

übergehende Besserung. Sophie D., 22 Jahre, unverheirathet, aus Norwegen, wurde mir am 14. April 1887 von Professor Hjort in Christiania zugewiesen und in meine Privatklinik aufgenommen. Sie stammt aus einer etwas belasteten Familie; der Vater starb an Krebs, 2 Geschwister an Phthisis, 4 weitere Geschwister sind gesund. Vor $4\frac{1}{2}$ bis 5 Jahren erkrankte sie mit häufigem Drang zum Urinlassen, der sich insbesondere Nachts einstellte; ab und zu trat starker Tenesmus mit Blasenschmerzen auf. Die Anwendung von Kali chlor. innerlich besserte den Zustand auf einige Zeit, doch kehrte derselbe immer wieder. Vor 4 Jahren trat nach längerem Gehen eine starke Blutung aus den Harnwegen auf, und schliesst sich daran eine auffallende Abmagerung, während Patientin bis dahin wohlgenährt gewesen war, ferner Blässe, Cardialgieen, allgemeines Unbehagen. Im Seebade erfolgte Besserung, doch verschwanden die Blasensymptome keineswegs vollkommen. Vor 3 Jahren erkrankte Patientin auf einer anstrengenden Gebirgstour plötzlich an Durchfall und reichlichem Blutharnen; auch hatte sie zum ersten Male heftige Rückenschmerzen; am nächsten Tage war sie wieder wohl und frisch. Nach 8 Tagen kehrten die gleichen Erscheinungen, Blutharnen, Tenesmus, Rückenschmerzen wieder; der nunmehr zum ersten Male hinzugezogene Arzt diagnosticirte eine Cystitis und verordnete Bettruhe, sowie Blasenausspülungen mit Carbol- und Borsäure. Es trat zwar Besserung ein, aber Patientin wurde nicht wieder recht frisch. Seitdem blieb der Zustand wechselnd, aber mit allmählicher Verschlimmerung. Bald war der Urin ganz klar, bald wieder sehr trübe, oft eitrig, zuweilen bluthaltig mit mehr oder weniger starken Tenesmen und Rückenschmerzen, insbesondere beim Fahren. Im Februar 1886 consultirte sie die Professoren Hjort und E. Bull in Christiania. Ersterer schrieb mir über die damalige Untersuchung Folgendes:

„Der Harn enthielt ziemlich viel Eiter, keinen Schleim, reagirte neutral, enthielt keine krystallinischen Elemente, filtrirt 0,1% Eiweiss; einmal wurden einige Cylinder aufgefunden. Fremdkörper wurden in der Blase nicht entdeckt. Es wurde die Möglichkeit einer einseitigen Pyelitis mit secundärer Betheiligung der Nierensubstanz angenommen und neben angemessenem diätetischem Verhalten Contrexevillewasser verordnet. Als nach einem Jahre sich keine Besserung, eher eine Verschlimmerung eingestellt hatte, nur die Schmerzen einigermaassen durch Cocaineinspritzungen gelindert waren, wurden Urin und Blase noch einmal einer genauen Untersuchung unterworfen. Weder Blase noch Niere erwiesen sich druckempfindlich; der filtrirte Urin enthielt Spuren von Albumen, keine Sedimente oder Krystalle. Eine dreimalige Untersuchung auf Tuberkelbacillen fiel negativ aus. Eine weitere Untersuchung wurde in der Narkose vorgenommen. Geringer weisslicher Ausfluss aus der Vagina, der jungfräuliche Uterus beweglich, der linke Theil der Blase fühlt sich bei bimanueller Betastung etwas fester und dichter an. Nach Erweiterung der Harnröhre fühlte der eingeführte Zeigefinger eine rauhe und feste Fläche am ganzen Fundus und mitten in derselben, mehr nach links unten, eine scharfe, hahnenkammförmige Hervorragung, welche nach rechts hin einen flachen, grösseren Sinus begrenzte. Die Schleimhaut blutete bei der leisesten Berührung. Der vordere Theil der Blasenschleimhaut dagegen fühlte sich glatt und weich an. — Nach diesem Eingriffe blieben die krampfhaften Schmerzen eine Woche lang fort, um dann wiederzukehren. Patientin erlernte die Blasenausspülungen und hat längere Zeit Höllesteinlösung, später Salzwasserlösung eingespritzt. Trotzdem verschlimmerte sich der Zustand von neuem.“

Ich sah die Patientin zuerst am 14. April 1887. Sie war eine mittelgrosse, schlanke, zart gebaute Dame von blasser Gesichtsfarbe. Der Urin war trübe, enthielt zahlreiche Eiterkörper, keine rothen Blutkörperchen, keine Epithelien, kein Eiweiss. Die rechte Niere war beweglich, die linke Niere schien fixirt zu sein. Die Untersuchung der Blase nach Erweiterung der Harnröhre zeigt durch den Spiegel nach hinten eine geröthete und geschwellte Schleimhaut, nach links hinüber einen weissen, anscheinend narbigen Fleck, welcher mit einzelnen Gefässen durchzogen ist. Der Finger fühlt eine Aufwulstung der Schleimhaut, darin nach links eine Vertiefung mit glatter Wand. — Es werden Ausspülungen der Blase verordnet und innerlich Thallin, doch bleibt der Zustand unverändert.

28. April. Endoskopische Untersuchung der Blase durch Dr. Nitze. Man erhält den Eindruck, als ob das Blasenepithel in Metaplasie begriffen sei. Hinter dem Ligam. interuretericum ein mit Schleim erfüllter Divertikel. Neue Aufschlüsse werden also nicht gewonnen. Die nunmehr eingeleitete regelmässige Ausspülung jenes Divertikels, um jede Eiterstagnation zu hindern, bringt gleichfalls keine Besserung.

Wiederholte Untersuchung des Urins auf Tuberkelbacillen ergab ein negatives Resultat.

Vom 25. an stellte sich mässiges Fieber ein mit starken Schmerzen in der linken Nierengegend, die nach vorn ausstrahlen. Die Niere war vergrössert und sehr empfindlich, der Urin sehr trübe und eitrig. Die 24stündige Urinmenge betrug während der ganzen Krankheit selten mehr wie 5—600 ccm. Das Fieber verschwand nach wenigen Tagen, doch blieb die linke Niere geschwollen. Eine am 6. Mai vorgenommene Probepunction ergab einen trüben Urin, welcher zum Theil spontan gerann, indem sich eine Faserstoffausscheidung bildete. Mikroskopisch fanden sich Eiterkörperchen und vereinzelte grosse Epithelien. Nach zweimaliger Filtration blieb der Urin noch immer trübe und wurde beim Kochen undurchsichtig. Eine Aenderung des Befindens trat nicht ein; nur wurde die Niere allmählich wieder unempfindlich und schwoll ab.

Es war klar, dass eine Pyelitis und Urinstauung in der linken Niere stattfand, und beschloss ich daher, die Nephrotomie zu machen, um diesen Zuständen besser beikommen zu können, bezw. die Ursache des Leidens, einen Stein im Nierenbecken u. dergl. aufzufinden.

16. Mai. Nephrotomie durch Lendenschnitt. Aus der Niere entleeren sich einige Esslöffel voll trüben Urins. Ein Stein wird nicht gefunden, die Sondirung der Harnleiter gelingt nicht. — Der Verlauf war völlig reactionslos. Die Blasenschmerzen verschwinden vollkommen und stellt sich absolutes Wohlbefinden ein bis zum 26. Mai, also zehn Tage

V. Ueber die Sackniere (Cystonephrosis).

Von Prof. Dr. E. Küster.

(Schluss aus No. 21.)

Fall 9.

Pyelitis sin. und Sackniere, wahrscheinlich in Folge entzündlicher Processe am linken Ureter. Nephrotomie. Vor-

nach der Operation. An diesem Tage beginnen die Schmerzen von neuem, und zwar sowohl in der Blase, als im Rücken, verbunden mit der Ausscheidung von blutigem Harn. Es zeigte sich übrigens bei weiterer Beobachtung, dass die heftigen Blasen- und Rückenschmerzen immer mit einer verringerten Diurese zusammenfielen, dann auch gelegentlich mässiges Fieber auftrat. Eine nochmalige Abtastung der Wunde und beider Nieren ergab nichts Neues. Am 6. Juni wird das Drain fortgelassen, um die Nierenbeckenfistel zur Heilung zu bringen. Bis zum 12. Juli ist dieselbe bis auf eine ganz feine Fistel vollendet.

Indessen wurde gegenüber den fortdauernden Schmerzen der Gedanke einer Nephrectomie erwogen, freilich unter der Bedingung, dass die rechte Niere vollkommen gesund sei, wogegen sich schon vielfach Zweifel geregt hatten, obwohl der Urin an manchen Tagen ganz klar und ohne pathologische Beimischung gewesen war. Da mir der Katheterismus der Harnleiter von der Blase her nicht gelingen wollte, so ertheilte ich der Patientin den Rath, Professor Pawlick in Wien aufzusuchen, um diese Untersuchung vornehmen zu lassen. Professor Pawlick schrieb mir über seine Untersuchung Folgendes:

„Der rechte Ureter ist ganz normal, wurde sehr leicht sondirt und die in zehn Minuten gewonnene Harnmenge von Professor Ultzmann untersucht. Dieser Urin enthielt Eiweiss. — Den linken Ureter dagegen gelang es nicht zu sondiren; man fühlte mit der Sonde zahlreiche Unebenheiten, und unterzog ich deshalb das Innere der Blase einer eingehenden Untersuchung. Die Gegend gegenüber der inneren Harnröhrenmündung, entsprechend der Anlagerung des Uterus, lebhaft injicirt, geschwellt. Von der geschwellten Stelle nach verschiedenen Richtungen sternförmig verlaufend resistente Stränge, von denen sich einer nach links bis gegen den linken Harnleiterwulst fortsetzt. Dieser letztere ist gerade entsprechend der Stelle, wo die Harnleitermündung sein muss, bedeutend geschwellt, so dass er einen ganz prominenten, länglichen Höcker an der Blasenwand bildet. Trotz fleissigen Suchens war es mir auch bei der Inspection nicht möglich, die Mündung zu finden, die möglicher Weise an der Hinterfläche des Höckers liegt. — Beim Hineinsehen in die Vagina bemerkt man eine unvollkommene Entwicklung ihrer linken Hälfte. Die trigonale Furchenentwicklung ist rechts vollkommen deutlich ausgesprochen und kann man nach derselben sehr leicht die rechte Harnleitermündung auffinden. Links dagegen ist der äussere Winkel wie abgestutzt, wie es scheint, durch narbige Einziehungen. Darnach schliesse ich, dass an dieser Seite chronisch-entzündliche Vorgänge in der Blase und dem Zellgewebe stattgefunden und auch an dem linken Ureter noch vorhanden sind; ob sie tuberculöser Natur, lässt sich nach dem, was ich gesehen habe, nicht sagen.

Die rechte Niere ist vollständig beweglich, etwas vergrössert, unempfindlich, sinkt bei aufrechter Stellung bis an die Crista ilei herab, geht bei Rückenlage spontan zurück. Auch die linke Niere ist herabgestiegen, in dieser Lage fixirt und vergrössert.“

Da hiernach auch die rechte Niere zweifellos nicht ganz gesund war, so musste von einer Nephrectomie, wohl dem einzigen Mittel, um das unglückliche junge Mädchen zu heilen, abgesehen werden. Sie kehrte Ende Juli zunächst in ihre Heimath zurück, begab sich aber im Herbst nach dem südlichen Spanien, zuerst nach Almeria, dann nach Malaga. Von ersterem Orte schrieb sie mir vom 24. October, dass sie zwar den ganzen Tag im Freien sich aufhalte, im Uebrigen aber ihr Zustand unverändert sei.

Die im Vorstehenden des Breiteren erzählte Krankheits- und Leidensgeschichte ist, ungeachtet zahlreicher Untersuchungen, nicht aufgeheilt worden. Zweifellos ist wohl der Ausgang der Nierenbeckenentzündung und der darauffolgenden Stauung von einem vernarbten Ulcerations- und Entzündungsprocess in der Blase um die linke Harnleitermündung herum. Welcher Natur aber dieser Process ist, kann nicht entschieden werden; denn dass es sich nicht um einen tuberculösen Vorgang handelt, scheint durch die zahlreichen Untersuchungen auf Tuberkelbacillen mit stets negativem Befund sichergestellt.

Fall 10.

Linksseitige Sackniere. Nephrotomie. Heilung. Clara M., 59 Jahre, unverheirathet, aus Berlin, nahm am 16. Juli 1887 auf Veranlassung des behandelnden Arztes, des Herrn Dr. Bracht, meine Hülfe in Anspruch. Patientin hat seit Jahren an der Gicht gelitten. Vor mehreren Wochen erkrankte sie am Durchfall, dem Verstopfung folgte. Seit 3 Wochen ist sie sehr elend geworden, da sie so gut wie nichts genoss und stets heftige Schmerzen in der linken Seite hatte, welche bis in das linke Bein ausstrahlten. — Nachdem ich eine grosse Geschwulst in der linken Bauchseite als Sackniere erkannt hatte, veranlasste ich am 18. Juni die Aufnahme der Patientin in das Augusta-Hospital.

21. Juni. Der Bauch erscheint ungleichmässig, linkerseits aufgetrieben. Man fühlt an dieser Stelle eine oben die Mittellinie überschreitende, unten bis zum Nabel reichende Geschwulst, welche sich bis zur Lumbalgegend verfolgen lässt und deutliche Fluctuation zeigt. Das Colon descend. ist nach vorn gedrängt und verläuft mitten über die Geschwulst von oben nach unten. Die Probepunction ergibt eine eitrige Flüssigkeit. — Nephrotomie. Bei Eröffnung der Niere entleert sich circa 1½ Liter Eiter. Einzelne Trabekel werden mit dem Finger zerrissen, die ganze Höhle abgetastet. Steine finden sich nicht, weder im Nierenbecken noch im Harnleiter, dessen oberer Theil sondirt werden kann. Annäherung des Sackes an die Haut, Verband.

Der anfänglich trübe und eiweisshaltige Urin wurde in wenigen Tagen klar und eiweissfrei. Die Heilung wurde einige Tage durch Einklemmung eines Netzknotens in einen linksseitigen Schenkelbruch unterbrochen. Sonst ganz reactionsloser Verlauf. Entlassen am 23. August mit oberflächlich granulirender Wunde. Stellt sich am 6. October völlig geheilt und mit klarem Urin wieder vor.

Fall 11.

Sackniere bei Schwangerschaft. Nephrotomie. Heilung bis auf eine Fistel. Frühgeburt. Dann Schluss der Fistel. Marie F., 22 Jahre, Kaufmannsfrau aus Berlin, nahm am 27. Juni 1887 auf Veranlassung ihres Hausarztes, des Herrn Dr. Grasnick, meine Hülfe in Anspruch. Patientin war mit 14 Jahren menstruiert, ist seit dem 22. Januar 1887 verheirathet, gegenwärtig im vierten Monate der Schwangerschaft. Vom 10. bis 18. Jahre litt Patientin an Epilepsie. Im August 1881 überstand sie eine Pleuritis d. mit Exsudat, hohem Fieber und Schmerzen; seitdem blieb sie angegriffen und klagte hier und da über Stiche in der rechten Seite. Vor drei Jahren trat zum ersten Mal heftige Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend mit Gelbsucht auf. Der Anfall ging schnell vorüber, hinterliess aber leichte Empfindlichkeit der rechten Seite. Weihnachten 1885 erkrankte Patientin wiederum ganz plötzlich ohne nachweisbare Ursache mit sehr heftigen Schmerzen in der rechten Seite und hohem Fieber. Zugleich war etwas Gelbsucht vorhanden, der Urin sehr dunkel, der Stuhl von gewöhnlicher Farbe. Nach 17 Tagen stand Patientin auf, da es ihr besser ging; am 21. Tage erschien plötzlich eine sehr grosse Eitermenge im Urin, deren Entleerung 3—4 Tage andauerte. Hiermit verschwanden alle Beschwerden, Patientin blühte auf und fühlte sich sehr wohl. Indessen soll doch hin und wieder der Urin einen Satz gezeigt haben.

Die jetzige Erkrankung begann am 21. Juni Abends wieder sehr plötzlich mit Schmerzen in der rechten Seite. Der hinzugerufene Arzt stellte fest, dass die Leber den Rippenbogen um drei Finger breit überrage. Am folgenden Tage stellte sich sehr hartnäckiges, galliges Erbrechen ein, welches bis zum 25. Juni dauerte; daneben anfallsweise so unerträgliche Schmerzen, dass Patientin laut schrie. In den letzten Tagen sind diese Schmerzen geringer geworden. Am 24. Juni war die letzte Stuhlentleerung, seitdem sind nur Spuren von Darminhalt nach Darreichung von Klystieren abgegangen. — Nachdem ich am 27. Juni die Kranke untersucht und mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Sackniere gestellt hatte, wurde die Frau am 28. Juni in meine Privatklinik übergeführt.

Am 29. Juni ist folgender Status aufgenommen: Kleine, leidend und verfallen aussehende Frau mit schmerzzerfüllten Zügen, klagt über häufige, starke Schmerzanfälle in der rechten Seite. Puls 120, weich. Leib ziemlich erheblich aufgetrieben. Leberdämpfung beginnt in der Parasternallinie am unteren Rande der vierten Rippe, steigt lateralwärts bis nahe an die Mamilla heran, um in der Axillarlinie wieder etwas zu sinken. Nach unten verfolgt die Dämpfungslinie ziemlich genau den Rippenrand. Unterhalb derselben findet sich in der Axillarlinie ein kindskopfgrosser, deutlich fluctuirender Tumor, über welchem überall tympanitischer Schall vorhanden ist, und der sich bis in die Lumbalgegend verfolgen lässt. Das Colon ascend. liegt an normaler Stelle. Uterus vergrössert, dem vierten Monate der Schwangerschaft entsprechend. Probepunction von hintenher ergibt Eiter. Urin normal.

Es musste nach diesem Befunde etwas zweifelhaft bleiben, ob man es mit einem intraperitonealen Tumor, etwa einer Gallenblasenentzündung, oder einer Pyonephrose zu thun habe. Die Lage des Colon sprach gegen letztere, doch lag der Tumor für einen Gallenblasentumor zu weit nach aussen. Es wurde beschlossen, mit dem Lumbalschnitt vorzugehen.

30. Juni. Operation. Nach Durchtrennung der Muskulatur zeigt sich das pararenale Bindegewebe stark eitrig infiltrirt (Urininfiltration in Folge der Probepunction). Dasselbe wird vollständig extirpirt, und dann erst der fluctuirende Sack der Niere eröffnet. Es entleeren sich ca. 2 l stinkenden Eiters. Die Niere ist in einen weiten Sack mit nur 2 mm dicken Wandungen verwandelt. Ein Stein wird nicht gefunden, Sondirung des Harnleiters gelingt nicht. Wegen der vorangegangenen Harninfiltration wird der Sack nicht an die Haut genäht, sondern die ganze Wunde mit Jodoformmull tamponirt.

Der Erfolg war ganz ausgezeichnet. Pat. war fieberfrei, hatte freilich am ersten Tage einen schnellen Puls von 144, befand sich aber vollkommen wohl, hatte spontanen Stuhlgang, ass mit gutem Appetit. Störungen traten nur insofern ein, als der Urin eine Zeit lang trübe und sparsam war, einen Tag lang Durchfall sich einstellte, von dem nekrotischen Bindegewebe her nach oben und nach vorn Eitergänge sich bildeten, welche Spaltung und Drainage erforderten. Am 30. Januar bereits konnte sie mit einem fingerbreiten Granulationsstreifen und einem in's Nierenbecken führenden dünnen Drain entlassen werden. Da diese Fistel auch im September noch bestand, so wurde am 20. September ein Lilienfeld'scher Harnrecipient angelegt, mit dem Pat. sich sehr wohl befand. Vielleicht in Folge dessen trat 8 Tage später Frühgeburt im 8. Monate ein. Das Kind blieb indessen am Leben. Nach Beendigung des Wochenbettes wurde der Apparat entfernt, und erfolgte nun überraschend schneller Schluss der Fistel. Stellt sich Mitte November mit fast vernarbter Wunde und vollständig klarem Urin wieder vor. Eine Vergrösserung der Niere ist nicht mehr nachzuweisen.

Fall 12.

Rechtsseitige Sackniere. Nephrolithotomie. Heilung. Carl H., 27 Jahr, Fabrikant aus Lódz in Polen, wurde am 31. August 1887 von Herrn Dr. Bartkiewicz aus Lódz meiner Privatklinik überwiesen. Patient stammt aus einer phthisisch belasteten Familie; sowohl sein Vater, wie Geschwister des Vaters und einige Geschwister waren tuberculös. Gicht ist in der Familie nicht vorgekommen. Im Alter von 14 Jahren erkrankte Patient an Magenkrämpfen, Milzvergrösserung, Leberschwellung, Magen- und Darmkatarrhen. Dazwischen litt er an äusserst hartnäckiger Obstruction, die auch heute noch vorhanden ist. Wegen derselben hat er zahlreiche Brunnencuren durchgemacht. 1878 wurde er syphilitisch, machte mehrere Schmiercuren durch und war in verschiedenen Schwefelbädern. 1880 erkrankte er an Gelenkrheumatismus; nach Ablauf desselben stellte sich eine schwere Gelbsucht, anfänglich mit Unbesinnlichkeit verbunden ein, welche nahezu ein Jahr anhielt. Nach einer Cur in Carlsbad, im nächsten Sommer in Marienbad war Pat. 2 Sommer hindurch, seiner Obstruction wegen, in Kissingen. Zwischendurch war er wieder arbeitsfähig. 1882 zog er sich eine Gonorrhoe zu. Im Jahre 1884 begann der Urin einen Niederschlag

abzusetzen, der mit der Zeit immer stärker wurde. Gleichzeitig machte die Entleerung des Urins Beschwerden, ein Mal trat sogar vollständige Retentio urinae auf. Pat. ging auf den Rath des Geheimrath Leyden noch einmal nach Kissingen, um Soole zu trinken. Trotzdem wurde der Bodensatz immer stärker, und erwiesen sich auch längere Zeit fortgesetzte Blasen-ausspülungen als erfolglos. Vor ca. 1½ Jahren zeigte sich zuerst Blut im Urin in inniger Mischung, zuweilen in grosser Menge; Schmerzen gingen diesen Blutungen nicht voraus. Sie sollen ziemlich ein Jahr angehalten haben. Prof. Ultzmann in Wien soll im vorigen Jahre Tuberkelbacillen im Urin nachgewiesen haben; er schickte den Pat. nach Egypten, wo derselbe sich den letzten Winter aufhielt. Zwar ging es ihm im Allgemeinen ziemlich gut, doch entleerte er mehrfach phosphatische Harnsedimente bei alkalischem Urin. Anscheinend gesund kehrte er aus Egypten in seine Heimath zurück. Hier erkrankte er vor 7 Wochen von neuem mit hohem abendlichem Fieber bis 40,5 und Schüttelfrösten; vor ca. 14 Tagen bekam er sehr heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend, die von einem anderthalbstündigen Schüttelfrost eingeleitet wurden. Bald darauf bemerkte er eine Schwellung in der rechten Seite, während der Eitergehalt des Urins abnahm. Da der behandelnde Arzt eine langsame Vergrösserung des Tumors, den er für einen perinephritischen Abscess ansah, constatiren konnte, so schickte er ihn behufs operativer Behandlung nach Berlin.

Untersuchung am 1. September. Blasser, magerer, zierlich gebauter Mann, etwas unter Mittelgrösse. Lunge und Herz gesund. Der frisch gelassene Urin ist von dunkler Farbe und saurer Reaction mit leichter, wolkiger Trübung; Eiweiss ist nur in Spuren vorhanden. Mikroskopisch enthält er eine geringe Anzahl von Eiterkörperchen, vereinzelte Nierenepithelien und Epithelien der Harnwege. Fibrinylinder wurden nicht mit Sicherheit gesehen. Hat der Urin aber wenige Stunden gestanden, so reagirt er alkalisch, stinkt und lässt ein gelblich-weisses, schleimiges, fadenziehendes Sediment fallen. Mikroskopisch zeigt dasselbe zahlreiche Mikroben, reichliche Krystalle von Tripelphosphat, etwas harnsaures Ammoniak, vereinzelte weisse Blutkörperchen und ganz selten Epithelien, letztere beide gequollen und im Zerfall begriffen. — Die Leberdämpfung ist etwas verschmälert, unterhalb derselben ein mehr als kindskopfgrosser Tumor, der bei der Palpation ziemlich empfindlich ist, bei bimanueller Untersuchung dunkle Fluctuation zeigt und sich bis in die rechte Lumbargegend verfolgen lässt. Die Punction von hintenher liefert dicken Eiter, der ausser Leukocyten keine Formbestandtheile enthält. In der Blase nichts Abnormes zu finden. Die Diagnose lautete demnach auf eiterhaltige Sackniere.

3. September. Nephrotomie mit Flankenschnitt. Aus dem eröffneten Nierenbecken entleert sich ca. 1 l dicken Eiters, aus welchem Gasblasen aufsteigen, untermischt mit zahlreichen, bis pfaumengrossen Klumpen, den speckhäftigen Gerinnseln im Herzen ähnlich, welche sich mikroskopisch als Fibringerinnsel und fest miteinander verbackene Eiterkörperchen erwiesen. Die Schleimhaut des Nierenbeckens fühlte sich glatt und gesund an; im hintern Wundwinkel erschienen Partien noch erhaltener Nierensubstanz. Im Eingang des Harnleiters lag ein wallnussgrosser Stein, der mit der Kornzange ausgezogen wurde. In den Harnleiter liess sich ca. 10 cm weit eine Sonde einschieben, ohne dass weitere Steine zu entdecken gewesen wären. Annäherung der Sackwand an die Haut, Drainage, Verband mit Thymolmull und Mooskissen.

Der ausgezogene Stein war grauweiss von Farbe, weich und bröckelig. Er bestand aus kohlen-saurem Kalk, Tripelphosphat und Cystin.

Die Wirkung der Operation war zauberhaft. Das Fieber verschwand sofort, doch wurde der bis dahin klare Urin nunmehr sehr trübe und alkalisch. Die Wunde blieb ganz reactionslos. Am 5. September war der Urin vorübergehend sauer und fast klar; sonst blieb er undurchsichtig, enthielt mässige Eiweissmengen und ein reichliches Sediment aus Tripelphosphatkrystallen und glänzenden, amorphen Körnchen, welche aus phosphorsaurem und kohlen-saurem Kalk und Magnesia bestanden. Vom 7.—10. September klagt Pat. über dauernde, namentlich bei Bewegungen heftige Blasen-schmerzen. Ausspülungen der Blase mit Salicylsäure, innerlich Vichy-Wasser. Der Urin fliesst schon nach 8 Tagen zum grössten Theil in die Blase, Verband wenig durchnässt. Vom 10. September an wird der Blasenurin schwach sauer und allmählich ganz klar; beim Stehen aber wird er immer noch sehr schnell alkalisch.

Von nun an trat unter mächtiger Belebung des Appetits schnelle Reconvalescenz ein. Am 14. September verliess Pat. das Bett. Da aber die Erscheinung fort dauerte, dass der erstentleerte Urin sauer, die nächste Portion alkalisch war, so wurde innerlich Salzsäure verabreicht. Am 22. September wurde das Drain fortgelassen. Sofort war Abends der Urin wieder sehr trübe, Morgens aber ganz klar. Die Fistel schloss sich sehr schnell, so dass Pat. am 3. October mit völlig vernarbter Wunde entlassen werden konnte. Er hatte bei enormem Appetit ausserordentlich an Körperkräften und Umfang gewonnen, wird aber Vorsichtshalber den Winter noch in Egypten zubringen.

Fall 13.

Linksseitige Sackniere. Nephrotomie. Heilung; dann Recidiv. Frau v. B., 42 Jahre, Rittergutsbesitzersfrau aus Pommern, wurde am 23. November 1887 von Herrn Dr. W. Körte meiner Privatklinik zugewiesen. Patientin machte im Jahre 1866 nach ihrer ersten Entbindung eine schwere Unterleibsentzündung durch, zu welcher sich ein Blasenkatarrh hinzugesellte; sie genas erst nach langem Krankenlager. 1873 treten linksseitige Nierenkoliken auf mit blutigem Urin und gelegentlichem Abgange kleiner Steine. Eine Carlsbader Cur beseitigte dieselben nicht, wohl aber blieben die Koliken nach einer Cur in Kissingen im Jahre 1880 aus. Seit dem Sommer 1886 hat Patientin fortgesetzt Schmerzen in der linken Seite des Kreuzes, welche sich von Zeit zu Zeit verschlimmern. Der Urin hat eine trübe, eiterartige Beschaffenheit angenommen, ist übelriechend. Patientin ist elend und matt geworden.

Die am 11. Februar 1887 von Herrn Dr. Körte vorgenommene Untersuchung ergab eine leichte Vergrösserung der Leber, rechts sehr bewegliche,

druckempfindliche Wanderniere. Linke Niere vergrössert, ebenfalls empfindlich; vor derselben verläuft das Colon descendens. Wird die Blase entleert und dann ein Druck auf den Nierentumor ausgeübt, so wird dicker, trüber, stark eiterhaltiger Urin entleert. Reaction sauer, geringer Eiweissgehalt. Mikroskopisch finden sich in derselben zahlreiche Eiterkörper, Schleimfäden und Epithelien. — Die Darreichung von Biliner Wasser und Nat. benzoicum rief keine wesentliche Aenderung hervor; wohl aber brachte eine Cur in Wildungen während der Monate Juni und Juli Besserung. Im September dagegen verschlimmerte sich der Zustand von neuem nach mehrfachen körperlichen Anstrengungen; unter quälenden Schmerzen nahm der Urin einen fauligen Geruch an und wurde wieder stark eiterhaltig. Im November erfolgte deshalb die Aufnahme in meine Privatklinik.

23. November 1887. Die Untersuchung in der Narkose ergibt eine deutliche Vergrösserung der linken Niere und undeutliche Fluctuation vom Rücken her. Nach Entleerung und Ausspülung der Blase tropft bei Druck auf die linke Niere dicker Eiter aus dem Katheter; bei Druck auf die rechte Niere bleibt der Urin klar. Eine Probepunction in der linken Lumbalgegend ergibt gleichfalls dicken Eiter. Eine Untersuchung auf Tuberkelbacillen fällt negativ aus.

16. December 1887. Operation. Die Niere wird in gewöhnlicher Weise von hinten her freigelegt und eingeschnitten. Entleerung einer erheblichen Eitermenge; ein Stein wird nicht gefunden. Befestigung der Schnittränder des Nierenbeckens an die äussere Haut. Drainage, Verband. — Völlig reactionsloser Verlauf. Die auf natürlichem Wege abgehende Urinmenge sank in den nächsten Tagen sehr erheblich, auf 500, einmal selbst auf 400 ccm in 24 Stunden, um sich vom 26. December an dann langsam zu heben und gegen Mitte Januar der Norm nahezukommen. Zugleich nahm der Urinausfluss aus der Wunde immer mehr ab und versiegte endlich ganz, so dass am 13. Januar 1888 das Drain entfernt werden konnte. Die Wunde verheilte schnell. Allein der weitere Verlauf war nicht befriedigend. Der Urin wurde wieder stark eiterhaltig, es stellten sich Schmerzen ein, so dass Herr Dr. Körte sich bald genöthigt sah, die Wunde wieder zu eröffnen. Trotzdem gelang es nicht, die Eiterabsonderung, auch durch die Wunde, zu beseitigen. Am 15. März wurde daher die Narbe noch einmal breit eröffnet und einige Recessus im Nierenbecken theils stumpf, theils durch das gekrüpfte Messer mit der grossen Höhle vereinigt. Patientin bekam in Folge des Eingriffes eine linksseitige Pleuritis, welche gegenwärtig (Ende April) ziemlich abgelaufen ist; die Wunde aber ist, bis auf eine durch ein dünnes Drain offen gehaltene Fistel, inzwischen geheilt. Die Heilung dieser Fistel wird absichtlich verzögert, weil der Urin noch immer geringe Trübung aufweist.