Die Behandlung der Gelenkstuberculose und ihre Endresultate aus der Klinik Albert.

Contributors

Preindlsberger, Josef.
Vienna (Austria). Klinik Albert.
Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library

Publication/Creation

Wien : Safár, 1894.

Persistent URL

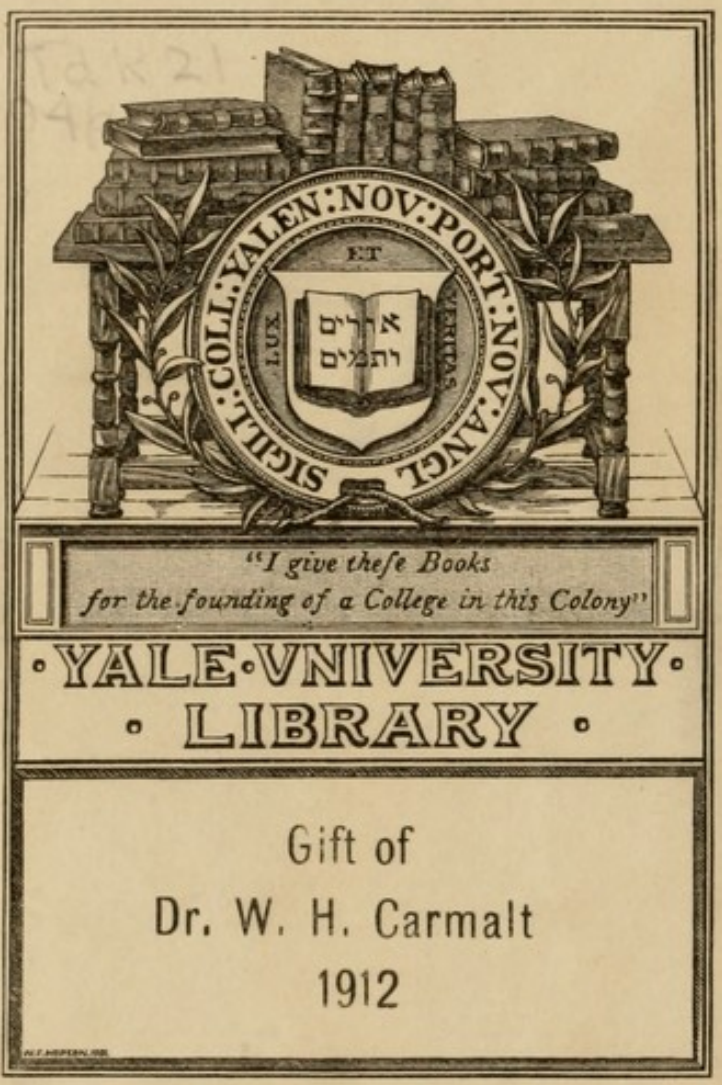
https://wellcomecollection.org/works/ewtbpazv

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org



TRANSFERRED TO
YALE MEDICAL LIBRARY

Die Behandlung

der

Gelenkstuberculose

und ihre Endresultate

aus der Klinik Albert.

Von

Dr. Josef Preindlsberger.

Mit einer Vorrede von Hofrath Prof. **Dr. E. Albert.**

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1894.

Alle Rechte vorbehalten.

RD686
894P

Inhalts-Verzeichnis.

Seite

Vorrede . . . . . V—XI

Literatur-Verzeichnis der im Texte citirten Autoren 49

I. Hüftgelenk.

Allgemeiner Theil des Hüftgelenkes 54
Specieller Theil des Hüftgelenkes 59
Krankengeschichten des Hüftgelenkes 65

II. Kniegelenk.

Allgemeiner Theil des Kniegelenkes 95
Specieller Theil des Kniegelenkes 105
Krankengeschichten für das Kniegelenk. I. 114
Krankengeschichten für das Kniegelenk. II. (Ankylosen.) 147

III. Fussgelenk.

Allgemeiner Theil des Fussgelenkes 158
Specieller Theil des Fussgelenkes 163
Krankengeschichten des Fussgelenkes 173

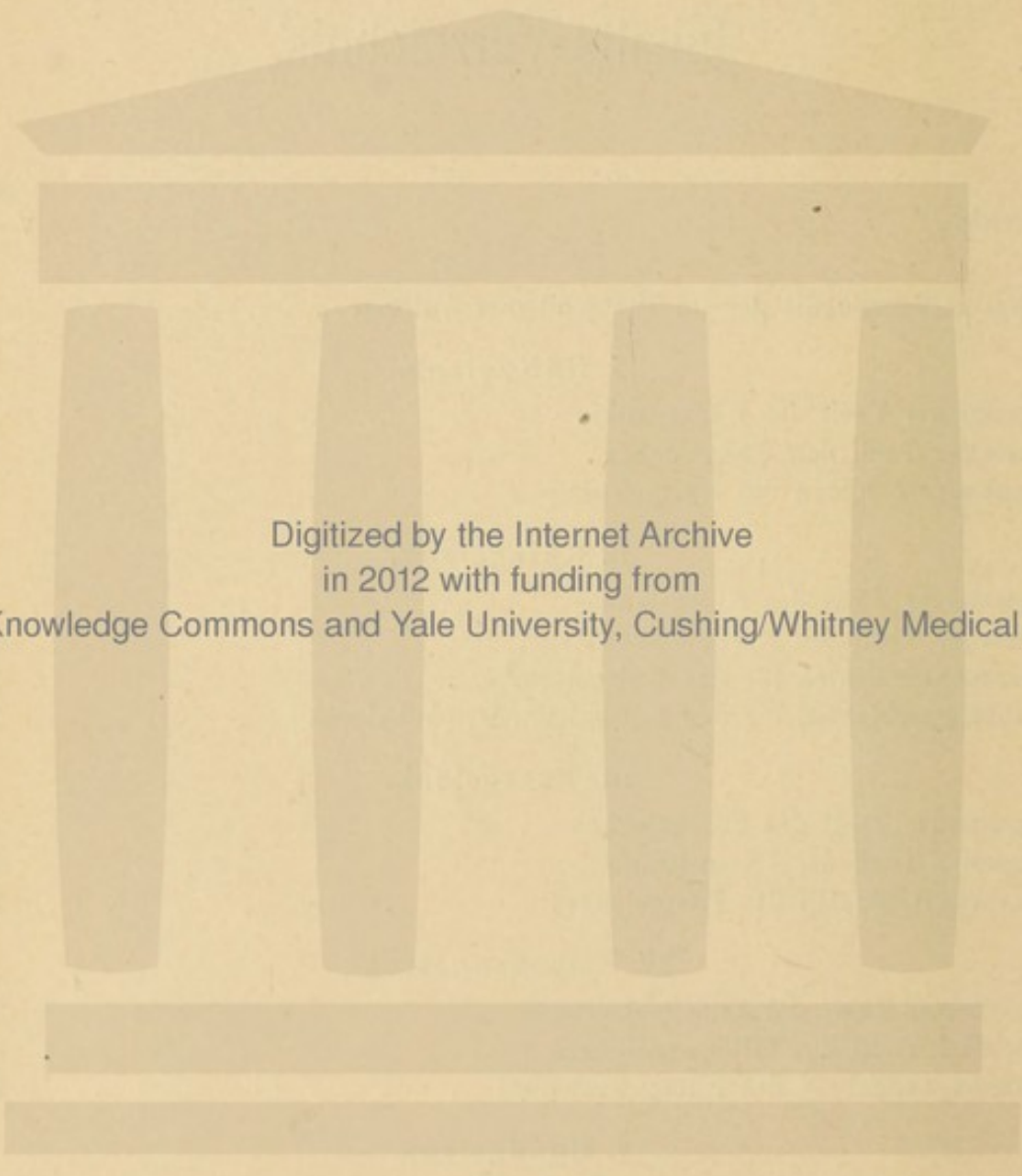
IV. Ellbogengelenk.

Allgemeiner Theil des Ellbogengelenkes 205
Specieller Theil des Ellbogengelenkes 208
Krankengeschichten des Ellbogengelenkes 213

V. Handgelenk.

Allgemeiner Theil des Handgelenkes 230
Specieller Theil des Handgelenkes 234
Krankengeschichten des Handgelenkes 238

Allgemeines Literatur-Verzeichnis 249
Verhandlungen der Gesellschaft für Chirurgie 257



Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/diebehandlungder00prei

Vorrede.

Die chirurgische Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberculose hat unter unseren Augen grosse Wandlungen durchgemacht.

Schon vor der Einführung der Antiseptik war die operative Technik der Gelenksresectionen hochgradig entwickelt — Langenbeck's Ära. Die einfachen Längsschnitte, die subperiostale und subcapsuläre Entfernung der Gelenksenden, die couragirte Nachbehandlung mit frühzeitigem Beginne der Bewegungen (Langenbeck) oder frühzeitiger elektrischer Reizung der Muskeln (Ollier) — das schien die functionellen Resultate geradezu zu garantiren. Die Theorie unterstützte die Resectionspraxis; denn das, was man seit Rokitansky Tuberculose der Gelenke nannte, erschien nach Virchow nur als eine granulirende Entzündung und die Resection war consequenterweise nur ein Antiphlogisticum (Hueter). Als nun vollends die Antiseptik der ganzen Chirurgie ungeahnte Garantien ihrer Eingriffe zu gewährleisten begann, kam die Resectionspraxis zu einer solchen Herrschaft, dass der Einspruch Einzelner für eine verderbliche Lehre erklärt wurde.

Wie rasch sind die Säulen des Gebäudes eingestürzt! Als Volkmann darauf hingewiesen hatte, dass der Tuberkel, der im Fungus zu finden ist, wirklich ein Tuberkel ist,

wirklich der Tuberkel; als mit der Entdeckung der Tuberkelbacillen durch Koch ein untrügliches Kriterium hiefür gefunden war: wie unsinnig musste die ganze Methodik der Kapselschonung erscheinen! Das hiess doch, in vielen Fällen den wesentlicheren, in den übrigen Fällen einen immerhin noch wesentlichen Theil des Krankheitsherdes zurücklassen. War die Tuberculose der Synovialhaut das Primäre, so hat man den Hauptherd — war die Knochentuberculose das Primäre, so hat man den Nebenherd zurückgelassen. Rasch musste man zur Besinnung kommen und die totale Excision des Gelenkes, also die Entfernung der Gelenksenden und die Exstirpation der Synovialhaut, als den einzig zulässigen Weg bei tuberculöser Erkrankung des ganzen Gelenkes erachten. Nur ausnahmsweise konnte, bei primärer Synovialtuberculose, auch die isolirte Kapselexstirpation Erfolg haben. (Bevor Volkmann diese Operation als Arthrektomia synovialis bezeichnet hatte, habe ich sie mit Erfolg ausgeführt, und den Fall auch veröffentlicht.)

Wie war es nur — frägt man sich — wie war es nur möglich, Resectionen fungöser Gelenke Jahre und Jahre lang zu prakticiren, ohne die tuberculös erkrankte Synovialhaut zu exstirpiren? Heilten denn die Fälle nicht aus? Allerdings heilten viele nicht aus und man war dann gezwungen, die Gliedmassen zu amputiren. Aber andere Fälle heilten doch aus. Offenbar war hier die Eiterung das Heilmittel. Die Zukunft wird hier vielleicht eine volle Aufklärung bringen; hat ja schon die Gegenwart auf diesen Punkt ein gewisses Licht geworfen (Verneuil). Wenn aber Eiterung ein Heilmittel der Tuberculose sein kann, welchen Nutzen soll dann die Antiseptik haben? Sie konnte nur den Nutzen haben, dass man die Excision des ganzen Gelenkes, Knochen und Synovialhaut, leichten Herzens unternehmen konnte.

Auch die Blutsparung hat viele Erleichterungen gebracht. Alles spitzte sich also dahin zu, gründlich zu operiren und alles Krankhafte zu entfernen.

Kann man das? Öfters ja, oft gewiss wieder nicht. Die gründlichste Entfernung des kranken Herdes geschieht durch die Amputation. Wem wäre aber nicht der Fall vorgekommen, dass die Tuberculose am Amputationsstumpfe wieder erschien? Ja, wie oft geschieht dies! Es müssen offenbar die Ansiedlungen des Koch'schen Tuberkelbacillus mitunter weit über den Bereich der sichtbaren Veränderungen ausgebreitet sein. Man enucleirt die grosse Zehe sammt ihrem Metatarsus, wenn das Metatarsophalangealgelenk der Hauptplatz der Erkrankung schien, und nach einem Jahre amputirt man den Unterschenkel, weil inzwischen die Erkrankung in der Fusssohle fersenwärts sich fortgesetzt hatte. Wie kann man sich also bei Arthrektomia totalis in der Sicherheit wiegen, alles Krankhafte entfernt zu haben? Antiseptik, Blutsparung und die vollendetere operative Technik machen unsere Eingriffe weit gründlicher, als es je der Fall war, und doch müssen wir es erleben, dass der Feind stärker ist. Wir fühlen uns der Tuberculose gegenüber häufig so ohnmächtig, wie den malignen Neubildungen gegenüber.

Bei weitem merkwürdiger ist aber der nachfolgende Punkt. Wenn es als ein festes Princip gelten muss, alles Krankhafte zu entfernen, so wird man bei Knochentuberculose des Kindesalters häufig auch den Epiphysenknorpel entfernen müssen. Wie verhält es sich dann mit dem Wachsthum der Extremität? Darauf hat König eine aufrichtige Antwort ertheilt, indem er erklärte, die Spätresultate vieler seiner Resectionen im Knie wären functionell und formell so elend gewesen, dass er sich hätte wundern müssen, warum ihm die Operirten nicht eine Katzenmusik dargebracht haben.

Nichtsdestoweniger wurde fort und fort resecirt. — Endlich kam doch die bessere Erkenntnis!

Auf dem deutschen Chirurgencongresse im J. 1892 war der Rückzug offenbar, nachdem in der Literatur schon früher vielfache Manifestationen erfolgt waren, welche denselben erwarten liessen. Angesehene Stimmen liessen sich vernehmen, welche sich von der allgemeinen Praxis lossagten. Man vergleiche nur die Stellung, welche Czerny in der Frage der Coxitis einnahm, mit jener Stellung, welche der optimistische Volkmann vertheidigte. Auf dem erwähnten Congresse machte sich das erstemal die Überzeugung allgemeiner bemerkbar, dass der Verlauf der Knochen- und Gelenkstuberculose im Kindesalter ein anderer zu sein pflegt, als jener bei Erwachsenen, und dass man also vor allem die Fälle nach dem Alter scheiden müsse.

Mit dem heurigen Jahre bin ich 20 Jahre Professor der Chirurgie. Die erste Publication, die ich als junger Professor in Innsbruck veröffentlichte, betraf die Gelenkstuberculose. Schon damals nahm ich gegen die in Deutschland und England übliche allgemeine Resectionspraxis Stellung. Als ich vor 12 Jahren nach Wien versetzt worden war, nahm ich alsbald Anlass, auch hier meine Opposition auf das entschiedenste zu markiren. Tausenden meiner Schüler ist es gewiss heute noch erinnerlich, dass ich kaum ein anderes Thema mit jener Wärme verfocht, wie das Thema der Gelenkstuberculose. Meine engeren Schüler, die Assistenten und die Operateure meiner Klinik, stutzten mitunter über meine Opposition, weil ja die ganze zeitgenössische Literatur mir widersprach. Ich blieb bei meiner Überzeugung und hatte die Genugthuung, dass mancher meiner engeren Schüler, der eine Ferialreise nach Deutschland und England unternommen hatte, mir meldete, draussen habe er die Resectionspraxis in voller Blüte gesehen

und doch habe er hie und da das Eingeständnis gehört, meine Opposition gegen die Resectionen bei Kindern sei eigentlich gerechtfertigt.

Während draussen resecirt wurde, ist der conservativen Behandlung der tuberculösen Gelenke der Kinder ein mächtiger Bundesgenosse erstanden. Kaum hat sich von der Mutter Chirurgie die stattliche Tochter Gynäkologie abgelöst, als schon eine zweite Theilung des Arbeitsgebietes in Sicht war, eine zweite Tochter, die Orthopädie, löste sich ab. Die Orthopädie griff, um das Gebiet ihrer Wirksamkeit zu erweitern, über das Gebiet der Deformitäten hinaus und zog auch die Gelenkstuberculose in den Bereich ihrer Thätigkeit. Da der Orthopäde mit Apparaten gewandter zu hantiren lernt, als der Vertreter der gesammten Chirurgie, so wurden verschiedene Hilfsmittel mechanischer Art zum Theil vervollkommnet, zum Theil ersonnen, um die conservative Behandlung der Gelenkstuberculose bei Kindern zu fördern. Die Kinder sind ja die Hauptclienten der Orthopäden, und so kamen gerade diejenigen Fälle der Gelenkstuberculose, die conservativ auszuheilen pflegen, von selbst in Hände, die mit Findigkeit und Fleiss langwierige und complicirte Aufgaben mechanischer Natur zu lösen pflegen.

Weiterhin trat noch ein Bundesgenosse auf. Das Hospizwesen entwickelt sich mehr. In Österreich sind die Seehospize von Grado, von S. Pelaggio bei Rovigno, von Triest und — jetzt auch das Alpenhospiz von Ischl gegründet worden. Die conservative Behandlung wird hier mächtig unterstützt.

Da hatten wir Gelegenheit, Fälle zu sehen, die anderwärts unfehlbar umfänglichen Resectionen unterzogen worden wären, die bei uns aber schön ausheilten. Erfahrungen dieser Art waren ja eigentlich nicht neu. Einer der erfahrensten Chirurgen auf diesem Gebiete, der Herr

kais. Rath Dr. Rabl in Hall, berichtete in der k. k. Gesellschaft der Ärzte ziffernmässig über seine langjährige Wirksamkeit in dem berühmten Jodbade und schloss sich unseren Anschauungen gänzlich an.

Nur denjenigen, die in der Resectionspraxis erzogen worden sind, könnten die Resultate der conservativen Behandlung neu sein. Uns waren sie immer eine alte, wohlbewährte Thatsache.

Die conservative Behandlung wird noch weitere Mittel finden. Schon sind die parenchymatösen Injectionen gewisser Medicamente und die Ignipunctur in ihrem Dienste. Dass die letztere Methode, von Julliard warm anempfohlen, so wenig Nachahmung gefunden, bedaure ich; sie wird schon ihre Freunde finden, bis man sich entschlossen hat, dieselbe zu erproben.

Ich bin durchaus kein Feind der Resectionen aus irgendeinem doctrinären Grundsatz. Ich halte bei Erwachsenen die Resection, d. h. Arthrektomia totalis, in bestimmten Fällen für die einzig richtige Operation; ich habe auch isolirte Kapselexstirpationen ausgeführt. Ich habe von manchen dieser Operationen schöne Erfolge erlebt. Aber ich habe im ganzen und grossen bei Erwachsenen der Amputation den Vorzug gegeben, weil ich nicht anders konnte.

Die nachfolgende Darstellung wird zeigen, dass ich mich von dem typischen, von dem schablonenhaften Verfahren so sehr als möglich zu schützen suchte.

Einer meiner bravsten Schüler, Herr Dr. Preindlsberger, der jetzt die beneidenswerte Aufgabe übernimmt, als Primarchirurg des neuen staatlichen Krankenhauses in Sarajevo der Wiener Chirurgie eine neue Pflegestätte zu begründen in einem Gebiete, wo Neues so reichlich entsteht — hat die Bearbeitung des ganzen Materiales übernommen und gibt den Collegen das Bild unserer

Praxis. Die geradezu üppig gewordene Literatur der Resectionspraxis gibt einseitige Bilder; die nun langsam entstehende Literatur der conservativen Praxis ebenso. Hier ist das Bild einer Praxis, die immer das Ziel verfolgt hat, unter verschiedenen Methoden eine vermöge der Charakteristik des Falles als zweckmässig erscheinende zu wählen.

WIEN, im November 1893.

Professor E. Albert.

Die Frage über die Behandlung der Gelenkstuberculose beschäftigt seit jeher die Chirurgie; zur Zeit, als die pathologische Anatomie dieser Erkrankung und die klinische Beobachtung derselben noch eine höchst schematische war, beschränkte sich auch die Behandlung nur auf eine radicale, die ihr Heil nur in der Absetzung des erkrankten Gliedes zu finden wusste oder die Erkrankung ungestört verlaufen liess.

Als in den grossen Kriegen dieses Jahrhunderts die Resection der Gelenke sich allmählich in die chirurgische Praxis einbürgerte, begannen die Versuche, diese Methode, deren Anfänge bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurückreichen, auch auf die an Tuberculose erkrankten Gelenke auszudehnen. Die Entwickelung der Resectionsmethode und deren Anwendung für die an Tuberculose erkrankten Gelenke fällt mit den Fortschritten der pathologischen Anatomie und Histologie und der für die Ätiologie entscheidenden Bacteriologie zusammen.

Wenn wir auch heute über die Pathologie und Ätiologie der Gelenkstuberculose ein klares und bis auf die Beantwortung bezüglich der in ihrem Lebensprocesse noch wenig bekannten Bacillen nahezu vollständiges Bild besitzen, so sind wir trotzdem im grossen und ganzen in der Therapie nicht weiter gekommen, als dass wir jetzt bestimmte Grundsätze für dieselbe aufstellen können, ohne dass diese Grundsätze nicht noch manchen Veränderungen unterworfen wären.

Der Name der Tuberculose war bis zum Beginne dieses Jahrhunderts nur von der Form der Knötchenbildung genommen, wurde aber auch bei anderen Erkrankungen angewendet. So sprach Cruveilhier) von einer Forme tuberculeuse bei der Degeneration tuberculeuse, aber auch bei der Degeneration cancereuse.

Als eigentlicher Begründer von der Lehre der Tuberculose ist Bayle zu betrachten (1774—1816). Er ist der Schöpfer des Begriffes der von ihm als Diathese tuberculeuse, Degeneration tuberculeuse,

Affection tuberculeuse genannten Allgemeinerkrankung. Er hat bereits die Entwickelung des Krankheitsprocesses genau studirt, die Erkrankung in vielen Organen beschrieben, wo sie früher unbekannt war. Er sprach schon die Ansicht aus, dass der scrophulöse Process wahrscheinlich ein tuberculöser sei.

Nach seiner Darstellung verliert der Tuberkel seine Bedeutung als Knoten vollständig, und es tritt an seine Stelle die tuberculöse Materie, die er als das pathognomonische Zeichen der tuberculösen Degeneration betrachtet. Er sondert zwar die Form des Auftretens der Erkrankung in circumscripten Knoten unter der Benennung Tubercules enkystès ab, von den blossen Ablagerungen tuberculöser Materie, aber er nimmt einen wesentlichen Unterschied für beide nicht an, ja er spricht deutlich aus, dass auch der Miliartuberkel als Ablagerung betrachtet werden kann.

Laennec beschreibt die Entwickelung des Tuberkels aus dem Miliartuberkel, bespricht deren Confluenz, „Infiltration“, deren Degeneration. Weder die isolirten Tuberkeln noch die tuberculöse Infiltration fasst er als Entzündungsproducte auf, sondern als zufällig entwickelte Erzeugnisse, welche Bezeichnung sich mit dem Begriffe „Neubildung“ deckt. Scrophulose und Tuberculose fasst er bereits als einen identischen Krankheitsbegriff auf.

Broussais (1821) tritt gegen die Anschauung Laennec's auf und betrachtet, im Gegensatz zu der Auffassung desselben, dass die Tuberkeln als Neubildung anzusehen seien, dieselben als durch Reizung und Entzündung entstanden. Er hält es für überflüssig, die Trennung des isolirt auftretenden Tuberkels von der Infiltration durchzuführen und betrachtet als Hauptsache die pathognomonische „käseartige“ Beschaffenheit der Entzündungsproducte.

Gendrin, Lobstein, Lombard entwickelten Anschauungen über die Tuberculose, die im wesentlichen der Bayle's entsprachen. Bichat, Beclard, von denen der erstere die Lehren Laennec's in seine „Anatomie generale“ aufgenommen hatte, schlossen sich eng an Laennec an. Andral trat am schärfsten gegen die Anschauung Laennec's, von dem Begriffe des Tuberkels als „Neubildung“, auf und bezeichnete diesen als „Secretionsproduct“, das, anfangs flüssig, an Consistenz zunimmt, fest wird und dann den Tuberkel darstellt. Er kennt bereits die Veränderungen des tuberculösen Eiters, das Käsigwerden desselben; er leugnet aber den von Laennec genau beschriebenen Entwicklungsgang der anfangs grauen, halb durchsichtigen, harten, später gelb und opac werdenden Miliartuberkeln.

Wenn wir Richard Wiseman, der als erster unter dem Namen „white swelling“ eine Anzahl von chronischen Gelenksleiden in dem Capitel: The kings evil, der alten englischen Bezeichnung für Scrophulose, zusammenfasste, erwähnen, an den sich Brown Cheston und Benjamin Bell anschlossen, die eine Lehre entwickelten, in deren Grundsätzen auch die Schilderungen Percival Pott's (1779), August Gottlieb Richter's (1771—1797), Beyer's (1814) und S. Cooper's Wurzel fassten, und als Vertreter der Anschauungen im Beginne dieses Jahrhunderts noch Benjamin Brodie und J. N. Rust nennen, so kommen wir zur Zeit, wo die Ansichten über die Tuberculose der Knochen und Gelenke unter dem Einflusse Laennec's entstanden.

Delpech führte das „Malum poti“ auf Tuberculose zurück. Er und später Nichet (1835) unterscheiden zwei Formen: Bei der einen tritt die Erkrankung im Wirbelkörper, bei der anderen in den Anhängen und Zwischenwirbelscheiben auf. Bayle beschrieb Tuberculose im Schädelknochen, Laennec dort und in den Rippen, Kerst, Lugol, Lobstein am Brustbein, Andral am Kreuz- und Schambein, Brodie und Mouret am Tarsus und Metatarsus. Bonnet (1845) hatte als ätiologisches Moment für verschiedene Arten des Tumor albus Scrophulose und Tuberculose angeführt, der anatomische Nachweis dafür war aber erst Rokitansky vorbehalten.

In Deutschland wird zu dieser Zeit von Knochentuberculose nicht gesprochen, oder diese, wie von Jäger, geleugnet.

Nélaton (1837) hat die Localisation genauer beschrieben und sie auch schon in eine Häufigkeitsscala gebracht. Er trennt bereits die Forme enkystèe von der Forme infiltrèe. Malespine (1841) widersprach der Anschauung Nélaton's und forderte für die Knochentuberculose den Namen „eitrige Ostitis“ zurück.

In Deutschland hat 1842 zuerst Meinel Knochentuberkeln beschrieben. Er unterschied bereits graue und gelbe Tuberkeln, eine diffuse Infiltration oder herdweises Auftreten mit Höhlenbildung. Laennec hatte die diffuse Infiltration als eine Unterart der Tuberculose beschrieben, und Bayle schon alle Processe, welche Käse bilden, Tuberculose genannt. Nun wurden von Rokitansky, Cruveilhier, Engel die käsigen Massen als Entzündungsproducte aufgefasst und zu ihrer Ausbildung eine Dyskrasie des Blutes (Fibrinose Rokitansky) oder bloss locale Einflüsse als veranlassendes Moment gedacht. Rokitansky hatte bereits im Jahre 1844 die Tuberculose und Scrophulose als identische Krankheitsbegriffe beschrieben und die Localisation derselben in den Gelenken ausdrücklich hervorgehoben. „Wir halten

beide, das ist Tuberkel und Scrophel, für ein und dasselbe Gebilde, Tuberculose und Scrophulose für eine und dieselbe Krankheit."

Reinhart (1850) nannte den Process der Verkäsung eitriger Exsudate als solchen Tuberculose. Virchow trennte die Tuberculose von der Scrophulose, weil eine Menge von Fällen existiren, wo ohne primäre scrophulöse Erkrankungen der tuberculöse Process doch auftritt. Bardeleben (1851) meint, dass der Process der Tuberkelbildung von chronischen Entzündungen nicht wesentlich verschieden sei, speciell bei Lymphdrüsen und Knochen. Stromeyer äussert sich im Jahre 1867 in folgender eigenthümlicher Weise über tuberculöse Orchitis:

. . . . . „Man nennt die käsigen Massen wohl Hodentuberkeln, aber der Name „scrophulöser Eiter" ist vielleicht richtiger, da diese Massen nicht aus dem Zerfalle von cruden Tuberkeln hervorgegangen sind; es gibt nämlich auch wirklich Tuberkeln im Hoden, ich habe sie aber nur einmal gesehen."

Es kommt jetzt die Zeit, in der die Arbeiten über Gelenkstuberculose von Volkmann und Hüter die Kenntnisse über die Pathologie der Gelenks- und Knochentuberculose erweiterten. Hüter (Klinik der Gelenkskrankheiten, 1876—77), der anfangs den tuberculösen Charakter der von ihm als Synoviitis hyperplastica granulosa bezeichneten Krankheit geleugnet hatte, gibt denselben 1876 in der zweiten Auflage seines Lehrbuches zu. Er glaubt schon an die bacteriologische Ätiologie und hat bereits auf experimentellem Wege Gelenkstuberculose erzeugt. Volkmann, der 1865 sich über die von Billroth zuerst mit diesem Namen bezeichneten fungösen Gelenksentzündungen ablehnend geäussert hat, hat später den tuberculösen Charakter der fungösen Gelenkserkrankungen erkannt und bringt zahlreiche Beobachtungen von primärer ostaler Erkrankung. Er erwähnt, dass die von Rokitansky (1844) zuerst erkannte Tuberculose der Synovialmembranen später vollständig vergessen wurde, so dass in dem Lehrbuche der pathologischen Anatomie von Förster der Satz ausgesprochen werden konnte, dass „Tuberculose an den Synovialmembranen nicht vorkomme."

An diese Arbeiten reihen sich die ausgedehnten und classischen Schilderungen der Gelenks- und Knochentuberculose in den Arbeiten von König an. Die Ergebnisse seiner Forschungen hat er 1884 in der bekannten Monographie zusammengefasst. Es ist die Zeit der Fünfziger- und Sechziger-Jahre, in der auch die Literatur der Franzosen und Engländer an der Entwicklung der Lehre von der Tuber-

culose der Knochen und Gelenke theilnimmt, doch muss es hier genügen, auf dieselbe bloss hinzuweisen. Überall ist aber noch die Trennung zwischen Tuberculose und Scrophulose festgehalten.

Waldenburg äussert sich in folgender Weise: „Scrophulose und Tuberculose verhalten sich zueinander wie Wirkung zur Ursache.“ Er glaubt nicht, wie Buhl, dass irgend ein Virus der scrophulösen Materie anhafte, sondern er hält die Resorption der corpusculären Elemente des käsigen Eiters, respective des Detritus, für die allein nothwendige und allein ausreichende Bedingung der tuberculotischen Infection.

„Die Scrophulose ist keine specifisch virulente oder contagiöse Krankheit, ihre Materie, ins Blut aufgenommen, wirkt nicht anders als fein vertheilte corpusculäre Elemente aus anderen nicht scrophulösen Herden.“ (pag. 491). — „Scrophulose ist eine Constitutionsanomalie, bei welcher in abnormer Weise zur Verkäsung neigende Lymphdrüsen eine locale Disposition zur Verkäsung besitzen.“ (pag. 174).

Über Gelenkstuberculose äussert er sich folgendermassen:

„Erwähnenswert sind ferner Entzündungen der Gelenke, zumal des Hüftgelenkes, nach denen zum öfteren Tuberculose beobachtet wurde.“ — „Ist eine wirkliche Tuberculose vorhanden, so wird man sie auf die Resorption geschrumpfter Eiterkörperchen aus dem afficirten Gelenke, eventuell auf Resorption käsiger Lymphdrüsenmaterie, wenn diese daneben besteht, beziehen. Ist es dagegen eine einfache Phthisis, so kommt hauptsächlich die Constitutionsanomalie in Betracht, obgleich man die Möglichkeit aufrecht erhalten muss, dass auch sie infolge von Resorption entstanden sein könnte.“ (l. c.) „Caries des Felsenbeines hat man gewöhnlich als Tuberculose betrachtet, ohne dass man sichere Beweisgründe für diese Auffassung beibringen konnte.“ (l. c.)

Das Auftreten der Tuberculose als Secundärkrankheit nach eitrigen Entzündungen erklärt er mit seiner Theorie der Resorption. Es war den Ergebnissen der Untersuchungen über den histologischen Charakter, den Resultaten der bacteriologischen Forschung, den Erfolgen der auf dieser fussenden experimentellen Versuchen vorbehalten, Klarheit in alle diese, zwar exact angestellten, aber unrichtig ausgelegten, klinischen und anatomischen Beobachtungen zu bringen.

Im Jahre 1841 hatte zuerst Kluge anatomisch-mikroskopische Untersuchungen angestellt, hauptsächlich aber Lebert (1844), dessen Angaben bereits von Rokitansky berücksichtigt wurden. Langhaus wies zuerst die Riesenzellen, Schüppel die epitheloiden Zellen, E. Wagner (1871) das Reticulum, in dem lymphoide Zellen eingelagert sind, als charakteristisch für das histologische Structurbild des Tuberkels nach. Köster stellte als erster die Diagnose der

tuberculösen Gelenkserkrankung mit Hilfe des histologischen Kriteriums fest. Schüppel erkannte die verkästen und selbst rein hyperplastischen Lymphdrüsen als tuberculös, Friedländer scrophulöse Hautgeschwüre und Lupus (Rokitansky hatte schon von Hauttuberculose gesprochen). Es häufen sich die Mittheilungen, in denen chirurgische Erkrankungen nach histologischer Untersuchung als tuberculös festgestellt sind. (Literatur hierüber bei Mögling.[1])

Die folgende Zeitperiode befasste sich mit der Erklärung der Natur und Bildungsweise der Riesenzellen. Einige hielten sie für Lymph- und Blutgefäss-Durchschnitte, andere fassten sie als regressive Bildungen von zusammengeschmolzenen Zellen, als active Vereinigung mehrerer Zellen, als rapide Wachsthumserscheinung einer einzelnen Zelle, als veranlasst durch Assimilation des eine sehr lebensfähige Zelle umgebenden Protoplasmas auf. Eine Einigung darüber, welche Zellen für die Genese der Riesenzelle in Betracht kommen, wurde nicht erzielt, und dieselbe den extravasirten weissen Blutkörperchen, den fixen oder neugebildeten Gewebszellen, den Endothelien der Blut- und Lymphgefässe zugesprochen.

Villemin hat mit Bestimmtheit und gestützt auf zahlreiche Experimente die Übertragbarkeit der Tuberculose und ihren evident infectiösen Charakter ausgesprochen. Chaveau, Lebert, Wyss, Fox, Cohnheim, Klebs, Waldenburg etc. wiederholten seine Versuche und kamen zu dem Resultate, dass durch Inhalation, Injection, Implantation beliebiger organischer oder anorganischer Stoffe mit den Tuberkelknötchen identische Krankheitsbilder erzeugt werden können.

Somit war die specifische Charakteristik des Tuberkels wieder in Frage gestellt. Gegen diese Auffassung konnte die Einwendung erhoben werden, dass die Versuche mit unreinem Materiale ausgeführt worden wären und dass die Thiere so lange am Leben geblieben waren, dass ganz gut eine anderweitige Infection eingetreten sein konnte. Cohnheim gab dies später zu und kam bei neuen exact ausgeführten Versuchen mit nicht tuberculösem Materiale zu negativem Impfresultat.

Auch die histologische Charakteristik dieser Tuberkelknötchen entsprach nicht vollständig der bei Tuberculose; selbst bei Waldenburg, der genau auf die Charakteristik derselben eingeht, entspricht dieselbe nicht ganz, und auch er hat Fehlerquellen bei seinen Ver-

[1]) Siehe Literaturverzeichnis.

suchen nicht vermieden. Baumgarten hat bei exact ausgeführten Versuchen nie mit anderem Materiale als den Producten der Perlsucht, Phthise und scrophulöser Drüsen Tuberculose durch Impfung erzeugt. Ziegler hatte Riesenzellen durch Herstellung eines capillaren Raumes zwischen zwei übereinander gelegten und in die Bauchhöhle oder unter die Haut von Versuchsthieren eingeführten Glasplättchen zur Entwicklung gebracht.

Diese einwandsfreien Versuche brachten einen wichtigen Beitrag zur Genese der Riesenzelle und machten dieselbe als Charakteristicum für die Tuberculose unhaltbar.

Am 24. März 1882 brachte in der physiologischen Gesellschaft zu Berlin Robert Koch seine epochale Mittheilung über den Bacillus der Tuberculose vor.

Schuchard und Krause wiesen in 10 Fällen von synovialer Tuberculose, 3 Fällen von ostaler Tuberculose, 14 Abscessen, 3 Lymphomen, 4 Fällen von Hauttuberculose, je einem Falle von Sehnenscheiden-, Zungen- und Hodentuberculose und 2 Fällen von Tuberculose des weiblichen Genitales den Tuberkelbacillus nach; Palmer und Fränzel im Eiter einer tuberculösen Kniegelenksentzündung.

Dass der Nachweis im Eiter oft recht schwierig ist, zeigten die Versuche Schleghtendal's, der auf 74% negative 26% positive Resultate bei Durchsuchung von circa 520 Präparaten erhielt, und zwar positive dort, wo die Krankheitserscheinungen keine Tuberculose vermuthen liess, und negative in Fällen, wo kein Zweifel an der tuberculösen Natur der Erkrankung vorhanden war. Auch der Nachweis von Bacillen in Schnittpräparaten gelingt nicht immer. Ähnliche Untersuchungen mit annähernd gleichem Resultate hat Mögling angestellt. Kühne stellt sich die Wirkung der Bacillen so vor: Einwanderung der Bacillen bedingt die Zerstörung gewisser Zellen (der weissen Blutkörperchen), der Rest ihrer Zellleiber würde anderen zur Nahrung dienen, und auf diese Art die Riesenzelle oder die vergrösserte epitheloide Zelle entstehen. Dabei kommen die Bacillen zum Theile in das neue Zellterritorium hinein. Mit der Fructification (?) und dem Sterben der Bacillen hört dann die Zerstörung der Zellen auf, es schwindet damit das Nährmateriale für andere und es beginnt in letzteren die Nekrobiose, die Verkäsung.

Wir müssen uns daher häufig mit dem Ergebnisse der histologischen Untersuchung begnügen, wenn der Bacillennachweis nicht gelingt; es ist der histologische Befund in den meisten Fällen auch

charakterisirend genug, um aus der Combination der verschiedenen diagnostischen Merkmale die Unterscheidung von Luës und anderen chronischen Entzündungsprocessen, die mit Knötchenbildung einhergehen, zu ermöglichen.

Für die wissenschaftliche Feststellung der Tuberculose bleibt selbstredend das Kriterium sowohl im histologischen Befunde als im Nachweise der Bacillen und im Ergebnisse der Thierimpfung. Die Resultate dieser letzteren sind vor allem neben den bereits erwähnten von Villemin, Cohnheim, Baumgarten, Hüter etc. in den Arbeiten Schüller's niedergelegt. Dieser hat Kaninchen durch Einbringen tuberculöser Stoffe in die Lunge oder in die Blutbahn inficirt und am Kniegelenk der Versuchsthiere durch Contusionen oder Distorsionen charakteristische Gelenksentzündung hervorgerufen. W. Müller hat durch Injection tuberculöser Massen in die Arter. nutr. tibiæ bei Kaninchen tuberculöse Herde in den Epiphysentheilen der Tibia erhalten, deren mikroskopische Untersuchung ergab, dass in dem zuführenden Arterienaste ein Tuberkelbacillen in reicher Anzahl enthaltender Embolus sich gebildet hatte.

Courmont und L. Dor haben mit abgeschwächten Koch'schen Reinculturen ähnliche experimentelle Untersuchungen angestellt. Sie konnten bei Kaninchen subcutan keine Infection mehr hervorrufen, aber noch intraperitoneal. Nach 6 Monaten bildete sich bei den Kaninchen typische Gelenkstuberculose. Sie sehen darin den experimentellen Nachweis der Ansicht von Arloing und Tripier erbracht, dass die primäre locale Tuberculose ihre Entstehung einem abgeschwächten Virus verdanke, das, selbst in die Blutbahn eingebracht, erst nach mehreren Monaten Krankheitserscheinungen mache. Weitere Thierversuche sind in ähnlicher Weise von Krause in grosser Zahl mit positivem Resultate angestellt worden.

Die Frage über die Erblichkeit der Tuberculose wurde bis in die jüngste Zeit noch in der Weise beantwortet, dass man allgemein annahm, es werde nur die Disposition hiezu vererbt, auf deren Boden sich als auf einem für die Infection leichter empfänglichen Organismus die Tuberculose entwickle. Diese Anschauung fand ihre Stütze in den zahlreichen statistischen Beobachtungen, welche aus den für die hereditäre Belastung positiven anamnestischen Angaben gewonnen wurden.

In einer der neuesten Monographien über diesen Gegenstand spricht sich Krause noch in diesem Sinne aus und theilt nur (pag. 103) eine zweifellose Beobachtung congenitaler Tuberculose beim Thiere mit; es ist dies der von Johne beschriebene Fall: In den Organen eines 8 Monate alten Kalbsfötus, dessen Mutter 4 Wochen vor dem Ende der Tragzeit geschlachtet worden war und an ausgesprochener Lungentuberculose gelitten hatte, wurde die gleiche Erkrankung constatirt; die mikroskopische Untersuchung wies die charakteristischen Merkmale der Tuberculose, namentlich auch zahlreiche Tuberkelbacillen nach.

Krause betont aber ausdrücklich, dass nach den derzeitigen Beobachtungen eine congenitale Tuberculose beim Menschen nicht festgestellt sei.

„In diesem Falle hat es sich offenbar um eine Infection des Fötus auf dem Wege der Blutbahn gehandelt. Die Bacillen gelangten in ihn mit dem Nabelvenenblut von der Placenta aus, wohin sie durch das mütterliche Blut gebracht worden waren. Da die Tuberkelbacillen keine Eigenbewegung besitzen, so muss man annehmen, dass sie in den Gefässen der mütterlichen Placenta von Leukocyten aufgenommen und durch die Gefässwände hindurch in den fötalen Blutstrom geschleppt wurden. Für diese Art der Infection spricht die auffallende Anhäufung der Tuberkeln in der Leber, während die Lunge nur ganz vereinzelte Herde zeigte, die übrigen Organe dagegen frei waren."

Aviraguet hat bei der Autopsie einer im 7. Monate schwangeren Frau, die an Tuberculose zugrunde gegangen war, den Fötus ohne sichtbare Erkrankung irgend eines Organes gefunden; in der Placenta fanden sich einige gelbe Knötchen ohne charakteristische Beschaffenheit, keine Tuberkelbacillen enthaltend. Von der Placenta und Organtheilen des Fötus übertrug Aviraguet Stücke auf Meerschweinchen, welche sämmtlich an Tuberculose, hervorgerufen durch Koch'sche Bacillen, zugrunde giengen. Mit diesen Versuchen hat Aviraguet in Übereinstimmung mit den Versuchen von Birch-Hirschfeld (dieser hat in einer fötalen Leber Tuberkelbacillen nachgewiesen), Schmorl, Landouz, Martin nachgewiesen, dass Organe von Föten tuberculöser Mütter, auf Thiere übertragen, Tuberculose hervorrufen können; dass also diese Organe Tuberkelbacillen enthalten haben müssen, welche noch nicht Zeit hatten, sichtbare Veränderungen in den fötalen Geweben hervorzurufen und deshalb auch bei der mikroskopischen Untersuchung auch nicht gefunden wurden.

Aviraguet hebt hervor, dass die Zahl der positiven Fälle, wo die Untersuchung der Föten entweder durch den mikroskopischen Befund oder durch das Resultat der Impfung das Vorhandensein

congenitaler Tuberculose beweist, eine sehr geringe sei im Vergleiche zu den Fällen mit negativem Befunde, und meint, dass wir für die Mehrzahl der Fälle nicht über die hereditäre Disposition hinauskommen. Immerhin sind aber die Ergebnisse dieser Untersuchungen so bemerkenswert, dass wir den Beweis für die directe Übertragbarkeit der Tuberculose von der Mutter auf den Fötus als erbracht ansehen können.

Dollinger kommt auf Grund seiner Nachforschungen zu dem Schlusse, dass nicht die Kinder, sondern die Enkeln Lungenkranker meist an Knochentuberculose erkranken; die Knochen müssen demnach einige Generationen hindurch unter dem Einflusse des tuberculösen Virus stehen, durch dasselbe gewissermassen geschwächt werden, um für die Entwicklung des Koch'schen Bacillus einen günstigen Nährboden zu bilden.

Auf die übrigen Momente für die Frage der Heredität, so insbesondere über die bei nachgewiesener Tuberculose des Vaters hier einzugehen, würde zu weit führen, umsomehr, als diese Frage derzeit doch nur durch eine einwandsfreie Statistik beantwortet werden kann.

Gärtner bringt in seiner Monographie über die Erblichkeit der Tuberculose eine genaue und kritische Besprechung aller bisher bekannten Befunde, die congenitale Tuberculose beweisen; er schliesst daran das Vorkommen der Tuberculose in frühester Kindheit; durch diese Fälle hält er intrauterine oder germinative Tuberculose für möglich. Er theilt die auf einer genauen Statistik begründete Anschauung Zwickh's mit, der die Tuberculose der ersten Lebensjahre in der Hauptsache als hereditäre auffasst. Gärtner meint, dass der Übertritt aus dem mütterlichen Blute in die fötale Placenta erst in der letzten Zeit der Schwangerschaft stattfinde und es insbesondere der Geburtsact sei, bei dem infolge der veränderten Druckverhältnisse im Placentarkreislauf hiefür günstige Verhältnisse geschaffen werden.

Die seltenen Befunde bei Neugeborenen erklärt er aus der späten fötalen Infection, da einige Zeit des extrauterinen Lebens nothwendig ist, ehe die Erscheinungen der Krankheit auftreten.

Gärtner hat auch zahlreiche Thierversuche angestellt.

Bei den untersuchten Thierclassen: Mäusen, Kanarienvögeln und Kaninchen gehen bei der gewählten Versuchsanordnung häufig Tuberkelbacillen von der Mutter auf die Frucht über.

Auch beim Menschen geht der Tuberkelbacillus oft von der Mutter auf die Frucht über. Die Tuberculose wird beim Menschen

durch den Act der Zeugung von Seiten des Vaters nicht auf die Frucht übertragen.

Die Eingangspforten für die erworbene Tuberculose sind auch in den letzten Jahren genauer bekannt geworden. Durch die Untersuchungen von Bollinger, Baumgarten und Cornet wissen wir, dass die normale Schleimhaut für Bacillen durchgängig ist, dass es von der oberflächlich an Ekzem erkrankten Haut zur Aufnahme des tuberculösen Virus kommen kann, dass eine grosse Zahl von Beobachtungen existirt, welche die directe Infection von Wunden der Haut, der Schleimhaut, der Knochen und Gelenke beweisen.

So hat Volkmann bei Lymphomen am Halse in der Umgebung derselben in der Ekzemflüssigkeit Tuberkelbacillen nachgewiesen.

König stellt 42 Fälle zusammen, die als directe Infection der Wunden aufgefasst werden können.

Ich gehe auf die Darstellung der Bacterienproteïne aus den Tuberkelbacillen anderer Forscher nicht ein, sondern erwähne nur Koch's Heilmittel gegen Tuberculose.

Mit einem in der Geschichte der Medicin beispiellosen Enthusiasmus wurde seine Mittheilung in der Deutschen medic. Wochenschrift vom 13. November 1890 aufgenommen.

Es schien eine vollständige Umwälzung angebahnt, sowohl in Bezug auf die Pathologie, die Diagnose und vor allem in Bezug auf die Behandlung der Tuberculose.

Es ist ja in jedermann noch die Erinnerung an jene Tage wach, in der mit fieberhafter Ungeduld jede Zeile aus der deutschen Metropole erwartet wurde von allen, die nicht an Ort und Stelle die Beweise für die mit so grosser Wahrscheinlichkeit gehofften Heilungsresultate mit ansehen konnten.

Nachdem sich die Wogen der ersten Begeisterung gelegt hatten, begann die kritische Prüfung der neuen Lehre — und sie hat derselben nicht standgehalten. So bedeutend von rein wissenschaftlichem Standpunkte die neue epochale Entdeckung Koch's für die experimentelle Pathologie bleiben wird, so wenig hat sie in den beiden wesentlichsten Punkten als Hilfsmittel zur Feststellung der Diagnose in zweifelhaften Fällen und als „Heilmittel" die kühnen Hoffnungen, mit der sie anfangs fast die ganze medicinische Welt erfüllt hatte, gerechtfertigt.

Es würde zu weit führen, hier die ganze umfangreiche Literatur über die Tuberculinfrage zu berücksichtigen.

Wir finden auch hier, wie bei jeder neuen Doctrin, die einander widersprechendsten Urtheile; Berichte über Heilerfolge, denen auf der

anderen Seite anfangs vereinzelt, dann immer mehr und mehr Skeptiker gegenübertreten.

Wir wissen jetzt, dass nach der Injection von Tuberculin eine Reaction nicht nur bei Tuberculose, sondern auch bei Erysipel (Drasche), bei Aktinomykosis (Billroth, Eiselsberg, Drasche), bei Typhus, bei Lepra (Truhac, Babesch) eintreten kann; es wurde ferner constatirt, dass bei 15% Tuberculösen die Reaction ausblieb.

Die Heilerfolge sind wohl vor allem durch die Gefahr der Generalisation der Tuberculose nach Tuberculin-Injection in bedenklicher Weise beeinflusst, und so wie die Frage heute steht, kann man nur sagen: Das Tuberculin ist ein Bacterienproteïn, welches mit anderen Bacterienproteïnen die Eigenschaft theilt, die Entstehung von Entzündungen zu begünstigen und schon vorhandene zu steigern.

Auch die immunisirende Wirkung der Tuberculinbehandlung ist durch Thierversuche in negativem Sinne entschieden. Die Ergebnisse der experimentellen und klinischen Untersuchungen über diesen Gegenstand sind in der Arbeit von A. Klein enthalten, der selbst nach zahlreichen Versuchen zu folgender Ansicht über die Tuberculinwirkung gelangte:

A. Klein kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

1. Aus den entzündlich veränderten Organen von Tuberculösen, welche nach der Behandlung mit Tuberculin-Injectionen verstorben sind, lässt sich in enormer Menge ein entzündungserregender Kettencoccus, der die Merkmale des Streptococcus pyogenes, zum Theil auch des Diplococcus pneumoniæ aufweist, zuweilen auch der Staphylococcus aureus nachweisen.

2. Es ist möglich, beim nichttuberculösen Kaninchen durch Tuberculin-Injectionen in kleinsten Dosen eine Steigerung bestehender, respective ein Wiederaufflackern nahezu abgelaufener Entzündungsprocesse zu erzeugen.

3. Bei sehr geringer Virulenz des Entzündungserregers oder nach vollständigem Ablauf des Entzündungsprocesses lässt sich eine solche Wirkung durch kleinste Dosen Tuberculin nicht mehr erzielen.

4. Bei Züchtung von Streptococcus pyogenes auf mit Tuberculin in geringem Percentualverhältnis versetzten Nährböden lässt sich ein augenfälliger Unterschied gegenüber den Wachsthumsverhältnissen auf den gewöhnlichen Nährböden nicht constatiren.

5. Durch Züchtung des Streptococcus pyogenes auf „tuberculinisirten" Nährböden scheint die Virulenz desselben bereits nach sechs bis zehn Generationen zuzunehmen.

6. Die Wirkung des Tuberculin ist keine specifische, lediglich auf tuberculöse Localisationen gerichtete, sondern besteht in einer Provocation oder Steigerung der entzündungs-, respective eiterungserregenden Potenz der Eitercoccen (resp. des Diplococcus pneumoniæ) sowohl bei Tuberculösen, als auch bei Nichttuberculösen.

7. Die auf Grund dieser Anschauung aufgebaute Theorie der Tuberculinwirkung findet ihre Bestätigung durch die in der Literatur niedergelegten klinischen, pathologisch-anatomischen, histologischen und experimentellen Beobachtungen an tuberculösen und nichttuberculösen Individuen (Menschen und Thieren).

8. Die unter der Wirkung des Tuberculin auftretende locale Reaction (Entzündung) ist die Ursache der Allgemein-Reaction (Fieber).

9. Anderweitige Bacterien-Proteïne zeigen mehrfach analoge Wirkung wie das Tuberculin. Auch das Malleïn dürfte keine specifische, sondern eine dem Tuberculin analoge Wirkung auch auf nicht specifisch erkrankte, aber mit Entzündungen oder Eiterungen behaftete Individuen ausüben.

An der Klinik Hofrath Albert's wurden keine Tuberculin-Injectionen vorgenommen.

Bei der Behandlung der Gelenkstuberculose kommen vor allem die Massnahmen in Betracht, die zur Hebung und Kräftigung des Gesammtorganismus angewendet werden.

Neben der anerkannten Wirkung der diätetischen und klimatischen Behandlung fehlt es nicht an Versuchen, durch interne Medication den Process der Gelenkstuberculose zu beeinflussen. König äusserte sich folgendermassen:

„Die Zukunft der Therapie der Gelenkskrankheiten beruht darauf, dass wir durch medicamentöse Einwirkung auf die Gewebe, sei es in directer Weise, sei es auf dem Wege der Incorporation in den Magen vom Blute aus, die Anwendung der operativen Mittel auf das oben bezeichnete Mass beschränken."

Dieses Citat stammt aus einer Zeit, in der König den infectiösen Charakter der Tuberculose noch nicht für erwiesen hielt; später hielt er für das Ideal der Allgemeinbehandlung das Ertödten des inficirenden Agens, der Bacillen und der Sporen innerhalb des Körpers durch specifische Mittel, ohne den Organismus zu schädigen.

Bei der Medication von Jod und dem von Buchner empfohlenen Arsen konnten wir ebensowenig wie Krause (l. c.), Billroth u. a. einen Erfolg sehen.

Die Eisenpräparate wirken indirect durch Besserung der Anämie, Kreosot intern durch Hebung des Appetites, ebenso wie Leberthran und Olivenöl, die als Vehiculum für Kreosot benützt werden können, als Nährmittel.

Moleschott gab Jodoform intern.

Reboul empfiehlt Naphthol camphrè zur internen Behandlung.

Gosselin behauptet, dass man bei Thieren das Ausbrechen der Tuberculose verhindern kann, wenn man ihnen täglich Jodoform

eingibt; wenn man aber mit dem Mittel aussetzt, bricht die Tuberculose doch aus.

Verneuil macht darauf aufmerksam, dass nach Operationen mitunter Generalisation der Tuberculose eintritt; unter 17 Fällen, die er mittheilt, scheint dies bei 5 wahrscheinlich.

Zur Präventive gegen die Generalisation lässt Verneuil seine Patienten so lange Jodoform vor der Operation einnehmen, bis der Urin Jodreaction zeigt; dann ist der Patient zur Operation reif.

Wymann empfiehlt allgemeine Behandlung; Malzextract sei in vielen Fällen günstig, weil die künstliche Diastase bei Tuberculose, besonders bei Kindern, bei denen die Umsetzung von Stärke in Zucker dauernd darniederliegt, oft angezeigt ist.

Es bleibt der individuellen Anschauung überlassen, wie die Erfolge dieser und zahlreicher anderer durch positive Heilerfolge gestützter Methoden zu beurtheilen sind. Wir halten an dem Grundsatze fest, dass wir durch eine roborirende Diät und symptomatische Behandlung den Organismus kräftigen wollen, ohne der Hoffnung Raum zu geben, durch irgend ein specifisches Medicament die locale Erkrankung irgendwie beeinflussen zu können.

Schüller hat eine ganz ausgebildete Methode für die Behandlung der chirurgischen Tuberculose mitgetheilt. Dieselbe stützt sich nach seinen Angaben auf bereits im Jahre 1880 angestellte therapeutische Versuche an tuberculös inficirten Thieren, die er als Grundlage seiner seit dieser Zeit angewandten Behandlung bei Tuberculose betrachtet. Er prüfte die therapeutische Wirkung von Natr. benz., Kreosot, Guajacol, Extr. ligni Guajac.; Natr. benz. gab er auf, weil es (pag. 7 l. c.) ausser bei Kindern keinen merkbaren Erfolg hatte, vermuthlich, weil man es beim Menschen nicht so lange in entsprechenden Dosen einverleiben kann, wie sie beim Thiere wirksam waren.

Die Kreosotbehandlung ist für die Therapie der Lungentuberculose später von Sommerbrodt ausgebildet worden.

Grössere Erwartungen hatte Schüller von den Präparaten des Guajacol, weil er damit bei Thieren, die tuberculös inficirt waren, günstige Ergebnisse erzielt hatte, und da jene Präparate schon in geringer Menge die Bacterienentwicklung zu hemmen vermögen und von allen von Schüller untersuchten Mitteln die Infectionsfähigkeit der Culturflüssigkeiten am vollkommensten aufhoben. Die Form, in der Schüller das Guajacol anwendet, besteht in Inhalationen einer Lösung von 3 : 3000—3450 Aqu. dest.; intern in Pillenform und in Gelatinkapseln (0·025 bei Kindern, 0·05 bei Erwachsenen, in langsam

steigender Dosis 4mal täglich); in der letzten Zeit gab er die Pillenform auf und verordnete ausschliesslich Lösungen oder Mischungen.

Schüller hat die Überzeugung, dass die Guajacolbehandlung einen wesentlichen Antheil an den günstigen Resultaten seiner Behandlung der chirurgischen Tuberculose habe; eine sichere und endgiltige heilende Einwirkung hänge wesentlich von einer durch längere Zeit in kleinen Dosen fortgesetzten Aufnahme des Mittels ab (8 Wochen bis $1^1/_4$ Jahr!); er combinirt die Allgemeinbehandlung mit der chirurgischen und Jodoformbehandlung.

Seine Beobachtungen sind aus der Privatpraxis entnommen; im ganzen 28 Fälle von Gelenkstuberculose. Hievon wurden 12 geheilt, 8 gebessert, 2 starben, von den übrigen 6 fehlt das Endresultat. Es handelte sich zumeist um Kinder oder jugendliche Individuen; aus den Krankengeschichten geht hervor, dass neben den sonst allgemein üblichen diätetischen Massnahmen, der Klimatotherapie, der chirurgischen Behandlung auch Guajacol intern gegeben wurde, ohne dass der heilende Einfluss dieser letzteren Medication in überzeugender Weise zum Ausdrucke kommt; man kann sich bei der Lectüre der Monographie Schüller's des Eindruckes nicht erwehren, dass mitunter das propter hoc! mit dem post hoc! verwechselt ist; insbesondere, wenn wir lesen, dass (pag. 82) das einzige, was die Guajacolbehandlung vom Arzte und Patienten verlangt, die Ausdauer sei.

Ferdinand Winkler empfiehlt subcutane Einspritzungen einer Lösung von Guajacol und Jodoform in vollkommen sterilisirtem Olivenöl und Vaseline; der Cubikcentimeter enthält 0·01 *cg* Jodoform und 0·05 *cg* Guajacol.

Die allgemein anerkannte Bedeutung der diätetischen Behandlung, die in kräftiger, leicht assimilirbarer Nahrung und der Anwendung des wichtigsten Heilfactors, guter, reiner Gebirgsluft oder Seeluft, sowie in hygienischen Wohnungsverhältnissen besteht, hat diese zu einem selbstverständlichen, wenn auch leider nicht immer erreichbaren Postulate gemacht.

Welche Ausdehnung dieses Princip gewonnen hat, lässt ein Blick in die Monographien über diesen Gegenstand erkennen.

Die erste Anregung zur Gründung von Seeheilstätten gieng im Jahre 1750 von dem englischen Arzte Richard Russel aus.

In den Publicationen von Albert, Scheimpflug finden wir die geschichtliche Entwicklung des Seehospizwesens und die Beschreibung aller bis jetzt errichteten Heilstätten für scrophulöse

Kinder an der See, im Gebirge, meist an Orten, wo der gleichzeitige Gebrauch von Soolen oder Jodsalzbädern möglich ist.

Ich werde auf die Wichtigkeit dieser genannten Heilfactoren noch des öfteren zurückkommen und erwähne an dieser Stelle nur die ausgezeichneten Resultate, die Dr. Rabl bei conservativer Behandlung erzielt hat.

Ein bei der Behandlung der Gelenkstuberculose sehr wichtiges Princip ist die Anwendung der Immobilisation des erkrankten Gelenkes und der mässigen Compression desselben durch Bindeneinwicklungen, die an der Peripherie beginnen und centralwärts angelegt werden.

Diese Art der Behandlung gilt ja allgemein als erste Regel für die conservative Behandlung, und in vielen Fällen genügt sie neben der Allgemein- und diätetischen Behandlung, insbesondere im Kindesalter.

Es werden zwar hie und da noch Stimmen laut, die beim Beginne tuberculöser Gelenkserkrankungen für die Massage plaidiren; es sind dies aber nur ganz vereinzelte Empfehlungen, und alle Chirurgen, die über eine reiche Erfahrung verfügen, sprechen sich gegen die Massage aus; es wird wohl mitunter ein erkranktes Gelenk bei zweifelhafter Diagnose massirt, doch gerade die in diesen Fällen herbeigeführte Verschlimmerung führt zur richtigen Diagnose und zur Veränderung der Behandlung.

In der jüngsten Zeit ist vorwiegend für das Initialstadium tuberculöser Erkrankung eine Methode von Bier empfohlen, die wegen ihrer Originalität und der ganz objectiv gehaltenen Mittheilung der bisherigen Erfolge bei dieser Behandlung sehr beachtenswert erscheint.

Der genannte Autor wurde zur Ausbildung seiner Methode durch die anatomisch und klinisch festgestellte Thatsache, dass bei Hyperämie des Lungengewebes sich nur in seltenen Fällen Tuberculose entwickelt, geführt. Er beruft sich dabei nach Berücksichtigung der ganzen Literatur, die sich auf diesen Gegenstand bezieht, vor allem auf die Erfahrungen von Rokitansky und Bamberger.

Rokitansky (pag. 10) suchte das immunisirende Princip in der „Venosität“ und in der „Cyanose“; Bamberger (pag. 9) betont vom klinischen Standpunkte aus das exclusive Verhalten zwischen Klappenfehlern und fortschreitender Lungentuberculose; Ausnahmen von dieser Regel bezeichnet er als so selten, dass sie die Bedeutung dieser klinisch festgestellten Thatsache für die Diagnose nicht beeinflussen.

Die venöse Hyperämie in der Lunge als solche besteht ja eigentlich nicht, da das in den Capillaren gestaute Blut zu arteriellem

daselbst oxydirt wird, und es handelt sich demnach in der That um eine arterielle Hyperämie.

Von diesem Gesichtspunkte aus stellte Bier zuerst Versuche mit arterieller Hyperämie an. Er construirte einfache Holzkästen, die an das erkrankte Gelenk in der Weise befestigt wurden, dass die Luft in dem Kasten durch eine untergestellte Spirituslampe auf 70—100° erwärmt werden konnte.

In 8 Fällen hat Bier diese Versuche mit der Anwendung der arteriellen Hyperämie durch Wärmezuleitung ausgeführt; nur in einem zweifelhaften Falle hat er damit einen Erfolg erzielt, in den übrigen 7 Fällen aber einen Misserfolg.

Ähnliche Versuche hatte vorher Clado angestellt; er gieng aber dabei von der Idee aus, die tuberculösen Gelenke in ähnlicher Weise zu sterilisiren, wie man Blutserum nach der Methode der „discontinuirlichen Sterilisation" von Tyndall sterilisirt.

Bier hat festgestellt, dass die Temperatur im Innern der Gelenke selbst bei längerer Anwendung von hohen Aussentemperaturen höchstens um 0·1° bis 3° erhöht wird; er führte Maximalthermometer durch Fistelgänge in das Innere der Gelenke ein und fand dabei, dass das Eindringen der Hitze in die Tiefe nur in dem erwähnten geringen Maße stattfindet. Er nahm nun an, dass weder die active noch die passive Hyperämie, sondern dass die Stauung das Wesentliche der Heilwirkung darstellt.

Er versuchte nun eine Methode, die bei Pseudarthrose bereits von v. Dumreicher angegeben und im Jahre 1875 von Nicoladoni veröffentlicht wurde; bei dieser Methode wird die Hyperämie durch Einwicklung mit Compressen erreicht und ist nur etwas umständlich. Helferich (Bier, pag. 19) empfahl auf dem XVI. chirurg. Congresse, die Hyperämie nach Art einer unvollkommenen Esmarch'schen Blutleere herzustellen. Dieses für Pseudarthrose angegebene Verfahren verwendete Bier für die Behandlung der Gelenkstuberculose und beschreibt es (pag. 14) in folgender Weise:

Das kranke Glied wird bis etwas unterhalb des tuberculösen Gliedabschnittes sehr sorgfältig eingewickelt; etwas oberhalb der kranken Stelle wird ein Gummischlauch so fest angelegt, dass peripher von ihm eine starke venöse Stauung entsteht. Weil der Schlauch leicht Druck hervorruft, wird er mit einem Streifen Watte oder einigen Bindenzügen unterfüttert; ferner wird aus demselben Grunde die Schnürstelle mindestens zweimal täglich gewechselt. Es ist besser, die Enden des Schlauches mit einer Schieberpincette zu befestigen,

als einen Knoten zu knüpfen, weil dieser leicht drückt; aus diesem letzteren Grunde empfiehlt sich die Anwendung einer Gummibinde an Stelle des Schlauches.

Bier hat 38 Fälle von Gelenkstuberculose nach dieser Methode behandelt, und zum Theil mit kleineren operativen Eingriffen combinirt und fast in allen Fällen Heilung oder bemerkenswerte Besserung erzielt. Er gibt aber selbst zu, dass die Resultate mit Rücksicht auf die zum Theile noch kurze Beobachtungszeit nicht als definitive zu betrachten sind.

Er erklärt sich die Wirkung der Hyperämie in folgender Weise: es kommt in dem erkrankten Gelenke zu Bindegewebsneubildung, zu einer Art Narbenbildung; es treten entzündungsähnliche Vorgänge ein, welchen bekanntlich ein direct heilender Einfluss auf die Tuberculose zugeschrieben wird; es wurde ja auch vielfach versucht, dieselbe künstlich anzuregen und es besteht darin unter anderem auch die locale Reaction bei der Koch'schen Behandlung in der Hervorrufung solcher Entzündungserscheinungen. Professor Heller stellte über die Wirkungsweise der Bier'schen Methode folgende Theorie auf: „Durch die Stauung werden die Stoffwechselproducte der Bacterien am Orte der Erkrankung zurückgehalten und wirken giftig auf ihre Erzeuger."

Ich habe dieser Behandlungsmethode eine etwas ausführlichere Besprechung gewidmet, weil die so überraschenden Resultate Bier's, obwohl dieselben bei der von ihm selbst erwähnten relativ kurzen Beobachtungsdauer der Heilerfolge noch nicht endgiltige sind, ja vollständig glaubwürdig erscheinen.

Ich selbst habe bisher nur Gelegenheit gehabt, mich von einer ganz auffallenden Wirkung der Bier'schen Methode zu überzeugen. Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. K. Büdinger, Assistenten an der Klinik Hofrath Billroth's, konnte ich die Fälle sehen, die an der genannten Klinik mittelst der Stauungshyperämie behandelt wurden; die Behandlung wurde genau nach den von Bier gegebenen Vorschriften eingeleitet; in allen diesen Fällen liess kurze Zeit nach der Anlegung der comprimirenden Binden die Schmerzhaftigkeit nach, und es trat eine Zunahme der activen und passiven Beweglichkeit ein. Diese Fälle betrafen sämmtlich Erkrankungen der oberen Extremität.

An der Abtheilung meines früheren Chefs, Herrn Prof. Weinlechner, wurde auch in einem Falle vorgeschrittener Erkrankung des linken Kniegelenkes bei einem 17jährigen Burschen die Behand-

lung mit Stauungshyperämie versucht. Der Kranke war unfähig, zu gehen, die geringste Berührung des Gelenkes war ungemein schmerzhaft, und der Patient fand nur bei entsprechender Lagerung eine geringe Erleichterung. Wenige Tage nach Einleitung des Verfahrens konnte Patient aufstehen, gieng (3 Wochen seit Beginn der Behandlung) mit Krücken herum und war fast vollständig schmerzfrei; nach mehrmonatlicher Spitalsbehandlung wurde der Kranke nach Anlegung eines Gypsverbandes in zum Theil redressirter Stellung entlassen. Der weitere Verlauf muss natürlich noch abgewartet werden.

Die seinerzeit mit den verschiedensten Erklärungsversuchen ihrer Wirkungsweise angewendete und besonders bei Coxitis als Panacée gepriesene Extensionsbehandlung ist jetzt wohl allgemein verlassen. Dieser von Ross im Jahre 1854 zuerst empfohlenen, von Davis, Pancoast, Volkmann ausgebildeten Methode schrieb Hueter noch eine direct antiphlogistische Wirkung zu. Das wesentliche Moment sollte nach den Erklärungen verschiedener Autoren in der Distraction der Gelenksenden, in der Erhöhung oder nach anderen in der Verminderung des intraarticulären Druckes, in der Compression des Gelenksinhaltes, in dem Wechsel der Contactpunkte des erkrankten Gelenkes, in der Immobilisirung beruhen.

Czerny und Albert kamen auf Grund ihrer Versuche zu dem Resultate, dass es sich nur um eine orthopädische Wirkung handeln und dass die Extensionsbehandlung keinen anderen als diesen Zweck erreichen kann.

Ich würde die Frage der Extensionsbehandlung von einem anderen Gesichtspunkte, als von dem, der ihre Anwendung zur Stellungsverbesserung im Auge hat, nicht besprochen haben, wenn nicht von manchen Autoren noch die verschiedenen Wirkungsweisen der permanenten Extension und deren heilender Einfluss beschrieben würden.

Krause (pag. 168) betont die distrahirende und schmerzstillende Wirkung, gibt aber doch auch der orthopädischen Wirkung den Hauptantheil bei dieser Behandlung. Wie die Distraction der Gelenksenden, welche ja bekanntlich erst bei der Anwendung so grosser Gewichte, wie sie in praxi gar nicht verwendet werden können, eine Dehiscenz der Gelenksenden bewirken, das Weiterschreiten des tuberculösen Processes verhindern soll, bedarf, wie früher, auch jetzt noch des Beweises.

Das einzig wirksame Princip der Extension ist bei continuirlicher Anwendung die Fixation des Gelenkes, und hierin und in keinen

anderen Momenten ist allein auch die schmerzstillende Wirkung zu suchen.

Dieselbe Wirkung erzielt aber auch ein gut angelegter Gypsverband, und die Anlegung und das Tragen desselben ist ja ohne Zweifel von viel geringeren Schwierigkeiten begleitet als die Extension. Die Extension in richtiger Stellung ist oft wegen der nachgiebigen Bettunterlage u. s. w. schwierig anzulegen, bedarf häufiger Änderungen, die besonders dort in Betracht kommen, wo es sich nicht um Kranke handelt, die in klinischer Pflege sind. Die Extensionsbehandlung fesselt die Kranken ans Bett, während der Gebrauch portativer Fixationsapparate die so wichtige Bewegung im Freien gestattet. In diesem Sinne spricht sich Professor Lorenz aus, der die orthopädische Behandlung an der Klinik Hofrath Albert's führt und über eine reiche Erfahrung aus seiner Privatpraxis verfügt.

Bezüglich der näheren Details der Behandlung mit fixirenden Verbänden verweise ich auf die Monographie Lorenz', sowie auf die im Jahre 1889 erschienene Arbeit desselben Autors.

Die in diesen beiden Arbeiten ausgesprochenen Grundsätze entsprechen den der Klinik Hofrath Albert's für die mechanische Behandlung der Gelenkstuberculose.

Ich übergehe die jetzt nur wenig gebräuchlichen Methoden der Application von Jodtinctur, Cantharidenpflaster, und erwähne nur, dass in manchen Fällen, deren Differentialdiagnose mit Luës nicht klar ist, die Application eines Emplastrum hydrarg. von einigem Erfolge begleitet ist.

Im Jahre 1870 sprach sich Hueter über die von ihm empfohlene Behandlung mit Carbolsäure-Injectionen so zuversichtlich aus, dass er speciell bei der Behandlung der Coxitis überzeugt war, dass bei rechtzeitiger Anwendung der Injectionen es nur in wenigen Fällen nicht gelingen werde, die Erkrankung innerhalb der Grenzen des Initialstadiums zu erhalten.

Xaver Dombrowsky hat die in der Literatur mitgetheilten Erfahrungen über die Resultate der Carbol-Injectionen zusammengestellt, und dabei betont, dass die günstigen Resultate nur nach kurzer Beobachtungsdauer mitgetheilt wurden; er widerlegt auch die Anschauungen über die bacterioide Wirkung der in nur 2%iger Concentration in die Gelenke injicirten Lösungen.

König, der 1879 diese Injectionen noch warm empfohlen hatte, sprach 1880 am IX. Congress für Chirurgie seine geänderte Ansicht aus und nannte „die Wirkung der Carbolsäure auf tuberculöse Granulationen gleich Null."

Die Injectionen mit Jodtinctur (Velpeau), Arsenlösungen (Landerer) sind auch nicht mehr gebräuchlich.

Die von Kolischer angegebene Methode gieng von der Idee aus, die tuberculösen Herde durch directe Application möglichst concentrirter Kalklösungen zu verkalken und derart zur Heilung zu bringen. Sie erfüllte die anfänglich gehegten Erwartungen nicht. Es wurde diese auch von Hofrath Albert empfohlene Behandlung von ihm selbst wieder aufgegeben und diese geänderte Anschauung auch in der Wiener Gesellschaft der Ärzte ausgesprochen. Die theoretische Voraussetzung Kolischer's scheiterte in der Praxis an dem Umstande, dass nicht die Anwesenheit grosser Mengen von Kalksalzen, sondern die normale Thätigkeit der Zelle das Haupterfordernis zu dem als „Verkalkung" bezeichneten Heilungsprocesse ist. Aus demselben Grunde missglückten auch die Heilversuche mittelst Darreichung grosser Mengen von Kalksalzen bei Rhachitis.

Die Anwendung des Argentum nitric. in Substanz wird von Rabl (pag. 24) bei gleichzeitiger Jodsalzbäderbehandlung in Hall zur Beseitigung fungöser Granulationen geübt, und er hat durch Combination dieses kleinen chirurgischen Eingriffes mit der Bäderbehandlung sehr günstige Erfolge erzielt.

Bei der Anwendung von Perubalsam tritt nicht selten Albuminurie und Nephritis auf. (Weidenmüller.)

Landerer empfiehlt die Injection von Perubalsam in folgender Form: 1 : 100 bis 200 physiolog. Kochsalzlösung mit Gummischleim und Mandelöl qu. s. emulgirt und dann alkalisch gemacht; die Erfolge der kaum schmerzhaften und von einer mässigen localen Reaction begleiteten Injectionen schilderte er als ermuthigend, ihre weitere Anwendung zu versuchen. 1891 empfiehlt er an Stelle der Perubalsaminjectionen eine Emulsion von Zimmtsäure (Acid. cinam. 5, Ol. amygd. 10·0, Vitelli ovi unius. Solut. natr. chlor. qu. s. ut. f. emulsio 100·0).

J. Kawaz empfiehlt bei Gelenkstuberculose und Lymphadenitis Injectionen mit Nelkenöl nach dem Vorgange Namgetti's (10 : 100 Ol. oliv.).

Lannelongue berichtete am VI. franz. chirurg. Congresse über die Erfolge der von ihm empfohlenen sklerosirenden Behandlungsweise der chirurgischen Tuberculose und theilte dort die Methode genau mit, die in Injection von 10%iger Chlorzinklösung, tropfenweise um das Gelenk herum, besteht; durch die Injectionen soll das fungöse Gewebe in Bindegewebe umgewandelt werden und auf diese Weise einen Wall gegen die Weiterverbreitung der Krankheit bilden.

R. Poux theilt 5 nach dieser Methode behandelte Fälle mit, bei denen das Endresultat zum Theile erst seit 1—3 Monaten festgestellt ist; ebenso tritt Timmermann für diese Methode ein.

Herrn Dr. Max Czegley in S. Pelagio verdanke ich die briefliche Mittheilung, dass in dem dortigen Seehospize die Chlorzinkbehandlung geübt wird, und dass die Resultate derselben bisher günstige seien; die Mittheilung der in ihren Details modificirten Methode behält er sich zur Publication vor, wenn eine längere Beobachtungsdauer ein definitives Urtheil über die Erfolge gestattet haben wird.

Das von v. Mosetig-Moorhof empfohlene Jodoform erfreute sich sehr bald einer allgemeinen Anwendung bei chirurgischer Tuberculose und ist auch jetzt noch von keinem anderen Medicamente zur Localtherapie verdrängt worden. Die von mancher Seite nicht anerkannte specifische Wirkung des Jodoforms bei Tuberculose wird durch die bekannten Untersuchungen von Marchand, welcher nachwies, dass unter der Einwirkung des Jodoforms im tuberculösen Gewebe die Entwicklung der Riesenzellen abnehme, durch die Ergebnisse der Untersuchungen, die Bruns im Vereine mit Nauwerck anstellte, bei welchen Untersuchungen an Abscessmembranen, die nach vorheriger Jodoform-Injection evidirt worden waren, eine Abnahme der Bacillen in der Abscesswand und ein Aufhören des Wachsens der Tuberkelknötchen constatirt wurde, gestützt. Vor allem aber sprechen die praktischen Erfahrungen der meisten Chirurgen für die erfolgreiche Anwendung des Jodoforms bei Gelenkstuberculose.

Man hat anfangs die Jodoformwirkung dem Jod zugeschrieben; Billroth hielt es für wahrscheinlicher, dass es sich um eine specifische Jodoformwirkung handle und stützt seine Ansicht auf die Sectionsbefunde bei Jodoform-Intoxication, die an die bei Thieren durch Chloroform herbeigeführte pathologische Veränderung erinnert. Miculicz meinte, dass es sich um eine protrahirte Jodwirkung handle. Dieselbe findet nach Binz in der Weise statt, dass das Jodoform von den fetten Stoffen des Körpers gelöst wird, dass sich sodann aus dieser Fettlösung Jod abscheidet, um sich dann mit den Salzen zu Jod- und jodsauren Salzen zu verbinden, und dass diese dann in Wirksamkeit treten. Högyes behauptet, das frei gewordene Jod verbinde sich zuerst mit Eiweiss zu Jodalbumin und aus diesem entständen erst die Jodsalze. Die Anwendung des Jodoforms geschieht bekanntlich in folgenden Formen: In Pulverform bei der Behandlung von Operationswunden, in Tamponade mit Jodoformgaze, in der Injection von Jodoform-Glycerin, Jodoform-Olivenöl, Jodoform-Ätherlösung.

Verneuil und Verchère wendeten die Ätherlösung an, welche sich jetzt keiner allgemeinen Anwendung mehr erfreut, weil man infolge derselben nicht unbedenkliche Nebenerscheinungen (Cyanose, Asphyxie, Ischurie, Schmerzen) gesehen hat (Dollinger). In der letzten Zeit wird die Sterilisation der Injectionsflüssigkeiten empfohlen. Brodnitz theilt die an der Klinik Lücke übliche Methode mit, die er wie folgt beschreibt: 2 Gramm Jodoform werden mit 18 Gramm Glycerin in verkorkten Flaschen 2—3 Stunden im Wasserbade bei 110° sterilisirt, dann die Stoppel durch Eintauchen der Flaschen in flüssig gemachtes Paraffin luftdicht gemacht; diese kleinen Dosen werden zum Gebrauche bereit gehalten und die Flüssigkeit der einmal geöffneten Flasche gleich verbraucht. Diese zuerst von Kronacher empfohlene Sterilisirung wird in der beschriebenen Weise auch von Weidenmüller angegeben und dabei hervorgehoben, dass die Jodoform-Emulsionen ein mehrmaliges Sterilisiren nicht vertragen, weil sich dabei Jod abspaltet und die Flüssigkeit dadurch unbrauchbar wird, weshalb sich die Sterilisation kleiner, sofort zu verbrauchender Mengen empfiehlt.

Pohini empfiehlt eine Injectionsflüssigkeit, die in einer Auflösung von Jodoform in Ol. amygd. besteht; in diesem Öle ist Jodoform vollständig löslich. Das exact mit Sublimatwasser gereinigte Jodoform wird in gekochtes, bis 100° C. abgekühltes Oleum amygdal. eingetragen, wo es sich sofort auflöst und eine bernsteingelbe, krystallklare, bei Abwehr des Lichtes auch haltbare Flüssigkeit darstellt.

L. de Vos theilt aus der Klinik zu Leyden eine ähnliche Methode der Sterilisirung einer Emulsion von Jodoform in Olivenöl mit, mit welcher in Leyden zahlreiche therapeutische Versuche mit günstigem Erfolge angestellt wurden.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass das Jodoform zur Wundbehandlung von keinem anderen pulverförmigen Deckmittel übertroffen wird; es wird daher auch dort, wo die Asepsis eingebürgert ist, bei der Behandlung tuberculöser Wunden die Jodoformbehandlung beibehalten.

Die Anwendung des Jodoforms in Injectionsflüssigkeiten hat gewisse Grenzen und wird auch nur in Verbindung mit allen übrigen conservativen Massnahmen von Erfolg begleitet. An Albert's Klinik wird das Jodoform ebenfalls in ausgedehnter Weise angewendet, ohne dass ich aber in der Lage wäre, Dauerresultate dieser Behandlung mitzutheilen; es fehlen mir insbesondere grössere Beobachtungszahlen über mit dieser Injectionsmethode behandelte Fälle.

Eine ausführliche Besprechung der Jodoformbehandlung enthält die Arbeit von Dr. Otto Weidenmüller.

Ein weiteres Verfahren der conservativen Therapie ist die Ignipunctur der Gelenke. Sie wird an der Klinik Albert in der Weise ausgeführt, dass in Chloroformnarkose tiefe, bis auf den Knochen oder in die Gelenkshöhle reichende Stiche mit dem Paquelin'schen Thermokauter ausgeführt werden, in die Stichcanäle werden Jodoformbacillen eingeführt, das Gelenk wird auf einen immobilisirenden Verband gelagert. Die Ignipunctur wird meist im kindlichen Alter und da besonders bei vorgeschrittener Erkrankung, hauptsächlich des Fuss- und Handgelenkes, mit günstigem Erfolge ausgeführt; aber auch bei Individuen jenseits der Pubertät gelang es in vielen Fällen, mit dieser Methode Ausheilung zu erzielen; ich verweise diesbezüglich auf die Tabellen in dem speciellen Theile dieser Arbeit.

Das Glüheisen, das seit Rust als ableitendes Mittel in Anwendung war und nur auf die Hautoberfläche applicirt wurde, sollte nach Richet direct ins Knochenmark gebracht werden, um eine zerstörende Wirkung auf den Erkrankungsherd auszuüben. Kocher empfahl diese Methode und theilt 19 Fälle von Ignipunctur, meist Erkrankungen des Fussgelenks und der Handwurzel, mit, von denen 18 ausgeheilt sind. Er kommt, entgegen den Angaben von Richet und Gouillard, zu dem Schlusse, dass der Thermokauter nicht bei vorgeschrittenen, sondern gerade bei den Anfangsstadien zu verwenden sei; bei Fistelbildung empfiehlt er im allgemeinen die Ignipunctur nicht, gibt aber zu, dass man mitunter bei vorgeschrittener Arthritis fungosa schöne Erfolge erzielt; er empfiehlt ferner die Ignipunctur bei circumscripten Erkrankungen der Synovia und der Sehnenscheiden.

Jaffé bildete diese Methode weiter aus und theilt eine Anzahl geheilter Fälle mit. Münch bezeichnet die Methode als unsicher. Vincent wendet sie in folgender Weise an: Incision des Gelenkes mit dem Thermokauter, zwischen den einzelnen tiefen Incisionen werden oberflächliche Kauterisationen ausgeführt; bei Knochenherden punktförmige Kauterisation; zum Schlusse Verschorfung der ganzen Schnittfläche, um die Temperatur so zu erhöhen, dass den Bacillen die Existenz unmöglich gemacht wird; Endresultate theilt er nicht mit. Trèlat bedient sich oft des Thermokauters.

Raoul Triboul empfiehlt die ausgedehnte Anwendung des Thermokauters. Ollier empfiehlt den Paquelin mit Jodoform combinirt, doch eröffnet er das Gelenk nicht mit dem Paquelin, sondern mit breiten Incisionen. Kolomin trepanirt den erkrankten Knochen

mittelst des amerikanischen Bohrers und kauterisirt die Knochenherde mit dem Paquelin. Krause hält die Ignipunctur für ein aufgegebenes Verfahren; er verwendet aber den Paquelin'schen Thermokauter nach Evidements.

H. Felizet gibt einen nach Art eines Löthrohres construirten Apparat an, dessen Stichflamme eine Temperatur von 1500° bis 1600° erreicht. Er will mit seinem Apparate die bei der Anwendung des Paquelin'schen Thermokauters stattfindende Verschorfung der Gewebe vermeiden können, da bei der Verwendung seiner Löthrohrflamme keine Verschorfung, sondern nur eine intensive Austrocknung der Gewebe und eine Ertödtung aller Infectionskeime stattfinde; es werde dadurch der Übelstand vermieden, dass in der Wunde der Schorf, der immer als Fremdkörper wirkt, liegen bleibe und erst durch den Eiterungsprocess abgestossen werden müsse. Eine eigenthümliche Modification bei der Anwendung hoher Temperaturen beschreibt Arthur Baker, welcher nach seiner Angabe in 7 Fällen von Coxitis mit starker Zerstörung und grossen Abscessen neben intacter Haut in 14 Tagen (!) mit folgendem Verfahren völlige (?) Heilung erzielt hat: Unter strenger Antisepsis eröffnet er das Gelenk mit vorderem Schnitt, unter fortwährendem Spülen mit heissem sterilisirten Wasser Evidement, eventuell Resection, Ausfüllung mit Jodoformemulsion, Naht, Fixation.

Diese wenigen Mittheilungen aus der Literatur lassen erkennen, dass das Verfahren der Ignipunctur durchaus nicht aufgegeben ist, und ich wiederhole an dieser Stelle, dass die Anwendung desselben an der Klinik Albert in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen recht gute, insbesondere mit Rücksicht auf das functionelle Resultat befriedigende Erfolge gegeben hat.

Die eigentliche operative Behandlung der Gelenkstuberculose, die dabei doch den conservativen Charakter durch die Erhaltung der erkrankten Extremität bewahren sollte, hat, obwohl sie in der ausgedehntesten Weise ausgeführt wurde, die anfangs an sie gesetzten Hoffnungen nicht in dem Maße erfüllt, als man erwartete.

Es sind im wesentlichen drei Punkte, durch welche die Resectionspraxis eine gewaltige Einschränkung erfuhr:

Das ungünstige Endresultat, das sich in vielen Fällen in der Wachsthumshemmung äusserte, wenn die Resection im jugendlichen Alter ausgeführt wurde;

das schlechte functionelle Resultat, welches den Gebrauch der Extremität unmöglich machte;

die Häufigkeit der Recidive, welche die secundäre Amputation erforderte.

Allerdings wurde in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ein gutes, ja ein glänzendes Endresultat erzielt, aber im grossen und ganzen musste man sich damit begnügen, nur einen Versuch damit gemacht zu haben, die Heilung zu beschleunigen.

Die Geschichte der Resectionen, deren ausführliche Besprechung nur eine Wiederholung von vielen anderen Seiten gesammelter Daten wäre, gibt ein deutliches Bild von dem Wechsel der Ansichten der einzelnen Autoren, einem Wechsel, der bedingt war bei vorurtheilslosen, objectiv denkenden Männern, welche die zunehmende Erfahrung zur Änderung ihrer Anschauungen brachte.

Im Jahre 1874, zu einer Zeit, wo die Resectionspraxis in vollster Blüte stand, hat sich Hofrath Albert in folgender Weise geäussert: Er theilte die damaligen Anschauungen ein wie das Parlament: in die äusserste Linke, welche resecirt, die äusserste Rechte, welche nur amputirt, das Centrum, welches individualisirt.

Das Centrum hat Recht behalten.

Albert betonte, dass die ganze Frage vor allem für das Kindesalter gesondert betrachtet werden müsse, weil wir wissen, dass bei Kindern die Gelenkstuberculose unter günstigen äusseren Verhältnissen in den meisten Fällen spontan ausheilt. Er warf schon damals die Frage auf, ob die conservative oder operative Therapie die Lebensdauer verlängere; er theilte im allgemeinen seinen Standpunkt in Bezug auf die Behandlung der einzelnen Gelenke in folgende Gruppen:

Im Sprung- und Handgelenke führte er keine Resection, sondern nur die Amputation aus, weil wir nicht in der Lage seien, die Ausdehnung des Processes zu bestimmen; ebenso in den meisten Fällen im Kniegelenke; bei diesem Gelenke kommt noch der wichtige Umstand in Betracht, dass nach Ausführung der Amputation sich das Allgemeinbefinden der Kranken rapid bessert, was Dumreicher damit erklärte, dass das Blut, welches früher zur Ernährung der erkrankten Gliedmasse diente, dem Gesammtorganismus zugute komme;

im Hüftgelenke operirte Albert nur zur Entfernung eines grösseren nekrotischen Knochenstückes;

im Ellbogengelenke nur, wenn nicht gleichzeitig eine ausgesprochene Lungenaffection vorhanden war;

bei multipler Caries nur dann, wenn durch die Amputation mehrere erkrankte Gelenke an einer Extremität entfernt werden konnten, oder bei grosser Schmerzhaftigkeit eines Gelenkes.

Im Jahre 1883 konnte Albert, der die Frage über die Behandlung der Gelenkstuberculose immer im Auge behielt, bereits bei den massgebendsten Vertretern der Resectionspraxis eine bedeutende Einschränkung derselben nachweisen. Er hatte an der fortschreitenden klinischen Erfahrung über die Gelenkstuberculose theilgenommen und 1876, fussend auf der so lange in Vergessenheit gerathenen Rokitansky'schen Lehre von der Tuberculose der Synovialis, die erste isolirte Kapselexstirpation an dem Ellbogengelenke einer Frau mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt; er wiederholte 1883 seine Anschauung über die Behandlung der Gelenkstuberculose bei Kindern, als deren Zukunft er das Aufgeben jeder eingreifenden operativen Therapie bezeichnete.

Im Folgenden gebe ich einen kleinen Überblick über die Literatur der letzten Jahre, inwieweit diese auf die Behandlung der Gelenkstuberculose bei Kindern Bezug hat. Eine Trennung der einzelnen Gelenke führe ich nicht durch, weil dadurch eine häufige Wiederholung der Mittheilungen derselben Autoren nothwendig wäre.

Münch gibt eine Häufigkeits-Statistik und betont, dass die bei Kindern sehr häufige Localisation spontan ausheilen könne, während sie bei Erwachsenen zur Amputation führe.

Aus Albrecht's Statistik, bei der er sich praktisch die Frage vorlegt über die Vergleichungsresultate der Resections- und der conservativen Behandlung, geht hervor, dass im jugendlichen Alter insbesondere bei der Coxitis die conservative Behandlung günstigere Resultate erzielt. Er citirt am Schlusse seiner Arbeit, in der er für die conservative Behandlung der Kinder eintritt, den bekannten Vortrag von Holmes, in dem dieser nachweist, dass in 7 Hospitälern 250 Hüftgelenks- und 245 Kniegelenksresectionen in 5 Jahren ausgeführt wurden, während in derselben Zeit diese Operationen in der Privatpraxis nicht einmal 12mal ausgeführt wurden. Holmes führte dagegen die Resultate an, die er bei stationärer conservativer Behandlung in dem Hospital for Hip Desease erzielt hat, und deren ausserordentlich günstige Heilungsprocente ja allgemein bekannt sind.

Korff resecirt, besonders bei Kindern, im Hüftgelenk.

Bidder macht bei der Behandlung keinen Unterschied des Alters, betont aber die Allgemeinbehandlung, die er als active Therapie bezeichnet und deshalb den Unterschied zwischen conservativer und operativer Therapie verwischt haben will.

Petersen hat nachgewiesen, dass die Hoffnung, durch Resection innerhalb der Epiphysenzone die Verkürzung hintanzuhalten, sich nicht erfüllt habe, schliesst sich Volkmann an, der gegen die Pro-

pagirung der Resection bei Kindern auftrat und plaidirt für die atypische Resection. Die Verkürzungen treten bekanntlich nicht in der ersten Zeit, sondern, wie dies von König und Koch 1878 am Chirurgencongresse mitgetheilte Fälle lehren, erst später, nach 8 bis 20 Jahren ein.

Hoffa gibt an, dass bei Resection innerhalb der Epiphysenlinie sich Verkürzungen von $13^1/_2$ *cm* nach 6 Jahren und von 12 *cm* nach 4 Jahren zeigten; diese Verkürzungen sind allerdings nicht so bedeutend wie bei den Resectionen ausserhalb der Epiphysenzone, sie stellen aber gewiss kein wünschenswertes Resultat dar.

Caumont gibt ausführliche Literaturangaben über die verschiedenen Operationsmethoden, die Anhänger der conservativen und operativen Therapie. Er hat viel resecirt, gibt aber bezüglich des Hüftgelenkes zu, dass das Fortschreiten des cariösen Processes durch die Resection nicht aufzuhalten sei. Sein Resumé lautet:

1. Bei nicht eiternden Formen conservative Behandlung.
2. Bei eiternden Formen Resection (auch bei Kindern).
3. Keine Frühresection.
4. Die Resecirten sind vor Tuberculose nicht mehr geschützt, als die conservativ Behandelten.
5. ad 2. Schwierigkeit der Constatirung der beginnenden Eiterung.
6. Die Rücksicht auf das functionelle Resultat indicirt keine Resection.
7. Bei nachgewiesener Eiterung sofortige Resection.

Mandry plaidirt bei Kindern für Arthrotomie. Er stellt 70 Fälle aus der Literatur zusammen (König, Volkmann, Sovin, Sonnenburg, Wright in Manchester, Schmitz in Petersburg); davon sind

7 gestorben
19 Recidiven
44 Heilungen
(32 Ankylosen)

} $3^1/_2$ Jahre Beobachtungsdauer.

55% Flexionscontractur.

Volkmann führte wegen der ungünstigen functionellen Resultate der typischen Resection die atypische Resection aus, deren Princip in der Entfernung des Kranken und Zurücklassen des Gesunden besteht.

Kolomin trepanirt den erkrankten Knochen mittelst des amerikanischen Bohrers und kauterisirt die Knochenherde mit dem Paquelin. Er wendet seine Methode besonders bei Kindern sofort nach Entwicklung der Entzündung im Gelenke an.

Volkmann äusserte sich am deutschen Chirurgencongresse 1884 in dem Sinne, dass die Kniegelenksresection bei Kindern möglichst

zu vermeiden sei; ebenso erklärte König, dass diese Operation bei einem Menschen unter 14 Jahren eine Sünde sei.

Johannes Fries stimmt diesen beiden Autoren nicht bei und vertritt dabei offenbar die damalige Ansicht der Klinik Prof. Maas.

W. Müller theilt 23 Fälle mit, bei denen die seit 1881 an der Klinik König's geübte Arthrotomie ausgeübt wurde.

E. Pawlow empfiehlt insbesondere bei Kindern wegen der functionellen Störungen statt der Resection die Trepanation und das Evidement, um dadurch möglichst grosse Partien der Gelenksfläche zu erhalten.

Paul Bonther berichtet über 26 Hüft-, 39 Knie-, 2 Schulter-, 33 Ellbogengelenksresectionen, meist im jugendlichen Alter, ohne Endresultate.

Haidenhain äussert sich pag. 68: Die Knieresection bei Kindern ist also nach unserer Ansicht (Klinik Volkmann) nur in den seltenen, ganz vernachlässigten Fällen zu gestatten, ja nothwendig, wo die Knorpel und Knochen soweit zerstört sind, dass die Entfernung grösserer Stücke derselben sich nicht mehr umgehen lässt.

Hitzegrad hat 115 Resectionen, und zwar:

102 typische Resectionen
4 partielle „
9 Keilexcisionen

im Alter von 1—10 Jahren 41 Resectionen
„ „ „ 10—20 „ 48 „

ausgeführt, in 63 Fällen Endresultate davon.

Verkürzung in 48 Fällen.

Im Alter von 1—10 1mal 1—5 *cm*, 4mal 6—10 *cm*, 4mal 11—16 *cm*;
„ „ „ 10—17 6mal 1—5 *cm*, 11mal 6—10 *cm*, 2mal 11—16 *cm*;
„ „ „ 18—50 9mal 1—5 *cm*, 2mal 6—10 *cm*.

W. Willemer behandelt Kinder meist conservativ oder führt atypische, nie typische Resection aus. Im speciellen Theil führt er aber in der Gruppe I der Erkrankungen vor dem 10. Lebensjahre unter 76 Fällen an:

conservativ: 37 = 49%
mit modif. Resect.: 4 = 5%
mit typisch. Resect.: 34 = 46%.

Er gibt selbst zu, dass, wenn diese Kranken vom Anfang an in günstigeren Verhältnissen gewesen wären, in 75% der Fälle eine grössere Operation hätte vermieden werden können. 50% der Resectionen wurden wegen der Contractur ausgeführt, orthopädische Resectionen.

E. de Paoli ist ein entschiedener Anhänger der activen operativen Therapie, auch bei Kindern.

Axel Iversen arthrotomirt, besonders bei Kindern, im Kniegelenk.

Schmalfuss plaidirt für die Resection bei Kindern, weil dieselben ein günstiges Heilungsresultat geben; er berechnet für das Alter unter 16 Jahren 69% Heilungen (keine Endresultate!) und meint, dass man noch günstigere Resultate erzielen könnte, wenn sich die Eltern der Kinder nicht vor der Verkürzung fürchten würden; diese Verkürzung komme also nicht in Betracht!!

A. G. Gerster vermeidet bei Kindern die Resection so lange wie möglich.

J. Sbabanejew operirt auch bei Kindern.

Gritti berichtet über 42 Resectionen wegen Coxitis; er ist noch Anhänger der Frühresection, auch wenn es noch nicht zur Abscessbildung gekommen ist. Er hat in $3^1/_2$ Jahren 46 von 112 Coxitisfällen resecirt mit 38% Mortalität; von den 70 conservativ behandelten leichteren Fällen starben nur 3.

Neugebauer gibt eine vergleichende Tabelle zwischen den Verkürzungen bei der Entlassung der Kranken und bei der Untersuchung derselben nach Jahren, die in der Altersgruppe von 1—10 Jahren Zahlen bringt, welche die bekannten traurigen Erfahrungen in dieser Frage vermehren.

Krause betont, dass bei Kindern meist kleinere Eingriffe indicirt seien, bei Coxitis entschliesst er sich besonders leicht zur Gelenkseröffnung behufs Diagnose.

Plicque theilt die günstigen Resultate conservativer Therapie mit:

74·3% Heilungen bei den Fällen ohne Eiterung,
68% „ „ „ „ mit „

Princip: Dauerbehandlung im Hospital Berck sur mer. Durchschnittliche Behandlungsdauer bei den nichteiternden Fällen 503 Tage, bei den eiternden 629 Tage; es werden daselbst nur kleinere operative Eingriffe ausgeführt. Als Gegenstatistik führt er die Willemer's an. Willemer hat bei 38 Fällen im Alter unter 10 Jahren die typische Resection ausgeführt, davon: 50% Heilung, 13% gebessert, 15% ungeheilt, 15% gestorben.

C. Tiling theilt ein bisher am Lebenden noch nicht versuchtes operatives Verfahren mit, das die Schonung der Ligam. cruciat. beabsichtigt. (Auch bei Kindern.)

Riedinger gibt auch eine Modification der Knieresection bei Kindern an.

Angerer hat in 2 Jahren 24 Kinder resecirt. Er empfiehlt die Resection so früh als möglich zu machen, wenn noch keine Tuberculose innerer Organe vorhanden ist und will bei der Nachbehandlung ein bewegliches Gelenk erzielen.

B. Gritti entfernt die Basen der Mittelfussknochen sammt den angrenzenden Fusswurzelknochen; er hat diese Operation einmal bei einem Kinde ausgeführt.

Kummer spricht sich in seiner Arbeit, die ein Bild über die Endresultate aus der Kocher'schen Klinik gibt, gegen die conservative Therapie aus.

Bothe resecirt auch bei Kindern. Er hat häufig Wachsthumstörungen erlebt und meint, die Resection bleibe zu Recht, wo die Arthrotomie nicht ausreicht.

Paschen sagt: „Jedenfalls scheinen die mitgetheilten Befunde in Übereinstimmung mit neueren englischen Berichten zur Beschränkung der Kniegelenksresection bei Kindern aufzufordern; jedenfalls darf nie resecirt werden, wo noch conservirt werden kann, da die Endresultate bei Resection mit denen bei conservativer Behandlung nicht concurriren können, wenn die ersteren auch schneller ausheilen."

Die anscheinend raschere Heilungsdauer wird bei Kindern häufig durch die Recidiven aufgewogen.

Riedel stellt folgende Sätze auf: 1. „Jeder ostale Process, der zur Sequesterbildung führt, bedarf in jedem Alter der Operation.

2. Jeder ostale Process ohne Sequester ist operativ zu behandeln.

3. Jede primäre Weichtheiltuberculose ist operativ zu behandeln. Bei Kindern sei besonders im Hand- und Fussgelenk zu operiren, sonst bei Kindern womöglich Arthrotomie."

Ashhurst (aus dem Kinderspital) operirt nur bei Indicatio vitalis.

H. Soor hat nach seiner Methode mit äusserem Längsschnitte und temporärer Durchschneidung der Peronealsehnen 5 Kinder operirt.

Zoege-Manteuffel betont die möglichste Abkürzung des Spitalsaufenthaltes, empfiehlt bei Kindern conservative Behandlung und hat unter 55 Resectionen nur 4 vor dem 15. Lebensjahre ausgeführt.

Lovett und Goldtwait üben die conservative Behandlung. Unter 320 Fällen kam es 70mal zu Abscessbildung, bei der nur die Incision ausgeführt wurde. Von diesen wurden 63 Fälle länger beobachtet.

16 = 40% starben,

20 wurden geheilt.

23 hatten nach 2 Jahren Fisteln, waren aber gehfähig.

Das Auffallende dieser Mittheilung ist das relativ seltene Auftreten von Abscessen, was wohl mit der frühzeitig eingeleiteten conservativen Behandlung mittelst fixirender Verbände zusammenhängt.

Scheimpflug berichtet über die Behandlung chirurgischer Tuberculose in den Jahren 1888—1891, wie er sie als Leiter des Seehospizes in San-Pelagio bei Rovigno durchgeführt hat und theilt das operative Material mit, wobei er betont, dass die Beobachtungszeit der Resultate zu gering ist, um an dieselben weitgehende Forderungen zu stellen. (pag. 14.)

„Die Zusammenstellung soll vielmehr ein Bild davon geben, was die Chirurgie in einem Seehospize versucht hat, und inwieweit es ihr unter Mithilfe hygienischer Factoren, die aber selbst noch mannigfacher Verbesserungen bedürfen, gelungen ist, die, ich möchte sagen, fabriksmässige Heilung chirurgischer Tuberculose zu inauguriren."

Zwei Fälle, in denen wegen Tuberculose in den protarsalen Knochen und Gelenken ausgedehnte Operationen und Nachoperationen ausgeführt wurden, sind ausgeheilt, doch beträgt die Heilungsdauer in dem einen Falle 204 Tage, in dem anderen 607 Tage; Endresultate fehlen in beiden Fällen. Scheimpflug ist bei veralteten „multiplen" Processen entschieden für operative Eingriffe; in einem Falle (pag. 17) mussten, um den Localprocess zum Stillstand zu bringen, 5mal Evidements, Narbenexcisionen, wiederholte Paquelinisirungen und schliesslich die totale Resection des Metatarsus I und die Exarticulation der grossen Zehe vorgenommen werden.

Bei Herden im Calcaneus führt Scheimpflug ein energisches Evidement aus; er hat dieses Verfahren in 6 Fällen angewendet und damit gute Resultate ohne längere Beobachtungsdauer erzielt.

Ein Blick auf die Tabelle (pag. 28) zeigt, dass S. mit Ausnahme von 3 Fällen bei Tuberculose des Sprunggelenks immer zum Theil sehr ausgedehnte Operationen ausgeführt hat; jedoch geht aus dieser Tabelle nicht hervor, wie lange die conservative Behandlung versucht und wie lange Zeit nach der Operation das Endresultat festgestellt wurde.

Pag. 28 sagt Scheimpflug: „In der Regel nun waren die Fälle des Seehospizes veraltet und durch Multiplicität der Herde und nachweisbare Affectionen der inneren Organe herabgekommen, die Eiterung profus, so dass wir es für besser hielten, keine Zeit mit dem Zuwarten zu verlieren, es sei denn, dass der durch Ruhe und Wundpflege zu erzielende Rückgang von secundärer Schwellung als Vorbereitung zum operativen Eingriffe wünschenswert erschien."

Hieraus geht wohl hervor, dass Scheimpflug keine Gelegenheit suchte, eine Spontanheilung mit kleinen Eingriffen zu beobachten;

auch bei diesen Fällen finden sich häufige Recidiven, die mehrfache operative Eingriffe erforderten und eine manchmal sehr protrahirte Heilungsdauer aufweisen; so im Falle Nr. 2 321 Tage, im Falle Nr. 5 572 Tage.

Pag. 27 sagt Scheimpflug, dass der Weg, den die operative Behandlung einzuschlagen hat, durch die von der Natur eingeleitete Sequestration und histoplastische Umwandlung (damit ist wohl der Heilungsvorgang durch Bindegewebsbildung gemeint) vorgezeichnet ist; bei einer anderen Anschauung könnte man wohl auch sagen, dass dort, wo wir einen spontanen Heilungsprocess nachweisen können, ein operativer Eingriff erst dann in Frage kommt, wenn es sich um die Entfernung abgestorbener Knochenpartien handelt, und dass wir mit möglichster Berücksichtigung der Stellung des erkrankten Gelenkes eben diesen Naturheilungsprocess abwarten sollten. Die functionellen Resultate, welche Scheimpflug erreichte, dürften wohl, soweit sich dies aus seinen Angaben hierüber beurtheilen lässt, kaum besser sein als die bei conservativer Behandlung erzielten.

Beim Kniegelenk hat Scheimpflug durch eine längere Beobachtungszeit (pag. 32, wie lange, ist nicht angegeben) den Charakter des Leidens, respective seine Tendenz zur spontanen Involution oder progressiven Zerstörung festgestellt; eine vollkommen zweifellose Spontanheilung konnte Scheimpflug nicht feststellen, weil die Beobachtungszeit dazu eine zu kurze war, aber er konnte immerhin „fast regelmässig“ einen deutlichen Effect der exspectativen Behandlung constatiren.

Er berichtet über schwere Recidiven nach anderwärts vorgenommenen Resectionen (pag. 38, Fall 5); in einigen Fällen mussten mehrere Operationen ebenfalls wegen Recidive vorgenommen werden; 4mal musste nachträglich amputirt werden, darunter 3mal wegen im Anschluss an die Operation aufgetretener Gangrän des Beines; er erlebte bedeutende Verkürzungen, die mit Rücksicht auf die kurze Beobachtungsdauer später jedenfalls noch zugenommen haben werden.

Diese Resultate sind bei dem Umstande, dass sie bei der Behandlung von 32 Fällen erzielt wurden, wohl nicht zur Nachahmung der dabei befolgten Principien aufmunternde. Ganz besonders prägnant treten die Grundsätze, von denen Scheimpflug sich leiten liess, bei der Behandlung der Erkrankungen des Hüftgelenkes hervor. Eine eigentliche Heilung bei conservativer Behandlung konnte er in keinem Falle erreichen (pag. 60).

Pag. 63 bemerkt er, dass die Resultate der Naturheilung wegen der bei ihr auftretenden pathologischen Stellungen zuweilen recht traurige sind; es klingt dies ja beinahe so, als ob die Ziele der conservativen Behandlung, die doch die Correctur der pathologischen Stellung vor allem im Auge haben, noch nicht als eines der Hauptmomente festgestellt wären.

Von 18 Fällen, deren Krankengeschichten mitgetheilt sind, die den 41 im ganzen behandelten Fällen entnommen sind, wurden 2 (11, 13) durch conservative Behandlung geheilt; in den übrigen 16 Fällen wurde die Resection vorgenommen, davon sind in 4 Fällen (1, 4, 7, 8) Recidiven eingetreten, 2 Fälle (2, 5) wurden geheilt, 3 Fälle (3, 14, 15) sind gestorben, 3 Fälle (10, 12, 18) blieben ungeheilt, 1 Fall (6) erzielte ein sehr fragliches functionelles Resultat, 1 Fall (9) blieb nach 4 Operationen ungeheilt, 1 Fall (16) ist nur 6 Monate beobachtet.

Über die Behandlung der Tuberculose des Handgelenkes spricht sich S. folgendermassen aus:

„Die meist angewendete radicale Ausräumung war nur in solchen Fällen von Recidiven gefolgt, deren allgemeiner Habitus, sei es durch scrophulöse Diathese, sei es durch die Multiplicität, eine grössere Neigung zur Autoinfection bekundete. Doch gelangten die Fälle ausnahmslos zur endlichen Ausheilung."

Es wäre gewiss von Interesse, zu erfahren, wie die Fälle ohne die „radicale Ausräumung" verlaufen wären. Dass nicht alle Fälle zur „endlichen Ausheilung" kamen, geht aus dem auf pag. 92 Mitgetheilten hervor, indem über eine Recidive nach Kapselexstirpation berichtet wird.

Eine spontane Heilung von Fungus des Ellbogengelenkes mit Restitutio ad integrum hat S. nicht gesehen (pag. 100), aber er hat Ausheilungen mit Ankylose beobachtet. Er betont, dass gerade beim Ellbogengelenke die günstigsten Heilerfolge erzielt werden.

Unter 44 behandelten Fällen bei Kindern hat er 18mal die Arthrotomie ausgeführt. Er gibt (pag. 99) zu, dass nach scheinbar durch Resection erzielter Heilung häufig Recidive eintrete. Als Princip bei der operativen Behandlung gibt er das schonende Vorgehen, das sich nur auf die Entfernung des Erkrankten erstrecken soll, an, damit hiedurch die operative Läsion nicht verstümmelnder werde als das Fortschreiten des cariösen Processes; das sind pia desideria, deren Erreichung in praxi wohl selten gelingt.

Von den 18 Fällen ist 7mal (3, 4, 5, 6, 7, 9, 10) kein Endresultat angegeben, 7mal sind Recidiven aufgetreten (8, 11, 13, 14, 17, 18, 19).

Ohne gegen die Anschauungen von Scheimpflug in polemischer Form auftreten zu wollen — er hat ja mit dem grössten Interesse für den Gegenstand, wie er selbst sagt, einen Versuch gemacht, was die initiative Therapie leisten kann — muss dieser Versuch als nicht nachahmenswert bezeichnet werden.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Max Czegley in S. Pelagio verfüge ich über eine Anzahl von Krankengeschichten, die ein anschauliches Bild über den Verlauf geben, den die Fälle nahmen, bei welchen wegen Gelenkstuberculose ausgedehnte Operationen im kindlichen Alter vorgenommen wurden. Es sind dies meist Fälle, die von Dr. Scheimpflug operirt worden waren und später wieder Aufnahme in dem Hospize zu S. Pelagio gefunden hatten. Unter den Fällen von Tuberculose des Hüftgelenkes trat 7mal Recidive ein, ein Fall blieb ungeheilt, 1 Fall endete letal. Unter diesen Fällen befindet sich auch der in Scheimpflug's Arbeit auf pag. 75 mitgetheilte Fall (Marie Mann), in welchem von Scheimpflug nach Resection und viermaliger Nachoperation Heilung constatirt wurde; es kam wieder zur Fistelbildung, die noch besteht.

Der auf pag. 73 mitgetheilte Fall (Friederike Löwy), bei dem Scheimpflug Resection und Nachoperation ausgeführt hatte, den er auch im April 1892 als geheilt entlassen hatte, kam im Mai 1892 mit Recidive wieder.

Der auf pag. 74 beschriebene Fall (Josefine Steingruber), der 1892 als bis auf eine kleine Fistel geheilt angeführt erscheint, blieb auch im Jahre 1893 noch ungeheilt.

Unter den Fällen von Erkrankung des Kniegelenks trat 3mal Recidive ein, 1 Fall blieb ungeheilt.

Der auf pag. 49 der Arbeit Scheimpflug's angeführte Fall (Friederike Schaffer) betrifft ein schweres Recidiv nach auswärts vorgenommener Arthrotomie, das nach weiteren 3 Eingriffen ausheilte.

Der auf pag. 54 mitgetheilte Fall (Richard Hadl) kam ebenfalls zur Wiederaufnahme, und es wurde eine Verkürzung von 15 *cm* constatirt; der Kranke gieng noch mit Kniehülse und Prothese.

Der auf pag. 36 angeführte Fall (Matteo Carlevario), der von S. geheilt entlassen wurde, kam mit Recidive wieder zur Aufnahme.

Unter den Fällen von Erkrankung des Ellbogengelenkes trat 3mal Heilung ein; 7mal kamen die Operirten mit Recidive wieder zur Aufnahme.

Der auf pag. 105 der Scheimpflug'schen Arbeit als geheilt angeführte Fall (Christian M.) kam nach 18 Monaten mit Recidive wieder.

Der auf pag. 111 als fast geheilt angeführte Fall (Karl Hassa) hatte mehrfache Recidive und endete letal.

Der auf pag. 108 angeführte Fall (Katharina Hillmann) hatte ebenfalls mehrfache Recidive und war im Jahre 1893 noch nicht geheilt.

Der auf pag. 107 als fast geheilt angeführte Fall hatte mehrfache Recidive.

Im Folgenden gebe ich die oben erwähnten Krankengeschichten aus S. Pelagio genau so wieder, wie sie mir Herr Dr. Czegley am 5. Mai 1893 eingesandt hat.

I. Hüftgelenk.

1. Josef Kunz. Fistula post resect. coxæ d. 17. Februar 1892 aufgenommen. Wurde im Sophien-Spital (wann?) resecirt. In der Resectionsnarbe 2 kleine, stark secernirende Fisteln. Sehr geringer Grad von Beweglichkeit, Flexion von 30°, Abduction und hochgradige Auswärtsrotation. Spina a. s. — Malleol. ext. rechts 58 *cm*, links 64 *cm*, Trochanter — Malleol. ext. rechts 56 *cm*, links 58 *cm*. Patient geht auf den Zehen mit hochgradiger Lordose. Aus der unteren Fistel — unterhalb des Trochanters — entleert sich eine gelbliche, urinös aussehende Flüssigkeit in grosser Menge. Die mikroskopische Untersuchung derselben zeigt viele, lange, granulirte und Epithelcylinder. 15. März 1892: Abnahme der Kräfte, Temperatur subnormal. 24. März 1892: Exitus letalis. Obductionsbefund: Caries coxæ resect. c. perforat. oss. ilei, abscessus congest. in fossa Dougl., accretione ureth. d., flexuræ sigmoid. et vesicæ. Fistula uret., abc. pulm. utriusque e. cavernis, pneumonia hypostat. pulm. sin., Amyloid. hepat. et lienis grad. lev. Nephritis chron.

2. Marie Mann. Coxitis d. resect. recid. 5. November 1891 aufgenommen. Im November 1890 von Gersuny resecirt, „Kopf und Hals des Femur ausgeschabt, so dass die Schale übrig blieb". Pseudocontractur von 45°, Abduction, Auswärtsrotation. Hochstand des Trochanters um 2 *cm*. An der Vorderfläche des Oberschenkels zieht eine 8 *cm* lange, eingezogene, mit dem Innenrande des Sartorius parallele Narbe, in deren Mitte eine 2 *cm* lange, granulirende Stelle sich befindet. 3. December 1891: Resection. 23. April 1892: Resection. Narbe verheilt, tief eingezogen. Spina — äusserer Sohlenrand rechts 53 *cm*, links 56 *cm*, Trochanter — Malleol. ext. rechts 47 *cm*, links 48 *cm*. Ziemlich geringer Grad von Beweglichkeit, rechtes Knie etwas valgisch. Patientin geht mit gesenktem Becken ohne Stütze. 27. April: In der Resectionsnarbe bildet sich spontan ein Abscess, Aufbruch und Bildung einer bis zum Knochen reichenden, mässig secernirenden Fistel. 23. Mai 1892 auf Verlangen gebessert entlassen, der Abscess bis auf eine kleine Fistel zurückgegangen.

3. Marie Barta. Fistula p. resect. coxæ d. 4. December 1891 aufgenommen; wurde vor $1^1/_2$ Monaten an der Klinik Billroth resecirt. Das rechte Hüftgelenk in Ankylose in einem Winkel von 25° Beugung, ohne Adductions-, Abductions- oder Rotationsstellung. Spina a. s. — Malleol. ext. rechts 51, links 55. Musculatur atrophisch. Geringe Beweglichkeit im Sinne der Beugung.

An der Aussenseite des Oberschenkels 2 Längsnarben, eine 15 *cm* über Trochanter und Femurschaft, die andere 12 *cm* parallel zur ersten, ca. 3 Querfinger nach vorne. An der Innenseite des Oberschenkels, 2 *cm* unter dem Lig. Poupart., eine Fistel. 15. Juli 1892 geheilt entlassen. Hüftgelenk in Beugung von 25°, Fixation in dieser Stellung. Operationsnarben reactionslos, Fistel verheilt. Spina — Malleol. ext. rechts 53, links 56. Trochanter — Malleol. ext. rechts 55, links 56. Bein ziemlich stark atrophisch, Patient geht mit Prothese von 4 *cm*, ohne besonders zu hinken.

4. Karl Danzio. Fistula p. resect. coxæ d. 1. Februar 1892 aufgenommen. Wurde von Gersuny an der rechten Hüfte und am rechten Knie resecirt (wann?). Rechte untere Extremität hochgradig verkürzt und im Wachsthum zurückgeblieben. Trochanter — Malleol. ext. rechts 71, links 82. Spina — Fusssohle rechts 76, links 94. Rechtes Knie vollständig ankylosirt nach Resection. Wunden solid ausgeheilt. In der rechten Hüfte ebenfalls starre Ankylose, mässige Adductions- und Beugecontractur. Compensatorische Skoliose der Wirbelsäule. Musculatur bedeutend atrophisch. An der Hüfte eine den Trochanter umkreisende Narbe von 20 *cm*, an mehreren Stellen exulcerirt, sonst zart, blass. In ihrer Mitte eine Fistel, welche 15 *cm* tief hinter den Trochanter eindringen lässt. In der Nähe der Afteröffnung eine zweite tiefe Fistel. 19. Februar 1892: Bildung eines Infiltrats nach oben von der Fistel neben der Analöffnung. Spaltung desselben, Tamponade. 22. Februar 1892: Fistel ad anum fast vollständig geschlossen. 10. März 1892: Die Operationswunde war schon seit einiger Zeit geschlossen, zeigt aber heute in ihrer Mitte eine Kruste, nach deren Entfernung reichlicher Eiter aus der früheren Abscesshöhle fliesst. Drainage. Die obere Fistel der Ausheilung nahe. 15. Juli 1892 gebessert entlassen. Rechtes Bein 16 *cm* verkürzt, im Wachsthum zurückgeblieben. Umfang in der Mitte des Oberschenkels rechts 11 *cm* kleiner als links. Rechtes Hüftgelenk vollständig ankylosirt, in mässiger Adductions- und Beugecontractur. In der Mitte der Resectionsnarbe eine enge Fistel, durch die man 20 *cm* tief hinter den Trochanter eindringen kann. In der Nähe der Analöffnung eine ebensolche, eine dritte über einem tiefen, harten Infiltrat. Spärliche Secretion.

5. Friedrich Piringer. Fistula p. resect. coxæ d. 9. September 1891 aufgenommen. Beugestellung von 80°, Beweglichkeit im Sinne der Beugung 5°. Verkürzung 3 *cm*. Trochantergegend aufgetrieben, tiefe Fluctuation. 5. November 1891: Resectio intertrochanterica. 10. December 1891: Heilung der Operationswunden, bis auf eine kleine Fistel. 20. December 1891: Vollständige Heilung. 9. Februar 1892 geheilt entlassen. Spina — Malleol. ext. rechts 61, links 62. Operationsnarben solid, freie active Beweglichkeit nach allen Richtungen. 22. Juli 1892 wieder aufgenommen. Vor einigen Wochen brach die Resectionsnarbe wieder auf. 12 *cm* lange und 2 *cm* breite bogenförmige Operationsnarbe, in ihrer Mitte röthlich mit einer 2 *cm* tiefen Weichtheilfistel. Rest des Trochanters in der Roser-Nélaton'schen Linie. Spina — Malleol. ext. rechts 64, links 67. Trochanter — Malleol. ext. beiderseits 63. Patient geht, ohne besonders zu hinken, mit Prothese. 4. August 1892: Fistel geschlossen. 3. October 1892: Geheilt, Fistel solid verheilt.

6. Elisabeth Bedi. Coxitis sin. c. fistul. 5. November 1891 aufgenommen. Fast rechtwinklige Beugung, leichte Abduction und starke Aus-

wärtsrotation. Linke Backe ziemlich stark verbreitert. Trochanter 2 *cm* über der Roser-Nélaton'schen Linie. Am äusseren Rande des Sartoriuskopfes eine eingezogene Fistel. Etwas ein- und abwärts davon eine eingezogene Narbe. 16. December 1891: Schnitt nach Kocher, das Gelenk wird vorn aussen oben eröffnet. Kopf sitzt dem Trochanter unmittelbar auf. Gelenk ohne fungöse Destruction. Am Trochanter minor fungöse Schwielen, Osteophyten und cariöse Usur, dahin führt die Fistel. Excochleation, der arrodirte Trochanter minor wird abgemeisselt. Excochleation eines Abscesses unter dem Poupart'schen Bande. Fieberhafter Verlauf wegen phlegmonöser Entzündung der Bauchdecken. Incision. 10. Februar 1892: Eröffnung eines Iliacalabscesses durch einen 5 *cm* langen Schnitt längs des Darmbeinkammes, Gegenincision hinten. 1. September 1892: Status præsens: Nach innen von der Spina a. s. besteht in der Mitte der linearen Schnittnarbe eine grosse Fistelöffnung, durch die man tief nach oben und aussen gelangt. 3 Querfinger oberhalb der Spina p. s. besteht eine enge Fistel, die reichlich secernirt und nach unten gegen das Darmbein zieht. Atrophie des linken Beines mit 3 *cm* Verkürzung. Patient geht mit 2 Krücken. 4. October 1892 auf Verlangen gebessert entlassen. Über dem linken Hüftgelenk solide Narbe des Kocher'schen Resectionsschnittes. An der Innenseite des Darmbeinkammes eine lange eingezogene Schnittnarbe, die in ihrer Mitte eine in Ausheilung begriffene Fistel enthält. Über der Spina a. s. eine kleine, wenig secernirende Fistel. Bewegungen des linken Beines ohne Mitgehen des Beckens nicht ausführbar. Verkürzung 3 *cm*. Gang unsicher, stark hinkend, mit starker Auswärtsrollung.

7. Irma Benedict. Fistulæ p. resect. coxæ d. Aufgenommen am 18. November 1888. Beuge- und Adductionscontractur, Gegend des Trochanters aufgetrieben, Trochanter 2 *cm* über der Roser-Nélaton'schen Linie, über dem Poupart'schen Bande und an der Aussenseite des Oberschenkels je eine stark eiternde Fistel. 16. Jänner 1889: Resectio coxæ. Langwieriger Wundverlauf mit starker Schwellung des ganzen Oberschenkels, hartnäckigem Fieber und starker Eiterung. Juni 1889: Consolidation ohne auffällige Verkürzung, starke Eiterung aus mehreren Fisteln. Abscess an der Innenseite des Oberschenkels. Eröffnung desselben. 16. December 1890: Excochleation der Fisteln, Paquelinisirung der Knochenhöhle, Tamponade mit Peru-Jodoformdocht. 15. Jänner 1891: Spaltung eines gänseeigrossen Abscesses an der hinteren Circumferenz des Femur, Auskratzung der Fisteln, durch die in inguine wird ein übermandelgrosser Sequester entfernt. 30. October 1892: Das rechte Bein in starker Adduction, Beugung und Einwärtsrollung. Von der Spina a. s. gegen das Fibulaköpfchen eine 22 *cm* lange, von 2 Fisteln unterbrochene Narbe. Rückwärts, in der Höhe der Analfalte, ebenfalls 2 Fisteln. Entsprechend dem Verlaufe des Ligam. Poupart. eine 6 *cm* lange, von einer Fistel durchsetzte Narbe. 5 *cm* von dieser nach aussen 2 in einer Geraden liegende Fisteln. Sehr geringe Beweglichkeit im Hüftgelenk im Sinne der Abduction und Beugung. Verkürzung 8 *cm*. Längsschnitt über dem Trochanter, Abpräpariren des Nervengewebes, Excision eines an der Basis 1 *cm* breiten Keiles aus dem Trochanter, Hautnähte mit Catgut, Sublimatverband, Extension (5 *kg*). 15. December 1892: Operationswunde verheilt, Femur consolidirt. 21. Jänner 1893: Patientin geht mit 2 Krücken, das rechte Bein in mässiger Abductionsstellung, Knie und Fuss zeigen hochgradige Valgität. Verkürzung 3 *cm*. Prothese, Gypshose in redressirter Stellung.

8. Friederike Löwy. Fistula p. resect. coxæ s. Das erstemal am 26. Juni 1888 aufgenommen. Beuge- und Adductionscontractur, 1 *cm* Verkürzung, tiefe, stark secernirende Fistel an der Aussenseite des Oberschenkels. 20. October 1888: Resectio supratrochanterica. 18. December 1888: Operationswunde geheilt. 13. Mai 1889: Geheilt entlassen. 11. Juli 1889 wieder aufgenommen; Abscess- und Fistelbildung in der Narbe, Zunahme der Beugungs- und Adductionscontractur. 22. März 1892: Fistelevidement, offene Myotomie der Adductoren. 15. April 1892: Operationswunden vollständig geheilt, Fistel geschlossen. Freie Beweglichkeit im Hüftgelenk. Spina — Malleol. ext. rechts 58, links 56; Trochanter — Sohle beiderseits 60. 19. Mai 1892: Aufbruch der Resectionsnarbe, auf rauhen Knochen führende 4 *cm* tiefe Fistel über dem grossen Trochanter. 22. Jänner 1893: Die Fistel zeigt keine Tendenz zur Heilung, das linke Bein steht in starker coxalgischer Adductionsstellung, ist in toto im Wachsthum bedeutend zurückgeblieben. Verkürzung 6·5 *cm*. Erweiterung der Fistelöffnung in Chloroformnarkose. Der Finger fühlt die rauhe Kante des übriggebliebenen Theiles der Gelenkspfanne und kann bei Beugung und Adduction des Oberschenkels zwischen ehemaliger Pfanne und dem Trochanter gegen den horizontalen Schambeinast auf zerstörten Knochen vordringen. Der Trochanter steht bedeutend höher als die zerstörte Gelenkspfanne, 3 *cm* über der Roser-Nélaton'schen Linie. Entfernung von Knochensequestern und fungösen Massen. Von einem radicalen Eingriff wird mit Rücksicht auf den schlechten Ernährungszustand Abstand genommen. Drainage mit in Chlorzink getauchter Tannin-Jodoformgaze, Extensionsverband.

9. Josefine Steingruber. Fistula p. resect. coxæ d. Am 9. September 1891 aufgenommen. Beugungs- und Adductionscontractur, starke Schwellung der Gelenksgegend, 4 *cm* Verkürzung, Fistel unter dem Trochanter. 24. November 1891: Exstirpation des Gelenksfungus, Trochanter gesund, der Rest des Kopfes wird excochleirt. 2. Februar 1893: Die in der Mitte der Resectionswunde gelegene Fistel noch immer stationär, die Sonde führt 4 *cm* tief auf rauhen Knochen in die Gegend des Restes der Gelenkspfanne. Spaltung der Fistel, der Finger tastet ausser fungösen Massen die rauhen Knochenreste der Gelenkspfanne, eine neue Pfanne hat sich nicht gebildet, der Rest des Trochanters ist nur bindegewebig fixirt, mit Hochstand desselben um 3 *cm*, Entfernung der fungösen Massen und Knochenpartien mit dem scharfen Löffel. Tamponade mit Tannin-Jodoformgaze. Sublimatverband.

10. Baumgartner Anna. Fistulæ p. resect. coxæ s. Aufgenommen am 9. September 1891, im April 1891 von Mosetig resecirt, konnte im Juni aufstehen und geht seitdem mit Taylor herum. Ziemlich ausgiebige Excursionen im Pseudogelenk möglich, in der über den Trochanter geradlinig verlaufenden Resectionsnarbe 2 wenig secernirende Granulationsknöpfe; ober dem Kniegelenk an der Aussenseite ebenfalls eine Narbe mit einem kleinen Granulationsknopf. 6 *cm* Verkürzung. 10. Mai 1892 zeitweilig Fieber, bedingt durch Eiterretention. Die Fisteln führen tief durch die Weichtheile gegen den Femurschaft und secerniren ziemlich reichlich. Drainage mit in 10% Chlorzinklösung getauchter Tannin-Jodoformgaze. 15. September 1892: Untere Fistel mit tiefer Einziehung solid vernarbt. 22. Jänner 1893: Da die in der Mitte der Resectionsnarbe gelegene Fistel keine Tendenz zur Heilung zeigt, wird sie excochleirt und mehrere überbohnengrosse Sequester entfernt.

II. Ellbogengelenk.

1. Josef Kellner. Fistulæ p. resect. cubiti s. Wo Resection stattgefunden, nicht bekannt. 22. October 1890 aufgenommen. Linker Arm in spitzwinkliger Ankylose von 55°, am Kond. ext. über dem Radiohumeralgelenk und über dem Olekranon je eine eingezogene, am Knochen adhärente, röthliche Narbe, oberhalb des Epikond. int. eine granulirende Fistel. Die Sonde gelangt nicht auf rauhen Knochen. Active Beweglichkeit zwischen 55°—80°. Active und passive Bewegungen. 6. April 1891 geheilt entlassen. Fistel geschlossen, Bewegungen kräftiger und ausgiebiger, passive bis 90°, active bis 88° möglich.

2. Wilhelm Thaler. Fistula cubiti p. arthrotomiam. 5. November 1891 aufgenommen. Auf der Klinik Albert Ende Juni 1891 resecirt. Ausheilung in partieller Ankylose, Beweglichkeit zwischen 66—74°, passive 60—80°, Pro- und Supination sehr geringfügig. An der Ulnarseite des unteren Humerusendes eine eingezogene, lineare Narbe, eine ebensolche über der Tricepssehne, endlich eine strahlige, dünne bläuliche Narbe, central fistulös dorchbrochen zwischen Olekranon und Epikond. int. 9. Februar 1892 geheilt entlassen. Fistel geheilt. Passive Beweglichkeit 90—65°, active 80—66°.

3. Christian Mertl. Caries cubiti d. p. resect. recidiva. 22. October 1890 aufgenommen. 26. October 1890: Partielle Resection und Kapselexstirpation. 5. Juni 1891 geheilt entlassen. Ellbogen ausgeheilt mit activer Beweglichkeit von 85—130°. 15. December 1892 wieder aufgenommen. Das rechte Ellbogengelenk nur zwischen 140—150° beweglich. An der Streckseite desselben eine 7 *cm* lange, stellenweise bis 4 *cm* breite, strahlige, am Knochen fixirte Narbe mit fistulösem Durchbruch und verschiedenen exulcerirten Partien. Umfang über der Mitte des Gelenkes rechts 18 *cm*, links 16 *cm*. An der Innenseite desselben eine thalergrosse Hautexulceration. Chlorzinkbehandlung. 23. Februar 1893 geheilt entlassen. Die Fisteln und Exulcerationen solid vernarbt. Streckung bis 150°, Beugung normal, Pro- und Supination normal.

4. Arnold Guttmann. Caries cubiti d. p. resect. recidiva. Zum erstenmale am 30. September 1890 aufgenommen, wurde von Maydl resecirt (wann?); active Bewegungen unmöglich, passive zwischen 88—130°, 6 *cm* lange Resectionsnarbe, eine wenig secernirende Fistel an der unteren Fläche des Gelenkes. 22. December 1890 geheilt entlassen, die Fistel verheilt. 9. September 1891 wieder aufgenommen. Rechter Ellbogen stärker geschwollen, druckempfindlich, wird im Winkel von 105° gehalten. Keine active Beweglichkeit, passive nur um wenige Grade möglich, Pronation und Supination nur sehr gering. An der Radialseite 3 Fisteln, an der Ulnarseite 1 Fistel. Pastöse Anschwellung des ganzen Gelenkes. 6. November 1891 ausgedehntes Fistelevidement. Der scharfe Löffel fördert grosse Massen fungösen Gewebes zutage, ohne auf cariöse Knochenherde zu treffen. 14. Februar 1892: Eiterretention, Fieber. 1. April 1892: Aufbruch eines Abscesses oberhalb des Gelenkes. 5. Juni: Ignipunctur. 19. August: Abscessbildung in der Ellbogenbeuge, Incision, Drainage. 8. Jänner 1893: Fisteln fast vollständig ausgeheilt. 23. Februar 1893 geheilt entlassen. Das rechte Ellbogengelenk in rechtwinkliger Ankylose. An der Beuge- und Streckseite desselben theils flache, theils tief eingezogene, am Knochen fixirte Narben, von denen eine an der Beugeseite noch nicht voll-

ständig verheilt ist. Pro- und Supination unmöglich. Umfang über dem Olekranon rechts 20 *cm* gegen links 19 *cm*.

5. Karl Hassa. Caries (multiplex), cubiti d. p. resect. recidiva. Zum erstenmale am 30. September 1890 aufgenommen. 29. October 1890: Partielle Resection des rechten Ellbogengelenkes. 22. December 1890 wegen Pertussis gebessert entlassen, Operationswunden grösstentheils verheilt. 13. Mai 1891 wieder aufgenommen. Der rechte Ellbogen spindelig aufgetrieben, in $^3/_4$ Streckstellung fixirt, über der Streckseite eine zickzackförmige Schnittnarbe, welche in beiden Enden des Zickzacks von Fisteln durchbrochen ist, aus welchen sich übelriechender Eiter entleert. 1. Juli 1891 Schnitt über die Streckseite des Gelenkes, welcher in eine ca. walnussgrosse, von fungösen Massen ausgefüllte Höhle führt. Excochleation derselben. Es zeigt sich ein Knochenherd im äusseren Epikondylus, Abtragung desselben. Auskratzung der Fistel unterhalb des Olekranons, ferner mehrere Weichtheilherde. Tamponade mit Perudocht. Erweiterung zweier fungöser Stellen zwischen vorderer und hinterer Achselfalte. Der Löffel gelangt in einen osteomyel. Herd im oberen Theile des Humerus. Kein weiteres Vordringen. 27. October: Erysipel am rechten Oberarm. 9. Februar 1892 gebessert entlassen. Die Verdickung am rechten Ellbogen kleiner geworden, Ankylose in $^3/_4$ Streckstellung. Zu beiden Seiten des Olekranons wenig secernirende Fisteln. 15. December 1892 zum drittenmale aufgenommen. Rechtes Ellbogengelenk in stumpfwinkliger Beugestellung ankylosirt, mit zahlreichen Fisteln, die auf rauhen Knochen führen und mit Hautexulcerationen in der ganzen Circumferenz besetzt, spindelig aufgetrieben; Ernährungszustand hochgradig herabgekommen, Panniculus vollständig geschwunden. Tbc. pulm., Amyloidosis der Leber und Milz, starke Albuminurie. 25. März 1893: Exitus letalis unter Inanitionserscheinungen.

6. Katharina Hillmann. Caries ulnæ sin. p. resect. recidiva. Zum erstenmale am 23. Juli 1891 aufgenommen mit Caries et Ankylosis cubiti utriusque. 26. Juli 1891: Links Arthrotomie, Resection der Ulnadiphyse; rechts Resection des Olekranon, des Radiusköpfchens und der Oberarmkondylen. 29. October 1891 geheilt entlassen. 29. September 1892 wieder aufgenommen. Rechts: Operationsnarben solid, Beugestellung und active Beweglichkeit des Vorderarms mit ziemlich bedeutendem Schlottergelenk, Functionstüchtigkeit ziemlich gut. Links: Längs der Ulnarseite des Vorderarms eine 20 *cm* lange, tiefe, am Knochen fixirte Schnittnarbe mit je einer Knochenfistel am oberen und unteren Ende. Aus der unteren Fistel über dem Capitulum ulnæ sieht ein Knochensequester heraus, die Umgebung derselben ist in Thalergrösse exulcerirt. 10. October: Extraction des ca. pflaumengrossen Sequesters nach Erweiterung der Fistel. 13. April 1893: In der letzten Zeit hat sich unter Fieber eine pastöse Anschwellung des linken Ellbogens gebildet. Ignipunctur.

7. Franz Goldbrunner. Caries cubiti d. cum Ankylosi. Am 4. December 1891 aufgenommen. 17. December 1891: Kapselexstirpation und subperiostale Resection des Olekranon. Wunde, bis auf eine kleine Fistel in der Gegend des Olekranon, verheilt. 25. Jänner 1892: Fungöser Zerfall des unteren Narbenendes. 12. März 1892: Fungöse Entzündung am rechten Ellbogen. 5. Juni: Ignipunctur des immer wieder zu Entzündungen neigenden Ellbogens. 28. Juli: Spaltung eines Abscesses in der rechten Ellbogenbeuge. Drainage. 26. September: Neuerliche Abscesspaltung. 2. Februar 1893: Sämmtliche

von der Ignipunctur herrührenden Wunden, bis auf einige Weichtheilfisteln, verheilt, mit knöcherner Ankylose ohne Zeichen einer Recidive. Die Fisteln werden excochleirt und drainirt.

III. Kniegelenk.

1. Theresia Zwirzina. Caries genus c. post. Arthrectomiam. 31. December 1890 aufgenommen. Im Rudolfinerhause arthrectomirt (31 Juli 1890). Knie in Streckankylose, es fehlt die Patella; die ganze Gegend stark geröthet, von livid rothen Narben durchzogen, die zum Theil von Fisteln durchbrochen erscheinen. Bei Druck besteht grosse Schmerzhaftigkeit und lässt sich reichlicher, dunkelbrauner Eiter entleeren. 23. Jänner 1891: Fistelevidement. 31. Mai 1891: Exitus letalis. Obductionsdiagnose: Meningitis tbc., Peribronchitis tbc., Tbc. artic. genus sin., Tbc. gland. lymph. inguin., bronch., mesent., Infarct. lien. caseos., Amyloid. lien., Nephr. chron., Catarrh. intest. chron.

2. Friederike Schaffer. Fist. p. resect. genus d. 30. Dec. 1890 aufgenommen. 10. Juni 1890: Arthrectomie im Rudolfinum, zwei weitere Eingriffe am 23. Juli und 7. September. Knie sehr empfindlich, hochgradig geschwellt, geröthet, der Oberschenkel zum Unterschenkel in Varusstellung fixirt. An der dem Kondylus ext. entsprechenden Stelle liegt in Kreuzergrösse der Knochen bloss. Von hier zieht eine lineare Narbe quer über das Knie; 4 *cm* ober dieser eine fistulöse, dunkelbraunen Eiter secernirende Stelle. An der Innenseite des Gelenkes eine zwei teFistel. Die Sonde gelangt auf keinen rauhen Knochen. 15. Febr. 1891: Sequestrotomie, Fistelevidement. 23. Mai 1891: Extraction der sequestrirten Patella. 3. September 1891 geheilt entlassen. Operationswunden bis auf zwei sehr seichte, fast gar nicht secernirende Fisteln geheilt. Das rechte Bein durchwegs verdickt, Knie solid und fest, Verkürzung 4 *cm*. Die Achse des Beines eine gerade, Stellung des Fusses normal.

3. Mateo Carlevaris. Tumor albus genus d. 28. April 1890 zum erstenmale aufgenommen. Redressirende Verbände, am 16. November 1890 gebessert entlassen: Rechtes Kniegelenk in Strecklage, nicht geschwollen, auf Druck nicht empfindlich, Extremität atrophisch. Umfang über der Patella rechts 21 *cm*, links 19·5 *cm*. 16. August 1891 wieder aufgenommen: Rechtes Kniegelenk kugelig geschwollen, in Beugestellung von 95°, kann nur um wenige Grade im Sinne der Bewegung oder Streckung bewegt werden. Kapsel teigig durchzufühlen, Umfang über der Patella 22 *cm*. Im October Arthrectomie. Nach drei Wochen Heilung per primam. 20. April 1892: Kleine Fistel unterhalb der Patella. 18. Mai: Extraction eines 4 *cm* langen Drains. 24. Juni: Die Fistel hatte sich auf kurze Zeit geschlossen, ist gegenwärtig wieder offen und führt zur rauhen Patella. 15. Juli: Eröffnung eines Abscesses in der rechten Kniekehle. 24. September: Da der tbc. Zerstörungsprocess fortschreitet, werden die Fisteln durch einen Schnitt an der Streckseite gespalten. Entfernung verschiedener Knochensequester und fungöser Knochenpartien. 2. Februar 1893: Die Operationswunden bis auf je eine Fistel an der Vorder- und Innenseite des Gelenkes verheilt, fungöse Weichtheilschwellung nicht mehr vorhanden. Excochleation der beiden Knochenfisteln, Chlorzinkdrainage. 13. April: Da sich die beiden Fisteln nicht schliessen wollen, werden sie neuerdings excochleirt.

4. Richard Handl. Caries artic. genus c. contractura. 5. December 1890 das erstemal aufgenommen. Subluxation des Unterschenkels

nach aussen und hinten mit Auswärtsrotation. Die Achse des Unterschenkels steht zu der des Oberschenkels bei möglichster Streckung in einem Winkel von 100°, in möglichster Beugung von 80°. 10 *cm* oberhalb des Kondylus int. eine tief eingezogene, von lividen Hauträndern umgebene Fistel, durch welche die Sonde hinter der Streckmusculatur bis an die gegenüberliegende Seite gelangt, ohne rauhen Knochen zu berühren. An derselben Seite noch zwei Fisteln. Leichte seitliche Beweglichkeit. Unterhalb der Gelenkslinie eine an der Tibia adhärente, von zwei Fisteln durchbrochene Narbe. Patella vergrössert, fast unbeweglich, nach aussen subluxirt. Am Innenrand der Tibia eine theilweise ulcerös zerfallene Narbe. Musculatur atrophisch. Gelenkslinie — Malleol. ext. links 34, rechts 37. 13. Februar 1891: Keilresection. 19. November 1891: Da keine Consolidation eintrat, Vernagelung mit Elfenbeinstiften. 14. Jänner 1892: Entfernung des letzten Stiftes. Consolidation wenig besser. 25. Jänner: Arthrodese. 28. April: Geheilt entlassen. Ausser etwas Ekzem an der Narbe, alles verheilt. Consolidation noch immer nicht erfolgt, jedoch ist die Festigkeit seit der letzten Operation vermehrt. Mit Kniehülse und Prothese gute Gehfähigkeit.

Trochanter	— Capit. fibul.	links	31,	rechts	36.
„	— Malleol. ext.	„	64,	„	77.
„	— Sohle	„	69,	„	81.

17. April 1893 wieder aufgenommen. Linke untere Extremität hochgradig atrophisch, in toto um 15 *cm* verkürzt.

Trochanter	— Capit. fibul.	links	30,	rechts	41.
„	— Malleol. ext.	„	61,	„	76.
„	— Sohle	„	66,	„	84.

Umfang über der Patella links 27, rechts 33. Das linke Kniegelenk in vollständiger Streckstellung, kann activ kaum, passiv nur um einige Grade bewegt werden. Rotations- und seitliche Bewegungen nicht ausführbar. In der ganzen Circumferenz des Gelenkes ausgebreitete Narbenflächen, stellenweise ekzematös, stellenweise solid. An der Innenseite der vollständig fixirten Patella zwei nahe nebeneinander liegende, tief ins Gelenk auf rauhen Knochen führende Fisteln.

Hören wir jetzt die Ergebnisse einer langjährigen Erfahrung bei der Behandlung der Gelenkstuberculose, die ein Mann gesammelt hat, der Resultate erreicht und in nüchternen, aber beweisenden Ziffern ausgedrückt hat, die in einem grellen Gegensatze zu den Mittheilungen aus S. Pelagio stehen.

Dr. Rabl, der, nach einer brieflichen Mittheiluug, beabsichtigt, eine grössere Arbeit über Knochen- und Gelenkstuberculose zu veröffentlichen, hat in seiner Arbeit folgende Heilungspercente bei streng conservativer Behandlung erzielt. Er hat oft in schweren Fällen, die zur Amputation von anderen Chirurgen bestimmt waren, diesen Ein-

griff aber verweigert hatten, Heilung mit beschränkter oder sogar vollständiger Beweglichkeit erzielt und eine Reihe solcher Fälle in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vorgestellt. Seine Fälle sind zum Theile der Privatpraxis, zum Theile dem Materiale des von ihm geleiteten Kinderspitales in Bad Hall entnommen. Bei den Kranken aus der Privatpraxis waren natürlich die äusseren Verhältnisse günstiger, und macht sich der Einfluss dieser letzteren auch in den Heilungspercenten geltend.

Die beiden folgenden Tabellen umfassen 1398 Fälle von tuberculösen Gelenkserkrankungen.

Die Heilungspercente waren (pag. 28 l. c.):

a) Sämmtliche Fälle inclusive Kinderspital:

Coxitis	geheilt	73·8	Percent
Gonitis	„	74·6	„
Tarsitis	„	82·0	„
Cubititis	„	85·5	„
Carpitis	„	75·1	„

b) Die Fälle aus der Privatpraxis, exclusive Kinderspital:

Coxitis	geheilt	78·1	Percent
Gonitis	„	79·1	„
Tarsitis	„	82·1	„
Cubititis	„	86·5	„
Carpitis	„	73·7	„

Mit Recht sagt Rabl, dass seine Heilungspercente ausserordentlich günstig sind, dass sie besser sind, als die günstigsten Operationsstatistiken.

Ich unterlasse es hier, Operationsstatistiken anzuführen, da es sich ja bei jeder Statistik um verschiedenartige Fälle handelt und die Ergebnisse der grossen Statistiken ja allgemein bekannt sind; ich verweise hiebei auf die diesbezüglichen Angaben aus der Literatur am Schlusse dieser Arbeit.

Die Mittheilungen Rabl's beziehen sich alle auf Endresultate nach Jahren, und hatte er in seiner 32jährigen Praxis häufig Gelegenheit, Patienten, die in ihrer Kindheit an schweren tuberculösen Gelenksaffectionen erkrankt gewesen waren, bis in deren späteres Lebensalter zu beobachten.

Am deutschen Chirurgencongress 1892 hielt König, der Altmeister in der Frage der Gelenkstuberculose, einen längeren Vortrag über diesen Gegenstand, dem ich die folgenden wichtigsten Punkte entnehme:

Er bezeichnet die Frühresection ohne sichere Diagnose als eine Übertreibung der Resectionspraxis und betrachtet dieselbe jetzt als aufgegeben. Durch die mechanische conservative Behandlung heilt heute fast die Hälfte der Fälle aus. Er betont, dass die mittelst conservativer Methode ausgeheilten Coxitiker in der Regel besser daran sind, als die resecirten. Er hat in den letzten 15 Jahren unter 410 Coxitiskranken etwa die Hälfte conservativ behandelt, 250 wurden resecirt mit 19 Percent Todesfällen (im Anschlusse an die Operation?).

Als Indication zur Resection stellt er noch die 3 Punkte auf:

1. Resistenz gegen die conservative Therapie.

(Es bleibt da wohl ein grosser Spielraum für die Indication zur Operation, wenn man sich nicht mit dem Gedanken befreunden kann, eventuell jahrelang den Eintritt einer Besserung bei conservativen Massnahmen abzuwarten.)

2. Schwere abscedirende und verkäsende Formen.

3. Schwere Ostaltuberculose.

Diese beiden letzten Indicationen haben eben Geltung bei jenen Autoren, die bei Coxitis eine Resection ausführen.

In derselben Sitzung trat Bardenheuer noch für die Pfannenresection ein. v. Bergmann ist sehr für die Injection von Jodoformglycerin bei Coxitis eingenommen und meint, dass er es ihrer Anwendung zu verdanken habe, dass er jetzt, im Jahre 1891, nur 11 Hüftgelenksresectionen gemacht habe, während er früher jährlich 30—40 ausführte.

Heusner hat seit 3 Jahren nicht mehr resecirt und selbst schwere Fälle mit Stützapparaten ausgeheilt. König erwiderte, dass die Specialbehandlung auf mechanischem Wege, wie sie von Heusner, Hessing u. a. ausgeführt werde, nicht jedermanns Sache sei und daher auch nicht Gemeingut aller werden könne.

An den von Prof. Lorenz am 28. October 1892 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenen Vortrag „über die mechanische Behandlung der Coxitis und der fungösen Gelenkserkrankungen der unteren Extremitäten überhaupt“ schloss sich eine Discussion an, in der Hofrath Albert in Kürze den Standpunkt präcisirte, den er in dieser Frage immer eingenommen hat, und besonders hervorhob, dass die Resultate, die er bei conservativer Behandlung erreicht habe, allerdings von denen Lorenz' übertroffen werden, dass sie aber immerhin als gute zu bezeichnen seien. Er erinnerte sich an 50 Fälle von Coxitis, die er genau verfolgt hat, von denen kein einziger starb; es erscheinen ihm daher die Angaben eines Londoner Comités, dass circa 30% Coxitiden gestorben seien, unbegreiflich.

Die besseren Resultate Lorenz' finden ihre Erklärung wesentlich in 2 Punkten: erstens kommen die Coxitiden meist früher im Initialstadium in Behandlung, zweitens ist die Technik der Anlegung der Fixationsverbände eine vervollkommnete. Wenn auch das Auftreten von Abscessen durch diese Methode nicht immer aufgehalten werden kann, so ist es doch seltener geworden.

Hofrath Billroth besprach die an seiner Klinik übliche Behandlungsmethode und äusserte sich über die Resection bei Coxitis, wie folgt: „In der Frage der Resection habe ich dieselben Phasen durchgemacht, die Albert darlegte. Der gute Ruf, welcher der Resection bei Coxitis gemacht war, hat sich mir nie bestätigt. Ich habe die Resection versucht, aber nie eine Primärheilung gesehen. Ich habe überhaupt nur einen einzigen Fall von glänzendem Heilungsresultat nach Resection der Hüfte zu verzeichnen, und die machte ich wegen Schussfractur des Femurkopfes bei einem Officier . . . . . Wo ich wegen Tuberculose die Hüfte resecirte, hatte ich nie gute Resultate, die Operirten giengen wie mit angeborner Luxation behaftet."

Die mehrfach citirte Arbeit Lorenz' enthält seine Behandlungsmethode mit allen von ihm angegebenen Verbesserungen der Technik. Es mögen, da es zu weit führen würde, auf die Arbeit des näheren einzugehen, hier nur die wichtigsten Punkte Platz finden.

Lorenz versuchte die Fixation der erkrankten Gelenke durch unabnehmbare oder abnehmbare Modellverbände, die sich den Contouren der Körperoberfläche genau anpassen, und er hat diese Aufgabe in einfacher Weise durch exacte Anlegung der Gypsbinde gelöst; er stellte derart billige Verbände her, die in der Armenpraxis ihre Anwendung finden und zugleich als Modell für die aus Fournierholz oder noch besserem Material, dem Celluloid, anzufertigenden Fixationshülsen dienen; das Celluloid hat den besonderen Vortheil grosser Leichtigkeit sowie der Waschbarkeit. In einer grossen Anzahl von Coxitiden, die im Initialstadium zur Behandlung kamen, hat Lorenz restitutio ad integrum erreicht.

„Bei dem Umstande, dass in der Mehrzahl der Fälle, ob mit oder ohne Eiterung, das Leiden zur Zerstörung des Gelenkes führt, erwächst der mechanischen Therapie die Aufgabe, darüber zu wachen, dass das Gelenk in zwekmässiger Stellung ankylosire. Je fester diese Ankylose wird, umso besser functionirt später das Bein."

Lorenz erwähnt, dass frühere eifrige Anhänger der Resectionspraxis, wie Heusner, sich der conservativen Therapie zugewendet haben, dass aber die meisten der Indication für die Resection jetzt weit engere Grenzen stellen.

Unter 60 genau verfolgten Fällen aus der Privatpraxis hat Lorenz nur 4 Todesfälle, und bei diesen waren schwere Complicationen mit Erkrankungen der inneren Organe, so dass eigentlich auf Rechnung der Coxitis kein Todesfall kommt.

Thausing, Assistent der Klinik Billroth, beginnt seine Arbeit mit der Mittheilung, dass an der genannten Klinik tuberculös erkrankte Gelenke stets nach conservativen Principien behandelt werden, am ausgesprochensten aber die tuberculöse Coxitis (l. c. pag. 1). Unter 66 Patienten, bei denen es sich um schwere Formen der Erkrankung handelte, wurde 2mal die Frühresection vorgenommen, von diesen 2 Fällen wurde 1 geheilt, 1 blieb ungeheilt. Von 10 Fällen, in denen die Resection vorgenommen wurde, um die Wundverhältnisse zu bessern, nicht aber in der Hoffnung, alles Erkrankte entfernen zu können, (Billroth hielt bekanntlich schon lange daran fest, dass die Resectio coxæ nichts anderes erreichen könne, und unterschied sich dadurch von Volkmann, der seinerzeit es für möglich hielt, alles Erkrankte zu entfernen; Thausing, l. c. pag. 9), sind 2 ohne Rücksicht auf das functionelle Resultat geheilt, 5 ungeheilt geblieben, 41·6% war die Mortalität (5), welche wahrscheinlich durch Zuwachs aus der Zahl der ungeheilten Fälle erhöht werden dürfte. Dagegen sind von 21 conservativ behandelten Fällen ohne Eiterung 3 vollkommen, 12 mit grösserer oder geringerer Functionsbehinderung geheilt, 3 blieben ungeheilt, 3 starben; von 33 conservativ behandelten Fällen mit Eiterung wurden 14 geheilt, 13 blieben ungeheilt, 6 sind gestorben.

Dass ich mit dem Vorangehenden nicht eine erschöpfende Darstellung der Gesammtliteratur über die Gelenkstuberculose gab, ist bei der nicht zu bewältigenden Menge von Arbeiten über diesen Gegenstand selbstverständlich; sie würde doch nur den Umfang dieser Arbeit, welche den Standpunkt der Klinik Albert zeichnen soll, vergrössern. Für denjenigen, der sich für den Gegenstand interessirt und die Literatur ausführlicher kennen lernen will, gebe ich am Schlusse dieser Arbeit ein Literaturverzeichnis, aus welchem ich die mir für den Zweck dieser Arbeit am wichtigsten scheinenden Punkte entnommen habe. Ich vermeide auch, um nicht zu ausführlich zu werden, die Besprechung der verschiedenen Resectionsmethoden, deren Statistik und Verhältnis zur Amputation.

Anschliessend gebe ich das Material der Klinik Albert aus den Jahren 1881—1891 und eine grössere Anzahl von Fällen aus der Privatpraxis des Hofrath Albert. Es umfasst alle Fälle, bei denen es gelang, sei es auf brieflichem Wege, sei es — bei der weitaus geringeren Zahl — durch erneute Untersuchung, das Endresultat nach mindestens zweijähriger Beobachtungszeit festzustellen. Den Tabellen sind die Auszüge der Krankengeschichten beigefügt, wodurch ich ein besseres Bild zu bieten glaube, als durch abermalige Besprechung der einzelnen Fälle. Ich habe mich bemüht, die Tabellen in solcher Weise anzufertigen, dass bei ihrer Durchsicht leicht jede für unseren Gegenstand wichtige Frage ihre Beantwortung findet.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Hofrath Albert meinen innigsten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit, die Überlassung des Materiales und die mir von ihm in reichlichem Maße zutheil gewordene Unterstützung auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis

der im Texte citirten Autoren.

1. Cruvelhier. Essay sur l'anatomie pathologique. Paris (1816).
2. Derselbe. Traités des Anat. path. general. Paris (1849—1864).
3. Bayle. Remarques sur les tubercul. (1803).
4. Derselbe. Remarques sur l'induration blanche etc. (Virch. Arch. 1865.)
5. Rokitansky. Lehrbuch der path. Anatomie (1842—1846.)
6. Engel. Archiv f. physical. Heilkunde. (1843.)
7. Hüter. Klinik der Gelenkskrankheiten. (1876—1877.)
8. Derselbe. Erzeug. d. Synovitis hyperpl. gran. an Hunden. (D. Ztschr. f. Bacteriologie, Bd. 9.)
9. Billroth. (Volkm. Hefte, 1868, 1869.) Über d. Charakter u. d. Bedeutung der fungösen Gelenksentzündungen.
10. König. Die Tuberculose der Knochen u. Gelenke. (1884.)
11. Waldenburg. Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und die Scrophulose. (Berlin 1869.)
12. Langhans. Virch. Arch. Bd. 42.
13. Köster. Virch. Arch. Bd. 48.
14. Friedländer. Volkmann's Hefte. (1873.)
15. Mögling. Brun's Beiträge z. Chirurgie. Bd. 1.
16. Neisser. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. 14. (Ausführliche Literaturangaben.)
17. Baumgarten. D. med. Wochschr. (1882—1883.)
18. Schuchard und Krause. Fortschr. d. Medicin. (1883, Nr. 9.)
19. Krause. Die Tub. der Knochen u. Gelenke. (1891, pag. 7.) Berlin.
20. Schleghtendal. Fortschr. d. Medicin. (1883, Nr. 17.)
21. Kühne. Verh. d. VI. Congr. f. int. Medicin.
22. Schüller. Exp. u. hist. Unters. Stuttgart (1880).
23. Derselbe. Neue Beh. d. Tuberculose u. s. w. Wiesbaden (1891).
24. W. Müller. Exp. Unters. über d. Entsteh. d. Knochentuberculose. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 25, pag. 37.)

25. Courmont u. L. Dor. Künstl. Erzeug. von Gelenkstuberculose. (Province med. Lyon 1890.)
26. Krause. (l. c.)
27. Aviraguet. Du rôle de l'hérédité dans la tuberculose. (Gaz. hebd. de méd. et chir. 1892, Nr. 35. Ref. Ctrbl. f. Chir. 1893, Nr. 23.)
28. Gärtner. (Zeitschr. f. Hygiene. 1893. XIII. 2.) Über d. Erblichkeit der Tuberculose.
29. Dollinger. Ctrbl. f. Chir. (1889.)
30. Bollinger. Münch. med. Wochschr. 1888, pag. 479.
31. Baumgarten. Lehrbuch d. Mykologie. Bd. II., pag. 602.
32. Schultze. König's Lehrbuch. I. Bd., pag. 528.
33. Cornet. XVIII. Congress f. Chir.
34. König. Lehrbuch. 1889, I. Bd.
35. Klein A. Beitr. z. klin. Med. u. Chir. 1893. (Ursache der Tuberculin-Wirkung.)
36. König. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 11.
37. Reboul J. Ref. Centrbl. f. Chir. 1891.
38. Moleschott. Billroth (Lehrbuch).
39. Gosselin. Sur l'attenuation du virus de la tuberculose. Etud. exp. et clin. sur la tub., publ. sous la direction du M. le prof. Verneuil. (Ref. Ctrbl. f. Chir.)
40. Verneuil. Generalisation de la tubercul. (Ibidem.)
41. Wymann. The constitual treatement of caries and necrosis. (New-York. Med. Journ. Vol. L.) Ref. ibid.
42. Schüller. (l. c.)
43. Winkler F. D. M. Med. Wochschr. 1893, Nr. 32.
44. Scheimpflug. Die Heilstätten f. scroph. Kinder. (1889.) Wien.
45. Albert. D. Verein z. Erricht. u. Förd. v. Seehospizen und Asylen etc. (1886.) Wien.
46. Rabl. Bad Hall. (1891.) Wien.
47. Bier. Behandl. chir. Tub. d. Gliedmassen mit Stauungshyperämie. (Kiel 1893.)
48. Heller. Bier. (pag. 31.)
49. Czerny u. Albert. Österr. med. Jahrbücher.
50. Lorenz. Über die mech. Beh. d. Coxitis, etc. (Wiener Klinik, 11. Heft.)
51. Desrelbe. Über die Orthopädie d. Hüftgelenkscontracturen und -Ankylosen. (1889.)
52. Hüter. Klinik der Gelenkserkrankungen. (§ 205.)
53. Dombrowsky. Zur orthop. Beh. d. fung. Gelenkserkrankungen etc. (Inaug.-Diss. Dorpat 1881.)
54. König. D. Ztschr. f. Chir. Bd. XII., pag. 570.
55. Kolischer. „Kalkbehandlung bei Localtuberculose" und „Ein neues Heilverfahren bei localis. tub. Processen." (Wr. med. Presse. 1887.)
56. Rabl. (l. c.)
57. Landerer. Handbuch d. allg. chir. Path. u. Ther. (1890.)
58. Derselbe. Die Beh. d. Tuberculose mit Zimmtsäure. (Ctrbl. f. Chir. 1892. Ref.)
59. Kawaz J. Beitr. zur Beh. d. Tub. mit Nelkenöl. (Ctrbl. f. Chir. 1892, Nr. 26. Ref.)
60. Lannelongue. Wr. med. Presse. 1892, Nr. 18. (Ref.)

61. Poux R. Methode sclèrogene etc. (Ref. Ctrbl. f. Chir. 1893, Nr. 2.)
62. Timmermanns. Ibidem.
63. Marchand. Virch. Arch. Bd. 93.
64. Bruns u. Nauwerck. D. chir. Congress 1887.
65. Billroth. Lehrbuch, pag. 565.
66. Miculicz. Siehe unten Weidenmüller.
67. Binz. Ibidem.
68. Dollinger. Beitr. z. Jodoformätherbehandlung d. Gelenkstuberculose. (Ctrlbl. f. Chir. 1889.)
69. Brodnitz. Ctrbl. f. Chir. 1893.
70. Pohini. Ctrbl. f. Chir. 1891. (Ref.)
71. L. de Vos. Ctrbl. f. Chir. 1893, Nr. 3.
72. Weidenmüller. Die Beh. loc. tub. Affect. mit Jodoform. (1891.)
73. Richet. Dombrowsky, l. c.
74. Kocher. Zur Prophylaxe der fung. Gelenksentzündungen. Samml. klin. Vortr. Volkmann. 102.
75. Jaffé. Über die Anwendung d. Ferr. cand. bei chron. Gelenkskrankheiten. (Inaug.-Diss. Strassburg 1877.)
76. Münch. Über cariöse Erkrankungen des Fussskelettes. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 11, pag. 367.)
77. Vincent. De l'arthrotomie ignée et chauffage artic. combinès avec le pansement jodoformè et l'immobilisation. (Rev. de chir. 1884. Ref. Ctrbl. f. Chir. 1884.)
78. Trèlat. Berichte über d. Sitz. d. chir. Sect. d. int. med. Congr. in Copenhagen 1884.
79. Triboul. De l'ignipuncture dans le traitement de tumeurs blanches. Paris 1883.
80. Ollier. Congress zu Copenhagen 1884.
81. Kolomin. Behandl. d. gran. Gelenksentz. mittelst Ignipunctur und Trepanation. (Ref. Ctrbl. f. Chir. 1885.)
82. Landerer. Handbuch der Chirurgie.
83. Krause. Über d. heutigen Standpunkt in d. Behandl. tub. Knochen- und Gelenkserkrankungen. (B. kl. Wochschr. 1890.)
84. Derselbe. Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. (1891, pag. 192.)
85. Felizet. De l'emploi de temperatures extrèmes en chirurgie etc. (Bull. et mem. de la societé de chir. Paris. T. XVIII., pag. 495.)
86. Baker. Seven cases of excision of the hip joint combined with the hot water flushing method. (Ref. Ctrbl. f. Chir. 1892, Nr. 48.)
87. Albert. Wr. med. Presse. (1874, Nr. 41 u. s. w.)
88. Derselbe. Über Gelenksresectionen bei Caries. (Wr. Klinik. 4. Heft.)
89. J. Albrecht. Über die Bedeutung der fung. Gelenksentzünd. und die Bedeutung der Gelenksresection bei solcher. (D. Ztschr. f. Chirurgie. Bd. 19.)
90. Korff. Über die Endresultate von Gelenksresection. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 22.)
91. Bidder. Über Resection des Handgelenkes. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 28.)
92. Derselbe. Über zuwartende und thätig eingreifende Therapie der Gelenkstuberculose. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 21.)
93. Petersen. Zur Frage d. Kniegelenksresection bei Kindern. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 34.)

94. Hoffa. Langenbeck's Archiv. 1885.
95. Caumont. Über d. Behandl. d. chron. Gelenkstuberculose d. unt. Extremitäten. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 20.)
96. Mandry. Zur Frage der Arthrotomie des Kniegelenkes bei Kindern. (Bruns: Beitr. z. kl. Chir. Bd. III.)
97. Volkmann. Die Arthrotomie am Knie. (Ref. Ctrbl. f. Chir. 1883.)
98. Fries. Beitr. zur Resection der Gelenke. Aus der Klinik Prof. Maas. (Inaug.-Diss. Würzburg 1885.)
99. W. Müller. Zur Frage d. Operation der Kniegelenkstuberculose bei Kindern. (Ctrbl. f. Chir. 1885. Ref.)
100. Pawlow. Ctrbl. f. Chir. 1885. (Ref.)
101. Bother. Über den Verlauf der Resectionen grösserer Gelenke unter dem antisept. Dauerverbande. (Inaug.-Diss. Würzburg 1886.)
102. Haidenhain. Über Arthrotomie und Arthrektomie. (Inaug.-Diss. Halle 1886.)
103. Hitzegrad. Kniegelenksresection. (Ctrbl. f. Chir. Ref. 1887.)
104. Willemer. Über Kniegelenkstuberculose. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 22.)
105. E. de Paoli Dell Arthrotomia parziale et totale. (Ctrbl. f. Chir. 1887. Ref.)
106. Axel Iversen. Über die Arthrotomie, besonders des Kniegelenkes. (Ref. Ibidem.)
107. G. Schmalfuss. Beitr. z. Statistik der chir. Tuberculose. (Langenbeck's Archiv. 1887, Bd. 35.)
108. A. G. Gerster. New-York. Exsection of the Knee-joint for tuberculosis. (Ctrbl. f. Chir. 1887. Ref.)
109. J. Sbabanejew. Oesteoplast. Resect. d. Tibio-Tarsalgelenkes mit hinterem Lappen. (Ctrbl. f. Chir. 1887. Ref.)
110. Gritti. Ctrbl. f. Chir. (Ref.)
111. Neugebauer. Über Endresultate der Kniegelenksresectionen. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 29.)
112. F. A. Plicque. Etude sur le traitement de la tumeur blanche dans l'enfance. (Gaz. des hospit. 1891, Nr. 5.)
113. E. Tilius. Vorschlag zur Technik der Arthrotomie am Knie. (Ctrbl. f. Chir. Ref. 1887.)
114. Riedinger. Ref. Ibidem.
115. Angerer. Münch. med. Wochschr. 1888, Nr. 26.
116. Gritti. Resezione dorsale tarso-metatarsea, nuovo processo operativo. (Gaz. degli ospidal. 1888. Ctrbl. f. Chir. 1888. Ref.)
117. Kummer. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 27.
118. A. Bothe. Über die Endresultate der Resection des Kniegelenkes. (Ctrbl. f. Chir. 1888. Ref.)
119. Paschen. Zur Pathologie der Knochen und Gelenke. (D. Ztschr. f. Chir.)
120. Riedel. Die oper. Behandlungsmethode tuberc. Gelenke. (Corr.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen. 1888.)
121. Ashhurst. A contribution to the study of excision of the larger joints. (Ctrbl. f. Chir. Ref. 1889.)
122. H. Soor. Osteoplast. Methode der Fussgelenksarthrotomie. (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 30.)
123. Zoege-Manteuffel. Über die Behandlung fung. Kniegelenksentzündung mittelst Resection. (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 29.)

124. Lovett und Goldtwait. The abscess of hip disease, theirs traitement and prevention. (Ctrbl. f. Chir. 1888. Ref.)
125. Scheimpflug. Die exspectative und operative Behandlung chirurg. Tuberculose. 1892. Stuttgart.
126. Lorenz. (l. c.)
127. Thausing. Über die Endresultate einer conservativen Therapie bei tuberculöser Hüftgelenksentzündung. (Langebeck's Archiv. Bd. XLVI., Heft 2.)

I. Hüftgelenk.

Allgemeiner Theil des Hüftgelenkes.

I. Allgemeine Übersicht über die Fälle von Tuberculose des Hüftgelenkes.

86 Fälle mit Gypsverband (mit oder ohne Extension) und Stützapp.
20 „ „ Incision, Evidement etc. (mit oder ohne Gypsverband)
3 „ „ Resection
4 „ „ Osteotomie, Redressement, Gypsverband
4 „ „ Tenotomie, Redressement, Gypsverband
16 „ „ Regime oder ohne Behandlung

132 Fälle, davon **82** Endresultate, und zwar:

11 Fälle Regime: 3 aus Gruppe I
3 „ „ II
1 „ „ IV
4 nicht in der Gruppeneintheilung

davon: 10 Fälle geheilt, 1 gebessert;

49 Fälle Gypsverband, Extension, Redressement oder Stützapparate:
8 aus Gruppe I
20 „ „ II
6 „ „ III
6 „ „ IV
1 „ „ V
8 nicht in der Gruppeneintheilung

davon: 38 geheilt, 5 ungeheilt, 5 gestorben;

2 Resectionen: 1 aus Gruppe I
1 „ „ II

beide gestorben;

13 kleine Eingriffe: 7 aus Gruppe I
1 „ „ II
3 „ „ III
1 „ „ IV
1 nicht in der Gruppeneintheilung

davon: 7 geheilt, 1 gebessert, 5 gestorben;

Osteotomie, Tenotomie, Redress. und Gypsverb. 7 Fälle.

1 aus Gruppe I
2 „ „ II
1 „ „ III
1 „ „ IV
1 „ „ V
1 nicht in d. Gruppeneinth.
alle geheilt.

} ausgeheilte Fälle, die zur orthopäd. Behandlung aufgenommen wurden.

Trauma war in 12 Fällen (Nr. 5, 21, 23, 33, 42, 44, 48, 49, 50, 60, 67, 75) angegeben.

Hereditär in 5 Fällen (Nr. 29, 60, 67, 76, 82) nachweisbar.

Infectionskrankheiten, die vorausgiengen } in 5 Fällen: Scharlach (Nr. 22, 25, 45, 66). Variola (Nr. 52).

Brauchbarkeit (wo Angaben darüber vorhanden) des Beines: mit Stütze (Krücke) in 4 Fällen (Nr. 49, 68, 72, 78); ohne Stütze in 44 Fällen (Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 27, 33, 35, 41, 45, 46, 50, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 77, 79, 80).

Verkürzung. Nähere Angaben darüber in den einzelnen Gruppen. (Im ganzen Angaben und Befunde hiefür in 48 Fällen.)

Winkelstellung. Angaben und Befunde hierüber in 40 Fällen.

Beweglichkeit. In 22 Fällen (siehe Gruppeneintheilung nähere Angaben hierüber).

Eiterung bestand in 42, keine Eiterung in 40 Fällen.

II. Mortalität.

14 Todesfälle = 17% der Gesammtfälle.

Operirte sind gestorben 8 (6 kl. Eingriffe, 2 resecirt) = 57%
Nichtoperirte sind gestorben 6 = ... 43%
Auf Rechnung der Operation Nr. 53, 54 = 2 Fälle = $14\frac{1}{3}$%
Im Anschluss an die Operation Nr. 17, 20, 44, 47, 48 = 5 Fälle = ... 36%

} der Todesfälle.

Alter:			
—5	Jahre	Nr. 39	= 1
5—10		Nr. 16, 18, 36, 42, 44, 48, 53 .	= 7
10—15		Nr. 32, 47	= 2
15—20		Nr. 20, 54, 73	= 3
über 20		Nr. 17	= 1

An Tuberculose sind gestorben im

1.	Jahre der Erkrankung:	Kein Fall.	
2.	„ „ „	Nr. 42, 44, 47, 48	= 4
3.	„ „ „	. . . . .	—
5.	„ „ „	Nr. 32	= 1
6.	„ „ „	Nr. 18, 20, 36 .	= 3
16.	„ „ „	Nr. 17	= 1

Durchschn. Lebensdauer der Gestorbenen seit Beginn der Erkrankung: *a*) der Operirten = $1\frac{1}{2}$ Jahre,
b) der Nichtoperirten = 6 Jahre.

III. Tabelle über die Zahl der Jahre nach Beendigung der Behandlung (Entlassung) in den einzelnen Fällen.*)

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben
1. Jahr	23			17, 20, 42, 44, 47, 48, 53, 54, 73
2. „	2, 11, 37, 51, 74, 79, 80		72, 75, 78	
3. „	9, 26, 30, 61, 66, 69, 70, 71, 76, 77, 80	67	81	32, 36, 39
4. „	8, 15, 22, 24, 27, 45, 60	12		18
5. „	5, 13, 14, 40, 52, 64, 65, 68			
6. „	49			
7. „	31, 35, 58, 82			
8. „	6, 46, 50, 62		33	
9. „	1, 19, 55			
10. „	3, 42			
11. „	21, 59			
14. „	25			

*) Die Zahlen entsprechen den fortlaufenden Nummern der Tabelle der Krankengeschichten und bezeichnen gleichzeitig das Jahr der Beobachtung nach der Entlassung. (Endresultat.)

Folgende Fälle mit Coxitis sanata (Ankylose) kamen zur Beobachtung und wurden mit Redressement, Osteotomie, Tenotomie etc. behandelt oder, im Falle der Weigerung zum operativen Eingriff behufs Stellungsverbesserung, entlassen. Näheres hierüber in den Krankengeschichten.

Gruppe A. Nr. 5, 8, 26, 28, 34, 36, 38, 43, 68.
„ B. Nr. 6, 23, 25, 30, 40, 66, 74, 82.
„ C. Nr. 31, 37, 76.
„ D. Nr. 21, 52, 77.
„ E. Nr. 51.

Da diese Fälle mit grosser Wahrscheinlichkeit als ausgeheilte betrachtet werden können, wurden sie als „Endresultate“ in die Statistik einbezogen.

Die im Folgenden angeführten Fälle entbehren näherer anamnestischer Daten über Alter der Patienten oder Dauer, resp. Beginn der Erkrankung, und erscheinen hier zusammengefasst, während das Nähere hierüber in den Krankengeschichten mitgetheilt erscheint.

Nr. 4. Abgelaufene Coxitis ohne Eiterung.
Nr. 7. „ „ „ „ mit Luxation.
Nr. 10. „ 6jährige „ mit „
Nr. 12. „ „ „ „
Nr. 16. Gestorben. Coxitis mit Eiterung.
Nr. 28. Abgelaufene Coxitis ohne Eiterung (ambul. Behandlung vide Tabelle V. A.)
Nr. 34. „ „ mit „ (vide Tabelle V. A.)
Nr. 38. „ „ ohne „ (vide Tabelle V. A.)
Nr. 43. „ „ ohne „ (vide Tabelle V. A.)
Nr. 56. „ „ ohne „
Nr. 58. „ „ mit „
Nr. 63. „ „ ohne „
Nr. 70. „ „ mit „

Complicationen bestanden in den einzelnen Fällen:
Mit Tuberculose der Lungen: bei Fall Nr. 17, 18, 20, 32, 33, 42, 44, 45, 47, 48, 72;
mit Tuberculose anderer Gelenke: bei Fall Nr. 45, 81;
mit Tuberculose anderer Knochen: bei Fall Nr. 39, 73, 80;
mit Fungus der Sehnen des Fusses: bei Fall Nr. 49;
mit Amyloidose: bei Fall Nr. 39, 54, 73.

IV. Behandlungsmethoden.

		Geheilt	In Ausheilung	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben
Resectionen	mit Eiterung	—	—	—	—	54
„ „	ohne „	—	—	—	—	53
Incision, Evidement } Excochleation	mit „	11, 15, 45, 46, 55	—	67	—	16, 17, 20, 44, 47, 48
	ohne „	—	—	—	—	—
Ignipunctur und Excochleation	mit „	—	29	—	—	—
Redressement und Gypsverband	mit „	23, 30, 34, 59, 64, 74	—	—	72, 75	73
„ „ „ „	ohne „	9, 19, 21, 22, 26, 40, 41, 63, 77, 80	28	—	78, 33	36, 42
Osteotomie, Tenotomie, Gypsverband	mit „	68	—	—	—	—
„ „ „	ohne „	51	—	—	—	—
Osteotomie, Gypsverband	mit „	—	—	—	—	—
„ „ „ „	ohne „	43, 52	—	—	—	—
Tenotomie, Gypsverband	mit „	76	—	—	—	—
„ „ „	ohne „	66, 82	—	—	—	—
Gypsverband mit oder ohne Extension (E)	mit „	8(E), 49, 25, 58(E), 69(E), 70	—	—	81(E)	39
„ „ „ „ „ „	ohne „	35, 57, 38	—	—	—	18(E), 32(E)
Stützapparate	mit „	31, 50, 60, 65	37	—	—	—
„ „	ohne „	1, 5, 14, 56, 61, 62, 79	—	—	—	—
Regime	mit „	2, 10	—	12	—	—
„	ohne „	3, 4, 6, 7, 13, 24, 27, 71	—	—	—	—

Specieller Theil des Hüftgelenkes.

I. Beginn der Erkrankung vor dem 5. Lebensjahre.

A. Mit Eiterung 15 Fälle: Nr. 2, 8, 11, 15, 29, 36, 39, 44, 46, 48, 49, 54, 65, 67, 68.

1. Geheilt ohne Verkürzung:
   - *a*) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;
   - *b*) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;
   - *c*) mit Ankylose { 1. gute Stellung: Nr. 11,
     2. schlechte Stellung: Nr. 8, 49.

2. Geheilt mit Verkürzung:
   - *a*) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 2, 65;
   - *b*) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 15;
   - *c*) mit Ankylose { 1. gute Stellung: Nr. 46, 68,
     2. schlechte Stellung: kein Fall.

3. Es bestehen noch Fisteln:
   - *a*) Bei Verkürzung: Nr. 29, 65, 67;
   - *b*) ohne Verkürzung: kein Fall.

4. Gestorben im 1. Jahr der Erkrankung Nr. 54.
   " " 2. " " " Nr. 44, 48.
   " " 4. " " " Nr. 39.
   " " 6. " " " Nr. 36.

Todesursachen: Nr. 44 Tbc. pulm., Nr. 48 Tbc. pulm., Nr. 54 Amyloidose, Tuberculose, Marasmus.

B. Ohne Eiterung 5 Fälle: Nr. 3, 5, 26, 27, 57.

1. Geheilt ohne Verkürzung:
   - *a*) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;
   - *b*) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;
   - *c*) mit Ankylose { 1. gute Stellung: kein Fall,
     2. schlechte Stellung: Nr. 26.

2. Geheilt mit Verkürzung:
   - *a*) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 27, 57;
   - *b*) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 3, 5;
   - *c*) mit Ankylose { 1. gute Stellung: kein Fall,
     2. schlechte Stellung: Nr. 26.

3. Gestorben: kein Fall.

Grad der Verkürzung in den Fällen, wo Angaben darüber vorhanden: Nr. 2 ($1^1/_2$ *cm*), 3 (1 *cm*), 5 ($1^1/_2$ *cm*), 15 (1 *cm*), 26 (3 *cm*), 27 ($1^1/_2$ *cm*), 29 (4 *cm*), 46 (4 *cm*), 57 (4 *cm*), 65 (3 *cm*), 67 (14 *cm*), 68 (6 *cm*).

Luxationen: Nr. 8, 26, 36, 45, 46, 48, 67, 68; hier sind die Fälle gemeint, bei denen sich durch den Nachweis, dass der Trochanter oberhalb der Roser-Nelaton'schen Linie stand, eine Luxation, Pfannenwanderung oder Trennung des Femurkopfes vom Halse annehmen liess.

Path.-anat. Befund:

a) Knochenherde: keine Angaben;
b) Synovitis: keine Angaben;
c) a und b: keine Angaben;
d) Sequesterbildung: Nr. 67.

Geheilte Fälle:

A. Ohne Eiterung: Nr. 3, 5, 26, 27, 57.
a) Dauer der Behandlung: Nr. 3 (3 Jahre), 5 (4 J.), 26 (2 J.), 57 (5 J.);
b) Endresultat seit Jahren: Nr. 3 (9 J.), 5 (4 J.), 26 (2 J.), 27 (3 J.).

B. Mit Eiterung: Nr. 2, 8, 11, 15, 46, 49, 65, 68.
a) Dauer der Behandlung: Nr. 2 (4 Jahre), 8 (4 J.), 11 (4 J.), 15 (4 J.), 19 (1 J.), 65 (4 J.);
b) Endresultat nach Jahren; Nr. 2 (2 Jahre), 8 (3 J.), 11 (1 J.), 15 (3 J.), 26 (2 J.), 46 (7 J.), 65 (4 J.), 67 (2 J.), 68 (4 J.).

Recidive trat ein in Nr. 29, 67, 68.

Ungeheilte Fälle: Keine.

II. Beginn der Erkrankung zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre.

A. Mit Eiterung 11 Fälle: Nr. 23, 25, 30, 50, 55, 59, 64, 69, 72, 74, 75.

1. Geheilt ohne Verkürzung: 3 Fälle.
a) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 50, 69;
b) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 59;
c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: kein Fall, 2. in schlechter Stellung: kein Fall.

2. Geheilt mit Verkürzung: 6 Fälle.
a) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 55, 74;
b) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 64;
c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 30 (?), 2. in schlechter Stellung: Nr. 23, 25.

3. Es bestehen noch Fisteln: 2 Fälle.
a) Bei Verkürzung: Nr. 72, 75;
b) ohne Verkürzung: kein Fall.

4. Gestorben: kein Fall.

B. Ohne Eiterung 14 Fälle: Nr. 6, 9, 13, 14, 18, 22, 24, 32, 40, 41, 42, 61, 66, 82.

1. Geheilt ohne Verkürzung: 4 Fälle.

a) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 22, 24;

b) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;

c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 40, 41,
2. in schlechter Stellung: kein Fall.

2. Geheilt mit Verkürzung: 7 Fälle.

a) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 6, 13, 14;

b) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;

c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 9, 61, 66, 82,
2. in schlechter Stellung: kein Fall.

3. Gestorben im 2. Jahre der Erkrankung: Nr. 42.
„ „ 5. „ „ „ Nr. 32.
„ „ 6. „ „ „ Nr. 18.

Todesursachen: Nr. 18 Tbc. pulm., Nr. 32 Tbc. pulm., Nr. 42 Tbc. pulm.

Grösse der Verkürzung in den Fällen, wo Angaben darüber vorhanden: Nr. 6 ($1^1/_2$ *cm*), Nr. 9 (5 *cm*), Nr. 14 (1 *cm*), Nr. 23 ($3^1/_2$ *cm*), Nr 25 (6 *cm*), Nr. 59 (4 *cm*), Nr. 64 (2 *cm*), Nr. 66 (4 *cm*), Nr. 72 (2 *cm*), Nr. 74 (5 *cm*), Nr. 75 (4 *cm*), Nr. 82 ($7^1/_2$ *cm*), Nr. 30 (5 *cm*).

Luxationen: Nr. 13, 23, 25, 30, 66, 75.

Path.-anat. Befund:

a) Knochenherde: Nr. 13, 30;

b) Synovitis: keine Angaben;

c) a und b: keine Angaben;

d) Sequesterbildung: keine Angaben.

Geheilte Fälle:

A. Ohne Eiterung: Nr. 6, 9, 13, 14, 22, 24, 40, 41, 61, 66, 82.

a) Dauer der Behandlung: Nr. 6 (3 Jahre), Nr. 9 (5 J.), Nr. 22 (1 J.), Nr. 13 (3 J.), Nr. 41 (3 J.), Nr. 61 (4 J.);

b) Endresultat seit Jahren: Nr. 6 (7 Jahre), Nr. 9 (2 J.), Nr. 14 (4 J.), Nr. 22 (3 J.), Nr. 13 (4 J.), Nr. 40 (4 J.), Nr. 41 (9 J.), Nr. 50 (7 J.), Nr. 61 (2 J.), Nr. 66 (2 J.), Nr. 82 (3 J.).

B. Mit Eiterung: Nr. 23, 25, 30, 50, 55, 59, 64, 69, 74.

a) Dauer der Behandlung: Nr. 30 (4 Jahre), Nr. 55 (4 J.), Nr. 59 (4 J.), Nr. 64 (5 J.);

b) Endresultat nach Jahren: Nr. 23 (1 Jahr), Nr. 24 (3 J.), Nr. 25 (13 J.), Nr. 30 (2 J.), Nr. 59 (10 J.), Nr. 64 (4 J.), Nr. 69 (2 J.), Nr. 74 (1 J.).

Recidive: Nr. 25, 50, 66, 69.

Ungeheilte Fälle:

a) Ohne Eiterung: kein Fall;

b) mit Eiterung: Nr. 72, 75.

III. Beginn der Erkrankung zwischen dem 10. und 15. Lebensjahre.

A. Mit Eiterung 7 Fälle: Nr. 20, 31, 45, 47, 60, 76, 81.

1. Geheilt ohne Verkürzung: Nr. 60 (?).
   a) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;
   b) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 60;
   c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: kein Fall,
   2. in schlechter Stellung: kein Fall.
2. Geheilt mit Verkürzung: Nr. 31, 45, 76.
   a) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;
   b) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;
   c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 76,
   2. in schlechter Stellung: Nr. 31, 45 (?).
3. Es bestehen noch Fisteln:
   a) Ohne Verkürzung: Nr. 60, 81;
   b) mit Verkürzung: kein Fall.
4. Allgemeine Tuberculose: Nr. 20, 45, 47, 76, 81.
5. Gestorben im 2. Jahre der Erkrankung: Nr. 47.
   „ „ 6. „ „ „ Nr. 20.

Todesursachen: Nr. 20 Tuberculose, Nr. 47 Tuberculose.

B. Ohne Eiterung 5 Fälle: Nr. 35, 37, 53, 79, 80.

1. Geheilt ohne Verkürzung:
   a) Mit frei beweglichem Gelenk: Nr. 79;
   b) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;
   c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 35, 80,
   2. in schlechter Stellung: kein Fall.
2. Geheilt mit Verkürzung:
   a) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;
   b) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 37;
   c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung, kein Fall,
   2. in schlechter Stellung: kein Fall.
3. Allgemeine Tuberculose: Nr. 80.
4. Gestorben im 1. Jahre der Erkrankung: Nr. 53.

Todesursachen: Nr. 53 Pyämie.

Grad der Verkürzung in den Fällen, wo Angaben darüber vorhanden: Nr. 31 ($7^1/_2$ *cm*), Nr. 37 (1 *cm*), Nr. 45 (5 *cm*), Nr. 76 (4 *cm*).

Luxationen: Nr. 31, 45, 53, 76.

Geheilte Fälle:

A. Ohne Eiterung: Nr. 35, 37, 79, 80.
   a) Dauer der Behandlung: Nr. 35 (1 Jahr), Nr. 37 (2 J.), Nr. 79 (1 J.), Nr. 80 (2 J.);
   b) Endresultat seit Jahren: Nr. 35 (6 Jahre), Nr. 37 (1 J.), Nr. 79 ($1^1/_2$ J.), Nr. 80 (2 J.).

B. Mit Eiterung: Nr. 31, 45, 60, 76.

a) Dauer der Behandlung: Nr. 45 (1 Jahr), Nr. 60 (3 J.), Nr. 76 (2 J.);

b) Endresultat seit Jahren: Nr. 31 (6 Jahre), Nr. 45 (3 J.), Nr. 76 (2 J.)

Recidiven traten in keinem Falle ein.

Ungeheilte Fälle:

a) Ohne Eiterung: kein Fall;

b) mit Eiterung: Nr. 81.

IV. Beginn der Erkrankung zwischen dem 15. und 20. Lebensjahre.

A. Mit Eiterung 2 Fälle: Nr. 17, 73.

Bei beiden Fällen trat Exitus letalis ein:

Gestorben im 1. Jahre der Erkrankung Nr. 73.

„ „ 16. „ „ „ Nr. 17.

Todesursache: Nr. 17 Tbc. pulm., Nr. 73 Amyloidosis.

B. Ohne Eiterung 6 Fälle: Nr. 19, 21, 52, 62, 71, 77.

1. Geheilt ohne Verkürzung:

a) Mit frei beweglichem Gelenk Nr. 71;

b) mit partiell beweglichem Gelenk: kein Fall;

c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 21.
2. in schlechter Stellung.: kein Fall.

2. Geheilt mit Verkürzung:

a) Mit frei beweglichem Gelenk: kein Fall;

b) mit partiell beweglichem Gelenk: Nr. 62, 77;

c) mit Ankylose { 1. in guter Stellung: Nr. 19. 52.
2. in schlechter Stellung: kein Fall.

3. Gestorben: kein Fall.

Grad der Verkürzung in den Fällen, wo darüber Angaben vorhanden: Nr. 52 (3 *cm*), (625 *cm*), 77 (3 *cm*), 78 (2 *cm*), 7 (15 *cm*).

Luxationen: Nr. 7, 52, 62, 77.

Path.-anat. Befund:

a) Knochenherde: Nr. 17;

b) Synovitis: keine Angaben;

c) a und b: keine Angaben;

d) Sequesterbildung: keine Angaben.

Geheilte Fälle:

A. Ohne Eiterung: Nr. 19, 21, 52, 71, 77

a) Dauer der Behandlung: Nr. 19 (1 Jahr), 21 (2 J.), 52 ($1^1/_2$ J.), 62 (2 J.), 77 (2 J.);

b) Endresultat seit Jahren: Nr. 19 (8 J.), 21 (10 J.), 52 (4 J.), 62 (7 J.), 71 (2 J.), 77 (2 J.).

Recidiven traten in keinem Falle ein.

Ungeheilte Fälle:

Ohne Eiterung: Nr. 78.

V. Beginn der Erkrankung nach dem 20. Lebensjahre.

Nr. 33. Ohne Eiterung: Redressement, Gypsverband, Bäder, Ankylose in leichter Adduction und Flexion, Behandlung 2 Jahre, Endresultat nach 7 Jahren. Symptome von Tbc. pulm.

Nr. 51. Ohne Eiterung: Ausheilung nach $^1/_2$ Jahre in schlechter Stellung. Osteotomie, Tenotomie, Gyps. Sohlenerhöhung. Entlassen in corr. Stellung mit $2^1/_2$ *cm* Verkürzung. Dauer der Behandlung 2 Monate. Endresultat nach 1 Jahre.

Art der Behandlung in den einzelnen Fällen.

(Geordnet nach Gruppen I—V.)

Gruppe I.: Nr. 2 (Hall), Nr. 3 (Regime), Nr. 5 (Regime Taylor), Nr. 8 (Extens., Gypsv., Bäder), Nr. 11 (Hall, Incision, Taylor), Nr. 15 (Eisbeutel, Incision, Taylor), Nr. 26 (Redr., Gypsv.), Nr. 27 (Eisbeutel), Nr. 29 (Paqu., Excochl.), Nr. 44 (Incision), Nr. 46 (Incision, Gypsv.), Nr. 48 (Incision), Nr. 49 (Gypsv.), Nr. 54 (Resection), Nr. 57 (Hall, Redr., Taylor), Nr. 65 (Taylor, Hall, Extens.), Nr. 67 (Incis., Extens.), Nr. 68 (Hall, Osteotomie, Taylor).

Gruppe II.: Nr. 6 (Regime), Nr. 9 (Redr., Gypsv.), Nr. 14 (Regime, Taylor), Nr. 18 (Extens, Gypsv., Taylor), Nr. 22 (Redr., Gypsv.), Nr. 23 (Redr., Gypsv.), Nr. 24 (Regime), Nr. 25 (Bettruhe), Nr. 30 (Redr., Gypsv.), Nr. 40 (Extens., Redr., Gypsv.), Nr. 41 (Redr., Gypsv., Taylor), Nr. 50 (Taylor), Nr. 55 (Taylor, Incision), Nr. 59 (Redr., Taylor, Incision), Nr. 61 (Taylor), Nr. 64 (Ext., Redr., Incision, Hall, Taylor), Nr. 66 (Redr., Tenotomie, Gypsv.), Nr. 69 (Extension), Nr. 72 (Redr., Gypsv.), Nr. 74 (Extens., Redr., Gypsv.), Nr. 75 (Redr., Gypsv.), Nr. 82 (Gypsv., Redr., Tenotomie, Extens.).

Gruppe III.: Nr. 20 (Incision), Nr. 31 (Sohlenerhöhung), Nr. 35 (Redr., Gypsv., Taylor), Nr. 37 (Paquelin, Taylor), Nr. 45 (Incis., Gypsv.), Nr. 47 (Incis.), Nr. 53 (Resection), Nr. 60 Eisbeutel, Taylor), Nr. 76 (Redr., Tenotomie, Gypsv.), Nr. 79 (Taylor), Nr. 80 (Redr., Gypsv.), Nr. 81 (Hall, Redr., Gypsv.).

Gruppe IV.: Nr. 17 (Osteotomie, Excochl.), Nr. 19 (Redr., Gypsv.), Nr. 21 (Redr., Extens., Gypsv., Taylor), Nr. 52 (Osteotomie, Gypsv., Taylor), Nr. 62 (Taylor), Nr. 73 (Redr., Gypsv.), Nr. 77 (Redr., Gypsv., Taylor), Nr. 78 (Redr., Gypsv., Stützb.).

Gruppe V.: Nr. 33 (Redr., Gypsv., Bäder), Nr. 51 (Osteotomie, Tenotomie, Gypsv.).

Mangelhafter anamnestischer Daten halber haben einige Fälle in die Gruppeneintheilung nicht aufgenommen werden können, daher das Nähere nur aus den einzelnen Krankengeschichten zu entnehmen ist.

Krankengeschichten des Hüftgelenkes.

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Notizen über den Verlauf und das Endresultat	Anmerkung
Aus der Privatpraxis des Herrn Hofrath Albert 1.	Knabe mit Dr. F.	Beginn vor 8 Jahren	Coxitis ohne Eiterung	Jährlich Seeluft, Taylor'scher Apparat	Jetzt geringe Beugung; 4—5 *cm* Verkürzung; ziemlich freie Beweglichkeit; geht mit erhöhter Sohle. Juli 1891	Die Stellung des Beines ist immer nach Aufhebung der Correction durch den Stand des Beckens beschrieben
detto 2.	S. Rudolf, 5 Jahre	Beginn vor 4 Jahren	Coxitis mit Eiterung	3mal in Hall gewesen	Im letzten Jahre Senkungsabscess an der Vorderseite des Oberschenkels; jetzt 1891: $1^1/_2$ *cm* Verkürzung; nahezu gestreckte, normale Stellung; ziemlich freie Beweglichkeit	
detto 3.	7jähriges Mädchen, im Jahre 1892 beobachtet; Coxitis seit drei Jahren; kaum 1 *cm* Verkürzung; fast normale Stellung; Rotation frei, sonst alle Bewegungen gesperrt; Gefäss verbreitert; anämisch aussehendes Kind					
detto 4.	K. E., 10jähriges Mädchen; abgelaufene Coxitis mit Beugung, minimaler Verkürzung, freier Beweglichkeit in geringem Umfange					
detto 5.	H. Helene, 5 Jahre	Beginn vor 4 Jahren nach Trauma	Coxitis sin. sanata ohne Eiterung	Taylor's Apparat; Bäder in Pystian	Jetzt 1891: Stellung in Abduction, Beugung; $1^1/_2$ *cm* Verkürzung; Beweglichkeit in starken Spuren	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Notizen über den Verlauf und das Endresultat	Anmerkung
Aus der Privatpraxis des H. Hofrath Albert 6.	G. A., 12 Jahre	Beginn vor 7 Jahren	Coxitis sanata ohne Eiterung	2 Jahre Hall, 1 Winter Rovigno	Jetzt 1890; Fast Parallelstellung der Beine; $1^1/_2$ *cm* Verkürzung; kann das Bein sehr gut gebrauchen	
detto 7.	Fräulein P., 20 J.	In der Jugend linksseitige Coxitis, die 4 Jahre dauerte; jetzt Ankylose in stumpfem Winkel; keine Narbe; Femurkopf hoch oben am Darmbeinteller; enorme Verkürzung etwa 15 *cm*				
detto 8.	Alexander W., 11 Jahre	Erkrankung vom 4. bis 8. Lebensjahre	Coxitis sanata mit Eiterung	Extension, Gypsverbände, Bäder	1891: Starke Beugung; mässige Abduction; Femurkopf oben hinten; 2 Narben: eine am Trochanter, eine an der Aussenseite des Schenkels; starre Verwachsung	
detto 9.	S. Erich, 11 Jahre	Beginn vor 6 Jahren	Coxitis ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband	1891: Jetzt nahezu Streckstellung; Verkürzung 5 *cm*; keine Narbe, geht noch mit Trittbügel; P. sieht blühend aus. 1893: Dasselbe Aussehen; etwas Beugung eingetreten; Gelenk sehr starr	
detto 10.	C. A., Alter?	6 Jahre dauernde rechtsseit. Coxitis; Abscess-Durchbruch rückwärts unter der Gesässfalte; Verkürzung etwa 6 *cm*; lateral vom Trochanter eine Grube im Knochen.				
detto 11.	Victor W., 7 Jahre	Beginn vor 4 Jahren; vor 3 Jahren Abscess	Coxitis mit Eiterung sinistr.	Taylor; Hall; 1888 Incision; 1889, 1890 Hall	Jetzt 1891: Mässige Beugung und Parallelstellung; Gelenk sehr starr; 2 tiefe Narben im Gesäss; Aussehen vorzüglich	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Notizen über den Verlauf und das Endresultat	Anmerkung
Aus der Privatpraxis des Herrn Hofrath Albert 12.	Anna H.	Beginn vor 5 Jahren	Coxitis mit Eiterung	2mal in Hall Bädergebrauch	Jetzt 1891: 7 Narben: um die Hüfte, hinten, im Buge, an der Innenseite, an der Aussenseite, am und unterhalb des Trochanters; 2 kleine eingezogene Fisteln secerniren noch wenig; rechtwinklige Beugung; ganz geringe Adduction; $2^1/_2$ *cm* reelle Verkürzung	
detto 13.	Bertha S., 15 Jahre	Vom 8. bis 11. Jahre Ablauf der Erkrankung	Coxitis ohne Eiterung		1891: Femurkopf consumirt; das obere Femurende auf den Darmbeinteller luxirt; geringe Adduction; starke Beugung; grosse Beweglichkeit	
detto 14.	12jähriges Mädchen: Seit 4 Jahren abgelaufene Coxitis; 1 *cm* Verkürzung; fast völlige Bewegungsfreiheit; Spur von Muskelatrophie; Behandlung: Aufenthalt am Meer; Taylor					
detto 15.	Otto K., 9 Jahre	Ablauf der Erkrankung vom 4. bis 7. Jahr	Coxitis mit Eiterung	Eisbeutel; 9 Monate Taylor; Incision eines Abscesses	Jetzt 1891: Parallelstellung der Beine; etwas freie Beweglichkeit; 1 *cm* Verkürzung; Incisionsöffnung vernarbt	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
47 1882 16.	Julius S., 6 Jahre	?	Coxitis dextra mit Eiterung	Extension, Gypsverband, Onkotomie, Jodoform-gaze-Tamponade	$3^1/_2$ *cm* Verkürzung; Trochanter steht um ebensoviel höher über der Roser-Nélaton'schen Linie; hinter dem Trochanter ein Abscess, nach dessen Spaltung kein Knochenherd u. keine Communication mit dem Gelenke nachgewiesen wird	Am 9. Februar 1882 mit Gypshose, an der rückwärts ein Ausschnitt, um die Incisionsöffnung frei zu halten, angebracht war, entlassen	Laut Mittheilung des Gemeindeamtes gestorben, ohne nähere Angabe des Datum	
231 1882 17.	B. Paul, 32 Jahre	Beginn vor 15 Jahren	Coxitis mit Eiterung	Onkotomie, Excochleation	Adductions- und Flexionsstellung; aussen vom Trochanter eine Fistel, die gegen den Darmbeinteller führt, dort wurde bei der Excochleation ein Herd gefunden	Incision am 22. Juli; gestorben am 17. August unter den Erscheinungen von Miliartuberculose		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
105 1881 18.	R. Josefa, 9 Jahre	Beginn vor 2 Jahren	Coxitis ohne Eiterung	Extension, Gypsverband	Fixationscoxitis in vollständiger Beugung und Adduction	Vom 24. April bis 12. Mai Extension, dann in etwas corrigirter Stellung mit Taylor entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: September 1884 an Lungentuberculose gestorben	
65 1883 19.	N. Marie, 16 Jahre	Beginn vor 4 Monaten	Coxitis dextra ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband	Flexions- und Abductionsstellung nach aussen rotirt	Mit Taylor'schem Apparat entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: P. ist vollständig gesund, geht mit erhöhter Sohle am rechten Fusse in Parallelstellung der Beine	
Der Abdruck der Krankengeschichten 20 und 21 musste unterbleiben, da das Manuscript zu denselben verloren gieng.								
19 1888 22.	Berta H., 6 Jahre	Beginn vor 6 Monaten nach Scharlach	Coxitis sinistra ohne Eiterung	Redressement, Gypsverbände	Linkes Hüftgelenk in mittlerer Beuge- und Abductionsstellung; Gelenkscontouren nicht verändert	Nach Redressement mit Gypsverband entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: P. hat frei bewegliches Hüftgelenk u. ist nie krank gewesen	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
127/1888 23.	Charlotte R., 8 Jahre	Beginn nach Trauma vor 2 Jahren; vor $^3/_4$ J. Fistelbildung; seit $^1/_4$ Jahr Ausheilung in der jetzigen Stellung; keine Behandlung bisher	Coxitis sinist. sanata mit Eiterung	Redressement, Gypsverbände	Linkes Hüftgelenk in rechtwinkliger Beuge und geringer Adductionsstellung; Trochanter $3^1/_2$ *cm* ob. der Nélaton'schen Linie; an der Aussenseite des Oberschenkels mehrere, zum Theil an den Knochen fixirte, eingezogene Narben	Nach 2maligem Redressement mit im Hüftgelenke nahezu gestreckter Stellung in Gypsverband entlassen	Keine Antwort	
194/1888 24.	Francisca W., 8 Jahre	Seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen und Hinken	Coxitis dextra ohne Eiterung	Keine Behandlung	Rechtes Hüftgelenk in leichter Beugung, Abduction u. Auswärtsrotation	Auf Verlangen unbehandelt entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: P. wurde nur mit Bädern behandelt; es kam nicht zur Fistelbildung; jetzt scheint die Erkrankung ohne hochgradige patholog. Stellung abgelaufen zu sein	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
195 1888 25.	Marie K., 24 Jahre	Im 5. Lebensj. Scharlach; 1 Jahr später Schmerzen u. path. Stellg., durch fast 1 J. Bettruhe; dann Gypsverbände; Fistelbildung, durch 3 J. Eiterung; seitdem blieben die Fisteln geschlossen; vor 2 J. normale Entbindung	Coxitis sinistra obsoleta mit Eiterung	Bettruhe	Hüftgelenk leicht gebeugt, adducirt u. einwärts gerollt; in der Fossa subing. eine eingezogene Narbe; 6 *cm* Verkürzung; Trochanterstand in der R.-N. Linie; mässige Atrophie der Musculatur; P. geht mit Krücken; Schmerzen u. Druckempfindlichkeit in der Gelenksgegend	Nach mehrtägiger Bettruhe hörten die Schmerzen auf u. wurde P., die sich auf einen Stock beim Gehen stützt und keine andere Behandlung z. Stellungsverbesserung wünscht, entlassen		
161 1888 26.	Erich S., 8 Jahre	Beginn vor 4 Jahren; vor 2 J. 6 Wochen lang Extension; seit der Zeit Ausbildung der pathognomon. Stellung	Coxitis sinistra obsoleta ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband	Linkes Bein stark abgemagert; 3 *cm* Verkürzung; um so viel steht der Trochanter ober der R.-N. Linie; pathol. Stellung in rechtwinkliger Beugung, leichte Abduction und Aussenrotation; keine Schmerzen; P. geht mit Stock	Nach 1maligem Redressement in corrigirter Stellung mit Gypsverband entlassen		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
167/1888 27.	Franz S., 4½ Jahre	Schmerz und Hinken seit 3 Wochen	Coxitis sinistra ohne Eiterung	Eisbeutel	Musculäre Fixation des Gelenkes in Beugung, Abduction und Rotation nach aussen	Auf Wunsch der Mutter in häusliche Pflege entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: 1½ *cm* Verkürzg.; keine Bewegungsbeschränkung; hinkender Gang; allg. Befinden gut	
79/1886 28.	Ernst R., 9 Jahre	P. steht seit einigen J. in amb. Behandlung; es wurden Fixationsverbände und Stellungsverbess. mehrm. vorgenommen	Coxitis dextra sanata ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband	Hüftgelenk in stumpfwinkliger Beugestellung fixirt; keine Verkürzung; keine Schmerzen	Nach Redressement mit Gypsverband entlassen und ambulatorisch weiter behandelt		
6/1886 29.	Franz S., 22 Jahre	Die Mutter an Tuberculose gestorben; im 4. J. Beginn d. Hüftgelenkserkrankg., im 8. J. Beugestellung und schmerzfrei; im 16. J. Recidive nach Trauma, Abscess- u. Fistelbildung, seitdem Eiterung	Coxitis sinistra mit Eiterung	Excochleation, Paquelin.	Hüftgelenk in Winkel von 120° gebeugt, adducirt, nach innen rotirt; das Bein ist in seiner Entwicklung enorm zurückgeblieben, um fast 40 *cm* kürzer; gegen das Gelenk führende Fistelöffnung in der Perinealfalte; mehrere Fistelgänge in der Lumbalgegend, die gegen den Darmbeinteller zu führen. Lungenbefund normal. Nach Excochleation und Paquelinisirung der mässig eiternden Fisteln wurde P. ambulatorisch weiter behandelt			

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
18 1887 30.	L. Ludwig, 12 Jahre	Beginn der Erkrankung im 6. Lebensjahre; Abscessbildung; seit 2 Jahren die Fisteln verheilt	Coxitis sin. sanata mit Eiterung	Redressement, Gypsverband	Hüftgelenk in Flexions- u. Adductions-Rotation nach innen; Trochanter überragt die R.-N. Linie um 1 *cm*; Distanz der Spin. ant. sup. vom Kondyl. int. links 5 *cm* weniger als rechts; vom Femurkopfe nichts nachweisbar; eingezogene Fisteln um den Trochanter und an der Innenseite	Redressement in 3 Sitzungen; in corrigirter Stellung mit Gypsverband entlassen; ambulatorisch weiter behandelt		
16 1885 31.	Marie P., 22 Jahre	Beginn vor 11 Jahren, bald Abscessbildung und Durchbruch; seit 6 Jahren die Fisteln verheilt. Keine Behandlung	Coxitis dextra sanata mit Eiterung	Mit erhöhter Sohle entlassen	Rechtes Bein in leicht flectirter, adducirter und einwärts gerollter Stellung ossär ankylosirt; zahlreiche Narben um das Gelenk, zum Theil an den Knochen fixirt; Totalverkürzung $7^1/_2$ *cm*, davon kommen auf den Oberschenkel 6 *cm*, auf den Unterschenkel $1^1/_2$ *cm*			

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
194 1881 32.	Elisabeth W., 11 Jahre	Seit 2 Jahren Schmerzen im linken Hüftgelenk und Hinken; seit 2 Monaten bettlägerig	Coxitis sin. ohne Eiterung	Extension, Gypsverband	Linkes Bein im Hüftgelenk flectirt, adducirt und nach einwärts rotirt; $2^1/_2$ *cm* Verkürzung	32 Tage Extension, dann mit Gypsverband in etwas corrigirter Stellung entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: 2 Jahre nach seiner Entlassung an „Zehrfieber" gestorben	
64 1884 33.	Marie G., 25 Jahre	Vor 2 Jahren nach Trauma Schmerzen u. allmählich zunehmende Beugestellung im Hüftgelenk; abendliche Temperatursteigerungen	Coxitis dextra ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband, Bäder in Pistyan	Leichte Flexions- und Adductionsstellung; schmerzfrei	P. wurde nach Redressement 6 Wochen mit Gypsverbänden behandelt und mit Stützapparat entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: Das rechte Bein ist steif geblieben; P. geht hinkend mit Schmerzen; leidet an Husten mit Auswurf	
102 1884 34.	Anna F., 8 Jahre	?	Coxitis s. sanata mit Eiterung	Redressement, Gypsverbände; Stützapparat	Flexion, Adduction, Einwärtsrotation; eingezogene Narben, die an den Trochanter fixirt sind	Nach 2maligem Redressement und Gypsverbänden mit Taylor'schem Apparat entlassen		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80 1885 35.	Peel G., 15 Jahre	Vor 1 Jahre Schmerzen; 3 Monate bettlägerig; seitdem kann P. ohne Unterstützung, aber mit Schmerzen gehen	Coxitis dextra ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband; Stützapparat	Mässige Beugung, Adduction, Einwärtsrollung; keine Verkürzung; leichte Atrophie der Musculatur; Schmerzen beim Auftreten	Mit Stützapparat in corrigirter Stellung entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: Das Gelenk in gestreckter Stellung steif; bei längerem Gehen treten noch Schmerzen im Gelenk auf, sonst ist P. vollständig gesund; keine Verkürzung	
70 1885 36.	Johann H., 6 Jahre	Dauer der Erkrankung 3 Jahre	Coxitis obsoleta sin. subsequente luxatione postica, keine Eiterung	Reposition, Gypsverband	Starke Beugung und Adduction; $2^1/_2$ *cm* Verkürzung; Femurkopf nach rückwärts vom Trochanter aus der Pfanne gerückt tastbar; Mitbewegung des Beckens	Nach Reposition mit Gypsverband entlassen	2 Jahre später gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78/1885 37.	Therese K., 14 Jahre	Vor 2 Jahren Schmerzen und Schwellung in der rechten Hüftgelenksgegend; vor 1 Jahr wurden auswärts 15 tiefe Paquelinschorfe gesetzt; die Wunden verheilten, doch nahm die Beugestellung zu	Coxitis dextra obsoleta	Taylor'scher Apparat	Mässige Beugung, ganz geringe Adduction; kleine Bewegungen frei; 1 *cm* Verkürzung; in der Trochantergegend die Narben der Paquelinapplication	P. ist mit dem vorgeschlagenen Redressement nicht einverstanden; wird daher nur mit Stützapparat betheilt		
78/1885 38.	Leopoldine G., 15 Jahre	Die Stellung des Hüftgelenkes soll seit der frühesten Kindheit bestehen	Coxitis dextra obsoleta ohne Eiterung	Taylor'scher Apparat	Mässige Flexion, Abduction und Rotation nach aussen; 3 *cm* Verkürzung; verweigert Redressement wegen der Narkose, wird daher nur mit Stützapparat betheilt			

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78/1885 39.	Francisca Z., 7½ Jahre	Vor 3 Jahren Beginn der Spondylitis; vor 1½ J. Abscessbildung am linken Hüftgelenk, seit dieser Zeit reichliche Eiterung	Coxitis sin. mit Eiterung; Kyphosis lumbalis	Gypsmieder	Der 2. u. 3. Lendenwirbel angulär prominent, sehr druckempfindl.; Hüftgelenk in maximaler Beuge- u. Adductionsstellung; Fisteln an der Innenseite u. unt. d. Trochanter	Wegen der bestehenden Spondylitis wurde von einer Therapie für die Coxitis Abstand genommen und P. mit Gypsmieder in häusliche Pflege übergeben	Briefliche Mittheilung des Hausarztes: 1887 gestorben; Morbus Brightii (Amyloidosis), Eiterung bis zum Tode	
310/1882 40.	Anna K., 12 Jahre	Ablauf der Erkrankung vor 4 Jahren	Coxitis dextra obsoleta ohne Eiterung	Extension, Redressement; Gypsverband	Keine Verkürzg.; Fixation in Beug., hochgrad. Adduction u. Rotation nach innen, keine Schmerzen	16. September bis 12. November Extension, 12. November Redressement und Gypsverband		
87/1887 41.	Ernst R., 9 Jahre	Vor 3 Jahren Schmerzen im Hüftgelenk, die nach mehrmonatlicher Bettruhe zurückgiengen; seitdem Zunahme der Beugestellung	Coxitis dextra ohne Eiterung	Redressement Gypsverband	Hüftgelenk spitzwinklig flectirt, abducirt und nach aussen rotirt; keine Verkürzung; Gelenksgegend sehr druckempfindlich	Nach Redressement mit Gypsverband in corrigirter Stellung entlassen	P. stellt sich 1891 vor: Er trug noch 1½ J. Stützapparat, ist seitdem schmerzfrei u. nie krank gewes.; nahezu vollst. Streckungsankylose im Hüftgelenk; keine Verkürzg.; leichte Atroph. d. Muscul.; P. sieht kräft. aus; Unters. d. inn. Organe ergibt norm. Befund	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78 / 1886 42.	Passir H., 9 Jahre	Beginn der Erkrankung nach Trauma vor 1 Jahre	Coxitis sinistra ohne Eiterung; Tuberculosis pulmon. progressa	Redressement, Gypsverband	Flexion, Adduction: Rotation nach innen; 2 *cm* Verkürzung	P. gieng nach 5monatlichem Spitalsaufenthalte unter den Erscheinungen progredienter Lungen- und Darmtuberculose zugrunde		
276 / 1882 43.	Anna J., 10 Jahre	?	Coxitis sinistra sanata ohne Eiterung	Osteotomia trochant.	Starre Fixation in Flexion und Abduction	Extension, Redressement führten zu keinem Resultat, daher Osteotomie und Gypsverband; am 2. Juni reactionsloser Verlauf; am 11. Septbr. mit Gypsverband entlassen		
96 / 1883 44.	Cäcilie S., 5 Jahre	Beginn vor 1 Jahre nach Trauma	Coxitis suppurat. sin. Infiltrat. lob. sup. pulmon. bilat.	Incision, Drainage	Handtellergrosser Abscess in d. Trochantergegend; Fieber; P. in sehr elendem Zustande	3 Tage nach der Incision gestorben. Sectionsbefund: Disseminirte Tuberculose der Lungen; Loslösung des linken Hüftgelenkkopfes und Einheilung in die Pfanne		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
161. 1888 45.	Eugen M., 14 Jahre	Im Alter von 3 Jahren Scarlatina; vom 11. bis 13. J. fungöse Entzündung des rechten Sprunggelenkes, ausgeheilt unter dem Gebrauch Darkauer Jodbäder; seit 3 Monaten hinkend	Coxitis dextra mit Eiterung	Incision, Drainage, Gypsverbände	Mässige Flexion, Adduction und Rotation nach innen; 5 *cm* Verkürzung, bedingt durch Stand des Trochanters 5 *cm* ober der R.-N. Linie; faustgrosser Abscess in der Trochantergegend	Am 22. Juni Incision des Abscesses, wobei keine Communication mit dem Gelenke nachweisbar war; am 9. August mit wenig secernirender Fistel entlassen; zur Correctur der Stellung wurde P. in seiner Heimat an einen ehemaligen Operateur der Klinik gewiesen	Brieff. Mittheilg. 1891: Die Fistel heilte nach 1 Jahr zu; P. geht mit erhöhter Sohle ohne Schmerzen; P. leidet mitunter an Husten mit Auswurf	
78 1884 46.	Camilla R., 3 Jahre	Hinken seit $^3/_4$ Jahren; Schmerzen, zunehmende Schwellung der Gelenksgegend in den letzt. Wochen	Coxitis dextra mit Eiterung	Incision, Drainage, später Gypsverbände	Narben an der Cornea; Flexion, Adduction, Rotation nach innen; Schwellung und faustgrosser Abscess in der Trochantergegend; 4 *cm* Verkürzung durch Hinaufrücken des Trochanters	18. Dec. Incision, Drainage des Abscesses; am 24. Dec. in ambulat. Behandlung genommen	Brieff. Mittheilg. 1891: Nach 1 J. blieb die Operationswunde dauernd geschlossen; Ankylose im Hüftgelenk; P. geht mit Sohleerhöhung; allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
289/1884 47.	Adalbert J., 11 Jahre	Hinken seit 1 J., Schwellung seit $^1/_2$ Jahr; keine Behandlung	Coxitis dextra mit Eiterung	Incision, Drainage	Bettlage; das rechte Bein in Streckstellung, vom gesunden unterstützt gehalten; Eiteransammlung im Gelenke vorne und rückwärts deutlich nachweisbar	Nach der am 4. December ausgeführten Eröffnung des Gelenkes unter dem Poupart'schen Bande und ober dem Trochanter Drainage, trat hohes Fieber mit Morgenremissionen, Diarrhöen, Symptomen von Meningealreizungen auf; abundante Eiterung; P. gieng unter Zunahme dieser Erscheinungen am 3. Jän. zugrunde. (Miliare Tubercul.?) Sectionsbefund fehlt		
79/1884 48.	Cäcilie S., 5 Jahre	Vor 1 Jahre Trauma; seitdem Schmerzen, langsam zunehmende Schwellung der Hüftgelenksgegend; P. verliess seit 1 Jahr das Bett nicht	Coxitis sinistra mit Eiterung	Incision, Drainage	Infiltr. apic. pulm. bilat., mäss. Beug., Adduction und Rotation nach innen; Schwellung und ausgedehnte Fluctuation über dem Trochanter, der 5 *cm* ober der R.-N. Linie steht. Durch die 8 *cm* lange Incision wurde eine reichl. Menge Eiters entleert, aber keine Communication mit der Gelenkshöhle nachgewiesen	Incision am 7. Jänn., am 15. Jänn. unter Zunahme der Infiltration der Lunge, hohem Fieber gestorben. Sectionsbefund: Disseminirte Tuberculose der Lungen mit oberflächlicher Cavernenbildung; im linken Hüftgelenk der Femurkopf abgelöst und mit der Pfanne verwachsen, der Schenkelhals cariös erweicht; die Gelenkshöhle communicirt durch eine kleine Öffnung mit der Abscesshöhle		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
211 1886 49.	Albin U., $3^1/_2$ Jahre	Beginn nach Trauma vor $^1/_2$ Jahr	Coxitis dextra mit Eiterung; Keratitis oculi s. fungus tendin. extens. ped. dextri	Gypsverband, später keine Behandlung	Flexion, Abduction u. Rotation nach aussen; diffuse Schwellung der Glutealgegend ohne Fluctuation; Abscess frigid. an der Vorderseite desOberschenkels im obern Drittel	21. September Redressement u. Gypsverband; 5. October Abnahme des Verbandes, in der Mitte der Schwellung deutl. Fluctuation; Mutter d. P. verweigert Operation, ungeheilt entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: Der Abscess am Oberschenkel und in der Glutealgegend brach im Verlaufe des ersten halben Jahres nach der Entlassung auf u. heilte während dieser Zeit wieder zu; P. geht jetzt mit Krücke; Oberschenkel in patholog. Stellung; allgemeines Befinden gut	
27 1889 51.	Johann K., 29 Jahre	Vor 1 Jahr Schmerzen im rechten Hüftgelenk; seit $^1/_2$ Jahr Contracturstellung; beim Gehen Schmerzen	Coxitis dextra sanata; Eiterung	Osteotomia subtrochanterica; subcutane Tenotomie des Adductor; offene Tenotomie des Tensor fasciæ Gypsverbände Sohlenerhöhung	Hochgradige Flexion, Adduction u. Rotation nach innen; 2 *cm* Verkürzung; Trochanterstand $1^1/_2$ *cm* ober der R.-N. Linie	Osteotomie am 19. December, reactionsloser Wundverlauf bis 24. Februar;; Gypsverbände am 24. Februar in Streckungsankylose mit erhöhter Sohle $2^1/_2$ *cm* entlassen; schmerzfrei		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
120 1884 50.	Karl D., 17 Jahre	Vor 9 Jahren nach Trauma Schmerzen im rechten Hüftgelenke, die nach mehrwöchentlicher Bettruhe und durch längere Zeit nöthiger Unterstützung beim Gehen allmählich zurückgiengen; es traten die Schmerzen im Verlaufe der späteren Jahre noch mitunter auf; der Gang war immer etwas hinkend; vor 3 Wochen nach forcirtem Schlittschuhlaufen Recidive	Coxitis sin. mit Eiterung	Bettruhe Stützapparat	Catarrh. apic. pulm. dextr.; Flexion, Adduction, Rotation nach innen; Schwellung und Ödem in der Glutealgegend, daselbst in der Tiefe deutliche Fluctuation; heftige Schmerzen, Fieber	Nach 4 wöchentl. Bettruhe liessen die Schmerzen nach, die Schwellung nahm ab, die Ausdehnung der Fluctuation nahm ab; P. trat in ambulatorische Behandlung	Briefliche Mittheilung 1891: Es kam zum Aufbruche des Abscesses; die Aufbruchstelle heilte nach 10 Wochen zu; P. hat von seinem 20. bis 23. Jahre seinen Militärdienst bei einem Dragonerregimente geleistet u. ist vollständig gesund	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
429/1887 52.	Rosalia W., 25 Jahre	Beginn nach Variola vor 6 Jahren; 1½ J. Bettruhe, seitdem Ausheilung in patholog. Stellung	Coxitis obsoleta ohne Eiterung	Osteotomia trochanterica (Keilexcision); Gypsverbände Taylor'scher Apparat	Flexion, Adduction, Rotation nach innen; Trochanterstand 3 *cm* ober der R.-N. Linie	Osteotomie am 23. April fieberloser Wundverlauf, bis 25. Juni Gypsverbände; knöcherne Ankylose; m. Stützapparat entlassen		
79/1884 53.	Aloisia F., 15 Jahre	Seit ½ Jahr (?) Schmerzen, seit 3 Wochen bettlägerig; seit 2 Monaten bemerkt P. eine Verkürzung	Coxitis dextra Luxatio supraglenoid. Nearthrosis	Resection	Stellung der Luxation entsprechend; Femurkopf knöchern und bändrig, am lateral. Ende des horizont. Schambeinastes in der neugebildeten Pfanne fixirt	Resection am 9. October; 29. November exitus letalis. Sectionsbefund: Pyaemie; Marasmus et anæmia post resectionem colli femoris dextri; Bronchitis purulenta subsequente pneumonia catarrhal. et pleuritide fibrinosa dextra; Decubitus		
268/1884 54.	Ferdinand S., 5 Jahre	Die Erkrankung soll seit 3 Monaten bestehen	Coxitis sinistra mit Eiterung	Resection des Kopfes, Excochleation der Pfanne	Flexion, Adduction, Rotation nach innen; Glutealgegend vorgewölbt, fluctuirend; bei der Resection zeigte sich d. Pfanne u. d. Femurkopf erkrankt, d. Gelenkshöhle von krüml. Eiter erfüllt; Perforat. ins Becken	Resection am 1. October, gestorben am 2. März 1885. Sectionsbefund: Marasmus et anæmia universalis post resectionem capitis femoris s. propter coxitidem; Degeneratio amyloid. hepatis, renum, lienis, intestini; circum coxam sinistr. abscessus periarticular. numeros. Tuberculosis chronica et obsoleta gland. bronchial. Bronchitis catarrhal. pulmon. dextr. subsequente atelectasi et pneumonia lobular.		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
Aus der Privatpraxis des Hofrathes Professor Albert 55.	P. 13 Jahre alt. Im 6. Lebensjahre linksseitige Coxitis in Abductionsstellung. Taylor-Apparat. Im 10. Lebensjahre Abscess, Spaltung; 4 *cm* Verkürzung bei Parallelstellung und ziemlich freier Beweglichkeit. 1893 (nach 8 Jahren) vortreffliches Aussehen, Verkürzung wie früher, Gelenk ziemlich frei, ausdauerndes Gehen, Springen, Klettern möglich.							
detto 56.	B. K. Linksseitige Coxitis, starre Ankylose, Aufenthalt an der Küste, Gebirge, Hall, Taylor; ausgeheilt in Streckstellung.							
detto 57.	Knabe aus Budweis, 7 Jahre alt; $5^1/_2$ Jahre alte Coxitis ohne Abscess; Beuge-Abductionsstellung. Jetzt (1893) 4 *cm* Verkürzung, ansehnlich freier Grad von Beweglichkeit im Gelenk. Parallelstellung. Die ersten 3 Jahre Bädergebrauch in Hall, Taylor'scher und Lorenz'scher Fixirapparat nach Stellungscorrectur in der Narkose.							
detto 58.	F., Mädchen. Abductionscoxitis mit Abscess, Ankylose in leichter Beugestellung. Extension, Redressement, Taylor, Bäder in Hall, Landaufenthalt, Incision des im 3. Jahre der Erkrankung aufgetretenen Abscesses. Jetzt (1893, 6 Jahre später): Leichte Beugung, starke Abduction, geringe Verkürzung, starres Gelenk, blühendes Aussehen.							
detto 59.	P. 7 Jahre altes Mädchen. Linksseitige Abductionscoxitis. Stellungsverbesserung, Stützapparat, Aufenthalt an der Küste, Alpen, Hall. Im 4. Jahre des Leidens grosser Abscess am Gesäss, Spaltung, Heilung. Jetzt (1893, nach 10 Jahren): Leichte Beugung, Abduction, geht stundenlang ohne Ermüdung; am Knochen fixirte Narben; Allgemeinbefinden sehr gut.							

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
Aus der Privatpraxis des Hofrathes Professor Albert 60.	11jähriger Knabe, Sohn des R. K. Vater an Tbc. gestorben während der Coxitis des Sohnes. Linksseitige Abductionscoxitis, Fixation. Therapie: Eisbeutel, Stützapparat, Landaufenthalt. Im 2. Jahre des Leidens Abscessbildung, im 4. Jahre des Leidens schmerzlose Gehfähigkeit. Jetzt (1893): Leichte Abduction und Beugung, eine Fistel secernirt noch.							
detto 61.	J. Sp., 12 Jahre, aus Trencsin. Vor 4 Jahren Beginn der Coxitis, 1 Jahr Behandlung, Besserung; seit 2 Jahren wieder Taylor. Jetzt (1893): Volle Fixirung in normaler Stellung, Spur von Verkürzung.							
detto 62.	23 Jahre alter Sohn eines Arztes. Beginn der Erkrankung im 16. Lebensjahre, Taylor. Damals bestand keine Verkürzung, keine Eiterung. Jetzt (1893) 5 *cm* Verkürzung, etwas freie Beweglichkeit, Parallelstellung, Gehfähigkeit durch Stunden ohne Müdigkeit. Musculatur gut entwickelt.							
detto 63.	Blasser Knabe. Im Jahre ? Abductionscoxitis, Stellungscorrectur in Narkose, Taylor, Landaufenthalt, Jodbäder. 1893: Starres Gelenk in Beugestellung von 150°. Anhaltendes Gehen ohne Ermüdung. Es kam nie zur Eiterung.							
detto 64.	L. Robert, 12 Jahre. Coxitissymptome im Herbst 1883, Gewichtsextension. 1884 Redressement in Narkose, dann Haller Cur. September 1884 Parallelstellung des Beines mit Auswärtsrollung, Abscess an der lateralen Seite des Schenkels, Abscess gieng auf, heilte in Hall 1885. 1886 wieder Haller Cur; Taylor bis 1888. 28. April 1888 Befund: Verkürzung 2 *cm*, Parallelstellung. Rollung und Abduction frei, Beugung nur mässig frei, Narben eingezogen, anhaltendes Gehen möglich, vortreffliches Aussehen. 1892: Status idem.							
detto 65.	8jähriger Sohn eines Zimmermeisters aus Znaim. Seit 4 Jahren rechtsseitige Coxitis. Seit dem Beginn Taylor, 2mal Haller Cur, zeitweise Gewichtsextension. 1893: Eine Fistel rückwärts, wenig secernirend. 1 Fistel vorn oben, sehr wenig secernirend. Bein in Parallelstellung und ohne Beugung, Verkürzung 3 *cm*, stundenlanges Laufen ohne Apparat und ohne Krücken.							

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
578/1890 66.	Bertha S., 15 Jahre, Iglau	Hereditär unbelastet. Varicellen, Masern, Scharlach. Nachher Schmerzen im rechten Knie, Hinken. Dec. 1882 bettlägerig wegen Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Im Beginn Adduction und Einwärtsrollung. 1883 (Februar): Stellungscorrectur, Wasserglasverband. Nach Abnahme des Verbandes (1883) soll das Bein um 4—5 *cm* kürzer gewesen sein. Remission. Febr. 1888 Fall auf das Becken, 3 Wochen bettlägerig; dann bis März 1890 Taylor, seitdem Gehen mit Stock und erhöhtem Schuh	Luxatio iliaco-femoris d. post coxitidem san.	Tenotomie, Gypsverband. Versuch des Redressements in Narkose, subcutane Tenotomie der Adductoren, Gypsverband in Parallelstellung	Rechtes Bein 5 *cm* kürzer. Trochanter steht 4 *cm* oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie. Bei kleinen Bewegungen im Hüftgelenk geht das Becken nicht mit (Beugung, Streckung). Vollständige Fixation bei Adduction und Abduction. Rechte Gesässgegend etwas verbreitert. Bei normal gestelltem Becken steht der Oberschenkel in einem Winkel von 135° gebeugt, in einem Winkel von 45° adducirt, mässig einwärts gerollt	17. December 1890 entlassen	22. October 1892. Briefliche Mittheilung: Bein, abgesehen von der angeblich in der letzten Zeit vermehrten Verkürzung und Steifheit im Gelenke, unbehindert. Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
560/1890 67.	Marianne v. L., 27 Jahre	Hereditär belastet. Im 3. Lebensjahre Hinken mit dem rechten Bein nach Trauma. 1 Jahr später Abscess u. Fistelbildung in der Gelenksgegend. Nach 2 Jahren unter Bädergebrauch Vernarbung. Pat. konnte hierauf mit einer Krücke gehen. Im 9. J. Abscesse in der Gelenksgegend. Mit 12 Jahren (nach Pistyan) schlossen sich die Fisteln und hierauf bis zum 19. Jahre vollst. Wohlbefinden. Gutes Gehen mit erhöhter rechter Sohle. Vor 8 J. nach Überanstrengung wieder Fistelbildung, Incisionen. 2 J. bettlägerig. Sommer 1889 Besserung nach Pistyan. Vor 1 Monat Abgang eines kleinen Sequesters	Coxitis dextra mit Eiterung	29. November Incision, Excochleation, Drainage der Fisteln	Pathognomon. Stellung des Beines, rechtwinklige Beugung und Abduction; 14 *cm* Verkürzg. Der rechte Trochanter steht 10 *cm* oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie; zahlreiche Fisteln an der Aussenseite des Gelenkes	27. December mit ungeheilter Operationswunde entlassen	24. December 1892 briefl. Mittheilung: Wunde nicht verheilt. Kann mit erhöhtem Schuh ohne Schmerzen längere Strecken zurücklegen. Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
24 1890 68.	Friederike E., 11 J., Wien	Im Jahre 1883 Schmerzen im Knie, bald darauf Schwellung im linken Hüftgelenke, bettlägerig. Abscessbildung. Sommer 1884 Hall, wo 2 Fisteln heilten. 1885 wieder Hall, wieder 1 Fistel geheilt. Sommer 1888 Baden, wo sich alle Fisteln schlossen. Geht mit Krücken	Coxitis sin. sanata mit Eiterung	25. October 1889 Osteotomia subtrochanterica nach percutaner Tenotomie der Adductoren. Stellungscorrectur, Gypshose. Mit Gypsverband entlassen. 25. November 1889 nach Abnahme des Vbd. Extension bis 2. December. 10. Jänner 1890 Taylor	Linkes Bein fixirt, Adduction, Beugestellung, Einwärtsrollung. 7 *cm* Verkürzung (davon 5 *cm* Oberschenkel-, 2 *cm* Unterschenkelverkzg.) Zahlreiche tief eingezogene Narben	13. Jänner 1890. Parallelstellung der Beine, Extremität stark abgemagert, leichte Flexion im Hüftgelenk, keine Adduction, Abduction, Rotation oder active Beweglichkeit im Gelenk. 6 *cm* Verkürzung	25. October 1892 briefliche Mittheilung: Benützt noch den Taylor'schen Apparat. Contracturstellung hat nicht zugenommen	
471 1890 69.	Josef Sch., 6 Jahre, Böhmen	Hereditär unbelastet. Seit $^3/_4$ Jahren Gang unter Schonung und leichtem Nachziehen des linken Beines. Allmähliche Zunahme des Processes. Kind läuft aber noch herum	Coxitis dextra mit Eiterung	1. Juli Extensionsverband	Coxitis in Flexions-, Adductions- und Einwärtsrotationsstellung. Abscess in der Glutealgegend	21. Juli mit Gypsverband in corr. Stellung entlassen	30. October 1892 briefliche Mittheilung: Wunde verheilt. Gute Gebrauchsfähigkeit des Beines ohne Schmerzen. Stellung seit Entlassung nicht verändert. Es kam inzwischen wieder zu Fistelbildung, die wieder verheilte	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
261/1890 70.	Franz K., 17 Jahre alt, Bauerssohn aus Gaunersdorf. (Nähere Anamnese und Status fehlt.) Durch 12 Wochen Gypsverband; jetzt das linke Bein in geringer Abduction und Auswärtsrollung, Becken geht bei allen Bewegungen des linken Beines mit. Fistelbildung. Wird mit Stützapparat entlassen. Briefliche Mittheilung (23. October 1892): Fistel dauernd verheilt. Patient kann das Bein anstandslos gebrauchen und seiner Arbeit in der Landwirtschaft nachgehen.							
254/1890 71.	Franz K., 17 Jahre, Bauerssohn, Jaroměřitz	Hereditär unbelastet; Beginn vor 4 Monaten	Coxitis sin. ohne Eiterung	Jeder Eingriff wird verweigert	Sehr fettes Individuum; Bein in Adduction und Auswärtsrollung, vollst. Fixation im Becken	17. Februar 1890 entlassen	Briefliche Mittheilung 23. Octob. 1892: Der Process dauerte 6 Monate; Beweglichkeit gut; Bein angeblich verkürzt	
346/1891 72.	Marie G., 6 Jahre, Landshut	Hereditär belastet; Beginn des Leidens vor 1 Jahr	Coxitis dextra mit Eiterung	Redressement, Gypsverband	Flexion, Abduction, Rotation nach aussen, 2 *cm* Verkürzung, Fistelbildung	26. October 1891 mit Gypsverband entlassen	10. Novemb. 1892 briefliche Mittheilung: Neue Fistelbildg., geht nur mit Krücken, leidet an Husten, Nachtschweissen	
280/1891 73.	Magdalene G., 16 Jahre, Schönberg	Seit 4 Jahren multiple Caries; vor 2 Jahren Resectio metatarsi wegen Caries halluc. sin.; s. $^1/_2$ J. Beginn d. jetz. Leidens	Coxitis sin. mit Eiterung	18. März Redressement, Gypsverband	Multiple Caries; Abductions-Flexionscoxitis; Abscessbildung auf der Innenseite des Oberschenkels	Unter den Symptomen der zunehmenden Eiterung und Decubitus Exitus am 14. Sept. 1891		Sectionsbef.: Cox.pur.ichor. post extens. artic. Anchyl. Degen. amyl. lien. et renum. Pelvis obliqu. ex synostose synch. sacraliacæ.

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
220/1891 74.	Helene F., 13 Jahre, Rumänien	Beginn des Leidens vor 7 Jahren nach Scarlatina; Extensionsbehandlung, Bädergebrauch	Coxitis sin. sanata mit Eiterung	24. Juni Redressement, Gypsverband	Adductions-Flexionscoxitis; kleine Bewegungen ohne Mitgehen des Beckens möglich; Bein 5 *cm* verkürzt; unter dem Trochanter eine eingezogene Narbe	4. Juli entlassen	October 1892 briefliche Mittheilung: Pat. kann das Bein gut, ohne Schmerzen und ohne Unterstützung gebrauchen	
175/1891 75.	Hedwig S., 6 Jahre, Kremsier	Vor 6 Monaten Trauma; seither das jetzige Leiden	Coxitis dextra mit Eiterung	1. Juni 1891 Redressement, Gypshose	Anämisches Kind; r. Bein verkürzt; Coxitis in Adductions-, Flexions- und Einwärtsrollungstellung; Trochanter 4 *cm* über der R.-N. Linie; faustgrosser Abscess an der Innenseite	14. Juni entlassen mit Gypsverband	21. Oct. 1892 briefliche Mittheilg.: Eiterung besteht fort; hat selbst den Gypsverband entfernt; keine weitere Behandlung	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
167 1891 76.	Barbara K., 16 Jahre, Biberschlag	Hereditär belastet; vor 4 Jahren Pleuritis; Beginn der jetzigen Erkrankung vor 3 Jahren; vor 2 Jahren bettlägerig, Abscess, Fistelbildung; unterdessen Zunahme der Verkürzung und pathogn. Stellung; seit 1 Jahr schmerzfrei, Fistel verheilt	Coxitis sin. sanata mit Eiterung	1. Juni Redressement, subcutane Tenotomie der Adductoren, Gypshose	L. Bein in starker Adductions-, Flexions- und Einwärtsrotationsstellung fixirt, Trochantergegend trägt eine am Knochen fixirte Narbe; Troch. steht 4 *cm* über der R.-N. Linie	17. Juli mit Ankylose in leichter Abductionsstellung entlassen, mit Holzhülsenverband		
117 1891 78.	Anna B., 15 Jahre, Wien	Hereditär unbelastet. Beginn des Leidens vor 4 Wochen. Besonders Schmerzen in der Nacht	Coxitis sin. ohne Eiterung	5. Mai Redressement, Gypsverband, Stützbügel	Abduction nach auswärts, Rotations-Flexionsstellung, 2 *cm* Verkürzung	19. Mai 1891 mit Gypsverband entlassen	23. October 1892 briefliche Mittheilung: Erkrankung im Zunehmen. Geht mit Krücken	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
132 1891 77.	Amalie K., 21 Jahre. Handarbeiterin, Wien	Oct. 1889 weg. beginn. Coxitis in Adductions-Flexionsstell. mit Gypsverb. 4 Monate Behandlung, dann Taylor; 25. Oct. 1890 brach der Apparat auf d. Strasse, Pat. fiel auf die Hüftgelenksgegend; am 28. Oct. 1890: Parallelstellg. d. Beine, Trochanter 3 *cm* über der R.-N. Linie; Musculatur etwas atrophisch; leichte passive Beweglichk. i. Gelenk, keine active. trägt d. Stützapparat weiter; seit März 1891 geht Pat. ohne Apparat	Coxitis sin. sanata ohne Eiterung	Redressement, Gypsverband, Stützapparat	Beine in Parallelstellung; Troch. 3 *cm* über der R.-N. Linie; Oberschenkel hat 2 *cm* weniger Umfang als rechts; kleine Bewegungen activ und passiv frei, bei grösseren geht das Becken mit		Nov. 1892 briefl. Mittheilung: Geht jetzt ohne Apparat; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
68/1891 79.	Sophie C., 13 Jahre, Wien	Trug seit October 1890 wegen beg. Coxitis Taylor	Coxitis sin. ohne Eiterung	Taylor	Freie Bewegung im Hüftgelenk. Nur bei äusserster Beugung geht das Becken mit	10. März 1891 entlassen mit Taylor	23. October 1892 briefliche Mittheilung: Geht ohne Apparat. Kann das Bein sehr gut gebrauchen	
8/1891 80.	Emilie B., 20 Jahre, Fabriksarbeiterin	Hereditär unbelastet. Im 5. Lebensjahre car. Erkrankung der rechten grossen Zehe, nach einigen Monaten geheilt. Beginn der jetzigen Erkrankung vor 6 Jahren mit Schmerzen u. Bewegungsbeschränkung (angeblich nach kaltem Bad). Seit 6 Monaten Zunahme der Schmerzen, bettlägerig	Coxitis sin. ohne Eiterung	3. Februar Redressement, Gypsverband	Linkes Bein in leichter Einwärtsrotation, mässiger Adduction und Flexion; Schwellung der linken Trochantergegend	15. März 1891 entlassen mit Gypsverband u. Lorenz'schem Taylor	22. Oct. 1892 briefl. Mitth.: Aus derselb. geht nur hervor, dass keine Eiterung eintrat und Gehfähigkeit durch d. Ankylose behindert ist. 23. Jänner stellt sich Pat. vor, sieht gut aus, Bein in Parallelstellung, abermals Gypsverband	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassuug	Resultat nach Jahren	Anmerkung
38 1890 81.	Anton G., 16 Jahre	Hereditär nicht belastet. Im Jänner 1889 Beginn des Leidens. Im Mai Fistelbildung. Dann 11 Monate in Hall	Coxitis dextra mit Eiterung	5. November partiell. Redressement, Gypsverband, darnach 11 Tage hohe Temperaturen. 18. Novemb. Abnahme des Verbandes; Abscessbildung. Multiples Auftreten von Fisteln.	Rechte Lungenspitzenaffection, Milz- u. Leberdämpfung verbreitet. M. Narben ausgeheilte Ankylose nach Fungus des r. Ellbogengelenkes. Rechtwinklige Flexion, leichte Abductions- und Auswärtsrotationsstellung; mehr. Fisteln an der Vorderseite des Gelenks	5. Jänner 1891 entlassen mit antisept. Verband	23. October 1892 briefliche Mittheilung: Die Eiterung besteht noch fort.	
489 1891 82.	Josef W., 9 Jahre, Wien	Hereditär belastet; vor 3 Jahren wegen Coxit. ambul. Behandl. mit Gypsverband; nach Besserg. blieb der Kranke aus	Coxitis dextra sanata ohne Eiterung	10. Nov. partiell. Redressement. Tenotomie der Adductoren, Gypsverband. 26. Nov. nach Entfernung des Gypsverbandes Lagerung auf das Streckbrett, Extension, allmählige Stellgs.-Correctur auf dem Streckbrett. 16. December Anlegung eines Gypsverband. in corr. Stellung	Stumpfwinklige Flexions-, Adductions- und Innenrotationsstellung, keine Fisteln. Musculatur atrophisch. $7^1/_2$ *cm* Verkürzg. Trochanter steht $6^1/_2$ *cm* über der R.-N. Linie	29. December mit abnehmbar. Holzhose entlassen		

II. Kniegelenk.

Allgemeiner Theil des Kniegelenkes.

Übersicht über die 215 Fälle von Tuberculose des Kniegelenkes.

Keine Behandlung	20	Fälle
Regime	2	„
Extension	1	Fall
Gypsverband	40	Fälle
Kleine Eingriffe	31	„
Ignipunctur	23	„
Partielle Resection, Arthrotomie, Nekrotomie . . .	18	„
Totale Resection	21	„
Amputation	59	„

Zusammen 215 Fälle mit 106 Endresultaten, und zwar:

4 Fälle ohne Behandlung (Nr. 4, 5, 7, 8): geheilt 1, ungeheilt 1, gestorben 2;

2 „ Regime (Nr. 3, 52): geheilt 1, gestorben 1;

6 „ Gypsverband (Nr. 1, 6, 9, 10, 51, 57): geheilt 6;

12 „ Ignipunctur (Nr. 2, 11, 12, 13, 14, 53, 54, 55, 60, 61, 63, 69): geheilt 9, gebessert 3;

7 „ kleine Eingriffe (Nr. 15, 16, 17, 18, 20, 56, 74): geheilt 4, gestorben 3;

6 „ part. Resection (Nr. 19, 25, 67, 71 73): geheilt 2, gebessert 2, gestorben 1;

9 Fälle totale Resection (Nr. 21, 22, 23, 24, 26, 62, 64, 65, 72): geheilt 6, gebessert 1, gestorben 2;

30 „ Amputation (Nr. 27—50, 58, 59, 66, 68, 70, 75): geheilt 18, ungeheilt 1, gestorben 11.

76 Fälle und ausser diesen noch 31 Fälle von Ankylose nach Ablauf der Erkrankung (vide Krankengeschichten II.), wobei in 18 Fällen Redressement, in 12 Fällen Resection und in 1 Falle Amputation nachher vorgenommen wurde.

Operativ behandelt wurden 57 Fälle.

Conservativ behandelt wurden 49 Fälle.

Mit Eiterung verliefen 73 Fälle, und zwar: Nr. 2, 3, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77. 78, 79, 81, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 99, 102, 103, 104.

Ohne Eiterung verliefen 33 Fälle, und zwar: Nr. 1, 4, 7, 9, 10, 11, 31. 33, 38, 48(?), 51, 52, 54, 55, 57, 64, 67, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 95, 96(?), 97(?), 98, 100, 101, 105, 106.

Trauma war in 17 Fällen angegeben.

Heredität war in 10 Fällen nachweisbar.

Conservativ behandelt wurden 19 Fälle, davon 11 mit und 8 ohne Eiterung.

a) Geheilt wurden hievon 6 Fälle mit und 6 Fälle ohne Eiterung

b) Ungeheilt blieb 1 Fall ohne Eiterung.

c) Exitus letalis trat ein in 5 Fällen mit und in 1 Falle ohne Eiterung.

Mit Ignipunctur behandelt wurden 12 Fälle, davon 9 mit und 3 ohne Eiterung.

a) Geheilt wurden 6 Fälle mit und 3 Fälle ohne Eiterung.

b) Gebessert wurden 3 Fälle mit Eiterung.

Mit Resection wurden behandelt 14 Fälle, davon 12 mit und 2 ohne Eiterung.

a) Geheilt wurden 7 Fälle mit und 1 Fall ohne Eiterung.

b) Gebessert wurden 2 Fälle mit und 1 Fall ohne Eiterung.

c) Exitus letalis trat ein in 3 Fällen mit Eiterung.

Primär amputirt wurden 14 Fälle, davon 13 mit und 1 ohne Eiterung.

a) Geheilt wurden 7 Fälle mit und 1 Fall ohne Eiterung.

b) Exitus letalis trat ein in 6 Fällen mit Eiterung.

Secundär amputirt wurden 16 Fälle, davon 13 mit und 3 ohne Eiterung.

a) Geheilt wurden 8 Fälle mit und 2 Fälle ohne Eiterung.

b) Ungeheilt blieb 1 Fall mit Eiterung.

c) Exitus letalis trat ein in 4 Fällen mit Eiterung und in 1 Fall ohne Eiterung.

Von hier ab sind nur die Fälle Nr. 1—75 berücksichtigt, also nicht die als ausgeheilt betrachteten Ankylosen Nr. 76—106 (Krankengeschichten II.).

Übersicht nach dem Jahr der Erkrankung,

in welchem die Behandlung auf der Klinik (resp. bei den betreffenden Fällen in der Privatpraxis des Prof. Albert) eingeleitet wurde.

A. Conservative Behandlung.[1])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 7 Fällen (Nr. 1, 5, 16, 51, 52, 56, 57): geheilt 4, gestorben 3.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 7 Fällen (Nr. 4, 8, 10, 17, 18, 20, 74): geheilt 5, gestorben 2.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 3): gestorben.

Im 5. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 7, 15): geheilt 1, ungeheilt 1.

B. Ignipunctur.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 54): geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 11, 53): geheilt.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 2, 12, 55): geheilt 2, gebessert 1.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 13, 14, 63): geheilt.

Im 7. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 69): gebessert.

Im 8. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 60): geheilt.

Im 13. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 61): geheilt.

---

[1]) Es wurden im ganzen 19 Fälle conservativ behandelt, hier erscheinen aber nur 17 Fälle aufgenommen, da bei Fall Nr. 6 und 9 die entsprechende anamnestische Angabe fehlt. (Fälle aus der Privatpraxis.)

C. Partielle Resection

(einschliesslich Nekrotomie und Arthrotomie).

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 19): geheilt.
Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 25): gestorben.
Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 67): gebessert.
Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 71): gebessert.
Im 16. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 73): geheilt.

D. Totale Resection.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 22): gestorben.
Im 3. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 64, 65[1]): geheilt.
Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 24): geheilt.
Im 5. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 21, 72): gebessert 1, gestorben 1.
Im 6. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 26): geheilt.
Im 7. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 62): geheilt.
Im 8. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 23): geheilt.

E. Primäre Amputation.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 39, 49, 59): gestorben.
Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 35, 66): geheilt 1, gestorben 1.
Im 3. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 29, 32): geheilt.
Im 4. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 36, 44): geheilt 1, gestorben 1.
Im 11. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 27): geheilt.

F. Secundäre Amputation

(nach conservativer Behandlung).

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 38): geheilt.
Im 2. Jahre der Erkrankung bei 4 Fällen (Nr. 31, 34, 37, 42): geheilt 2, gestorben 2.
Im 3. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 41, 58, 68): geheilt 2, gestorben 1.

---

[1]) Siehe Krankengeschichte.

Im 7. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 47): gestorben.
Im 8. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 75): geheilt.
Im 13. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 70[1]): ungeheilt.

G. Secundäre Amputation
(nach operativer Behandlung).

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 33, 45): geheilt 1, gestorben 1.
Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 46): geheilt.
Im 11. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 50): geheilt.

Die Endresultate rühren aus folgenden Jahren seit der Entlassung her:

Aus dem 1. Jahre bei 21 Fällen (Nr. 4, 5, 21, 22, 25, 28, 29, 36, 39, 42, 49, 56, 59, 61, 62, 63, 66, 71, 72, 73, 74):
Conservativ: 4 Fälle gestorben.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt, 1 gebessert.
Resection: 2 Fälle geheilt, 2 gebessert, 3 gestorben.
Amputation: 1 Fall geheilt, 7 gestorben.

Aus dem 2. Jahre bei 14 Fällen (Nr. 2, 3, 31, 40, 43, 53, 58, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 70):
Conservativ: 1 Fall gestorben.
Ignipunctur: 3 Fälle geheilt, 1 gebessert.
Resection: 2 Fälle geheilt, 1 gebessert.
Amputation: 3 Fälle geheilt, 1 ungeheilt, 2 gestorben.

Aus dem 3. Jahre bei 9 Fällen (Nr. 6, 7, 17, 23, 33, 54, 55, 57, 75):
Conservativ: 3 Fälle geheilt, 1 ungeheilt.
Ignipunctur: 2 Fälle geheilt.
Resection: 1 Fall geheilt.
Amputation: 2 Fälle geheilt.

Aus dem 4. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 37, 50, 51, 52):
Conservativ: 2 Fälle geheilt.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: 2 Fälle geheilt.

---

[1]) Amputation nach Versuch der Resection, die wegen ausgedehntem Knochen- und Weichtheilfungus undurchführbar war.

Aus dem 5. Jahre bei 3 Fällen (Nr. 10, 15, 38):
Conservativ: 2 Fälle geheilt.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: 1 Fall geheilt.

Aus dem 6. Jahre bei 3 Fällen (Nr. 8, 11, 47):
Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt.
Resection: kein Fall.
Amputation: 1 Fall gestorben.

Aus dem 7. Jahre bei 9 Fällen (Nr. 9, 18, 30, 32, 34, 41, 44, 46, 48):
Conservativ: 2 Fälle geheilt.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: 7 Fälle geheilt.

Aus dem 8. Jahre bei 7 Fällen (Nr. 12, 13, 14, 19, 24, 26, 35):
Conservativ: kein Fall.
Ignipunctur: 2 Fälle geheilt, 1 gebessert.
Resection: 3 Fälle geheilt.
Amputation: 1 Fall geheilt.

Aus dem 9. Jahre bei 1 Falle (Nr. 20):
Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: kein Fall.

Aus dem 10. Jahre bei 2 Fällen (Nr. 1, 27):
Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: 1 Fall geheilt.

Fälle Nr. 16 und Nr. 45 konnten mangels Angabe der Zeit des Todes in diese Tabelle nicht aufgenommen werden.

Allgemeine Übersicht über die Behandlungsresultate in den vier Gruppen.

	Bis zum 10. J.	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach d. 30. J.	Summa
1. Vollkommen ausgeheilt . .	15	8	2	4	29
2. Unvollkommen geheilt . .	2	3	—	1	6
3. Ungeheilt	—	1	—	1	2
4. Durch Amputation geheilt	2	4	4	8	18
5. Todesfälle	1	5	4	10	20
Summa	20	21	10	24	75

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Gypsverbänden in den vier Gruppen.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	3	2	—	1	6
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	—	—	—
Summa . .	3	2	—	1	6

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Ignipunctur.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	7	2	—	—	9
Gebessert . .	1	1	—	1	3
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	—	—	—
Summa . .	8	3	—	1	12

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit partieller Resection.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	1	1	—	—	2
Gebessert . .	1	1	—	—	2
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	—	1	1
Summa . .	2	2	—	1	5

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit totaler Resection.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	—	2	1	3	6
Gebessert . .	—	1	—	—	1
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	1	—	1	2
Summa . .	—	4	1	4	9

Übersicht über die Behandlungsresultate nach primärer Amputation.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	1	1	2	3	7
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	1	2	3	6
Summa . .	1	2	4	6	13

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit secundärer Amputation.

	Bis zum 10. Jahre	vom 10.—20. J.	vom 20.—30. J.	nach dem 30. Jahre	Summa
Geheilt . . .	1	3	2	5	11
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	1	—	—	1
Gestorben . .	—	—	1	4	5
Summa . .	1	4	3	9	17

Resultate nach primärer Amputation mit Rücksicht auf das Alter der Patienten.

	Alter bis 10 J.	vom 10.-20. J.	vom 20.-30. J.	vom 30.-40. J.	vom 40.-50 J.	vom 50.-60. J.	vom 60.-70. J.	Summa
Geheilt .	1	1	2	2	1	1	—	8
Gestorben	—	1	2	1	1	—	1	6
Summa .	1	2	4	3	2	1	1	14

Resultate nach secundärer Amputation mit Rücksicht auf das Alter der Patienten.

	Alter bis 10 J.	vom 10.-20. J.	vom 20.-30. J.	vom 30.-40. J.	vom 40.-50. J.	vom 50.-60. J.	vom 60.-70. J.	Summa
Geheilt .	1	3	2	1	—	2	1	10
Ungeheilt .	—	1	—	—	—	—	—	1
Gestorben	—	—	1	2	1	1	—	5
Summa .	1	4	3	3	1	3	1	16

Bemerkungen zu den Resectionen.

Es wurden im Ganzen 14 Resectionen vorgenommen, davon 5 partielle und 9 totale.

Bei den 5 partiell Resecirten wurde 2mal die Kapsel und Patella und die Knorpel entfernt; Knochennaht wurde hiebei nicht vorgenommen (Nr. 25, 73). 1mal wurden Sequester entfernt (Nr. 71). 1mal wurde bloss Arthrotomie (Nr. 19), 1mal (ausserhalb der Klinik) Arthrektomie vorgenommen (Nr. 67).

Bei den 9 total Resecirten wurde jedesmal die Kapsel, 6mal auch die Patella, 4mal auch die Epiphysenenden, 2mal auch Stücke der Tibia entfernt. In 2 Fällen wurde Silber, in 1 Falle Catgut zur Knochennaht verwendet; in 5 Fällen wurde der |—| Schnitt, in 2 Fällen der untere Bogenschnitt gemacht.

Bei allen 12 sub II. angeführten, zur Stellungsverbesserung Resecirten wurde totale Resection, darunter 1 keilförmige (Nr. 102), vorgenommen.

In 1 Falle (Nr. 105) wurden grössere Stücke der Tibia und des Femur entfernt; in den 3 Fällen (Nr. 104, 105, 106) wurden die Knochen mit Silber genäht, bei den übrigen Fällen fehlt die Angabe über die Naht.

Die Zahl der Ankylosen betrug 58, wovon 27 als Resultate der klinischen Behandlung in den 4 Gruppen specificirt sind und 31 als ausgeheilte Fälle zum Zwecke der Stellungsverbesserung an die Klinik aufgenommen wurden. (Letztere vide unter Krankengeschichten II., Nr. 76—106.)

Übersicht der Ankylosen nach den Behandlungsmethoden und mit Rücksicht auf die vier Altersgruppen.

Behandlungsmethode	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summa
Conservativ	Nr. 2, 8, 9, 11, 13, 18, 52, 53, 54, 55, 60	1, 6, 12, 14, 15, 63	—	—	17
Resection .	Nr. 19	64, 73	24	23, 62, 65	7
Summa .	12	8	1	3	24

Beweglichkeit (vollkommen frei) resultirte in 5 Fällen, und zwar nach:

Behandlungsmethode	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summa
Conservativ	Nr. 10, 17, 51	—	20	—	4
Resection .	—	71	—	—	1
Summa .	3	1	1	—	5

Geringe Beweglichkeit verblieb in den Fällen Nr. 52, 53, 54 nach conservativer Behandlung, im Falle Nr. 26 nach Resection.

Verkürzung wurde constatirt in 3 conservativ behandelten und in 2 resecirten Fällen.

Conservativ behandelt waren die Fälle Nr. 6 („etwas kürzer"), Nr. 10 (3 *cm* Verkürzung) und Nr. 13 (2 *cm* Verkürzung).

Resecirt waren die Fälle Nr. 26 („verkürzt") und Nr. 64 (4 *cm* Verkürzung).

Mortalität.*)

Exitus trat in 20 Fällen ein = 18·9%.

Es starben 14 Operirte und 6 Nichtoperirte = 13·2%, resp. 5·66% der Behandelten.

Der Exitus trat in 2 Fällen anschliessend an die Operation ein.

Bis zum 10. Lebensjahre trat der Exitus ein in 1 Falle
„ „ 20. „ „ „ „ „ „ 2 Fällen
„ „ 30. „ „ „ „ „ „ 5 „
Nach dem 30. „ „ „ „ „ „ 11 „

Fall Nr. 45 ist hier wegen mangelnder Angabe des Todesjahres nicht aufgenommen.

*) In dieser Tabelle sind alle 106 Fälle berücksichtigt.

An Tuberculose starben 15 Patienten, und zwar:

Im 1. Jahre der Erkrankung 4;
„ 2. „ „ „ 4;
„ 3. „ „ „ 1;
„ 4. „ „ „ 2;
„ 5. „ „ „ 2;
„ 6. „ „ „ 1;
„ 13. „ „ „ 1.

Durchschnittliche Lebensdauer der Gestorbenen seit Beginn der Erkrankung:

a) der Operirten: 2 Jahre.

b) der Nichtoperirten: 2 Jahre.

Die Fälle Nr. 16, 28, 45 sind mangels genauer Daten hier nicht berücksichtigt.

Specieller Theil des Kniegelenkes.

I. Beginn der Erkrankung vor dem 10. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 20 Fälle: Nr. 2, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 32, 41, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 67.

Ohne Eiterung verliefen 9 Fälle: Nr. 4, 9, 10, 11, 51, 52, 54, 55, 67.

Mit Eiterung verliefen 11 Fälle: Nr. 2, 8, 13, 17, 18, 19, 32, 41, 53, 60, 61.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband . . . . 3 Fälle.
Ignipunctur . . . . 8 „
Kleinen Eingriffen . . 2 „
Partieller Resection . . 2 „
Totaler Resection . . 0 „
Primärer Amputation . 1 Fall.
Secundärer Amputation 1 „

Ohne Eingriff blieben . . . . . 3 Fälle.

1. Vollkommen ausgeheilt (auch durch primäre Amputation) wurden 16 Fälle: Nr. 2, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 32, 51, 52, 53, 54, 55, 60.

2. Gebessert wurde 1 Fall: 67.

3. Fistel bei brauchbarem Beine besteht in 1 Falle: Nr. 61.

4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.

5. Durch secundäre Amputation geheilt 1 Fall: Nr. 41.

6. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 4.

Todesursache: Tuberculose.

Behandlungsweise und Endresultat in den 10 Fällen ohne Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	52	—	—	4	2
Gypsverband	9, 10, 51	—	—	—	3
Ignipunctur	11, 54, 55	—	—	—	3
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Partielle Resection . .	—	67	—	—	1
Totale Resection . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	—	—	—	—	—
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
	7	1	—	1	9

Todesursache: Tuberculose in Fall Nr. 4.

Behandlungsweise und Endresultat in den 10 Fällen mit Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	8	—	—	—	1
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	2, 13, 53, 60	61	—	—	5
Kleine Eingriffe . .	17, 18	—	—	—	2
Partielle Resection . .	19	—	—	—	1
Totale Resection . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	32	—	—	—	1
Secundäre Amputation	41	—	—	—	1
	10	1	—	—	11

Kein Todesfall.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug 2·6 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug 1·3 Jahre.

Die durchschnittliche Beobachtungsdauer in den ausgeheilten Fällen betrug 5 Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 17, 19.

b) Kapselerkrankung: Nr. 2, 4, 9, 10, 11, 51, 67.

c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär war, Nr. 8, 13, 18, 52, 53, 54, 55.

d) Sequesterbildung: kein Fall.

Ausgang in den 16 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, bewegliches Bein in 3 Fällen: Nr. 10, 17, 51.
   b) Brauchbares Bein, Streckankylose in 10 Fällen: Nr. 2, 9, 11, 13, 18, 52, 53, 54, 55, 60.
   c) Beugeankylose in 1 Falle: Nr. 8.

2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein in 2 Fällen: Nr. 61, 67.
3. Fistel bei brauchbarem Bein: kein Fall.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Exitus trat ein in 1 Falle: Nr. 4.

Ausgang in den 2 partiell resecirten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, bewegliches Bein: kein Fall.
   b) Brauchbares Bein, Streckankylose: kein Fall.
   c) Beugeankylose in 1 Falle: Nr. 19.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein in 1 Falle: Nr. 67.

Totale Resection wurde in den dieser Gruppe angehörenden Fällen nicht vorgenommen.

Complicationen: Mit Tuberculosis meningum: Nr. 4.
„ „ pulmonum: Nr. 41.

II. Beginn der Erkrankung zwischen dem 10. bis 20. Lebensjahre.

Hierher gehören folgende 21 Fälle: Nr. 1, 3, 5, 6, 12, 14, 15, 22, 26, 27, 33, 36, 46, 63, 64, 70, 71, 72, 73, 74, 75.

Ohne Eiterung verliefen 3 Fälle: Nr. 1, 33, 64.

Mit Eiterung verliefen 18 Fälle: Nr. 3, 5, 6, 12, 14, 15, 22, 26, 27, 36, 46, 63, 70, 71, 72, 73, 74, 75.

Hievon wurden behandelt mit:

Gypsverband	2	Fälle.
Ignipunctur	3	„
Kleinen Eingriffen	2	„
Partieller Resection	2	„
Totaler Resection	4	„
Prim. Amputation	2	„
Secund. Amputation	4	„
Ohne Eingriff blieben	2	„

1. Vollkommen ausgeheilt (auch durch prim. Amputation) wurden 9 Fälle: Nr. 1, 6, 14, 15, 26, 27, 63, 64, 73.
2. Gebessert wurden: kein Fall.
3. Fistel bei brauchbarem Bein besteht in 3 Fällen: Nr. 12, 71, 72.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Durch secundäre Amputation geheilt*) 3 Fälle: Nr. 33, 46, 75.
6. Exitus letalis trat ein in 5 Fällen: Nr. 3, 5, 22, 36, 74.

Todesursachen:

a) Tuberculose: Nr. 3, 22, 36, 74 (4 Fälle).
b) Andere Krankheiten: kein Fall.
c) Folgen der Operation: kein Fall.
d) Unbekannt: Nr. 5 (1 Fall).

---

*) Bei Fall Nr. 70 besteht noch Fistel nach secundärer Amputation.

Behandlungsweise und Endresultat in den 3 Fällen ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	—	—	—
Gypsverband	1	—	—	—	1
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . . .	64	—	—	—	1
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	33	—	—	—	1
Summe . .	3	—	—	—	3

Todesursachen: Tuberculose in Nr. 36.

Behandlungsweise und Endresultat in den 18 Fällen mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	—	3, 5	2
Gypsverband	6	—	—	—	1
Ignipunctur	14, 63	12	—	—	3
Kleine Eingriffe . . .	15	—	—	74	2
Part. Resection . . .	73	71	—	—	2
Totale Resection . . .	26	72	—	22	3
Prim. Amputation . .	27	—	—	36	2
Secund. Amputation . .	46, 75	—	70	—	3
Summe . .	9	3	1	5	18

Todesursachen waren:

Tuberculose in Nr. 3, 22, 74.

Unbekannt in Nr. 5.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug $4^1/_4$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug $6^1/_2$ Jahre.

Die durchschnittliche Beobachtungsdauer in den ausgeheilten Fällen betrug 4 Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 12, 15, 26, 27, 72.

b) Kapselerkrankung: Nr. 1, 5, 35.

c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär war, Nr. 3, 6, 22, 46, 63, 64, 73, 75.

d) Sequesterbildung: Nr. 71.

Ausgang in den 9 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:

a) Gute Stellung, bewegliches Bein: kein Fall.

b) Brauchbares Bein, Streckankylose in 5 Fällen: Nr. 1, 6, 14, 15, 63.

c) Beugeankylose: kein Fall.

2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein: kein Fall.
3. Fisteln bei brauchbarem Bein in 1 Falle: Nr. 12.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Exitus trat ein in 3 Fällen: Nr. 3, 5, 74.

Ausgang in den 2 partiell resecirten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, bewegliches Bein: kein Fall.
   b) Brauchbares Bein, Streckankylose in 1 Falle: Nr. 73.
   c) Beugeankylose: kein Fall.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein: kein Fall.
3. Fisteln bei brauchbarem Bein in 1 Falle: Nr. 71.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Exitus trat ein: kein Fall.

Ausgang in den 4 total resecirten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, bewegliches Bein in 1 Falle: Nr. 26.
   b) Brauchbares Bein, Streckankylose in 1 Falle: Nr. 64.
   c) Beugeankylose: kein Fall.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein: kein Fall.
3. Fisteln bei brauchbarem Bein in 1 Falle: Nr. 72.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 22.

Complicationen: Mit Hauttuberculose: Nr. 5.
Mit Tuberculosis pulm.: Nr. 22, 70, 74, 3.
Mit Tuberculose anderer Knochen und Gelenke Nr. 3, 71, 75.
Mit Amyloidosis: Nr. 36.

Beginn der Erkrankung zwischen dem 20.—30. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 10 Fälle: Nr. 16, 20. 24, 28, 31, 35, 37, 48, 50, 66.
Ohne Eiterung verliefen 2 Fälle: Nr. 31, 48 (?).
Mit Eiterung verliefen 8 Fälle: Nr. 16, 20, 24, 28, 35, 37, 50, 66.
Hievon wurden behandelt mit:

Gypsverband	kein Fall.
Ignipunctur	kein Fall.
Kleinen Eingriffen . .	2 Fälle.
Partieller Resection . .	kein Fall.
Totaler Resection . . .	1 Fall.
Primärer Amputation .	4 Fälle.
Secundärer Amputation	3 Fälle.

Ohne Eingriff blieben . . . . . kein Fall.

1. Vollkommen ausgeheilt (auch durch primäre Amputation) wurden 4 Fälle: Nr. 20, 24, 35, 48.

2. Gebessert wurden: kein Fall.
3. Fistel bei brauchbarem Bein: kein Fall.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.

5. Durch secundäre Amputation geheilt 2 Fälle: Nr. 37, 50.
6. Exitus letalis trat ein in 4 Fällen: Nr. 16, 28, 31, 66.

Todesursachen:

a) Tuberculose: Nr. 16, 31, 66.
b) Andere Krankheiten: kein Fall.
c) Folgen der Operation: Nr. 28.
d) Unbekannt: kein Fall.

Behandlungsweise und Endresultat in den 2 Fällen ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Partielle Resection . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	48	—	—	—	1
Secundäre Amputation	—	—	—	31	1
Summe . .	1	—	—	1	2

Todesursachen: Tuberculose in Fall Nr. 31.

Behandlungsweise und Endresultat in den 8 Fällen mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	20	—	—	16	2
Partielle Resection . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . .	24	—	—	—	1
Primäre Amputation .	35	—	—	28, 66	3
Secundäre Amputation	37, 50	—	—	—	2
Summe . .	5	—	—	3	8

Todesursachen: Tuberculose in Fall Nr. 16 und 66.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug 3 Jahre.

Die Durschschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug $3^1/_2$ Jahre.

Die durchschnittliche Beobachtungsdauer in den ausgeheilten Fällen betrug $5^1/_2$ Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 24.
b) Kapselerkrankung: Nr. 20.
c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär war Nr. 16, 37, 48.
d) Sequesterbildung: kein Fall.

Ausgang in den 2 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:

a) Gute Stellung, bewegliches Bein in 1 Falle: Nr. 20.

b) Brauchbares Bein, Streckankylose: kein Fall.

c) Beugeankylose: kein Fall.

2. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 16.

Eine partielle Resection wurde in den dieser Gruppe angehörenden Fällen nicht vorgenommen.

Ausgang in dem 1 total resecirten Falle:

Volle Heilung:

Brauchbares Bein, Streckankylose: Nr. 24.

Complicationen: Mit Tuberculosis pulm.: Nr. 31.
„ „ laringis: Nr. 66.
„ Fungus tarsi: Nr. 37.

IV. Beginn der Erkrankung nach dem 30. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 24 Fälle: Nr. 7, 21, 23, 25, 29, 30, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 56, 57, 58, 59, 62, 65, 68, 69.

Ohne Eiterung verliefen 4 Fälle: Nr. 7, 23, 38, 57.

Mit Eiterung verliefen 20 Fälle: Nr. 21, 25, 29, 30, 34, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 56, 58, 59, 62, 65, 68, 69.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband . . . . 1 Fall.
Ignipunctur . . . . 1 „
Kleinen Eingriffen . . 1 „
Part. Resection . . . 1 „
Totaler Resection . . 4 Fälle.
Prim. Amputation . . 7 „
Secund. Amputation . 8 „
Ohne Eingriff blieb . . . . . 1 Fall.

1. Vollkommen geheilt (auch durch prim Amputation) wurden 7 Fälle: Nr. 23, 29, 30, 44, 57, 62, 65.

2. Gebessert wurden: kein Fall.

3. Fistel bei brauchbarem Bein besteht in 1 Falle: Nr. 69.

4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein in 1 Falle: Nr. 7.

5. Durch secund. Amputation geheilt 5 Fälle: Nr. 34, 38, 40, 43, 68.

6. Exitus letalis trat ein in 10 Fällen: Nr. 21, 25, 39, 42, 45, 47, 49, 56, 58, 59.

Todesursachen:

Tuberculose: Nr. 21, 42, 47, 49, 56, 59 (?).
Andere Krankheiten: Nr. 39.
Folgen der Operation: Nr. 21.
Unbekannt: Nr. 25, 45, 58.

Behandlungsweise und Endresultat in den 3 Fällen ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	7	—	1
Gypsverband	57	—	—	—	1
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . . .	—	—	—	—	—
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	38	—	—	—	1
Summe	3	—	1	—	3

Todesursachen: kein Fall.

Behandlungsweise und Endresultat in den 21 Fällen mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	69	—	—	1
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	56	1
Part. Resection . . .	—	—	—	25	1
Totale Resection . .	23, 62, 65	—	—	21	4
Prim. Amputation . .	29, 30, 44	—	—	39, 49, 59	6
Secund. Amputation .	34, 40, 43, 68	—	—	42, 45, 47, 58	8
Summe	10	1	—	10	21

Todesursachen:

Tuberculose: Nr. 21, 42, 47, 49, 56, 58 (?), 59 (?).
Andere Krankheiten: Nr. 39.
Operation: Nr. 21.
Unbekannt: Nr. 25, 45.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug $2^1/_4$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen betrug 2 Jahre.

Die durchschnittliche Beobachtungsdauer in den ausgeheilten Fällen betrug $3^1/_2$ Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 23, 29, 34, 38, 39, 40, 42, 58.

b) Kapselerkrankung: Nr. 7, 25, 56, 62, 65.

c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär: Nr. 21, 43, 44, 45, 47, 49, 57, 59, 68, 69.

d) Sequesterbildung: kein Fall.

Ausgang in den 4 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung: kein Fall.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein in 1 Falle: Nr. 57.
3. Fistel bei brauchbarem Bein in 1 Falle: Nr. 69.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein in 1 Falle: Nr. 7.
5. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 56.

In dem 1 partiell resecirten Falle Nr. 25 trat Exitus ein.

Ausgang in den 4 total resecirtn Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, bewegliches Bein: kein Fall.
   b) Brauchbares Bein, Streckankylose in 3 Fällen: Nr. 23, 62, 65.
   c) Beugeankylose: kein Fall.
2. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 21.

Complicationen: Mit Tuberculosis pulm.: Nr. 21, 42, 45, 47, 49, 69.
„ Tuberculose anderer Knochen und Gelenke: Nr. 21, 34, 56.
„ Albuminurie, Leukocythose: Nr. 39.

Krankengeschichten für das Kniegelenk. I.

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
Aus der Privatpraxis d. Herrn Hofrath Albert 1.	Fr. C., 16 Jahre	Beginn 1881; Dauer der Erkrankung 6 Monate	Fungus genus	Streckung, Gypsverband, Apparate, nie Abscedirung. Hall, 3½ Jahre Dauer der Schwellung			1891, nach 10 J.: Streckungsankylose; P. von blühendem Aussehen	
detto 2.	Leop. S., 7 Jahre	Beginn 1888	Gonitis fungosa dextra; hochgradige Schwellung	März 1890 Ignipunctur, 5 Wochen Spitalsbehandlung		Die Eiterung dauerte 6 Wochen	1891 Schwellung abgefallen; Ignipuncturnarben etwas eingezogen, Knie leicht gebeugt, 160 bis 170° $\sphericalangle$; Pat. geht mit Taylor und sieht gut aus	
275/1881 3.	Anna R., 21 Jahre	Beginn vor 3 Jahr. Heredit. belastet; vor 3 Monaten Abscedirung am linken Knie	Gonitis fung. bilat. suppur. sin.	Landaufenthalt; Jodoformverband		Mit verheilter Fistel am 1. August 1881 entlassen	Im Jahre 1883 an Tuberculose pulmon. gestorb.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
90/1882 4.	Francisca W., 3 Jahre, Bauerstochter	Beginn vor 1 Jahr	Gonitis fung. dextra	Verweigert jeden Eingriff	Hochgradige teigige Schwellung des r. Kniegelenkes	Unbehandelt 5. Decemb. 1882 entlassen	Bald nach ihrer Entlassung unter Symptomen von Hirnreizung gest. (Meningitistub.?)	
116/1884 5.	Anna P., 18 Jahre, Handarb.	Beginn vor $^1/_2$ Jahr	Gonitis fung. dextra	Verweigert Operation	Schwellung und Abscedirung über dem Condyl. intern. femor. d. Ulcera tuberculis multipl.	Unbehand. 12. Febr. 1884 entlassen	Im selben Jahre gestorben	
139/1888 6.	Josefa B., 13 Jahre		Gonitis fung. dextra	Gypsverband	Kindskopfgrosse, teigige, spindelförm. Schwellung d. r. Kniegelenkes; abnorme Beweglichkeit, dabei Crepitation, keine Complication	Pat. wird mit gestr. Knie 27. April 1888 entlassen und mit Gypsverbänden und Stützapparat in ihrer Heimat nachbehand.; es kam dabei zu Fistelbildung, die sich nach 5monatl. Bestehen schloss	Briefl. Mittheilg. v. 27. Dec. 1890: Pat. ist ganz gesund, geht schwerer Arbeit nach; Knie ankylosirt in Streckstellung, „etwas kürzer," vollst. gut gebrauchbar	
42/1888 7.	Antonia P., 45 Jahre	Beginn vor 4 J.; vor $^1/_2$ Jahr nach Trauma Exacerbation	Gonitis fung. dextra	Verweigert Operation	Hochgradige spindelförmige Schwellung des spitzwinklig gebeugten Kniegelenkes	Pat. wird ungeheilt entlassen	4. März 1891 schreibt P., dass i. Zustand unverändert sei, nur sei das Knie mehr gebeugt; sie geht mit Krücken	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80/1885 8.	Johann G., 9 Jahre	Beginn vor 1 J. nach Trauma; Remission; abermals Trauma, seitdem stetig zunehmende Schwellung des r. Kniegelenkes; vor 2 Monaten Incision eines Abscesses über d. Condyl. intern.	Gonitis fung. dextra	Verweigert Operation	Keine Complication; starke fungöse Schwellung des r. Kniegelenkes, besonders über den Kondylen; typ. auf rauhen Knochen führende Fistel über dem Condyl. intern.; stumpfwinklige Beugestellung	Pat. wird ohne Eingriff entlassen	P. schreibt 5. April 1891: Die Fistel heilte nach 3 J. zu; das Knie ist in Beugestellung fixirt; Allgemeinbefinden gut; leidet an Lymphomen	
78/1884 9.	Pauline S., 3 Jahre	?	Gonitis fung. sin.	Gypsverband	Halbkugelige teigige Schwellung des l. Kniegelenkes in leichter Beugestellg.	Mit Gypsverband in Streckstellung entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Knie in Streckstellung, geringe Verkürzung, Allgemeinbefinden gut	
8/1886 10.	Franz E., 6 Jahre	Beginn vor 1 Jahr	Gonitis fung. sin.	Gypsverband nach Redressement	Die Gruben neben der Patella durch elastische Schwellung ausgefüllt; Verdickg. des Condyl. intern.; 3 *cm* Verkürzung; Musculatur phin.	Nach Redressement mit Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Verkürzung hat nicht zugenommen; Kniegelenk nicht steif geblieben? Allgemeinbefinden sehr gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
32 1885 11.	Julie K., 8 Jahre	Im Jahre 1884 Ignipunctur des Kniegelenkes, nach Verheilung der Ignipunctur-wunden 2 Monate später Gypsverb., mit dem Patient herumgieng	Gonitis fung. sinistra	Gypsverband nach Redressement (Ignipunctur)	Kugelige Schwellung des linken Kniegelenkes; keine Fistel; in d. Haut d. Narben vom Paquelin. Das Knie im Winkel von 120° gebeugt; passive Bewegung in geringem Grade möglich; über dem Condyl. int. in der sonst elastischen Schwellg. eine 2 cm^2 weichere Stelle; keine Complication	P. wird mit Gypsverband, der in gestreckter Stellung angelegt, entlassen	März 1891 schreibt P., dass sie den Verband noch einige Monate trug; Allgemeinbefinden gut; Knie gestreckt, nicht vollständig ankylotisch, das linke Bein zum Gehen gut brauchbar	
137 1883 12.	Karl F., 12 Jahre	Beginn vor 2 J.; vor 1 Jahr Exacerbation nach Variola	Gonitis fung. dextra	Ignipunctur am 19. Mai und 30. Mai 1883. Blau. Bind. Verband mit Fenster	Keine Complicat. typ. halbkugelige, elast., weiche Schwellung d. Vorderseite d. rechten Kniegelenkes; keine Fistel; beim Einstechen d. Paquelins entleerte sich reichlich dünner Eiter	P. wurde mit noch eiternden Fisteln entlassen u. konnte m. Fixationsverband gehen; P. entzog sich der weiteren Behandlung	März 1891 schreibt P.: Allgemeinbefinden gut; linkes Bein im Knie in leicht gebeugter Stellg. steif, mit Hilfe eines Stockes kann P. gehen; einige Fisteln bestehen noch	Decemb. 1892 vorgest.: eine Fistel blieb ungeh. u. eiterte immer; Ankylose in Streckstellg. Seit 5 Mon. allmähl. zunehm. Schwellg., Aufbruch ein. Abscesses üb. d. Condyl. extern., fung. Schwellg. beiders. neb. d. Patella; wird z. Operat. bestellt

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
125/1883 13.	Elisabeth S., 11 Jahre	Beginn vor 3 J.; seit 1 Jahr das linke Bein zum Gehen unbrauchbar; Conjunctivitis	Gonitis fung. sinistra	Ignipunctur am 10. Juni 1883 Organtinverband	Rhinitis Conjunctivitis. Kindskopfgrosse ($6^1/_2$ *cm* Umfangsdifferenz gegen das gesunde Knie); elastisch weiche Schwellung; geringe abnorme Beweglichkeit; 2 *cm* Verkürzung	Am 26. Juli 1883 mit von gesund. Granulationen ausgefüllten nicht mehr eiternden Fisteln in Fixationsverband mit Fenster entlass.; der Thermokauter war 18mal in einer Sitzung in die fungöse Schwellung eingeführt worden, wobei sich fast jedesmal reichlicher Eiter entleerte	November 1890 schreibt P.: 2 Monate nach der Entlassung waren die Fisteln ganz verheilt u. gebraucht P. das linke Bein, bis auf ein geringes Hinken, wie das rechte. Allgem. Befinden gut	
15/1883 14.	Johanna B., 17 Jahre	Beginn vor 3 J.; vor 3 Wochen Fistelbildung. Vater an Tuberculose gestorben	Gonitis fung. dextra	Jodoform-Injection; Ignipunctur	Fungöse Schwellung des rechten Kniegelenkes, hauptsächlich über dem Recessus subcruralis; 7 *cm* Umfangsdifferenz gegen das gesunde Knie; Fistel unter dem Condyl. extern.; Beugung nur bis zu $<$ von 140^0 möglich	Nach am 24. Nov. 1883 ausgeführtem Evidement von der Fistel aus wurde die Wand des periartic. Abscesses mit dem Paquelin verschorft, mit Jodoformgaze ausgefüllt und P. nach 4 Tagen in ihre Heimat entlassen	P. schreibt Dec. 1890: Die Wunde verheilte erst nach 18 Monaten; seit der Zeit ist das Knie abgeschwollen, in gestreckter Stellg. steif, ganz gut brauchbar. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
50 1886 15.	Anton J., 23 Jahre	Beginn vor 4 J.; seit 1 J. Bildung eines Abscesses über der Tibia; als Kind Conjunctivitis	Tuberculosis synovialis genus dextri; extraarticul. Abscess an d. vord. Kante der Tibia, ausgehend von ein. Knochenherd im ob. Ende d. Tibia m. extraartic. Durchbruch	Incision, Excochleat., Jodoformtamponade, Gypsverband	Längliche fungöse Wülste zu beiden Seiten der Tricepssehne; der Knochenherd war extraarticulär im ob. Ende der Tibia	Nach 26tägigem Spitalsaufenthalte m. gut granulirender Wunde in gefenstert. Gypsverb. entlassen	P. schreibt März 1891: Die Wunde heilte in 5 Wochen vollständ. zu; die Schwellung gieng zurück; das Knie ist in gestreckter Stellung, steif und zum Gehen ganz tauglich; P. trägt den Gypsverband, der abnehmbar ist, noch fort	
31 1888 16.	Anna V., 22 Jahre	Beginn vor 6 Wochen; acuter Verlauf; seit 14 Tagen kann P. nicht mehr gehen	Gonitis fung. dextra	Punction, Injection von Jodoformglyc. 25 *g* ein. 15% Emulsion	Spindelförmige Schwellung d. Kniegelenk.; Fluctuation ober der Patella, die ballotirt. Infiltr. apic. pulm. bilat. Caries costar. Fieber	P. verweig. grösseren operat. Eingriff und wurde ungeheilt entlassen	Gestorben	Die Zeit des Todes war in der briefl. Mittheilung d. Postamtes nicht enthalten
31 1888 17.	Ferd. S., 9 Jahre	Beginn nach Trauma vor 1 J.; seit 3 Wochen Fistelbildung	Ostitis tuberculosa cond. int. femor. d.? Catarrh. apic. pulm.	Incision, Excochleat. Jodoformtamponade	Schwellung ober der Patella; daselbst eine Fistel, die gegen den Cond. int. auf rauhen Knochen führt. Gelenk frei beweglich	P. wird mit wenig secernirender Fistel entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Fistel heilte nach kurzer Zeit zu und kann P. das rechte Bein wie das linke gebrauchen; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
64 1884 18.	Alois M., 7 Jahre	Beginn vor 1 J.; allmählich zunehmende Schwellung und Beugestellung	Gonitis fungosa sin.	Incision, Organtinverband	Spindelförmige Schwellung d. linken Kniegelenkes; geringe abnorme Beweglichkeit; Ballotement der Patella; Fluctuation über dem Condyl. intern. femor.	Nach Incision des Abscesses und Drainage wird P. mit gefenstert. Fixationsverbande in seine Heimat entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es dauerte 4 Jahre bis zur dauernden Verheilung d. Fistel am Condyl. int.; ausserdem war es an 3 anderen Stellen zum Durchbruche der Haut und zur Eiterung gekomm.; das Kniegelenk ist steif u. „etwas krumm," doch zum Gehen gut brauchbar; P. ist vollständig gesund, geht als Schlosser schwer. Arbeit nach	
5248 1881 19.	Rudolf S., 3 Jahre	Beginn vor 2 Monaten, während dieser Zeit Antiphlogose	Abscessus periarticul. genus d.	Arthrotomie; Carbolirrigation 3%; Jodoformtamponade; Organtinverband 22. März 1884	Halbhühnereigrosse, fluctuirende Geschwulst an der vorderen Seite des Unterschenkels über der Tuberositas tibiæ, bei der Operation Communication mit der Gelenkshöhle nachweisbar	P. wurde mit granul. Wunde in gefenstert. Gypsverbande entlassen; am 8. Mai 1884 Excochleat. fungös. Granulationen d. Operationswunde; P. wurde nach Hall geschickt	Briefl. Mittheilg. 1891: Mehrfache conserv. Spitalsbehandlung auswärts; nach 4jähr. Landaufenthalte dauernde Heilg. in Beugungsankylose; Allg.-Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
? 1882 20.	Anna H., 24 Jahre	Im 14. J. Erysipel d. rechten Unterschenkels; vor 1 J. Schwellung u. allmählich zunehmende Beugestellg. d. rechten Kniegelenk.; seit dieser Zeit bettlägerig wegen Schmerzen; vor 3 Monaten Abscess u. Fistelbildung am Condyl. int. femor.	Infiltratio apicis pulm. d. Gonitis fungosa s.	Incision, Drainage, Organtinverband	Die Contouren des stumpfwinklig gebeugten Kniegelenk. verwischt durch teigige Schwellung; über dem Condyl. int. typ. Fistel, d. Sonde gelangt durch dieselbe nicht auf rauhen Knochen	P. wird mit gefenst. Fixationsverbande entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Operat.-Wunde heilte nach kurzer Zeit; P. hat vollständig freibewegliches Kniegelenk und geht vollständig gesund schwerer Arbeit nach; hat 4 gesunde Kinder	
19 1883 21.	Karoline T., 43 Jahre	Beginn vor 4 J.	Gonitis fungosa s. Tuberculosis pulm.	Totale Resect. mit Kapselexstirpation; ⊢ förmiger Schnitt 19. Mai 1883	Kapselfungus, Knochenherde in Femur und Tibia	Gestorben 29. Juni 1883; Sectionsbef.: Phtisis tubercul. pulmonum cum pneumato-thorace dextro. Caries tuberculosa vertebræ lumbal IV. cum suppuratione telæ cellul. subfascial. musculi psoas utriusque, musculi iliaci dextri et telæ cellulosæ intermuscularis et subcutan. parietis anterioris abdominis. Caries ossis ilei. Die Resectionswunde reactionslos		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
8 1883 22.	Marie P., 20 Jahre	Beginn vor 1 J. nach Trauma	Gonitis fungosa d.	21. Jänner Arthrotomie und partielle Kapsel-exstirp., Ex-cochleat.; 29. Jänner totale Resection mit Kapsel-exstirpation	Ausgedehnter Kapselfungus; fungöse Herde in Femur und Tibia	Der Arthrotomie folgte die typ. Resection wegen rasch zunehmend. eitrigen Gelenksergusses; 2.—13. Februar Erysipelas cruris d., am 23. April neuerlich Erysipel u. am 2. Mai gestorben	Sectionsbef.: Phthisis tubercul. pulmon. m. Cavernenbildung; Pleuritis purulenta ex erysipelate. Decubitus. Resectionswunde nach aussen vernarbt, die Knoch. durch Granulationen verklebt	
95 1889 23.	Barbara J., 31 Jahre	Hereditär belastet; im J. 1881 Typhus abd.; seit 1 J. allmähliche Entwicklung der jetzig. Erkrankg.	Fungus genus dextri	Resectio genus totalis 23. März 1889, H förmiger Schnitt; Exstirp. der Patella; Catgutknoch.-Nähte; Drainage mit Jodoform-gazestreifen; Jodof.-Subl.-Verband	Keine Complication; leicht gebeugtes Kniegelenk mit geringer abnormer Beweglichkeit; keine Fisteln, teigige Schwellung, entsprech. d. Kapsel; kein Symptom für Knochenherd; bei der Operation fand sich eine nussgrosse, mit d. Gelenk breit communicirende Caverne im Condyl. intern.; der Knorpel an beiden Gelenksenden ausgedehnt zerstört, ebenso der der Patella; nach Absägung d. Gelenksenden wurden noch 2 erbsengr Herde an d. Sägefläche d. Tibia entdeckt, die durch weiteres Absägen eines Keiles am äuss. Tibia-condyl. entfernt wurden, so dass d. Tibiaende ⎺\ Form hatte; Exstirpat. d. fungösen Kapsel	Am 3. Mai 1889 mit per prim. verheilter Wunde in abnehmbarem Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist ganz gesund; Knie in Streckstellung steif, vollständig gut brauchbar	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
38 1884 24.	Gabriel K., 29 Jahre	Beginn vor 3 J.; Exacerbation vor 1 Jahr nach Überanstrengung	Gonitis fung. sinistra	Resectio genus totalis; bogenförmig. Hautschnitt; Exstirpation der Patella u. Kapsel; keine Knochennaht weg. unregelmässig. Sägefläch.; Jodof.-Subl.-Verbd., Drainage	Ausgedehnt. Kapselfung.; Herde in beiden Femurcondyl.; tiefe Caverne in der Tibia, die zum Theil durch d. Resection, z. Theil durch d. scharf. Löffel u. Paquelin entfernt wurde	Resection am 11. Juni 1884; reichl. Eitersecretion u. Fieber; P. willigt in die Amputation nicht ein u. wird auf Verlangen mit nicht verheilter, stark eiternd. Wunde in sehr herabgekommen. Zustande in seine Heimat entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: 12 M. nach sein. Entlassg. begann P. zu gehen; nach weiteren 6 Monaten waren d. Fisteln verheilt; seitdem ist P. gesund, arbeitsfähig, das Knie in Streckstellg. steif	
28 1886 25.	Hermann L., 31 Jahre	Beginn vor 1 J.; vor 6 Mon. Fistelbildung u. reichl. Eitersecretion	Gonitis fung. dextra	Resectio partialis; vorder. Bogenschnitt nach unten convex; Kapsel- u. Patellarexstirpation; Abtragung des Knorpelüberzuges der Gelenksenden m. Meissel und Löffel; am 21. Juni 1886 Drainage. Jodoformsubl.-Verband	Ausgedehnt. Kapselfungus; leicht ablösbarer Knorpelüberzug der Gelenksenden	Wegen reichl. Eitersecretion, Abscessbildung in der Fossa poplitea wird nach menrfach. Incisionen und Drainage wegen Kachexie und Fieber d. P. die Amput. vorgeschlagen; P. gibt dieselbe nicht zu und verlässt am 17. Novemb. 1886 auf eigen. Verlangen die Klinik	8 Tage nach seiner Entlassung gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78 1884 26.	Rachel G., 17 Jahre	Beginn vor 5 J. nach Trauma-Intermissionen u. Exacerbationen; seit 5 Monaten bettlägerig	Gonitis fung. sinistra	Resectio totalis; Kapsel und Patella-exstirpat.; Silberdraht-knochennaht, Drainage, H förm. Schnitt 23. Juli 1884	Kapselfungus; Herde in Tibia und Femur	29. December nach Verheilung d. bisher Eiter secern. Fisteln d. Drainageöffnungen mit Stützapparat entlassen	Briefl. Mittheil. 1891: P. trug noch 3 Jahre den Stützapparat; Knie in Streckstellung m. geringer activer Beweglichkeit; Bein verkürzt, daher hinkender Gang; Allgemeinbefinden gut; P. geht ihrer Arbeit nach	
128 1882 27.	Anna L., 24 Jahre	Beginn vor 10 J. mit Schwellung u. baldig. Fistelbildg.; mehreremale Erysipel; seit 6 J. spitzwinklige Beugestellg., fortwähr. Eiterung	Gonitis tuberculosa dextra	Amput. femor. 15. März 1882 Jodoform-carbolgaze-Verband, Drainage	Spitzwinklige Ankylose d. rechten Kniegelenkes mit zahlreichen Fisteln; Ödem des Unterschenkels; Fistel unt. dem Malleol. intern., die auf rauhen Knochen im Calcaneus führt	Wundheilung per prim.; 29. April 1882 mit verheilt. Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist seit ihrer Entlassung vollst. gesund; Stumpf weich, in der Form unverändert; P. ist Mutter v. 4 Kind.; geht mit ihrer Prothese häuslicher Arbeit nach	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
91 / 1883 28.	Marie K., 35 Jahre	Vor 8 J. Pleuritis und Hämoptoë	Gonitis fungosa et Arthritis tuberculosa pedis dextri	Amputatio femoris 31. Juli 1883	Hochgradige fungöse Schwellung am r. Knie u. Talocruralgelenk mit Fistelbildung	Gestorben 23. Sept. 1883. Sectionsbefund: Pleuritis purulenta et Thrombosis venæ cavæ dextræ post amput. femoris propter cariem pedis et gonitidem. Tuberculosis chronica pulmon. Residuæ pleuritid. tuberculos. sin.; Thrombose der Vena femoral. iliaca interna et externa; d. Schenkelgefässe von einem Abscess mit dicklichem grünen Eiter umspült		
105 / 1884 29.	Elisab. S., 53 Jahre	Beginn vor 2 J., vor 1 J. Trauma, dann Zunahme d. Schwellung und Fistelbildung	Gonitis fungosa d.	Amputatio femoris 23. Aug. 1883	Hochgradige fungöse Schwellung des r. Kniegelenkes mit abnormer Beweglichkeit und Fistel, die auf ausgedehnten Knochenherd im Condyl. extern führt	Nach Nekrose des Lappens und Caries d. Amput.-Stumpfes am 2. Februar 1884 Reamputation, am 26. März geheilt entlassen		
105 / 1884 30.	Abraham H., 49 Jahre	Vor 7 Monaten Amput. femor. wegen Gonitis fungosa d.; auswärts operirt	Fungus trunci femoris ablati dextra	Dilation der Fistel, Evidement	Tuberculose Fistel an der Spitze des stark konischen Stumpfes, die auf nekrot. Knochen und in eine walnussgrosse, von fungösen Granulationen ausgekleidete Höhle führt	Am 26. Juni 1884 entlassen mit verkleinerter Fistel	Briefl. Antwort 1891: die Fistel heilte in 1 Jahre zu und stiessen sich noch einige nekrot. Knochenstücke ab. P. leidet an Stumpfneuralgie, ist aber sonst gesund	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
161 1885 31.	Josef Z., 22 Jahre	Beginn vor 1 J.; seit $^1/_2$ Jahr Gypsverband. Hämoptoë	Gonitis fungosa sinistra, Phthisis pulm. progressa	Amput. femor. 5. August	Spindelförmige fungöse Schwellung des linken Kniegelenkes; Patella fixirt	Nekrose der Sägefläche und Tuberculose der Haut des Stumpfes	Im Jahre 1887 laut briefl. Mittheilung an Lungentuberculose gestorben	
133 1884 32.	Franz H., 10 Jahre	Beginn vor 2 Jahren	Gonitis fungosa dextra	Amput. femor. 31. Octob. 1884	Halbkugelige Schwellung des spitzwinklig gebeugten, ankylos. Knies; Fistel mit reichlicher Eitersecretion; Abscessbildung; Fieber	Wundheilung per prim.; 29. Dec. 1884 entlassen mit vollständig verheiltem Stumpfe	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist dauernd geheilt geblieben, ist gesund und körperlich gut entwickelt	
83 1889 33.	Leopoldin. L., 20 Jahre	Beginn vor 1 Jahr	Gonitis fungosa d.	5. Febr. 1889 Arthrectomia synovialis, Resectio part. 27. Mai 1889 Amputatio femoris d. mit gröss. vord. u. klein. hint. Lappen. Drainage	Ausgedehnt. Kapselfungus; keine Knochenherde; keine Fisteln	Wundverlauf nach der Arthrectomie mit Fieber und Eiterung; Fortschreiten der fungösen Granulationen der Wundränder; Kachexie der Patientin, Amput., Wundheilung per prim.; am 28. Juni mit verheiltem Stumpfe entlassen	P. schreibt 1891, dass sie sich vollständig gesund fühlt	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
143/1884 34.	Johann M., 34 Jahre	Vom 21. Dec. 1882 bis 5. März 1883 mit Caries necrot. tibiæ in Spitalsbehandlung; es wurde damals das nekrot. Knochenstück entfernt und P. mit fast verheilter Fistel entlassen. Seit Dec. 1883 rasch zunehmende Schwellung des r. Kniegelenkes, seit Jänner 1884 bettlägerig. Abmagerung. Nachtschweisse	Gonitis fungosa d. Ostitis tuberculosa tibiæ	Amputatio femor. dextri	Spindelförmige Schwellung des r. Kniegelenkes. Infiltr. apic. pulmon., die r. Tibiaepiphyse stark aufgetrieben, an ihrer äusseren Seite auf ausgedehnten Knochenherd führende Fistel. Fieber		Briefl. Mittheilg. 1891: Die vollständige Heilung der Wunde nahm noch 6 Wochen nach der Entlassung in Anspruch; seitdem fühlt sich P. gesund, leidet nicht mehr an Husten und Nachtschweissen	
80/1883 35.	Berthold K., 25 Jahre	Beginn vor 1 J. Nachtschweisse; abendl. Fieber	Gonitis fung. sinistra	Amputatio femoris 10. Juli 1883	Halbkugelige typ. Schwellung d. leicht gebeugten linken Kniegelenkes. Keine Lungenaffection nachweisbar	Mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist seit seiner Entlassung gesund, geht sein. Arbeit (Krämer) nach	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
38 1887 36.	Anna M., 21 Jahre	Beginn vor 3 J.	Gonitis fung. dextra, Phthisis pulm. progressa. Albuminuria	Amputatio femoris 20 Oct. 1887, Wundheilung per primam	Ausgedehnte fungöse Schwellung d. recht. Kniegelenkes mit Fistelbildung; Knie spitzwinklig gebeugt	Gestorben unter urämischen Erscheinungen am 26. Nov. 1887; Wunde verheilt	Sectionsbef.: Tuberculosis universalis. Amyloidosis	
79 1887 37.	Anna S., 37 Jahre	Als Kind Conjunctivitis, Ekzema narium; vor 15 J. Fungus tarsi s. m. Fistelbildung; vor 2 J. gebar P. ein Kind, das nach $^3/_4$ J. unter meningeal. Reizerscheinungen starb; vor 1 J. Beginn d. jetzig. Knieerkrankung; vor $^1/_2$ J. Evidement erfolglos, damals wurde d. P. schon Amputatio femor. angerathen; in d. letzten Zeit heftig. Schmerzen, profuse Eiterung	Gonitis fung. sinistra, Defectus nasi e lupo sanato	Amputatio femoris sin. vord. u. hint. Lappen, Drainage, Jodof.-Sublimatgaze-Verband, Oper. 1. Nov. 1887	Halbkugelige fungöse Schwellung des l. Kniegelenkes, das rechtwinklig gebeugt, abnorme Beweglichkeit zeigt, die Haut an 8 Stellen von stinkendem Eiter secern., Fisteln durchbrochen	Am 28. Nov. Wunde per primam verheilt; am 26. Dec. 1887 geheilt entlassen (Entlassg. verzögert wegen Reparatur d. Prothese)	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf verheilt geblieben; allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
41 1888 38.	Katharina D., 68 Jahre	Vor 3 Jahren Trauma des l. Kniegelenkes; seitdem häufig Schmerzen; seit ½ J. Schwellung des Kniegelenkes, im März des J. Behandlung mit Kalkinjectionen ohne wesentliche Besserung, die Schwellung nahm in der letzten Zeit wieder zu	Gonitis fungosa sin.	Amputatio femoris. s. 11. Juni 1887 vord. u. hint. Lappen. Drainage	Typ. fungöse Schwellung des l. Kniegelenkes mit Subluxation der Tibia nach hinten	Am 15. Juli 1888 Wunde per primam geheilt; Stumpf gut geformt	Briefl. Mittheilg. 1891: Wunde verheilt geblieben, P. fühlt sich ganz gesund und ist noch sehr rüstig	
209 1887 39.	Andreas W., 43 Jahre	Beginn vor ½ Jahr	Gonitis fungosa sin. Anæmia. Albuminuria. Leucocythosis	Amput. femor. sin. Vord. und hint. Lappen; Drainage; 8. Juni 1887	Halbkugelige Schwellung des rechtwinklig gebeugten Kniegelenkes mit zahlreichen Fisteln, die auf rauhen Knochen führen	Verzögerte Wundheilung durch partielle Gangrän des Lappens; Decubitus; Marasmus in elendem Zustande am 4. Juli 1887 entlassen	1 Monat später in seiner Heimat gestorben	Präparat: Synovitis fungosa; Luxation des Condyl. intern; Usur der Gelenksflächen der Tibia
33 1885 40.	Marie L., 36 Jahre	Am 21. Nov. 1889 Amputatio femor. sin. wegen Gonitis fungosa; am 24. Dec. 1884 Entlassung mit Fistel in der Narbe	Caries trunci femoris post. amput.	Excochleat. 8. Nov. 1885	In der Mitte der Narbe eine von schlaffen Granulationen umgebene Fistel, die auf rauhen, bröckligen Knochen führt	Mit verheilter Fistel am 15. December entlassen		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79 1884 41.	Franz K., 11 Jahre	Beginn vor 2 J. nach Trauma; während dieser Zeit conservative Behandlung mit Jodoforminject., Evidements, Gypsverbände, trotzdem kommt P. unter stetem Fieber u. reichl. Eiterung stark herunter	Gonitis fung. sin. suppurativa ulc. tubercul cutis genus. Infiltrat. apic. pulm. dextr. et sin.	Amput. femor. s.; im oberen Drittel auss. u. inn. Hautmuskellapp.; Drainage 30. Oct. 1884	Rechtwinklige Ankylose d. l. Kniegelenkes mit stark eiternden Fisteln; ausgedehnte Ulcerationen der Haut an der Vorderseite des Gelenkes; mit fungös. Granulat. ausgekleideter Abscess an d. Innenseite bis zur Mitte d. Oberschenk. hinaufreichend	Prima intentio bis auf d. Drainagestelle an der Innenseite, wo der Abscess war; am 18. Jänner mit Fistel an d. Drainagestelle entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Dauernde Verheilg. d. Fistel in 6 Monaten; leidet an Husten mit Auswurf, kein Fieber, keine Nachtschweisse, Lymphomvereiterg. in inguine	
80 1884 42.	Josef S., 54 Jahre	Vor 12 J. Typhus; vor 1 J. Beginn d. jetzig. Erkrankg. nach langem Marsche; bisher Jod- u. Salbenbehandlung	Gonitis fung. dextra; Infiltrat. apic. pulm. sin.	Amput. femoris d. 21. Dec. 1884	Leicht gebeugtes Kniegelenk; käsiger, dünnflüssig. Gelenkserguss; ausgedehnt. Kapselfungus; Herde in beiden Femurkondyl.; ausgedehnte Usur des Knorpels, Fieber	Wundheilung mit Eiterg.; am 28. Febr. 1885, bis auf eine Fistel an d. Innenseite des Stumpfes, wo sich ein Abscess gebildet hatte, entlassen	Die Fistel heilte nicht mehr zu; Husten mit Auswurf, Fieber, Nachtschweisse zugenommen; nach 3 Monaten in seiner Heimat gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79 / 1884 43.	Elisabeth S., 53 Jahre	Am 12. Aug. 1883 weg. Gonitis fung. dextra Amput. femoris; d. Wunde verheilt bis auf ein thalergrosses Geschwür, aus dessen Grund das Femurende hervorsah	Recidive post amput. femor. propter gonit. fungos.	Reamputat. 1. Febr. 1885, Evidement	Der hervorstehende Knochen von fungös. Granulation. bedeckt	Mit verheiltem Stumpfe entlassen		
171 / 1884 44.	Klara S., 33 Jahre	Beginn vor 3 J.; seit 2 Monaten bettlägerig	Gonitis fung. sin.	Amput. femor. sin., seitl. Hautmuskellappen; Drain. 14. Mai 1884	Hochgradige (7 *cm* Umfangsdifferenz) pastöse Schwellung des l. Knies mit abnormer Bewegl.	Wundheilung mit mässiger Eiterung; am 14. Juli mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg.: Nach $^1/_2$ Jahr Aufbruch der Narbe, die sich wieder schloss, nachdem sich ein Knochensplitter abgestoss. hatte; P. ist vollständig gesund	
4310 / 1881 45.	Ignaz F., 43 Jahre	Beginn vor 1 Jahr nach Trauma	Gonitis fung. sin.; Catarrh. apic. pulm.	Incis. 9. März 1881; Amput. fem. 22. März 1881 nach Versuch der Resection	Eigrosser extraart. Abscess über der Tuberositas tibiæ, der bei der Incision eine kleine Communication mit d. Gelenke zeigte	Wegen hohem Fieber und Gelenkseiterung trotz wiederholter Carbolirrigationen Amputation; Heilung mit Eiterung; am 31. März mit fast verheiltem Stumpfe entlassen	In seiner Heimat gestorben; wann, konnte nicht eruirt werden	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
20252 1884 46.	Leop. S., 15 Jahre	Beginn vor 4 J. nach Trauma; in den letzten Wochen Zunahme der Schwellung des Knies	Gonitis fung. dextra	Parenchymat. Jodoform-injectionen, Arthrotomie und partielle Kapselexstirpation; Amput. femor. 14. Jänn. 1884 vord. u. hint. Lappen-Drainage	Ausgedehnter Kapselfungus; Zerstörung d. Gelenksbänder; ausgedehnte Knorpelusur	Den parenchymat. Injectionen folgten enorme Schmerzen u. hierauf am 12. Dec. Arthrotomie; reichl. Gelenkseiterg., hohes Fieber; 14. Jänner Amputation, am Abende Entfieberung, Heilung per primam bis auf d. Drainagestelle; 10. März mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist geheilt geblieben u. fühlt sich ganz gesund	
80 1884 47.	Franz F., 37 Jahre	Beginn vor 6 J.; Besserung nach Gypsverbänden; vor 1 Jahre nach Überanstrengung Exacerbation, seitdem arbeitsunfähig, Fieber, Husten, Nachtschweisse	Gonitis fung. sinistra, Infiltrat. apic. pulm., Residuæ pleuritis d. obsolet., Fieber	Amput. femor. sin. Vord. u. hint. Hautmuskellappen 25. Juli 1884	Kniegelenk rechtwinklig gebeugt; halbkugelige pastöse Schwellg; abnorme Beweglichkeit; eitrig. Gelenkserguss	Nach d. Amputation Entfieberung; prima intentio; mit verheilt. Stumpfe am 12. Juli 1884 entlassen	Am 20. Juni 1890 unter den Erscheinungen der zunehmenden Infiltratio pulm. laut Aussage d. Hausarztes gestorben, nachdem er bis zum Jahre 1887 sich fast gänzl. erholt hatte	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
48.	Ein im Jahre 1884 wegen Gonitis fungosa am Oberschenkel amputirter Patient stellt sich vollständig gesund und arbeitsfähig vor; vor der Operation Nachtschweisse, Husten mit Auswurf, Fieber. Untersuchung der Lunge ergibt eine mässige Dämpfung l. h. o. bei unbestimmtem Athmungsgeräusch ohne Rasseln.							
3/1884 49.	Ignaz T., 31 Jahre	Beginn vor 4 Monaten; Nachtschweisse, Fieber	Gonitis fung. dextra, tuberculosis pulm. progressa	Amput. femor. 11. Juli	Halbkugel Schwellung des stumpfwinklig gebeugten Kniegelenkes; Haut geröthet, 3 Durchbruchsstellen von Kreuzergrösse; Eiterung	Die Amputationswunde heilte reactionslos; P. gieng aber unter den Erscheinungen der progredienten Lungentuberculose zugrunde		
416/1887 50.	Eugenie M., 32 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 10 Jahren; Remissionen; seit 1 Jahr wieder Anschwellung und Fistelbildung	Gonitis fung. sin.	Typ. Resection am 12. Mai, Amput. femor. am 14. August	Rechtwinklig gebeugtes Knie; Narben an der Innenseite des Gelenkes, um dieselbe elast. Schwellung, unter dem Condyl. int. Fistel, die auf rauhen Knochen führt (Cond. femor.); eine 2. Fistel unter dem Condyl. int. tibiæ, die auch auf Knochenherd führt	Bei der Resection zeigte sich die Kapsel fibrös verdickt, wurde nur zum Theil entfernt; typ. Resect. der Gelenksenden. Bei der Wundheilung kam es zur Gelenkseiterung; fungöser Zerfall der Granulationen, daher am 14. August Amput. femor.; reactionsloser Wundverlauf, am 11. September geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist vollständig gesund, geht ihrer Arbeit nach	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
51.	Aus der Privatpraxis des Hofrathes Albert. 8jähriges Kind; Beginn vor 4 Jahren (Gonitis fungosa s.) unter Gypsverband, Stützapparat, Gebrauch der Bäder in Hall, Landaufenthalt, vollständig ausgeheilt.							
52.	Olga R., 8 Jahre alt, aus Pardubitz. Vor 4 Jahren Fungus des rechten Knies. 2mal in Hall gewesen. Jetzt (1893) Ankylose mit geringer Beweglichkeit, nahezu Streckstellung, keine Schwellung mehr.							
53.	Henriette W., 7 Jahre alt. Vor 2 Jahren Beginn der Erkrankung. Fungus des linken Knies. Vor 1 Jahre Ignipunctur bei bereits bestehender Fistel. Landaufenthalt, Kniehülse nach Lorenz. Jetzt (April 1893) stumpfwinklige Ankylose, Spur von Beweglichkeit, keine fungöse Schwellung. Pat. gebraucht das kranke Bein wie das gesunde.							
54.	Leopold H. aus Frauenberg, 7 Jahre alt. Im Jahre 1890 wegen Fungus genus d. Ignipunctur. Jetzt (April 1893) keine fungöse Schwellung, stumpfwinklige Beugestellung, etwas Beweglichkeit, sieht sehr gut aus.							
270/1890 55.	Anna M., 7 Jahre, Steinakirchen, Nied.-Öst.	Hereditär unbelastet; vor 2 J. Beginn mit Schmerzen und Schwellung, die langsam zunahmen unt. Beugestellg. des Knies	Fung. genus sinistri	Jodbäder; 9. Mai Paquelin, Stellungscorrectur, Gypsverband; Jodbäder	Kugelige Schwellg. des l. Knies entsprechend der vord. Kapselwand, Gelenk in Beugestellg. fixirt	9. Juni mit abnehmbarem Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. (Oct. 1892): 3½ M. Cur beim Pfarrer Kneipp, der sie die Ende 1891 erfolgte Heilung der Wunden zuschreibt; bei der Cur wurde die Stellungscorrect. nicht beachtet u. dieselbe im April 1891 durch Primarius Brenner in Linz vorgenom.; jetzt Ankylose in Streckstellg., unmerkliche Verkürzung, sehr gute Gebrauchsfähigk. des Beines	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
245 1890 56.	Johanna A., 58 Jahre, Arbeiterin	Hereditär belast.; 1888 weg. Fungus genus Amputatio femor. sinistri; vor $^3/_4$ J. Beginn des Leidens im rechten Knie	Abscess. frig. in reg. gen. d.	Incision, Excochleat., Injection von 100 *gr* 10% Aristolemuls., Naht, Verbd., Eiterung, Entfernung der Nähte	Extraarticulärer Abscess über dem int. Femurkondyl, eigross; leichte Flexionsstellung, passiv normale Bewegl., activ weg. der Schmerzen unmögl.; Tbc. pulm.	22. März unt. Symptomen v. Tbc. pulm. gestorben		Sectionsbef.: Spitzwinkl. Ankylose im r. Kniegelk., Gelenksknorpel allenthalben fehlend, Knoch. von einer reich vasc. Bindegewebsch überkleidet; Weich. fung. Gran. am ob. Ended. Sulc. intercond. u. besond. am Cond. ext., Periost am unt. Drittel des Femur stark verdickt, Osteophytenbildg. Ob. Epiphyse des Femur abnorm beweg. Allg. Section verweigert
151 1890 57.	Caroline G., 46 Jahre, Magazin., Wien	Hereditär unbelastet. Vor 5 J. leichte Gelenksentzündung in der r. Hand und r. Fuss. Vor 3 Monaten plötzlich Schmerzen und Schwellung	Arthritis fung. gen. d.	Extensionsverband	Knie in stumpfwinkl. Beugestellung, gering schmerzhafte Bewegl. Elast. weiche, nicht fluctuir. Schwellung innen und vorne am Kniegelenk. Patella nicht fixirt. Keine Fistel	3. März mit Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. (Ende 1892): Keine Fistelbild., Bein zum Gehen vermuthlich wegen Atrophie nicht gut brauchbar	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
700/1890 58.	Wenzel P., 32 Jahre, Tischler, Wien	Heredit. belastet. Vor 2 J. Beginn der Erkrankung. 14. Februar 1890 Incision, Evidem., Verband. Dann mit Gypsverband entlassen. 4. Oct. 1890 wieder aufgenommen	Fungus genus dextri	Amputatio femoris d. 10. Oct. 1890	Spindelförm. Schwellung des in Beugestellung befindlichen r. Kniegelenkes. Fistelbildung auf rauhen Knochen führend, Eiterung	22. November 1890 entlassen	1892 gestorben	
331/1890 59.	Leopold H., 65 Jahre, Wirt, Wien	Heredit. belastet. Beginn vor 1 Mon. mit Schmerzen und Schwellung. Seit 4 J. Schwäche in den Beinen	Fungus genus sin.	Amputatio fem. s.	Fluctuirende Schwellung am Knie aussen und innen, Beugestellung desselben, active u. passive Bewegung unmöglich. Schmerzhaftigkeit am oberen Tibialende	2. April 1890 gestorben		
226/1891 60.	Auguste K., 13¾ J., Wien	Hereditär unbelastet. Seit 7 J. langsam zunehmende Schwellg. d. r. Knies ohne bes. Schmerzen. Seit 2 J. Fisteln, seit 2 J. Gypsverband	Fungus genus dextri	1. Juli Ignipunctur	Halbkugelige Schwellung des r. Kniegelenkes, an der Innenseit. eine Narbe. Wenig Schmerzen. Kapsel deutlich verdickt, palpabel	11. Juli gebessert mit Gypsverband entlassen	29. Mai 1893 briefl. Mittheilg.: Wunde dauernd geheilt, Fuss steif. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
450 1891 61.	Ettel S., 16 Jahre, Neutra	Hereditär unbelastet. Leiden seit 12 J., doch bis vor 1 J. Gehfähigkeit. Koch'sche Injectionen ausser d. Klinik Ostern 1891 ohne Einfluss. Seit Mon. Ulcerationen	Fungus genus sin.	Ignipunctur	Knie halbkugelig geschwoll., in leicht. Beugestellg. Schwellung elastisch, nicht fluctuirend. Seitliche Beweglichkeit. Über der Patella und am med. Rande Ulcera, die dünnen Eiter secerniren. Lungensymptome	5. Februar 1892 entlassen	Brieff. Mittheilg. 21. Oct. 1892: Gebrauchsfähigk. wie früher, Allg. Befinden gut. Noch nicht geheilt	
337 1891 62.	Marie G., 63 Jahre, Bäuerin, Rausenbruck, Mähren	Hereditär unbelastet. Vor 16 J. schmerzhafte Schwellung in d. Fingergelenken u. im r. Knie, die nach Monat. vergieng. Vor 6 J. Schwellung im r. Knie, d. zunehm., ohne Schmerzen zu verursachen, mehrere Monate dauerte. Vor 1 J. Auftreten von Schmerzen, stärkere Schwellung. Geht mit 2 Stöcken seit $^1/_2$ J.	Fungus genus d.	Resectio gen. d. nach erfolglos. Punction d. fluct. Stellen. Resection beider Gelenksend., Exstirpation d. Kapsel u. Patella	Kopfgrosse Schwellg. d. r. Knies, elastisch, aussen fluctuirend, Beugestellung, activ keine, passiv etwas Beweglichkeit. Seitliche Beweglichkeit. Fungöse Herde in d. Kapsel u. am Knorpel	24. December 1891 mit Stützapparat entlassen	Brieff. Mittheilg. 20. Oct. 1892: 6 Wochen nach Entlassung dauernd geheilt, Fuss steif. Gebraucht noch Stützapp. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
326 1891 63.	Anastasia F., Magd, 18 Jahre, Polna, Böhmen	Hereditär unbelastet: seit 3 J. Fisteln. Heuer Hämoptoë	Fungus genus dextri	Ignipunctur, Gypsverband 5. Oct. 1891	Rechtes Kniegelenk schwach gebeugt, halbkugelige Schwellung von schwammiger Consistenz. Entsprechend dem Lig. pat. eine Ulceration über dem Cond. lat. femoris 2 Fisteln. Extremität stark abgemagert. Narb. am Capit. fibulæ	1. November 1891 entlassen	Briefl. Mittheilg. 26. October 1892: 6 Wochen nach Entlassung dauernde Heilung der Wunden. Fuss steif, gute Gebrauchsfähigkeit, Allgemeinbefind. gut	
217 1891 64.	Rosa B., 19 Jahre, Taglöhn., Traiskirchen	Hereditär unbelastet; vor 8 J. Fall auf das r. Knie. Vor 2 J. erfolglose Bindenbehandl. wegen Hydrops genus d. Seit $^1/_2$ Jahr Zunehmen der Schwellung. Keine active Beweglichkeit, keine Schmerzen	Fungus genus dextri	26. Juni Resection. Versuch der Arthrektomie. H Schnitt. Extirpation der Patella u. der Kapsel. Resection einer dünnen Knochenlamelle mit dem Knorpel. Silberknoch.-Catgutweichtheilnaht. Blauer Bindenverband	Circuläre Schwellung des r. Kniegelenkes. Patella unbeweglich. Weiche Consistenz der Schwellg. Enorme Einschränkung der activen u. passiven Beweglichkeit. Keine Fistel	16. Juli mit abnehmbarem Gypsverband und bis auf die Drainagestellen geheilter Wunde entlassen	März 1893 stellt sich die P. vor: Ankyl. in Streckstellung. Keine Schwellung. Eine zarte, am Knochen fixirte Narbe. 4 *cm* Totalverkürzung des resec. Beines, von denen $3^1/_2$ auf den Unterschenkel entfallen. Differenz im Oberschenkelumfang 4 *cm*, im Unterschenkelumfang keine. Allgemeinbefinden sehr gut.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
174 1891 65.	Betty M., 40 Jahre, Alexandrien, Ägypten	Hereditär unbelastet. Vor 32 J. nach Fall Entzündung des r. Kniegelenkes, Incision, Heilung. Vor 5 Jahren wieder nach Fall Schwellung, Bettruhe, Heilung. Vor 2 Jahren wieder entzündliche Schwellg., wiederholte Ignipunction, zuletzt vor 5 Monaten, daher viele Narben	Fungus genus d.	10. Juni Res. genus dextri, H Schnitt. 11. Juli Gypsverband	Kniegelenk geschw., in Streckstellung. Schwellung von weicher Consistenz, um die Patella herum fluctuirend. Geringe pass. Beweglichkeit. Bein stark abgemag. Heftige Schmerzen. Weichtheilfungus	31. Juli 1891 entlassen	31. October 1892 briefl. Mittheilg.: Wunde nach 4 Wochen dauernd geheilt. Ankylose in Streckstellung. Gehfähigkeit mit Stützapparat gut. Allgemeinbefind. gut	
353 1890 66.	Hubert K., 30 Jahre, Brüsau, Mähren	Hereditär belastet. Seit 1 J. langsam zunehmende Schwellg. im r. Knie, deshalb in letzter Z. Bettruhe. Vor 12 J. Hämoptoë	Synovitis fung. genus d.	Amputatio cruris d. Verband in Streckstellg.	Lungenaffection. R. Knie enorm, bes. nach innen und oben geschwellt, Fluctuat., Patella beweglich. Weichtheilfungus. Grosse Schmerzhaftigkeit	22. Mai 1890 mit geheilter Wunde entlassen	1891: An einem Kehlkopfleiden (Tub. laryng.?) gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
246/1891 67.	Alfred R., 5 Jahre	Seit 1 J. Hinken, allmähl. Schwell. d. l. Knies mit zunehm. Beugestell. Oct. 1890 Gypsverb. in corr. Stell. (Prim. Brenner in Linz). Nach 8 Woch. Entfern. d. Verb. Stützappar. Hered. unbelast.	Fungus genus sin.	Ignipunctur verweigert. Dec. 1891 Operation in Linz. (Arthrekt.?)	Rhachitis. L. Bein in leichter Beugestellung im Knie fixirt, pastöse kugel. Schwellung der Gelenksgegend	Entlassen 19. Mai 1891	Zustand seit December 1891 bei Gebrauch von Hall bedeutend gebessert. Operationswunden noch nicht verheilt. 26. Oct. 1892	
153/1891 68.	Karl v. E., 57 Jahre, Oberbergrath, Wien	Hered. unbelast. Vor 10 J Schmerz. im Knie u. Fuss. Bindeneinwicklg. Baldige Heilung. Vor 2 J. Schwellg. Gypsverbd. wegen Schmerzen nach 19 Tagen entfernt. Elast. Binden, Stützapparat. Im Somm. 1890 Absc. an d. Innenseite, Incis. Herbst 1890 Stützappar. Bettläger. Jänn. 1891 Schmerzen, Bildg. ein. neuen Geschw. unt. d. Patell. Mäss. Secr. aus d. Fistel	Fungus genus sin.	Amputatio femoris 8. April 1891	Keine Lungenaffect. Fung. Schwellung d. linken Knies und Oberschenkels. Eiternde Fistel. Eiterung im Gelenk. Sehr abgemagertes, anämisches Individ.	11. Mai entlassen mit fast verheiltem Stumpf	Briefl. Mittheilg. 20. October 1892: Stumpf verheilt. Allgemeinbefind. sehr gut, Körpergewicht zugenommen; Plattfussbeschwerden am gesunden Bein	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
11 1891 69.	Chaim W., 40 Jahre, Russland	Hereditär nicht belastet; in der Kindheit Coxit.; Beginn des jetz. Leidens vor 6 J.; vor 3 J. Fistelbildg.; mehrere kleine operative Eingriffe; Bäder, Gypsverband	Fungus genus sin.	Evidement, Paquelin	Coxitis sanata sin. Cat. apic. pulm. bil.; linkes Bein in toto 2 *cm* kürzer als das rechte; Troch. steht in der Roser-Nélaton-schen Linie um 2 *cm* höher; freie Bewegl. des Hüftgelenkes; mehrere am Knochen fixirte Narben in der Troch.- und hinteren Glutealgegend; mehrere Narben an der Hinterseite des Oberschenkels; am Knie mehrere Narben an der Streckseite, mässige Streckstellg., Schwellung, Fisteln	15. Februar mit gran. Wunden entlassen	Briefl. Mittheilg. 20. Oct. 1892: Es besteht noch Fistelbildung mit Eiterg., Schmerz. nur bei Retention des Eiters; P. geht mit dem kranken Bein; Allgemeinbefinden gut	Ausgeheilte Coxitis bei später aufgetretener Erkrankg. des Kniegelenkes am selben Beine

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
134 1891 70.	Johann K., 22 Jahre, Schuster, Welka in Böhmen	Hereditär unbelastet; vor 12 Jahren schmerzhafte Schwellg. am linken Knie, die zurückgieng, aber geringe Behinderung in der Streckfähigkeit zurückliess; vor 4 Jahren nach Überanstrengung derselbe Zustand, der wieder nach Salbengebrauch zurückgieng; im Winter dieses Jahres nach Überstreckung des Knies Schwellg., Schmerzen, Gebrauchsunfähigkeit des Beines	Fung. genus sinistri	24. März Amputatio femor. sin. nach Versuch der Resection, die wegen ausgedehnter Knochen- und Weichtheilerkrankung nicht ausführbar war	Rechte Spitzenaffection; Narben nach Tbc.-Hautulcerationen an der Brust; kugelige Schwellung am l. Knie, Fluctuation, 6 *cm* Umfangsdiffer. gegen das gesunde Knie, enorme Schmerzhaftigkeit	26. April 1891 mit bis auf die gran. Drainagewunden verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. des Arztes Dr. Hlucek in Welka-Velká 26. Oct. 1892: Es kam 6 Monate nach Entlassung zum Wiederaufbruche der Narbe; es besteht noch jetzt eine eiternde Fistel am Stumpf; P. ist sehr herabgekommen und seit 5 Mon. an Pleur. exsud. sin. erkrankt	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
506 1891 71.	Franz B., 16 Jahre, Heizerssohn, Wien	Hereditär unbelastet. Als Kind hatte er Drüsenerkrankung., d. bei Gebrauch von Jodbäd. zu Hall heilten. Vor 6 J. Erkrankung d. l. Ellbogengelenkes mit Eiterg. Vor 4 J. Schwellung d. l. Kniegelenkes, deshalb 1 J. bettlägerig. Conservative Behandlg., Bädergebrauch	Fungus genus sin. et cubiti d. Ankylosis cubiti sin. post fungum san.	1. Nov. 1891: Entfernung zweier Sequester aus dem Cond. int. u. ext., der eine haselnuss-, d. andere erbsengross; Excochleation. Gypsverband	Anämisches schwächliches Individuum. Am l. Jochbogen eine am Knochen fixirte Narbe. Am Halse scroph. Narben. L. Ellbogengelenk im Winkel von 125° starr ankylot. Pronationsstellg d. Vorderarm. Üb. d. Olekranon am Knoch. fixirte Narbe, mehrere mit d. Haut verschiebl. Narben an der Aussenseite des Oberarmes. Neben d. Tricepssehne des r. Ellbogengelenkes fung. Schwellung, Bewegungsbehindrg. d. Gelenk., Cap. radii druckempfindlich. Incomplete Ankylose im l. Kniegelenk, Fisteln oberhalb des Cond. int. u. an der Aussenseite des Gelenkes, d. auf rauhen Knochen führen. Stumpfwinklige Beugestellung	19. März 1892 mit gefenstertem Gypsverband entlassen (nach Redressement)	19. Oct. 1892 stellt sich P. vor: Befund am l. Ellbog. wie im Oct. 1891. R. Ellbogen kann nicht ganz gestr. werd., sonst gut brauchbar, üb. d. Olekranon fixirte Narben, keine Schwellung. L. Knie gut activ u. passiv beweglich, leichte Beugestellung, keine Verkürzg., Fistel an d. Innenseite verheilt, an der Aussenseite besteht noch eine wenig secernir. Fistel. Gang wegen d. leichten Beugestellung etwas hinkend, aber ohne Ermüdung möglich	Erkrankg. beider Ellbogengelenke u. des Kniegelenkes

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
475 1891 72.	Anton S., 27 Jahre, Hauer aus Drasenhofen, N.-Österr.	Hered. unbelast. Vor 8 J. Trauma d. r. Kniegelenk., seither häufig Schmerz. in dems. Vor 4 J. Beginn d. langsam zunehm. Schwell. d. Gelenk. Vor 2 J. Flanelleinwickl. u. Bäder. Zunehm. Schwell. u. Schmerzhaft., s. 2 M. Gebrauchsunfäh. d. Beines		15. Oct.: Resection oberhalb der Epikondylen, Resection d. Tibia und Kapselexstirpation. Vord. Bogenschnitt. Knochennaht, Drainage	R. Knie stumpfwinkl. gebeugt, zum Theil elastische Schwellg., z. Theil fluctuirende. Ausgedehnte Kapselerkrankung, Knorpel usurirt, Cavernen in der Tibia u. Femurkondyl.	28. Dec. 1891 mit verheilter Wunde, geringer passiver Beweglichkeit u. 7 *cm* Verkürzg. mit Stützapparat entlassen	21. Oct. 1892 briefl. Mittheilg.: Im Jänner 1892 Fistelbildung mit reichl. Eiterung, die in letzt. Zeit etwas abnahm. Bein zum Gehen mit Stützapparat gut brauchbar. Allg. Befinden gut	
423 1891 73.	Moriz R., 28 Jahre, Commis, Wien	Heredit. belastet; im 13. J. Beginn der Erkrankung, die seitdem unt. cons. Behandlg. (keine Gypsverbände) allmählich zunahm	Fungus genus d.	11. Sept.: Resection. Nach unten conv. bogenförm. Schnitt. Exstirpation der Kapsel, Käsige Auflagrgn. an d. Gelenksfläch. des Femur evidirt. Exstirpation d. Patella, keine Knochennaht, Fixationsverband	Rechtes Bein stark abgemagert, in leicht. Beuge- und Valg.-Stellung. Keine Verkürzung. Pastöse Schwellung der Gelenksgegend. Vollkommene Beugung und Streckung unmöglich. Ausgedehnte Kapselerkrankung, Eiterung im Gelenk, Caverne in d. Patella, Knorpel usurirt	29. Oct. mit verheilter Wunde, Ankylose in Streckstellg. und 1 *cm* Verkürzg. mit Stützapparat entlassen	21. Oct. 1892 briefl. Mittheilg.: Wunde dauernd geheilt. Bein steif, gut brauchbar. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
39 1891 74.	Josef S., 19 Jahre, Tischler, Wien	Heredit. belastet; im April 1890 Schwellg., 1 Mon. später Abscess, Incision; nach Landaufenthalt Besserung u. Gebrauchsfähigkeit des Beines. Seit Oct. 1890 anstrengend. Arbeit, bei der Pat. viel stehen muss; seit 6 Tag. Schmerzen u. Schwellung d. Gelenksgegend	Fungus genus sin.	1. Febr. 1891 Incision des Abscesses (Temp. 39°). Abnahme d. Schwellung. 27. März entlassen 23. Juni wied. aufgenomm.: Schwellg. zugenommen, Eiterung, Ulcerationen, Abscessbildg., seitl. Beweglichkeit. Weg. Verweigerung d. Resection Punction u. Jodoformemulsioninjection	Diffuser Bronchialkatarrh. Stumpfwinkl. gebeugt. Knie, theils fluctuirende, theils elast. Schwellg. an der Vorderseite des Gelenkes, livid verfärbte Haut, Ulceration; Abscess üb. dem Cond. ext.	21. Juli mit gefenst. Gypsverband entlassen	19. Dec. 1892 briefl. Mittheilg.: Unter den Symptomen von Tbc. pulm. und Zunahme der Erkrankung des Beines am 26. April 1892 gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
83 1889 75.	Dominik P., 25 Jahre	Vor 13 Jahren Abscess in der r. Trochantergegend. Vor 7 J. Beginn der Kniegelenkserkrankung, Ausheilung in Ankylosenstellung seit 4 J. Vor 1 Jahr Redressement an der Klinik; erfolglos; die Gypsverbände mussten abgenommen werden wegen hochgradiger Schwellung, ausgedehnten Anästhesien am Unterschenkel, Ulcerationen, Decubitus an d. Ferse; P. wurde mit rechtwinklig gebeugtem Knie entlassen	Contractura genus d. post fung. cruris dextra. Synovitis fungosa recidiv.	Amputatio femoris vord. und hinterer Hautmuskellappen; Drainage	Das rechte Knie rechtwinklig ankylosirt; hochgradige Atrophie der Musculatur; Verdickung der Femurkondylen; Fixation der Patella; pastöse Schwellung der Kapsel ob. d. Patella; Fisteln am Condyl. int., die gegen diese Schwellung führen; an den Knochen fixirte Narben über dem r. Trochanter	12. Februar Amputation, reactionsloser Wundverlauf; Wunde bis auf die Drainagestelle verheilt am 29. Februar; P. wird noch zur besseren Ernährung an der Klinik behalten; Körpergewicht am 4. März 52 *kg*, am 20. März 56 *kg*; am 23. März mit Hülsenstelze geheilt entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: P. ist vollständig gesund und geht seinem Erwerbe nach	Die Anästhesien nach dem Redressement im Jahre 1888 waren nach der Ansicht des Dct. D. Wagner, jetzt Professor der Psychiatrie in Wien, veranlasst durch eine venöse Stauung nach Venenthrombose der Vena poplit.

Krankengeschichten für das Kniegelenk. II. (Ankylosen.)

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
82 1882 76.	Eduard N., 9 Jahre	Vor 2 J. Fungus genus dextr. mit Fistelbildung, d. sich nach $^1/_2$ J. schlossen	Contractura genus d. post fung.	Redressement, Gypsverbde., Stützapparat	Rechtwinklig gebeugt. Kniegelenk mit eingezogenen Hautnarben	Am 23. Dec. mit Stützapparat geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Bis 1887 trug P. noch Stützapparate; Knie in gestreckt. Stellung steif; P. kann ohne Ermüdg. lange geh. ohne Unterstützg. Allg. Befinden gut	Bei allen Fällen, die unter Contractura gen. angeführt sind, fehlte jede Weichtheilschwell. und sind dieselb. aus diesem Grunde als ausgeheilt aufgefasst
13 1882 77.	Marie O., 22 Jahre	Beginn der Erkrankung in der Kindheit des P.; seit mehr. J. sind d. Fisteln dauernd geschlossen	Contractura genus d. post fung.	Kein Eingriff	Rechtwinklig ankylosirtes Kniegelenk; Patella nach aussenverschoben u. fixirt; zahlreiche eingezogene Narben	P. verweigert Resection; wird ungeheilt entlassen	Keine Antwort	
79 1883 78.	Rosa K., 17 Jahre	Gonitis fung. vor 7 J.; seit d. Zeit in Beobachtung; 1874 Gypsverbände; 1883 Redressement in 4 Sitzungen; 1884 mit Stützapparat betheilt	Contractura genus sin. post fung.	Redressement, Gypsverbde., Stützapparat	Das Knie in einem Winkel von 87° ankylosirt; 2 *cm* Verkürzung; mässige Atrophie der Musculatur	1884 stellt sich P. mit Ausheilung in Streckungsankylose vor zur Reparatur ihres Stützapparates	P. stellt sich 1891 vor: Seit 1886 geht P. ohn. Appar. 3 *cm* Verkürzg; Ankyl. im Beugungswinkel v. ca. 165°; leichte Subluxat. d. Tibia n. hint.; vollst. Fixat. d. Patella; eingezog. an d. Knochen fix. Narbe über dem Condyl. intern.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
87 / 1881 / 79.	Johann K., 12 Jahre	Beginn vor 2 J.	Contract. genus post fung.	Kein Eingriff	Spitzwinklig ankyl. Kniegelenk; keine Fisteln	Unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es kam später zu Recidiven, zu Fistelbildung, die erst nach 3 J. zuheilte; P. geht mit Krücke; Allgemeinbefinden gut	
170 / 1884 / 80.	Josef S., 8 Jahre	Vor 3 Jahr. Redressement und Gypsverb. wegen in Beugestellg. fixirtem, noch fungös geschwellt. Kniegelenk	Gonitis fung. dextra sanata	Stützapparat	Kniegelenk gestr.; keine Narben, keine Verkürzung	P. wurde nur zur Reparatur seines Stützapparates aufgenommen		
127 / 1884 / 81.	Ludwig S., 26 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 12 Jahren	Contract. genus sin. post fung.	Kein Eingriff	Kniegel. im Winkel von 45° ankylosirt; an d. Knochen fixirte Narben	P. verweigerte einen Eingriff zur Stellungsverbesserung		
37 / 1883 / 82.	Johann K., 42 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren	Contract. genus sin. post fung.	Redressem., Gypsverb., Stützapparat	Rechtwinklig ankyl. Kniegelk.; Kondylen des Femur verdickt; Patella fixirt; das Fibulaköpfchen nach hinten verschoben; Unterschenkel um 3 *cm* verkürzt	14. Jänner Redressement in einer Sitzung; 18. Febr. mit Stützapparat betheilt entlassen	Keine Antwort	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79 1880 83.	Anna R., 8 Jahre	Beginn vor 3 J.; Behandlung mit Gypsverbänden; nie Eiterung	Contractura genus dextra post fung.	Extension, Redressem.; Gypsverband	Kniegel. im Winkel von 110° gebeugt, gestattet nur geringe Vermehrung der Beugung; Femurkondylen verdickt; Tibia etwas nach hinten subluxirt; Patella nach aussen verschoben, fixirt	23. Oct. bis 10. Nov. Extension; dann Gypsverband; 15. Nov. mit Stützapparat entlassen, Kniegelenk in minimaler Beugestellung ankylotisch	Keine Antwort	
79 1880 84.	Rosa R., 17 Jahre	Vor 7 Jahren an der Klinik wegen Gonitis fungosa s. mit Gypsverbänd. behandelt; P. trug keinen Stützapparat; allmähl. Zunehmen der Beugestellung	Contractura genus s. post fung.	Redressement, Gypsverband, Stützapparat	Kniegel. im Winkel von 87° ankylosirt; Patella wenig beweglich; l. Oberschenkel 2 *cm* kürzer	Nach Redressement in mehrer. Sitzungen und Gypsverbänden mit Stützapparat entlassen; 3 *cm* Verkürzung, Unterschenkel leicht nach hinten subluxirt	Keine Antwort	
79 1883 85.	Marie G., 27 Jahre	Erkrankung vor 24 Jahren, seitdem Beugestellg. des Kniegelenkes	Contractura genus s. post fung. u. genus varum	Redressement, Gypsverband, Stützapparat	Knie in halber Beugestellung ankylotisch, nach aussen rotirt; leichte Subluxation d. Tibia nach hinten; $2^1/_2$ *cm* Verkürzung; Atrophie der Muscul.	Nach Redressem. in einer Sitzung, wobei auch das Genus varum behob. wurde, mit Stützapparat entlassen	Keine Antwort	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
194/1884 86.	Barbara H., 9 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 4 J.; nie Lähmungserscheinungen	Contractura genus d. post fung.	Redressement, Gypsverband	Beugung frei, Streck. nur bis zum rechten Winkel möglich; Patella an Condyl. extern. fixirt	Redressement leicht in einer Sitzung; mit gestrecktem Knie in Gypsverbd. entlassen	Im Jahre 1888 Wiederaufnahme an die Klinik; 3 *cm* Verkürzung; Knie im Winkel von 120° gebeugt; Redressement, Stützapparat, Allgemeinbefind. gut	Die Diagnose Fungus gen. san. war hier nicht sicher zu stellen, ist aber bei dem Umstande, dass es sich um eine abgelaufene Gelenkserkrankung im Kindesalter handelte, wahrscheinlich
69/1885 87.	Irene K., 4 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren; Fistelbildung und Eiterung vor 1 J.; seit $^1/_4$ J. Fisteln verheilt	Contract. genus s. post fung.	Redressement, Gypsverband	Kniegelenk in einem Winkel von 60° gebeugt; gestattet nur ganz geringe Excursionen; eingezogene Narben an der Vorder- u. Rückseite des Gelenkes, Unterschenkel um 1 *cm* verkürzt	Nach Redressement in zwei Sitzungen mit Tripolithverband entlassen; Kniegelenk fast vollständig gestreckt; gehfähig	Keine Antwort	
182/1885 89.	Emilie S., 18 Jahre	Ablauf der Erkrankung auswärts ohne Eingriff vor 2 Jahren in 8 Monaten; seitdem Beugestellung	Contractura genus s. post fung.	Redressement, Gypsverband	Infiltratio apic. pulmon.; Kniegelenk im Winkel von 120° ankylosirt; Spitzfuss; Verkürzung; ein Kind der P. an Tuberc. pulm. gestorben	Redressement, Gypsverbände; nach 4 Wochen geringe active Beweglichkeit; mit gestrecktem Knie entlassen	Keine Antwort	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
435 1887 88.	Marie G., 10 Jahre	Hereditär belastet; Ablauf der Erkrankung vom 5. bis 7. J. mit Fistelbildung	Contractura genus s. post fung.	Redressement, Gypsverband, Stützapparat	Excursionsfähigkeit d. Gelenkes zwischen Winkel von 70—90°; Cond. lateral. tibiæ verdickt; Patella fixirt; üb. d. Condyl. later. eine an den Knochen fix. Narbe; eine zweite hinter d. Condyl. mit den Sehnen verwachsen; 4 *cm* Verkürzung	Redressement nur bis zum Winkel von 20° möglich; wird nach Gypsverbänden mit Stützapparat betheilt und entlassen mit der Weisung später zur Tenotomie zu kommen	Briefliche Mittheilung 1891: Die Beugestellung hat nicht zugenommen, eher abgenommen; P. geht mit Stützapparat. Allgemeinbefind. gut	
8 1886 90.	Franz E., 6 Jahre	Ablauf d. Erkrank. v. 2 J.; seit 1 J. Abnahme d. Schwell. u. Beugestellung	Contractura genus post fung.	Stützapparat	Mässige Verdickung der Gelenksenden; 3 *cm* Verkürzung; Beugungsankylose	Mit Stützapparat betheilt	Keine Antwort	
102 1888 91.	Anton P., 23 Jahre	Vor 7 J. Peritonitis tbc.? mit Ascites; bald hierauf nach Trauma Anschw. d. Knies, Fistelbildg; Heilung; vor 3 J. Recidive; seitd. Zunahme d. Schw., Fistelbild.; seit ½ J. Abnahme d. Schwellung u. Verheilung der Fisteln, Beugestellung	Contractura genus post fung.	Redressement; Gypsverband	R. Kniegelenk in leicht stumpfwinkl. starrer Beugestellg.; Epicondyl. extern. verdickt; an der Vorderseite d. Kniegelenkes mehrere eingezogene Narben	Nach Redressement mit leichtem Genu recurvatum in Gypsverband entlassen	Keine Antwort	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
158 1888 92.	Johann J.. 12 Jahre	Beginn vor 2 J.; Fistelbildg. vor 1 J.; vor $^3/_4$ J. nach Evidement Heilg. in 2 Mon.	Contractura genus d. post fung.	Versuch d. Redressements	R. Knie in starrer, stumpfwinkliger Beugestellung; eingezogene Narben; Patella fixirt	Redressement gelingt nicht wegen bedeutender Schrumpfg. der Beugesehne; Operation verweigert	Keine Antwort	
153 1886 93.	Franz E., 6 Jahre	?	Contract. genus d. post fung.	Redressement; Gypsverband	Knie in rechtwinklig., starrer Beugestellg.; Condyl. extern. verdickt, über ihm eine an den Knochen fixirte Narbe	Nach Redressement mit Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Knie gestreckt, geringe (?) Verkürzung; P. geht mit Stützapparat; Allgemeinbefind. gut	
53 1881 94.	Josefa D., 14 Jahre	Acutes Stadium im 4. Lebensjahre; Fistelbildung; Ausheilung nach und nach in rechtwinkliger Stellg.	Contract. genus d. post fung.	Typische Resection; H Schnitt		Die Resection wurde am 4. Nov. 1880 ausgeführt; die P. am 18. Jänner 1881 mit Ankylose geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Patientin ist dauernd geheilt geblieben; das Knie in Streckankylose mittelst erhöhter Sohle zum Gehen vollständig tauglich; Allgemeinbefind. sehr gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
60/1881 95.	Auguste B., 19 Jahre	Ablauf der Erkrankung vor drei Jahren	Contractura genus d. post fung.	Typische Resection; H Schnitt	R. Knie in spitzwinkliger Ankylosenstellung; Patella fixirt; keine Narben	Am 9. Nov. 1881 Resection; am 18. Jänner 1882 mit Stützapparat in gestreckter Ankylose entlassen; 5 *cm* Verkürzung	P. stellt sich im März 1891 vor: 6 *cm* Verkürzung; knöch. Ankylose in Streckstellung; P. geht ohne Einlage, kann das resec. Bein zum Maschinnähen verwenden und gleicht die Verkürzung durch Beckensenkung aus; vollständig gesund; P. trug den Stützapparat nur 6 Wochen; es wird ihr eine Sohlenerhöhung empfohlen	
198/1883 96.	Andreas L., 10 Jahre	?	Contract. genus s. post fung. sanata	Resection mit vord. Ovalärschnitt	Abmeisselung der knöchern verwachs. Patella; Resection einer 1 *cm* dicken Knochenscheibe von der Tibia; einer 4 *cm* dicken vom Femur; Tenotomie d. Bicepssehne; Silberdrahtnaht der Resectionsflächen; Sehnennaht mit Catgut; Drainage	Resection am 17. Mai, am 12. Juni mit Streckankylose mit Stützapparat entlassen	Keine Antwort	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
68 1883 97.	Stephan G., 12 Jahre	?	Contract. genus d. post fung. sanata	Resection	?	Resection am 19. Mai 1883; am 11. Oct. 1883 mit Stützapparat in Streckankylose geheilt entlassen	Keine Antwort	
16 1883 98.	Andreas L., 10 Jahre	Beginn vor 8 J.; angeblich seit dieser Zeit Winkelstellung	Contract. genus s. post fung. sanata	Resection	Wie Nr. 21	Resection am 17. Mai; am 24. August mit Stützapparat und granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: 10 *cm* Verkürzg.(?),geht mit Stützapparat; Streckungsankyl.; dauernde Verheilung erst seit 4 J.; bis zu dieser Z. bestand eine Fistel unter d. Patella, durch die noch nekrot. Knochenstückch. abgiengen	
69 1883 99.	Johann H., 23 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 11 J.	Ankylosis genus sin. post fung. ante annos XI.	Typische Resection mit vord. Lappenschnitt	Rechtwinklige Ankylosenstellung; an den Knochen fixirte Narben	Resection am 6. Juni; am 12. Oct. mit Stützapparat geheilt entlassen; 5 *cm* Verkürzung	Briefl. Mittheilg. 1891; P. ist vollständig gesund; kann mit d. oper. Bein „arbeiten, tanzen, springen“	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
53 1888 100.	Julie R., 23 Jahre	Anamnestisch nur zu eruiren, dass d. Erkrankg. vom 5. bis zum 8. J. der P. dauerte u. in der jetzig. Stellg. ausheilte	Ankylosis genus d. post fung. ante annos XV.	Typische Resection mit vord. Lappenschnitt	Ankylosenstellung im Winkel von 120°; Subluxation d. Tibia nach hinten	Resection am 10. Nov 1888; am 10. Febr. 1889 geheilt entlassen	Keine Antwort	In der Krankengeschichte ist näherer Befund nicht eingetragen, doch wurde die Diagnose nach der Operation gestellt und hat es sich in diesem Falle daher wohl auch um einen abgelaufenen Fungus genus, vermuthlich Synovitis fungosa gehandelt
155 1884 101.	Marie W., 28 Jahre	Ablauf der Erkrankg. in d. ersten Lebensj. der P., seitdem allmählich zunehmende Beugestellg. d. l. Knies	Ankylosis genus sin. post fung.	Typische Resection	Ankylosenstellung im Winkel von 100°; Subluxation und Rotation des Unterschenkels nach auss.	Resection am 16. Mai; Wundheilung mit Eiterung; mit Stützapparat am 26. Aug. entlassen	Keine Antwort	
79 1886 102.	Elisabeth H., 18 Jahre	Erkrankg. im 9. Lebensjahre nach Trauma. Fistelbildung, seit 8 J. verheilt	Ankylosis genus sin. post fung.	Keilförmige Resection nach vord. queren Hautschnitt; Drainage	Stumpfwinklige Ankyl.; an d. Knoch. fixirte Narben; Tibia mit Femur u. Patella durch knöcherne Verbindungen fixirt	Am 4. Juni Resection; reactionslose Heilg.; am 19. Juli mit Stützapparat geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist vollständig gesund; Streckungsankylose; geht ohne Unterstützg.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
39 1883 103.	Johann G., 42 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 22 Jahren mit Fistelbildung, die nach 4 Jahren dauernd verheilt blieb; vor 6 J. nach Trauma Recidive und seitdem Zunahme der Contracturstellg.; die Fisteln heilten nicht mehr zu	Contractura genus dextra post fung.	Amput. femor. vord. u. hint. Lappen; keine Drainage	Knie in rechtwinklig. Beugestellg., erlaubt geringe passive Bewegung; Patella fixirt; Narben an der Vorder- und Rückseite des Gelenkes	P. verlangte unbedingt Amputation; dieselbe wurde am 2. April ausgeführt, Wundverlauf reactionslos; P. wurde am 16. Mai geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist vollständig gesund und geht seiner Arbeit nach	
246 1891 104.	Cölestine P., 15 Jahre, Croatien	Hered unbelast.; vor 10 J. Trauma, hierauf Erkrankg. des r. Kniegelenk. m. allmählich zunehmend. Beugestellnng, keine Behandlung; seit 4 J. Fisteln verh.	Contractura genus dextra post fung. san.	16. Juli Resection, H Schnitt an d. Vorderseite; Resect. d. Gelenksend. soweit, dass d. Adaption möglich ist; Patellaexstirpation, Silbernaht, Drain.	Muscul. d. r. Beines schwäch.; Temp. etw. kühl.; r. Unterschenk. 2 *cm* kürz., nach auss. rotirt, Fuss supinirt; Unterschenkel nach hint. sublux.; rechtwinkl. Beugestellg.; minim. Beweglichkeit (Beugung u. Streck.); zahlreiche, zum Theil am Knochen fixirte Narb.; theils knöch., theils bindeg. Ankyl.; Patella mit Femur knöchern verwachs.	19. August mit verheilter Wunde mit Stützapparat und Schuheinlage entlassen; (Streckstell.. 10 *cm* Verkürzung)		C

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
417 1891 105.	Wenzel L., 29 Jahre, Taglöhner, Ebersdorf, Mähren	Heredit. unbelast. Bis z. 6. J. Bronchialkat. Vor 4 J. Beg. d. Leid. plötzl. m. schmerzhafter Schwellung, die trotz Behandlung im Iglauer Spital nicht abnahm. Schwierig. Gehen m. Krück. Stellg. d. Beines langsam in d. stumpfwinkl. übergang. s. 1½ J.	Contractura genus d. post fung. san.	10. Sept. 1891 Resection. 3 *cm* starke Platte vom Femur, 1½ *cm* von der Tibia entf., Patellaexstirpation, Silberdrahtnaht, Hautnaht. (Forc. vorh. Redress. in Narkose misslungen.)	Muscul. der rechten Extremität atrophirt. Bein in stumpfwinkl. Beugestellg. Patella fixirt, etwas lateral verschoben. Beweg. sehr beschränkt. Keine Kapselschwell. Keine Narben. Tibia leicht nach unten subluxirt	29. October mit verheilter Wunde mit Stützapparat entlassen. Mit Hilfe eines Stockes Gehen gut möglich		C
254 1891 106.	Josef S., 24 Jahre, Taglöhner, Dannowitz (Mähren)	Hereditär unbelastet. Im 6 Lebensj. Erkrankg. d. linken Kniegelenkes mit Ausheilung in d. jetzig. Stellung	Contractura genus sin. post fungum sanatum	23. Mai 1891: Resect. Vord. Bogenschnitt. Anfrischg. d. Gelenksfläch. (Im Femurkondyl ein ausgeheilter skleros. tub. Herd). Subcut. Tenotomie d. Beugesehnen. Silbernaht d. Knochen, Catgutnaht d. Kapsel, Seidenhautnaht	Linkes, stark abgemagert. Bein in rechtwinkl. Beugestellg. fixirt. Patella verwachsen an d. Vorderfläche d. Kondylen. Oberschenkelumfang l. 16 *cm* wenig. als r., Wadenumf. l. 11 *cm* wenig. als r. Breite d. Tibiafläche r. vorne 5 *cm*, l. vorne 2½ *cm*	18. Juni mit Gypsverband und Trittbügel entlassen	Vorgestellt im März 1893: Knie in fester Ankyl. in fast vollständiger Streckstellung. Längendifferenz d. ganzen Beines 13 *cm*, Längendifferenz d. Oberschenkels 6½ *cm*, d. Unterschenkels 6 (½) *cm*. P. geht mit Stiefeleinlage ganz gut ohne Ermüdung bei schwerer Arbeit. Allgemeinbefind. gut	C

III. Fussgelenk.

Allgemeiner Theil des Fussgelenkes.

Übersicht über die Fälle von Tuberculose des Fussgelenkes.

6	Fälle:	Ohne Behandlung
24	„	Regime
9	„	Gypsverbände, Stützapparate
20	„	Ignipunctur
20	„	Kleine Eingriffe
8	„	Resection
3	„	Enucleation
110	„	Amputation (incl. Pirogoff, Chopart, Miculicz)

200 Fälle, davon 78 Endresultate,
und zwar:

Ohne Eingriff 7 Fälle: Nr. 1, 2, 3, 9, 50, 69, 74; alle gestorben.

Regime 1 Fall: Nr. 67; geheilt.

Gypsverband 4 Fälle: Nr. 57, 62, 76, 78; 3 geheilt, 1 gestorben.

Ignipunctur 10 Fälle: Nr. 4, 5, 10, 49, 51, 52, 54, 65, 66, 73; 6 geheilt, 2 gebessert, 2 gestorben.

Kleine Eingriffe 5 Fälle: Nr. 6, 7, 8, 71, 75; 3 geheilt, 1 gebessert, 1 gestorben.

Resection 7 Fälle: Nr. 11, 12, 13, 14, 15, 61, 70; 5 geheilt, 1 gebessert, 1 ungeheilt.

Amputation 44 Fälle: Nr. 16—48, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 68, 72, 77; 33 geheilt, 11 gestorben.

Operativ behandelt wurden 51 Fälle: Nr. 11, 12, 13, 14. 15, 16, 17, 18—48, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 69, 72, 77.

Conservativ behandelt wurden 27 Fälle: Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 49, 50, 51, 52, 54, 57, 62, 65, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78.

Ohne Eiterung verliefen 10 Fälle: Nr. 12, 14, 22, 33, 57, 61, 62, 70, 76, 78.

Mit Eiterung verliefen 68 Fälle: Nr. 1—11, 13, 15—21, 23—32, 34—56, 58, 59, 60, 63—69, 71—75, 77.

Trauma war in 18 Fällen nachgewiesen.

Heredität war in 16 Fällen nachweisbar.

Übersicht nach dem Jahr der Erkrankung,

in welchem die Behandlung auf der Klinik eingeleitet wurde.

A. Conservative Behandlung.[1])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 9 Fällen (Nr. 1, 3, 7, 50, 62, 67, 71, 74, 75): geheilt 3, gebessert 1, gestorben 5.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 76, 78): geheilt.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 2, 8): geheilt 1, gestorben 1.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 9, 69): gestorben.

Im 9. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 57): geheilt.

B. Ignipunctur.[2])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 5 Fällen (Nr. 49, 52, 54, 65, 73): geheilt 4, gestorben 1.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 5, 51): geheilt.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 66): gebessert.

Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 10): gestorben.

C. Resection.[3])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 12, 61): geheilt 1, ungeheilt 1.

---

[1]) Bei Nr. 6 konnte der Beginn der Erkrankung nicht eruirt werden. Ausgang: Exitus letalis.

[2]) Bei Nr. 4 besteht die Erkrankung „seit der Kindheit". Ausgang: Besserung.

[3]) Nr. 14, 15 mangels der betreffenden Angabe hier nicht aufgenommen. (Beide geheilt.)

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 11, 13): geheilt.
Im 9. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 70): gebessert.

D. Primäre Amputation.[1])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 10 Fällen (Nr. 20, 25,[2]) 36, 39, 42, 56, 58, 59, 60, 63): geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 9 Fällen (Nr. 16, 33, 34, 37, 40, 44, 45, 46, 64): geheilt 3, gestorben 6.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 7 Fällen (Nr. 29, 31, 32, 35, 41, 48, 68): geheilt 5, gestorben 2.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 26): geheilt.
Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 27): geheilt.
Im 7. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 77): gestorben.
Im 13. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 30): geheilt.

E. Secundäre Amputation
(nach conservativer Behandlung).

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 53): geheilt (nach Versuch der Resection).
Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 72): geheilt.
Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 43): geheilt.
Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 28): geheilt.

F. Secundäre Amputation
(nach operativer Behandlung[3]).

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 17, 24[4]): Beide geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 23, 38, 47): geheilt 2, gestorben 1.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 55): geheilt.

---

[1]) Nr. 21, 22 sind mangels betreffender Angabe hier nicht aufgenommen.

[2]) Am Ellbogen auch Heilung der tuberculösen Erkrankung.

[3]) Bei Nr. 18 und 19 fehlt die Angabe über Beginn der Erkrankung. Ausgang: Heilung.

[4]) Jetzt Erkrankung des anderen Fussgelenkes, gebessert durch conservative Behandlung.

Die Endresultate rühren aus folgenden Jahren nach der Entlassung her:

Aus dem 1. Jahre bei 14 Fällen (Nr. 1, 3, 6, 9, 12, 16, 34, 47, 53, 54, 69, 70, 73, 77):

Conservativ: 5 Fälle gestorben.
Ignipunctur: 1 Fall gestorben.
Resection: 1 Fall ungeheilt, 1 geheilt, 1 gebessert.
Amputation: 1 Fall geheilt, 4 gestorben.

Aus dem 2. Jahre bei 14 Fällen (Nr. 22, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 71, 72, 74, 75, 76, 78):

Conservativ: 4 Fälle geheilt, 1 gebessert, 2 gestorben.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt,
Resection: 1 Fall geheilt.
Amputation: 4 Fälle geheilt, 1 gestorben.

Aus dem 3. Jahre bei 10 Fällen (Nr. 32, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 60, 66):

Conservativ: 1 Fall geheilt, 1 gestorben.
Ignipunctur: 4 Fälle geheilt, 1 gebessert.
Resection: kein Fall.
Amputation: 3 Fälle geheilt.

Aus dem 4. Jahre bei 8 Fällen (Nr. 2, 8, 41—45, 48):

Conservativ: 1 Fall geheilt, 1 gestorben.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: kein Fall.
Amputation: 5 Fälle geheilt, 1 gestorben.

Aus dem 5. Jahre bei 8 Fällen (Nr. 4, 7, 15, 33, 36—39):

Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: 1 Fall gebessert.
Resection: 1 Fall geheilt.
Amputation: 4 Fälle geheilt, 1 gestorben.

Aus dem 6. Jahre bei 3 Fällen (Nr. 10, 24, 35):

Conservativ: kein Fall.
Ignipunctur: 1 Fall gestorben.
Resection: kein Fall.
Amputation: 2 Fälle geheilt.

Aus dem 7. Jahre bei 6 Fällen (Nr. 11, 13, 21, 27, 30, 31):

Conservativ: kein Fall.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: 2 Fälle geheilt.
Amputation: 4 Fälle geheilt.

Aus dem 8. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 5, 25, 26, 28):

Conservativ: kein Fall.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt.
Resection: kein Fall.
Amputation: 3 Fälle geheilt.

Aus dem 9. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 18, 19, 58, 63):

4 Amputationen geheilt.

Aus dem 10. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 14, 17, 20, 23):

Conservativ: kein Fall.
Ignipunctur: kein Fall.
Resection: 1 Fall geheilt.
Amputation: 3 Fälle geheilt.

Die 3 Fälle von Amputation Nr. 29, 40, 46 (sämmtlich Todesfälle) sind mangels der betreffenden Angabe hier nicht aufgenommen.

Mortalität.

Exitus letalis trat ein in 22 Fällen: Nr. 1, 2, 3, 6, 9, 10, 16, 29, 32, 33, 34, 40, 46, 47, 48, 50, 62, 64, 69, 73, 74, 77 = 28%.

Exitus letalis trat ein bei 11 conservativ behandelten Fällen: Nr. 1, 2, 3, 6, 9, 10, 50, 62, 69, 73, 74.

Exitus letalis trat ein bei 11 operativ behandelten Fällen: Nr. 16, 29, 32, 33, 34, 40, 46, 47, 48, 64, 77.

Anschliessend an die Operation trat der Exitus letalis ein in 1 Falle: Nr. 16.

Bis zum 10. Lebensjahre trat der Exitus letalis in keinem Falle ein;

bis zum 20. Lebensjahre trat der Exitus letalis ein in 1 Falle: Nr. 73;

bis zum 30. Lebensjahre trat der Exitus letalis ein in 5 Fällen: Nr. 2, 10, 33, 62, 69;

nach dem 30. Lebensjahre trat der Exitus letalis ein in 16 Fällen: Nr. 1, 3, 6, 9, 16, 29, 32, 34, 40, 46, 47, 48, 50, 64, 74, 77.

An Tuberculose starben: 13 Fälle[1]) = 62% der Gestorbenen, davon

im	1.	Jahre	der Erkrankung	2 Fälle: Nr. 1 (?), 3.
„	2.	„	„ „	1 Fall: Nr. 62.
„	3.	„	„ „	1 Fall: Nr. 50.
„	4.	„	„ „	1 Fall: Nr. 69 (?).
„	5.	„	„ „	3 Fälle: Nr. 2, 32, 33.
„	6.	„	„ „	1 Fall: Nr. 48.
„	9.	„	„ „	1 Fall: Nr. 10.

Durchschnittliche Lebensdauer der Gestorbenen seit Beginn der Erkrankung:[2])

a) der conservativ Behandelten: $2^3/_4$ Jahre.

b) der operativ Behandelten: $3^2/_3$ Jahre.

Specieller Theil des Fussgelenkes.

I. Beginn der Erkrankung vor dem 10. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 6 Fälle: Nr. 4, 5, 7, 49, 52, 71.

Mit Eiterung verliefen 6 Fälle: Nr. 4, 5, 7, 49, 52, 71.

Ohne Eiterung verlief: kein Fall.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband . . . kein Fall.
Ignipunctur . . . . 4 Fälle.
Kleinen Eingriffen . . 2 „
Resection . . . . kein Fall.
Primärer Amputation „ „
Secundärer Amputation „ „

Ohne Eingriff blieben . . . . . „ „

1. Vollkommen geheilt (auch durch primäre Amputation) wurden 4 Fälle: Nr. 5, 7, 49, 52.
2. Gebessert wurden: kein Fall.
3. Fistel bei brauchbarem Fusse besteht in 2 Fällen: Nr. 4, 71.
4. Ungeheilt: kein Fall.
5. Durch secundäre Amputation geheilt: kein Fall.
6. Exitus letalis trat in keinem Falle ein.

---

[1]) Nr. 6 und Nr. 46 sind mangels der betreffenden Angaben hier nicht aufgenommen.

[2]) Die Fälle Nr. 6, 29, 40 und 46 sind mangels der betreffenden Angaben hier nicht aufgenommen.

Behandlungsweise und Endresultat in den 6 Fällen mit Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	5, 49, 52,	4	—	—	4
Kleine Eingriffe . .	7	71	—	—	2
Resection	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	—	—	—	—	—
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
	4	2	—	—	6

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug 3 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug 1 Jahr.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen betrug 4 Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 71.
b) Kapselerkrankung: Nr. 5, 7, 49, 52, 57.
c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär ist: kein Fall.
d) Sequesterbildung: kein Fall.

Ausgang in den 6 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke in 3 Fällen: Nr. 7, 49, 52.
   b) Brauchbarer Fuss, Ankylose in 1 Falle: Nr. 5.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbarer Fuss: kein Fall.
3. Fistel bei brauchbarem Fusse in 2 Fällen: Nr. 4, 71.
4. Keine Heilung, unbrauchbarer Fuss: kein Fall.
5. Exitus trat in keinem Falle ein.

Resection wurde in den dieser Gruppe angehörigen Fällen nicht vorgenommen.

Complicationen bestanden nicht.

Recidive in 1 Falle: Nr. 52.

II. Beginn der Erkrankung zwischen dem 10. bis 20. Lebensjahre.

Hierher gehören folgende 14 Fälle: Nr. 10, 15, 28, 30, 35, 38, 43, 44, 57, 61, 65, 66, 70, 76.

Ohne Eiterung verliefen 4 Fälle: Nr. 57, 61, 70, 76.

Mit Eiterung verliefen 10 Fälle: Nr. 10, 15, 28, 30, 35, 38, 43, 44, 65, 66.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband 2 Fälle: Nr. 57, 76.
Ignipunctur 3 Fälle: Nr. 10, 65, 66.
Kleinen Eingriffen: kein Fall.
Resection 3 Fälle: Nr. 15, 61, 70.
Prim. Amputation 3 Fälle: Nr. 30, 35, 44.
Secund. Amputation 3 Fälle: Nr. 28, 38, 43.

Ohne Eingriff blieben: kein Fall.

1. Vollkommen ausgeheilt (auch durch prim. Amputation) wurden 8 Fälle: Nr. 15, 30. 35, 44, 57, 61, 65, 76.
2. Gebessert wurde 1 Fall: Nr. 70.
3. Fistel bei brauchbarem Fuss besteht in 1 Falle: Nr. 66.
4. Ungeheilt blieben: kein Fall.
5. Durch secundäre Amputation geheilt 3 Fälle: Nr. 28, 38, 43.
6. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 10.

Todesursachen: Tbc. pulm.: Nr. 10.

Behandlungsweise und Endresultat in den 4 Fällen ohne Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	57, 76	—	—	—	2
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Resection	61	70	—	—	2
Primäre Amputation .	—	—	—	—	—
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
Summe . . .	3	1	—	—	4

Behandlungsweise und Endresultat in den 10 Fällen mit Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	65	66	—	10	3
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Resection	15	—	—	—	1
Prim. Amputation . .	30, 35, 44	—	—	—	3
Secund. Amputation . .	28, 38, 43	—	—	—	3
Summe . .	8	1	—	1	10

Todesursachen: Tbc. pulm. in Fall Nr. 10.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug 3 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug 4 Jahre.

Die durchschnittliche Beobachtungsdauer in den ausgeheilten Fällen betrug $3^1/_2$ Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 10, 15.

b) Kapselerkrankung: Nr. 43, 57, 61, 65, 70, 76.

c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär war: Nr. 28, 30, 35, 38, 44, 66.

d) Sequesterbildung: kein Fall.

Ausgang in den 5 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke, in 2 Fällen: Nr. 65, 76.
   b) Brauchbares Bein, Ankylose in 1 Fall: Nr. 57.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbarer Fuss: kein Fall.
3. Fisteln bei brauchbarem Fuss in 1 Falle: Nr. 66.
4. Keine Heilung, unbrauchbares Bein: kein Fall.
5. Exitus letalis trat ein in 1 Falle: Nr. 10.

Ausgang in den 3 resecirten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke in 2 Fällen: Nr. 61, 15 (geringe Beweglichkeit).
   b) Brauchbarer Fuss, Ankylose in keinem Falle.
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbares Bein: Fall Nr. 70.

Complicationen: Mit Tuberculosis pulm. in 3 Fällen: Nr. 10, 43, 66.
Mit Tuberculose anderer Knochen und Gelenke in 1 Falle: Nr. 43.
Mit Tuberculose lymphadenitis in 1 Falle: Nr. 35.

Recidive in 2 Fällen: Nr. 43,[1]) 61.

III. Beginn der Erkrankung zwischen dem 20.—30. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 17 Fälle: Nr. 2, 18, 21, 22, 24, 26, 27, 32, 33, 36, 54, 55, 58, 62, 68, 69, 73.

Hievon verliefen ohne Eiterung 3 Fälle: Nr. 22, 33, 62.

Hievon verliefen mit Eiterung 14 Fälle: Nr. 2, 18, 21, 24, 26, 27, 32, 36, 54, 55, 58, 68, 69, 73.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband . . 1 Fall: Nr. 62.
Ignipunctur . . . 2 Fälle: Nr. 54, 73.
Prim. Amputation 9 Fälle: Nr. 21, 22, 26, 27, 32, 33, 36, 58, 68.
Secund. Amputat. 3 Fälle: Nr. 18, 24, 55.

Ohne Eingriff blieben . . . . . 2 Fälle: Nr. 2, 69.

1. Vollkommen geheilt (auch durch primäre Amputation) wurden 8 Fälle: Nr. 21, 22, 26, 27, 36, 54, 58, 68.
2. Durch secundäre Amputation wurden geheilt 3 Fälle: Nr. 18, 24, 55.
3. Exitus letalis trat ein in 6 Fällen: Nr. 2, 32, 33, 62, 69, 73.

Todesursachen: Tuberculose pulm. in 5 Fällen: Nr. 2, 32, 33, 62, 69 (?).
Unbekannt in 1 Falle: Nr. 73.

---

[1]) Recidive am gleichzeitig erkrankten, conservativ behandelten Ellbogengelenke.

Behandlungsweise und Endresultat in den 3 Fällen ohne Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	62	1
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Resection	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	22	—	—	33	2
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
Summe . .	1	—	—	2	3

Todesursachen: Tbc. pulm. in Fall Nr. 62.

Behandlungsweise und Endresultat in den 14 Fällen mit Eiterung.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff . . .	—	—	—	2, 69	2
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	54	—	—	73	2
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Resection	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	21, 26, 27, 36, 58, 68	—	—	32	7
Secundäre Amputation	24, 55, 18	—	—	—	3
Summe . .	10	—	—	4	14

Todesursachen: Tbc. pulm. in Fall Nr. 2, 32, 33, 69 (?).
Unbekannt in Fall Nr. 73.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug $1^3/_4$ Jahre.

Die Durschschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug 2 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen betrug $4^3/_4$ Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 18, 20, 21, 24, 26, 55, 58.
b) Kapselerkrankung: Nr. 36, 62, 54.
c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär ist: 2, 27, 32, 33, 68, 69, 73.
d) Sequesterbildung: Nr. 24.

Ausgang in den 5 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke in 1 Falle: Nr. 54.
   b) Brauchbares Bein, Ankylose: kein Fall.

2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbarer Fuss: kein Fall.

3. Fisteln bei brauchbarem Fusse: kein Fall.

4. Ungeheilt, unbrauchbarer Fuss: kein Fall.

5. Exitus trat ein in 4 Fällen: Nr. 2, 62, 69, 73.

Resection wurde in den dieser Gruppe angehörenden Fällen nicht vorgenommen.

Complicationen: Mit Tbc. pulm. in 7 Fällen: Nr. 2, 24, 32, 33, 36, 62, 68.
Mit Tbc. anderer Knochen und Gelenke in 4 Fällen: Nr. 2, 22,[1]) 24, 33.
Mit Tbc. lymphadenitis in 1 Falle: Nr. 2.

Recidive in 1 Falle: Nr. 24.

IV. Beginn der Erkrankung nach dem 30. Lebensjahre.

Hieher gehören folgende 41 Fälle: Nr. 1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 29, 31, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 56, 59, 60, 63, 64, 67, 72, 74, 75, 77, 78.

Ohne Eiterung verliefen 3 Fälle: Nr. 12, 14, 78.

Mit Eiterung verliefen 38 Fälle: Nr. 1, 3, 6, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 25, 29, 31, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 56, 59, 60, 63, 64, 67, 72, 74, 75, 77.

Hievon wurden behandelt mit: Gypsverband 1 Fall: Nr. 78.
Ignipunctur 1 Fall: Nr. 51.
Kleinen Eingriffen 3 Fälle: Nr. 6, 8, 75.
Resection 4 Fälle: Nr. 11, 12, 13, 14.
Prim. Amputation 20 Fälle: Nr. 16, 20, 25, 29, 31, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 48, 56, 59, 60, 63, 64, 77.
Secund. Amputation 6 Fälle: 17, 19, 23, 47, 53, 72.

Ohne Eingriff blieben 6 Fälle: Nr. 1, 3, 9, 50, 67, 74.

1. Vollkommen geheilt (auch durch prim. Amputation) wurden 20 Fälle: Nr. 8, 11, 13, 14, 20, 25, 31, 37, 39, 41, 42, 45, 51, 56, 59, 60, 63, 67, 75, 78.

2. Gebessert wurden: kein Fall.

3. Fistel bei brauchbarem Fuss besteht in keinem Falle.

4. Ungeheilt blieb 1 Fall: Nr. 12.

5. Durch secund. Amputation wurden geheilt 5 Fälle: Nr. 17, 19, 23, 53, 72.

6. Exitus letalis trat ein in 15 Fällen: Nr. 1, 3, 6, 9, 16, 29, 34, 40, 46, 47, 48, 50, 64, 74, 77.

Todesursachen:

Tuberculosis pulm.: Nr. 1 (?), 3, 6, 9, 46, 48, 50, 64 (?).
Andere Krankheiten: Nr. 16, 34, 74, 77.
Unbekannt: Nr. 29, 40, 47.

---

[1]) Resection am 1 Jahr später erkrankten Kniegelenke derselben Seite.

Behandlungsweise und Endresultat in den 3 Fällen ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	—	—	—	—	—
Gypsverband	78	—	—	—	1
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Resection	14	—	12	—	2
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	—	—	—	—	—
Summe	2	—	1	—	3

Behandlungsweise und Endresultat in den 38 Fällen mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Eingriff	67	—	—	1, 3, 9, 50, 74	6
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	51	—	—	—	1
Kleine Eingriffe . . .	8, 75	—	—	6	3
Resection	11, 13	—	—	—	2
Prim. Amputation . .	20, 25, 31, 37, 39, 41, 42, 45, 56, 59, 60, 63	—	—	16, 29, 34, 40, 46, 48, 64, 77	20
Secund. Amputation .	17, 19, 23 53, 72	—	—	47	6
Summe	23	—	—	15	38

Todesursachen:

Tuberculose pulm.: Nr. 1 (?), 3, 6, 9 (?), 16 (?), 40 (?), 46, 47 (?), 48, 50.

Andere Krankheiten: Nr. 16, 34, 74, 77.

Unbekannt: Nr. 29.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug $1^1/_4$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen (Resection, Amputation) betrug $1^1/_3$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen betrug $4^1/_5$ Jahre.

Pathologisch-anatomischer Befund.

a) Knochenerkrankung: Nr. 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 34, 40, 47, 48, 53, 60, 63, 64, 75, 77.

b) Kapselerkrankung: Nr. 1, 37, 41, 46, 50, 51, 53, 74, 78.

c) Unentschieden, ob *a* oder *b* primär ist: Nr. 3, 23, 25, 29, 31, 39, 42, 45, 56, 59, 67, 72.

d) Sequesterbildung: Nr. 39.

Ausgang in den 11 conservativ behandelten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke in 4 Fällen: Nr. 8, 51, 75, 78.
   b) Brauchbarer Fuss, Ankylose in 1 Falle: Nr. 67.[1])
2. Volle Heilung zweifelhaft, aber brauchbarer Fuss: kein Fall.
3. Fisteln bei brauchbarem Fuss: kein Fall.
4. Ungeheilt, unbrauchbarer Fuss: kein Fall.
5. Exitus trat ein in 6 Fällen: Nr. 1, 3, 6, 9, 50, 74.

Ausgang in den 4 resecirten Fällen:

1. Volle Heilung:
   a) Gute Stellung, Beweglichkeit im Gelenke: kein Fall.
   b) Brauchbarer Fuss, Ankylose in 2 Fällen: Nr. 13, 14.
2. Volle Heilung zweifelhaft in 1 Falle: Nr. 11.
3. Fistel bei brauchbarem Fusse: kein Fall.
4. Ungeheilt, unbrauchbarer Fuss in 1 Falle: Nr. 12.
5. Exitus letalis trat in keinem Falle ein.

Complicationen: Mit Tbc. pulm. in 17 Fällen: Nr. 1, 3, 6, 8, 9, 12, 31, 34, 41, 42, 46, 50, 64 (?), 65 (?), 72, 74, 77.
Mit Tbc. anderer Knochen und Gelenke in 9 Fällen: Nr. 8, 17, 25, 34,[2]) 41, 42, 46, 60, 77.
Mit Tbc. epididym. in 2 Fällen: Nr. 46, 74.
Mit Tbc. lymphadenitis in 3 Fällen: Nr. 2, 50, 72.
Mit Tbc. laryngis in 1 Falle: Nr. 50.

Recidive in 8 Fällen: Nr. 11, 12, 17, 19,[3]) 47, 60, 70, 74.

Allgemeine Übersicht über die Behandlungsresultate in den vier Gruppen.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
1. Vollkommen ausgeheilt.	4	5	1	8	18
2. Unvollkommen geheilt .	2	2	—	—	4
3. Ungeheilt	—	—	—	1	1
4. Durch Amputat. geheilt	—	6	10	17	33
5. Todesfälle	—	1	6	15	22
Summe . . .	6	14	17	41	78

[1]) Luës (?).

[2]) 1 Monat später Amputatio femoris.

[3]) Reamputation.

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Gypsverbänden in den vier Gruppen.

	Grupe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt . . .	—	2	—	1	3
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	1	—	1
Summe . .	—	2	1	1	4

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Ignipunctur.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt . . .	3	1	1	1	6
Gebessert . .	1	1	—	—	2
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	1	1	—	2
Summe . .	4	3	2	1	10

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Resection.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt . . .	—	2	—	3	5
Gebessert . .	—	1	—	—	1
Ungeheilt . .	—	—	—	1	1
Gestorben . .	—	—	—	—	—
Summe . .	—	3	—	4	7

Übersicht über die Behandlungsresultate nach primärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt . . .	—	3	7	12	22
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	2	8	10
Summe . .	—	3	9	20	32

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit secundärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt . . .	—	3	3	5	11
Gebessert . .	—	—	—	—	—
Ungeheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben . .	—	—	—	1	1
Summe . .	—	3	3	6	12

Resultate nach primärer Amputation mit Rücksicht auf das Alter der Patienten.

	vom 10.-20. J.	vom 20.-30. J.	vom 30.-40. J.	vom 40.-50 J.	vom 50.-60. J.	vom 60.-70. J.	vom 70.-80. J.	Summe
Geheilt .	3	7	5	2	2	2	1	22
Gestorben	—	2	—	1	4	2	1	10
Summe .	3	9	5	3	6	4	2	32

Resultate nach secundärer Amputation mit Rücksicht auf das Alter der Patienten.

	Alter bis 10 J.	vom 10.-20. J.	vom 20.-30. J.	vom 30.-40. J.	vom 40.-50. J.	Summe
Geheilt .	—	3	3	3	2	11
Gestorben	—	—	—	1	—	1
Summe .	—	3	3	4	2	12

Krankengeschichten des Fussgelenkes.

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
175/1884 1.	Michael H., 43 Jahre	Seit ½ J. Schwell. des Fussrückens	Arthritis fung. pedis d. (Articul. talo-cruralis)	P. verweigerte eine Operat.	Über dem Malleol. int. pastöse Schwell., die sich von einer ähnlichen Schwell. des Fussrückens durch eine Furche, entsprechend der Gelenkslinie des Talo-crur., abgrenzt; in d. inneren Organen keine Veränderung nachweisbar	Unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es kam z. Durchbruche der Haut an mehrer. Stellen, Fieber, Nachtschweisse; P. ist 5 Monate nach seiner Entlassg. gestorben	
438/1887 2.	Josef P., 27 Jahre	Vor 2 J. Lymph. am Halse vereitert; kurz darauf Schwellg. des l. Hand- u. Fussgelenkes	Arthritis fung. manus et pedis sin.	P. verweigerte eine Operat.	Hochgrad. Anämie; Narben am Halse; am l. Handrücken eine an dem Metacarp. IV. fixirte Narbe; hochgrad. fung. Schwell. des r. Fussgelenkes; 10 Perforationen der Haut	Unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: 3 Jahre nach seiner Entlassg. an Lungentuberc. gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
357/1887 3.	Franz M., 47 Jahre	Vor 6 J. Pleurit.; vor 2 J. Distors.; vor 2 J. Hämoptoë; seit 3 Monaten Schwellg. des l. Fussgelenkes; vor 6 Wochen Durchbruch der Haut am Fussrücken	Arthritis fung. pedis sin.	Kein chirurg. Eingriff	Infiltration beider Lungenspitz.; Pleur. obsoleta, Marasmus; ausgedehnte fungöse Schwell. d. l. Sprunggelenksgegd.; Fistel am Fussrücken, die ausgedehnte cariöse Zerstörungen nachweisen lässt	Unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: 4 Monate nach seiner Entlassung gestorben	
75/1887 4.	Johann H., 15 Jahre	Angeblich seit d. Kindheit nach Trauma aufgetretene Schwellg. des Fussrückens; vor $^1/_4$ J. Durchbruch der Haut, Eiterung	Ostitis fung. metacarpi IV.	Ignipunctur	Über dem metacarpophalang. Gelenke fung. Schwellg., Perforation d. Haut an mehreren Stell., durch die sich der periphere Theil des Metatarsus als vom Periost entblösst nachweisen lässt	Nach d. Ignipunctur mässige entzündl. Reaction in d. Umgebg. d. Stichcanäle; nach 14 Tagen in seine Heimat entlassen; Stichcanäle granulirend	Briefl. Mittheilg. 1891: Allg. Befind. gut; P. kann den Fuss ohne Schmerz z. Gehen gebrauchen; es besteht noch eine Fistel	
39/1884 5.	Martin T., 8 Jahre	Beginn vor $1^1/_2$ J.	Arthritis fungos. artic. talocrural. dextri	Ignipunctur	Fistel üb. d. Malleol. extern., durch d. man nicht auf Knochenherd gelangt, sond. nur eine fungöse Schwellg. inn. an d. Knöchel nachweisen kann, die sich auch an die Rück- und Vorderseite des Gelenkes fortsetzt	Am 23. Mai Ignipunctur im Bereiche der Schwellung; 13. Juni mit granul. Stichcanälen, abnehmbarem Organt.-Verband in seine Heimat entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: in 4 Mon. waren d. Stichcanäle verheilt u. sind nicht mehr aufgebrochen; es besteht e. geringe Steifigk. im Fussgelenke, doch ist d. Fuss vollständ. gut zu gebrauch.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
6 1883 6.	Therese P., 67 Jahre	?	Caries pedis dextri, Tuberculosis pulmonum progressa	Incision, Drainage	Hochgradige fung. Schwellung des r. Fussgelenkes; Abscess am Fussrücken	Wegen des elenden Zustandes der P. wurde d. Amputation nicht ausgeführt; kurz nach der Aufnahme an d. Klinik erlag die P. ihrer Lungentuberculose		
186 1887 7.	Robert A., 4 Jahre	Vor ? Incision und Excochleat. eines erweichten Fungus über dem Malleol. intern.; nach 14 Tagen verheilt. Bald darauf Schwellg. am äusseren Knöchel; seit 14 Tagen Recid. an der Operationsstelle	Arthritis fung. articul. talocrur. sin.	Incision, Excochleat.	Über dem Malleol. intern. eine 3 *cm* zum Theil elastische, zum Theil fluctuir. Schwellung, in deren Mitte eine Narbe; Haut verdünnt; über dem Malleol. ext. eine flache, elast., die Contouren des Knöchels verwisch. Schwellung. Kein Knochenherd nach den Incisionen auffindbar, aber Periostverdickung	Mit granulirenden Wunden entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. war 2mal in Hall, erst vor 2 Jahren trat dauernde Heilung ein; P. geht mit dem krank gewesenen Fuss so gut wie mit dem gesunden, doch tritt leicht Ermüdung ein; Allgemeinbefind. gut	
86 1888 9.	Leopold F., 60 Jahre	Langsam zunehmende Schwellung seit 3 Jahren, seit ½ Jahr Fistelbildung	Arthritis fung. articul. talocrural. e cari e ossis calcanci; Bronchitis diffusa	Kein chirurg. Eingriff	Fungöse Schwellung besonders an der hinteren Seite des Gelenkes; Fisteln, die auf Herde im Calcan. führen	Wegen hochgradigem Marasmus keine Operation	Briefl. Mittheilg. 1891: P. gestorb.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
74 / 1888 8.	Josefa J., 42 Jahre	Als Kind Drüsenschwellungen; seit 2 Jahren Schmerzen und Schwellung im Fussgelenke, Husten mit Auswurf; vor 1 Jahr wurde an d. Klinik Billroth die Eröffnung eines Abscesses über d. Malleol. intern. vorgenommen, seitdem besteht daselbst eine Fistel	Caries calc., Abscessus retropharyng. Infiltrat. apic. pulm. bilat.	Evidement	Fungöse Schwellung zu beiden Seiten der Achillessehne und über dem Malleol. int., daselbst eine Fistel, d. auf Knochenherd im Calcan. führt	Mit granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Wunde blieb nach 3 Monaten Heilungsdauer vernarbt; P. konnte mit d. operirten Fusse so gut wie mit dem gesunden gehen. Jetzt liegt P. im Wiedener Krankenhause und hat die Infiltr. der Lungen zugen. u. besteht eine Spondylitis cervicalis	
85 / 1885 10.	Pauline F., 16 Jahre	Beginn vor 4 J.	Caries pedis dextri	Excochleat., Paquelin	Mässige fung. Schwell. des Fussrückens, in deren Mitte ein 3 *cm* grosses typ. Geschwür, von dessen Grund aus man cariöse Herde in d. tarsal. Knochen nachweisen kann	P. wurde mit normal granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Wunde heilte in 4 Woch. vollständig zu, brach nicht mehr auf; P. konnte d. Fuss so wie den gesund. gebrauch. Im Winter 1889/90 trat Tuberculose der Lungen auf, welcher die P. im März 1890 erlag	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
122/1885 11.	Anna K., 31 Jahre	Vor 1. J. nach Trauma Schwell. d. r. Fussrückens an der medialen Seite	Caries metatarsi I. d.	Resection d. Metatarsus u. Exstirpation d. fungösen Massen	Diffuse Schwellung entsprechend dem Metatarsus, in deren Bereich Fistel, die auf rauhen Knochen führt	Mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Narbe brach noch einmal auf u. blieb erst nach 1 J. dauernd geheilt; Allgemeinbefind. gut; der r. Fuss ist angeblich so schwach, dass P. mit Krücken gehen muss	
386/1887 12.	Gabriel H., 49 Jahre	Vor 1 J. Exstirp. einiger Tarsalknochen und Resection des Metatars. I. s.	Arthritis fung. articul. talocrural. sin. Phthisis pulm. progressa	Kein chirurg. Eingriff	Hochgradige fung. Schwellung d. l. Sprunggelenkes; keine Fistel	Wegen beiderseitig. Lungeninfiltration mit Cavernenbildg., hohem Fieber keine Operation		
16/1885 13.	Franz J., 60 Jahre	Schwellg. nach Trauma vor 1 J.; Fistelbildung vor $^1/_2$ J.	Caries metatars. I. dextri	Resectio capitul. metatarsi, Exstirp. fungi	Pastöse Schwellung entsprechend dem Metatars. Fistel an d. medialen Seite d. Metatars.-Phalang.-Gelenkes, durch die Sonde cariöse Oberfläche des Capitul. nachweist	28. Mai Resection d. Capit. Exstirp. d. fung. Massen, Wundheilg. per granulat.; am 6. Juli mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Narbe nicht wied. aufgebroch. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Namen, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80 1882 14.	Anton R., 41 Jahre	Keine brauchbaren Angaben	Arthritis fung. articul. talo crural. dextri	Resection, kreuzförmig. Hautschnitt üb. d. Malleol. extern. Drain., Naht (Resection d. unt. Tibia- u. Fibulaendes; Exstirp. d. Kapsel)	Fuss in Supinationsstellung; bei d. Resection zeigte sich d. unt. Ende d. Tibia stark aufgetrieben; die Spongiosa von fung. Massen durchsetzt; ausgedehnter Kapselfungus	31. März Resection; am 5. April mit granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Wunde heilte in 3 Woch. zu; P. kann den Fuss ganz gut z. Gehen gebrauch.	
1891 15.	Albine F.	1889 Resection des l. Sprunggelenkes mit Arthrothese zwischen dem resecirten Unterschenkelknochen und dem partiell resec. Talus. Resection des Malleolus int. Querschnitt an der Vorderseite des Gelenkes, Längsschnitt über dem Mall. int. Im Feber 1893 zeigte sie folgenden Status: Allgemeinbefinden sehr gut. Der l. Unterschenkel um 5 *cm* kürzer, der Fuss um 3 *cm* kürzer, mässige Hackenstellung, leicht pronirt, leicht vermehrte Fusshöhlung, leichte passive Beweglichkeit im Sinne der Flexion und Extension. Narbe. Motilität im Fussbereiche beschränkt auf geringe Plantarflexion der Zehe. Kranke kann mit einem Schuhe mit erhöhter Sohle ohne Ermüdung gehen.						
1882 16.	Karoline G., 52 Jahre	Beginn vor 15 M. nach Distorsion	Caries pedis s.	Amput. cruris	Hochgradige fungöse Schwellung des Fussgelenkes; abnorme Verschieblichkeit der Fusswurzelknochen; Varusstellung; zahlreiche Fisteln, Marasmus	Amput. 15. Mai: Eiterung; partielle Nekrose d. Lappens; am 25. Juli an Pneumonie und zunehmendem Marasmus gestorben		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
1882 17.	Elisabeth H., 31 Jahre	Seit 3 Monaten Schwellung des Fussrückens	Caries ossis navic. et Athrit. fungosa tarsi s.	21. Nov. Exstirpation d. Naviculare u. Evidement, 8. Jänner Amput. cruris	Pastöse Schwellung über dem Chopart'schen Gelenke; Os naviculare fungös erweicht; ausged. Weichtheil fungös; Recidive während d. Wundverlaufes, dann Amput.	8. Jänner Amput. cruris; reactionslos. Wundverlauf; mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Amputationsstumpf dauernd verheilt geblieben; seit 1 J. Schwellung am r. Ellbogengelenke, die unter Gypsverbänden sich gebessert hat	
166 1883 18.	Sigmund B., 25 Jahre	?	Caries metat. I. dextr.	31. März Enucleatio metatarsi; 14. Juni Amput. nach Pirogoff	Fungöse Schwellg. am Fussrücken entsprechend dem Metatars. I. u. II.; abnorme Bewegl. im Metatarso-Phalang.-Gelenke	Nach der Enucleat. und dem Evidement trat bald fungöser Zerfall der Wunde ein, daher am 14. Juni Pirogoff; reactionsloser Wundverlauf; am 8. August mit fest consolidirten Sägeflächen d. Stumpfes entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Pat. hat sich seit d. Operation sehr erholt; Stumpf verheilt geblieben, zum Gehen sehr gut brauchbar	
13 1883 19.	Marie K., 33 Jahre	Nach einer vor ½ Jahr ausgeführten Amputatio cruris fungöser Zerfall der Narbe; am Grunde des kreuzergrossen Geschwüres liegt der cariöse Stumpf der Tibia; Reamputation am 15. Jänner, reactionsloser Verlauf; am 25. Februar mit verheiltem Stumpfe entlassen					Briefl. Mittheilg. 1891: P. leidet an Ekzem des Stumpf., ist sonst gesund und geht ihrer Arbeit nach	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
114/1882 20.	Pauline F., 33 Jahre	Beginn v. 9 Mon.; seit 4 Monaten bettlägerig	Arthritis fung. pedis d.	Amput. supramall.	Hochgradige fung. Schwellung des Sprunggelenkes und des Dors. pedis; zahlreiche Fisteln, d. auf rauhen Knoch. führen	28. Jänner Amput., Wundheilung per primam	Briefl. Mittheilg. 1891: P. kann mit dem Stumpfe ohne Schmerz gehen; Allgemeinbefinden gut	
144/1885 21.	Heinrich G., 29 Jahre	?	Fungus artic. ped. sin.	Amput. crur.	?	26. Februar Amputation, Wundheilg. per secund.; 24. Apr. mit z. Theile noch granul. Wunde nach Görz geschickt	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Wunde war nach 5 Woch. verheilt; 1 Jahr später quetschte sich P. d. Stumpf, es kam zu einem partiellen Zerfall der Narbe, der erst nach mehrer. Monaten dauernd verheilt blieb; Allgemeinbefind. gut; P. nahm bald an Körpergewicht zu und blieb dasselbe seit 3 Jahren unverändert	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
86/1887 22.	David H., 27 Jahre	Vor 1 Jahre osteoplastische Amputation nach Tauber-Bischofsheim; Stumpf verheilt; wegen mittlerweiler Gonitis fungosa an dem Knie derselben Seite totale Resection; reactionsloser Verlauf; Resection am 20. Jänner; am 3. März mit Stützapparat, Knie fest und consolidirt, entlassen						
79/1882 23.	Elisabeth H., 31 Jahre	Seit 1 Jahre langsam zunehmende Schwellung in der linken Fussgelenksgegend	Caries fung. pedis sin.	21. December Evidement, Enucleatio ossis navic.; 8. Februar Amput. supramall.	Nicht deutlich begrenzte Schwellg. am Fussrücken unterhalb des Sprunggelenkes; 9 *cm* Umfangsdiffer.; leichte Spitzfussstellung; Os navicul. fungös erweicht; ausgedehnter Weichtheilfungus	Während des Wundverlaufes nach dem Evidement kam es zu Abscessbildung unter dem Malleol. extern. und zu fungöser Schwellg. am Malleol. intern.; daher am 8. Febr. Amput.; reactionsloser Verlauf; am 10. April mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Stumpf ist dauernd verheilt geblieben, zum Gehen gut zu gebrauchen; P. ist nie krank gewesen, geht ihrer Arbeit nach	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80 1887 24.	Daniel M., 23 Jahre	Vor 1 Jahre an der Klinik nach Resection des Chopart'schen Gelenkes des r. Fusses, bald Recidive und Amput. supramalleol. cruris dextri; seit $^3/_4$ J. Schwellung des l. Fussgelenkes; seit 3 Monaten Fistelbildung	Arthritis fung. pedis s.	Amput. crur. d. propter caricem ped. ante mens. XII. facta; Kalkgazebehandlung, Jodbäder	Der Amputationsstumpf des r. Fusses vernarbt; über dem Malleol. intern. des l. Fusses fungöse Schwellg., in deren Mitte Erweichung und Fistelbildung	Es wurde vorläufig von einem chirurg. Eingriffe abgesehen und P. aufs Land geschickt	Briefliche Mittheilung 1891: Ausheilung nach Abstossung einiger cariöser Knochenstückch. nach 1 Jahr unter dem Gebrauch von Jodbädern, Landaufenthalt; P. kann den l. Fuss wieder zum Gehen gebrauchen; seit 2 Jahren entwickelte sich Lungentuberculose; P. lebt am Lande, suchte mehrmals Höhencurorte auf und haben in der letzten Zeit Fieber, Nachtschweisse, Husten etwas abgenommen	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80 1884 25.	Franz S., 32 Jahre	Beginn vor 6 Monaten, bald darauf Fistelbildung	Arthritis fung. ped. s; Synovitis fungosa cubiti d.	Amput. crur. d., Organtinverbände	Fungöse Schwellg. im l. Fussgelenk, Fussrücken; 8 *cm* Umfangsdifferenz; mehrere Fisteln; elast. Schwellg. zu beiden Seiten der Tricepssehne am r. Ellbogen	5. Juni Amput., reactionsloser Verlauf; 23. Juni mit verheiltem Stumpfe entlassen; die Schwellung am Ellbogengelenke hat unter Organtinverband etwas abgenommen	Briefl. Mittheilg. 1891: Trug noch 3 Wochen einen Organtinverband am Ellbogen, der wieder vollständ. gut functionirt; Amputationsstumpf verheilt geblieben; Allgemeinbefinden gut	Auch Ellbogen erkrankt
15 1884 26.	Julie S., 30 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 3 J.; heftige Schmerzen, Fistelbildung	Arthritis fung. pedis sin.	Amput. crur. s.	Fung. Schwellg. am Fussrücken, an der Innenseite u. an d. Vorder- u. Rückseite d. talo-crur. Gelenk.; zahlreiche Fisteln, d. ausgedehnte cariöse Zerstörungen des Fussskelettes nachweisen lassen	Am 9. Juni Amput., reactionslos. Verlauf; am 16. Juli mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Pat. ist dauernd geheilt geblieben und vollst. gesund	
32 1885 27.	Barbara H., 32 Jahre	Zunehmende Schwellg. seit 4 J., seit 1 J. bettlägerig, seit 3 Monat. Fistelbildung	Arthritis fung. pedis sin.	Amput. crur. s.	Hochgradige fungöse Schwellung, ober d. Knöchel beginnend, über die Mitte des Fussrückens herabreichend; zahlreiche Fisteln; l. Lungenspitze suspect	3. Mai Amput., reactionsloser Verlauf; Decubitusgeschwür der Manchette über dem Fibulastumpfe; am 5. Juli mit noch nicht verheiltem Geschwür entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Stumpf heilte erst dauernd nach 2 J. zu; P. leidet an Stumpfneuralgie, die sie schildert, „als ob Hunde an dem Stumpfe fressen würden“	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
4533/1884 28.	Marianne E., 14 Jahre	Seit 3 J. conserv. Behandlung, da P. jede Operation verweigerte	Arthritis fung. ped. d.	Amput. crur. d.	Fungöse Schwellung, die oberhalb des Talo-Crural-Gelenkes beginnt und bis zu den Metatars.-Phal.-Gelenken reicht; zahlreiche Fisteln	17. März Versuch der osteoplast. Operation nach Pirogoff; wegen ausgedehnter Mitbetheiligung des Calcan. sofort. Amput. cruris supram., reactionsl. Verlauf; am 12. Mai mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist dauernd geheilt geblieben und gesund	
38/1883 29.	Margarethe B., 38 Jahre	Seit 2 Jahren nach Distorsion zunehmende Schwellg.; seit 6 Wochen bettlägerig	Arthritis fung. ped. sin.	Amput. cruris s.	Befund wie Nr. 28; ausged. abnorme Beweglichkeit im Bereiche des Tarsalknochens	17. Februar Amput.; Heilung per secund.; Intens. wegen leichter Nachblutg.; 28. Apr. mit verheilter Wunde entlassen	Mittheilg. d. Postamtes: Gestorb.; Datum unbekannt	
79/1885 30.	Johann J., 27 Jahre	Beginn vor 12 J.; fast ebenso lange Fistelbildung u. Unterstützung mit Krücken beim Gehen nöthig	Arthritis fung. pedis d.	Amput. cruris d.	Zahlreiche Fisteln an der Vorder- und Rückseite des Fussgelenkes, die alle auf rauhen Knochen führen; ausgedehnt. Weichtheilfungus	28. Jänner supramalleol. Amput.; Wundeiterg; Pyämie; metastat. Abscesse im Ellbogen- und Schultergelenke; 17. Juni mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist dauernd geheilt geblieben, geht seiner Arbeit nach und war nie kränklich	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78 1885 31.	Marie P., 33 Jahre	Hered. belastet; vor 2 J. Schwellg., Schmerzen, Abscess am Fussrücken; Durchbruch der Haut; seitdem Fisteln; Nachtschweisse, Fieber	Arthritis fung. pedis s.	Amput. cruris sin.	Diffuse teigige, von zahlreichen Fisteln durchbrochene Schwellung des linken Fusses	26. Jänner Amput., Wundeiterg., Fieber; 4. April mit verheilt. Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf verheilt geblieb.; in der letzten Zeit mehreremale Hämoptoë	
54 1884 32.	Barbara A., 30 Jahre	Beginn vor 2 J.; fast ebenso lange Fistelbildung	Arthritis fung. pedis s.	Amput. nach Pirogoff	Fungöse Schwellung des Fussrückens, von 11 Fisteln durchbohrt	10. Dec. osteoplast. Amput. n. Pirogoff; Wundeiterung, einige Tage Fieber; am 11. Februar 1885 mit verheiltem Stumpfe entlassen	Am 8. Oct. 1886 laut Mittheilung des Hausarztes an Lungentuberculose gestorben	
38 1886 33.	Johann M., 25 Jahre	Vor 1 J. nach Trauma Schwell., die seitdem nicht mehr zurückgieng und seit 3 Mon. unter heftigen Schmerz. zunahm	Arthritis fung. pedis dextri; Ulcera tbc. cutis multipl.; Tendovaginit. antibractii d.	Amput. cruris d.		1. Juni Amputation, reactionsl. Verlauf; am 11. Juli mit verheiltem Stumpfe entlassen	Am 23. Oct. 1890 laut Mittheilung des Hausarztes unter den Erscheinungen fortschreitender Lungentubercul. und Spondylitis gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
78/1886 34.	Eva M., 61 Jahre	Seit 1 J. Schwell.; seit 9 Monaten Fistelbildung an der l. Knöchelgegend; seit 3 Mon. bettlägerig	Arthritis fung. ped. sin.	Amput. crur. et Amput. femoris	Spindelförmige fung. Schwellung des l. Fussgelenkes von der Mitte des Fussrückens bis ober die Malleolen; an 6 Stellen Geschwürsbildung; von deren Grund aus ausgedehnte cariöse Zerstörungen des Tarsus nachweisbar	Am 12. Februar Amputatio cruris supramalleol.; Tibianekrose, Eiterung, Lappengangrän; 9. März Amput. fem., Eiterung, Lappengangrän; 1 Decubit. am Kreuzbein; Pneumon., Marasm.; 25. Mai Exitus letal.		
68/1886 35.	Wilhelm. S., 16 Jahre	Heredität angegeben; seit 4 J. Lymphome; seit 2 J. Schwellung, bald Fistelbildg.; seit 6 Monaten bettlägerig	Arthritis fung. pedis s.	Amput. crur.	Fungöse Schwellung, den Fussrücken u. die Malleol. einnehmend; Fisteln, die erweichte Knoch. im Talus u. Calcan. nachweisen lassen; lymphomat. colli, hochgradige Anämie; keine Albuminurie, im Kniegelk. mässige Inactivitätscontract.	10. Februar Amput. crur., Nahteiterung eines Stichcanals u. nussgrosse Abscessbildung; am 8. März vollständig verheilt; 1. Apr. Redressem. d. Kniegel., Organtinverband, Massage; am 7. April mit frei beweglichem Kniegelenk entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf dauernd verheilt geblieben; Knie frei beweglich	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
474/1887 36.	Johann W., 30 Jahre	Vor 5 Monaten Trauma am äusseren Knöchel, zunehmende Schwellung, Fistelbildung, Nachtschweisse, Fieber	Arthritis fungosa pedis s.; Anæmia Infiltrat. apic. pulm. bilat.	Amput. cruris	Fungöse Schwellung der Kapsel des Sprunggelenkes entsprechend; abnorme Beweglichkeit im Sprunggelenke	11. Juli Amput. supramalleol. Am 24. Juli bis auf die Drainagestelle verheilte Operationswunde. Erster Verbandwechsel am 9. Tage; in ambulat. Behandlung getreten	Briefl. Mittheilung 1891: Stumpf dauernd verheilt geblieben; allg. Befinden gebessert. kein Fieber, keine Nachtschweisse, sehr mässiger Auswurf	
318/1887 37.	Karl S., 43 Jahre	Schwellung nach Trauma vor 1 J.; vor ½ Jahr nach abermaligem Trauma Zunahme der Schwellg. u. Fistelbild.; seit 10 Mon. kann d. Fuss nicht mehr gebraucht werden	Arthritis fungosa pedis dextri	Amput. cruris	Der Fuss von den Malleolen an klumpig geschwellt; Fisteln am Dorsum, der Planta u. neben der Achillessehne; ausgedehnte Lockerung der Gelenksverbindungen	31. Jänn. Amputatio supramalleol. prima intentio, am 24. Feb. mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilung 1891: Stumpf dauernd verheilt geblieben; allg. Befinden gut	
101/1887 38.	Simon A., 18 Jahre	Vor 1 Jahre Schwellung des Fussgelenkes; nach mehrmonatlicher Behandlung mit Gypsverbänd. wurde in Tarnopol partielle Fussgelenksresection ausgeführt	Arthritis fungosa pedis s.	Amput. cruris	Der Fuss von den Knöcheln bis zu den Zehen geschwellt; unter dem Malleol. int. 2 Fisteln, die auf rauhen Knochen führen; an der Aussenseite lineare Narbe	Amput. supramalleol. am 17. Jänner; am 15. Februar mit per primam verheiltem Stumpfe entlassen; während des Aufenthaltes an d. Klinik einmal Hämoptoë	Briefl. Mittheilung 1891: Stumpf dauernd verheilt Hämoptoë hat sich nicht wiederholt; allgem. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
102 1887 39.	Johann P., 44 Jahre	Vor ½ J. nach Distorsion zunehmende Schwellung; seit 4 Monat. Fistelbildg.; Abstossg. einiger Knochenstückchen	Arthritis fung. pedis dextri	Amput. nach Pirogoff	Fungöse Schwellg. des Fussrückens; Fisteln am Fussrücken, an d. Innen- und Aussenseite d. Fusses; keine Schwellung neben d. Achillessehne	14. Jänner Pirogoff reactionsloser Wundverlauf; am 20. Febr. mit consolidirter Resectionsfläche u. vollständig verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf gut brauchbar. Allgemeinbefind. gut	
87 1887 40.	Elisabeth A., 75 Jahre	Seit 1 J. Schwellg. d. l. Fussgelenk.; seit ½ J. Fistelbildung	Arthritis fung. pedis s.	Amput. cruris s.	Käsige Ostitis in d. unteren Epiphyse d. Tibia und im Talus mit fung. Gelenksentzündg. u. Caries d. Gelenksenden von Tibia und Fibula	11. Mai Amput. cruris; reactionsloser Wundverlauf; am 9. Juni mit vollständ. verheilter Wunde entlassen	P. ist gest., wann, konnte nicht eruirt werden	
187 1888 41.	Brigitte W., 37 Jahre	Heredität nachweisbar; vor 2 J. Distorsion, seitdem Schmerzen, seit 1 J. Schwellg., seit ½ J. Fistelbildung	Arthritis fung. articulat. talo-crural.	Amput. cruris sin.	Spindelförmige Schwellung des l. Sprunggelenkes üb. beiden Malleolen, Ulceration mit weithin unterminirtenRänd.; seitl. Beweglichkeit im Gelenke	25. April Amput. crur.; reactionsloser Verlauf; am 27. Mai Stumpf vollständig verheilt	P. befindet sich 1891 im Versorgungshause. Laut Mittheilg. d. Leiters d. Anstalt besteht jetzt üb. beiden Lungenspitzen Dämpfg. und crepitirende Rasselgeräusche; kein Husten, kein Fieber; Caries vertebral. u. kalte Abscesse am Rücken	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
122 1888 42.	Rosalia G., 35 Jahre	Heredität nachgewiesen. Seit ½ Jahr Husten, Nachtschweisse. Vor 3 Jahren nach Trauma Anschwellung des linken Kniegelenkes, Fistelbildung; seit ½ Jahr nach Trauma Anschwellung, Fistelbildung am linken Fussgelenke	Arthritis fung. articul. talocrural. et Incipiens genus s. Infiltrat. apic. pulm. sin.	Amput. femoris s.	Ausgedehnte fungöse Wucherungen mit Erweichung und Bildung v. Abscessen um das Sprunggelenk, besonders über und oberhalb des Malleol. extern. Eingezogene Narbe über der Protuberant. tibiæ an der Innenseite; fungöse Arthritis im Sprunggelenk; käsige Ostitis der unteren Epiphyse der Tibia bis in den Übergang in den Schaft. Fibula frei. Centrale, durch Granulationen demarkirte Nekrose in der oberen Epiphyse der Tibia von etwas über Taubeneigrösse. Beginnende fungöse Arthritis im Kniegelenk	6. April Amput. femoris. Wundheilg. per primam, bis auf die Drainagestellen; am 16. Mai mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf verheilt geblieb., keine Schmerzen; Allgemeinbefind. seit der Operat. gebessert; kein Fieber, keine Nachtschweisse, kein Auswurf	2 Gelenke erkrankt

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
118/1888 43.	Marie L., 17 Jahre	Vor $2^1/_2$ Jahren wegen Arthrit. fung. ped. d. mit Gypsverbänden, später Evidement; Heilung, vor 1 J. Evidement am Ellbogengelenk; seit 6 Wochen nach Trauma Wiederanschwell. und Schmerzen des rechten Fussgelenkes	Arthritis fung. pedis d. recidiv. et cubiti d. Infiltr. apic. pulm. s.	Amput. crur.	Schwellung des rechten Fusses, oberhalb der Malleolen beginnend bis zu den Zehen; Abscessbildg. an den Knochen, fixirte Narben am rechten Zeigefinger und Daumen, eingezogene Narbe an der Innenseite des rechten Ellbogens	24. März Amput. cruris, reactionsloser Verlauf. Stumpf am 30. April bis auf die granulirende Drainagestelle verheilt	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Amput.-Stumpf blieb verheilt; Recidive am Ellbogengel.; Nachtschweisse, Fieber	
91/1888 44.	Barbara W., 20 Jahre	P. war vor 1 J. an der Klinik, verweigerte damals jede Operation	Arthritis fung. pedis d.	Amput. nach Syme	Fungöse Schwellg. u. Abscessbildg am Fussrücken; seitl. Beweglichkeit im Chopart'schen Gelenke; Fuss in Inflexionsstellung	4. Jänner bei dem Versuche der Amput. nach Pirogoff zeigte sich der Calcaneus auch erweicht, er wurde daher ausgeschält, die Malleol. abgesägt und die Operat. nach Syme vollendet; partielle Lappennekrose, sonst reactionslos. Verlauf; mit kleiner granul. Wunde entlassen am 30. April	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Stumpf blieb nach 3 W. dauernd verheilt, ist zum Gehen gut zu verwenden; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
154 1888 45.	Adolf W., 69 Jahre	Vor 1 J. Trauma, bald darauf Schwellung und Fistelbildung	Arthritis fung. ped. d.	Amput. crur.	Fungus der Weichtheile am Fussrück. und dem inneren Fussrande; Röthung der Scheide des Muscul. tensor. commun., d. Synovial. des Sprunggelenkes mit beginnender Granulationsgewebeentwicklg.; multiple käsige Ostitis im Calcaneus, Talus, cuboid.; Usur der Knorpel und Erweichung der Keilbeine		Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist dauernd geheilt geblieben; ist nie erkrankt u. noch ganz rüstig jetzt im 74. Lebensj.	
65 1888 46.	Franz H., 59 Jahre	Seit 1 Jahr allmählich zunehmende Anschwellung, Schmerzen des r. Fussgelenkes, Heredität nachweisbar	Arthritis fung. artic. talocrur. s.; Caries sterni; Infiltr. apic. pulm. Tuberculosis epididym. s.	Amput. cruris s.	Spindelförmige Schwellung des l. Talo-Cruralgelenk. mit Abscessbildung	16. Jänner Amput. crur., reactionsloser Verlauf; am 4. Febr. mit verheiltem Stumpfe entlassen	P. ist gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
114 1888 47.	Johann H., 38 Jahre	Seit 13 Monaten Schmerzen, bald darauf zunehmende Schwellg.	Arthritis fung. pedis s.	13. Jänner Evidement; Exstirp. d. Os navicul. weg. Recidive; am 8. März Amput. nach Pirogoff	Pastöse Schwellung am Innenrande des Fussrückens in der Mitte Erweichung; beim Evidement wurde das fungös erweichte Os navic. exstirpirt	Evidement am 13. Jänner; d. Wundhöhle schloss durch Granulationsbildg.; nach 6 Wochen trat eine teigige Schwellg. entsprechend dem Chopart'schen und Lisfranc'schen Gelenke auf; am 8. März Pirogoff, reactionsl. Wundverlauf; prima intent. bis auf die Drainagestellen; am 17. April mit verheiltem Stumpfe entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es trat bald wied. Recidive auf u. ist P. im August 1888 gestorben	
78 1886 48.	Marie F., 63 Jahre	Seit 20 J. Husten mit Auswurf; seit 2 J. Schwellung u. Fistelbildung am r. Fussrücken	Ostitis fung. metatarsi I., IV. et phalang. hallucis pedis dextri; Tuberc. pulm. obsolet?	Amputation nach Pirogoff	Marasmus entsprechend dem metatars. I. u. IV.; am Fussrücken elastische Schwellg. mit Fistelbildung u. Ulceration d. Haut; Fistel üb. dem Metacarp. II. manus d.; leicht gedämpfter Percuss.-Schall über beiden Lungenspitzen, keine Rasselgeräusche	Am 17. März Amput. nach Pirogoff, reactionsl. Wundverlauf; am 31. März Stumpf vollständig per primam verheilt	Laut Mittheilg. d. Hausarztes ist P. am 6. Februar 1889 an Lungentuberc. gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
49.	Josefa H., 7 Jahre alt. Im September 1890 wegen periarticulären Fungus des linken Sprunggelenkes an der Aussenseite über dem Malleolus externus mit Fistelbildung ignipunctirt. (Paquelin.) Nach einigen Monaten bei Gebrauch von Jodsalzbädern und Landaufenthalt geheilt. Jetzt besteht keine Schwellung, freie Beweglichkeit des Gelenkes. Die Ignipuncturnarben theilweise am Knochen fixirt, theilweise mit der Haut verschieblich. (In der Ambulanz gesehen im April 1893.)							
603/1890 50.	Marie A., 39 Jahre, Cassierin	Heredit. belastet. Beginn d. Leidens vor 6 Monat. Seit 4 W. Gypsverband	Arthritis fung. artic. talo-cruralis d.	Kein operat. Eingriff weg. der vorgeschrittenen Lungenerkrankung	Vorgeschrittene Tbc. d. Lunge mit Höhlensymptomen. Zahlr. Drüsenschwellungen; Tuberc. laryngis. Ausgebreitete pastöse Schwellung der Sprunggelenksgegend u. d. Fussrückens. Mehrere erweichte Stellen	Auf eine interne Abtheilung transferirt	1892 gestorben	
582/1890 51.	Johanna C., 60 Jahre	Hereditär unbelastet. Beginn d. Leidens vor 1 J. Seit 2 Monaten Abscessbildung	Arthritis fung. artic. talo-cruralis d.	4. December Incision über d. Mall. int. Evidement und Paquelin	Schwellung üb. dem r. Talo-Cruralgelenk, Fossa retromall. durch dieselbe ausgefüllt u. besonders am Malleolus int. ausgebildet, daselbst Fluctuation. Keine Knochenerkrankung nachweisbar	23. Dec. mit gran. Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. (Novemb. 1892): Wunde 3 M. nach Entlassung verheilt u. dauernd verheilt geblieb.; keine Bewegungsbeschränkung im Gelenke. Allg. Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
552/1890 52.	Josefine H., 4½ Jahre	Hered. belastet; seit 8 Wochen Hinken, allmähl. zunehm. Schwell.	Inf. tub. ped. sin. in reg. Mall. ext.	13. Nov. Incis., Evidement, Jodoformverband	Nach hinten und abwärts vom Mall. ext. eine diffuse Schwellung, deren Kuppe fluctuirt	19. Nov. entlassen	Recidive; am 30. April 1892 ignipunctirt; war dann ½ Jahr im Hospiz zu Triest; am 9. Novemb. 1892 stellt sich das Kind vor: An d. Aussenseite des Mall. mehrere a. Knoch. nicht fixirte Ignipuncturnarben; Bewegung im Gelenke u. Allgemeinbefinden gut	
400/1890 53.	Josefa S., 48 Jahre, Magd, Kremsier	Hered. belastet; Beg. d. Leidens v. ½ J.; im Juli 1890 Evidem. weg. syn. Fung. über d. r. Malleol. ohne Betheilig. d. Knoch.; d. Wunde heilte nicht trotz Gebrauch von Jodsalzbädern und Landaufenthalt., und wurde Pat. im October 1890 wieder aufgen.	Arthritis fung. (primär. syn.) pedis dextri	28. Oct. Versuch der Resection d. Mall. ext.; es zeigte sich aber, dass wegen d. ausgedehnten Weichtheilerkrankg. die sich längs der Sehnenscheid. ausbreitete, d. Amputat. nothwend. war	Ausgedehnte pastöse Schwellung, über d. Mall. ext. d. ein vierkreuzerstückgrosser Substanzverlust der Haut, dessen Grund von üppigen fungösen Granul. gebildet wird, durch die man auf den erweichten Mall. ext. gelangt	17. Nov. entlassen		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
1891 54.	Rudolf M., 25 Jahre, Weber aus Wien	Hered. unbelast.; Beginn d. Leidens vor 1 Jahre	Arthritis fung. pedis	Typ. Schwellg. im Bereiche des Fussgelenkes	Ignipunctur	März 1891 geheilt entlassen	23. Juli 1893 (vorgestellt): Volle Beweglichkeit; keine Schwellg., keine Verkürzg.	
331 1890 55.	Barbara J., 26 Jahre, Tischlersfrau, Wien	Hereditär unbelastet. Vor 2 J. nach Distorsion Beginn der Erkrankung mit Schwellg. u. Abscessbildg. üb. d. Mall. ext. Evidement im Sechshauser Krankenhause. Von dort nach 6 Mon. mit einer klein. Fistel entlassen. Am 6. Juli 1889 wieder Evidement, wobei bereits der erkrankte Calcaneus theilweise entfernt wurde. D. Operationswunde heilte nicht	Caries pedis sin.	6. Juni 1890 Amputatio cruris sin.	Um eine eingezogene Narbe unterhalb des Mall. ext. fungöse Granulationen der Sehnenscheiden, die bis in den Sinus tarsi reichen; oberflächliche Caries mit Nekrose am Calcaneus, daselbst sklerosirende Ostitis; geringe Wucherungen an der Innenseite, einzelne im Sprunggelenk			

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
320/1890 56.	Eleonore J., 57 Jahre, Näherin, Mähren	Hereditär unbelastet. Vor 3 J. Trauma; seit ½ J. Schmerzen, Schwellg., Fistelbildung üb. d. l. Fussrücken; seit 7 W. bettlägerig	Caries pedis sin.	2. Juni Amputatio pedis (Pirogoff)	Weichtheil- und Knochenerkrankg. d. Tarsus u. Metatarsus	Am 1. Juli geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. (21. Oct. 1892): Operationswunde dauernd verheilt, Allgemeinbefind. gut	
264/1890 57.	Rosa K., 14 Jahre, Wien	Hereditär unbelastet. Beginn d. Leidens vor 8 J. Schmerz., fieberl. Schwellung d. r. Sprunggelenkes, Behandlung mit Jodsalzbädern u. Verbänden. Seit 1 J. Schmerzen u. Abmagerg. d. Unterschenkels, seit ½ J. zunehmende Schmerz. Unter leichter Massage auswärts anfangs leichte Besserung (die Schwellg. nahm etwas ab, die Schmerzen zu). Starrer Verband	Synovitis fung. pedis d.	Stützapparat	Rechte untere Extr. stark abgemagert. R. Unterschenkel um 6 *cm* kürzer als l., r. Fuss in Spitzfussstellung. Leichte Schwellung üb. beid. Malleolen, Haut überall normal. Activ keine Bewegung möglich		Briefl. Mittheilg. 1892: Keine Fistelbildung, Schwellung hat nicht zugenomm., P. trägt noch d. Stützapparat weg. d. Schwäche des Beines	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
120 / 1890 / 58.	Elisabeth H., 37 Jahre alt. Im Jahre 1882 wurde wegen Caries pedis die Ablatio cruris vorgenommen. Patientin hat sich seitdem bedeutend erholt, sieht gut aus; keine Lungenaffection. Kranke wurde nur zur Reparatur der Prothese aufgenommen.							
841 / 1891 / 59.	Johann R., 72 Jahre, Commis, St. Pölten	Hered. unbelast.; vor 3 M. Distorsio pedis, seitdem zunehm. Schmerz. u. Schwellung üb. d. Mall. int. u. Abscessbildung, seit 8 Wochen bettlägerig, zunehm. Marasmus	Fungus pedis sin.	Amputatio cruris sin. 20. Decemb.	Linkes Sprunggelenk nahezu auf das Doppelte des Umfanges des rechten geschwellt; Schwellg. setzt sich auf den Fussrücken fort; ausgedehnte Knochenzerstörg.; reichliche Eiterg, Temp. 39·1	29. Jänner 1892 mit geheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 30. Octob. 1892: Wunde dauernd geheilt; Allgemeinbefinden seit d. Operation sehr gebessert	
767 / 1890 / 60.	Wenzel B., 67 Jahre, Förster, Marikowa	Hered. unbelast.; im J. 1873 Amput. der r. gr. Zehe wegen Caries; konnte bis vor 14 Woch. Dienst machen; seitdem Schmerzen und Schwellung, seit 6 Woch. Abscess am Sprunggelenk	Caries pedis d.	Amput. crur. d. 12. November 1890	Rechter Fuss in Spitzfussstellung, ausged. Weichtheil- u. Knochenerkrankg., abnorme Beweglichk.	21. December 1890 mit geheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. v. 21. Oct. 1892: Allgemeinbefind. gut; Operationswunde dauernd geheilt; seit $^1/_2$ J. besteht e. Abscess unter dem Knie d. anderen Fusses	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
662 1891 61.	Rudolf M., 20 Jahre	Hered. unbelast.; seit 6 Monaten Schwellung am l. Sprunggelenk, die allmählich zunahm; seit 4 W. Schmerzen bei Beweg.	Arthritis fung. synov. artic. talo-crur. sin.	16. October Arthrectomia synov. artic. talo-cruralis; Längsschnitt über d. Mall. ext. und int. verbunden durch einen Querschnitt an der Vorderseite des Gelenkes; Art. tib. post. et ant. wird durchtrennt, Schonung der Nerven und Sehnen; Kapselexstirpat.; Wunde theilweise vernäht; Jodoformverband, Drainage; 6. Dec. Ignipunctur einer Recidive üb. d. Mall. int.; in d. Punctursticke Jodof.-Bacill.	Typische, durch die Strecksehnen und Achillessehne in ihrer Form charakt. Schwellung des l. Talo-Cruralgelenkes; keine Knochenerkrankung, rein synovial; Pro- und Supination frei	Am 22. Jänner 1892 mit vollständig vernarbter Wunde, geringer activer Beweglichkeit im Sinne der Beugung und Streckung, Fuss in mässiger Pronationsstellg., mit Stützapparat entlassen	Oct. 1892 stellt sich P. vor; Wunde dauernd verheilt; geringe Steifheit im Sprunggelenk; keine Längendifferenz; Fussgewölbe etwas abgeflacht; Pro- und Supination nur in geringem Grade möglich, plantare und dorsale Flexion zieml. gut; keine Circulationsstörung (die Gefässe war. durchtrennt); Unterschenkelmusc. leicht atrophisch; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
326 / 1890 / 62.	Georg G., 23 Jahre, Schriftsetzer	Hereditär belast.; Hämoptoë; Leiden seit 3 M.	Arthritis fung. pedis sin.	Gypsverband	Inf. apic. pulm. bil.; Schwellg. über dem l. Fussrücken, die sich in die Malleolargegend fortsetzt	1. April 1890 mit Gypsverband entlass.	16. Oct. 1891 an Tbc. pulm. gestorben; am Fuss kam es nicht zur Fistelbildung bei fortbestehender Schwellung	Wegen vorgeschritt. Lungenleid. derzeit kein operativer Eingriff
166 / 1890 / 63.	Emanuel S., 59 Jahre, Taglöhn., Wien	Hereditär unbelastet; im Jahre 1884 wegen Caries pedis sin. Unterschenkelamputation; 20. Octob. 1892: Leidet an Cat. bronch., sonst Allgemeinbefinden gut; Mal perforant der l. Fusssohle, dessen neuropath. Veranlassung nicht nachweisbar ist.						
328 / 1891 / 64.	Therese K., 56 Jahre, Wien	Hereditär belast.; im Decemb. 1890 Beginn d. Leidens; im April 1891 Fistelbildung; Amput. verweig.	Caries pedis sin.	3. Oct. 1891 Amput. cruris sin.	Ausged. Erkrankung des Sprung- und der Tarsalgelenke	8. Nov. mit verheilt. Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. Novemb. 1892: Angeblich an inn. Incarceration gestorben	
310 / 1891 / 65.	Anna S., 14 Jahre, Ziersdorf	Hered. unbelast.; Beginn d. Leidens vor 4 Mon.; Gypsverb.; Abnahme desselben nach 8 Woch.; Fistelbildg. u. Schwellg. zugenommen	Arthritis fung. artic. talocruralis sin.	12. Septemb. Ignipunctur	Schwellg. über dem l. Sprunggelenke, meist über d. Mall. ext.; Fisteln und Ulcerationen an der Vorder- u. Rückseite des Gelenkes	5. Oct. mit granul. Ignipuncturwunden entlassen	Briefl. Mittheilg. 19. Oct. 1892: Wunden nach 2 Mon. dauernd verh., Fuss nicht steif, zum Gehen ohne Unterstützg. brauchb.; Nachtschweisse und Fieber	

P.-Nr.. Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
266/1890 66.	Elisabeth N., 20 Jahre, Bauerstochter, Ungarn	Hered. unbelast.; Beginn d. Leidens vor 2 Jahren; seit ½ J. Abscess- u. Fistelbildung	Caries pedis sin.	Versuchsweise Ignipunctur	Ausged. Weichtheil- u. Knochenerkrankg. des l. Fuss- und Tarsalgelenkes	22. August 1890 mit Gypsverband entlassen	Briefl. Mittheilg. 23. Oct. 1892: Die Eiterung am Fusse geringer, es besteht nur mehr eine Fistel; Symptome von Tbc. pulm.	
151/1891 67.	Katharina M., 59 Jahre, Wien	Heredit. belastet. Beginn d. Leidens vor ½ J.	Caries necrot. calcanei d. (Luës?)	Bäder, Ungu cinercum	Fung. Schwellg. u. Ulcera üb. d. Aussenseite d. Ferse, v. der. Grund man auf rauh. unbewegl. Knochen kommt. Ulcera in d. Achselhöhle	13. Juni mit gran. Wunden entlassen	Briefl. Mittheilg. Oct. 1892: 4 M. nach Entlassg. d. Wunden verheilt. Steifigkeit im Sprunggelenk. Allgemeinbef. gut	D. Fall ist wahrsch. als Luës aufzufass., obwohl an d. Befde. und der Anamnese keine sich. Momente dafür sich ergeben
149/1891 68.	Marie K., 24 Jahre, Taglöhn., Bruck a/L.	Hereditär unbelastet. Beginn vor 2 J. Vor einigen Mon. Abscess- u. Fistelbildg. Verschlimmerg. in d. letzten Wochen	Caries pedis d.	23. Mai Amput. cruris	Ausgedehnte Weichtheil- u. Knochenerkrankung d. r. Talo-Cruralgelenkes. Ulcerationen u. Fisteln	6. Juli mit verheilter Wunde entlassen	27. Oct. 1892. Mündl. Mittheilg. d. Mannes: Leidet an vorgeschritt. Lungentubercul.	
97/1891 69.	ThereseN., 27 Jahre, Taglöhn., Nieder-Österreich	Hereditär unbelastet. Seit 7 J. mitunt. Hämoptoë. Beginn des Fussleidens vor 3 J. Seit 1½ J. geht P. mit Krücken	Caries pedis sin.	Operat. verweigert. Fall wäre z. osteoplast. Operat. nach Miculicz geeignet gewesen	Hochgradige Spitzfussstellung., Schwellg. d. Fersen- und Malleolargeg. mit vielen Fisteln, Haut d. Fussrückens wenig verändert	8. Juni 1891 ungeheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1892: Im Sept. 1891 gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
222 1891 70.	Margarethe S., 21 Jahre, Wien	Heredit. belastet. Beg. d. Leid. vor 9 J. 21. April 1890 wegen Arthritis talo-cruralis tbc. dex. Resection d. Talus. Exstirpat. d. Kapsel. Nach unt. conv. Schnitt an d. Vorderseite d. Gelenkes. Schonung d. Sehnen u. Gefässe. Ausgedehnte Operation. 13. Juni 1891 weg. Recidive in der Wunde Ignipunct. an 20 Stellen in d. Gelenk u. in den Sehnenscheidenfung. d. Strecks. 15. Sept. 1890 Verdacht d. Recidive bei verheilten Paquelinwunden. Ignipunct. P. verlangt d. Ablatio. Entl. mit heilend. Wund., wenig behind. Bewegung. Stützapparat	Arthritis tbc. artic. talo-crur. et recidiva	26. Juni 1891 Ignipunctur		11. Juli mit heilend. Ignipuncturwunden entlassen		

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
22 / 1891 / 71.	Magdalen. P., 10 Jahre, N.-Österr.	Hereditär unbelastet. Vor 3 M. Distorsion	Caries calc. sin.	3. Februar Evidement	Caverne im Calcaneus	23. Februar mit bedeutend verklein. Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. Oct. 1892: Allgemeinbef. besser. Wunde noch nicht verh.; es besteht noch eine kleine Fistel. Fuss ohne Ermüdung zum Gehen brauchbar	
301 / 1891 / 72.	Rudolf H., 45 Jahre, Prossnitz	Hereditär unbelastet. Hämoptoë. Beginn vor 1 J. Jodsalzbäder	Arthritis fung. artic. talocruralis et tarsi pedis s.	9. Juni Amput. cruris	Tbc. apic. pulm. d. Ausgedehnte Weichtheil- und Knochenerkrankung. Hautulcerat. an d. Streckseite d. Hand u. d. Unterarmes	13. Juli Wunde bis auf eine kreuzergr. Stelle verheilt, P. entlassen	Briefl. Mittheilg. 26. Oct. 1892: Allgemeinbefind. gut. Lymphdrüsenvereiterg. in inguine, neue Hautulcerat. am Arm	
278 / 1891 / 73.	Josef C., 20 Jahre	Hereditär unbelastet. Vor 2 M. Schwellung und Schmerzen der Rückseite des r. Fussgelenkes, Fistelbildung		7. Juni Ignipunctur. Fussbäd. mit Darkauer Jodsalz	An d. Rückseite d. Fussgelenk. pastöse, die Contouren der Achillessehne verdeckende, auf d. Mall. übergreif. Schwellg. mit 6 Fistelöffnungen	16. Juli: Auf eigenes Verlangen entlassen. (Process war vorgeschritten)	21. Aug. 1891 gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
243 1891 74.	Heinrich G., 40 Jahre, Wagenwascher, Wien	Nov. 1890 erste Aufnahme. 1888 Distorsio ped. s. Seit 5 M. Schmerz. u. Ermüdg. nach Anstrengung. Damal. Diagnose: Arthr. deformans. Besserg. nach Umschläg. u. Bindeneinwicklungen. 23. Dec. 1890 entlassen. 8 Tage darn. Fistelbildg. u. Zunahme der Schwellg. Jetzt ausgesprochene tbc. Erkrankung d. linken Sprunggelenkes				18. Juni Exitus unt. d. Symptomen von Cor. adiposum		Obductionsbefund: Adipositas et dilatatio cordis, Tub. chron. et subacuta lob. sup. utr. pulm. et peritonei, Tub. chron. artic. ped. sin., Epididymitis dextra, Absc. tub. musc. bicip. bracch. dex.
226 1891 75.	Daniel G., 40 Jahre, Giebau	Hered. belastet; vor 3 W. Beginn mit Schmerzen und Schwellung in den Tarsalgelenken	Caries tarsi et metatarsi pedis d.	Incis., Evidement, Excochl. der haselnussgrossen Höhle im Metatars.; Exstirpation des Fungus 9. Mai	Fung. theilweise erweichte Schwellung entspr. d. Metatarsus u. d. artic. metatarsotarsea des r. Fusses	22. Mai mit nahezu verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 21. Oct. 1892: Wunde nach 3 Mon. geheilt; Allgemeinbefinden gut, Fuss gut brauchbar	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
234/1891 76.	Oswald F., 11 Jahre, Neudeck, Mähren	Hered. unbelast.; seit 1 J. allmähl. zunehmende Schwellung des r. Fussgelenkes	Fungus pedis dextri	23. Mai Gypsverband	Schwellung, unt. d. Mall. int. beginnend, reicht bis zum Os nav. Druck auf den Taluskopf bloss geg. die Fusssohle empfindlich. Leichte Valgusstellung	25. Mai entlassen mit Gypsverband	Oct. 1892: Allgemeinbefinden gut, keine Schwellg., Fuss gut brauchbar	
160/1891 77.	Eduard B., 68 Jahre, Fechtlehrer, Wien	Hered. belastet; in der Jugend cariöser ganz geheilter Process am r. Knöchel; Beginn des jetz. Leidens vor 6 J. mit Schwellung, Fistelbildung, wenig Schmerzen	Fung. tarsi d.	18. April Amputation	Schwächl. abgemag. Individuum. R. Fuss verdickt. Am Innenrand d. r. Metatarsus eiternde Fistel auf rauh. Knoch. führend, Schwellung d. Fusswurzelgegend. Lungensymptome, Knochenerkrankung		30. Mai gestorb.	Sectionsbefd.: Pachymeningitis chron., Hämorrh. bil. subdur. cum. compress. cerebri. Tuberc. pulm. obsol. bil., Atroph. organ. (cordis), Ablatio crur. d. propter cariem p. d. ante mensem facta
512/1891 78.	Josef S., 49 Jahre, Färber, Wien	Hered. belastet; Beginn vor 1 J. mit Schmerzen und Schwellung	Fungus pedis d.	Gypsverband	Emphysema pulm. R. Fuss pronirt. Am Fussrück. Schwellg. unt. bis z. Metatarsophalangealgelenk, ob. bis z. unt. $^1/_3$ d. Unterschenkel erstreckt. Elastische Consistenz, keine Fluctuation	2. Nov. mit Gypsverband entlassen	30. Octob. 1892 stellt sich P. vor: Durch 6 Monate Gypsverbände; seitdem schmerzfrei; geht seiner schweren Arbeit ohne Behinderg. nach	

IV. Ellbogengelenk.

Allgemeiner Theil des Ellbogengelenkes.

Übersicht über die Fälle von Tuberculose des Ellbogengelenkes.

22 Fälle mit Regime, Fixationsverband oder ohne Behandlung
32 „ „ Incision, Evidement
17 „ „ Ignipunctur
9 „ „ Resection (partiell)
14 „ „ Resection (total)
25 „ „ Amputation

119 Fälle, davon **38** Endresultate, und zwar:

9 Fälle ohne Eingriff: Nr. 1, 2, 3, 4, 17, 24, 28, 35, 38; 2 geheilt, 2 ungeheilt, 5 gestorben.

9 Fälle kleine Eingriffe: Nr. 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 25, 27; 5 geheilt, 4 gestorben.

5 Fälle Ignipunctur: Nr. 5, 10, 14, 15, 30; 4 geheilt, 1 ungeheilt.

2 Fälle partielle Resection: Nr. 16, 29; beide geheilt.

6 Fälle totale Resection: Nr. 18, 19, 26, 31, 32, 34; 4 geheilt, 2 gestorben.

7 Fälle Amputation: Nr. 20, 21, 22, 23, 33, 36, 37; 4 geheilt, 3 gestorben.

Conservativ wurden 23 Fälle behandelt: Nr. 1—15, 17, 24, 25, 27, 28, 30, 35, 38.

Resection oder Amputation wurde in 15 Fällen vorgenommen: Nr. 16, 18—23, 26, 29, 31—34, 36, 37.

Ohne Eiterung verliefen 4 Fälle: Nr. 1, 19, 24, 26.

Mit Eiterung verliefen 34 Fälle: Nr. 2—18, 20—23, 25, 27—38.

Trauma war in 4 Fällen angegeben: Nr. 19, 23, 33, 37.

Heredität war in 7 Fällen nachweisbar: Nr. 1, 2, 7, 11, 29, 35, 36.

A. Die conservative Behandlung

wurde in folgenden Jahren der Erkrankung eingeleitet:[1])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 9 Fällen (Nr. 1, 2, 6, 7, 9, 11, 13, 24, 27): geheilt 3, gestorben 6.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 28): gestorben.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 4 Fällen (Nr. 8, 12,[2]) 25, 35): geheilt 3, ungeheilt 1.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 4): gestorben.

Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 3): ungeheilt.

B. Ignipunctur.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 5, 15): beide geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 30, 14): geheilt.

Im 11. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 10): ungeheilt.

C. Partielle Resection.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 29): geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 16): geheilt.

D. Totale Resection.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 18, 32, 34): geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 31): gestorben.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 26): gestorben.

Im 12. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 19): geheilt.

---

[1]) Bei Fall Nr. 17 (gestorben) und Nr. 38 (geheilt mit Ankylose) ist das Jahr der Einleitung der Behandlung nicht eruirbar gewesen.

[2]) Bei Fall Nr. 12 auch Erkrankung des rechten Fusses (geheilt).

E. Primäre Amputation.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 33): geheilt.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 37): geheilt.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 20): geheilt.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 22, 36): 1 geheilt, 1 gestorben.

Im 11. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 21): gestorben.

F. Secundäre Amputation

(nach vorausgegangener conservativer Behandlung).

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 23): gestorben.

Die Endresultate rühren aus folgenden Jahren seit dem Spitalsaustritte her:[1])

Aus dem 1. Jahre bei 1 Falle (Nr. 9). Cons.: gestorben.

Aus dem 2. Jahre bei 9 Fällen (Nr. 11, 21, 23, 28, 31, 34, 35, 36, 37). Cons.: 1 ungeheilt, 2 gestorben; Resect.: 1 geheilt, 1 gestorben; Amput.: 2 geheilt, 2 gestorben.

Aus dem 3. Jahre bei 6 Fällen (Nr. 4, 25, 27, 30, 32, 33). Cons.: 2 geheilt, 1 gestorben; Ignipunctur: 1 geheilt; Resect.: 1 geheilt; Amput.: 1 geheilt.

Aus dem 4. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 2, 10, 20, 29). Cons.: 1 gestorben; Resect.: 1 geheilt; Amput.: 2 geheilt.

Aus dem 5. Jahre bei 1 Falle (Nr. 7). Cons.: geheilt.

Aus dem 6. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 3, 14, 15, 16). Cons.: 1 ungeheilt; Ignipunctur: 2 geheilt; Resect.: 1 geheilt.

Aus dem 7. Jahre bei 2 Fällen (Nr. 12, 19). Cons.: 1 geheilt; Resect.: 1 geheilt.

Aus dem 8. Jahre bei 2 Fällen (Nr. 8, 18). Cons.: 1 geheilt; Resect.: 1 geheilt.

Aus dem 9. Jahre bei 1 Falle (Nr. 5). Ignipunctur: geheilt.

Aus dem 16. Jahre bei 1 Falle (Nr. 38). Cons.: geheilt.

---

[1]) Bei den 7 Fällen Nr. 1, 6, 13, 17, 22, 24, 26 ist dieses Jahr nicht eruirbar, die Patienten sind gestorben.

Mortalität.

Exitus letalis trat in 14 Fällen ein = 37% der Behandelten.
Von den Operirten starben 5 Fälle = 35·7% der Gestorbenen,
von den Nichtoperirten starben 9 Fälle = 64·3% der Gestorbenen.

Bis zum 10. Lebensj. trat d. Exitus letalis ein in keinem Falle.
Zwischen d. 10.—20. „ „ „ „ „ „ „ 2 Fällen.
„ „ 20.—30. „ „ „ „ „ „ „ 3 „
„ „ 30.—40. „ „ „ „ „ „ „ 5 „
„ „ 40.—50. „ „ „ „ „ „ „ keinem Falle.
„ „ 50.—60. „ „ „ „ „ „ „ 3 Fällen.
„ „ 60.—70. „ „ „ „ „ „ „ 1 Falle.

An Tuberculose starben 13 Fälle: Nr. 1, 2, 4, 6, 9, 11, 17, 21, 22, 23, 26, 28, 31.

Davon im 2. Jahre der Erkrankung: Nr. 11, 28.
„ „ 3. „ „ „ Nr. 6, 9, 23, 31.
„ „ 4. „ „ „ Nr. 2.
„ „ 6. „ „ „ Nr. 4.
„ „ 12. „ „ „ Nr. 21.

Unbekannt blieb das Todesjahr in den Fällen: Nr. 1, 17, 22, 26.

Specieller Theil des Ellbogengelenkes.

I. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 3 Fällen, wo die Erkrankung vor dem 10. Lebensjahre begann.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Regime, Bäder	24, 38	—	—	—	2
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . . .	—	—	—	26	1
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	—	—	—	—	—
Summe . .	2	—	—	1	3

Todesursache in Nr. 26.: Tbc. pulm.

Ankylose trat in beiden Fällen ein, im Falle Nr. 24 totale, im Falle Nr. 38 partielle.

Verkürzung im Falle Nr. 38 am Humerus 3 *cm*, an der Ulna 4 *cm*.

Partielle Beweglichkeit war in beiden Fällen vorhanden.

Gebrauchsfähigkeit nur im Falle Nr. 38 angegeben.

Complicationen bestanden mit Tbc. pulm. in Nr. 26. Fall Nr. 24 verlief ohne Eiterung, Fall Nr. 38 mit Eiterung.

Die Dauer der Erkrankung vor Eintritt in die Behandlung ist nicht angegeben.

Die Dauer der Beobachtung des Endresultates ist bei Nr. 24 nicht genau anzugeben, bei Nr. 38 beträgt sie 15 Jahre.

Hieher gehören die Fälle: Nr. 24, 38.

II. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 9 Fällen (sämmtlich mit Eiterung verlaufen), wo die Erkrankung zwischen dem 10.—20. Lebensjahre begann.

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	4	1
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	15, 30	—	—	—	2
Kleine Eingriffe . . .	8, 12, 25, 27	—	—	—	4
Partielle Resection . .	16	—	—	—	1
Totale Resection . .	34	—	—	—	1
Primäre Amputation .	—	—	—	—	—
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
Summe . .	8	—	—	1	9

Todesursache in Nr. 4: Tbc. pulm. et Caries mult.

Ankylose in guter Stellung trat in 4 Fällen ein: Nr. 12, 16, 25, 34.

Volle Beweglichkeit[1]) war in 2 Fällen vorhanden: Nr. 8, 15.

Theilweise Beweglichkeit war in 3 Fällen vorhanden: Nr. 25, 30, 34.

Angaben über die Gebrauchsfähigkeit[1]) in den 5 Fällen: Nr. 8, 15, 25, 30, 34.

Complicationen bestanden mit: Tbc. pulm. in Nr. 4.
Tbc. oss. et art. in Nr. 4, 12, 25.
Amyloidosis in Nr. 4.

Recidive trat im Falle Nr. 16 ein.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug bei den nicht Operirten $1^4/_5$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor Eintritt in die Behandlung betrug bei den Operirten $^3/_4$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung betrug bei den ausgeheilten Fällen $3^3/_4$ Jahre.

Exitus letalis trat bei Fall Nr. 4, 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung ein.

Hieher gehören die Fälle: Nr. 4, 8, 12, 15, 16, 25, 27, 30, 34.

---

[1]) Bei den anderen Fällen fehlen die entsprechenden Angaben.

III. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 10 Fällen, wo die Erkrankung zwischen dem 20.—30. Lebensjahre auftrat.

Mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	2, 17	2
Gypsverband	—	—	—	28	1
Ignipunctur	14	—	—	—	1
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	11	1
Partielle Resection . .	—	—	—	—	—
Totale Resection . .	19, 32 [1])	—	—	31	3
Primäre Amputation .	37	—	—	21	2
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
Summe . .	4	—	—	6	10

Todesursachen: Tbc. pulm. in allen 6 Fällen.

Hieher gehören die Fälle Nr. 2, 11, 14, 17, 19, 21, 28, 31, 32, 37.

Volle Beweglichkeit war im Falle Nr. 32.

Beugeankylose in den 2 Fällen Nr. 14, 19.

Gebrauchsfähigkeit angegeben in den 3 Fällen: Nr. 14, 19, 32.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor dem Eintritte in die Behandlung betrug 3 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen betrug 6 Jahre.

IV. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 16 Fällen, wo die Erkrankung nach dem 30. Lebensjahre begann.

a) Ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	1	1
Summe	—	—	—	1	1

Todesursache in Nr. 1: Tbc. pulm.

[1]) Es besteht derzeit eine Fistel an anderer Stelle.

b) Mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . . .	—	—	3, 35	—	2
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	5	—	10 [1])	—	2
Kleine Eingriffe . . .	7	—	—	6, 9, 13	4
Partielle Resection . .	29	—	—	—	1
Totale Resection . . .	18	—	—	—	1
Prim. Amputation . .	20, 33, 36	—	—	22	4
Secund. Amputation . .	—	—	—	23	1
Summe	8	—	2	5	15

Todesursachen: Tbc. pulm. Nr. 9, 22, 23.

Unbekannt: Nr. 6, 13.

Hieher gehören die Fälle: Nr. 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 18, 20, 22, 23, 29, 33, 35, 36.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor Eintritt in die Behandlung betrug 2 Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung vor grösseren operativen Eingriffen betrug $2^3/_4$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen betrug $4^1/_4$ Jahre.

Durchschnittsdauer der Erkrankung vor Eintritt in die Behandlung bei den nicht Operirten $^3/_4$ Jahre.

Durchschnittsdauer der Erkrankung vor Eintritt in die Behandlung bei den Operirten $4^1/_4$ Jahre.

Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen $3^4/_5$ Jahre.

Die Durchschnittsdauer der Beobachtung in den ausgeheilten Fällen betrug $3^3/_4$ Jahre.

Complicationen bestanden mit Tbc. pulm. in Nr. 2, 11, 17, 21, 28, 37.
„ Tbc. coxæ in Nr. 2.

Recidive trat ein in 2 Fällen: Nr. 5, 29.

Beweglichkeit (volle) blieb in 3 Fällen: Nr. 5, 7, 29.

Beweglichkeit (theilweise) blieb in 1 Falle: Nr. 35.

Schlottergelenk: Nr. 18.

Gebrauchsfähigkeit angegeben in 5 Fällen: Nr. 5, 7, 18, 29, 35.

Ankylose in keinem Falle.

Complicationen bestanden mit: Tbc. pulm. in Nr. 1, 3, 9, 20, 22, 23, 29, 33, 36 (?).
Tbc. anderer Knochen und Gelenke in Nr. 3, 29.
Vitium cordis in Nr. 29.

[1]) Durch Amputation (auswärts) dauernd geheilt.

Übersicht über die Behandlungsresultate in den vier Gruppen.

	Grupe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	2	8	3	4	17
Ungeheilt	—	—	—	3	3
Durch Amput. geheilt .	—	—	1	3	4
Todesfälle	1	1	6	6	14
Summe	3	9	10	16	38

Resultate nach Behandlung mit Ignipunctur.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	—	2	1	1	4
Ungeheilt	—	—	—	1	1
Summe	—	2	1	2	5

Resultate nach Behandlung mit partieller Resection.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	—	1	—	1	2
Summe	—	1	—	1	2

Resultate nach Behandlung mit totaler Resection.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	—	1	2	1	4
Gestorben	1	—	1	—	2
Summe	1	1	3	1	6

Resultate nach Behandlung mit primärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	—	—	1	3	4
Gestorben	—	—	1	1	2
Summe	—	—	2	4	6

Resultate nach Behandlung mit secundärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Vollkommen geheilt . .	—	—	—	—	—
Gestorben	—	—	—	1	1
Summe	—	—	—	1	1

Krankengeschichten des Ellbogengelenkes.

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79 1887 1.	Rudolf G., 36 Jahre	Heredität nachweisbar. Vor 2 J. Pleuritis. Seit 6 M. Schmerzen und Schwellung d. l. Ellbogengelenkes	Arthritis fung. cubiti sin. Phthisis pulm. progressa	Kein Eingriff	Pastöse Schwellung entspr. d. Gelenkskapsel; 5 *cm* Umfangsdifferenz	P. verweigerte jeden operativen Eingriff u. wurde ungeheilt entlassen	Gestorben	
37 1887 2.	Anton R., 28 Jahre	Heredität nachweisbar; P. leidet seit J. an Husten mit Auswurf; seit $^1/_2$ J. Schmerzen u. Schwellg. d. l. Ellbogengelenk.; seit 3 M. Fistelbildung	Arthritis fung. cubiti sin. Infiltratio apicis pulm. sin.	Kein Eingriff	Halbkugelige, kindskopfgrosse, pastöse Schwellg. d. l. Ellbogens: die Haut an zahlreichen Stellen von Ulcerationen zerstört u. von ins Gelenk führenden Fisteln durchbrochen	P. verweigerte jeden operativen Eingriff u. wurde ungeheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: D. Ellbogengelenk heilte in Beugungsankyl. aus; üb. d. l. Hüftgelenke bildete sich ein grosser Abscess, aus dem sich nach Durchbruch der Haut reichlicher Eiter entleerte, u. ist P. im J. 1890 gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
171/1885 3.	Sara K., 35 Jahre	Seit 4 Jahren Schmerzen und Schwellung d. r. Ellbogengelenk.; seit 2 J. Fistelbildung u. vollständ. Gebrauchsunfähigkeit des Gelenkes; Nachtschweisse	Arthritis fung. cubiti d.; Abscessus frigidus femoris d. et antibrach. s.	Kein Eingriff	Befund ähnlich wie bei Nr. 2	Auf Verlangen d. P. wird sie unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: D. Eiterg. u. Fistelbildung besteht noch. Das Allgemeinbefinden hat sich angeblich etwas gebessert	
94/1885 4.	Anton P., 18 Jahre	Vor 3 J. Enucleat. im Chopart'schen Gelenke wegen Arthritis fungosa; bald darauf Schwellung des r. Ellbogengelenkes u. Fistelbildung	Arthritis fung. cubiti dextri, Amyloidosis, Infiltrat. apic. pulm.	Kein Eingriff	Spindelf. Schwellg. des Gelenkes, zahlreiche auf rauhen Knochen führende Fisteln; Milz und Leber bedeutend vergrössert; Albuminurie	P. ist mit der vorgeschlagenen Amput. nicht einverstanden und wird ungeheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist im J. 1887 gestorben	
40/1883 5.	Rosalia G., 32 Jahre	Seit 3 Monaten Anschwellung über d. oberen Drittel d. Ulna	Periostitis fung. ulnæ s.	Evidement, Thermokauter	Elast. weiche längl. Schwellg. über dem ob. Drittel d. Ulna; Fistel, die nicht auf rauhen Knochen führt; keine Communication mit dem Gelenke	Am 6. Mai Excochleatio; mit verheilter Wunde am 9. Juli entlassen; am 18. Aug. Wiederaufbrechen d. Fistel, abermals Evidem. und Thermokauter; am 4. Septemb. mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Operationswunde blieb verheilt; vollständig freie Beweglichkeit d. Gelenkes; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
172/1883 6.	Emanuel H., 54 Jahre	Seit 11 Monaten Schwellung, seit 3 M. Fistelbildg.	Arthritis fung. cubiti d.	Evidement	Mässige fungöse Schwellung des Gelenkes; 2 Fisteln, die auf rauhen Knochen führen; Streckung nur bis 140° möglich	Nach Spaltung der Fisteln Excochleat., mit granulirender Wunde entlassen	Gestorben	
7/1887 7.	Anton S., 40 Jahre	Heredität nachweisbar; seit $^1/_2$ J. Schwellung u. Abscessbildung üb. d. Olekranon; vor 3 Monaten Evidement; Recidive	Ostitis fung. olecrani	Evidement	Schwellung u. Fistelbildung über dem Olekranon, in demselben Knochenherd	Mit zum Theil noch granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Keine Recidive; Gelenk zu jeder Arbeit zu gebrauchen; Allgemeinbef. gut	
61/1884 8.	Leopold. G., 15 Jahre	Seit $2^1/_2$ Jahren Schmerzen und Schwellung	Periostitis fung. condyli externi brach. d.	Evidement	Über dem Condyl. extern. eine weiche Anschwellung; Knochenherd im Condyl. extern.; Beweglichkeit frei, aber schmerzhaft	5. Mai Incision der Schwellung, Exstirp. d. Fungus und Excochleation eines Knochenherdes im Epicond; am 9. Mai in ambulat. Behandlung genommen	P. stellt sich vor 1891: Es dauerte 4 J., bis d. Operationswunde zuheilte; es stiessen sich noch Knoch.-Stückch. ab, jetzt ist das Gelenk frei beweglich, üb. d. Epicondyl. eine nicht an den Knochen fixirte eingezog. Narbe; in Epicond. deutl. eine grubige Vertiefg. nachweisb. Allgemeinbef. gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
80 1884 9.	Franz P., 54 Jahre	Sei 2 J. häufig Husten, Fieber, Nachtschweisse; seit 8 M. Schwellung und Fistelbildg. üb. d. ob. Drittel der Ulna	Ostitis fung. ulnæ sin. Infiltrat. apic. pulm. bilat.	Evidement	Hühnereigrosse Schwellung über d. Ulna, Fistel, die auf einen Knochenherd führt; Fieber; Nachtschweisse	Mit nahezu verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach ½ J. unt. d. Erscheinung fortschreitender Lungentuberc. gestorben	
82 1888 10.	Anton V., 63 Jahre	Seit 10 Jahren schmerzlos zunehm. Anschwellung d. l. Ellbog.-gelenkes; seit 3 Mon. Schmerzen und Zunahme d. Schwellung	Arthritis fung. cubiti sin.	Incision, Evidement, Paquelin	Das Gelenk spindelförmig geschwellt, an d. Rückseite deutl. Fluctuation	P. wollte von der vorgeschlagenen Amput. nichts wissen u. wurde mit nicht verheilter Wunde auf Verlangen entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Bald darauf auswärts Amput. brachii; seitdem hat sich P. erholt u. ist nie krank gewesen	
168 1886 11.	Therese K., 23 Jahre	Heredität nachweisbar; seit 3 Mon. Schwellg. und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes; seit 3 Woch. Fistelbildung und Eiterung	Arthritis fung. cubiti dextri	Incision, Evidement	Die ganze Kapsel in eine dicke fungöse Schwarte umgewandelt; ausged. Knochenzerstörgn. am Humerus und Ulna; Fieber	P. ist mit einer Amputation nicht einverstanden; verlässt ungeheilt auf eigenes Verlangen die Klinik	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach 1 J. trat ausser der unveränderten Erkrankung des Ellbogengelenkes Schwellung und Eiterung am r. Fussgelenke auf u. ist P. 14 M. nach ihrer Entlassg. an „Zehrfieber“ gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79/1885 12.	Katharina H., 17 Jahre	Im Mai 1883 Schwellung; im Juni 1883 Abscess- u. Fistelbildung am r. Ellbogengelenke, seitdem Eiterg.; seit 1884 Schwell., Abscess- u. Fistelbildung am r. Fussrücken	Arthritis fung. cubiti et pedis dextri	Incision, Evidement	Hochgrad Schwellg. des r. Ellbogengelenkes, 11 *cm* Umfangsdifferenz; Fisteln an d. Innen- und Aussenseite des Gelenkes; rechtwinkl. Beugestellg.; am r. Fussrücken entsprechend den Tarsalknochen flache begrenzte elastische Schwellg.. in deren Bereich Fisteln, die auf erweichten Knochen führen	P. ist mit einer eingreifenderen Operat., Resection, oder wenn diese nicht mehr ausführbar, Amputation nicht einverstanden u. verlässt ungeheilt die Klinik	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach 13 M. Ausheilung in Beugungsankyl., Fisteln geschloss., Gelenk abgeschwollen; Ausheilung der Erkrankung am Fusse früher; Allgemeinbef. gut	2 Gelenke erkrankt
80/1884 13.	Emanuel H., 54 Jahre	Seit 11 Monaten Schwellung, seit 3 Mon. Fistelbildung des r. Ellbogengelenkes	Arthritis fung. cubiti dextri	Incision, Evidement	Contouren des Gelenkes durch elast. Schwellung verstrichen; über dem Condyl. int. 2 Fisteln, die Haut weithin unterminirt; keine Communication mit dem Gelenke nachweisbar	Nach Spaltung der Brücke zwischen den Fisteln Excochleat. der fungös. Massen in dem Condyl. ext.; blauer Verband; auf Verlangen entlassen	Gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79/1886 14.	Barbara Z., 29 Jahre	Seit 1½ Jahren Schwellung; seit 7 W. Fistelbildg. am r. Ellbogengelenk	Arthritis fung. cubiti dextri	Ignipunctur	Stumpfwinklige Beugestellung; fung. Schwellung entsprechend d. Kapsel; über dem Olekranon kreuzergrosses an d. Knochen fixirtes Geschwür; geringe seitliche Bewegungn. ausführbar	Nach Ignipunctur in 3 Sitzungen in der ganzen Circumferenz des Gelenkes mit granul. Stichcanälen entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Arm in rechtwinkliger Beugestellung ankylotisch, die Fisteln verheilt; Allgemeinbefinden gut	
82/1886 15.	Hermine B., 19 Jahre	Seit 3 M. Schwell., Schmerzhaftigk., Bewegungsbeschränkung d. l. Ellbogengelenkes	Arthritis fung. cubiti sin.; Keratitis	Ignipunctur	Die Gelenkscontour. durch elastische Schwellung verwischt; über dem Condyl. int. ist die Schwellung mehr ausgebildet; bei der Ignipunct. entleerte sich käsig erweichte Fungusmasse	Operation am 17. Febr.; Ignipuncturcanäle in Granulat.; Schwellung abgenommen; am 22. März entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es dauerte 3 Monate bis zur Verheilung der Fisteln; seitdem kann P. den Arm zu allen Arbeiten gebrauchen; vollständig freie (?) Beweglichkeit; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
160 1886 16.	Leopold. K., 16 Jahre	Seit 1 Jahr Schmerzen, bald darauf allmählich zunehmende Schwellung	Arthritis fung. cubiti dextri	Incision, Evidement; partielle Kapsel-exstirpation, Thermokauter	An der Aussenseite des Radio-Humeralgelenkes eine 5 *cm* lange, 3 *cm* br. fung. Schwellung; im Centrum Fluctuat.; fungöse Verdickung der Kapsel an der Aussenseite des Gelenkes; Knorpelusur des Radius u. d. Eminent. capitata	Mit granulirender Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach 3 M. verheilte d. Operationswunde; es kam öfters noch zur Fistelbildg.; rechtwinklige Beugungsankyl.; Allgemeinbefinden gut	
37 1884 18.	Anna B., 38 Jahre	Seit 6 Monaten Schwellung des l. Ellbogengelenkes	Arthritis fung. cubiti sin.	Resectio total.; Kapsel-exstirpation; hinterer Querschnitt mit Durchsägung d. Olekranon; Knochennaht zwischen Humerus- und Ulnaende; Drainage	Ausgedehnt. Kapselfungus, käsig erweichte Herde im Humerusende; Olekranon und Capitul. radii	24. Juni Resection. reactionslos. Verlauf; am 29. Juni mit Organtinverband entlassen u. ambul. weiter behandelt	P. stellt sich 1891 vor: Ausgezeichnetes Schlottergelenk, mit dem P. alle Arbeiten verrichtet; P. sieht blühend aus; innere Organe anscheinend gesund	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
191/1884 17.	Anna S., 23 Jahre	Arthritis fungosa cubiti progressa; verweigerte Operation; 2 Jahre später an Tuberculose der Lunge gestorben						
80/1885 19.	Anton H., 37 Jahre	Vor 11 Jahren Trauma des l. Ellbogens; seitdem oft Schmerzen; seit 6 Mon. Zunahme der Schmerzen und Schwellung des Gelenkes	Arthritis fung. cubiti sin.	Resectio total. wie Nr. 18	Ausgedehnt. Kapselfungus; Usur des ganzen knorpeligen Überzuges der Gelenksenden	Am 29. Jänner Resection, Wundheilung mit Eiterg.; 2 Tage Temp. 38·0; am 13. März mit Organtinverband entlassen	Briefliche Mittheilung 1891: Operationswunde heilte in kurzer Zeit (?); unvollständige Ankylose in Beugestellung; Muskelkraft etw. herabgesetzt; P. kann den l. Arm ganz gut gebrauchen, doch keine schweren Arbeiten damit verrichten; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
83 1888 20.	Ludmilla S., 56 Jahre	Seit 2 Jahren Schwellung, bald darauf Abscessbildung; seit mehr. Monaten unerträgliche Schmerzen	Arthritis fung. cubiti sin.; Infiltrat. apic. pulmon.	Amputatio humeri	Hochgr. Hyperostose und Sklerose des Olekran.; d. knorpel. Gelenksflächen fehl.; die Gelenksenden sämmtl. Knochen sklerosirt; die des Radius bedeutend, die der Trochlea weniger consumirt; Gelenkskapsel hochgradig verdickt, mit Granulation., jedoch nicht deutlich fung. Natur, bedeckt; dagegen sind die Weichtheile von deutlich fung. Granulationen durchsetzt; keine Knochenherde; die fung. Natur des primären Leidens erscheint somit etwas zweifelh. i. Hinblicke auf die bestehende Sklerose und Hyperostose; histol. Befund fehlt	Amputation am 3. Februar; prima intentio; am 29. Februar entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Stumpf dauernd verheilt geblieben; Allgemeinbefinden seit der Operation stetig gebessert	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
79 1886 21.	Rudolf Z., 38 Jahre	Beginn der allmählich zunehm. Schwellung vor 10 J.; seit 3 J. Fistelbildung und abundante Eiterung; seit 1 J. Drüsenschwellungen in der Achselhöhle derselben Seite	Arthritis fung. cubiti sin.; Lymphomata in axilla sin.	Amputatio humeri, Exstirpat. lymphom.	Vollständ. deformirte Gelenksenden; die Gelenkfläche uneben, mit Cavernen u. mit von blassen Granulation. ausgekleidet. Höhlen durchsetzt; oberes Ulnaende blasenförmig aufgetrieben; im Centrum eine Caverne; von dem Knochenherde führen Fisteln durch d. Haut nach aussen; das subcutane Zellgewebe schwielig degenerirt	Exstirpation der Drüsen u. Amputat. am 9. Octob.; die Amputationswunde heilte per primam intent.; die Wunde nach der Drüsenexstirpation, d. nicht genäht war, per granulationem; am 24. Oct. mit zum Theil noch granul. Axillarwunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist 1 J. später gestorben; es traten im Verlaufe dies. Jahres Husten, Nachtschweisse, Fieber auf	
30 1884 22.	Stanislaus W., 35 Jahre	Seit 3 Jahren Schmerzen; seit 6 Mon. Schwellg. u. Fistelbildung	Arthritis fung. cubiti dextri; Infiltrat. apic. pulm. dextr.	Amputatio humeri	Spindelförmige Schwellung des Ellbogengelenkes; mehrfache Fistelbildung u. Ulcerationen d. Haut; Auftreibg. des Condyl. intern.	17. Dec. mässige Eiterg. aus d. Drainagestelle am inneren Wundwinkel, der übrige Theil d. Wunde per primam verheilt, kein Fieber; am 17. Jänner mit verheiltem Stumpfe entlassen	Gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
324 1885 23.	Alois W., 64 Jahre	Vor 2 J. Trauma; seitdem Schmerz. im r. Handgelenk; seit 1 J. Schwellg., seit 6 M. Abscess- u. Fistelbildung; seit 9 M. Schmerzen, Schwellung, Abscessbildg. am Ellbogengelenk derselben Seite; P., d. läng. Zeit in ambulat. Behandlung stand, kommt wegen Fortschreiten d. Processes an die Klinik	Arthritis fung. cubiti et manus dextr.; Catarrh. apic. pulmon.	Amputatio humeri	Ausgesprochener Fungus des Handgelenkes mit zahlreichen Fisteln; Ödem d. Unterarmes; üb. d. Condyl. intern. humeri circumscripte fungöse Schwellung und auf rauhen Knochen führende Fistel	Amput. humeri; am 27. Jänner Wundeiterung, partielle Lappengangrän; kein Fieber; am 29. Febr. mit bis auf einen schmalen granulirenden Streifen verheilter Wunde entlassen	Laut Mittheilg. d. Hausarztes 1886 an Lungentuberc. gestorben	
Aus der Privatpraxis d. H. Hofr. Albert 24.	A. L., 8jähriges Mädchen. Durch 5 Jahre fungöser Process im rechten Ellbogengelenk, localisirt besonders über dem Radiohumeralgelenk; die P. gebrauchte 2mal die Bäder in Hall, jetzt stumpfwinklige Ankylose; Radiohumeralgelenk unbeweglich; kein Aufbruch, kein Schmerz, keine Schwellung							
detto 25.	15jähriges Mädchen; vor 3 Jahren fungöse Schwellung über dem Metacarpus III. dextr.; vor 2 Jahren fungöse Schwellung des r. Ellbogengelenkes; Incision und Evidement eines Abscesses im oberen Drittel der Ulna; 2mal in Hall gewesen; jetzt 1891 Heilung in uncompleter stumpfwinkliger Ankylose; active und passive Bewegung im Winkel zwischen 120° und 160° möglich; Allgemeinbefinden sehr gut							
detto 26.	Alphons H., 9 Jahre alt; seit 1 Jahr bestehende Arthritis fungosa cubiti dextri; 1 Jahr später wurde von einem anderen Chirurgen die Resectio cubiti ausgeführt; P. an Lungentuberculose im Jahre 1890 gestorben							

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
1891 27.	Adele K., 16 Jahre	Im Winter 1891 dreimal Evidement wegen Kapselfungus des rechten Ellbogengelenkes. Jetzt (Februar 1893) rechter Ellbogen in stumpfwinkliger Beugestellung, kann zu allem gebraucht werden; mehrere an den Knochen fixirte Narben über dem Gelenke. Allgemeinbefinden sehr gut, die P. sieht blühend aus.						
40 1890 28.	Theresia B., 29 Jahre, Taglöhnersfrau aus Kaltenstein	Hereditär nicht belastet. Vor 4 J. linkss. Pleuritis; seit 1 J. Schmerz. u. zunehmende Schwellung d. r. Ellbogens; seit 14 Tag. muss d. Arm in der Schlinge getragen werden	Arthritis fung. cubiti d.	Blauer Bindenverbd.	L. Spitzenkatarrh; d. r. Arm wird mit d. l. Hand gestützt; spindelförmige pastöse Schwellg. d. Gelenkes, an einigen Stellen erweicht	Operation verweigert, wird mit blauem Bindenverband 27. Dec. entlassen	Laut Mittheilg. d. Dr. Unger am 12. April 1891 an Tbc. pulm. gestorben	
494 1890 29.	Marie C., 45 Jahre, Redacteursgattin	Heredit. belastet. Seit 3 Monaten Schwellung und Schmerzen d. r. Ellbogengelenkes	Arthritis fung. cubiti d.	9. Oct. Arthrotomie. Schnitt an der äuss. Seite d. r. Ellbogengelenk., 15 *cm* lang, Exstirp. des Fungus; Ausfüllg. d. Höhle mit Jodoformglycerin und Jodoformverb.	Inf. apic. pulm. bil. Vitium cordis. D. r. Ellbogengelenk spindelförm. pastös geschwellt, links u. rechts neben der Tricepssehne Fluctuat.; keine Knochenaffection; synoviale Erkrankung	12. Oct. gebessert entlassen	Mehrfache Recidiven; seit 1 J. verheilt; d. Arm zur Arbeit angebl. ohne Bewegungsbeschränkung brauchbar (1893)	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
406 / 1890 30.	BarbaraS., 19 Jahre, Magd	Hereditär unbelastet. Vor 1 J. Schwellung und Schmerzen d. l. Ellbogens, bald darauf Fistelbildung	Arthritis fung. cubiti s.	18. Juli Ignipunctur; Excochleat. der Ulcerationen	Spindelförmige Schwellung des l. Ellbogengelenkes mit zahlreichen Fisteln, ausgedehnte Hautulcerationen	27. Juli gebessert entlassen. Darkauer Jodsalzbäder empfohlen	Am 20. Oct. 1892 stellt sich P. vor. Die letzte Fistel heilte vor $^1/_2$ J. in Hall zu. Befund: Musc. gut entwickelt, theilweise active Beweglichkeit, kann mit d. Hand jede Arbeit verrichten. Über d. Gelenke zahlr. an den Knochen fixirte Narben; keine Fisteln; Allgemeinbefind. gut	
380 / 1890 31.	Anna B., 28 Jahre, Arbeitersfrau	Hereditär nicht belastet; vor 1 J. Schmerzen im l. Ellbogengelenk, bald darauf Schwellung; seit $^1/_2$ J. Fistelbildg.	Arthritis fung. cubiti sin.	11. Juli Resect. cubiti sin.; Resection nach Hueter, hinterer H Schnitt; Exstirpation der Kapsel, Resection der Gelenksenden, Jodoformverband	Ausgedehnte Kapsel- u. Knochenerkrankg., vollst. Zerstörung d. Knorpel; Gelenksenden d. Humerus erweicht, Cavernen im Capit. radii	31. Juli gebessert entlassen	Nach 1 Jahre gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
172/1890 32.	Johanna B., 26 Jahre, Magd	Hereditär nicht belastet; vor 3 J. Pneumonie, Drüseneiterungen seit 1½ J. am Halse; seit 8 M. Schwellung, Schmerzen, seit 4 M. Fistelbildg. im l. Ellbogengelenk	Arthritis fung. cubiti sin.	Resect. cubiti, Schienenverband; 2. März 1890 Versuch des Evidements, dann Resect. beid. Gelenksenden und Kapselexstirpat.; Schnittführung nach Langenbeck	Spindelförmige Schwellung des l. Ellbogengelenkes von der Mitte des Oberarmes bis zu d. Mitte des Unterarmes; Hautulcerat.; Fisteln, die auf rauh. Knochen führen	24. Mai geheilt entlassen; Extremität wenig abgemagert; Operationswunde verheilt, keine Fistel, keine Druckempfindlichkeit, Sensibilität intact, active Beweglichkeit im Sinne der Beugung und Streckung beinahe normal, Pro- und Supination activ, theilweise passiv gut möglich	Briefl. Mittheilg. 5. Nov. 1892: Operationswunde dauernd verheilt; seit ½ J. besteht eine Fistel an einer anderen Stelle mit mässig. Secretion; sehr gute Gebrauchsfähigkeit; Allgemeinbefinden gut	
128/1890 33.	Amalie C., 36 Jahre, Näherin, Rudolfsheim	Hered. unbelast.; seit 1 Jahr Ermüdungsgefühl im r. Arm und Schmerzen nach Überanstrengg.; seit 3 Monaten Schwellung, bald darauf Fistelbildung über d. r. Ellbogengelenk	Arthritis fung. cubiti d.	16. Jänner Amputatio humeri	Spitzenkatarrh; hochgradige spindelförmige Schwellung des Gelenkes mit Hautulceration und auf den Knochen führenden Fisteln; seitliche Verschieblichkeit	2. Februar mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. Novemb. 1892: Allgemeinbefind. gut; kein Husten, Nachtschweisse oder Fieber	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
566 / 1891 34.	Barbara B., 14 Jahre	Hereditär unbelastet. Seit ½ J. Schwellung, seit 3 Monaten rasches Zunehmen des Processes mit Fistelbildung und Unbrauchbarkeit der Extremität	Arthritis fungosa cubiti sin.	1. December Exstirpation der Kapsel u. Resection der Gelenks-enden, deren Knorpelüberzug zerstört und deren Epiphysen-enden erweicht waren	Schwellung d. linken Gelenksgegend, vorwiegend an der hinteren Seite über dem Cond. ext. Ulcerationen und Fisteln. Im Olekranon ein Sequester. Am 6. Jänner kann P. mit dem kranken Arm einen Sessel heben	Am 8. Februar mit ganz verheilter Wunde entlassen	Am 1. Mai Wiederaufnahme. Beugung bis zu 90°, Streckung bis 160° möglich. Linke Spitzenaffection. Über d. Fossa supraclav. sin. leichte Dämpfung, abgeschwächtes Athmen, verläng. Exspirium. Briefl. Mittheilung vom November 1892: Keine Recidive, Arm wenig gebrauchsfähig. Kein Hust., keine Nachtschweisse	Wiederaufnahme wegen passiver Bewegungen
248 / 1891 36.	Johann G., 54 Jahre, Taglöhner aus Klamm	Hereditär belastet. In der letzten Zeit Nachtschweisse. Vor 3 Jahren Beginn der Erkrankung, vor 1½ Jahren Fistelbildung. Marastisches Individuum	Arthritis fungosa cubiti d.	14. Mai Ablatio humeri	Ausgedehnter Weichtheilfungus u. Knochenerkrankung	30. Mai geheilt entlassen	Briefl. Mittheilung 26. October 1892: P. hat sich seit der Operation erholt. Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
119 1891 35.	Anna S., 34 Jahre	Hereditär belastet. Seit $2^1/_2$ J. Schwellung, bald darauf Fistelbildg. am rechten Ellbogengelenk	Arthritis fungosa cubiti d.		Weichtheilfungus (?), Hautulcerationen. P. verweigert jeden Eingriff	April 1891 entlassen	Am 8. November 1892 stellt sich P. vor. Hand im Ellbogengelenk in rechtwinkliger Beugestellung fixirt, Flexion u. Extension nur gering, Pronation und Supination nicht möglich. Kraft in den Fingern erhalten. Typische, hochgradige, spindelförmigeSchwellg., zahlreiche auf rauhen Knochen führende Fisteln, Allgemeinbefind. gut. Keine Schmerzen. P. verweigert auch jetzt die Operation	

P.-Nr.. Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
102 1891 37.	Alois S., 25 Jahre, Knecht aus Reitendorf	Hered. unbelast.; seit mehrer. Jahr. Husten u. Nachtschweisse; vor 1 J. Trauma durch Überfahrenwerden, bald darauf zunehm. Schwellg. über dem l. Ellbogengelenk; vor 1 J. Hämoptoë	Arthritis fung. cubiti artic. manus sin.	4. März Amputatio humeri	Abgemagertes, anäm. Individuum; hinten oben beiderseits etw. kürzerer Schall; ausgedehnte tuberc. Erkrankung der Synovia u. Knochen d. l. Ellbogengelenk. Weichtheilfungus (Palma manus), am Dorsum manus; am Knochen fixirte Narben	27. März geheilt entlassen	Briefl. Mittheilg. 23. Octob. 1892: P. hat sich seit der Operation erholt, ist vollständig gesund	2 Gelenke erkrankt
38.	J. W., 25 Jahre. Mit partieller Ankylose, ausgeheilter Tbc. des linken Ellbogengelenkes conservativ behandelt. Seit 15 Jahren geheilt. Jetzt besteht partielle Ankylose des Gelenkes mit an den Knochen fixirten Narben, beschränkte Beugung und Streckung, Pro- und Supination frei, Humerus um 3 *cm*, Ulna um 4 *cm* verkürzt. Schwäche der Musculatur, Allgemeinbefinden gut. 1893 in der Ambulanz gesehen.							

V. Handgelenk.

Allgemeiner Theil des Handgelenkes.

Übersicht über die Fälle von Tuberculose des Handgelenkes und der Carpusgelenke.

1	Fall:	Ohne Behandlung
16	Fälle:	Regime oder Fixverband
12	„	Evidement
11	„	Ignipunctur
7	„	Resection
27	„	Amputation
74	Fälle,	davon **23** Endresultate,

und zwar:

Ohne Behandlung 1 Fall: Tabelle Nr. 22; ungeheilt.

Gypsverbände 3 Fälle: Tabelle Nr. 1, 2, 21; 2 Fälle geheilt, leiden jetzt an Tbc. pulm., 1 Fall geheilt.

Partielle Resection mit Enucleation eines Carpusknochens 2 Fälle: Tabelle Nr. 3, 20; beide geheilt.

Ökonomische Operation (Evidement, Paquelin, Fingerenucleation) 6 Fälle: Tabelle Nr. 4, 5, 6, 7, 8, 9; alle 6 geheilt.

Amputation 11 Fälle (1 Fall Enucleatio cubiti): Tabelle Nr. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23; 7 geheilt, 4 gestorben.

Operativ behandelt wurden 14 Fälle: Nr. 3, 9—20, 23.

Conservativ behandelt wurden 9 Fälle: Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 21, 22.

Trauma war in 3 Fällen angegeben: Nr. 2, 3, 11.

Heredität war in 5 Fällen nachweisbar: Nr. 3, 18, 21, 22, 23.

Mit Eiterung verliefen 21 Fälle: Nr. 1, 3, 4, 6, 7—16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Ohne Eiterung verliefen 2 Fälle: Nr. 2, 5.

Übersicht nach dem Jahr der Erkrankung,

in welchem die Behandlung auf der Klinik eingeleitet wurde.

A. Conservative Behandlung.

(Mit Einschluss kleinerer Operationen: Evidement, Enucleation von Fingern etc., mit Ausnahme der ignipunctirten Fälle.)

Die conservative Behandlung wurde in folgenden Jahren seit Beginn der Erkrankung eingeleitet:

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 4 Fällen (Nr. 1, 2, 5, 21): alle geheilt.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 9, 22[1]): geheilt 1, ungeheilt 1.

B. Ignipunctur.

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 7): geheilt.
Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 4): geheilt.
Im 5. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 6): geheilt.
Im 7. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 8): geheilt.

C. Partielle Resection.[2])

Im 1. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 3): geheilt.

D. Primäre Amputation.

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 3 Fällen (Nr. 12, 14, 19): geheilt 1, gestorben 2.

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 15, 23): geheilt 1, gestorben 1.

Im 4. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 18): geheilt.

Im 5. Jahre der Erkrankung bei 2 Fällen (Nr. 10, 11): beide geheilt.

---

[1]) Beginn der Erkrankung vor 20 Jahren, Recidive vor 2 Jahren.

[2]) Bei Fall Nr. 20 fehlt die betreffende anamnestische Angabe.

E. Secundäre Amputation

(nach conservativer Behandlung).

Im 2. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 17): geheilt.

F. Secundäre Amputation

(nach operativer Behandlung).

Im 3. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 16): geheilt.
Im 9. Jahre der Erkrankung bei 1 Falle (Nr. 13): geheilt.

Die Endresultate rühren aus folgenden Jahren seit dem Spitalsaustritte her:[1])

Aus dem 2. Jahre bei 1 Falle (Nr. 20):

Resection: geheilt.

Aus dem 3. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 19, 21, 22, 23):

Conservativ: 2 Fälle: 1 geheilt, 1 ungeheilt.
Amputation: 2 Fälle gestorben.

Aus dem 4. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 2, 8, 17, 18):

Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt.
Amputation: 2 Fälle geheilt.

Aus dem 5. Jahre bei 3 Fällen (Nr. 5, 7, 15):

Conservativ: 1 Fall geheilt.
Ignipunctur: 1 Fall geheilt.
Amputation: 1 Fall geheilt.

Aus dem 6. Jahre bei 2 Fällen (Nr. 4, 6):

Ignipunctur: 2 Fälle, beide geheilt.

Aus dem 8. Jahre bei 1 Falle (Nr. 13):

Amputation: geheilt.

Aus dem 9. Jahre bei 4 Fällen (Nr. 3, 9, 11, 12):

Conservativ: 1 Fall geheilt.
Resection: 1 Fall geheilt.
Amputation: 2 Fälle geheilt.

---

[1]) Die Fälle Nr. 14, 16 (Amputationen, beide mit Exitus letalis) sind mangels der Angabe des Todesjahres hier nicht aufgenommen.

Aus dem 10. Jahre bei 1 Falle (Nr. 10):

Amputation: geheilt.

Aus dem 11. Jahre bei 1 Falle (Nr. 1):

Conservativ: geheilt.

Recidiven wurden nicht beobachtet.

Complicationen bestanden mit:

Tbc. pulm.: Nr. 1, 2, 12, 14, 15, 16, 19, 23.
Tbc. ossium et art.: Nr. 10, 19.
Amyloidosis: Nr. 13.

Ankylosen[1]) bestanden nach Ausheilung in den Fällen: Nr. 1, 4, 7, 20. Hievon theilweise in den Fällen Nr. 1, 7, 20, vollständige im Falle Nr. 4.

Beweglichkeit[1]) bestand in den Fällen: Nr. 1, 2, 5, 6, 7, 20, 21. Hievon theilweise in den Fällen Nr. 1, 7, 20, vollständige in den Fällen Nr. 2, 5, 6, 21.

Mortalität.

Exitus letalis trat ein in 4 Fällen: Nr. 14, 16, 19, 23, also in 17·4% der Gesammtzahl der Behandelten. Sämmtliche Verstorbene waren amputirt worden und starben im Verlaufe an Tuberculose.

Im 4. Jahre der Erkrankung trat der Exitus letalis ein bei 1 Falle: Nr. 19.

Im 5. Jahre der Erkrankung trat der Exitus letalis ein bei 1 Falle: Nr. 23.

Bei den 2 Fällen Nr. 14, 16 konnte das Todesjahr nicht eruirt werden.

Bei Nr. 14 und 16 trat der Exitus letalis nach dem 30. Lebensjahre ein.

Bei Nr. 23 trat der Exitus letalis zwischen dem 40.—50 Lebensjahre ein.

Bei Nr. 19 trat der Exitus letalis zwischen dem 60.—70. Lebensjahre ein.

---

[1]) Soweit Angaben darüber vorhanden sind.

Specieller Theil des Handgelenkes.

I. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 2 Fällen, wo die Erkrankung vor dem 10. Lebensjahre begann.

a) Ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	5[1])	—	—	—	1
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	—	—	—	—	—
Summe . .	1	—	—	—	1

b) Mit Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	6	—	—	—	1
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	—	—	—	—	—
Secundäre Amputation	—	—	—	—	—
Summe . . .	1	—	—	—	1

Volle Beweglichkeit in den Fällen Nr. 5, 6.

II. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 8 Fällen, wo die Erkrankung zwischen dem 10.—20. Lebensjahre begann.

a) Ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	2	—	—	—	1
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Prim. Amputation . .	—	—	—	—	—
Secund. Amputation . .	—	—	—	—	—
Summe . .	1	—	—	—	1

[1]) Auch Synovitis art. genus. (Cons. behandelt und geheilt.)

b) Ohne Eiterung:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	22	—	1
Gypsverband	1, 21	—	—	—	2
Ignipunctur	7, 8	—	—	—	2
Kleine Eingriffe . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	11	—	—	—	1
Secundäre Amputation	13	—	—	—	1
Summe . .	6	—	1	—	7

Volle Beweglichkeit in den Fällen: Nr. 2, 21.
Theilweise Beweglichkeit in den Fällen: Nr. 1, 7.
Complicationen mit Tbc. pulm. in den Fällen: Nr. 1, 2.

III. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 4 Fällen, wo die Erkrankung zwischen dem 20.—30. Lebensjahre begann. (Alle Fälle mit Eiterung.)

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	4	—	—	—	1
Kleine Eingriffe . . .	9	—	—	—	1
Part. Resection . . .	—	—	—	—	—
Primäre Amputation .	10[1])	—	—	—	1
Secundäre Amputation	17	—	—	—	1
Summe . .	4	—	—	—	4

Volle Beweglichkeit im Falle Nr. 9.
Complication mit Tbc. oss. et art. im Falle Nr. 10.
Ankylose im Falle Nr. 4.

IV. Übersicht über die Behandlungsweise und Resultate in den 9 Fällen, wo die Erkrankung nach dem 30. Lebensjahre begann. (Alle Fälle mit Eiterung.)

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Summe
Ohne Behandlung . .	—	—	—	—	—
Gypsverband	—	—	—	—	—
Ignipunctur	—	—	—	—	—
Kleine Eingriffe . . .	—	—	—	—	—
Part. Resection . . .	3, 20	—	—	—	2
Primäre Amputation .	12, 15, 18	—	—	14, 19, 23	6
Secundäre Amputation	—	—	—	16	1
Summe . .	5	—	—	4	9

Todesursachen: Tbc. pulm. Nr. 14, 16, 23.
Amyloidosis und mult. Caries Nr. 19.

[1]) Olekranon desselben Armes seit Kindheit erkrankt (evidirt und geheilt).

Theilweise Beweglichkeit im Falle Nr. 20.
Gute Gebrauchsfähigkeit im Falle Nr. 3.
Complicationen: Mit Tbc. pulm. in den Fällen: Nr. 12, 14, 15, 16 19, 23.
Mit Amyloidosis im Falle Nr. 19.

Übersicht über die Behandlungsresultate in den vier Gruppen.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
1. Vollkommen geheilt. .	2	5	2	2	11
2. Unvollkommen geheilt .	—	—	—	—	—
3. Ungeheilt	—	1	—	—	1
4. Durch Amputat. geheilt	—	2	2	3	7
5. Todesfälle	—	—	—	4	4
Summe . . .	2	8	4	9	23

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Gypsverband.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt	—	3	—	—	3
Summe . .	—	3	—	—	3

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit Ignipunctur.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt	1	2	1	—	3
Summe . .	1	2	1	—	3

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit partieller Resection[1]).

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt	—	—	—	2	2
Summe . .	—	—	—	2	2

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit primärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt	—	1	1	3	5
Gestorben	—	—	—	3	3
Summe . .	—	1	1	6	8

[1]) Eine totale Resection wurde nicht vorgenommen.

Übersicht über die Resultate nach Behandlung mit secundärer Amputation.

	Gruppe I.	Gruppe II.	Gruppe III.	Gruppe IV.	Summe
Geheilt	—	1	1	—	2
Gestorben	—	—	—	1	1
Summe . .	—	1	1	1	3

Krankengeschichten des Handgelenkes.

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
30 / 1881 1.	Franz G., 12 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 6 Monaten	Arthritis fung. manus s.	Abnehmbarer Fixationsverband; Jodsalzbäder	Mässige fungöse Schwellung d. Radio-Carpalgelenkes; auf der Aussenseite mehrere auferweicht. Knochen führende Fisteln	Nach Anlegung des abnehmb. Organtinverbandes in ambul. Behandlg. entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Erkrankg. am Handgelenke kam zur Ausheilg.; wann? Es blieb eine Steifigkeit im Gelenke zurück, die d. P. beim Arbeit. etwas hindert; P. leidet jetzt an Husten u. Nachtschweissen	
120 / 1888 2.	Josef N., 18 Jahre	Vor 1 Monat nach Trauma (Fall auf d. Hand) Schwell. u. Schmerzen im Handgelenke	Arthritis fung. manus s.	Organtinverband	Diffuse elastische Schwellung d. Handrückens und der Handwurzel; active Beweglichkeit aufgehoben, passive enorm schmerzhaft	Wie Nr. 1	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach mehr. Verbänden nahm die Schwellg. u. Schmerzhaftigk. ab; es besteht keine Ankylose, aber die Hand ist wegen Atrophie der Musculatur zur Arbeit nicht zu verwenden; P. leidet an Hust. u. Nachtschweiss.	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
23 1883 3.	Anna L., 34 Jahre	Seit $^1/_2$ J. nach TraumaSchwellg. u. Abscedirung am Handrücken; nach Incision u. Evidement Recidive; Heredität nachgewiesen	Ostitis fung. metacarpi III. dextri	Enucleatio digiti et Resectio metacarpi; Exstirpation des Fungus	Teigige Schwellung entsprechend dem Metacarpus III., in derselben mehrere Fisteln; ausgedehnte fungöse Erweichung des Metacarp.; ausgedehnt. Weichtheilfungus	Mit granulirender Wunde entlassen; bald darauf dauernde Verheilung	P. stellt sich 1891 vor: P. sieht gesund aus; innere Organe anscheinend normal; in der Operationsnarbe Lipombildg.; P. kann ihre Hand zu allen Arbeiten ganz wie die l. verwenden	
78 1886 4.	Malwine H., 22 Jahre	Beginn vor 18 M.; allmähl. zunehm. Schwellung, erst seit 6 Monaten Schmerzen; seitdem trotz Gypsverbänden Zunahme d. Schwellung und der Schmerzen	Arthritis fung. manus s.	Längs-Incision am Dorsum; Evidement, Paquelin	Kapsel- und Sehnenscheidenfungus; im Os naviculare ein Herd, im Centrum eitrig erweicht	Während der Wundheilung kam es zu fung. Granulationsbildung in der Tiefe; Verschorfung mit d. Thermokauter; keine Recidive; P. wird mit granulirender Wunde u. Handschiene nach Hall geschickt	Briefl. Mittheilg. 1891: Es dauerte 1 J. bis zur vollst. Verheilung der Wunde; Handgelenk steif, Mittel- u. Ringfinger durch Narbenbildg. am Handrücken in ihrer Bewegung beschränkt. Allgemeinbef. gut; P. hat an Gewicht zugenommen	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
83/1887 5.	Wilhelm A., 3 Jahre	Seit 6 Monaten Schwellung am Handrücken; seit 2 Mon. Schwellg. und Schmerzen am Knie	Fungus manus d. et Synovitis fungosa genus d.?	Incision des Fungus an der Hand, Kalkgaze-tamponade; am Knie Injection von Kalklösung., starre Verbände	Am Handrücken walnussgrosse fungöse Schwellung. Knie in stumpfwinkliger Beugestellg., entsprechend der Kapsel weich-elastische Schwellung, am meisten ausgebildet über der Tuberositas tibi an.	Das Knie gestreckt, keine Schmerzen; Schwellung abgenommen, die Wunde nach dem Evidement am Handrücken bis auf eine linsengrosse granulirende Stelle verheilt	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Wunde verheilt geblieb. Hand- und Kniegelenk vollständ. frei beweglich; Allgemeinbefind. gut	2 Gelenke erkrankt
44/1886 6.	Karl Z., 10 Jahre	Vor 4 Jahren nach Masern Schwellg. des linken Handrückens, Abscessbildung, seitdem die Schwellung wenig verändert, Fistelbildung	Fungus metacarpi manus sin.	Evidement, Thermokauter	Fungöse Schwellung des Handrückens an der ulnaren Seite; Fistelöffnung, die auf rauhen Knochen (metacarp. IV. et V.) führt	Am 21. Juli Evidement, nachdem vom Metacarp. V. nur eine dünne Knochenlamelle zurückblieb; Verschorfung der Wundhöhle mit dem Paquelin. Am 19. August mit verheilter Wunde entlassen	Vorgestellt 1891: Am Handrücken blasse, leicht eingezogene Narbe, die nicht an den Knochen fixirt ist; vollständig freie Beweglichkeit des Handgelenkes	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
17/1887 7.	Marie M., 12 Jahre	Seit $^3/_4$ Jahren Schwellung, seit 3 Monaten Zunahme derselben und Schmerzen; vor 2 Monaten Kalkinjectionen, heftige Reaction, Fortschreiten der Erkrankung	Fungus et abscess. frig. manus sin.	Incision, Evidement, Thermokauter	Die ganze Hand geschwellt, die Finger ödematös; am Handrücken über dem Radiocarpalgelenk deutlich Fluctuation; seitliche Verschieblichkeit im Gelenke	Am 3. Mai Spaltung der Haut in 3 Richtungen, Evidement, Ignipunctur an 20 Stellen; am 11. Mai in ambulatorische Behandlung genommen	Briefl. Mittheilg. 1891: Bis zur dauernden Verheilung dauerte es $1^1/_2$ Jahre. Die Beweglichkeit im Gelenke ist etwas beeinträchtigt. Allgemeinbefind. gut	
163/1888 8.	Karoline K., 20 Jahre	Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren	Fungus carpi et metacarpi manus dextræ	Ignipunctur	Streck- und Beugeseite des Hand- und des Radiocarpalgelenkes difform durch hochgradige, zum Theil weiche, zum Theil elastische Schwellung; die Haut an zahlreich. Stellen ulcerirt und von Fisteln durchbrochen	Am 13. April Ignipunctur mit dem Paquelin; am 16. Apr. in ambulatorische Behandlg. entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es dauerte nahezu 1 J. bis zur Ausheilung; Handgelenk und Finger beschränkte Beweglichkeit; d. Hand bei häuslicher Arbeit gut verwendbar; Allgemeinbefinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
183 1883 9.	Alois Z., 26 Jahre	Seit 2 Jahren Schwellung, seit 1½ J. Fistelbildung u. reichliche Eiterung	Ostitis fung. metacarpi V. dextri	Enucleatio digit. V. et metacarpi; Evidement	Fungöse Schwellg. entsprechend der Dorsalseite d. Metacarpus V.; abnorme Beweglichkeit im Metacarpophalang.-Gelenke; mehrere Fisteln, d. auf rauhen Knochen führten; Ulcerationen d. Haut	5. Mai Enucleation, Evidement; am 25. Mai mit granulir. Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Es dauerte 2 Jahre bis zur Ausheilung; jetzt kann P. die Hand zu jeder Arbeit gebrauchen und besteht keinerlei Bewegungsbeschränkung; Allgemeinbef. gut	
138 1882 10.	Therese M., 25 Jahre	Leidet seit ihrer Kindheit an Eiterung des l. Ellbogengelenk., angeblich nach Luxation; seit 4 J. Schwellung des r. Handgelenk., Abscess- und Fistelbildg.; mehrmal. heftige Blutung aus einer Fistel an der Radialseite (Arrosion der Art. radial.)	Arthritis fung. manus s. et Ostitis fung. olecrani d.	Amput. antibrach. et Excochleat. olecrani	Fistel u. begrenzte fung. Schwellg. über d. Olekranon; fung. Herd im Olekranon; fungöse Schwellung des l. Handgelenkes mit abnormer Beweglichkeit u. mehrfacher Fistelbildung; ausged. Weichtheilfungus, alte Herde im unt. Radiusende, sämmtl. Handwurzelknochen zerstört; Endarteritis obliter. der Gefässe	Amputationswunde reactionslos verheilt; der r. Ellbogen in seinen Excursionen beschränkt; die Fistel über dem Olekranon vernarbt	Briefl. Mittheilg. 1891: Die Operationswunden sind dauernd verheilt geblieb.; P. kann mit einer künstlichen Hand d. Amputationsstumpf gut gebrauchen; das Allgemeinbefind. hat sich seit der Operation bedeutend gebessert und ist P. nie krank gewesen	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
156/1883 11.	Otto J., 20 Jahre	Vor 4 J. nach Distorsion fung. Schwellung des r. Handgelenkes; bald darauf Abscess- u. Fistelbildung	Arthritis fung. manus dextri	Amput. antibrach.	Rechte Hand in Beugestellg., difform durch klumpige fung. Schwellg., zahlreiche Fisteln, aus denen Fungusmassen herauswuchern	27. April Amputatio antibrachii; prima intentio; am 14. Mai mit verheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Der Amputationsstumpf dauernd verheilt geblieben; Muskelschwäche im r. Arm; P. ist vollständ. gesund	
96/1883 12.	Franz H., 50 Jahre	Vor 15 Monaten Schwellung, bald darauf Abscess- u. Fistelbildung; seit 1 Jahr kann die Hand nicht mehr gebraucht werden	Arthritis fung. manus dextri	Amput. antibrach.	Hochgradige fungöse Schwellung d. Handgelenkes und der Mittelhand; zahlreiche Fisteln, ausgedehnte cariöse Zerstörungen des Handskelettes	15. Februar Amput. antibr., reactionsloser Verlauf; Wundheilg. bis auf d. Drainagestelle per primam intent. Am 23. Oct. 1883 m. granulirend. Drainagestelle entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Nach 4 Wochen war der Stumpf dauernd verheilt. P. leidet an Husten mit Auswurf ohne Fieber	
110/1886 14.	Wenzel B., 39 Jahre	Vor 1 J. Schwellg. über dem Metacarpo-Phalang.-Gelenk digit. I., die sich allmähl. auf den Handrücken und das Handgelenk fortsetzen; Fieber, Nachtschweisse, Husten	Arthritis fung. manus d. Infiltrat. apic. pulmon. bilateral.	Enucleatio cubiti dextri	Fungöse Schwellung der Mittelhand und des Handgelenkes, die sich als ödematöse, entzündliche Schwellung bis zur Mitte des Unterarmes fortsetzt. Hohes Fieber	Am 19. Jänner Enucleatio cubiti; Wundheilung mit mässiger Eiterung aus den Drainagestellen. Am 15. Febr. entlassen. Seit der Operat. Temperaturabfall	Gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
39 1884 13.	Rudolf S., 20 Jahre	Vor 8 J. fungöse Schwellg., Fistelbildung an der Dorsalseite des Metacarpus V., vor 6 J. Evidement und Resectio metacarpi; vor 4 Jahren Recidive und abermals Evidement, nachdem bis jetzt eine Fistel zurückblieb; seit 2 J. Schwellung über dem Metacarp. I. und seitdem zunehmende Schwellung und Fistelbildung in der Vola manus. P. ist in der letzten Zeit stark abgemagert	Arthritis fung. manus dextri	Amput. antibrach. dextri	Rechte Hand abgemagert, in Volar- u. Radialflexion, jede Bewegung schmerzhaft; über d. Carpus eingezogene Fistelgänge; über dem Metacarp. I. und V. fungöse Schwellung und in deren Bereich auf rauhen Knochen führende Fisteln; die Vola manus teigig geschwellt	Am 10. Juni Amput. antibrachii; unter 3 Verbänden bis auf die Wundwinkel per primam int. verheilt. Am 29. Juni mit bis auf 2 erbsengrosse granulirende Stellen an den Wundwinkeln verheiltem Stumpfe entlassen	Mündliche Mittheilung des Vaters 1891: P. hat sich seit der Operation vollständ. erholt, hat d. linke Hand sehr gut zu gebrauchen gelernt, schreibt, zeichnet mit derselben u. lebt als Procurist in einem grossen Geschäftshause	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
355/1887 15.	Heinrich M., 60 Jahre	Seit 2 Jahren Schwellung über dem Metacarp. II., allmähliches Fortschreiten der Schwellung auf das Handgelenk; seit 2 Monaten Husten und Heiserkeit	Arthritis fung. manus d. Infiltrat. apic. pulmon. bilat.	Amput. antibrach. d.	Hand volar- und ulnarwärts gebeugt, Handrücken weich-elastisch geschwellt, die Haut livid, von mehreren Fisteln durchbrochen	Am 3. März Amput. antibrach.; Wundheilung bis auf die Drainagestelle per prim. intent.; am 12. Tage entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: Seit der Operation haben Husten und Nachtschweisse abgenommen; der Stumpf blieb verheilt, doch treten mitunter Schmerzen in demselben auf	
80/1886 16.	Karl N., 35 Jahre	Seit 3 Jahren Husten, Hämoptoë, Nachtschweisse; seit 2 Jahren Schwellung des Handgelenkes; mehrm. operative Eingriffe	Arthritis fung. manus dextri	Amput. antibrach. d.	Teigig-weiche Schwellung d. Handgelenkes m. multipler Fistelbildung	21. October Amput. antibrach., reactionsloser Verlauf; am 17. November mit bis auf 2 linsengrosse granulirende Stellen verheilter Wunde entlassen	Gestorben	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
153 1888 17.	Virgilie S., 30 Jahre	Vor 1 J. Schwellg. an d. Radialseite der l. Hand; es wurde Ignipunctur vorgenommen; hierauf bald Schwellung in der Vola manus	Arthritis fung. manus sin.	Amput. antibrach.	Ausgebreitete Tendovaginitis fung. mit Schwielenbildg. in der Hohlhand u. der Volarseite des Radiocarpalgelenkes	Am 13. April Amputatio antibrach. 2 Tage Fieber; Jodoformekzem; am 1. Mai mit zum Theile noch granulirender Wunde entlassen	P. stellt sich 1891 vor: Es kam, nachdem d. Stumpf verheilt war, noch einigemale zur Abscessbildg., es stiessen sich noch einige Knochenstückch. ab; jetzt ist P. als geheilt zu betrachten; es besteht rauhes Vesiculärathmen mit vereinzelten Rasselgeräuschen über beiden Lungenspitzen, keine Dämpfung; P. sieht gesund und kräftig aus; die Narbe am Stumpfe leicht eingezogen	
62 1888 18.	Johann M., 58 Jahre	Heredität nachweisbar; seit 3 J. zunehmende Schwellung des Handgelenkes; seit 2 J. Fistelbildg. u. Eiterg.; Nachtschweisse	Arthritis fung. manus dextr.	Amput. antibrach.	R. Hand entsprechend dem Metacarpus u. Carpo-Radialgelenke weich-elastisch geschwellt, die Haut mehrfach von Fisteln durchbrochen, durch d. sich rauher Knoch. nachweisen lässt	Am 11. Juli Amput. antibrach.; reactionsloser Verlauf; prima intent. bis auf die Drainagestelle, am 24. Juli entlassen	Briefl. Mittheilg. 1891: P. ist dauernd geheilt, schmerzfrei; keine Nachtschweisse; Allg.-Befinden gut	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
28 1884 19.	Karl H., 64 Jahre	Vor 2 J. Pleuritis; seit 1 J. Schmerz. und Schwellung des l. Handgelenkes	Arthritis fung. manus sin.; Infiltrat. apic. pulmon. sin.	Amput. antibrach.	Hochgradige fung. Schwellung des l. Handgelenkes; 8 *cm* Umfangsdifferenz; deutl. Fluctuation, abnorme Beweglichk.	Am 28. Februar Amputat. antibrach.; Wundheilung per primam bis auf die Drainagestellen, aus denen sich nekrot. Gewebsfetzen mehreremale abstiessen (Ligatur.?); am 9. April mit verheilter Wunde entlassen	Laut Mittheilung des Hausarztes im J. 1886 nach dem Auftreten multipler Caries unter den Erscheinungen der Amyloidose gestorben	
1892 20.	Johann S., 53 Jahre	Keine brauchbar. Angaben	Arthritis fung. art. manus d.	Partielle Resection 21. Apr. 1892; Entfernung einig. Carpalknochen	Typische Schwellg. an der r. Hand; active Bewegungen unmöglich	15. Juli mit geheilt. Wunde entlassen	Octob. 1893 vorgestellt: Wunde dauernd verheilt geblieb.; partielle Beweglichkeit im Radiocarpalgelenke; Fingerbewegungen und Schreiben mögl., keine Schmerzen, Allgemeinbef. gut	
235 1890 23.	Marie B., 46 Jahre	Hered. belastet; Seit 2 J. Schwellg. der r. Hand. Seit $^1/_2$ J. Fistelbildg.	Caries manus d.	13. April Amputatio antibr. d.	Spindelförmige Schwellg. d. r. Handgelenkes mit zahlr. auf rauhen Knochen führenden Fisteln	Am 1. Mai mit geheilter Wunde entlassen	Briefl. Mittheilg. 1893: Im Winter 1892 gestorben (Tbc. pulm.)	

P.-Nr., Jahr	Name, Alter	Anamnese	Diagnose	Therapie	Befund	Resultat bei der Entlassung	Resultat nach Jahren	Anmerkung
277/1890 21.	Magdalen. L., 19 Jahre, Magd aus Herzogenburg	Hered. belastet; Hauttuberculose; Caries d. r. klein. Fingers ausgeheilt; seit 2 Mon. Schwellung d. r. Handgelenkes; Schmerzen, Bewegungs-Beschränkung	Synovitis fungosa artic. radiocarp. d.	11. Mai Injection von 15% Jodoformglycerin an 2 Stellen am Dorsum je 2gr. Schienenverband	Teigige diffuse Schwellung des r. Handgelenkes. Die Grundphal. d. r. kl. Fingers um d. Hälfte verkürzt. An der Ulnarseite desselben eine kleine, an dem Knochen fest aufsitzende Narbe	17. Mai Schmerzen und Schwellg. vermindert; entlassen mit Gypsverband	Briefl. Mittheilg. (Nov. 1892): Nach 7 Wochen nach Entlassung Abnahme d. Gypsverband.; Schwellung hat abgenommen; Hand etwas schwächer; jetzt kann d. Hand zur Arbeit gebraucht werden, ist nicht versteift; Allgemeinbefind. gut	
392/1890 22.	Josef H., 35 Jahre, Malergehilfe	Hered. belastet; Beginn d. Leidens vor 20 J. mit Schwellung und Fistelbildg. an d. Streckseite d. r. Handgelenkes u. d. r. Handfläche; d. Fisteln schloss. sich nach 5 J.; 13 J. war P. gesund. Seit 2 J. Recidive	Arthritis fungosa artic. radiocarp. et carpi d.	Amputation verweigert	Bedeutende pastöse Schwellung des r. Handgelenkes und zahlreiche Fisteln am Dorsum und Palma	Unbehandelt entlassen	Briefl. Mittheilg. 1893: Arm vollst. unbrauchbar; Allgemeinbefind. angeblich gut	

Allgemeines Literatur-Verzeichnis.

Abel Woldemar. Geschichtlicher Überblick über die Resection des Kniegelenkes. 1856—1863. Inaug.-Diss. 1864. — Albert. Über Gelenksresectionen bei Caries. Wiener Klinik. 1883. 4. Heft. — Der Verein zur Errichtung und Förderung von Seehospizen u. Asylen etc. etc. 1.—5. Jahresbericht des Vereines. Wien 1886—1890. — Wien. med. Presse. 1874. Nr. 41 u. ff. — Lehrbuch der Chirurgie. 1884/1885. — Beitr. zur operativen Chirurgie. Wiener med. Wochenschrift. 1879. — Über Tuberculose. Vortrag am 17. Nov. 1892. — Albrecht. Über den Ausgang der fungösen Gelenksentzündungen und die Bedeutung der Gelenksresection bei denselben. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XIX. — Alfer. Die Häufigkeit der Knochen- und Gelenkstuberculose in Beziehung auf Alter, Geschlecht, Stand und Erblichkeit. Brun's Beitr. zur klin. Chir. Bd. VIII. — Angerer. Über Gelenkstuberculose. Münch. med. Wochenschr. 1888. Nr. 26. — Arens. Über die Injectionen mit Jodoformöl bei Tuberculose der Gelenke, Knochen und Weichtheile. Langenbeck's Arch. Bd. XXXIII. (Ref.) — Arloing. Nouvelles exper. comper. etc. Centralbl. f. Chir. 1885. (Ref.) — Ashhurst. A contribution to the study of excisions of the larger joints. Transact. of the am. surg. soc. Centralbl. f. Chir. 1889. (Ref.) — Aviraguet. Du rôle de l'hérédité dans la tuberculose. Gaz. hebd. de méd. et chir. 1892. Nr. 35. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 23. (Ref.)

Backer. An adress on a useful technique in rem. tub. desease from hip joint. Brit. med. jour. Nr. 1464. Centralbl. f. Chir. 1888. (Ref.) -- Baehr Paul. Über Endresultate der Hüftgelenksresectionen. (Klinik Strassburg.) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXX. — Baker Arthur. Seven cases of excision of the hip, comb. with the hot water flushing method. Med. chir. Trans. London 1891. — Baraban. Des resultats eloignés de Resections des grandes articulations. Paris 1883. Centralbl. f. Chir. 1884. p. 104. (Ref.) — Bardenheuer. Resection der Gelenkspfanne der Hüfte. Arch. f. kl. Chir. Bd. XLI. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 23. (Ref.) — Baumgarten. Lehrbuch der Mykologie. p. 602. — Beethet. Du traîtement non sanglant de la coxalgie etc. Ctrlbl. f. Chir. 1892. Nr. 40. (Ref.)

— Benk C. Über Resection d. Fussgelenkes, bes. bei Caries. Inaug.-Diss. Kiel 1875. — Berger Paul. Sur l'operation de Wladimirow-Miculicz. Bull. et mem. de soc. de Paris. Vol. XV. (Ref.) — Bidder. Eine Methodus ischiadica z. Arthrotomie oder Resection des Hüftgelenkes. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXIX. (Ref.) — Über zuwartende und thätig eingreifende Therapie der Gelenkstuberculose. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXI. — Ein Beitrag zur Frühresection des fungös erkrankten Hüftgelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1879. Nr. 48. — Über Resection des Handgelenkes und deren Endresultate. Langenbeck's Arch. Bd. XXVIII. — Billroth. Scrophulose und Tuberculose. Billroth-Pitha. 1870. — Über die Endresultate der Gelenksresectionen. Wien. med. Wochenschr. 1871. — Billroth-Menzel. Über die Häufigkeit der Caries in den verschiedenen Knochen. Langenbeck's Arch. Bd. XII. 1869. — Billroth-Pitha. Handbuch der allg. und spec. Chirurgie. Wien 1882. Bd. II. Abth. II. — Billroth-Winiwarter. Die allg. chirurg. Pathologie und Therapie. 1883. — Boekhel E. Sur la resection de la hanche etc. Gaz. méd. de Strassburg. 1885. — Bogdanitz. Neue Schnittmethode der Fusswurzelresection. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 5. — Bollinger. Münch. med. Wochenschr. 1888. S. 479. — Bornitz. Über die Arthrotomie des Fussgelenkes. — Bothe A. Die Endresultate der Resection des Kniegelenkes. Bruns' Beitr. zur klin. Chir. Bd. VI. (Ref.) — Bright. Über die Sitzungen der chirurg. Section des VIII. int. med. Congr. Kopenhagen 1884. — Broca. Mittheilungen über geheilte Knochen- und Gelenkstuberculose. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 23 (Ref.) — Bruns. Zur Technik der Kniegelenksresection. Beitr. zur klin. Chir. Bd. I. 1885. — Resectio tibio-calcanea. Beitr. zur klin. Chir. Bd. VII. — Zur Technik der Kniegelenksresection. Mitth. aus der chir. Klinik zu Tübingen. 1884. — Butz. Beitrag zur Beurtheilung der osteoplastischen Fussgelenksresection nach Wladimirow-Miculicz. St. Pet. med. Wochenschr. 1888. (Ref.)

Castro-Soffia. Recherches exp. sur la tuberculose des os. (Ref.) — Charvot. De la tuberculose chir. Centralbl. f. Chir. 1885. (Ref.) — Cohnheim. Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre. Leipzig 1879. — Cornet. Vortrag am XVIII. Congresse f. Chirurgie. — Cotterina. Referat im Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 25. — Coumont F. Über die Behandlung der chir. Gelenksentzündungen an der unteren Extremität. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XX. — Courmont und L. Dor. Künstl. Erzeugung von Gelenkstuberculose. Prov. med. Lyon 1890. (Ref.) — Cousins. Prevent advances in the treat. of tub. of the joints. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 6. (Ref.) — Cramer. Die Exarticulationen und Amputationen der Klinik zu Erlangen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXI. — Culburton. Excision of the larger joints of the extrem. P. E. Philadelphia 1876.

Dahlmann. Zur Resection d. Kniegelenkes. Inaug.-Diss. Halle a/S. 1876. (Volkmann.) — Davidsohn. Über Hüftgelenksresection bei Coxitis. Inaug.-Diss. Berlin 1882. (Wolff.) — Demosthene. Resultats immed. et eloign. des opérations pratiquée's pour les tub. extern. Paris 1890. — Dollinger. Das Zurückbleiben im Wachsthum der erkrankten Extremität bei tub. Gonitis. Centralbl. f. Chir. 1888. (Ref.) — Die Behandlung der tub. Hüftgelenkserkrankung, Contractur und Ankylose. Zeitschr. f. klin. Chir. Bd. I. 1892. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 23. (Ref.) — Beiträge zur Jodoformätherbehandlung bei tub. Knochenentzündung. (Ref.) — Ist die Knochentuberculose angeerbt? (Ref.) — Dombrowski.

Zur orthop. Behandlung der fung. Gelenkserkrankungen und Fracturen an den unt. Extremitäten. Inaug.-Diss. Dorpat 1881. (Wahl.) — Drbonitz. Die Knochencanalisation des Kniegelenkes z. Zwecke der permanenten Tamponade. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 4. — Dumont. Die Resection des Hüftgelenkes nach Kocher. Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1887. (Ref.) — Die Resection des Fussgelenkes nach Kocher. Langenbeck's Arch. Bd. XXXIV. — Totalexstirpation einzelner Fusswurzelknochen und ihre Endresultate. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. X. (Ref.) — Duzla. Nouv. observ. de résection du genou consolidée sous un seul pansement. Rev. de chir. 1888. (Ref.)

Eiselsberg v. Über die osteoplastischen Amputationen des Fusses. Wien. kl. Wochenschr. 1889. — Essen. Die Amputationen u. Exarticulationen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXI.

Fahrenbach. Über modificirte Resection des Handgelenkes. Aus der Klinik Göttingen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXV. — Felizet H. De l'emploi de temperatures extrêmes en chirurgie etc. Bull. et mem. de soc. de chir. Paris. Tom XVIII. pag. 595. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 23. (Ref.) — Ferria. Coxitisbehandlung. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 6. — Fischer F. Resultate der Wundverbände mit Zucker. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX. — Fischer G. Ein Fall von Wladimirow-Miculicz bei einem 9jährigen Kinde. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX. (Ref.) — Fries. Beitrag zur Resection der Gelenke. Inaug.-Diss. Würzburg 1885. (Maas).

Gabryszewski: Eine neue Indication zur Ausführung der Operation nach Wladimirow-Miculicz. Przeglad lekarski 1890. Centralbl. f. Chir. 1890. (Ref.) — Gangolphe. De la resection du poignet dans le traitement des osteoarthrites foung. Centralbl. f. Chir. 1884. (Ref.) — Genzmer. Ref. über den XVI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Gerster. Exsection of the Knee-joint for tub. Annal of surg. New-York 1887. (Ref.) — Gesellschaft der Ärzte, Wien. Discussion über Tuberculose. December 1892. — Gillete. Deseases of the hip joint. Med. News 1891. Nr. 11. — Girard. Endresultate der Ellbogengelenksresection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IV. — Good P. R. De la resection de l'artic. coxo-femor. Paris 1869. (Mit Literaturangaben.) — Gosselin. Sur l'attenuation du virus de la tuberculose. Etude exp. et clin. (Verneuil.) Ref. — Grenaud. Etude sur le procedès de Resection Tibio-Tarsienne. Inaug.-Diss. Genf. 1887. Nr. 57. — Gritti. Della astragalatomia per la cura precoce della sinovite fung. dell' articolazione tibio-tarsica. Arch. di ortop. T. IV. (Ref.) — Resezione dorsale tarso-metatarsica. Nuovo processo operativo. Gaz. degli ospital 1888. (Ref.) — 42 Resectionen wegen Coxitis. Arch. di ortop. 1889. (Ref.) — Grosch. Beitrag zur Statistik der Hüftgelenksresection. Inaug.-Diss. Dorpat 1882 (Wahl). — Grotkass. Über Kniegelenksresection bei antis. Wundbehandlung. Inaug.-Diss. München 1878.

Hager. Die Behandlung der Gelenksentzündungen mit Auswaschungen und Injectionen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXVII. (Ref.) — Heermann. Über Resectio genu. Inaug.-Diss. Berlin 1886. (Bardeleben.) — Heideprim. Beiträge zur Gelenksresection. Inaug.-Diss. Berlin 1883. (Bardeleben.) — Heidenhain. Über Arthrotomie und Arthrektomie. Inaug.-Diss. Halle 1886. (Volkmann). — Heinlein. Über Talusexstirpation. Münchn. med. Wochenschr. 1888. — Hitzegrad. Kniegelenksresection. Mittheilung aus der chir. Klinik

Kiel 1888. — Hoffa. Kniegelenksresection bei Kindern. Arch. f. klin. Chir. 1885. Bd. XXXII. — Über doppelseitige Kniegelenksresection. Sitz.-Ber. der phys. und med. Ges. zu Würzburg. 1885. — Hofmann E. Greifswalder med. Verein. Wien. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 17. (Ref.) — Houselmann. De resectione genus. Inaug.-Diss. Greifswalde 1885. — Howard Marsh. Diseases of the joints. (Ref.) — Hueter. Über Resection des Fussgelenkes mit vorderem Querschnitte. — Die exp. Erzeugung der Synovitis gran. am Hunde etc. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IX. Centralbl. f. Chir. 1879. (Ref.) — Klinik der Gelenkskrankheiten. 1870 und 1876. II. Auflage. — Hugelsdorfer. Über Endresultate der Ellbogengelenksresection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. III. — Huisman. Über die Ausgänge der tub. Coxitis. (Klinik Czerny.)

Jaffé Karl. Über die Anwendung des Ferrum caudens bei chronischer Gelenksentzündung. Inaug.-Diss. Strassburg 1877. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IX. (Ref.) — Über Knochentuberculose. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XVIII. (Statistik mit Literaturangaben.) — Joersen Axel. Über die Arthrotomie, besonders am Kniegelenke. 1885. — Isler O. Über atyp. Resection am Fusse. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXI. (Mit ausführlichen Angaben über ältere Literatur.) — Israel. Vortrag. Berliner klin. Wochenschr. 1886. Nr. 47. — Judson. Über Gelenkstuberculose. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 23.

Kappeller. Über Resectionen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XVII. (Mit ausführlichen Angaben über die ältere Literatur.) — Kawaz J. Beiträge zur Behandlung der localen Tuberculose mit Nelkenöl. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 26. — Kleinwächter. Die Amputationen und Enucleationen im Augustenhospital 1871—1885. Leipzig. (Ref.) — D. Kirmisson. Comptes rendues hebd. de séances de l'acad. — Knoll. Über die Resection des Kniegelenkes. Inaug.-Diss. Leipzig 1866. — Koch R. Die Ätiologie der Tuberculose. Berliner klin. Wochenschr. 1882. Nr. 15. — Kocher. Zur Prophylaxe der fung. Gelenksentzündung. V. S. Nr. 102. — Kölliker Th. Modification der Methode der Arthrektomie und Resection des Ellbogengelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXVII., pag. 17. — Kölner Chir.-Congress. 1893. Discussion über Tuberculose. — Koenig. Die Erfolge der Resectionen bei tuberculösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke unter dem Einflusse des antisept. Verfahrens. Langb. Arch. Bd. XXV. 1880. — Die Resection am Fuss-, Hüft- und Ellbogengelenk mit Erhaltung der Epikondylen und Muskelfortsätze. Centralbl. f. Chir. 1881. Nr. 28. — Berl. klin. Wochenschr. 1871. Nr. 20. — Über seine Operationsmethode bei Tuberculose des Tibiotarsal- und Tarsalgelenkes. Langb. Arch. Bd. XXII. — Die Frühresection bei tuberculöser Erkrankung der Gelenke. Langb. Arch. Bd. XXVI. — Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. 1884. — Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1889. — Tuberculose der Gelenke. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XI. — Beiträge zur Resection des Kniegelenkes. Langb. Arch. Bl. IX. 1867. — Resection des Fussgelenkes. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXII. 1885. — Die Gelenkserkrankungen bei Blutern. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 36. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 23. (Ref.) — König W. V. Die Tuberculose des Schultergelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIII. Heft 4, 5. — Kolischer. Über Kalkbehandlung bei Localtuberculose. Wiener medicin. Preisschrift. 1887. — Ein neues Heilverfahren bei localisirten tuberculösen Processen. Wiener medicinische Presse. 1887. Nr. 22. — Kolomin. Behandlung bei granulöser Kniegelenksentzündung mittelst Ignipunctur

und Trepanation. Centralbl. f. Chir. 1885. (Ref.) — Korff. Über die Endresultate von Gelenksresection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXII. — Köster. Über fungöse Gelenksentzündung. Virchow's Arch. Nr. 48. — Kraske. Über tuberculöse Erkrankung der Wunden. (Ref.) — Krause. Die operative Behandlung der schweren Fälle von Knochen- und Gelenkstuberculose mittelst des Billroth'schen Verfahrens. Dtsch. medicin. Wochenschr. 1892. Nr. 2. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 17 (Ref.) — Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. Berlin 1891. — Über den heutigen Standpunkt bei der Behandlung tubercul. Knochen- und Gelenkserkrankung. Berliner klin. Wochenschr. 1890. — Kremkau. Über Resectionen bei Tuberculose der Fusswurzel. Inaug.-Diss. Berlin 1886. (Bardeleben.) — Kummer. Die Resection des Hüftgelenkes mit vorderem Längsschnitt. Inaug.-Diss. Strassburg 1879. — Tuberculose der Fusswurzel. Rev. de med. 1891. Nr. 9. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 13. — Etûde comp. de la resection du tarse. Rev. de chir. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 4. (Ref.) — Die Erkrankungen des Ellbogengelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XVII.

Landerer. Eine neue Behandlungsweise der tub. Processe. Münchener medicin. Wochenschr. 1888. (Ref.) — Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. Centralbl. f. Chir. Nr. 17. — Handbuch der allgem. chirurgischen Pathologie und Therapie. 1890. — Lannelongue. Vortrag am VI. französ. Congress f. Chir. Wiener medicin. Presse. 1892. Nr. 18. (Ref.) — Lannert. Die osteopl. Fussresection nach Miculicz. Münchn. medicin. Wochenschr. 1890. (Ref.) — Lauenstein. Vorschlag zur Handgelenksresection. Centralbl. f. Chir. — Leisrink. Resection des Os cuboid etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. IV. — Zur Statistik der Hüftgelenkskrankheiten. Langb. Archiv. Bd. XII. 1870. — Lentz. Über die Infection des Blutes und Urines. Tub. Inaug.-Diss. Greifswald. — Leser. Über Tuberculinbehandlung bei Kindern. Münchener medicin. Wochenschr. 1891. Nr. 47, 48. — Liebrecht. De la resection de l'articulation tibio-tarsienne. (Ref.) — Lilienthal. Über locale Tuberculose nach Traumen. Inaug.-Diss. Jena 1889. — Lindenbaum. Über operative Hilfe bei Ankylose tuberculöser Gelenke. (Ref. der Verhandlungen der Section f. Chir. auf dem XIII. Congresse russischer Ärzte in St. Petersburg 1889.) — Link. Neue Methode der osteopl. Operation am Tarsus. (Ref.) — Lorenz. Orthopädie der Hüftgelenkscontracturen und Ankylosen. Wien 1889. — Über mechanische Behandlung der Coxitis etc. Wiener Klinik 1882. Heft 10, 11. — Lossen. Pitha-Billroth 1882. — Hueter-Lossen. Grundriss der speciellen Chirurgie. 3. Aufl. Bd. II. pag. 290 ff. — Lovett W. The etiology, pathology and treatement of diseases of the hip-joint. Boston 1891. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 48. (Ref.) — Lovett-Goldwait. The abscess of hip. diseases. Boston med. and surg. journ. 1889. (Ref.)

Macau. Contribution a l'étude des resultats de la resection du genou. Thèse de Paris. 1891. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 10. (Ref.) — Maudry. Zur Frage der Arthrektomie des Kniegelenkes bei Kindern. Bruns' Beitrag zur klin. Chirurgie. Bd. III. (Ref.) — Mayer L. Zur Frage der partiellen Resection der Gelenke. Dtsche. Zeitschr. f. Chir. Bd III. — Meinhard. Vorderer und hinterer Längsschnitt zur Ausführung der Arthrektomie synov. am Talocruralgelenk. Centralbl. f. Chir. 1889. (Ref.) — Mensing. Beiträge zur Statistik der Kniegelenksresectionen. Inaug.-Diss. Kiel 1883. (Esmarch.) — Miculicz. Zur

Prioritätsfrage der osteoplast. Resection am Fusse. Langb. Arch. Bd. XXXIII. (Ref.) — Eine neue osteoplastische Resectionsmethode. Langb. Arch. Bd. XXVII. — Middelsdorf. Weitere Beiträge zur Resection des Ellbogengelenkes. Langb. Arch. Bd. XXXIII. — Miller. Two suggestions for improving the operation of excision of the Kneejoint for strumous disease. Edinburger med. Journal 1889. — Mögling. *Über chirurgische Tuberculose. Bruns' Beiträge zur Chirurgie. Bd. I.* — Müller E. An Arthrectomia genus ad tuberculos Arthroitis. Kopenhagen 1889. Centralbl. f. Chir. 1890. (Ref.) — Müller O. Zur Kenntnis der Kindertuberculose. Münchener medicin. Wochenschr. 1889. — Müller W. Über den Befund von Tuberkelbacillen bei fungöser Knochen- und Gelenksentzündung. Centralbl. f. Chir. 1884. — Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von Knochentuberculose. Dtsche. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXV. — Münch. Über cariöse Erkrankung des Fussgelenkes. Dtsche. Zeitschr. f. Chir. Bd. XI. (Citirt Kocher, Hueter, Ollier, Czerny, Schede etc. mit genauen Literaturangaben.)

Neudörfer. Die Endresultate der Gelenksresectionen. Wiener medicin. Wochenschr. 1879. — Neugebauer. Über die Endresultate der Kniegelenksresection. 1890. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX. — Nicolas. Contribution a l'étude de l'arthrectomie antisept. Gaz. des hosp. 1884. — Nimier. De l'amput. simultanée de quatres dernières metatarsiens. Bul. et mem. de la soc. de chir. Paris. T. XIV. (Ref.)

Obalinski. Neue Schnittmethode für Fussgelenksresection. (Orig.) Centralbl. f. Chir. — Oberst. Vier Fälle von acuter Eiterung nach Brisement forceè. Centralbl. f. Chir. 1885. (Ref.) — Ollier. Resections articulaires et pansements antiseptiques. Rev. méd. de méd. et de chir. — De la tarsectomie post. totale et de amput. du pied etc. Rev. de chir. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 4. (Ref.) — Resections de grandes artic. des membres. Lyon 1869. — Traitée des resections et des opérations conservatives. Tome II. Resections en particulier. Paris 1889. — Traitée des res. et des opér. cons. Paris 1885. Centralbl. 1886. (Ref.) — De la resection de la hanche dans les cas de coxalgie supp. etc. Bul. de l'acad. de méd. 1889. — Des opérations cons. dans les tub. artic. Vortrag am Congresse zu Kopenhagen. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 52. (Ref.) — De la resection de la hanche an joint etc. Rev. de chir. 1881. Centralbl. f. Chir. 1881. (Ref.) — Compt. rend. hebd. de séances de l'acad. 1889. (Ref.) — De la chir. cons. du pied et l'ablation préalable.

Paoli, E. de. Dell' Artrectomia parziale et totale. Giorn. della R. Acad. Torine. (Ref.) — Paschen. Zur Pathologie der Knochen und Gelenke. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IV. — Pawlow. Über Trepanation bei Gelenkstuberculose. Centralbl. f. Chir. (Ref.) — Pawlowski. Über Tuberculose. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 25. (Ref.) — Penières. De Resections du genou. Paris 1869. — Petersen. Zur Frage der Kniegelenksresection bei Kindern. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXIV. — Petitot Lucien. De l'intervention chir. dans la tuberculose externe. Paris 1884. — Phelps. The question of what produces and what prevents ankylosis of joints. Centralbl. f. Chir. 1891. Nr. 27. (Ref.) — Hip-joint diseases and some new lateraltraction. Med. News. 1891. Nr. 26. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 48. (Ref.) — Plicque. Etude sur le traitement de la tumeur blanche. Gaz. des hosp. 1891. Nr. 5. — Plümecke. De resectione genus. Inaug.-Diss. 1862. Greifswalde. — Poggi. Zwei Kniegelenksresectionen mit

keilförmiger Anfrischung der Knochen. Arch. di ortop. 1888. — Pohini E. Zur Behandlung tub. Knochen- und Gelenkskrankheiten mit Jodoformöl. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 48. — Poux R. Methode sclerogène. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 2. — Pulsen. Über Arthrektomie des Fussgelenkes mit temporärer Exstirp. des Talus. Centralbl. f. Chir.

Rabl. Bad Hall. 1891. Wien. — Reboul Jules. Contribution a l'étude du traitement de la tub. des os. Paris 1890. Regher. Zur Behandlung der Kniegelenksentzündung mit permanenter Dislocation. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IV. — Riedel. Die Häufigkeit der Sequester bei der Tub. der grossen Gelenke. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 7. — Die operative Behandlung tuberc. Gelenke. Correspondenzbl. des a. ärztl. Ver. von Thüringen. 1888. — Riedinger. Über Kniegelenkstuberculose. Centralbl. f. Chir. 1887. (Ref.) — Rinne. Verband und Nachbehandlung der Hüftgelenksresection mittelst antis. Tamponade. Centralbl. f. Chir. 1884. — Robert. Consideration sur l'ablation de l'astragale dans le tr. Centralbl. f. Chir. (Ref.) — Roberts. A rapid and easy method of excision of the hip-joint. N.-Y. med. Journ. Vol. 45. (Ref.) Ibidem. — Rochet. Appreciation des incisions préc. Prov. méd. 1888. (Ref.) Ibidem. — Roether. Über Verlauf der Resectionen der grösseren Gelenke unter dem antis. Wundverbande. Inaug.-Diss. Würzburg 1886. (Maas.) — Rokitansky. Lehrbuch. 1846. p. 434. — Roman und Klopfer. Zur Amputationsstatistik. Bruns' Beitr. Bd. VI. — Roth. Über Hüftgelenksresectionen. Inaug.-Diss. Würzburg 1886. (Maas.) — Rudel J. Ein Wort für die prim. Amputation. Inaug.-Diss. Berlin 1883. (Bardeleben.) — Rüdel. Über Osteotomien. Inaug.-Diss. Berlin 1884. (Bergmann.) — Rydigier. Zur antis. Gelenksresection mit bes. Berücksichtigung der Kniegelenksresection bei Gelenkstuberculose. Centralbl. f. Chir.

Sack. Beitr. z. Statistik d. Kniegelenksresection. Inaug.-Diss. Dorpat 1880. (Prof. Wahl.) — Über die Behandlung fung. Kniegelenksentzündung mit Resection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX. — Über Neubildungsvorgänge im Hüftgelenke nach geheilter Resection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXII. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 13. (Ref.) — Salomoni. Über Tuberculose und Carcinom. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 3. — Sartorius. Weiterer Beitrag zur Kniegelenksresection. Inaug.-Diss. Würzburg 1886. (Maas.) — Sayre C. A. Behandlung der Coxitis. Tim. and Reg. Philadelphia 1892. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 48. — Sbabanejew. Osteopl. Resection des Tibio-Tarsalgelenkes. Centralbl. f. Chir. 1887. — Schaefer. Über totale Resection der Kniegelenksresection. Inaug.-Diss. Berlin 1879. (Bardeleben.) — Scheimpflug. Die Heilstätten für scroph. Kinder. Wien 1887. — Die exp. und init. Behandlung chir. Tub. 1892. Stuttgart. — Schleusner. De resectione art. genu. Inaug.-Diss. Greifswalde 1861. — Schlüter. Kniegelenksresection. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXX. — Schmalfuss. Beiträge zur Statistik der fung. Tub. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXV. (Ref.) — Schmidt H. Statistik sämmtlicher Amputationen und Resectionen. 1843—1863. Stuttgart 1863. — Schmidt-Monard. Über Pathologie und Prognose der Gelenkstuberculose etc. Kiel 1888. — Über den Zeitpunkt für die Bestimmung endgiltiger Resultate der Resection tub. erkr. Gelenke. (Orig.) Centralbl. f. Chir. — Schmitz. Über den diagn. Wert der Rectaluntersuchung bei Coxitis. Ibid. — Schoemaker A. H. Been regeneratie na Resectio humeri. Nederl. Tijdschrift for Genes. Kunde 1877. — Schreiber A. Vortrag. 1886. Münchn. med. Wochenschr. N. 15 u. ff. 1886.

— Schroeder. Über Resection und part. Amputationen mit bes. Rücksicht auf die fung. tub. Knochen- und Gelenkskrankheiten. Inaug.-Diss. Würzburg 1886. (Maas.) — Schröter. Über zweckmässige Fixationsverbände für die Kniegelenksresection. Centralbl. f. Chir. 1887. (Ref.) — Schüller. Exp. Untersuchungen über die Infectiosität der Tub. Stuttg. 1880. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. IV. (Ref.) — Eine neue Behandlungsmethode der Tuberculose, besonders der chirurgischen Tuberculose. — Schoechter. Modification des Bris. forcèz bei der Streckung contr. Kniegelenke. Centralbl. f. Chir. 1884. — Schultheiss. Über Kniegelenksresectionen. Inaug.-Diss. Berlin 1885. (Küster.) — Schwartz Ed. Deux cas d'osteotomie soustrochant. Rev. d'orthopæd. 1892. Nr. 1. Centralbl. f. Chirurgie. 1892. Nr. 48. (Ref.) — Siebert. Statistik der Resectionen. Klinik Jena 1868. — Shaffer N. and Lovett Robert. On the ult. resultats of the mechan. treatement of hip-joint diseases. New-York. Med. Journ. V. 45. (Ref.) — Shephord. Excision of the bones of the tarsus for tuberc. deseases etc. Annal of surg. 1886. — Snudler Paul. Aufgabe und Endergebnis der Arthrektomie am Knie. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1890. Bd. XXX. Heft 1, 2. — Beitrag zur Gelenkschirurgie. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXVII. — Sonnenburg. Bedeutung der Tuberculose bei den Knochen- und Gelenksentzündungen. Vortrag am X. Chir.-Congr. Langb. Arch. Bd. XXVI. — Soor H. Osteoplast. Methode der Fussgelenksarthrotomie. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXX. (Ref.) — Sordina. Due casi de resezione osteoplastica del piede. Riv. Venete di szienzi. 1885. — Spengler. Tuberculinbehandlung. Centralbl. f. Chir. 1892. — Szumarokoff W. S. Zur Frage über die atyp. Resection am Fussgelenke. Centralbl. 1892. Nr. 41. — Stutsgard C. Über die Behandlung der Osteoarthritis pedis et manus. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 14. — Sziman. Ein Fall von acuter Miliartuberculose nach Brisement forcè. Centralbl. f. Chir. 1885.

Tauber. Eine neue Methode der osteopl. Amputation des Unterschenkels. Arch. f. klin. Chir. Bd. 34. (Ref.) — Thausing. Über die Endresultate einer cons. Therapie bei tub. Hüftgelenksentzündung. Langb. Arch. Bd. XLVI. Heft 2. — Thierry O. Monographie. Centralbl. f. Chir. 1885. (Ref.) — Tiling. Vorschläge zur Technik der Arthrektomie am Schulter-, Ellbogen-, Hüft-, Knie- und Fussgelenk. Petersburger med. Wochenschr. 1887. Centralbl. f. Chir. 1887. (Ref.) — Timmermann. Methode sclerogène de Lannelongue. (Handgelenk.) Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 2. (Ref.) — Tizzoni and Cantani. Über Tuberculinbehandlung. Rif. med. 1890. Centralbl. f. Chir. 1892. Nr. 5. (Ref.) — Tribone. De l'ignipuncture dans le traîtement des tumeurs blanches. Centralbl. f Chir. 1884. (Ref.) — Tryde Gabriel. Jodoformgazetamponade op secundär Sutur ved Resectio genus for Arth. tub. Hosp. Tid. Bd. VII. 1890. (Ref.)

Usiglio. Getorno alla resecione osteopl. de piede. Gaz. dell' hosp. 1887. (Ref.) — Urasaburo Kosima. (Klinik König.) Über den Verlauf und den Ausgang der tub. Erkr. des Ellbogengelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXV.

Vallas. De la resection tibio-tarsienne etc. Rev. de chir. 1890. (Ref.) — Verhandlungen. Siehe Schluss dieses Verzeichnisses. — Verneuil. Generalisation de la tuberculose. Centralbl. f. Chir. (Ref.) — Vetsch. Über die Endresultate der Gelenkskrankheiten an der oberen Extremität. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XVI. — Vincent. De l'arthrotomie ignée et du chauffage art. comb. avec le pansement. Rev. de chir. 1884. Centralbl. f. Chir. 1884. (Ref.) —

Vohs W. L., de. Über Beh. tub. erkr. Gelenke mit Jodoformöl. Centralbl. f. Chir. 1893. Nr. 3. — Volkmann. Die Arthrotomie am Knie. Centralbl. f. Chir. 1885. — Die Resectionen der Gelenke. Volkmann's Hefte. V. Nr. 51. — Die Krankheiten der Bewegungsorgane. Pitha-Billroth, 1869. — Über den Charakter und die Bedeutung der fung. Gelenksentzündungen. Volkmann's Hefte Nr. 168, 169. — Demonstration von geh. Schultergelenksresection. XIV. Chir.-Congr. — Volkmuth. Über Schultergelenksresectionen. Inaug.-Diss. Bonn 1885. (Trendelenburg.)

Waldenburg. *Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und die Scrophylose. Berlin 1869.* — Wartmann. Die Bedeutung der Resection tub. erkr. Gelenke für die General. der Tuberculose. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIV. — Weidenmüller. *Zur Behandlung localer tub. Affectionen mit Jodoforminjectionen.* — Weir O. On antis. irrigation of the Knee joint. New-York. med. Jour. Vol XLIII. (Ref.) — Wendelstadt. Zur Behandlung von tub. Knochen- und Gelenkserkrankung. durch permanente Injectionen von Jodoformöl. (Orig.) — Whrigt. Hip disease in childhood with special reference. London 1887. (Ref.) —Wichaus-Festschrift. Über die Behandlung fung. Gelenksentzündungen mit Massage. Dtsche. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIII. — Wittich. Ein Beitrag zur Geschichte der Kniegelenksresection. Inaug.-Diss. Tübingen 1871. (Mit genauen Angaben über ältere Statistiken.) — Willemer. Über Kniegelenkstuberculose. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXII. — Wölfler. Chirurgische Briefe über Amputationen. Wien 1881. — Wien. klin. Wochenschrift. 1893. Nr. 16. Discussion über die Resection. — Wolf. Über trophische Störungen bei primären Gelenksleiden. Berl. klin. Wochenschr. 1883. — Wolfram. Zur Statistik der Resection bei Gonitis tub. Inaug.-Diss. Königsberg 1889. (Ref.) — Wolzendorff. Über Knochen- und Gelenkskrankheiten im 16. und 17. Jahrhundert. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. — Wijmann. The conšt. treatement of caries and necrosis. New-York. med. Journ. Vol. L. (Ref.)

Zesas. Zur Technik der Fussgelenksresection. — Zur Exstirpation der Synovialis an der hinteren Wand des Kniegelenkes. — Zöge-Manteuffel. Über Resection des fung. erkr. Kniegelenkes. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX.

Verhandlungen der Gesellschaft für Chirurgie.

1872: Metzler. Über Resection des Kniegelenkes. — Löffler. Demonstration eines Präparates nach Resection des Kniegelenkes. — 1873: Langenbeck. Über Coxitis. Demonstration. — Hueter. Über Coxitis. Demonstration. — Volkmann, Langenbeck. Discussion. — Lücke, Billroth. Discussion. — 1874: Hueter. Über antiphlog. Wirkung von Carbolsäure-Injectionen. — Bergmann. Über Fussgelenksresection. — 1875: Hueter. Über Ellbogengelenksresection. — v. Langenbeck. Über Handgelenksresection. — v. Bardeleben. Über primäre Handgelenksresection. — 1876: Hueter. Über Fussgelenksresection nach Caries. — Langenbeck. Über Fussgelenksresection nach Caries. — König. Über Resection bei Amyloidosis. — Volkmann. Über Fussgelenksresection. — Bidder, Volkmann, Wolff. Discussion über die Resection. — 1877: Hueter. Über partielle Resection am Fuss- und Ellbogengelenk. — Langenbeck, Volkmann, Schede, Lücke, Ganée. Discussion über

Coxitis. — 1878: König. Über Gang der Temperatur bei fungösen Gelenkserkrankungen. — König und Kocher. Discussion. — Langenbeck, Vogt, Schede. Demonstration. — 1879: Schüssler. Über Resection im Tarsus und Metatarsus (mit Demonstration). — 1880: Hahn. Hüftgelenksresection mit Demonstration. — König, Esmarch. Discussion. — 1881: Miculicz und Gussenbauer. Über Jodoform. — König und Kraske. Über Frühresection. — Sonnenburg. Über Scrophulose und Tuberculose. — Hueter. Über Fussgelenksresection. — 1882: Wolff. Über Ellbogen- und Hüftgelenksresection. — Hahn und Kraske. Über Kniegelenksresection. — Koch. Demonstration des Tuberkel-Bacillus. — 1883: Küster. Hüftgelenksresection mit Demonstration. — Israël. Hüftgelenksresection mit Demonstration. — 1884: Neuber. Über Knie- und Hüftgelenksresection mit Discussion. — Volkmann. Über Kniegelenksresection. — 1885: König. Über Fussgelenksresection. — Volkmann. Chirurgische Erfahrungen über Tuberculose. — 1886: Petersen. Kniegelenksresection. — 1887: Bruns. Über Jodoform. — 1889: Krause. Über Hüftgelenksresection. — 1890: Bruns, Krause, Riedel, Eiselsberg, Trendelenburg. Über Jodoform-Injectionen. — Angerer. Über Arthrektomie am Knie. — 1891: Drutz. Schultergelenksresection. — Bardenheuer und Schmidt. Über Hüftgelenksresection. — Heufner. Orthopäd. Behandlung der Coxitis. — 1892: Koenig. Moderne Behandlung der Gelenkstuberculose (mit Discussion). — Bier A. Ein neues Verfahren der conservativen Behandlung der Gelenkstuberculose.

Demnächst erscheinen in gleichem Verlage:

Über

subphrenische Abscesse.

Von

Dr. Karl Maydl,

Professor an der böhmischen Universität in Prag.

Mit 8 Tafeln in Heliogravure, 2 Tafeln in Lichtdruck und mit Abbildungen im Texte.

Über

Lithiasis der Harnblase

in Böhmen.

Verfasst und aus dem Böhmischen ins Deutsche übertragen

von

MUDr. Ottokar Kukula,

klinischer Assistent.

Mit 50 Abbildungen auf 15 Tafeln in Lichtdruck, 1 Kärtchen und 1 Figur im Texte.

Das böhmische Original: **„O lithiasi měchýře močového v Čechách"** ist in demselben Verlage erschienen.

Ed. v. Jaeger's

grosser ophthalmoskopischer Atlas.

100 Mark Ermässigung.

BEITRÄGE

zur

Pathologie des Auges.

Von Eduard Jaeger Ritter von Jaxtthal.

IV. Lieferung. — Mit 56 Tafeln in Farbendruck.

Wien 1870. Imp. 4°. Cart.

Preis statt 144 Mark nur 44 Mark = 24 fl. österr. Währ.

„Die Bilder dieses Atlases werden an Naturwahrheit und Schönheit der Ausführung schwerlich jemals erreicht, sicher niemals übertroffen werden."

(Prof. Fuchs in seiner Antrittsrede.)

Die vorliegende „IV. Lieferung" umfasst die Tafeln 22—77 mit dem dazu gehörigen Text, also den grössten Theil des vergriffenen completen Werkes und bildet mit Bezug auf den Inhalt, und von der Paginirung abgesehen, ein abgeschlossenes Ganzes.

Die Bilder dienen auf vielen öffentlichen und Privat-Kliniken als **Wandtafeln** und können auch aufgezogen mit Ösen (Text apart gebunden), oder mit Schutzblatt versehen in Carton geliefert werden.

Inhalt:

Tafel 22. Augengrund eines albinotischen Auges. — 23. Opticustheilung. — 24./25. Opticusausbreitung. — 26. Angeborene bläuliche Sehnervenfärbung. — 27./31. Angeborene Sehnervenexcavation. — 32. Bläuliche Sehnervenentfärbung. — 33. Sehnerven- und Netzhautatrophie. — 34. Neuroretinitis regressiva. — 35. Sehnerven- und Netzhautatrophie. — 36. Netzhaut- und Sehnervenatrophie. — 37./38. Glaucomatöse Sehnervenexcavation. — 39. Angeborene und glaucomatöse Sehnervenexcavation. — 40. Entzündung der Netzhaut. — 41. Netzhautleiden (bei Morbus Brighti). — 42./44. Entzündung der Netzhaut. — 45. Neubildung von Glaskörpergefässen. — 46./47. Netzhautstränge. — 48. Atrophie des Sehnerven und der Netzhaut. — 49./50. Typische Pigmentneubildung. — 51. Atrophie des Sehnerven und der Netzhaut mit Pigmentneubildung im Augengrunde. — 52./53. Netzhautablösung. — 54. Cysticercus zwischen Netz- und Aderhaut. — 55. Bindegewebsneubildung im Glaskörper. — 56./58. Colobom der Gefässhaut. — 59./60. Gewebsveränderungen an der Stelle der Macula lutea. — 61. Apoplektischer Herd an der Stelle der Macula lutea. — 62. Gewebsveränderungen an der Stelle der Macula lutea. — 63./64. Entzündung der Gefässhaut. — 65. Riss der Gefässhaut. — 66./67. Entzündung der Gefässhaut. — 68. Kleiner Conus in einem kurzsichtigen Auge. — 69. Sehr grosser Conus in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 70. Angeborene Sehnervenexcavation und Atrophie des Epithelpigmentes in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 71. Conus mit deutlich sichtbaren Chorioidealgefässen in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 72. Chorioidealtuberkel in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 73. Entzündung der Netz- und Gefässhaut mit typischer Pigmentbildung in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 74. Entzündung der Gefässhaut mit Glaskörpertrübung in durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Augen. — 75. Entzündung der Gefässhaut in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge. — 76. Entzündung der Gefässhaut und Sclerotica mit Glaskörpertrübung in durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Augen. — 77. Entzündung der Netz- und Gefässhaut mit Glaskörpertrübungen in einem durch Staphyloma posticum kurzsichtigen Auge.

Zu beziehen von

Josef Šafář, medicin. Buchhandlung, Wien,

VIII./1. Schlösselgasse 24.

Druck von Leopold Karafiat in Brünn.

Date Due

Demco 293-5

RD 686
894P