiener medicinischen Facultät ihre gefährlichsten Fälle der Pflege meiner Anstalt anvertraut, dass sie derselben wiederholt ihr aufmunterndes Lob ausgesprochen haben, und indem ich den allverehrten Herren Collegen zu den herrlichen Resultaten, deren Schauplatz meine Krankenzimmer waren, gratulire, bin ich glücklich, dass es mir vergönnt war, wenig-

stens indirect an diesen Triumphen der Wissenschaft zu participiren.

Die namhaften Opfer, welche ich anfänglich bringen musste, um eine der Reichshauptstadt würdige, Comfort und Häuslichkeit vereinende, nicht geschäftlich, sondern im Sinne des Familienlebens gehaltene Anstalt zu gründen und zu kräftigen, sie haben reichliche Früchte getragen; und wenn auch die pecuniären Erfolge mit Hinblick auf die bedeutenden Regieauslagen sehr mässige zu nennen sind, ein bedeutendes Capital habe ich mir doch bereits erworben, ein nicht zu unterschätzendes Capital — den Dank vieler Patienten — das Vertrauen der ärztlichen Koryphäen Wiens.

Auf dieses Capital gestützt will ich rüstig fortbauen an der Zukunft meines Institutes. Der Hilfesuchende soll bei mir auch fortan ein tröstendes Asyl finden; mehr als das, er wird die Pflege seiner Familie kaum vermissen, und da meine Anstalt glücklicherweise zum Sammelpunkte aller medicinischen Namen ersten Ranges wurde, Hilfe und Rettung, soweit Menschenkraft und menschliche Wissenschaft zu reichen vermögen, schaffen.

Indem ich daher die Zukunft meiner Anstalt in die Hände meiner Collegen lege, lade ich Alle, die sich, vom humanitären Standpunkt geleitet, für die Einrichtungen dieser neuen Heilanstalt interessiren, zum Besuche derselben ein, empfehle sie den Leidenden und berufe mich bezüglich der Erfolge meines Institutes auf den nachfolgenden getreuen Bericht.

Wien, im Juni 1869.

Dr. Eder.

Inhalt.

	Seite
I. Chirurgische Fälle	1
A. Erkrankungen der Ovarien	—
a) Ovariotomien	—
b) Behandlung der Ovarien mittelst Punction mit andauernder Drainage durch die Bauchdecke, welche Prof. Carl Braun- Fernwald hier eingeführt hat	72
c) Behandlung der Cysten mittelst einfacher Punction	74
d) Behandlung der Cysten mittelst Punction und darauffolgender Injection	76
B. Laporo-Hysterotomien	77
C. Kopf und Ohr	87
D. Gesicht, Nasenhöhle und Mundhöhle	88
E. Hals und Nacken	116
F. Schulter, Brust und Rücken	121
G. Bauch	142
Hernien	145
Anus und Rectum	147
Hämorrhoidalvorfälle	152
H. Harnorgane	154
Blasensteine	156
Harnröhrenstricturen	164
I. Männliche Geschlechtsorgane	169
Hydrocefen und Hämatocelen	172
K. Weibliche Geschlechtsorgane	174
L. Becken und Lumbalgegend	—
M. Obere Extremitäten	182
N. Untere Extremitäten	186
Anhang	192

	Seite
II. Gynäkologie	194
Fälle von Herrn Prof. C. Braun-Fernwald	—
" " " " J. Spaeth	200
" " " " G. Braun	205
III. Oculistik	228
IV. Syphilis	238
V. Hautkrankheiten	244
VI. Interne Krankheiten	248

I. Chirurgische Fälle.

A. Erkrankungen der Ovarien.

a) Ovariomien.

1. Fall*). Es erfolgte 11 Tage nach der Operation der Tod in Folge von Peritonitis.

Vom Herrn Primarius Dr. Kumar operirt.

2. Fall. Es erfolgte der Tod nach 2 Tagen.

Vom Herrn Dr. Meissner operirt.

3. Fall letaler Ausgang 4 Tage nach der Operation.

Vom Herrn Primarius Dr. Kumar operirt.

4. Fall. Heilung in 43 Tagen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

5. Fall**). (29 Jahre alt) hat sich früh verheiratet, 3 Kinder ohne Kunsthilfe geboren. Nach der letzten Entbindung vor drei Jahren blieb eine Schwere im Unterleibe zurück, bald nachher wurde ein Tumor gefühlt. 3 Punctionen bis jetzt. Ziemlich gut genährte Frau. Ovariectomie am 5. October. Adhäsionen vorne rechts konnten mit der Hand gelöst werden; breiter ziemlich langer Stiel; linkes Ovarium und Uterus gesund; Blennorrhöe. Grosse Cyste mit hellem, schleimigen Inhalte, festere Cyste an der Cystenwand. Gewicht von Cyste, Geschwulst und Flüssigkeit

*) 1—4. Siehe: Aertzlicher Bericht der Heilanstalt von den Jahren 1866 und 1867.

***) Von 5—8. Siehe: Aertzlicher Bericht der Heilanstalt vom Jahre 1868.

38 $\frac{1}{2}$ Pfund. Heilung ohne Zwischenfälle, nachdem die Klammer am 12. Tage abgefallen war, in 35 Tagen.

6. Fall. (39 Jahre alt.) Sehr magere, schwächliche Frau, die nur einmal geboren hat. Leidet seit 4 $\frac{1}{2}$ Jahren an allmählig zunehmender Schwellung des Bauches. 8 Punctionen. Nach genauer Untersuchung wurde die Diagnose auf rechtsseitigen Ovarialtumor mit Hydrops ascites gestellt. Urin frei von Albumin, Herztöne normal. Ovariectomie am 11. October. Der Ascites war bedeutender, als erwartet worden war. Die anderthalb Mannskopf-grosse Geschwulst mit papillärer Oberfläche im Becken durch viele Adhäsionen fixirt. Langdauernde Operation; besonders feste Verwachsungen mit Uterus und Blase, kaum ein eigentlicher Stiel nachweisbar. Dreizehn Ligaturen wurden angelegt und kurz abgeschnitten. Starker Collapsus nach der Operation. Heilungsverlauf besonders rasch. Patientin stand nach 14 Tagen auf und ging im Zimmer umher. Leider begann der Ascites wieder aufzutreten und bestand auch, als Patientin nach 35 Tagen die Anstalt verliess. Welche Ursachen dem Ascites zu Grunde lagen, konnte nicht ermittelt werden. Der Urin blieb frei von Eiweiss und Cylindern. Herz, Leber und Milz, soweit es die Palpation zu beurtheilen gestattete, normal. Linkes Ovarium und Uterus waren bei der Operation gesund befunden.

7. Fall. (40 Jahre alt.) Die Diagnose war einkammerige Ovariumcyste mit fester, unten im kleinen Becken liegender Form gestellt. Bei der Operation am 12. December ergab sich das erstere als richtig; die feste Geschwulst, welche man durchgeföhlt hatte, gehörte jedoch nicht dem Ovarium an, sondern war ein Kindskopf-grosses interstitielles Uterusfibroid, welches zurückgelassen wurde; rechtes Ovarium gesund. Die Cyste war an einer kleinen Stelle mit dem Netz adhären, feine Ligatur, Trennung mit dem Messer. Der sehr breite und kurze Stiel wurde in 6 Portionen unterbunden, die Ligaturen alle kurz abgeschnitten und reponirt. Die Bauchdecken hatten die Dicke von 2 $\frac{1}{2}$ —3 Zoll Fett. Heilung ohne Zwischenfälle. Patientin wurde am 23. Tage nach der Operation entlassen.

Alle 3 Fälle vom Hrn. Hofrath Billroth operirt.

8. Fall. (36 Jahre alt.) Beiderseitige zusammengesetzte Eierstockcyste. Patientin blass, ziemlich mager, bemerkte vor zwei Jahren eine Hühner-ei-grosse Geschwulst auf der linken Seite. Dieselbe wuchs allmählig und veranlasste, als sie gross geworden, Schwere und Druck im Unterleibe. Die Kranke konnte nicht viel auf einmal zu sich nehmen, widrigenfalls Aufstossen erfolgte. Weitere Klagen waren häufige Kreuzschmerzen, Beschwerden beim Urinlassen — der Strahl wurde häufig unterbrochen, — der Stuhl war gewöhnlich hart, mit Brennen im Mastdarme und Krämpfen im Unterleibe einhergehend. Im September 1868 wurde die Geschwulst linkerseits vom Herrn Prof. Gustav Braun punctirt und hiebei $6\frac{1}{3}$ Seitel bräunliche dickliche Flüssigkeit entleert. Hierauf folgte zeitweilige Besserung. Bei der zweiten Ankunft am 30. October zeigte der Bauch eine halbkugelige, insbesondere linkerseits auffällige Vorwölbung. Der Umfang des Unterleibes betrug in der Höhe des Nabels 35 Zoll, vom sichelförmigen Fortsatze bis zum Nabel 7 Zoll. Von da bis zur Schambeinsvereinigung 8 Zoll. Man sah und fühlte flache Höcker von der Ausdehnung eines Handtellers. Allerorts konnte Schwappung nachgewiesen werden. Dieselbe rührte zum Theile von der in der Geschwulst angesammelten, zum Theile von der in der freien Bauchhöhle befindlichen Flüssigkeit her. Die Gebärmutter stand sehr hoch und konnte ober dem linken Schambeinaste gefühlt werden. Rechts von ihr war von der Scheide aus eine weiche Geschwulst fühlbar, durch welche das hintere Scheidengewölbe herabgedrängt war. Mit aller Wahrscheinlichkeit konnte die Anwesenheit einer Verwachsung der rechten Seite der Geschwulst mit dem aufsteigenden Grimmdarme vorausgesagt werden. Die Operation wurde am 7. November 1868 vollzogen. Schon die Durchschneidung der Bauchwand bot grosse Schwierigkeiten, indem man allerorts an so dichte Adhäsionen stiess, dass die Grenze zwischen diesen und dem Bauchfelle kaum erkannt werden konnte.

Es fanden sich zwei Geschwülste, wovon die eine, die linksseitige, viel grösser war. Beide waren unter einander verklebt, und die Stelle, wo sie an einander stiessen, durch eine schon

vor der Operation erkennbare Furche angedeutet. Man hielt sich möglichst an die Geschwulstoberfläche, dabei geschah es wiederholt, dass hie und da dünnwandige, meist mit seröser Flüssigkeit gefüllte, kleinere Cystenräume platzten. Es bestanden reichliche Verwachsungen mit dem Netze, welches mit vielen Hanf- bis Erbsen-grossen, weisslichen rundlichen Knötchen durchsetzt war. Als die linksseitige Geschwulst von der Bauchwand, vom Netze, den stellenweise adhärennten Gedärmen so weit losgelöst war, dass man sie etwas durch die Bauchöffnung vordrängen konnte, wurde die grössere in ihr befindliche Cyste, welche bereits früher punctirt worden war, mit dem grossen Troicar angestochen. Die Flüssigkeit, welche durch den Schlauch abfloss, war chocolatbraun, ziemlich dick und betrug beiläufig $2\frac{1}{2}$ Mass. Ohne die linksseitige Geschwulst sogleich entfernen zu können, wurde die Beseitigung der rechtsseitigen in Angriff genommen. Die Lösung der letzteren ging im Ganzen leichter von Statten, als linkerseits. Doch gerieth man in ein Convolut von Cystenräumen, von denen einige des theils milchigen, theils atheromähnlichen Inhalts beim Einreissen entledigt wurden. Diese rechtsseitige Geschwulst, welche wir gleichsam aus dem degenerirten Eierstocke herauschälten, war über Kindskopf-gross, glattwandig und war nach allen Richtungen theils mit der Bauchwand, mit dem Becken, dem Netze, den Gedärmen, mit der linksseitigen Geschwulst, mit der Gebärmutter und mit der Blase verwachsen, und besass somit gar keinen Stiel. Allem Anscheine nach gehörte sie dem rechten Eierstocke an. Sie war es, welche die Hervortreibung im Douglasischen Raume bedingte. Von diesem Operationsmomente an bot die Kranke einen äusserst Besorgniss erregenden Anblick dar. Gesichtsfarbe war leichenähnlich. Puls und Respiration stockten zeitweilig; Patientin musste befächelt, frottirt, mit Wasser besprengt und mit aromatischen Mitteln gereizt werden, um Athmung und Blutlauf nur halbwegs im Gange zu erhalten.

Diese Erscheinungen mussten, da der Blutverlust nicht bedeutend war, auf Rechnung der Nervenerschütterung, wie sie beim Losreissen der in seltener Weise strammen Verwachsungen

unvermeidlich war, gebracht werden. Alle Kräfte wurden nun aufgeboten, die Operation in möglichst kurzer Frist zu vollenden. Die Adhäsionen der linksseitigen Geschwulst, welche sie mit dem Becken, der Wirbelsäule, mit der S-förmigen Krümmung des dicken Gedärmes, der Gebärmutter eingegangen hatte, wurden schleunigst getrennt. Auch diese Geschwulst, welche vom linken Eierstocke ausging, entbehrte eines Stieles. Die Gebärmutter ragte nun über die Schambeinsvereinigung, ihrer Anhängsel ledig, empor. Nur einige Verbindungsstränge mussten unterbunden werden, alle übrigen bluteten nicht. Die Blutgerinnsel wurden aus der Bauchhöhle entfernt, die Gedärme möglichst in ihre Lage gebracht, sodann die Bauchwunde mit Heften der Knopfnahht vereinigt. Nach der Operation wurde alles aufgeboten, die Lebensgeister der hinfälligen Kranken anzufachen. Suppe, Glühwein, wurden verabreicht. Patientin mit warmen Tüchern bedeckt, Wärmeflaschen neben sie hingelegt. Ungeachtet dessen erholte sich die Kranke nicht vollständig, sie gelangte nimmer zum klaren Bewusstsein, gähnte häufig, klagte über Drücken auf der Brust, und starb 3 Stunden nach der Operation ohne stattgehabte Blutung. Die zwei entfernten Geschwülste bestanden aus zahllosen Cystenräumen, an deren Innenfläche hahnenkammähnliche Auswüchse sassen.

Vom Herrn Primarius Dr. Weinlechner.

9. Fall. Judith Martinkovic*), 38 Jahre alt, operirt am 25. Februar 1869. Tod 31 Stunden nach der Operation.

Vom Herrn Hofrath Billroth.

10. Fall. J. P., aus Klagenfurt, 30 J. alt, hat nie geboren. Periode stets regelmässig. Die Kranke bemerkte zu Ende des Jahres 1868 eine Anschwellung des Unterleibes, im folgenden Sommer während des Gebrauches der Haller Quellen kam es zu einer rascheren Vergrößerung des Bauches, die mit Schmerzen, Appetitlosigkeit und häufigem Harndrang einherging. Patientin ist eine blass-gelbliche, magere Dame, die durch Schmerzen,

*) Siehe: Chirurgische Klinik von Billroth. Wien 1869—1870. S. 208.

die von der seit drei Tagen angeschwellenen, linken unteren Extremität ausgingen, an das Bett gefesselt war und fieberte. Der Unterleib war aufgetrieben durch eine sich gleichmässig ausbreitende, bis 8 Ctm. über den Nabel reichende, deutlich fluctuirende Geschwulst. Nabel verstrichen. Der Umfang war vom Process. xyploideus bis zum Nabel 19 Ctm., von da zur Symphyse 20 Ctm., von spina zu spina 38 Ctm., Umfang in der Nabelhöhle 68.

Der Unterleib war besonders in der linken Regio hypogastrica beim Druck empfindlich, der linke Fuss und Unterschenkel weniger, der Oberschenkel geschwollen. Die Wade beim Drucke sehr empfindlich, Schmerzen beim leisesten Bewegungsversuch. Die Schwellung dieses Beines war zweifellos durch Thrombose der Hautvenen verursacht und durch Druck von Seite der Geschwulst bedingt. Die Genitaluntersuchung, die sehr schmerzhaft war, ergab hochgradigen Fluor albus vaginalis, Muttermund stark nach rückwärts gehend und in dem etwas herabgedrängten vorderen Scheidengewölbe war ein härthlicher Körper fühlbar, für den Uteruskörper imponirend. Obschon Patientin sowohl wie ihr Gemahl sehr zur Vornahme der Ovariectomie drängten, konnte Herr Professor Weinlechner wegen der Venenthrombose hiezu sich nicht entschliessen; es wurde abgewartet. Da sich der Zustand aber verschlimmerte, die Schmerzen sich vermehrten und ausserdem Athemnoth eintrat, so wurde die Punction am 20. Sept. 1869 vorgenommen — links zwischen dem Nabel und der Spina anter. superior. — wobei $3\frac{1}{2}$ Mass schmutzigbraungelber, fadenziehender Flüssigkeit entleert wurde. Dadurch verkleinerte sich der obere Theil der Geschwulst. Eine kindskopfgrosse, ober der Symphyse und eine kleinere apfelgrosse, rechts ober dieser, konnten um so deutlicher gefühlt werden. Die erstere von diesen wurde nun von der ursprünglichen Punctionsöffnung aus punctirt, nachdem man früher vorsichtshalber die Harnblase catheterisirt hatte, worauf sich anfänglich fast reines Blut, später aber eine eierähnliche Flüssigkeit in der Menge einer halben Mass entleerte. Der Bauch war nun bedeutend kleiner, der Uterus zeigte sich anteflectirt und auch prolongirt, indem

sein Fundus über der Symphyse gefühlt werden konnte. Die Kranke fühlte sich nach der Punction sehr erleichtert, die Schmerzen schwanden, leichter Athem, guter Schlaf und Appetit stellten sich ein. Der linke Fuss schwoll ab. Patientin fing an herumzugehen, doch gewann sie weder an Körperfülle noch an gutem Aussehen; da aber der Bauch sich wieder vergrößerte, so wollte die Kranke den im übrigen günstigen Moment nicht vorübergehen lassen und drängte zur Vornahme der Ovariectomie, die am 13. October 1869 ausgeführt wurde.

Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse mit nachträglicher Verlängerung bis über den Nabel, an der Vorderfläche der Cyste und auch an der Punctionsstelle waren keine Adhäsionen, dafür aber existirten solche nach hinten mit dem Dünndarme, vier an der Zahl, von der Dicke eines Daumengliedes; sie liessen sich stumpf mit dem Finger trennen, bluteten aber wegen ihres Reichthums an Gefässen sehr stark und nachhaltig. Zwei hievon wurden nach der Punction getrennt, da man ihrer erst dann gewahr wurde. Nachdem die grössere Cyste von ihrem Inhalte, der dem bei der 1. Punction gleich, befreit war, konnte man den Balg sammt einem Convolute von kleineren Cysten, die die kleine Beckenhöhle ausfüllten, entbinden. Das linke Ovarium fand sich normal. Der dem rechten Ovarium angehörige $1\frac{1}{2}$ " lange Stiel wurde unter Mitfassung eines Theils des von seinem Inhalte befreiten Cystenconglomerates, wodurch derselbe ausreichend verlängert wurde, extraperitoneal in die Klemme gegeben. Er stand $\frac{1}{3}$ " über das Niveau der Haut und war nicht im mindesten gezerrt. Nach sorgfältiger Stillung der Blutung und Toilette des Peritoneums wurden die schon früher provisorisch angelegten, das zarte Peritoneum mitfassenden Seidenhefte definitiv geknüpft und durch dazwischen angelegte seichte Hefte die Vereinigung der Wunde vollendet. Die Operation dauerte eine Stunde und Patientin fühlte sich darauf nicht im geringsten entkräftet. Puls 90, Gesichtsausdruck heiter. Schon in den nächsten Stunden nahm die Pulsfrequenz, weniger die Temperatur successiv zu, Brechreizung, Aufstossen und wirkliches Erbrechen trat auf, Schmerzen

im Bauche quälten die Kranke, doch trieb der Unterleib sich nur mässig auf. Unter Zunahme dieser Erscheinungen und Somnolenz starb die Kranke 36 Stunden nach der Operation. Obduction wurde nicht vorgenommen.

Wie schon oben angedeutet, bestand die Geschwulst aus einer grösseren und zwei kleineren Cysten und einem Convolut kleinerer Cysten, die mit einer gallertartigen Masse erfüllt waren. Die Punctionsöffnung war bereits fast verschlossen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

11. Fall. N. F., 25 J. alt, aus Arad in Ungarn, seit 8 Jahren verheiratet und Mutter von 4 lebenden, gesunden Kindern, deren Geburt ganz normal von statten gegangen sein soll, ist angeblich vor ihrer jetzigen Krankheit stets eine gesunde und gut aussehende Frau gewesen. Die Periode ist im 15. Jahre eingetreten und stets regelmässig gewesen. Vor zwei Jahren, von jetzt an (Zeit der Operation) abgerechnet, hat sie einen Abortus im 5. Schwangerschaftsmonate überstanden. Ein Jahr darauf einen zweiten (etwa im 6. Schwangerschaftsmonate). Bei diesem zweiten Abortus fiel es der Hebamme auf, dass nach dem Ausstossen des Abortus noch eine Geschwulst rechterseits im Bauch fühlbar sei, von deren Existenz die Frau vordem nichts wusste. Diese Geschwulst blieb nun fortan an dieser Seite, vergrösserte sich, ohne der Kranken je Beschwerden zu machen. Beim Bücken, Seitwärtsneigen u. ä. will die Kranke nie das Gefühl gehabt haben, als verlasse die Geschwulst ihren Platz an der angegebenen Seite.

Beginn April 1871 wurde Patientin bereits wegen der Geschwulst, die ein erhebliches, doch noch weit nicht dem jetzigen gleichkommendes Volumen angenommen hatte, von einem Arzte punctirt und die Troicarcannüle durch 8 Stunden liegen gelassen. Die Punction wurde in der Medianlinie gemacht, und sollen hiebei 12 Liter schleimiger grünlicher Flüssigkeit entleert worden sein. Zu der durch 8 Stunden liegen gelassenen Cannüle aber und nach Entfernung der letzteren, zur unverklebten Stichöffnung sollen noch bei 10 halbe Mass derselben Flüssigkeit abgegangen sein. Die Bauchstichöffnung soll noch durch 8 Tage

Flüssigkeit austreten gelassen haben, da gar kein Verband gemacht worden war.

Der Umfang des Leibes soll aber durch diese Punction sich nicht erheblich verkleinert haben. Schmerzen im Abdomen sind nicht erfolgt. Die Frau hatte zur Zeit, als man die Punction machte, gerade ihre Menstruation gehabt, seitdem ist keine Menstruation eingetreten. Schwangerschaft ist nach den Angaben der Patientin sicherlich nicht anzunehmen.

Die Mutter der Patientin hat 11 Kinder geboren und soll an Uteruscarcinom gestorben sein. Die Patientin selbst ist mager, blass, schwach. Die Untersuchung des Herzens gibt nichts Abnormes, an der rechten Lungenspitze ist der Schall etwas kürzer als links, wo er voll ist.

Der Umfang des Bauches ergibt sich aus folgenden Maassen:

Bauchumfang über den Nabel 131 Ctm. vom Process. xiphoid. bis zur Symphyse 67 Ctm.

Operation den 5. Juni 1871: Ruhige Narkose, ein paar-mal durch Brechacte unterbrochen. Der vor der Operation un-gemein schwache Puls hebt sich im Laufe der Narkose. Harnblase war schon im Beginn der Narkose entleert worden.

Nabezu $7\frac{1}{2}$ “ langer Schnitt in der Medianlinie des Bauches zur Symphyse herab; relativ sehr bedeutender Panniculus adiposus; gerade Bauchmuskeln dünn, blass; am Peritoneum angelangt verdrängt der untersuchende Finger bei Druck darauf freie Ascites-flüssigkeit und stösst auf die sehr resistente Cystenwand. Lange Incision in's Peritoneum, Abfluss der Ascitesflüssigkeit. Es werden rechts und links die überall bestehenden Adhäsionen gelöst, bis die Cyste frei erscheint. Punction mit dem grossen Troicar, sofort Abfluss von zähflüssig schleimiger, blassgrünlicher Flüssigkeit. Die Cyste wird allmählig vorgezogen. (Der grosse Troicar lässt etwas Cystenflüssigkeit daneben laufen.) 2. Punction mit kleinerem Troi-car an der schon stark vorgezogenen Cyste an Stellen derselben, wo Flüssigkeit fühlbar, ergab nur wenig von derselben.

Grössere Schwierigkeiten bereiten feste, in der Cyste ge-legene, im Abdomen nach links hin gelagerte Geschwulstmassen beim Herausziehen; als auch diese mit herausgezogen waren, —

(von den Eingeweiden war bei diesem Manöver nichts sichtbar geworden) — erwies sich der Stiel breit und ziemlich kurz, so dass er in 2 Hälften getheilt, die eine mit 2 Massenligaturen abgebunden, die andere in die Klammer gelegt wurde. Doch erwies sich letztere alsbald als zu sehr den Uterus zerrend, wurde entfernt und auch hier 2 Massenligaturen angelegt, die Cyste losgetrennt, die unterbundenen Stiele in die Bauchhöhle versenkt; keine Blutung. Anlegung von 10 Seidenheften; nochmalige Revidirung des freiliegenden Antheils der kleinen Beckenhöhle. Schliessung der Nähte. Patientin ist bereits aus der Narkose erwacht; es ist seit dem im Beginn der Narkose vorgekommenen Brechacten kein weiterer vorgekommen. Verband mit Heftpflasterstreifen und Leintucheinwicklung in gewöhnlicher Weise.

Der Verlauf ein sehr günstiger, die Temperaturschwankungen waren sehr gering. Nach 6 Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen.

12. Fall. S. S. 44 Jahre alt, ledig, aus Krems.

Die Kranke ist angeblich früher stets gesund gewesen und will nur vor 10 J. (1861) an einem sogenannten schleichenden Typhus gelitten haben. Seit dem 13. Lebensjahre menstruiert und sollen Menses immer von 3 zu 3 Wochen eingetreten sein. 3 Jahre von jetzt an zurückgerechnet (1868) hatte sie einmal die Periode durch 5 Wochen nicht; als sie dann eintrat, soll der Blutfluss durch 5 Wochen mit wenigen Intervallen angedauert haben, so dass die Kranke ganz anämisch wurde. Dies soll sich späterhin noch zweimal wiederholt haben. Den letzten Winter (1870) hatte sie überhaupt keine Periode, erst im März 1871 trat sie wieder und diesmal lebhaft ein. Im Frühjahr 1870 gibt die Kranke an zuerst das Gefühl einer gewissen, nicht näher zu beschreibenden Unbehaglichkeit im Bauch verspürt zu haben. Im Juli 1870 war eine bereits merkbare Anschwellung des Bauches vorhanden. Die Aerzte hielten den Zustand für Hydrops Ascites. Ein Herzleiden, sowie ein Morbus Brightii sind auszuschliessen.

Den 3. Juni 1871 wurde die Kranke punctirt, wobei sich etwa $8\frac{1}{2}$ Liter hämorrhagischer Flüssigkeit entleerten. Seit die Anschwellung des Bauches stärker zunahm ist die Periode

immer nur von 6 zu 8 Wochen zurückgekehrt. Im Uebrigen ist die Kranke gesund, hat nie Kinder geboren, von gesunden Eltern; doch ist sie sehr mager und im Ganzen sehr zart gebaut. Die Maasse des Bauchumfanges sind nicht abgenommen worden.

Operation am 4. Juli 1871. Narkose ruhig, als Patientin halb berauscht war, traten wiederholte Brechbewegungen auf, dann Ruhe.

Bauchschnitt in der gewöhnlichen Weise, Bauchdecken dünn; als die Cystenwand frei lag, zeigte sich, dass sie sehr dünn war, Loslösung der überall vorhandenen Adhäsionen zwischen Cystensack, Netz und Peritoneum parietale. Als man im oberen Antheile einige Adhäsionen löste, fühlte man unter den Fingern den Cystensack reißen. Rasch löste man mit den eingehakten Fingern die ganze Cystenwand der Länge nach, wobei eine ausserordentliche Menge chocoladebrauner dicker Flüssigkeit hervorstürzte. In die Bauchhöhle war nichts gekommen; die Bauchwände wurden an den Sack angedrückt, und jetzt so festgehalten. Beim Hervorziehen der Cyste kam es zu Unterbindungen von Adhäsionen, etwa 4 an Zahl. Der Stiel war lang, ziemlich breit und wurde in mehreren Partien abgebunden. An einer Stelle macht die Blutung (am Stielstumpf) viel zu schaffen. Es wurden im Ganzen an den in die Bauchhöhle zu versenkenden Stielstumpfpforten, 5 Ligaturen, wovon 3 stärksten Calibers angelegt. Die Cyste entsprach dem rechten Ovarium, das linke war normal. Die Bauchhöhle hierauf nochmals revidirt, keine Blutung bemerklich.

Nachdem die stellenweise vorhandenen Blutcoagula mit Schwämmen überall sorgfältigst entfernt worden waren, wurde die Bauchnaht angelegt: 10 Hefte der Knopfnah. Verband in gewöhnlicher Weise mit Heftpflasterstreifen und Einwicklung in ein mehrfach zusammengeschlagenes Leintuch.

Unmittelbar nach der Operation war Patientin sehr matt, Puls klein. Doch schon nach einer halben Stunde, als dieselbe in's Bett gebracht war, hob sich der Puls sehr und ein angenehmer, warmer Schweiss bedeckte die Hautoberfläche der Kranken. Klage über Druck, Brennen.

5. Juli. Nach einer gut durchschlafenen Nacht erwachte Patientin förmlich munter. Sie klagte über keine Schmerzen. Puls und Temperatur nicht viel über das Normale geschritten.

Am 2. Tage gingen Flatus ab. Am 7. Tage nach der Operation entfernte man schon die Bauchnahthefte. Alles war per primam geheilt. Zu Ende der 2. Woche störte das Auftreten eines ziemlich bedeutenden Decubitus an der Kreuzbeingegend das sonst in jeder Beziehung zufriedenstellende Allgemeinbefinden.

Der Decubitus wird mit Emplastr. sapon. behandelt, die Wunde reinigt sich allmählig. Patientin ist ganz fieberfrei und bei gutem Appetit.

Fünf Wochen nach der Operation bekommt die Kranke das erste Bad, nach 8 Wochen geheilt entlassen.

11. und 12. Fall vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

13. Fall. C. B., 33 J. alt, aus Wien, war früher stets gesund, Periode immer profus, hat einmal vor 13 Jahren geboren. Seit 2—3 Jahren ist der Bauch umfänglicher, in letzter Zeit bestanden Verdauungsbeschwerden und auch Erbrechen, da der Magen wegen der Geschwulst wenig Speisen fasste. Bauch übrigens nicht empfindlich. Die bei der Untersuchung vorgefundene Ovariencyste reichte bis zum Process. xyphoid., zeigte allseitige, deutliche Fluctuation. Uterus antevertirt und hochstehend. Prof. Weinlechner entleerte durch die Punction eine schmutzig-helle, klebrige Flüssigkeit; die Entleerung ging sehr langsam und unter starkem Drücken von statten, so dass man glaubte, es müsse irgendwo eine Zwischenwand sich befinden. Doch überzeugte man sich durch Sondirung vom Gegentheile. Allmählig füllte sich die Cyste wieder und erreichte endlich den früheren Umfang. Indess hat sich während eines Landaufenthaltes das schlechte Aussehen der Kranken ziemlich gebessert, so dass man mit günstigeren Hoffnungen die Ovariectomie am 26. September 1871 vornehmen konnte. Der Schnitt geschah auf gewöhnliche Weise. Eine mässige Ascitesflüssigkeit ergoss sich nach Durchtrennung des Peritoneums. Da nach keiner Seite hin Adhäsionen waren, konnte man sogleich durch Punction die Flüssigkeit entleeren. Mit einem leichten Zuge wurde die Flüssigkeit entwickelt, doch besass die Cyste

leider gar keinen Stiel und war eingeschlossen von den Uterus-Adnexis und mit dem Uterus selbst innig verwachsen. Schon war man daran, einen Theil der Cyste zurückzulassen, als man einerseits die auf stumpfe Weise leicht bewerkstelligte Lösung der Adhäsionen, andererseits die Anwesenheit kleinerer Cysten, zunächst den Adhäsionen vorzunehmen doch genöthigt war. Die Cyste wurde somit enucleirt, die Gedärme während dieser Manipulation mit einer warmen Comresse bedeckt. Die Blutung wurde durch fünf Massenligaturen gestillt, diese kurz abgeschnitten und in die Bauchhöhle versenkt, dann auf gewöhnliche Weise die Bauchnaht angelegt. Gleich nach der Operation zeigte die Kranke ein livides Aussehen, matte Augen, der Pulsschlag bald sehr hoch, auf 170, reichlicher Schweiß, grosse Schwäche, sehr geringer Schmerz im Bauche, der sich dem Ansehen nach im Umfange nicht veränderte, an dem man jedoch die contrahirten Därme durch die Bauchdecken hindurch wahrnehmen konnte. Bei zunehmender Schwäche, ohne Erbrechen, starb die Kranke nach 24 Stunden. Die bei der Operation entleerte Flüssigkeitsmenge betrug 12 Liter.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

14. Fall. S. E., 27. J. alt, ledig, aus Reichenhall.

Im 16. Jahre wurde Patientin menstruirt, die Menstruation dauerte durch 5 Tage, gewöhnlich am ersten Tage von starken Schmerzen begleitet. Vom 17.—20. Jahre war Patientin chlorotisch. Vor einem Jahre machte sie eine Variola durch. Seit Jänner 1871 dauerte die Menstruation 8 Tage und ist profus, zum letztenmale am 19. December 1871. Im April 1872 begannen ihr die Kleider zu eng zu werden, der Bauch wurde grösser und hart. Am 20. October 1872 trat Patientin in die Klinik des Herrn Professors Carl Braun-Fernwald ein, dort wurden am 6. November durch Punction in der rechten Seite 4 Kilo Flüssigkeit entleert. Am 21. Dec. wurden 2 Probepunctionen in feste Geschwulstantheile, durch die vordere Bauchwand und die Scheide gemacht. Patientin war nie schwanger.

Status praesens am 27. Dec. 1872. Patientin ist blass, mager. Der Bauch in der Mitte halbkugelförmig vorgewölbt, was

von einer umgreifbaren Geschwulst herrührt, welche dumpfen leeren Percussionsschall darbietet, (in den Seitengegenden ist er tympanitisch) und im grössten Theile seines Umfanges fluctuirt; nur in der Unterbauchgegend etwas nach links und in der linken Seitengegend tastet man je einen etwa faustgrossen, festen Tumor beide verschiebbar. Uterus jungfräulich, nach vorn gedrängt. Wenn man den Tumor über der Symphyse nach rechts verschiebt, so folgt ihm der Uterus, bleibt dagegen bei entgegengesetzter Richtung unbewegt. Im hinteren Scheidengewölbe rechts tastet man beim Anschlage aussen, Fluctuation, links im Scheidengewölbe drängt sich ein fester Tumor heran.

Bauchumfang (Nabel) 82 Ctm., von spina zu spina 35 Ctm., vom Sternum zur Symphyse 32 Ctm.

Operation am 28. December 1872.

Schnitt von 4" Länge. Starke Adhäsionen an der vorderen Bauchwand gelöst. Cyste entleert. Die Tumoren in der linken Seitengegend durch tieferes Einstossen des Troicar verkleinert.

Die starken Adhäsionen in der linken Seite im Becken konnten gelöst werden, eine Netzadhäsion rechts wurde unterbunden. Der Stiel wurde nach Ausschälung des unteren Theiles der Geschwulst aus dem auseinander gezerrten Ligamentum latum in 2 Portionen unterbunden. Etwa 10 Nähte, Dauer der Operation 28 Minuten. Abends Schweiss, Durst, Puls kräftig 114.

29. Dec. Früh Puls 120, etwas geschlafen. Im Laufe des Tages 2mal erbrochen, Abends spontaner Abgang des Harnes, Flatulenz. Puls 120, Menses treten ein.

30. Dec. In der Nacht 1mal erbrochen, Puls 120, kräftig, guter Gesichtsausdruck, Zunge feucht, Vormittags 1mal, Nachmittags 2mal erbrochen. Puls 120, Bauch nicht empfindlich; Café.

31. Dec. Menses dauern fort. Puls 120. Nachmittags häufiges Aufstossen. Seit gestern kein Erbrechen. Flatus gehen ab. Puls 136. Haut warm, feucht. Bauch nicht empfindlich. Abends um 5 $\frac{1}{2}$ Uhr einmaliges Erbrechen. Um 6 Uhr Stuhl.

1. Jan. 1873 Nacht geschlafen, Abgang von Flatus, Bauch nicht empfindlich. Puls kräftiger 116.

2. Jan. Morgens Puls 116, Befinden gut, Diarrhöe. Mittags eingemachtes Huhn, Nachmittags einmaliges Erbrechen des Genossen. Mehrere flüssige Stühle. Bauch gegen Druck nicht empfindlich. Menses dauern fort.

3. Jan. Puls 104. Nach dem Wassertrinken einmal Erbrechen. Mehrere Diarrh., ganz flüssige Stuhlentleerungen. Abd. Puls 104. Menses aufgehört.

4. Jan. Puls 104. Kein Stuhl seit gestern Nachmittags. Abd. Puls 104. Nachmittags 2 flüssige Stuhlentleerungen.

5. Jan. Puls 120. Die untere Bauchgegend zeigt in der Mitte und in der linken Seite eine mässige Vorwölbung, wo der Percussionsschall gedämpft ist.

6. Jan. Vorwölbung und Empfindlichkeit der genannten Gegend nehmen zu bei hohem Fieber. Subjectives Befinden gut.

9. Jan. Etwas unterhalb der Mitte der Wunde, deren Ränder darauf $\frac{1}{2}$ " klaffen, sind die Granulationen bläulich verfärbt, im Zerfalle begriffen.

10. Jan. Aus einer kleinen Oeffnung zwischen den zerfallenen Granulationen entleert sich eine sehr geringe Menge Eiters.

11. Jan. Seit 4 Tagen keine Stuhlentleerung, Eiterung nicht vermehrt.

12. Jan. In der Nacht erfolgte der Durchbruch des Abscesses d. h. aus der Partie der Wunde, deren Basis zerfallen war, entleerte sich eine grosse Menge Eiters. Der Eiterabfluss dauert fort.

Patientin ist blass und matt, Puls klein, öftere Harnentleerung. Nachmittags eine Stuhlentleerung. Harn trüb, wie blutig, vielleicht auch ein Durchbruch in die Blase.

14. Jan. Starke Eiterung fortdauernd, Befinden gut, Appetit. Dämpfung in der linken Seite hat abgenommen.

14. Jan. Eiterung fortdauernd. Kein Fieber. Guter Appetit.

18. Jan. Eiterung in Abnahme. Befinden vortrefflich.

28. Jan. Eintritt der Menstruation. Dauer 3 Tage.

5. März. Durch 5 Tage menstruiert. Die Fistel, welche noch immer auf einen Zoll in die Tiefe ging, wurde vor 3 Tagen geätzt, ist verheilt. Die Narbe ist fest, etwas hypertrophisch, der

Bauch klein, nirgends etwas Abnormes wahrnehmbar. Patientin wird geheilt entlassen *).

15. Fall. J. K.**), 23 J. alt, aus Grosswardein. Als Kind war sie stets gesund, im 13. Lebensjahre erste Menses, stets regelmässig, schmerzlos und dauerten 8 Tage. Seit dem 19. J. verheiratet. Nach 3 Monaten Abortus, ohne vehemente Erscheinungen. In 8 Tagen vollständige Genesung. Ein Jahr darauf wurde Patientin von einem gesunden Mädchen entbunden. Schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten fiel ihr der grosse Bauchumfang auf und die consultirten Aerzte vermutheten Zwillinge. Nach der Geburt blieb der Bauch so gross wie einer Frau im 6. Schwangerschaftsmonate. Drei Monate nach der Entbindung hatte Patientin wieder abortirt. Der Bauch blieb gross. Patientin hatte hierauf noch 2mal normal entbunden. Letzte Entbindung im November 1871. Abdomen sehr gross. Nach 8 Tagen verliess sie das Wochenbett, es trat Peritonitis ein, schnelle Vergrösserung des Abdomen, grosse Schmerzhaftigkeit, hohes Fieber, Collapsus — Erholung. Im Jänner 1872 1. Punction (Dr. Lumpe), unvollständige Entleerung einer klebrigen, grünlichen Flüssigkeit, hierauf langsame Ansammlung nach 4 Wochen (Anfangs Februar) 2. Punction keine Besserung. (Erste Punction in der linken, zweite Punction in der rechten Seite); hierauf traten um die Punctionsstelle Schmerzen ein, Fieber, Abmagerung. Am 10. Mai 3. Punction, vollständige Entleerung, Erholung, Appetit, langsame Ansammlung der Flüssigkeit.

15. Juni 1872. Ovariectomie in guter Narkose. Wenige Adhäsionen an der vorderen Bauchwand und am Netz. Die ein-kammerige Cyste enthielt über 4 Liter Flüssigkeit und ausserdem ein zähes Coagulum. Stiel relativ breit in 4 Portionen abgebunden.

4 Tage hernach Eintritt der Menses. 8 Tage darauf Abscess am Stiel; 14 Tage hernach Perforation in den Darm, interne Blutung, Ohnmacht. Collapsus, Radialpuls durch 5 Stunden

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 1.

***) Siehe Wiener Medizinische Wochenschrift vom Jahre 1873, Nr. 2.

nicht wahrnehmbar; langsame Erholung, am 3. Tage kein Blut mehr in den Darm abgegangen. Patientin erholte sich, der Appetit kehrte wieder, Temperatur und Puls normal. Nach 3 Wochen war Patientin im Stande das Bett zu verlassen und am 27. Juli 1872 wurde sie geheilt entlassen.

16. Fall. L. K. *), 24 Jahre, aus Wien, ledig.

Patientin wurde im 13. Jahre menstruiert, stets regelmässig, zum letztenmale im Mai 1872. Sie war niemals schwanger. Vom Jänner 1862 begann der Umfang des Leibes zuzunehmen, zugleich bestanden Kreuzschmerzen, eine Zeitlang auch heftiger Schmerz in der linken Seite des Bauches. Dabei wurde der Ernährungszustand immer schlechter, es entwickelte sich Kurzathmigkeit, die Beine schwellen an, so dass Patientin seit Mitte Juli das Bett hüten musste. Am 1. October 1872 1. Punction (Entleerung von 20 Kilo Flüssigkeit) auf der Klinik des Prof. C. Braun-Fernwald; danach besserte sich der Kräftezustand; bei der 2. Punction am 5. November wurden 8 Kilo Flüssigkeit entleert. Vorher war Patientin nie krank. Patientin ist ziemlich mager, blass, aber gut bei Kräften. Der Bauch ist stark aufgetrieben, hat einen Umfang von 100 Ctm., von der Symphyse zum Sternum 45, von spina zu spina 52, die Schwellung gleichmässig, überall fluctuation, nur in der Magengrube wölbt sich ein etwa faustgrosser, fester, elastischer Tumor hervor, der sich von der Leber abgrenzt. Percussionsschall in den Seitengegenden tympanitisch, sonst leer. Brustorgane normal.

Operation am 30. November 1872. Schnitt von 4—5“ Länge in der Linea alba. Die sehr ausgedehnten und ziemlich festen Adhäsionen an der vorderen Bauchwand und oben (der feste Tumor) mit dem Netze, wurden vor der Punction gelöst.

Die Punction ergab 6 $\frac{1}{2}$ Liter einer zähen trüben Flüssigkeit. Die Entwicklung des Neugebildes ging leicht von statten, es zeigte sich dabei ein im Becken nach rückwärts liegender, fester kindskopfgrosser Tumor. (Den Stiel bildete das Ligamentum latum und die Tuba, es war das rechte Ovarium

*) Siehe Wiener Medizinische Wochenschrift vom Jahre 1873, Nr. 2.



23123

krank.) Es wurde der Stiel in 4 Portionen unterbunden und zurückgelegt, hierauf gleich, ohne weitere Reinigung der Bauchhöhle, in welche keine Flüssigkeit gedrungen war, die Naht angelegt und der gewöhnliche Verband. Subcutane Injection.

Patientin klagt über Schmerz in der Wunde, Puls 120. Dann wiederholtes Erbrechen. Nachmittag Puls 114, kräftig, Haut warm, feucht, mässiger Wundschmerz.

1. Dec. Geringer Schmerz in der Gegend der Wunde zeitweise auftretend. Abends starke Flatulenz, durch Einführung eines Darmrohres gehoben.

3. Dec. Erste Stuhlentleerung unter heftigem Bauchschmerz, der nach einer Stunde aufhörte.

4. Dec. Kein Schmerz, kaum nennenswerthe Empfindlichkeit des Bauches gegen Druck; Bauch eingesunken, schlaff, Abends Stuhlentleerung ohne Schmerz, erste spontane Harnentleerung.

5. Dec. Der Bauch nicht empfindlich, Abends Stuhl.

6. Dec. Befinden gut.

7. Patientin heute Huhn mit Appetit gegessen.

Das Befinden der Kranken ist täglich besser. Temperatur und Puls ganz normal.

Vier Wochen nach der Operation verlässt die Kranke zum ersten Male das Bett und 8 Tage darauf in vollkommen geheiltem Zustande die Anstalt.

17. Fall. O. *), 49 Jahre, aus Miskolcz.

Patientin war stets gesund, hatte 3mal geboren. Vor einem Jahre entstand eine Anschwellung des Bauches, die sich von selbst wieder verlor.

Vor einem halben Jahre (gegen Mai 1872) schwoll der Bauch neuerdings an und auf ärztliche Behandlung wieder ab. Im Sommer 1872 bestanden durch 3 Monate Metrorrhagien. Vor 10 Wochen nahm der Umfang des Bauches rasch wieder zu, so dass vor 4 Wochen ziemlich starke Athembeschwerden auftraten. Fluctuation über den ganzen Bauch nachweisbar. Durch eine Punction an

*) Siehe Wiener Medizinische Wochenschrift vom Jahre 1873, Nr. 2.

der linken Seite wurden mehrere Kilo einer colloiden Flüssigkeit entleert, wonach die linke Seite des Bauches einsank, während die rechte von einer fluctuirenden Geschwulst ausgedehnt blieb. Es wurde sonach ein multiloculäres Cystoid diagnosticirt.

Patientin bei ziemlich gutem Kräftezustande. Umfang des Bauches 101 Ctm. vom Ende des Sternum zur Symphyse 51 Ctm. Fluctuation über den ganzen Bauch. In beiden Seitengegenden tympanitischer Percussionsschall, sonst leer. Uterus nach rechts verdrängt, durch die Scheide keine Fluctuation nachweisbar.

Operation am 19. November 1872. Der Schnitt 5—6“ lang. In der Bauchwand 1“ starke Fettschichte, Blutung unerheblich, stand spontan. Kein Ascites. Nach Trennung des Bauchfells wurden mehrere Adhäsionen an der vorderen Bauchwand mit der Hand ohne Schwierigkeit abgelöst.

Durch die Punction mehrerer Cysten wurden 7 Liter einer grünlichen, opalisirenden, zähen Flüssigkeit entleert. Die Entwicklung der mit sehr leicht zerreisslichen Wänden versehenen Geschwulst gelang leicht. Der kurze Stiel bestand aus der linken Tuba und aus dem breiten Mutterbande; er war so dünn, dass drei starke Massenligaturen für ihn genügten. Nach Versenkung des Stieles wurde das rechte Ovarium untersucht und normal gefunden. Dauer der Operation, inclusive der Bauchnaht aus 10 Haften 29 Minuten.

20. Nov. Puls 100, gutes Befinden. Nach der Operation kein Collapsus, kein Erbrechen; subjectives Befinden gut. Subcutane Morphin-Injection. Mittags starker Meteorismus, wiederholtes Erbrechen, das nach einer Morphininjection und der Entleerung von Darmgasen durch ein in den Mastdarm eingeführtes Rohr aufhörte und einem vollkommenen Wohlbefinden Platz machte.

22. Nov. stets gutes Befinden.

30. Nov. gutes Befinden. Wunde per primam intent. geheilt; aus einem Stichkanale etwas Eiterung. Von da an keine nennenswerthe Veränderung. Patientin ist stets bei gutem Appetit.

17. Dec. Patientin verlässt geheilt die Anstalt*).

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 2.

18. Fall. J. P. aus Wien, 39 Jahre alt.

Patientin ist seit ihrem 19. Lebensjahre menstruiert, stets regelmässig, hat in ihrem 22. Jahre zum erstenmale, in ihrem 36. Jahre zum letztenmale (6.) geboren. Schon im Winter 1871 litt die Kranke an Schwere im Unterleibe, konnte jedoch ihren Beschäftigungen nachgehen. Erst am 28. Mai 1872 wurden die Schmerzen heftiger und Patientin war sogar gezwungen durch 6 Wochen das Bett zu hüten. Erst während dieser Zeit bemerkte Patientin, dass ihr Unterleib bedeutend an Umfang zunahm.

Bei der Untersuchung findet man den Unterleib bedeutend vergrössert; Fluctuation deutlich nachweisbar. Rechts ein Tumor fühlbar.

Am 23. November 1871 wurde die 1. Punction mit einem dünnen Troicar gemacht und wurden 1500 Grammes bräunliche Flüssigkeit entleert.

Am 6. December 1871 2. Punction an Stelle des Tumors, es entleerten sich beiläufig 80 Grammes einer blutig serösen Flüssigkeit.

28. December. Patientin hatte sich erholt, Respirationsbeschwerden keine mehr vorhanden. Bauchumfang in der Nabelgegend 119 Ctm., vom Sternum zur Symphysis 53 Ctm.

Die Operation wurde am 28. December 1871 in der Chloroformnarkose gemacht, der Schnitt etwa 5" lang. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle floss eine grosse Menge grünliche Flüssigkeit ab. Die Adhäsionen an der vorderen Bauchwand gelöst, hierauf die grosse Cyste punctirt, der Tumor entwickelt, der fingerdicke Stiel (linkes Ovarium) mit starker Seide umschnürt und dann abgeschnitten. Die Wunde wurde durch 12 tiefe und einige oberflächliche Nähte geschlossen. Dauer der Operation 30 Minuten.

Abends Temperatur 39.5, Puls 160, Pupillen eng, Somnolenz, Respiration war häufig unterbrochen. Es wurden Analeptica gereicht.

29. December. Temperatur 39.6, Puls 160, Erbrechen, starke Bauchschmerzen. Am 30. December entwickelte sich ein Decubitus am rechten Trochanter (von der früheren permanenten Seitenlage herrührend).

Unter fortwährendem Erbrechen trat am 31. December um 10¹/₂ Uhr Abends der Tod ein (82 Stunden nach der Operation). Section am 1. Jänner 1873.

Am Peritoneum eine Menge hirsekorn- bis bohngrosse Knoten, die sich bei der Untersuchung als Carcinom erwiesen.

19. Fall. E. S., von Raab, 49 Jahre alt.

Wir folgen hier der Beschreibung des Herrn Hofrathes Billroth: (Siehe Wiener Medicinische Wochenschrift vom Jahre 1873 Nr. I) Patientin seit ihrem 29. Jahre verheirathet, hat nie geboren, wurde am 1. April 1872 auf meine Klinik aufgenommen.

Im Jahre 1857 bemerkte sie in der rechten Hälfte des Bauches eine ganseigrosse Geschwulst, welche anfangs völlig beweglich war; die Geschwulst nahm sehr langsam, doch stetig zu, die Menses blieben völlig normal und schmerzlos, bis zum October 1871, wo sie bei schon stark ausgedehntem Abdomen mit grossen Schmerzen verbunden waren, und alle 8—14 Tage mit Schmerzen wiederkehrten. Bei der Aufnahme auf die Klinik war die Patientin sehr mager, doch für ihr Alter ziemlich kräftig. Maasse vom Process. xyphoideus bis zur Symphysis pubis 49 Ctm., Circumferenz des Abdomen in der Nabelhöhle 106 Ctm. Die wiederholte, sorgfältige Untersuchung führte zur Diagnose: Cyste des Ovariums, mit festem Tumor verbunden, etwas Ascites. Die Portio vaginalis uteri ziemlich beweglich, für eine Frau, die nie geboren hatte, ziemlich geöffnet und etwas aufgelockert. Dies in Verbindung mit den in letzter Zeit aufgetretenen Blutungen, liess an ein Uterusfibrom denken, wozu indes nicht stimmte, dass durch die Untersuchung des Uterus mit der Sonde eine Verlängerung desselben nicht constatirt werden konnte und dass sich die Portio vaginalis uteri bei Bewegung der Bauchgeschwulst nicht mit bewegte.

Ich war jedoch dadurch nicht beruhigt, sondern wollte mich doch durch die Punction der Cyste von dem Umfange des festen Tumors und seiner Form überzeugen. Durch eine Punction am 3. April, die mit einem gewöhnlichen mittelstarken Troicar ausgeführt wurde, liessen sich 6000 Cubikcentimeter einer dunkel-

braunen zähen Flüssigkeit entleeren; die Bauchdecken fielen dabei zusammen, doch als es zu fließen aufhörte, war noch ein deutlich fluctuirender Tumor fühlbar; ich hatte die Canüle noch nicht entfernt, und schob nun das Stilet wieder in dieselbe, um diese 2. Cyste zu punctiren; es wurden nun 2000 Cubikcentimeter der gleichen Flüssigkeit entleert.

Der Bauch war stark zusammengefallen, und man fühlte rechts einen etwa 2 Fäuste grossen festen Tumor. Die Punction war im Operationssaal gemacht; kaum war die Patientin, deren Abdomen mit einem Tuch eingewickelt war, mit aller Vorsicht auf eine Bahre, dann in's Bett zurückgebracht, als sie bald anfang zu erbrechen. Sie erbrach von 2—5 Uhr siebenmal, der Leib etwas schmerzhaft, der Puls immer kleiner, die Lippen blass bald ganz farblos. Zweifellos hat eine bedeutende Blutung in die Cyste hinein stattgefunden.

Es wurde Wein, Moschus, künstliche Erwärmung angewandt. Der Zustand war, als ich Patientin Abends 7 Uhr sah derart, dass ich an ihrem Aufkommen zweifelte. Doch unter den andauerndsten Bemühungen des Hrn. Dr. Steiner, bei fortgesetzter Anwendung von excitirender Behandlung gelang es, die erschöpften Lebensgeister immer wieder wachzurufen und ich fand die Patientin am anderen Morgen zu meinem freudigen Erstaunen noch am Leben. Die Geschwulst im Abdomen war wieder mässig gefüllt, und obgleich Patientin noch sehr schwach war, gab der Zustand doch wieder Hoffnung auf Genesung. Die Kräfte kehrten langsam wieder, doch erst nach 3 Wochen konnte ich an die Operation der Ovariectomie gehen.

Es war nach den Resultaten der Punction festgestellt, dass die Geschwulst aus mehreren Schleimcysten bestand und man konnte nicht zweifeln, dass der sich fester anfühlende nicht entleerbare Rest des Tumors, wie gewöhnlich aus einem Convolut kleiner Cysten bestehe; ich hatte den Gedanken an ein Uterusfibrom hiernach ganz aufgegeben.

Nachdem die Patientin in die Privatheilanstalt des Herrn Dr. Eder übersiedelt war, machte ich dort die Ovariectomie am 26. April. Umfang des Abdomens in Nabelhöhe 99 Ctm., vom

Proc. xyphoideus bis zur Symph. pubis 41 Ctm. Nach Eröffnung des Abdomen entleerte sich etwa ein Seitel Ascites-Flüssigkeit; durch die Punction der Haupteysten wurden 5000 Cubikctm. einer sehr dunkelblutigen Flüssigkeit entleert (an den Wandungen der Cyste innen fand sich noch viel coagulirtes Blut); mässig feste Adhäsion an der ganzen vorderen Bauchwand. Nach Extraction der Cysten folgt ein aus Cysten zusammengesetztes Geschwulstconvolut leicht, doch der noch in der Tiefe liegende Theil wollte sich nicht herausziehen lassen; ich war genöthigt nun mit der Hand einzugehen und nach einiger Mühe orientirte ich mich dahin, dass der breite Stiel der Ovarialgeschwulst breit an ein Uterusfibrom von Kindskopfgrösse angewachsen war.

Patientin überstand die Operation vortrefflich, allein es entwickelte sich eine sehr heftige Peritonitis, der die Kranke nach 36 Stunden erlag.

Von 14—19 sämmtliche vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

20. Fall. F. v. L., 35 Jahre alt, kinderlos; die Periode war stets in Ordnung und Patientin immer gesund. Seit dem Jahre 1868 ist eine Anschwellung des Bauches bemerkbar geworden, die den Unterleib gleichmässig auftrieb und am 12. September 1871 einen Tumor bildete, der folgende Maasse zeigte: Umfang des Bauches in der Nabelhöhe 116 Ctm., vom Proc. xyphoid. zum Nabel 26, von da zur Symphyse 30 Ctm. Rechts und oben fanden sich harte Knollen, links weniger. Fluctuation überall deutlich; Uterus anteflectirt. Am 12. September 1872 wurde eine Punction vorgenommen, bei welcher sich circa 16 Mass rostfärbiger Flüssigkeit entleerten.

Am 12. October 1872 war der Bauch wieder angewachsen auf 148 Ctm. Umfang in der Nabelhöhe, während die Maasse vom Process. xyphoid. zum Nabel 27 und von hier zur Symphyse 21 Ctm. betragen. Uterus war nicht mehr anteflectirt, sondern stand gerade normal hoch, nur war er etwas mehr nach hinten gerückt. Sonst war die von Natur kleine Kranke obgleich sehr mager dennoch kräftig, guten Muthes und wohl auf den Beinen. Am 14. October 1872 wurde die Ovariectomie ausgeführt.

Schnitt in der gewöhnlichen Weise, zwischen Nabel und Processus xyphoid. beginnend und an die Symphyse reichend. Peritoneum verdickt, etwas Ascitesflüssigkeit zugegen. Es waren beide Eierstöcke erkrankt; die dem rechten Ovarium angehörige Geschwulst war grösser und durch viele strang- mitunter bandförmige Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand und den Gedärmen verwachsen. Sie wurden mit dem Finger, mit dem geknöpften Messer ohne auffällige Blutung durchtrennt. Nachdem der grösste Theil des Tumors bereits entwickelt war, wurde die grössere Cyste punctirt, wobei man sodann auf die zahlreichen kleinen in Höckerform nach hinten beisammen sitzenden Cysten kam und den Stiel, der kurz und breit entsprang. Prof. Weinlechner wusste nicht, ob er ihn in die Klemme legen oder unterbinden und versenken solle und machte dies von der Beschaffenheit des Stieles der linksseitigen Geschwulst abhängig. Als er nun zu dieser übergang, fand er sie pomeranzengross und ohne Stiel zwischen Blase und Uterus gelagert und letzteren aufrecht erhaltend. Er enucleirte daher diese Geschwulst, indem er ihre Adhäsionen löste, diese 5mal unterband und sie sowie die 6 kurz abgeschnittenen Ligaturen des rechten Stieles in die Bauchhöhle versenkte. Die Gedärme blieben meist hinter den Bauchdecken verborgen. Die grösste Cyste enthielt 31 Seitel einer kaffeebraunen, cholesterinähnlichen Flüssigkeit. Das Cystenconglomerat wog 10 Pfund und sein Inhalt war ein verschiedenfärbiger, mitunter weiss sulzige parenchymatöse Masse. Die Cyste des linken Eierstockes war eine Haarcyste, in den auch die Tuba einbezogen wurde. Schliesslich vereinigte man die Wunde durch zahlreiche seichte und tiefe Häfte der Knopfnah.

Der Verlauf war milde, wenn auch durch mancherlei Zwischenfälle getrübt, und dadurch protrahirt; der schliessliche Ausgang günstig. Am Tage der Operation waren leichte Bauchschmerzen und das Gefühl grosser Hitze die Hupterscheinungen. Die Temperatur war jedoch normal und blieb es während der ersten 11 Tage, indem sie zwischen 37 und 38 schwankte. Der Puls hingegen zeigte eine grosse Frequenz 108–120, ja einmal stieg er sogar auf 140.

Am 1. Tage nach der Operation stellte sich schon der Abgang von Winden ein und der Harn wurde, wie von nun an meistens spontan entleert. Durch den leichten, mit der Chloroformnarkose zusammenhängenden Icterus, der auftrat und 4 Tage anhielt, wurde der stets rege und gesunde Appetit nur wenig gestört. Am 4. Tage nach der Operation, wo eben der Puls die Höhe von 140 erreichte, bestand häufiger Harndrang, der oft den Katheter erforderte und Abends ging Blut aus der Vagina ab. Dieser Blutgang dauerte 4 Tage, machte aber keine Beschwerden mehr. Er konnte auf die Menstruation wohl nicht bezogen werden, da die Kranke ihre Periode unmittelbar vor der Operation hatte. Es ist wahrscheinlicher, dass sie eine durch Entzündung der Uterusadnexa veranlasste, consensuelle Metrorrhagie und auch wegen der geringen Veränderung des abgehenden Blutes die Annahme, dass es durch die Tuben abfließendes Blut aus der Bauchhöhle sei, nicht plausibel ist. Am 7. Tage nach der Operation wurde auf ein Klysma von Aq. laxat. ein breiiger Stuhl erzielt, und das Befinden blieb wieder durchwegs befriedigend bis zum 24., dem 10. Tage nach der Operation, wo eine Harnretention ex catarrho vesicae den Katheterismus nothwendig machte und die Temperatur auf 39.0 steigerte. Dieser Zufall schwand vom nächsten Tage an schon wieder. Eine längere Störung begann am 26. October am 12. Tage nach der Operation mit der Eiterung aus den Stichcanälen und an den Ligaturen, die durch 3 Wochen eine Temperatursteigerung von über 38—49 veranlasste, am 27. October schon den Höhepunkt erreichte und die Temperatur auf 40 trieb, so dass die Kranke anfang zu ermatten und leichter Decubitus sich einstellte. Die drohendsten Erscheinungen wurden am 6. November, am 23. Tage nach der Operation, durch Eröffnung eines Abscesses und Drainage der Wunde beseitigt. Die sehr reichliche Eiterung war ohne Zweifel von den unterbundenen Partien aus angeregt. Dafür sprach die grosse Menge des Eiters, sein übler Geruch und der Umstand, dass längs der vereinigten Wunde die meisten Stichcanäle untereinander communicirten. Abends gingen am 24. und 29. Tage je ein Ligaturfaden ab, der eine entsprechend der Mitte des Schnittes,

der andere am unteren Ende. Andere mögen bei ihrem Abgange übersehen worden sein. Die Behandlung der Eitergänge bestand darin, dass man die Aussenwandungen mit der Sonde löste oder erweiterte, um Drainageröhren einzulegen, worauf Ausspritzen mit Carbolwasser und ein Carbolölverband folgte. Der Zustand besserte sich so nach und nach. Am 16. November, 33 Tage nach der Operation, stand die schwach aussehende, doch sich nicht so fühlende Kranke zum erstenmale auf und verliess im nächsten Monate die Anstalt. Der früher muldenförmig vertiefte Bauch wölbte sich vor und wurde durch eine elastische Leibbinde in Schranken gehalten. Am untersten Ende der Wunde bestand noch geringe Eiterung. Laut brieflicher Mittheilung an Herrn Prof. Weinlechner war die Eiterung durch den ganzen Monat December noch reichlich, auch ein Ligaturfaden ging wieder einmal ab. Patientin erholte sich wenn auch langsam. Am 9. Juli 1873 sah Herr Prof. Weinlechner Patientin wieder. Es bestanden noch 2, je einen Zoll tiefe eiternde Oeffnungen, durch die im ganzen 5 Fäden abgegangen waren. Uterus etwas anteflectirt, nicht gesenkt, mässige Bauchhernie; die Kranke sah gesund und kräftig aus und hatte regelmässige Menses. Ein Jahr nach der Operation schloss sich die Wunde endlich ganz, nachdem ein paar Tage vorher noch ein Ligaturfaden, der letzte abgegangen war. Die Kranke befindet sich bis jetzt wohl, sieht blühend aus und hat an Körperfülle sehr zugenommen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

21. Fall. S. D. Im 14. J. menstrirt, regelmässig, wenig Ausfluss, 3 Tage dauernd; immer gesund gewesen. Zweimal geboren im Jahre 1867 und October 1871. 3 Wochen nach der Geburt Schmerz im rechten, später im linken Hypochondrium und Diarrhöe. Seit der Zeit beobachtete sie die Vergrösserung des Unterleibes, der bis zum Juli folgende Dimensionen erreichte: Bauchumfang in der Nabelgegend 100 Ctm., vom Sternum zur Symphyse 40 Ctm. Am 29. Jänner punctirt durch eine Oeffnung 2 Cysten, dabei wurde 6 Kilo röthlicher Flüssigkeit und 1 Kilo grünlicher entleert. Appetit gut, Stuhl regelmässig, Puls 78.

Operation 22. Februar 1873. Adhäsionen an Gedärmen und Netz gering. Flüssigkeit $4\frac{1}{2}$ Liter. Nach der Operation Puls 90, Temp. $38\cdot4$, Durst, Kopf eingenommen, Uebelkeit. Abends Injection und nach der Injection Erbrechen von Schleim. Nacht nicht geschlafen.

23. Februar. Puls 96, Temp. 38. Empfindlichkeit im rechten und linken Hypochondrium. Schwacher Meteorismus. Durst, Empfindlichkeit steigt nach oben. Abends: $37\cdot8-96$. Injection, guter Schlaf.

27. Februar. Puls 108, Temp. $37\cdot8$. Ganzer Unterleib empfindlich, besonders die Magengegend, seltenes Aufstossen. Abends grosse Schmerzen, Morphininjection. $108-38\cdot2$.

Patientin collabirte schnell und starb unter diesen Erscheinungen.

Vom Herrn Hofrath Baron Dumreicher operirt.

22. Fall. M. G., 23 J., ledig, aus Tarnow. Die Kranke, früher regelmässig menstruiert, gebar im August 1870. Geburt und Wochenbett normal, das Kind gesund. Nach der Geburt soll der Umfang des Unterleibes nicht wesentlich abgenommen, bald aber wieder zugenommen haben. Die Menses haben sich seit der Entbindung nicht wieder eingestellt. Im October 1870, im März 1871, im April 1872 wurden Punctionen des Unterleibes vorgenommen, bei der 3. wurden $5\frac{1}{2}$ Mass einer dunkelrothbraunen Flüssigkeit entleert. Die Kranke abgemagert, das Gesicht frisch und geröthet. Respiration beschleunigt. Zwerchfellstand beiderseits auf der 4. Rippe. Der Bauch kugelig, sehr ausgedehnt. Umfang ein Zoll oberhalb des Nabels: 125 Ctm., Percussionsschall in der ganzen Ausdehnung des Bauches dumpf und leer, in der rechten Lendengegend tympanitischer Percussionsschall. An allen Stellen des Bauches deutliche kleinwellige Fluctuation. Von der Vagina aus kein Tumor tastbar, die Beine bis zum Knie ödematös. Stuhlentleerung träge. Puls klein, 100. Harnmenge gering, spec. Gewicht des Harnes 1020. Viel Eisweiss, Epithelial- und granulirte Cylinder, Blutkörperchen.

27. Jänner 1873. Auf Klysmen einige Stuhlentleerungen. Dyspnoë hat zugenommen, wiederholtes Erbrechen. Punction. Ent-

leerung von 23 Liter dunkelbrauner, etwas durchscheinender, neutral reagirender und sehr eiweissreicher Flüssigkeit, welche Cholesterinkrystalle, Blutkörperchen und Epithelien enthielt. Eintritt von etwas Luft in die Cyste, Abends Puls beschleunigt, Temp. 38·4. Nachts starker Kopfschmerz, Puls 122, leichter Collapsus von kurzer Dauer. Nach der Punction fühlte man die zusammengefallene Cystenwand und in der Tiefe noch einen festen Tumor.

Die Cyste füllte sich allmähig wieder, der Zustand des Harnes blieb unverändert. Am 1. März 1873 betrug der Bauchumfang in der Nabelgend 91 Ctm., von spina zu spina 42, vom Sternum zur Symphyse 35.

Es wurde am 1. März in der Narkose zur Exstirpation geschritten, der Schnitt war etwa 5" lang, die Cyste schlaff; die zahlreichen Adhäsionen an der vorderen Bauchwand liessen sich vor der Punction mit der Hand lösen, bis auf eine, die nach Verkleinerung der Cyste auch gelöst werden konnte.

Die Entwicklung der Geschwulst bot keine Schwierigkeiten; der Stiel war dünn und wurde in 3 Portionen ligirt. Das erkrankte Ovarium war das linke, Dauer der Operation ohne Naht 12 Minuten. Därme kamen nicht in Sicht. 7 tiefe, 7 oberflächliche Häfte. Während der Operation wiederholtes Erbrechen, nach der Operation noch einmal. Die Cyste hatte viele wandständige kleine Cysten, bis hühnereigross. Abends gutes Befinden, kein Bauchschmerz. Puls 120.

2. März. Temp. normal, Abends 38·4, Befinden als ob gar kein Eingriff stattgefunden hätte.

3. März. Temp. normal.

4. März. Eine Stuhlentleerung ohne Schmerz.

5. März. 2 Stuhlentleerungen, ein Theil der Nähte entfernt.

6. März. Der Rest der Nähte entfernt. An der Haut ist die erste Vereinigung fehlgeschlagen.

7. März. Albumen des Harnes bisher unverändert.

11. März. Albumengehalt vermindert.

16. März. Auf die Klinik Billroth transferirt.

Von dort am 11. April geheilt entlassen.

23. Fall. T. S., aus Vitis in Nied.-Oest., 51 J. alt. Patientin ist seit ihrem 22. Lebensjahre menstruiert, heirathete im 25. Lebensjahre und hatte 2mal geboren. Erste Geburt im 33., letzte im 35. Lebensjahre. In ihrem 40. Jahre litt sie durch 2 Wochen an starken Metrorrhagien und mit dem Aufhören derselben hörten auch die Menses auf.

Seit dem vorigen Jahre (1872) bemerkte die Kranke, dass ihr Unterleib grösser zu werden beginnt, anfangs traten auch Schmerzen längs des Nervus cruralis auf. Seit September 1872 nahm der Bauch bedeutend an Volumen zu, es stellten sich heftige Kreuzschmerzen, Harn- und Stuhlbeschwerden ein.

Patientin ist kräftig gebaut, von gutem Aussehen; der Bauchumfang beträgt 94 Ctm., die Distanz vom Processus xyphoideus bis zur Symphysis 43 Ctm., Fluctuation nicht deutlich nachweisbar (sehr starker Panniculus adiposus).

Am 7. März wurde die Punction in der Linea alba unter dem Nabel gemacht. Die entleerte Flüssigkeit ist ziemlich trübe, grünlichgelb, opalisirend, sehr eiweissreich. Es wurden 4 Liter entleert.

Die Operation wurde am 24. März 1872 ausgeführt. Der Bauchschnitt 5" lang. Es wurde die Cyste zugleich angeschnitten, welche nur schlaff gefüllt war. Keine Adhäsionen. Der Stiel in drei Portionen ligirt, die Cyste entwickelt (linkes Ovarium). Im Ganzen wurden 4 tiefe und 5 oberflächliche Nähte angelegt. Dauer der Operation 35 Minuten. Nach der Operation trat einigemal Erbrechen auf.

Am 27. entwickelte sich an der rechten Hinterbacke Decubitus — Incision und Chlorwasserverband.

Am 4. April trat starkes Rasseln auf — Infus. Ipecac. Es traten im weiteren Verlaufe einige Schüttelfröste auf; am 9. April Parotitis und am 11. April Morgens 6 Uhr trat der Tod ein (18 Tage nach der Operation*).

Sectionsbefund am 12. April. Die granulirende Basis der Bauchwunde wird von der vorderen Fläche des Peritoneums gebildet, die Peri-

*) Siehe Temperaturecurve Nr. 3.

tonealhöhle nirgends eröffnet. Die Baueingeweide vom grossen Netze bedeckt, der ligirte Stiel liegt frei, ohne Verklebungen in der Beckenhöhle, Ligaturen liegen noch, die abgebundenen Theile zeigen makroskopisch keine Veränderungen. Keine Peritonitis. Das Peritoneum zu beiden Seiten der Wunde abgelöst, nach links in geringer Ausdehnung nach rechts hin aber bis hinten zur Incisura ischiadica major, wo zwischen der Abscesshöhle und dem Decubitus nur noch eine dünne Schichte, wie es scheint, nekrotischen Gewebes liegt. Vorn reicht die Abscesshöhle vor die Blase, deren vordere Wand von der Symphyse abgelöst und ulcerirt ist. Die übrigen Organe normal.

22. und 23. Fall vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

24. Fall. M. R., 19 J. alt, litt in früherer Jugend an Bleichsucht, hatte aber die Periode von ihrem 14. Jahre an immer in Ordnung. Im November 1871 fiel sie mit dem Bauche über einen Balken, litt in Folge dessen an Schmerzen im Unterleibe und seit der Zeit ward da auch die Entwicklung einer Geschwulst gewahr, die freibeweglich blieb, jedoch unter Schmerzen sich vergrösserte. Seit Mai 1872, wo angeblich in Folge einer Verkühlung die Menses ausblieben, wuchs die Geschwulst rascher und begann die Respiration zu erschweren. Die Kranke wurde zuerst am 26. Februar 1873 im Rudolfsspitale untersucht. Patientin war mässig genährt, blass. Der Bauch war anscheinend gleichmässig aufgetrieben, doch bemerkte man beim Zufühlen leichte harte Unebenheiten, zwischen welchen deutlich Fluctuation nachgewiesen werden konnte, die zweifellos dem Tumor angehörte, wiewohl das Vorhandensein freier Flüssigkeit im Bauche nicht auszuschliessen war; denn der Nabel war, wenn auch mässig hervorgetrieben und die Verschiebbarkeit der höckerigen Geschwulst leichter als gewöhnlich zu Stande kommend. Reiben war nirgends zu fühlen. Die Percussion ergab nach oben den tympanitischen Schall, der nach unten die halbe Höhe zwischen Proc. xyphoid. und Nabel reichte und nach rechts in einem sanften Bogen von spina zur spina ilei sup. ant. verlief, während linkerseits der Schall allenthalben leer blieb, was durch einen sich dahin ausbreitenden Fortsatz der Geschwulst leicht erklärte; der Umfang des Bauches in der Nabelhöhe betrug 95 Ctm. Die Maasse vom Proc. xyph. zum Nabel und von da zur Sym-

physe waren 18 und 22 Ctm. Der Uterus stand etwas tiefer und nach rückwärts gedrängt, ein Zusammenhang konnte mit dem Tumor nicht gefunden werden. Durch das vordere Laquear war die Geschwulst erst beim Drucke nach rückwärts fühlbar. Am 4. März 1873 wurde die Ovariectomie ausgeführt. In der Narkose, die nie hinreichend tief und durch häufiges Erbrechen gestört war, wurde der Schnitt über die Bauchdecken, 2'' über dem Nabel beginnend und bis zur Symphyse reichend, geführt. Nach Trennung des Peritoneums prolabirte sogleich das Netz und es ergoss sich eine grosse Menge einer röthlich-braunen, trüben, klebrigen Flüssigkeit. Das Klebrigsein brachte den Professor Weinlechner auf den Gedanken, dass vielleicht eine Cyste geplatzt, ihren Inhalt in die Bauchhöhle ergossen habe, womit die auch schon vor der Operation bestandene Peritonitis erklärt wäre, als deren Zeichen die Exsudation und die Empfindlichkeit des Bauches beim Druck gelten müssen. Mit der Hand konnte man nur eine einzige Adhäsion entdecken, die sofort riss. Bei der nun erfolgenden Punction der vorliegenden Cyste ergoss sich ein geringes Quantum viscidier Flüssigkeit, wesshalb der Troicar noch einmal weiter oben angestochen wurde. Bei dem Herausziehen desselben aus der ersten Oeffnung drohte noch etwas Cysteninhalt in die Bauchhöhle abzufließen, was aber durch raschen Fingerverschluss und dann vorgehaltene Schwämme glücklich hintangehalten wurde. Auch die 2. Punction ergab nur wenig Flüssigkeit. Die Wunde wurde daher etwas noch nach oben erweitert und die Cyste als Ganzes entwickelt. So präsentirte sich sofort der Stiel, der $9\frac{1}{2}$ '' lang, drei Fingerspitzen breit und ziemlich gefässarm war. Er wurde sammt der Tuba mit gelber Naturseide unterbunden, die Ligatur wurde kurz abgeschnitten und die Geschwulst durch Abschneiden beseitigt.

Nachdem man die Flüssigkeit, die sich in der kleinen Beckenhöhle angesammelt, mit Hilfe eines kleinen silbernen Schöpflöffels entfernt hatte (Schwämme kamen demnach gar nicht in Anwendung), wurde die Wunde durch tiefgreifende, das Bauchfell mitfassende Knopfnähte vereinigt. Die Gesamtdauer der Operation betrug 35 Minuten. Die Kranke hatte kaum

80 Grammes Blut verloren und sah nach der Operation keineswegs collabirt aus, die Gedärme waren während der Operation öfter als gewöhnlich zum Vorschein gekommen. Die entfernte Geschwulst war über $1\frac{1}{2}$ Mannskopf gross und ging vom rechten Eierstock aus; den zweiten sah und fühlte man gar nicht. Beim Durchschneiden des Tumor zeigten sich eine Unzahl von Hohlräumen, alle mit einer visciden, honigdicken, in allen Farbentönen vorhandenen Flüssigkeit gefüllt. Der grösste Cystenraum überschritt kaum die Grösse einer Faust. Viele Hohlräume waren jedoch kaum für das freie Auge wahrnehmbar.

Im weiteren Verlaufe nach der Operation nahm der Schmerz im Unterleibe bald und stetig zu. Aufstossen und Erbrechen folgten noch am selben Tage und die Temperatur erreichte des Abends 38·4 bei einem Puls von 100—120. Des anderen Tages war schon ausgesprochener Collapsus da und die Kranke starb Abends 10 Uhr.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

25. Fall. K. P., 25 J. alt, aus Bukarest, war vor der gegenwärtigen Krankheit stets gesund, wurde im 14. J. menstruiert, gebar im 16. Jahre. Die Menses waren regelmässig von 2—3tägiger Dauer und geringer Menge, zuletzt vor 15 Tagen. Vor 6 Monaten (October 1872) begann der Bauch unter Schmerzen an Umfang zuzunehmen und soll unter Anwendung von Kataplasmen binnen 2 Monaten seinen jetzigen Umfang erreicht haben.

Patientin schwächlich, von gesunder Farbe. Bauchumfang am Nabel 98 Ctm. vom Proc. ensiform. zur Symphyse 42, von spina zu spina 49. Im hinteren Scheidengewölbe deutliche Fluctuation.

Operation am 29. April 1873. Hautschnitt 5" lang. Adhäsionen ausgedehnt, zwei an der rechten Seite, die Cyste fixirende starke pseudomembranöse Stränge wurden abgebunden. Den Stiel bildete das Lig. latum, dessen zwei Blätter durch die Cyste auseinandergedrängt waren. Derselbe wurde in 5 Portionen unterbunden, wobei nach Durchschneidung der ersten Portion aus dem an der Geschwulst gebliebenen Theile eine mässige

Blutung stattfand. Der Cysteninhalt war eine bräunliche Flüssigkeit. Das linke Ovarium war das erkrankte. Nach der Operation, die 35 Minuten dauerte, erfolgte einmaliges Erbrechen, Kräftezustand ziemlich gut. Nachmittags plötzlicher Collapsus; Puls sehr klein, 144, grosse Blässe, Ohnmachtsanwandlungen, etwas Schmerz im unteren Theile des Bauches (innere Blutung). Es wurde Aether acet., dann Tinct. Valeriana aeth. mit Tinct. opii simpl. $\bar{a}\bar{a}$ 10 Tropfen auf einmal verabreicht, darauf Besserung des Zustandes.

30. April. Wiederholtes Erbrechen, Somnolenz, Puls klein, Temperatur 38·7.

1. Mai. Häufiges Erbrechen, Puls kaum tastbar, ausserordentlich frequent. Temperatur 38·4, Gesicht sehr bleich. Abends der Puls etwas besser, Temperatur im Gleichen.

2. Mai. Vormittags. Temperatur 39·6. Kein Erbrechen, etwas Kaffee wird vertragen. Nachmittags häufiges Erbrechen, grosse Unruhe, Temperatur 39·6, Puls klein, 160, Bauch wenig aufgetrieben.

3. Mai. Zwei Klysmen ohne Erfolg. Die Unruhe hat in der Nacht noch zugenommen, um 4 Uhr Früh trat der Tod ein (am 4. Tage nach der Operation).

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

26. Fall. W. S., aus Ober St. Veit, 32 Jahre alt, hat nie entbunden, Menses regelmässig, spärlich. Pat. litt im Jahre 1863 an einem linksseitigen pleurit. Exsudate und im J. 1867 an einem fast ein Jahr dauernden Darmkatarrh, in Folge dessen sie sehr abmagerte. Im J. 1871 begann sich eine Geschwulst im Unterleibe zu entwickeln, die stetig wuchs. Von dieser Zeit an waren die Menses sehr schmerzhaft, so dass sie einmal hievon sogar besinnungslos wurde und öfters erbrach. Stuhl war stets regelmässig. Als die Geschwulst grösser wurde, traten Schmerzen beim Uriniren, Athemnoth und Verdauungsstörungen ein, die Kranke konnte nur eine geringe Menge von Speisen auf einmal vertragen. Diese Zufälle veranlassten 2 Punctionen, die erste am 10. October 1871, die zweite am 10. October 1873. Das erstemal wurden 10, das zweitemal 9 Mass

entleert. Die Flüssigkeit war jedesmal dunkelgrün, klebrig, und brauchte zum Abflusse 2 Stunden. Darauf wurde der Umfang des Bauches nach oben kleiner, nach unten aber verblieben harte Massen. Die Erleichterung des Athmens war nach der 1. Punction viel auffälliger als nach der 2. In letzterer Zeit schwellen die Füsse und die Kreuzgegend mässig ödematös an. Bei der Aufnahme in die Anstalt ergab sich folgender Status: Patientin gross, blass, sehr mager, Bauch überall aufgetrieben, eiförmig, nach unten über die Genitalien hängend. Die subcut. Venen stark ausgedehnt, die Haut besonders nach unten zu ödematös geschwollen, der Nabel verstrichen, sehr dünn, dem Aufbruche nahe, während der Inspiration sich etwas hervorbübbend; vor der 1. Punction soll er wallnussgross vorgetrieben gewesen sein. Die Geschwulst reichte bis zu den Rippenbögen, der Schwertfortsatz war nach aussen getrieben. Ober dem Nabel fühlt man ganz deutliche Fluctuation, unterhalb des Nabels härtliche Massen und die Fluctuation daselbst ist an und für sich und zum Theil auch wegen ödematöser Schwellung der Bauchdecken undeutlich. In beiden Lendengegenden ist der Schall tympanitisch, sonst überall leer. Etwas Ascitesflüssigkeit lässt sich in der Nabelgegend durch das obige Inspirationsphänomen nachweisen. Die Maasse betragen: vom Proc. xyphoid. bis zum Nabel 32, von da zur Symphyse 34 Ctm., von spina zu spina in der Höhe des Nabels 47 Ctm., Umfang des Bauches oberhalb des Nabels 116 Ctm. Leber und Herz hinaufgedrängt; die Untersuchung der inneren Genitalien ergab das vordere Laquear herabgedrängt, durch dasselbe sich so weich elastisch und fluctuirend anfühlend, dass man zur Annahme gedrängt wird, dass sich daselbst entweder freie Ascitesflüssigkeit oder Flüssigkeit in einer schlaffen Cyste befindet. Der sterile Uterus steht etwas tiefer, ist nach hinten gedrängt und auf der Geschwulst beweglich, was sich am besten vom Rectum aus, wo man den Uterus der ganzen Länge nach fühlt, nachweisen lässt.

Prof. Weinlechner konnte sich in dem Falle wegen des Allgemeinzustandes nur schwer zur Operation entschliessen, weder

der Kranken noch der Umgebung verhehlte er seinen Zweifel an einen glücklichen Ausgang der Ovariectomie. Die Kranke verlangte jedoch unbedingt die Operation. Um nicht die Verantwortlichkeit für diesen Eingriff allein tragen zu müssen, wurde ein Consilium mit Prof. Billroth und Prof. C. Braun veranstaltet. Als von diesen beiden Herren, unter ausdrücklicher Betonung des wahrscheinlich schlimmen Endes, die Operation doch als zulässig erklärt wurde, war die Kranke hocheifrig, bekam wieder Appetit, der ihr vor dem Consilium, aus Sorge, dass dasselbe nicht nach Wunsch ausfallen möge, verschwunden war. Die Operation wurde am 3. Mai 1873 vollzogen, unmittelbar früher brach die Kranke völlig zusammen, so dass jedem, der sie früher nicht kannte, bange werden musste, ob sie die Operation überstehe. Durch freundliche Zusprache und etwas Wein wurde der Muth ein wenig gehoben und sie bestieg mit dem ihr stets freundlichen Antlitze den Operationstisch. In der Narkose, die ziemlich gut von statten ging wurde der Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse geführt. Nach Durchschneidung der Musculatur und vermeintlicher Trennung des Peritoneums präsentirte sich eine blaugraue, mit grossen Venen durchzogene Membran, die von allen Anwesenden für die Cyste gehalten wurde. Diese Membran löste man eine ziemliche Strecke nach rechts und links los, doch hielt man, wie in Zweifel, einigemal inne, besah sich wieder die durchschnittene Bauchwand, ob doch innerhalb der Musculatur sich Peritoneum befinde, und da man den Zweifel nicht los wurde, hat man den Schnitt gegen den Nabel bis zum Process. xyphoid. erweitert. In der Gegend des Nabels sprang Ascitesflüssigkeit heraus und da nun die Geschwulst mit höckerigem Bau bloslag, war es klar, dass man sich vordem extraperitoneal bewegt habe. Nun durchtrennte man erst die innerste abgelöste Peritonealschichte bis zur Symphyse und man wurde der enormen Geschwulst in der ganzen Längenausdehnung ansichtig. Es bestanden nur wenige Adhäsionen nach vorn mit der Bauchwand, und da an einer Stelle nach rechts hin eine Gallertcyste geplatzt war, wurde Pat. auf die rechte Seite gelegt und förderte ohne Punction die ganze Geschwulst ohne be-

sondere Schwierigkeit heraus. Während nun einerseits die Gedärme zurückgedrängt und andererseits die Geschwulst von einem Assistenten gehalten wurde, wurde der kurze, breite, gezernte Stiel unterbunden. Die Geschwulst gehörte dem linken Ovarium an, das rechte war gesund. Nun wurde die Blutung, die zumeist aus dem abgelösten Peritoneum und aus einer Adhäsion zunächst der Blase herrührte, durch Compression gestillt und das Peritoneum gereinigt. Während dieser Compression wurden die zahlreichen Häfte der Knopfnath von oben nach abwärts angelegt und das abgelöste Peritoneum mit eingenäht.

Die Operation dauerte 35 Minuten, die entfernte Geschwulst wog 43 Pfd. und bestand aus Tausenden von verschieden grossen Cysten, eine der grössten lag nach vorne, die unteren bildeten ein Conglomerat von kaum sichtbaren Cysten; der Inhalt war allenthalben gallertartig von den verschiedensten Farben mit vorwaltendem Braun. Consistenz von Syrupdicke. Die Geschwulst, die man durch das vordere Laquear fühlte, bestand gleichfalls aus einem Conglomerate schlaffer Cysten, welche nach einem eigenthümlichen Rucke ihren Platz verliessen.

Nach der Operation war der Puls wohl kräftiger wie früher, doch bald trat eine höhere Frequenz ein, 140, und Temperatursteigerung auf 40·5, auf, der Bauch wurde meteoristisch aufgetrieben, so dass die Heftpflaster aufgeschnitten werden mussten. Das Allgemeinbefinden wurde durch schlechten Schlaf und wegen der nach solchen Cysten vorkommenden Lordose, unbequemen Lage, durch Magenschmerzen gestört. Der Bauch war bei Druck nicht empfindlich, gegen die Lordose Rollenunterlage. Am 1. Tage nach der Operation trat bereits Erbrechen und Kolikschmerzen ein, der Meteorismus wurde nicht grösser und es gingen Winde ab. Das Scheidengewölbe war nicht herabgewölbt. Nichtsdestoweniger erreichte der Puls 150 und stieg am 3. Tage auf 160 bei einer Temperatur von 39·7. Das Erbrechen hörte auf, Winde gingen wieder ab, mit ihnen jedoch wiederholte flüssige Stühle, die Kranke verfiel immer mehr in Schwäche, endlich in Somnolenz, in der sie um 1 Uhr Früh 3 $\frac{1}{2}$ Tage nach der Operation starb.

Von Herrn Prof. Weinlechner operirt.

27. Fall. C. F., 25 Jahre alt, aus Prossnitz, wurde im 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig, unter starken Schmerzen. Im Jahre 1872 wurde die Menstruation unregelmässig und hörte nach 6 Monaten vollständig auf. Patientin hat nie geboren. Seit Jänner 1873 bemerkte die Patientin eine rasche Volumszunahme des Bauches, in der rechten Seite beginnend und 3 Monate später traten auch heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium auf.

Der Umfang des Bauches beträgt 104 Ctm., von spina zu spina 57 Ctm., vom Sternum zur Symphyse 46 Ctm. Der Bauch ist von einem harten, unregelmässigen höckerigen Tumor ausgefüllt, der nicht fluctuirt, doch wurde von Herrn Prof. Braun-Fernwald 8 Tage vor der Operation an zwei Stellen punctirt und es kam viscidie Flüssigkeit. Patientin ist ziemlich kräftig.

Operation am 25. Juni 1873. Schnitt in der Linea alba von 6" Länge. Im Verlaufe der Operation auf etwa 8" nach oben erweitert. Adhäsionen rechts an der vorderen Bauchwand im kleinen Becken keine. Die Entbindung des Tumors, der etwa doppelt mannskopfgross, und aus zahlreichen, bis faustgrossen und mit zäher, weisslicher Flüssigkeit gefüllten Cysten zusammengesetzt war, gelang trotz der Vergrösserung des Schnittes erst nach Zerreissung der Scheidewände der Cysten (von innen her). Das rechte Ovarium war das degenerirte, das linke normal. Vier Stielligaturen 15 Nähte.

Nachmittags Temperatur 38.0, Puls 90, sehr klein. Einmal Erbrechen, heftiger Schmerz in der rechten Seite und wie Patientin sagt, in der Gebärmutter, so wie sonst die Mollimina menstrualia waren.

26. Juni. Temperatur 38.5. Puls 120, etwas Meteorismus.

27. Juni. Temperatur 38.0, Puls 120, gegen Morgen einmal Erbrechen, heftiges Aufstossen; in der Nacht Schlaf. Meteorismus, Bauch nicht empfindlich. Durch das eingelegte Rohr gehen Flatus ab. Im Verlaufe des Tages häufiges Erbrechen, ebenso in der folgenden Nacht.

28. Juni etwas besser, Nachts wieder Erbrechen. 29. und 30. Juni fortdauernd Meteorismus. Temperatur 39·0. 1. Juli Morgens trat Tod ein (5 Tage nach der Operation).

28. Fall. V. T., 25 Jahre alt, aus Strakonitz. Patientin wurde im 14. J. menstruiert, stets regelmässig, zuletzt 14 Tage vor der Operation. Seit dem 14. Jahre Schmerz in der linken Seite, seit Jänner 1870 bemerkte die Kranke eine Volumszunahme des Bauches. Nie punctirt.

Patientin ist sehr gross, gut genährt, kräftig (Virgo). Der Bauch ist gleichmässig ausgedehnt, nicht gespannt, fluctuirend, in der Haut Narben, wie Schwangerschaftsnarben. Umfang am Nabel 107, von spina zu spina 54, vom Sternum zur Symphyse 41 Ctm.

Operation am 15. Juli 1873. Schnitt von 4" Länge, keine Adhäsionen. Das linke Ovarium ist das erkrankte. Der Stiel ist breit, vorzugsweise aus dem Ligamentum latum bestehend und so kurz, dass die sechs Stielligaturen unmittelbar am Uterus liegen. Die Cyste ist einkammerig, kein fester Tumor dabei. 6 tiefe, 5 oberflächliche Nähte. Während der Narkose Erbrechen. Nach der Operation Puls gross, kräftig, 92. Starker Schweiß. Im Laufe des Nachmittags 5mal Erbrechen. Starke Harnabsonderung. Abends Temperatur 38·0, Puls kräftig, 112.

16. Juli. Bauch eingezogen, die untere Bauchgegend etwas empfindlich. Während des Tages 2mal Erbrechen nach einem Trunke. Puls 120, Temperatur 39·6, Haut feucht. Abends der Bauch etwas meteoristisch, nicht empfindlich. Puls und Temperatur im Gleichen.

17. Juli. Temperatur 39·6. Grosse Unruhe, Meteorismus, Erbrechen, Kataplasma auf den Bauch.

19. Juli. Temperatur 39·4. Dieselben Erscheinungen dauerten gestern fort; heute $\frac{1}{2}$ 3 Uhr Morgens trat der Tod ein, am 4. Tage nach der Operation.

29. Fall. C. W., 22 J. alt, aus Odessa. Patientin wurde im 14. Jahre menstruiert, stets regelmässig; zum letztenmale im Juli 1873. Seit dem 14. Jahre bestanden Stuhlbeschwerden, etwa 2 Jahre, später wurde ein Tumor in der rechten Seite des

Bauches der Patientin tastbar. Als sie im Jahre 1871 heiratete, war der Tumor kopfkross, machte wenig Beschwerden. Sie concipirte, hatte eine normale Schwangerschaft und gebar im Jänner 1873 ein reifes Kind, das noch lebt. Nach der Entbindung soll der Tumor etwas kleiner gewesen sein als vor der Schwangerschaft, wuchs aber dann rasch. Es wurden subcutane Injectionen von Ergotin mit Jodkali in die vordere Bauchwand gemacht. Der Bauch ist durch einen unebenen harten Tumor ziemlich gleichmässig ausgedehnt, nur zeigt er entsprechend der Linea alba eine Depression. Der Umfang beträgt 104 Ctm., von spina zu spina 60, vom Sternum zur Symphyse 48 Ctm.

Operation am 26. October 1873. Als nach Eröffnung der Bauchhöhle der Tumor punctirt wurde, kam nur wenig Flüssigkeit, theils weil der Troicar durch ein Büschel Haare verstopft wurde, theils weil der grössere Theil des Inhaltes in Fettmassen bestand. Diese wurden aus einer Cyste mit einem gewöhnlichen Suppenlöffel entfernt, doch genügte dies nicht, denn der Tumor bestand aus vielen bis faustgrossen Cysten, die Fett und Haare enthielten. Durch Zerreißen der Septa von innen her wurde die Masse so weit verkleinert, dass sie nach Erweiterung des Schnittes bis über den Nabel entwickelt werden konnte. Zwei starke Netzadhäsionen wurden in 7 Portionen mit Hanffäden unterbunden, der breite kurze Stiel wurde zuerst in eine Gesammligatur gefasst und nach seiner Durchschneidung (um den schweren Tumor aus dem Wege zu räumen), in 5 Portionen unterbunden. Das rechte Ovarium war das erkrankte. Die Dauer der Operation war etwa $1\frac{1}{2}$ Std. Die Patientin war nachher nicht collabirt.

Die vielen kleinen, bei der Operation nicht eröffneten Cysten enthielten sämmtlich Fett und an mehreren Stellen ihrer Wände wuchsen feine, etwa 3" lange Haare.

27. October. Zweimal Erbrechen. Das Fieber wurde ziemlich heftig, besonders war die Pulsfrequenz hoch, darum wurde, da auch rechts von der Wunde eine leichte Dämpfung nachweisbar war, am 30. October (5 Tage nach der Operation) die Wunde am unteren Winkel wieder eröffnet und hier mit dem Finger

eingegangen. Es entleerte sich reichlich Jauche aus der Gegend des Stieles. Durch ein eingelegtes Drainagerrohr wurde nun 2stündlich ausgespritzt und Jodtinctur mit Glycerin und Wasser injicirt. In den nächsten Tagen bildete sich auch links neben der Wunde ein kleiner Abscess und einer um den Nabel; beim Ausspritzen von unten kam am oberen Wundwinkel auch Flüssigkeit. Drei Wochen nach der Operation hatte die Eiterung abgenommen. Doch war rechts neben dem unteren Wundwinkel in der Bauchdecke ein wallnussgrosser Abscess entstanden und aufgebrochen, links in der Gegend des Ligamentum Poupart. war der Bauch etwas resistent und excessiv empfindlich auch spontan schmerzhaft. Es gingen nach Klysmen grosse Kothmassen ab, die Empfindlichkeit wurde allmählig geringer, und hatte 6 Wochen nach der Operation ganz aufgehört. Geringe Eiterung aus der Wunde dauerte aber noch fort. Am 8. December verliess Patientin geheilt die Anstalt*).

30. Fall. A. S., 19 Jahre alt, aus Marchegg, ist nicht menstruiert. Im Jahre 1869 begann unter Schmerz in der rechten Seite der Unterleib zu schwellen. Innerhalb 8 Monate wurde die Kranke 2mal punctirt. Am 1. November 1873 wurde auf der Klinik des Herrn Prof. C. Braun-Fernwald die 3. Punction gemacht. Es fand sich oberhalb des Nabels ein harter, kindskopfgrosser Tumor, der nach Entleerung der grossen Cyste seinen Ort nicht veränderte. Die Kranke wurde am 20. November in die Privatanstalt gebracht.

Patientin ist klein, zart, blass, schlecht genährt. Sie hat einen starken Hängebauch; der Umfang in der Nabelgegend 107 Ctm., vom Nabel zur Symphyse 71, von spina zu zpina 46 Ctm.

Operation am 22. November 1873. Der 4'' lange Schnitt musste im Verlaufe der Operation bis zum Nabel verlängert werden. Durch die Punction der vorliegenden Cyste wurde grünliche, trübe Flüssigkeit entleert. Es blieb danach noch ein mehr als kindskopfgrosser, harter und höckeriger Tumor zurück, der

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 4.

erst nach der Lösung starker Netzadhäsionen besonders in der Lebergegend, nach Anlegung von 6 Ligaturen und nach Erweiterung der Wunde entwickelt werden konnte. Der Stiel war breit, gefässreich, namentlich dicke, geschlängelte Venen auffallend, wurde in 5 Portionen unterbunden, nachdem die „Enucleation,“ wegen der starken Blutung aufgegeben worden war. Der grosse, harte Tumor enthält eine Cyste von der Grösse zweier Fäuste, mit weissem Fettbrei erfüllt, ausserdem zahlreiche, wallnussgrosse, höckerige, zum Theil knöcherne Körper, die mit Massen kleiner Zähne (wie Kinderzähne) besetzt sind und zwar finden sich alle Zahnformen vertreten. An einer Stelle fand sich ein Büschel langer Haare. In der Wand der grossen Cyste sass eine fast handtellergrosse Knochenplatte, welche mehrere Zähne trug.

Nach Beendigung der Operation sammelte sich immer rasch blutig-seröse Flüssigkeit in der Beckenhöhle, es wurde ein starkes Drainagerohr eingelegt, das am unteren Wundwinkel herausgeleitet wurde, dann die Wunde vernäht. Vor der Operation war eine Morphininjection gemacht worden, es trat weder während, noch nach der Operation Erbrechen ein, der Puls war gut fühlbar.

23. November. In der Nacht ist ziemlich viel blutiges Serum durch das Rohr ausgesickert, anfangs blutig gefärbt, gegen Morgen klar, gelblich.

Es wird mit einer Spritze etwa $\frac{1}{2}$ Drachme Serum durch das Rohr aufgesogen; dasselbe riecht säuerlich wie Weinmost bei beginnender Gährung. Nachdem es etwa eine halbe Stunde in einem verstöpselten Fläschchen aufbewahrt war, entwickelte es einen starken Geruch nach Schwefelwasserstoff. Reaction neutral; es wurde in das Drainagerohr Jodglycerin injicirt.

25. November. Da sich aus dem Drainagerohr seit der ersten Nacht fast nichts mehr entleert, so wird dasselbe entfernt.

26. November. Die Nähte werden gelöst.

Es bildeten sich noch einige Abscesse, die theils von selbst aufbrachen, theils mittelst Incision entleert werden mussten.

Patientin erholte sich, fing an Appetit zu bekommen und konnte am 18. Jänner 1874 geheilt entlassen werden*).

Von 27—30 vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

31. Fall. A. St., 42 J. alt, sehr blass und mager; Periode regelmässig, sehr reichlich, nie entbunden; litt häufig an Schmerzen in der Lebergegend, besonders bei Bewegung. Im Jahre 1868 begann der Bauch ohne bekannte Veranlassung unter Schmerzen anzuschwellen. Prof. Weinlechner fand am 1. März 1872 eine Ovariencyste und entleerte durch die Punction 7 Mass einer grünlich gelben, cholesterinreichen Flüssigkeit. Allmählig füllte sich die Cyste wieder, so dass am 24. März 1873 eine zweite Punction nöthig wurde, bei der 8 Mass Flüssigkeit von ähnlicher Beschaffenheit entleert wurden. Nach jeder Punction, die stets auf der rechten Seite vorgenommen wurde, blieben härtliche Massen zurück, welche nach der 2. Punction grösser als nach der ersten waren. Bei der Aufnahme in die Anstalt war der Status praesens folgender: Bauch kugelig aufgetrieben, die Füsse etwas ödematös geschwollen. Der Umfang des Unterleibes in der Nabelgegend 108 Ctm., von spina zu spina 57 Ctm., von dem nach aussen vorgetriebenen Process. xyph. zum verstrichenen Nabel 25 und von da zur Symphyse 27 Ctm. Die subcutanen Venen stark ausgedehnt, die Consistenz des Unterleibes ist verschieden, derart, dass über dem Nabel und in der rechten Regio hypogastr. ganz deutliche Fluctuation wahrnehmbar ist, in der linken dagegen fühlt man mehrere Höcker, die sich nach aussen auch als Unebenheiten sichtbar machen. Die grösste Cyste scheint demnach von links und oben nach rechts und unten zu ziehen, doch ist nach rechts gegen die Leber zu und gegen den Nabel hin je eine kleinere eingeschaltet, durch den Douglassischen Raum drängt sich nach abwärts eine sehr weiche und hochgradig elastische Geschwulst herab, welche den Muttermund bis gegen den oberen Rand der Symphyse drängt, so dass die Vaginalportion wegen dieses Hochstandes kaum zu fühlen ist. Dieselbe Geschwulst ist vom Mastdarme aus ebenfalls sehr weich zu fühlen. Diesen den

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 5.

Douglasischen Raum ausfüllenden Tumor hielt man für ein Anhängsel (Cystenconglomerat) der grösseren Geschwulst, und konnte von ihr mit völliger Gewissheit annehmen, dass sie daselbst nirgends angewachsen sei, weil sie nach den zwei früheren Punctionen jedesmal verschwunden war. Die Unterleibsgeschwulst verursachte der Kranken ausser den Gefühlen der Schwere, Kurzatmigkeit und Herzklopfen beim Stiegensteigen keine Beschwerden. Die Kranke musste aber öfter uriniren anderseits litt sie an Stuhlverstopfung.

Operation am 22. November 1873. In der Chloroformnarkose, aus der die Kranke, ohne je zu erbrechen, nur hie und da erwachte, wurde der Schnitt vom Nabel zur Symphyse geführt. Da der Nabel ein wenig vorgetrieben war und bei der Respiration sich rhythmisch verkleinerte und vergrösserte, unterlag es keinem Zweifel, dass daselbst Ascitesflüssigkeit vorhanden sei. Aus diesem Grunde wurde zuerst der Bauch in der Nabelgegend eröffnet und von da aus die Bauchwand nach abwärts gespalten. Es bestanden nur hie und da zarte Adhäsionen der Cyste mit dem Netze, die stumpf getrennt wurden; hierauf wurde punctirt, wodurch eine grünliche viscide Flüssigkeit entleert wurde, wovon in die Bauchhöhle kaum ein Tropfen gelangte. Nachdem hiedurch die Masse bedeutend sich verkleinert hatte, konnte man den Balg sammt dem linksseitigen Cystenconglomerat, das den oben erwähnten Fortsatz in den Douglasischen Raum bildete, durch die relativ ziemlich kleine Oeffnung leicht herausbefördern. Nun präsentirte sich der zum rechten Ovarium führende sehr kurze, dicke und breite Stiel. Derselbe wurde in Catgutligaturen gefasst und nachdem diese kurz abgeschnitten waren, versenkt. Die Gedärme waren kaum einige Secunden blosgelegt und es war, da es wenig blutete keine besondere Toilette des Peritoneums nothwendig. Die Catgutligaturen wurden immer mit einem Schnurstift, in Gesellschaft mit einem Seidenfaden durchgeführt, mittelst dessen die zu unterbindende Partie provisorisch zusammengeschnürt wurde, dem Catgut die definitive Ligatur überlassen, worauf der Seidenfaden entfernt wurde. Diese Procedur ist nothwendig, weil Catgut allein nicht

den nöthigen Zug aushalten würde. Nachdem der Stiel in Ordnung war, wurden die stumpf abgetrennten Partien gegen die Wundspalte gelagert, und 12—14 tiefe, das Peritoneum mitfassende Häfte mit Catgut angelegt. Die Operation dauerte im Ganzen eine halbe Stunde. Die Kranke hat hiebei kaum 2 Löffel Blut verloren und sah nach der Operation ganz unverändert aus.

Der erste Tag begann wohl wegen der sogleichen Steigerung der Pulsfrequenz auf 120—130 und der Temperatur auf 38 wenig günstig. Auch litt die Kranke viel an Kreuzschmerzen, die wir auf die vorhandene Lordose bezogen und durch eine untergelegte Rolle zu mildern versuchten. Dagegen verlief der zweite Tag sehr gut. Es gingen Winde ab, die Temperatur sank und das allgemeine Befinden berechtigte Abends noch zu den besten Hoffnungen, die indess schon Nachts durch unruhigen Schlaf und Tags darauf durch veränderte Gesichtzüge und gelbliche Hautfärbung gestört waren. Am 3. Tage war der Bauch aufgetrieben, Winde gingen nicht ab, Erbrechen trat ein. Die Temperatur war auf 39.0, der Puls auf 120 gestiegen. Doch konnte nirgends im Peritonealraume weder im vorderen noch im hinteren Laquear Exsudat nachgewiesen werden. Bald trat Colapsus und Sopor ein und die Kranke starb am 28. November, 13 Tage nach der Operation.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

32. Fall. W. M., 32 Jahre, ledig. Patientin wurde im 17. Jahre menstruiert, stets regelmässig. Letzte Menstruation 8 Tage vor der Operation. Nie entbunden. Im Jahre 1868 trat Schmerz in der Nabelgegend auf, spontan und bei der Harnentleerung; zugleich nahm der Bauch gleichmässig zu. Im Jahre 1870 wurde die erste Punction vorgenommen und 20 Mass Flüssigkeit entleert. Bald danach kam es angeblich zu einer Eiterung am Nabel zum Durchbruch, und es flossen 10 Mass Flüssigkeit ab. Seitdem wurden noch weitere 4 Punctionen gemacht, die letzte im Juni 1873.

Patientin sehr gross, kräftig gebaut, mager, blass. Die Untersuchung per vaginam ergab Schiefstellung des Uterus nach links. Umfang des Unterleibes 121 Ctm, von spina zu spina 72, senkrecht 51 Ctm.

Operation am 19. Jänner 1874. Es wurde ein etwa 15 Ctm. langer Schnitt gemacht; eine Membran, die sich blasenförmig vorwölbte, wurde für die adhärente Cystenwand gehalten und ein Stück weit von der vorderen Bauchwand abgelöst. Es stellte sich dann aber heraus, dass es das verdickte Peritoneum war. Durch die Punction wurde eine grosse Menge dunkler, bräunlicher Flüssigkeit entleert, dann das verdickte Peritoneum gespalten und nun sah man, dass gar keine Cyste vorhanden war.

Das parietale Blatt des Peritoneums war schwartig verdickt und an Stelle des linken Ovarium war eine colloide, aus vielen, theils gestielten, theils breit aufsitzenden runden, erbsen- bis hühnereigrossen, gallertig weichen und undurchsichtigen Gebilden zusammengesetzte Geschwulst, die einige Aehnlichkeit mit einer Blasenmole hatte und nicht gestielt war, sondern mit breiter Basis im kleinen Becken an der linken und hinteren Wand und an dem linken breiten Mutterbande aufsass. Diese Geschwulst, von der Grösse zweier Fäuste, wurde mit dem Finger abgelöst, es wurden drei Gefässligaturen nothwendig und dann wurde nach Abtragung des abgelösten Theiles des Peritoneums und nach Einlegung von zwei Drainageröhren die Wunde geschlossen. Dauer der Operation über eine Stunde, hauptsächlich, weil man mit dem Schliessen der Wunde wartete, bis man sich von dem Stehen der Blutung sicher überzeugt hatte. Patientin war nicht collabirt. Abends 5 Uhr Puls 140, kräftig; Patientin bricht nicht, klagt über Schmerz in den Leisten, ist unruhig. 20. Jänner. In der Nacht war Patientin unruhig, 5 Uhr Früh der Puls kräftig, als man sie um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr wieder sah, war der Puls kaum fühlbar, unregelmässig, um $\frac{1}{2}$ 9 Uhr trat der Tod ein. Es hatte sich zuerst aus der Drainageröhre etwas Flüssigkeit entleert.

Sectionsbefund am 21. Jänner 1874. Im Becken etwa 120 Grm. trüber bräunlich rother Flüssigkeit, kein Blut. Die unteren Dünndarmschlingen injicirt, ihr peritonealer Ueberzug wie aufgelockert, mattglänzend. Das ganze parietale Peritoneum in eine dicke, durch Pigmentirung schwarze weissgefleckte Schwarte verwandelt, nach oben gehen von der vorderen Bauchwand zu dem stark hinaufgezogenen Quercolon dicke Pseudomembranen, so dass ein Theil desselben und der Magen in einer besonderen Höhle

liegen. Auch die Oberfläche der Leber schwartig verdickt. Uterus nach links gelagert. Die Blätter des rechten Mutterbandes auseinandergedrängt, enthalten eine hühnereigrosse Cyste, mit dickflüssigem, fadenziehenden, weisslichen Inhalte. An der Innenwand dieser Cyste sitzen sehr zierliche, kurz und dünngestielte papilläre Wucherungen auf von Bohnengrösse abwärts. Dieselben sitzen an Blutgefässen auf und bestehen aus baumförmig verzweigten, durchscheinenden Zöttchen, deren Centrum eine Gefässschlinge bildet.

33. Fall. J. N., 34 J., aus Dynów in Galizien. Patientin wurde im 13. Jahre menstruiert, die Menses setzten dann durch ein Jahr aus, sind seit dem 14. Jahre regelmässig, dauern immer 3—4 Tage ohne besondere Beschwerden. Vor 2 Jahren traten die Menses zum letztenmale ein. Im 23. Jahre verheiratet, wurde Patientin im 24. zum ersten, im 26. Jahre zum zweiten und letztenmale entbunden. Nach dieser Entbindung erkrankte Patientin an einer allgemeinen Peritonitis. Danach litt Patientin bis zum Jahre 1873 an träger Stuhlentleerung (alle 2—3 Tage eine Entleerung); da wurde sie von Diarrhöe befallen, die durch 3 Monate dauerte; jetzt hat sie täglich 2—3 weiche Stühle, welchen unverdaute Speisereste beigemischt sein sollen. Im Jahre 1871 bekam Patientin Schmerz in der linken unteren Bauchgegend, verbunden mit leichter Schwellung des Bauches. Nach einigen Tagen schwanden diese Erscheinungen, welche von den Aerzten einer Peritonitis zugeschrieben wurden und kehrten zwei Jahre hindurch in fast regelmässigen Intervallen, alle 10—15 Tage wieder. Seit einem Jahre sind diese Zufälle nicht wiedergekehrt, dafür nahm in diesem letzten Jahre der Umfang des Bauches gleichmässig zu. Am 17. Februar 1874 wurde rechts und links eine Probepunction gemacht; durch die eine wurde etwas milchige zähe Flüssigkeit, durch die andere wurden 5 Pfund gelblicher, klarer Ascitesflüssigkeit entleert. Die Mutter der Patientin lebt, ist gesund, der Vater starb jung an einer acuten Krankheit.

Patientin ist gross, mager; der Bauch ist in der unteren Hälfte gleichmässig, halbkugelig aufgetrieben, Hängebauch. Die Nabelnarbe durch Serum, das sich in die Bauchhöhle verdrängen lässt, vorgewölbt. Percussion beiderseits, unterhalb des Nabels gedämpft, in der Linea alba geht die tympanitische Percussion handbreit tiefer herab als in den Seiten. Diese Dämpfung reicht

beiderseits etwa bis zur Spina ant. sup. oss. ilei nach rückwärts. Ausserdem noch eine Dämpfung von mässigem Ascites. Der Dämpfung entspricht ein rundlicher resistenter Tumor, der auch bei veränderter Lage der Patientin unverrückt bleibt. Uterus frei. Maasse: Umfang 99 Ctm., von spina zu spina 57 Ctm., vom Proces. ensiformis zur Symphyse 42 Ctm.

Operation am 26. Februar 1874. Nach Eröffnung der Bauchhöhle strömte eine Masse von etwa 10 Pfund Ascitesflüssigkeit aus. Der Tumor kopfgross, an der vorderen Bauchwand adhärent, mit dem grossen Netz verwachsen. Der Durchschneidung dieser Adhäsion wurden 7 Massenligaturen vorausgeschickt. Der Tumor liess sich durch die Punction nicht verkleinern, doch gelang seine Entwicklung durch die etwa 12 Ctm. lange Wunde. Der Stiel bildet das rechte Ligamentum latum, da unerwarteter Weise das rechte Ovarium das erkrankte war. Nach Anlegung von 9 Massenligaturen wurde der Stiel durchschnitten.

Der kopfgrosse Tumor besteht aus einer grösseren Cyste, die fast vollkommen von einem Convolut, kirsch-, bis faustgrosser Cysten, mit zähem schleimigen, milchig trüben Inhalte ausgefüllt ist. Ausserdem zahlreiche, einzelne wandständige Cysten. In der Wand der Hauptcyste sitzt ein länglicher fester Knoten, von der Grösse zweier Bohnen, buttergelb, beim Einschnitte entleert sich aus demselben ein fester Brei von weisser Farbe und Atlasglanz, — nur aus Cholesterinkrystallen bestehend. Noch ein solcher Tumor, von gleicher Beschaffenheit, haselnussgross, aus erbsengrossen Kugeln bestehend, hängt an einem dünnen, 2 Zoll langen, bindegewebigen Stiel, äusserlich an der Hauptcyste; ausserdem sieht man noch 2 oder 3 mohnkorngrosse, gelbe Knötchen in ihrer Wand.

Nach Einlegung einer doppelläufigen Drainageröhre mit dem Ende in den Douglasischen Raum, wurde die Wunde durch 9 Häfte geschlossen, mit Compressen bedeckt, über den Bauch Watte und die Binde.

27. Februar. In der Nacht zweimal Erbrechen, Schlaf gut. Abends Morphininjection, am Morgen wiederholtes Erbrechen, dabei der Kräftezustand gut, Puls kräftig, kein Schmerz. Aus

dem Drainagerohr ist etwas röthliches Serum ausgeflossen. Das Rohr ist bei den Brechanstrengungen fast vollständig herausgeglitten. Der Bauch nicht aufgetrieben, gegen Druck nicht empfindlich. Zunge feucht. (Die Pupillen eng, daraus die Vermuthung, dass die Morphininjectionen Ursache des Erbrechens sein konnten.)

28. Februar. Das Rohr ist ganz herausgeglitten. Kein Fieber, kein Schmerz, keine Empfindlichkeit.

2. März. Klyisma mit Aqua laxat., darnach 5 Stuhlentleerungen.

3. März. Abends wird am unteren Wundwinkel mit dem Finger eingegangen, der Uterus von der Blase gelöst, dann von der Vagina aus mit dem Finger gehoben. Dabei entleerten sich mehrere Dekas trüber röthlicher Flüssigkeit.

4. März. Kein Fieber, subjectives Wohlbefinden.

7. März. Unter täglichen Ausspritzungen bessert sich das Befinden täglich; heute ist die Höhle schon so eng, dass sich das Rohr kaum einführen lässt.

8. März. Aus der Wunde fliesst Harn aus.

10. März. Ein durch die Urethra eingeführter elastischer Kautschuk-Katheter in die Blase permanent eingelegt. Heute hat Patientin wiederholt erbrochen.

11. März. In der Nacht wiederholtes Erbrechen. Früh Puls 100. Temp. normal. Klyisma mit Aq. laxat.

20. März. Der Katheter entfernt, da er den Abfluss des Harnes durch die Wunde nicht dauernd verhindert und die Blase etwa reizt.

21. März. Der Abfluss des Harns durch die Wunde nicht continuirlich, nur zeitweise. Das Ausspritzen wird immer durch die Urethra besorgt. Die Wunde kaum noch für einen Katheter durchgängig. Aetzung mit Argentum nitricum.

22. März. Es besteht eine grössere Höhle hinter der Blase, deren Inhalt nicht durch die Blase, sondern durch die Bauchwunde ausfliesst. Einlegung eines Drainagerohres in die Wunde.

4. April. Gestern und heute etwas Eiter durch die Wunde abgeflossen, die Wunde fängt sich zu schliessen an.

7. April. Bauchwunde erbsengross, keinen Harn mehr durchlassend. Patientin steht auf.

13. April. Geheilt entlassen*).

34. Fall. M. J., 28 J., aus Zbarasz, Galizien. Wurde etwa im 14. Jahre menstruiert, stets regelmässig. Im 24. J. verheiratet, wurde sie zum erstenmale im 25. Jahre entbunden. In ihrer zweiten Schwangerschaft, die im Februar 1873 ihr normales Ende fand, hatte der Unterleib einen ungewöhnlich grossen Umfang erreicht; nach der Entbindung blieb ihr Bauch auffallend gross, und nahm unter mässigem Schmerz in beiden Hypochondrien allmählig an Ausdehnung zu. Die erste Punction wurde am 24. Februar 1874 auf der Klinik des Prof. C. Braun-Fernwald gemacht, wobei nach Entleerung von 23 Pfund einer bräunlichen Flüssigkeit der Unterleib ganz zusammenfiel. Die Menses stellten sich seit der letzten Entbindung zum erstenmale wieder seit Jänner 1874 ein.

Patientin gross, kräftig, gut genährt. Der Bauch ist von einer schlaff gefüllten Cyste mässig ausgedehnt, in der Wand der letzteren ist links eine etwa hühnereigrosse, härtere Geschwulst zu tasten. Der Hauptantheil der Cyste liegt links.

Maass: Umfang 91 Ctm., von spina zu spina 35, vom Process xyphoid. bis zur Symphyse 25 Ctm.

Operation am 5. März 1874. Morphininjection, Chloroformnarkose; weder in der Narkose, noch unmittelbar danach Erbrechen. Die ziemlich massenhaften Adhäsionen an der vorderen Bauchwand wurden vor der Punction der Cyste gelöst, einige Netzadhäsionen, während der Entwicklung der Cyste. Der Stiel, rechtes Ligamentum latum und die Tuba, erforderte 5 Massenligaturen. Nach vollendeter Exstirpation fand man, dass die Rissstellen der Adhäsionen etwas bluteten. Es wurde darum das hintere Scheidengewölbe mit Billroth's Troicar punctirt und ein Drainagerohr durchgeführt, von welchem ein Ende durch die Vagina, das andere durch den unteren Wundwinkel herausgeleitet wurde. Nach der Punction etwas stärkere Blutung, die spontan

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 6.

stand, die Wunde wurde durch 11 Knopfhäfte 8 tiefe, 3 oberflächliche, geschlossen.

Der exstirpirte Tumor besteht aus einer mannskopfgrossen einkammerigen Cyste, an deren Wand innen zwei feste Tumoren nebeneinander aufsitzen, von welchen einer faustgross, der andere doppelt so gross war. Diese Tumoren bestehen in ihrem, aus dehnbaren Balken mit weicher Zwischensubstanz bestehenden Gewebe aus einzelnen kleinen Cysten, bis wallnussgross, mit zähem weissen Inhalte. Das Ende der rechten Tuba ist frei.

Nachmittags: Patientin hat etwas Schmerz im Bauche, häufiges Aufstossen. Schweiss. Aus dem Rohre sickert blassröthliches Serum.

Abends: Puls wird klein, die Patientin blass, beim Durchspritzen durch das Rohr kommen kleine Blutcoagula mit. Innere Blutung.

6. März. Es werden 4 Nähte gelöst, man geht mit dem Finger ein und dann wird mit kleinen Schwämmen eine grosse Menge, theils flüssigen, lackfärbigen Blutes, theils schwärzlicher Gerinnsel herausbefördert. Dann wird ein doppelläufiges Rohr in den Douglasischen Raum, ein gewöhnliches Drainagerohr in die Gegend des Stieles eingelegt und ausgespritzt, bis das Wasser rein zurückkommt. Die Drainage durch die Scheide entspricht nicht vollkommen. Im Laufe des Tages wurde wiederholt ausgespritzt.

7. März. Morgens der Zustand der Patientin etwas besser als gestern Abends. Puls etwas kräftiger, Zunge feucht. In der Nacht zweimal Erbrechen. Beim Ausspülen kommt anfangs wieder dunkles verflüssigtes Blut. Nachmittags floss viel röthliche Flüssigkeit durch die Vagina ab. Abends: Puls etwas kleiner, starker Meteorismus, keine Flatus, häufiges Aufstossen, Zunge etwas feucht. Das Wundsecret ist sehr übelriechend.

9. März. Seit 2 Tagen hat sich hochgradiger Meteorismus entwickelt, ein Klysma mit Aqua laxat. bewerkstelligte heute eine ausgiebige Entleerung.

10. März. Der Rest der Nähte heute entfernt. Beim Uebertragen der Kranken in ein anderes Bett reissen die nur leicht

verklebten Wundränder auseinander, so dass die verklebten Därme blosliegen. Puls kräftiger, 110.

11. März. Das subj. Befinden besser, Puls 100, kräftiger.

15. März. Das Drainagerohr entfernt und vorläufig durch einen Silberdraht ersetzt, um es nöthigen Falles wieder einführen zu können.

17. März. Da das Ausspritzen keine Schwierigkeiten macht, wird der Draht entfernt. Klysma mit Ol. Ricini. Abends ein Stuhl.

21. März. Eiterung sehr gering, in der Nacht 6mal Erbrechen, durch die Bauchdecken harte Fäcaldmassen tastbar. Klysma mit Aq. lax., da Ol. Ricini erfolglos war. Die Bauchwunde lässt sich schwer zusammenziehen, da die Wundränder in ihrer oberen Hälfte mit der blosliegenden Darmwand verwachsen sind. Die Epidermis übergreift bereits auf die granulirende Darmwand.

7. April. Nachdem durch mehrere Tage kein Eiter aus dem sehr engen Wundcanal gekommen, fließt heute eine ziemlich grosse Menge übelriechenden Eiters heraus, Allgemeinbefinden gut.

11. April. Beim Ausspritzen durch ein enges Drainagerohr kam heute, 5 Wochen nach der Operation eine Seidenligatur, ohne daran wahrnehmbare Veränderungen aus der Wunde.

19. April. Seit einigen Tagen lässt sich kein Drainagerohr mehr einführen. Es wird rings um die Granulationsfläche die Haut soweit abgelöst, bis sie genug beweglich geworden und dann nach Abtragen der theils benarbteten Granulationen von der Darmwand, die den Grund der Wunde bildet, in der Mitte linear vereinigt. Mehrere Knopfnähte, 4 umschlungene. Ein Drainagerohr wird eingelegt und am unteren Wundwinkel herausgeleitet.

27. April. In der Mitte die Vereinigung gelungen, doch das junge Gewebe stark gedehnt. Am oberen Winkel klafft die Wunde auf 2 Ctm., am unteren auf etwa 3 Ctm. Eiterung mässig. Heftpflaster-Vereinigung.

29. April. Plötzlich heftiges Fieber, oberhalb der linken Leistengegend ein rundlicher Tumor durch die Bauchdecken tastbar.

1. Mai. Unter etwas stärkerer Eiterung aus der Wunde liess das Fieber in wenigen Tagen wieder nach, die Schwellung und Empfindlichkeit in der linken Leistengegend schwanden. Vom 2. Mai bis 24. keine besondere Veränderung.

24. Mai. Die Wunde hat jetzt etwa dieselbe Grösse und Form wie vor der am 19. April vorgenommenen plastischen Operation. Patientin reist in ihre Heimat. Erst Anfangs Juli heilte die Wunde vollkommen. *)

Von 32—34 vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

35. Fall. Baronin J. v. N., 23 Jahre alt, aus Wien. Patientin ist seit ihrem 15. Lebensjahre menstruiert, stets regelmässig. Dauer der Menses 4—5 Tage. Patientin war nie schwanger. Seit einem Jahre (anfangs 1874) bemerkte Patientin eine Volumszunahme des Unterleibes, letztere Zeit starke Kreuzschmerzen.

Die Diagnose auf Ovarientumor wurde im Februar 1874 gemacht.

Patientin ist kräftig gebaut, Musculatur stark entwickelt, das Aussehen der Kranken ist verhältnissmässig gut. Bis zum gegenwärtigen Leiden war die Kranke stets gesund.

Ovariotomie am 13. April 1874. Der Schnitt in der gewöhnlichen Weise von circa 10 Ctm. Die Adhäsionen waren sehr gering und konnten mit der Hand leicht gelöst werden. Nachdem die Cyste mit dem Troicar punctirt wurde, wurde der Stiel in die Klemme gelegt, unterbunden und abgeschnitten (es war das rechte Ovarium krank), das linke Ovarium war normal. Hierauf wurde die Wunde durch oberflächliche und tiefe Nähte vereinigt und zwei Drainagen angelegt.

Nach der Operation klagte Patientin über Schmerzen und wurde ihr eine subcutane Morphininjection gemacht. Der Verlauf in der 1. Woche war von geringem Fieber begleitet. Patientin

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 7.

hatte constant Abendtemperaturen von 38·4, Morgens 38·0. Von der 2. Woche an blieb die Temperatur auf 37·5 constant, der Stiel fiel nach 12 Tagen ab, Patientin war bei gutem Appetit und nach 4 Wochen verliess die Kranke zum erstenmal das Bett, wenige Tage darauf geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

36. Fall. M. M., 58 J. alt, wurde im 20. Jahre menstruiert, stets regelmässig, zuletzt im Juni 1874. Im Jahre 1862 gebar Patientin ohne ärztliche Hilfe, machte jedoch eine 8wöchentliche fieberhafte Krankheit durch. Seit dem Jahre 1871 allmähliche, gleichmässige Volumszunahme des Unterleibes unter geringen Beschwerden. Erst in der letzten Zeit ist das Sitzen sehr erschwert, trotz dem geringen Umfange des Tumors. Im Winter 1874 litt Patientin durch 6 Wochen an Gastroenteritis. Patientin gut gebaut, kräftig genährt, Umfang und Form des Abdomens wie im 8. Schwangerschaftsmonat, bedingt durch einen elastischen, fluctuirenden Tumor, der auch per vaginam tastbar ist und bei der am 5. Juni 1874 gemachten explorativen Punction entleerte sich eine zähe weissliche Flüssigkeit.

Maasse: Umfang 90 Ctm., Spina 40, senkrecht 33.

Operation am 6. Juni 1874. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse, mässige Adhäsionen getrennt. Nach Entleerung des Tumors machte die Ausschälung aus dem linken Ligament. latum, dessen Blätter der Tumor auseinandergedrängt hatte, beträchtliche Schwierigkeiten. Der Stiel erforderte ausserdem vier Massenligaturen. Es wurde schliesslich im hinteren Fornix vaginae punctirt, und ein Drainagerohr eingelegt, dessen Enden durch die Scheide und durch den unteren Wundwinkel herausgeleitet wurden. Die Wunde wurde mit 12 Nähten geschlossen.

Im Laufe des Vormittags floss eine ansehnliche Menge reinen Blutes durch das Rohr aus und der Puls wurde klein. Nachmittags hörte die Blutung auf und der Puls hob sich wieder.

7. Juni. Beim Durchspritzen kamen noch beiläufig 10 Gramm ganz dunklen, wieder verflüssigten Blutes. Abends etwas Empfindlichkeit des Bauches. Temperatur 39·0.

8. Juni. Der Bauch wurde schmerzhaft, es trat Erbrechen ein, Temperatur 42·0, Puls 140, Patientin collabirte und starb im Laufe des Vormittags (48 Stunden nach der Operation).

37. Fall. R. E., 19 J. alt, ledig. Patientin wurde im 14. Jahre menstruiert. Im Jahre 1871 stellten sich hysterische Krämpfe (epileptiforme Convulsionen) ein. Seit dem Jahre 1872 treten die Menses alle 2 Wochen ein, in letzterer Zeit seltener. Im Sommer 1873 bemerkte Patientin in der linken Seite des Bauches in der Tiefe einen apfelgrossen, beweglichen, harten Tumor, der rasch wuchs. Im Januar 1874 wurde die Geschwulst schmerzhaft. Patientin leidet seit 5 Jahren an Herzpalpitationen und an Angina pectoris.

Maasse: Umfang 92, Spina 42, senkrecht 38; am 28. Juni Punction, Entleerung von 4 Mass Flüssigkeit.

Operation am 4. Juli 1874. Schnitt vom Nabel zur Symphyse; mässige Adhäsionen an der vorderen Bauchwand, die sich vor der Punction lösen lassen. Im Becken war der Tumor frei. Durch die Punction wurden etwa 4 Mass einer dicken chocoladebraunen Flüssigkeit herausbefördert, wonach der Tumor ausreichend verkleinert war. Eine Netzhäsion wurde ligirt, vier Stielligaturen. Das linke Ovarium war das kranke, das rechte normal. Es sammelte sich ziemlich viel blutiges Serum im Douglasischen Raume, der dann mit Schwämmen rein gemacht wurde. Vor der Vereinigung der Bauchwunde wurde von dem beiderseits etwas vorspringenden Bauchfell je ein Stück abgetragen, wobei zwei kleine Arterien durchschnitten wurden, die stark bluteten und die Ligatur erforderten. Zehn tiefe Nähte.

Bald nach der Operation Schmerz im Bauche; subcutane Morphininjection. Abends von 6—11 Uhr 4 epileptische Anfälle.

5. Juli. In der Nacht 2mal Erbrechen, heute öfter. Mittags wurde die Wunde am unteren Winkel eröffnet, mit dem Finger eingegangen, worauf etwa 40 Gramm klares röthliches Serum ausfloss. Drainagerohr eingebracht. Ueber Tags 2 epileptische Anfälle. Temperatur 40·0.

6. Juli. Früh Puls klein, 140; Temperatur 40·6, um 9 Uhr epileptischer Anfall, von da an fast ununterbrochen derartige

Anfälle, nur allmählig schwächer werdend, um 3 Uhr begann die Agonie, 8¹/₄ Uhr starb Patientin.

Section am 7. Juli. An den abhängigen Partien zahlreiche, bläuliche Todtenflecke. Hirn etwas hyperämisch, in jedem Seitenventrikel 4 Gramm Serum. Die Bauchwunde fest verklebt, an der Stelle, wo dieselbe eröffnet war, hat sich eine Dünndarmschlinge angelegt. Im Douglasischen Raume fand sich vor und hinter dem Uterus trübes, röthliches Serum in der Menge von etwa 160 Gramm; hinter dem Uterus lag ein wallnussgrosses, festes, dunkles Blutcoagulum. Keine Erscheinungen von allgemeiner Peritonitis.

38. Fall. M. H., 24 Jahre alt, aus Gross-Kanizsa, wurde im 12. Jahre zum erstenmale menstruiert, stets regelmässig. Letzte Menstruation am 1. November 1874. Im Jahre 1871 bekam sie unter Fieber Schmerz im rechten Beine, der für Ischias erklärt wurde. Gegen Ende des Jahres 1871 bemerkte sie eine Volumszunahme des Bauches, wurde dann schwanger. Ende des Jahres 1872 wurde sie leicht entbunden, das Kind lebt. Seitdem wächst der Tumor rascher. Sie wurde nie punctirt. Die Ausdehnung des Bauches war stets symmetrisch.

Patientin mittelgross, zart, ziemlich gut genährt.

Maasse. Umfang 100, von spina zu spina 50, vom Sternum zur Symphyse 45 Ctm.

Operation am 11. November 1874. Etwa 12 Ctm. langer Schnitt; durch die Punction 3—4 Kilogr. einer dunkelbraunen Flüssigkeit entleert. Die Entwicklung des Tumors gelang, nachdem eine starke Netzadhäsion in zwei, eine schwächere in einer Portion ligirt und abgeschnitten war. Der breite Stiel (es war das linke Ovarium) wurde mit der grössten Klammer gefasst und darüber durchschnitten; dabei floss etwas weisse, opalisirende, zähe Flüssigkeit aus einer kleinen Cyste in die Bauchhöhle. Nachdem die Beckenhöhle sorgsam gereinigt war (stets mit Deckung der Intestina mit einem flachen Schwamm), wurde die Bauchwunde mit 6 tiefen, 4 oberflächlichen Nähten geschlossen (eine tiefe, eine oberflächliche unterhalb der Klammer), die Stielwunde mit Gypstheer belegt, die Wunde durch Pflaster gestützt; die Operation dauerte bis zur Vollendung der Exstir-

pation, 20 Minuten, im Ganzen wenig über eine halbe Stunde. In der Narkose erbrach Patientin wiederholt. — Kräftezustand nach der Operation befriedigend.

Die nächsten Tage durch starken Husten und Schlaflosigkeit gestört, Wundverlauf günstig.

15. Nov. Die Nähte entfernt.

16. Nov. Etwas stärkere Eiterung um die Klammer.

17. Nov. Die Klammer abgefallen.

18. Nov. Patientin bekommt zum erstenmale feste Nahrung. Der Zustand der Kranken bessert sich täglich, Puls und Temperatur wenig über das Normale.

20. Nov. An dem unteren Wundwinkel bildet sich ein kleiner Abscess.

22. Nov. Eröffnung eines kleinen Abscesses in den Bauchdecken am unteren Wundwinkel.

26. Nov. Patientin bekommt heute ein Bad.

1. Dec. Patientin verlässt heute das Bett.

10. Dec. Patientin wird geheilt entlassen. *).

39. Fall. K. L., 44 J. alt, aus Panczowa, wurde im 12. Jahre menstruiert, von da an stets regelmässig, etwas reichlich (durch 8 Tage). Sie wurde im 18. Jahre zum ersten-, im 25. zum 4. und letztenmale normal entbunden.

Im Jahre 1868 bemerkte sie eine Volumszunahme des Bauches, der allmähig einen solchen Umfang annahm, dass das Gehen fast unmöglich wurde. Am 4. Juli 1874 wurde die Punction vorgenommen; es stellte sich heraus, dass eine zweikammerige Cyste bestand, aus welcher durch 2 Punctionen an der rechten Seite des Bauches 36 Liter Flüssigkeit entleert wurden. Bald darnach begann der Bauch neuerdings sich zu vergrössern, hat jedoch bisher seine frühere Grösse noch nicht erreicht.

Die sehr grosse, ungewöhnlich kräftig gebaute Patientin ist ziemlich fettreich, von guter Gesichtsfarbe, etwas ängstlich. Respiration nicht beeinträchtigt.

Umfang des Bauches 171 Ctm., Spina 110, senkrecht 78 Ctm.

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 8.

Operation am 20. November 1874. Schnitt in der Linea alba von etwa 15 Ctm. Länge; etwa 10 Ctm. dicke Fettschichte. Vor Eröffnung des Peritoneums ziemlich beträchtliche venöse Blutung aus dem unteren Wundwinkel, dessen Stillung längere Zeit in Anspruch nahm. Nach Eröffnung des Bauchfelles wurden die zahlreichen Adhäsionen an der vorderen Bauchwand mit der Hand gelöst, dann durch die successive Punction von 3 Cysten mit dickem, theils graulichem, theils hellbräunlichem Inhalte, der Tumor verklemmt und schliesslich entwickelt. Der Stiel, rechtes Ovarium, wurde nach Ausschälung des Tumors in 2 Portionen mit 2 Klammern fixirt, dann die Beckenhöhle, in welche etwas Cysteninhalte geschlossen war, sorgsam gereinigt und schliesslich die Wunde geschlossen mit 8 tiefen Nähten. In den Raum vor dem Uterus wurde ein Drainagerohr eingelegt, auf die Stielwunde Gypstheer.

Nachmittags heftiges Aufstossen, einmaliges Erbrechen.

21. November. Häufiges Erbrechen von grünlicher Flüssigkeit, Meteorismus, kein Schmerz, Temperatur 39·7, Puls 130. Diese Erscheinungen dauerten fort bis zu dem am 24. November eintretenden Tode.

40. Fall. Frau M. O., verheiratet, aus Frankstadt, ist 44 J. alt. Im 14. Jahre traten die Menses ein und dauerten regelmässig 5—6 Tage. Patientin erfreute sich stets einer guten Gesundheit, bis ungefähr im J. 1872 die Periode unregelmässig zu werden und der Unterleib zuzunehmen anfang, ohne aber der Patientin besondere Beschwerden zu verursachen; erst als im März 1874 die Periode gänzlich ausblieb, sah sich Patientin veranlasst, einen Arzt zu consultiren. Es wurde später eine Ovariumcyste diagnostieirt und 7 Punctionen bis jetzt vorgenommen und zwar:

1.	Punction am	1. Juli	1874	ergab	8	Pfd.	} einer dunklen dicklichentrü- ben Flüssigkt.
2.	"	"	1. Aug.	1874	"	5	
3.	"	"	22. Oct.	1874	"	13 ¹ / ₂	
4.	"	"	25. Dec.	1874	"	15	} einer helleren wenigerdicken Flüssigkeit

5.	Punction am	6. Febr. 1875	ergab	17 $\frac{1}{2}$	Pfd.	} einer grünlich trüben dickli- chen Flüssigkt.
6.	" "	23. März 1875	"	17	"	
7.	" "	1. Mai 1875	"	17 $\frac{1}{2}$	"	

Bei der letzten Punction bot sich an der Patientin folgender Status praesens: Die Frau klagt über Schwäche und leidet an bedeutenden Athembeschwerden, Herzklopfen, die Esslust sehr gering, Schlaf sehr wenig, Urinsecretion ausserordentlich sparsam, Stuhl träge und nur durch Abführmittel zu erzielen, das Liegen sehr beschwerlich, Frösteln, Puls 120 in der Minute; der Unterleib aufgetrieben, misst unmittelbar oberhalb des Nabels 100 Ctm. Nach der in der Linea alba vorgenommenen Punction konnte man deutlich erkennen, dass die Cyste aus dem linken Ovarium stamme und dass deren Wand derb und verdickt sei.

Operation am 23. Mai 1875. Die ziemlich breiten Adhäsionen gelöst, der kopfgrosse Tumor nach der Punction leicht entwickelt (vom linken Ovarium ausgehend), Stiel lang, Klammer. Da immer wieder blutiges Serum angesammelt wurde, so wurde die Drainagirung vorgenommen und das Drainagerohr per vaginam herausgeleitet. 8 tiefe Bauchnähte, Stiel mit Ferr. sesquichl. behandelt.

24. Mai. Erträgliches Befinden, viel bräunlich rothes Serum durch das Drainagerohr abgeflossen. Morgens Temperatur 38·0, Abends 38·4. Wenig Secret, rechte Seite des Bauches empfindlich, etwas aufgetrieben, zweimal Erbrechen.

25. Mai. Bauch empfindlich, Drainagerohr entfernt. Morgen- und Abendtemperatur 39·7, Puls 130.

Am 26. Mai stieg die Temperatur auf 39·8, kam am 27. und 28. auf 40·3, Puls 130.

Am 29. Mai trat nach raschem Collapsus der Tod ein.

41. Fall. Z. A., 26 Jahre alt, aus Gurein bei Brünn. Patientin wurde im 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig. Letzte Menstruation 3 Wochen vor der Operation. Erste Entbindung im Jahre 1872, letzte im April 1875. Beim Beginn der letzten Schwangerschaft fiel die ungewöhnliche Grösse des Unterleibes auf, der

zugleich schmerzhaft war. Die Entbindung war normal. Am 15. Mai 1875 fand die 1. Punction statt, bei welcher der Leib nicht vollständig collabirte. Patientin gross, kräftig, Bauch wie etwa im 7. Monate der Schwangerschaft, schlaff, von breiten Schwangerschaftsnarben bedeckt.

Operation am 8. Juni 1875. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde gleich punctirt, die Cystenwand dick, sehr zerreisslich, so dass der Inhalt neben dem Troicar ausfloss, der den Rand der Punctionsöffnung einriss. Das Loch wurde zugebunden und darauf wurden die starken, breiten Adhäsionen an der vorderen Bauchwand gelöst, eine Massenligatur; aus einer durchrissenen Netzadhäsion arteriell Blutung, eine Ligatur. Bei der Entwicklung des Tumors musste eine zweite Cyste punctirt werden, deren Inhalt zäh, fast klar, etwas weisslich opalisirend war, während die erste bräunliche Massen enthalten hatte. Nahe an dem dünnen langen Stiele enthielt die Cystenwand noch drei, fast faustgrosse Cysten. Rechtes Ovarium (linkes normal), Klammer. Auf den Stielstumpf ein Gypstheersäckchen. Drainage durch die Plica Douglasi, Drainagerohr auch durch die Bauchwunde herausgeleitet. Unterhalb des Stieles 2, oberhalb 7 tiefe Nähte. Blutverlust gering, Kräftezustand nach der Operation gut. Während der Operation Brechreiz, jedoch kein Erbrechen. Nachmittags wiederholtes Erbrechen.

9. Juni. Kein Erbrechen, kein Meteorismus. Puls 120.

10. Juni am unteren Winkel die Nähte gelöst, ebenso eine über der Klammer. Puls 120.

11. Juni. Patientin befindet sich ganz wohl, bekommt saure Milch.

14. Juni. Da noch kein Stuhl erfolgte, wurde ein Klyσμα mit Aqu. laxat. Vien. applicirt, welches rasch wirkte.

18. Juni Klammer abgefallen.

1. Juli. In der Narbe der vorderen Bauchwand ein kleiner Abscess.

3. Juli. Incision des Abscesses.

5. Juli. Patientin bekommt ein Bad.

7. Juli. Patientin verlässt das Bett mit der üblichen Bruchbinde.

11. Juli 1875. Geheilt entlassen*).

42. Fall. Frau R. J., 45 Jahre alt, aus Pest. Wurde im 13. Jahre menstruiert, stets regelmässig durch 4 Tage. Letzte Menstruation 5 Wochen vor der Operation; nie gravid gewesen. Seit dem Jahre 1873 schwoll unter Schmerzen in der linken Lendengegend der Bauch an und nahm allmähig an Umfang zu. Im Winter 1874 hatte Patientin durch längere Zeit „Fieber.“ Im Februar 1875 wurde durch die Punction (die einzige) 18 Maass einer röthlichen Flüssigkeit entleert, doch collabirte der Bauch darnach nicht vollständig, der Schmerz in der linken Lendengegend dauerte intensiv fort. Patientin ist gross, kräftig gebaut, Bauch gleichmässig halbkugelig vorgetrieben, Percussion dumpf und leer, nur in der rechten seitlichen Bauchgegend, etwa von der vorderen Axillarlinie an, voll tympanitisch. Deutliche Fluctuation, die sich über den ganzen Bauch fortpflanzt, nur in der linken Lendengegend ist eine leichte Vorwölbung, die einem etwa kindskopfgrossen Tumor entspricht und isolirt fluctuirt. Uterus frei. Umfang 120 Ctm., von spina zu spina ossis ilei anter. super. 75 Ctm., vom Sternum zur Symphyse 54 Ctm.

Operation am 15. Juli 1875. Schnitt von 15 Ctm. Länge; Peritoneum und vordere Cystenwand innig verwachsen, nur schwierig liess sich die Geschwulst von der vorderen Bauchwand lösen. Durch die Punction wurde eine grosse Menge einer etwas zähen, gelblich opalisirenden Flüssigkeit entleert. Beim Versuche, den Tumor vorzuziehen und die ringsherum überall sehr feste Adhäsion zu lösen, riss eine zweite kleine Cyste mit klarem, hühnereiweissähnlichem Inhalte ein, später eine dritte mit trübem, flockigem Inhalte. Unter grosser Kraftanwendung wurden endlich bei sehr starker Blutung die sämtlichen Anheftungen des Tumors durchrissen, der letztere vollkommen abgelöst, ohne dass ein eigentlicher Stiel zum Vorschein gekommen wäre. Rechts oben, an der vorderen Bauchwand,

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 9.

musste wegen der sehr innigen Verwachsung ein Stückchen der Cystenwand zurückgelassen werden. An keiner Stelle wurde freies Peritoneum sichtbar; aus der linken Seite des kleinen Beckens, wo die Geschwulst am festesten aussah, blutete es besonders stark und es wurden dort 4 Ligaturen angelegt, kurz abgeschnitten. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle wurde die Wunde nach 1 $\frac{1}{4}$ stündiger Dauer der Operation durch 9 tiefe Nähte geschlossen; vorher wurden an ihrem inneren Ende zwei mehrfach gelöcherte Drainageröhren eingelegt und zwischen den Nähten herausgeleitet. Von der beabsichtigten Punction durch die Scheide wurde abgestanden, da ein Douglassischer Raum nicht existirte, der Uterus nicht zu erkennen war, ebensowenig dessen Adnexa, sondern die Beckenhöhle als flache Mulde nicht tief unter der Linea innom. abgeschlossen war; es konnte so auch nicht constatirt werden, welches Ovarium das erkrankte war. Der Tumor bestand aus den zusammengefallenen ziemlich festen Wandungen von 3 Cysten. Die ungemein anämische Patientin erholte sich nach und nach unter Anwendung von Reizmitteln (Champagner, schwarzem Kaffee). Nachmittags 5 Uhr Puls ziemlich kräftig, 120, etwas Transspiration, aus den Drainageröhren ist etwas braunrothe Flüssigkeit abgeflossen.

16. Juli. Patientin wieder sehr schwach, wird den Tag über immer schwächer.

17. Juli. Patientin starb heute Morgens, ohne dass es zur Entwicklung septischer Erscheinungen gekommen wäre.

43. Fall. Frau E. W., 43 J., aus Faced bei Lubrasch im Banat, wurde im 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig durch 4 Tage, zuletzt vor 3 Wochen. Sie hat 5mal normal geboren, das erstemal im 17., das letztemal im 33. Jahre. Patientin war bisher stets gesund, nur fühlte sie seit dem Jahre 1873 öfter Uebelkeiten und Druck in der Magengegend nach dem Essen. Seit dem Februar 1875 haben sich Schmerzen beim Uriniren eingestellt, seit März 1875 nimmt der Unterleib an Umfang zu, und zwar wurde von der Patientin zuerst in der rechten Seite ein harter, bei Druck empfindlicher Tumor wahrgenommen. Es wurde nie punctirt, die einzigen Beschwerden waren mässige Stuhlbe-

schwerden. Patientin mittelgross, untermsetzt, kräftig, Panniculus adiposus gut entwickelt. Patientin ist sehr ängstlich. Die rechte Seite des Bauches nimmt eine nicht ganz kopfgrosse, runde, fluctuirende Geschwulst ein. Uterus frei.

Umfang des Bauches 103, von spina zu spina 44, Proc. ensiform. zur Symphyse 37 Ctm.

Operation am 15. October 1875. In der Narkose Schnitt von 10 Ctm. Länge, schwache, leicht zerreisbare Adhäsionen. Die Punction ergibt 3800 CCtm. einer röthlichbraunen Flüssigkeit. Entwicklung der Geschwulst leicht, der dünne Stiel wird in eine dicke Catgutligatur (Nr. 3) gefasst, versenkt. Das rechte Ovarium normal, am Uterus ein kleines Fibroid. Im Stiel war die linke Tuba mitenthalten. Drainage des Douglasischen Raumes durch die Scheide. Die vor der Entwicklung des Tumors um etwa 3 Ctm. verlängerte Wunde wurde mit 7 tiefen Nähten geschlossen, zwischen je zwei derselben wurde eine oberflächliche Naht angelegt, im unteren Wundwinkel das in der Ebene der Haut abgeschnittene Drainrohr eingenäht. Die Operation wurde unter Spray mit einer 2% Lösung gemacht. Listerverband.

Der Tumor bestand aus einer festwandigen Cyste, in dessen Wand mehrere haselnuss- bis hühnereigrosse, feste Knoten sassen, die auf dem Durchschnitt gelbröthlich, parallel feinstreifig waren (fischfleischähnlich) und leicht zerreislich.

16. October. Patientin klagt über keinen Schmerz im Unterleib, wird mit einer 2% Carbollösung ausgespritzt. Puls 110.

17. October. Befinden im Gleichen.

20. October. Patientin bekommt heute Milch, die sie aber gleich nach dem Einnehmen erbrochen hat.

21. October. Harn schwarz. Geruch nach Carbol. Patientin kann noch immer keine Speisen vertragen. Heute Jodtinctur tropfenweise innerlich. Vorübergehende Besserung.

22. October. Häufiges Erbrechen von dunkler, grünlich brauner Flüssigkeit, mit kaffeesatzähnlicher Beimengung.

23. October. Wunde trocken, graulich, Umgebung erysipelatös geröthet. Ausspritzungen mit Jodglycerin, Verband mit Alum. acet.

25. October. Bei fortdauerndem Erbrechen schwärzlicher Massen, kaffeesatzartig, und Entleerung einer ähnlichen Masse durch den After wurde Patientin allmählig schwächer, und starb heute Morgens *), 10 Tage nach der Operation.

26. October Section der Bauchhöhle. Die Därme mit der vorderen Bauchwand und untereinander fest verklebt, keinerlei diffuse Entzündungserscheinungen. Im rechten Hypochondrium ein kleiner, abgekapselter Eiterherd, der nach aussen von der Bauchwand, nach oben von der Leberwand, sonst von den Därmen begrenzt war und dicken Eiter enthielt. Um den Stiel, an welchem noch die Catgutligatur lag, ohne Nekrose des abgebundenen Stückes zu bedingen, eine geringe Menge von verflüssigtem Blutcoagulum, mit der Schnittfläche eine Dünndarmschlinge fest verklebt, doch frei durchgängig, Im Magen und den Därmen überall eine grosse Menge jener schwärzlichen Massen, welche aus Mund und After bei Lebzeiten entleert worden waren. Schleimhaut von Magen und Darm sehr blass, makroskopisch sonst keine pathologischen Erscheinungen darbietend.

44. Fall. Fr. S. A., 41 J., aus N.-Oe. Patientin wurde im 14. Lebensjahre menstruiert, stets regelmässig in mässiger Menge, zuletzt 30 September 1875. In ihrem 30. Jahre wurde sie zum erstenmale, im 31. zum zweitenmale, im 35. zum dritten und letztenmale entbunden. Im Jahre 1875 fühlte sie rechts im Bauch eine harte, hühnereigrosse, freibewegliche und bei Druck empfindliche Geschwulst; von da ab nahm der Umfang ihres Leibes rasch zu. Im Februar 1875 wurde von Prof. C. Braun-Fernwald die Exstirpation empfohlen. Im Juli wurde in Zwettel (N.-Oe.) die Punction vorgenommen, nahe unter dem Nabel, etwa 9 Pf. einer zähen, grünlichen, honigartigen Flüssigkeit wurden ausgepumpt. Darnach war der obere Theil des Bauches collabirt, der untere war noch von einer etwa eine grosse Schale darstellenden Tumormasse erfüllt. Neuerdings rasche Füllung. Es bestand stets Hartleibigkeit. Patientin kräftig gebaut, Unterleib von einem Tumor stark vorgetrieben. Umfang 112, von spina zu spina 56, vom Nabel zur Symphyse 47 Ctm.

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 10.

Operation am 7. October 1875. Nach Ablösung von Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand wurde die Punction gemacht, wobei viscidae, grünliche Flüssigkeit in grösserer Menge abfloss. Darauf musste, um den noch immer grossen Tumor entwickeln zu können, die Wunde auf etwa 15 Ctm. verlängert werden, dann konnte unter mässiger Dehnung der Wunde der Tumor (welcher dem rechten Ovarium angehörte) entwickelt werden. Klammer. 4 Drainageröhren: (1 per vaginam, 1 vor die Blase, 2 nach oben) Alles unter den von Lister angegebenen Cautelen (während der Operation Erbrechen), keine Ligatur, 12 tiefe Nähte.

8. October. Subj. Befinden gut, nur etwas Schmerz in der unteren Bauchgegend rechts. Starker Ausfluss von Serum durch die Röhren. Listerverband. Es ist nur durch 2 Tage katheterisirt worden.

11. October. Harn etwas blutig und häufiger Harndrang.

13. October. Immer im Laufe des Tages tritt häufiges und schmerzhaftes Bedürfniss, die Blase zu entleeren auf, Harn reichlich wolkig getrübt.

22. October. Blasentenesmus geringer. Klammer heute abgefallen. Patientin seit 8 Tagen schon bei gutem Appetit.

9. November. Wunde vollständig vernarbt, Patientin geheilt entlassen*).

45. Fall. F. P., 34 J. alt, aus Wien. Patientin ist seit ihrem 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig. Seit dem J. 1863 verheiratet, hat 3mal geboren. Erste Geburt im J. 1864, letzte Geburt 1866. Wochenbett war stets normal. Seit dem Jahre 1870 spürte Patientin einen Tumor in der Gegend des rechten Hypochondriums, beiläufig von der Grösse eines Hühnereies. Allein sie achtete es nicht weiter. Als erst im Jahre 1872 sie der Tumor zu geniren anfang, wandte sich an einen Arzt und es wurde ihr ein Pessarium zum Tragen gegeben. Seit jener Zeit wuchs die Geschwulst allmählig. Im Jahre 1874 soll die Kranke eine Peritonitis durchgemacht haben. Am 12. Jänner 1876 wurde vom

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 44.

Herrn Hofrath Billroth die erste Punction vorgenommen, wobei sich eine chokoladebraune, mit Cholestearin vermengte Flüssigkeit entleerte.

Die ausserordentlich lustige und couragirte Kranke ist verhältnissmässig gut genährt und von gutem Aussehen. Die Circumferenz des Unterleibes beträgt 100 Ctm. Vom Processus xyphoideus bis zur Symphysis oss. pubis 46 Ctm. Von einer Spina zur anderen 55 Ctm.

20. Jänner 1876 wurde in der Narkose die Ovariotomie ausgeführt. Der Bauchschnitt in gewöhnlicher Weise 10 Ctm. Die Adhäsionen an dem Darm waren ziemlich stark und wurden theils mit der Hand, theils mit der Pincette gelöst. Die Cyste mit dem Billroth'schen Troicar punctirt, hierauf wurde die Cyste entwickelt, der Stiel unterbunden und in die Klammer gelegt (das linke Ovarium war krank, das rechte normal). Im Cavum Douglasii wurde ein Drainagerohr eingelegt, zwei andere in die Bauchhöhle. Die Wunde durch Nähte vereinigt. Hierauf Listerverband. Abends nach der Operation hatte Patientin kräftigen Puls von 100. Temperatur 38·0.

1. Februar. Befinden der Kranken ein sehr gutes. Puls 80. Temperatur 37·5.

6. Februar. Vom 1 — 6. Februar war das Befinden der Kranken ein ganz unverändertes, Morgen- und Abendtemperatur nie über 37·5. Puls 80. Heute erfolgte Stuhl, nachdem ein Klyisma mit *Aqu. laxat.* gereicht wurde. Patientin fängt an Appetit zu bekommen.

7. Februar wurde die Drainage entfernt. Patientin bekommt schon Braten.

19. Februar. Das Befinden der Kranken ein vortreffliches, keine Spur von Fieber während der ganzen Zeit. Heute die Klammer abgefallen.

20. Februar. Die Narbe oberflächlich touchirt.

21. Februar. Patientin bekommt heute ein Bad.

23. Februar. Patientin heute zum erstenmale das Bett verlassen, fühlt sich nicht schwach, Gesichtsfarbe ist vortrefflich.

26. Februar. Die Menses heute regelmässig eingetreten.

2. März. Pat. verlässt im geheilten Zustande die Anstalt.

46. Fall. M. K., 37 Jahre alt, aus Biala. Patientin ist seit ihrem 15. Lebensjahre menstruirt, stets regelmässig, hat 2mal geboren. Erste Geburt im 19., letzte im 27. Lebensjahre. Im Januar 1875 traten Verdauungsstörungen auf, gleichzeitig fingen die Menses an spärlicher und blässer zu werden. Im Juni 1875 bemerkte die Kranke, dass ihr Unterleib an Umfang zunimmt, zwei Monate darauf traten Uebelkeiten und häufiges Erbrechen auf. Im December 1875 traten so heftige Schmerzen in beiden Hypochondrien auf, dass Patientin nicht im Stande war zu liegen oder zu gehen, sondern nur sitzen musste. Da gleichzeitig eine heftige Dispnöe auftrat, wurde punctirt, wobei 18 Liter braune, chokoladeähnliche Flüssigkeit entleert wurden. Die Flüssigkeitsansammlung fand aber wieder sehr rasch statt, Patientin begab sich nach Wien auf die Klinik des Herrn Prof. Carl Braun-Fernwald und wurde dort am 6. Februar 1876 zum zweitenmale punctirt, wobei wieder 10 Liter einer ähnlichen Flüssigkeit wie nach der ersten Punction entleert wurden.

Die Maasse sind folgende: Circumferenz 112 Ctm., vom Sternum zur Symphyse und von einer Spina zur anderen 43 Ctm.

Am 27. Februar 1876 wurde in der Narkose die Ovariectomie ausgeführt. Schnitt in der Linea alba von ungefähr 12 Ctm. Länge. Die Adhäsionen am Darne wurden mit der Hand gelöst, die Cyste mit dem Billroth'schen Troicar punctirt, hierauf wurde der kurze dicke Stiel (linkes Ovarium) unterbunden, in die Klammer gelegt und abgeschnitten. Im Douglas'schen Raume wurde ein Drainagerohr eingelegt und ein zweites in die Bauchhöhle. Hierauf die Wunde vernäht. Listerverband.

Abends nach der Operation hatte Patientin Temperatur von 38.5. Puls 110. Gegen die Schmerzen: Subcutane Morphininjectionen.

28. Februar. Patientin klagt über keinen Schmerz. Temperatur von Früh und Abends 37.8, Puls 85.

1. März wurden die Nähte entfernt. Patientin ist fieberfrei.

2. März. Beide Drainageröhren wurden, da kein Secret vorhanden ist, entfernt.

5. März. Klammer abgefallen, Patientin bei gutem Appetit.

11. März. Die Wunde mit Lapis touchirt.

12. März. Auf die Wunde Salbe von Arg. nitr.

15. März. Patientin bekommt ein Bad.

18. März. Patientin heute das Bett verlassen.

20. März. Die Wunde fast geheilt.

23. März. Die Kranke geht im geheilten Zustande ab.

47 Fall. A. K., 54 Jahre alt, aus Wien. Patientin seit ihrem 14. Lebensjahre menstruiert, stets regelmässig bis zum Jahre 1874, wo schon die Kranke in die klimakterischen Jahre kam. Ueberstand im 19. Jahre eine normale Geburt. Im März 1874 bemerkte Patientin, dass ihr Unterleib an Umfang zunimmt. Anfangs war die Volumszunahme eine geringe und erst seit Jänner 1875 fing der Unterleib rasch sich zu vergrössern an. Gleichzeitig traten Verdauungsbeschwerden auf und Patientin litt öfters an Uebelkeiten und Erbrechen. Schmerz war nie vorhanden. Im Juli 1874 wurde die Kranke zum erstenmale punctirt. Seit jener Zeit bis zum Tage der Operation noch 20mal. Bei jedesmaliger Punction sollen 8—9 Mass einer chocoladebraunen Flüssigkeit entleert worden sein. Letzte Punction 10. Februar 1876. Im Jänner 1876 trat Patientin hier in das Maria-Theresien-Hospital ein, um sich dort mittelst Elektrolyse behandeln zu lassen. Patientin sah nach circa 10wöchentlicher Behandlung gar keinen Erfolg und entschloss sich endlich zur Operation.

Patientin von mittlerer Statur, ist schlecht genährt, Unterhautzellgewebe fettarm. Die Circumferenz des Abdomens beträgt 127 Ctm., von spina zu spina 67, vom Sternum zur Symphyse 57 Ctm.

Operation in der Narkose am 5. März 1876. Bevor der Schnitt in der Linea alba geführt wurde, wurde Spray gemacht (1% Carbollösung). Der Schnitt 12 Ctm. lang geführt, Adhäsionen an dem Darm waren ziemlich stark. Nachdem die Adhäsionen gelöst waren, präsentirte sich ein Conglomerat von Cysten und

zwar eine mittlere kindskopfgrosse und mehrere faustgrosse. Erst wurde die mittlere mit dem Troicar angestochen und entleert, hierauf die übrigen entwickelt. Der Stiel (es war das rechte Ovarium) an die Ligatur gefasst, in die Klammer gelegt und dann abgeschnitten. Die Blutung war nicht unbedeutend, es mussten mehrere oberflächliche und tiefe Arterien unterbunden werden. Nachdem die Bauchhöhle mit dem Schwamm gereinigt war, wurden 4 Drainagen eingelegt und hierauf die Wunde mittelst Nähte vereinigt. Der Verband bestand blos aus einem breiten Stück Protectiv, in eine 1% Carbollösung getaucht und darüber eine dicke Schicht von Bruns'scher Wolle.

Zwei Stunden nach der Operation trat eine kleine Nachblutung auf, Patientin war sehr anämisch, die Haut trocken. Um 6 Uhr Abends wurde der Verband gewechselt. Puls 130. Temperatur 38.9. Um 8 Uhr Abends (8 Stunden nach der Operation) fing die Kranke zu transspiriren an. Der Gesichtsausdruck viel freundlicher.

6. März. Früh Temperatur 38.0. Puls 120. Aus der Wunde fliesst nur wenig Secret. Urin spontan abgegangen. Das Wechseln des Verbandes geschieht unter Spray (1% Carbollösung). Abends war die Temperatur 38.0. Puls 110. Patientin transspirirt fort.

7. März. Morgen- und Abendtemperatur 37.5. Puls 100.

8. März. Nähte entfernt.

10. März. Die zwei oberen Drainagen entfernt.

11. März. Die zwei unteren Drainagen entfernt. Patientin hatte auf ein Klysma von Aq. laxat. Stuhl.

13. März. Klammer abgefallen. Patientin bei gutem Appetit. Die Wunde heilt allmähig und da ein kleiner Rest der Wunde noch nicht heil ist, bekommt Patientin am 26. März eine Salbe von Nitr. arg.

27. März. Patientin hat heute ein Bad bekommen.

29. März. Patientin heute das Bett verlassen.

1. April geheilt entlassen.

48. Fall. L. de T., 19 J., aus Montona, Istrien. Patientin seit ihrem 13. Lebensjahre menstruirte, stets regelmässig. Dauer

der Menses 4 Tage. Letzte Menstruation am 20. April 1876. In ihrem 15. Lebensjahre soll die Kranke an einer Oophoritis erkrankt gewesen sein. Im Mai 1875 hatte die Kranke häufige Anfälle von Herzklopfen und Ohnmachten. Im Juni 1875 bemerkte die Kranke, dass ihr Unterleib an Volumen zunimmt. Sie consultirte mehrere Aerzte in Triest und wurde von ihnen die Diagnose auf Ovariumcyste ausgesprochen. Appetit war stets normal. Harn- und Stuhlentleerung regelmässig.

Die Kranke ist gut genährt, sieht prächtig aus. Die Maasse des Abdomens sind folgende: Circumferenz 97 Ctm. Vom Sternum zur Symphyse 37 Ctm., von spina zu spina 43 Ctm.

Am 26. April wurde bei ungestörter Narkose die Ovariectomie ausgeführt. Schnitt in der Linea alba von 10 Ctm. Länge. Adhäsionen mit dem Darne waren nicht vorhanden. Es waren zwei Cysten, eine kindskopfgrosse und eine zweite faustgrosse. Die erste wurde mit dem Billroth'schen Troicar punctirt, wobei sich beiläufig 2000 Gramm einer chocoladebraunen Flüssigkeit entleerten. Der sehr lange dünne Stiel (es war das rechte Ovarium) unterbunden in die Klammer gelegt und hierauf abgeschnitten. Die Wunde durch 10 Nähte vereinigt. Da in der Bauchhöhle fast gar kein Secret vorhanden war, wurde kein Drainagerohr eingelegt. Die ganze Operation dauerte 18 Minuten, der Verband bestand aus achtfachem gewöhnlichen Mull, Silk und Makintosh, alles in einer 1% Lösung von Natr. borac. getaucht (auch die zur Operation verwendeten Schwämme waren in einer 1% Lösung von Natr. borac. desinficirt). Auf den Stielstumpf wurde ein Säckchen mit Gypstheer gefüllt gelegt.

Abends nach der Operation ist das Befinden der Kranken ein gutes. Puls voll und kräftig. Temperatur 37.6. Patientin transspirirt.

27. April. Früh Temp. 37.2. Puls 80. Patientin hat 1mal erbrochen. Abends Temp. 37.5. Puls 80. Patientin bekommt eine subcutane Morphininjection.

28. April. Patientin befindet sich gut. Sie ist ganz fieberfrei.

29. April. Heute wurden die Nähte entfernt.

30. April. Patientin bekommt feste Speisen.

1. Mai. Es wurde ein Klysma mit Aqua laxat. gegeben, worauf Stuhl erfolgte. Die Kranke klagt über Schmerzen in der Blase.

3. Mai. Heute ein kleiner Harnröhrenpolyp abgegangen.

12. Mai. Die Wunde wurde heute zum erstenmale touchirt. Patientin ist stets bei gutem Appetit.

13. Mai. Patientin hat ein Bad bekommen.

19. Mai. Patientin geheilt entlassen.

49. Fall. J. L., 27. J., aus Wien. Patientin ist seit ihrem 13. Lebensjahre menstruiert, regelmässig. Im Jahre 1874 hatte die Kranke ohne ärztliche Hilfe entbunden. Nach der Entbindung bemerkte die Kranke, dass ein Tumor im Unterleibe zurückblieb, der seit damals allmählig an Grösse zunahm. Fünf Wochen vor der Operation hatte Patientin abortirt.

Die Kranke ist gut genährt und von gutem Aussehen. Die Circumferenz des Bauches beträgt 105 Ctm. Von spina zu spina 50 Ctm. und vom Sternum zur Symphyse 43 Ctm.

Die Ovariectomie wurde in der Narkose am 30. April 1876 ausgeführt. Schnitt in der gewöhnlichen Weise von 10 Ctm. Länge. Nach Eröffnung des Peritoneums fand man die Cyste mit dem Darm rechts und links durch Adhäsionen verwachsen. Dieselben konnten jedoch mit der Hand leicht gelöst werden. Nun wurde die Cyste mit dem Billroth'schen Troicar punctirt, wobei sich über 2000 Gramm einer chocoladebraunen Flüssigkeit entleerten. Der dicke Stiel (es war das rechte Ovarium krank, das linke vollkommen normal) unterbunden in die Klammer gelegt und abgeschnitten. Nun wurde mittelst Schwämme, die in einer 1% Lösung von Natr. borac. gelegen haben, die Bauchhöhle gereinigt, zwei Drainageröhre eingelegt und die Wunde mittelst Nähte vereinigt. Bei der ganzen Operation wurden bloss zwei oberflächliche Arterien unterbunden. Nach Vereinigung der Wunde wurde folgender Verband angelegt: ein breites Stück Silk, dann ein achtfach zusammengelegter gewöhnlicher Mull, darüber ein breites Stück Makintosh, alle diese Stoffe waren früher in einer 1% Lösung von Natr. borac. getaucht. Hierauf

eine dicke Schicht von Bruns'scher Watte. Auf den Stielstumpf wurde ein Gypstheersäckchen aufgelegt.

Abends nach der Operation ist das Befinden der Kranken ein befriedigendes. Temp. 38·5. Puls 110. Patientin transpirirt sehr stark. Morphininjection.

1. Mai. Früh und Abends. Patientin transpirirt fortwährend. Temperatur 38·0. Puls 100.

2. Mai. Temp. 37·8. Puls 95. Subjectives Befinden gut. Die Menses sind regelmässig eingetreten.

3. Mai. Wurden die Nähte entfernt. Befinden gut.

5. Mai. Auf ein Klysma von Aqua laxat. hatte Patientin ausgiebigen Stuhl. Menses dauern fort.

6. Mai. Patientin, welche bis heute bloss Milch bekommen hat, bekommt heute ein eingemachtes Huhn. Menses aufgehört.

7. Mai. Drainagerohr entfernt.

9. Mai. Klammer abgefallen. Patientin bei vortrefflichem Appetit.

12. Mai. Die Wunde zum erstenmale touchirt.

15. Mai. Patientin bekommt ein Bad.

26. Mai. Patientin geheilt entlassen.

Von 36—49 von Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Resumiren wir nun die vom Jahre 1867 bis 1876 ausgeführten Ovariectomien, so ergibt sich Folgendes:

Herr Hofrath Prof. Billroth operirte 37, davon sind 22 geheilt und 15 gestorben.

Herr Prof. Weinlechner operirte 7, davon 2 geheilt und 5 gestorben.

Herr Primarius Dr. Kumar operirte 2, beide gestorben.

Herr Hofrath Baron Dumreicher operirte 1, gestorben.

Herr Prof. Dr. Dittel operirte 1, geheilt.

Herr Dr. Meissner operirte 1, gestorben.

Wir gehen nun zum 2. Kapitel über, und zwar zu der Behandlung der Cysten mittelst Punction und Drainage.

b) Behandlung der Ovariumcyste mittelst Punction und andauernder Drainage durch die Bauchdecke, welche Prof. Carl Braun-Fernwald hier eingeführt hat.

1. Fall. Frau Ch. B., 26 Jahre alt, aus Ungarn. Die Kranke ist seit ihrem 14. Lebensjahre menstruirt, stets regelmässig. Dauer derselben 3 Tage. Patientin hat im J. 1873 entbunden und seit jener Zeit bemerkte sie, dass ihr Unterleib immer an Umfang zugenommen hat. Die consultirenden Aerzte diagnosticirten eine Ovariumcyste. Am 20. Mai 1874 wurde eine Punction von H. Prof. C. Braun-Fernwald gemacht, wobei 24000 CC. einer chocoladebraunen Flüssigkeit entleert wurden. Hierauf wurde über 1 Meter lange Drainageröhre eingelegt, deren freies Ende unter Wasser in ein auf dem Fussboden stehendes Glas mündet, und täglich mit Kali hypermanganicum ausgespritzt. Patientin fieberte, magerte stark ab, Appetit war gänzlich geschwunden. Nach 3wochentlicher Behandlung fing der Appetit wieder an zuzunehmen, die Cyste verkleinerte sich allmählig, so dass man in der 4. Woche der Behandlung kaum eine Spritze voll injiciren konnte. In der 6. Woche entschlüpfte das Drainagerohr, die Oeffnung schloss sich und man musste nun an einer 2. Stelle punctiren. Es wurde ein übelriechender Eiter entleert etwa ein halbes Seidel. Nun wurde ein Drainagerohr eingelegt und hierauf Ausspritzungen mit Kali hyperm. Die Cyste schrumpfte allmählig, der früher gedämpfte Percussionsschall ging nun in einen tympanitischen über. Die Wunde eiterte noch durch längere Zeit und nach 15 Wochen konnte Patientin geheilt entlassen werden. Eine Füllung der Cyste ist bis März 1876 nicht eingetreten.

2. Fall. C. v. D., 29 Jahre alt, aus Ungarn. Die Kranke seit ihrem 14. Lebensjahre menstruirt regelmässig, Dauer der Menses 4—5 Tage. Patientin hat nie geboren. Im Jahre 1872 bekam Patientin heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen, Diarrhöe. Diese Zustände dauerten mehrere Monate. Seit 1873 fing der Unterleib sehr stark an Umfang an zuzunehmen. Am 16. Mai 1875 wurde mittelst Punction von Herrn Prof. C. Braun-Fern-

wald 17 Pf. einer emulsiven Flüssigkeit entleert, hierauf durch einen langen Heber drainirt. Die Höhle täglich 2mal mit Kali hyperm. ausgespritzt. Die ersten Tage fühlte sich die Kranke wohl, aber schon nach wenigen Tagen fing Patientin zu fiebern an, hatte täglich Temp. von 38·8, Puls 130. Patientin klagte über heftige Bauchschmerzen. Es wurde die Drainage entfernt. Patientin bekommt kalte Ueberschläge am Bauch und Chinin. Nach 4 Wochen besserte sich der Zustand. Es wurde abermals punctirt und drainirt, wie früher 2mal täglich mit Kali hyperm. ausgespritzt. Die Cyste verkleinerte sich allmählig, so dass sie nach 3 Monaten zum Schrumpfen gebracht wurde und Patientin geheilt aus der Anstalt entlassen werden konnte. Bis Mai 1876 ist eine Füllung der Cyste nicht eingetreten.

3. Fall. K. R., 30 J. alt, aus Rumänien. Patientin ist seit ihrem 15. Lebensjahre menstruiert, stets regelmässig, Dauer der Menses 4—5 Tage. Die Kranke hat 2mal normal geboren. Im Jahre 1872 bemerkte die Kranke, dass ihr Unterleib an Umfang zunimmt, es traten auch zeitweise Schmerzen im linken Hypochondrium auf. Allein die Schmerzen hörten nach einigen Monaten auf und die Kranke fühlte sich wohl. Im Jahre 1873 fing der Unterleib sehr rasch an Umfang zuzunehmen. Patientin befragte mehrere Aerzte, welche eine Ovariumcyste diagnosticirten.

Am 10. Februar 1874 kam Patientin in die Anstalt. Die Kranke ist gut genährt. Die Circumferenz des Abdomens beträgt 100 Ctm., von spina zu spina und vom Processus ensiformis zur Symphyse 40 Ctm.

Am 14. Februar 1874 wurde die Punction gemacht, wobei 20000 Cc. einer serösen klaren Flüssigkeit entleert wurde. Hierauf Drainage und tägliche Ausspritzungen mit Kali hyperm. Während der ersten 4 Wochen befand sich die Kranke sehr gut, die Cyste fing sich zu verkleinern an, als rasch eine heftige Peritonitis auftrat, der die Kranke erlag.

Von 1.—3. Fall von Herrn Prof. C. Braun-Fernwald operirt.

4. Fall. Fr. L. M., 37 J., aus Saaz, verheiratet, hat bereits 5mal normal geboren. Seit 5 Monaten bemerkte sie eine Volumszunahme des Unterleibes und glaubte schwanger zu sein,

da sie jedoch regelmässig menstruirte und auch sonst keine der gewöhnlichen Schwangerschaftssymptome sich einstellten, so veranlasste sie eine Exploration. Bei derselben fand sich ein mannskopfgrosser, elastischer Tumor in der linken Unterbauchgegend, der als einfache Ovariencyste diagnosticirt wurde. Es wurde die Punction per vaginam mit nachfolgender Drainage eingeleitet. Den 7. Tag nach der Punction stellte sich eine peritoneale Reizung ein. Die Drainageröhre wurde entfernt und nach Verlauf von 4 Wochen war nur mehr ein apfelgrosser geschrumpfter Cystensack nachweisbar.

Von Herrn Prof. Gustav Braun operirt.

c) Behandlung der Cysten mittelst einfacher Punction.

1. Fall. Frau W. O., 23 Jahre alt, verheiratet, aus Petersburg, litt seit dem Jahre 1867 an neuralgischen Schmerzen im Verlaufe des Ischiadicus und bemerkte seit dem Jahre 1868 eine Vergrösserung des Unterleibes. Bei der Untersuchung fand sich ein dem rechten Ovarium angehöriger Tumor, welcher sich bis zur Nabelgegend ausdehnte und den Uterus etwas nach links verschob. Bei der durch die Scheide am 10. Februar 1869 vorgenommenen Punction wurden 4 Liter einer zähflüssigen honiggelben dicklichen Flüssigkeit entleert. Nach der Entleerung der Cyste wurde die Höhle derselben durch laues Wasser gereinigt und nachdem man die Ueberzeugung gewonnen, dass die Cystenwände nicht mehr von syrupartigem Inhalte ausgekleidet erscheinen, spritzte man eine Jodsolution in einer Menge 30 Gramm ein, welche im Cystensack verblieb. Es trat am nächsten Tage eine vehemente Reaction ein, das Peritoneum der Umgebung gerieth in Mitleidenschaft, es entwickelte sich eine Pelveoperitonitis; im Verlaufe derselben trat Abscessbildung mit Durchbruch nach der Scheide ein und nach Verlauf von einigen Monaten schwanden unter dem Gebrauche der Curmittel von Franzensbad alle Folgezustände der Peritonitis. Pat. lebt gegenwärtig in Wien und ist bisher (1876) kein Recidiv aufgetreten.

Vom Herrn Prof. Gustav Braun operirt.

2. Fall. Frau L. J., 46 J. Häufig an Herzkrämpfen leidend, bemerkte vor 2 Jahren eine schmerzhaftige Geschwulst im Unterleibe, die immer grösser wurde. Es bestand eine mässig grosse Cyste, die nach oben bis zur Mitte zum Nabel und Proc. xiph. reichte und undeutlich fluctuirte; der schiefstehende, mit dem Körper nach rechts geneigte Uterus, der fixirt erschien, besass an seinem rechten Rande einen kleinen fibrösen Tumor, durch das vordere Laquear war die Fluctuation der Cyste deutlicher fühlbar. Am 18. Mai 1870 wurde die Punction vorgenommen und $2\frac{1}{2}$ Liter einer serösen, grünlichgefärbten Flüssigkeit entleert. Der zurückgebliebene Rest dürfte einer anderen secundären Cyste angehört haben.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

3. Fall. P. H., 22 J., aus Lugos. Die Cyste sass im kleinen Becken, konnte durch die Bauchdecken kaum gefühlt werden. Es wurde die Punction per vaginam vorgenommen; die Cystenflüssigkeit entleerte sich vollkommen. Nach der Operation traten Schmerzen in der Gegend der Geschwulst ein und es entwickelte sich eine umschriebene Peritonitis links vom Uterus, wo man eine harte Geschwulst fühlen konnte. Dieselbe bestand, ohne sich zu vergrössern 3 Wochen, worauf ein Durchbruch per rectum entstand und der Eiter auf diesem Wege sich entwickelte. Nach 6 Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen, die Geschwulst war bis auf einen kleinen Rest geschwunden.

4. Fall. N. B., 27 J., aus O.-Oe. Patientin soll angeblich an diesem Leiden erst seit 8 Monaten krank sein. Bei der Punction wurden 10 Liter einer einfach serösen Flüssigkeit entleert, 10 Tage darauf reiste die Kranke ab.

5. Fall. S. M., 31 J., aus Szatock in Ungarn. Bei der Punction entleerte man 6 Mass einer sehr zähen, eiweissreichen Flüssigkeit. Zu einer Radicalheilung (Ovariectomie) konnte sich die Kranke nicht entschliessen und reiste kurze Zeit nach der Punction ab.

Von 3—5 von Herrn Prof. Carl Braun-Fernwald operirt.

6. Fall. Frau N. M., aus Bruck a. d. Leitha, bekam Peritonitis nach einer schweren Geburt, worauf ein kopfgrosser

cystenähnlicher Tumor im Bauche zurückblieb. Prof. Carl Braun-Fernwald diagnosticirte ein seröses Exsudat im linken breiten Mutterbände, entleerte durch den Troicar 1 Liter blasseröthlichen Serums, worauf Genesung und zweimal später eine glückliche Niederkunft erfolgten.

d) Behandlung der Cysten mittelst Punction und darauffolgender Injection.

1. Fall. Cyste im Cavum Douglasii. Fr. M. L., aus Russland, 34 Jahre alt, Witwe; seit dem J. 1865 klagt die Kranke über ein Drängen nach abwärts und Schmerzen während der Menstruation. Im Douglasischen Raume eine faustgrosse dünnwandige Cyste, wahrscheinlich dem rechten Ovarium angehörig. Die Cyste wurde am 8. Jänner 1875 punctirt und in den Cysten-sack eine Jodtincturlösung, bestehend aus Jod. puri 1,00, Kali jodat. 5,00, Aquae fontis 100,00 eingespritzt. Reaction mässig — keine Füllung.

2. Fall. Frau S. R., 30 J., aus Böhmen. Hat im Jahre 1870 einmal normal geboren; seit dem Jahre 1874 bemerkte sie eine ungleiche Hervorragung der Unterbauchgegend und glaubte schwanger zu sein. Bei der Untersuchung fand sich eine manns-kopfgrosse, dünnwandige Ovariencyste, die per vaginam mit einem langen Troicar punctirt wird. Es entleerte sich eine hellgelbe Flüssigkeit beiläufig 3 Liter. Nachdem die Cysten-höhle durch Einspritzen lauen Wassers gereinigt war, wurde eine Jodtincturlösung eingespritzt. Es trat nur sehr geringe Reaction und Patientin konnte nach 14 Tagen die Reise in ihre Heimat antreten.

3. Fall. Frau R. S., aus Ofen, 68 Jahre alt, leidet an Harnincontinenz und Prolapsus uteri. Als Ursache dieser Erscheinungen wird eine auf Uterus und Blase den bedeutenden Druck ausübende Ovariumcyste gefunden, welche bis zur Nabelhöhe sich ausdehnte. Es wurde durch den Douglasischen Raum am 17. September 1875 die Punction ausgeführt, eine mit Eiter untermischte Flüssigkeit entleert, die Canüle liegen

gelassen und 2—3mal täglich eine Salicylsäurelösung eingespritzt. Im Verlaufe entzog sich die Patientin der weiteren Beobachtung.

Von 1—3 von Herrn Prof. Gustav Braun operirt.

B. Laparo-Hysterotomien.

1. Fall. Cystovarium rechterseits. — Ein derber Tumor von zweifelhafter Bestimmung linkerseits. Wir folgen der Beschreibung des Herrn Dr. Hofmokl (siehe „Wiener med. Presse“ 1873).

Am 15. Juli 1873 kam durch Güte des Herrn Universitätsdocenten Dr. Carl Rokitansky geschickt, in meine Ordination die Kranke, Fräulein Z., Private, 42 Jahre alt, aus Brünn, um sich bezüglich ihres Leidens zu berathen. Die sonst noch ziemlich rüstige, etwas abgemagerte Kranke gab an, in ihrem 15. Lebensjahre menstruiert zu sein, und bis jetzt nie an Menstruations-Anomalien gelitten zu haben. Geboren hatte sie nicht. Vor 13 Jahren fühlte die Kranke zum ersten Male in der rechten unteren Bauchhälfte eine sich ganz spontan entwickelnde Geschwulst, welche ihr zwar keine Beschwerden verursachte, doch stets an Grösse zunahm. Zuweilen spürte die Kranke, beim raschen Umdrehen im Bette, als wenn ein kugelförmiger Körper von einer zur anderen Seite hinübergleiten würde, sonst sollen nie Schmerzen vorhanden gewesen sein. Vor 3 Jahren ungefähr bemerkte dieselbe auch in der linken unteren Bauchhälfte eine ähnliche, jedoch viel derbere Geschwulst sich entwickeln. Da ihr auch diese keine Beschwerden verursachte, wendete sie auch nichts dagegen an. Im letzten Jahre (1873) wuchsen jedoch beide Geschwülste sehr rasch, und die Kranke hatte beim Liegen bedeutende Athembeschwerden, so dass sie bei Nacht stets nur halb sitzend schlafen konnte.

Von diesem höchst peinlichen Zustande verlangte die sehr entschlossene Kranke unter jeder Bedingung sobald als möglich befreit zu werden, indem sie versicherte, unter keiner Bedingung so länger ihr Leben fortfristen zu wollen.

Bei genauerer Untersuchung fand ich folgenden Status:

An der zwar mageren, aber doch ziemlich kräftig gebauten Kranken bemerkt man in der Rückenlage derselben den Bauch von einer Geschwulst bedeutend ausgedehnt. Die grösste Circumferenz um den Körper herum in der Nabelgegend gemessen, betrug 95 Centimeter. Die vordere Bauchgegend war nicht gleichmässig hervorgewölbt, sondern zeigte rechts und links von den Rectis abdomini stärkere Hervorwölbungen, während die Gegend der Linea alba etwa vier Centimeter breit, leicht deprimirt erschien. Die allgemeine Decke mässig gespannt, überall leicht verschiebbar, keine Narben zeigend. Der Nabelring nicht hervorgewölbt, die Percussion der Geschwulst ergab: in der rechten Mammillarlinie leeren Percussionsschall drei Querfinger unter dem Rippenbogen bis hinab zur Fossa iliaca; in der rechten Axillarlinie ein Querfinger unter dem Rippenbogen beginnend hellen Percussionsschall bis zur Crista ilei; in der Linea alba leeren Percussionsschall zwei Querfinger über dem Nabel beginnend, herab bis zur Symph. oss. pubis. In der linken Mammillarlinie begann der leere Percussionsschall vier Querfinger unter dem Rippenbogen und blieb leer bis zur Fossa inguinalis. Zu beiden Seiten der Gegend der vorderen Ränder der Quadrati lumbor. war der Percussionsschall hell und voll und änderte sich mit der Lage der Kranken nicht.

Bei der Palpation fühlte man die rechte Geschwulst als ziemlich eben, ausgenommen den unteren inneren Abschnitt; nach oben zu war sie deutlich begrenzt, sehr wenig beweglich, elastisch, an manchen Stellen deutlich fluctuirend. Die linke Geschwulst fühlte sich derb und uneben an, zeigte jedoch deutlichere Beweglichkeit. Ihre Grenzen waren nur links gut zu palpieren, während in der Mitte beide Geschwülste fast ohne Abgrenzung ineinander übergingen. Ueber dem vordersten Antheil der linken derben Geschwulst fühlte man auf ihr aufsitzend, fast ganz subcutan gelegen, eine kleine, bei $2\frac{1}{2}$ Centimeter im Durchmesser haltende, flache, rundliche, glatte, sehr bewegliche, ebenfalls derbe Geschwulst, von der man nicht genau sagen konnte,

ob sie mit der grossen Geschwulst durch einen dünnen Stiel im Zusammenhange steht oder nicht.

Bei der vaginalen Untersuchung fühlte man von dem sehr stark nach aufwärts gezogenen Uterus nur noch kaum die vaginalportion deutlich. Geschwulstmassen waren weder durch das hintere Laquear, noch durch den Mastdarm fühlbar. Die Blase mässig ausgedehnt, der Harn nichts Abnormes enthaltend. Die Brustdrüsen ganz klein, unentwickelt — in den Thorax- und Bauchorganen sonst nichts Abnormes.

Diesem Befunde gemäss wurde die Diagnose gestellt auf ein rechtsseitiges Cystovarium, complicirt mit einem zweiten nicht genau zu bestimmenden derberen Tumor, welcher sich von der linken Seite entwickelte.

Eine später vorgenommene Explorativpunction des rechten Tumors bestätigte die Diagnose. Die linke Geschwulst, weil sehr derb, wurde nicht punctirt, und konnte als ein sehr derber Ovarialtumor oder als ein Uterusfibroid am ehesten Geltung finden, weil erstlich der Uterus sehr hoch stand und nicht in seinem Körper fühlbar war, andererseits wegen der bedeutenden Derbheit und grossen Volubilität der Geschwulst, wengleich andererseits der Mangel der menstrualen Anomalien, sowie jedweder stärkeren Hämorrhagie aus den Genitalien wieder dagegen sprachen, unsomehr, als bei kurzem Stiele und Adhäsionen an den Uterus auch Ovarialgeschwülste einen so hohen Uterusstand bedingen können.

Das seltene Phänomen, dass die Gegend der Linea alba flach eingesunken war, konnte auch nur durch zwei Geschwülste gut erklärt werden; dass man jedoch keine deutlichen Grenzcontouren fühlte, das konnte man sich so erklären, dass entweder die derbere Geschwulst sich in die mehr elastische zum Theile hineingedrängt, oder aber, dass beide Geschwülste den vor sich gebildeten Raum abschlossen, und in demselben freie Flüssigkeit sich ansammelte, die dann die hier sich berührenden Contouren der beiden Geschwülste maskirte.

Dass wir es hier mit einem complicirten und sehr schweren Falle zu thun hatten, war uns klar, doch da die Geschwülste

in letzterer Zeit sich rasch vergrösserten und wegen ihrer Beweglichkeit höchst wahrscheinlich nur sehr wenig oder gar nicht adhärent waren, die Kranke ausserdem unter jeder Bedingung von ihrem Leiden befreit zu sein wünschte, und sonst noch ziemlich gesund war, so entschloss ich mich im Einverständniss mit Dr. Rokitansky zur Operation.

Als die Kranke am 17. Juli in Dr. Eder's Heilanstalt eintrat, machte ich an der rechten Geschwulst noch früher eine Explorativpunction, um mich erstlich von der Beschaffenheit der Cyste selbst, als ihres Inhaltes zu überzeugen, andererseits um möglicher Weise dadurch zu einer präciseren Diagnose zu gelangen. Bei der Punction entleerten sich bei drei Seitel einer noch ziemlich dünnflüssigen, colloidnen, grünlichen Flüssigkeit. Die Cyste collabirte nur wenig. Wir hatten es hier mit einer vielkammerigen Cyste zu thun. Der linke Tumor, weil sehr derb, wurde, um etwaige Hämorrhagien zu vermeiden, nicht punctirt. Das frühere Bild änderte sich gar nicht.

Die Patientin fühlte sich dadurch etwas in der Respiration erleichtert und drang nun darauf, gleich den folgenden Tag die Operation vorzunehmen, die auch ausgeführt wurde.

Die Kranke wurde bei einer Zimmerwärme von 23 Grad Celsius tief narkotisirt, und in der gewöhnlichen Weise in der Linea alba ein bei 12 Centimeter langer Schnitt ausgeführt. Das präperitoneale Fett, welches ziemlich stark entwickelt war, war an einigen Stellen wie durchbrochen, und durch die Lücken drängte sich in Form von kleinen herniösen Säcken die ausgedehnte Fascia transversa und das hier sehr verdünnte Peritoneum. Nachdem ich diese Hervorstülpungen, die anfangs für eine Darmwand hätten imponiren können, eingestochen, entleerten sich bei zwei Unzen ganz klarer seröser Ascites-Flüssigkeit, worauf das Ganze collabirte, und man zur Ansicht des linken Tumors gelangte. Die rechtsseitige Geschwulst war in ihrem vorderen und linken Antheile so ganz von der letzteren maskirt, dass man von ihr noch nichts bemerken konnte. Da sich nun dieser Tumor als vollkommen fest erwies und durch die Explorativpunction keine Höhlungen zeigte, musste zu seiner freieren Entwicklung der

Bauchschnitt bis einen Zoll über den Nabelring und zwar nach links von demselben verlängert werden. Nun erst konnte man den Tumor, welcher nirgends adhärent war und sehr beweglich erschien, aus der Wunde entwickeln. Es erwies sich derselbe als ein kindskopfgrosses, etwas unebenes, vom Fundus uteri entspringendes Uterusfibroid mit einem bei 4 Zoll breiten, in der Mitte derben, zu beiden Seiten mehr ligamentösen, die Gebärmutter und die breiten Mutterbänder in sich fassenden Stiel.

Als der Tumor entwickelt war, da bemerkte man erst, dass die rechtsseitige Geschwulst noch mit einer sehr grossen Partie sich auch gegen das linke Hypochondrium erstreckte, und nur deshalb nicht gesehen werden konnte, weil vor dieser Partie das grosse Uterusfibroid lagerte.

Es entstand nun die Frage, soll man das grosse Fibroid, welches nun sammt dem degenerirten Uterus abzutragen war, zurückzulassen und nur das Cystovarium exstirpiren oder beides zugleich. Die Wahl war nicht lange zu überlegen, da ohne frühere Wegnahme des ziemlich kurz aber breit gestielten Fibroides von einer operativen Zugänglichkeit und Entwicklung des rechten Cystoides keine Rede sein konnte. Es wurde somit theils durch Massen-, theils separate Gefässligaturen, der ganze breite Stiel des Fibroids unterbunden, hierauf abgetragen und die noch vorkommende Blutung aus dem zurückgebliebenen Uterusstumpfe mit spitzem Glüheisen gestillt.

Die hierauf folgende beabsichtigte Verkleinerung des rechtsseitigen Cystoids gelang nur sehr theilweise, nachdem ich mich bei der Punction überzeugte, dass die Geschwulst aus sehr vielen, aber nur kleinen Hohlräumen bestand. Ich musste sie daher, wenn ich selbe nicht zerreißen wollte, im Ganzen entwickeln, was auch ziemlich leicht gelang, da nirgends Adhäsionen waren. Die Cyste hatte die ausgesprochenste Sanduhrform und lag mit ihrem langen Durchmesser quer vor der Wirbelsäule; das mittlere, etwas schmalere und mehr abgeflachte Verbindungsstück der beiden grossen seitlichen Hälften entstand nur durch den permanenten Druck, welchen das Fibroid auf dieselbe während seines raschen Wachsthums ausgeübt hatte.

Das Cystoid ging vom rechten Ovarium aus und hatte einen ebenfalls bei 3 Zoll breiten Stiel. Derselbe war kurz. Auch hier wurde der Stiel durch sehr feste Seidenfäden in mehreren Partien unterbunden und in die Bauchhöhle versenkt. Nachdem nun jede Blutung gestillt war, wurde die Bauchwunde durch 21 Knopfnähte geschlossen.

Die Operation dauerte 2 Stunden, und die Kranke verbrauchte bei 5 Unzen Chloroform.

Die Kranke, welche ziemlich viel Blut verloren und so lange in tiefer Narkose war, erholte sich trotzdem sehr bald.

Bis Nachmittags desselben Tages ging Alles so weit gut, als die Kranke sowohl flüssige Nahrungsmittel als Wein nahm, ohne zu erbrechen. Der Puls, der Anfangs sehr klein war, hob sich, ebenso stieg die Temperatur auf 38 Grad. Urin wurde bis Abend zweimal mit dem Katheter genommen. Derselbe war ganz normal.

Die Nacht hindurch schlief die Kranke trotz Morphininjection nicht. Kein Erbrechen.

Am 19. Juli zeigte sich in der Sklera eine leicht gelbliche Färbung, auch die Haut erschien mehr gelb als anämisch. Kein Frost. Puls 140. Temperatur des Morgens 10 Uhr 39.8 Grad Celsius. Bauch sehr wenig aufgetrieben, nur in der Wundgegend schmerzhaft. Durst mässig. Der Charpie-Wundverband wurde gewechselt, und auf den Bauch sowohl als auf den Kopf kalte Umschläge applicirt. Innerlich kleine Dosen Valeriana mit Campher, Wein. Im Verlaufe des Tages nahm der Meteorismus zu, der Puls wurde kleiner, allgemeiner Collapsus trat ein, so dass die Kranke um 7 $\frac{1}{4}$ Uhr Abends, also 32 Stunden nach der Operation, verschied.

Die Tags darauf vorgenommene Leicheninspection ergab allgemeine Peritonitis. Blut war bei $\frac{1}{2}$ Unze theils flüssig, theils geronnen hinter dem Uterusstumpfe angesammelt.

Die Untersuchung der entfernten Geschwülste ergab bei der einen ein reines, vielkammeriges Cystoid mit verschieden gefärbtem, colloidem, zähflüssigem Inhalte, ausgehend vom rechten Ovarium. Die linksseitige Geschwulst war ein vom Uteruskörper

ausgehendes, etwas über kindskopfgrosses, vollkommen solides, derbes Fibroid, welches in seinem rechtsseitigen untersten Antheile beim Aufschneiden noch ein Residuum vom Uterus-Cavum enthielt, die Uteruswandungen waren jedoch schon ganz in die Neubildung umgewandelt. Die Fortsetzung dieses Cavums hat man auch am zurückgebliebenen Stielstumpf sehen können. Ein kleines dünngestieltes pilzförmiges, auf dem grossen aufsitzendes sehr bewegliches Fibroid, erwies sich als die kleine im Leben gefühlte ganz subcutan gelegene Geschwulst.

2. Fall*): Fibroma uteri. Fr. L. v. S., 38 Jahre alt, aus Wien, wurde im 16. Jahre zum erstenmale, seitdem regelmässig, zuletzt am 1. November 1874 menstruiert. Im Jahre 1869 bemerkte sie einen „haselnussgrossen“ beweglichen Tumor in ihrem Bauche, der rasch an Volumen zunahm. Anfangs bestanden heftige Schmerzen in der rechten Lendengegend. Der Bauch hat Grösse und Form, wie im letzten Monate der Schwangerschaft, grösster Umfang 96 Ctm., von spina zu spina 50, vom Processus ensiformis zur Symphyse 50 Ctm.

Es wurde ein Uterusfibrom diagnosticirt.

Am 14. November 1874 wurde in der Narkose die Laparo-Hysterotomie ausgeführt. Durch einen Schnitt in der Medianlinie des Bauches, vom Nabel zur Symphyse wurde der kugelförmige Tumor blosgelegt, dessen glatte Oberfläche sehr dicke Venen zeigte. Nach Verlängerung des Schnittes etwa 2 Ctm. über den Nabel hinauf konnte der Tumor ganz entwickelt werden, doch war nun der Uterus noch nicht zugänglich, es lag ja der mächtige Tumor darauf. Nun wurde durch die Mitte des Tumors mit einer langen Nadel ein doppelter Draht geführt, der dann in zwei Schlingen gebogen wurde, die durch zwei Schlingenschnürer verkleinert wurden. Die Drähte glitten über die grösste Convexität des Tumors hinab und es brauchte darum lange, bis die Schlingen (im untersten Theile des Tumors) festsassan. Nun wurde die so abgeschnürte Hälfte der Geschwulst, nachdem die galvanocaustische Schlinge gerissen war, mit dem

*) Siehe: Medicinische Wochenschrift vom Jahre 1876, Nr. 2.

Messer abgetragen. Plötzlich kam aus dem in der Tiefe des Beckens sitzenden Geschwulsttheile eine heftige Blutung, die durch Tamponade mit Schwämmen gestillt wurde, dann wurden die hinaufgezogenen Adnexa des Uterus abgebunden und der Tumor von allen Verbindungen ausser der mit dem Uterus getrennt. Jetzt wurde die Cervicalportion des Uterus, an dessen ganzer hinterer Fläche der Tumor aufsass, durchstochen und in zwei Portionen mit Draht fest zusammengeschnürt. (Ecraseur von Cintrat.) Nur die Vaginalportion lag unterhalb der Ligaturen. Der Uterus wurde darauf abgetragen und dann konnte die vorzüglich venöse Blutung aus den Plexus um die Scheide sehr mühsam wegen des trüben Morgens gestillt werden. Freilich war Patientin im Zustande der höchsten Anämie, weshalb man ihr die Beine mit elastischen Binden einwickelte. Wo die Adnexa des Uterus abgeschnitten waren, klaffte das Peritoneum sehr stark (auf fast handbreit); die Ränder wurden vernäht und hervorgezogen und theils durch starke Nadeln, theils durch eine umgelegte Drahtschlinge fixirt. Durch den Uterusrest wurden auch Nadeln gestossen, um das Zurückfallen in die Bauchhöhle zu verhindern. Darunter wurden Bleiplatten zum Schutze der Haut gelegt. Im Laufe des Nachmittags erholte sich die Patientin unter häufigen Gaben von Champagner bedeutend, Temp. 38·0, Puls 100.

15. November. Das Befinden ziemlich gut, der Puls deutlich fühlbar. Temperatur 38·6. Abends Temp. 37·4.

16. November. Leicht ikterische Färbung, bei subjectivem Wohlbefinden wurde die eine Drahtschlinge gelöst, ebenso die Nähte, welche die Blätter des Bauchfells (da wo die Ligam. lata abgeschnitten waren) vereinigten und zwischen die Blätter Drainageröhren eingelegt. Jauche mit Gasblasen, in geringer Menge, floss sogleich aus. Morgen- und Abendtemp. 37·0.

17. November. Morgens. Entschieden septische Intoxication. Die Wunde wurde eröffnet und im Douglasischen Raume angesammelte Jauche mit Schwämmen aufgetupft. Pat. collabirte von da ab und starb um 12¹/₂ Uhr Mittags. (3 Tage nach der Operation.)

3. Fall: Fibroma Uteri. Frau A. K., 42 Jahre alt, aus Wien. Wir geben folgende Anamnese von H. Dr. Rabl aus Hall in Ob.-Oest. Patientin kam im Sommer 1870 nach Hall, wohin sie wegen ihres Fibroms des Uterus geschickt worden war. Sie war 36 Jahre alt, ziemlich gut genährt, die Menstruation war regelmässig, aber profus, ihre Dauer 4—6 Tage, von denen der erste, gewöhnlich heftige Kopfschmerzen brachte. Der Appetit normal, die Stuhlentleerung träge, zumeist nur durch Abführmittel oder Klystiere zu erzielen. Die Athmungs-, Kreislaufs- und Verdauungsorgane vollkommen gesund. Der örtliche Befund bezüglich des Fibroms war folgender: Am Grunde der Bauchhöhle befand sich ein, die Symphyse drei Querfinger Breite aufwärts überragender, median gelagerter und in das Becken hinabsteigender Tumor von glatter Oberfläche und der Consistenz eines Fibroms. Derselbe füllte, wie die Untersuchung per vaginam lehrte, den Raum des kleinen Beckens zum grossen Theile aus und schien direct vom Fundus uteri auszugehen.

Im Laufe der nächsten Jahre wuchs der Tumor langsam in der Art, dass er die Cervicalportion immer mehr nach auf- und vorwärts hinter die Symphyse drängte und anderseits den Beckenraum immer vollständiger ausfüllte, so dass man im Jahre 1873 schon nach Einführung des zweiten Fingergliedes in die Scheide auf den Tumor gelangte. Dabei war und blieb die Blase immer frei, ein häufiger Harndrang, wie er bei derlei tief im kleinen Becken sitzenden Fibromen oft so quälend für die Kranken ist, fehlte gänzlich: ein Verhalten, das sich wohl nur dadurch erklären lässt, dass mit der Entwicklung des Tumors und dessen Vorrücken nach aufwärts, mit ihm auch die Blase in die Höhle rückte und endlich in den Hängebauch zu liegen kam. Zugleich entwickelte sich die Geschwulst aufwärts, aber ungleichmässig, derartig, dass sich zuerst die rechte Iliacalgegend mit sehr harter Geschwulstmasse ausfüllte und dann erst der Tumor die Nabelhöhle überschritt, während er vom linken Darmbeinstachel Ende 1873 noch 7 Ctm. entfernt war. Um diese Zeit (December 1873) war der Statusquo folgender: Leibesumfang in der Nabelhöhle 106 Ctm.; der Tumor erstreckt sich vom rechten Darmbeinstachel

aufwärts bis 5 Ctm. vom rechten Rippenrande, in der Mitte 8 Ctm. über den Nabel hinauf, während links oben der Rippenrand erreicht wird, unten aber die Darmbeingegend dieser Seite in der oben beschriebenen Weise frei ist. Der an den linken Rippenrand stossende Geschwulsttheil hatte sich relativ rasch im letzten Halbjahre entwickelt und schien, da er, wenn auch un- deutlich, fluctuirte, aus anderer Masse zu bestehen. Seine Entwicklung verursachte der Kranken zeitweise heftige Schmerzen am rechten Rippenrande. Per vaginam findet der Finger den Beckenraum fast ausgefüllt von unbeweglicher Geschwulstmasse, die Cervicalportion aufwärts und etwas nach rechts, hinter die Symphyse verdrängt. Im Laufe des Februars 1874 stellte sich eine heftige Peritonitis ein, die sich über den ganzen Tumor zu erstrecken schien und 3 Wochen lang dauerte.

Im Sommer 1874 gebraucht die Kranke eine Kur in Luhaschowitz, die folgende Zeit bis zur Operation, brachte ein langsames Wachstum des Tumors, dessen neue Partien alle eine gewisse Fluctuation zeigten; dabei Entwicklung aller Folgezustände, immer grössere Stuhlbeschwerden, bei schweren Stühlen starkes Vordrängen des Mastdarmes, geringe Esslust, Vermehrung des Schwächezustandes, endlich in den letzten 6 Wochen Ascites und hydropische Schwellung der Füsse.

Patientin in hohem Grade abgemagert, blass, so schwach, dass sie nur mühsam gehen kann. Der Bauch gleichmässig vorgewölbt. Umfang in der Höhe des Nabels 132 Ctm., vom Sternum zur Symphyse 78 Ctm.

Die Operation wurde in der Narkose am 9. Jänner 1876 ausgeführt. Schnitt in der Linea alba, der im Verlaufe der Operation bis etwa zur Mitte zwischen Nabel und Sternum verlängert werden musste. (Vor der Operation Katheterisation der Blase.) An der vorderen Bauchwand geringe Adhäsionen. Die Punction ergab nur frisches Blut. Bei der Entwicklung des riesigen Tumors durch die Wunde wurden ausgedehnte venenreiche Adhäsionen des Netzes mit der Hand durchrissen, es blutete darauf wahrhaft im Gusse aus den Rissstellen und zwar sowohl vom Netze, als auch von dem Tumor her, so dass die rascheste Be-

endigung der Operation geboten war. Es wurde daher der Tumor an der Basis mit einer Ecraseur-Kette fest umschnürt und oberhalb derselben abgetragen, dann wurde, während ein Assistent die Aorta abdom. comprimirte, die Unterbindung der blutenden Gefässe vorgenommen, die jedoch auch längere Zeit in Anspruch nahm, weil einige mit präparirtem Catgut angelegte Massenligaturen im weiteren Verlaufe abglitten und so neue Unterbindungen nothwendig machten.

Bei Revision des Stieles zeigte es sich, dass der Scheitel der hochhinaufgezogenen Harnblase mit abgeschnitten war, es wurde daher die Blasenwunde nach Unterbindung der blutenden Gefässe vernäht, der Rest der Blase vom Uterusrest, der den Stiel bildete, abgelöst und an diesen die Kettenklammer angelegt. Hierauf wurde die Bauchhöhle sorgsam gereinigt, Drainageröhren eingelegt und die Wunde durch 20 Nähte geschlossen und ein Compressivverband angelegt. (Dauer der Operation etwa 2 Stunden.)

Der Tumor war ein im ganzen kugeliges Fibrom mit einem länglichen Anhang, von der Grösse zweier Fäuste nach rechts oben, sein Gewicht betrug etwa 23 Kilo.

Die Patientin war während der Operation pulslos geworden, doch besserte sich ihr Zustand wieder etwas, als man ihre Beine mit elastischen Binden eingewickelt hatte. Nach der Operation wurde sie in ein gewärmtes Bett gebracht; sie erholte sich so weit, dass sie ihre Umgebung erkannte, doch führte die Anämie, die sich bei der Patientin durch Lufthunger des höchsten Grades manifestirte, etwa zwei Stunden nach Beendigung der Operation zum Tode.

2 und 3 von Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt*).

C. Kopf und Ohr.

Carcinome.

Epithelioma Cutis capitis.

J. P., 65 Jahre alt, aus Siebenbürgen. Das Leiden dauert über 20 Jahre. Während der Zeit wurde Patient 26mal operirt. Das

*) Ueber weitere Fälle von Uterusfibromen siehe unter Gynäkologie.

Gebilde nahm den ganzen Scheitel der Kopfhaut ein und war immer exulcerirend. Nach der Operation (am 25. Mai 1873), wobei der corrodirte Knochen mit dem Löffel ausgekratzt wurde, war die Reaction sehr gering und Patient nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Epitheliom der linken Ohrmuschel. Amputation derselben. Wegen Recidivs 3 Nachoperationen.

St. J., 69 Jahre alt, litt seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an einer Wucherung der linken Ohrmuschel, die bereits theilweise Defecte verursacht hatte. Am 26. Februar 1873 wurden sie entfernt, indem die ganze Ohrmuschel bis auf den Tragus hart an der Wurzel abgeschnitten wurde, aber schon am 11. April musste wieder ein am Proc. mastoid. knapp am Gehörgange sitzendes über baselnussgrosses Recidiv, das in Gestalt eines Knotens nach hinten wucherte, extirpirt werden, am 25. Mai neuerdings einen am Tragus, bei dessen Beseitigung die Art. temp. ligirt werden musste und am 19. September einen ähnlichen Knoten am Tragus, der nach vor- und abwärts ziemlich in die Tiefe drang. Die Wunden wurden jedesmal mit Eisentinctur touchirt und heilten rasch, mit Ausnahme der letzten, deren Heilung Patient nicht abwartete. Als am 28. September der Kranke zum zweitenmale die Anstalt verliess, war indess noch der aufsteigende Ast des Unterkiefers entblösst. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung durch H. Prof. Wedl ergab Epitheliom.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

D. Gesicht, Nasenhöhle und Mundhöhle.

Geschwülste.

Polypus nasi.

Baron A. T., aus Hermannstadt in Siebenbürgen (25. Juni 1873). Der Polyp wurde mittelst Zange gefasst und entfernt. Patient wurde nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Nasenrachenpolyp.

J. M., 41 Jahre alt, aus Odessa. Im 17. Jahre hatte Patient einen Polypen in der rechten Nasenhöhle; dieser wurde in Constantinopel extrahirt. Von da an, keine Beschwerden, bis vor 2 Jahren (December 1873), wo nach häufig vorausgegangenem Kopfschmerz und Nasenbluten sich eine Geschwulst in der rechten Nasenhöhle bildete, welche die Durchgängigkeit derselben beeinträchtigte und bis zum Frühling 1874 das Athmen durch die Nase vollkommen unmöglich machte. Ein Arzt extrahirte mit der Zange Geschwulstmassen aus der rechten Nasenhöhle, die linke blieb undurchgängig. Im December 1874 operirte Prof. Dittel in der gleichen Weise wegen Zunahme der Beschwerden. Bald stellte sich der alte Zustand her und Patient liess sich am 20. August 1875 von Pirogoff operiren, welcher beide Nasenflügel durch senkrechte Schnitte spaltete, die Nase nach oben zurückschlug und Geschwulstmassen aus der Nasenhöhle entfernte, wobei zugleich ein Substanzverlust im Gaumen gesetzt wurde. Nach 6 Wochen operirte Pirogoff neuerdings (von Munde aus), wobei jedoch nach Angabe des Patienten die Hauptmassen der Neubildung im Pharynx zurückblieben. Seitdem wucherte der Tumor rasch weiter und in letzter Zeit wölbte sich auch die linke Wange vor. Die Nase ist fast vollkommen impermeabel, die Sprache schwer verständlich.

Patient gross, mager, sehr anämisch. Nasenhöhlen durch Tumormassen ausgefüllt, im weichen Gaumen ein länglicher Substanzverlust (von der vorletzten Operation herrührend) dessen Ränder ein glattes Geschwür bilden. Die linke Wange halbkugelig vorgewölbt und an ihrer, dem Oberkiefer zugewandten Seite von weicher Geschwulstmasse durchsetzt, die Cutis normal, Drüsen-schwellungen nicht nachweisbar.

Am 13. November 1875 wurde ein Schnitt senkrecht durch die Oberlippe in das linke Nasenloch, dann links neben der Nase bis fast zum unteren Orbitalrande und diesem parallel nach aussen geführt, der so umschnittene Hauptlappen nach aussen zurückpräparirt. Es kam dabei nur wenig von dem Tumor, der von links her, hinter dem Oberkiefer sich nach vorn drängte, zum Vorschein.

Es wurde nun die vordere Wand des Antrums, die von normalem Knochen gebildet war, mit Hammer und Meissel abgetragen. Nun präsentirte sich eine weissliche, lappige,, derbe Geschwulst, welche das Antrum und die Nasenhöhle (die innere Wand des Antrum fehlte) dicht ausfüllte, ebenso den oberen Theil des Pharynx. Mit grösser Mühe und ziemlichem Kraftaufwand wurde die Hauptmasse des Tumors extirpirt und davon die Geschwulstreste nach Möglichkeit herausgeholt. Es zeigte sich dabei, dass die vordere Fläche der oberen 2 oder 3 Halswirbel, der Keilbeinkörper und dessen Flügel die Ansatzfläche der Neubildung darstellten. Schliesslich wurden noch die, mit der Geschwulst zusammenhängenden Ränder des Substanzverlustes im Gaumen excidirt. Vom Oberkiefer war der Alveolarfortsatz mit den Zähnen (mit Ausnahme des letzten Mahlzahnes, welcher der Zugänglichkeit geopfert worden war) als isolirte Spange stehen geblieben, die überdiess noch zwischen dem ersten und zweiten Backenzahn eine Fractur erlitten hatte. Es wurden darum die Zähne an einander gebunden, dann die Wunde genau vernäht. Die Blutung war nur während der Bildung des Wangenlappens erheblich gewesen, später hin fast Null. Es wurde häufiges Ausspritzen mit Lösung von Kali hypermg. angeordnet.

20. Dec. 1875 zweite Operation. Patient blieb noch 4 Wochen in der Anstalt, hat an Körpergewicht sehr viel verloren und soll im März d. J. in Odessa gestorben sein.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Angioma linguae.

A. K., 30 Jahre alt. Das Angiom hatte Patientin seit ihrer Kindheit, es wuchs sehr langsam. Im Jahre 1872 wurde sie zum erstenmale operirt. Die Geschwulst war haselnussgross und wurde mittelst Galvanocaustik entfernt. Die Schwellung der Zunge war eine geringe. Vielfache Punction mit Galvanocauter. Bei Lösung des Schorfes trat eine kleine Blutung auf, die alsbald gestillt wurde. Nach achtwöchentlicher Behandlung wurde Patientin geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Sarcoma in apice linguae.

E. P., 30 Jahre alt. Die haselnussgrosse an der unteren Fläche der Zungenspitze sitzende, ein Jahr bestehende Geschwulst, wurde am 29. Mai 1872 mit Messer herausgeschält. Die Blutung durch Vereinigung der Ränder gestillt. Die Schwellung war unbedeutend, die Nähte wurden am 3. Tage entfernt, die Wunde heilte im Verlauf von 8 Tagen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Epulis am linken Oberkiefer.

Fr. L., 26 Jahre alt, aus Ungarn, litt seit 10 Monaten an einer neben und hinter dem rechten oberen Eckzahn wuchernden Epulis, die schon einmal, doch ohne Erfolg, weggeschnitten worden war. Exstirpation am 4. Juli 1871 nach Extraction des Eckzahns wurde mit sehr feinen Meisseln ringsherum der Alveolarfortsatz entfernt und theils zur Blutstillung, theils zur Zerstörung der Wundbasis mit Eisentinctur touchirt. Die Patientin verliess die Anstalt schon nach 4 Tagen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Epulis am rechten Oberkiefer.

J. H., 68 Jahre alt, aus Mähren. Die Geschwulst entwickelte sich seit einem halben Jahre nach der Entfernung des zweiten Backenzahnes im Oberkiefer. Sie war haselnussgross, sehr empfindlich und leicht blutend. Die Exstirpation (am 27. October 1873) war mit geringer Blutung, die mit Eisentampons gestillt wurde. Reaction gering. Am 14. Tage war die Wunde rein und der Kranke verliess in der dritten Woche geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. v. Dumreicher operirt.

Ein zweiter Fall bei einer 26jährigen Frau aus Ungarn wurde vom H. Hofrath Billroth operirt und nach 9 Tagen geheilt entlassen.

Ranula.

E. D., 36 J., aus Galizien (8. December 1873). Durch die Cyste wurde ein Faden durchgezogen und zugebunden; da keine Schwellung auftrat, verliess der Kranke am 2. Tage die Anstalt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Ranula.

P. D., aus Ungarn, wegen beiderseitiger Ranula zu wiederholtenmalen operirt, kam am 31. October 1873 in die Anstalt. Die Ranulae wurden ausgeschnitten, wiederholt mit Lapis touchirt, und die grosse Heilungstendenz durch Einlegen von Charpie und Lüften mit der Sonde gestört. Die letztere Procedur musste der Kranke auch nach seiner Entlassung forsetzen, weil, sobald sich die Oeffnung schloss, jedesmal die Submaxillardrüse der entsprechenden Seite mächtig anschwell.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Lipoma der linken Wange.

H. D., 19 Jahre alt, aus Raab. (29. September 1873.) Ein nussgrosses Lipom in der linken Wange, das mit Lapis behandelt wurde und ein hühnereigrosses Lipom in der linken Schulter. Exstirpation und Heilung ohne Reaction.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Chondro-Sarcoma parotidis sinistr.

H. G., 53 Jahre alt, aus Semlin. Wurde angeblich im Jahre 1853 von Schuh operirt, bekam aber 1860 ein Recidiv seines Tumors, der allmählig an Grösse zunahm.

3. Juni 1875. Der grosse, magere Patient hat an der linken Seite des Halses, von der Parotisgegend sich etwa bis zur Mitte der Länge des Halses heraberstreckend, einen unregelmässig grosshöckerigen, sehr derben Tumor, der von verdünnter, röthlichbrauner Haut bedeckt ist. Der Tumor wurde an seiner Basis durch einen etwa kreisförmigen Schnitt, welcher die Haut trennte, angegriffen und dann zum Theile stumpf von der Unterlage abgelöst. Die Wunde wurde nach Ligirung der ziemlich zahlreichen, blutenden Gefässe durch Nähte etwas verkleinert, dann in die, durch die Nähte gebildeten Taschen Drainageröhren eingelegt und das Ganze mit Guttaperchapapier und Watte bedeckt.

Der linke Wundwinkel ist seit dieser Operation unbeweglich durch Trennung der betreffenden Facialiszweige. Der Tumor

bestand aus etwa 18 haselnuss- bis wallnussgrossen, weichen Knoten, welche grösstentheils makroskopisch das Ansehen sehr weicher Chondrome haben, einzelne sehen aus, wie weiche Sarcome, eines ist im Centrum erweicht und verflüssigt. Vollkommen geheilt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Sarcoma medullare orbitae sinistrae.

Dr. I. S., 42 Jahre alt, aus Niederösterreich. Seit Juli 1872 entwickelte sich die Geschwulst unter heftigen Schmerzen im Auge, ohne jedoch die Functionen des Bulbus irgendwie zu beeinträchtigen.

Am linken unteren Orbitalrande fand man eine aufsitzende flache Geschwulst, die sich gegen den inneren Augenwinkel verlor, den Augapfel selbst intact liess, deren Grenze nach hinten jedoch nicht bestimmbar war. Die Operation wurde am 29. August 1872 ausgeführt. Um den Bulbus bei der Exstirpation zu erhalten, löste Prof. Weinlechner das untere Lid, indem er mit ihm einen viereckigen Lappen mit unterer Basis bildete, bis zum knöchernen Orbitalrande ab und begann die Entfernung des Tumors; seine Ausbreitung nach hinten aber überzeugte ihn bald von der Unmöglichkeit den Augapfel zu schonen, welchen er daher sofort exstirpirte, indem er in ihn einen spitzen Haken einstach, ihn unten, dann oben umschnitt und mit der Hohlscheere die Entfernung vollendete.

Soviel er nun auch von dem Neugebilde mit Messer, Scheere, Schabeisen und Elevatorium ausrottete, so wuchs sie sozusagen während des Operirens nach allen Seiten. In alle nachbarlichen Räume sah er sie vorgedrungen, so in die untere Augenhöhle, in die Oberkieferhöhle, in die Nasen-, vielleicht auch in die Stirnhöhle. Von einer gründlichen Ausweidung konnte keine Rede mehr sein; den in die Nasenhöhle sich erstreckenden Fortsatz entfernte er noch durch einen in dieselbe eingeführten Finger, während ein anderer von der Augenhöhle aus mithalf, doch mögen auch hier Reste zurückgeblieben sein.

Die Blutung war mässig, nur hie und da Auflegen von in Liquor ferri getauchten Charpietampons nöthig.

Die von Herrn Dr. Sattler vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab, dass ein grosszelliges Sarcom vorlag, das stellenweise wenigstens in die Gruppe der alveolaren gehörte, ausserdem noch dadurch von den übrigen Orbital-sarcomen abwich, als es (nach Art der Carcinome) zwischen die Muskelfaserbündel hineinwuchernd, diese auseinanderdrängte.

Der Verlauf war durch hochgradige Kopfschmerzen ausgezeichnet (Morphinsalbe). Das Fieber blieb mässig, das untere Augenlid wurde stark ödematös.

Rasch aber begann die Geschwulst sich zu erneuern und konnte die Wucherung durch Application des Lapis caust. gar nicht gehindert werden.

Eine unstillbare Diarrhöe brachte den Kranken noch mehr herunter und in elendem Zustande trat er am 22. September aus der Behandlung.

Im Mai des folgenden Jahres sah ihn Prof. Weinlechner wieder. Die Neubildung hatte nicht nur die ganze Augenhöhle ausgefüllt, sondern überragte weit den unteren Orbitalrand und drang tief in die Nasenhöhle vor.

Dem dringenden Verlangen des desperaten Patienten nach einer neuen Operation konnte selbstverständlich nicht willfahrt werden, obwohl das Aussehen des Patienten übrigens ziemlich gut war und auch sich nirgends infiltrirte Lymphdrüsen fanden.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Cyste im Kieferaste.

H. L., 19 Jahre alt, aus Olmütz. Vor 2 Jahren kam unter grossen Schmerzen und Schwellung der linke, untere Weisheitszahn zum Durchbruche. Es bildete sich ein Abscess, der nach innen aufbrach. Vor einem Jahre wurde dieser Weisheitszahn und vor drei Wochen der 2. Mahlzahn gezogen. Die Eiterung sistirte bis vor 3 Wochen, wo sie unter Schmerzen und Anschwellung wieder auftrat. Als am 30. Mai 1872 der Kranke in die Anstalt aufgenommen wurde, bestand am aufsteigenden Aste

des linken Unterkiefers eine rundliche, knochenharte Vorwölbung; hinter dem 1. Mahlzahn eine feine Oeffnung, durch die man mit der Sonde über 1" tief eindringen konnte, ohne jedoch auf den rauhen Knochen zu gelangen, nichts destoweniger konnte man einen Sequester vermuthen; die Oeffnung wurde mit dem Knopfmesser erweitert und man gelangte nun mit dem Finger in eine hühnereigrosse, glattwandige Höhle, die nach aussen und innen von einer dünnen, theilweise nachgiebigen Knochenwandung bekleidet war, also in eine Knochencyste. Der grösste Theil der eierschalendicken äusseren Wand wurde durch Zerbrechen mit dem Meissel und Extraction mittelst Zange entfernt, bei welchen Manövern es zu einem Bruch des Kieferastes kam, denn das Kinn sank auf einmal gegen die linke Seite hin, auch der Unterkiefer nerv wurde verletzt, wie die fast 2 Monate andauernde, sensible Lähmung am Kinn bewies. Die Aussenwand der Höhle wurde nunmehr, wie beim Zufühlen deutlich war, nur mehr durch den Masseter gebildet. Die Höhle wurde fleissig ausgespritzt, der Kiefer durch ein dreieckiges Tuch hinaufgebunden. Der Bruch heilte binnen 3—4 Wochen ohne Entstellung. Während dessen gingen öfter nekrotische, eierschalendicke Knochenstückchen ab. Am 7. Juli 1872 konnte man durch die bedeutend verkleinerte Oeffnung noch immer mit der Sonde zolltief eindringen und gelangte auf rauhen Knochen. Die Höhle wurde nun wiederholt mit Jodtinctur bepinselt und gereinigt. Die Heilung kam schliesslich vollkommen zu Stande.

Vom Herrn Professor Weinlechner operirt.

Sehr schmerzhaftes Knochencyste, welche an der Schuppe des Schläfebeines an einer thalergrossen Stelle auch die tabula vitrea zur Resorption brachte.

Frau Baronin J. F., 37 Jahre alt, aus Prag, hatte schon als Kind ein sogenanntes kleines Ueberbein in der linken Schläfegegend. Im Jahre 1865 kamen Schmerzen und die Geschwulst begann rasch zu wachsen. Man erklärte die Geschwulst für ein Medullarsarcom, ein *noli me tangere*. Im Jänner 1869 kam die Kranke nach Wien zu uns. In der linken Schläfegegend sass eine manns-

faustgrosse rundliche Geschwulst, welche nach aufwärts über die Linea semicircul. nach vorn bis zur Hälfte der Augenbrauen, welche theilweise über die Geschwulst verlief, reichte. Das obere Lid war dadurch nach ein- und abwärts gedrängt. Am äusseren Orbitalrande ging dann die Geschwulst abwärts bis zum Jochbogen, wo sie etwas überhing, rückwärts endete sie fingerbreit vor der Ohrmuschel. An der Peripherie der Geschwulst war ein deutlicher Knochenwall fühlbar. Die Geschwulst war nur scheinbar verschiebbar; deutlich fluctuirend. Doch der hiebei vorkommenden Täuschungen bewusst und der Seltenheit so grosser Cysten hier eingedenk, wurde eher an ein Medullarsarcom gedacht. Die Kranke selbst war blass aussehend und abgemagert, theilweise auch aus Furcht der Krankheit zu unterliegen. Eine genaue Diagnose konnte erst aus der Probepunction erfolgen, für die auch der zur Consultation beigezogene Prof. Billroth stimmte. Sie war wegen eventuellen Zusammenhanges der Geschwulst mit dem Gehirn nicht gleichgiltig. Am 22. Juni 1869 wurde sie vorgenommen und eine bräunliche Flüssigkeit entleert. Die Diagnose auf Cyste war nun sichergestellt. Am folgenden Tage wurde die Punction mit einem dickeren Troicar gemacht und entleerte eine ziemliche Menge der braunen, dicken, viel Cholesterin enthaltenden Flüssigkeit. Der periphere Knochenwall wurde undeutlich fühlbar und in der Mitte eine vierkreuzerstückgrosse Vertiefung. Am 24. Jänner 1870 trat zur Stichwunde ein Erysipel, das über das Gesicht wanderte. Während dessen vergrösserte sich die Geschwulst wieder und der Inhalt wurde jauchig, so dass die Spaltung sich nicht mehr aufschieben liess, welche ich dennoch am 29. Jänner vornahm, mit Ausschneiden eines elliptischen Hautstückes. Die Basis zeigte sich deutlich als ein gegen die Mitte zu abfallender Knochenwall, der eine circa $1\frac{1}{2}$ " im Durchmesser haltende, querovale Lücke einschloss, die einen aus Cystenwand und offenbar auch Gehirnhäuten bestehenden, membranösen, deutlich pulsirenden Verschluss besass.

Die Heilung erfolgte ohne weitere Zwischenfälle. Auch der Knochenwall verkleinerte sich unter Bepinslungen mit Jodtinctur. Am 20. April reiste die Kranke, blühend aussehend,

ab; nur zur Zeit der Periode empfindet sie an der kreuzergrossen, vertieften, hie und da pulsirenden Narbe Schmerzen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Hydrops antri Highmori mit spontanem Durchbruche und Jauchung. Heilung nach partieller Resection der knöchernen Wand.

J. W., 38 Jahre alt, aus Niederösterreich, litt seit dem Jahre 1856 an einer nach einem Zahngeschwür aufgetretenen Verhärtung am rechten Oberkiefer, die sich seit dem J. 1870 vergrösserte, im November 1870 in die vordere Mundhöhle aufbrach und seitdem übelriechendes Secret entleert. Vor dem 2. Mahlzahn fand man an der Aussenseite des Process. alveolaris eine Lücke, durch die die Sonde in eine grosse Höhle drang, welche eben die jauchige Flüssigkeit entleert. Es bestand also Hydrops antri Highmori, der dessen vordere Wand, nicht aber auch den harten Gaumen vordrängte. Am 19. April 1871 wurde ohne Narkose mit Meissel, Hammer und Kneipzange ein Theil des Alveolus an der Stelle der Lücke entfernt und auch von der Aussenwand der Highmorshöhle eine quadratzollgrosse Partie abgetragen, so dass man mit dem Zeigefinger bequem eindringen konnte. Anfangs Mai war die Wunde bis auf eine feine Fistel geschlossen, durch die sich der Kranke die Höhle ausspritzt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinome.

Epitheliom der rechten Wange.

A. H., 52 Jahre alt, aus Kunstadt in Mähren. Der Kranke beobachtete im Jahre 1869 harte Stellen in der Schleimhaut der rechten Backe, die vom Mundwinkel in einem Strange über die Mitte der Wange zogen. Diese Stellen brachen dann auf, waren sehr schmerzhaft und wurden mit Lapis touchirt, jedoch erfolglos. Das Neugebilde wurde am 3. November 1871 excidirt, die Reaction war anfangs mässig; am 8. Tage trat ein Erysipel, dem zwei Schüttelfröste vorhergegangen sind, auf. Das Erysipel nahm innerhalb 3 Tage die gesammte Haut des Kopfes und des Ge-

sichtes ein. Die Temperatur war 41·0, die Schwellung der Haut stark, die Wunde war trocken. Nach 13 Tagen begrenzte sich das Erysipel, das Fieber hörte auf, die Wunde war rein, die Abschwellung der Haut erfolgte rasch und nach vollständiger Abschwellung verliess der Kranke die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Cancer melanodes an der rechten Wange.

Frau C. R., aus Galizien, 49 Jahre alt, Beginn des Leidens im Jahre 1870 in Form eines Knötchens an der rechten Wange. In den letzten 2 Jahren wurde die Kranke zweimal operirt, jedesmal Recidiv nach 3 Monaten. Bei der ersten Aufnahme am 7. September 1874 fand sich ein kastaniengrosser, theilweise mit bläulicher Narbe bedeckter, auf der Unterlage verschiebbarer Knoten in der rechten Wange. Lymphdrüsen nicht geschwellt. Derselbe wurde exstirpirt und das Periost vom Jochbein und Oberkiefer beseitigt sammt einem grossen Theile des Musculus orbicularis orbitae, der wie in Tinte getaucht aussah. Wunde nicht vereinigt. — Am 8. Mai 1875 Recidiv in Form eines haselnussgrossen Knotens in der Narbe. Keine Drüsenanschwellung. Ohne alle Rücksicht auf Entstellung ging man jetzt noch gründlicher zu Werke. Alle Weichtheile vom Orbitalrande bis zum Lippenroth, von der Linea nasolabialis einerseits bis zur hinteren Grenze des Jochbeines andererseits wurden beseitigt, die vordere Wand der Highmorshöhle und ein grosser Theil des Nasenfortsatzes des Oberkiefers mit dem Meissel entfernt. Auch diesmal erschien ein Muskel, nämlich der Orbicularis oris ganz schwarz gefärbt, und musste deshalb von der Lippe so viel entfernt werden. Der mit noch eiternder Wunde entlassenen Kranken wurde bedeutet, dass eine Plastik des Fehlenden erst einer späteren Zeit vorzubehalten sei.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinoma orbitae.

C. S., 28 Jahre alt, aus Pest, kam am 20. December 1870 in die Anstalt. Das Carcinom befand sich in der rechten Orbita

hinter dem Bulbus. Der Bulbus stark nach vorn und unten vorgeschoben. Sehvermögen des betreffenden Auges stark beeinträchtigt. Die bei der Exstirpation des Gebildes im Anfange beabsichtigte Erhaltung des Bulbus wurde zur Unmöglichkeit, da sonst das Gebilde hätte nicht gänzlich entfernt werden können und ausserdem die hintere Fläche des Bulbus bereits ergriffen war. Von einer Läsion der Knochen und einer Communication mit der Hirnhöhle nichts zu bemerken. Die nach Entfernung des Tumors und des Bulbus nunmehr offen gelegene Orbita füllte sich mit Anwendung der geeigneten Behandlung in kürzester Zeit mit Granulationen und Patient verliess nach 4 Wochen geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma orbitae.

A. V., 35 Jahre alt, aus Görz. Patientin gibt an, seit vielen Jahren schon Schmerzen in der Stirn- und Schläfegegend zu haben. Die Augenlider seit dem Jahre 1864 geschwellt. Seit Jänner 1874 bildete sich eine, immer grösser werdende Geschwulst am Augenlide aus.

Die Geschwulst geht vom Periost aus und zwar erstreckt sich dieselbe vom inneren Augenwinkel nach rückwärts in den Bulbus. Am 23. April 1874 wurde die Enucleatio bulbi ausgeführt. Fieber sehr gering, 38·5, 38·8, Puls 110. Während vier Wochen hatte die Kranke heftige Schmerzen in der Stirn- und Schläfegegend. Nach 5 Wochen wurde Patientin geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Epithelioma palpebrae infer. oculi dextri.

J. J., 40 Jahre alt, aus Böhmen. Im Jahre 1867 wurde Patient zum erstenmale operirt. Seit 1870 Recidiv. Das Carcinom ist leicht beweglich und nicht exulcerirend.

Am 28. April 1873 wurde die Exstirpation des Carcinoms vorgenommen und der Canthus durch Plastik ersetzt. Nach 2 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Epitheliom der Unterlippe mit Drüsenschwellung.

Herr K. A., 70 Jahre alt, seit 2 Jahren krank, besitzt ein Epitheliom, welches die rechtsseitigen drei Viertel der Unterlippe und den Mundwinkel bis im Umkreise eines halben Zolles ergriffen hatte. Am 24. Mai 1870 wurde alles Krankhafte mit dem Messer entfernt, die Wunde in der Gegend des Mundwinkels durch Hefte der Knopfnah, im Uebrigen aber nur die Haut mit der Schleimhaut durch die Kürschnernaht vereinigt. Ausserdem wurden 4 über haselnussgrosse rechtsseitige Submaxillarlymphdrüsen nach Bildung eines separaten Schnittes exstirpirt. Es heilte Alles recht hübsch, nur stand der Mund etwas nach rechts und abwärts.

Vom Herrn Professor Weinlechner operirt.

Epithelioma labii super.

A. R., 43 Jahre alt, aus Marburg. Das Gebilde reichte über den rechten Mundwinkel hinaus. Patient unterzog sich nach vorausgegangener fruchtloser Cauterisation, der Exstirpation, am 10. November 1870. Die Heilung war nach Anlegung der Naht eine so rasche, dass der Patient bereits am 10. Tage nach der Operation entlassen werden konnte und war die Entstellung schon bei der Entlassung eine so geringe, dass man mit Sicherheit auf ein Schwinden selbst dieser geringen Entstellung rechnen konnte.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Cancer fibrosus parotidis sinistrae.

Herr A. S., aus Lemberg, 51 Jahre alt, besass seit dem Jahre 1863 in der linken Parotis eine, bisher schmerzlose, jedoch beim Kauen Spannung verursachende, spontan entstandene Geschwulst, dieselbe ist bei hühnereigross, sehr derb, schwer verschiebbar und im Drüsenparenchym eingebettet. Lymphdrüsen sind nicht geschwult. Operation am 30. Juni 1869 in der Narkose. Zuerst wurde ein Schnitt vom Tragus ausgeführt, der Tragus gespalten, nach vorne und etwas abwärts und diesem Schnitte, als er sich nicht ausreichend zeigte, wurde ein senkrechter knapp am Ohrläppchen herab beigefügt. Die Operation war sehr schwierig,

wegen der innigen Verbindung mit dem Parotidsgewebe und dem Nervus facialis. Um die Zweige dieses Nerven möglichst zu schonen, wurden die Geschwülste gespalten, und jede Hälfte für sich vom Nerven abgetrennt. Seine Zweige lagen frei präparirt in der Wunde, doch mögen sie beim stumpfen Lostrennen von der Geschwulst stark gequetscht worden sein. So lange der Patient sich in Narkose befand, war das Auge geschlossen, als er jedoch erwachte und das Mienenspiel begann, wurde die, wenn auch nicht hochgradige Facialislähmung bemerkt. Dieselbe bestand noch fort, als der Kranke am 4. August die Anstalt verliess. Die Diagnose auf fibrösen Cancer wurde von Prof. Wedl gestellt. In den 2 darauf folgenden Sommern sah Prof. Weinlechner den Kranken wieder, und war sowohl über sein gutes Aussehen erfreut noch mehr aber über die Thatsache, dass die Lähmung des Facialis bis auf die noch gelähmte linke Stirnhälfte gehoben war.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinoma parotidis dextr.

Wilhelm S., 50 Jahre alt. Das etwa wallnussgrosse Neugebilde hatte den grössten Theil der rechten Parotis substituirte, war angewachsen an den vorderen Rand des Musc. sternocleidomastoidus und reicht nach rückwärts bis zum Process. styloid. Am 23. März 1871 wurde das Gebilde in der Weise entfernt, dass man es durch genaue Präparation aller umgebenden Theile freilegte, ohne vorherige Unterbindung der Carotis und ohne Verletzung des Laryngeus superior. Die nach Herausnahme des Neugebildes etwa über 1" in der Tiefe betragende Wundhöhle füllte sich rasch mit Granulationen. Nach langer Zeit jedoch beinahe schon vor Ende der gänzlichen Schliessung der Wunde störte ein heftiges Kopferysipel die vollständige Heilung für längere Zeit. Patient verliess nach 5 Wochen vollständig geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Carcinoma parotidis dextr.

P. B., aus Janina, 24 Jahre alt. Die Geschwulst bestand seit Kindheit und war tief und fest eingebettet. Die Kranke war

sehr mager und heruntergekommen, Extirpation am 16. December 1873. Die ersten zwei Tage befand sich die Kranke ziemlich wohl, am 3. Tage Collapsus, Oedem der rechten Lunge. Tod.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma parotidis.

Isak A., 42 Jahre alt, aus Galizien. Die Geschwulst an der Parotis besteht seit dem Jahre 1871. Die Grösse derselben ist die eines Taubeneies. Dieselbe greift in die Tiefe, die Oberfläche ist exulcerirt. Bei der am 25. October 1874 vorgenommenen Operation war die Blutung ziemlich gross, ebenso trat eine grosse Blutung am 6. Tage nach der Operation ein. Patient wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma linguae.

Heinrich B., 49 Jahre alt, aus Wien. Das Neugebilde von der Grösse einer Haselnuss sass am rechten Zungenrande. Daneben war die ganze Zungenoberfläche panzerartig belegt. Die mit dem Messer begonnene Extirpation wurde mit dem Ecraseur vollendet, da eine heftige Blutung vermieden werden sollte. Patient war nach kurzer Zeit genesen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Carcinoma linguae.

Gräfin B. R., 52 Jahre alt, aus Brünn. Die Neubildung bestand seit Jänner 1872 und erstreckte sich oberflächlich über den linken Zungenrand bis zur Wurzel der Zunge, über die Schleimhaut der zwei letzten Backenzähne und hinter diesem auf die Wange. Operation am 23. Juni 1872 geschah theilweise mit dem Messer, theilweise mit dem galvanocaustischen Brenner. Die Blutung wurde mit Eisentampons gestillt, Reaction mässig. Nach 8 Tagen reinigte sich die Wunde und heilte unter Anwendung von Alaunwasser und Nitras argenti in Substanz.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Epithelioma linguae.

Frau D. W., aus Wien, 74 Jahre alt, (ihr Mann starb an Zungenkrebs) glaubt seit Jänner 1872 in Folge eines Bisses in die Zunge erkrankt zu sein. Am linken Zungenrande zieht sich eine harte Geschwulst einen halben Zoll hinter der Zungenspitze beginnend bis gegen den Arcus palatoglossus. Die über wallnuss-grosse Geschwulst war exulcerirt. Keine Drüsenschwellung nachweisbar. Am 22. Februar 1872 wurde die Kranke mittelst Galvanocaustik ohne jede Blutung operirt. Drei Schlingen wurden angelegt, zuerst eine senkrecht stehende nach hinten, eine zweite senkrechte nach vorne und eine schräg horizontale nach unten. Aus Vorsicht wurde der äussere untere Rand der Zunge unterbunden. Der Grund der Wunde wurde intensiv mit dem Galvanocauter gebrannt. Mit Ausnahme von 3 Nachblutungen am 3., 4. und 8. Tage nach der Operation ging die Heilung anstandslos von statten, und war am 8. April vollendet. Die Kranke erholte sich zum Erstaunen rasch, sprach ganz gut, und blieb vom Zungenübel für immer befreit. Dagegen waren, als sich anfangs Jänner 1873 die Kranke Herrn Prof. Weinlechner wieder vorstellte, die Submaxillardrüsen derart infiltrirt und fixirt, dass an eine Exstirpation nicht mehr zu denken war.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinoma linguae.

M. G., 35 Jahre alt, von Stuhlweissenburg in Ungarn. Das Carcinom war nussgross an der linken Seite der Zunge sitzend und bestand seit dem Jahre 1872. Exstirpation mit Unterbindung der A. lingualis. Am 1. December 1873 Reaction sehr gering, Schwellung der Zunge unbedeutend, nur wurde der Kranke vom starken Husten geplagt. Die Ligatur fiel am 14. Tage ab. Der Kranke konnte die flüssige Nahrung ohne Beschwerden nehmen. In der Familie ist Carcinom erblich.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma linguae.

S. H., 56 Jahre alt, aus Ungarn. Die Krankheit dauerte seit October 1872. Der Kranke wurde bereits im Jänner 1873 in

Pest operirt, wo damals ein haselnussgrosser Knoten an der unteren Fläche der Zunge entfernt wurde. Am 16. März 1873 wurde $\frac{2}{3}$ der Zunge vom Hals aus, abgenommen mit Unterbindung der beiden Arteriae linguales. Die Reaction war sehr gering. Der Kranke konnte bei geringer Schwellung der Zunge flüssige Nahrung, wenn auch schwer zu sich nehmen. In 4 Wochen war die Zunge geheilt, nur ist am Hals eine kleine Wunde geblieben, die Sprache war ziemlich deutlich.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma linguae.

E. Sch., 53 Jahre alt, aus Pest. Im Jahre 1857 hatte Patient einen Schanker. Seit dem Jahre 1874 bildete sich am linken Zungenrande eine kleine, bewegliche Verhärtung. Zeitweise traten auch kleine Geschwüre an der Zunge auf, seit Mai 1874 offene Wunde.

Am 22. Juni 1874 wurde die Amputatio linguae gemacht. Bei der Operation war, da die Lingualis unterbunden wurde, die Blutung keine grosse. Gleich nach der Operation trat heftiges Fieber auf.

Nach 10 Tagen starb Patient an Erscheinungen der Pyämie.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma linguae.

W. E., 52 Jahre alt, aus Czernowitz. Patient gibt an, schon im Jahre 1871 an Zungenkrebs operirt worden zu sein. Seit 1873 Recidiv. Das Carcinom erstreckt sich auch am Gaumenbogen. Die Operation wurde am 25. Juni 1874 ausgeführt. Es wurde die Art. lingualis unterbunden. Nach der Operation trat kein Fieber auf. Am 7. Tage hatte Patient bereits das Bett verlassen, konnte im Zimmer herumgehen und befand sich ganz wohl. Allein am 9. Tage nach der Operation trat eine Parotitis auf, am 10. Tage rechtsseitige Parese, Kinnschwellung. Die Temperatur stieg auf 40·0, Puls 140·0. Rascher Collapsus und am 11. Tage Tod in Folge von Pyämie.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma linguae.

J. S., 47 Jahre alt, aus Sarna. Seit Jänner 1873 bemerkte Patient am Zungenrande ein kleines Knötchen, das bis Jänner 1874 stille stand und erst seit dieser Zeit ausserordentlich rasch wuchs. Im April 1874 wurde der Kranke mittelst Galvanocaustik operirt, jedoch ohne Erfolg, da das Carcinom gleich nachwuchs. Die Operation wurde mit Unterbindung beider Artae. linguales vorgenommen. Gleich nach der Operation war kein Fieber, am 3. Tage Temp. 39·8, die Wunde mit einem diphtheritischen Beleg. Es wurde die Wunde mit Tinct. jodina eingepinselt. Am 4. Tage trat Collapsus ein; Patient lag bewusstlos; aus diesem Zustande erholte sich der Kranke allmähig. Es trat am 8. Tage Singultus auf, hohe Temperatur Morgens 40·0, Abends 40·8 und unter diesen Erscheinungen starb Patient 12 Tage nach der Operation.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Medullarcarcinom des linken Oberkiefers. Resection des letzteren mit Spaltung der Wange; beides wegen Recidivs wiederholt.

Fr. A. B., 40 Jahre alt, aus Wien, bemerkte im Jänner 1870 eine Anschwellung am linken Oberkiefer, die von einer Wucherung am Process. alv. bedingt war, und mit Lockerung und Verdrängung der Zähne einherging. Am 2. März 1870 wurde sie beseitigt, indem $\frac{1}{3}$ '' vom Mundwinkel die Oberlippe gespalten, der Schnitt bis nahe zum Orbitalrande verlängert und nach Extraction des linken, mittleren Schneidezahnes die Geschwulst umschnitten wurde. Sodann wurde sie sammt dem Proc. alv. der vorderen Wand der Highmorshöhle und einem grossen Theil des Gaumenfortsatzes entfernt. Die Heilung der Hautwunde erfolgte per prim. mit bedeutender Einkerbung der Oberlippe, nach 8 Wochen war auch die Kieferwunde fast geschlossen, doch die Sprache näselnd, obwohl nur zwischen Nasen- und Highmorshöhle eine Verbindung bestand. Am 23. Juni kam die Kranke schon mit einem Recidiv, bestehend in einem halbwallnussgrossen Knoten in der Wangennarbe und einem haselnussgrossen am

Process. alveol. Am selben Tage wurden die Knoten nach vorausgehender, neuerlicher Spaltung der Wange exstirpirt. Durch halbmondförmiges Umschneiden und Ausstemmen des Knochens, so dass Mund- und linke Nasenhöhle in directer Verbindung standen, wurde die Wunde wieder vereinigt und heilte mit Einstülpung des Lippenroths in der äusseren Partie. Am 4. Juli wurde die Kranke entlassen. Noch waren keine Drüsen geschwellt, 4 Tage später wurde schon eine in der linken Unterkiefergegend geschwellte Drüse entdeckt, bald ihrer mehrere, am 25. August auch ein isolirter haselnussgrosser Knoten in der Wange, der im December schon exulcerirte, sich dann weiter ausbreitete, so dass es zu mehreren Durchbrüchen kam, und die Patientin am 14. Februar 1871 der Krankheit erlag.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinoma maxillae sup. ex Highmori.

M. F., 43 Jahre alt, aus Döbling. Die Kranke stets gesund, bemerkte im Jahre 1870 einen kleinen Knoten über der linken Wange, der schmerzhaft war, schnell excoriirte und leicht blutete. Der Knoten wuchs rasch unter Anschwellung der Wange. Bei der Aufnahme fand man in der rechten Wange, entsprechend dem Foram. infraorb. eine nussgrosse mit der Haut verwachsene, nicht verschiebbare Geschwulst, die nach aussen excoriirt war, und Jauche absonderte. Das Aussehen war ziemlich gut. Unter der Haut stiess man auf einen Defect im Knochen, aus dem eine weisse, körnige Geschwulst sich entwickelte. Die durch die Geschwulst selbst erzeugte Oeffnung im Knochen wurde durch Ausstemmen des Knochens erweitert, wodurch man Einsicht in die Highmorshöhle bekam, die Geschwulst wurde aus der Höhle mit Raspatorium abgeschabt, die grosse Nasenmuschel und der kranke Theil des Oberkiefers entfernt und die Blutung mit Eisenchloridtampons gestillt. Der Substanzverlust in der Haut der Wange wurde einer späteren plastischen Operation vorbehalten. Die Kranke vertrug den Eingriff ohne grosse Reaction. Am 47. Tage wurde dieselbe geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher operirt.

Carcinoma maxillae infer.

B. R., 47 Jahre alt, aus Galizien. Der Kranke litt einige Monate an Zahnschmerzen. Im October 1873 fiel der zweite Backenzahn heraus und gleich bemerkte der Kranke eine Geschwulst sich entwickeln, die mit Lapis touchirt wurde. Die Carcinomatose war in der ganzen Familie erblich. Der Kranke war sehr heruntergekommen. Am 23. December 1873 wurde die partielle Resection des Unterkiefers vorgenommen. Am 2. Tage nach der Operation trat Diphtheritis der Wunde ein, die Zunge war ziemlich stark geschwellt. Die Reinigung der Wunde ging sehr träge vor sich, der Kranke konnte nur mit Mühe kalte, flüssige Nahrung nehmen. Da derselbe an Kräften abnahm, wurde er künstlich genährt. In den letzten Tagen traten Schüttelfröste auf, schliesslich Tod durch Pyämie.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinome

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Form der Krankheit	Anfang		
					Alter	Zeit	Form
1	Therese H.	59	rechte Seite der Stirne	flach ulcerirt	58	?	flaches Geschwür
2	Graf E.	75	Thalergrosses Geschwür an der Wangenhaut links	infiltrirt	74	?	Knötchen in der Wange
3	Katharina M.	84	Erbsengrosses Geschwür an der Unterlippe	Knoten	82	?	Knötchen
4	Karoline K.	83	Kreuzergrosses Geschwür in der linken Wangenhaut	flach	82	Juni 1870	kleines Knötchen
5	Anna R.	53	die halbe Unterlippe	oberflächlich	?	?	?
6	Emanuel W.	48	Erbsengrosses Geschwür in der Wangenhaut links	flach	47	Mai 1871	Knoten an der Wange
7	Nicolaus S.	42	Geschwür an der Unterlippe	flach	40	?	Knoten in der Lippe
8	Anna R.	53	Geschwür an der Unterlippe	infiltrirt	52	August 1871	Knoten in der Lippe
9	Baron J. v. M.	62	die halbe Unterlippe	ulcerirt	56	?	?
10	Ignaz d. R.	72	der linke Nasenflügel zerstört	flach ulcerirt	?	?	Knötchen
14	Adolf A.	55	Thalergrosses Geschwür in der Wangenhaut links	flach	53	August 1873	Knötchen in der Wange

des Gesichtes.

Operation			Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Dauer der Krankheit bis zur 1. Operation	Art der Operation	Zeit der Operation			
1 Jahr	Pasta Landolfi	Juni 1869	gebessert	Nach einem Jahre trat an derselben Stelle Recidiv auf, Patientin unterzog sich keiner weiteren Behandlung	v. Pitha
1 Jahr	Excision	Mai 1870	geheilt	—	v. Pitha
2 Jahre	Excision	Mai 1870	geheilt	—	v. Pitha
14 Monate	Pasta Landolfi	August 1871	geheilt	—	v. Dumreicher
?	Excision und Plastik	Sept. 1871	geheilt	—	v. Pitha
10 Monate	Excision	März 1872	geheilt	Bis nun (1876) kein Recidiv aufgetreten	Billroth
2 Jahre	Excision und Plastik	April 1872	geheilt	—	Billroth
1 Jahr	Excision und Plastik	August 1872	geheilt	—	v. Pitha
?	Chlorzink-pasta	Mai 1873	gestorben an Marasmus	Patient wurde bereits im Jahre 1867 operirt, seit 1871 Recidiv	Dittel
?	Excision	Mai 1874	geheilt	—	Billroth
13 Monate	Excision	Sept. 1874	geheilt	Bis 1876 kein Recidiv aufgetreten	v. Dumreicher

Carcinome der

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Form der Krankheit	Anfang		
					Alter	Zeit	Form
1	Albert G.	42	Zungenbändchen	infiltrirt	42	Mai 1869	Ulceration am Zungenbändchen
2	Leopold K.	54	Carcinomatöse Infiltration des rechten Oberkiefers	infiltrirt	53	Febr. 1869	Schmerzen der linken Wange
3	Bl. D.	60	Carcinom des linken Oberkiefers	infiltrirt	60	?	Schmerzen in den Backzähnen des linken Oberkiefers
4	Karl B.	54	Carcinomatöse Infiltration des rechten Oberkiefers	infiltrirt	53	Octob. 1869	Zahn-Schmerzen
5	Simon C.	50	Zungenbändchen	Knoten	50	?	?
6	Wilhelm E.	49	Knoten an der Zungenspitze	Knoten	49	August 1871	Ulceration an der Zungenspitze
7	Franz J.	50	Zunge	infiltrirte Wucherungen	50	Dec. 1871	Ulcerationen
8	Matthäus R.	40	rechte Zungenhälfte	Infiltration	40	Febr. 1872	—

Zunge und Kiefer.

Operation			Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Dauer der Krankheit bis zur 1. Operation	Art der Operation	Zeit der Operation			
8 Wochen	Exstirpation	8. Juli 1869	—	Bald nach der Operation Recidiv in den Drüsen unter dem Kinn. Neue Operation durch Herrn Prof. Weinlechner im September 1869. Bis zum Jahre 1871 befindet sich Patient wohl, seit damals keine Nachrichten (Bill. 5105)	Billroth
11 Monate	Resection des rechten Oberkiefers	1. Jänner 1870	gestorben an Pyämie	—	v. Dumreicher
?	Resection des linken Oberkiefers	August 1870	gebessert	Nach 4 Wochen Recidiv, keine weitere Operation	Mosetig
1 Jahr	Resection des Oberkiefers	Octob. 1870	totd	—	Billroth
?	Exstirpation	8. Nov. 1870	geheilt	—	Billroth
10 Woch.	Amputatio linguae	1. Nov. 1871	geheilt	—	Billroth
12 Woch.	Exstirpation	30. März 1872	gestorben an Pyämie	—	Billroth
4½ Mon.	Exstirpation	12. Juni 1872	geheilt	—	Billroth

Carcinome der

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Form der Krankheit	Anfang		
					Alter	Zeit	Form
9	Anton H.	72	Zunge	Knoten	?	?	?
10	Heinrich J.	57	Zungenspitze	Knötchen	57	April 1872	infiltrirte Knoten
11	Friedrich K.	67	Carcinomatöse Infiltration des rechten Oberkiefers	infiltrirt	67	?	?
12	Costache C.	55	Ausgebreitetes recidivirendes Carcinom des rechten Oberkiefers, des Stirnbeins und Nasenbeins	infiltrirt	54	Jänner 1872	?
13	Karl C.	40	Zunge	Knoten	40	?	?

Zunge und Kiefer.

Operation			Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Dauer der Krankheit bis zur 1. Operation	Art der Operation	Zeit der Operation			
?	Amputation	15. Juni 1872	gestorben an Pyämie	—	v. Pitha
10 Woch.	Exstirpation	25. Juni 1872	geheilt	—	Billroth
?	Resection des rechten Oberkiefers	April 1873	Nach 3 Wochen Recidiv, kurze Zeit darauf der Tod	—	v. Dumreicher
6 Monate	keine	Mai 1873	ungeheilt	—	Billroth
?	Amputatio linguae mit Unterbindung der A. ling.	7. Jänner 1874	gestorben in Folge von Diphtherie	Recidiv trat 6 Monate nach der Operation auf. Patient wurde im Juni zum 2. Male operirt und starb 8 Tage darauf	Billroth

Verschiedenes.

Abscessus frigidus cutis.

F. H., 9 Jahre alt, aus Ungarn, seit sechs Wochen krank.
15. Mai 1875. Ein wurstförmiger, subcutaner Abscess von dem linken unteren Augenlid schräg, nach aussen über das Jochbein, daran gerade abwärts, bis über den Kieferwinkel herabsteigend. Die verdünnte Haut über der etwa fingerdicken Abscesshöhle abgetragen, nur in der Gegend des Jochbeins blieb zur Verhütung eines Ektropiums eine Hautbrücke stehen. Auskratzung der Granulationen. Einlegen von Liq. ferri-Charpie.

Am 31. Mai 1875 wurde Patient geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Neuralgia infraorbitalis.

H. E. N., 56 Jahre alt, verliess die Anstalt nach 4 Tagen, da er mit der beantragten Nervenresection nicht einverstanden war.

Prof. Weinlechner.

Caries et fistula maxillae inf. superf.

F. M., 23 Jahre alt, aus Prag. Der Kranke litt seit längerer Zeit an Zahnschmerzen. Im Jahre 1870 liess er sich den zweiten Backenzahn ziehen, worauf eine Entzündung mit Eiterung und Durchbruch nach aussen, durch die Wange, erfolgte. Seit dieser Zeit litt der Kranke an Schmerzen im Unterkiefer; aus der Wunde kam immer Eiter heraus. Durch die äussere Oeffnung kam man mit der Sonde in einen Canal hinauf in den Unterkieferast, der sich rauh fühlte. Der Canal wurde blogelegt und mit Eisentampons verbunden. Reaction war sehr gering. An der Wunde der Wange wurden später die Ränder angefrischt und vereinigt. Nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Caries maxillae superioris, Corpus alienum in antro Highmori.

C. W., 40 Jahre alt, aus Kirch in der Krim. Patient leidet seit Jahren an Schmerz im linken Oberkiefer, der als

Zahnschmerz betrachtet wurde. Es wurden auch nach und nach die drei linken oberen Mahlzähne extrahirt. Seit dem J. 1872 findet Eiterung aus einer Fistel hinten am Alveolarfortsatze des linken Oberkiefers statt, die linke Nasenhöhle ist zuweilen undurchgänglich und entleert öfter Eiter.

Operation am 14. Jänner 1875. Ein Schnitt längs des Randes des zahnlosen Theiles des Alveolarfortsatzes des linken Oberkiefers dringt bis auf den Knochen; dann wurde das Zahnfleisch und Periost nach beiden Seiten mit dem Elevatorium abgelöst und der morsche Knochentheil mit dem scharfen Löffel entfernt. Ein vorspringendes Stück wurde mit einem Meissel-schlag beseitigt. Jetzt konnte der Finger durch den Defect in das Antrum Highmori dringen, in dem sich ein fremder Körper befand, sich nach der Extraction als ein Stück Laminaria darstellte; dasselbe war cylindrisch, 3—4 Ctm. lang. Nun erinnerte sich Patient, dass ihm vor einem Jahre ein Laminariastift in die Fistel eingeführt worden sei, aber nicht vollständig wieder entfernt wurde. Die Consistenz des Stiftes war fest, elastisch, wie bei einem frisch gequollenen. Die Bellocq'sche Röhre wurde durch das Antrum und eine ziemlich weit hinten gelegene Communication derselben mit der Nasenhöhle geführt, und damit ein Drainagerohr durchgezogen, das man für einige Tage liegen liess.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Faux lupinae.

R. S., 10 Jahre alt, in Mähren. Nachdem dieselbe durch mehrwöchentliche systematische Uebung dahin gebracht wurde, die Zunge gehörig sich niederdrücken zu lassen, ohne zu würgen, wurde die Operation am 2. Juni 1869 vorgenommen. Die blutig aufgefrischten Ränder wurden genau mittelst 5 Nähte vereinigt und Heilung per primam intentionem bis auf eine ganz kleine Stelle erzielt, welche Stelle sich auch anlegte. Die Sprache war bei ihrer Entlassung am 16. Juni bedeutend gebessert. Nach weiteren Berichten, die wir nach 9 Monaten bekamen, soll die Patientin jetzt vollständig deutlich sprechen.

Von Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Faux lup. cong.

J. S., 25 Jahre alt, aus Wien. Das Zäpfchen und der weiche Gaumen waren seit Geburt gespalten und weit voneinander stehend. Bei der Operation hielt sich der Kranke sehr ruhig. Zwei Tage nach der Operation ist Diphtheritis mitten in der Wunde aufgetreten, in Folge dessen die Naht auseinander ging; nach 8 Tagen war die Wunde rein und es wurde zum zweitenmale die Naht angebracht. Die Ränder standen nahe, jedoch war das Gewebe so zart, dass am 2. Tage die Nähte ganz durchgerissen haben. Der Kranke verliess dann die Anstalt, um später sich noch einmal operiren zu lassen, liess aber nichts von sich hören.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher operirt.

E. Hals und Nacken.

Atheroma colli in trigono superiori dextro.

F. S., 36 Jahre alt, aus Ungarn. Exstirpation des Balges nach erfolgter localer Anästhesirung mit Aether. Verklebung der Wunde mit Heftpflasterstreifen. Heilung per primam intentionem.

Vom Herrn Professor v. Pitha operirt.

Lymphoma colli.

W. C., 32 Jahre alt, aus Preussen. Das Lymphom besteht seit 8 Monaten und wurde am 30. April 1872 exstirpirt. Heilung in 5 Wochen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Lipoma colli.

E. M., 25 Jahre alt, aus Ungarn. Exstirpation und Verlauf normal. Geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Struma cystica.

R. H., 11 Jahre alt, aus Klagenfurt, besass eine seit fünf Jahren bestehende, in der Mitte des Halses aufsitzende Schilddrüsencyste, deren Entleerung fast 6 Unzen dunkelbraunrother

Flüssigkeit lieferte. Die Cyste verkleinerte sich auf die der Punction folgende Jodinjction in vier Wochen bedeutend und schwand nach der Entlassung bis auf Kastaniengrösse.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Struma cystica.

J. S., 37 Jahre alt, aus Mähren. Patient gibt an, die Struma zwar seit vielen Jahren zu haben, jedoch seit 6 Monaten das rasche Wachsen derselben zu bemerken. Die Cyste war faustgross und retrosternal, die ganze Gegend zwischen dem Sternocleidomastoideus einnehmend. Es war eine einkammerige Cyste. Der Inhalt wurde in drei Sitzungen entfernt und erst bei der dritten Punction die Jodtinctur eingespritzt. (Es wurde deshalb erst bei der dritten Punction Jod injicirt, weil bis dahin nur blutige Flüssigkeit entleert wurde.) Der Kranke reagirte gar nicht darauf. Die Cyste füllte sich langsam an und contrahirte sich zu einer hühnereigrossen Geschwulst. Da der Kranke seiner Geschäfte wegen nicht länger bleiben konnte, verliess er die Anstalt, um für den Fall, dass sich die Geschwulst vergrössern sollte, einen längeren Urlaub anzutreten. Kurze Zeit darauf stellte sich Patient mit einer vollkommen geschrumpften Cyste vor.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Struma parenchymatosa media, substernalis.

C., aus Wien. Die wallnussgrosse Geschwulst bestand seit dem Jahre 1870. Parenchymatöse Jodinjctionen vier Wochen lang ohne Erfolg. — Exstirpation am 17. August 1873. Bei der Operation hat sich gezeigt, dass die Geschwulst hühnereigross war und tief unter das Sternum reichte. Wundbehandlung mit Glycerin. Nach der Operation kein Fieber. Die Wunde verkleinerte sich sehr schnell. Heilung.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma glandul. submaxill.

A. W., 42 Jahre alt, aus Kunststadt in Mähren. Der Kranke wurde im Jahre 1871 an einem Carcinom der rechten Wange

operirt. Nach zwei Monaten bemerkte er eine haselnussgrosse Geschwulst unter dem rechten Unterkieferast, die hart war, Schmerz verursachte und schnell wuchs. Es waren mehrere runde harte Tumoren unter dem Körper der Mandibula. Die Drüsen wurden nach einem parallel dem Körper des Unterkiefers geführten Schnitt blosgelagt und extirpirt, die Maxillaris externa doppelt unterbunden und die Wunde offen gelassen. Die Reaction war unbedeutend und der Kranke am 12. Tage, ohne vollständige Heilung abzuwarten, entlassen.

Von Herrn Prof. Dittel operirt.

Medullarcarcinom am Halse.

Frau A. W., aus Villach, 57 Jahre alt, bei welcher am 12. October 1867 ein zwei mannskopfgrosses, 14 Pfund schweres, parenchymreiches Cystosarcom der rechten Brustdrüse entfernt worden war (vide Nachtrag im Jahresberichte 1868) kam am 22. November 1870 in sehr desperatem Zustande wieder in die Anstalt. Während weder an der Operationsstelle, noch in der Achselhöhle die Spur eines Recidivs auszumitteln war, fand man die ganze Vorderseite des Halses von einer grossknolligen, sehr weichen Geschwulst eingenommen, die von der Schilddrüse und den Lymphdrüsen ausgegangen sein mag. An der rechtsseitigen Partie dieser Geschwulst hat sich der behandelnde Arzt zu einem Einstiche verleiten lassen und dieser ist nun zu einem thalergrossen Jaucheherd geworden, zu dessen Desinfection wir Jodtinctur, Carbolsäure und Chlorzink in Substanz anwendeten. Im Uebrigen war die Patientin sehr schwach, fieberte beständig, hustete viel, hatte unregelmässigen Puls und starb am 1. December 1870. Wie lange diese Degeneration am Halse, welche wir für ein Medullarcarcinom hielten, bestand, konnte nicht eruirt werden.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Carcinoma glandulae thyreoideae.

O. S., 52 Jahre alt, Kaufmann aus Samara, bekam vor 10 Jahren ein „Zusammenziehen“ im Halse, Beschwerden beim

Athmen und Sprechen bis zur „Sprachlosigkeit“ (wahrscheinlich Stimmlosigkeit nach angestrengtem Sprechen). Später stellte sich ein Schmerz in der rechten Seite des Halses ein. Der Zustand wurde mehrere Jahre als chronischer Kehlkopfkatarrh behandelt, ohne Erfolg. Vor drei Jahren sollen Petersburger Aerzte einen Kehlkopfpolyphen diagnosticirt haben; bald steigerten sich die Athembeschwerden und Patient ging zu Tobold nach Berlin, der eine Lähmung diagnosticirt haben soll und die Tracheotomie ausführte (vor nahezu drei Jahren). Einen Monat nach der Operation entwickelte sich rechts neben der Tracheotomiewunde eine Geschwulst, die ziemlich rasch wachsend, bald die ganze rechte Seite des Halses einnahm und in letzter Zeit neue Athembeschwerden verursachte.

13. April 1875. Die Geschwulst hat die rechte Seite des Halses unförmlich aufgetrieben und reicht bis hinter das rechte Ohr. Es wird von der Tracheotomiewunde aus ein Schnitt schräg nach aussen und aufwärts über die Höhe des Tumors durch die verdünnte Haut geführt und dann die Operation mit dem scharfen Löffel beendet, indem der grösste Theil des Tumors ausgelöffelt wurde, wobei die rechte Wand der Trachea auf etwa 3 Ctm. mindestens mit entfernt wurde, da sie in der Geschwulstmasse aufgegangen war. Vom rechten Kopfnicker war der grösste Theil degenerirt. Es blutete wenig, die Respiration wurde alsbald frei. Die ganze grosse Wundhöhle wurde mit Penghav Djambi austamponirt.

Guter Verlauf bis zum 26. April, an welchem Tage eine erschöpfende (wahrscheinlich venöse) Blutung aus der Wunde eintrat, die durch Compression definitiv sistirt wurde. Der Pat. hatte nun lange mit hochgradiger Anämie zu kämpfen, die durch seine Appetitlosigkeit in die Länge gezogen wurde. Wenige Tage nach der Operation bildete sich eine neue harte Geschwulst hinter dem rechten Ohre, unter den Erscheinungen einer entzündlichen Infiltration, doch bald stellte es sich heraus, dass es eine neue Geschwulstwucherung sei.

8. Mai 1875. Kräftezustand ziemlich gut.

11. Juni 1875. Abends plötzliche Athemnoth; in der Tiefe des zur Trachea führenden Canals sah man eine kirschkerne-

grosse Excrescenz, die sich bei der Respiration auf- und abbewegt und namentlich die Expiration genirt. Nach Abreissung dieser Excrescenz mit der Kornzange wurde die Respiration frei.

12. Juni 1875. Patient reist ab in seine Heimath.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma pharyngis.

G. C., 63 Jahre alt, aus Griechenland. Das Neoplasma, das ein Jahr bestand, ging von der hinteren Rachenwand aus und füllte die beiden Choanen. Der weiche Gaumen war sehr breit und stark hervorgewölbt. Durch die linke Nasenöffnung konnte der Kranke die Luft nicht einziehen. Rechts war eine eigrosse, geschwellte Kieferdrüse. Es wurde die Elektrolyse zweimal probirt, ohne Erfolg. Da die Behandlung hätte lange dauern müssen, verliess der Kranke die Anstalt, um später wieder zu kommen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher.

Carcinoma laryngis et oesophagi.

M. S., 39 Jahre alt aus Dresden. Das Leiden hat vor zwei Jahren mit Heiserkeit angefangen. Der Larynx war ganz ausgefüllt mit dem Neugebilde; da die Kranke keine Luft hatte, drang sie zur Operation, die jedoch ohne Erfolg blieb. Das Neugebilde verbreitete sich auf die Trachea tief. Bei der Tracheotomie war die Trachea stark entartet, es musste das Neugebilde selbst aufgeschnitten werden, um nur die Canüle durchzubringen. Die Kranke starb am 5. Tage nach der Operation.

Vom Herrn Prof. Schrötter operirt.

Carcinoma epith. laryng.

J. D., 33 Jahre alt, aus Podolien. Seit dem Jahre 1871 litt der Kranke an Heiserkeit, Schmerzen waren nie. Der Kranke wurde im allgem. Krankenhaus an Carcinoma epith. an beiden Stimmbändern operirt. In einigen Tagen nach der Operation trat starke Schwellung ein, in Folge dessen der Kranke sich in Erstickungsgefahr befand. Patient wurde in die Anstalt gebracht

und hier die Tracheotomie ausgeführt. Nach der Tracheotomie befand sich der Kranke sehr wohl. In kurzer Zeit wurde die Behandlung fortgesetzt mit Touchiren. Während des Touchirens dauerte die Infiltration der Stimmbänder fort und ein neuer Knoten trat auf der Epiglottis auf. Nach 4 Wochen verliess Patient die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Schrötter operirt.

Verschiedenes.

Tonsillarhypertrophie.

Fr. J. M., aus Ungarn, 27 Jahre alt. Am 5. December 1871 wurden beide Mandeln mit dem Messer entfernt. Nach 5 Tagen geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Hypertrophia uvulae.

N. St., 33 Jahre alt, aus Ungarn. Therapie: Abtragung mit Scheere; nach 6 Tagen geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

F. Schulter, Brust und Rücken.

Lipome.

1. Lipoma scapul. sin. Frau C. L., aus Schlesien, 44 Jahre alt, besass an der Vorderseite der linken Schulter ein faust-grosses Lipom; dasselbe wurde am 14. Mai 1869 extirpirt und die Kranke verliess am 26. Mai geheilt die Anstalt.

2. Lipoma scapulae dextr. H. M., 50 Jahre alt, aus Währing, besass ein fast strausseneigrosses Lipom, das am rechten Schulterblatte aufsass. Nach der am 7. Juni 1870 vorgenommenen Extirpation kam vollständige Heilung in 14 Tagen zu Stande.

Beide vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Sarcome.

1. Sarcoma in regione scapul. dext. Resectio scapulae. G. W., 8 J. alt, aus Prag. Seit zwei Jahren bemerkten

die Eltern eine Anschwellung in der rechten Scapulargegend, die schmerzhaft war und als Entzündung angesehen und behandelt wurde, jedoch ohne Erfolg. Da die Geschwulst keine Beschwerden machte, hat auch die Behandlung aufgehört, erst als die Dimension der Geschwulst zunahm, begaben sich die Eltern nach Wien. Man fühlte unter der Spina scapulae eine nach innen scharf begrenzte, nach aussen undeutlich übergehende Geschwulst, die mit der Scapula fest verwachsen war; die Scapula als Ganzes war verschiebbar, die Consistenz der Geschwulst undeutlich, die Geschwulst selbst hühnereigross. Die Spina scapulae, der innere Rand, so wie die Spitze, gegen welche die Geschwulst sich steil abgrenzte, waren deutlich zu fühlen. Der Arm nach allen Richtungen, mit Ausnahme nach hinten leicht beweglich und ohne Schmerzen. Zur Entfernung der Geschwulst wurde ein Schnitt gemacht, der einen Zoll über der Spina scapulae begann, und über die Mitte der Scapula zur Spitze derselben geführt wurde, während ein zweiter über der Spina denselben kreuzte. Nach Durchtrennung des *Musc. infraspinatus* fand man unter demselben mit der Scapula theilweise zusammenhängend, eine weiche körnige Geschwulst, die die ganze Fossa infraspinata einnehmend, den *Musc. infraspinatus* durchsetzte. Vom Knochen konnte man die Geschwulst mit dem Raspatorium nicht trennen. Es wurde deswegen die Haut bis zum inneren Rande der Scapula abpräparirt, der Knochen mit Hinterlassung des inneren Randes und des unteren Winkels zur Insertionstelle des *Teres maj.* abgemeisselt, der freigewordene Theil der Scapula gehoben und entfernt. Die untere Fläche derselben war auch von der Geschwulst eingenommen. Hierauf wurde knapp an der Spina der Knochen in der Fossa supra-spinata abgemeisselt und mit der Kettensäge durchtrennt. Der degenerirte *Musc. infraspinatus* entfernt, 8 Ligaturen angelegt und die Wunde mit Knopfnahnt vereinigt. Die Blutung war nicht bedeutend, die Reaction eine mässige. Der Kranke verliess in der 5. Woche ganz geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Baron v. Dumreicher operirt.

2. Sarcoma Cutis pectoris. W. J., 46 Jahre alt, aus St. Francisco, Amerika. Der Kranke, stark gebaut und sehr gut genährt, war bis zum Jahre 1856 immer gesund. Da bemerkte er eine haselnussgrosse, harte, mit der Haut zusammenhängende, unterhalb der Clavicula liegende Geschwulst, die verschiebbar war und über der sich nach einigen Wochen die Haut röthete. Man hielt es für eine Hautverhärtung und touchirte die rothe Stelle, worauf sich die Geschwulst verkleinerte. Durch 3 Jahre ist Stillstand im Wachsthum gewesen. Im Jahre 1860 fing der Knoten schnell zu wachsen an und erreichte Hühnereigrösse, war mit der Haut herabhängend, herzförmig, nach unten spitzig, gegen die Clavicula breiter, bei Bewegungen des Armes kein Hinderniss gebend. Damals liess sich der Kranke nicht operiren; die Geschwulst wuchs langsam und brach im Jahre 1862 zuerst nach unten, später auch oben auf unter grossen Schmerzen und starker Blutung. In diesem Jahre magerte der Kranke sehr stark ab, erholte sich jedoch sehr schnell. Im Jahre 1863 wurde die Geschwulst mit dem Ecraseur abgenommen. In der kürzesten Zeit kamen an dieser Stelle kleinere Knoten wieder, die mit Wiener Aetzpasta zerstört wurden, jedoch innerhalb dreier Jahre mehrmals zurückkamen, und auf's Neue ausgeätzt wurden. Bei der Behandlung mit Pasta fieberte der Kranke stark und das Neugebilde verbreitete sich immer weiter. Im Jahre 1869 wurde die Geschwulst zweimal mit dem Messer exstirpirt, im Jahre 1870 und 1871 dreimal. Nach dem Jahre 1869 wuchs das Gebilde an drei Stellen, nach der letzten Operation im Jahre 1871 war die Geschwulst schnell zurückgekommen, schnell gewachsen, an einer Stelle flach gewesen und zuletzt aufgebrochen. Diese Oeffnung wurde noch mit dem Messer vergrössert und schwammiges Gewebe aus der Wunde mit Fingern entfernt, dabei war der Kranke öfters ohnmächtig, fieberte stark, blieb einige Monate lang im Bette ohne abzumagern, die Wunde blieb offen, die Geschwulst wuchs heraus wie Korallen. Am 1. Mai 1872 wurde der Kranke wieder operirt und am 15. Mai 1872 hatte die Geschwulst angefangen auf's Neue zu wachsen. Der Kranke kam nun nach Wien mit einer hand-

tellergrossen Geschwulst, die höckerig war und hart und sich auf die Schulter und die innere Seite des Oberarmes ausdehnte. Der Kranke wurde noch dreimal mit dem Messer und zweimal mit Chlorzinkpasta innerhalb zweier Monate operirt, doch immer traten bald wieder neue Knoten auf. Nach den Operationen war stets sehr geringe Reaction und war die Wunde sehr empfindlich. — Mit 3 kleinen Knoten in der Wunde reiste der Kranke nach Amerika zurück, wo er nach einem Monate gestorben ist. Näheres über die directe Todesursache ist uns nicht bekannt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

3. Sarcoma fasciae dorsalis. F. K., 28 Jahre alt, aus Ungarn. Das Sarcom sass am Rücken und war in der Fläche sehr ausgebreitet. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren recidivirte es, zu welcher Zeit Patientin in Pest an derselben Stelle operirt worden war. Der ausgebreitete Tumor wurde mittelst Kreisschnittes am 12. Juli 1870 abgetragen und die Patientin verliess nach 3 Wochen die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Billroth operirt.

Angioma mammae sin. H. L., aus Mähren, 11 Monate alt. Am 22. August 1871 wurde an der Aussenseite der linken Brust ein halb hühnereigrosser Gefässschwamm mit dem Messer entfernt. Das Kind wurde am 8. Tage nach der Operation in die Heimath überbracht.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Brustdrüsen-Carcinome.

1. Carcinoma mammae sinistr. Frau R. W., 48 Jahre alt, spürte vor 6 Monaten zeitweiliges Stechen in der Brust und bemerkte zwei Monate später einen Knoten. Operation am 12. Juni 1871. Exstirpation der ganzen linken Brust und bis gegen das Schlüsselbein wurde ein faustgrosses Drüsenpaquet vom Plexus brachialis losgelöst. Trotz fortschreitender Wundheilung magerte die Kranke immer mehr ab. Am 10. Juli wurde Anschwellung der Drüsen oberhalb des Schlüsselbeines beobach-

tet. Die Kranke verliess am 16. Juli die Anstalt, um sich in ihre Heimath bringen zu lassen, wo sie kurze Zeit darnach starb.

2. Carcinoma mammae sinistr. Frau L. K., aus Galizien, 55 Jahre alt, erkrankte zu Ostern 1871 in Folge eines Stosses. Mehrerer Knoten wegen wurde am 5. August 1871 die ganze Brustdrüse sammt den Achseldrüsen entfernt. Da sich herausstellte, dass selbst die winzigsten, kaum erbsengrossen Drüschchen sehr hart und infiltrirt erschienen, so wurden dieselben hinter dem *Musc. pectoralis major* und *latissimus dorsi* herabgeholt. Die Heilung erfolgte grösstentheils per primam intentionem. Im Mai 1872 stellte sie sich wieder vor. Mit der operirten Brust war sie recht wohl zufrieden, obschon viele kleinere und grössere Knoten in und um die Narbe auf ein Recidiv unverkennbar hinwiesen. Was sie aber zumeist beunruhigte, war ein Gebärmutterleiden, bestehend in einem Carcinom, gegen welches sich, da der Uterus in Folge dessen bereits fixirt war, nichts unternehmen liess.

1 und 2 vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

3. Carcinoma mammae dextr. J. Sp., 50 Jahre alt, aus Baja in Ungarn. Die Kranke, früher stets gesund, datirt ihr gegenwärtiges Leiden seit 8 Monaten; wo sie zum erstenmal in ihrer rechten Brustdrüse durch stechende Schmerzen aufmerksam gemacht, eine Geschwulst entdeckte, die später ziemlich schnell wuchs. Bei der Aufnahme fand man eine faustgrosse, mit der Haut verwachsene, mit der Drüse als Ganzes bewegliche Geschwulst; die Achseldrüsen dieser Seite waren infiltrirt. Amputatio mammae et exstirpatio glandularum axillarum am 21. Mai 1872. Hierauf die Wundränder vereinigt. Die Blutung war unbedeutend, es wurden zahlreiche Gefässe unterbunden. Die Reaction erwies sich in den zwei ersten Tagen gering, am 3. Tage trat Schüttelfrost ein und ein Erysipel, welches sich im Verlaufe von 5 Tagen über den ganzen Brustkorb und beide oberen Extremitäten ausbreitete.

Die Nähte wurden am 3. Tage entfernt, am 7. Tage hörte das Fieber auf, das Erysipel involvirte sich. Am 9. Tage wieder Schüttelfrost, Schmerzen unter der rechten Scapula. Man

gewahrte hier einen subcutanen Abscess, der geöffnet wurde. Hierauf hörte das Fieber auf. Die Patientin erholte sich schnell und verliess am 15. Tage nach der Operation geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

4. Carcinoma mammae sinistr. Frau B. K., 42 Jahre alt, aus Teplitz. Die pomeranzengrosse Geschwulst bestand 6 Monate, an der äusseren Hälfte der Brustdrüse langsam wachsend und keinen Schmerz verursachend. Die Haut frei. Exstirpation mit Erhaltung der Brustwarze am 12. September 1872. Die Reaction war anfangs gering, am 6. Tage trat Erysipel hinzu, das die Brust, Rücken und die oberen Extremitäten durchwanderte und von starkem Fieber begleitet war. Die Kranke magerte stark ab, die Wunde heilte langsam. Nach 6 Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen.

5. Carcinoma medullare mammae sinistr. Frau T. W., 46 Jahre alt. Die pomeranzengrosse Geschwulst soll vor 5 Jahren mit einem erbsengrossen Knötchen begonnen haben. Die Achseldrüsen waren infiltrirt. Am 26. October 1872 wurde die ganze Brustdrüse sammt den Achseldrüsen beseitigt. Die ungemein grosse Wunde war ohne Zwischenfall bis zum 29. November fast ganz geheilt.

4 und 5 vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

6. Carcinoma mammae sinistr. E. Z., 52 Jahre alt, aus Galizien. Dem Alter entsprechend gut aussehend; im 13. Jahre menstruirte, hat nie geboren, ist seit 6 Monaten krank ohne Schmerzen. Axillardrüsen infiltrirt, die Haut an einer Stelle, nach aussen von der Warze, erhöht und geröthet. Amputation mit Entfernung der Axillardrüsen am 7. November 1872. Glycerinverband; geringe Reaction, Heilung in 4 Wochen.

7. Carcinoma mammae sinistr. F. F. Patientin ist seit 6 Monaten krank; der Tumor schnell gewachsen, keine Erblichkeit nachweisbar. Pat. hat 8mal geboren, 5mal abortirt, sie hat an der linken Brust gesäugt. Die ganze Brust ist von der aufgebrochenen, stark eiternden und penetrant riechenden Geschwulst eingenommen. Die Achseldrüsen nicht geschwellt. Amputatio

mammae am 18. December 1872. Glycerinverband. Fieber dauerte 3 Tage. Wunde heilte regelrecht.

8. Carcinoma mammae dextr. F. G., 50 Jahre alt, aus Pest. Die Kranke ist seit 10 Jahren leidend, wurde bereits 4mal operirt. Ueber der letzten Narbe wuchert das Neugebilde in Form eines nussgrossen Knotens, ein ebenso grosser Knoten in der Achselhöhle.

Amputatio mammae et extirpatio gl. axil. am 8. Jänner 1873. Am 7. Tage nach der Operation trat ein Erysipel auf. Das Fieber war aber dabei mässig, nicht über 39. In der 3. Woche traten Schmerzen in der Magen- und Lebergegend auf. Appetitlosigkeit. Auf eigenes Verlangen wurde Pat. mit heilender Wunde entlassen.

9. Carcinoma mammae dextr. H. J., 29 Jahre alt, aus Pozega in Slavonien. Die Kranke, stark gebaut und sehr gut genährt wurde seit 15. Jahre menstruiert, regelmässig. Im 17. Jahre hatte sie geboren. Seit 4 Wochen bildete sich die Geschwulst rasch. Die Mutter der Kranken ist mit 22 Jahren an Brustkrebs gestorben. Die Axillardrüsen waren infiltrirt. Amputatio mammae et extirpatio glandul. axil. am 29. April 1873. Nach der Operation befand sich die Kranke durch 6 Tage ganz wohl, sie war fieberlos; der Appetit war ziemlich gut. Am 7. Tage fing die Kranke zu fiebern an, an den Rändern der Wunde bildeten sich Bläschen bei geringer Röthung der Haut am unteren Rande und am 9. Tage war Erysipel um die Wunde entwickelt, welches innerhalb 4 Wochen bei einem Fieber mit zuweilen 41·2° Abendtemperatur über den ganzen Körper wanderte. In der 3. Woche bildete sich ein Abscess in der Tiefe der linken Backe und in der 4. Woche metastatische Entzündung des linken Kniegelenkes. Die Wunde an der Brust war immer trocken. In der 5. Woche starb die Kranke an Pyämie.

6 bis 10 vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

10. Carcinoma mammae dextr. A. K., 43 Jahre alt, aus Radun in Böhmen. Die Geschwulst wuchs rasch seit 5 Monaten ohne Schmerzen, die ganze Brust war degenerirt und hart, die Achseldrüsen infiltrirt. Ausserdem waren unter dem Pectoralis

maj. viele kleine, harte Drüsen und ein Strang von Drüsen, der sich auf die rechte Schulter zog. Die Amputation wurde am 18. April 1873 mit elastischer Ligatur ausgeführt. Es wurde die krumme Nadel durch die Mitte unter dem Neoplasma gestochen und die Geschwulst partiell doppelt mit elastischer Ligatur unterbunden. Die Kranke litt an grossen Schmerzen während der ganzen Zeit; das Fieber erreichte 40.0. Die Ligaturen schnitten langsam durch, die Brustdrüse fiel am 23. Tage ab. Es wurden im Ganzen 12 Ligaturen angelegt, da die meisten gesprungen sind und einige Nachbesserungen nöthig waren. Die durchschnittene Partie zeigte eine rein granulirende, wenig eiternde Wunde. Die infiltrirten Axillar- und Pectoraldrüsen involvirten sich nicht. In der 8. Woche ging die Kranke mit einer kleinen Wunde nach Baden, wo das Gebilde in grosser Ausdehnung zurückkam, und die Kranke in 2 Monaten starb.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

11. Carcinoma mammae sinistr. W. M., 66 Jahre alt, aus Mähren. Seit 1 Jahre krank; die Warze war eingezogen, die Axillardrüsen infiltrirt. Amputatio mammae et exstirpatio glandul. am 1. December 1873. Die Reaction darauf war sehr gering; doch konnte die Kranke die Hand lange nicht gebrauchen; die Wunde verkleinerte sich schnell in 29 Tagen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

12. Carcinoma mammae sinistr. Fr. P. A., 48 Jahre alt, kinderlos, aus Ob.-Oe., litt seit mehreren Jahren an Schmerzen in der linken Brust, angeblich durch Anstossen entstanden. Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte sie ober der Brustwarze einen Knoten, der in letzter Zeit rasch wuchs.

Operation am 20. April. Mit Erhaltung der Haut wurde die ganze medullarentartete Drüse entfernt, auch einige in den Pectoralis eingebettete Knoten wurden exstirpirt, der Schnitt wurde verlängert bis in die Achselhöhle und stumpf präparirend wurden die infiltrirten pomeranzengrossen Drüsen beseitigt. Die Nerven und Gefässe der Achselhöhle wurden vollkommen blossgelegt. Die ganze Wunde war sehr gross, die Blutung relativ gering. Die Wunde wurde in der Mitte vereinigt,

die Enden mit Essigcharpie tamponirt und mit Heftpflaster comprimirt. Ein am 3. Tage auftretendes Erysipel, das sich über den ganzen Stamm ausbreitete und die Haut der rechten Brustdrüse zum Absterben brachte, führte ein so hohes Fieber mit sich, dass die Kranke am 14. Tage an Erschöpfung der Kräfte starb.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

13. Carcinoma mammae dextr. Maria K., 66 Jahre alt, aus Ungarn. Vor 2 Jahren bildete sich ein kleines Knötchen, das bis zum vorigen Jahre nicht weiter wuchs. Es wurde die elastische Ligatur am 22. April 1874 auf die Hälfte der Brust angelegt. Es fand nie Vereiterung der betreffenden Partie statt. Abfallen der Ligatur am 2. Tage. Die zweite Hälfte wurde doppelt unterbunden. Die Schmerzen ziemlich stark. Nach Abfall der Ligatur trat Erysipel auf. Während die Ligatur anlag, war der Geruch ein starker. Temperatur anfangs 40·0. Puls 120. Dann Temperatur durch 8 Tage auf 39·0, Puls 100. Schliesslich regelmässiges Sinken der Temperatur.

Nach 4 Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

14. Carcinoma mammae dextr. R. Schw., 27 Jahre alt, aus Schlesien. Patientin seit 2 Jahren krank, als Ursache gibt die Kranke an einen Stoss, den sie sich in die Brust zufällig versetzt hatte. Die Geschwulst soll sehr langsam gewachsen sein, während der ganzen Zeit starke Schmerzen. Menstruation regelmässig. Patientin hat einmal geboren, sie ist sehr stark abgemagert. Das Carcinom ist hühnereigross, unter der Haut beweglich.

Im October 1874 wurde die Amputatio mammae gemacht und nach 18 Tagen wurde Patientin geheilt entlassen. Während der ganzen Zeit war kein Fieber vorhanden.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

15. Carcinom mammae dextr. F. R., 35 Jahre alt, aus Böhmen. Vor 2 Jahren gibt Patientin an eine kleine Geschwulst bemerkt zu haben, welche erst in den letzten Monaten rasch wuchs und nun die Grösse eines Hühnereies erreicht hatte. Menstruation immer regelmässig. Patientin hat 4mal geboren, nie

Mastitis gehabt. Die Brustdrüse mit dem Pectoralis verwachsen, Achseldrüsen sind geschwellt.

Am 13. October 1874 wurde die Amputatio mammae et Exstirpatio glandularum axillarum gemacht. Fieber war keines vorhanden. Nach 2 Wochen wurde Patientin geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

16. Carcinoma mammae sinistr. F. M., 47 Jahre alt, aus Wien. Patientin wurde im 13. Jahre menstruiert, verlor die Menses mit 36 Jahren, hat nie geboren, nie Mastitis gehabt; es ist weder ein Trauma, noch Erblichkeit nachweisbar, doch starb eine Schwester an einer Unterleibsverhärtung und ein Bruder an Ulcus ventriculi. Beide in höherem Alter. Im December 1873 fühlte sie bei gewissen Bewegungen Schmerzen in der linken Mamma an einer Stelle, an der sie 3 Wochen später eine kleine Geschwulst bemerkte, die sich unter Gebrauch von Jod und anderen Einreibungen allmählig vergrösserte.

22. October 1874. Ein hühnereigrosser, eiförmiger, leicht verschiebbarer Knoten in dem inneren oberen Quadranten der linken Mamma stark vorspringend. Unter der Mitte des Tumors wird mit einer gebogenen Nadel der Platindraht der galvanocaustischen Batterie durchgeführt und der Tumor in zwei Portionen mit der Glühschlinge abgetragen und zwar vollkommen unblutig. Doch ist zu bemerken, dass während der ziemlich lange andauernden Operation die Wundhöhle mit kochendem Fett ausgefüllt war, das sich nicht genügend austupfen liess. Gleich nach der Operation wurde bemerkt, dass in der Mitte der Basis des Tumors der Schnitt im Kranken geführt sei, doch wurde eine ausgedehnte Abstossung erwartet. Eine solche fand auch statt, aber sehr langsam, denn erst nach 3 Wochen löste sich der Schorf in der Mitte. Während dieser ganzen Zeit bestand eine excessive Empfindlichkeit und spontane Schmerzhaftigkeit der linken Mamma. Die Wunde präsentirte sich nach Lösung des Schorfes mehr als handgross (mehr als doppelt so gross, als gleich nach der Operation). Die Verkleinerung geschah sehr langsam, so dass Anfangs Januar 1875 (10 Wochen nach der Operation) noch eine Granulationsfläche

bestand, die man eben mit dem Nagelgliede des Zeigefingers bedecken konnte.

12. Jänner 1875. Die Anfangs leicht zerfallende Narbe blieb nun derb, doch blieben als Rest der Wunde zwei kleine Substanzverluste zurück, ○ von der hier angedeuteten Grösse. Dieselben ○ wurden der Fläche nach nicht grösser, doch griffen sie allmählig, ohne die derben Ränder zu unterminiren, etwas in die Tiefe, so dass sie, die früher au niveau mit der Umgebung waren, heute zwei Linien tief sind. (Verdacht des continuirlichen Recidivs.)

23. Jänner. Die erwähnten Substanzverluste unter Anwendung von Argent. nitric.-Salbe benarbt, eine neue Excoriation in der Narbe. In der Achselhöhle eine fast haselnussgrosse, derbe Drüse. Die Regio infraclavicularis sin. etwas voller als rechts, daselbst kein Tumor tastbar. Jodglycerin.

2. Februar. Die letzte Excoriation verheilt, die Narbe überall fest, doch nirgends eine abnorme Härte darin. Die Achseldrüse unverändert.

October 1875. Derber Knoten unter der Narbe; in der Achselhöhle ein Tumor von mehr als Wallnussgrösse. Heftiger Schmerz in der Brust, Achsel und Rücken. Innerlich Jodnatrium.

Mitte October Condurango innerlich.

2. December Tod, nachdem in den letzten 14 Tagen Lähmung der Beine, in den letzten Tagen auch Blasenlähmung eingetreten war. (Wahrscheinlich metastatische Wirbelcarcinome).

17. Carcinoma mammae sinistr. Fr. J. L., 52 Jahre alt, aus Gr.-Kanizsa. Patientin wurde im 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig, bis vor 7 Jahren, wo die Menses ausblieben. Sie hat zweimal geboren, stets selbst gesäugt, nie Mastitis durchgemacht; erbliche Anlage nicht nachweisbar. Vor 16 Monaten stiess sie mit der linken Brust gegen den Griff eines im Schloss steckenden Schlüssels, etwa 8 Tage darnach bemerkte sie an der gestossenen Stelle in der linken Brust einen haselnussgrossen Knoten, der ohne Schmerz zu verursachen, continuirlich an Grösse zunahm.

29. December 1874. Patientin klein, fett, die linke ziemlich fettreiche Mamma in ihrer Form kaum verändert. Ihre Mitte

ist (unter dem Warzenhofe) in einen apfelgrossen harten Tumor verwandelt, Achseldrüsen nicht geschwollen. Es wird in der Narkose ein elliptisches Stück der linken Mamma excidirt, so dass nur oben und unten Randpartien zurückbleiben. Im Grunde der Wunde ist der Pectoralis rein präparirt. Der ziemlich harte Carcinomknoten übergeht ohne scharfe Grenze in das benachbarte Gewebe der Mamma und reicht bis nahe an die Fascie des Musculus pectoralis maj. Blutung mässig, 8 Ligaturen. Glycerinverband, Heilung in 8 Wochen.

18. Carcinoma mammae sinistr. N. A., 44 Jahre alt, aus Grosswardein. Die Kranke wurde im 16. Jahre menstruiert, stets regelmässig. 5mal geboren, nie gesäugt. Vor 7 Jahren die letzte Entbindung. Vor 16 Jahren nach der ersten Entbindung bildete sich ein kleines Knötchen in der linken Mamma, das lange unverändert blieb, ohne Schmerz zu verursachen, vor 7 Monaten noch hielt Prof. Kovacs in Pest die Operation für nöthig. Seitdem wuchs die Geschwulst rasch.

2. März 1875. Patientin ist gross, kräftig und zeigt massenhafte Fettbildung, in etwas ungewöhnlicher Form, indem nur gewisse Bezirke diese Fettbildung darbieten, wie z. B. die beiden Achselhöhlen, die Lendengegend und die Mammae. In der Tiefe der linken Mamma fühlt man einen grossen unregelmässigen Knoten, in der linken Achselhöhle geschwollene Drüsen. Amputatio mammae, Exstirpation der zahlreichen geschwollenen Achseldrüsen. Verkleinerung der Wunde durch die Naht, Ausfüllung der hohlen Wunde mit Drainageröhren, Bedecken der grossen Wundfläche mit Guttaperchapapier, darüber Watte.

Patientin fieberte nur durch 3 Tage, 38.6° war die höchste Temperatur. Die Heilung machte sehr rasche Fortschritte, so dass Patientin den 7. April mit ganz kleiner Wunde entlassen werden konnte.

16 bis 18 vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

19. Carcinoma mammae sinistr. B., 52 Jahre alt, aus N.-Oe. Patientin gibt an, seit 2 Jahren die Geschwulst zu haben, und zwar soll der Zustand sich erst seit 6 Monaten verschlimmert haben. Sie wurde mit verschiedenen Salben be-

handelt, auch homöopathisch. Die Mamma war rechts von der Warze aufgebrochen und die ganze Drüse entartet. Die Achseldrüsen normal. Am 13. April 1875 Amputatio mammae. Anfangs heilte die grosse Wunde sehr schön und rasch zog sie sich zusammen. In der 3. Woche bekam die Kranke Schmerzen am Brustbein, Spannung am oberen Rande der Wunde, die Achseldrüsen fingen an zu schwellen, und in der 4. Woche bildeten sich unter der Haut rothe erbsengrosse Knötchen am inneren Rande der Wunde, gegen das Brustbein und am oberen Rande, einen Zoll von der Wunde entfernt. Der Schlaf war unruhiger, die Wunde nahm aber ihren regelmässigen Verlauf. Die Knoten waren immer grösser, ebenso die Axillardrüsen, später tauchte auch ein Knötchen am oberen Rande auf. Die Schmerzen am Brustbein wurden immer unerträglicher. Da das Recidiv an verschiedenen Stellen so rasch aufgetreten ist, konnte an eine neue Operation nicht gedacht werden, und die Kranke hätte es selbst nicht gestattet. So verliess sie nach 8 Wochen die Anstalt mit einer 10 Ctm. langen und 2 Ctm. breiten Wunde.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

20. Carcinoma mammae sinistr. M. J., 54 Jahre alt. Patientin hat den Tumor in der linken Brust seit 2 Jahren. Achselhöhle frei. Seit $\frac{1}{2}$ Jahre soll das Wachsthum rascher sein.

8. April 1875. Amputatio mammae, bei der Operation wurde eine Rippe blossgelegt. Durch 8 Tage erreichte die Abendtemperatur 38° , dann normal. 6. Mai mit noch handgrosser granulirender Wunde entlassen.

21. Carcinoma mammae sinistr. J. K., 37 Jahre alt, aus Neusohl in Ungarn. Patientin wurde im 14. oder 15. Jahre menstruiert, stets regelmässig (stärkere Schmerzen vorausgehend) durch 4 Tage. 4mal war Patientin gravid, 2mal Abortus, 2mal Frühgeburt im 7. Monate. Ein Kind todt geboren, eines am 1. Tage gestorben. Erste Entbindung vor 16, letzte vor 12 Jahren. Vor 7 Monaten wurde ein Knoten in der linken Mamma bemerkt, der zu Zeit der Menses etwas anschwell und schmerzhaft war, seit etwa 10 Tagen fortwährende Schmerzen verursacht.

Keine Mastitis, kein Trauma vorausgegangen. Mutter der Patientin an Carcinoma mammae gestorben.

Patientin mager, Mammae klein; in der linken, gerade unterhalb der Papilla mammae vom Warzenhofe noch zum Theil gedeckt, ein wallnussgrosser starker Knoten, mit dem Mammagewebe verschiebbar, davon ein härlicher Strang nach aussen ziehend. Achselhöhle ganz frei.

31. October 1875. Exstirpation des Knotens sammt dem verdächtigen Nachbargewebe (Carcinom.) Unter Spray (2% Lösung). Nach der Operation Auswaschen der Wunde mit 5% Carbollösung, Naht, 2 Draingeröhren. Listerverband. Jeder Verbandwechsel streng nach Lister. Prima intentio. 6. November reist Patientin ab, die Drainageröhren liegen noch, wurden aber schon gekürzt.

20 und 21 vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

22. Carcinoma mammae sinistr. A. G., 53 Jahre alt, aus Gross-Schweinbart in N.-Oe. Im Herbst 1874 bemerkte Patientin oberhalb der linken Papilla mammae eine kleine linsengrosse Geschwulst. Im Mai 1875 bildete sich eine zweite Geschwulst, oberhalb der ersten, von wo sich Blut und Eiter entleerten. Mastitis hatte die Kranke nie gehabt; die linke Drüse ist nahezu doppelt so gross als die rechte, die Brust leicht verschiebbar, und nicht mit dem Musculus pectoralis verwachsen. Die Geschwulst ist an sehr vielen Stellen excoriirt. Achsel- und Cubitaldrüsen sind nicht geschwellt.

Am 12. December 1875 wurde die Amputatio mammae gemacht, ganze Operation unter Carbolspray (2 $\frac{1}{2}$ % Lösung), die Wunde mit Catgut vereinigt und 2 Drainage eingelegt, die Wunde nach Lister's antiseptischer Methode verbunden. Der Verband 2mal täglich erneuert. Am 13. December um 7 Uhr Abends wurde die Kranke plötzlich asphyktisch, mit grosser Mühe ist es gelungen, sie aus dieser Asphyxie zu bringen. Es musste durch eine halbe Stunde künstliche Respiration eingeleitet werden. Gegen 10 Uhr Abends fing das Bewusstsein allmählig an zurückzukehren. Es trat gleich darauf ein Erysipel der linken oberen Extremität auf, das sich bis zum Handgelenke ausbreitete.

Am 17. December trat wiederum Asphyxie ein, von der sich jedoch die Kranke nicht mehr erholen konnte. Das Bewusstsein kehrte nicht mehr zurück und am 18. December verschied sie.
Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Cystosarcome der Brustdrüsen.

4 Fälle von Cystosarcomen operirt vom Herrn Prof. v. Pitha; sämmtliche geheilt entlassen.

Sarcome der Brustdrüsen.

2 Fälle von Sarcomen operirt vom Herrn Hofrath Freih. v. Dumreicher; beide geheilt entlassen.

1 Fall vom Herrn Prof. Weinlechner geheilt.

Adenofibrom der Brustdrüsen.

1 Fall vom Herrn Hofrath Prof. Billroth, geheilt.

Verschiedenes.

Abscess in der Schulterblattgegend.

Fr. E. B. aus Ungarn, 25 Jahre alt, besass einen seit 3 Monaten bestehenden, hühnereigrossen Abscess in der Gegend des rechten Schulterblattes, welcher am 22. April 1873 eröffnet wurde, Patient nach 8 Tagen geheilt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Abscessus in regione costarum inferiorum.

M. M., 9 Jahre alt, aus Vöslau. Unter der letzten Rippe ein faustgrosser Abscess.

Am 21. Juni wurde derselbe geöffnet und drainirt, am 5. Juli wurde Patientin entlassen, um sich zu Hause weiter behandeln zu lassen.

Vom Herrn Prof. Salzer operirt.

Carcinome der

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Anfang		Ope-
				Alter	Zeit	Dauer der Krankheit bis zur Operation
1	Emilie G.	42	Linke Brust hühnereigrösser Knoten	41	?	?
2	Anna E.	64	Rechte Brust- und Achseldrüsen	?	?	?
3	Franziska H.	?	Linke Brust	?	?	?
4	Anna R.	56	Rechte Brust orangengrosser Knoten	?	?	?
5	Babette P.	55	Rechte Brust hühnereigrösser Knoten	50	1864	2 Jahre
6	Antonie K.	45	Rechte Brust- und Achseldrüsen, seit Februar ist die Brustdrüse ulcerirt	44	October 1868	9 Monate
7	Anna L.	55	Rechte Brust- und Achseldrüsen	55	Jänner 1869	6 Monate
8	Teophile v. B.	50	Linke Brust- und Achseldrüsen	50	Februar 1869	6 Monate

Brustdrüsen.

Operation		Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Art der Operation	Zeit der Operation			
Amputation der linken Brust	14. Jänn. 1869	geheilt	—	v. Dumreicher
Amputation der rechten Brust- und Achseldrüsen, die Wunde durch Nähte vereinigt	13. März 1869	gestorben	Tod durch Pyohämie, 12 Tage nach der Operation. (Siehe Billroth chirurgische Klinik 1870, Seite 164 und 165)	Billroth
Amputation der linken Brust	29. April 1869	geheilt	—	v. Dumreicher
Amputation der rechten Brust	6. Mai 1869	geheilt	—	Billroth
Exstirpation d. ganzen rechten Mamma	9. Juni 1869	geheilt	Erste Operation im 52. Lebensjahre durch Prof. Ballassa in Pest (Januar 1866). Beginn des Recidivs im December 1868. (Siehe chirurgische Klinik v. Billroth 1869—1870, Seite 146 und 147)	Billroth
Amputation der rechten Brust m. Exstirpation der Drüsen	18. Juni 1869	Recidiv bald nach Heilung der Wunde	Siehe Billroth chirurgische Klinik 1869—1870, Seite 156 und 157	Billroth
Amputation der rechten Brust- u. Achseldrüsen	14. Juli 1869	Recidiv März 1870	Siehe Billroth chirurgische Klinik 1869—1870, Seite 100 und 161	Billroth
Amputation der linken Mamma mit Drüsen	15. Juli 1869	geheilt	Siehe Billroth chirurgische Klinik 1869—1870, Seite 158 und 159	Billroth

Carcinome der

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Anfang		Ope-
				Alter	Zeit	Dauer der Krankheit bis zur 1. Operation
9	Paula Th.	34	Linke Brust, fast totale Induration, oberflächlich ulcerirend	27	1863	7 Jahre
10	Josefine H.	37	Linke Brust, mehr zusammenhängende Knoten, in der Achselhöhle einige Knötchen fühlbar	37	Mai 1868	9 Monate
11	Anna B.	50	Rechte Brust kleiner Knoten	?	?	?
12	Fanni H.	45	Linke Brust infiltrirt, aber beweglich, Achseldrüsen frei	?	?	?
13	Fanni G.	51	Rechte Brust Knoten oberhalb der Warze	49	?	?
14	Anna G.	65	Linke Brust infiltrirt, ebenso Achseldrüsen	?	?	?
15	Gräfin T. S.	48	Linke Brust infiltrirt, ebenso die Achseldrüsen	?	?	?

Brustdrüsen.

ration		Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Art der Operation	Zeit der Opera- tion			
Amputation der linken Brust	10. Jänn. 1870	geheilt	Siehe Billroth chirurgische Klinik 1869—1870, Seite 150 und 151	Billroth
Amputation der linken Brust mit allen Ach- seldrüsen	10. Febr. 1870	geheilt	Siehe Billroth chirurgische Klinik 1869—1870, Seite 166 und 167	Billroth
Exstirpation des Knotens	12. März 1876	Tod durch Pyämie	—	v. Pitha
Amputat. mammariae	10. Mai 1870	geheilt	Im Februar 1874 trat Reci- div auf, Achseldrüsen ge- schwellt, Patientin wurde vom H. Hofr. Baron Dum- reicher am 21. März 1874 nochmals operirt und starb 14 Tage darauf an Pyämie	v. Dumreicher
Exstirpation des Knotens	21. Nov. 1870	geheilt	Patientin wurde bereits in Pest 2 Mal operirt, 1. Ope- ration i. Jahre 1869, 2. Ope- ration im Jahre 1870. Reci- div wieder seit Juni 1870	Billroth
Amputation der linken Brust, Exstirpation der Knoten	27. Dec. 1870	geheilt	—	v. Pitha
Amputation der linken Brust, Exstirpation der Knoten	22. Jänn. 1870	geheilt	—	v. Pitha

Carcinome der

Nummer	Name	Alter bei der Aufnahme	Sitz der Krankheit	Anfang		Ope-
				Alter	Zeit	Dauer der Krankheit bis zur 1. Operation
16	Johanna M.	40	Rechte Brust Knoten oberhalb der Warze	40	Jänner 1870	10 Monate
17	Amalie G.	53	Linke Brust infiltrirt und ulcerirt	51	?	?
18	Anna S.	56	Linke Brust grosse harte Knoten	?	?	?
19	M. M.	59	Linke Brust faustgrosser Knoten, Achseldrüsen infiltrirt	?	?	?
20	Katharina M.	63	Rechte Brust	?	?	?
21	Maria B.	53	Rechte Brust	52	?	1873
22	Barbara M.	50	Linke Brust- und Achseldrüsen infiltrirt	?	?	?

Brustdrüsen.

ration		Ausgang	Bemerkungen	Name des Operateurs
Art der Operation	Zeit der Opera- tion			
Amputat. mammar	6. Octob. 1871	geheilt	6 Wochen nach der Operation trat Recidiv auf (an der Operationsnarbe kleine harte Knötchen). Am 12. Jänner 1872 2. Operation. Patientin erholte sich, starb jedoch 6 Monate darauf in ihrer Heimat	v. Dumreicher
Amputat mammar sin.	23. Oct. 1871	geheilt	—	v. Dumreicher
Amputat. mammar sin.	29. Mai 1872	geheilt	—	Weinlechner
Amputat. mammar et exstirpatio glandular.	2. Mai 1873	geheilt	—	Weinlechner
Amputation der rechten Brust	19. Jänn. 1874	geheilt	—	Billroth
Amputation der rechten Brust	7. März 1874	geheilt	—	Billroth
Amputation der linken Brust u. Exstirpation der Drüsen	27. April 1874	geheilt	—	Weinlechner

G. Bauch.

Cystosarcoma in reg. abdom.

H. H., 50 Jahre alt, aus Melnik in Böhmen. Die Kranke wurde bereits 2mal operirt. Die Geschwulst recidivirte seit 2 Monaten und erreichte die Grösse eines Gänseies, war ein Zoll vom Nabel entfernt, leicht verschiebbar, und verursachte keine Schmerzen. Die Geschwulst wurde vollständig extirpirt, 2 Gefässe unterbunden und die Wundränder legten sich aneinander an, ohne eine Naht anzulegen, da das Hautpolster so dick war. Nach 12 Tagen wurde die Kranke geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Sarcoma in regione umbilicali.

H. R. von D., 32 Jahre alt, aus Brünn. Die Geschwülste datiren seit 2 Jahren. Es befanden sich um den Nabel nach unten und rechts von demselben drei grosse, von einander getrennte, mit der Haut bewegliche Geschwülste, die in der letzten Zeit schnell gewachsen sind. Die untere Geschwulst schien mit dem Nabel fest zusammenzuhängen. Bei der Exstirpation, wobei auch die Haut mitgenommen wurde, zeigte sich, dass der Nabel frei war, dass aber die Geschwulst bis an das Peritoneum sich erstreckte. Die Blutung war gering, Die Wundränder wurden durch Nähte an einander genähert, und dieselben am 5. Tag entfernt. Es trat 2mal Diphtheritis der Wunde ein, die mit Einstaubung mit Alaun und Kupfersulfat gehoben wurde. Die Wunde heilte in 13 Wochen unter Nitrassalbe.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Medullarcarcinom an der Bauchwand.

F. H. D., aus Slavonien, 39 Jahre alt, sehr fettleibig, wurde am 8. März 1871 wegen eines seit 5 Monaten bestehenden, oberhalb des rechten Poupert'schen Bandes sitzenden, kastaniengrossen medullaren Knotens operirt. Vom 28. März bis 6. April Erysipel. Am 18. April mit schön granulirender Wunde entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Fibrom der Scheide des Musculus Rectus abdominis.

F. B. D.*), 24 Jahre alt, aus Czernowitz. Sie war vor ihrem jetzigen Leiden stets gesund, wurde im 13. Jahre menstruiert, von da an regelmässig. Vor 5 Jahren wurde sie zum ersten-, vor $3\frac{1}{2}$ Jahren zum zweiten-, vor 6 Monaten zum drittenmal entbunden. Vor $2\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte sie eine harte Geschwulst in der rechten Seite des Bauches, die allmählig wuchs, aber keine Beschwerden verursachte. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren wurde sie von den Herren Professoren Billroth und Carl Braun-Fernwald untersucht, im unteren Theile der rechten Seite der vorderen Bauchwand wurde ein faustgrosser Tumor gefunden, der einen dicken Stiel in's Becken zu schicken schien. Die Operation wurde abgelehnt.

Seitdem wuchs der Tumor stetig fort, ohne andere Beschwerden zu machen, als durch sein Gewicht. Erst seit kurzer Zeit hat Patientin ausstrahlende Schmerzen in rechten Beine.

29. Mai 1874. Die rechte Hälfte des Bauches wird von einem rundlichen kopfgrossen, harten Tumor eingenommen, der wie es scheint, nur von der verschiebbaren, von zahlreichen, fingerdicken geschlängelten Venen durchgezogenen Haut bedeckt ist. Um 8 Uhr Morgens wurde in der Narkose die Operation ausgeführt. Schnitt in der nach links verdrängten Linea alba, vom Nabel bis zur Symphyse, von der Mitte dieses Schnittes ein Querschnitt nach rechts über die Höhe des Tumors; derselbe ist wie man nach Loslösung der Haut sieht, von dem fächerförmig ausgebreiteten vorderen Blatte der Scheide des Musculus rectus abdominis dexter überzogen. Bei der Ablösung der Haut mussten die erwähnten starken Venen durchgeschnitten und ligirt werden. Beträchtliche Blutung. Es gelang von keiner Seite unter den Tumor einzudringen, erst nach Trennung der Scheide des Rectus konnte man den Tumor ein Stück weit vom Peritoneum abdrängen, doch war er zu fest mit demselben verwachsen, als dass man es hätte intact lassen können, es wurde darum incidirt und die Abtragung des Tumors rasch vollendet, während die vom Netze bedeckten Baueingeweide durch die

*) Siehe Wiener Medizinische Wochenschrift vom Jahre 1875.

Hände eines Assistenten bedeckt und zurückgehalten wurden. Der Tumor sass im hinteren Blatte der Scheide des Rectus; der verfettete Rectus dext. war nach innen verdrängt, und bedeckte zum Theil den Tumor. Die Blutung war bei Trennung des Tumors von den schiefen und den queren Bauchmuskeln beträchtlich, rein venös, wurde durch Ligaturen gestillt. Im oberen Theile der Wunde wurde das Peritoneum sammt den anderen Weichtheilen der Bauchwand mit Ausschluss der weit abgelösten Haut vernäht, was trotz dem etwa handgrossen Defecte desselben gelang, die Haut wurde separat vereinigt, dann wurde die quere Wunde geschlossen und an dem abhängigsten Punkte der so entstandenen grossen Tasche eine Oeffnung gemacht, durch welche 2 Drainageröhren herausgeleitet wurden, deren andere Enden durch den oberen und unteren Theil der medianen Wunde gelegt waren. Ein Drainagerohr wurde am äusseren Ende der Quere Wunde als Schlinge eingelegt. Im hinteren Theile der medianen Wunde wurden sämtliche Schichten der Bauchwand in die Nähte gefasst. Im Ganzen 20 Nähte. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass keine spritzende Arterie gesehen wurde. Die Vereinigung der Wunde in der Linea alba war keine lineare, weil an zwei Stellen dicke Falten entstanden, die emporstanden. Gewicht des Tumors $9\frac{1}{2}$ Pfd.

Nach der Operation war diese sehr willenskräftige Patientin im höchsten Grade anämisch, der Radialpuls kaum fühlbar über 140.

Wein, Kaffee, Einwickelung der unteren Extremitäten mit Rollbinden. Das linke Bein wurde mit einer elastischen Binde eingewickelt, was aber nur $\frac{1}{2}$ Stunde lang ertragen wurde, nach dieser Zeit war der Fuss gegen Nadelstiche ganz unempfindlich. Der Puls hob sich allmählig und war am Ende ganz gut fühlbar. Nachmittags 2mal Erbrechen. Abends eine Viertelstunde Frost ohne Temperatursteigerung.

30. Mai. Puls 140, deutlich fühlbar, Abends Puls zusammengezogen; die Nähte im unteren Theile der Wunde spannen stark, wurden zum Theil Früh, zum Theil Abends gelöst. Abends mit dem Finger in die Beckenhöhle eingegangen, kein Secret ausgeflossen.

31. Mai früh die Hautfalten, namentlich an der unteren Partie des leeren Beutels geschwollen, es wird mit der Kornzange in dieselbe eingedrungen, und etwas röthliches Serum entleert. Allgemeinbefinden gut. Drainageröhren functioniren gut, es fliesst durch dieselben viel Serum ab. Seit gestern Früh 2mal täglich Ausspritzen, heute mit Tinct. jod. drachm. 1. Glycerini, Aq. font. $\bar{a}\bar{a}$ lib. I, 2mal ausgespritzt.

1. Juni. Nirgends Schmerz, Schwellung der Falten geschwunden, weitere Nähte gelöst. Puls kräftig voll.

6. Juni. Befinden gut, Eiterung ziemlich massenhaft, die Drainageröhren gegen dünnere vertauscht.

8. Juni. Die in der Medianlinie befindliche an zwei Stellen klaffende Wunde von gutem Aussehen*).

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Hernien.

Hernia cruralis incarcerata.

1. Frau A. H., 53 Jahre alt. Seit drei Jahren besteht eine Cruralhernie rechts, die nur selten heraustrat. Bandage nie getragen. Am 8. März 1875 trat die Hernie wieder heraus und wurde schmerzhaft, zugleich stellte sich Erbrechen ein. 11. März 1875, galliges Erbrechen. Nach einem Klysma ging ein etwas fäculenter Stuhl ab.

Die Haut über der Geschwulst in der rechten Inguinalgegend, die etwa die Grösse eines Hünereies hat, sowie nach einwärts und nach aussen, in der ganzen Länge der Inguinalfalte gelbbraunlich verfärbt. Im Bruchsacke stinkendes, braunrothes Bruchwasser; die haselnussgrosse Hernie (Dünndarm) von gutem Aussehen, doch beim Reductionsversuche zeigte sich die schon früher gehegte Vermuthung, dass Perforation vorhanden, gerechtfertigt, indem Darminhalt ausfloss. Es wurde die Perforationsstelle nicht aufgesucht, die vorliegende Darmwand ausgiebig incidirt, die Wunde mit einem in Lösung von essigsaurer Thonerde getrockneten Schwamme bedeckt. In den nächsten

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 12.

Tagen erholte sich die Kranke, es floss stets reichlich Darminhalt durch die Wunde ab, durch den After dagegen kam nichts. — Die Wunde reinigte sich allmählig, nach und nach kam etwas, später mehr Koth per anum und am 5. Mai 1875 reiste Patientin mit ganz geheilter Wunde ab.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Hernia abdominalis incarcerata.

F. M., 41 Jahre alt, aus Wien. Aus den Angaben des Kranken lassen sich fast gar keine anamnestisch wichtige Daten entnehmen. Nur so viel ist sicher, dass während er vor 6 Jahren einen Berg in der Umgebung Wiens bestieg, sich diese Geschwulst in der Nabelgegend zeigte, und er seit damals eine Bandage trug. Am 25. December 1875 trat ohne irgend eine Veranlassung die Incarceration auf und jede versuchte Reposition misslang.

Stat. praes. Patient sehr robust, stark und ausserordentlich fettreich, wird schon mit den gefährlichsten Symptomen in die Anstalt gebracht: Singultus, Schmerz etc. Zwei Stunden nach seiner Ankunft wurde die Operation gemacht. Der Schnitt 3 Querfinger weit vom Nabel, von 6" Länge. Die Stelle der Incarceration war keine sehr starke, allein Darm und Netz waren hyperämisch, dunkelbraun. Der Darm wurde reponirt und ein grosser Theil des Netzes musste entfernt werden. Die Schnittländer durch Nähte vereinigt. Die Operation geschah unter Spray ($\frac{1}{2}\%$ Carbolösung) und der Verband nach Lister's Methode. Nach der Operation wurde dem Kranken eine subcut. Inject. gemacht; Klyisma mit Ol. ricini, ohne dass aber Stuhl erfolgen sollte. Singultus dauert fort, es stellen sich sehr heftige peritonitische Erscheinungen ein. Pat. bekommt Eispillen, Aether sulfur.; Aq. lauroc. c. Morph. ohne Erfolg.

28. December. Da die Beschwerden sehr heftige sind und die subc. Inject. keine Erleichterung verschaffen, wurde ihm um 6 Uhr Nachmittags ein Klyisma mit Hydrat chloral applicirt. Um 8 Uhr Abends verschied der Kranke plötzlich ohne vorhergegangene Agonie.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

2 Fälle von Herniae inguinales mittelst Taxis. Die Kranken wurden, nachdem ihnen ein passendes Bruchband gegeben wurde, entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Anus und Rectum.

Complete Mastdarmfistel und Hämorrhoidalknoten.

S. T., 35 Jahre alt, aus Siebenbürgen, litt seit 16 Jahren an einer vollkommenen Mastdarmfistel mit einigen Seitengängen. Am 22. Juni 1870 wurden die Fistelgänge mit dem Messer getrennt, die derben Ränder abgetragen und zwei zunächstliegende Hämorrhoidalknoten unterbunden. Geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Complete Mastdarmfistel.

Herr L. P., aus Griechenland, 26 Jahre alt, wurde am 27. September 1870 an vollkommener Mastdarmfistel mittelst Spaltung operirt und verliess 18 Tage später die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Fistula ani completa.

J. T., 23 Jahre alt, aus Schuzala in Kaukasien. Patient mit blassem, aufgedunsenem Gesichte wurde aufgenommen mit tuberc. Geschwüren im Rectum, die nach aussen nach der rechten Hinterbacke mündend, durch die daselbst befindlichen Oeffnungen einen Theil ihres reichlichen Eiters entleerten. Ein grosser Theil von im Rectum angesammeltem Eiter floss jedesmal bei der Untersuchung mit dem Mastdarmspiegel ab. Die linke Lunge zeigte an ihrer Spitze beträchtliche Dämpfung und Patient litt an einem wenn auch nicht heftigen, doch stetigen Fieber. Da nun an eine radicale Operation und eine zu beabsichtigende Heilung bei besagtem Allgemeinzustande des Patienten nicht zu denken war, so handelte es sich darum, dem Eiter leichten Abgang zu verschaffen, was man dadurch erreichte, dass man die einzelnen Gänge in einen einzigen vereinigte. Patient wurde nach 4 Wochen gebessert aus der Anstalt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher.

Fistula ani.

G. v. B., 43 Jahre alt, aus Bukarest. Der Kranke hatte eine 1½ Cmt. lange Fistel, die auf der Sonde gespalten wurde und in 3 Wochen heilte.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Complete Mastdarmfistel und Hämorrhoidalknoten.

Herr W. Z., aus Triest, 24 Jahre alt, litt seit 4 Monaten an einer scheinbar in Heilung begriffenen Fistel. Die Operation erfolgte am 27. Juni 1871. Die vollkommene Fistel wurde am After rechts unten getrennt, dann wurde ein nach links und vorne reichender T-förmiger Hohlengang gespalten. Vier stark vor-drängende und geschwellte Hämorrhoidalknoten wurden, jeder einzeln, doppelt unterbunden.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Fistula ani.

B. W., 27 Jahre alt, aus Russland. Der Kranke bekam vor 3 Jahren nach einer Periprostitis eine Mastdarmfistel. Er wurde theils mit Messer, theils mit Lapis, theils mit elastischer Ligatur durch 9 Monate ohne Erfolg behandelt; auch machte er während dieser Behandlung eine Inunctionseur durch. Die Fistel heilte nicht, die Eiterung war sehr profus und die Entzündung breitete sich weiter aus. Nach und nach bildeten sich immer neue Infiltrate und neue Fisteln am Perineum, gegen die Nates, selbst die Bauchdecken hinauf. Die eine Fistel begann einen Zoll unter dem Nabel und zog von da unter dem Scrotum durch die Schenkelbeuge zur Innenseite des linken Oberschenkels. Die anderen Gänge waren rings um den Mastdarm, einzelne tief in die Hinterbacken reichend. Die Eiterung war sehr profus, der Kranke sehr abgemagert. Spaltung der Hinterbacke, Ausspritzung. Die Operation geschah mit der Galvanocaustik, und die Wunde wurde mit Eisentampons verbunden. Die Wunde reinigte sich schnell, der Kranke fühlte sich wohl. Am 5. Tage trat Erysipel um die Wunde auf, das die beiden Hinterbacken und beide Oberschen-

kel überwanderte, ohne der Wundheilung zu schaden. Patient hatte Temperaturen von 41·6. Nach 2 Tagen änderte sich das Bild. Die Heilung der Wunde schritt sehr rasch vor und Patient konnte nach 4 Wochen das Bett verlassen. In 10 Wochen war die Wunde geheilt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Fistula ani.

A. P., 42 Jahre alt, aus Gründorf in Kroatien. Die Fistel bestand seit 2 Jahren in Folge der Entzündung der Hämorrhoidalknoten. Die Fistel wurde auf der Hohlsonde gespalten, die Wunde mit Eisenchlorid-Tampons verbunden. Die Reaction war ziemlich stark, begleitet von einigen Schüttelfrösten. Am 22. Tage wurde die Kranke mit einer kleinen Wunde entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

Complete Mastdarmfistel.

Herr A. S., aus Brünn, 37 Jahre alt, tuberculös, seit Februar 1871 am Mastdarme leidend, wurde am 4. September 1872 in der Anstalt operirt. Die Fistel mündete anderthalb Zoll ober linkerseits der Aftermündung, auch ein querer Gang war zugegen. Die Brücke wurde mit dem Messer gespalten und die Ausläufer des Ganges getrennt. Am 17. October nahezu geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Complete Mastdarmfistel mit Hämorrhoidalknoten.

Herr P. v. O., aus Ungarn, 52 Jahre alt, litt seit 5 Jahren. Die complete Fistel wurde am 20. November 1872 gespalten und und zwei Hämorrhoidalknoten wurden nach je doppelter Unterbindung abgetragen. Am 16. December verliess der Kranke die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Complete Mastdarmfistel.

Herr J. M., aus Wien, 48 Jahre alt, litt seit 10 Jahren an Hämorrhoidalknoten. Eine seit 6 Monaten bestehende com-

plete Mastdarmfistel wurde am 5. Mai 1873 auf der Hohlsonde gespalten und mit Eisenchlorid geätzt. Vier Wochen später verliess der Kranke geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Fistula ani completa.

N. J., 37 Jahre alt, aus Gr.-Kikinda in Ungarn. Es wurde die elastische Ligatur angelegt, welche am 7. Tage abfiel und in 14 Tagen Patientin geheilt entlassen wurde.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Ausser den hier beschriebenen Fällen sind noch 13 Mastdarmfisteln zur Behandlung gekommen, und zwar operirte Herr Prof. Dittel 8, 6 mittelst elastischer Ligatur und 2 durch Spaltung auf der Hohlsonde; Herr Hofrath Billroth, Herr Prof. Freih. v. Dumreicher je 2 mittelst Spaltung auf der Hohlsonde, Herr Prof. v. Pitha 1 ebenfalls durch Spaltung auf der Hohlsonde. Sämmtliche wurden geheilt entlassen.

Prolapsus ani.

Sechs Fälle wurden vom Herrn Prof. Dittel mittelst elastischer Ligatur behandelt und geheilt.

Atherom am After.

Freih. v. D., aus Wien, 28 Jahre alt, hatte seit 4 Jahren ein wallnussgrosses Atherom an der Hinterbacke, unmittelbar am After. Dasselbe wurde am 5. October 1872 exstirpirt. Aeusserst träger Heiltrieb. Nach 5 Wochen wurde der Kranke mit einer kleinen Wunde entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Epithelioma recti.

L. Baronin F., 40 Jahre alt, aus Veszprim in Ungarn. Patientin litt bereits seit mehreren Jahren an heftigem Zwange im Mastdarm, der sich bei Stuhlentleerung in unerträglicher Weise steigerte. Die Untersuchung ergab etwa 1" im Rectum aufwärts eine ringförmig sich herumziehende, hart anzufühlende, leistenartig vorspringende Geschwulst, welche naturgemäss eine Stricture im Rectum begründete. Da die schon in der Heimat der Pa-

tientin früher vorgenommene Erweiterung ohne Erfolg blieb, so entschloss sich dieselbe zur radicalen Operation, die in der Weise vorgenommen wurde, dass man das Gebilde in seinem ganzen Umfange mit dem Messer abtrug. Nach weiterer, in der Einführung mit Arg. nitricum-Salbe bestrichener Boutonnées bestehender, bis zur Heilung der Wundfläche fortgesetzter Behandlung schritt man zur Erweiterung der durch die Narbe doch gegebenen Verengung, indem man Bougieen aus Hartkautschuk gradatim in der Dicke derselben fortschreitend in das Rectum führte. Der erzielte Erfolg war derart, dass die stärksten Bougieen ohne jeden Schmerz eingeführt und mit Leichtigkeit vertragen wurden und dass schliesslich die Stelle der früheren Geschwulst in gleichem Niveau mit der übrigen Schleimhaut sich zeigte.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

Carcinoma recti.

L. v. B., 50 Jahre alt, aus Pest. Vor drei Jahren bemerkte Patient, dass mit den Entleerungen viel Schleim abgeht. Vor einem Jahre wurde er an einer Mastdarmfistel operirt, die nicht heilte. In ihrer Nähe bildete sich eine Geschwulst, die mit Galvanocaustik abgetragen wurde.

Das Carcinom war ringförmig und reichte 2" tief in den Mastdarm. Die Blutung bei der Exstirpation gering. Die Reaction unbedeutend, die Wunde reinigte sich langsam, die Eiterung war stark. In der 7. Woche wurde Patient mit einer kleinen Wunde entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma recti.

K. H., 37 Jahre alt. Nach Angabe der Kranken soll vor fünf Jahren eine stärkere Mastdarmblutung stattgefunden haben. Seit einem halben Jahre besteht Schmerz und etwas Blutabgang beim Stuhle.

10. Mai 1875. Spaltung des Anus nach hinten. Excision des thalergrossen, flachen Epitheliomgeschwürs in der rechten

Wand des Rectums, tief unten sitzend. Die Schleimhaut vorge-
näht, hinter das Rectum Drainageröhren.

11. Mai. Entwicklung eines handgrossen Decubitus am
Kreuz.

Am 26. Juni 1875 geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma recti.

A. S., 63 Jahre alt, aus Linz. Das Neugebilde gibt Patientin
an, schon seit zwei Jahren zu haben. Therapie: Das medullare,
hühnereigrosse, sehr blutreiche, an der Oberfläche zerklüftete,
vereiternde, an einem Stiel hängende Gebilde, das bei Stuhl-
entleerung immer hinausgedrängt wurde und dabei grosse Be-
schwerden verursachte, wurde mittelst Galvanocaustik abgetragen.
Die Blutung war stark, die grossen Gefässe wurden unterbunden
und die parenchymatöse mit Penghavar Djambi gestillt. Verlauf
war ohne Reaction.

Vom Herrn Prof. G. Braun operirt.

Hämorrhoidalvorfälle.

Nodi haemorrhoidales.

R. S., 37 Jahre alt, aus Ungarn. Drei nussgrosse Knoten
mit partiellem Prolapsus ani wurden mit Fäden abgebunden. Die
Ligatur fiel am 9. Tage ab. Patient verliess nach 4 Wochen
geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Nodi haemorrhoidales.

M. M., aus Agram, 50 Jahre alt. Der Kranke litt durch
20 Jahre an Mastdarmlutungen. Die grossen Schmerzen in der
letzten Zeit nöthigten ihn zur Operation. Es waren fünf nuss-
grosse, entzündete Knoten mit partiellem Prolapsus ani. Es
wurde die elastische Ligatur und continuirliche Kälte angewen-
det. Die Knoten fielen am 8. Tage und Patient war nach 14 Tagen
geheilt.

Vom Herrn Prof. Dumreicher operirt.

Hofrath Billroth hatte 11 Fälle und zwar in 10 Fällen ist die Aetzung mit rauchender Salpetersäure mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt worden. Fast alle Kranken konnten schon 12 Tage nach der Operation geheilt die Anstalt verlassen.

Ueber den Verlauf dieser Methode siehe die Abhandlung des Herrn Hofrath Prof. Billroth in der „Wiener med. Wochenschrift“ 1871, Nr. 33.

In einem Fall wurde die Abtragung der Knoten mittelst der galvanocaustischen Schlinge vollzogen.

Weiland Prof. v. Pitha operirte fünf Fälle mit glücklichem Erfolge mittelst Fadenligatur.

Hämorrhoidalknoten.

H. H., aus Baja, 50 Jahre alt, leidet an Hämorrhoidalknoten mit Blutungen. Die Knoten wurden im Jahre 1858 mit dem Messer entfernt. Nun aber trat Recidiv ein. Es fielen abermals Knoten vor, und mit Blutverlust in so reichlicher Menge, dass den Patienten die Besinnung verliess. Am 29. September 1874 wurden die Knoten mittelst Ligatur abgebunden. Vor vollständiger Heilung der Wunde verliess der Kranke Mitte September die Anstalt.

Hämorrhoidalknoten,

Herr I. H., aus Czernowitz, 40 Jahre alt, litt seit 6 Jahren an Knoten mit Blutungen. Manchmal blieben die Knoten zwei Tage vorgefallen. Der Kranke wurde am 2. September 1871 operirt; die angelegten 12 Ligaturen fielen schon am 3. Tage ab. Die Dysurie dauerte 6 Tage.

Hämorrhoidalknoten.

Rittmeister v. B., aus Ungarn, 29 Jahre alt, litt seit 4 Jahren an Knoten mit fast täglichen Blutungen beim Stuhlgange.

Operation am 11. November 1871. Die angelegten 8 Lig. fielen nach 9 Tagen ab. Gegen später eintretende Verengerung wurden Guttaperchabougieen angewendet.

Diese 3 Fälle vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

H. Harnorgane.

Blasenkatarrhe.

Prof. Dittel hatte 8 Fälle in Behandlung, welche alle nach einer medicamentösen Behandlung und Gebrauch von Mineralwasser heilten.

Weiland Prof. v. Pitha und Hofrath Billroth hatten je einen Fall.

Ferner kamen 2 Fälle von Paralysis vesicae in Behandlung, einer vom Herrn Hofrath Baron v. Dumreicher und einer vom Herrn Prof. Dittel. Bei beiden wurde Kälte, Elektrizität und Katheterisiren angewendet.

Drei Fälle von Prostatitis vom Herrn Prof. Dittel. Interne Behandlung.

Blasenscheidenfisteln.

Fistula vesico-rectalis.

S. K., 60 Jahre alt, aus Warschau. Der Kranke war früher stets gesund, hatte auch nie Anstände in den Functionen seines Urogenitalsystems. Vor 6 Jahren verspürte er, ohne nachweisbare Ursache, Schmerzen in der Mittelfleischgegend, die ihn zur Ruhe bannten. Aeusserlich war, nach Angabe des Kranken nichts zu fühlen und zu sehen. Die Schmerzen steigerten sich, strahlten einerseits nach der Blase, andererseits nach dem After aus. Nach Ablauf von beinahe 2 Wochen entleerte sich, knapp neben der Aftermündung Eiter, wobei die Schmerzen nachliessen. Zugleich beobachtete der Kranke, dass er bei aufrechter Stellung durch den After Urin verliert. Alle Behandlungen dieses Leidens erwiesen sich fruchtlos. Die nähere Untersuchung ergab Folgendes: Die Harnröhre normal, die Blase nicht afficirt. An der Aftermündung fand man neben einigen ganz kurzen, einen mit callosen Rändern umgebenen, bei der Sondirung leicht blutenden, die Länge einer ganzen Sonde erstreckenden Canal, dessen Ende nicht zu finden war. In der Blase konnte man die Sonde nicht eruiren, hingegen fand man die Fistel beim After ausmündend.

Da an eine Heilung dieses Zustandes nicht gedacht werden konnte, wurde der Kranke entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Fistula vesico-vaginalis. Obliteratio vaginae.

E. K., wegen eines grossen Substanzverlustes in der hinteren Blasen- und vorderen Scheidewand wurde bereits 2mal vergeblich die Obliteratio vaginae versucht. Wunddiphtheritis bei starker Secretion des Uterus vereitelte beidemal den Erfolg.

Am 19. October 1872 Operation. Diesmal war kein Ausfluss aus dem Uterus vorhanden. Die zu schliessende Oeffnung (an der Stelle wo schon früher die Obliteratio vaginae versucht wurde) ist ziemlich breit oval, der lange Durchmesser von vorn nach hinten. Die Seiten vor der Oeffnung lassen sich ohne Spannung einander nähern; es wurde darum nach breiter vorgenommener Auffrischung die Vereinigung derart gemacht, dass die Vereinigungslinie von vorn nach hinten verlief. Es wurden 9 Hefte angelegt.

21. October. Harn muss 2stündlich durch den Katheter entleert werden.

23. October. Heftige Diarrhœe, Patientin bekommt Opium. Die Kranke liegt trocken.

24. October. Patientin liegt nicht trocken. Bei der Untersuchung ergibt sich dass die beiden vordersten Nähte (bei der Rückenlage die obersten) durchgeschnitten haben. Die so entstandene Oeffnung ist so klein, dass Spontanheilung zu erwarten ist.

1. November. Trotz sorgfältigster Reinigung die Scheidenschleimhaut mit diphtheritischem Beleg versehen. Die junge Narbe zerfallen.

3. November. Die Wunde reinigt sich.

18. November. Patientin geheilt entlassen.

Fistula vesico-vaginalis.

T. W., 26 Jahre alt, aus Esseg. Im Mai 1871 erfolgte die erste Entbindung mittelst Forceps wegen Wehenschwäche. Am

14. Tage nach der Entbindung floss der Harn durch die Vagina ab und seitdem kann Patientin nicht mehr den Harn spontan entleeren.

Am 5. November 1871 wurde versucht die Fistel durch die Naht der angefrischten Ränder zum Verschluss zu bringen. Schon 24 Stunden hernach floss der Harn wieder durch die Vagina ab.

Gegenwärtig in der vorderen Vaginalwand eine mehr als Zwanziger grosse Lücke, durch welche die Blasenwand prolabirt ist. Vagina narbig verengert.

Am 19. April 1872. Zu der Narkose, nach breiter Auffrischung und vorhergehender Incision beiderseits in die Vaginalwand der Verschluss durch 12 zum Theile tief greifende Nähte bewerkstelligt. Vollkommener Verschluss. Nach 3 Wochen geheilt entlassen. *)

Beide vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Blasensteine.

Steinschnitte.

1. A. G., 52 Jahre alt, aus Neumarkt in Ober-Steier. Patient litt seit 2 Jahren an Blasenstein bei einem in Folge dessen sehr intensiven Katarrh der Blase. Die vorgenommene Uroscopie constatirte ebenso eine Pyelitis mässigen Grades. Die immer mehr an Heftigkeit zunehmenden Schmerzen und die hieraus resultirende Abnahme der Kräfte bewogen den Patienten einer radicalen Operation sich zu unterziehen und zwar nachdem zuvor durch Katheterismus das Vorhandensein eines sehr harten, etwas über taubeneigrossen Steines constatirt war, zur Vornahme der Lithotripsie. Nach der ersten Sitzung jedoch, bei welcher eine Zertrümmerung des Steines in mehrere grössere Stücke erzielt wurde, zeigte sich schon, dass weitere Sitzungen, behufs Vornahme einer ferneren Zerstückelung in Folge der grossen Hyperästhesie der Blase unmöglich sind, und man nahm nun seine

*) Ueber weitere Fälle von Blasenscheidenfisteln: Siehe Gynäkologie. Seite 194.

Zuflucht zum Blasenschnitt. Bei Vornahme dieser, ohne jedwede Störung verlaufenden Operation wurden denn auch alle Stücke des bereits zertrümmerten Steines zu Tage gefördert. Die Steinfragmente waren sehr hart (harnsaurer Stein). Das bis zum 14. Tage nach der Operation verhältnissmässig gute Befinden des Patienten, bei einem sichtlich guten Heiltriebe der Operationswunde wurde plötzlich gestört durch das Auftreten eines sehr heftigen Schmerzes längs des Nervus ischiadicus rechterseits, welcher heftigen Schmerzempfindung man mit geeigneten Mitteln entgegentrat. Zugleich aber traten zeitweilig sehr heftige Schüttelfröste auf; es zeigten sich pyämische Symptome bei tympanitischer Auftreibung des Unterleibes.

Da nun die Wunde der Heilung sichtlich entgegenging und eine derselben entsprechende Reinheit und Farbe zeigte, der Urin sich tagtäglich merklich klärte, so war eine Erklärung jener besagten Symptome unmöglich, bis eine genaue Untersuchung eine Eiterabsackung im rechten Hüftgelenke ergab. Patient starb 4 Wochen nach der Operation unter pyämischen Erscheinungen, nachdem die Operationswunde bereits vollends geheilt war.

Vom Herrn Prof. Dumreicher operirt.

2. A. B., 46 Jahre alt, aus Bagdad. Der Kranke, von kräftiger Statur, litt seit 10 Jahren an Harnbeschwerden. Während dieser Zeit unterwarf er sich der Behandlung vieler Aerzte seiner Heimat, jedoch ohne Erfolg. Während der Hieherreise bemerkte er zum erstenmale kleine Concremente beim Uriniren abgehen, die ihm jedoch keine grossen Beschwerden verursachten. Die Untersuchung ergab, dass sich in der Blase ein grosser, ziemlich weicher, unbeweglicher Stein befinde. Dabei litt der Kranke an Polyurie und Pyelocystitis. Behufs der Zertrümmerung konnte kein Instrument eingeführt werden, es wurde daher seitlicher Blasenschnitt ausgeführt, der Stein konnte jedoch seiner Grösse und Einbettung in die Divertikel nach oben und unten nicht in toto entfernt werden. Die Zertrümmerung und Entfernung der Concremente dauerte über zwei Stunden. Die einzelnen Steinfragmente wogen 2 Loth. Die Reaction war mässig, die Wunde war blass aber rein. Der Appetit war gut, der Kranke fühlte sich

von Tag zu Tag wohler. Die Wunde heilte regelrecht und der Kranke verliess in der 9. Woche ganz geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

3. A. A., 62 Jahre alt, aus Schlesien. Der Kranke sehr stark gebaut und genährt, erfreute sich immer des besten Wohlbefindens, nur in den letzten 4 Jahren bekam er manchmal Beschwerden beim Uriniren, die im letzten Jahre stark waren, im Geschäft aber ihn doch nicht hinderten. Im letzten Jahre waren die Blutungen öfters und stark. Bei Untersuchung der Blase wurde ein Stein gefunden. Die Entfernung desselben durch den Seitenblasenschnitt, welcher mit grossem Blutverlust verbunden war, war sehr beschwerlich, indem der Stein gross war, und der Kranke ein so dickes Fettpolster am Perineum hatte, dass es kaum möglich war durch die Wunde mit dem Finger bis in die Blase zu gelangen. Nach der Operation kam wiederholt Ohnmacht und Erbrechen. Am 2. Tage Schüttelfrost, der eine halbe Stunde dauerte. Am 6. Tage starke Blutung aus der Blase; grosse Schwäche, aus der sich der Kranke durch Wein und Aether jedoch bald erholte. Am 10. Tage war die Wunde rein aber bloss. Der Urin kam schon theilweise durch die Harnröhre. Das höchste Fieber war 39.2, Puls 126. Der Kranke fühlte sich von nun an jeden Tag kräftiger, musste aber wegen hinzugekommener Orchitis auf der linken Seite noch eine Woche länger das Bett hüten.

In der 7. Woche wurde der Kranke mit in der Tiefe geheilter, aussen noch kleiner Wunde entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

4. S. Rit. v. S., 37 Jahre alt, aus Galizien. Der Kranke, sehr schwach, litt seit 8 Jahren an Hämorrhoiden und Blasenkatarrh. Schon vor 8 Jahren hatte er oft grosse Beschwerden beim Uriniren, die in der letzten Zeit bedeutend zunahmen. Dabei litt er oft an Blasenkrämpfen und fortwährendem Harndrang. In der Meinung, er leide nur an Hämorrhoiden, begab er sich auf 4 Wochen in eine Kaltwasseranstalt, wo das Leiden sich steigerte. Der Harn war eiterig und übelriechend, Concremente hat er nie beobachtet. Es war ein phosphorsaurer Stein. Im

Urin viel Eiweiss. Anfangs entschloss sich der Kranke nur zur Zertrümmerung des Steines, der so gross war, dass das Instrument ihn kaum fassen konnte. Die Beschwerden waren grösser geworden und der Kranke ersuchte selbst, man sollte ihn vom Stein durch Lithotomie befreien. Die Operation war erschwert durch die Menge von Steinen in der Blase. Der Kranke starb 7 Stunden nach der Operation. Bei der Section fand man beide Nieren im hohen Grade brightisch erkrankt, die Blase ausgedehnt, hypertrophirt, die Wände derselben mit Concrementen ausgefüllt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Lithotripsie.

1. J. W., 42 Jahre alt, aus Ungarn. Grosser harter Stein. Vier Sitzungen. Geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

2. G. V., 15 Jahre alt, aus Serbien. Drei Sitzungen. Heilung. Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

3. Nach der Beschreibung des Herrn Prof. Dittel (siehe Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1872, Nr. 3). Herr W...n, Kaufmann aus Slavonien, 60 Jahre alt. Durch seine vieljährigen Harnbeschwerden, insbesondere durch den beständigen, die Nachtruhe raubenden Harndrang geschwächt, begab sich ziemlich muthlos Anfangs October 1871 in meine Behandlung. Bei der Sondirung fand ich einen ziemlich grossen harten Stein von hellem Klang. Obwohl das Glied gegen Berührung auffallend empfindlich und die Harnröhre eng war, entschloss sich Patient doch nur zur Lithotripsie.

Am 15. October 1871 nahm ich die 1. Sitzung vor, ohne Narkose in einem höchst dürftig aussehenden Zimmer eines kleinen Gasthauses; da ich nicht einmal das nöthige Lager zusammenbrachte, und unter diesen Umständen die Sitzung nicht zu meiner Befriedigung ausfiel, drang ich darauf sich in einem Privatspital Unterkunft zu verschaffen.

Am 24. October nahm ich im Maison Eder 13 Sprengungen in der Narkose vor. Urin klar, harnsaurer Detritus entleert sich anfangs anstandslos. In den nächsten Tagen reizte der

spitzige Detritus die Harnröhrenschleimhaut so sehr, dass der Urin blutig erschien und der Kranke einen Wundfrost von einer Stunde bekam. Da der Eichelschmerz immer heftiger, der Harnstrahl bei starkem Drange kleiner wurde, vermuthete ich Steinfragmente im Sinus prostaticus. Ich untersuchte; fand sie und schob sie mit dem Löffelinstrument zurück, wobei ich sogleich einige Fragmente zerdrückte. Gleich darauf gingen zur grossen Erleichterung des Kranken mit vollständigem Strahl grössere Fragmente ab, nur ein grosses blieb in der schiff förmigen Grube stecken und wurde von dem Assistenten der Anstalt ausgezogen. Derselbe Zwischenfall ereignete sich später noch einmal.

Am 23. November nahm ich die 6. und letzte Sitzung vor. Patient hatte inzwischen nur zeitweise in der Harnröhre Schmerzen, in der Blase niemals. Ich fand kein Concrement, der geringe Blasenkatarrh verlor sich, Urin wurde klar, Patient schlief 3—4 Stunden und verliess am 24. November geheilt die Anstalt.

Wegen der vorhin angedeuteten Enge der Harnröhre hatte ich nur einmal zur ersten Sprengung das gewöhnliche gefensterete Lithotriptor und später zweimal das gelöfelte zur Sondirung der kleinen Fragmente eingeführt, alle andern Sprengungen musste ich mit dem Kinderlithotriptor vornehmen, weil ihm dieser allein bei der Einführung keine Schmerzen verursachte.

4. Nach der Beschreibung des Herrn Prof. Dittel (siehe Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1872, Nr. 2). Herr Bezirksrichter v. D—l aus Marchegg, ein sonst gesunder Mann von 42 Jahren, kam im Juni d. J. in meine Behandlung wegen seines schmerzhaften Blasenleidens. Bei der Sondirung fand ich einen harten hellklingenden Stein, der, was Grösse betrifft, an der Grenze der Möglichkeit für lithotriptische Operation stand. Nur mit Mühe konnte der Kranke ganz langsam die Stiege hinansteigen, indem ihm die Schwere des grossen Steines schmerzhaft Empfindungen im Mittelfleisch verursachte. Die Analyse wies eine Pyelitis im geringen Grade nach.

Am 26. Juni 1871 nahm ich im Maison Eder die erste Sitzung ohne Narkose vor und war in 9 Sitzungen bis zum 20. Juli fertig, der Urin blieb immer ungefärbt; eine namhaftere

Reaction mit Temperatursteigerung, Pulsfrequenz, Kopfschmerz, Durst und Blasenreizung trat nur nach der 1. Sitzung auf. Nach der 4. Sitzung empfand er auch Schmerzen im rechten Hoden, aber zur Entzündung kam es nicht. Die Grösse des Steines machte es nothwendig, dass ich bis 24 Sprengungen in einer Sitzung vornehmen musste.

Am 5. November bekam ich mit einem Kranken, den er mir zuschickte, die Kunde, dass er sich fortwährend wohl befinde.

5. F. E., 68 Jahre alt, aus Oberhollabrunn. Der Kranke, sehr schwächlich gebaut und herabgekommen, fühlte seit 2 Jahren Schmerzen beim Uriniren, die Anfangs gering, und aussetzend waren, in der letzten Zeit dagegen sehr gross und continuirlich. In der Blase fand man einen ziemlich grossen und harten Stein, der in 12 Sitzungen ohne Narkose innerhalb 16 Tage zertrümmert wurde. Nach der 1. Sitzung trat Schüttelfrost auf, im Urin war viel Blut, den nächsten Tag war der Urin hell. Die Concremente gingen leicht ab. Am 8. Tage trat linkerseits eine Epidydimitis auf. Am 16. Tage stellte sich um die Mittagszeit eine Asphyxie ein, von der sich der Kranke erholte. Abends derselbe Zustand, dem der Kranke erlag. Section wurde nicht gemacht.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

6. J. B., 60 Jahre alt, aus Neusohl in Ungarn. Hatte einen kleinen weichen Stein, von dem er in zwei Sitzungen ohne Narkose befreit wurde.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

7. F. H., aus Wien, 73 Jahre alt, kräftig und wohlgenährt, leidet seit 3 Jahren an Harnbeschwerden, als: Unterbrechung des Strahles, Schmerzen an der Eichel und Blutung nach anstrengenden Märschen. Der harnsaure Stein wurde in 6 Sitzungen zertrümmert. Die Fragmente theils spontan abgehend, theils ausgelöffelt, wogen in trockenem Zustande 16·5 Gramm. Mitte August verliess der Kranke die Anstalt, ohne dass ein Fragment nachgewiesen werden konnte.

Am 29. Juni 1872 erschien er abermals, mit einem taubeneigrossen Steine, der in 2 Sitzungen zertrümmert wurde, und verliess am 6. Juli geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

8. S. H., 46 Jahre alt, aus Vukovar. Der Kranke litt seit einigen Jahren an Schmerzen in der Blasengegend, da jedoch die Beschwerden gering waren, unterzog er sich keiner Behandlung, erst der seit 6 Monaten dauernde Harndrang, wobei er fast jede $\frac{1}{4}$ Stunde uriniren musste, zwangen ihn einen Arzt zu consultiren. Der phosphorsaure Stein war ziemlich gross, und wurde in 7 Sitzungen ohne Narkose zertrümmert. Die ersten 3 Sitzungen waren sehr schmerzhaft, und von Schüttelfrösten begleitet. Blutung war gering, die Concremente gingen leicht ab, die anderen Sitzungen waren fast ohne Reaction. Patient geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

9. Nach der Beschreibung des Herrn Prof. Dittel (siehe Wiener Allgem. mediz. Zeitung 1873, Nr. 23): Kl. . . . , aus Weidling, Fleischer, 70 Jahre alt, besuchte mich in meiner Ordinationsstunde. Ausgesprochene Steinbeschwerden veranlassten mich, die Blase zu sondiren, und ich fand einen kleinen harten Stein. Als der Kranke in der Anstalt des Dr. Eder aufgenommen war, machte ich am 30. September 1872 in der 1. Sitzung 9 Sprengungen, es folgte eine unbedeutende Reaction und ich willigte ein, dass der Mann auf 2 Wochen nach Hause gehe, um sich vollständig zu erholen. Nach 3 Wochen kehrte er zurück und ich zertrümmerte am 6. und 22. November den Rest des Steines. Am 24. verliess Patient geheilt die Anstalt. Der harnsaure Detritus hatte sich anstandslos mit dem Urin entleert.

10. Nach der Beschreibung des Herrn Prof. Dittel (siehe Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1873, Nr. 25): K. . . . , aus Ungarn, Maison Dr. Eder, 24 Jahre alt, zartgebaut mit schmalem Thorax, anämisch, mit Eczema capillitii, hat lange Zeit an Intermittens gelitten. Im December 1872 fingen seine Harnbeschwerden an, die mit Ausschliessung eines Blasensteines für Hämorrhoiden erklärt wurden. Am 20. Februar 1873 constatirte ich eine Cystopyelitis und einen grossen rauhen Stein in der Blase; am 24. Fe-

bruar nahm ich ohne Narkose in der ersten lithotriptischen Sitzung 12 Sprengungen vor, die der Kranke in ängstlicher Fassung ziemlich gut vertrug. In der zweiten Woche, nachdem sich grober und feiner Detritus entleert hatte, fing der Kranke an so continuirlich zu fiebern, dass ich, nachdem das Harnbild nicht für Nephritis sprach, an acute Tuberculose dachte und mich nicht traute, die Operation fortzusetzen. Am 14. März wurde ich aber durch eine sorgfältige Untersuchung des Herrn Prof. Bamberger in dieser Beziehung beruhigt und als sich am 15. März ein Fragment eingekeilt hatte, benützte ich die dringende Indication der Instrumentalhilfe gleich zu einer 2. Sitzung. Es stellte sich nun heraus, dass das Fieber von dem Reize herrühre, den die Trümmer auf die Blase ausübten, denn nach der Lithotripsie hörte am selben Tage das Fieber auf, sowie der Harndrang und es trat Ruhe und Schlaf ein. Diese Scene des Fieberrecidivs wiederholte sich immer vor jeder folgenden Sitzung und hörte nach jeder auf. Die 3. Sitzung war am 20. März mit 16 Sprengungen, die 4. am 25. März, die 5. am 2. April gelegentlich einer 2. Einkeilung, die 6. am 7. April und die 7. zum Zwecke einer Schlussuntersuchung am 11. April. Der schwächliche Patient hatte sich inzwischen sichtlich erholt, schlief gut die Nacht, ass mit Appetit und ging fleissig im Garten spazieren. Am 14. April reiste er geheilt in seine Heimat.

11. Wir folgen der Beschreibung des Herrn Prof. Dittel. (Siehe Wiener Medicinische Wochenschrift 1874.) Am 29. Juni übernahm ich in der Heilanstalt des Dr. Eder den Pfarrer Sz. v. G., aus D.....k in Ungarn, einen ängstlichen, kleinemüthigen Patienten im Alter von circa 50 Jahren, mit den bekannten, sehr peinlichen Steinbeschwerden. Die Harnanalyse sprach für ein harnsaureres Concrement, die Untersuchung für eines von mittlerer Grösse.

Am 1. Juli nahm ich die erste Sitzung ohne Narkose vor, machte 12 Sprengungen mit dem Lithotriptor und 5 mit dem Ramasseur. Die Reaction war am 2. Juli unbedeutend und hatte schon am 3. Juli abgenommen.

2. Sitzung am 5. Juli.
 3. „ „ 24. Juli.
 4. „ „ 2. August, mit 24 Sprengungen.
 5. „ „ 7. „ „ 24 „

Acht Tage später verliess Patient geheilt die Anstalt.

12. Graf A. D. 65 Jahre alt, aus Ungarn. Seit 25 Jahren bemerkt Patient öfter ein weisses, weiches sandiges Sediment im Harn. Seit 2 Monaten heftige Ischurie. In 3 Sitzungen, ohne Narkose wurde der Stein durch Lithotripsie entfernt. Nach einmaliger leichter Reaction wurde Patient geheilt entlassen.

13. H., 66 Jahre alt, aus Pernitz in Mähren. Patient gibt an, seit 2 Jahren an Harnbeschwerden zu leiden, die insbesondere darin bestanden, dass der Urin nur tropfenweise abgehen konnte. Die Untersuchung mit der Steinsonde ergab einen colloiden harnsauren Stein, und eine enorme bilaterale Prostatahypertrophie. Die Zertrümmerung wurde in 5 Sitzungen, ohne Narkose vorgenommen. Am 2. März wurde Patient geheilt entlassen.

14. D. E., 61 Jahre alt, aus Böhmen. Der Kranke leidet schon seit längerer Zeit an Diabetes mellitus und Stenosis bicuspidalis. Die Untersuchung mit der Steinsonde ergibt einen kleinen Stein, bestehend aus phosphorsaurem Kalk. Die Zertrümmerung wurde in 2 Sitzungen beendet ohne Narkose, Dauer jeder Sitzung 15 Minuten. Der Kranke reagierte mit starkem Schüttelfrost, Blasenschmerzen, Drängen zum Uriniren. Nach 10 Tagen wurde Pat. vom Steine befreit, geheilt entlassen.

15. I. C., aus Ungarn. Ein harnsaurer Stein, 7 Sitzungen, ohne Narkose, nach jeder Sitzung fieberte Patient. Geheilt entlassen.

12 bis 15 vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Harnröhrenstricturen.

1. E. G., 64 Jahre alt, aus Postelberg in Böhmen. Der Patient kam unter folgenden Erscheinungen in die Anstalt:

Körper in hohem Grade abgemagert, Farbe die bei urämischen Erscheinungen gewöhnliche, vollständige Lähmung der linken Körperhälfte, Oedem des Hodensackes in bedeutendem

Maasse, Abscess im Mittelfleische, mit gleichzeitigem Oedem der Umgebung, welches in das Oedem des Hodensackes übergieng. Der Urin konnte nur tropfenweise entleert werden, die dünnste Darmsaite nur mit Mühe in die Blase gebracht werden. Zugleich war Pyelitis und Blasenkatarrh deutlich nachzuweisen. Zu bemerken ist ausserdem noch eine angeborene Anomalie, die die Erkrankung, und hiernach die Behandlung mehr oder weniger modificirte und die darin bestand, dass der Penis an seiner unteren Hälfte in ziemlicher Strecke mit der Haut des Scrotums verwachsen war, eine Anomalie, die durch eine vor 40 Jahren von Prof. Wattmann vorgenommene Operation bedeutend gebessert worden war.

Die in den ersten Tagen in der Anwendung von Decoet sem. lini zum Getränk und in der Einführung von Darmsaiten und dünnen Wachs bougieen bestehende Behandlung mässigte in Etwas die urämischen Erscheinungen. Unterdess jedoch musste der Abscess am Perineum eröffnet werden, der eine ziemlich grosse Menge dünnen, wässerigen Eiters ergab. Die Spannung des in so hohem Grade ödematösen Hodensackes steigerte sich mehr und mehr und daneben zugleich ging eine Gangrän des Perineums zur Seite, welche schliesslich das Scrotum ergriff und den einen Hoden blosslegte. Ebenso war durch die in die Tiefe greifende Gangrän ein Substanzverlust an der Harnröhre zu Stande gekommen, hiemit eine Urethralfistel gegeben. Die Gangrän begrenzte sich jedoch nach einigen Tagen, nachdem sich einzelne Partien theils selbst abgestossen hatten, andere entfernt worden waren und so konnte denn zur Heilung der durch die Gangrän gesetzten Wunde geschritten werden. Die bei dem nun besseren Allgemeinbefinden des Patienten vorgenommene Erweiterung der Strictur erfolgte theils von der vorderen Harnröhrenmündung, theils von der ziemlich weiten Urethralfistel aus und war dieselbe nach wenigen Wochen, bei gleichzeitiger Heilung der durch die Gangrän gesetzten Wunde so weit gediehen, dass man Katheter Nr. 10 mit Leichtigkeit einführen konnte. Mit der vorschreitenden Erweiterung der Strictur verschwanden auch vollkommen alle urämischen Erscheinungen, sowie die Lähmung

der linken Körperhälfte. Die Heilung der entstandenen Urethralfistel gelang ebenso vollkommen und wurde Patient nach Verlauf von 3 Monaten vollkommen gesund entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

Stricturea urethrae.

R. B., 56 Jahre alt, aus Er-Mihályfalva in Ungarn. Patient kam unter urämischen Erscheinungen in die Anstalt, kaum im Stande den Harn tropfenweise zu entleeren. Die Anwendung von Sitzbädern mehrmals täglich erleichterte jedoch in etwas den Abgang des Urins und brachte ebenso eine Besserung des Blasenkatarrhs zu Stande. Nachdem zuerst Versuche mit Darmsaiten und Wachs bougieen zum Zwecke der Erweiterung angewendet worden waren, wurde 14 Tage nach Eintritt des Patienten die Dilatation der Harnröhre, mittelst des Schraubendilatators vorgenommen. Die hierauf gradatim in ihrer Dicke angewandten Katheter vollendeten den Erfolg, indem nach sechswöchentlichem Aufenthalte Patient Nr. 12 leicht sich selbst einführen konnte. Mit Erweiterung der Stricture gelangte auch die Capillarfistel zur vollständigen Heilung.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

3. P. H., 64 Jahre alt, aus Görz. Der Kranke gab an, in seiner Jugend an mehreren Trippern gelitten zu haben, die nicht lange dauerten. Seit 10 Jahren bemerkte er Veränderungen beim Uriniren, die darin bestanden, dass er länger uriniren musste, sich dabei anstrengte und nach Entleerung des Urins immer bemerkte, dass er nass wurde. Diese Erscheinungen steigerten sich, so dass das Uriniren endlich von starken Schmerzen begleitet war, was ihn auch zwang, ärztliche Hilfe zu suchen. Er wurde nur einige Jahre mittelst fortgesetzter Anwendung von Bougies behandelt, die er sich in Folge der Zeit selbst einführte. Im Mai 1871 konnte der Kranke angeblich in Folge von Verkühlung nicht uriniren und der herbeigeholte Arzt setzte ihm den Metallkatheter, wobei etwas Blut abging, jedoch ohne weitere Folgen. Im Juni desselben Jahres trat wieder ein ähnlicher Zustand von Strangurie ein, der Arzt setzte wieder den Katheter, welcher,

laut Angabe des Kranken, sehr schwer und mit grossen Schmerzen in die Blase eindrang. Dies zwang nun den Kranken nach Wien zu kommen. Bei der Untersuchung der Harnröhre fand man dieselbe in der Pars membranacea sehr verengert, so dass man kaum mit dem conischen Katheter Nr. 1 durchdringen konnte, ausserdem in demselben Theil der Harnröhre einen kurzen, bereits überhäuteten falschen Weg. Es wurde nun die langsame Dilatation mit Metallkathetern vorgenommen; der Kranke vertrug die Kur ohne irgendwelche Reaction. Die Stricture wurde so weit ausgedehnt, dass der cylindrische Katheter Nr. 8 leicht dieselbe passirte und unter Anrathen den Katheter von diesem Caliber zeitweise einzuführen, wurde der Kranke entlassen.

4. J. A. aus der Bukowina. Die callöse Stricture in der Pars membranacea entstand in Folge mehrerer Tripper, die Patient in den letzten 6 Jahren überstanden hatte. Das Uriniren war mit vielen Schmerzen verbunden und der Urin ging nur tropfenweise ab. Die Anuresis zwang ihn sich einer Behandlung zu unterziehen. Die Dilatation wurde langsam vorgenommen mit dünner Darmsaite. Innerhalb 4 Wochen konnte man den Katheter Nr. 8 (englisch) einführen. Patient reagirte oft mit Schüttelfrösten. Nach 4 Wochen wurde er geheilt entlassen.

5. S. K., 28 Jahre alt, aus Karlstadt in Ungarn. Im Juli 1871 acquirirte Patient sich einen Tripper, der unter ziemlich stürmischen Erscheinungen, Chorda, Dysurie, Epidydimitis auftrat, ungeachtet der zugleich eingeleiteten Behandlung, die 6 Monate dauerte und nach ihrer Behebung einen Drang zum Uriniren zurückliess. Zugleich gibt Patient an, seit der Zeit die Fähigkeit eingebüsst zu haben, längere Zeit den Harn in der Blase zu behalten. Er urinirte in dünnem Strahl und hatte Nachtropfen. Die nun vorgenommene Untersuchung ergab eine kurze, straffe, ringförmige Verengung der Urethra, die der langsamen Dilatation mittelst conischer Katheter unterzogen wurde. Innerhalb 4 Wochen war man im Stande die Sonde Nr. 27 ohne Anstand einzuführen. Das Einführen des Katheters selbst war während der ganzen Be-

handlung nur 2mal vom Reactionsfieber begleitet. Patient verliess im geheilten Zustande die Anstalt.

Von 3 bis 5 vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Strictura et fistula urethrae.

6. P. P., 50 Jahre alt, aus Raab. Vor 30 Jahren hatte Patient einen Tripper, der über ein Jahr dauerte und von selbst heilte. Seit der Zeit bemerkte er, dass der Strahl beim Uriniren immer dünner war; in der letzten Zeit wurde das Harnlassen schmerzhaft. Vor 2 Jahren bekam Patient einen Abscess am Perineum, der aufbrach, von Zeit zu Zeit bildeten sich an dieser Stelle Abscesse. Die Strictur war in der Pars bulbosa et membranacea, die erste war hart und für Katheter Nr. 2 permeabel. Die hintere weicher. Bei der ersten Strictur wurde die innere Urethrotomie gemacht. Das Katheterisiren war manchmal von Schüttelfrösten begleitet. Patient verliess die Anstalt, nachdem er Katheter Nr. 8 selbst einführen konnte.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

7. W. v. S., 30 Jahre alt, aus Urbanovitz in Mähren. Vor 2 Jahren hatte Patient einen Tripper, der 8 Monate dauerte. Seit der Zeit bekam der Kranke ein öfteres Drängen zum Uriniren, ohne vollständig zu entleeren. Der Strahl war nicht verändert. Die Strictur war im membranösen Theil der Urethra sehr elastisch und kurz und für cylindrischen Katheter Nr. 6 zugänglich. Die Dilatation wurde jeden Tag vorgenommen, der Katheter nur einige Minuten gelassen. Das Einführen war nicht jeden Tag wegen der Schwellung durchzuführen. Am 10. Tage wurde die Strictur mit dem Dilatator erweitert. Nach jedesmaligem Katheterisiren reagirte der Kranke wenig, mit Krampf in der Blase, Urindrängen, öfteres Bluten. Die letzten vier Tage wurde der Katheter Nr. 12 eingeführt, was der Kranke sehr leicht vertragen hat.

Ausser den oben beschriebenen Fällen von Stricturen sind noch andere 37 von Herrn Prof. Dittel in Behandlung gekommen. Alle wurden mittelst Dilatation behandelt, die meisten verliessen vollkommen geheilt die Anstalt, andere in sehr gebessertem Zustande.

Hypospadie.

8. F. L. v. L. (Wir folgen hier der Beschreibung des Herrn Hofrath Billroth. Siehe Chirurgische Klinik 1869, 1870. S. 201). Die Harnröhre endigt etwa in der Mitte der Pars pendula des Penis, an dessen unterer Fläche; die Eichel ist durch feste Stränge an Stelle des Frenulum so nach unten und hinten befestigt, dass der Penis nach der Erection gebogen ist. Da dies erst beseitigt werden musste, bevor man an die Bildung der Harnröhre gehen konnte, so trennte ich die erwähnten Stränge durch Incision; der Erfolg war nicht vollständig, doch hätte die Richtung des Penis durch wiederholte Operation gebessert werden können. Pat. hatte indess weder die Ausdauer noch die pecuniären Mittel, sich fortgesetzt wiederholten Operationen mehrere Jahre hindurch zu unterwerfen, und so wurde nichts erreicht.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

I. Männliche Geschlechtsorgane.

Epidydimitis dextr.

J. F., 61 Jahre alt, aus Gran. Die Affection wich unter Anwendung von Kälte, erhöhter Lage des Hodens und später unter Einreibung mit Bleisalbe.

Vom Herrn Prof. Dittel.

Orchitis dextr.

P. R., aus Russland. Die Orchitis trat nach dem Katheterisiren auf, die Anschwellung dauerte 6 Wochen. Behandlung: Einreibung mit grauer Salbe und Kälte.

Vom Herrn Prof. Zeissl.

Cystosarcoma testiculi sinistri.

A. W., 48 Jahre alt, aus Wien. Die Geschwulst entwickelte sich seit drei Jahren ohne Schmerz bis zur Ganseigrösse. Dabei war Wasser in der Tunica vaginalis propria testis angesammelt, das in den Leistencanal hinauf trichterförmig ging. Die Geschwulst wurde zuerst aus der Dartos losgelöst, oberhalb derselben die elastische Ligatur angelegt und vor derselben abgeschnitten.

Zugleich entfernte sich nach dem Schnitt die Flüssigkeit. Die Ligatur fiel am 5. Tage ab; es war keine Blutung, der Kranke hatte keine Schmerzen. Die Wunde wurde mit Theerpulver verbunden. Die Wunde und der Canal verkleinerten sich rasch und der Kranke verliess geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Orchitis caseosa.

P. V., 36 Jahre alt, aus Wladimirow bei Moskau. Bis zum 26. Jahre war Patient gesund, da begannen Blutungen durch die Urethra und Schmerz beim Uriniren, Beschwerden, die trotz vielfacher Behandlung erst nach acht Jahren schwanden; von da an entwickelten sich kleine, harte Knoten in beiden Hoden; diese Knoten nehmen seit 3 Jahren an Grösse zu. Pat. hat zwei Kinder gezeugt, doch glaubt er in der letzten Zeit seine geschlechtliche Fähigkeit vermindert, zu deren Wiederherstellung seine Aerzte ihm die operative Beseitigung der Knoten anriethen.

13. October 1875. Mittelgrosser kräftiger Mann; im linken Nebenhoden mehrere erbsen- bis bohngrosse, länglich-runde, weiche Geschwülste; diese werden theils exstirpirt theils gespalten und ihr Inhalt, der dickem Atherombrei ähnelt, ausgedrückt, die glatte dicke Kapsel nachträglich excidirt und ausgekratzt; rechts eine haselnussgrosse und eine kleinere Geschwulst der Art im Hoden, gespalten und ausgekratzt.

Hautwunde vernäht, nachdem die Höhle mit 5% Carbolösung ausgewaschen worden, Drainage, Listerverband.

9. Novemb. 1875. Ein Theil heilte per primam, an einer kleinen Stelle Hautangrän entstanden. Jetzt besteht nur noch an jeder Seite eine kaum erbsengrosse Granulationsfläche, keine Fistel, Patient reist geheilt ab *).

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Carcinoma penis.

1. J. V., 65 Jahre alt, aus Böhmen, seit einem Jahre Beginn des Uebels an der Eichel, dann Infiltration des Penis; die Drüsen

*) Siehe Temperaturcurve Nr. 13.

in den Leisten beiderseits erbsengross fühlbar. Am 17. Juli 1870 Amputatio penis dicht an der Symphyse mit galvanocautischer Schlinge. Heilung. Pat. berichtet im Mai 1871, dass es ihm vortrefflich gehe, es ist kein Recidiv eingetreten. Eine kleine Dilatation der Harnröhrenmündung war zwei Monate nach der Operation nöthig geworden. Später begannen die Leisten-drüsen zu wachsen und zu ulceriren; Pat. starb im Mai 1872, ein Recidiv am Penis ist nicht eingetreten. Gesamtdauer der Krankheit nahezu drei Jahre *).

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

2. J. P., 62 Jahre alt, aus Mähren. Der Kranke, stark gebaut, war stets gesund. Vor 8 Monaten bemerkte er, ohne einen Grund dafür zu finden, ein Geschwür am inneren Blatte des Präputiums, nahe der rechten Seite des Frenulum, welches ihm keinen Schmerz verursachte und er darauf erst durch Blutung beim Uriniren aufmerksam gemacht wurde. Die Behandlung mit Lapis war fruchtlos, das Geschwür nahm an Umfang bis zur Kreuzergrösse zu, die Blutungen waren öfters und heftiger, das Präputium geschwollen. Die Untersuchung zeigte auf Carcinoma epitheliale des Präputiums und der Glans penis. Der Kranke überstand die Amputation bei geringer Reaction und wurde in der dritten Woche geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr von Dumreicher operirt.

3. G. B., 45 Jahre alt, aus der Militärgrenze. Der Kranke kam mit einem jauchig zerfallenden Krebs des Gliedes, wobei die Glans vollständig zerstört war und die Urethralmündung eingezogen. Die Schwellkörper bis zur Symphyse hart infiltrirt. Das Leiden entwickelte sich seit 8 Monaten. Als Ursache gibt der Kranke ein Geschwür am Präputium an. Leistendrüsen waren beiderseits wallnussgross. Die Amputation, knapp an der Symphyse, wurde mit der Galvanocautik gemacht. Die Lösung des Schorfes war von leicht zu stillender Blutung begleitet. Die

*) Siehe: Chirurgische Klinik von Billroth. Wien, 1869—1870. S. 294.

Wundheilung erfolgte in 4 Wochen, die angeschwollenen Drüsen involvirten sich.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Hydrocelen und Hämatoceelen.

1. Hydrocele dextra. E. L., 40 Jahre alt, aus Tiflis. Die seit 7 Jahren bestehende, bereits einmal punctirte Hydrocele mittlerer Grösse, wurde durch den Radicalschnitt operirt, die Scheidenhaut des Hodens mit der Haut durch die Kürschnernaht vernäht. Dessungeachtet wurde eine Eiterung des Unterhautzellgewebes nicht verhindert und waren mehrere Incisionen nothwendig.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

2. Hämatocele sinistra. G. P., 38 Jahre alt, Lebzelter, aus Baja in Ungarn, besass seit 8 Jahren eine Anschwellung am linken Hoden. Sechs Wochen vor der Aufnahme fiel er vom Wagen, wodurch die Geschwulst bedeutend zunahm. Eine in seiner Heimat gemachte Punction lieferte angeblich wässriges Blut. Bei der am 21. Sept. 1869 vorgenommenen Radicaloperation fand sich ein Theil der blutigen Flüssigkeit ausserhalb der Scheidenwand des Hodens, welche mit dieser durch eine quadratzollgrosse Rissöffnung communicirte. Es wurde der grösste Theil der sehr verdickten Scheidenhaut excidirt. Am 28. Oct. begann der Kranke, welcher, da der Hode bedeutend angeschwollen und nur eine kleine oberflächliche Wunde vorhanden war, schon abreisen wollte, zu fiebern und successiv stellten sich Anschwellung fast aller Gelenke, Pericarditis, Pleuritis mit geringem Ergüsse, Icterus, Diarrhöe, Delirien ein. Schüttelfröste waren nie vorgekommen. Anfänglich wurde die Diagnose auf Rheumatismus gestellt, dann folgten Icterus und typhöse Erscheinungen. Wegen des Meteorismus konnte Milzvergrösserung nicht nachgewiesen werden. Es ist nicht erwiesen, ob der Process nicht eine verkappte Pyämie war.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

3. Alte Hämato-Hydrocele mit Atrophie des Hodens. Castratio. M. J., 54 Jahre alt, aus Pest. Seit 3 Monaten ent-

wickelt sich eine Schwellung der linken Hälfte des Scrotums. In der 3. Woche soll von Prof. Lumnitzer punctirt worden sein, wobei reines Blut kam und ein Hodentumor diagnosticirt worden sein soll. Es wurde darum am 8. Mai 1875 die Castration links gemacht und zwar unter Esmarchs localer Anämie, die sich vortrefflich bewährte. Der hühnereigrosse Tumor erwies sich bei der Incision als die verdickte, erweiterte, mit blutig gefärbtem Serum und blutig gallertigen Klumpen erfüllte Tunica vaginalis communis, in welcher der atrophische Hode lag. (Die mikroskopische Untersuchung durch Dr. Gussenbauer ergab keine Geschwulstelemente.)

Die Höhle im Scrotum wurde mit Drainageröhren gefüllt. Die Gefässe des Samenstranges wurden einzeln ligirt (doch nicht immer sorgfältig isolirt). Während dieser Unterbindungen trat der bei dieser Manipulation am Samenstrang so häufige Collapsus ein.

Am Tage der Operation ein Schüttelfrost, von da ab ungestörter Verlauf.

30. Mai. Entlassung mit fast geheilter Wunde.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Ausser den oben beschriebenen sind noch andere 49 Fälle von Hydroceelen zur Behandlung gekommen, und zwar:

Herr Prof. Dittel	6 Fälle
Weiland Prof. v. Pitha	5 „
Herr Prof. Zeissl	3 „
Herr Hofrath Prof. Billroth	2 „
Herr Prof. Weinlechner	2 „
Herr Hofrath Baron Dumreicher	1 „

Bei allen Fällen wurde die Punction mit nachfolgender Injection vorgenommen. Sämmtliche Kranke geheilt entlassen.

Phimosen.

1. Phimosis congenita. Graf M. H., aus Cassel. Circumcision. Heilung.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

2. Phimosi congenita. L. D., 27 Jahre alt, aus Athen. Heilung durch Spaltung.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

3. Phimosi congenita. Baron H. v. B., aus Wien. Die Phimose war angeboren, stellenweise mit der Glans verwachsen. Die Behandlung bestand in partieller Spaltung des Präputiums und kalten Umschlägen und Einlagen von Charpie. 8 Tage.

Vom Herrn Prof. Zeissl operirt.

K. Weibliche Geschlechtsorgane.

Sarcoma clitoridis.

A. G., 40 Jahre alt, aus Pettau in Steiermark (29. August 1872). Ein schmerzhaftes, die Clitoris und die rechte Nympe einnehmendes, kreuzergrosses, flaches Neugebilde (Sarcom) wurde mit dem Messer extirpirt. In Folge der Schwellung schnitten die Nähte durch und die Wunde heilte in 14 Tagen unter sorgfältiger Reinigung*)

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

L. Becken und Lumbalgegend.

Chondrom des Beckens.

Wir folgen hier der Beschreibung des H. Hofraths Billroth (chirurgische Klinik, Wien 1869—1870. Seite 211). P. Hauptmann S., 34 Jahre alt, consultirte mich zuerst im December 1868; er hatte ein grosses Chondrom an dem vorderen Theil der rechten Beckenhälfte, und theilte über die Entwicklung dieser Geschwulst Folgendes mit.

Im Frühjahr 1865, bis wohin er stets gesund und kräftig war, hatte er oft hexenschussartige Empfindungen in der rechten Hüftgegend, bald auch intensive Schmerzen, die bis in's Knie und tiefer herunter fuhren, und für Ischias gehalten wurden.

*) Ueber weitere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane: Siehe theils unter Cystovarien und Laparo-Hysterotomien, theils im II. Abschnitte des Berichtes unter Gynäkologie.

Etwas später traten auch peinliche Empfindungen beim Sitzen auf, heftige Schmerzen erst im August 1875 in Wiesbaden, wohin man ihn schickte, da das Uebel für ein rheumatisches gehalten wurde.

Ende 1865 zeigten sich die ersten Spuren einer festen mit dem Becken in der Darmgegend rechts zusammenhängenden Geschwulst. Die Beschwerden waren in der Folge sehr wechselnd, und liess sich Pat. dadurch nicht abhalten seinen Dienst zu thun. Im Winter 1866 auf 67 consultirte er Prof. Roser in Marburg, der die Existenz eines Tumors am Becken feststellte, und in der Idee, es könne möglicher Weise eine syphilitische Exostose sein, eine Jodkur einleitete, doch ohne dass dies einen Erfolg gehabt hätte; andere antisiphilitische Kuren sind auch später noch ohne Erfolg angewendet worden. Erst November 1868 hat Pat. langen Urlaub genommen, weil er den Dienst nicht mehr versehen konnte. Auch nahmen Geschwulst und die Schmerzen immer zu; es wurden grosse Mengen von subcutanen Injectionen angewandt. Seit December 1868 konnte Pat. das Bett nicht mehr lange verlassen, und musste fast immer die gleiche Lage inne halten. Der Stuhlgang wurde immer schwieriger, Klystiere waren kaum applicabel, Drastica griffen den Patienten sehr an.

Immerhin war der Zustand des jungen Mannes, als ich ihn zuerst sah, noch der Art, dass man meinen konnte, es dürfte noch manchen Monat so fortgehen. Der Patient, der seinen Zustand für vollständig hoffnungslos hielt, war darüber sehr resignirt, da er mir auseinandersetzte, dass ihn nichts hindere, jeden Augenblick seinem Leben ein Ende zu machen, wenn ihm sein Zustand unerträglich würde. Er fragte mich ob denn eine Operation absolut unmöglich sei. Ich erwiederte ihm, dass man darüber gar keine Erfahrung habe, dass beim Eintreffen gewisser Voraussetzungen, die nicht mit Sicherheit vorher festzustellen seien, die Geschwulst wohl ohne directe Lebensgefahr entfernt werden könne, und nach der allerdings sehr zweifelhaften Heilung die Gehfähigkeit erhalten bleiben würde. — Der Pat. ergriff diesen letzten Hoffnungsschimmer mit einer gewissen Leidenschaft; ich sagte ihm, ich würde nicht eher die Operation ausführen,

bevor nicht Symptome aufträten, welche das Leben direct gefährdet erscheinen liessen; auf der anderen Seite verhehlte ich ihm nicht, dass eine gewisse Summe von Kräften und Lebensenergie noch vorhanden sein müsste, um mit Aussicht auf Erfolg operiren zu können. — Ich musste dem Kranken, der eigentlich schon mit dem Leben abgeschlossen hatte, und sich nun wieder dem Gedanken an Herstellung ganz hingab, versprechen, ihn von Zeit zu Zeit zu sehen. Herr Regimentsarzt Dr. Michaelis, ein Freund des Patienten, und selbst ein tüchtiger Chirurg, meinte, ich habe wohl nur den Patienten trösten wollen, indem ich ihm die Möglichkeit einer Operation in Aussicht stellte. Doch war es mein voller Ernst; der hoffnungslose Zustand des sonst gesunden lebenswürdigen jungen Mannes, sein gefasstes, ruhiges Wesen, sein absolutes Vertrauen zu mir, flösste mir den Muth ein, hier etwas Aussergewöhnliches zu wagen, da die Operation vom anatomisch-physiologischen Standpunkte wohl ausführbar war, ohne direct lebensgefährlich zu sein.

Der weitere Verlauf nahm schneller eine ungünstige Wendung als ich vermuthete. Der Appetit des Patienten verlor sich von Tag zu Tag mehr, der Stuhlgang wurde beinahe unmöglich; auch die Urinentleerung wurde schwierig; zunehmende Schmerzen, schlaflose Nächte, immer gesteigerte Morphiumdosen trugen das ihrige bei, um die Kräfte des Patienten zu schwächen. Das Auftreten von Meteorismus und Erbrechen in den letzten Tagen des Januar 1869 war für mich das Zeichen, dass ich mich nun entschliessen musste. Es liess sich noch einmal ein Stuhlgang erzwingen, die drohenden Symptome legten sich. Die Erwähnung, dass man zur Anlegung eines künstlichen Afters seine Zuflucht nehmen könne, veranlasste den Patienten, sich dies auf's entschiedenste zu verbitten; er mahnte mich ernstlich an mein gegebenes Wort, ihn zu operiren, ehe es zu spät sei.

Die Operation ging am 3. Februar 1869 vor sich; es ist die kühnste und grösste Operation, die ich bisher gemacht habe. Die anatomischen Verhältnisse waren folgende:

An der vorderen Fläche des Ramus ascendens ossis ischii und von hier sich zum Foramen obturatum erstreckend, sitzt eine

knochenartige Geschwulst von der Grösse des Schädels eines etwa 5jährigen Menschen; die Basis mit welcher diese Geschwulst an den genannten Theilen des Beckens ansass, schätzte ich auf die Breite und Form des Durchschnittes eines starken männlichen Vorderarmes dicht über dem Handgelenk. Diese Geschwulst war von den *Mm. adductores* und vom *M. pectineus* bedeckt, und beschränkte die Bewegungen des rechten Beines nach allen Richtungen mehr oder weniger. — Das ganze kleine Becken war von einer sehr harten Geschwulst ausgefüllt, welche jedoch eine von der Symphyse zum letzten Lendenwirbel gelegte Ebene nicht überragte, man konnte durch die Palpation vom Bauch aus constatiren, dass sich die Geschwulst nach allen Seiten hinten herunterwölbte, und im Ganzen eine kugliche Form hatte. Bei Untersuchung per rectum fand sich letzteres ganz nach links herüber gedrängt, und zwar so, dass man hier über Fingerlänge nicht weiter vordringen konnte. — Obgleich durch die Untersuchung nicht festgestellt werden konnte, dass die Geschwulst im Becken immer rechts sich entwickelt hatte, so war dies doch im Ganzen aus der jetzigen Lage des Rectums, der Harnröhre und Harnblase, die auch nach links verdrängt waren, wahrscheinlich. Ja ich ging bei dem Operationsplan sogar von der Idee aus (die sich denn auch bestätigte), dass die Geschwulst im Becken einen der äusseren Geschwulst correspondirenden Ansatz inne habe; nur unter dieser Voraussetzung war die Operation radical ausführbar. — War die Geschwulst ein Chondrom (der wahrscheinlichere, weil häufigere Fall), so konnte man die Geschwulst innen mit einem stumpfen Resectionsmesser abtragen, auch allenfalls einen Theil des *Ramus ascendens oss. ischii* mitnehmen, ohne die Gehfähigkeit zu beeinträchtigen. War die Geschwulst ein Osteom, dann freilich hätte man sich mit Ketten- säge und Meissel helfen müssen. Sass die Geschwulst innen an wie aussen, so war die *Art. obturatoria* nach oben und aussen verschoben.

Je mehr ich mir alles überlegte, um so mehr wuchs mein Muth für die Operation; freilich wie es mit der ungeheuren Eiterhöhle im Becken werden sollte, das war eine zweite sehr

ernste Sorge; trafen auch die günstigen Voraussetzungen für die Operation ein, so waren die Wundverhältnisse doch nachher so ungünstig, das Pat. leicht der Septhämie oder Pyohämie zum Opfer fallen konnte. Und so kam es auch.

Durch einen Schnitt parallel den Adductoren an dem in Steinschnittlage befindlichen narkotisirten Patienten, liess sich die äussere Geschwulst leicht freilegen; es war ein Chondrom, das sich leicht vom Becken mit einem Resectionsmesser abtragen liess. Nun machte ich einen Schnitt an dem inneren Rande des rechten Schambogens entlang; es gelang mir leicht, die Kapsel von der inneren Geschwulst zu lösen; ich drang nun mit der Hand in's Becken ein, machte die Geschwulst aus ihren peripherischen Verbindungen frei, und überzeugte mich, dass sie innen ebenso ansass, wie die äussere Geschwulst aussen; doch während die äussere Geschwulst durch und durch aus weissbläulichem Knorpel bestand, war die innere cystisch; sie brach mir unter den Händen in Stücke zusammen; der Rest liess sich mit Messer und Knochenschere abtragen; die einzelnen Stücke wurden leicht aus dem Becken entbunden. Die Blutung war mässig; kein Collaps nach der Operation, die über alle Erwartung gelungen war. Doch vom zweiten Tage an war die Jauchung aus dem Becken furchtbar; keine Antiseptica verfangen; der Pat. widerstand der septischen Infection mit jugendlicher Kraft bis zum 7. Tage nach der Operation.

Psoasabscess mit Senkung und Eröffnung in die Trochantergegend.

1. Herr L. H., aus Münster, 40 Jahre alt, bekam mit Ende 1873 Schmerzen in der linken Hüfte. Der Oberschenkel beugte sich mehr und mehr und der behandelnde Arzt vermuthete, wegen Entwicklung einer Geschwulst unter dem Poupert'schen Bande, eine Entzündung der daselbst befindlichen Lymphdrüsen. Am 6. Jänner 1874 wurde ein Abscess zwischen Spina anterior superior und grossem Trochanter eröffnet. Bei Ankunft in der Anstalt, 27. März 1874, fand man eine mässige Contractur der Hüfte, jedoch freie Beweglichkeit nach allen Richtungen

mit Ausnahme behinderter Streckung. Von der früher erwähnten Abscessöffnung aus gelangte man mit der Sonde bis hinter den grossen Trochanter, wo durch die Muskulatur hindurch eine Gegenöffnung gebildet wurde. Später stellte sich die Nothwendigkeit heraus weitere zwei Oeffnungen anzulegen, eine hinter der zweitemachten, die andere am Sitzhöcker. Die gebildeten Oeffnungen zeigten immerhin Neigung zur Heilung, jedoch war stets auffällig, dass ungeachtet derselben sich zeitweilig Eiter entleerte mit den unverkennbaren Zeichen der Stagnation. Da man bei wiederholter Untersuchung mit dem Finger nie einen cariösen Knochen entdecken konnte, so war man über die Ursache des Abscesses eine geraume Zeit unklar. Von Anbeginn an einen Psoasabscess denkend, untersuchte Herr Prof. W. dessen Bezirk und die Wirbelsäule genau, ohne eine Bekräftigung dieser Vermuthung zu erhalten. Erst kurz vor der Abreise des Kranken (18. Mai 1874) gelang es ihm, bei Druck auf die Psoasgegend, eine ziemlich grosse Menge übelriechenden Eiters durch die Wunde auszudrücken. Nun war das fast continuirliche Fieber, sowie die wechselnde Menge des abgeflossenen Eiters wohl erklärlich. Allem Anscheine nach dürfte der Eiter entweder durch das Foramen ischiadicum oder unter dem Poupart'schen Bande herab zur Aussenseite der Hüfte und des Oberschenkels seinen Weg gefunden haben.

Vom Herrn Prof. Weinlechner.

Psoasabscess.

2. F. T., 46 Jahre alt, aus Holleschau in Mähren. Eröffnung dieses Abscesses, der $\frac{1}{2}$ Jahr bestand, mittelst des Aspirateurs de Dieulafoy, wobei eine grosse Quantität dicken Eiters entleert wurde. Patient konnte schon wieder nach 3 Tagen entlassen werden.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Lipoma in region. lumbal.

Frln. M. A., 26 Jahre alt, aus Mainz. Lipom in der linken Lendengegend bei faustgross. Exstirpation und Heilung in 6 Wochen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Fistula in region. sacr.

J. H., 37 Jahre alt, aus Mährisch-Schönberg. In Folge eines Sturzes bekam der Kranke einen Abscess am Rücken in der Gegend des 4. Lendenwirbels. Der Abscess wurde eröffnet, wobei sich viel Eiter entleerte. Die Oeffnung verschloss sich bald, brach jedoch von selbst auf und es entleerten sich immer kleine Mengen Eiters. Der Gang war $1\frac{1}{2}$ Zoll lang, der Knochen frei. Es wurde der Gang gespalten, das callöse Gewebe entfernt und die Wunde mit Eisenchlorid verbunden. In 4 Wochen war Patient geheilt.

Vom Herrn Doc. Dr. Hofmokl operirt.

Fistula in regione lumbosacrali.

A. St., 25 Jahre alt, aus Ungarn. Nach einem Abscess in der Sacralgegend, der aufgemacht wurde, blieben 4, über 1" lange Hohlgänge, die nach verschiedenen Richtungen führten. Kein Gang führte zum Knochen. Ein Gang mündete über der Apertura ani. Das Rectum war frei, die Hohlgänge wurden auf der Sonde gespalten. Die Wunde heilte in 3 Wochen.

Vom Herrn Doc. Dr. Ultzmann operirt.

Fistulae in regione inguin.

E. B., 28 Jahre alt, aus Wien. Die Hohlgänge wurden anfangs gespalten, da jedoch mehrere tiefe waren, wurde die elastische Ligatur angelegt. Es trat im Verlaufe ein Erysipel auf, welches 10 Tage dauerte. Nach 6 Wochen wurde Patient geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Caries ossis ilei.

A. N., 54 Jahre alt, aus Bielitz in Schlesien. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren bekam Patient ohne bekannte Ursache in Folge eines Beckenabscesses eine Kothfistel. Die eine Öffnung war an der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels, die zweite am Os ilei. Die Öffnung im Darm heilte, doch die Eiterung aus dem Becken blieb. Mit der Sonde gelangte man an eine raue Stelle des Darmbeins. Die Eiterung war sehr profus. In den Canal

wurde ein Drainagerohr eingeführt und so die Wunde gereinigt. Der Abscess am Rücken wurde geöffnet und durch den Gang von der Oeffnung auch ein Drainagerohr eingeführt. Die Menge des Eiters war sehr variabel. Es waren Wochen, wo fast kein Eiter war und der Kranke sich ganz wohl fühlte, dabei litt aber Patient öfters an Schmerzen im Bauch und rechten Schenkel; zuletzt kam ein Durchbruch in die Blase, die Eiterung liess nach. Patient fing zu gehen an und wurde nach 8 Wochen in der Heilung entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

P. S., 29 Jahre alt, aus Lemberg. Vor einem halben Jahre empfand der Kranke ohne jede Ursache am Darmbein, in der Gegend der Spina superior ossis ilei einen Schmerz, der ihn anfangs wenig genirte und er seinen Geschäften einen Monat hindurch nachgehen konnte. In der 4. Woche bemerkte der Kranke eine Geschwulst sich bilden mit immer mehr Schmerz. In der 6. Woche wurde die faustgrosse Geschwulst aufgemacht und Eiter entleert; dabei soll man auf keinen Knochen gekommen sein. Da die Schmerzen nicht nachgelassen haben, und der Kranke durch die starke Eiterung immer schwächer und empfindlicher geworden ist, reiste er nach Wien ab. Im Hôtel wurden einige nekrotische Stückchen entfernt, und der Kranke in die Anstalt transferirt. Die Schmerzen dauerten ununterbrochen fort, der Appetit war schwach. Am 10. Tage wurde die Wunde in der Narkose erweitert und die nekrotischen Stücke an der inneren Fläche des Darmbeines entfernt, die cariösen Stellen aufgekratzt, und die spitzigen Kanten abgezwickelt. Die Wunde reichte 2" in die Tiefe und wurde mit essigsaurer Thonerde ausgefüllt und drainirt. Durch 10 Tage stieg Temp. auf 38°, Puls 120. Appetit kehrte langsam zurück, die Schmerzen blieben aber immer stark; die Eiterung war stark. Die Knochen waren stellenweise rauh. Mit Zunahme der Kräfte reiste der Kranke nach Baden, wo er sich durch 4 Wochen ganz wohl befand bei geringen Schmerzen, die sich dann steigerten und ein consultirter Arzt nekrotische Stellen constatirte.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

M. Obere Extremitäten.

Caries articulationis cubiti sinistri.

Amputatio brachii.

H. H., 46 Jahre alt, aus Pest. Vor einem Jahre traten Schmerzen im Ellbogen ohne Ursache auf, die jedoch nicht stark waren und die der Kranke unberücksichtigt liess. Trotzdem sich die Schmerzen immer steigerten, der Arm anschwell und die Beweglichkeit im Gelenk gehindert war, ging der Kranke den Geschäften nach, ohne sich behandeln zu lassen. Erst als die Anschwellung und Schmerzen stark waren, consultirte er einen Arzt, der, da er an einigen Stellen Fluctuation fand, dem Eiter Ausfluss schaffte. Dies machte ihm Erleichterung nur auf kurze Zeit. Die Beschwerden waren immer grösser und der Kranke fühlte sich immer schwächer; er war stark heruntergekommen. Die Muskeln um das Gelenk stark infiltrirt. Die Amputation wurde im oberen Drittheil des Oberarmes gemacht. Die ersten 3 Tage befand sich der Pat. wohl; die Wunde war grösstentheils per primam geheilt. Am 4. Tage trat Diphtherie der Wunde ein. Die Wunde wurde durch zwei Tage zweistündlich mit Jodtinctur bepinselt, den 3. und 4. Tag, da sich die Wunde reinigte, in drei und vier Stunden bepinselt. Das Fieber und das Delirium waren stark, ebenso die Schmerzen. Ausserdem wurden Kataplasmen aus Farina seminum lini angewendet. Wie die Wunde rein war, wurden Bleiwasserumschläge angewendet. Am 19. Tage klagte der Kranke noch über grosse Schmerzen und starke Zuckungen des Stumpfes. Die untere Partie des Biceps war stark infiltrirt; der Kranke erholte sich sehr langsam, verliess mit nahezu geheilter Wunde und ziemlich gekräftigt die Anstalt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Fractura brachii dextr.

M. T., 35 Jahre alt, aus Aegypten. Die Stelle der Fractur am oberen Drittheil. Gypsverband. Nach 9 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Fractura radii dextr.

W. v. S., aus Wien. Am 15. Dec. glitt Patient aus und verursachte sich eine Radiusfractur am unteren Ende. Die Fractur ist bereits ausser der Anstalt vom Herrn Prof. Dittel eingerichtet worden und ein Schienenverband angelegt. Gypsverband. Geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel.

Luxatio antibrachii sinistri inveterata.

Herr F. R., 35 Jahre alt, aus Constantinopel, erhielt angeblich vor 2 Monaten eine Fractur des unteren Endes des rechten Humerus. Die Heilung erfolgte in einem festen Verbands in gestreckter Stellung, das Ellbogengelenk blieb steif, bis auf eine minimale Beweglichkeit. An dem Arme fiel bei der Besichtigung eine Verkürzung desselben auf. In der Narkose wurde zunächst die Flexion des vermeintlich steifen Ellbogengelenkes versucht, dabei stellte sich jedoch heraus, dass der Vorderarm ohne Fractur im Gelenk einfach nach rückwärts luxirt war; die Einrichtung gelang durch starken Zug am Vorderarme mit allmählicher Beugung, während ein gepolsterter Holzstab fest in die Ellbogenbeuge gedrückt wurde. Es wurde in spitzwinkliger Flexion ein Gypsverband angelegt.

Nach drei Wochen wurde der Gypsverband entfernt, und es wurden passive Bewegungen gemacht, so dass das Ellbogengelenk bald wieder einige Beweglichkeit gewann. Ende Mai ging Patient nach Baden zum Gebrauche der Bäder unter gleichzeitiger Anwendung der Elektrizität, und hat sich dort die Beweglichkeit im Gelenk noch bedeutend gebessert, wenngleich sie keine normale wurde.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Anchylolosis articulati cubiti sinistri.

A. S., 18 Jahre alt. Vor zwei Jahren wurde das linke Ellbogengelenk schmerzhaft und schwoll an. Bald kam es an einer Stelle zur Eiterung, doch heilte es an dieser Stelle bald wieder zu. Seit zwei Monaten schmerzfrei, Arm im Ellbogenge-

lenke gestreckt, steif, Pro- und Supination des Vorderarmes unmöglich. 21. Juli 1875. In der Narkose wurde der Arm spitzwinkelig flectirt, wobei man Unebenheiten im Gelenke fühlte, dann die Hand supinirt, Gypsverband angelegt, nach 8 Wochen geheilt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Anchylosis cubiti.

A. R., 29 Jahre alt, aus Daschitz in Böhmen. Durch einen Fall brach sich der Kranke das untere Ende des Humerus, wahrscheinlich war der Bruch oberhalb des Condylus int. und Trochlea verlaufen. Heilung in nahezu geradwinkliger Stellung. Anchylose. — Stellung des Armes in einen rechten Winkel in der Chloroformnarkose. Gypsverband. Heilung.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Pseudarthrose des rechten Oberarmes mit Fistelgängen und Lähmung des Nervus radialis.

R. R., 25 Jahre alt, Kaufmann aus Bukarest, erhielt am 11. Juni 1869 einen Schrotschuss aus ziemlicher Nähe in den rechten Oberarm, der durchbohrt wurde. Die Reaction war sehr gering, doch heilten die Wunden nicht und gingen aus ihnen nach und nach 15 bis 16“ grosse Knochensplitter ab. Bei der am 30. Juni 1870 in der Anstalt vorgenommenen Untersuchung fand man eine Pseudarthrose des unteren Humerusendes, zu der zwei Wunden führten, eine 2“ über dem äusseren Knorren, die andere am inneren Bicepsrande; durch letztere konnte man in der Tiefe von $\frac{1}{4}$ “ auf rauhen Knochen gelangen. Der Arm war um einen guten Zoll kürzer abgemagert, die Knochenenden schienen verdickt. Ausserdem war noch der Nervus radialis gelähmt, denn die active Streckung im Hand- und Fingergelenk war aufgehoben und die Rückseite des Daumens weniger sensibel.

Am 3. Juli wurde nach einer Consultation mit Prof. v. Pitha die Resection der Fracturenden gemacht. Nach Erweiterung der vorderen Wunde wurde vom oberen Ende $\frac{3}{4}$ “, vom unteren $\frac{1}{2}$ “ entfernt. Zwischen beiden Enden lagen Partien von Schrot-

körnern, welche das Vorhandensein eines rauhen Knochens vorgetäuscht hatten. Die resecirten Enden standen hierauf 2" von einander ab und wollten nicht recht aufeinander passen. Die Extremität wurde nach der Operation in eine gut gepolsterte Winkelschiene von Holz gelegt und lag stets auf einem erhöhten Kissen, so dass das untere Bruchende sich durch die eigene Schwere dem oberen näherte. Die Eiterung war mässig. Am 27. Juli Wunderysipel. Bald nach der Operation zeigte sich die Streckung der Hand und Finger ziemlich ermöglicht, so dass also der Nervus radialis durch die Operation aus einer Narbenconstriction befreit worden zu sein schien.

Am 7. Juli wurde ein bis zum Handgelenke reichender Gypsverband angelegt mit Touren über den Thorax. Die Streckung der Hand und Finger wurde auch passiv durch eine in den Gypsverband eingeschobene, bis in die Vola manus reichende Schiene unterstützt. Am 3. September wurde der Gypsverband durch einen von Schlecht angefertigten Stahlschienenapparat ersetzt, mit einem separaten Gelenktheil an der Schulter und einem Streckapparat für Hand und Finger. Im Ellbogengelenke war die Maschine passiv flexibel, doch konnte die Streckung erst wieder nach Aushängung einer Feder vorgenommen werden. Der Bruch heilte indess nur mit einer Bandmasse. Der Kranke gewann nur die Heilung der Wunde und die erhöhte Brauchbarkeit der Hand. Am 4. August 1872 bestand eine rechtwinkelige Contractur mit geringer Beweglichkeit im Ellbogen, dafür einer ausgiebigeren in der Pseudoarthrose. Der Arm war abgemagert, um 4" kürzer. Die Radialislähmung fortbestehend.

Von Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Pseudarthrosis in antibrachio dextr.

P. G., 28 Jahre alt, aus Krajova. Pat. erlitt vor 10 Monaten durch eine Dreschmaschine eine Fractur des rechten Humerus und der beiden Knochen des rechten Vorderarmes. Im Wasser- glasverband heilte die Humerusfractur, während sich am Vorderarme eine Pseudoarthrose entwickelte. Am 5. Mai 1875 kam Patient in die Anstalt. Die in der Mitte des Vorderarmes ge-

legene Pseudoarthrose, welche beide Knochen in gleicher Höhe betrifft, wird in der Narkose durch kräftiges Reiben der Knochenenden aneinander behandelt, bis deutlich Crepitation wahrzunehmen ist, dann Schienenverband. Vom dritten Tage an Jodbepinslungen der Gegend.

15. Juni 1875. Die Fragmente der Ulna scheinen vereinigt zu sein, die des Radius nicht. Es wird ein Vesicans ringsum die Fracturstelle gelegt; nach einer Woche wurde das Verfahren wiederholt. Patient wollte nicht weiter verbleiben und reiste im gebesserten Zustande ab.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Sarcoma antibrachii.

Amputatio antibrachii.

J. C., 14 Jahre alt, aus Constantinopel. Das Sarcom, von der Ulna ausgegangen, griff über den Radius. Amputatio brachii. — Geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

N. Untere Extremitäten.

Abscessus fem. sin.

E. S., aus Ungarn. Der Abscess an der linken Wade bestand drei Monate. Incision. Heilung nach 8 Tagen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Freih. v. Dumreicher operirt.

Fistula femoris.

J. S., 43 Jahre alt, aus Neutitschein in Mähren. Ein Hohlgang an der vorderen Seite des Oberschenkels, in dem man mit der Sonde ziemlich tief hinaufgehen konnte, ohne auf den Knochen zu kommen. Der Kranke war vor zwei Jahren syphilitischkrank und bekam vor einem Jahre Schmerzen in der rechten Lendengegend, worauf sich ein kleiner Abscess bildete, der aufbrach und seit fünf Monaten eiterte. Der Kranke begann eine Kur mit Decoctum Zittmanni, welche er zu Hause fortsetzte.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Caries tibiae sinistrae.

J. K., 17 Jahre alt, Gymnasiast aus Pest, erkrankte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren spontan unter heftigem Fieber an Osteomyelitis. Als er das erstemal in die Anstalt aufgenommen wurde, fand man die linke Tibia fast in ihrer ganzen Ausdehnung bedeutend verdickt, $1\frac{1}{2}$ Zoll unter der Kniegelenkslinie eine eiternde Oeffnung, und 3 Zoll weiter unten eine zweite. Obgleich man eine Nekrose nicht sicher nachweisen konnte, wurde die zwischen beiden Oeffnungen bestehende Knochenbrücke ausgestemmt und die in der Tiefe befindliche Eiterhöhle ausgekratzt. Da trotzdem keine Heilung eingetreten war, liess sich der Kranke am 10. November 1871 zum zweitenmal aufnehmen. Auch diesmal bestanden 2 eiternde Hohlgänge und abermals wurden die Eitergänge im Knochen ausgestemmt, und der erweichte Knochen bis gegen das oberste Ende der Tibia mit dem Hohlmeissel ausgekratzt, so dass eine 6 Zoll lange, weit klaffende Knochenwunde zurückblieb, welche in der Epiphysengegend sich zu einer hühnereigrossen Höhle verbreitete. Diese Wunde war bei der Entlassung, 5. December 1871, bis auf einen Zoll tiefen schmalen Gang geschlossen, in welchen ein Kautschukrohr eingeführt wurde, um vorzeitiges Schliessen an der Oberfläche zu verhindern.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Necrosis tibiae dextr.

R. L., 17 Jahre alt, aus Klagenfurt. Nekrotomie, wurde geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher operirt.

Caries articulationis genu.

Amputatio femoris.

M. O., 27 Jahre alt, aus Russland. Der Kranke war seit 8 Jahren leidend, die Schmerzen und Anschwellung im Knie sind ohne Ursache aufgetreten. Im 9. Jahre ist der Abscess aufgebrochen und seit der Zeit nie geheilt. Zeitweise in Behandlung gehend. Vor 6 Jahren wurde der Fuss gestreckt. Während dieser Jahre befand sich der Kranke ziemlich wohl, und musste sich

immer der Krücken bedienen. Seit 1 Jahre waren die Schmerzen grösser, die Anschwellung des Kniegelenks nahm zu und der Eiter brach an vielen Stellen durch. Die Amputation war mit künstlicher Blutleere (Esmarch's Methode) im oberen Drittheil des Oberschenkels gemacht. Offene Wundbehandlung. Vollkommener fieberfreier Verlauf. Heilung per primam intentionem.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Fractura tibiae dextr.

K. P., 60 Jahre alt, aus Lemberg. Es wurde zuerst der Petit'sche Stiefel und nach 2 Wochen, nachdem die Schwellung der Weichtheile zurückging, ein Gypsverband angelegt. Nach 12 Wochen wurde der Kranke geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher.

Fractura tibiae dextr.

F. W. N., 37 Jahre alt, aus Preussen. Gypsverband. Nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Coxitis.

1. M. M., 16 Jahre alt, aus Theresiopel in Ungarn. Gypsverband und Extension auf langsamem Wege, mittelst Gewichte. Nach zwei Monaten in gebessertem Zustande entlassen.

Vom Herrn Prof. v. Pitha.

Coxitis chron. sin.

2. J. G., 29 Jahre alt, aus Ungarn. Das Leiden besteht schon seit einem Jahre. Es ist keine Verkürzung, blos Flexion. Schmerz links. Eisbehandlung. Patient hatte keine Geduld den Erfolg der Behandlung abzuwarten, und verliess in ungeheiltem Zustande die Anstalt.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Eitrige Coxitis sin. mit starker Beugung und Adduction. Stellungsverbesserung durch langsamen Zug.

T. I., 13 Jahre alt, litt seit ihrem 3. Lebensjahre an einer linksseitigen Coxitis, die schon nach 6 Monaten eitrig durchbrach.

Die Wunden schlossen und öffneten sich in verschiedenen Zeiträumen. Vor dem letzten Aufbruch, am 1. April 1873, stand das Bein gerade, die Kranke ging mit Krücken, eine Zeit nach Behandlung der Dalle auch mit und ohne Stock herum. Seit 1. April 1873 findet constante Eiterung aus einer unter dem grossen Trochanter befindlichen Fistel statt, und befindet sich das Bein in abnormer Stellung, nämlich im Hüftgelenke, rechtwinkelig gebeugt und so adducirt, dass es über das andere Bein oberhalb des Knies geschlagen ist, dass selbst das Uringlas nur schwer applicirt werden kann. Vom 7. August bis 18. October 1873 stand die Kranke in Behandlung des Herrn Prof. Weinlechner, die in einer langsamen Streckung bestand, nachdem er eine schnelle wegen Gefahr eines Knochenbruches, der das Leben gefährden mochte, nicht wagte. Vorerst etablirte er hinter der Fistelöffnung zwei Gegenöffnungen, drainirte und behandelte die Wunden weiter noch mit Lapis infern. etc. Zur Stellungsverbesserung wurde, nachdem der Stumpf auf einem wohlgepolsterten Brette befestigt war, ein Zug sowohl der Länge als der Quere nach, letztere oberhalb des Knies zur Beseitigung der Adduction und durch Niedrigstellen der Rollen auch zur Verminderung der Beugung verwendet. Die eigentliche Streckung geschah durch Zug der Länge nach, dem ein Zug am Becken mittelst eines an der rechten Hüftbeuge und am rechten oberen Bettende befestigten elastischen Schlauches entgegenwirkte, damit die Kranke das Manöver durch Anstemmen der Ferse nicht vereitelte, wurde an der Beuge-seite der Extremität von der Hüfte bis zur Ferse eine Papp-schiene angelegt. Es wurde eine bedeutende Besserung erzielt, doch verliess die Kranke vor vollendeter Heilung mit dem Streckbrette die Anstalt. Es war in diesem Falle unzweifelhaft Caries des Hüftgelenkes, da obwohl man nie auf rauhen Knochen gelangte, der Kopf gänzlich geschwunden zu sein schien, mit Zurücklassung einer kurzstämmigen Adhäsion des Halses an das Darmbein.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

Kniegelenkentzündung.

1. Contractura utriusque genu. J. D., 16 Jahre alt, aus Kleinasien, wurde an beiden ziemlich hochgradig contrahirten Kniegelenken mittelst Maschine langsam gestreckt und mit Unterstützungsmaschinen geheilt entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner.

2. F. W., 25 Jahre alt, aus Baja in Ungarn. Die Contractur mit Tumor albus war die Folge eines Falles auf das Knie. Streckung in der Narkose und Schienenverband. Nach 20 Tagen war die Kranke im Stande, mit einem mit Flanellstreifen verbundenen Fuss ohne Schmerzen herumzugehen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher.

3. Contractura genu. K. M., 5 Jahre alt, aus Arad. Die Contractur entwickelte sich in Folge eines Falles auf das Knie. Streckung des Fusses in der Narkose, und Anlegung des Schienenverbandes. Nach 3 Wochen ruhiger Lage wurde der Kranke mit einem Wasserglasverband entlassen.

Vom Herrn Hofrath Freiherr v. Dumreicher.

Geschwülste.

Carcinoma pedis.

Amputatio pedis.

B. G. B., 25 Jahre alt, aus Ungarn. Medullarcarcinom der Mittelfussknochen der 1. und 2. Zehe wurde bereits vor $\frac{1}{2}$ Jahre exstirpirt. Da das Neugebilde jetzt grössere Dimensionen annahm, wurde die Amputation des Unterschenkels im unteren Drittel vorgenommen. Die Reaction war mässig, und die Wunde heilte in 2 Monaten.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Sarcoma fasciae latae.

S. B., 19 Jahre alt, aus Langenthal in Siebenbürgen. (27. Juni 1870.) Das Neugebilde von der Grösse eines Manneskopfes, war von der Fascia lata ausgegangen, und sass derselben etwa in der Mitte des Oberschenkels mit breiter Basis vorn und innen

an. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor grösstentheils verkalkt war, in die Tiefe bis gegen den Knochen hin drang, und dass die grossen Gefässe und Nerven von ihm umwachsen waren; da auch die Gefässentwicklung in dem Neugebilde selbst eine enorme und dadurch die Blutung eine sehr starke war, so musste von der Vollendung der Exstirpation abgesehen werden. Nach theilweiser Exstirpation der Geschwulst wurde die Wunde tamponirt, und der Schenkel eingewickelt. Die während der Operation bereits stark collabirte Patientin starb noch am selben Tage in Folge der Anämie.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Sarcoma in region. fossae poplit. sin.

B. T., 26 Jahre alt, aus Wien (21. November 1871.) Die Kranke stets gesund, bekam vor 6 Monaten ohne Veranlassung Schmerzen im linken Knie, die beim Gehen stärker waren. Anfangs war im Kniegelenke mit Ausnahme einer kleinen Schwellung nichts zu fühlen, von Tag zu Tag nahm die Schwellung nach erfolgloser Behandlung mit Jodpräparaten zu. Die Geschwulst genirte zuletzt so, dass die Kranke das Bett hüten musste. Die Geschwulst war kindskopfgross, und zeigte an der obersten Fläche eine fluctuirende Stelle die mit negativem Resultat punctirt wurde. Nach 2 Tagen wurde die Operation vorgenommen. Man fand unter dem Gastrocnemius eine kindskopfgrosse, mit den benachbarten Geweben nicht zusammenhängende, leicht ausschälbare Geschwulst, die auf dem Soleus lag, ohne mit demselben zusammenzuhängen. Blutung war unbedeutend. Der Verband bestand aus trockener Charpie. Nach 4 Wochen war die Wunde so klein, dass die Kranke entlassen werden konnte.

Vom Herrn Prof. v. Pitha operirt.

Sarcoma plantae pedis.

J. H., 62 Jahre alt, aus Ober-Oesterreich. (26. December 1872.) Der Kranke hatte in der Planta pedis dextra vor 3 Jahren Schmerzen, worauf sich ein harter Knoten entwickelte, der mit der Haut zusammenhängend, langsam wuchs, die Haut durchbrach,

und pilzförmig hervorwucherte. Die Geschwulst erreichte die Grösse eines Thalers, an der Oberfläche eingefurcht und ulcerirend. Excision des Neugebildes und Verband mit Eisentampons. Die Wunde hat sich erst am 12. Tage gereinigt. Heilung in 4 Wochen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Sarcoma femoris.

A. C., 43 Jahre alt, aus Triest. (2. Juni 1875.) Die Stelle der Geschwulst ist oberhalb des Knies, die Grösse von der einer Faust. Patientin wurde am 2. Juni operirt, es trat gleich hohes Fieber auf, welches einen hektischen Charakter hatte, und am 31. starb die Patientin an Pyämie.

Vom Herrn Prof. Dittel operirt.

Anhang.

Lymphoma malignum.

S. G. Im Jänner 1875 bekam Patient die Masern, während dessen schollen die Drüsen in der linken Achselhöhle an und nahmen später noch zu. Auch an der linken Seite des Halses schwoll eine Drüse, die aber spontan wieder zurückging. 5. Mai 1875. Aus der linken Achselhöhle wurden zahlreiche, geschwollene Lymphdrüsen von Wallnussgrösse abwärts, etwa 15 an Zahl extirpirt, wobei unter dem Pectoralis maj. und bis an die grossen Gefässe vorgedrungen wurde. Ausfüllung der Wundhöhle mit Drainageröhren. Heilung sehr rasch, am 23. Mai vollendet. Im Verlaufe derselben kam eine rasch vorübergehende Schwellung einer Halsdrüse an der linken Seite.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Multiple Lymphome.

M. P., 33 Jahre alt, aus Grosswardein. Der Kranke war stets gesund und befand sich immer in günstigen Lebensverhältnissen. Der Kranke bot Schwellung der Lymphdrüsen des ganzen Körpers dar. Es wurde innerlich Arsenik angewendet.

Der Kranke verliess nach 8 Tagen die Anstalt, um die Kur zu Hause fortzusetzen.

Vom Herrn Hofrath Prof. Billroth operirt.

Verletzung der Art. radialis, häufige Nachblutung,
Ligatur der Arterie höher oben. Heilung.

H. A., 13 Jahre alt, Realschüler aus Raab in Ungarn, verletzte sich mit einem Messer in der Gegend der Tabatière der rechten Hand. Ungeachtet wiederholt mit Eisenperchlorid tamponirt worden war, so kam es doch 7mal zu neuen Blutungen, die den Kranken ganz anämisch machten. Als der Kranke am 21. September 1872 in die Anstalt eintrat, fand man die Art. rad. vollständig getrennt, aber fixirt auf dem Os multangulum majus. Da sie wegen ihrer Brüchigkeit an dieser Stelle nicht unterbunden werden konnte, wurde die stark pulsirende Radialis am untersten Ende des Vorderarmes blossgelegt und unterbunden. Der Kranke bekam innerlich Eisen und wurde mit nahezu geheilten Wunden am 7. October 1872 entlassen.

Vom Herrn Prof. Weinlechner operirt.

II. Gynäkologie.

I. Fälle von Herrn Prof. Dr. Carl Braun Ritter v. Fernwald.

A. Lageveränderungen des Uterus.

Bei Dysmenorrhöen und Sterilität bedingt durch Flexionen und Stenosen des Uterus wurde die Hysterotomie von Herrn Professor Carl Braun-Fernwald 220mal ausgeführt, u. z. 138mal wegen Anteflexionen, 27mal wegen Stenosen des Orificii uteri. extern. und hartnäckiger Uterusblennorrhöen, 40mal wegen Retroflexionen, 15mal wegen Lateralflexionen. Er bediente sich dabei mit Vorliebe des bilateralen Hysterotoms von Greenhalg und der Angularschere von Hywitt-Smith, tamponirte den Cervix mit Eisenchloridwolle und sondirte den Uterus nie vor 8 Tagen.

Bei vorhandenen Blennorrhöen wurde die locale Behandlung erst später durchgeführt. Bei allen Kranken ist eine Parametritis oder Blutung nachträglich während ihres Aufenthaltes im Institute nie aufgetreten. Die meisten wurden dadurch von den Menstruationsbeschwerden geheilt, sehr viele haben in den darauffolgenden Jahren concipirt und manche haben erst nach wiederholten Entbindungen den Erfolg der Operation mitgetheilt. Bei anderen wurde die Sterilität dadurch nicht beseitigt und eine Anzahl hat jede weitere Berichterstattung unterlassen. Die Anstalt haben sämmtliche gesund verlassen.

B. Neubildungen des Uterus.

a) Polypi uteri fibrosi. Es wurden derer 28 behandelt, welche theils bis in den Cervix oder auch bis in die Vagina ge-

boren waren, von denen wurden 6 durch Torsion des schmalen Stieles und 22 mit der galvanocaustischen Schlinge beim breiten Stiele entfernt. Es ist stets in den ersten 2 Wochen vollständige Heilung erfolgt, bei einzelnen ist nachträglich mehrmals Gravidität eingetreten. Die Grösse der Polypen variierte von der eines Taubeneies bis zur Grösse einer Männerfaust.

b) Fibrome. 11 Fälle mit heftigen Hämorrhagien und mit engem für den Finger nicht zugänglichen Cervix.

1. Fall. Baronin B., 40 Jahre alt. Seit einem Jahre Blutungen. Am 18. November 1869 wurde von Herrn Prof. Carl Braun Ritter von Fernwald die Erweiterung des Cervix vorgenommen. Diagnose, hühnereigrosses sessiles Fibrom mit zollbreiter Basis im Fundus uteri. Entfernung desselben durch Eröffnung der Kapsel mittelst einer Polypenzange und Torsion. Vollkommene Heilung.

2. Fall. A. P., 52 Jahre alt, aus N.-Oe. Vergrösserung des Uterus, Erweiterung des Cervix durch Laminaria. Diagnose, hühnereigrosses, an der vorderen Wand des Uteruskörpers aufsitzendes Fibroid. Am 18. Jänner 1871 wurde die Entfernung mittelst Galvanocaustik vorgenommen. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

3. Fall. Ch. T., 41 Jahre alt, aus Russland. Patientin mager, leichenblass, unvernünftig zu gehen, Puls klein, schnell, leidet seit 3 Jahren an heftigen Metrorrhagien, Uterus kindskopfgross. Cervix für den Finger undurchgänglich, Erweiterung desselben mittelst Pressschwämme, während einer Woche, worauf man einen zuckerhutähnlichen nach aufwärts sich verbreitenden, 4 Zoll langen fibrösen Körper diagnosticiren konnte.

Mit der galvanocaustischen Schlinge konnte jedoch nur ein 2 Zoll langes und ebenso breites Stück des Fibroms abgetragen werden. Nach 8 Tagen wurde der Rest des Fibroms in den Cervix geboren und mittelst einer Kornzange durch Torsion enucleirt. Nach 6 Wochen war die Kranke im Stande ihre Heimreise anzutreten, ein Jahr später hat ihr Gatte die vollständige Genesung uns angezeigt.

4. Fall. J. F., 49 Jahre alt, aus k. k. Schlesien. Seit 2 Jahren leidet die Kranke an heftigen Blutungen und Kreuzschmerzen besonders zur Zeit der Menstruation.

Diagnose: sessiles faustgrosses Fibrom an der hinteren Uteruswand, Cervix derb und eng. Am 20. September 1875 wurde die bilaterale Incision des ganzen Cervix gemacht; nach 8 Tagen vollständige Dilatation mittelst Pressschwämme und Entfernung des Fibroms mittelst Galvanocaustik bei einer Basis von $1\frac{1}{2}$ Zoll. Weder Fieber noch Nachblutungen traten auf. 14 Tage nach der Exstirpation wurde die Kranke geheilt entlassen.

Ferner wurde in 7 Fällen von grossen Fibromen die Blutung durch Einträufeln von Ferr. sesquichl. in das Cavum uteri zur Heilung gebracht.

c) Schleimhautpolypen und himbeerartige Vegetationen in der Uterushöhle haben in 9 Fällen heftige Hämorrhagien hervorgerufen. Am 17. August 1871 wurden durch Einbringen von Silbernitrat in die Uterushöhle die Vegetationen zum Schrumpfen gebracht.

Am 23. September 1871 wurde durch Torsion bei einer 42jährigen Dame aus Ungarn ein Schleimhautpolyp entfernt.

Dasselbe Verfahren wurde am 27. Juni 1873 bei einer 57jährigen Frau aus Pest geübt.

Bloss einen Todesfall haben wir hier zu verzeichnen wegen einer zufällig auftretenden Pericarditis: Frau R. B. aus Steiermark hatte einen haselnussgrossen Schleimhautpolyp an der Portio vagin., der ihr während eines Jahres heftige Blutungen verursachte. Am 23. Mai wurde der dünngestielte Zellpolyp durch Torsion entfernt, worauf die Blutung aufhörte. Die Kranke befand sich durch 7 Tage recht wohl, als plötzlich eine heftige Pericarditis auftrat und Patientin nach 48 Stunden verschied.

d) Carcinomata uteri. Im Ganzen kamen 61 Fälle zur Behandlung. Von diesen wurden 36 mittelst Galvanocaustik behandelt, zwei davon starben u. z. eine nach einem Monat an einer heftigen Peritonitis; eine zweite in Folge einer Nachblutung in der zweiten Woche.

Die übrigen 25 wurden mittelst Ausschaben des Gebildes behandelt. Die meisten von ihnen verliessen die Anstalt ohne Blutung und ohne Jaucheaussfluss und haben bisher über etwaige Recidive keine Anmeldung gemacht.

Zur galvanocaustischen Amputation wurden nur jene Carcinome der Vaginalportion ausgewählt, welche nicht über faustgross waren, auf die Vagina und auf die Portio supravaginalis sich nicht ausdehnten, der Uteruskörper beweglich und Inguinaldrüsen nicht infiltrirt waren.

Wir übergehen nun zur Beschreibung einiger wichtiger Fälle.

1. Fall. S. K., 40 Jahre alt, aus Constantinopel. Das faustgrosse Blumenkohlgewächs wurde am 17. Juni 1871 mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen. Das Peritoneum musste dabei zollbreit eröffnet werden um im gesunden Gewebe den Schnitt führen zu können. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die ganze Schnittfläche nur im gesunden Gewebe geführt wurde. Schorflösung und Wundheilung ohne Zwischenfälle. Patientin wurde nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Bis zum Jahre 1874 befand sich die Kranke wohl, menstruirte regelmässig und schmerzlos, als im Frühling 1874 sehr heftige periodische Schmerzen eintraten, die Menses fingen an immer unregelmässiger und schmerzhafter zu werden, bis sie endlich sistirten. Im Juli 1874 machte die Kranke unter unsäglichen Schmerzen die Reise per Schiff von Constantinopel nach Wien. Hier in einem Hôtel abgestiegen, consultirte sie abermals Herrn Prof. Carl Braun Ritter v. Fernwald, der die Diagnose auf eine Atresia uteri perfecta et Haematometra stellte. Er punctirte den Uterus und entleerte $\frac{1}{2}$ Liter einer braunen zähflüssigen Blutmasse. Hierauf wurde die bilaterale Incision ausgeführt. Die Uterusschleimhaut war glatt, die Höhle weit, von einem Recidiv eines Carcinoms keine Spur, die Schmerzen hörten sofort auf, um sich nach 2 Tagen wieder in Heftigkeit einzustellen, weil Tubeninhalte (linke Tuba) in die Bauchhöhle ausfloss und eine heftige Pelvio-Peritonitis veranlasste. Nach 6 Wochen zerfiel das starre Exsudat eitrig, perforirte das Rectum und heilte vollständig. Nach mündlicher Mittheilung des Gatten befand sich Patientin im Sommer 1875

ganz wohl, menstruirte regelmässig. Seit damals keine weiteren Nachrichten.

2. Fall. A. H., aus N.-Oe. Orangengrosses Carcinom, ohne auf die Vagina sich auszubreiten. Am 3. September 1872 Exstirpation mittelst Galvanocaustik. Eröffnung des Peritoneums fand nicht statt. Nach 3 Wochen wurde die Kranke geheilt entlassen. Bis zum Jahre 1875 befand sich Patientin wohl. Es trat dann Retentio et dolores mensium auf und im November 1875 wurde eine Hämatometra vollständig entleert. Bis jetzt (1876) befindet sich Patientin wohl.

C. 47 Fälle von **Metritis, Endometritis, Parametritis, C. Ulceratio et Blennorrhoea** sind durch medicamentöse Behandlung geheilt worden. Viele haben uns die erfolgte Heilung ihrer Sterilität angezeigt.

D. Inversio Uteri. 1. Fall. Uterus vollkommen invertirt, hühnereigross, heftig blutend. Unmöglichkeit einer Reinversion daher Amputatio corporis et fundi uteri mit vollständiger Sistirung der Blutung.

E. Prolapsus uteri et inversio completa vaginae mit 7—8 Zoll langem Uterus und 4 Zoll weitem Heraustreten der Scheide und der Labia majora: 3 Fälle. Amputatio portion. vagin. durch Galvanocaustik, Excision von 2—4 Längsfalten in der Vagina und Anlegen einer Knopfnahit heilten binnen einem Monat vollständig. Ueber Recidiv ist bisher nichts bekannt geworden.

Bei Vorfall der vorderen und hinteren Vaginalwand ohne Prolapsus uteri wurden 2 Zoll lange Hautfalten der Vagina durch Karlsbader Nadeln formirt und diese dann durch eine elastische Kautschukröhre abgeschnürt. Nach 12 Tagen fielen die Ligaturen sammt Nadeln und Hautfalten ab und die Scheiden-vorfälle waren geheilt.

Alle drei hieher bezüglichen Frauen hatten das 50. Lebensjahr überschritten.

F. Entzündliche orangengrosse Anschwellung eines Ovariums kam 2mal vor.

G. Hämatocele retrouterina 1mal.

H. Fistula vesico-vaginal. 3 Fälle.

1. Eine Hôtelbesitzerin aus Ungarn hatte 1 Ctm. weite Urinfistel am Coll. vesic. Sie wurde im Jahre 1850 nach Simon-scher Methode in einer Sitzung geheilt. Patientin hat seit damals 2mal geboren und befindet sich bis jetzt (1876) wohl.

2. Eine Bäckermeisterin aus Böhmen wurde im April 1870 mit einer zollgrossen Blasenscheidefistel aufgenommen, die in einer Sitzung durch die blutige Naht vollständig geheilt wurde.

3. Eine sehr grosse Urinfistel wurde ohne Erfolg operirt und nach zahlreichen Wiederholungen von Fisteloperationen an derselben im k. k. allgemeinen Krankenhaus war nach 2 Jahren noch immer kein Erfolg.

I. Atresia vagin. hymenalis. Bei einer jungen Frau aus Podolien stellte sich dieser Zustand nach der ersten Entbindung ein. Die Cohabitation wurde unmöglich. Die Atresie wurde mit der Schere beseitigt, worauf Patientin sich 20 Tage wohl befand, hierauf trat heftiges Fieber mit Icterus auf, Erscheinungen einer acuten gelben Leberatrophie und nach 48 Stunden tödtlicher Ausgang.

In einem zweiten Falle verlief die Hymenalatresie post partum gut.

In einem dritten Falle wurde die Vagina in der Gegend der Carunculæ durch Narbengewebe post partum so verengt, dass der kleine Finger nicht eingeführt werden konnte. Durch Anwendung der Pressschwämme wurde die erforderliche Wegsamkeit erzielt.

K. Cystosarcom der rechten Lippe von der Grösse einer Faust bedingte in mehrjähriger Ehe Sterilität und Unmöglichkeit der Defloration. Die Geschwulst wurde am 9. März 1869 ausgeschält und Hymen intact erhalten. Nach 35 Tagen wurde Patientin geheilt entlassen.

L. Quere stramme Hautfalte der hinteren Vaginalwand wurde 2mal mit gutem Erfolge bei Frauen ausgeschnitten, welche an Vaginismus und Impotentia coeundi litten.

M. Hühnereigrosses Carcinom der Harnröhrenmündung wurde am 26. April 1875 bei einer 54jährigen Frau vollständig entfernt.

N. Haematocele retrouterina wurde 2mal durch Punction behandelt und geheilt.

O. Wegen hochgradiger Beckenverengerung und Rachitis wurde im 8. Schwangerschaftsmonat bei einer 24jährigen Frau die künstliche Frühgeburt eingeleitet, worauf die Entbindung eines lebenden schwachen Fötus (4 Pfund schwer) folgte; welches sammt Mutter drei Wochen hierauf entlassen wurde.

II. Fälle von Herrn Prof. Dr. Josef Spaeth.

A. Lageveränderungen des Uterus.

Anteflexio uteri. Th. B., 32 Jahre alt, aus Ungarn, durch mehrere Jahre verheiratet, steril. Keine Menstruationsstörungen in Bezug auf die Zeit ihres Eintrittes und ihrer Wiederkehr, wohl aber nicht selten, namentlich bei etwas stärkerer Blutschwellung Uterinalkoliken. Uterus klein, zart entwickelt, Cervix sehr schlank für die Sonde nach Sims schwer passirbar. Bei Einführung der Sonde zeigten sich Blutspuren. Uterus freibeweglich, nicht empfindlich. Bilaterale Discission des Cervix, Einlegen von Baumwollwicken mit Ferrum sesquichl. in die Schnittwunden. Heilung ohne Reaction.

Anteflexio et stenosis uteri. B. T., aus Spittal in Kärnthen, 26 Jahre alt, sehr kräftig und musculös entwickelt; Menstruation der Zeit nach stets in Ordnung, manchmal Uterinalkoliken, seit mehreren Jahren verheiratet, steril.

Uterus etwas mehr als gewöhnlich anteflectirt, schlank, Cervix enge. Beiderseitige Durchtrennung des Cervix bis nahe an die Insertio vaginae. Heilung ohne die geringste Störung.

Anteflexio et stenosis uteri. C. E., aus Littauen. Seit mehreren Jahren verheirathet, mit starker Disposition zur Fettbildung, steril, sehr spärlich menstruiert, manchmal mit Pause von mehreren Monaten.

Uterus in seiner Länge um mehr als einen Centimeter verkürzt, sehr gracil, anteflectirt, Cervix sehr schlank, für die Sonde nach Sims kaum passirbar.

Obwohl in diesem Falle die Ursache der Sterilität kaum in der Enge zu suchen war, sondern entschieden an mangelhafte Entwicklung der Genitalien im Allgemeinen gedacht werden musste, konnte doch nicht die Unmöglichkeit der Gravidität mit Sicherheit ausgesprochen und das Verhalten des Cervix in dieser Hinsicht für gleichgiltig angesehen werden. Aus diesen Gründen wurde dem Wunsche der Patientin nachgegeben und die beiderseitige Discission des Cervix vorgenommen. Nach erfolgter Heilung wurde die Patientin nach Franzensbad geschickt und ein Jahr später erfuhren wir, dass nach dem Kurgebrauche die Menstruation mit regelmässigem Typus und reichlicher eingetreten sei.

B. Neubildungen des Uterus.

a) Polypus fibrosus uteri. J. D., 38 Jahre alt, aus Ungarn. Die Grösse des Polyps ist die eines Taubeneies.

Der Polyp wurde mit der Schere abgetragen; keine Blutung, der Verlauf fieberlos.

Nach 8 Tagen geheilt entlassen.

b) Polypus uteri. S. P., 46 Jahre alt, aus Mähren. Ein wallnussgrosser, langgestielter Polyp, der in der Uterushöhle wurzelnd, bereits durch den Cervicalcanal ausgetreten war, hatte durch drei Jahre Blutungen veranlasst. Er wurde mit der Polypenzange gefasst und mittelst Schere entfernt. Am 7. Tage wurde die Kranke entlassen.

c) Fibromyoma uteri. T. S., 48 J. alt, aus Wien, hatte Smal mit normalem Schwangerschaftsende geboren und einmal abortirt. Periode stets in Ordnung.

Seit einem Monate stellte sich öfter ein copiöser wässriger Ausfluss ein, der gussweise auftrat. Seit einigen Wochen wurde Patientin von Kopfschmerzen belästigt und bemerkte sie namentlich bei anhaltendem Stehen oder Gehen, dass sich eine Geschwulst aus der Scheide hervordränge, welche sie in der Bewegung hinderte und Hilfe zu suchen veranlasste.

Die Untersuchung zeigte, dass der namentlich bei stärkerer Contraction der Bauchpresse sich in die Vulva herausdrängende

Tumor ein faustgrosses Fibrom war, das in der hinteren Wand des Cervix knapp bis an's interne Orificium sich eingelagert fand.

Da sich Patientin nicht gleich zur Exstirpation entschliessen wollte, versuchte Prof. Spaeth ihr einstweilen durch ein Pessarium den Zustand erträglicher zu machen. Dies hatte jedoch zur Folge, dass der früher gussweise auftretende, seröse Ausfluss continuirlich wurde und Patientin zur Einsicht kam, dass die oben angedeutete Hilfeleistung nothwendig sei.

Spaeth durchbrach daher den Tumor etwas oberhalb seiner Mitte mit der galvanocaustischen Schlinge und wartete drei Tage ab, um dem Cervix, respective dem zurückgebliebenen Theile der Kapsel Zeit zu gönnen, sich zu contrahiren, resp. vom zurückgebliebenen Theile des Tumors abzuziehen, was auch derart geschah, dass nach der genannten Frist der Rest des Fibroms ringsum 2—3 Ctm. hoch über den Rand seines Lagers vorsprang. Nun wurde er ganz leicht und ohne Blutung mit den Fingern ausgeschält. Die Heilung erfolgte ohne Reaction und so rasch, dass man nach drei Wochen in dem wieder contrahirten Cervix kaum mehr die Stelle erkennen konnte, in welcher das Fibrom sass.

d) 1. Carcinoma uteri. E. H., aus Berlin. Die anämische Patientin litt seit Monaten an häufig eintretenden Blutungen und wurde continuirlich durch ausserordentlich copiösen Abgang seröser klebriger Flüssigkeit belästigt.

Als Ursache zeigte sich ein den ganzen Cervix einnehmendes und im Innern desselben über die Insertionsstelle der Vagina bis an das innere Orificium hinaufreichendes Carcinom, welches daher auf keinerlei Weise vollständig entfernt werden konnte. Da jedoch durch die Blutverluste und copiösen Ausscheidungen seröser Flüssigkeit rascher Verfall der Kräfte drohte, entschloss sich Prof. Spaeth zur Besserung des Leidens für einige Zeit den Cervix so knapp als möglich an der Insertion der Vagina durch Galvanocaustik zu amputiren. — Die Operation zog weder Blutung noch irgend eine wesentliche Reaction nach sich, und die nach Ablegung des Schorfes lebhaft granulirende Geschwürsfläche verkleinerte sich rasch; die früheren Ausschei-

dungen sistirten gänzlich und Patientin verliess nach vier Wochen wesentlich gebessert die Anstalt.

2. Carcinoma portionis vaginalis. W. R., 59 Jahre alt, aus Leipzig, suchte wegen Blutungen, schleimigen Ausflusses und Abmagerung Hilfe. Die Untersuchung ergab als Ursache an der vorderen Muttermundlippe eine hühnereigrosse, blumenkohlformige Wucherung, welche das Mikroskop als Carcinom erwies.

Da das Neugebilde sich am unteren Theile der genannten Muttermundlippe abgrenzte, konnte seine Entfernung mit der Hoffnung auf gänzliche Genesung angestrebt werden und wurde am 10. März 1873 mit der galvanocaustischen Schlinge derart durchgeführt, dass die Durchtrennung im gesunden Gewebe stattfand. Die Heilung erfolgte ohne Störung in vier Wochen.

3. Epithelioma uteri. F. R., 43 Jahre alt, aus Ungarn, verheiratet, litt seit längerer Zeit an heftigen Blutungen, an Gefühl von Schwere und Drängen nach abwärts und Kreuzschmerzen.

Die Untersuchung zeigte einen nahezu faustgrossen, in den Wandungen verdickt derben Uterus mit höckeriger Vaginalportion. Seine Höhle entsprechend verlängert, wenig erweitert.

Der Befund liess auf carcinomatöse Degeneration des ganzen Uterus schliessen und zur Feststellung der Diagnose die Erweiterung des Cervix durch Pressschwamm angezeigt erscheinen.

Dieses Verfahren wurde auch durch ungefähr vier Wochen consequent durchgeführt, ohne dass eine wesentliche Reaction seine Unterbrechung förderte. Die Wirkung in Bezug auf Erweiterung blieb jedoch nahezu gleich Null, dafür aber hatten die Blutungen während dieser Behandlung beinahe ganz aufgehört. Da an einen operativen Eingriff nicht zu denken war, wurden Vaginal-Suppositorien mit Jodkali und Morphinum hydrochl. in Anwendung gebracht und die Patientin im Monate Mai zu einem Kurgebrauch nach Hall geschickt. Nach später eingezogenen Erkundigungen erlag die Kranke im folgenden Jahre unter Entwicklung eines von der linken Ovariumgegend ausgehenden höckerigen Tumors — zweifelsohne Carcinoms.

4. Carcinoma uteri. F. Z., aus Bielitz, kam am 6. Juni in die Anstalt. Patientin soll bis vor zwei Monaten vollständig gesund gewesen sein. Da das Carcinom sich schon bis zum Cavum Douglasii erstreckte, konnte von einer Operation mehr keine Rede sein; es blieb nichts anderes übrig, als eine symptomatische Kur einzuleiten, insbesondere gegen die starken Blutungen.

C. Hypertrophia labii infer. portionis vaginalis uteri. J. B., 26 Jahre alt, aus Brünn. Die Kranke gibt an, seit ihrer zweiten Entbindung ein ziehendes Gefühl in der Gebärmutter zu haben. Bei der Untersuchung des Uterus fand man die hintere Muttermundlippe hypertrophirt und in der Länge von 1" über die vordere vorragend. Der Uterus etwas grösser. Es wurde nun die hintere Lippe mittelst der galvanocaustischen Schlinge amputirt. Am 8. Tage nach der Operation traten starke, arterielle Blutungen ein, die jeder Tamponade Trotz boten und erst dadurch gestillt werden konnten, dass durch die Mitte der amputirten Muttermundlippe ein doppeltes Fadenbändchen durchgeführt wurde, und die beiden Hüften derselben unterbunden. Nachdem die abgebundenen Partien abgefallen waren, folgte die Heilung rasch und ohne weitere Zwischenfälle.

D. Carunculæ in urethra. F. K., 27 Jahre alt, aus Croatien. Die Dame hatte mehrere, bis zu Erbsengrösse entwickelte lappige Wucherungen in der Harnröhre, welche lästiges Brennen und Beschwerden bei der Entleerung des Harnes verursachten.

Die Wucherungen wurden mittelst einer Pincette hervorgezogen und mit der Schere entfernt, worauf bei mässiger Blutung die Harnröhre ausgiebig mit Nitras argenti geätzt wurde.

E. Chronische Entzündung der Schleimhaut der Urethra. H. H., aus Ungarn, litt seit längerer Zeit an Schmerzen in der Urethra, die besonders bei der Entleerung des Urins sich zu heftigem Brennen steigerten. Die Exploration zeigte die Umrandung der Urethralmündung etwas gewulstet, geröthet und die Schleimhaut in der Urethra, so weit man sie hinein verfolgen konnte, geröthet, gelockert, in schlaffen Wulstungen aufgequollen.

Zur Beseitigung des Leidens wurde zu wiederholten Malen in der Zwischenzeit von mehreren Tagen die Urethra in ihrer ganzen Länge mit einem dicken Lapisstifte geätzt und unmittelbar darnach kalte Umschläge auf die äusseren Genitalien applicirt, während in den Zwischentagen laue Sitzbäder Anwendung fanden und fortwährend durch indifferente Getränke für Diluirung des Harnes gesorgt wurde. In vier Wochen konnte die Dame geheilt entlassen werden.

III. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Gustav Braun.

A. Lageveränderungen des Uterus.

a) 1. Anteflexio uteri. Dysmenorrhöe. Enmetritis. A. S., 21 Jahre alt, ledig. Der tiefergreifenden Erscheinungen wegen wurde bilateral der Cervix incidirt und zufriedenstellender Erfolg erzielt.

2. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, bilaterale Discission. Fr. W. R., 30 Jahre alt, aus Graz, verheiratet seit 6 Jahren, steril, litt während der Menstruation an den quälendsten dysmenorrhöischen Erscheinungen. Uterus anteflectirt. Vaginalportion spitz und 3.5 Ctm. lang. Orific. externum hirsekorn-gross, Cervix für die Sonde undurchgängig. Es wurde die bilaterale Discission des äusseren und inneren Muttermundes ausgeführt. 5 Monate später concipirte sie und gebar seither das drittemal.

3. Dysmenorrhöe, anteflexio. J. R., 27 Jahre alt, aus Galizien, 3 Jahre verheiratet, steril, Uterus 8 Ctm. lang, enges Orific. externum bei langer kegelförmiger Vaginalportion. Discission des Cervix bis zum Orificium internum. Schmerzfreie Menstruation. Weiterer Erfolg unbekannt.

4. Anteflexio uteri, Stenosis orificii interni, Dysmenorrhöe, Katarrh. cervicis. Fr. L. L., 26 Jahre alt, seit 5 Jahren verheiratet, steril. Uterus mit einer mittleren Uterussonde nicht permeabel, 9 Ctm. lang, Vaginalportion rüsselförmig, vordere Lippe umgeklappt, Orificium extern. kaum sichtbar, am Sehfeld des Spiegels. Bilaterale Discission des Cervix bis zum

Orificium internum. 1 Jahr später abortirte Patientin im 3. Monate. 2 Jahre darnach normale Geburt.

5. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität. Fr. G. S., 23 Jahre alt, aus Prossnitz in Mähren. Seit 4 Jahren verheiratet, Uterus 8·5 Ctm. lang, conische Vaginalportion, enger Cervicalcanal, bilaterle Spaltung des Cervix. Nach 5 Monaten Gravidität.

6. Anteflexio uteri, conische Vaginalportion, Dysmenorrhöe, Sterilität. Fr. W. aus Wr.-Neustadt, 30 Jahre alt, 8 Jahre verheiratet, steril, an quälenden Schmerzen, nicht nur während der Menstruation, sondern auch ausserhalb derselben leidend, der Uterus anteflectirt, lange conische Vaginalportion mit engem Orif. extern. des Cervix wurde bis in das Orific. internum hinein bilateral discidirt. Dysmenorrhöe und Schmerzen in der Zwischenzeit geschwunden, nach 3 Jahren keine Schwängerung eingetreten.

7. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität. Fr. R., 39 Jahre alt, aus Odessa. 14 Jahre verheiratet, nie schwanger gewesen. Uterus 8·7 Ctm. lang, leicht anteflectirt, Vaginalportion schürzenförmig, doch enges Orificium externum. Dysmenorrhöe besonders am ersten Tage der Menstruation. Bilaterale Discission des Orificium extern. Abtragung der hinteren längeren Muttermundslippe. Schwangerschaft.

8. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität. Fr. K. aus Mähren, 28 Jahre alt, 6 Jahre verheiratet, Uterus 8·2 Ctm. lang, Vaginalportion kurz und breit, Ostium intern. für die Sims'sche Sonde undurchgängig. Discission der hinteren Cervicalwand. Dysmenorrhöe gebessert, keine Gravidität.

9. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität, Discission. Fr. M. W., 28 Jahre alt, aus Graz, 5 J. verheiratet, steril, litt seit der Zeit des erstmaligen Eintrittes der Menstruation an so heftigen dysmenorrhöischen Beschwerden, dass sie oft im Laufe des Tages mehrmals ohnmächtig wurde. Der Uterus anteflectirt, 7 Ctm. lang, kaum für die dünne Fischbeinsonde permeabel, die Vaginalportion lang und conisch. Es wurde die hectere Cervicalwand gespalten, und schmerzfreie Menstruation erzielt. Weitere Nachrichten seit 2 Jahren fehlen.

10. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe. Fr. E. P., 29 Jahre alt, aus Petersburg, seit 7 Jahren verheiratet, kinderlos. Uterus anteflectirt. Vaginalportion spitz und lang. Bilaterale Spaltung des Cervix bis durch den inneren Muttermund. Die erste Menstruation schmerzfrei, weiterer Erfolg unbekannt.

11. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, Hyperästhesie des Introitus vaginae. Fr. A. R., 29 Jahre alt, aus Nied.-Oe., seit 3 Jahren verheiratet, leidet beim Coitus an Schmerzen, in der Gegend der Carunculae myrtiformes. Uterus anteflectirt, breiter, 5 Ctm. langer infravaginaler Theil des Uterus. Zuerst wurden die myrtenförmigen Carunkeln mit der Schere entfernt und dann die bilaterale Discission des Cervix bis zum Orific. internum ausgeführt. Im October 1875 erfolgte die Geburt eines Knaben.

12. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe. Fr. T. aus Wien, 25 Jahre alt, 3 Jahre verheiratet, kinderlos, leidet an Dysmenorrhöischen Erscheinungen. Der Uterus mässig anteflectirt, 8 Ctm. lang, mit langer conischer Vaginalportion, engem für die Sonde kaum permeablen Cervicalcanal. Es wurde die Hysterotomie bilateral ausgeführt. Bis jetzt sind die dysmenorrhöischen Erscheinungen nicht wieder aufgetreten. Die Sterilität besteht noch.

13. Leichte anteflex. uteri, lange conische Vaginalportion, Dysmenorrhöe. Fr. J. K., 30 Jahre alt, aus Mähren, seit 8 Jahren verheiratet, kinderlos, litt seit ihrer Verheirathung an Schmerzen während der Menstruation, und nach derselben an reichlicher schleuniger Secretion. Uterus mässig anteflectirt, 8 Ctm. lang, Vaginalportion conisch und lang, Orific. extern. kaum hirsekorngross. Es wurde die bilaterale Discission ausgeführt. Die nächsten Menstruationen verliefen schmerzlos. Im October 1875 trat Conception ein.

14. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe. B. F., 20 Jahre alt, unverheiratet, litt seit ihrem 15. Jahre an dysmenorrhöischen Erscheinungen, welche im Laufe des letzten Jahres sich derart steigerten, dass sie während des ersten Tages des Eintrittes der Menstruation häufig ohnmächtig wurde, und auffallend abmagerte. Nachdem längere Zeit angewendete warme Bäder und narkotische Mittel, selbst Atropin und Morphinjectionen nichts

fruchteten, so wurde auf Wunsch der Patientin die Untersuchung per rectum gemacht, da die Vaginaluntersuchung des bestehenden Hymens wegen unausführbar war. Es wurde eine starke Anteflexio des Uterus nachgewiesen, und Stenose in der Gegend des inneren Muttermundes angenommen. Nachdem Patientin und deren Verwandte mit der Ausführung der blutigen Erweiterung des Cervix einverstanden waren, wurde nach vorausgeschickter Digitalerweiterung des Hymens in der Chloroformnarkose die bilaterale Discission des äusseren und inneren Muttermundes ausgeführt. Die Schmerzen cessirten und befindet sich Patientin jetzt wohl.

15. Persistenz des hyperästhetischen Hymens. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe. Fr. N. L., 25 Jahre alt, aus Russland, ist seit 3 Jahren verheiratet, kinderlos, beklagt sich über heftige Schmerzen zur Zeit der Menstruation, aber auch bei den Cohabitationsversuchen. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass das Hymen nur sehr wenig ausgedehnt und das Membrum virile nur sehr wenig in die Scheide eingedrungen sein konnte. Bei Berührung des Hymens manifestirte sich eine so enorme Empfindlichkeit, dass zuerst unter Chloroformnarkose die Excision des Hymens und stumpfe Dilatation, und nachdem Patientin die Kurmittel in Franzensbad gebrauchte, die Hysterotomie des Orific. extern. und internum bilateral ausgeführt wurde. Vor der Abreise konnte man schon mit 2 Fingern die Vaginalexploration machen, und verlief die Menstruation schmerzlos. Ueber das fernere Befinden sind bis jetzt keine Nachrichten eingelaufen.

16. Anteflexio uteri, Dysmenorrhöe, habituelle Obstipation. Fissura ani. Fr. K. N., aus Russland, 24 Jahre alt, seit 5 Jahren verheiratet, kinderlos, hat seit ihrer Jugend an Schmerzen während der Menstruation gelitten, welche seit ihrer Verheiratung sich vermehrten. In den letzten Monaten trat nach jeder Stuhlentleerung heftiger Schmerz am After mit Drängen und dem Gefühl des Brennens ein. Uterus anteflectirt, 9 Ctm. lang, für die Sonde schwer durchgängig. An der Analschleimhaut eine 2 Ctm. lange Fissur. Es wurde die bilaterale

Spaltung des Cervix gemacht, und die Fissur durchtrennt. Im Verlaufe der Nachbehandlung stellte sich eine umschriebene Peritonitis ein, an deren Folgen Patientin durch 3 Monate hier zurückgehalten wurde. Patientin befindet sich gegenwärtig in Sibirien, und erfreut sich des besten Wohlbefindens.

17. Anteflex. uteri. Dysmenorrhöe. Fr. O. M., 22 Jahre alt, aus Agram. Seit 3 Jahren verheiratet, kinderlos, litt seit 2 Jahren an starken Schmerzen während der Menstruation. Uterus 8 Ctm. lang mit conischer, sehr spitz verlaufender Vaginalportion, die an der untersten Spitze eine punktförmige Oeffnung trug, aus welcher trübes zähes Secret hervorquoll. Es wurde bilateral discidirt und der Cervix mit Jodtinctur bepinselt, die nächste Menstruation trat schmerzfrei auf. Weitere Nachrichten fehlen.

18. Hyperästhesie des Vaginalostiums, Anteflex. uteri. Dysmenorrhöe. Fr. R., 28 Jahre alt, aus Russland, seit 6 Jahren verheiratet, kinderlos, klagte über Unvermögen der Cohabitation und heftige Schmerzen während der Menstruation. Am Scheideneingange fanden sich oberflächliche Excoriationen, da häufig sich Pruritus vulvae einstellte, die grossen Carunculae myrtiformes waren bei Berührung sehr schmerzhaft, daher dieselben in der Narkose abgetragen wurden. Concentrirtes Acid. carbolic. verminderte die Hyperästhesie und den Pruritus, so dass die Untersuchung des Uterus vorgenommen werden konnte. Derselbe war anteflectirt, in der Gegend des Isthmus stenosirt. Es wurde die bilaterale Spaltung bis in den inneren Muttermund ausgeführt und zur Nachkur Franzensbad empfohlen. Patientin kam zufrieden aus dem Bade zurück und begab sich in ihre Heimat.

19. Anteflex. uteri, Katarrh. cervical. Dysmenorrhöe. Sterilität. Fr. N. O., 27 Jahre alt, 6 Jahre verheiratet, kinderlos, klagte über Schmerzen zur Menstruationszeit und reichlichen Ausfluss aus den Genitalien. Uterus mässig anteflectirt, 8.5 Ctm. lang, aus dem Orific. extern. quoll trübes, zähflüssiges Secret, innerer Muttermund schwer mit der Sonde zu passiren. Es wurde der Cervix bilateral gespalten und dessen Wände mit

Jodglycerin bepinselt, die Menstruation stellte sich ohne Schmerzen ein, der Cervicalkatarrh besserte sich.

20. Anteflex. uteri, Katarrh. uteri chronic. Dysmenorrhöe. Fr. A. S., aus Serbien, 29 Jahre alt, 6 Jahre verheiratet, kinderlos, leidet an Schmerzen während der Menstruation und in der Zwischenzeit an einem profusen Ausfluss. Uterus spitzwinkelig anteflectirt, Uterusschleimhaut stark aufgelockert und gewulstet. Es wurde der Cervix bis zum inneren Muttermund gespalten und nach hergestellter Wegsamkeit des Uteruscanales die Schleimhaut des Uterus mit auf die Schraubensonde gelegter Baumwolle, welche in Jodtincturlösung getaucht war, bestrichen. Die Menstruation verlief schmerzlos, der Ausfluss sistirte.

21. Anteflex. uteri, Dysmenorrhöe. Sterilität. Fr. C. G., 26 Jahre alt, aus Kroatien, 5 Jahre verheiratet, kinderlos, klagte über quälende Schmerzen zur Menstruationszeit und heftige Schmerzen beim Coitus. Uterus rechtwinkelig anteflectirt, 8 Ctm. lang, Vaginalportion spitz, Orific. ext. kaum sichtbar. Die Carunculae myrtiformes lebhaft geröthet und empfindlich bei der Berührung. Es wurde der Cervix bilateral gespalten und die myrtenförmigen Hymenalreste excidirt. Erfolg günstig.

22. Anteflex. uteri, Dysmenorrhöe. Sterilität. Fr. E. A., 28 Jahre alt, seit 6 Jahren verheiratet, kinderlos, leidet seit ihrer Jugend an Schmerzen während der Menstruation, die sich besonders in den letzten 2 Jahren sehr bedeutend vermehrten, so dass sie an den ersten Tagen wegen des heftigen Schmerzes oft ohnmächtig wurde. Uterus winkelig anteflectirt, Vaginalportion spitz kegelförmig, Cervicalcanal für die Sims'sche biegsame Sonde undurchgängig. Es wurde die bilaterale Spaltung des Cervix bis in den inneren Muttermund hinein ausgeführt und der Gebärmuttercanal vollständig durchgängig hergestellt. Die nächste Menstruation war völlig schmerzfrei.

b) 1. Retroflexio uteri. Menorrhagie. E. v. D., 32 Jahre alt, aus Tyrnau in Ungarn, verheiratet, Mutter von zwei Kindern, leidet seit vier Jahren an Menorrhagie, die sich alle 14 Tage wiederholte, Uterus retroflectirt, Schleimhaut der Uterushöhle stark aufgelockert, Orific. extern. weit klaffend, an der Cervi-

calwand fibröse Auflagerungen. Abrosion der Schleimhaut des Körpers und Grundes. Jodtincturinjectionen in die Uterushöhle. Hodge'sches Pessarium. Geheilt.

2. Retroflexio uteri, Katarrhus cervicis, Stenosis Orif. interni. H. A., 24 Jahre alt, aus Griechenland, seit 5 Jahren verheiratet, steril, Uterus stark retroflectirt, Katarrh des Cervix, und profuse Menstruation, Discission der vorderen Cervicalhälfte, Hodge'sches Pessarium; Erfolg unbekannt.

3. Retroflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität, Discission. Fr. M. D., 37 Jahre alt, aus Warschau, verheiratet seit 12 Jahren, leidet seit mehreren Jahren an Dysmenorrhöe, in dem letzten halben Jahr stellte sich auch die Menstruation alle 14 Tage ein und dauerte 6—7 Tage, so dass Pat. sehr anämisch wurde. Uterus retroflectirt, Cervicalcanal stenosirt, Uterus 9 Ctm. lang. Es wurde die Discission bilateral bis zum Ostium intern. ausgeführt, und nach Heilung der Wunde ein Hodge'sches doppelt gekrümmtes Pessarium eingelegt. Normale Menstruation im nächsten Halbjahre. Später liefen keine weiteren Nachrichten ein.

4. Retroflexio uteri, Menorrhagie, Discission. Fr. M. L., 30 Jahre alt, aus Odessa, 6 Jahre verheiratet, steril, leidet seit 2 Jahren an schmerzhafter, alle 3 Wochen wiederkehrender Menstruation. Uterus schwach, bogenförmig nach rückwärts gekrümmt, mit mässig stark geschwollener Vaginalportion und einer Länge des Uterus von 9·5 Ctm. Beträchtliche Schwellung der Uterinalschleimhaut. Es wurde die bilaterale Discission des Ost. extern. und internum ausgeführt. Zwei Jahre später kam sie hieher, um sich in Franzensbad von den Folgen einer puerperalen Pelvoperitonitis zu erholen.

5. Retroflexio uteri, Dysmenorrhöe, Sterilität. Fr. E. E., 25 Jahre alt, aus Ungarn, 4 Jahre verheiratet, kinderlos. Die Menstruation wiederholte sich alle 3 Wochen und tritt unter peinigen Schmerzen ziemlich reichlich auf. Der Uterus retroflectirt, 8 Ctm. lang, der Uterusgrund tiefer als die Vaginalportion stehend, Vaginalportion knapp hinter der Symphyse. Es wurde die sagittale Discission der vorderen Muttermundslippe bis an den Isthmus ausgeführt und ein Hodge'sches Pessarium durch

3 Monate in der Vagina getragen. Es trat Schwangerschaft ein und Ende April 1875 erfolgte die Geburt eines Knaben.

6. Retroflex. uteri, Menorrhagie. Fr. B. W., 26 Jahre alt, aus Ungarn, seit 4 Jahren verheiratet, kinderlos, leidet an Menorrhagie und bemerkt, dass nach dem Coitus sich ein Drängen nach abwärts einstellt, so dass die Gebärmutter aus der Scheide herauszutreten scheint. Uterus retroflectirt, 9 Ctm. lang, der Isthmus sehr enge, Schleimhaut des Cervix geschwellt, Vaginalportion wulstig und dick. Es wurde die bilaterale Discission ausgeführt und ein Hodge'sches Pessarium eingelegt. Vier Monate später trat Conception auf.

7. Retroflex. uteri. Menorrhagie. Fr. K. B., 30 Jahre alt, aus Pest, 6 Jahre, verheiratet, kinderlos, litt seit 2 Jahren an beiläufig alle 14—19 Tage wiederkehrenden Blutungen, welche mit Schmerzen verbunden waren. Uterus retroflectirt, 8·5 Ctm. lang, Vaginalportion hyperplasirt, inneres Orific. für die Sonde nicht durchgängig. Es wurde die sagittale Discission der vorderen Lippe bis an das Orific. intern. ausgeführt und dann ein Hodgesches Pessarium eingelegt. Die nächste Menstruation trat zur richtigen Zeit und schmerzlos auf. Weitere Nachrichten fehlen.

8. Retroflex. uteri, Dysmenorrhöe. Fr. Th. E., 28 Jahre alt, aus N.-Oest., seit 7 Jahren verheiratet, kinderlos, leidet seit mehreren Jahren an Schmerzen zur Zeit der Menstruation, diese selbst ist reichlich und wiederholt sich in kurzen Zwischenräumen. Uterus retroflectirt, 9 Ctm. lang, breite Orificalexcoriationen, enges Ostium internum. Es wurde sagittal die vordere Cervicalhälfte bis an das Orificium intern. incidirt und ein Hodgesches Pessarium eingeführt. Menstruation stellte sich in regelmässigen Zwischenräumen schmerzlos ein. Conception ist bis jetzt keine erfolgt.

c) Lateroversio uteri sinist. Katarrhus uteri, Dysmenorrhöe. Fr. N. N., aus Nieder-Oesterreich, 24 Jahre alt, seit einem Jahre verheiratet, steril, leidet seit 3 Monaten an fortwährenden kolikartigen Schmerzen, welche sich nur während der Menstruation bedeutend vermehren. Der Uterus mit seiner Vaginalportion nach rechts verzogen, Uterusgrund gegen die linke

Pfannengegend geneigt. In der rechten Synchondrosengegend eine schwielige derbere Stelle, offenbar als Rest einer vorausgegangenen intraperitonealen Exsudation zu deuten, welche die Anheftung der Vaginalportion an der rechten Beckenseite erklärlich machte. Uterus leicht für die Sonde durchgängig, dessen Schleimhaut im Zustande auffallender Schwellung. Es wurde durch einige Zeit Jodkali innerlich gereicht und nachdem die Schwellung geschwunden und die linke Cervicalhälfte gespalten, um mit der Schraubensonde, deren Spitze mit in Jodtincturlösung getauchter Baumwolle bewaffnet war, die Uterusschleimhaut bestrichen. Der Erfolg war günstig.

d) 1. Dysmenorrhöe, Stenosis cervicis, Sterilitas. Fr. L. Z., 22 Jahre alt, seit 4 Jahren verheiratet, litt an heftigen dysmenorrhöischen Erscheinungen. Vaginalportion conoid, Uterus 6 Ctm. lang, steril. Nach bilateraler Spaltung des Orific. externum et internum schwand die Dysmenorrhöe. Die Frau ist jetzt Mutter von zwei Kindern.

2. Dysmenorrhöe, Sterilität, Stenosis cervicis. O. H., 32 Jahre alt, aus Agram, 5 Jahre verheiratet, steril, heftige dysmenorrhöische Symptome. Anteflex. uteri, punktförmige Oeffnung des Orificium extern., bilaterale Spaltung des Orific. externum et internum. Schmerzfreie Menstruation. Erfolg unbekannt.

3. Dysmenorrhöe, Sterilitas, Stenosis cervicis. L. D., 27 Jahre alt, aus Ungarn, seit 6 Jahren verheiratet, steril, leidet seit ihrer Jugend an Dysmenorrhöe. Uterus stark anteflectirt, Vaginalportion lang und dünn. Uterus 8·5 Ctm. lang. Discission der hinteren Cervicalwand und des Orificium intern. 8 Monate nach der Operation erfolgte Abortus im 4. Monat. Spätere Nachrichten fehlen.

4. Dysmenorrhöe, Sterilität. Frau T. Sz., 30 Jahre alt, aus Ungarn, 9 Jahre verheiratet, leidet an stets wiederkehrenden dysmenorrhöischen Erscheinungen, anämisch, der Uterus mässig antevertirt, Vaginalportion breit und aus dem Orific. ein haselnußgrosser Zellpolyp hervorragend, chronischer Katarrh des Cervix. Bilaterale Discission des Cervix, Exstirpation des Zell-

polypen, Bepinselungen der Cervicalschleimhaut mit Jodtinctur, Ein Jahr später berichtet Pat., dass sie sich wohl befinde — Gravidität trat nicht ein.

B. Neubildungen des Uterus.

a) Polypen.

a) 1. Faustgrosser Uteruspolyp. F. N., aus Böhmen, Mutter von vier erwachsenen Kindern, litt seit 3 Jahren an Metrorrhagien. Bei der Untersuchung fand sich ein faustgrosser, bis in den Cervix hereingedrängter fibröser Polyp, welcher seines 3 Ctm. dicken Stieles wegen mit der galvanocaustischen Schneideschlinge entfernt wurde. Reaction keine.

2. Faustgrosser fibröser Polyp. Cystocele vaginalis. Frau Gräfin B. R., 54 Jahre alt, leidet an Metrorrhagien, hat vier Kinder geboren. In den Cervix ragte ein faustgrosser fibröser Polyp mit 2·5 Ctm. dickem Stiel, die vordere Scheidenwand ziemlich stark prolabirt. Mit der galvanocaustischen Schneideschlinge wurde der Polyp entfernt. Später ermöglichte ein rundes Hohlpassarium nach G. Braun die Ausgleichung der Cystocele.

3. Polypus uteri. P. W., 46 Jahre alt, aus Wien. Erbsengrosse Polypen, starke Blutungen veranlassend, wurden mit der Polypenzange entfernt und die Blutung mit Chloreisen gestillt. Zwei Wochen.

4. Metrorrhagie nach einem Puerperium, Placentarpolyp. Frau N. H., aus Teplitz in Böhmen, 26 Jahre alt, verheirathet, hatte zweimal normal geboren. Seit der letzten Niederkunft, sechs Monate früher, traten häufige typische Blutungen auf. Uterus 8·6 Ctm. lang, im Fundus ein taubeneigrosser Placentarpolyp, welcher mit der langen Kornzange nach vorausgeschickter Dilatation des Cervicalcanales entfernt wurde. Im weiteren Verlaufe wurde mit dem modificirten Aetzmittelträger die Uterushöhle mit Nitr. argenti bestrichen. Günstiger Erfolg.

5. Placentarpolyp. F. D., aus Macedonien, 34 Jahre alt, Witwe seit fünf Jahren, leidet im Verlaufe der letzten fünf Monate an übelriechendem Ausfluss, so dass die Umgebung und Pat. selbst an ein bösartiges Gebärmutterleiden glauben. Bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass der Uterus entsprechend dem dritten Monate der Schwangerschaft vergrössert war und durch den Cervix ein lappiger Knollen Placentargewebes herabragte. Es stellte sich nun allerdings bei der sorgsam angestellten Anamnese heraus, dass Pat. im Juli und August 1873 keine Menstruation hatte, im September bei Gelegenheit eines Seebades plötzlich Wasser abging und seit dieser Zeit der übelriechende Ausfluss andauerte. Nach entsprechender Aufschliessung des Cervicalcanales mit Pressschwamm, wurde mit der langen, nach der Beckenachse gekrümmten Kornzange die Extraction eines faustgrossen Placentargewebes bemerkt, in welchem deutliche frische bindegewebige Wucherungen bemerkt wurden.

b) Fibrome.

1. Faustgrosses Fibrom des Uterus. Metrorrhagie. F. K., 42 Jahre alt, seit 14 Jahren verheiratet, litt seit sechs Jahren an Metrorrhagie. Ein faustgrosses Fibrom, intramural im linken Corpus uteri gelagert, wurde als Ursache der Metrorrhagie nachgewiesen und deshalb der Cervix bis zum Orific. internum gespalten. Die Blutungen sistirten und nachdem zweimal die Fibrome mit einem gekrümmten Troicar punctirt, verkleinerte sich der Tumor bis zur Hühnereigrösse.

2. Fibrom des Uterus. B. K., 33 Jahre alt, aus Pest. Blutungen seit zwei Jahren, schmerzhaftes Menstruation, nussgrosses Fibrom der linken Cervicalwand. Spaltung des Cervix und Enucleation des Fibroms. Heilung.

3. Intramurales Fibrom des Uterus. Metrorrhagie. Frau N. B., aus Petersburg, 49 Jahre alt, anämisch, leidet seit 6 Jahren an Uterinalblutungen. Bei der Untersuchung fand sich in der vorderen Wand des Körpers des Uterus ein faustgrosses schlaffes Fibrom. Es wurde mit dem langen Troicar das Fibrom punctirt und darnach durch längere Zeit Ergotin mit

der Pravaz'schen Spritze eingespritzt. Die Blutungen sistirten und Pat. wurde gebessert entlassen.

4. Fibroma uteri. Metrorrhagie. Frau E. M., aus Nied.-Oest., 53 Jahre alt, leidet seit einem Jahre an häufig wiederkehrenden Blutungen. Uterus bis über die Nabelhöhe durch ein mehr als mannskopfgrosses Fibrom ausgedehnt, das nach der Höhle von der rechten Seite her sich vordrängt. Uterushöhle 20 Ctm. lang, Orific. extern. für die Fingerspitze durchgängig. Nach Aufschliessung des Cervix mit dem Pressschwammkegel, wurde die Kapsel gespalten und innerlich Secale gereicht, am 2. Tage konnten mehrere hühnereigrosse, matsche, einem ödematösen Fibrom angehörige Stücke mit der langen Kornzange extrahirt werden, welchen bald im Laufe des Tages und der Nacht mehrere von derselben Grösse spontan folgten, der Uterus verkleinerte sich, allein auch Pat. verfiel in Folge der vorausgegangenen Blutverluste und der dadurch bedingten Anämie und starb am 8. Tage nach der Operation.

5. Intramurales Fibrom von Kindskopfgrosse zwischen Hals und Körper des Uterus. Frau A. C., aus Ungarn, 28 Jahre alt, seit 10 Jahren verheiratet, kinderlos, litt gleich nach ihrer Verheiratung an Dysmenorrhöe und wurde zur Behebung derselben im Jahre 1868 bei anteflectirtem sonst aber gesundem, nur in der Gegend des Isthmus stark stenosirtem Uterus die bilaterale Hysterotomie ausgeführt. Seit dieser Zeit hörten die Schmerzen während der Menstruation ganz auf und das Befinden war stets vortrefflich. Im Februar 1875 soll sich nach einer Erkältung eine Bauchfellentzündung eingestellt haben. Im Sommer 1874 gebrauchte sie die Bäder von Pistjan und kam, da ein Schmerz in der Unterbauchgegend fortbestand, hieher. Der Uterus ragte mit seinem Grunde bis an den Nabel, die Vaginalportion stand hoch, in der vorderen Beckenhälfte stark gegen die Symphyse angedrängt, die Sondenmessung ergab eine Länge von 14 Ctm.; durch die bimanuelle Untersuchung wurde ein kindskopfgrosses Fibrom des Uterus nachgewiesen, welches intramural an der Uebergangsstelle zwischen Hals und Körper linkerseits sich befand und einen Druck

auf das Promontorium und Curvatura sigmoidea auszuüben schien. Es wurde zuerst der Versuch gemacht mit dem wässerigen Ergotin Injectionen von der Scheide durch den Cervicalcanal in den Tumor zu machen. Eine Reihe von Injectionen hatte den Erfolg, dass der Uterusgrund tiefer sich senkte und der Tumor mehr in den Beckeneingang sich hineindrängte. Ungeduldig mit dem langsamen Erfolg, drängte Pat. zu einem rascheren Vorgehen, daher die Aufschliessung des Cervicalcanales mit dem Pressschwamm ausgeführt wurde. Die Reaction war auf das einmalige, einige Minuten andauernde Einlegen eines carbolisirten Pressschwammkegels geringen Calibers eine fulminante. Es trat sofort eine heftige Peritonitis ein, im Verlaufe welcher Patientin nach einigen Wochen starb.

6. Haselnussgrosses Fibrom des Cervix. Metrorrhagie. Frl. F. P., 21 Jahre alt, aus Böhmen, unverheiratet, litt seit 6 Wochen an continuirlicher Metrorrhagie. Bei der Untersuchung fand sich ein haselnussgrosses Fibrom, welches mit exulcerirender Oberfläche in den Cervix hineinragte. Es wurde ein mit der Spitze nach dem Orific. internum gerichtetes Dreieck aus dem Cervix sammt dem Fibrom excidirt und Patientin dauernd von den Blutungen geheilt.

7. Fibroma uteri. B. F., aus Nied.-Oest., sehr anämisch, fiebernd, mit einem sehr reichen unregelmässigen Puls, seit einem Monate keine Nahrung geniessend, Lippen cyanotisch ebenso die Finger und die Nägel. Die Kranke ist so schwach in die Anstalt transferirt worden, dass sie sich selbst im Bett nicht umdrehen konnte. Der Ausfluss aus der Vagina blutig, stark riechend, Stuhl unregelmässig.

Bei der Untersuchung von aussen hatte man eine mannskopfgrosse Geschwulst, stark gespannt, hart, fast bis zum Nabel reichend. Von innen zeigte die Untersuchung den Uterus stark hinaufgezogen gegen rechts, die Bauchdecke geneigt, die Vaginalportion wie zur Geburt gestellt. Aus der Uterushöhle entfernte sich eine stark blutige und sehr riechende, schmutzige, dickliche Flüssigkeit. Das Fibrom ging von der vorderen Uteruswand aus, gegen die Bauchhöhle hervordringend. Da

die auf Blutung wegen des Zerfallens der Geschwulst nicht leicht zu stillen war, Eisentampone grossen Schmerz verursachten, und die Kräfte schwanden, musste man sich zur Operation vorbereiten. Nach dem ersten Einschnitt, durch welchen sich gleich stark blutende stinkende Flüssigkeit entleerte, war die Kranke ohnmächtig und man musste von der Operation abstehen. Durch den Einschnitt hat man 3 Unzen zerfallenes Gewebe herausgebracht. Am 2. Tage wurde der Einschnitt erweitert und durch denselben fing der Inhalt an sich in grösserem Maasse zu entleeren. Die Kräfte schwanden trotz allen Analeptisicis und die Patientin starb drei Tage nach der Operation an Pyämie. Nach dem Tode wurde die Geschwulst geboren. Der Inhalt erwies sich als zerfallenes Fibromgewebe. Die Kranke war nur 6 Tage in der Anstalt. Der Zustand war für die Operation sehr günstig und wenn die Kranke früher gekommen wäre, wäre sie am Leben geblieben.

8. Fibroma uteri c. Ascites. J. K., 50 Jahre alt, aus Raab in Ungarn. Patientin gibt an, bis vor vier Monaten vollkommen gesund gewesen zu sein. Seit jener Zeit bemerkte Patientin, dass ihr Unterleib innen an Umfang zunimmt; Menses bis vor 2 Jahren regelmässig, seit 2 Jahren ausgeblieben. Pat. hat dreimal normal geboren.

Unterleib stark vergrössert, Fluctuation nicht deutlich wahrnehmbar. Am 1. Dec. 1875 wurde eine Probepunction gemacht und entleerte sich bei 6000 Ccm. gelbe, albuminös-seröse Flüssigkeit. Nach der Punction war das Bild ein ganz anderes. Man fühlte sehr deutlich mehrere harte, unebene Tumores. Abdomen überall tympanitisch, an Stelle der Tumores dumpf. Die chemische Untersuchung ergibt eine zähe, albuminöse Flüssigkeit, wie sie bei Fibroiden vorkommt. Da die Zahl derselben 4 oder 5 sind und das Cavum uteri ausfüllen, konnte von einer Operation keine Rede sein und Patientin reiste nach 18 Tagen ab.

c) Carcinome.

1. Epithelioma port. vaginalis. Frau N. R., 24 Jahre alt, aus Ungarn, seit drei Jahren verheiratet, steril, bemerkte

seit 6 Monaten einen blutigen, zuweilen blutig-wässrigen Ausfluss. Bei der Scheidenexploration fand sich ein hühnereigrosses Epitheliom an der vorderen Muttermundslippe aufsitzend, das durch Amputation der ganzen Vaginalportion mit der galvanocaustischen Schneideschlinge entfernt wurde. Der Erfolg ist bis jetzt ein andauernder.

2. Epithelioma portionis vaginalis uteri. Frau E. D., aus Krems in Nied.-Oest., 37 Jahre alt, verheirathet, hat fünfmal geboren, leidet seit 8 Monaten an einem continuirlichen fleischwasserähnlichen Ausfluss. Bei der Exploration fand sich ein auf der vorderen Muttermundslippe aufsitzendes apfelgrosses Epitheliom, das mit der galvanocaustischen Schneideschlinge extirpirt wurde. Ein Jahr später wurde kein Recidiv beobachtet, später liefen keine Nachrichten mehr über das Befinden ein.

3. Epithelioma port. vagin. uteri. Fr. F. K., 38 Jahre alt, aus Solenau, Mutter von fünf Kindern, leidet seit 6 Monaten an continuirlichem Ausfluss einer fleischwasserähnlichen Flüssigkeit aus der Scheide. Auf der Vaginalportion sitzt breit ein Epitheliom von Apfelgrösse an der linken Seite der vorderen Lippe auf. Durch die galvanocaustische Schneideschlinge wurde die Entfernung im gesunden Theile möglich, so dass die Wunde nach 4 Wochen mit Narbenbildung heilte. Bis jetzt hat sich kein Recidiv ergeben.

4. Epithelioma portionis vaginalis uteri. Frau E. P., 44 Jahre alt, aus Ungarn, Mutter von 3 Kindern, leidet seit 5 Monaten an unregelmässigen Metrorrhagien. Bei der Exploration findet sich ein apfelgrosser weicher Tumor an der linken Hälfte der Vaginalportion, der mit galvanocaustischer Schneideschlinge extirpirt wurde.

5. Carcinoma uteri. Fr. D. J., 52 Jahre alt, aus Ungarn. Epithelialcarcinom an der Portio vaginalis. Amputatio mit Galvanocaustik. Die Metrorrhagien sistirten, womit die Patientin zufrieden die Heimreise antrat.

6. Epithelioma port. vaginalis. Fr. E. C., 26 Jahre alt, aus Jassy, seit 5 Jahren verheiratet, leidet seit einigen Monaten an Metrorrhagien. Bei der Exploration fand sich ein orangen-

grosses Epitheliom an der vorderen Muttermundslippe, welches mit der galvanocautischen Schneideschlinge extirpirt wurde. Pat. wurde nach zwei Monaten gebessert entlassen. Fünf Monate nach der Operation recidirte der Tumor, der nun mit dem Ferrum candens behandelt wurde. Im Juni 1875 starb sie.

7. Carcinoma uteri. Fr. C. H., 51 Jahre alt, aus Ungarn, verheiratet, leidet seit einem Jahre an Kreuzschmerzen und unregelmässig wiederkehrenden Metrorrhagien. Vaginalportion breit, an der vorderen Lippe 4 Ctm. dick und 5.5 Ctm. breit. Es wurde die Amputation der vorderen Muttermundslippe mit der galvanocautischen Schneideschlinge durchgeführt. Es stellte sich heraus, dass man es mit Carcinom der Vaginalportion zu thun habe und demgemäss wurde eine symptomatische Therapie eingeleitet.

8. Epithelioma port. vag. uteri. Extirpation. Frau R. S., aus Raab, 57 Jahre alt, leidet seit 4 Monaten an einem fleischwasserähnlichen Ausflusse. Bei der Untersuchung findet man eine nussgrosse, auf der vorderen Muttermundslippe aufsitze, weiche, eng begrenzte schwammige Geschwulst, die als Epitheliom angesprochen, mit der gekrümmten Siebold'schen Schere abgetragen wurde. Die Excisionsstelle wurde mit dem Ferrum candens behandelt. Erfolg günstig.

C. Metritis Endo- und Parametritis.

1. Endometritis polyposa. Continuirliche Metrorrhagie. Frau M., aus Klosterneuburg, 40 Jahre alt, verheiratet, litt seit mehreren Jahren an ziemlich reichlichen Metrorrhagien, das Aussehen war nahezu cachectisch, der Ausfluss stinkend. Es fanden sich jedoch nur kleine hanfkorn-grosse cellulo-fibröse Knötchen an der Schleimhaut des Corpus und Fundus uteri, die mit der Curette nach G. Braun abgeschabt wurden, Jodbepinselungen trugen zur Umstimmung des Endometriums wesentlich bei. Gegenwärtig vollkommenes Wohlbefinden.

2. Endometritis chron. M. L., 30 Jahre alt, aus Ungarn, seit 4 Jahren verheiratet, leidet an Endometritis seit der

letzten Entbindung. Es wurde der Cervix mit Pressschwämmen dilatirt und in die Uterushöhle mit der C. Braun'schen Intrauterinspritze eine Jodkaliglycerinlösung injicirt. Der Erfolg war ein zufriedenstellender.

3. Endometritis haemorrhagica, Katarrh. ventriculi. K. P., 30 Jahre alt, aus Ungarn, verheiratet, Mutter von 4 Kindern. Die Endometritis seit 2 Jahren nach der Entbindung Blutungen veranlassend, wurde durch Spaltung des Cervix und Einspritzungen von Jodkaliglycerin mit der C. Braun'schen Intrauterinspritze in 4 Wochen geheilt.

4. Hyperplasie des infravaginalen Cervix, Endometritis haemorrhagica. Fr. F. S., 43 Jahre alt, aus Brünn, Witwe seit 5 Jahren, litt an häufig sich wiederholenden Metrorrhagien, Uterus descendirt, 10 Ctm. lang, der infravaginale Theil breit und wulstig, Endometrium aufgelockert. Es wurde das Ferrum candens an die Vaginalportion periodisch angewendet und im Endometrium mit Hilfe der G. Braun'schen Schraubensonde säurefreie Chloreisenbaumwolle applicirt. Erfolg günstig.

5. Endometritis haemorrhagica. Fr. C. L., aus N.-Oest., verheiratet, Mutter von 4 Kindern, leidet seit 2 Jahren an häufigen, oft 14 Tage andauernden Blutungen. Der Uterus in normaler Lage ist 7.5 Ctm. lang, Schleimhaut desselben wulstig, Panniculus adiposus im Allgemeinen sehr reichlich vorhanden, sonst aber die Frau sehr anämisch. Es wurde ein Pressschwamm in den Cervix behufs genauerer Exploration des Endometriums eingeführt. Reaction fulminant. Es entwickelte sich eine Pelveoperitonitis mit starrem Exsudate, das nach 4 Monaten unter dem Gebrauche von Jodkalisuppositorien und warmen Bädern allmählig schwand. Die Blutungen kehrten nicht wieder und befindet sich Pat. jetzt sehr wohl.

6. Menorrhagie, Endometritis und Descens. uteri. Fr. Baronin M. T., 46 Jahre alt, aus Ungarn, leidet an häufig sich wiederholenden Regeln, welche auch in Bezug auf Quantität ihre Kräfte erschöpfen und das Gehen beschwerlich machen. Bei der Untersuchung wird ein Descens. uteri mit erheblicher Volums-

vermehrung der Vaginalportion, dann schwierig verdichtet in Leistenform vorspringender Schleimhaut derselben, nachgewiesen. Nachdem der Versuch der Excision der Schleimhautwülste des Cervix auf Widerstand Seitens der Pat. stiess, wurde die hinreichend weite Spalte des Orific. extern. mit Hakenzangen klaffend gemacht und mit dem Ferrum candens in der Weissglühhitze die Cervicaloberfläche berührt. 10 Tage später löste sich der Schorf und die Anwendung des Acid. chromic. cryst. liess die Bildung einer gleichmässig glatten Schleimhaut im Cervicalcanale nach mehrwochentlicher Beobachtung erkennen. Ein Hohlring nach G. Braun erlaubte den Uterus günstig in seiner Lage zu erhalten.

7. Endometritis haemorrhagica. Fissura ani. Fr. S. J., 48 Jahre, aus Odessa, litt an unregelmässigen Metrorrhagien und habitueller Koprostase. Der Uterus 8 Ctm. lang. Schleimhaut wulstig, leicht blutend bei Berührung mit der Sonde. Es wurde die Uterusschleimhaut mit G. Braun's Schabeisen stellenweise entfernt und die Uterushöhle mit Chloreisenbaumwolle ausgewischt. Wegen einer Schleimhautfissur des Rectums wurde die Trennung des Sphincter ani vorgenommen. Erfolg zufriedenstellend.

8. Endometritis polyposa. Frau R. H., 30 Jahre alt, aus Russland, verheiratet, bemerkte seit ihrer letzten Entbindung vor 3 Jahren beinahe continuirliche Blutungen, der Uterus descendirt, 9 Ctm. lang, voluminös; die Schleimhaut geschwellt, sammtähnlich, an einzelnen Stellen höckerig. Es wurde mit G. Braun's Schabeisen die hyperplasirte Schleimhaut grösstentheils ausgeschabt und mit Chloreisenbaumwolle die Uterushöhle behandelt. Erfolg günstig.

9. Endometritis polyposa. Menorrhagie. Fr. M. B., 29 Jahre alt, aus Petersburg, verheiratet, hat vor 6 Jahren einen Abortus angeblich im 5. Monat erlitten und ist seit dieser Zeit steril, Uterus 10 Ctm. lang, Vaginalportion lang und hyperplasirt. Mit der Sonde kann man im Uterusgrunde über höckerige Stellen der Schleimhaut hinübergleiten. Es wurde die Spaltung

des Orificium extern. gemacht, die Uterusschleimhaut später abgeschabt und Bepinselungen der Uterushöhle mit Jodtinctur vorgenommen. Pat. geheilt.

10. Endometritis haemorrhagica. Sterilität. Fr. C. M., 36 Jahre alt, aus Neustadt, verheiratet, leidet seit 5 Jahren nach einem Abortus an alle 8—10 Tage wiederkehrenden und 3—4 Tage andauernden Metrorrhagien. Uterus 8 Ctm. lang, Orificium externum excoriirt. Uterushöhle weit, für die Sonde leicht durchgängig, am Fundus gleitet die Sonde über hirse- bis hanfkorngrosse Knötchen, Ausfluss zäh, reichlich, grösstentheils mit Blutstreifen untermischt. Es wurde mit G. Braun's Curette die wulstige dicke Schleimhaut nach vorausgeschickter Dilatation des Cervix abgeschabt, dann mit der Schraubensonde Chloreisenbaumwolle eingeführt, endlich mit Jodglycerinbaumwolle die Uterushöhle ausgewischt. 3 Monate nach der Entlassung concipirte Pat. und gebar normal.

11. Hyperplasie des Uterus, Endometritis polyposa, Metrorrhagien. A. St., 44 Jahre alt, aus Tyrnau in Ungarn, verheiratet, Mutter von 4 Kindern, Abrosion der Schleimhaut des Körpers und Grundes des Uterus. Application neutraler Eisenchloridbaumwolle mit Hilfe der Schraubensonde. Geheilt nach 6 Wochen.

D. Katarrhe.

1. Katarrh. uteri chron. Sterilität seit 8 Jahren. Fr. N. N., 26 Jahre alt, aus Triest, leidet an chronischem Cervikal-katarrh, seit 8 Jahren verheiratet, jedoch steril. Es wurde die bilaterale Spaltung des Cervix mit nachfolgender Auspinselung der Cervicalhöhle gemacht. Nach 5 Monaten trat Gravidität ein.

2. Menorrhagie, Katarrhus uteri, Sterilität. Frau L. R., 23 Jahre alt, aus Rumänien, 4 Jahre verheiratet, leidet an alle 12—17 Tage wiederkehrenden, 5—6 Tage andauernden Blutungen. Ein im Fundus uteri aufsitzender nussgrosser fibröser Polyp wurde mit der galvanocaustischen Schneideschlinge entfernt. Reaction keine.

E. Diverse.

Linksseitiger mannsfaustgrosser Tumor, wahrscheinlich nach vorausgegangener Parametritis und Schmelzung des Exsudates entstanden. — Punction.

Frau K. Sch., 39 Jahre alt, aus Ob.-Oesterreich, verheiratet, leidet seit ihrer letzten, vor 3 Monaten erfolgten Niederkunft an heftigen, nach der linken Extremität ausstrahlenden Schmerzen, welche bei fester Defäcation sich bedeutend steigern. Uterus laterovertirt, Fundus gegen die rechte Pfannenfläche gedrängt, Vaginalportion nach hinten gegen die linke Synchondrose gerichtet. Im linken Parametrium ein mannsfaustgrosser Tumor, der sich bis gegen die linke Fossa iliaca ausbreitete und bei Berührung sehr empfindlich war. Bei der Punction mit dem von Leiter modificirten Dieulafoy entleerte sich fast 1 Liter grünlich gelblicher Eiter. Die Höhle wurde mit lauem Wasser ausgespült und dann eine schwache Carbolsäurelösung injicirt. 3 Wochen später verliess Pat. die Anstalt gesund.

Diffuse Hyperplasie des supravaginalen Cervicaltheiles des Uterus.

E. v. H., 25 Jahre alt, aus Venedig, verheiratet, Mutter von 3 Kindern, klagte über Symptome des Descens. uteri und Menorrhagie. Trichterförmige Excision eines Stückes des Cervix mit Anlegung einer Silberdrahtnaht. Günstiger Erfolg.

Hyperplasia uteri. Fissura ani.

Frl. G., aus Nieder-Oest., 34 Jahre alt, leidet an Drängen nach abwärts, besonders bei Entleerungen harter und fester Kothmassen. Bei der virginalen Beschaffenheit des Introitus vaginae wurde die Exploration per rectum gemacht; der Uterus gross, schwer, übt einen bedeutenden Druck auf das Rectum aus und an der Analöffnung besteht eine 2 Ctm. lange Schleimhautfissur, welche durch Incision bis in den Schliessmuskel behandelt wird. Darauffolgende Kur in Marienbad, Erfolg günstig.

Infiltrirtes Sarcom des Uterus. Metrorrhagie.

Fr. R. H., 40 Jahre alt, verheiratet, aus Mähren, hatte 3mal geboren und 4mal abortirt; seit dem letzten Abortus treten atypische Metrorrhagien auf, Uterus 15 Ctm. lang; die Schleimhaut desselben dick und wulstig, stellt eine grosse Geschwürsfläche mit fungösen Wucherungen dar. Auslöfflung nach G. Simon mit nachfolgender Anwendung neutraler Eisenchloridlösung sistirte zwar die Metrorrhagie, allein es stellte sich im Verlaufe Peritonitis ein, welcher die Pat. erlag.

Metrorrhagie.

Frau D., 57 Jahre alt, aus Pardubitz, litt an häufigen Metrorrhagien, so dass sie und die Umgebung der Meinung waren, es liege der Blutung eine bösartige Erkrankung des Uterus zu Grunde. Pat. litt an Koprostase und führte eine zweckwidrige Lebensweise. Nachdem die Function des Darmes durch den Gebrauch der Bitterwässer geregelt und eine entsprechende Lebensweise eingeleitet wurde, hörten die Blutungen, bei der in der klimakterischen Periode befindlichen Kranken, ohne Medication auf.

Menorrhagie. Orangengrosser Tumor extra uterum.

Fr. R., aus Lemberg, 34 Jahre alt, verheiratet, hatte 2mal geboren. Seit der 2 Jahre früher stattgefundenen Niederkunft litt sie an Menorrhagie. Der Uterus 7·5 Ctm. war nach rechts laterovertirt. Im linken Lig. lat. fand sich ein orangengrosser elastischer Tumor. Mit Dieulafoy's nach Leiter modificirter Saugspritze wurde die Geschwulst punctirt und hellgelber flüssiger Inhalt entleert, darnach Jodtinctur eingespritzt. Vier Wochen später konnte nur eine leichte Verdickung im linken Parametrium gefunden werden.

Prolapsus uteri completus.

Fr. N. S., aus Mähren, 65 Jahre alt, litt seit 10 Jahren an einem vollständigen Prolapsus uteri. Derselbe reponirt, hatte eine Länge von 12 Ctm. Es wurde ein keilförmiges Stück der

hinteren Muttermundslippe 1·5 Ctm. über die Vaginalinsertion hinaufgehend mit Scalpell ausgeschnitten und die Uterusschleimhaut mit der Scheidenschleimhaut halbmondförmig durch 5 Silberdrähte vereinigt, sodann ein gleich breites ovales Stück, dessen oberer Rand ebenfalls über die Scheideninsertion hinaufginge, ausgeschnitten und Gebärmutter- und Schleimhaut mit 7 Silberdrahtnähten vereinigt. Am 12. Tage wurden die Nähte entfernt. Der Uterus trat nicht wieder hervor und konnte nach 3 Wochen Patientin hergestellt in ihre Heimat reisen.

Rectocele vaginalis. Descensus uteri. Perineorrhaphie.

Fr. Fr. K., aus Wien, 29 Jahre alt, Mutter eines 9jährigen Sohnes, erlitt bei der Geburt desselben einen Perinealriss, der bis zum Sphincter ani reichte; die hintere Scheidenwand prolabirte und zog den Uterus nach sich, bedingte Menorrhagie und reichliche Secretion. Es wurde die Auffrischung in Form eines gegen den Sphincter mit der Basis 6 Ctm. breiten, mit der Spitze bis zur Hälfte der hinteren Vaginalwand reichenden Dreieckes gemacht, mit Silberdraht die Vereinigung per primam intentionem erzielt.

Hysterie.

Fr. Gräfin M. B., 25 Jahre alt, aus Galizien. Die Kranke wurde wegen Retroflexio uteri von Köberlé in Strassburg operirt, wobei das linke Ovarium entfernt und der Stiel in die Bauchwunde eingeheilt wurde, um den Uterus aufzurichten. Da die Narbe nachliess, senkte sich der Uterus, und die Kranke hatte dieselben Beschwerden wie früher. Die Kranke verlangte, man sollte den rechten Eierstock ebenfalls entfernen, was jedoch nicht ausgeführt wurde.

Allgemein gleichmässig verengtes Becken. Craniotomie.

Fr. N., aus Rumänien, 22 Jahre alt, im 10 Lunarmonat schwanger, auffallend klein und zart aber proportionirt gebaut. Die Beckenmasse ergeben D. T. 28 Ctm., D. S. 20 Ctm., D. C. 25 Ctm., Conj. ext. 16·5 Ctm., Conj. diagon. 9 Ctm., Conj. vera

wurde 7.5 Ctm. geschätzt. Der Kopf gross und hart stellte sich nach Abfluss der Wässer nicht in den Beckeneingang ein und nachdem die Herztöne nicht mehr gehört werden konnten, wurde der Kindeschädel trepanirt und mit dem Cranioklast die Extraction vorgenommen; die Mutter blieb gesund.

III. *Obstetric*

Case	Description	Diagnosis	Treatment	Result	Remarks
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

III. Oculistik.

1. Cataractae.

Nummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
1	Katharina B., 58 J., aus Wien	Cataracta oculi sinistr.	Lappen-Extraction	geheilt		Gulz
2	E. H., 45 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		v. Arlt
3	P. M., 80 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Lappen-Extraction	geheilt		Gulz
4	L. S., 46 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		v. Arlt
5	M. S., 61 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt	Zurückbleiben von Cataracta secundaria.	"
6	A. H., 68 J., aus Mähren	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
7	A. M., 63 J., aus O.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
8	M. K., 69 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
9	F. K., 50 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
10	G. J., aus Mähren	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"

Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
1 N. S., 60 J., aus O.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		v. Arlt
2 J. K., 60 J., aus Mähren	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
3 R. L., 56 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
4 J. P., 60 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
5 J. G., 60 J., aus Mähren	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
6 H. G., 28 J., aus Rumänien	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
7 K. v. Sch., 63 J., aus Steiermark	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
8 K. S., 66 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
9 M. D., 55 J., aus Janina	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
0 Th. K., 40 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
1 Hermann S., 54 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
2 Hermann Ritter v. W., 54 J.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
3 Helene P., 67 J., aus Mähren	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
4 Andreas St., 19 J.	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
5 Rudolf H., 64 J., aus Brünn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt	Im Mai 1876 wurde von Herrn Prof. v. Arlt beim selben Patienten die Extraction am linken Auge gemacht	"

Nummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
26	Graf Fr. R., 67 J., aus Böhmen	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		v. Arlt
27	Ludw. P., 58 J., aus Ofen	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
28	Hermann S., 65 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
29	Lazar R., 54 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
30	Ignaz H., 79 J., aus Mähren	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
31	Alexand. B., 83 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
32	Julie W., 79 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
33	Johann F., 50 J., aus Croatien	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
34	Wenzel H., 68 J., aus Brünn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
35	Josef R., 63 J., aus Pest	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
36	Emilie F., 60 J., aus Galizien	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
37	Josef A., 76 J., aus Böhmen	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt	Es bildete sich Cataracta secundaria, welche mittelst Discission entfernt wurde	"
38	Antonia St., 63 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
39	Moriz H., 61 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt	In Folge eines heftigen Hustens trat ein Prolapsus iridis auf, der abgekappt wurde	"

Nummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
40	Em. J., 60 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		v. Artl
41	N. K., 67 J.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	Pupillen- sperre	2 Tage nach der Opera- tion trat eine sehr heftige Iritis auf, die Pupillen- sperre zur Folge hatte	v. Jäger
42	Barb. K., 52 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		v. Artl
43	Josef R., 60 J., aus Böhmen	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
44	Carl S., 66 J., aus Agram	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
45	Josef St., 62 J., aus Steiermark	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
46	Magd. H., 59 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
47	Ignaz D., 79 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
48	Josef L., 52 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
49	Juliana L., 40 J., aus d. Militärgr.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
50	Josefa D., 69 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
51	Herm. R., 62 J., aus Brünn	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
52	Carl B., 63 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
53	Nicol. St., 62 J., aus O.-Oest.	Cataracta secundaria oculi dextr.	Discission	geheilt		"

Nummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
54	Michael G., 81 J.	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	Iritis mit Pupillensperre	In Folge eines Hustens trat Iritis mit Pupillensperre auf. Patient wurde, nachdem die Iritis geschwunden war, entlassen und nach einem Jahre wurde an ihm mit sehr gutem Erfolge die Iridectomie gemacht	v. Arlt
55	Phil. D., 60 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt	Es bildete sich secundäre Cataracta. Patient wollte die Zeit einer Discission nicht abwarten	"
56	Caroline v. R., 72 J., aus N.-Ö.	Cataracta oculi dextr.	Linear-Extraction	geheilt		"
57	Rosa P., 65 J., aus Brünn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	Panophthalmitis	Am 4. Tage nach der Operation trat Panophthalmie in Folge eines heftigen Hustens auf	"
58	Anna A., 56 J.	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
59	Babette K., 70 J., aus Böhmen	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
60	Herm. Ritt. v. W. S., aus Tirol	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
61	Anna W., 56 J., aus Bukarest	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
62	Johann P., 58 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
63	Alexius B., 59 J., aus Siebenb.	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
64	Joh. R., 58 J., aus d. Banat	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"
65	Wenzel W., 58 J., aus Schles.	Cataracta oculi sinistr.	Linear-Extraction	geheilt		"

N ummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Opera- tion	Bemerkungen	Opera- teur
66	Jetti S., 33 J., aus Galizien	Cataracta traumatica oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		v. Arlt
67	Johann R.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
68	Luise R., 63 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
69	Sandor P., 63 J., aus Böhmen	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
70	Nathan St., 74 J., aus d. Bukow.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
71	Emil R., 34 J.,	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	gebessert	Am 2. Tage in Folge einer heftigen Bewegung Sprengung der Wunde, Iritis mit heftigen Schmerzen trat auf, Pu- pillensperre. Nach 3 Wo- chen Iridectomie, die Schmerzen waren noch immer sehr heftig. Es wurde 10 Tage darauf die Iridectomie sammt Dis- cission gemacht. Nach 2 Monaten verliess Pa- tient im gebesserten Zu- stande die Anstalt	"
72	Adolf Sch., 55 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
73	Josef O.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
74	Anna J., 50 J., aus Esseg	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
75	Hermine W., 56 J., aus Ungarn	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
76	Fanni v. H., aus N.-Oest.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"

Nummer	Nationale	Sitz der Krankheit	Methode der Operation	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Opera- teur
77	Anton D., 64 J., aus Ungarn	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		v. Art
78	Josefa M.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
79	Ladislaus v. K., 57 J., aus Croat.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
80	N. N.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
81	Dr. W., 82 J.	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"
82	Franz W., 66 J., aus N.-Oest.	Cataracta oculi sinistr.	Linear- Extraction	geheilt		"
83	Natah A., 60 J., aus Russland	Cataracta oculi dextr.	Linear- Extraction	geheilt		"

II. Iridectomien.

Nummer	Nationale	Name der Krankheit	Ausgang der Operation	Bemerkungen	Operateur
1	H. G., 46 J., aus Jassy	Glaucoma oculi dextr.	geheilt		v. Arlt
2	Philipp F., 71 J., aus Wien	Glaucoma oculi dextr.	geheilt		"
3	Christof P., 70 J., aus Klausenburg	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		"
4	Heinrich Baron v. R., 50 J., aus Siebenbürgen	Glaucoma oculi utriusque	geheilt		"
5	Albert C., 55 J., aus Ungarn	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		Koller
6	Heinrich R., aus Böhmen	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		v. Arlt
7	Ismael B., 27 J., aus Constantinopel	Glaucoma oculi dextr.	geheilt		"
8	Carl H., 40 J.	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		Gulz
9	Georg M., aus Ungarn	Glaucoma oculi dextr.	geheilt		v. Arlt
10	Leopold T., 26 J., aus Ungarn	Glaucoma oculi dextr.	geheilt		"
11	Laura Sz., 38 J., aus Ungarn	Iritis chronica oculi dextr.	geheilt		"
12	B. L., 56 J., aus Lemberg	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		"
13	Josef B., 69 J., aus Ob.-Oest.	Occlusio pupillae post extraction.	geheilt	Patient wurde an Cataracta operirt (Extraction), es trat im Verlaufe Iritis und occlusio pupillae auf	"
14	Franz St., 52 J., aus Ungarn	Glaucoma oculi sinistr.	geheilt		"
15	Sch., 17 J., aus Agram	Cicatrix corneae	geheilt		"

Trichiasis oculi sin.

H. L., 35 Jahre alt, aus Ungarn. Transplantation des Haarzwiebelbodens. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Strabismus convergens.

G. D., 28 Jahre alt, aus Wien. Beiderseitige Myotomie. Durch die Operation wurde die vollständige Convergenz der Sehaxen erzielt.

Carcinoma medul. oculi sin.

St. F., 54 Jahre alt, aus Böhmen. Vor 9 Jahren begann das Sehen schwächer zu werden und seit 2 Jahren das Auge sich zu vergrössern, und aus der Augenhöhle hervorzutreten. Mit Vergrösserung des Auges ist das Sehen auch erloschen. Im Juli 1872 zeigten sich in der Pupille drei rundliche, blaue Auswüchse, die langsam wuchsen. Schmerz hatte die Kranke nie. Sie wurde mit Compressionsverband auf das Auge behandelt, die Kranke war stark heruntergekommen, fieberte nicht viel, klagte über Appetitlosigkeit und Schmerzen auf der Brust und in der Lebergegend. In den Lungen war nur Katarrh nachzuweisen. Das Carcing vom Bulbus aus, und hat den Bulbus nach rückwärts durchbrochen. Enucleatio Bulbi. Die Reaction war mässig, am 10. Tage war die Wunde rein, aber die Kranke fieberte leicht immer, hatte wenig Appetit, fühlte sich schwach, und wurde nach 3 Wochen auf Verlangen entlassen.

Carcinoma medul. oculi dextri.

K. L., 70 Jahre alt, aus Böhmen. Das Neugebilde ging vom Bulbus aus. Das Leiden begann mit Abnahme der Sehkraft, ohne Schmerzen. Seit 6 Monaten war das Auge völlig erblindet, und der Bulbus fing an, aus der Augenhöhle auszutreten. In der letzten Zeit hat sich der Bulbus stark vergrössert und hervorgewölbt. Die Augenlider waren stark geschwollen. Nach oben und aussen war die Sclerotica zu einer blauen, weichen Blase erhoben. Enucleatio Bulbi. Nach der Operation war die Reaction

sehr gering, die Wunde war am 10. Tage ganz rein, und die Kranke verliess die Anstalt.

Atrophia Bulbi dextri.

In Folge vorhergegangener Iridochorioiditis. H. S., 44 Jahre alt, aus Neusohl in Ungarn, Iridochorioiditis des linken Auges mit Pupillensperre. Die Kranke konnte nur das Licht und Schat-
ten unterscheiden. Innerhalb 2 Monate wurde zweimal die Iridec-
tomie jedoch ohne Erfolg gemacht.

Amaurosis oculi sin. cataracta oculi dext.

J. P., 64 Jahre alt, aus Warasdin. Extraction nach Graefe, Verlauf normal. 18 Tage.

Amaurosis oculi sin. cataracta oculi dext.

J. W., 56 Jahre alt, aus Klausenburg. Extraction nach Graefe, Verlauf normal. 19 Tage.

Iritis specifica.

G. v. R., 24 Jahre alt, aus Warschau. Durch 2 Monate antisiphilitische Kur eingeleitet.

Iritis specifica.

J. P., 41 Jahre alt, aus Baja in Ungarn. Primäre Infection am Penis vor 2 Jahren. Iritis spec. seit 2 Monaten. Einreibungen, Atropin. 2 Monate.

Blennorrhoea ocul. utriusq.

P. R., 43 Jahre alt, aus Theresiopel in Ungarn. Die chronische Blennorrh. an beiden Augen wurde innerhalb 3 Monate durch Touchiren mit Lapis und Schwefelkupfer behoben.

Sämmtliche hier beschriebene Fälle wurden vom Herrn Prof. Dr. Ritter von Arlt operirt und behandelt.

Blennorrhoea oculi utriusque.

C. M., 52 Jahre alt, aus Egypten. Therapie Touchiren mit Cupr. sulfur. Nach 8 Wochen geheilt.

Vom Herrn Prof. v. Stellwag behandelt.

IV. Syphilis.

I. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Zeissl.

1. Plaques muqueuses an der Schleimhaut der Lippen, an der Zunge, an den beiden Mandeln, Geschwüre am Kopfe, condylomata lata ad anum. L. Graf v. J., 30 Jahre alt, aus Preussen. Der Kranke hatte bereits eine Einreibungskur durchgemacht. Die Behandlung bestand in 35 Einreibungen und Decoct. Zittmanni, local wurden angewendet Lapis auf die Plaques, graues Pflaster auf die Kopfgeschwüre und Chlorwasser und Calomel auf die Condylomen. Nach beendeter Kur, wobei alle Symptome schwanden, wurde der Kranke nach einem Kurorte geschickt.

2. Periostitis tibiae dextrae. S. F., aus Ungarn. Primäre Infection erfolgte vor 3 Jahren. Der Kranke machte schon eine Einreibungskur durch. Da Patient hier schon nach der 10. Einreibung abreisen musste, konnte sein Zustand gebessert, aber nicht vollkommen geheilt werden.

3. Bubo gangraenosus. M. B., 60 Jahre alt, aus Mähren. Der Kranke bekam seit 3 Wochen ein Geschwür am Penis. Die Schwellung der linken Leistendrüsen erfolgte sehr rasch. Trotz der starken Schwellung ging Patient seinen Geschäften nach. Er wurde früher an demselben Leiden auf der Abtheilung des Herrn Prof. Zeissl im k. k. allgemeinen Krankenhause behandelt, da aber damals nosokomiale Gangrän herrschte, wurde ihm angerathen, in die Anstalt zu gehen. Status praesens: Handgrosse, mit nekrotisirtem Gewebe bedeckte Wunde. Therapie: Kalte Umschläge, Gypstheer abwechselnd mit essigsauerm Eisen. Das

Geschwür reinigte und verkleinerte sich, so dass Patient nach 2 Monaten geheilt entlassen wurde.

4. *Roseola syphilitica*. N. N., aus Berlin. Patient wurde in Berlin durch mehrere Monate mit nur theilweisem Erfolge behandelt. Bei seinem Eintritt in die Anstalt fand man, theils in der Entwicklung begriffene, theils abgeblasste papulöse Efflorescenzen an der Haut des Stammes. Die Schleimhaut der Mundlippen, bis zu deren Commissur hin, mit diffusen Epithelialknoten bedeckt, Isthmus faucium geröthet, Tonsillen geschwellt, Patient schlecht genährt. Therapie: 6wöchentliche Einreibungskur, geheilt entlassen.

Laut Erkundigungen, die in letzter Zeit beim Kranken eingeholt wurden, befindet er sich bis nun ganz wohl.

5. *Ulcus serpiginosum brachii dextri, tophus tibiae dextrae, ganglion flexoris pollicis et digiti quarti manus sinistrae, flex. digiti minimi et medii manus dextrae*. St. v. T., aus Ungarn. Grosse Schmerzen im Fuss. Einreibungen, Formyljodat, graues Pflaster. Nach 6 Wochen verliess Patient geheilt die Anstalt.

6. *Psoriasis palmaris disseminata syphilitica*. H. D., 27 Jahre alt, aus Belgrad. Die Haut der Hohlhand allenthalben mit braunrothen, linsen- bis erbsengrossen erythematösen Efflorescenzen versehen, welche hie und da eine schrumpfende, in der Ablösung begriffene, Epithelialdecke zeigten. Dort an solcher Stelle, wo mehrere derartige Efflorescenzen in einer Hautfurchen sassen und zerfielen, bildeten sich seichtere, tiefere mehr oder weniger schmerzhaft Schrunden und Geschwüre, *Ragadae syphiliticae*. Therapie: 25 Einreibungen und *Emplastrum merc.* Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

7. *Ulcera syphil. nasi, ozoena syph. Defectus in septo cartilagineo narium, caries ossis vomeris, caries ossis intermaxillaris*. N. D., 31 Jahre alt, aus Maros-Vasarhely in Ungarn. Die Infection fand vor 6 Jahren statt. Der Kranke machte 2mal die Einreibungskur durch. Bei der Aufnahme war die Nase auf das doppelte geschwollen, an der Oberfläche mit kleinen serpiginösen gelb belegten Geschwüren bedeckt. Der

Geruch aus der Nase faulig stinkend, der knorpelige Theil des Septum fehlend, Os vomeris rauh, in der Synostose beider Oberkiefer ein von rauhen Knochen umgebener Substanzverlust. Das Zäpfchen fehlte ganz. Die Behandlung bestand in Einreibungen, Anwendung von grauem Pflaster auf die Nase, Decoct. Zittm., Reinigen des Mundes und der Nase mit Chlorkali. Nach 3 Monaten wurde der Kranke ganz geheilt entlassen.

8. Balanitis. B. C., 20 Jahre alt, aus Wien. Die Behandlung bestand in kalten Umschlägen, Einspritzung von Plumbum acet. bas. solut. unter das Präputium und nach behobener Phimose in der Injection von Zinksolution in die Harnröhre. Im Verlauf von 20 Tagen wurde der Kranke geheilt entlassen.

9. Induratio in sulco coronario. Roseola syphilitica. F. T., 32 Jahre alt, aus Constantinopel. Roseola befand sich am Stamme in der Mammillarlinie, Stirnhaut längs der Haargrenze, ebenso im Genicke. Patientin machte eine Einreibungskur durch, und wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Ausser den oben erwähnten Fällen sind vom Herrn Prof. Dr. Zeissl noch andere 40 Formen von secundärer Syphilis zur Behandlung gekommen. Ausser den localen Mitteln, die bei den einzelnen Kranken dem Sitze nach verschieden waren, wurde bei allen die Einreibungskur und Decoct. Zittm. fortius et mitius gegeben. Die meisten von ihnen verliessen geheilt die Anstalt, viele in sehr gebessertem Zustande.

II. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Neumann.

1. Syphilis cutanea papul. A. W., 38 Jahre alt, aus Lemberg. 15 Einreibungen. Dauer der Kur 4 Wochen. Geheilt entlassen.

2. Syphilis maculo-papulosa. E. K., 21 Jahre alt, aus Münchengrätz. Infection vor 2 Monaten. Einreibungen, Zittmann'sches Decoct. In 4 Wochen geheilt.

3. Syphilis maculosa. L. J., 20 Jahre alt, aus Vestec in Böhmen. Infection vor 3 Monaten. Einreibungen und Jodkali. In 4 Wochen geheilt.

4. Syphilis congenita. R. G., 21 Jahre alt, aus Prerau. Defect am weichen Gaumen, Uvula und Tonsillen fehlen, ser-

piginoöse Geschwüre an der Oberlippe, Rhagaden an den Mundwinkeln, Heiserkeit. Decoct. Zittm. Einreibungen local mit Lapis. In 5 Wochen geheilt. Da die Geschwüre ungleichmässige Narbenbildung zu Folge hatten, welche die Form der Mundöffnung entstellte, unterzog sich der Kranke einer plastischen Operation, welche Herr Prof. Billroth ausführte.

5. H. Graf G., 58 Jahre alt, aus Wien. Tiefe serpiginoöse Geschwüre, seit $1\frac{1}{2}$ Jahren Infiltration und zahlreiche Gummata und serpiginoöse Geschwüre an den Wangen, der Oberlippe; der rechte Nasenflügel defect. Die ganze Gesichtshaut dunkel geröthet, die Gefässe ausgedehnt, eitriger Ausfluss aus der Nasenhöhle in Folge Exulceration der Nasenscheidewände.

Therapie: Ätzungen Kali caust. Decoct. Zittm. 15 Frictionen. In 3 Wochen gänzlich geheilt. Die strangförmigen Narben wurden später mittelst Schabeisens beseitigt, und hiedurch die Bildung flacher Narben erzielt.

Es sind ferner vom Herrn Prof. Dr. Neumann noch andere 6 Fälle mit syphilitischen Efflorescenzen zur Behandlung gekommen, wo nach Anwendung der Einreibungskur und des Decoct. Zittm. die Affection zum Schwinden gebracht wurde.

III. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Auspitz.

1. Syphilis congenita, ulcera cruris sin. Defectus, palat moll. O. R. v. P., 27 Jahre alt, aus Triest. 4 wöchentliche Einreibungskur. Geheilt entlassen.

2. Syphilis papulosa. Graf M., Frictionskur, nach 5 Wochen geheilt entlassen.

3. Syphilis papulosa et angina tonsillaris. Dr. F. aus Nied.-Oe. Einreibungskur, schon nach der 3. Einreibung stellte sich Salivation ein, und Patient verliess ungeheilt die Anstalt.

IV. Fälle vom Herrn Prof. Reder.

1. Blennorrhoea urethrae. Graf J. D., 20 Jahre alt, aus Darmstadt. Injectionen mit Zinksulfat. Nach 5 Wochen entlassen.

2. *Blennorrhoea urethrae, epididimitis dextra, catarhus vesicae.* G. H., 38 Jahre alt, aus Stuttgart. Lagerung, kalte Umschläge, Ausspritzen der Blase mit lauem Wasser. Innerlich Wildungenwasser. Nach 5 Wochen geheilt entlassen.

3. *Syphilis maculosa.* E. R., 32 Jahre alt, aus Galizien. 12 Einreibungen, Nach 3 Wochen geheilt.

4. *Syphilis maculo-papulosa.* A. H., 28 Jahre alt, aus Galizien. Einreibungskur. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

In derselben Weise wurden noch andere 5 Fälle von papulöser Syphilis behandelt, und geheilt.

Diverse Autoren.

Condylomata glandis et praeputii penis. J. S., 21 Jahre alt, aus Penzing. Bei 21jährigem, zur Warzenbildung überhaupt geneigten Individuum, traten die Condylomata in so grosser Anzahl auf, dass an eine Entfernung derselben durch Aetzung, welche Methode schon früher erfolglos angewendet wurde, nicht zu denken war. Dieselben wurden daher an der Glans mit der Hohlschere gründlich abgetragen, und der grösste Theil des mit Condylomaten besetzten Präputiums ebenso entfernt. Patient verliess in kurzer Zeit geheilt die Anstalt.

Vom Herrn Dr. Czerný operirt.

Syphilis papulosa cutanea. H. R., 28 Jahre alt, aus Nasiz in Slavonien. Nierenförmige Geschwüre am Rücken, an der Brust, und an den beiden oberen Extremitäten. Periostitis beider Schienbeine. Inunctionskur, graues Pflaster. Jodtinctur. Nach 2 Monaten geheilt entlassen.

Vom Herrn Grünfeld operirt.

E. T., 48 Jahre alt, aus Russland. Primäre Infection ist vor 25 Jahren gewesen, die Urethralfistel besteht 10 Jahre. Die Wunde fing an der Symphysis an, die linke Seite des Scrotums und des Schenkels einnehmend und auf der unteren Fläche des Hodensackes, bis zum Mastdarm gehend, überall unter der Haut tiefe Taschen bildend. Ausserdem waren viele kleine, unreine Geschwüre an beiden Schenkeln, am Rücken und ein Geschwür am

Sulcus coronarius. Der Zustand war seit 3 Monaten der gleiche geblieben, die Wunde war im höchsten Grade schmutzig, missfärbig. Unter Gebrauch von Decoct. Zittm., dann Jodkali innerlich, rothes Präcipitat und Nitrassalbe, äusserlich war die Wunde seit 2 Monaten bedeutend verkleinert, doch der Kranke hatte keine Geduld mehr, mit der kleinen Wunde, und der Urinfistel in der Anstalt zu bleiben, und reiste in diesem Zustande ab.

A. S., 21 Jahre alt, aus Krewo. Die Infection fand vor 9 Monaten statt, die Induration war an der Glans. In der 5. Woche entwickelte sich das maculo-papulöse Exanthem. Der Kranke war durch 3 Monate in Behandlung eines Arztes, der ihm während der Zeit 30 Frictionen mit 1 Drachm. Ung. ciner. machen liess, worauf Salivation eintrat und durch 5 Monate dauerte. Das Exanthem schwand sehr langsam und während der Frictionen war der Kranke immer schwächer, anämischer, nervöser, litt sehr oft an Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Im Februar 1875 entwickelten sich drei Knoten an der Zungenspitze und am linken Zungenrand und während der Behandlung in Wien eine Plaque an der Schleimhaut der Oberlippe und eine im Mundwinkel. Der Kranke nahm durch 4 Wochen 500·0 Decoct Zittm. fort. und mitius, die Knoten wurden mit Boraxlösung öfter im Tag bepinselt. Die wunden Stellen heilten langsam. Der Kranke verliess die Anstalt mit einer an der Zunge ungeheilten Stelle, um nach Italien zu reisen und nach 6 Wochen sich einer Kaltwasserkur zu unterziehen.

Die zwei letzten vom Herrn Hofrath Prof. Billroth.

Vom Herrn Prof. Dr. Sigmund Ritter v. Illanor wurden vom Jahre 1869 bis zum Jahre 1873 92 Fälle von Syphiliskranken unter den verschiedensten Formen behandelt. Viele von ihnen wurden ganz geheilt, andere gebessert und bei andern, wo die Affection sehr weit vorgeschritten war, in ungeheiltem Zustande entlassen.

Seit dem Jahre 1873 sind vom genannten Herrn Professor keine weiteren Fälle mehr zur Behandlung gekommen.

V. Hautkrankheiten.

I. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Zeissl.

Eczema chronicum.

M. K., 40 Jahre alt, aus Agram. Sitz desselben sind die beiden Unterschenkel. Behandlung mit Unguentum diachyli. Theereinreibungen. Nach 37 Tagen geheilt entlassen.

Eczema in stadio desquamationis.

A. K., 19 Jahre alt, aus Petersburg. Theereinreibungen. Nach 5 Wochen geheilt.

Eczema manu utriusque.

C. G., 50 Jahre alt, aus Wien. Ung. diachyli et Oleum cardini. Nach 14 Tagen geheilt.

Eczema praeputii.

K. v. B., 41 Jahre alt, aus Ungarn. Amylum; nach 8 Tagen geheilt.

II. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Neumann.

Eczema chronicum universale.

E. R., 23 Jahre alt, aus Ungarn. Heilung.

Eczema faciei, manus et pedum.

C. W., aus Constantinopel, 36 Jahre alt. Dauer der Krankheit seit $1\frac{1}{2}$ Jahren. Unguent. diachyli und Theereinreibungen. Nach 3 Wochen geheilt.

Eczema universale.

J. J. R., 51 Jahre alt, aus Elsass. Patient leidet seit 6 Jahren. Theer- und Carboleinreibungen. Nach 4 Wochen gebessert entlassen.

Eczema universale.

M. M., 29 Jahre alt, aus Mähren. Nach 4 Wochen gebessert entlassen.

Eczema ad anum.

W. A., 30 Jahre alt, aus Bergen in Norwegen. Ausser Infiltration der äusseren Haut war auch die Schleimhaut des Afters infiltrirt, mit zahlreichen Schleimhautpolypen bedeckt. Das Jucken war beträchtlich, so dass der Kranke seit Monaten sich keines erquickenden Schlafes erfreuen konnte, wodurch dessen Ernährung tief gelitten hatte. Durch Abtragung der Polypen, Bepinslungen mit Kali caustic.-Lösung, abwechselnd mit Ueberschlägen von Sapo viridis und Theereinreibungen wurde vollständige Heilung erzielt.

Akne cachecticorum.

B. K., 28 Jahre alt, aus Petersburg. Die ganze Hautoberfläche mit zahlreichen, hirsekorn- bis erbsen- und haselnussgrossen Knoten und Pusteln bedeckt, welche stellenweise exulcerirten und deren Geschwürsränder unterminirt waren. Die Achseldrüsen erweitert, zahlreiche tiefe Hohlgänge. Eisen- und Schwefelbäder, Einhüllungen mit Leberthran führten Besserung herbei.

Akne rosacea.

J. S., aus Brünn. Ueberschläge mit Sapo viridis, Bepinslungen mit Acid. carbol. führten Heilung herbei.

Lupus hypertrophicus faciei.

C. R., aus Amsterdam. Patientin verliess aus Familienrücksichten schon am 2. Tage die Anstalt.

Lupus erythematodes.

W. R., aus Odessa. Ueberschläge mit Sapo viridis, Aetzung mit Carbonsäure. Geheilt.

Lupus vulgaris tuberculosus et exulcerans.

G. N., 40 Jahre alt, aus Brünn. Aetzung mit dem Lapisstift. Geheilt.

Sycosis.

A. B., 27 Jahre alt, aus Ungarn. Sykosis an den behaarten Stellen der Gesichtshaut, der Oberlippe, mit starker Infiltration der Haut. Abreibungen mit Sapo viridis, tägliches Rasiren, Epiliren, Application von Unguentum diachyli albi führte nach 6 Wochen Heilung herbei.

Sycosis parasitaria.

I. L., 36 Jahre alt, Oekonom aus Ungarn. Seit vier Monaten Knoten am Kinn und Wangen. Die beiden Wangen vom Os zygomaticum und Kinn waren von zahlreichen kleinen und auch wallnussgrossen Knoten durchsetzt. Die grösseren abscedirten, die Haut stark verdickt. In den Wurzelscheiden waren Pilzelemente gleichwie in der Substanz des Haares zu finden. Die Knoten lagen tief. Alle wurden frühzeitig punctirt, Eiter ausgedrückt und wo kein Eiter war liess man ausbluten, die Haare epilirt. Der Kranke verliess geheilt die Anstalt.

Herpes tonsurans.

C. A., 57 Jahre alt, aus Böhmen. Herpes tonsurans am ganzen Körper. Einreibungen mit Unguent. Wilkinsoni. Nach 10 Tagen geheilt.

Psoriasis universalis diffusa.

N. F., aus New-York. Schmierseifencyklus. Theerbäder. Pilulae asiaticae. Geheilt.

Scabies et ulcus molle.

R. G., 26 Jahre alt, aus Alexandrien. Durch Unguentum Wilkinsoni und Lapisätzungen des Geschwürs geheilt.

Pemphigus vulgaris et *Erysipelas capitis*.

W. T., 23 Jahre alt, aus Amerika. gebessert.

Sclerosis praeputii. *Psoriasis palmaris*, *Angina*.

J. F., 36 Jahre alt, von Oppeln in Preussen. Die sclerosirte Stelle wurde mittelst elastischer Ligatur entfernt, es zeigte sich sodann eine wunde Stelle, welche durch Aetzungen mit einer Lapislösung sich rasch überhäutete. Einreibungen 5 Wochen.

III. Fälle vom Herrn Prof. Dr. Auspitz.

Psoriasis universalis.

A. C., *Solutio Vleming*, *Sapo viridis* und *Ol. cadinum*. Rein geworden. *Recidiv* bisher nicht bekannt.

Acne rosacea et *Lupus erythematoses*.

H. G., aus Mailand. Die ganze linke Wange geröthet, mit erweiterten Gefässchen versehen. An einzelnen Stellen Depressionen und Schuppenbildungen einem *Lupus eryth.* entsprechend. Schaben, Stacheln, *Empl. Hydr.* *Ung. Nitr. Brom. et Merc. praec. local.* Bedeutend gebessert und beschränkt entlassen.

VI. Interne Krankheiten.

Aneurysma aortae ascendentis.

C. v. St., 56 Jahre alt, aus Russland. Therapie: war eine rein symptomatische.

Vom Herrn Dr. Rosenburger.

Aneurysma aortae asc.

A. T., 44 Jahre alt, aus der Insel Femern. Das Aneurysma entwickelte sich 2 Jahre, bis zur Grösse eines Kindskopfes, durch die Ausdehnung eines Aneurysma waren die Rippen verschwunden, das Brustbein gehoben, die Haut darüber sehr dünn und geröthet. Sie lag nach oben an der Clavicula, die unversehrt war, nach aussen an der Schulter. Die Bewegungen des Armes waren schmerzhaft, die Pulsation sehr stark. Hydrops universalis. Um die Beschwerden zu stillen, gebrauchte der Kranke täglich 25 Gran Morphin durch Injection und 1 Pfd. Chloroform. Tod erfolgte durch Herzlähmung.

Vom Herrn Dr. Fuchs.

Emphysema.

A. M., 52 Jahre alt, aus Tarnopol. Inhalationen.

Vom Herrn Dr. Eder.

Katarrhus pharyngis chronicus.

M. N., 55 Jahre alt, aus Ungarn. Heilung mittelst Touchirens mit Lapis und Kali causticum innerhalb 5 Wochen.

Vom Herrn Prof. Schrötter.

Carcinoma ventriculi.

B. J. B., 52 Jahre alt, aus Ungarn. Das Leiden bestand 2 Jahre. Im letzten Jahre machte der Kranke eine Inunctionskur durch und innerlich Jodkali, wegen der Tophi am rechten Schambein. Der Kranke starb nach 2 Monaten.

Vom Herrn Hofrath Prof. Bamberger.

Carcinoma hepatis.

C. W., 65 Jahre alt, aus Wien. Nach 4 Wochen starb Patient.
Vom Herrn Dr. Eder.

Morbus Brigthii.

M., aus Metz. Patient wurde am 4. Tage nach Metz transportirt.

Vom Herrn Dr. Schmidt.

Tabes dorsualis.

E. K., 56 Jahre alt, aus Böhmen. Der Kranke fühlte vor zwei Jahren Schmerz in der Lendengegend, worauf er sich von Tag zu Tag, besonders in den Händen und Füßen, schwächer fühlte. Dabei nahm die Musculatur ab, die Schmerzen aber nahmen zu. Appetit war wenig; der Kranke gebrauchte nur Morphininjectionen. Seit einem Jahre waren die Füße gelähmt ebenso die Hände. Nach dem Elektrisiren, Eisenbädern und Eisen innerlich besserte sich der Zustand so weit, dass der Kranke gehen konnte; die Musculatur hat bedeutend zugenommen, nur Schmerzen dauerten fort. Der Kranke, zufrieden mit diesem Zustande, übersiedelte in seine Wohnung, um sich weiter behandeln zu lassen.

Vom Herrn Prof. Bamberger.

Tabes dorsualis.

C. S., 40 Jahre alt, aus Ungarn. Die Krankheit war so weit vorgeschritten, dass der Kranke gegen den stärksten Strom unempfindlich war. Nach 3 Wochen verliess Patient ungeheilt die Anstalt.

Vom Herrn Prof. Benedikt.

Tabes dorsualis.

J. K., 36 Jahre alt, aus Wien. Der Kranke wurde ungeheilt in 3 Wochen entlassen.

Vom Herrn Prof. Benedikt.

Tabes dorsualis.

J. W., 60 Jahre alt, aus Russland. Weit vorgeschrittene Tabes dorsualis incurabilis. Die Kranke wurde in die Bäder nach Vöslau transferirt. 3 Wochen.

Vom Herrn Prof. Benedikt.

Eclampsia in gravid.

R. K., 21 Jahre alt, aus Prag. Nach vielem Herumgehen in der Ausstellung und vielem Stiegensteigen wurde die Kranke, im 6. Monate schwanger, von einem eklamptischen Anfall befallen mit Anzeichen zur Frühgeburt. Nach einigen Tagen Ruhe und Diät vergingen die drohenden Symptome.

Vom Herrn Dr. Zappert.

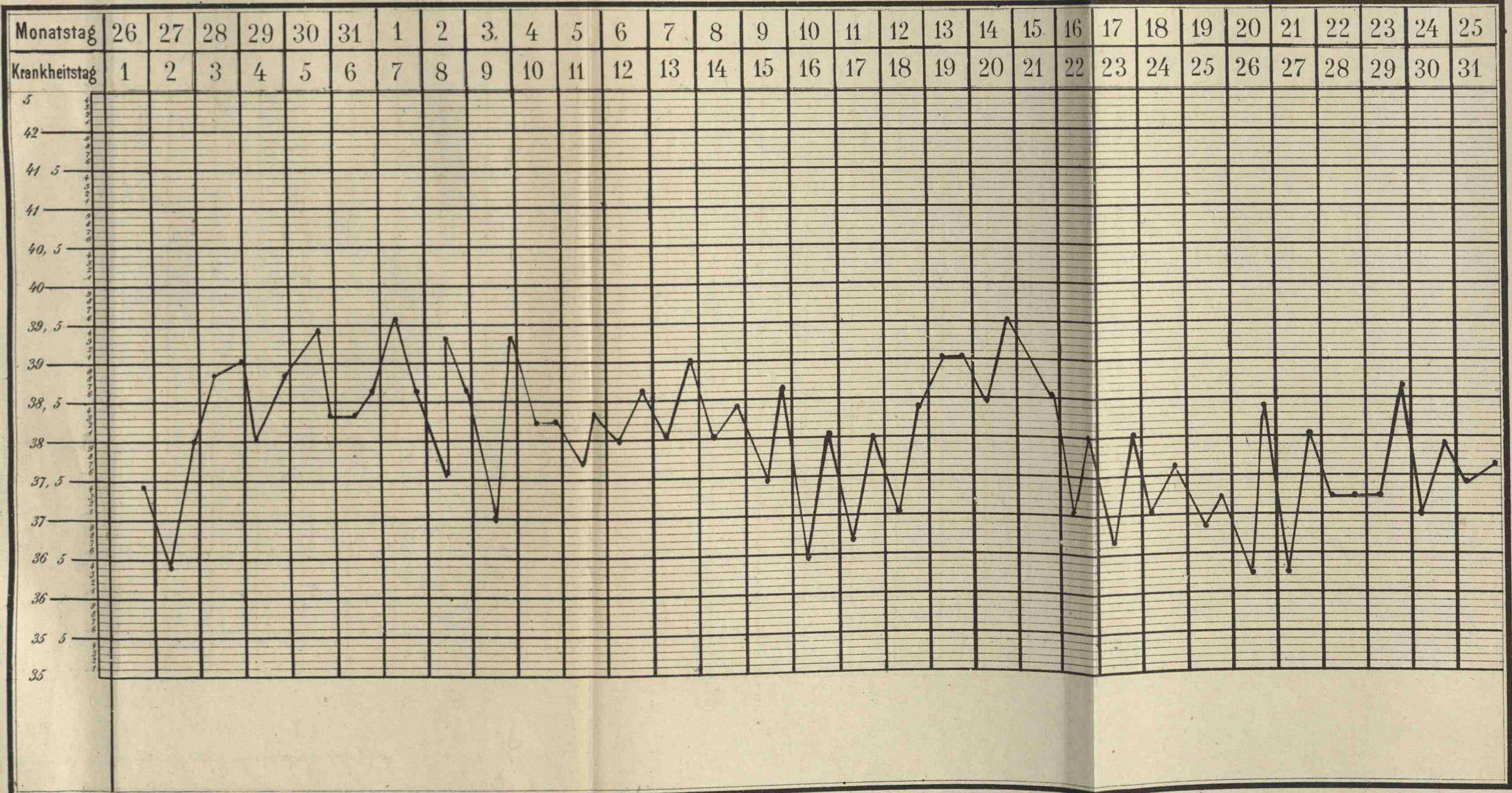


TEMPERATURCURVE N^o 4a

Name des Kranken: C.W.

1873

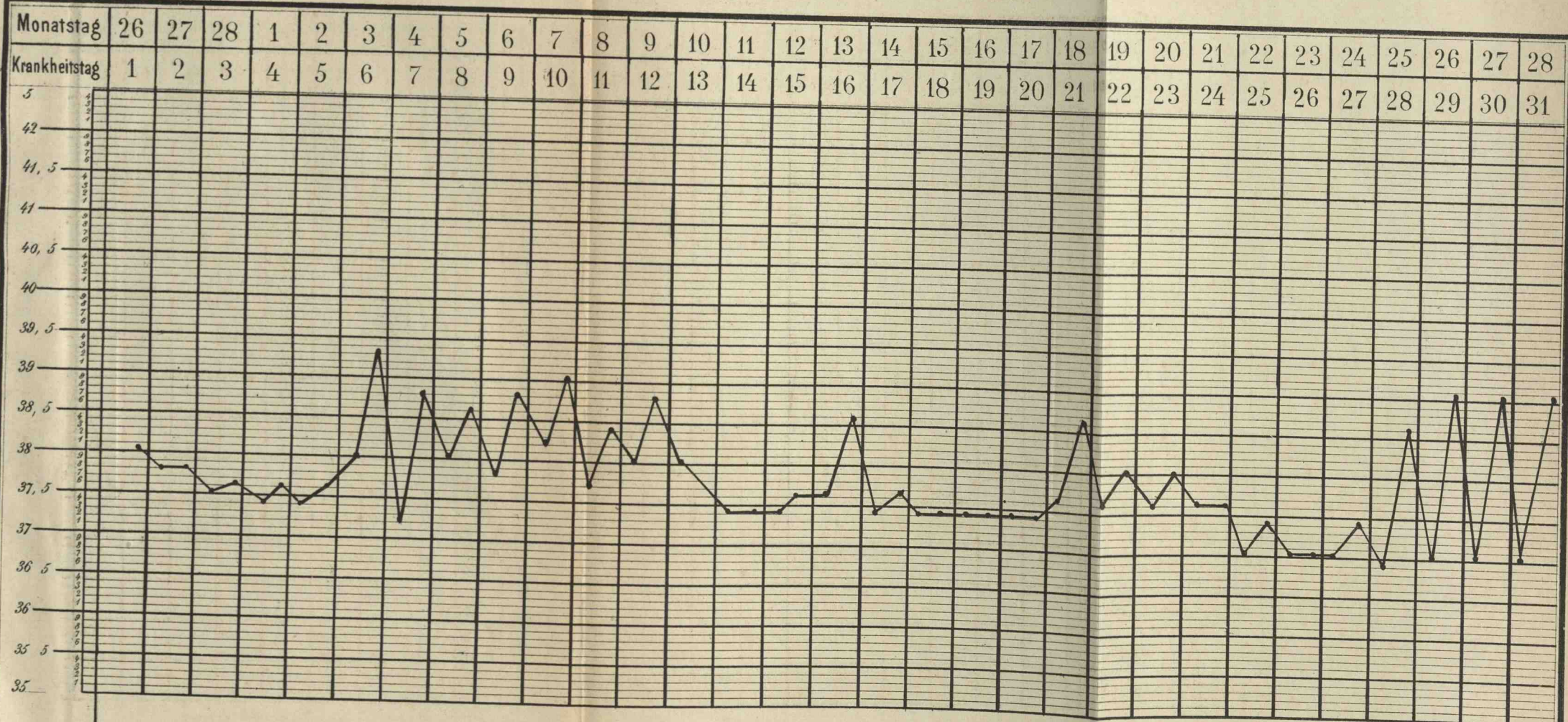
Monat October November



TEMPERATURCURVE N^o 6 a

Name des Kranken: *J. N.*

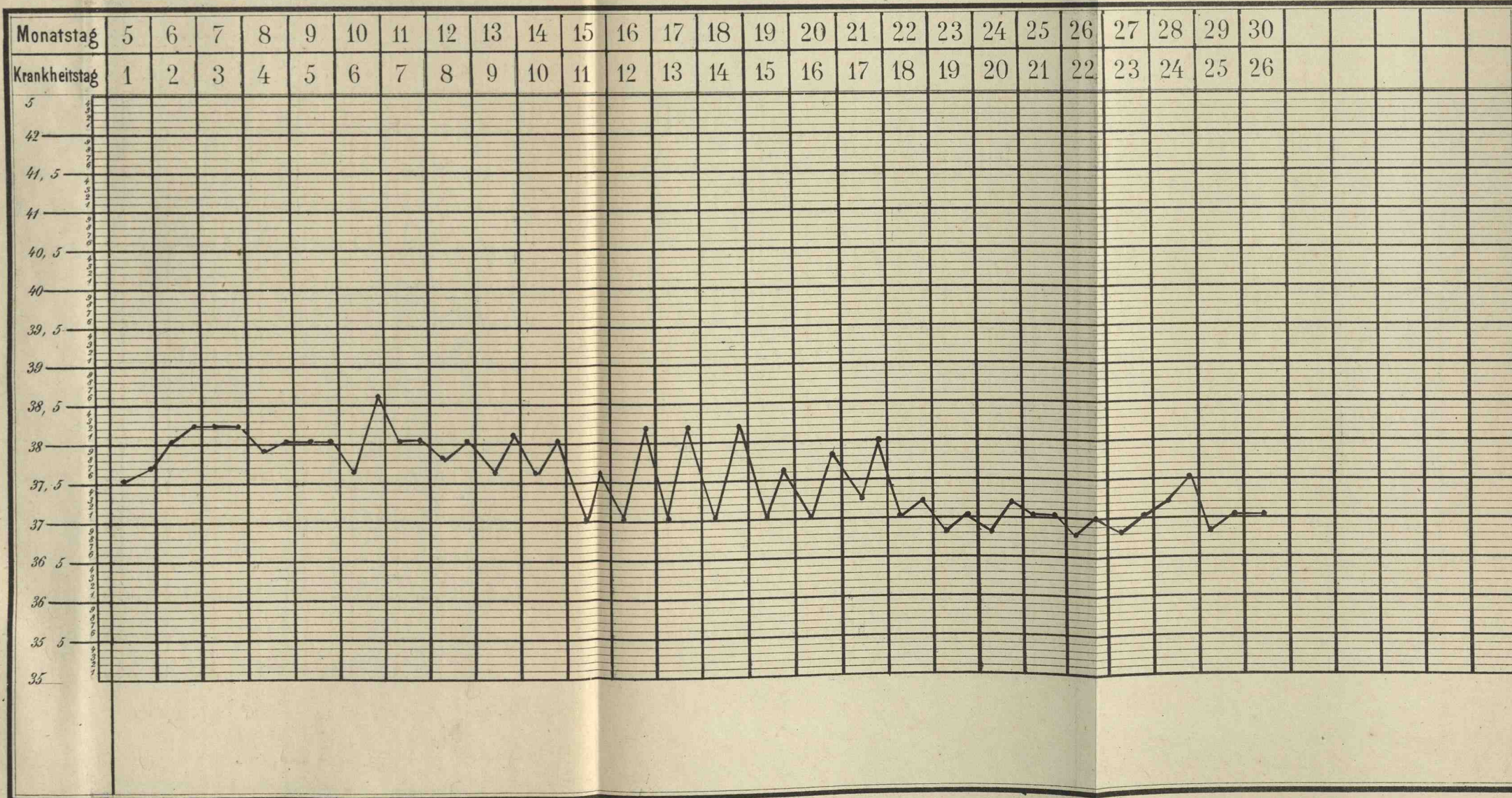
1874 Monat *Februar März*



TEMPERATURCURVE N^o 7

Name des Kranken: *M. J.*

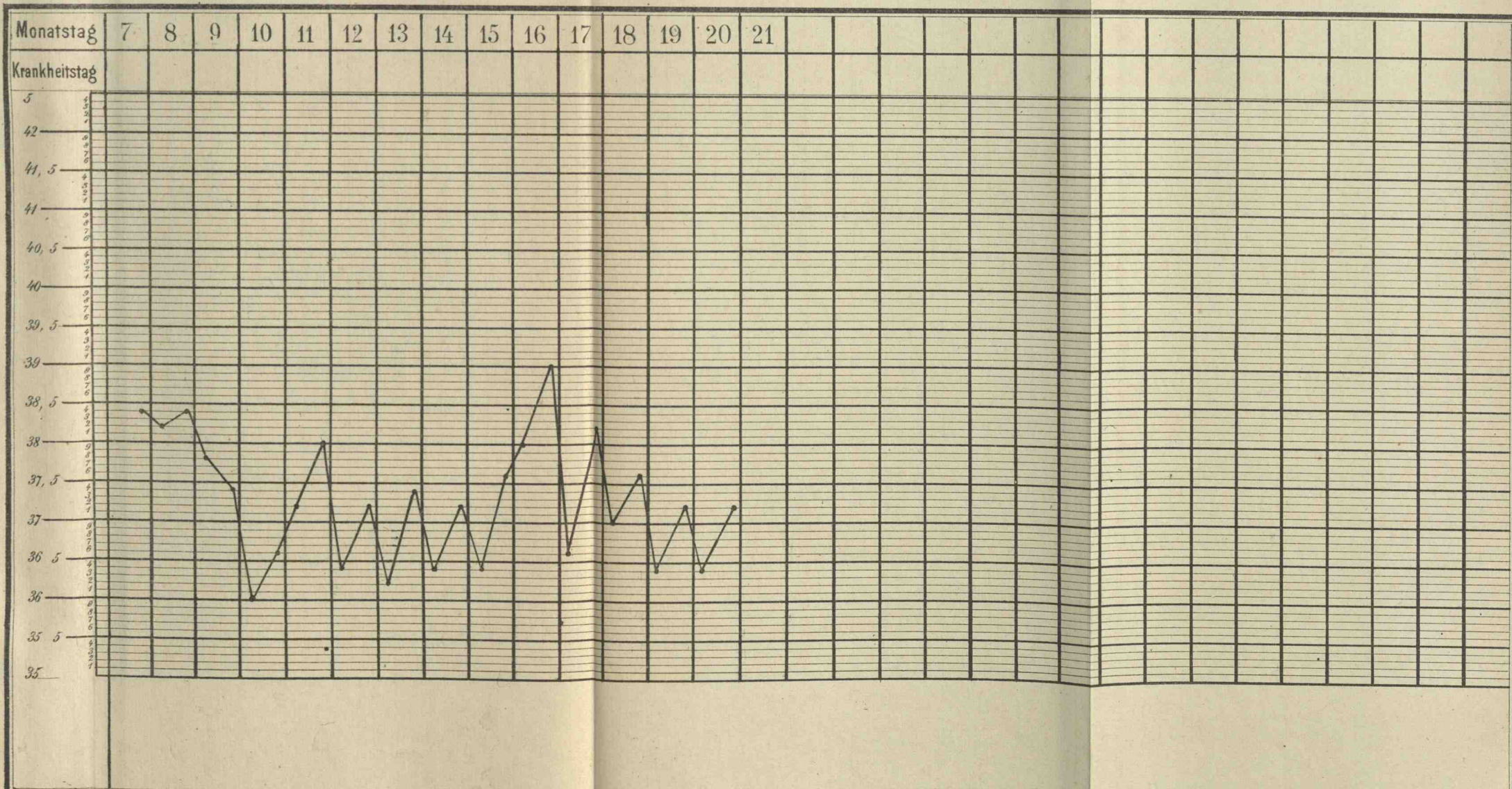
1874 Monat *März*



TEMPERATURCURVE N^o 11

Name des Kranken: S. A.

1875 Monat October



TEMPERATURCURVE N^o 12.

Name des Kranken: *F. B. D.*

1874 Monat *Mai Juni*

