

### Sechster französischer Chirurgencongress, Paris, 18.—23. April 1892.

(Semaine médicale 1892 No. 19 und 20.)

In der Sitzung am 18. April sprach Lafrange (Bordeaux) über die **primären Tumoren des Nervus opticus**. Es sind verschiedenartige Sarkome, die alsbald Verlust des Sehvermögens und Exophthalmus veranlassen bei erhaltenen Bewegungen des Augapfels; diese Tumoren haben zunächst keine Neigung, den letzteren zu ergreifen, sondern schreiten nach hinten zu dem Chiasma fort. Lafrange rath, bei frühzeitiger Diagnose durch einen äusseren Schnitt den Nerv blozulegen und den Tumor zu exstirpieren mit Erhaltung des Bulbus; dieser atrophirt allerdings später, bietet aber doch eine gewisse Füllung für die Augenhöhle und Stütze für ein eventuelles künstliches Auge.

Boiffin (Nantes): Ueber **Laparotomie bei Darmverschluss**. Diese Operation sei stets frühzeitig auszuführen, man dürfe sich mit inneren Mitteln nicht lange aufhalten; dann erhalte man auch gute Resultate. Zum Beweise werden einige Krankheitsfälle mitgetheilt, in denen es sich allerdings um langsam entstandene Hindernisse handelte.

Charvot (Paris) berichtet über **Hämatome der Ellenbogenbeuge**, welche besonders häufig nach Luxation der Vorderarmknochen nach hinten eintreten. Hierbei zerreißen Fasern des über die Trochlea gespannten Musculus brachialis internus und veranlassen den Blutaustritt, der hühnereigross und hart werden kann und dann ein Hinderniss für die Beugung des Ellenbogengelenks abgibt. Nachgewiesenermaassen tritt auch leicht Verknöcherung des Hämatoms ein; dem Eintritt eines solchen Ereignisses muss durch Operation vorgebeugt werden.

Routier (Paris) sucht bei **Beckeneiterungen** zwischen „Laparotomisten und Hysterektomisten“ zu vermitteln. Er empfiehlt zunächst einen Einschnitt durch's hintere Scheidengewölbe in die Peritonealhöhle (Boutonnière rectouterine). Der eingeschobene Finger kann sich über den Zustand der Uterusanhänge orientiren. Wenn nöthig, wird nun auch das vordere Scheidengewölbe eröffnet, und dann der Uterus in der Längsrichtung mitten durchschnitten. Jede einzelne Hälfte kann nach unten gezogen und das Krankhafte ganz oder zum Theil entfernt werden. Die Blutung ist dabei gering. 16 meist schwere Fälle, von denen ein Theil Affectionen der Ovarien und Tuben waren, wurden alle auf diese Weise geheilt.

Nach Mittheilung eines mit Erfolg operirten Falles von **Epispadie bei einem jungen Mädchen** durch Auffret (Brest), liefert Gross (Nancy) Beiträge zur Kenntniss der **Fibromyome des Ligamentum latum**. Sie sind hauptsächlich von deutschen Forschern beobachtet worden, aber selten. Am seltensten sind die gestielten Geschwülste dieser Art, deren Natur erst bei der Operation festgestellt werden kann.

Moty (Paris) lenkt die Aufmerksamkeit auf die **Atrophieen von**

**Knochen** — namentlich des Fusses —, welche nach Fracturen eintreten und mit traumatischer Neuritis in Zusammenhang gebracht worden sind.

Mauny (Saintes) operirte bei einer 67jährigen Frau eine grosse **Nabelhernie** mit Einklemmungserscheinungen, die 48 Stunden gedauert hatten; 600 g Netz müssen weggeschnitten, zahlreiche peritoneale Stränge durchtrennt werden; kleine verdächtige Stellen am Darm wurden übernäht. Heilung erfolgte ohne Störung. Die Taxis bei Nabelbrüchen sei nur schädlich und daher zu unterlassen.

Dezanneau (Angers) fand eine **fibröse Verengung des Dünndarms** bei einer Frau, die er wegen zunehmender Stuhlbeschwerden operiren musste. Bei der Laparotomie zeigte sich innerhalb zahlreicher Pseudomembranen eine den Dünndarm allseitig comprimierende fibröse Masse in der Ausdehnung von 8 cm. Ober- und unterhalb wurde der Darm reseziert; das untere Lumen musste schräg zugeschnitten werden, da es stark verengt war; 67 Catgutnähte wurden angelegt. Heilung trat schnell ein. Die offenbar durch chronische Entzündung entstandene fibröse Verdickung hatte den Darm so verlegt, dass selbst am ausgeschnittenen Präparat eine Sonde nur schwer durch die Lichtung geschoben werden konnte.

Lannelongue (Paris) erklärt aufs neue seine „**sclerogene Methode zur Behandlung tuberculöser Knochen- und Gelenkaffektionen**“, durch die ein harter und gefässarmer Wall um den tuberculösen Herd erzeugt werde. Die Bacillen und ihre toxischen Producte würden dadurch unschädlich gemacht. Durch diese Methode kann die Tuberculose in ihrem frühesten Abschnitt — wo die Herde noch nicht offen liegen und vereitert sind — völlig geheilt werden; in den weiteren Abschnitten ihres Verlaufes, wo die Herde vereitert oder gar schon offen sind, und sich Fisteln gebildet haben, bereitet die Methode in günstiger Weise zu operativen Eingriffen vor, die namentlich zur Beseitigung ossaler Herde durchaus notwendig seien.

Richelot (Paris) hat mit der **Radicaloperation der Hernien** sehr gute Resultate erlangt; in den letzten vier Jahren erzielte er bei 44 Operationen 34 völlige Heilungen, 8 Besserungen und 2 Misserfolge, insofern, als sich hier die Hernien wieder zu früherer Grösse entwickelten; aber auch in diesen Fällen war Besserung zu verzeichnen, da die Patienten jetzt mit Nutzen ein Bruchband tragen konnten. Richelot incidirt nie die Aponeurose des Obliquus; nach Resection und Reposition des Bruchsackhalses vernäht er den Canal mit starkem Catgut.

Schmidt (Versailles) sprach über einen Fall von **einseitiger Gynäcomastie**, die sich bei einem Manne im Anschluss an eine von Atrophie gefolgte Orchitis eines Hodens entwickelt hatte.

Jacobs (Brüssel): Ueber eine **Laparotomie bei acuter Peritonitis**. Diese hatte sich bei einer 43jährigen Frau, die mit einem grossen Uterusfibrom behaftet war, entwickelt. Bei der Operation fand sich ausser dem letzteren eine geplatzte parovariale Cyste, die ihren blutig-eitrigen Inhalt in die Bauchhöhle entleert hatte. Nach Entfernung der Cyste und der fibrinösen Auflagerungen der Gedärme etc. wurde die Bauchhöhle geschlossen. Abends starb die Frau. Jacobs hält das Operiren in solchen Fällen für sehr empfehlenswerth. Pozzi hat zwei ähnliche Fälle operirt und geheilt.

Die Sitzung vom 19. April begann mit der Verhandlung über die **Pathogenese und Behandlung der chirurgischen Gangrän**.

Der Berichterstatter Jeannel (Toulouse) erwähnte zunächst den verschiedenen Werth einer Gangrän, je nachdem sie mit Infection verbunden sei oder nicht. Erstens gäbe es trophische Gangränarten, die sich theilen in solche vasculären, nervösen und cellulären Ursprunges. Von diesen seien zweitens zu trennen die toxischen Gangränformen, die auf bacterieller Infection beruhen, sei es dass schon vorher eine besondere Diathese bestand oder nicht. Die Gangrän könne endlich Folge oder Ursache einer Infection sein. Die Behandlung müsse in jedem Falle eine antiseptische sein, um einer hestehenden Infection entgegenzuwirken, oder den Eintritt einer solchen zu verhüten. Im allgemeinen sei es angezeigt, operative Eingriffe erst bei eingetretener Demarcation vorzunehmen. Unter Umständen könne aber auch vorher eingegriffen werden.

In der Discussion berichtet Gérard Marchant (Paris) über einen solchen Fall. Es handelte sich um einen Pferdebiss in den Vorderarm, der eine acute Phlegmone und alsbald Gangränä humida mit Gasauftreibung zur Folge hatte; bei dem schweren, adynamischen Allgemeinzustand entschloss sich Gérard Marchant zur Amputation noch im gangränösen Gewebe ohne Chloroformanwendung. Gegen alle Erwartung trat völlige Heilung ein. Die bacteriologische Untersuchung des Abgestorbenen erwies das Vorhandensein von Streptococcus pyogenes und von Pasteur'schen Septicämiebacillen.

Verneuil äussert sich zustimmend zu diesen Auseinandersetzungen, und Ricard, Berthomier und Viller führen einige erläuternde Beispiele aus ihrer Praxis an.

Leprévost (Havre) beobachtete Gangrän bei Anwendung der scalären Methode von Kraske zur Excision von Rectumgeschwülsten dreimal; sie trat wenige Tage nach der Operation ein und beschränkte sich zweimal auf die Umgebung der Hautwunde; hier trat Genesung ein; im dritten Falle griff die Gangrän tiefer und führte durch Septicämie zum Tode. Leprévost ist geneigt, auch hier trophische Ursachen anzunehmen, wie sie nach Verletzungen des Rückenmarks etc. constatirt sind.

Campanon (Paris) berichtet über 12 Fälle von Septicämie, die zu Gangrän führten; er meint, dass man nur bei den ganz acuten Formen (suragies) sofort amputiren müsse.

Reynier (Paris) hält die grosse Mehrzahl der Gangränformen für trophischen Ursprunges, und Levrat (Lyon) berichtet endlich über zwei Fälle, wo Gangrän des Beines eintrat nach Anlegung einer äusseren Schiene mit elastischem Zug wegen Genu valgum. Die Bandage hatte in einem 24, im anderen 48 Stunden gelegen.

In der Sitzung am 20. April empfiehlt Delorme (Paris) die **Resection des Gelenkendes der grossen Zehe bei Ankylose im Metatarsophalangealgelenk**; durch zwei seitliche Schnitte ist sie ausführbar und heseitigt alsbald die mit genanntem Leiden verbundenen Gehstörungen.

Bouilly (Paris) spricht über die **modernen Methoden der Behandlung der Hydatidencysten**. Einige male hat er mit Erfolg die Incision ausgeführt; häufiger hat er die Punction und völlige Entleerung der Flüssigkeit bewirkt mit nachfolgender Injection von 5 g von Swieten'schen Liquors. Hierdurch erzielte er stets Heilung; unsicherer ist die Auswaschung mit Sublimatwasser, und ganz unzuverlässig die einfache Punction.

Tachard (Montauban) nimmt die **Methode der Aspirationsdrainage bei Behandlung eitriger Pleuraexsudate** als eine französische Erfindung in Anspruch; er habe über sie bereits im Januar 1875 in der Gesellschaft für Chirurgie berichtet.

Piéchaud (Bordeaux) lobt im Auftrage Lannelongue's die offene Durchschneidung der contrahirten Gewebe bei **paralytischen Contracturen im Hüftgelenk (la methode à ciel ouvert)**; seine Auseinandersetzungen bieten nichts neues; Lannelongue will das Leiden „coxobot“ oder „hanche bote“ genannt wissen.

Boursier (Bordeaux) bringt zwei Beobachtungen über **Torsion des Stiels bei Ovarialeysten**.

Nanu (Bucharest) macht Mittheilungen über die **Behandlung der malignen Tumoren mit Pyoktanin**, die in der Klinik von Séverano bei 25 Fällen von Geschwülsten verschiedenen Sitzes und offenbar auch sehr verschiedener Art angewendet wurde. Von einer 1% Lösung wurden täglich 2—12 g mit der Spitze injicirt. 10 Kranke wurden geheilt, die anderen sehr gebessert. Durch die Injectionen werde eine Nekrobiose des carcinomatösen Gewebes bewirkt, während das gesunde Gewebe intact bleibe, höchstens vorübergehendes Oedem zeige. (Referent möchte sich hierzu die Bemerkung erlauben, dass er im vorigen Jahre ein typisches Carcinom der Parotis längere Zeit mit noch stärkeren Lösungen von Pyoktanin sehr energisch behandelt hat, dass dem Fortschreiten des Tumors dadurch aber ebenso wenig Einhalt geboten werden konnte, wie durch die wochenlang fortgesetzte innerliche Anwendung von Methylenblau. Dieses Mittel, das eine heständige intensive Blaufärbung des Urins zur Folge hatte, wurde gut vertragen, hatte aber keinen Einfluss auf das Carcinom, dem der Patient bald erlag.)

Girard (Grenoble) erinnert an einen früher von ihm durch Trepanation geheilten Fall von „essentieller“ Epilepsie und knüpft daran die Besprechung eines neuen Falles von **nicht traumatischer Epilepsie**, wo die Craniectomie exploratrice mit Eröffnung einer Cyste gemacht wurde. Wie Girard aber diesen Fall als „nicht traumatisch“ bezeichnen kann, ist ganz unverständlich, da es sich um einen 26jährigen jungen Mann handelt, der sich vor zwei Jahren mit einem Revolver in die rechte Schläfe und in's Ohr geschossen hatte. Eine halbseitige Parese und choreaartiges Zittern etc. waren zurückgeblieben. Eine ausgedehnte Trepanation des Scheitelbeins legte eine grosse Cyste bloss, die geöffnet und drainirt wurde. Für einige Wochen verschwanden die nervösen Erscheinungen fast ganz, kehrten dann aber in alter Form wieder, so dass Patient in verzweifelter Stimmung das Hospital verliess und sich einige Tage später aufhängte.

Lediberder (de Lorient) **injicirt stets Cocain in den Uterus**, ehe er die Jodtinctur benutzt.

Largeau (Niort) machte bei einem **geistig zurückgebliebenen Kinde die Craniectomie mit Lappenbildung**. Ohne die Dura mater zu verletzen, meisselte er aus dem linken Scheitelbein eine 5 mm breite hufeisenförmige Rinne, die 8 cm lang und 7½ cm hoch war; eine zurückbleibende 4 cm breite Brücke brach er durch. Nach der Heilung blieb dieser Knochenlappen beweglich und ragte ein wenig über das Niveau des übrigen Schädels. Ein Einfluss auf die geistigen Functionen scheint nicht eingetreten zu sein. Dagegen hat Chenieux (Limoges) in zwei Fällen, in denen er aus gleicher Veranlassung die **Craniectomie** machte, doch einige Besserung beobachten können, und hält dieses Vorgehen daher für empfehlenswerth.

J. Boeckel (Strassburg) zeigte zwei **Blasensteine** von ungewöhnlicher Grösse, die er durch Sectio alta gewonnen hat, während de Larabrie (Nantes) bei „**pieu bot talus valgus**“ eine keilförmige Osteotomie mit gutem Erfolge gemacht hat.

Ménard (Berk-sur-Mer) erzielte bei einer nach Fractur zurückgebliebenen **Pseudarthrose schnelle Heilung durch Injectionen von Chlorkalklösung zu 10%**.

Monod (Paris): Ueber **Hydronephrose und Pseudohydronephrose traumatischen Ursprungs**. Ein Mann, der aus bedeutender Höhe herabgestürzt war, wurde in's Hospital gebracht und bot die Erscheinungen einer Nierencontusion dar. Diese verloren sich bald; dagegen zeigte sich nach einigen Tagen an der verletzten Seite ein grosser fluctuirender Tumor im Leibe. Durch Punction gewann man eine Flüssigkeit, die etwas Eiweiss und Spuren von Harnstoff und Harnsäure enthielt, und beim Stehen eine dicke Fibrinschicht absetzte. Die Flüssigkeit sammelte sich wieder an und wurde von neuem durch Punction entleert. Jetzt enthielt sie 2 g Harnstoff auf 1 Liter und salicylsaures Natron, das man versuchs halber eingegeben hatte. Erst nach einer dritten Punction verschwand der Tumor, und konnte Patient geheilt entlassen werden. — Aehnliche Beobachtungen sind mehrfach in der Litteratur mitgetheilt worden. Die Erklärung der Erscheinungen ist schwierig; aber einige zur Autopsie gelangte Fälle machen es wahrscheinlich, dass in einigen Fällen Risse der Nierensubstanz selbst, in anderen solche des Ureters resp. des Nierenbeckens den acuten Urintumor veranlassen.

In der Abendsitzung sprach Guyon (Paris) als Berichterstatter über die **Pathogenese der Infection der Harnwege**. Selbst der Urin ganz gesunder Menschen kann einige aus der Urethra stammende unschädliche Mikroben enthalten. Der eiterhaltige Urin entzündeter Blasen dagegen enthält pathogene Mikroorganismen, von denen besonders hervorzuheben sind: der Staphylococcus pyogenes aureus und albus, der Streptococcus pyogenes, Urobacillus liquefaciens septicus und ein Bacillus, von dem man jetzt annimmt, dass er mit Bacterium coli commune identisch ist. Die Mikroben können direkt oder indirekt eindringen; das erstere geschieht besonders leicht bei Weibern wegen der Kürze und Schlaffheit ihrer Harnröhre; am häufigsten aber bei beiden Geschlechtern durch das Einführen unreiner Instrumente. Die secundäre oder indirekte Infection geschieht auf dem Blut-

wege und ergreift dann zunächst die Niere; steigt selten herunter. Die Infection haftet am leichtesten, wenn eine locale Disposition vorhanden ist, z. B. Ausdehnung, Congestion der Blase, Stagnation des Urins, Verletzungen der Schleimhaut, Neoplasmen. Hier wirken die Mikroben direkt; die Ammonurie ist nicht Bedingung der Cystitis. Von der Blase aus kann die Niere inficirt werden, und das geschieht, wenn die Blase unregelmässig resp. unvollständig entleert wird. — Allgemeinerscheinungen, Urinfieber entstehen durch Aufnahme toxischer Substanzen aus den Urinwegen in's Blut. Seltener werden wohl die verschiedenen Mikroben selbst in die Circulation aufgenommen, oder in die Gewebe. Die hin und wieder zu beobachtenden periurethralen oder periprostatichen Phlebitiden sind ein Beispiel für das letztere. Die Urinfieber sind sehr verschiedenartig, wie die Affectionen der Harnwege überhaupt, da die Art der Mikroben, die Empfindlichkeit der Kranken, ihr Alter und unzählige andere, oft unberechenbare Dinge dabei von Einfluss sein können. — An der kurzen Discussion, die sich an das Referat anschloss, beteiligten sich Reliquet, Lavaux, Broca, Verneuil.

Reginald Harrison (London) spricht über die **Ursachen gewisser Formen von Urinfieber in der chirurgischen Praxis**. Beim einfachen Bougiren der unverletzten Harnröhre, z. B. bei Sticturen, entsteht bekanntlich oft heftiges Fieber, Erbrechen etc., das glücklicher Weise meist schnell

vorübergeht und nur ausnahmsweise bedrohlich wird. Diese Symptome sind offenbar nervösen Ursprungs. Viel heftigere und nicht selten zum Tode führende Symptome treten oft ein bei der Urethrotomia interna und Verletzungen der Harnröhre durch heftige Contusion etc.; hier ist die Ursache in Urinfiltration und Infection durch Mikroorganismen zu suchen. Deshalb hat Harrison in den letzten Jahren die innere Urethrotomie stets verbunden mit einer Eröffnung der häutigen Harnröhre vom Perineum aus, um von hieraus die Blase zu drainiren. Seitdem hat er üble Ausgänge nicht mehr zu beklagen. Die äussere Urethrotomie mit Drainage wendet er übrigens auch mit Erfolg bei Prostatahypertrophie an.

Horteloup (Paris) spricht über die **Anwendung der Verweilsonde nach innerer Urethrotomie** und kommt zum Schluss, dass man vor der Operation sich darüber vergewissern müsse, ob septische Mikroorganismen im Urin enthalten seien. Sei das der Fall, so müsse man den Verweilkatheter einlegen und 4—5 Tage liegen lassen. Bei aseptischem Urin sei ein Verweilkatheter nicht nothwendig.

Pièchaud (Bordeaux) entfernt bei doppelter **Hasenscharte** den Zwischenkiefer, und Phocas (Lille) hält bei der **Arthrodes** den Volkmann'schen Löffel zur Anfrischung der Knorpelflächen für am zweckmässigsten.

A. Bidder.