IV. Casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Krankenhauses zu Hamburg. Maligne Geschwulst der rechten Niere bei einem fünfjährigen Kinde, Exstirpation, Heilung.¹⁾

Von Dr. A. Alsberg, Oberarzt.

Wilhelmine J., 5 Jahre alt, wurde im December v. J. zu mir in die Sprechstunde gebracht. Der Vater des Kindes erzählte, dass dasselbe am Tage vorher blutigen Urin entleert habe, und brachte eine Probe desselben mit. Das Kind war gracil gebaut, sah aber sonst ganz gesund aus und fühlte sich durchaus wohl. Die Untersuchung des Urins ergab, dass demselben eine beträchtliche Quantität Blut beigemischt war, es fanden sich rothe und weisse Blutkörperchen, aber sonst keine pathologischen Bestandtheile. Ich untersuchte dann das Kind ganz genau, ohne Aufschluss über die Quelle der Blutung zu erhalten. Die Palpation der Nieren ergab nichts Abnormes, die Untersuchung der Blase mit der Sonde ergab ein negatives Resultat. Ich ordnete Bettruhe, kalte Umschläge auf den Leib und säuerliche Getränke an, und nach mehreren Tagen berichtete der Vater, dass das Kind ganz wohl sei, es sei kein Blut mehr im Urin aufgetreten. Am 26. März brachte die Mutter das Kind in die Poliklinik unseres Krankenhauses und gab an, dass sie einen Knoten im Leibe des Kindes bemerkt habe. Das Kind sei auch in der letzten Zeit abgemagert und sei viel schwächer geworden. Blut sei im Urin nicht wieder aufgetreten. Das Kind sah viel blasser aus als bei der letzten Untersuchung. Bei der Inspection des Abdomens zeigte sich eine Hervorwölbung in der rechten Weiche und eine bucklige Vortreibung in der Mitte zwischen Axillar- und Mammillarlinie und zwischen Rippenbogen und Spina ant. sup. Die Palpation ergab einen im allgemeinen ovalen Tumor, der die rechte Weichengegend ausfüllte, sich nach innen bis fast zur Mittellinie, nach unten bis zur Darmbeinschaukel erstreckte und oben unter dem Rippenbogen verschwand. Drückte man nach hinten in die Nierengegend ein, so kam man direkt auf den Tumor und konnte, wenn man nun die andere Hand von vorn auf den Tumor legte, denselben in der Richtung von hinten nach vorn verschieben. Bei tiefer Respiration bewegte sich der Tumor etwas mit. Der Tumor zeigte im allgemeinen eine glatte Oberfläche und war von derber Consistenz, nur an einzelnen Stellen fanden sich bucklige Vortreibungen, die unendlich fluctuirten. Bei Palpation der vorderen inneren Fläche des Tumors fühlte man peritonitischen Reiben. Der Dickdarm lag über der Geschwulst, die tympanitische Zone reichte ungefähr bis zur Längsachse des Tumors. Der ganze Befund konnte zusammen mit der Anamnese an der Diagnose eines Nierentumors keinen Zweifel lassen, und zwar musste es sich um einen sehr bösartigen Tumor handeln, da derselbe in vier Monaten zu einer solchen Grösse herangewachsen war. Die Punction des Tumors mit der Pravaz'schen Spritze an einer der weichen Stellen ergab denn auch ausser Blut eine Anzahl durchscheinender Schollen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als aus dichtgedrängten, stark granulirten Rundzellen bestehend erwiesen, so dass die Diagnose eines Nierensarkoms als feststehend angesehen werden musste. Die Untersuchung des Urins ergab keine Abnormität. Da der Tumor, sich selbst überlassen, jedenfalls in kurzer Zeit dem Dasein des Kindes ein qualvolles Ende bereiten würde, so hielt ich die Exstirpation desselben für indicirt und schlug die-

selbe den Eltern vor, wobei ich ihnen nicht verhehlte, dass es sich um einen sehr gefährlichen Eingriff handele, der eventuell den Tod des Kindes zur Folge haben könne. Die Eltern des Kindes waren mit Allem einverstanden, und so schritt ich am 30. März zur Operation.

Ich führte die Operation nach den von v. Bergmann angegebenen Regeln aus, mittelst eines Schnittes von der Kuppe der elften Rippe nach der Grenze zwischen äusserem und mittlerem Drittel des Lig. Pouparti. Ich durchtrennte schichtweise Haut, Fascia superficialis, M. obliquus ext., M. obliquus int., M. transversus, Fascia transversa und unterband alle blutenden Gefässe. Es zeigte sich nun, dass ich mit dem angegebenen Schnitte die Uebergangsfalte des Bauchfells sehr gut vermieden hatte, dieselbe lag noch einen Finger breit nach innen von der Schnittlinie. Es lag nun die Oberfläche des Tumors, nur noch von einer dünnen Bindegewebsschicht umgeben, vor. Die Oberfläche des Tumors zeigte sich von dicken Venen überzogen. Ich begann nun die Ausschälung des Tumors. Es gelang mir leicht, mit der Hand den Tumor nach unten zu lösen und auch seine untere hintere Fläche frei zu machen, auch die Zurückschiebung des Bauchfells und des Colons von der vorderen Fläche des Tumors machte keine Schwierigkeit. Als ich aber dann mit der Hand nach oben unter den Rippenbogen ging, fand ich beträchtliche Schwierigkeiten, und es wurde mir klar, dass ich den Tumor unzerstückelt nicht durch die Incisionswunde würde entwickeln können. Ich incidirte daher denselben an einer weichen vorgewölbten Stelle, ging dann mit den Fingern in den Tumor ein und klaubte eine beträchtliche Menge weicher, weisser, markiger Geschwulstmassen aus dem Tumor heraus, ohne irgendwie beträchtliche Blutung, wodurch sich der Umfang desselben bis fast auf die Hälfte verkleinerte. Ich konnte nun leicht den Tumor nach hinten, unten und vorn völlig frei machen, den Ureter und die Nierengefässe isoliren, so dass nur noch die obere Kuppe der Niere festsass. Hier gelang es mir aber nicht, die Niere sammt der Kapsel zu lösen, ich schälte daher den Rest des Tumors aus der Kapsel aus. Der Tumor hing dann nur noch an den Gefässen und dem Ureter, die beide für sich mit starker Seide unterbunden und dann durchschnitten wurden. Es zeigte sich jedoch nun, dass von der oberen Kuppe der Geschwulst Theile sitzen geblieben waren, die Entfernung derselben zusammen mit der Kapsel war sehr schwierig, gelang jedoch durch stumpfe Gewalt. Die ganze Operation war ohne erhebliche Blutung vor sich gegangen. Ich hatte nun eine durchaus reine Wundhöhle vor mir, in der sich kein Rest der Neubildung mehr fand. Ich desinficirte die Wunde mit Chlorwasser, legte eine Drainöffnung durch den Quadratus lumborum, führte durch diese Oeffnung ein dickes Drainrohr ein und schloss die Hautwunde zum Theil durch die Naht, nachdem ich auch nach oben ein Drainrohr und einige Jodoformgazestreifen eingelegt hatte. Verband mit Jodoformgaze und Torfmooßkissen.

Das Kind hatte den Eingriff sehr gut überstanden, der weitere Verlauf war ein günstiger.

Das Kind war die ersten zwei Tage ziemlich matt, warf sich viel umher und schrie häufig auf, doch machte es durchaus keinen anderen Eindruck, wie ein Kind, an dem eine grössere Operation, z. B. eine Hüftgelenksresection ausgeführt worden ist. Ich hatte mir eigentlich gedacht, dass eine Nierenexstirpation bei einem so kleinen Kinde mehr Eindruck machen müsse, dass Shockerscheinungen auftreten müssten, aber nichts von dem zeigte sich. Am zweiten Tage nach der Operation schon fühlte sich das Kind leidlich wohl, begann zu essen und war munter. Nach 4 Tagen wechselte ich den Verband und entfernte die Jodoformgazestreifen, die Wunde sah durchaus reizlos aus. Ueber den weiteren Verlauf kann ich mich kurz fassen. Es trat eine mässige Eiterung ein, vielleicht weil ich die Drainröhren nicht früh genug entfernte, dann aber schloss sich die grosse Wundhöhle sehr schnell, so dass ich das Kind am 3. Mai im ärztlichen Verein mit bis auf ein paar kleine Granulationsknöpfe geheilter Wunde vorstellen konnte. Die Umgebung der Narbe ist durchaus weich, auch in der Tiefe ist bis jetzt ein Recidiv nicht zu fühlen. Das Kind ist ganz munter und sieht besser aus als vor der Operation. Die Diurese war in der ersten Zeit nach der Operation spärlich, doch trank das Kind auch nur sehr wenig, auch konnte es nicht vermieden werden, dass das Kind ab und zu Urin in's Bett liess, so dass die Messungen auf Genauigkeit keinen Anspruch machen können.

Die exstirpirte Niere war trotz ihrer Zerstückelung während der Operation noch über mannsfaustgross. Fast die ganze Niere war in eine weisse markige Geschwulstmasse umgewandelt, die an einzelnen Stellen erweicht war. Nur an der unteren Kuppe der Niere war ein ungefähr 1 cm dicker Streifen normalen Nierengewebes erhalten. Die mikroskopische Untersuchung, die Herr Dr. Fränkel auszuführen die Güte hatte, ergab, dass es sich um ein sehr zellenreiches Spindel- und Rundzellensarkom handelte.

Die Versuche, die malignen Nierentumoren zu exstirpiren, datiren erst aus den letzten 10 Jahren. Die Resultate, die bis jetzt erreicht worden sind, sind keine besonders günstigen. Gross¹⁾ konnte 49 Fälle von Nephrektomien wegen maligner Tumoren zusammenstellen, von welchen 30 starben. In 16 Fällen wurden Nierensarkome bei Kindern unter 7 Jahren operirt. Von diesen überlebten die Operation 7. Von diesen 7 lebte 1 Kind noch nach 4 Monaten, aber mit Recidiv, 4 Kinder starben an Recidiv nach 5, 6, 9 und 18 Monaten. Ueber 2 Kinder war nichts weiter zu erfahren. Das ist also ein ziemlich trostloses Resultat. Es ist jedoch zu hoffen, dass es den Fortschritten der Chirurgie gelingen wird, die Resultate auch für die Nierenexstirpation der Kinder zu verbessern. Die Bestrebungen haben, wie v. Bergmann hervorhebt, an zwei Punkten anzusetzen, bei der Verbesserung der Diagnostik und bei der Verbesserung der Technik. Die letztere wird die un-

¹⁾ Nach einer Demonstration im ärztlichen Verein zu Hamburg.

¹⁾ American Journal of the Medical Sciences 1885, July.

mittelbare Operationsgefahr herabsetzen, während die Verbesserung der Diagnostik uns zugleich in den Stand setzen wird, so früh zu operiren, dass Recidive wenigstens in manchen Fällen vermieden werden können. Für die Diagnose sind bis jetzt 2 Symptome wesentlich zu verwerthen, das Auftreten der Blutung und die Nachweisbarkeit eines Tumors. Die Blutung tritt häufig, wie auch in unserm Falle, als erstes Symptom auf, allein sie tritt bei weitem nicht in allen Fällen auf. So fand Neumann¹⁾ unter 14 Fällen von Nierensarkom nur 5 mal Blutungen. Tritt aber eine Blutung aus den Harnwegen ein, über deren Quelle man bei der ersten Untersuchung keinen Aufschluss erhält, so soll man den Verdacht auf Nierentumor hegen und den Patienten später wieder untersuchen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn ich die Patientin nach der ersten resultatlosen Untersuchung alle 8 Tage von neuem untersucht hätte, die Nierengeschwulst viel eher entdeckt und operirt worden wäre. In einem wie frühen Stadium ein Nierentumor diagnosticirbar ist, das beweist der schöne von Israel auf dem letzten Chirurgencongress vorgestellte Fall, in dem es gelungen war, einen haselnussgrossen malignen Nierentumor zu constatiren und zu operiren. Wir müssen hoffen, dass mit dem immer grösseren Interesse, das die Chirurgen den Erkrankungen der Nieren zuwenden, sich solche Fälle von frühzeitiger und rechtzeitiger Diagnose der Nierengeschwülste vermehren werden, dann werden sich sowohl die unmittelbaren als die definitiven Resultate der Nierenexstirpation wesentlich bessern. Von nicht geringerem Einfluss aber auf die Resultate wird die verbesserte Technik der Operation sein. Ich glaube, dass der von v. Bergmann angegebene Schnitt eine wesentliche Verbesserung der Technik darstellt. Der Simon'sche Schnitt gewährt bei grösseren Tumoren nicht genügend Raum, dagegen giebt der laterale Schnitt nach v. Bergmann ausgiebigen Zugang zu der Geschwulst und vermeidet doch sicher eine Verletzung des Peritoneums. Dass dieses für das Wohl des Patienten nicht gleichgültig ist, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Die Eröffnung der Bauchhöhle während einer langedauerten Operation, die 2 malige Durchtrennung des Peritoneums, die Zurücklassung einer grossen retroperitonealen mit der Bauchhöhle communicirenden Wundhöhle sind Uebelstände, die vermieden werden müssen, wenn sie vermieden werden können. Und sie können vermieden werden durch die seitliche Schnittführung. Die Operation bot in unserem Falle keine besonderen Schwierigkeiten, namentlich fand ich auch die stumpfe Auslösung des Tumors ziemlich leicht, ebenso wie König und Schönborn. Die Blutung war mässig, es war ausser den Ligaturen im Bauchschnitte und den Ligaturen des Nierenstieles keine Unterbindung nöthig. Die Zerkleinerung des Tumors erwies sich für die Ausführung der Operation sehr förderlich und dürfte in ähnlichen Fällen zu empfehlen sein. Jedenfalls glaube ich nach dem Verlaufe der Operation und der Wundheilung berechtigt zu sein, den Autoren, welche wie Gross die Nierenexstirpation wegen malignen Tumors bei Kindern für contraindicirt halten, entgegenzutreten, möchte vielmehr die Ansicht aussprechen, dass bei den malignen Tumoren der Nieren auch bei Kindern die Nephrektomie indicirt ist, wenn es sich um nicht allzugrosse und verwachsene Tumoren und um zu heruntergekommene Individuen handelt.

Nachschrift bei der Correctur. Leider starb das Kind bereits am 18. Juni, also ungefähr 11 Wochen nach der Operation, an einem localen Recidiv und ausgedehnten Metastasen in der Leber und beiden Lungen. Die andere Niere war gesund.

¹⁾ Cit. bei Wagner. Casuistische Beiträge zur Nierenchirurgie, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 24.