

6 wöchentlichem Aufenthalt schien den besten Erfolg zu haben, da Frau P. während des ganzen Jahres gesund, und der Urin eiweissfrei blieb. Auch das zweite Wochenbett im Mai 1885 verlief normal; indessen zeigten sich am 4. August desselben Jahres Zeichen eines Blasenkatarrhs, und am 13. wurde eine reichliche Eiweissausscheidung festgestellt. Patientin fieberte vom 14. bis zum 20. August sehr heftig unter Ausscheidung wechselnder Eiweissmengen; die Abendtemperaturen stiegen bis 40,5, wurden aber erfolgreich mit Antipyrin bekämpft. Sie blieb dessenungeachtet dauernd ohne Appetit, magerte ab und hatte häufig Schmerzen bei der Urinentleerung, sowie in der linken Nierengegend. Gegen Ende September steigerte sich das Fieber sehr, und der Zustand wurde besorgniserregend. Herr Sanitätsrath Dr. Steinbrück, dem ich vorstehende Angaben verdanke, zog deshalb Professor Senator zu, welcher eine Pyelitis diagnosticirte und am 8. October mittelst einer Pravaz'schen Spritze am schmerzhaftesten Punkte, in der Nähe der 11. Rippe, eine Probepunction machte, durch welche überliechender Eiter entleert wurde. Am 9. October 1885 wurde ich von beiden Herren behufs Ausführung der Operation hinzugezogen. Ich fand eine gut gebaute, aber magere und elende Frau, mit Fieber und erheblicher Schmerzhaftigkeit der linken Nierengegend. Eine genaue Untersuchung war bei der grossen Empfindlichkeit der Patientin nicht zu machen. In der Narkose liess sich indessen feststellen, dass eine, wenn auch nicht auffallend grosse Geschwulst die Nierengegend ausfüllte; eine Probepunction ergab wiederum Eiter. Es wurde daher von der Lumbalgegend aus eingeschnitten und die nun deutlich fluctuirende Niere eröffnet. Nachdem der das Nierenbecken erfüllende Eiter abgeflossen war, fühlte der Finger einen kaum erbsengrossen Stein im Uebergange zum Harnleiter, welcher leicht ausgezogen werden konnte. Behandlung der Wunde wie gewöhnlich. Sofort fiel die Temperatur auf die Norm und blieb so während des ganzen Heilungsverlaufes; dagegen waren in den ersten 14 Tagen noch heftige Schmerzen bei der Urinentleerung vorhanden und wurde bei der Filtration des Urins häufig Gries gefunden. Das Drainrohr wurde 7 1/2 Wochen nach der Operation, am 24. November, entfernt, Anfangs December war die Fistel vollständig geschlossen. Patientin ist seitdem aufgeblüht und erfreut sich bis jetzt vollkommener Gesundheit.

Fall 6.

Rechtsseitige Sackniere. Nephrotomie. Heilung. Dr. M. S., Professor, 44 Jahre alt, war früher stets gesund bis auf eine Perityphlitis, welche er im 11. Lebensjahre überstand, und in Folge deren er wiederholt an Kothstauungen gelitten hat. Als junger Mensch litt er kurze Zeit an Gonorrhoe. Ende Januar 1887 stellte sich häufiger, schmerzhafter Harn- drang ein, dessentwegen sich Patient Anfangs Februar einen Nelaton'schen Katheter einführte. Die Erscheinungen wurden danach heftiger, es entwickelte sich hohes Fieber mit wiederholten Frösten. Der am 5. Februar hinzugerufene Arzt, Herr Dr. Seidel, fand eine Temperatur von 40° C, hochgradige Schmerzhaftigkeit der rechten Nierengegend, trüben, blutig-eitrig, eiweisshaltigen Urin. Am nächsten Tage schon war in der rechten Nierengegend eine deutliche Dämpfung vorhanden, welche weiterhin nachweislich zunahm. Der Eiweissgehalt des filtrirten Urins stieg enorm, so dass mehr als die Hälfte des letzteren beim Kochen gerann; das Blut war indessen aus dem Urin verschwunden, im mikroskopischen Bilde zeigten sich nur zahlreiche Eiterkörperchen und einige Plattenepithelien; die Reaction blieb stets sauer. Am 9. Februar wurde Professor Senator zugezogen, welcher gleichfalls einen sehr erheblichen rechtsseitigen Nierentumor nachwies, der sich indessen in den nächsten Tagen nicht unwesentlich verkleinerte unter dem Gebrauch diuretischer Mittel (Natron benzoicum, Wildunger Wasser, Naphthalin). Da trotzdem die Fieberbewegungen fort- dauerten, dieselben sich sogar steigerten, und die Kräfte sanken, so wurde ich am 24. Februar zugezogen. Damals war der Tumor so klein geworden, dass ich ihn nicht deutlich nachzuweisen vermochte, wuchs aber in den nächsten Tagen wieder so, dass ich am 27. Februar eine Probepunction vornehmen konnte, welche eine urinös-eitrig-Flüssigkeit lieferte. Als dann weiterhin eine 13stündige Anurie eintrat und 14 Tage lang fast sämtliche Nahrung erbrochen wurde, entschloss ich mich zur Operation, obwohl am 3. März früh die Urinausscheidung wieder in Gang gekommen war.

3. März. Nephrotomie durch Lumbalschnitt. 4 Uhr Nachm. Temp. 39,5, Puls gut, aber schnell. Etwas Somnolenz. Die Niere wurde leicht freigelegt und eröffnet; es entleerten sich mindestens 1 1/2 L. eines stark getrüben eiterhaltigen Urins. Katheterismus des Harnleiters gelingt nicht. Annäherung des Sackes an die Haut, Ausspülung, Drainage mit Thymolmull. Abends war die Temperatur auf die Norm gesunken. Am 5. März bereits secernirte die Wunde nur wenig. Am 6. März wurden auf natürlichem Wege über 2 L. fast klaren Urins entleert. Am 10. März war der Urin ganz klar, enthielt nur noch Spuren von Eiweiss. Patient hatte vortrefflichen Appetit und erholte sich so schnell, dass er bereits am 20. März fast den ganzen Tag ausser Bett sein konnte. Der Verband musste noch täglich gewechselt werden. Am 22. März konnte Patient seine erste Ausfahrt machen. Vom 7. April an floss nichts mehr durch die Wunde, dafür wurde aber der Urin wieder stark eiterhaltig. Am 6. Mai war die Wunde vernarbt, die Pyurie aber dauerte ungeachtet aller angewandten Mittel fort, verlor sich auch nach einer Milcheur auf dem Lande nicht vollständig. Nach mancherlei Verschlimmerungen trat erst im November wieder fast vollkommen klarer Urin auf. Patient sieht sehr wohl aus und hat mehr, als seine frühere Körperfülle wiedergewonnen. Während er früher 153—158 Pfd. wog, kam er im August 1887 auf 175 Pfd. und wiegt jetzt (in Kleidern) 190 Pfd. Der Urin ist (December 1887) nahezu klar mit einer schleierartigen Trübung, welche sich sehr langsam senkt und ein Sediment bildet. Dasselbe besteht vorzugsweise aus stäbchenförmigen Bakterien, einzeln und in Klumpen, vereinzelt Eiterkörperchen und wenigen aufgequollenen plattenförmigen Epithelien. Harn sauer, spec. Gewicht 1020. Zuweilen ist der Urin vollkommen klar.

Fall 7.

Linksseitige Sackniere. Nephrolithotomie. Heilung. Reese, Franz, 29 Jahr, wurde am 7. März 1887 in's Augusta-Hospital aufgenommen.

VI. Ueber die Sackniere (Cystonephrosis).

Von Prof. Dr. E. Küster.

(Fortsetzung aus No. 20.)

Fall 5.

Linksseitige Sackniere. Nephrolithotomie. Heilung. Frau Agnes P., Kaufmannsfrau aus Berlin, überstand im Alter von 22 Jahren im Februar 1882 das erste Wochenbett ohne Störungen. Am 13. August 1883 erkrankte sie plötzlich ohne vorausgegangene Symptome an einer Nierenkolik; die Schmerzen verschwanden aber auf eine subcutane Morphium-injection in gleicher Weise, wie die an jenem Tage reichliche Eiweissausscheidung. Eine bald darauf nach Wildungen unternommene Reise mit

Der sonst stets gesunde Mann stürzte vor 13 Jahren von einer Leiter, hatte in Folge dessen Blutspeien, Schmerzen im Rücken und wurde 8 Tage später bewusstlos. Darauf stellten sich Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte ein, woselbst nach 6 Wochen ein Abscess incidirt wurde. Patient kränkelte seitdem, litt an Husten und Auswurf. Im Jahre 1886 zog sich Patient eine Gonorrhoe zu und bekam nach derselben im September 1886 Schmerzen in der linken Nierengegend, welche seither angedauert haben; der Urin war stets trübe. Im Januar 1887 entwickelte sich starker Lungenkatarrh, nach dessen Beseitigung wieder stärkere Nierenschmerzen sich zeigten.

Der Patient war ein zart gebauter, elender Mann. In der linken Lungenspitze Rasselgeräusche. In der linken Nierengegend fand sich ein mehr als mannsfaustgrosser, platter, fluctuirender Tumor, dessen Punction Eiter ergab.

8. März. Nephrotomie durch Flankenschnitt. Bei der Incision des Nierenbeckens entleert sich fast reiner Eiter. Der eingeführte Finger entdeckt einen flachen, zehnpfennigstückgrossen, rauhen Stein in einem der Kelche, welcher leicht entfernt wird. Nierensubstanz bis auf eine schmale Zone geschwunden. Annäherung des Sackes an die Haut, Drainage, Verband. Es trat nach einigen Tagen Eiterverhaltung ein, welche zur Einführung eines zweiten Drains nöthigte. Seitdem glatter Verlauf. Am 29. März verlässt Patient das Bett. Die Secretion aus der Wunde ist noch reichlich, der Urin völlig klar, enthält etwas Eiweiss.

30. April. Noch immer findet Secretion aus einer Fistel statt, der Urin aber ist vollkommen klar. Patient ist viel stärker geworden, sieht gut aus. In der Lunge finden sich noch Rasselgeräusche. Patient wird auf dringenden Wunsch zur Poliklinik entlassen, wurde im September noch einmal aufgenommen, da die Fistel sich noch nicht geschlossen hatte. Dies geschah erst in Folge energischer Cauterisation mit dem Thermocauter im October d. J.

Fall 8.

Doppelseitige Sackniere, linke Steinniere. Nephrolithotomia sin. Tod an Urämie. Frau Ida S., 28 Jahr, Bankiersfrau aus Gotha, wurde mir am 27. März 1887 von Herrn Dr. Max Hofmeier mit der Diagnose einer doppelseitigen Hydronephrose bei Steinniere linkerseits zugewiesen und in meine Privatklinik aufgenommen. Patientin hat mit 18 Jahren Abdominaltyphus, der mit starker Darmblutung verbunden war, überstanden. Die Periode trat regelmässig alle 26 Tage ein, die ersten 2 Tage sehr stark, mit geringen Kreuzschmerzen verbunden. Pat. hat ein Kind gehabt, ist nie unterleibskrank gewesen. Seit 5 Jahren empfand sie hier und da dumpfe Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, sowie, wenn auch selten, rheumatische Schmerzen in der linken Lendengegend, welche von da nach vorn ausstrahlten. Seit 2½ Jahren bemerkt Pat. eine Trübung des Urins; im August v. J. trat in Wildungen ein heftiger, 5 Tage dauernder Schmerz anfall in der linken Unterbauchgegend auf. Seitdem war die Trübung des Urins viel stärker, es fanden sich Fetzen in demselben und leicht blutige Streifen, während stärkere Blutung nie vorhanden war.

Der frisch gelassene Urin ist trübe, es schwimmen in ihm grössere und kleinere Fetzen; filtrirt lässt er beim Kochen eine deutliche, wenn auch durchsichtige weisse Trübung erkennen, die auf Salpetersäurezusatz nicht verschwindet. Kein Zucker. Mikroskopisch enthält er neben zahlreichen weissen Blutkörperchen eine ziemliche Menge grosser, unregelmässig geformter, durchsichtiger Plattenepithelien, zum Theil mit einem langen Fortsatz versehen. Keine Harnocylinde. Die oben erwähnten Fetzen bestehen aus Schleim, weissen Blutkörperchen und Epithelien.

28. März. Untersuchung in der Narkose. Die Vaginaluntersuchung ergibt eine Retroflexio uteri mit Lateroflexion nach rechts. Uterus leicht aufzurichten. Linkes Ovarium normal, rechtes nicht zu fühlen.

Die rechte Niere, an normaler Stelle liegend, ist etwas vergrössert und zeigt dunkle Fluctuation; indessen fällt eine Probepunction von der Lumbalgegend her negativ aus. Die linke Nierengegend wird eingenommen von einem deutlich fluctuirenden Tumor etwa von der Grösse dreier Fäuste, welcher bis etwas unterhalb der Spina ant. sup. nach abwärts reicht und über welchem nach vorn hin überall Darmton zu hören ist. Bei bimanueller Betastung fühlt man hinten deutlich ein Crepitiren, wie wenn sandige Steine aneinander verschoben würden. Die an dieser Stelle eingesenkte Hohladel stösst sofort auf harte, sandige Steine, welche fast das ganze Nierenbecken auszufüllen scheinen; es werden einige kcm einer weisslichen, dünnen, stark schleimigen Flüssigkeit ausgesogen, welche unter dem Mikroskop neben Schleim vereinzelte Körnchen und stark verfettete, grosse und platte Epithelien erkennen lässt.

29. März. Nephrolithotomie durch Flankenschnitt. Nach Eröffnung des Nierenbeckens ergiesst sich eine grosse Menge trüben Urins. Der Finger fühlt sofort einen grossen, weichen, sehr zerbrechlichen Stein im Nierenbecken, der mit Finger und Kornzange in Stücken entfernt wird, wobei es sich als nöthig erweist, den Zugang zu einzelnen Nierenkelchen, in welchen Steinreste lagern, durch Erweiterungen mit dem geknöpften Messer zu erzwingen; dennoch bleibt eine Menge von Steintrümmern übrig, welche mit dem grossen Simon'schen scharfen Löffel unter sanfter Führung desselben ausgelöffelt werden. Zum Schluss wird die Niere ausgespült. Von der Substanz des Organs war nur eine wenige Millimeter dicke Schicht übrig geblieben, welche in gewohnter Weise an die Ränder des Hautschnittes genäht wird.

Patientin ist nach der Operation wenig angegriffen, hat Abends eine Temp. von 37,8, ist aber etwas somnolent, was 7 Stunden nach der Operation auffällig erscheint.

30. März früh 39,8, Somnolenz dauert fort, es ist nur eine ganz geringe Menge blutigen Urins entleert. Verbandwechsel. Wunde ganz reizlos, wird noch einmal mit Sublimat ausgespült. Abends 39,0, Sopor, sehr geringe Urinentleerung.

31. März. Ueber Nacht etwas mehr Urin entleert, Temp. 38,6, Bewusstsein klarer. Verbandwechsel. Abends 39,5, fast comatös, Urinmenge wiederum sehr gering. Strabismus divergens.

1. April. Patientin ist den ganzen Tag über soporös und stirbt im Sopor am 2. April früh. Die Section wurde leider nicht gestattet.

Der Stein, welcher in Bruchstücken gewonnen wurde, zeigt einen deutlich krystallinen, harten, grauweissen Kern und eine dünne, amorphe, gelblich weisse Rinde. Beide Abschnitte setzten sich zusammen aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk, sowie aus Tripelphosphaten.

Der vorstehende Fall bietet nach manchen Seiten hin besonderes Interesse. Zunächst liefert er den Beweis, dass Steine im Nierenbecken unter Umständen direkt gefühlt und durch Einstossen einer Nadel von der Haut her mit voller Sicherheit nachgewiesen werden können. Dann aber ist die Todesursache von grosser Wichtigkeit. Ungeachtet der fehlenden Section ist es wohl kaum zweifelhaft, dass als Todesursache Urämie zu betrachten ist. Woher kommt dieselbe? Es war vorher diagnosticirt worden, dass die rechte Niere nicht gesund sei; da aber vorher noch niemals Andeutungen ähnlicher Zustände stattgefunden hatten, so müssen nothwendiger Weise durch die Operation Verhältnisse geschaffen sein, welche die Urinabsonderung einschränkten und hinderten. Man spricht nun freilich von reflektorischer oder sympathischer Einwirkung einer Niere auf die andere; allein es wäre sehr auffallend, wenn diese Einwirkung so selten stattfände, wie die Krankengeschichten lehren, und wenn dieselbe nach einfacher Nephrotomie, freilich verbunden mit allerlei Manipulationen im Nierenbecken, einträte, während man übrigens mit dem besten Erfolge beide Nieren eröffnet hat (Lange, New-York). Da liegt es denn viel näher, an ein anderes Verhältniss zu denken, nämlich an die neuerdings nachgewiesene ungünstige Einwirkung des Sublimats auf das Nierenepithel, durch welches dasselbe verkalkt (Senger.) Sind beide Nieren so geschädigt, wie es hier der Fall war, so bedarf es offenbar nur des Verlustes der Epithelauskleidung in wahrscheinlich geringem Umfange, um die Urämie zum Ausbruch zu bringen. Ich weiss, dass ich damit nur eine Hypothese ausspreche, allein eine Hypothese, welche mir begründet genug erscheint, um zur grössten Vorsicht in der Anwendung des Sublimats bei Nierenoperationen, falls man der Gesundheit der anderen Niere nicht vollkommen sicher ist, aufzufordern.

(Schluss folgt.)