DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

XXVIII. Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Prof. Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.
W. Lichtensteinallee 3. W. Am Karlsbad 5. Rabensteinplatz 2.

INHALT.

I. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Von Prof. Dr. James Israel. S. 145.

II. Aus der III. medizinischen Universitätsklinik in Berlin: Der Albumingehalt des Harns der Nephritiker unter dem Einfluss der Massage. Von Dr. E. Ekgren aus Stockholm. S. 150.

III. Zur Aetiologie und Therapie des Pruritus vulvae. Von Dr. L. Seeligmann in Hamburg. S. 153.

Fenilleton: Eine Expedition zur Erforschung der physiologischen Wirkungen des Hochgebirges. (Schluss.) Von Dr. W. Caspari, Ass. am thierphysiologischen Institut der Landwirthschaftlichen Hochschule in Berlin. S. 154.

Öffentliches Sanitätswesen: Das Kreiskrankenhaus Gross-Lichterfelde. Von Dr. Heyl in Berlin-Schöneberg. S. 157.

Standesangelegenheiten: Aus den Parlamenten. S. 159.

Nekrolog: Julius Wolff †. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. H. Fischer in Berlin. S. 160.

Aufruf zur Centennarfeier für Josef Skoda. S. 160.

Mittheilungen über Congresse. S. 160.

Kleine Mittheilungen. S. 160.

I. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis.¹⁾

Von Prof. Dr. James Israel.

Am 13. Januar 1902 hielt Herr Senator einen Vortrag im Verein für innere Medizin über „Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis“, in welchem er einer Anzahl von Schlussfolgerungen entgegentrat, die ich auf Grund eigener und fremder Erfahrungen in meiner Arbeit: „Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf akute und chronische Krankheitsprozesse des Nierenparenchyms“²⁾ niedergelegt hatte.

Bevor ich auf die Würdigung der erhobenen Einwände eingehe, möchte ich mit wenigen Worten zur Orientirung derjenigen, welche meine Arbeit nicht kennen, darlegen, wie die von Herrn Senator bekämpfte Lehre, von zufälligen Beobachtungen ausgehend, sich schrittweise entwickelt hat. Innerhalb der letzten zehn Jahre begegnete ich einer Anzahl von Krankheitsbildern, welche meistens den dringenden Verdacht auf das Vorhandensein eines Nierensteines erweckten. Die grossen Qualen der Patienten und die Erfolglosigkeit der in allen Fällen ausgiebig vorangegangenen medizinischen Behandlung führten zu dem Entschlusse einer operativen Hilfe. Als sich bei diesen Operationen zu meiner geringen Befriedigung keine der bis dahin bekannten materiellen Ursachen von Koliken und Blutungen, wie Stein, Tuberkulose, Neubildung, Hydronephrose fand, suchte ich tiefer in die diesen paradoxen Erscheinungen zu Grunde liegenden Ursachen einzudringen. Dabei ergab sich als Resultat sorgfältiger anatomischer wie klinischer Untersuchungen meines Materials und der Prüfung der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen, dass bei der ganz überwiegenden Mehrzahl von Blutungen und Schmerzen, welche nicht auf eine der bereits bekannten Ursachen zurückgeführt werden konnten, entzündliche Prozesse der Niere vorhanden waren. Der Charakter dieser entzündlichen Prozesse war kein einheitlicher; manchmal handelte es sich um verstreute interstitielle Heerde, manchmal um diffuse interstitielle oder parenchymatöse Nephriten, manchmal um Glomerulonephritis, manchmal um intensive Erkrankung nur eines an den Polen gelegenen Abschnittes bei Intaktheit der übrigen Niere.

Die Coincidenz dieser Veränderungen mit den Erscheinungen

von Blutungen oder Schmerzanfällen in fast allen mit einwandfreier Genauigkeit untersuchten Fällen mussten zu dem Schlusse auf eine ätiologische Verknüpfung der anatomischen Befunde und der Symptome führen und das Gebiet der essentiellen Hämaturien und Nephralgieen ohne materielle Grundlage immer weiter einschränken.

Als ein zufälliges aber erfreuliches Nebenprodukt dieser auf Grund irriger Voraussetzungen unternommenen Eingriffe stellte sich heraus, dass Blutungen und Koliken entzündlich veränderter Nieren durch Inzision des Organs beseitigt werden können.

Angesichts dieser merkwürdigen Thatsache entstand die Frage, weshalb die Spaltung der Niere diesen Effekt hervorbringt.

Nachdem mich Beobachtungen an akuten Nephriten mit disseminirter miliarer Abszessbildung, an malignen Tumoren, an Tuberkulosen gelehrt hatten, dass schnelle congestive Spannungszunahmen bei ungehindertem Abfluss Koliken erzeugen können, lag es nahe zu untersuchen, ob ähnliche Verhältnisse denselben Symptomen bei den uns beschäftigenden chronisch entzündlichen Nierenerkrankungen zu Grunde liegen. Anatomische wie klinische Befunde bei dieser Krankheitsgattung stützten diese Vorstellung. Denn sowohl ergab eine Zahl von Befunden der operativen Autopsie eine zweifelloose congestive Spannungszunahme, als auch konnten klinisch bisweilen mit dem Anfall auftretende Schwellung der Niere und nephritische Harnveränderungen nachgewiesen werden. So kam ich zu der Anschauung, dass die paroxysmalen Schmerzen und die begleitenden Blutungen auf Congestionsschüben beruhen, welche eine schmerzhaft gespannte Nierenkapsel erzeugen und Gefässberstungen zur Folge haben können, weil jede akute Spannungszunahme in dem von einer schwer nachgiebigen Kapsel umschlossenen Organ stets zur Erschwerung des venösen Abflusses führt.

Es lehrten ferner die aus der Litteratur bekannten nach Nephrektomie dauernd gesund gebliebenen Fälle, dass die genannten Prozesse entweder einseitig auftreten können, soweit ein Urtheil darüber am Lebenden möglich ist, oder, wenn doppelseitig, doch mit so ungleicher Intensität der Krankheitsäusserungen beider Seiten, dass die Erkrankung der zurückgebliebenen Niere sich durch keine Erscheinung von Seiten des Harnapparates oder des Allgemeinbefindens verrieth.

Auf Grund dieser gesammten Erfahrungen habe ich mir die Frage vorgelegt, ob diese zufällig erkannten Heilwirkungen der Inzision absichtlich nutzbar gemacht werden dürften für die Be-

¹⁾ Diskussionsbemerkungen zu Herrn Senator's Vortrag in der Sitzung des Vereins für innere Medizin am 20. Januar.

²⁾ Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1899, Bd. V, Heft 3.

seitigung schwerer Koliken oder Massenblutungen, denen chronisch nephritische Prozesse verschiedener Art mit streng einseitiger Manifestation zu Grunde liegen. Ich bin zu dem Schlusse gekommen, dass diese Krankheitsäusserungen durchaus zu einer Inzision der Niere auffordern, weil man damit Blutungen wie Koliken überwiegend häufig zu beseitigen vermag, auch wenn sie keiner der gewöhnlich vermutheten Ursachen, wie Steine, Tuberkeln, Neoplasmen etc. ihre Entstehung verdanken.

Wie aus dieser Darstellung hervorgeht, bin ich niemals darauf ausgegangen, irgend welche Formen von Nephritis mit dem Messer zu heilen, sondern mein Eingriff bezweckte ausschliesslich die Beseitigung der auf nephritischer Grundlage entstandenen qualvollen oder gefährlichen Symptome, der Koliken und der Massenblutungen: Ich habe, abgesehen von einem Falle nephritischer Anurie, niemals irgend eine Form von nicht suppurativer Nephritis operirt, wenn sie nicht von einem dieser Symptome oder von beiden begleitet war, weil ich stets nur in diesen eine Indikation zum Einschreiten gesehen habe. Demnach habe ich mich also zur Nephritis ungefähr ebenso verhalten, wie zur Cholelithiasis. Niemals giebt mir das Vorhandensein von Gallensteinen an sich einen Anlass zum operativen Einschreiten, sondern nur soweit sie Koliken, Cholecystitis oder Choledochalverschluss verursachen, können sie für mich Gegenstand chirurgischer Behandlung werden. Nur insoweit, als die wegen Schmerzen und Blutungen ausgeführten Niereninzisionen gleichzeitig einen günstigen Einfluss auf andere nephritische Symptome, auf Verschwinden der Albuminurie, auf Steigerung der Harnmenge, auf Verminderung der Miktionshäufigkeit etc. erkennen liessen, habe ich von einer günstigen Beeinflussung des nephritischen Prozesses gesprochen. Dass diese niemals der Zweck, sondern nur eine unerwartete Nebenfrucht der Operation war, muss gegenüber manchen missverständlichen Auffassungen meiner Anschauungen gebührend hervorgehoben werden. Wenn ich einmal von der operativen Heilbarkeit derartiger, bisher unbekannter Nephritisformen gesprochen habe, so wollte ich die Heilbarkeit nur im klinischen Sinne verstanden wissen und damit bezeichnen, dass Leute nach dem operativen Eingriff laut klinischer Feststellung nicht nur in Bezug auf ihren Harnapparat ganz gesund geworden und viele Jahre geblieben sind, sondern dass auch ihre vorher angegriffene Constitution einem blühenden Zustande Platz gemacht hat. Mehr können wir am Lebenden nicht von Heilung aussagen; kein Fall von geheilter Lungenphthise giebt eine grössere Gewähr für absolute Heilung.

Ich möchte hier noch einen Irrthum mancher meiner Freunde wie meiner Gegner berichtigen. Mancher hat gemeint, dass ich eine Aera der chirurgischen Behandlung des Morbus Brightii heraufführen wolle. Das hat mir durchaus ferngelegen. Zunächst habe ich nur Symptome, wie Blutungen, Koliken, Anurie, operativ zu bekämpfen gesucht; sodann ist festzustellen, dass ich den Namen des Morbus Brightii in meiner Arbeit überhaupt nicht erwähnt, sondern gerade auf die Unterschiede der von mir beschriebenen von den „den inneren Medizinern bisher bekannten Formen entzündlicher Prozesse“ hingewiesen habe. Ob diese letztgenannten in ätiologischer Hinsicht mit den als Morbus Brightii bezeichneten, sehr verschiedenartigen Krankheiten identisch sind oder nicht, entzieht sich meinem Urtheil; anatomisch lassen sich bei manchen keine, bei anderen deutliche Differenzen finden. Jedenfalls thäte man besser, anstatt sich darüber zu ereifern, ob ich nicht etwa den Morbus Brightii, die unantastbare, wenn auch leider sehr unfruchtbare Domäne der inneren Medizin für die Chirurgie gewinnen wolle, der unwissenschaftlichen Zusammenfassung vieler ganz heterogenen Krankheiten unter dem Sammelnamen des Morbus Brightii ein Ende zu machen.

Nach dieser summarischen Darlegung meines Standpunktes will ich auf die wesentlichsten von Herrn Senator erhobenen Einwände eingehen, beiläufig aber seiner Stellung zu meinen Thesen 4 bis 6 Erwähnung thun, welche lauten: Es giebt schwere Nephriten mit eiweissfreiem Urin und Abwesenheit von Cylindern. Trotz grossen Reichthums an hyalinen, gekörnten und epithelialen Cylindern kann der Urin eiweissfrei sein. Es giebt Nephriten mit anfallsweise auftretenden profusen Blutungen. Herr Senator erkennt sie als richtig an, bezeichnet sie aber als nichts Neues. Das trifft vielleicht für Herrn Senator zu, dessen ungewöhnlicher Litteraturkenntniss nur selten etwas neu ist, aber ebenso wahr ist es, dass diese Thatsachen den Wenigsten bekannt sind. Sonst

würde es wohl kaum ein Kliniker wie Naunyn der Mühe für werth erachtet haben, angeregt durch meine Mittheilungen zwei Fälle von Massenblutungen bei Nephritis zu veröffentlichen. Sagt doch Rosenstein in dem bekanntesten Lehrbuch der Nierenkrankheiten über den Harn: „Fast niemals aber ist in den chronischen Formen (sc. der diffusen Nephritis) soviel Blut beigemischt, dass es tiefroth wird, meist zeigt es auch dann nur Fleischwasserfarbe“. Aber selbst bei Kenntniss der wenigen bekannten Fälle bringen meine Beobachtungen, wie ich glaube, doch etwas Neues; denn hatte man bisher, soweit mir bekannt, Massenblutungen nur bei chronischer interstitieller Nephritis oder Mischformen gesehen, so habe ich sie auch in einem Falle von chronischer diffuser parenchymatöser Nephritis beobachtet, dem Fall 9, den auch Herr Senator als Morbus Brightii anerkannt hat.

Viel reservirter verhält sich der Herr Vortragende gegenüber meiner ersten These: „Es giebt einseitige Nephriten“. Herr Senator giebt diese nur soweit zu, als eine einzelne Niere durch Trauma oder in Folge einer von aussen an sie herantretenden Entzündung, z. B. einer Paraneuphritis erkranken kann. Diese Einschränkung trägt aber nicht den von mir und anderen beobachteten Thatsachen Rechnung. Ich brauche kaum als selbstverständlich zu betonen, dass ich nicht von aufsteigenden Cystopyelonephriten spreche, deren unilaterales Vorkommen sattem bekannt ist, sondern von hämatogenen Entzündungsprozessen des Nierengewebes aus meistens unbekannter Ursache. Der strikte Beweis der Einseitigkeit kann, streng genommen, nur durch die Sektion geführt werden.

Von dieser Kategorie liegt nur ein Fall vor, und zwar von einem gewiss einwandfreien Beobachter, nämlich Rayer. Die Beobachtung betraf einen 26jährigen Mann, welcher nach dreimonatlichen Nierenblutungen, deren Ursache nicht erkennbar war, starb. Bei der Sektion fand man chronische Nephritis links, während die rechte Niere gesund schien. Eine mikroskopische Untersuchung fehlt. Bei den übrigen Fällen sind wir für unser Urtheil über die Einseitigkeit auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchung, des Harnbefundes, der Cirkulation und des Allgemeinbefindens angewiesen. Unter diesen nenne ich zuerst einige, welche nach Entfernung der anatomisch als entzündet erwiesenen Niere gesund geworden und geblieben sind. Zunächst führe ich den Fall von Hofbauer¹⁾ an, der eine sehr ungewöhnliche Form von Glomerulitis an der wegen zweijähriger Blutungen entfernten Niere fand. Die Operation wurde am 27. August 1898 ausgeführt; das Protokoll vom 18. Oktober 1898 lautet: Urin klar, ohne Nukleo- oder Serumalbumin; keine Verstärkung des zweiten Aortentons. Zehn Monate nach der Operation findet man die Patientin bei bestem Wohlbefinden, ohne erhöhte arterielle Spannung, den Herzspitzenstoss im vierten Interkostalraum; die Dämpfung nicht verbreitert. Die Niere kompensatorisch vergrössert, unempfindlich; im Urin nur spurweise Nukleoalbumin, bloss Plattenepithelien und vereinzelte Schleimkörperchen. Der zweite Fall stammt von Pousson²⁾; zwei Monate nach der wegen ausgedehnter interstitieller Nephritis mit Massenblutung entfernten Niere befand sich Patient vortrefflich; die Harnanalyse ergab 28 g Harnstoffausscheidung pro die, unmessbare Spuren Albumen, einige Leukocyten, keine Cylinder. In dem Falle von de Keersmaecker³⁾ „néphrite mixte à type hémorrhagique“ fand sich schon wenige Tage nach der Nephrektomie in einer 24stündigen Harnmenge von 1500 ccm keine Spur von Eiweiss.

Auch Rovsing's⁴⁾ Fall 1, der eine circumskripte entzündliche Affektion des oberen Drittheils der Niere betraf, befand sich 1½ Jahr nach der Exstirpation völlig gesund.

Hieran schliesse ich meinen Fall 10, der während vierjähriger Beobachtung absolut gesund geblieben ist, nachdem ich die Niere wegen einer auf das untere Drittheil beschränkten schweren nephritischen Veränderung gespalten hatte. Unter den Fällen ohne mikroskopische Untersuchung des Nierenparenchyms nenne ich meinen Fall 3, bei dem eine schmerzhaft Anschwellung der Niere während der Kolikanfälle, eine so starke Resistenz und blaue Farbe, so starke Verwachsungen und frische subkapsuläre seröse

¹⁾ Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. V, S. 423 ff.

²⁾ Bull. de la société de chirurg., 7. Juni 1898.

³⁾ Ann. de la société belge de chir., 15. Dezember 1897.

⁴⁾ Nitze-Oberländer, Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1898, Bd. IX.

Exsudation bei der Freilegung constatirt werden konnten, dass auch Herr Senator diesen Fall als einen nephritischen, trotz des Fehlens der mikroskopischen Untersuchung gelten lässt. Diese Patientin hat in den seit der Inzision verflossenen fünf Jahren nicht die geringste objektive oder subjektive Andeutung einer Nierenaffektion gezeigt. Dass es also einseitige Nephriten giebt, ist mit demselben Maasse von Wahrscheinlichkeit festzustellen wie das Fehlen von Nephritis bei lebendigen, gesunden Menschen. Gern unterschreibe ich den Satz des Herrn Senator: „Wenn Israel Morbus Brightii meint, so giebt es keine einseitige Nephritis“. Denn da der historische Name des Morbus Brightii nun einmal für doppelseitige Nierenentzündungen reservirt ist, kann es keinen einseitigen Morbus Brightii geben. Damit soll aber nicht präjudizirt werden, dass nicht die anatomischen Veränderungen einseitiger Nierenaffektionen identisch sein können mit denen der doppelseitigen Bright'schen Krankheit.

Ich wende mich nun zu der von Herrn Senator bekämpften These 7: „Koliken und Blutungen sind Folgezustände der Nierencongestion“.

Herr Senator stützt sich in seiner Ablehnung einer congestiven Spannungszunahme darauf, dass in 12 von meinen 14 Fällen kein derartiger Befund erhoben werden konnte. Dieser Umstand wäre doch nur dann als Beweis für die Richtigkeit des Einwandes zu verwerthen, wenn ich dauernde Zustände von Schwellung und Spannungserhöhung im Sinne gehabt hätte. Das ist aber niemals der Fall gewesen, vielmehr habe ich, was ja schon in dem Worte „Congestion“ implicite liegt, von plötzlich auftretenden und verschwindenden Fluxionen mit renaler Spannungszunahme gesprochen. Ein Citat aus meiner Arbeit wird darüber keinen Zweifel lassen. Auf Seite 475 steht: „Man muss die bisher von den meisten festgehaltene irrige Ansicht aufgeben, dass Nierenkoliken nur durch Okklusion des Ureters hervorgerufen werden können. Vielmehr hat uns eine vielfältige Erfahrung gelehrt, dass alle Momente, welche zu einer plötzlichen Drucksteigerung im Nierenparenchym selbst, bei völliger Intaktheit der Abflusswege führen, einen Kolikanfall hervorrufen können. So erklären sich manche Koliken bei Torsion des Gefässstiels beweglicher Nieren ohne Ureterverschluss, so die bei plötzlicher Congestion maligner gefässreicher Tumoren ohne Hämaturie auftretenden Koliken, ebenso sind es endlich akute congestive Drucksteigerungen, welche die Kolikanfälle bei den paroxysmal auftretenden Exazerbationen derjenigen . . . chronischen Nierenaffektionen auslösen, welche bisher als nervöse Nephralgien bezeichnet wurden.“ Auf Seite 481 steht: „Ein Verständniss für die Heilwirkung der Inzision musste solange gänzlich fehlen, als man nur nervöse Einflüsse für die Krankheitssymptome verantwortlich machte. Jetzt, wo wir materielle, chronisch entzündliche, zu anfallsweise auftretenden Congestivzuständen führende Veränderungen anzunehmen berechtigt sind, begreifen wir den günstigen Einfluss besser.“ Danach ist es begreiflich, dass man diese passageren congestiven Drucksteigerungen nicht mehr zu finden braucht, wenn man die Niere in der anfallsfreien Zeit freilegt. Und so ist es mit den von Herrn Senator bemängelten Fällen gegangen, von denen bei Ausscheidung des nicht hierhergehörenden Falles von Hämaturie einer Wanderniere keiner während einer Kolik oder einer makroskopischen Blutung operirt worden ist. Deshalb kann ich den vom Vortragenden aus dem fehlenden Congestionsbefund gezogenen Schluss nicht als richtig anerkennen. Wenn wir einen paroxysmal intermittirenden Hydrops genu in dem freien Intervalle untersuchen, werden wir in dem Gelenke nichts abnormes finden. Dürfen wir deshalb in Abrede stellen, dass zur Zeit des schmerzhaften Anfalls das Gelenk geschwollen, die Kapsel durch den Flüssigkeitserguss gespannt war?

Aber nicht bloss auf eine befriedigende Erklärung der negativen Befunde kann ich meine Anschauung stützen, sondern auch durch einwandfreie positive. Unter meinen eigenen Fällen führe ich No. 3 an, den einzigen, der während einer Kolik beobachtet und in deren letzten Ausläufern operirt wurde.

Als erste Erscheinung des Anfalls tritt am 24. Dezember Erbrechen ein; zugleich constatire ich gegenüber dem Status der vorangehenden Tage eine Schwellung der Niere mit Vergrößerung des Längsmessers um zwei Querfingerbreite. Die Schwellung verschwindet beim Rückgang der intensivsten Schmerzen. Diese dauern in mässiger Weise bis zur Operation an, auch tritt am 6. Januar noch einmal Erbrechen ein. Bei der Operation am 11. Januar finde ich die Zeichen intensivster

Congestion und Spannung. Die mit der Fettkapsel innig verwachsene Niere ist auffallend resistent, blau, und zeigt an vielen Stellen eine frische blasige Abhebung der Capsula propria vom Parenchym durch ein helles durchschimmerndes Fluidum. Bewies in diesem Falle sowohl die klinische Beobachtung einer akut auftretenden und verschwindenden Anschwellung wie die anatomische Untersuchung das Vorhandensein eines zu Spannung und subkapsulärer Exsudation führenden Congestionszustandes während der Kolik, so gestattet in einem andern Falle den gleichen Schluss das mit den Koliken einsetzende Auftreten von Harnveränderungen, welche nur auf eine gleichzeitige Exazerbation des Entzündungsprozesses bezogen werden können. Es handelte sich um einen Patienten mit Schrumpfnieren, Herzhypertrophie und Massenblutungen, bei dem nach Heben einer Last eine heftige linksseitige Nierenkolik von mehrstündiger Dauer eintrat, während welcher die Harnabsonderung gänzlich sistirte. Nach Beendigung des Anfalls tritt intensive andauernde Hämaturie ein. Im Urin nur Blutkörper, keine Cylinder. 14 Tage später wiederholt sich die Kolik, und der nächste Urin enthält bereits reichlich hyaline Cylinder, welche seitdem nicht wieder verschwinden. Patient wurde ohne Operation entlassen und ist ein Jahr später urämisch gestorben.

Hier sehen wir mit dem ersten Kolikanfall die Blutung einsetzen, mit dem zweiten die Cylindrurie. Das beweist doch, dass Kolik und Blutung, Kolik und Cylindrurie einem gemeinsamen Faktor ihre Entstehung verdanken müssen — und welcher andere Faktor könnte das sein, als eine Exazerbation des Entzündungsprozesses, welcher durch die Congestion zur Blutung, durch die congestive Spannungserhöhung zur Kolik führte? Ich habe meine Fälle ausführlicher mitgeteilt, weil Herr Senator auf sie Bezug genommen hat. Hinsichtlich der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen von Spannungserhöhung, Schwellung und congestiven Zuständen an freigelegten Nieren, bei welchen nephritische Veränderungen als Grundlage von Hämaturieen und Koliken anatomisch nachgewiesen waren, beschränke ich mich auf die Nennung der Autoren Pousson,¹⁾ Potherat,²⁾ Albarran,³⁾ de Kersmaker,⁴⁾ Harrison,⁵⁾ Schede.⁶⁾

Zur Unterstützung seines ablehnenden Standpunktes gegenüber den Beziehungen der congestiven Drucksteigerung zu Koliken und Blutungen wirft Herr Senator die Frage auf: „warum sieht der innere Mediziner bei den ihm zur Beobachtung kommenden Fällen von Morbus Brightii, welche doch auch mit Schwellung einhergehen, niemals Koliken, fast niemals Massenblutungen? Diese Frage ist deshalb nicht zu beantworten, weil beides thatsächlich vorkommt. Ich brauche zum Beweise nur zu erwähnen, dass ich schwerere Koliken nie beobachtet habe, als in meinen Fällen 9 und 11, welche legitime schwere doppelseitige parenchymatöse Nephriten waren, die auch Herr Senator als echten Morbus Brightii in seinem Vortrage anerkannt hat. Ich erinnere ferner an den von Schede⁷⁾ veröffentlichten Fall von unanfechtbarem doppelseitigen Morbus Brightii mit heftiger Kolik und starken Blutungen.

Ich komme nun zu dem wichtigsten Punkte meiner Ausführungen, nämlich der Widerlegung des Widerspruchs gegen meine achte These: „Eine grosse Zahl der bisher als Nephralgie, Néphralgie hématurique, angioneurotische Nierenblutung bezeichneten Krankheitsbilder sind auf nephritische Prozesse zu beziehen.“

Herr Senator prüft die Berechtigung dieser These an meinen 14 Fällen und kommt zu dem Resultate, dass zwei davon Morbus Brightii waren, bei sechs andersartige entzündliche Prozesse zuzugeben, in den sechs restirenden Fällen aber Entzündungen entweder nicht vorhanden oder nicht nachgewiesen sind. Diese Angabe habe ich zunächst dahin richtigzustellen, dass von den 14 Fällen einer für diese Betrachtung ausscheidet, für dessen Blutung eine abnorme Mobilität der Niere verantwortlich gemacht werden konnte, und dass von den restirenden 13 bei neun Entzündungsprozessen nachgewiesen werden konnten. Zweimal (in

¹⁾ Compte rendu de l'association française d'urologie 1899.

²⁾ Bull de la Soc. de chirurg. 8. Juni 1898.

³⁾ Annal. des maladies des org. génito-urin. Mai 1898.

⁴⁾ Ann. de la Soc. belge de chir. 15. Dec. 1897.

⁵⁾ Brit. med. Journal 17. Oct. 1896.

⁶⁾ Handbuch der praktischen Chirurgie, herausgegeben von v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz.

⁷⁾ l. c.

den Fällen 1 und 3) konnten die Befunde mit unbewaffnetem Auge erhoben werden, viermal (in den Fällen 9, 10, 11, 13) wurden sie durch mikroskopische Untersuchung verifiziert, zweimal (in den Fällen 5 und 7) war der Befund von Zylindern pathognomonisch für nephritische Zustände, einmal (im Fall 9) zeigte der weitere Verlauf durch zwei Jahre später auftretende Oedeme und urämische Anfälle mit Sicherheit das Bestehen einer Nephritis. Dieses Verhältniss von beinahe 70 % positiver Befunde, welches sich durch zwei weitere nach der Publikation beobachtete¹⁾ auf 85,4 % erhöht, ist ein ausserordentlich grosses und wird von Jedem als ungemein beweisend betrachtet werden, der aus praktischer Erfahrung die Schwierigkeiten kennt, auf der Schnittfläche lebender Nieren pathologische Veränderungen zu erkennen. Entweder stört die starke Blutung die Betrachtung, oder die Anämisierung der Niere durch Konstriktion des Stieles vernichtet die Farbendifferenzen, welche an der Niere ganz wesentlich für die Erkennung von Krankheitsprozessen sind. Ich brauche nur als Beispiel dafür anzuführen, dass in meinen beiden Fällen (9 und 11) von schwerster diffuser Nephritis mit blossen Auge garnichts krankhaftes zu entdecken war. Ich erwähne ferner die Beobachtung von Pousson,²⁾ der auf dem Durchschnitt der Niere nichts besonderes entdecken konnte und trotzdem mikroskopisch eine abundante Bindegewebswucherung fand, welche die Glomeruli erdrückte, deren Gefässe endo- und periarteriitisch erkrankt waren und zu Blutungen zwischen Gefässschlingen und Bowman'scher Kapsel geführt hatten. Ebenso instruktiv für die Unzulänglichkeit der makroskopischen Beobachtung ist ein Fall von Albarran,³⁾ der bei einer ausgedehnten Nephrotomie nichts weiter als einen kleinen gelblichen Fleck an einem Punkte der Rinde sehen konnte, während die mikroskopische Untersuchung der entfernten Niere eine völlige Durchsetzung von Rinde und Mark mit Miliartuberkeln enthüllte.

Darum sollen wir uns mehr an die positiven als an die negativen Befunde halten. Sind doch selbst negative mikroskopische Untersuchungsergebnisse an einem exzidierten Stückchen nicht beweisend für die Gesundheit der Niere, da bei zerstreuten Entzündungsherden ein solcher nicht nothwendig in der Schnittfläche zu liegen braucht, oder bei Beschränkung der Erkrankung auf einen Pol, wie in meinem Falle 10 oder dem Rovsing'schen Falle 1, ein von irgend einer andern Stelle entnommenes, noch so grosses Nierenstück keine Veränderungen ergeben hätte. Wenn Herr Senator betont, dass der negative Ausfall der mikroskopischen Untersuchung eines Probestückchens nichts für das Vorhandensein entzündlicher Prozesse beweist, da ebenso gut übersehene Tuberkeln oder Steine als Ursache der Krankheitserscheinungen vorhanden sein können, so stimme ich ihm vollkommen bei, ziehe aber daraus die Konsequenz, dass, wenn solche negativen Befunde überhaupt nicht verworfen werden dürfen, sie am wenigsten den Schluss zulassen, dass die Niere gesund sei, daher das Nervensystem zur Erklärung der Erscheinungen in Anspruch genommen werden müsse. Beweise für die Abwesenheit organischer Veränderungen kann nur die genaue mikroskopische Durchsuchung ganzer Nieren erbringen. Glücklicherweise aber sind wir für unsere Beweisführung nicht auf mehrdeutige Fälle angewiesen, da ausser meinen eigenen schon erwähnten in der Litteratur genügend zahlreiche gänzlich einwandfreie Beobachtungen von Nephriten als anatomischer Grundlage für Blutungen und Koliken verzeichnet sind. Hofbauer⁴⁾ fand eine Glomerulonephritis, Pousson⁵⁾ in zwei Fällen eine ausgedehnte chronische interstitielle Nephritis mit Endo- und Periarteriitis, Poirier⁶⁾ fand eine chronische Nephritis, Desmons⁷⁾ beschreibt die folgenden Veränderungen: „Eine grosse Zahl Glomeruli geschrumpft und gelappt, umgeben von einer dichten Anhäufung ovaler und spindelförmiger Kerne. Die Glomerulusefässe nicht mehr erkennbar, der Gefässstiel fibrös. Andere Glomeruli sind von Bindegewebszügen durchsetzt, ihre Kapsel sklerotisch verdickt. Blutergüsse in dem Glomeruluskapselraum, Blutextravasate in der

Umgebung der Glomeruli und innerhalb der gewundenen Harnkanäle. Diffuse und fleckweise Sklerose der Marksubstanz. Die Epithelveränderungen weniger ausgesprochen“.

In Péau's¹⁾ Fall bestanden nach Cornil's Untersuchung Glomerulitis und die entzündlichen Veränderungen einer nicht sehr weit vorgeschrittenen Nephritis an den Harnkanälen. Rovsing²⁾ fand das obere Drittel der Niere blauroth, brüchig. Blutextravasate in den Bowman'schen Kapseln, Zylinder in den gewundenen Harnkanälen, Stase in den Venen und Kapillaren, fleckweise Nekrosen. — Schliesslich will ich den bestbeschriebenen Befund mittheilen, den Schede³⁾ neuerdings in einem Falle von Koliken und einseitiger Massenblutung erhoben hat. „Starker Epithelzerfall, besonders in den Henle'schen Schleifen. Das Lumen der Harnkanäle mit Detritus erfüllt, vereinzelte hyaline Zylinder, hier und da Kalkkonkremente und fettige Degeneration der Epithelien. Am auffallendsten sind die interstitiellen Veränderungen. In der ganzen Niere zerstreut liegen Herde theils frischster, theils älterer, theils ganz alter interstitieller Entzündung. Bald ist die ganze Struktur durch die hochgradigste zellige Infiltration und im Gewebe zerstreute rothe Blutkörper verdeckt, bald sind die Interstitien sehr reich an jungem Bindegewebe. Die Harnkanäle comprimirt und cystisch entartet, oder Glomeruli und hyaline Reste derselben liegen in einem derben Bindegewebe, in dem von Harnkanälen wenig mehr zu sehen ist. Allenthalben Blutpigment, theils in Zellen, theils im Gewebe. Die Glomeruli zeigen Verdickung ihrer Kapseln, hyaline Degeneration der Kapillarschlingen, Blutkörper im Kapselraum, Desquamation der Kapsel Epithelien. In den Harnkanälen vereinzelt eine Ausfüllung mit Blutkörpern. An den Gefässen geringe hyaline Degeneration und Verdickung der Intima. Keine Mikroorganismen.“

Sie sehen aus diesen Citaten, dass sich die Annahme entzündlicher Veränderungen auf eine grosse Zahl von einwandfreien Befunden stützt, und nicht bloss, wie Herr Senator meint, auf die zwei zu Unrecht für entzündlich gehaltenen Fälle von ihm selbst⁴⁾ und Sabatier.⁵⁾ Wir brauchten gegenüber der Fülle des positiven Materials diese Fälle eigentlich nicht zu diskutieren; aber im Lichte der mitgetheilten Erfahrungen erscheinen die an ihnen gefundenen Prozesse mir und allen anderen, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, als Glieder einer Kette von Veränderungen, die von geringfügigen, heerdweise auftretenden Sklerosen bis zu diffusen Entzündungen fortschreitend, sämmtlich im Stande sind, Veranlassung zu Blutungen oder Koliken zu geben. Insbesondere liegt es wohl nicht fern, die noch jetzt in dem Senator'schen Falle vorhandene intermittirende Albuminurie auf eine Erkrankung der zurückgebliebenen Niere zu beziehen, die nach Analogie der in der exstirpirten gefundenen Veränderungen vermuthlich in einer heerdweisen Sklerose besteht. Dass mit derartigen Veränderungen eine lange Lebensdauer verträglich ist, kann gar nicht Wunder nehmen und spricht in keiner Weise gegen eine Erkrankung der jetzt noch vorhandenen Niere, da der Mensch mit einem viel kleineren Quantum Nierenparenchym auskommen kann, als gemeinhin bekannt ist.

Gegenüber der grossen Zahl von Untersuchungen, welche entzündliche Prozesse aufgedeckt haben, verschwinden die Fälle, in denen der Beweis der Gesundheit der Niere erbracht ist. Es sind im ganzen zwei, nämlich die von Schede⁶⁾ und Klemperer,⁷⁾ in denen an der exstirpirten Niere nichts krankes gefunden wurde. Die anderen vier von Herrn Senator angezogenen kann ich als beweisend nicht anerkennen; denn in den Fällen von Harris⁸⁾ und Rovsing⁹⁾ lag bloss eine Niereninzision ohne mikroskopische Untersuchung vor; desgleichen in einem meiner Fälle, den ich überhaupt ausscheide, weil er eine Blutung aus abnormer Mobilität der Niere darstellt; in dem vierten fand sich bei mikroskopischer Untersuchung eines probeweise exzidierten Stückchens nichts. Ich habe schon oben conform mit Herrn Senator auf die Werthlosigkeit der negativen Befunde an kleinen

¹⁾ Eine parenchymatöse Form und eine interstitielle mit starker Entwicklung der intertubulären Bindegewebe und Verdickung der Bowman'schen Kapseln.

²⁾ Congrès de chirug. 1895, p. 536 et ibidem 1898, p. 634.

³⁾ Bull. de la société de chirug., 7. Juni 1898.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ l. c.

⁶⁾ Bull. de la société de chirug., 10. Mai 1899.

⁷⁾ Associat. franç. de chirurgie, XII. Congrès 1898.

¹⁾ Brodeur, Thèse de doctorat. Paris 1881.

²⁾ l. c. ³⁾ l. c.

⁴⁾ Berliner klinische Wochenschrift, 5. Januar 1891.

⁵⁾ Revue de chirurgie Bd. IX, Paris 1899.

⁶⁾ Neue Erfahrungen über Nierenexstirpationen. Jahrbuch des Hamburger Stadtkrankenhauses 1889.

⁷⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1897, No. 10.

⁸⁾ Philadelphia medical Journal 1898.

⁹⁾ l. c.

Stückchen hingewiesen und Beweiskraft nur denjenigen negativen Untersuchungsergebnissen zuerkannt, welche an ganzen Nieren gewonnen sind.

Wenn von solchen im ganzen zwei vorliegen, die wir anerkennen müssen, obwohl wir nicht wissen, ob die Nieren in allen ihren Theilen mikroskopisch durchmustert sind, so kann diese minimale Zahl gegenüber der erdrückenden Anzahl positiver anatomischer Befunde bei anscheinend essentiellen Hämaturieen gar nicht ins Gewicht fallen.

Schritt für Schritt hat die operative Autopsie und die mikroskopische Untersuchung die essentiellen Hämaturieen aus ihrem Gebiete verdrängt, in dem sie klinisch nicht vermuthete Entzündungen, Tuberkeln, Konkrementen, Hydronephrosen, Nierendislagen nachwies, bis nur noch zwei Positionen übrig geblieben sind, von denen aus die Blutungen sine materia vertheidigt werden, und das sind die beiden Fälle von Schede und Klemperer. Aber auf zwei Fälle kann man keine angioneurotische Theorie aufbauen; es ist vorsichtiger, diese Beobachtungen als zur Zeit unverstanden zu rubrizieren, statt sie durch eine Hypothese zu erklären, welche selbst ebenso erklärungsbedürftig ist wie der Vorgang, den sie erklären soll. Alle nicht anatomisch verifizierten Beobachtungen angioneurotischer Nierenblutungen sind werthlos; bei manchen ist nicht einmal cystoskopisch erwiesen, dass es wirklich Nieren- und nicht Blasenblutungen waren, bei keinem ist auch durch die längste Beobachtungsdauer die Möglichkeit einer materiellen Grundlage der Blutung ausgeschlossen.

Man führt gewöhnlich den Passet'schen¹⁾ Fall, in dem nach einer Inzision in die Harnblase die Nierenblutung schwand, als Beweis für eine nervöse Ursache der Hämaturie an, weil man sich nicht vorstellen kann, dass einer Nierenblutung, die nach einem Eingriff an der Blase aufhört, materielle Veränderungen zu Grunde liegen können. Nun die Beweiskraft dieses Falles für die angioneurotische Theorie ist nicht gross. Denn in einem von Albarran²⁾ beschriebenen Falle Gyon's trat ganz derselbe günstige Erfolg nach Curettement der Blasenschleimhaut ein, trotzdem der fernere Verlauf erwies, dass eine allmählich manifest werdende Nierentuberkulose der Blutung zu Grunde gelegen hatte. Ich muss es rückhaltlos aussprechen, dass man diese unbewiesene angioneurotische Hypothese nicht energisch genug bekämpfen kann, weil sie eine wirkliche Gefahr in sich birgt. Da bei Mangel sonstiger Befunde aus keiner einzigen Eigenschaft einer Nierenblutung entschieden werden kann, welcher Affektion sie entstammt, so wird der Arzt sich und den Patienten leicht durch die Annahme einer nervösen, also ungefährlichen Ursache in ein Gefühl der Sicherheit einwiegen und den Zeitpunkt verpassen, in dem man noch rechtzeitig eine maligne Neubildung, eine Tuberkulose beseitigen kann. Trotz alledem erhebt Herr Klemperer die Forderung, wegen Hämaturie nur dann zu operiren, wenn durch die erschöpfende Blutung eine unmittelbare Lebensgefahr vorhanden sei. Er beruft sich darauf, dass manche Aerzte ihm gesagt hätten, sie hätten Hämaturieen spontan schwinden sehen; dass ferner das Verschwinden von Harnblutungen bei innerer Behandlung gewissermaßen ein diagnostisches Kriterium für eine angioneurotische Blutung sine materia sei und dass ihr jahrelanges Cessiren dasselbe beweise. Eine solche Schlussfolgerung rechnet nicht mit den Erfahrungen über die Blutungen bei Neoplasmen und Tuberkulosen. Denn nichts ist gewöhnlicher als das launenhafte Auftreten und Verschwinden starker Blutungen bei Tumoren ohne jede Behandlung. Ich habe Fälle gesehen, in denen vieljährige Intervalle zwischen den Hämaturieen lagen, solche in denen überhaupt nur eine einzige Blutung im Beginn des Leidens vorhanden war und der dadurch sorglos gemachte Arzt erst viele Jahre später chirurgischen Rath einholte, als er einen Tumor zu fühlen vermochte, der mit Aussicht auf Dauerheilung nicht mehr zu operiren war. Und gerade so kann es mit der hämorrhagischen Form der Tuberkulose gehen. Es ist mir wiederholt vorgekommen, dass Patienten wegen einer lange anhaltenden Hämaturie meine Klinik aufsuchten und, kaum angelangt, ihre Blutung verloren, um sie während einer mehrwöchentlichen Beobachtung nicht mehr wiederzubekommen. War das ein diagnostischer Beweis für ihre angioneurotische Natur? Ganz sicher nicht, denn das Ende vom Liede war gewöhnlich, früher oder später, eine Nephrektomie wegen maligner Tumoren oder Tuberkulose. — Bis man uns keine

sichereren Kriterien für die Unterscheidung einer angioneurotischen von einer auf Neubildung beruhenden Blutung giebt, als ihr Verschwinden bei einer Kaltwasserbehandlung oder die Erzählung einiger Aerzte, dass Leute von selbst aufgehört haben Blut zu harnen, ist zu einer sicheren Diagnose nach dem Stande unseres heutigen Könnens in letzter Instanz nur die Probeinzision befähigt. Sie ist um so berechtigter, als sie sich gleichzeitig als ein therapeutisches Mittel ersten Ranges bei denjenigen Blutungen und Koliken erwiesen hat, in denen weder Stein noch Tuberkulose noch Tumor gefunden wurden.

Wie diese heilende Einwirkung der Inzision bei Koliken und Blutungen zu Stande kommt, darüber ist zunächst nur eine theoretische Vorstellung möglich, deren Werth gänzlich zu trennen ist von der Bedeutung der Thatsachen, welche die Erfahrung liefert. Denn unabhängig von jedem Erklärungsversuch, wie unbewiesen oder wie unrichtig er auch sein mag, bleibt als unanfechtbar bewiesen und richtig die Thatsache des heilenden Einflusses bestehen; und auf diese kommt es doch in erster Linie an. Herr Senator führt conform mit Pel als Einwand gegen meine Vorstellung von dem entspannenden Einfluss der Inzision an, dass die Hämaturie die beste natürliche Entspannung sei. Ich kann es mir versagen, die Frage zu diskutieren, ob die Wirkung einer Gewebsspaltung sich mit der eines spontanen Blutverlustes deckt; für unser praktisches Handeln ist nur von Interesse, dass in vielen Fällen der spontane Blutverlust nicht die Blutung zum Stehen bringt, wohl aber die Inzision dieses vermag. Je weniger die von mir übereinstimmend mit den besten Kennern beobachteten Thatsachen in Abrede gestellt werden können, desto mehr entschädigt man sich durch Angriffe gegen meine Deutung ihres Zusammenhanges. Ich würde diese leichten Herzens preisgeben, wenn jemand eine bessere an deren Stelle setzen wollte, unter der Bedingung, dass sie den anatomischen Befunden Rechnung trägt, und brauchte deshalb auf alle dagegen erhobenen Einwände nicht einzugehen. Nur muss ich darauf aufmerksam machen, dass durch noch viel besser begründete Angriffe auf meine Deutung der Fakta diese selbst nicht erschüttert werden können. Die beiden Thatsachen, deren Nachweis meine Arbeit gewidmet war, nämlich die Abhängigkeit gewisser Koliken und Blutungen von chronisch entzündlichen Prozessen der Niere und die Heilwirkung der Niereninzision auf diese Krankheitsäusserungen, stehen fest, gleichviel ob man die Vorstellung der congestiven Spannungszunahme annimmt oder ablehnt. Deshalb macht Herr Klemperer einen Fehlschluss, wenn er argumentirt: da meine Theorie der congestiven Spannung falsch sei, sei auch ein therapeutischer Eingriff, der sich gegen diese richte, unzulässig, weil er der Basis entbehre. Herr Klemperer irrt, wenn er meint, dass der Heileffekt des Eingriffes von der richtigen Erklärung seiner Wirkungsweise abhängt. Denn dieser ist unabhängig von jeder Theorie empirisch gefunden, und die Theorie ist erst auf die gefundene Heilwirkung aufgebaut worden. Zu welchen paradoxen Konsequenzen man gelangen kann, wenn man glaubt wohlbeobachtete Thatsachen durch Einwände gegen ihre Deutung diskreditiren zu können, zeigt Herrn Klemperer's Frage: „wenn Israel's Ansicht richtig ist, dass die Kolikanfälle auf schnell kommenden und schwindenden Congestionen beruhen, warum lässt man diese Congestionen nicht von selbst vorübergehen, statt sie mit dem Messer zu bekämpfen?“ Darauf könnte ich die Gegenfrage stellen, warum bekämpft Herr Klemperer die Malaria mit Chinin, da der Einzelanfall doch von selbst vorübergeht? Wie das Chinin den Kranken vor ferneren Anfällen bewahren soll, so soll die Inzision die Wiederkehr der Koliken verhindern. Und ebenso, wie Chinin geholfen hat, ehe man von seiner Wirkung auf Plasmodien etwas wusste, so hat die Nieren-spaltung geholfen, ehe wir uns eine Theorie ihrer Wirksamkeit zurecht gemacht haben.

Indem Herr Senator die Erzeugung der Koliken durch renale Spannungszunahme leugnet, nimmt er für ihre Entstehung eine Verwachsung der Nierenkapseln in Anspruch. Darauf ist zu erwidern, dass eine Kapselverwachsung nur in einem Theile der Fälle zur Beobachtung gekommen ist, dass die Ursache für Kapselverwachsungen ganz überwiegend häufig in entzündlichen Prozessen der Niere liegt und dass Kapselverwachsungen nur dann zu Koliken führen, wenn sie die Niere an abnormer Stelle fixiren und dadurch Abflusshindernisse schaffen. Benutzen wir doch die Erzeugung von Kapselverwachsungen durch die Nephropexie gerade als Heilmittel für die Koliken der Wandernieren.

¹⁾ Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1894, Bd. V, S. 387. — ²⁾ Ann. des malad. genit. urin. 1898, S. 463.

Ein ferneres theoretisches Bedenken erhebt Herr Senator, indem er meint, der Eingriff sei selbst eine entzündungserregende Schädlichkeit und es sei eine eigenthümliche Art, Entzündungen durch einen Eingriff zu heilen, der selbst Entzündung macht. Diese Bedenken sind an der Hand der praktischen Erfahrung zu zerstreuen. Denn die durch eine einfache Inzision ohne Malträtirung der Niere gesetzte geringfügige Entzündung gefährdet das Organ nicht, wie man sich an hundertsten viel eingreifenderer Nephrolithotomien überzeugen kann, weil sie eine gutartige aseptische, nicht progrediente, ganz lokale ist, die sich von selbst in kurzer Frist zurückbildet, nur in der unmittelbaren Umgebung eines anämischen Infarktes der Schnittfläche auftritt und dazu dient, diesen zu resorbieren und durch Narbengewebe zu ersetzen. — Es ist ja selbstverständlich, dass man durch die Inzision eine Niere schädigen kann, aber dann fällt die Verantwortung dafür nicht auf das angewendete Verfahren, sondern auf die Art der Ausführung. Wer die Nierenarterie zu lange oder zu fest comprimirt, wer die Nähte zur Wiedervereinigung des Schnittes zu eng nebeneinander legt oder zu fest schürzt, wer das sensible Organ mit groben Fingern quetscht, der wird gewiss mit der Sicherheit eines Experiments Schaden anrichten. Aber dass derartige absolut sicher vermieden werden kann, zeigen sowohl die schönen experimentellen Arbeiten von Tuffier, Barth und Max Wolff, wie die guten Erfolge doppelseitiger Nierenspaltungen wegen Calculose, die mit Sicherheit hätten zum Tode führen müssen, wenn Schädigungen, wie sie Braatz beschreibt, eine nothwendige Folge des Eingriffs wären.

Welche Faktoren bei der Nierenspaltung günstig auf das Verschwinden der Koliken und Blutungen, welche günstig auf eine Rückbildung entzündlicher Prozesse, chronischer wie akuter Natur, wirken, kann noch controvers sein, nicht aber die Thatsache des günstigen Einflusses. Für die akute, infektiöse Nephritis, bei der das Organ exzessiv geschwollen, von unzähligen miliaren Eiterherdchen durchsetzt ist, habe ich das in dem auf S. 472 ff. ausführlich beschriebenen Falle von Spaltung einer Solitärniere dargethan und kann hinzufügen, dass der Patient sich noch heute mehr als drei Jahre post operationem der besten Gesundheit erfreut. Da in diesem Falle die Inzision nur eine verschwindend kleine Zahl der durch das ganze Parenchym verstreuten Heerde treffen konnte, so muss sie eine Rückbildung aller übrigen angebahnt haben. Gleiche Erfahrungen hat Korteweg¹⁾ veröffentlicht. — Hinsichtlich der hier zur Diskussion stehenden chronischen Prozesse ist meistens das Verschwinden von Koliken und Blutungen constatirt, mehrmals das Aufhören der Albuminurie, einige Male eine erhebliche Steigerung der bis zur Operation bedeutend herabgesetzten Harnmenge, ein anderes Mal eine sofort eintretende Reduktion abnormer Miktionshäufigkeit. — Ob die von Herrn Senator gefürchtete traumatische Entzündung überhaupt etwas mit diesen Resultaten zu thun hat, weiss ich nicht; jedenfalls habe ich es nie behauptet. Viel wahrscheinlicher ist es, dass im wesentlichen die eingreifende Aenderung der Cirkulationsverhältnisse für die Erfolge entscheidend ist, weil ein Theil derselben sofort nach der Operation sich geltend machte. Ganz nebenbei möchte ich Herrn Senator nur bemerken, dass es gar nichts Unvernünftiges hat, sich vorzustellen, dass ein Eingriff, der selbst eine akute Entzündung macht, zur Heilung einer chronischen Entzündung führen kann. Benutzen wir doch die Hervorrufung einer artifiziellen Entzündung, welche die Bedingung eines typischen Ablaufs in sich trägt, zur Heilung mancher chronisch entzündlichen Prozesse, z. B. die durch Einspritzung irritirender Substanzen erzeugte akute exsudative Entzündung zur Heilung der chronischen Entzündung der Tunicula vaginalis testis — der Hydrocele, oder der chronischen Synovitis —, des Hydrops genu.

Zum Schluss habe ich noch einige Worte über die Resultate zu sagen. Nach Herrn Senator sollen die Erfolge meistens vorübergehend sein. Ich glaube, dass meine Fälle zu solchem Urtheil keinen Anlass geben. Von den überlebenden elf sind sechs dauernd von Schmerzen und Blutungen befreit worden; in einem siebenten Falle sind Schmerzen und Blutungen auf der operirten Seite für immer verschwunden, um später auf der andern Seite aufzutreten, weil es sich um eine doppelseitige Erkrankung handelte.

In zwei anderen Fällen verschwanden die Koliken für 1 und 1½ Jahre völlig, um dann wiederzukehren, nur in zwei Fällen hatte die Operation keinen oder nur ganz vorübergehenden Erfolg. Wir haben also in neun unter elf Fällen einen grossen Nutzen gestiftet, der durch die in allen Fällen erschöpfte medizinische Behandlung nicht erreicht worden war. Gute dauerhafte Resultate liegen ferner vielfach in der Litteratur vor. Diesen Aktiva stehen die Passiva in Gestalt dreier Todesfälle gegenüber; aber obwohl sie niemand mehr beklagen kann als ich, halte ich es für unrichtig, sich durch diese Misserfolge entmuthigen zu lassen und das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Denn es wäre ungerecht, sofort tadellose Erfolge in Fällen zu erwarten, an welche wir nicht mit vorheriger Kenntniss des zu erwartenden Befundes gegangen sind, sondern bei denen wir unter der falschen Voraussetzung zum Messer gegriffen haben, einen Stein, eine Tuberkulose, eine Neubildung zu finden. Waren doch alle unsere therapeutischen Erfolge keine Früchte vom Baume der Erkenntniss, sondern unbeabsichtigte, unvorhergesehene Nebenprodukte der auf irrige Voraussetzungen hin unternommenen Eingriffe. Aus diesem Grunde folgte, dass wir nicht von vornherein auf das Ziel einer einfachen, gefahrlosen Inzision losgingen, sondern durch das Bestreben, den fälschlich vermutheten Krankheitszustand mit allen Mitteln aufzudecken, die Schwere des Eingriffs vergrösserten. Denn erst nach langwierigem Suchen, Abtasten des Beckens und der Kelche, Durchforschung des Parenchyms unter allmählicher Dilatation der Wunde über die ganze Länge der Niere und Abklemmung des Gefässstiels, retrograder Sondirung und ausgedehnter Freilegung des Ureters entschlossen wir uns, die Operation abzubrechen, als ein diagnostischer Irrthum nicht mehr zu bezweifeln war. Solche überflüssige und schädliche Complication des Eingriffs, besonders die künstliche Absperrung der Blutzufuhr von dem bei Erkrankung doppelt empfindlichen Nierenepithel musste ganz besonders die Resultate quoad vitam bei Leuten trüben, welche in Folge von doppelseitiger schwerer Nephritis sich in einem sehr labilen Gleichgewicht befanden. Wenn wir aber erst einmal in der Lage sein werden, diese Krankheitszustände richtig zu diagnostizieren, so wird der ausschliesslich auf einen Einschnitt beschränkte Eingriff so unbedeutend sein, dass die daraus resultirende Gefahr eine minimale und der Einsatz nicht zu gross sein wird gegenüber dem Gewinn, von qualvollen Koliken oder gefahrdrohenden Blutungen befreit zu werden.

¹⁾ Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. VIII, S. 596 ff.