Aus der Königl. Chirurgischen Klinik zu Breslau (Direktor:
Geh. Mediz.-Rat Prof. Dr. H. Küttner).

Über den paranephritischen Abszeß.

Auf Grund von 35 an der Breslauer Chirurgischen
Klinik behandelten Fällen.

Von Dr. **W. V. Simon**, Assistent der Klinik.

Unter dem Namen paranephritische Abszesse fassen wir alle Eiterungen der Nierenfettkapsel und der Massa adiposa renalis zusammen, ohne, wie Israel es will, einen Unterschied zwischen dem Fettgewebe diesseits und jenseits der Fascia retrorenalis Gerota zu machen (Epinephritis und Paranephritis). Denn wenn auch — wie Garrè-Ehrhardt hervorheben — die Fascia Gerota unter Umständen ein unübersteigbares Hindernis für die Eiterungen abgeben kann, so haben wir doch unter unserem Material keine absolute Unterscheidung zwischen beiden Krankheitsformen finden können. Vor allem war man bei den scheinbar oberflächlich gelegenen Prozessen nicht in der Lage, mit Sicherheit eine Eiterung im eigentlichen epinephrotischen Gewebe im Sinne Israels auszuschließen. Meist finden wir in den Krankengeschichten die Angabe, daß sich die Eiterung in eine beträchtliche Tiefe erstreckt, so daß also ein sicherer Fall von isolierter Eiterung der Massa adiposa pararenalis nicht zu finden ist. Ebenso haben wir alle die Fälle mitgerechnet, die unter dem klinischen Bilde einer Paranephritis verliefen, auch wenn sie nicht rein metastatische Eiterungen waren. Abgesehen von Prozessen, die wahrscheinlich von der Niere ausgingen, ohne daß die Nierenerkrankung offenkundig im Vordergrund des klinischen Interesses stand, sind dies die Fälle von fortgeleiteter Eiterung, z. B. nach Appendicitis durch perforierten Kotstein usw.

Tuberkuloseverdächtige bzw. sicher tuberkulöse Eite-

rung haben wir ebenfalls nach Maßgabe des vorhandenen klinischen Bildes des paranephritischen Abszesses mit in unsere Statistik einbegriffen. Tatsächlich spricht ja nichts dagegen, daß sich auch tuberkulöse metastatische Eiterungen in der Nierenkapsel etablieren können. Ausgesprochene Pyonephrosen oder Nierentuberkulosen, sowie von Knochen o. ä. ausgehende kalte Abszesse fallen natürlich nicht unter den Begriff eines paranephritischen Abszesses.

Unser Material beträgt von 1888 bis Ende 1911 35 Fälle, die sich folgendermaßen nach Geschlecht, Alter, Körperseite usw. einteilen lassen.

Tabelle I.

Alter	m.	w.	r.	l.	Summa
1. Lebensjahr	—	—	—	—	—
1—10 Jahr	2	1	—	3	3
11—20 Jahr	2	1	1	2	3
21—30 Jahr	6	5	7	4	11
31—40 Jahr	6	4	7	3	10
41—50 Jahr	5	—	2	3	5
51—60 Jahr	—	3	—	3	3
Summa:	21	14	17	18	35

Wie in der Küsterschen Statistik, so liegt auch bei uns die größte Anzahl der Erkrankungen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, was in der Hauptsache wohl in der Häufung der ätiologischen Momente während dieser Lebensjahre seinen Grund hat. Beide Körperseiten sind bei uns fast gleichmäßig betroffen und auch andere Statistiken bringen keine großen Unterschiede. Eine doppelseitige Erkrankung, wie sie von Turner, Rosenstein, Küster, Jordan, Piltz u. a. mitgeteilt sind, haben wir nicht beobachten können, wenn auch Fall 3 nach den anamnestischen Angaben nacheinander auf beiden Seiten eitrige Affektionen gehabt zu haben scheint. Doch ist dieser Fall so unklar und vor allem so stark verdächtig auf Tuberkulose, speziell auf Spondylitis, daß er in dieser Hinsicht nicht zu verwerten ist.

Die Präponderanz des männlichen Geschlechts gegenüber dem weiblichen ist bei uns nicht ganz so groß, wie es bei den mitgeteilten großen Statistiken der Fall ist. Eine Erklärung

hierfür glaube ich in dem geringen Material, wo ja häufiger Zahlenverschiebungen statthaben können, zu finden.

Ätiologie.

Die paranephritischen Abszesse κατ' ἐξοχὴν sind die metastatisch auf dem Blutwege zustande gekommenen Eiterungen der Nierenfettkapsel, wobei der Einbruch in die Blutbahn durch bestehende Furunkel, Anginen, kurz lokale Infektionen überhaupt, erfolgt. Denn, das sei hier vorausgeschickt, auch wir erkennen nur bakteriell verursachte Paranephritiden an. Diesen direkt in der Nierenfettkapsel entstandenen Eiterungen schließen sich diejenigen eng an und können nicht von ihnen getrennt werden, die ihr Entstehen metastatisch in der Nierenrinde entstandenen Abszessen verdanken, die sekundär in der Fettkapsel durchgebrochen sind. Denn Israel und neuerdings wieder Rehn in seiner Arbeit über die metastatische Eiterung der Nierenfettkapsel weisen darauf hin, daß die kleinen Nierenrindenabszesse längst bei Entdeckung des paranephritischen Abszesses abgeheilt sein können und daher eine Entscheidung, wo der primäre metastatische Herd gesessen habe, nicht immer möglich sei. Ebenso gehören hierhin die Fälle, bei denen die im Blute kreisenden Eitererreger durch einen traumatisch bedingten Riß der Nierenkapsel oder gerissene Nierengefäßchen in das paranephritische Fettgewebe gelangten. Auch die Infizierung einer Massenblutung in das Nierenfettlager (Coenen u. a.) durch im Blute kreisende Erreger ist unter Umständen hierhin zu rechnen.

Die zweite große Gruppe der paranephritischen Abszesse umfaßt die sekundären Eiterungen, die entweder durch Fortleitung primärer (nicht metastatischer) Eiterungen anderer Körperregionen (Parametritis, Appendicitis, Niereneiterung) aufzufassen sind — so' allerdings, daß der paranephritische Abszeß im Vordergrund des klinischen Interesses steht — oder sonstwie durch das Eindringen infektiöser Bestandteile aus der Umgebung (Kotsteine, perforierte Nieren calculi) oder sogar direkt von außen eingeführter Keime (Messerstich usw.) aufzufassen sind. Daß man eo ipso noch nicht jeden mit Steinniere kombinierten paranephri-

tischen Abszeß als in Verbindung mit der Nephrolithiasis stehend auffassen darf, beweist ein kürzlich von Zondek mitgeteilter Fall (Berliner klin. Wochenschr. 1911). Für die Therapie ist diese Erwägung von großer Bedeutung, da man sich in einem solchen Fall hüten wird, den Stein durch Pyelotomie oder Nephrotomie zu entfernen, um nicht die vorher intakt gewesene Niere zu infizieren.

Nentwig hat gelegentlich eines Vortrages in der Schlesischen Gesellschaft f. vaterländische Kultur die ätiologischen Momente tabellarisch zusammengestellt, die bei 101 Fällen von paranephritischen Abszessen, welche in einem Zeitraum von 10 Jahren in der Königlichen Preußischen Armee beobachtet wurden, in Frage kamen. Er kommt zu dem Ergebnis, daß von diesen 101 Fällen 22 durch Unfall, 42 durch eitrige Prozesse bedingt waren, während bei den 37 restierenden Fällen keine ätiologischen Schlüsse gezogen werden konnten. Bei den durch Traumen verursachten Fällen sei es aufgefallen, daß es sich fast immer um solche indirekter Art (anstrengendes Heben, Springen usw.) gehandelt habe.

Von unseren 35 Fällen konnten 8 auf Abszesse, Panaritien und ähnliche eitrige Prozesse zurückgeführt werden. In dem einen dieser Fälle (25) ist es allerdings nicht ganz sicher, ob das vorhandene Gesäßfurunkel als primärer Eiterherd und nicht vielmehr als Senkung des pananephritischen Abszesses aufzufassen ist. Im Fall 17 konnte der Nachweis einer metastatischen Eiterung dadurch erbracht werden, daß aus dem Blute dieselben Mikroorganismen wie aus dem Eiter des paranephritischen Abszesses gezüchtet wurden. Im Fall 28 war ein Kopferysipel die primäre Ursache gewesen.

Die Ansiedlung der von einem Furunkel usw. aus im Blut kreisenden bakteriellen Keime im paranephrotischen Gewebe bzw. in der Nierenkapsel kann dadurch begünstigt werden, daß Traumen irgendwelcher Art, direkte oder indirekte, an dieser Stelle einen Locus minoris resistentiae schaffen. Ein solcher Zusammenhang zwischen bestehendem primären Abszeß und Trauma läßt sich z. B. in unserem Fall 33 annehmen. Hier traten bei einem Sprung vom Tisch, den der an einem Nackenfurunkel leidende Patient ausführte, sofort Schmerzen in der Lendengegend

auf. Unter Fiebereintritt entwickelte sich dann das Bild des paranephritischen Abszesses. Vielleicht war es hier zu einem kleinen Einriß der Nierenkapsel gekommen oder zu einer geringen Blutung im paranephritischen Gewebe, die zur Lokalisation der im Blut kreisenden Erreger geführt hatte.

Noch in 6 anderen Fällen (7, 10, 22, 27 [?], 31 [?], 35) werden Traumen in ursächlichem Zusammenhang mit der Erkrankung angegeben, und zwar geben die Fälle 10, 27 und 35 ein direktes Trauma an (Fußtritt gegen den Unterleib, Quetschung, Fall), während 7, 22, 31 ein indirektes Trauma beschuldigen (Fall vom Stuhl, Sprung über einen Bock). In Fall 35 ist eine Einwirkung durch das Trauma, einen Sturz beim Treppensteigen auf den Rücken, nicht als ganz sicher anzusehen; es waren nämlich vor diesem Trauma schon Schmerzen in der linken Unterleibsseite vorhanden, die sich dann jedoch sehr verschlimmerten. Doch ist nach Lage des Falles, bei dem die Sektion später außer dem paranephritischen Abszeß das gleichzeitige Vorhandensein einer purulenten Pyelonephritis und einer Kalkulose ergab, sehr wohl möglich, daß durch das Trauma erst die Fortleitung der Infektion von der erkrankten Niere in das paranephritische Gewebe ermöglicht wurde, daß also der paranephritische Abszeß vorher noch nicht vorhanden war.

Fall 31 will beim Heben eines eisernen Trägers plötzlich einen heftigen Schmerz in der Seite verspürt haben. Erst 7 bis 8 Wochen später stellte der Arzt eine Geschwulst unter dem linken Rippenbogen fest. Der Patient hatte nach dem vermeintlichen Unfall weiter gearbeitet und hat bei seiner damaligen Aufnahme in die Klinik keine Angaben hierüber gemacht. Erst bedeutend später, als er schon geheilt war, hat er nachträglich diesen Unfall, für den auch keine Zeugen existierten, als Ursache seiner durchgemachten Krankheit angegeben. Gewiß liegt die Möglichkeit vor, daß dieser Unfall stattgefunden hat und ev. einen Riß der Nierenfettkapsel und dadurch die Bildung eines paranephritischen metastatischen Abszesses verursacht hat. Wahrscheinlich oder gar sicher ist dies jedoch absolut nicht. Auch die allzu späte Erwähnung des vermeintlichen Unfalls durch den Patienten muß sehr stutzig machen.

Fraglich ist auch, ob im Fall 27 (s. Krankengeschichtsauszug)

der Unfall als ätiologische Ursache anzusehen ist. Die Anamnese, besonders die Angabe der durchgemachten Krankheiten ist in diesem Falle etwas unklar.

An eine von den weiblichen Genitalien ausgehende Ursache des paranephritischen Abszesses kann man in Fall 4 und 5 denken, ohne daß ich aber irgendwelche sichere Behauptungen aufstellen möchte. In dem einen Fall handelte es sich um ein scheinbar in Verjauchung begriffenes Uteruscarcinom; später trat hier auch noch ein in das Rektum perforierender Abszeß, scheinbar vom Douglas ausgehend, auf. In dem zweiten Fall bestand eine Retroflexio fixata und eine Adnexverdickung auf der Abszeßseite, so daß also vielleicht auch hier Peri- und Parametrien nicht ganz so unschuldig waren.

Im Fall 12 wurde die Krankheit eingeleitet von Symptomen, die für eine Appendicitis sprachen. Die Operation bestätigte diese Annahme, denn man fand in dem Eiter des paranephritischen Abszesses den Kotstein, der die Appendix perforiert hatte.

Im Fall 19 war ein Leberabszeß vorausgegangen, so daß es sich also um einen fortgeleiteten Abszeß gehandelt haben wird.

Tuberkuloseverdacht bestand in 5 Fällen. In einem von diesen (30) hat die histologische Untersuchung die Diagnose bestätigt. Die Granulationen waren tuberkulös. Im Fall 6 sprechen sehr für einen tuberkulösen Prozeß die Nachtschweiße, an denen die Patientin leidet, der Umstand, daß der Eiter steril war und die Operationswunde immer wieder aufbricht.

Ob im Fall 15 ein tuberkulöser Prozeß vorgelegen hat, ist nicht absolut sicher, wenn auch der Patient 4 Jahre später an einer Lungen- und Wirbelsäulentuberkulose starb, was ja immerhin darauf verdächtig ist, daß schon damals der Abszeß tuberkulöser Natur gewesen ist. Er wäre dann mit Staphylokokken mischinfiziert gewesen. Übrigens war dieser Fall zuerst sehr verdächtig auf einen Typhus; und es ist, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich, doch immerhin möglich, daß es sich in diesem Falle um einen posttyphösen Prozeß gehandelt hat, wie ein solcher z. B. von Rosenstein beschrieben worden ist.

Im Fall 23 spricht der chronische Verlauf und die Fistelbildung ebenfalls für einen tuberkulösen Prozeß, wenngleich auch nichts Beweisendes gefunden werden konnte, auch nicht bei der

von dritter Seite vorgenommenen Operation. Bei uns hatte die Patientin einen operativen Eingriff abgelehnt. Nach dem uns freundlichst vom behandelnden Arzte gegebenen Bericht geht es der Patientin jetzt sehr schlecht; es läge die Vermutung eines Darmkrebses nahe. Im Fall 26 wird im Operationsbericht vermerkt: „Käsiger, tuberkulöser Eiter.“ Die Patientin ging an einer Urämie zugrunde. Vielleicht hat es sich hier doch um eine doppelseitige primäre Tuberkulose der Nieren gehandelt, wenn auch bei der Operation palpatorisch an diesen Krankhaften nicht entdeckt werden konnte. Die funktionelle Nierendiagnostik wurde damals noch nicht zur Klärung der Diagnose angewandt.

Unklar blieb auch Fall 14, bei dem im Eiter Pseudodiphtheriebazillen nachgewiesen wurden. Hier begann die Krankheit 8 Tage vor einem Partus, so daß man eine Schwangerschaftsnephritis als genetische Ursache wohl in Betracht ziehen muß, besonders da in diesem Falle wohl als sicher anzunehmen ist, daß eine schwere Infektion der Niere das Primäre gewesen ist. Dies muß man aus dem Umstande schließen, daß bei der 2 Monate später vorgenommenen Cystoskopie auf der erkrankten Seite keine Nierenfunktion mehr vorhanden, wahrscheinlich also die Niere weitgehend zerstört war. Doch kann das Auftreten der Erkrankung kurz vor dem Partus auch ein zufälliges Zusammentreffen sein, denn in der Anamnese steht nichts von irgendwelchen Symptomen einer Schwangerschaftsnephritis während der Gravidität noch während der beiden vorhergegangenen Schwangerschaften. Auffällig ist auch, daß dieser Fall nicht geheilt, sondern unter Ausbildung einer eiternden Fistel ungeheilt geblieben ist. (Übrigens nahm auch Fall 1 während einer Gravidität seinen Anfang, ohne daß aber Verdacht auf eine bestehende Schwangerschaftsnephritis vorlag.)

Zählen wir die 5 unsicheren Fälle noch zu denen, bei denen ein sicheres ätiologisches Moment nicht gefunden werden konnte, so ist die Zahl dieser ätiologisch unklaren Fälle 15. Tabellarisch erhalten wir also folgende Übersicht: (s. Tabelle nächste Seite).

Bakteriologische Resultate liegen von 22 Fällen vor; 2 waren nicht operiert worden, und bei 11 Fällen, von denen aber sicher zum großen Teil der Eiter bakteriologisch untersucht

Tabelle II.

Abszesse Panarit.	Traumen		Peri- und Parametr.	Appen- dicitis	Leber- abszeß	Tbc.	?
	direkt	indirekt					
I ⁸⁾	I ¹⁰⁾	I ⁷⁾ (Strepto- kokken)	I ⁴⁾ ? Ca. uteri	I ¹²⁾ Kotstein	I ¹⁹⁾	I ⁶⁾ ?	I ¹⁾ I ²⁾ I ³⁾
I ⁹⁾							I ¹⁴⁾
I ¹¹⁾	I ²⁷⁾ ?	I ²²⁾	I ⁵⁾ ?				
I ¹³⁾	Rezidi- vierend					I ¹⁵⁾ ? († an Tbc.)	I ¹⁵⁾
I ¹⁷⁾ (im Blut Staphylo- kokken)	I ³⁵⁾ ? (von der Niere fortge- leitet ?)	I ³¹⁾ ?					I ¹⁶⁾ I ¹⁸⁾ I ²⁰⁾ I ²¹⁾
I ²⁵⁾ ?						I ²³⁾ ?	I ²³⁾
I ²⁸⁾ Erysipel							I ²⁴⁾
I ³³⁾		I ³³⁾				I ²⁶⁾ ?	I ²⁶⁾
							I ²⁹⁾ I ³²⁾
						I ³⁰⁾	I ³⁴⁾
8	3	4	2	1	1	I + 4	15
	7					5	

wurde, fand sich kein diesbezüglicher Vermerk in der Krankengeschichte. Nur bei einem dieser Fälle (26) war die Notiz eingetragen: „Tuberkulöser Eiter!“ Fall 12 weist ebenfalls keinen bakteriologischen Befund auf, doch kann man hier wohl unbedenklich aus der Provenienz des Abszesses (Kotstein nach Appendicitis) und aus dem Coligeruch des Eiters das Bact. coli als Erreger verantwortlich machen. Steril blieben die vom Eiter angelegten Kulturen in 3 Fällen (2, 6, 30), von denen Nr. 30 sicher, Fall 6 mit größter Wahrscheinlichkeit tuberkulös sind (siehe oben). Im Fall 2, der völlig geheilt ist, liegen für Tuberkulose keine rechten Anhaltspunkte vor. Auch bei unseren Fällen konnten wir, ebenso wie die anderen Autoren in ihren Statistiken, das bedeutende Überwiegen der Staphylokokken-Infektionen (meist Staphylococcus pyog. aureus) feststellen, wäh-

rend der Streptococcus nur 2 mal, in Fall 7 und 35, in letzterem Fall kombiniert mit Stäbchenbakterien, festgestellt werden konnte. Pseudodiphtheriebazillen wurden, wie bereits oben erwähnt, in einem Fall (14) gefunden. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die gefundenen bakteriologischen Resultate.

Tabelle III.

Nicht operiert	Kein bakt. Befund	Steril	Staphylokokken	Streptokokken	Coli	Pseudodiphtherie
I ²³⁾	I ¹⁾ I ⁴⁾ I ¹⁰⁾	I ²⁾	I ³⁾ I ⁵⁾ I ⁸⁾	I ⁷⁾ I ³⁵⁾	I ¹²⁾ (Kotstein, Coligeruch)	I ¹⁴⁾
I ²⁴⁾	I ¹⁹⁾ I ²⁵⁾ I ²⁶⁾ (tuberkulös. Eiter) I ²⁷⁾ I ²⁹⁾ I ³¹⁾ I ³²⁾ I ³⁴⁾	I ⁶⁾ I ³⁰⁾	I ⁹⁾ I ¹¹⁾ I ¹³⁾ I ¹⁵⁾ I ¹⁷⁾ I ¹⁸⁾ I ²⁰⁾ I ²¹⁾ I ²²⁾ I ²⁸⁾ I ³³⁾		I ¹⁶⁾	
2	11	3	14	2	2	1

Ein typischer

Symptomenkomplex

läßt sich für das Krankheitsbild des paranephritischen Abszesses, das durch jedesmalige Verschiedenheit der Lage und durch die verschiedene Beteiligung der Nachbarorgane in den einzelnen Fällen zu großen Schwankungen unterworfen ist, nicht angeben. Zwei Symptome fehlen als Zeichen lokaler und allgemeiner Infektion fast nie: Fieber und Schmerzen.

Das Fieber ist meist ziemlich hoch, über 38 bis 40⁰, zuweilen mit deutlich remittierendem Typ. Schüttelfröste kommen vor und leiten oft die Krankheit ein, wahrscheinlich im Moment des Einbruchs der Mikroorganismen von einem Primärherd aus in die Blutbahn, bevor es noch zu einer Metastasierung in der Nierenfettkapsel gekommen ist. Sehr oft hält sich die Temperatur jedoch auch in mäßigen Grenzen, und kann, wie in Fall 2 und 35 auch nur subfebril sein. Daß die Art der Eitererreger mitbestimmend auf die Art des Fiebers sein kann (z. B. bei

Tuberkulose), kann wohl möglich sein; doch kann ich aus meinem Material keine Beweisgründe hierfür anführen.

Der Puls verhält sich demgemäß, doch scheint die Frequenz desselben in der Regel nicht übermäßig hoch zu werden.

Der Schmerz kann lokal auf die Lumbalgegend und ihre Umgebung, wie vorn auf die Gegend unterhalb des Rippenbogens beschränkt sein. Und in diesem Moment werden die lokalen Schmerzen, zu denen sich dann noch meist eine wahrnehmbare Schwellung der Nierengegend und zuweilen ödematöse oder entzündliche Veränderungen der Haut gesellen, zur Diagnosenstellung führen. In der großen Mehrzahl der Fälle stehen jedoch die lokalen Beschwerden absolut nicht im Vordergrund der Erkrankung; vielmehr wird gerade im Beginn der Etablierung des paranephritischen Abszesses die Aufmerksamkeit in einem derartigen Maße auf die von den mitbeteiligten Nachbarorganen ausgelösten Beschwerden gerichtet, daß die Diagnosenstellung beträchtlich erschwert bzw. auf falsche Bahnen gelenkt werden kann.

Gar nicht selten beginnt die Erkrankung mit unbestimmten Schmerzen im Leibe, besonders in dessen unteren Partien und in der Hüftgelenksgegend; selbst bis in das Bein hinein können die Schmerzen ausstrahlen. Dazu gesellt sich bald eine Bewegungsbehinderung bzw. Aufhebung der Beweglichkeit des Hüftgelenks. Das Bein wird in Flexionsstellung gehalten, die Streckung ist — wenn überhaupt möglich — außerordentlich schmerzhaft. Zustande kommt diese Hüftgelenkskontraktur durch die entzündliche Mitbeteiligung des Psoas. Allmählich ziehen dann die Schmerzen in die Lendengegend hin, wo man dann schon häufig lokale Schwellung usw. findet. Oft nimmt der Schmerz den Weg natürlich auch umgekehrt, so daß die Hüftkontraktur erst sekundär in Erscheinung tritt. Jedenfalls ist die Psoasbeteiligung sehr häufig und war in dieser deutlichen Form bei unserem Material in über einem Drittel der Fälle vorhanden (13 Fälle), so daß bei Hüftkontrakturstellung die genaue Untersuchung auf paranephritischen Abszeß als strikte Forderung erhoben werden muß. Am wichtigsten bleibt natürlich das In-Erscheinung-Treten des Abszesses als fühl- oder tastbare Geschwulst.

Bis zur Erhebung dieses objektiven Befundes kann eine ziemlich erhebliche Zeit vergehen. Der Abszeß tritt in der Regel in der Lumbalgegend oder unterhalb des Rippenbogens in der Bauchseite in Erscheinung. Seine Ausdehnung kann unter Umständen sehr erheblich sein und sich fast bis zum Nabel einerseits, zur Beckenschaufel andererseits erstrecken. In 2 Fällen hatte sich der Abszeß so gesenkt, daß er direkt oberhalb des Ligamentum Poupartii bzw. oberhalb des Schambeins getastet wurde. Während in dem einen dieser Fälle (5) ein drei querfingerbreiter Fortsatz nach der Nierengegend zu vorhanden war, konnte in Fall 7 in der Nierengegend keine Resistenz wahrgenommen werden. Ob es sich im Fall 25, bei dem ein Furunkel mit nachfolgender Fistel am Tuber Ischii bestand, um eine Senkung des paranephritischen Abszesses gehandelt hat oder ob diese den primären Abszess vorstellte, möchte ich nicht entscheiden. Für die erste Auffassung spräche der Umstand, daß anscheinend schon vor dem Auftreten des Gefäßfurunkels Schmerzen im Leibe bestanden.

Die mehr auf der Vorderseite des Abdomens unter dem Rippenbogen lokalisierten Resistenzen ließen sich fast alle in die Nierengegend hin verfolgen, sofern sie nicht überhaupt schon deutlich als eine Geschwulst der Nierengegend imponierten.

Der Perkussionsschall ist natürlich über dem Abszeß gedämpft. Sehr oft besteht zwischen diesem und der Leber eine Zone mit deutlichem tympanitischen Klopfeschall, wodurch eine Abgrenzung gegen dieses Organ ermöglicht wird.

Palpatorisch braucht nicht immer eine Fluktuation vorhanden zu sein; sie ist in vielen Fällen undeutlich und fehlt bei manchen völlig. Einige Male findet sich die Angabe, daß die Oberfläche des meist prall-elastischen Tumors nicht glatt, sondern höckrig war.

Die Druckempfindlichkeit des Tumors schwankt in weiten Grenzen. Während das eine Mal schon leichte Berührung einen lebhaften Schmerz auslöst, läßt sich in anderen Fällen selbst ein ziemlich starker Druck ausüben, ohne daß über besonders große Schmerzhaftigkeit geklagt wird. Daß natürlich hierbei die individuelle Verschiedenartigkeit der Schmerzapperzeption eine Rolle mitspielt, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Die Haut über dem Abszeß ist, selbst wenn bereits eine sichtbare Vorwölbung besteht, in sehr zahlreichen Fällen unverändert, während in anderen Fällen eine ödematöse Schwellung auch der weiteren Umgebung besteht. Nur in 3 Fällen (6, 22, 32) war es auch zu einer teilweisen entzündlichen Rötung gekommen; besonders Fall 6 und 22 scheinen dicht vor der Perforation gestanden zu haben; doch scheint eine solche „Paranephritis necessitatis“ immerhin kein häufiges Vorkommen zu sein.

In einigen Fällen war eine Beteiligung des Magen-Darmkanals zu konstatieren. In 5 Fällen bestand Verstopfung (1, 7, 8, 22, 29), die in Fall 1 mit einem Magenkatarrh kombiniert war, während sich Durchfall in Fall 29 verzeichnet findet. Fall 15 machte große diagnostische Schwierigkeiten wegen seiner großen Ähnlichkeit mit Typhus, der vielleicht auch wirklich bestand. Es bestand dabei der bekannte „Erbsenbrei“-Stuhl. Die bei den anderen Fällen geschilderten Verdauungsbeschwerden finden sich schließlich gelegentlich bei allen fieberhaft-septischen Erkrankungen.

Von ganz besonderer Wichtigkeit beim paranephritischen Abszeß ist die Mitbeteiligung der Lungen bzw. der Pleura, die auf eine Lage des Abszesses in Nähe des Zwerchfells schließen läßt. Diese Mitbeteiligung der Atmungsorgane derselben Seite ist nichts Wunderbares, wenn man an die durch die Schmerzhaftigkeit des Abszesses bewirkte Verringerung der Atmung auf der kranken Seite denkt und sich an das Vorhandensein der zahlreichen direkten Lymphspalten erinnert, die das Zwerchfell durchsetzen und so eine Kommunikation zwischen Bauchhöhle und Pleuraraum ermöglichen. Ferner können durch das hochstehende Zwerchfell die unteren Lungenpartien komprimiert werden. Schließlich ist sicher die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß in manchen Fällen eine Lungenkomplikation, z.B. eine vorausgegangene Pleuritis oder Bronchitis, dieselbe gemeinschaftliche Ursache mit dem paranephritischen Abszeß gehabt hat, wie z. B. eine Influenzainfektion. Nicht ganz leicht zu erklären bleiben immer die Fälle, bei denen die Lungenerscheinungen auf der anderen Seite als der paranephritische Abszeß lokalisiert sind. Bei unserm Material war dies der Fall in Nr. 6, während in Nr. 13 und 17 beide Seiten betroffen waren. Insgesamt waren von

unseren 34 Fällen 11 mit Erscheinungen akuter Lungen- oder Pleuraaffektionen kombiniert, während in einigen (4) weiteren Fällen suspekte Spitzen oder Residuen früherer chronischer Lungenaffektionen zu konstatieren waren. Die Lungenerscheinungen dokumentierten sich in Husten und beschleunigter Atmung, bronchitischen Geräuschen, pleuritischen Knarren und Reiben, Dämpfung und Bronchialatmen. Schließlich bildete sich in 2 Fällen (15 und 17) Exsudat, das in dem einen Fall trübeitrig-serös, in dem anderen Fall leicht blutig-trübe war.

Urinveränderungen sind in der Mehrzahl der Fälle vorhanden, ohne daß sie im allgemeinen einen sicheren Schluß auf die direkte Mitbeteiligung der Nieren gestatten, wenn eine solche auch öfter vorhanden sein wird. Nur die verhältnismäßig seltenen Fälle, bei uns 5 an der Zahl (11, 13, 26, 31, 35), bei denen Zylinder ausgeschieden werden oder bei denen sich die Funktion bei der cystoskopischen Untersuchung geschädigt zeigt (14, 30), lassen eine direkte Schädigung der Niere sehr wahrscheinlich erscheinen. Die anderen Erscheinungen, wie vermehrter quälender Harndrang (1, 2, 4, 9), sowie der sehr häufige Befund von Spuren von Albumen, Epithelien und Leukocyten kann für die Diagnose oder Prognose des Falles m. E. nicht ausschlaggebend verwertet werden. Auf den Befund von Blutkörperchen, besonders Blutschatten, müßte wohl in Zukunft etwas mehr geachtet werden. Bei uns finde ich ihr Vorhandensein nur wenige Male (10, 11, 30) verzeichnet.

Auf die sich nach der Heilung zuweilen findenden Veränderungen seitens der Harnfunktion werden wir später zurückkommen.

Wäre nur noch hinzuzufügen, daß die Kranken in kurzer Zeit außerordentlich elend werden, abmagern und zum großen Teil recht anämisch sind; dieses Herunterkommen des Allgemeinzustandes kann so hochgradig sein, daß es zu Psychosen (Inanitionsdelirien) kommen kann, wie in unserem Fall 18, dessen genauere Krankengeschichte leider fehlt. Damit haben wir den Symptomenkomplex im allgemeinen erschöpft.

Aus dem Symptomenbild heraus (Psoas-, Pleurabeteiligung usw.) einen genauen Rückschluß auf die topographische Lage des Abszesses ziehen zu wollen, halten wir nicht für

angängig; wertvolle Fingerzeige für die Lokalisation der Eiterung wird man aber immerhin dadurch erhalten können.

Bei dieser Mannigfaltigkeit der Symptome, dem zuweilen ziemlich späten Einsetzen bestimmter lokaler Erscheinungen, der Beteiligung von Nachbarorganen, wie der Lungen, schließlich bei der unbestimmten Art des Schmerzes, die ebenfalls auf die verschiedensten Nachbarorgane hinweisen kann, ist die

Diagnosenstellung

nicht immer besonders einfach. Und gerade beim paranephritischen Abszeß kommen daher manche diagnostischen Irrtümer vor. Zum mindesten vergeht oft eine lange Zeit, ehe von dem behandelnden Arzt die richtige Diagnose gestellt werden kann, und der Patient der Klinik überwiesen wird. Dies ist auch der Grund, daß die meisten paranephritischen Abszesse enorme Eitermengen enthalten, die bei der geringen Neigung der paranephritischen Abszesse nach außen durchzubrechen, oft lange unentdeckt bleiben konnten. Von Krankheiten, die differentialdiagnostisch in Betracht kommen können, seien vor allem Hüftgelenksaffektionen bei Psoasbeteiligung, Lungenkrankheiten, Appendicitiden, Lumbago, Cystitiden, sowie Krankheiten der Gallenwege, des Magen-Darmkanals u. a. genannt.

Die Therapie

hat natürlich nach dem alten Grundsatz zu verfahren: Ubi pus, ibi evacua und mithin für eine möglichst baldige breite Eröffnung des Abszesses zu sorgen. Wenn es auch vorkommen kann, daß ein Abszeß wieder völlig resorbiert wird — Küster teilt einen solchen Fall mit — oder zur Organisation kommt — wie es teilweise bei unserem übrigens sehr schweren Fall 32 war —, so ist dies eine so eminent seltene Ausnahme, daß dies an der Forderung einer Operation in jedem Falle nichts ändert. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß durch Durchbruch in die Blase, das Nierenbecken oder Darm usw. einmal eine Spontanheilung zustande kommen kann; in einem unserer Fälle (24) ist dies scheinbar der Fall gewesen. Eine der Abszeßincision vorangehende probatorische Punktion wird von sehr vielen namhaften Autoren widerraten. Wir

haben bei unseren Fällen, in denen wir unter 33 Operationen 18mal vorher die Punktion machten, davon keine Nachteile gesehen. Allerdings muß man zweifellos zugeben, daß die Punktion eine gewisse Gefahr in sich birgt, wenn man eine falsche Diagnose gestellt hat und es sich nicht um einen paranephritischen Abszeß, sondern z. B. um einen Echinococcus oder überhaupt um einen intraperitonealen Prozeß handelt. Einen entscheidenden Einfluß auf unser therapeutisches Handeln hat die Probepunktion selten; auch wenn man keinen Eiter findet, wird man beim Befund einer tumorartigen Resistenz in der Nierengegend mit schweren Allgemeinerscheinungen operativ vorgehen müssen. Höchstens könnte man sich die Frage vorlegen, ob man bei tuberkulösem Eiter operieren soll oder sich, wie bei anderen tuberkulösen Prozessen mit Punktionen und Injektionen von Jodoformglyzerin o. ä. begnügen soll. Diese Frage ist wohl zu diskutieren; denn es besteht die Gefahr einer permanenten postoperativen Fistel (Fall 6) oder einer Sekundärinfektion; nun ist aber die Diagnose „tuberkulöser Eiter“ absolut nicht sicher zu stellen. Fälle, bei denen der Eiter steril war — immerhin ein sehr verdächtiges Zeichen — (2 und 30), sind trotzdem noch völlig zugeheilt, allerdings erst nach ziemlich langer Zeit. In Fall 39, wo sicher Tuberkulose vorlag, scheint der Gesundheitszustand kein guter zu sein. Andererseits bieten auch tuberkulöse oder tuberkuloseverdächtige Fälle u. a. positiven Bakterienbefund (15). Man muß hier ev. von Fall zu Fall entscheiden; jedenfalls darf man diese Frage, die wir bisher bei unserem Material nicht strikt zu beantworten imstande sind, nicht aus dem Auge verlieren.

Über die Technik der Operation ist nichts Besonders zu sagen. Sie besteht in einer einfachen Incision des Abszesses, die sich nach dessen Lage richtet, also meist in der Lendengegend als typischer Nierenschnitt, oder parallel der 12. Rippe liegt. In etwa 5 Fällen wurde ein senkrechter Schnitt in der hinteren Axillarlinie oder am Außenrande des Erector trunci angelegt. In 5 Fällen (5, 7, 19, 22, 25) wurde ein Schnitt oberhalb des Poupartschen Bandes gemacht, ohne daß das Peritoneum eröffnet wurde; die 12. Rippe mußte 3mal reseziert werden (6, 32, 35). Der weitere Gang der Operation hängt völlig von der speziellen Lage des Falles ab. In manchen Fällen stößt man bereits dicht

unter dem Tegument auf Eiter, in anderen erst in geraumer Tiefe. Wenn irgend möglich, wird man sich einen genauen Überblick über die Abszeßhöhle und den Zustand der Niere zu verschaffen suchen; in vielen Fällen ist dies jedoch nicht möglich, und dieses Ziel zu forcieren, halte ich nicht für angebracht. Eine Drainierung der tiefsten Stellen des Abszesses wird man fast immer auch durch das Tastgefühl erreichen können, und an der Niere selbst einen lokal therapeutischen Eingriff auszuführen, wird man sich in der Regel nicht veranlaßt sehen. Jedenfalls ergaben die Fälle, bei denen die Inspektion nicht möglich war, kein schlechteres Heilresultat.

5 mal (13, 14, 20, 29, 34) wurde mit gutem Resultat die Lokalanästhesie angewandt, und zwar nach der Schleichen Methode. In den allermeisten Fällen wird man mit dem nach Bedarf prolongierten Ätherrausch auskommen.

Der postoperative Verlauf war im allgemeinen ein glatter. Hervorzuheben ist nur, daß der Fieberabfall nur ganz selten ein kritischer war, häufig ging die Temperatur lytisch in 1—2 Tagen herunter und ebenso oft blieben noch einige Zeit subfebrile Temperaturen bestehen. Daß überhaupt zuweilen noch ein vorübergehender Temperaturanstieg erfolgte, erklärt sich aus irgendwelchen Abflußhinderungen des Eiters.

Postoperative Komplikationen scheinen beim paranephritischen Abszeß nicht gerade selten zu sein. Ein postoperativer Pneumothorax, der durch Eröffnung des Pleuraraumes während der Operation in Fall 1 entstanden war, schwand schnell. Von anderen Lungenkomplikationen machte Fall 13 eine Pneumonie durch. Fall 31 eine leichte Bronchitis, Fall 9 eine schnell schwindende Pleuritis sicca. Auch Fall 17 zeigte r. h. eine Dämpfung mit Reibegeräuschen, also vielleicht eine leichte Pneumonie. Von diesen letztgenannten machten 2 Fälle noch eine weitere Komplikation durch; nämlich Fall 9 ein rezidivierendes Erysipel am Oberschenkel und Fall 13 eine kleine Wundstörung. Der Abszeß an den Nates in Fall 3 ist vielleicht als Senkungsabszeß aufzufassen, kann aber natürlich auch eine neue Metastase sein.

Ein langes Krankenlager machte der Patient 28 durch. Nach der Operation blieb immer noch leichtes Fieber bestehen bis

plötzlich mit dem Urin große Eitermengen ausgeschieden wurden; es ist immerhin an einen Durchbruch des Eiters in die abführenden Harnwege, vielleicht in die Blase zu denken, wie er wahrscheinlich auch bei dem einen unserer nicht operierten Fälle stattgefunden hat (s. u.). Vielleicht ist auch ein noch vorhanden gewesener Nierenabszeß in das Nierenbecken durchgebrochen. Bei diesem Patienten muß die Allgemeininfektion eine äußerst schwere gewesen sein. Denn nach der Entlassung trat noch ein großer Abszeß der Nackengegend auf, der mit einer Sequestrierung der Hinterhauptsschuppe einherging und noch mehrfache Eingriffe notwendig machte.

Drei weiteren Fällen schließlich (26, 34, 35) brachte die Operation keine Besserung. Sie starben bald nach der Operation oder kurze Zeit nach der Entlassung, und zwar Fall 26 unter den Zeichen von Urämie. Hier handelt es sich wahrscheinlich um eine primäre Erkrankung einer oder beider Nieren, ev. auf tuberkulöser Grundlage.

Auch Fall 35 ging an seiner schweren doppelseitigen Nierenerkrankung (Pyelonephrit. purul. mit Calculose) zugrunde.

Daß in Fall 4, bei dem außerdem ein Uteruscarcinom bestand, noch später ein Abszeßdurchbruch in den Mastdarm erfolgte, sei hier ebenfalls noch einmal erwähnt.

Die Dauer des Aufenthalts in der Klinik nach der Operation war sehr verschieden und schwankte zwischen $1\frac{1}{2}$ Wochen und $2\frac{1}{2}$ Monaten; der Durchschnitt betrug 3—6 Wochen. Da jedoch fast alle Patienten mit noch offenen Wunden entlassen wurden, läßt sich mit diesen Zahlen nicht viel anfangen. Zur richtigen Beurteilung der Heilungsdauer muß man die Zeitintervalle verwenden, die vom Tage der Operation bis zum völligen Schluß der Operationswunde verfließen sind; nach den Antworten der Patienten erhielt ich als Durchschnittsresultat eine Zeit von 2—3 Monaten; das wenigste waren 3 Wochen, je ein Fall gebrauchte 5, 6, 9, 15 Monate (9, 32, 30, 2). 2 Fälle (6, 14) sind bisher nicht zugeheilt. Davon ist Fall 6 tuberkuloseverdächtig.

Operationsresultate.

Unter 35 Patienten, von denen der älteste vor 24 Jahren, der letzte vor über einem $\frac{3}{4}$ Jahr bei uns behandelt wurde, gaben

uns 31 Nachrichten. 10 Patienten konnten wir selbst untersuchen und bei einem den Sektionsbefund erheben.

Noch aus der Fischerschen Zeit stammt Fall 27, der 8 Jahre nach der Operation verstorben ist, ohne daß im Sterberegister eine Todesursache angegeben ist.

Unter v. Mikulicz wurden 17 Patienten behandelt, die Patientin Nr. 23 hatte eine Operation abgelehnt. Von dieser Patientin, die vor 19 Jahren in der Klinik gewesen war, haben wir jetzt sehr genaue Nachricht erhalten, da sich ihr Arzt, Herr Dr. Jutkowski in Militsch, in großer Freundlichkeit, für die ihm hier noch einmal gedankt sei, mit uns in Verbindung setzte. Die Patientin kam seinerzeit mit Fisteln, die nach der auswärts vorgenommenen Operation des paranephritischen Abszesses entstanden waren, in unsere Klinik; von den Fisteln ist eine noch immer nicht zugeheilt und sondert wässerige Flüssigkeit ab. Ihr Körpergewicht hat abgenommen, sie leidet ständig an Schmerzen in der linken Nierengegend; kürzlich hatte sie eine 2 bis 3 Tage andauernde stärkere Hämaturie. Der Urin zeigt sonst leicht cystische Veränderungen. Dieser Fall ist auf Tuberkulose der Niere sehr verdächtig. Allerdings fand sich bei einer Operation, die die Patientin im Oktober vorigen Jahres außerhalb vornehmen ließ und bei der in der Richtung der Fistel nach der Nierengegend zu eingeschnitten wurde, weder Eiter noch Spuren von Tuberkulose.

Nach Ansicht des Herrn Dr. Jutkowski hängt der jetzige schlechte Zustand der Patientin nicht mit der Niere zusammen, sondern ist auf ein Darmcarcinom zurückzuführen, das bald zum Exitus letalis führen dürfte.

Operativ wurden unter v. Mikulicz die übrigen 16 Fälle behandelt; von 12 Patienten erhielten wir Nachricht.

Geheilt sind 7 Fälle, wenn man von gelegentlichen kleinen Beschwerden, wie Rückenschmerzen nach anstrengender Arbeit u. a. absieht; derartige kleine Beschwerden, die wohl mit der Operationsnarbe zusammenhängen, werden überhaupt von den Paranephritispatienten öfter angegeben. So haben sie auch öfter bei Witterungswechsel Parästhesien in der Nierengegend, ohne daß aber die Patienten selbst dies als erheblichere Störung empfinden. Aus diesem Grunde stehen wir auch nicht an, diese Fälle

als geheilt zu betrachten, zumal da die Patienten selbst angeben, daß sie sich im allgemeinen völlig gesund fühlen.

Ungeheilt blieb Fall 6. Die Wunde bricht bei diesem Patienten, der vor 13 Jahren in unserer Klinik operiert wurde, immer wieder auf und sondert dann Blut und wässerigen Eiter ab. Auch eine weitere im Jahre 1902 ausgeführte Operation änderte nichts daran. Hierzu kommt noch, daß der Patient ein schwerer Arteriosklerotiker und Apoplektiker ist, und außerdem Verdacht auf einen Magentumor besteht. Auch leidet der Patient sehr an Nachtschweißen.

Wir führten den Fall oben als verdächtig auf Tuberkulose an und glauben auch, an dieser Diagnose festhalten zu müssen. Die starke Arteriosklerose hat wohl seinen Grund in dem schweren chronischen Leiden des Patienten.

Gestorben sind die Fälle 26, 34 und 35, die ich bereits oben besprach (Nahtodesfälle). Bei dem letzteren ist die schwere doppelseitige eiterige Nierenentzündung als Todesursache anzusprechen.

Unter C. Garrè kamen drei paranephritische Abszesse in Behandlung, die alle operiert wurden. Von diesen sind zwei völlig geheilt (21, 22), der dritte (15) starb später an Lungen- und Wirbelsäulentuberkulose (Spättodesfall).

Unter den 14 Fällen, die unter Herrn Geheimrat Küttner behandelt wurden, kam Fall 24 nicht zur Operation und verließ gegen ärztlichen Rat die Klinik. Nach der Krankengeschichte und dem Brief des behandelnden Arztes, der die Frau der Klinik überwies, hat es sich sehr wahrscheinlich um einen ins Nierenbecken durchgebrochenen paranephritischen Abszeß gehandelt, wenngleich auch eine Pyelonephritis nicht ganz auszuschließen war. Diese Patientin ist nun ohne jede weitere Behandlung unmittelbar nach dem reichlichen Abgang von Eitermassen mit dem Urin gesund geworden und hat jetzt, nach $1\frac{3}{4}$ Jahren, absolut keine Beschwerden, wie sie auch in der ganzen Zwischenzeit keine gehabt. Es läge also eine Spontanheilung eines paranephritischen Abszesses vor.

Von den übrigen 13 operativ behandelten Fällen wurden 9 Fälle geheilt. Bei der Patientin Nr. 11 bestehen nur bei Witterungswechsel Schmerzen, sowie Beschwerden, die auf Bleich-

sucht schließen lassen. Bei Fall 32 hatte es sich damals um eine sehr schwere Erkrankung gehandelt; der Abszeß war bei dem Patienten zum größten Teil organisiert gewesen und hatte daher auch zu erheblichen diagnostischen Schwierigkeiten geführt. Nr. 33 endlich hat, ohne daß er selbst irgendwelche Beschwerden hat, eine leichte Cystitis und scheinbar eine palpable und bewegliche rechte Niere.

Nicht wesentlich gebessert bzw. ungeheilt sind 3 Fälle (14, 16, 30). In Fall 16 hatte es sich um einen rezidivierenden Prozeß gehandelt; der Patient schreibt, daß er seinen früheren Beruf als Waldarbeiter habe aufgeben müssen und nur noch im Haushalte bei leichter Arbeit behilflich sei; er habe noch immer (nach fast 4 Jahren) Schmerzen in der linken Hälfte, im Unterleib und Rücken, besonders beim Gehen und Bücken, auch müsse er außerordentlich oft Urin lassen. Über den Urinbefund konnten wir leider nichts erfahren. In Fall 30, bei dem die Tuberkulose histologisch sicher gestellt ist, besteht ebenfalls keine bedeutende Besserung. Die Patientin leidet an scheinbar sehr heftigen Krampfschmerzen, die von der Operationsgegend ausgehen und muß augenblicklich wieder dieserhalb das Bett hüten. Die Patientin Nr. 14 endlich hat zwar keine Schmerzen, doch besteht noch immer — die Operation liegt $4\frac{1}{2}$ Jahr zurück — eine Fistel, die Eiter sezerniert. Im Urin befindet sich eine Spur Albumen. Über diesen Fall, bei dem seinerzeit Pseudodiphtheriebazillen gefunden wurden, habe ich bereits oben ausführlich berichtet.

Gestorben ist an ihrem Grundleiden (Uteruscarcinom) die Patientin Nr. 4.

Fast bei allen Patienten ließ sich nach der Operation eine gute Gewichtszunahme konstatieren, die bis 60 Pfund, in einem Fall sogar bis 94 Pfund ging. Eine kleine Hernie befand sich in einem Fall (5). Bei den Patienten, die sich zur Untersuchung stellten, zeigten sich die Operationsnarben reizlos und der eiterigen Natur des Leidens entsprechend, sämtlich leicht verwachsen. Eine Einwirkung auf die Genitalfunktion wurde nicht konstatiert.

Fassen wir die Endresultate noch einmal zusammen, so erhalten wir folgende tabellarische Übersicht:

Küttner	I ²⁴	I ²⁴	I ⁴ I ⁹ I ¹¹ I ¹² I ¹⁴ I ¹⁶ I ³⁰	I ⁷ I ¹⁷ I ²⁵ I ³¹ I ³² I ³³ I ³¹ I ³² I ³³	I ⁷ I ⁹ I ¹¹ I ¹² I ¹⁷ I ²⁵ I ³¹ I ³² I ³³	I ¹⁴ I ¹⁶ I ³⁰	I ⁴		
	1	1	7	6	9	3	1		
	I ²³	1	I ⁴	I ²⁷	2				
	I ²³		I ⁴ I ²⁷				I ⁴ I ²⁷		
Abziehen	1		2				2		
		1			31				
Summe:	1	1	16	11	19	4	4		

Anmerkung: Die Mortalitätsziffer ist so aufzufassen, daß die Patienten ihrer Krankheit, nicht der Operation erlegen sind.

Allerdings haben wir — das sei hier noch einmal hervor-
gehoben — bei den Fällen 15 und 23 zum größten Teil aus dem
Operationsresultat her (Fistelbildung, Tod an Lungen- und

Wirbeltuberkulose einige Jahre später) den Verdacht auf das Bestehen einer Tuberkulose ausgesprochen.

Die Indikationsstellung ist bereits oben ausführlich besprochen. Mit aller Energie sei hier noch einmal die Forderung möglichst frühzeitiger Operation, wie sie neuerdings wieder Rehn gefordert hat, aufgestellt. Dadurch gelingt es am ehesten, den Körper vor den schweren Schädigungen zu schützen, die im Gefolge einer septisch-fieberhaften Erkrankung aufzutreten pflegen. Einen Einfluß auf die Zeitdauer zwischen Operation und Heilung der Wunde haben wir eigentümlicherweise an unseren Fällen mit Sicherheit nicht feststellen können. Doch spielen ja beim paranephritischen Abszeß so viele Nebenfragen eine Rolle (Virulenz der Erreger usw.), daß man daraus kaum bei nicht sehr frequentem Material irgendwelche Schlüsse ziehen kann.

Zusammenfassung.

Das Material umfaßt 35 Fälle; davon lief Nachricht ein von 31 Fällen.

Männlich: 21 Fälle; weiblich: 14 Fälle.

Rechts: 17; links: 18; doppelseitig: kein Fall.

Alter: Der älteste Patient war 58 Jahre, der jüngste 2 Jahre.

Rezidiert waren 2 Fälle, die auswärts operiert worden waren.

Ätiologisch kommen in Betracht:

Abszesse, Panaritien: 8 mal;

direkte Traumen: 2—3 mal;

indirekte Traumen: 4 mal;

Peri- und Parametritis: 2 mal;

Appendicitis (Kotstein): 1 mal;

Tuberkulose (sicher): 1 mal;

unklar: 15 mal;

davon sind noch 4 Fälle tuberkuloseverdächtig, zum Teil wegen des späteren klinischen Verlaufs.

Bakteriologie:

Steril: 3;

Staphylokokken: 14;

Streptokokken: 2;

Coli: 2;

Pseudodiphtherie: 1.

Bei den übrigen Fällen ist kein bakteriologischer Befund angegeben.

Besondere Komplikationen und Symptome:

Hüftkontrakturen: 12 mal;

Lungen- und Pleuraaffektionen: 11 mal;

Doppelseitige eiterige Pyelonephritis und Calculosis: 1 mal;

Sichere Schädigung der Niere: 7 mal;

Psychose (Erschöpfungsdelir.): 1 mal (Fall 18).

Therapie.

Probepunktionen: 18 mal. Ein Nachteil wurde davon nie gesehen. Trotzdem muß man anerkennen, daß die Probepunktion verschiedene Nachteile (Keimverschleppungen) haben kann. Zu diskutieren ist die Frage, ob man bei sterilem Eiter breit eröffnen soll. 2 von unseren 3 sterilen Fällen sind trotz breiter Eröffnung zugeheilt. Es braucht auch vielleicht nicht immer Tuberkulose vorzuliegen, wenn der Eiter steril ist. Man muß hier wohl von Fall zu Fall entscheiden. Aus diesem Grunde ist wohl auch die Probepunktion berechtigt.

Technik: Resektion der 12. Rippe 3 mal. Stets ausgiebige Drainage.

Lokalanästhesie: 5 mal mit gutem Erfolg. Im allgemeinen wird sich der Ätherrausch empfehlen.

Heilungsdauer: Durchschnittlich 2—3 Monate. Das wenigste waren 3 Wochen. Je ein Fall gebrauchte 5, 6, 9, 15 Monate.

Fistel: 2 Fälle.

Hernien: 1 mal (Fall 5).

Gewichtszunahme: In fast allen Fällen sehr starke Zunahme, 30—47 kg.

Fieberabfall: Nur selten kritisch, meist lytisch. Zuweilen bestanden auch noch einige Tage subfebrile Temperaturen.

Endresultate:

Nicht operiert: 1 Fall (24). Geheilt. Wahrscheinlich Spontandurchbruch in das Nierenbecken.

Operiert: 30.
 Antwort von 27.
 Geheilt: 19.
 Ungeheilt: 4.
 Gestorben: 4.

Als geheilt wurden auch die ziemlich zahlreichen Fälle gerechnet, die gelegentlich kleine Beschwerden haben, wie Rückenschmerzen nach anstrengender Arbeit, Parästhesie in der Nierengegend bei Witterungswechsel, Beschwerden, die wohl meist mit der Narbe im Zusammenhang stehen. Ebenso sind häufig auch Symptome leichter Cystitis vorhanden. Subjektiv fühlen sich alle diese Patienten völlig gesund und arbeitsfähig.

Todesfälle: Nahtodesfälle: 3 (der eine unter urämischen Symptomen).

Spättodesfälle: 1 (Wirbel- und Lungentuberkulose).
 Tuberkuloseverdächtige Fälle: 5 (davon ein sicherer).
 Geheilt: 0.
 Ungeheilt: 4.
 Nahtod: 1 (26).
 Spättod: 1 (15).

Es muß allerdings hervorgehoben werden, daß bei einigen Fällen nur zum größten Teil nach dem Operationsresultat (Fistelbildung, Tod an Tuberkulose der Wirbel und Lungen einige Jahre später) der Verdacht auf Tuberkulose ausgesprochen wurde.

Über die Operationsindikation bei Tuberkulose siehe oben unter Therapie (Probepunktion).

Frühoperation: Ein Einfluß späterer oder früherer Operation auf die Dauer der Heilung ist bei unserem Material nicht sicher zu erkennen. Doch muß immer die Frühoperation das Ideal bleiben, schon weil durch sie der Organismus am weitgehendsten geschont wird.

Auszug aus den Krankengeschichten.

Fall 1. VIC. 31. Frau Auguste G., 29 Jahre alt. 1892. 9. VI. bis 13. VIII.

Fistula abdominalis. Abscessus paranephriticus et subphrenicus.

Nachdem Patientin schon kurze Zeit vorher an Magendrücken gelitten hatte, bekam sie — hochschwanger — im Februar d. J. heftige Schmerzen im Epigastrium und rechten Hypochondrium. Ein Arzt diagnostizierte fieberhaften Magenkatarrh und Verstopfung. Dann ließen bis zu der normalen Entbindung im März die Schmerzen nach. Am 4. Tage post partum Auftreten von Fieber. Außer einer minimalen Schmerzhaftigkeit im linken Parametrium wurde keine Ursache gefunden. Das Fieber ließ nach einigen Tagen nach. Danach schnell vorübergehende leichte Venenentzündung am linken Oberschenkel. Dann bis zum Anfang April Wohlbefinden außer Schwäche. Damals entstand ein harter Tumor außerhalb der Leber in der Gegend der Flexura coli dextra, nicht schmerzhaft, ohne erheblicheres Fieber. Langsam trat Fluktuation des Tumors ein. Am 19. IV. Incision, die eine Menge stinkenden Eiters zutage förderte. Die Abszeßhöhle reichte bis in die Nierengegend. Ileocöcalgegend stets frei. Es blieb eine Fistel zurück, die sich seit einiger Zeit bis in die Ileocöcalgegend erstreckte. Nie Gelbsucht. Stuhl seit der Krankheit meist hart, obstipiert. Nach schwerer Defäkation zuweilen geringe Blutspuren im Stuhl. Urin stets klar. Vor 14 Tagen eine Woche andauernder Harnrang. Seit einiger Zeit Husten.

Befund: Sehr mager, blaß. Rechte Lungenspitze suspekt. Magen zwei Querfinger unterhalb des Nabels. Urin trüb, alkalisch, 1010, Alb. +, Indikan + (Spur). Sediment: Zahlreiche Eiterkörperchen, Bakterien, Plattenepithelien, geschwänzte Epithelien, keine roten Blutkörperchen, noch Zylinder. Vaginal und rektal: Nihil. In der vorderen Axillarlinie rechts dicht unterhalb des Rippenbogens findet sich eine für eine dicke Sonde passierbare Fistel, von blaß-rötlichen Granulationen begrenzt. Die Sonde läßt sich nicht nach der Nierengegend, wohl aber nach der Regio iliaca dicht unter der Haut vorschieben, so daß der Knopf nach innen von der Spina iliaca fühlbar wird. Die rechte Weiche wird von einer undeutlich begrenzten Resistenz eingenommen, die nach vorn fast bis zur Medianlinie, nach oben unter den Rippen verschwindet. Bei Druck auf die Regio iliaca entleert sich reichlich gelber dicker Eiter aus der Fistel. Über der Resistenz nach rechts hinten Dämpfung. Bei der Darmaufblähung bleibt die Sonde deutlich fühlbar.

22. VI. Incision. Spaltung des nach unten blind endenden Fistelganges. In die Nähe der Fistel läßt sich eine Sonde nach oben nach der Niere zu einführen. Es muß also die Fistel an der Niere vorbei nach oben führen, und das Zwerchfell eine Perforation besitzen. Beim Versuch der Kontraincision wird der Pleuraraum eröffnet. Jodoformgazetampon. Von unten Drain in die Wunde, Jodoformglyzerininjektion. Starker Kollaps.

Verlauf: Pneumothorax rechts, der schnell schwindet.

Entlassung: Mit granulierender Wunde und Drain (10 cm) entlassen. Allgemeinzustand beginnt sich zu heben. In Heilung.
Nachuntersuchung: Unauffindbar.

Fall 2. VIC. 481. Bertha Kl., 52 Jahre alt, verheiratet. 1901. 5. I. bis 21. II.

Paranephritischer Abszeß links.

In der ersten Ehe zwei Fehlgeburten, zweite Ehe kinderlos. Vor 17 Jahren wegen „Traubengewächs“ operiert, das beim Stuhl- und Urinlassen Beschwerden gemacht hatte. Näheres weiß sie nicht anzugeben. Seither Schmerzen in der linken Nierengegend, die in halb- oder vierteljährlichen Zwischenräumen auftraten; sie waren nicht sehr stark, doch mußte Patientin jedesmal einige Stunden im Bett bleiben. Ostern 1899 sehr heftiger Schmerzanfall in der alten Stelle, der von dort aus nach dem Becken herunter und nach den Rippen ausstrahlte. Urinlassen schmerzhaft und erschwert, so daß der Urin nur tropfenweise ausfloß. Dieser Zustand dauerte 8 Tage. Ein Arzt diagnostizierte Nierensteinkolik. Steine sind nie abgegangen, Grieß war im Urin vorhanden, später Eiter. Zeitweise war der Urin auch klar. Ostern 1899 bis Weihnachten 1900 magerte Patientin ab, war schwach, hatte stets geringe Schmerzen in der linken Nierengegend, die zeitweise stärker wurden. 26. XII. 1900 wieder sehr heftige Schmerzen, zugleich bemerkte sie in der Lendengegend eine längliche, 2 Finger breite Geschwulst, die schnell wuchs. Die Geschwulst ist sehr empfindlich, daher Rückenlage unmöglich.

Befund: Geringe Struma. Urin: Alb. + (Spuren) enthält reichlich Eiter. — In der Lumbalgegend links befindet sich ein halbkugeliger, halbkopfgroßer Tumor. Haut darüber leicht gerötet. Der Tumor zeigt deutliche Fluktuation und ist bei Berührung schmerzhaft. Cystoskopie. Ulceration an der linken Ureterenmündung.

11. I. Incision.

Reichlich dünnflüssiger Eiter, etwas blutig. Steril.

Verlauf: Blasenspülungen.

Entlassung: Cystoskopisch unveränderter Befund. Mit granulierender Wunde entlassen. In Heilung.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (Brief): Patientin hat 69 Pfund zugenommen. Fühlt sich ganz gesund. Selten hat sie geringe Schmerzen in der linken Nierengegend. Muß oft Urin lassen und hat auch zuweilen Schmerzen beim Wasserlassen und Urindrang.

Resultat: Außer einer wahrscheinlich bestehenden Cystitis geheilt.

Fall 3. VIC. 475. Elias P., 24 Jahre alt, Reisender. 1900/01. 8. XII. bis 26. I.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Vor 11 Jahren Karbunkel am Hals, das incidiert wurde. Herbst 1893 heftige Schmerzen im Kreuz, die nach den Beinen ausstrahlten, mehrmals Schüttelfrost, konnte nur mit Hilfe von Stöcken mit hohlem Kreuz herumgehen. $\frac{1}{2}$ Jahr bettlägerig. Pfingsten 1894 Kur (Brunnen, Stahl-, Moorbäder, elektrisiert, massiert). Sommer 1894 gesund.

November 1894 Schmerzen im linken Oberschenkel; zugleich Anschwellung hinter dem linken Darmbeinkamm, die allmählich faustgroß und weicher und Anfang Februar 1905 eröffnet wurde. Es entleerte sich wenig Eiter. 14 Tage darauf auf 6 Tage in ein Krankenhaus. Wieder Eiterentleerung im Anschluß an warmes Bad; sezernierende Fistel blieb zurück. Bäder ohne Erfolg.

Ostern 1895 Anschwellung der anderen Seite in derselben Höhe. Bäder.

Pfingsten 1895 P u n k t i o n der inzwischen faustgroß gewordenen Anschwellung. Viel Eiter. Jodoformglyzerininjektion. Im Laufe einer 7wöchentlichen Jodbäderkur heilten beide Abszesse aus.

Winter 1897/98 wieder Schmerzen in dem linken Darmbeinkamm; wieder Entstehen einer Anschwellung, die nach 8—10 Wochen geschnitten und tamponiert wurde. Viel Eiter.

Zugleich weiter oben rechts an der Wirbelsäule Abszeß, der nach 3—4 Wochen aufbrach. Nach einigen Wochen waren beide verheilt.

November 1900 wieder Schmerzen in der rechten Beckenseite und im rechten Bein beim Versuch, das Bein zu strecken. Dampfbäder halfen nicht. Schmerzen in der Lendengegend.

Befund: Lungen o. B. Urin: Alb. + (Spuren). Rechter Oberschenkel wird leicht angezogen gehalten. Bei Druck auf die Inguinalgegend hat die Patientin Schmerzen, jedoch ist dort keine Anschwellung fühlbar. Beim Streckversuch des Oberschenkels wird das Becken und die Wirbelsäule gehoben. Wirbelsäule im ganzen nach rechts verschoben. Am linken Darmbeinkamm, nahe der Artic. sacro-iliaca eingezogene ovale Narbe. In gleicher Höhe auch rechts zwei Narben. Rechts an der Wirbelsäule in Höhe des letzten Brustwirbels eine ovale flache Narbe.

In der rechten Nierengegend findet sich eine flache, ovale Vorwölbung, die auf Berührung und Druck sehr schmerzhaft ist; in den nächsten Tagen nimmt die Schwellung erheblich zu.

17. XII. Incision.

Einschnitt in die fluktuierende Stelle, Eingehen mit der Kornzange. Große Menge Eiter. Staphyl. aur. Drainage.

Verlauf: Es stellt sich heraus, daß von der Beckenschaufel eine Fistel nach der Incisionsstelle zieht, aus der sich bei Druck auf erstere Eiter entleert. Abszeß an den Nates. — Incision. Derselbe Eiter wie oben.

Entlassung: In Heilung mit geringer Sekretion der Wunden.

Nachuntersuchung: Unauffindbar.

Fall 4. VII F. 640. Anna H., 36 Jahre alt, verheiratet. 1908. 28. VIII. bis 14. IX.

Paranephritischer Abszeß links. Carcinoma uteri.

Nach dem I. Part. vor 13 Jahren Nierenentzündung. Februar 1908 vorübergehend starke Kreuzschmerzen. Vor $\frac{1}{4}$ Jahr zuweilen starke Blutungen. Gynäkologische Operation geplant, unterblieb jedoch wegen Einsetzen hohen Fiebers. (Seit Ende Juni) häufig Wasserlassen. Wird von der Frauenklinik verlegt.

Befund: Kräftig. Temperatur 37,8 Grad. Urin frei. Ca. uteri. Cystoskopie: Rechter Ureter an normaler Stelle, linker Ureter kann nicht gesehen werden.

In der linken Nierengegend geschwulstartige Vorwölbung zu sehen, die schmerzhaft ist und an einer Stelle fluktuiert.

29. VIII. Incision.

Punktion ergibt Eiter. Typischer Nierenschnitt. Ca. 2 Liter Eiter stürzen schon nach Durchtrennung des Fettpolsters hervor. Retroperitoneale Abszeßhöhle.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: Gebessert in die Frauenklinik. Dort ist ein Abszeß ins Rektum perforiert.

Wiedervorstellung: Man gelangt mit Finger 5 cm oberhalb der Analöffnung nach links oben zu in eine Höhle.

4. II. 1909. Patientin ist gestorben.

Fall 5. VIC. 96. Emma H., 30 Jahre alt, verheiratet. 1894. 3. VII. bis 6. X.

Paranephritischer Abszeß links.

Einige Tage nach Partus vor $8\frac{1}{2}$ Jahren kolikartige Schmerzen im Unterleib, besonders in der rechten Seite, hielten bald stärker, bald schwächer $\frac{1}{2}$ Jahr an. Seither völlig wohl. Vor 4 Wochen Auftreten von Schmerzen in der linken Leistenbeuge, besonders stark beim Beugen des linken Beines im Hüftgelenk, übrige Bewegungen im Hüftgelenk schmerzlos. Patientin ging daher lahm. Seit etwa drei Wochen im Bett; hält seither Bein im Hüftgelenk gebeugt. Beschwerden und Schmerzen in der linken Leistengegend haben immer mehr zugenommen.

Befund: Linkes Bein in einem Winkel von ca. 110 Grad flektiert. Extensionsversuch aktiv und passiv schmerzhaft. Schmerzen vorwiegend über dem Poupartschen Band, aber von da aus in das ganze linke Bein ausstrahlend. Sonst alle Bewegungen im Hüftgelenk schmerzfrei und leicht ausführbar. Retroflexio uteri fixata. Linke Adnexe dicker als rechts, schmerzlos. Über dem Poupartschen Band, der Beckenschaufel aufliegend, dem Ileopsoas entsprechend, fühlt man fast mannsfaustgroße, halbkuglig sich vorwölbende Prominenz. 3 Querfinger breiter Fortsatz im Ver-

lauf des Ileopsoas nach der Nierengegend zu. Linke Niere nicht palpabel. Oberfläche der Vorwölbung fast knollig. Keine Fluktuation.

Im Verlauf der Beobachtung wird die Flexionskontraktur stärker, Fieber höher. Schmerzen in der Lumbalgegend treten auf.

Punktion: Eiter. (Staphylok.)

6. VIII. Incision (extraperitoneal).

Schnitt wie zur Freilegung des Ureters in seinem unteren Teil 2 Querfinger breit nach innen von der Spina iliaca super. Die Umschlagstelle des Peritoneums wird zurückgeschoben. In der Tiefe Fluktuation. Stumpfe Eröffnung. Drain bis in die Uretergegend (20 cm lang).

Verlauf: Cystitis.

Entlassung: Mit 8 cm langem Drain und sehr geringer Sekretion in ambulante Behandlung. In Heilung.

Nachuntersuchung November 1911 (Untersuchung): Patientin fühlt sich gesund; sie hat nur nach schwerem Essen Magenbeschwerden. Urin frei. In letzter Zeit etwas Schwäche in den Beinen. Narbe mit der Umgebung verwachsen. Muskelspalt in der Verlaufsrichtung der Narbe. Dort fühlt man beim Husten das Andrücken von Eingeweiden, ohne daß aber die Stelle vorgebuchtet wird.

Resultat: Geheilt, außer einigen mit der Niere nicht zusammenhängenden Beschwerden.

Fall 6. VIC. 336. August L., 30 Jahre alt, Knecht. 1899. 13. III. bis 23. IV.

Paranephritischer Abszeß.

Vor 2 Jahren von einer Kuh in die rechte Seite gestoßen. Vor 14 Tagen auf der rechten Seite in der Nierengegend starke stechende Schmerzen, bettlägerig. Nachts stets stark geschwitzt. Umschläge mit heißem Fett, Salbe, Medizin halfen nicht. Schmerzen wurden stärker.

Befund: Ziemlich starke Anämie. Bei der Atmung bleibt die rechte Seite, besonders die rechte Bauchseite stark zurück. Die unteren Rippen sind besonders in der seitlichen Partie stark vorgebaucht, weniger stark die rechte Bauchseite. Von hinten gesehen ist die rechte Lende ebenfalls vorgewölbt. Die untere Thoraxpartie ist eher etwas eingesunken. Interkostalräume hier deutlich gegenüber links eingezogen. Hinten rechts unten beginnt, 2—3 Finger breit höher als links, eine Dämpfung, die bald absolut wird und in die Lende und seitlichen Bauch übergeht. Oberhalb dieser Dämpfung erscheint der Schall eine Spur verkürzt bis zum Angulus scapulae. Rechts hinten unten etwas abgeschwächtes Atmen und vereinzelt mittel- und großblasiges Rasseln.

Die Haut der seitlichen Brust- und Bauchwand ist im Bereich der Vorwölbung ödematös. Eine Fünfpfennigstück große Stelle stark gerötet. Ziemlich starke Druckempfindlichkeit der ganzen Gegend.

Milz: Etwas vergrößert. Urin: Alb. + (Spuren). Sediment: Wenig Eiterkörperchen, vereinzelte Blasenepithel., Bakterien. 1027. Sauer. Temperatur 38,2 Grad, Puls 110—100.

14. III. Incision, vorher Punktion.

Resektion der 11. und 12. Rippe in der Axillarlinie, je 3—4 cm. $\frac{1}{2}$ Liter stinkender Eiter. Abszeßhöhle nach keiner Seite abzutasten. 2 Drains, 25 cm lang. Eiter steril.

Verlauf: Lytischer Temperaturabfall. Glatter Verlauf.

Entlassung: Geheilt.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (untersucht): Die Narbe bricht immer wieder auf und entleert Eiter. Hat einen Schlaganfall durchgemacht, leidet an starker Arteriosklerose. 20 Pfund abgenommen. Urin: Albumen + (Spur), Leukocyten +—, trübe. Leber vergrößert.

Cystoskopie:

Resultat: Nicht geheilt.

Fall 7. VII F. 631. Ilse W., 2 Jahre alt. 1909. 8. V. bis 7. VI.

Akuter Abszeß auf dem Psoas, wahrscheinlich paranephritischer Abszeß links.

Mit 1 Jahr zeitlang starkes Fieber. Anfang April d. J. fiel das Kind mit einem Stuhl um; 2—3 Tage später Schmerzen im linken Bein. Bis zum 19. IV. noch gelaufen, seither Auftreten unmöglich; Eintreten von Fieber bis 39 Grad, Schmerzen wurden stärker. Seit 14 Tagen haben die Schmerzen im Bein nachgelassen, dagegen traten solche linksseitig im Leib ein. In den letzten Tagen Verstopfung.

Befund: Bläß. Erhöhte Temperatur. Schwächlich. Patstös. Leib nicht aufgetrieben, im allgemeinen weich. Auf der linken Seite, direkt über dem Schambein, ist eine 2 Finger breite harte Stelle, stark druckempfindlich, nicht deutlich fluktuierend. Haut o. B., linkes Bein rechtwinklig flektiert, Streckversuche schmerzhaft.

Nierengegend frei. Urin: Alb. + (Spuren). Wirbelsäule o. B. Linker Patellarreflex: + + +, Hypertonie im Kniegelenk. Fußklonus links; Babinski links.

18. V. Incision (Streptokokken).

Kleiner Schrägschnitt durch Hautfascie oberhalb des Lig. Pouparti. Abschieben des Peritoneum. Auf dem Psoas großer Abszeß, dessen Höhle weit nach oben zwischen Wirbelsäule und linker Niere in die Höhe zieht. Kein rauher Knochen.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: Geheilt.

17. VI. Wiedervorstellung. Geheilt, keine Spasmen.

Auffallend waren die spastischen Erscheinungen im linken Bein. Für Wirbelsäulen- usw. Erkrankung kein Anhaltspunkt. Wahrscheinlich paranephritischer Abszeß.

Nachuntersuchung 25. VIII. 1911 (untersucht): Adenoide Vegetationen, sonst absolut gesund. Narbe fest.

Resultat: Geheilt.

Fall 8. VIC. 702. Ida B., 27 Jahre alt, Schneiderin. 1903. 17. VIII. bis 18. IX.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Vater und ein Bruder an Lungenkrankheiten gestorben. Vor 12 Jahren Typhus. Pfingsten 1903 Panaritium, das incidiert wurde. 14 Tage nach der Incision erkrankte sie plötzlich unter Fieber und Schmerzen dicht unter dem Lig. Pouparti. Erbrechen bestand nicht. Nach einigen Tagen wurden die Schmerzen schlimmer und lokalisierten sich im rechten Hypogastrium und in der rechten Hüfte. Das Fieber dauerte fort. In der zweiten Woche der Krankheit waren die Schmerzen äußerst heftig, aber nur momentan, 5—6mal am Tage. Seit 8 Tagen bemerkt die Patientin, daß ihr die Hüfte anschwellt. Seit 14 Tagen Beugekontraktur im rechten Hüftgelenk; nur manchmal, nach heißen Umschlägen kann das Bein gestreckt werden. Einmal will sie 14 Tage keinen Stuhl gehabt haben. Bisher wurde die Patientin mit Opium, Pulvern, warmen Spiritusumschlägen und Eisblase auf die Hüfte behandelt. Gegenwärtig bestehen Schmerzen dicht unter dem Lig. Pouparti und in der rechten Hüfte, die stark angeschwollen ist. Stuhlverhaltung.

Befund: Stark abgemagert. Bauchdecken elastisch, kontrahieren sich auf jeden Druck auf das rechte Hypochondrium. Perkutorisch findet man im rechten Hypochondrium eine Dämpfung, die 3—4 Querfinger breit gegen die Mitte reicht. Dort ist der stärkste Druckschmerz vorhanden. Die Schmerzen strahlen bis unter das Lig. Pouparti aus. Gegen den Brustkorb ist die Dämpfung scharf abgegrenzt. Palpatorisch ergibt sich an Stelle der Dämpfung eine ziemlich feste Resistenz, die sich aber in die Fossa iliaca nicht verfolgen läßt. Die Gegend zwischen Spina iliaca ant. und dem Rippenbogen bis fast zum Kreuzbein ist geschwollen, ödematös. Bein im Hüftgelenk gebeugt, Adduktion und Abduktion gut möglich, Extension nicht möglich. Leukocyten 19 000.

29. VIII. Incision (Staphyloc. alb.).

Verlauf: Glatt.

Entlassung: 4 cm tiefe Fistel, wenig sezernierend, etwas kleiner als linsengroß. Keine wesentlichen Beschwerden, außer Schwäche in den noch etwas ödematösen Beinen.

In Heilung.

Nachuntersuchung Januar und Juni 1912 (Brief und Untersuchung): Hat bisweilen Stiche in der Nierennarbe bei Witterungsumschlag. Hat 6—8 Wochen Brennen in der Harnröhre bei Wasserlassen und Urindrang. Hat mehrere Aborte und zwei schwere Geburten (enges Becken) durchgemacht.

Untersuchung (21. VI. 1912): Fühlt sich ganz gesund, nur sehr nervös. Blühendes Aussehen, kleine runde, tief eingezogene Narbe. Nierengegend beiderseits o. B., schmerzlos.

Etwas Neigung zum Nabelbruch.

Urin frei, ganz klar. (Augenblicklich auch keine Beschwerden.)

Resultat: Geheilt, außer einigen nervösen Beschwerden. Vielleicht periodenweise auftretende Cystitis.

Fall 9. VII F. 666. Wilhelm L., 40 Jahre alt, Bahnwärter. 1910. 23. VII. bis 1. X.

Paranephritischer Abszeß links nach Nackenfurunkel. Erysipel.

Am Anfang Juli Nackenfurunkel, den ihm am 5. VII. ein Mitarbeiter ausdrückte. 4 Tage darauf plötzlich Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Muß häufiger als sonst Urin lassen. Da Verschlimmerung eintritt, wird er in die Klinik gebracht.

Befund: Kräftig. Nicht sehr krank aussehend. Meist auf der linken Seite in rechts-konvexer Skoliose liegend. Temperatur 37,6 Grad, Puls 85. Linkes Bein in Flexion. Streckversuch sehr schmerzhaft. In der linken Lumbalgegend, oberhalb der Darmbeinschaukel, eine halbkugelige, kleinapfelgroße Prominenz; darüber ist die Haut etwas ödematös. Druckempfindlichkeit, Fluktuation. Diese Prominenz setzt sich in einen Tumor fort, der nach hinten bis an die Wirbelsäule, nach vorn bis handbreit vom Nabel, nach oben bis an den Rippenbogen, nach unten bis fast an die Symphyse reicht. Darüber zeigt die Bauchdecken- und besonders die Rückenmuskulatur Défense musculaire. Der Tumor ist rundlich, ziemlich scharf begrenzt. Keine Verschieblichkeit. Rektal: o. Kein Pleuraerguß. Urin frei. Am Nacken gereinigter, aber schlecht granulierender Furunkel.

Probepunktion. — Staphylococcus.

25. VII. Incision.

Längsschnitt an der Außenseite des Erect. trunci. Da kein Eiter gefunden wird, wird noch ein Querschnitt darauf gesetzt. Schließlich wird doch am Rande des Erect. mit der Kornzange der Abszeß gefunden. 250 ccm Eiter.

Verlauf: Zuerst glatt. 6. VIII. Fieber. 10. VIII. Erysipel am Oberschenkel (kleine Rhagade). Rezidiv des Erysipels, Abszeß, Fasciennekrose. 3. IX. rasch vorübergehende Pleuritis sicca.

Entlassung: Mit gut granulierender Wunde.

In Heilung.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (Brief): Fühlt sich völlig gesund. Nur zuweilen Schmerzen in der Nierengegend.

Resultat: Geheilt.

Fall 10. VIC. 749. Alfred Kl., 3¼ Jahre alt. 1904. 27. I. bis 28. II.

Paranephritischer Abszeß links.

Mit 1 Jahr englische Krankheit. Vor ½ Jahr starker Ausschlag am ganzen Körper. Vor 8 Tagen angeblich von einem anderen Kind mit dem Fuß gegen den Unterleib gestoßen und dann noch 3 Stufen heruntergefallen. Seither geht er langsamer als sonst und klagt über Schmerzen im Unterleib, besonders links. Abführmittel und Bettruhe brachten Verschlimmerung. Das Kind läuft seither in gebückter Haltung, hält sich mit den Händen den Leib, hat keinen Appetit.

Befund: Guter Ernährungszustand. Temperatur 38,3 Grad, Puls 136. Linker Oberschenkel in Flexion, Extensionsversuche sehr schmerzhaft. Urin frei, im Sediment vereinzelte rote Blutkörperchen. Abdomen etwas gespannt, keine abnorme Dämpfung. In der Gegend unterhalb des linken Rippenbogens Druckempfindlichkeit, etwas Resistenz, reflektorische Spannung. Am Rücken, etwa 2 Querfinger links von der Wirbelsäule beginnend, von der Höhe des 7. bis zu der des II. Proc. spin. abwärts reichend, eine leichte rundliche, stark druckempfindliche Vorwölbung. Fluktuation nicht deutlich.

21. I. Vorwölbung deutlicher, kleinapfelgroß, aber nicht sehr erhaben. Haut o. B., Fluktuation deutlich vorhanden.

27. I. Incision.

3 cm langer Längsschnitt. Nach Durchtrennung der Unterhautzellgewebe große Mengen Eiter. Nach unten fühlt man in der Abszeßhöhle eine Öffnung, die sich in die Tiefe fortsetzt.

Verlauf: Glatt. Prompter Abfall des Fiebers.

Entlassung: Haselnußgroße Wunde. Sehr gutes Allgemeinbefinden.

In Heilung.

Nachuntersuchung: Unauffindbar.

Fall 11. VII F. 627. Bertha E., 18 Jahre alt, Dienstmädchen. 1909. 5. III. bis 24. IV.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Im Januar 1909 Panaritium am rechten Daumen, das incidiert wurde und nach 3 Wochen heilte. Am 27. II. mit Schmerzen in der rechten Seite zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm erkrankt. Bis zum 3. III. gearbeitet. Die Schmerzen, die nicht anfallsweise auftreten, nehmen zu. Seit 4. III. Temperatursteigerung.

Befund: Kräftig. Temperatur 39,4 Grad, Puls 160. Lungen: Rechts hinten unten vom 9. Brustwirbel nach abwärts ganz leichte Dämpfung, Atmen vielleicht etwas abgeschwächt. Rechte untere Grenze winklig verschieblich. Linkes Abdomen nirgends druckempfindlich; sehr ausgeprägter Bauchdeckenreflex. In der rechten Oberbauchgegend fühlt man einen dicht unter dem Rippen-

bogen beginnenden apfelsinengroßen Tumor, der nicht druckempfindlich und nicht verschieblich ist. An der rechten Rückenseite, etwa in der Mitte zwischen Spitze der 12. Rippe und Darmbeinkamm, druckempfindliche Stelle. Haut nicht verändert. Urin: Alb. + (Spur).

Probepunktion. — Eiter.

9. III. Incision.

Schrägschnitt in der Nierengegend. Stumpfes Vordringen in die Tiefe. Abszeß. Quelle des Eiters nicht gefunden. Staphylococcus aureus.

Verlauf: Temperatur geht noch nicht zur Norm zurück.

16. III. Urin: Zahlreiche Epithelien, auch Nierenepithelien. Zahlreiche Leukocyten, vereinzelt Erythrocyten. — Hyaline Zylinder.

29. III. Cystoskopie.

24. III. Incision eines Abszesses in der Gegend der linken hinteren Crist. iliac., ziemlich reichlich Eiter.

13. IV. Tumor noch palpabel. Urin: Leukocyten, granulierende Zylinder, einzelne Zellen. Kein Alb. (Esbach).

Entlassung: 26. IV. Tumor unverändert, nicht druckempfindlich. Wunde bis auf kleine oberflächliche graunulierende Stelle geschlossen. Gutes Allgemeinbefinden. Der Befund von Albumen, Zylindern, der tastbare Tumor und die zuweilen noch auftretenden, fast immer subfebrilen Temperatursteigerungen lassen annehmen, daß sich an der Niere noch pathologische Prozesse abspielen.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (Brief): Hat 20 Pfund zugenommen. Fühlt sich gesund, nur bei Witterungswechsel hat sie Schmerzen in der rechten Nierengegend.

In der letzten Zeit leidet sie an Zahnschmerzen, Kopfschmerzen und Nasenbluten.

Quoad Niere.

Resultat: Geheilt.

Fall 12. VII F. 668. Eugen Sch., 33 Jahre alt, Bureaudiener. 1910. 29. IX. bis 6. XI.

Paranephritischer Abszeß rechts bei Appendicitis.

Herbst 1902 Lungenkatarrh. Am 16. IX. Schmerzen im ganzen Leib und diffuses Spannungsgefühl. 17. IX. Schüttelfrost. Trotz Abgang von Winden blieb ein Spannungsgefühl in der rechten Seite bestehen. Bei raschen Bewegungen im Bett (Umdrehen) schneidender stichtartiger Schmerz quer über den Leib. Patient liegt daher nur auf dem Rücken. Seit 8—10 Tagen Fieber. Stuhl o. B. Von der medizinischen Klinik verlegt in die chirurgische Klinik.

Befund: Mäßiger Ernährungszustand. Lungen: Rechts hinten oben geringe Schallabschwächung, verlängertes Exspirium. Abdomen unterhalb des Nabels beiderseits leicht vorgetrieben, im

allgemeinen nicht druckempfindlich. In der rechten Hälfte des Abdomens, dieselbe fast ganz einnehmend, eine bis zur Höhe der Spin. ant. sup. und fast bis zur Mittellinie reichende, ziemlich derbe, im unteren Teil fluktuierende Resistenz, die nicht verschieblich ist. Oberfläche nicht ganz glatt, am medialen Rand leicht höckerig und etwa in Nabelhöhe auffallend grobknollig. Der Tumor ist nicht besonders druckempfindlich. Urin: Alb. + (Spur). Temperatur 39,3 bis 39,7 Grad.

30. IX. Incision.

Lumbalschnitt wie bei Nierenexstirpation. Gewebe serös infiltriert. Nach Durchtrennen der Muskulatur gelangt man auf einen großen retroperitonealen Abszeß, die nach oben verdrängte Niere kommt nicht zu Gesicht. Der kindskopfgroße Abszeß enthält einen Kotstein.

Große Mengen nach Bact. coli riechenden Eiters. Der Abszeß ist völlig abgekapselt.

Verlauf: Glatt. Temperaturabfall prompt.

Entlassung: 7 cm langer, schmaler, granulierender Wundstreifen. Keine Beschwerden. In Heilung.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (Brief): 30 Pfund zugenommen, hat keine Beschwerden.

Resultat: Geheilt.

Fall 13. VIC. 317. Rudolph G., 32 Jahre alt. 1898. 10. XII. bis 30. I.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Seit 2 Jahren polypöse Wucherungen der Nasenschleimhaut. Im September d. J. litt er an einem Karbunkel auf dem linken Schulterblatt. Vor 5 Wochen Schmerzen in der rechten Inguinalgegend, nur zeitweise auftretend, besonders beim Gehen, kurz und stechend, nicht ausstrahlend. In horizontaler Lage sind die Schmerzen nicht vorhanden. Keine Koliken, kein Erbrechen, kein Ikterus, Stuhl o. B. Urin o. B. Appetit vermindert.

Vor 14 Tagen Änderung des Zustandes. In der Inguinalgegend schwanden die Schmerzen langsam und traten rechts von der Wirbelsäule, unterhalb der Rippen auf. Fieber. Seit 5 Tagen besteht an der Stelle des Schmerzes eine Anschwellung.

Befund: Ziemlich kräftig. Auf beiden Lungen hinten unten kleinblasige, feuchte Rasselgeräusche.

Unterhalb der 12. Rippe, am Außenrand des Erector trunci, kinderfaustgroßer Tumor. Die Haut darunter ist von normaler Beschaffenheit, nicht heiß. Deutliche Fluktuation. Palpatorisch nicht allzu schmerzhaft. In der rechten Inguinalgegend nichts Abnormes; dagegen befindet sich etwas nach oben zur Leber zu eine deutliche, feste Resistenz, die der Niere anzugehören scheint und sich nach der Leber, wenn auch undeutlich, abgrenzen läßt.

Perkutorisch geht die Leberdämpfung vom 8. Rippenbogen abwärts senkrecht nach der Spina ossis ilei zu in eine 2-cm-Dämpfung über. Hinten Dämpfung vom 10. Processus spinosus bis zum Os ilei.

Urin: Etwas trübe, sauer, 1012, Bakterien, granulierten Zylinder, Blasenepithelien, Eiterkörperchen. Alb. + (Spur). Fieber bis 39 Grad, Puls 125.

14. XII. Incision.

5 cm langer Schnitt über der fluktuierenden Stelle. Unter der Fascie kommt man auf Eiter. 2 Drains.

Verlauf: Nach Wechsel der verstopften Drains fieberfrei. Pneumonie. Später kleine Störung an der Wunde (Schwellung, Fieber), sonst glatt.

Entlassung: In Heilung. 8 cm lange, wenig sezernierende Fistel. Urin frei.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (untersucht): Fühlt sich völlig gesund. Narbe verwachsen, fest, keine Hernie. Urin frei.

Resultat: Geheilt.

Fall 14. VII F. 589. Martha K., 22 Jahre alt, verheiratet. 1907. 14. X. bis 13. XII.

Paranephritischer Abszeß links.

II. Part. acht Tage vor der letzten Geburt (5. X. 1907) Schmerzen in der linken Seite, die von Tag zu Tag heftiger wurden und auch nach der Geburt anhielten. 2 Tage nach der Geburt bemerkte Patientin eine Schwellung in der linken Seite, die anfangs weich gewesen sein soll, in den nächsten Tagen aber hart wurde. Fühlte sich sehr schwach, kein Appetit, Fieber. Auf Breiumschläge keine Besserung.

Befund: Bleich, schlechter Ernährungszustand. Temperatur 39,2 Grad, Puls 120. Urin: Alb. +, zahlreiche Leukocyten, keine Zylinder. Linke Hälfte des Abdomens stark vorgewölbt. Man fühlt einen Tumor, der vom Rippenbogen bis zur Spina iliaca herabreicht, nach hinten bis zur Wirbelsäule geht, nach vorn eine Hand breit von der Mittellinie entfernt bleibt. Prall elastische Konsistenz. Große Druckempfindlichkeit. Das übrige Abdomen ist weich, o. B. Haut über dem Tumor nicht verändert. Da das Befinden sich abends verschlechtert,

14. X. Incision.

6 cm lang im Verlauf des Musc. obliquus extern. Vorher Probepunktion: Eiter. 1 Liter Eiter. Pseudodiphtheriebazillen.

Verlauf: Langsam, aber glatt. Temperatur sinkt kritisch zur Norm, zuweilen einige erhöhte Temperatur.

2. XII. Cystoskopie. Blase nach rechts verlagert, so daß der linke Ureter in der Medianlinie liegt. Balkenblase. Linke Ureteröffnung erweitert, Umgebung gerötet. Ein schmaler roter Streifen spannt sich herüber zur rechten Ureterenöffnung.

Aus dem linken Ureter läuft kein Urin heraus. Auf der gesunden Seite erst nach 36 Minuten Zuckerreaktion.

Entlassung: Sekretion geringer geworden. Soll sich wiederholt vorstellen. Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit in der linken Niere nicht zu erwarten, da wohl das ganze Gewebe zerstört ist. In Heilung.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Fühlt sich nicht gesund. Die Wunde ist noch offen und sondert Eiter ab. Schmerzen bestehen nicht. Hat außerdem cystitische Beschwerden.

Resultat: Ungeheilt.

Fall 15. VIC. 954. Johann B., 35 Jahre alt, Tischler. 1905. 13. XI. bis 7. XII.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Mitte September erkrankt mit Kreuzschmerzen, hohem Fieber, Leibschmerzen und Durchfällen, nachdem schon seit Ende August leichte Fieberanfälle vorausgegangen waren. Am 2. Krankheitstag Verlust des Gehörs. Aufnahme in die medizinische Klinik.

Dort folgender Befund: Auf dem Abdomen 2 roseolähnliche Flecken. Erbsengroße Leistendrüsen. Hinten rechts unten 3 querfingerbreite Dämpfung und Bronchialatmen. Hinten links oben Schallschwächung, keuchendes Atmen. Stuhl erbsenbreiartig. Urin: Alb. + (Spuren), Sacch. o, Indic. +. Blut: Widal +, wenige Stäbkolonien. Meist hohes remittierendes Fieber 37,5 Grad (morgens) bis 41,1 Grad (abends).

24. X. Hinten rechts unten bis zum Skapularwinkel Dämpfung und aufgehobenes Atmen.

Punktion: 60 cm³ trübes, eitrig-seröses Exsudat.

13. XI. Punktion des rechten Pleuraraums: Kein Inhalt; Punktion der rechten Lendengegend: Grünlich-gelblich dicker Eiter. In die chirurgische Klinik verlegt.

Befund: Mäßig kräftig. Rückenlage mit angezogenem rechten Bein. Streckung und Lageveränderung schmerzhaft. Temperatur 3,2 Grad, Puls 120. Urin: Sauer, Alb. + (Spur). Rechts hinten unten Dämpfung vom 5. Brustwirbel (7. bis 8. Brustwirbel intensiv), Bronchialatmen. Die rechte Thoraxhälfte bleibt bei der Atmung zurück. Verstärkter Stimmfremitus. Reibegeräusche am unteren Rande. Abdomen weich, nicht druckempfindlich. Leber und Milz nicht vergrößert. Außerhalb der rechten Mammillarlinie in der Weiche Resistenzgefühl und Druckempfindlichkeit. Ausgesprochene Dämpfung, die sich nach hinten im ganzen Gebiet der Lende zwischen Rippenbogen, Beckenschäufel und Wirbelsäule nachweisen läßt. Keine Verschieblichkeit. Starke Druckempfindlichkeit.

13. XI. Incision.

Querer Schnitt parallel der letzten Rippe. Dicke Schwielen, die durchtrennt werden. Nach der Eiterentleerung kommt man in eine

große Höhle, die nach oben bis an das Diaphragma reicht. Staphylococcus aureus.

Verlauf: Glatt. Vom dritten Tage ab fieberfrei.

Entlassung: 8 cm tiefe Fistel. Etwas Dämpfung an der rechten Lungenbasis hinten. Allgemeinbefinden gebessert.

Nachuntersuchung: Patient ist am 25. VIII. 1909 an Lungen- und Wirbeltuberkulose gestorben.

Fall 16. VII F. 702. Karl L., 24 Jahre alt, Waldarbeiter. 1908. 23. III. bis 26. V.

Paranephritischer Abszeß links (Rezidiv).

Während seiner Militärzeit erkrankte der Patient nach dem Manöver 1906 mit Schmerzen in der Kreuzbeingegend und in der linken Leistenbeuge unter Fiebererscheinungen. Das linke Bein stand in Flexionsstellung. Es handelte sich damals um einen paranephritischen Abszeß, der operiert wurde. Der Patient wurde danach wieder dienstfähig und war nach seiner Entlassung als Waldarbeiter tätig. Allmählich traten die alten Beschwerden in der linken Bauchgegend wieder auf, so daß er im Februar 1908 wieder arbeitsunfähig wurde. Damals fing auch sein linkes Bein an zu schmerzen und sich im Hüft- und Kniegelenk zu krümmen. Da Verschlechterung eintritt, wird er heute vom Arzt in die Klinik geschickt.

Befund: Schwächlicher Mann. Temperatur 38,2 Grad. Urin frei. Links hinten parallel dem Rippenbogen befindet sich eine 12 cm lange, fingerbreite, rote Narbe. Die Umgebung dieser alten Narbe am Rücken, sowie die linke Unterbauchgegend ist stark druckempfindlich. Hier besteht eine intensive Dämpfung. Man fühlt an dieser Stelle eine deutliche Resistenz, trotz der vorhandenen Muskelspannung und undeutliche Fluktuation. Das linke Bein ist fast rechtwinklig gebeugt und steht in dieser Stellung fixiert.

Probepunktion: Eiter.

27. III. Incision und Gegenincision.

Schnitt in der alten Narbe, nach deren Durchtrennung sofort große Eitermassen hervorstürzen. Die Abszeßhöhle geht nach oben gegen die Wirbelsäule zu, wo vielleicht ein Wirbel usuriert ist, nach unten und vorn.

Abszeß bis dicht an die vordere Bauchwand oberhalb des Poupartschen Bandes, hier

Gegenincision.

Verlauf: Erst starke Sekretion, glatter Verlauf.

Entlassung: Bis auf kleine Granulationsflächen alles geschlossen. In Heilung.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Patient fühlt sich nicht gesund, leidet an Schmerzen in der linken Hüfte, im Unterleib und im Rücken. Hat Schmerzen in der linken Nierengegend

beim Gehen und Bücken. Ist nur im Haushalt tätig. Cystische Beschwerden. Wunde verheilt.

Resultat: Ungeheilt.

Fall 17. VII F. 635. Wilhelm H., 38 Jahre alt, Bauarbeiter. 1908. 6. XII. bis 21. I. 1909.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Vor 3 Wochen erkrankte der Patient an einem Furunkel am rechten Handgelenk, das incidiert wurde. Die Achseldrüsen waren damals geschwollen. 2 Tage nach der Incision traten Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Nierengegend auf. Es bestanden hohe Temperaturen, frequenter Puls. Röntgenogramm: o. B. Cystoskopisch: Rechts gute Funktion. Beiderseits Albumen (Spur). In der Nacht vom 11. bis 12. XII. stellte sich Husten und Auswurf ein. Es wurde links unten eine Bronchitis festgestellt und der Patient in die medizinische Klinik verlegt.

Dort wurde folgender Befund erhoben: Am rechten Handgelenk eine reaktionslose, runde Narbe. Über dem rechten Unterlappen ist der Schall etwas kürzer, sonst sind die Lungen o. B. In der rechten Bauchgegend, dicht unterhalb des Rippenbogens, fühlt man eine unbestimmte, aber deutliche Resistenz, die sich bei tiefer Inspiration vermehrt. Bimanuell ist die Resistenz deutlicher fühlbar. Die Palpation ist sehr schmerzhaft. Das rechte Bein ist im Hüftgelenk flektiert, seine Streckung ist wegen der damit verbundenen Schmerzen unmöglich. Die rechte Nierengegend ist hinten stark druckempfindlich, eine äußere Schwellung oder Rötung ist nicht vorhanden. Die Oberschenkelmuskulatur und die Druckpunkte des Ischiadicus und Femoralis sind schmerzhaft. Die Leber überragt den Rippenbogen um 2—3 Querfinger. Im weiteren Verlauf der Erkrankung werden aus dem Blut Staphylokokken gezüchtet. In der Nierengegend erscheint eine Vorwölbung, Ödem; später tritt an dieser Stelle auch Fluktuation auf. Über dem rechten Unterlappen weiter Dämpfung.

Probepunktionen in der rechten Nierengegend ergeben: Eiter.

In der rechten Pleura leicht blutig trübes Exsudat. Nach der chirurgischen Klinik zurückverlegt.

23. XII. Incision.

Senkrechter Schnitt hinten in der Lumbalgegend. Nach Durchtrennung der Muskulatur stößt man auf Eiter. Staphylococcus.

Verlauf: Prompter Temperaturabfall. Rechts hinten Dämpfung (fingerbreit) mit Reiben. Spülungen der Wunde mit Antiferment (Müller), danach Nachlassen der Sekretion.

Entlassung: Wunde fast völlig geschlossen (30. I.). In Heilung.

Nachuntersuchung November 1911 (Untersuchung): Fühlt sich völlig gesund. Keine Beschwerden. Urin frei. Narbe verwachsen, reizlos, eingezogen. Keine Hernie.

Resultat: Geheilt.

Fall 18. VIC. 801. Stefan v. Cl., 23 Jahre alt, stud. jur. 1904. 10. VI. bis 22. VIII.

Paranephritischer Abszeß. Psychose.

Vor 2 und 1 Jahr hat Patient einen Bronchialkatarrh durchgemacht und hat seither an morgendlichem Auswurf gelitten. Am 4. VI. Auftreten von Übelkeit. Erbrechen bestand nicht. Am Tage darauf geringes Nasenbluten, geringe Leibschmerzen. Es bestand Verstopfung und allgemeine Mattigkeit. Am 10. VI. wurde er, da eine Verschlechterung eintrat, in die Klinik aufgenommen. Es bestanden Schmerzen in der Ileocöcalgegend beim Herumgehen. Urinbeschwerden waren nicht vorhanden.

Befund: Temperatur 39 Grad, Puls 94. Im Nacken und in den Inguinalfalten erbsengroße harte schmerzlose Drüsen. In der Ileocöcalgegend bestehen bei tieferem Druck Schmerzen mäßigen Grades. Milz perkutorisch vergrößert, mäßig druckempfindlich. Es besteht Verdacht auf Typhus, der jedoch durch verschiedenen vorgenommene Untersuchungen (Ficker, Widal auch auf Paratyphus) und durch bakterielle Untersuchungen des Blutes nicht bestätigt wird. Der Appetit wird im weiteren Verlauf sehr schlecht, es treten hohe Temperaturen ein, eine Bronchitis mäßigen Grades wird konstatiert. Das Körpergewicht nimmt außerordentlich ab. Im weiteren Verlauf tritt plötzlich eine schwere Psychose auf. Die Krankengeschichte ist nicht weiter vorhanden, es geht aus ihr noch hervor, daß schließlich ein paranephritischer Abszeß festgestellt wird, und daher eine Incision gemacht wird.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Patient, der jetzt Referendar ist, hat 55 Pfund zugenommen. Er fühlt sich völlig wohl und hat keinerlei Beschwerden. Auch geistig ist er völlig gesund geblieben.

Resultat: Geheilt.

Fall 19. VIC. 5. August W., 46 Jahre alt. 1890. 28. VI. bis 12. VIII.

Paranephritischer Abszeß rechts (nach Leberabszeß).

Vom 10. III. bis 5. IV. d. J. wurde Patient in hiesiger Klinik wegen Leberabszeß operiert. Nach der Entlassung fühlte er sich 4 Wochen völlig wohl. Dann bemerkte er plötzlich über der rechten Leistengegend eine etwa haselnußgroße Geschwulst; auf innere Mittel Vergrößerung derselben. Beschwerden (Urin, Stuhl) usw. hat Patient nicht.

Befund: Sehr blaß und abgemagert. Urin frei. Bauchorgane o. B. 2 Finger breit rechts von der Mittellinie, nach oben die Nabelhöhe überschreitend, zeigt sich in der rechten Bauchseite eine deutliche Vorwölbung; desgleichen auch in der Lumbalgegend bis an den Rand des Sacrolumbalis. Entsprechend der Vorwölbung fühlt man einen großen fluktuierenden Tumor mit glatter Oberfläche, der ziemlich weich und unbeweglich ist. Zwischen Leber und Tumor befindet sich eine Zone mit tympanitischem Schall. Sehr druckempfindlich. Atmung beschleunigt, mühsam. Temperatur 38,4 Grad.

2. VII. Incision.

Schnitt handbreit über der Spina iliaca ant. sup. beginnend bis zur Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel des Poupartschen Bandes ziehend. Vorsichtiges Vordringen bis zum Bauchfell (nicht eröffnet). Große Höhle mit stinkendem Eiter. Oben fühlt man deutlich den unteren Teil der Niere.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: Keine Beschwerden. Mäßig sezernierende Fistel. In Heilung.

Nachuntersuchung: Unauffindbar.

Fall 20. VI C. 694. Martha Gl., 21 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. 1903. 27. V. bis 1. VIII.

Paranephritischer Abszeß rechts.

Beginn vor 4 Wochen mit andauernden Schmerzen in der rechten Lendengegend. Am 13. diagnostizierte der Arzt ein Nierenleiden. Patientin wurde bettlägerig. Die Schmerzen sind bisher gleich geblieben; Appetit und Schlaf sind schlecht. In letzter Zeit öfter Durchfälle und Aufstoßen.

Befund: Ziemlich gesundes Aussehen. Temperatur 38 Grad, Puls 110. Urin: Sauer, Alb. + (Spuren), Sediment: Nihil. Abdomen nirgends aufgetrieben, Atmung vorwiegend kostal. Die rechte Hälfte des Abdomens ist stark druckschmerzhaft, Défense musculaire. Man fühlt dort eine flache, ziemlich derbe, glatte, tumorähnliche Resistenz, die gut faustgroß ist und sich vom Nabel nach links erstreckt. Sie geht unbestimmt in die Lendengegend über und wird von der Nabelhorizontalen ungefähr halbiert. Ihre Grenzen zum Nabel und nach unten hin lassen sich scharf bestimmen. Bauchdecken über der Resistenz, die nicht verschiebbar ist, abhebbar. Leber: 6. Rippe bis 1½ Querfinger oberhalb des Rippenbogens. Zwischen ihr und der Tumordämpfung deutlich tympanitischer Schall. Spontaner Schmerz im Zentrum der Geschwulst und in der hinteren Nierengegend, Druckschmerz im ganzen Bereich der Geschwulst. Rechtes Bein in Flexionsstellung. Bei Streckversuch lebhaftere Schmerzen. Urin: Sauer, o. B. Mikr. o. B. Diviseur: Rechts 17,3 cm³, links 35,6 cm³, sonst o. B. und gleich. Darmaufblähung: Colon vor dem Tumor.

4. VI. Incision.

Schleich-Anästhesie. Probepunktion in der hinteren Axillarlinie am Rand der 12. Rippe: Dicker Eiter. Incision entlang des Nabels. Staph. pyog. aur.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: 3 cm tiefe, fast nicht sezernierende Fistel, keine Beschwerden. In Heilung.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Patientin hat 20 Pfund zugenommen. Zeitweise hat sie bei anstrengender und sitzender Arbeit Rückenschmerzen rechts. In der Nacht läßt sie 2–3mal Urin. Cystische Symptome bestehen nicht.

Resultat: Geheilt.

Fall 21. VIC. 905. Otto T., 15 Jahre alt, Gärtnerlehrling. 1905. 8. VII. bis 23. VII.

Paranephritischer Abszeß links.

Vor 1 Jahr plötzlich heftiges Herzklopfen, Stechen in der Herzgegend, kein Fieber. Der Arzt diagnostizierte Herzbeutel-erweiterung; bald Heilung. Vor 14 Tagen plötzlich Auftreten von Schmerzen in der linken Seite hinten. Patient arbeitete noch einen Tag. Verschlechterung in den nächsten Tagen, Patient wurde arbeitsunfähig. Nach 7 Tagen bildete sich hinten links eine druckempfindliche Schwellung. Haut darüber nicht gerötet. 3 Tage später Beginn des Fiebers.

Befund: Bauch weich, nicht empfindlich. Einige Inguinaldrüsen etwas vergrößert. Urin o. B. Sediment: Urate. In der linken Nierengegend hinten eine Auftreibung, die links an der Skapularlinie, 2–3 Querfinger über dem Rippenbogen beginnt und allmählich nach unten ins Gesunde übergeht, nach links bis zur Axillarlinie reichend. Haut normal. Es besteht starke Druckempfindlichkeit; die fühlbare Geschwulst ist wenig verschieblich, nicht mit der Haut verwachsen, zeigt deutliche Fluktuation. Hüftgelenk frei. Leichte Temperatursteigerung.

13. VII. Incision.

Unter dem linken Rippenbogen hinten 4 cm langer Schnitt. Staphyl. aur.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: Keine Beschwerden. 3 cm tiefe, wenig sezernierende Wunde. In Heilung.

Nachuntersuchung November 1911 (Brief): Keine Beschwerden, völlig gesund, dient augenblicklich beim Militär.

Resultat: Geheilt.

Fall 22. VIC. 1011. Reinhold Fr., 21 Jahre alt, Schlosser. 1906. 27. IV. bis 21. V.

Paranephritischer Abszeß.

3 Wochen vor Beginn der Erkrankung spürte der Patient beim Sprung über einen niedrigen Bock einen kurzen stechenden Schmerz

in der linken Nierengegend. Bis vor 4 Wochen gesund. Damals trat mitten in der Arbeit Mattigkeit, Übelkeit, Schmerz in der linken Seite auf. Kein Auswurf, keine Atembeschwerden. Fünftägige Verstopfung. Fieber ist seit Beginn der Erkrankung vorhanden, 3—4 Schüttelfröste. Seit 14 Tagen Schwellung in der linken Lendengegend. 30 Pfund Abmagerung.

Befund: In den hinteren unteren Thoraxpartien links und der linken Nierengegend sind die Interkostalräume verstrichen, die ganze Gegend ist leicht vorgewölbt, auf der höchsten Prominenz ist die Haut gerötet. Keine Fluktuation. Weiches Ödem, die Schwellung ist schmerzhaft. Links hinten in der Höhe des 6. Proc. spinosus Dämpfung, die in die Nierendämpfung übergeht und der äußerlich sichtbaren Schwellung entspricht. Über der Dämpfung oben bronchiales Atmen, das nach unten immer schwächer wird; ganz unten ist das Atemgeräusch aufgehoben. Stimmfremitus abgeschwächt bzw. aufgehoben. Patient liegt im Bett mit gebeugtem linken Bein. Bei Streckung extreme Schmerzen in der linken Nierengegend und in der linken Seite bis zum Knie hinab.

1. V. Incision.

Schnitt parallel dem unteren Rande der letzten linken Rippe. Staphylococcus aureus.

Verhalten der Niere nicht erwähnt.

Verlauf: Lytischer Temperaturabfall.

Entlassung: In Heilung. Bestes Wohlbefinden.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Fühlt sich völlig gesund, keinerlei Beschwerden.

Resultat: Geheilt.

Fall 23. VI C. 145. Marie T., 58 Jahre alt, verheiratet. 1895. I. XI. bis 4. XI.

Paranephritischer Abszeß links.

Seit 5 Jahren Abnahme der Kräfte. Zuweilen nach stärkeren Anstrengungen Schmerzen in der linken Unterleibsseite. Urin seit längerer Zeit schon trüb. Jedoch nie besondere Beschwerden. Im Mai 1895 Auftreten von Schmerzen in der rechten Nierengegend. Der Arzt konstatierte Albuminurie. Im Sediment Eiter, Pflaster-epithelien, geschwänzte Epithelien, keine Zylinder. Nach kurzer Zeit bildete sich eine kaum hühnereigroße Geschwulst hinten in der linken Nierengegend, die am 7. VI. incidiert wurde. Wenig schleimig eitrigem Inhalt. Damals bestand nach Bericht des Arztes ein kleiner Fistelgang unter der letzten Rippe. Weitere Therapie: Ausspülungen, Milchdiät, interne Mittel. Seither Eiter im Urin und aus der Wunde. Vor 3 Wochen zweite Incision 5 Querfinger tiefer. Beim Durchspülen kam die Flüssigkeit aus der Gegenincision wieder heraus. Wegen Pyelitis und Perinephritis in die Klinik.

Befund: Urin stark trüb, schwach sauer, viel Alb., 1026, sehr viel Leukocyten, keine Zylinder.

In der linken hinteren Lendengegend, dicht unter der letzten Rippe und handbreit darunter, je eine Fistel, die wenig Eiter sezernieren. Dasselbst findet sich eine Geschwulst, die sich nach vorn bis über die vordere Axillarlinie und bis etwa handbreit unter der letzten Rippe erstreckt.

Entlassung: Effugit. Ungeheilt.

Nachuntersuchung Oktober 1911 (Brief und Arztbrief): Es hat sich bei der Patientin eine Fistel gebildet, wegen derer sie auswärts operiert wurde. Die Wunde hat sich nicht geschlossen, sondern fistelt weiter. Patientin hat ständig Schmerzen in der linken Nierengegend, hat stark abgenommen. Der Zustand ist ein äußerst elender, so daß außerdem Verdacht auf ein Darmcarcinom besteht, wie der behandelnde Arzt mitteilt (? Verfasser). Vor einiger Zeit stärkere Hämaturie, die 2—3 Tage anhielt. Im Urin spärlich Leukocyten.

Resultat: Ungeheilt.

Fall 24. VII F. 663. Pauline St., 39 Jahre alt, verheiratet. 1910. 11. VI. bis 28. VI.

Paranephritischer Abszeß rechts. Durchbruch ins Nierenbecken?

Vor 3 Wochen mit Fieber und Schmerzen beim Wasserlassen erkrankt. Patientin mußte sehr oft urinieren, aber immer nur wenige Tropfen. 27. V. bis 5. VI. im Hirschberger Krankenhaus behandelt, wo plötzlich viel Eiter im Urin entleert wurde; daraufhin Besserung. In den letzten Tagen kamen dieselben Schmerzen wieder.

Befund: Groß, kräftig. Die Leber reicht bis fast Nabelhöhe, kein Ascites, kein Meteorismus. Am äußeren Rand des rechten Musc. rectus besteht etwas unter Nabelhöhe eine leichte Druckempfindlichkeit und vielleicht ein kleines Infiltrat. Vaginal: Nihil. Am Rücken besteht bei starkem Eindrücken neben der Wirbelsäule unter der rechten 12. Rippe eine geringe Druckempfindlichkeit. Kein Ödem, keine Vorwölbung. Urin: Alb. + (Spur), reichlich Leukocyten.

Ureterenkathet.: Rechts: Urin leicht alkal. Kontinuierlicher Strahl. Alb. + (Spur). Leukocyten. Links: Urin sauer. Periodischer Strahl frei.

Funktion annähernd gleich.

Verlauf: 16. VI. Nach urologischer Untersuchung starke Cystitis.

28. VI. Noch kleines Infiltrat in der rechten Bauchhälfte in Nabelhöhe am äußeren Rektusrand. Urin: Leukocyten.

Entlassung: Effugit. Ungeheilt.

Nachuntersuchung Januar 1912 (Brief): Patientin ist nur noch 2 Tage nach Entlassung aus der Klinik krank gewesen, hat

ihre häusliche Arbeit am dritten Tage in vollem Umfang wieder aufgenommen und ist seither wieder gesund geblieben. Eine Wunde hat sich nicht gebildet, cystische Beschwerden oder Symptome bestehen nicht, keine Schmerzen, fühlt sich völlig gesund.

Resultat: Geheilt.

Fall 25. VIE. 1780. Georg K., 4 Jahre alt. 1908. 16. III. bis 24. IV.

Paranephritischer Abszeß links. Fistelgang am Tuberschii.

Vor 6 Wochen Auftreten von Schmerzen in der linken Seite. Der Appetit wurde schlecht, Patient wurde elend. Auf der linken Gesäßseite entwickelte sich ein großer Furunkel, der erst von selbst aufging, dann noch incidiert wurde. Allmählich Flexion in der linken Hüfte, hinkender Gang, seit 3 Wochen Gehen unmöglich.

Befund: Sehr elend, blaß. Herpes. Drüenschwellungen am Hals, Achsel, Leisten. Rhachitischer Rosenkranz. Linkes Bein steht in starker Beugekontraktur. Bei Streckversuchen heftige Schmerzen. Rotation frei, Abduktion beschränkt. Auf der linken Gesäßbacke leicht sezernierende Incisionswunde.

Lungen: Grenzen links hinten unten um 2 cm höher als rechts.

In der hinteren Axillarlinie, in Höhe der 11. Rippe beginnend, nach unten bis an die Beckenschaufel, nach hinten bis an die Wirbelsäule reichend, absolute Dämpfung. Punktion: Dickflüssiger gelber Eiter.

16. III. Incision.

Direkt unter dem Rippenbogen, parallel demselben, 100 cm³ dicker gelber Eiter. Der eingeführte Finger kommt oben bis zum Zwerchfell, unten bis ins Becken. Niere nicht deutlich palpabel. Nirgends rauher Knochen. 2 Drains. Verband.

Verlauf: Vorübergehend Temperaturerhöhung. Fistel am Gesäß eitert ständig, die Sonde dringt 4 cm in die Querrichtungen des Oberschenkels ein. Exkochleation der Fistel.

Keine Tuberkulose, keine Lues.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: Geheilt.

Nachuntersuchung März 1912 (Untersuchung): Patient fühlt sich völlig gesund, keine Schmerzen, Urin frei, Narbe etwas verwachsen, fest, reaktionslos, blühendes Aussehen.

Resultat: Geheilt.

Fall 26. Pr. Kl. VID. Adelheid K., 56 Jahre alt, Witwe. 1890. 22. V. bis 8. VIII.

Paranephritischer Abszeß links (Tuberkulose?).

Patientin hat 4 gesunde Kinder. In der Ehe viel krank gewesen, seit 6 Jahren ist sie dauernd krank. Damals ohne Ursache starke Gebärmutterblutungen. Operation. Heilung. Später

oft Extremitätenschwellungen. Vor 2 Jahren rechts Nierenbeckentzündung. Auf Brunnen- und Bäderkur trat Besserung ein. Nach einigen Wochen Einsetzen von Schmerzen in der linken Nierengegend, die seither stets vorhanden sind. Im Januar vorigen Jahres bemerkte die Patientin eine Geschwulst in der linken Bauchseite; dabei Fieber; sie kam immer mehr herunter. Das Gehen wurde beschwerlicher. Die Geschwulst ist seit Januar dieses Jahres stark gewachsen, das Fieber ist intensiver geworden, 38,6—39 Grad abends.

Befund: Kalte schlaffe Haut, schlechter Ernährungszustand. Im linken Hypogastrium findet sich eine Geschwulst von Kindskopfgroße, die die Abdominalhaut kuppelförmig vorwölbt, nach unten bis zum Poupartschen Band, nach oben bis zum Rippenrand reicht, und sich nach hinten in die Regio lumbalis verliert, nach vorn reicht sie bis in die Mammillarlinie. Fluktuation. Dämpfung. Ein Zusammenhang mit der linken Niere ist nicht sicher nachweisbar, obgleich die Dämpfung in die Nierengegend übergeht. Die übrigen Abdominalorgane sind normal. Ein Unterschied zwischen der linken und rechten Regio renalis ist äußerlich nicht nachweisbar. Die Nieren sind nicht palpabel. Vaginal ist der Tumor vom linken Scheidengewölbe aus fühlbar. Per rectum: Nihil. Lungen frei. Herztöne etwas klappend. Urin frei, im Sediment werden Tuberkelbazillen nicht gefunden.

23. V. Incision.

15 cm langer Schnitt vom Rippenbogen bis zum Lig. Pouparti. Man gelangt in eine retroperitoneale Höhle, aus der sich 1½ Liter käsigen tuberkulösen Eiters entleert. Die Sonde geht hoch bis in die Nierengegend, ohne daß dort Veränderungen nachweisbar sind. Nach unten zu dringt sie ins kleine Becken. Da Patientin sehr elend ist, Abbruch der Operation. Borsäurespülung. Drain.

Verlauf: Fieber, kein Appetit, Allgemeinbefinden schlecht, Urin: Alb. +, Zylinder. Kein Eiter.

11. VI. Incision.

Erweiterung des alten Schnittes nach oben und hinten, bis dicht zum vorderen Rand des Lumbalis. Die jetzt palpable linke Niere erscheint äußerlich nicht krank. Nach unten führt der frühere Gang am Psoas entlang bis ins kleine Becken. Exkochleation. Da eine radikale Operation unmöglich ist, wird dieselbe abgebrochen.

Verlauf: Fieber, Urinmenge bis auf die Hälfte vermindert. Von Tag zu Tag schlechteres Allgemeinbefinden.

1. VIII. Entlassung. Ungeheilt.

8. VIII. Exitus unter den Zeichen der Urämie.

Fall 27. VIC. Sch. Abraham Schn., 46 Jahre alt, Hotelier. 1888. 27. XI. bis 11. XII.

Paranephritischer Abszeß rechts (Rezidiv).

Im März 1884 wurde Patient beim Heruntertragen eines Sarges gegen die Wand gedrückt. Damals heftige Schmerzen, angeblich Ausbildung einer Lungenentzündung, Blinddarmentzündung und eines Blasenkatarrhs; dann entstand ein großer Abszeß in der rechten Nierengegend, der incidiert wurde. Nach etwa 8 Wochen Heilung. 4 Wochen nach der völligen Vernarbung Bildung eines neuen Abszesses, der von Bergmann incidiert wurde und in 6 Wochen vollkommen zuheilte. Seitdem gesund bis Mitte November, wo sich heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend einstellten.

Befund: Kräftig. In der rechten Nierengegend breite, 10 cm lange Narbe mit empfindlicher Umgebung. Bei tiefem Druck fühlt man in der Tiefe Fluktuation. Urin frei.

28. XI. Incision.

6 cm langer Schnitt. 200 g übelriechender, dicker Eiter. An der Niere nichts Pathologisches zu finden. Tamponade.

Verlauf: Glatt.

Entlassung: In Heilung mit granulierender Wunde.

9. XI. 1896 gestorben. Todesursache nicht zu eruieren.

Fall 28. Pr. Kl. VIC. Otto K., 46 Jahre alt, Tierarzt. 1900. 17. I. bis 17. II.

Paranephritischer Abszeß links. Fistel am Anus. Abszeß am Hinterkopf.

Oktober 1899 Gesichtserysipel; nach 8 Tagen Heilung. 8 Tage später Schmerz (nicht regelmäßig) oberhalb der linken Darmbeinschaukel, besonders beim Liegen. Der Schmerz nahm zu, der Appetit schwand. Abends erhöhte Temperatur. Äußerlich nichts zu sehen oder zu fühlen. Am 30. XI. kleine Reise, dabei wurde ihm äußerst übel, bekam Fieber und starke Schmerzen. 4. XII. heftiger Urindrang, Schmerz in der Blase, Urin trüb. Der Arzt konstatierte eine Cystitis (Salol, Salopyrin). 5 Tage später Schmerz unten im Mastdarm. Der Arzt konstatierte eine Prostatitis. Seit dem 4. XII. heftigste Schmerzen in Blase, After und Kreuz. Patient bemerkte später eine schmerzhafteste Geschwulst zwischen Anus und Steißbein von etwa Hühnereigröße.

20. XII. Incision.

Kein Eiter gefunden, Schmerzen hörten auf, traten aber nach dem 1. I. wieder in der linken Seite auf.

Befund: Anämisch. Guter Ernährungszustand. Urin frei, im Sediment vereinzelte Leukocyten. In der linken Regio lumbalis Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit und wohl auch eine leichte Resistenz, sonst Palpation o. B. In der Rima ani kleine granulierende Wunde. Daneben tritt aus dem Anus von Zeit zu Zeit ein Tröpfchen rahmigen Eiters. Eine Fistel ist — bei der großen Empfindlichkeit des Patienten — nicht nachweisbar.

19. I. Linke Regio lumbalis heute deutlich vorgewölbt. Haut leicht ödematös. Daher

19. I. Probepunktion (ergibt flüssigen Eiter).

Incision.

Schnitt wie zur Nephrotomie. Großer paranephritischer Abszeß. Staphylococcus pyogen. aureus.

Verlauf: 25. I. Immer noch leichtes Fieber. 28. I. seit gestern werden mit dem Urin größere Mengen Eiters entleert. Temperatur heute normal.

Eiter im Urin verschwindet allmählich.

Entlassung: In Heilung.

13. IV. Alles geheilt.

Mai: Ein großer Abszeß am Nacken, der bis auf das Hinterhaupt reicht, wird gespalten. Zurückbleiben von Fisteln. Spaltung, Auskratzung, schuppenförmige Sequester.

August: Wieder Fistel geblieben, abermals Sequester entfernt.

27. IX. Bis auf halbpenniggroßen, oberflächlichen Defekt alles geheilt.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Hat seit der Operation etwa 47 kg zugenommen. Mußte noch mehrmals wegen Metastasen operiert werden. Jetzt völlig gesund, keinerlei Beschwerden.

Resultat: Geheilt.

Fall 29. Pr. Kl. VI C 2. Nr. 149. Conrad v. M., 48 Jahre alt. 1896. 19. V. bis 15. VI.

Paranephritischer Abszeß links.

1870/71 Gelenkrheumatismus. 1888 Typhus. Beginn der jetzigen Erkrankung im Sommer 1895 mit Schmerzen in Armen und Beinen. Nach elektrischer Behandlung Besserung. 20. III. 1896 Schmerzen links am Becken, nachdem sich Patient schon einige Tage unwohl gefühlt hat. Fieber. Auf Einreibung Besserung. Im April trockner Husten, bald darauf Schmerzen im linken Arm und Bein; wieder Fieber.

6. V. fühlt Patient in der linken Seite oberhalb des Beckens eine Spannung. Stuhl angehalten, Appetit schlecht. Da Beschwerden anhalten, Aufnahme in die Klinik.

Befund: Kräftig, sehr blaß. Urin frei. Geringes schleimig-eitriges Sediment. Die linke Regio lumbalis erscheint auf den ersten Blick geschwollen. Dort gedämpfter Perkussionsschall, der sich nach vorn bis zur linken Mammillarlinie mit bogenförmiger Grenze fortsetzt. Dieser Dämpfung entsprechend fühlt man einen unbeweglichen, annähernd knabenhauptgroßen, prall gespannten Tumor von geringer Druckempfindlichkeit. Haut darüber leicht ödematös.

Probepunktion: Eingedickter Eiter.

1. VI. Incision (Lokalanästhesie).

Schnitt am äußeren Rand des Quadratus lumborum, 7 cm lang parallel der Wirbelsäule. In einer Tiefe von 4—5 cm fühlt sich ein Abszeß, aus dem sich eine Menge dickflüssigen, gelben Eiters entleert.

Verlauf: Karbolglyzerininjektionen. Glatte Verlauf.

Entlassung: In Heilung.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Keinerlei Beschwerden, fühlt sich völlig gesund, ganz geringe Albumenmenge im Urin.

Resultat: Geheilt.

Fall 30. VII F. 680. Rosalie H., 39 Jahre alt, Lehrerfrau.
4. III. bis 19. IV.

Paranephritischer Abszeß rechts (Tuberkulose).

Vor 5 Jahren trockene Brustfellentzündung. Seit November 1910 hat Patientin bei Bewegungen und beim Pressen stechende Schmerzen in der Gegend der rechten Niere. Seit 7 Wochen bemerkt sie eine allmählich zunehmende Schwellung in der Gegend der rechten Niere; Bettruhe, feuchte Umschläge brachten keine Besserung, vielmehr nahm die Schwellung zu.

Befund: Zart, mittlerer Ernährungszustand. Auffallend langer und flacher Thorax. Links hinten oben leichte Dämpfung, verlängertes Exspirium. Respiratorische Verschieblichkeit links gering. Die Leber überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger. In der Nähe der Gallenblase eine handtellergröße Resistenz, die aber völlig oberflächlich liegt und sich nur auf die Bauchdecken bezieht. In der rechten Lumbalgegend, dicht über der Höhe der Beckenschaukel, unmittelbar neben dem untersten Rand der M. quadrat. lumbor. eine etwa faustgroße, halbkuglige Vorwölbung. Die Haut darüber ist normal. Undeutliche Fluktuation, weiche Konsistenz. Erhebliche Druckschmerzhaftigkeit ist nur an einzelnen Stellen des Tumors vorhanden. Bimanuelle Untersuchung: Der Tumor ist doppelt faustgroß. Urin: Sacch. o; Alb. o. Im Sediment: Epithelien. Vereinzelt Leukocyten, spärlich Erythrocyten. Cystoskopisch: Kein abnormer Befund. Ureterenkath. der rechten Niere: Nach $2\frac{1}{2}$ Std. 4 cm³. Urin: Reichlich runde bis kubische Epithelien, spärlich Platten- und geschwänzte Epithelien; mäßig zahlreich Erythrocyten, ganz vereinzelt Lymphocyten. Alb. +.

Uterus retroflektiert. Sonst gynäkologisch o. B.

Probepunktion: Reichlich grün-gelber Eiter. Steril.

21. III. Incision. Äthernarkose.

10 cm langer Schnitt parallel dem Rippenbogen. Die Haut und das Unterhautfettgewebe werden durchtrennt. 260 ccm Eiter. Große Abszeßhöhle, zum Teil dicht unter dem subkutanen Gewebe, zum Teil mehr nach der Tiefe zu. Die Wirbelsäule liegt der Abszeßhöhle

dicht an, doch scheint der Knochen nirgends verändert. Nach vorn grenzt an die Abszeßhöhle die scheinbar etwas verkleinerte Niere. Die Abszeßwand ist bedeckt mit tuberkuloseverdächtigen Granulationen. Drain. Tampons.

Verlauf: Granulationen sind histologisch. Tuberkulose. Glatter Verlauf.

Entlassung: Wunde zugeheilt. Urinbefund: Scheinbar unverändert. Soll sich wieder vorstellen.

In Heilung.

Nachuntersuchung Dezember 1911 (Brief): Leidet an Krampfanfällen, die von der operierten Seite ausgehen. Hauptsächlich beim Bücken, jeder unvorsichtigen Bewegung, beim Hinlegen und Aufstehen tritt der Krampf heftig auf. Auf beiden Seiten anfallsweise Schmerzen in der Nierengegend. Augenblicklich bettlägerig. Kann weder lange sitzen noch stehen.

Resultat: Ungeheilt.

Fall 31. VII F. 679. Paul H., 48 Jahre alt, Schlosser. 1911. 13. III. bis 6. IV.

Paranephritischer Abszeß links.

Vor 12 Jahren rechtseitiger Lungenspitzenkatarrh. Seit Ende Mai 1910 auffallende Abmagerung und Abnahme der Körperkräfte. Seit Dezember 1910 abends Fieber und Stechen in der linken Brustseite. Der Arzt stellte eine Geschwulst unter dem linken Rippenbogen fest. Seither bettlägerig.

Befund: Blaß-wachsgelb, schlechter Ernährungszustand. Über beiden Spitzen geringe Dämpfung und abgeschwächtes Vesikulär-atmen.

Unterhalb des linken Rippenbogens ein kindskopfgroßer, harter, druckempfindlicher Tumor, der beim Atmen nicht verschieblich ist. Bimanuell fühlt man den Tumor von hinten als prall-elastische Geschwulst zwischen 12. Rippe und Darmbeinkamm. Dickdarmaufblähung. Darm vor dem Tumor.

Urin: Alb. + (Spur). Wenig Zylinder, Leukocyten, Epithelien. Knickung. Hohe Abendtemperaturen. Cystoskopie: Keine wesentlichen funktionellen Unterschiede zwischen beiden Nieren.

18. III. Incision.

Äthernarkose. Schrägschnitt. Muskulatur schwierig, entzündlich verdickt. Eröffnung eines großen retrorenalen Abszesses, der ziemlich weit nach oben und unten reicht und vor dem die linke Niere gefühlt wird. Eiter grüngelb. Drain. Tampon. Teilweise Naht.

Verlauf: Leichte Bronchitis.

Entlassung: In Heilung.

1. VII. geheilt.

Nachuntersuchung Januar 1912 (Untersuchung): 75 Pfund zugenommen, fühlt sich völlig gesund. Keinerlei Beschwerden, Narbe verwachsen, reaktionslos. Blühendes Aussehen.

Resultat: Geheilt.

Fall 32. VII F. 687. Peter Ir., 30 Jahre alt, Tischler. 1911. 21. V. bis 3. VII.

Paranephritischer Abszeß rechts (zum Teil organisiert).

Vor 5 Wochen Stiche in der Gegend der 12. Rippe, die von hinten nach vorn ausstrahlten. Später bildete sich dort eine Anschwellung und Rötung. Der Arzt punktierte am 29. V. und stieß auf Eiter. Mäßiges remittierendes Fieber, kein Schüttelfrost. Ursache unbekannt. 1908 Gonorrhöe und Epididymitis.

Befund: Blaß, mäßiger Ernährungszustand. Lungen: Vom 8. Brustwirbel ab Dämpfung, doch lautes Knarren, Reiben. Pektoral-fremitus kaum abgeschwächt. Von hier ab sieht man leichte entzündliche Schwellung und Rötung. In der Gegend der 12. Rippe eine Vorwölbung, die besonders druckempfindlich ist. Fluktuation nirgends fühlbar. Urin frei.

Punktionen in der Gegend der 9. bis 12. Rippe ohne Resultat.

Röntgendurchleuchtung: Rechtes Zwerchfell 4 Querfinger höher als links. Nach oben konvex; verschieblich bei der Atmung, wenn auch weniger als links. Intensiver Schatten in der Lebergegend und die Leber nach oben überschreitend bis zur 6. Rippe, in der Mitte am stärksten. Temperatur 38,4 Grad.

Punktionen vorn und seitlich im Dämpfungsgebiet ohne Resultat.

5. VI. Resektion der 12. Rippe hinten rechts in 4 cm Ausdehnung. Eröffnung des subphrenischen Raumes, Leber nach vorn gedrängt und gekantet. An der Hinterseite in der Lendengegend eine faustgroße, ziemlich dicke Anschwellung, die nach oben an das Zwerchfell grenzt und mit ihm verlötet ist. Untere Grenze nicht erreichbar. Punktion: Blut. Schluß der Wunde. Schräger Flankenschnitt. Resektion der 12. Rippe. Eindringen in die Anschwellung, die zum größten Teil aus Schwarten besteht, zwischen denen sich einige kleine Reste dicken Eiters finden. Drain. Tamponade. Teilweise Etagennaht.

Verlauf: Fieberabfall. Glatter Verlauf.

Entlassung: In Heilung.

Nachuntersuchung Januar 1912 (Untersuchung): Patient fühlt sich völlig gesund, keinerlei Beschwerden. Narben verwachsen. Reaktionslos. Völlig arbeitsfähig.

Resultat: Geheilt.

Fall 33. VII F. 693. Heinrich P., 31 Jahre alt, Gefangenaufseher. 1911. 8. IX. bis 20. IX.

Vor 3 Wochen Nackenfurunkel. Während dieser Zeit Sprung vom Tisch, dabei sofort Schmerzen in der rechten Lendengegend. Es trat darauf Fieber ein. Patient wurde immer elender. Zunahme der Schmerzen, besonders beim Gehen.

Befund: Groß, kräftig, Temperatur 37,6 Grad. Urin frei. Alte Schwarten links hinten unten von alter Pleuritis (vor 9 Jahren) herrührend. Unterhalb des rechten Rippenbogens eine starke Druckempfindlichkeit, desgleichen in der rechten Nierengegend; bimanuell fühlt man dort eine apfelsinengroße Resistenz mit Tiefenfluktuation.

Probepunktion: Nihil.

9. IX. Incision.

Äthernarkose. Schräger Lendenschnitt, 8—10 cm lang. Nach Durchtrennung der oberen Muskellagen wird eine Kornzange in die Nähe der Resistenz gestoßen. Aus ziemlicher Tiefe 50—60 cm³ leicht blutiger, dicker Eiter. Drain. Tampon. Einige Nähte.

Bact. Staphyl. pyog. aur.

Verlauf: Lytischer Temperaturabfall, nach vorherigem kurzen Anstieg, zuerst starke Sekretion. Urin frei.

Entlassung: In Heilung.

Nachuntersuchung Januar 1912 (Untersuchung): Fühlt sich völlig gesund, keine Beschwerden, Leber etwas vergrößert, rechte Niere palpabel (?). Geringer Eiweißgehalt des Urins, mikroskopisch wenig Leukocyten und Epithelien.

Resultat: Geheilt.

Fall 34. Pr. Kl. VI C. 12½. Ferdinand W., 12½ Jahre alt. 1899. 10. II. bis 5. III.

Paranephritischer Abszeß links.

Patient ist schon einmal hier behandelt (Krankengeschichte fehlt). Vor 14 Tagen Fieber, seit 8 Tagen Auftreten einer allmählich zunehmenden Schwellung und Schmerzen der linken Nierengegend. Urinmenge normal.

Befund: Abgemagert, anämisch. In der linken Nierengegend eine flache Vorwölbung. Die Haut darüber ist normal. Etwas druckempfindliche Resistenz in der Nierengegend.

Probepunktion: Zäher Eiter.

10. II. Incision in Lokalanästhesie — Schleich. Grünlich-gelber dickflüssiger Eiter.

Verlauf: Urin: Alb. +, zahlreiche Eiterkörperchen. Zustand bessert sich nicht. Der Urin bleibt eiterhaltig.

Entlassung: Ungeheilt.

Ende März: Exitus letalis.

Fall 35. VI F. 358. Olga Z., 38 Jahre alt, Schneiderin. 1898. 22. V. bis 11. VII.

Paranephritischer Abszeß links. Calculos. senis. Pyelonephritis suppurat. utriusque lateris.

Vor 1 Jahr Beginn des Leidens mit Schmerzen im linken Unterleib, die bedeutend an Heftigkeit zunahmen, als sich Patientin um Weihnachten 1897 durch einen Fall von der Treppe die Rückengegend gestoßen hatte.

Befund: Klein, blaß, sehr elend. Die linke Nierengegend erscheint voller und resistenter als rechts. Abdomen sehr schmerzhaft; die Schmerzen strahlen nach der Blase aus. Das linke Bein ist etwas im Hüftgelenk gebeugt. Urin: Menge sehr vermindert, 250 cm³. Sediment: Zahlreiche Leukocyten, hyaline Zylinder und Bakterien, aber keine Tuberkelbazillen, keine roten Blutkörperchen, Reichlich Alb., Puls schwach, 90—100. Abends subfebrile Temperaturen. Am nächsten Tag ist in der Nierengegend Tumor zu fühlen. In den nächsten Tagen keine Änderung. Keine Nahrungsaufnahme.

28. V. Incision.

15 cm langer Schrägschnitt über der 12. Rippe, die zur Hälfte reseziert wird. Noch bevor die Niere zum Vorschein kommt, entleeren sich reichliche Mengen stinkenden Eiters. 2 Drains. Bakteriologisch: Streptokokken und Stäbchen.

Verlauf: Temperatur wird gleich normal. Die Schmerzen schwinden, doch immer sehr schwach. 8. VI. Viel gebrochen. Urinmenge steigt langsam; heute 600 g. 4. VI. Brechreiz geschwunden. 5. VI. Urin 410 cm³. Viel Eiter im Urin. Sehr schwach. 10. VI. 950 cm³ Urin. Wesentliche Besserung. 23. VI. Im ganzen wenig Änderung. Die Urinmenge wechselt stark, 200—900 cm³ pro die. (Abgang von Urin während des Badens?) Hämoglobin: 30 Proz. 28. VI. Soor. 30. VI. Soor geschwunden. Im Urin noch immer viel Eiter und Bakterien. 2. VII. Der Appetit ist besser. Die Wunde sezerniert noch ziemlich viel Eiter. 9. VII. Ödeme an Händen und Füßen. Gewichtszunahme zusammen um 4 Pfund (Hydrops), der Appetit ist jedoch besser. Immer wieder Soorbelag. 11. VII. Ödeme heute etwas zugenommen. 50 cm³ Urin in den letzten 24 Std. Sehr kleiner Puls. Nachmittags plötzlich Kollaps und bald Exitus.

Entlassung: Gestorben.

Autopsie: In Ausheilung begriffener paranephritischer Abszeß. Pyelonephrit. suppurat. dupl. praes. sin. Mehrere kleine Steine in der hinteren Niere, sowie förmlicher Abguß des Nierenbeckens (Urate).