



ZUR
CASUISTIK DER NEPHREKTOMIE.

EIN FALL
VON
RECHTSSEITIGER NEPHREKTOMIE
BEI
DOPPELSEITIGER CYSTENNIERE
MIT GLÜCKLICHEM AUSGANGE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,
WELCHE
NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM DONNERSTAG, DEN 17. MÄRZ 1887,
MITTAGS 12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

WALTER ARENDT

AUS DANZIG.

OPPONENTEN:

DR. ACCIARI CAND. MED. WEINERT.

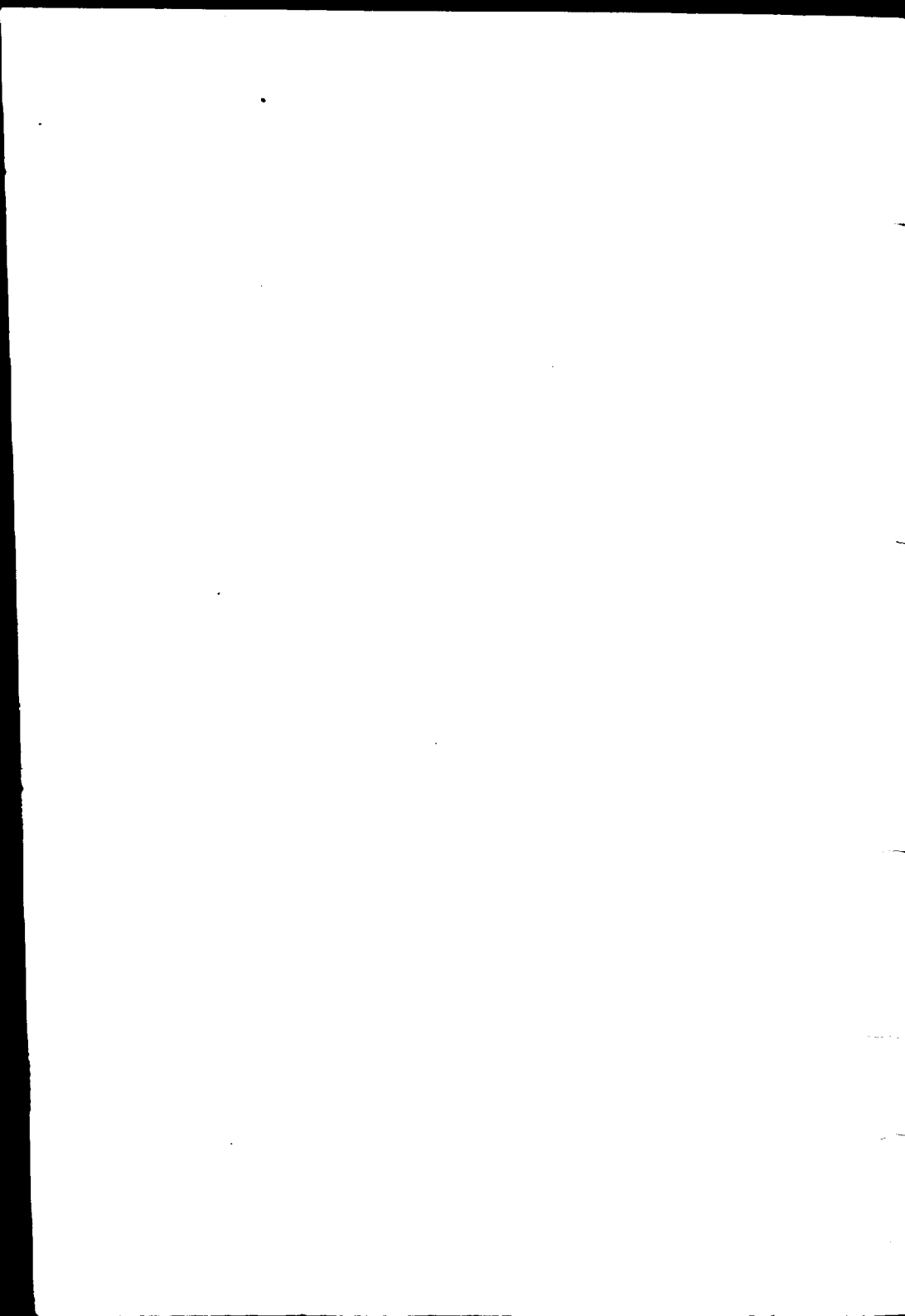
DR. THÜMMEL.

DR. FLICHTER, PRACT. ARZT.

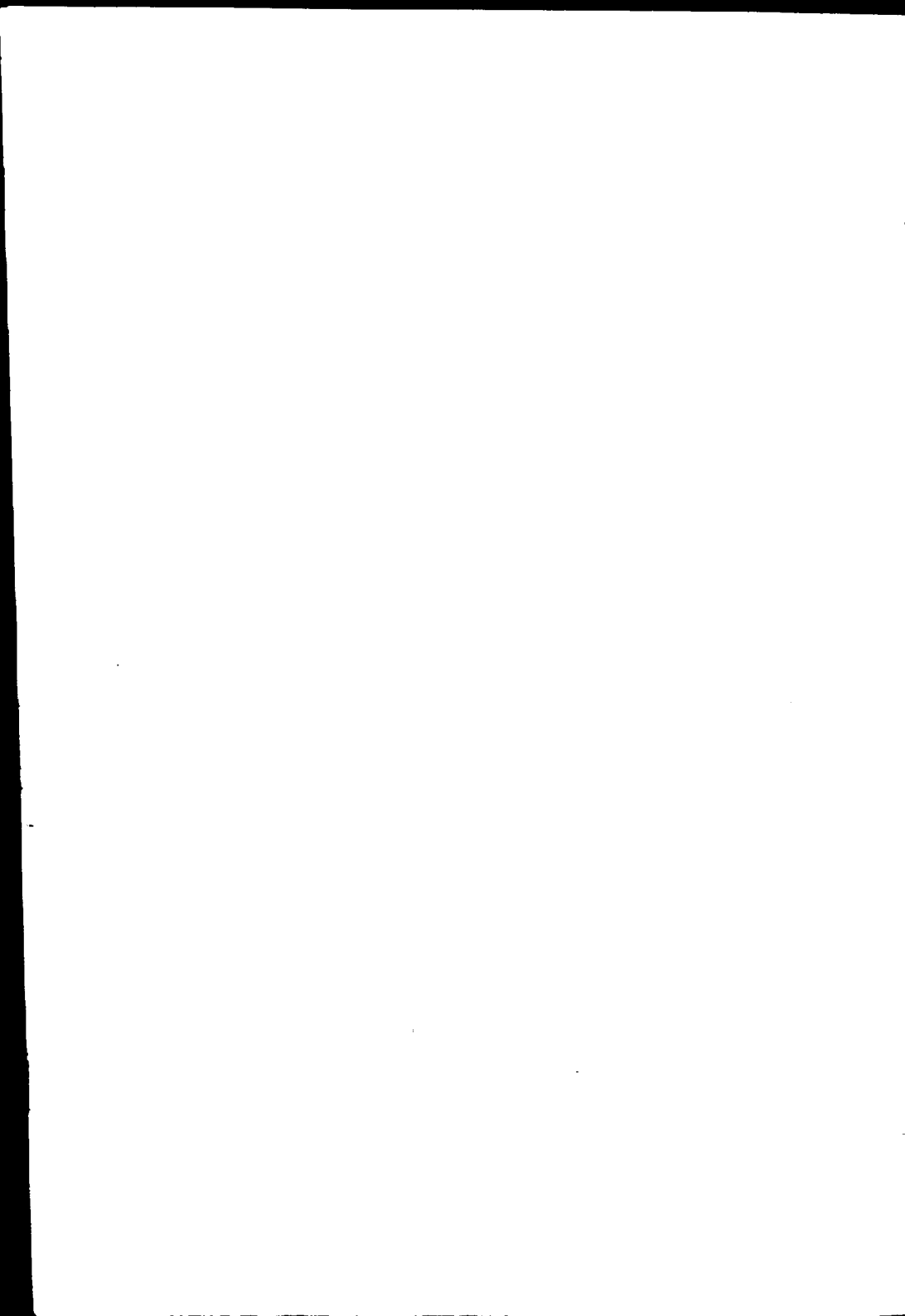
GREIFSWALD.
DRUCK VON CARL SELL.

1887.





MEINEN TEUREN ELTERN.



Die Nephrektomie, die Exstirpation einer Niere, ist wohl mit Recht zu den bedeutendsten und erfolgreichsten Unternehmen der modernen Chirurgie zu rechnen, zumal da durch sie ein bis dahin wenig berücksichtigtes und doch so erfolversprechendes Gebiet betreten wurde.

Und wie Deutschlands Aerzte auf so manchem Gebiete bahnbrechend vorgingen, gestützt auf streng wissenschaftliche Untersuchungen und Erfahrungen, so war es auch hier ein Deutscher, der zuerst die früher für unmöglich gehaltene Operation wagte und glücklich ausführte.

Andre Operationen an den Nieren waren schon seit langer Zeit bekannt, so jener Fall von Marchetti vom Jahre 1696, den man lange für eine Nephrektomie angesehen hatte, während jetzt endgiltig nachgewiesen ist, dass es sich damals um die Extraction eines Nierensteines mittelst des Lumbalschnittes gehandelt habe.

Simon in Heidelberg war es, welcher am 2. August 1869 die erste Nephrektomie wegen einer Harnleiter-Bauchfistel unternahm. Erst nach vielen und sorgfältig vorgenommenen Versuchen bei Hunden

vor der anderen, erklärte jedoch, dass er die extra-peritoneale Operation für die weniger eingreifende halte, während bei beweglichen Tumoren der Laparotomie der Vorzug zu geben sei. Später stellte er auf dem internationalen Chirurgencongress in London folgende Indicationen für die Nephrektomie auf:

„Die Exstirpation einer Niere ist bei Verletzungen, Wanderniere, Pyonephrose, Nierensteinen, Cysten und Hydronephrosen, Tumoren und Uraterenfisteln zulässig, sobald die Existenz des Individuums gefährdet ist, und andre Behandlungsmethoden im Stiche lassen, vorausgesetzt, dass die andre Niere gesund ist.“

Aber nicht alle Autoren teilen diese Ansicht, und besonders in Bezug auf die Wanderniere und die Hydronephrose gehen die Meinungen auseinander, da bei ersterer die Erfolge nicht so erfreulich waren, wie bei den aus anderen Indicationen unternommenen Exstirpationen — besonders Ollier sprach sich 1883 durchaus gegen die Nephrektomie bei Wanderniere aus —, während bei der Hydronephrose die Anlegung einer Fistel viele Anhänger gefunden hatte, welch' letztere Methode zwar weniger Gefahr aber auch nicht einen vollen Erfolg hat.

Auch über die Methoden der Nephrektomie herrschten Meinungsverschiedenheiten, und mit Recht schien sich die Mehrzahl der Chirurgen mehr dem Lumbalschnitte zuzuwenden, führte doch v. Bergmann an, dass von 24 durch Laparotomie ausge-

fürten Nierenexstirpationen nicht weniger als 20 einen unglücklichen Ausgang im Gefolge gehabt hätten. Jedenfalls blieb es aber ein allgemein gültiger Satz, dass bei grossen, einen bedeutenden Teil der Bauchhöhle einnehmenden Tumoren, die bis an die Bauchdecken sich erstrecken, die Laparotomie am Platze wäre, was schon Simon 1876 anführte.

Eine weitere Indication für letztere Art des Eingehens wurde darin gefunden, dass man durch sie leichter in den Stand gesetzt würde, sich über den Zustand der anderen Niere zu orientiren, deren normales Verhalten eine Grundbedingung für die Vornahme der anderseitigen Exstirpation sein muss.

Hier sei gleich erwähnt, dass gerade wegen Nicht-Berücksichtigung dieses Punktes so manche sonst nicht zu rechtfertigende Nephrektomie unternommen wurde, wie de Jong 1885 in seiner Heidelberger Inaugural-Dissertation nachwies, nach welcher nicht weniger als 13,5% der Todesfälle durch Erkrankung oder Mangel der zweiten Niere herbeigeführt wurden.

Die erste Statistik veröffentlichte 1881 L a n n o i s , nachdem er die erste Nephrektomie in Frankreich unternommen hatte. Ihm waren 39 Fälle bekannt. Die Laparotomie, 14 mal ausgeführt, hatte 8 Todesfälle im Gefolge, der Lumbalschnitt, 16 mal angewandt, nur 5. Ueber die fehlenden 9 berichtet er nichts weiteres.

Dann folgte H a r r i s , der im Jahre 1882 aus der Literatur schon 102 Fälle von Nephrektomie

zusammengestellt hatte, von denen nur 3 in Frankreich unternommen waren. Von den Operirten waren 46 gestorben, 50 geheilt, 6 befanden sich noch in Behandlung.

- 73 Operationen waren wegen Neoplasmen ausgeführt,
- 7 wegen grosser Cysten,
- 12 wegen Hydronephrose,
- 16 wegen Wanderniere,
- 7 bei bestehenden Uraterenfisteln,
- 15 bei Pyonephrose und Pyelitis,
- 4 bei Tuberculose und
- 5 nach Traumen.

Von 46 durch Laparotomie bewerkstelligten Nephrektomien hatten 23 einen glücklichen Ausgang, von 50 durch Lendenschnitt 27, während 6, wie erwähnt, noch in Behandlung waren. Jedenfalls scheint hiernach der Unterschied im Erfolge zwischen den beiden Methoden nicht allzugross.

Auch Harris sprach sich dafür aus, dass bei grossen Tumoren entschieden der Bauchschnitt den Vorzug verdiene.

Unter den Todesursachen waren — wohl der noch nicht überall völlig ausgebildeten Antisepsis entsprechend — 12 mal Peritonitis vertreten, einmal Septikämie, 6 mal Urämie, 2 mal Lungenembolie, 11 mal Shock, 2 mal Erschöpfung, 2 mal unstillbares Erbrechen, 1 mal Blutung, während 3 Fälle unbestimmt geblieben waren.

1883 machte Bolz in Dorpat im Auftrage v. Bergmann's eine Zusammenstellung, die sich auf 121 Nephrektomien erstreckte, von denen 60 den Tod herbeigeführt hatten, während bei 4 das Resultat unbekannt geblieben war. Die Zusammenstellung ergibt, das unternommen waren:

- 6 wegen Incontinentia urinae (Ureterbauchfistel etc) wovon 2 mit lethalem Ausgange,
- 13 wegen Wanderniere (5),
- 5 wegen Traumen (2),
- 29 wegen Neoplasmen (18),
- 40 wegen Pyonephrose (17),
- 17 wegen Hydronephrose (8), zu welchen eine Cystenniere gerechnet war.

Unter den Todesursachen sind 14 mal Wundkrankheiten erwähnt, 14 mal Shock und Collaps, je 4 mal Blutung und Erkrankung der andern Niere, ausserdem hatten Inanition, Tetanus, Erbrechen, Tuberculose, Pulmonalembolie, Lungenödem und Metastasen den glücklichen Ausgang vereitelt.

Von 62 Lumbalschnitten folgte auf 60 Heilung, von 54 Laparotomien auf 26.

de Jong zählt 1885 schon 197 Fälle auf, (von denen Czerny allein 20 operirt hatte), eine bedeutende Zunahme gegen die 130 Fälle, welche J. Homans im Jahre vorher anführte.

Ebenfalls 1885 berichtete S. W. Gross über 211 Nephrektomien, von denen 100 tödlichen Ausgang genommen hatten. Er wies nach, dass der

Lumbalschnitt um $11\frac{1}{2}\%$ erfolgreicher gewesen sei als der Bauchschnitt. Er modifizierte die Indicationen in folgender Weise:

Sarkom, gutartige Geschwülste, Tuberculose, Ruptur des Ureters, Nierenverletzungen, wenn Drainage nicht zum Ziele führe, Pyonephrose, Hydronephrose, Nierensteine, Nierenblutung, während ihm als Contraindicationen Nierensarkom bei kleinen Kindern, Krebs der Niere und vorgeschrittene Tuberculose galten.

Zur Bekräftigung letzterer Punkte führte Gross an, dass von den wegen Nierensarkom operirten Kindern 70% direct an der Operation zu Grunde gegangen seien, während sich bei den übrigen stets über kurz oder lang Recidive gezeigt hätten; ebenso seien von 12 wegen Nierenkrebs operirten Patienten 10 bald darauf, die andern beiden in nicht allzu langer Zeit verstorben.

Die Exstirpation der Niere bei Sarkom Erwachsener ergab unter 15 Fällen 9 mit tödlichem Ausgange, ähnlich gestaltet es sich bei Tuberculose (40% geheilt); bei Pyonephrose waren nach Nephrektomie 50% , nach Nephrotomie hingegen nur 28% zu Grunde gegangen.

Die neueste mir zugängliche Zusammenstellung rührt von le Dentu vom Jahre 1886 her. Sie umfasst 233 Fälle und giebt für den Lumbalschnitt bedeutend bessere Resultate als für die Laparotomie: $36,93\%$ Todesfälle gegen $58,83\%$.

Als Indicationen für den Bauchschnitt empfiehlt Le Dentu das Vorhandensein grosser Cysten, grosser Neubildungen sowie Wandernieren mit dünnem Stiel. Bei grösseren Adhäsionen jedoch schlägt er vor, die Operation überhaupt zu unterlassen. Auch er erkennt den Vorteil an, den die Laparotomie betreffs Untersuchung der andern Niere gewährt.

Es scheint aus allen diesen kurz angeführten Zusammenstellungen im Grossen und Ganzen hervorzugehen, dass die ursprüngliche Methode, der von Simon ausgeführte Lumbalschnitt, die empfehlenswertere und von besserem Erfolge begleitete sei. Aber nimmt man genaueren Einblick in die angeführten Statistiken, so zeigt sich einerseits, dass nicht von allen Fällen, welche summarisch genannt werden, die Operationsmethode bekannt war — fehlen doch allein von den 39 von Lannois erwähnten Fällen bei nicht weniger als 9 diese Angaben — andererseits aber ist die Annahme wohl erklärlich, dass die tödlichen Bauchfellentzündungen, die bei Harris 1882 ca. 25 % der Todesfälle verursachten, weniger auf die Operation selbst, als auf eine mangelhafte aseptische Wundbehandlung zurückzuführen sind. Und schliesslich, was wohl das Wichtigste, wurde das Resultat für die Laparotomie dadurch ungünstiger, dass es sich in den meisten Fällen um sehr grosse, wahrscheinlich mit den benachbarten Organen mehr oder weniger durch Adhäsionen verwachsene Tumoren handelte, wodurch diese Operation zu einer



derartig in den Gesamtorganismus eingreifenden wurde, wie sie der Lumbalschnitt nicht werden kann, weil nach wohl allgemeiner Anschauung die grossen Tumoren durch Laparotomie besser zu entfernen sind. Hierher sind dann wohl grösstenteils die in den Zusammenstellungen angeführten Fälle von Shock zu rechnen. Auch lässt sich zwar nicht leugnen, dass gerade bei der Laparotomie häufiger unglückliche Zufälle eingetreten sind, wie z. B. unstillbare Blutungen der Renalgefässe, Verletzungen der vena cava und des colon, aber sollten auch hier nicht eher die grossen, an kurzem Stiele in der Tiefe befestigten und so das ganze Operationsfeld verdeckenden Tumoren mehr Schuld tragen als die Methode selbst? Und ausserdem birgt auch der Lumbalschnitt seine Gefahren, was durch vorgekommene Verletzungen sowohl der genannten Gefässe, als auch das Colon und der Pleura nachgewiesen ist.

Hieraus ergibt sich schon, dass die Gefahren bei der Nephrektomie, mag die Methode sein, welche sie wolle, mannigfaltige sind. Besonders häufig ist eine unstillbare Blutung, wie sie gerade hierbei oft unerwartet aufgetreten ist, die Todesursache gewesen, wie die Brenner'schen Mitteilungen u. A. beweisen.

Neben dem Ergüsse des Inhaltes des colon ist zu mehreren Malen die Entleerung von Hydronephrosen noch innerhalb des Körpers vorgekommen, ebenso von Cystenmieren; so erzählt Archer auf

Barbadoes, dass er einen nicht genau diagnosticirbaren Tumor erst dann als Cystenniere erkannte, als derselbe, beim Versuche, ihn aus der Tiefe hervorzuziehen, zerriss. Ferner erwähnt R u p p r e c h t, dass bei einem kleinen Knaben während der Operation einer Hydronephrose plötzlich der Urin sich aus dem in der Inguinalfalte liegenden Penis in die Bauchhöhle entleert habe. Aber gerade diese letztgenannten Zufälle haben heute wohl keine grossen Gefahren im Gefolge, was auch schon daraus hervorgeht, dass sie in den meisten dahin einschlägigen Fällen gar keinen ungünstigen Einfluss ausgeübt haben.

Das selbst kleine Kinder den schweren operativen Eingriff gut überstehen können, zeigt der Fall von J e s s u p in Leeds: Trotz sehr starker Blutung erholte sich das erst $2\frac{1}{4}$ Jahr alte Kind vollkommen von der Operation und genas. —

Auf die Differentialdiagnose näher einzugehen, würde mich hier zu weit führen; ich will daher nur erwähnen, dass häufig Laparatomieen unternommen wurden, um vermeintliche Ovarialtumoren oder andere anscheinend nicht von den Nieren ausgehende Geschwülste zu entfernen, wobei sich dann nachher die Niere als das erkrankte Organ herausstellte. Viele Punkte sind angegeben worden, um die Differentialdiagnose zu erleichtern, aber es können doch manchmal Verhältnisse vorliegen, welche dieselben unmöglich machen, zumal, wo es sich um

grosse Tumoren handelt, welche die Zwergfellsbewegungen auf der betreffenden Körperseite auf ein Minimum einschränken und so diesen wertvollen Punkt ganz ausser Kraft setzen, andererseits an die Nachbarorgane so innig angelagert sein können, dass sie als von diesen ausgehend erscheinen.

Das gerade Cystennieren unter den angeführten Fällen in den einzelnen Zusammenstellungen in verhältnismässig geringer Anzahl vertreten sind, liegt wohl daran, dass erstens diese Erkrankung in manchen Fällen, besonders wo sie angeboren, beide Nieren befällt, womit dann die Contraindication zur Operation gegeben ist, andererseits daran, dass es relativ seltene Fälle sind, in denen Cystennieren eine solche Grösse erreichen, welche die Exstirpation nötig macht; so erwähnt ja auch H a r r i s in seiner Statistik, dass 7 Nephrektomien wegen grosser Cysten ausgeführt seien.

Es ist deshalb vielleicht nicht ungerechtfertigt, wenn ich näher auf einen Fall von rechtsseitiger Nephrektomie bei bestehender d o p p e l s e i t i g e r Cystenniere eingehe, der um so interessanter ist, weil er von glücklichem Erfolge begleitet war.

Krankengeschichte.

Anna S, geboren am 18. Mai 1863, hat sich, abgesehen von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten, stets einer guten Gesundheit, wie sie angiebt, erfreut, bis sie im Anfange des Jahres 1883 mit einer

Retinitis luetica congenita in die Diakonissen- und Krankenanstalt Bethanien zu Stettin aufgenommen werden musste, von wo sie nach 3 monatlicher Behandlung, nachdem sie eine Quecksilberschmierkur durchgemacht, als geheilt entlassen wurde.

Bald nach dieser Zeit, jedenfalls noch in demselben Jahre, stellten sich bei der Patientin Beschwerden ein, die sich zunächst noch auf eine allgemeine Mattigkeit und Appetitlosigkeit beschränkten. Dazu kam dann später eine bald mehr bald weniger stark auftretende Stuhlverstopfung, Unregelmässigkeiten im Eintreten der menses, sowie schliesslich das Gefühl des Druckes im Abdomen, und zwar letzteres ausschliesslich auf der rechten Seite; es bestand jedoch auch dieses Anfangs nicht dauernd.

Der hinzugezogene Arzt konnte bei genauerer Untersuchung constatiren, dass das Abdomen rechtsseitig aufgetrieben sei, als Folge eines intraabdominalen, deutlich fühlbaren Tumors, der jedoch keine Anhaltspunkte für eine genaue Differentialdiagnose gewährte.

Bei häufig wiederholten Untersuchungen stellte sich jedoch heraus, dass der Tumor auffallend in seiner Grösse variire, sodass der Verdacht auf eine Nierengeschwulst mit vollem Rechte rege wurde.

Die Behandlung blieb zunächst eine rein symptomatische.

Im Winter 1885 auf 1886 steigerten sich jedoch die Beschwerden derartig, und nahm der Tu-

mor eine so bedeutende Grösse an, dass es geraten schien, denselben, wenn irgend möglich, durch einen operativen Eingriff zu entfernen, weil sonst zu befürchten war, dass die inzwischen überaus schwach gewordene Patientin ihrem Leiden in nicht zu langer Zeit unterliegen müsse.

Am 14. April 1886 wurde sie deshalb wiederum in Bethanien aufgenommen und einer genauen Untersuchung unterworfen, deren Resultat jedoch für die Diagnose ein nicht durchaus befriedigendes war. Die Ansichten der untersuchenden Aerzte gingen zunächst weit auseinander, wenn auch keiner zu positiver Diagnose gelangte, da der Befund ein zu unbestimmter war. Nur soviel schien festzustehen, dass, mehr nach rechts herrüberragend, ein etwa kindskopfgrosser Tumor sich fühlbar mache, der schon bei mässig starkem Drucke nach jeder beliebigen Richtung zu entweichen schien. Letzteres gab Grund zu der Annahme, es könne sich um eine Wanderleber oder um einen Hydatidentumor der Leber handeln, da wegen der mangelhaften Respirationsbewegungen nicht zu constatiren war, ob der Tumor von denselben beeinflusst werde oder nicht, während andererseits eine Grenze zwischen ihm und der Leber nicht auszufinden war. Ferner lag der Verdacht auf Echinococcus nahe. Erst eine Probepunction ergab genauere Resultate: Die entleerte völlig klare Flüssigkeit zeigte einen geringen Eiweissgehalt und unter dem Mikroskop eine grosse

Anzahl von Cylindern. Die Diagnose auf einen von der Niere ausgehenden Tumor hatte der behandelnde Arzt, wie erwähnt, schon lange für die nächstliegende gehalten, hatte aber trotz wiederholter sorgfältigster Untersuchungen im, auf natürlichem Wege entleerten, Urin weder quantitative noch qualitative Anhaltspunkte hierfür finden können.

Vom Oberarzt, Herrn Dr. M a s k e , wurde nun folgende Diagnose gestellt: Im Abdomen befindet sich ein etwa kindskopfgrosser, von rechts her über die Mittellinie herübertretender Tumor mit anscheinend glatter Oberfläche, der besonders leicht nach rechts hinüber beweglich ist; wahrscheinlich geht er von der rechten Niere aus; möglicher Weise besteht auch noch ein linksseitiger Tumor.

Letztere Vermutung tauchte bei der Palpation auf, als der nach links hinübertretende Rand des rechten Tumors genauer festgestellt werden sollte, doch ergab hier die Percussion keine Dämpfung, wohl deshalb, weil hier Magen sowohl wie Dünndarm lagen; die Atembewegungen waren auf der linken Seite entschieden freier als auf der rechten.

So wurde beschlossen, am nächsten Tage zur Laparotomie zu schreiten, um, wenn schlimmstenfalls nicht gleich die Beseitigung des Tumors oder der Tumoren, so doch wenigstens die sichere Diagnose zu ermöglichen.

Am 15. April 1886 wurde in der Richtung der linea

alba, links um den Nabel herum, die Haut gespalten und in die Tiefe vorgegangen. Die Bauchdecken bluteten sehr stark, sodass zahlreiche Unterbindungen vorgenommen werden mussten.

Von der Eröffnung des Peritoneums an wurde ein Salicylspray über das Abdomen geleitet, wie überhaupt selbstverständlich mit peinlichster Beachtung der antiseptischen Cautelen zu Werke gegangen wurde.

Nach Eröffnung des Bauchfells in 20—25 cm Länge drängten sich Dünndarmschlingen und ein Teil des nach der Mittellinie zu verschobenen colon hervor, nach deren Beiseitelegen sich von der rechten Seite her ein Tumor in die Oeffnung hineinschob, der durch eine mässige weitere Trennung der Bauchdecken und leichten seitlichen Druck leicht hervor geleitet werden konnte.

Bei der Palpation und Inspection desselben konnte kaum ein Zweifel darüber bestehen, dass es sich um eine Cystenniere handle, denn der aus der Nierengegend hervorragende Tumor wies zahlreiche mehr oder weniger scharf ausgeprägte Furchen und Höcker auf. War es auch klar, dass die Exstirpation schwierig werden müsse, zumal, da die oberflächliche Untersuchung schon Verwachsungen mit den Nachbarorganen ergab, so beschloss Dr. M a s k e dennoch, dieselbe vorzunehmen, falls die linke Niere als normal befunden werde. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, das auch diese schon in höchstem

Grade cystenartig degenerirt war, und mehr als die Grösse zweier Mannsfäuste betrug. Unter solchen Umständen war die Contraindication zur Nephrektomie gegeben; da die Beseitigung des einen der beiden Tumoren nicht nur keine Chancen bot, das Leben der Patientin zu verlängern oder gar zu retten, sondern im Gegenteil die Prognose noch bedeutend verschlimmern musste, da, ganz abgesehen von der Gefahr des operativen Eingriffes selbst, die zurückbleibende schon stark cystös entartete Niere kaum noch die für den Organismus genügende Leistungsfähigkeit besitzen konnte.

Darum ging Dr. M a s k e daran, die beiden Tumoren wieder zurückzulagern; auf der linken Seite gelang dies auch ohne besondere Schwierigkeiten, der rechte jedoch hatte sich, nachdem er vor der Untersuchung des linken schon reponirt war, bei den Manipulationen mit letzterem so weit über die Bauchdecken hervorgeedrängt, dass er trotz grösster Mühe nicht wieder zurückgebracht werden konnte, weil einerseits seine Grösse, andererseits die Darmschlingen, sowie die adhärennten mit hervorgezogenen Nachbarorgane hinderlich waren. Eine etwaige Punction zur Verkleinerung des Tumors bot, bei der augenscheinlich grossen Anzahl der Cysten, nicht die geringste Aussicht auf Erfolg. Inzwischen war die Situation dadurch noch kritischer geworden, dass die Patientin asphyktisch wurde. Unter diesen Um-

ständen konnten weitere gewaltsame Repositionsversuche nur im höchsten Grade gefährlich werden, zumal, da hierbei nach analogen Fällen ein Bersten der Geschwulst zu befürchten war.

So blieb nichts anderes übrig als die Nephrektomie, wenn die Hoffnungen auf Erhaltung des Lebens auch sehr gering waren.

Wie vorauszusehen, waren die Schwierigkeiten bei der Exstirpation sehr bedeutend, da der Tumor mit dem Zwerchfell, der Leber und, an einer Stelle, auch mit dem colon ascendens verwachsen war.

Dennoch gelang es, ohne dass bei der Durchtrennung der Adhäsionen wichtige Unterbindungen nötig gewesen wären, ihn frei zu präparieren und bis zum Grunde vorzudringen. Letzteres wurde dadurch erleichtert, dass der Stiel ein auffallend langer war, worauf auch wohl die Beweglichkeit des Tumors bei der äusseren Untersuchung zurückzuführen.

Nachdem die zu- und abführenden Gefässe sorgfältig unterbunden waren, wurden sie durchtrennt und der Tumor aus der Bauchhöhle entfernt. Als nach einigem Abwarten sich noch keine Spur von Blutung zeigte, wurde die Wundhöhle mit Carbolschwämmen gereinigt. Die hervorgedrückten, solange mit warmer Carbolgaze bedeckten Darmschlingen wurden reponirt und dann Peritoneum und Bauchdecken genäht, die Hautnaht mit Jodoformcollodium bestrichen und ein antiseptischer Gaze- und Watteverband angelegt.

Die Operation währte $1\frac{3}{4}$ Stunden, wäre aber wohl in noch kürzerer Zeit beendigt, wenn nicht die Chloroformnarkose eine so ungünstige gewesen wäre — wohl bedingt durch die allgemeine Schwäche der Patientin —, dass mehrere Male mit dem chloroformiren sowohl wie mit dem operiren inne gehalten werden musste.

Die Besichtigung des Tumors ergab folgendes zu dem schon oben erwähnten Befunde:

Die drei Durchmesser der ziemlich gleichmässig abgerundeten Geschwulst betragen 25, 20 und 18 cm; die Farbe war eine schmutzig graublaue. Bei äusserer Besichtigung zeigte nur das Nierenbecken zum Teil eine normale Gestalt, die übrige Oberfläche war höckrig; der Tumor fühlte sich prall elastisch an. Im Durchschnitt zeigte sich eine Cyste neben der anderen, von normalem Nierenparenchym war nichts mehr vorhanden. Die Grösse der Cysten ging bis zu der eines Hühnereies, ihr Inhalt war bald gallertartig, zäh, bald serös flüssig mit allen Variationen gelber und roter Färbung; starker Eiweissgehalt war in allen, die bei der Probepunktion gefundenen Cylinder jedoch nicht überall vorhanden. Das Nierengewebe war teils zwischen den einzelnen Cysten stark verdickt, teils bis zu einer durchsichtigen Membran verdünnt.

Als ich Patientin etwa zwei Stunden nach beendeter Operation zuerst wieder sah, war sie schon vollkommen aus der Narkose erwacht und klagte

über Schmerzen im Unterleibe, als deren Sitz sie aber nach genauer Examinirung die Stelle der Bauchnaht angab.

Nachmittags wurde sie sehr unruhig, schlief auch in der darauf folgenden Nacht fast garnicht, und am Morgen des 16. April steigerte sich die Unruhe noch mehr. Pat. behauptete, starke Schmerzen zu haben, wies jede Nahrung zurück und verlangte dringend, ihre Angehörigen zu sehen; nach einem energischen Verweise beruhigte sie sich jedoch und blieb von nun an auch ruhig.

Eine Temperaturerhöhung trat im ganzen Verlaufe des Krankenlagers nicht ein; der Puls war durchaus befriedigend, die Atmung ruhig und gleichmässig. Am Tage der Operation wurde nur eine geringe Menge stark carbol- und eiweisshaltigen Urines entleert; specifisches Gewicht normal. Am folgenden Tage 1254 ccm, deren Beschaffenheit sich schon mehr der Norm näherte; in den folgenden Tagen verschwand die Carbolfärbung, der Eiweissgehalt verminderte sich jedoch nur langsam, sodass erst nach 14 Tagen kein Eiweiss mehr nachzuweisen war. Stuhlgang erfolgte nach 5 Tagen. Sonst waren nicht die geringsten Abnormitäten nachzuweisen.

Eine Woche nach der Operation wurde der Verband zum ersten Male gewechselt. Die Hautwunde war reactionslos geheilt, sodass alle Nähte entfernt werden konnten. Schmerz im Abdomen trat selbst

auf ziemlich starken Druck nicht ein. Nach weiteren 8 Tagen wurde der Verband ganz abgenommen und nur eine leichte Bauchbinde angelegt; Pat. stand von jetzt an auf und verliess am 12. Mai 1886, also 4 Wochen nach der Operation, die Anstalt, ihrer Meinung nach vollkommen gesund, da alle früheren Beschwerden nachgelassen hatten, und sie von dem Bestehen des linksseitigen Tumors keine Kenntniss hatte.

Seitdem vergingen 9 Monate, bis ich Pat. wieder untersuchte. In dieser ganzen Zeit hat sie sich sehr viel wohler gefühlt als vor der Operation. Im Herbst hatte sie erst bemerkt, dass in ihrer linken Seite ein Geschwulst sich befindet, aber keine nennenswerten Beschwerden davon gehabt. Allerdings ist sie mit ihrem Allgemeinbefinden nicht ganz zufrieden, da die Stuhlverstopfung sich noch häufig einstellt und ausserdem der Appetitmangel ein derartiger ist, dass Pat. an einzelnen Tagen ausser dem Morgencaffee so gut wie garnichts zu sich nimmt. In Folge dessen klagt sie über allgemeine Schwäche. Sie giebt aber selbst an, dass diese Beschwerden vor der Operation bedeutend stärker gewesen seien, dass besonders die Schwäche nicht mehr eine derartige wäre, da es ihr jetzt u. A. durchaus keine Beschwerden mache, täglich Schlittschuh zu laufen.

Das Aussehen der Patientin ist ein im ganzen gutes; die zwar etwas blasse Gesichtsfarbe hat

durchaus nichts krankhaftes und ist nicht zu vergleichen mit dem auffallend anämischen Aussehen vor der Operation. Der Körperbau ist zart, dem entsprechend das Fettpolster wenig entwickelt. Die Urinsecretion erfolgt regelmässig und in gleichen normalen Mengen, ebenso die Menstruation. Pat. trägt eine leichte Leibbinde, weil sich eine kleine Diastase unter der Hautnaht erhalten hat.

Die Untersuchung des Abdomens ergibt, dass die linke Seite, etwa in Nabelhöhe, mässig vorgewölbt ist; die bei der Percussion hier hörbare Dämpfung beweist diese Stelle als Sitz der linken Cystenniere, was durch die Palpation leicht bestätigt wird; die bei der Operation höckrig erschienene Oberfläche fühlt sich durch die Bauchdecken glatt an; der Tumor ist leicht verschiebbar.

Der Umfang des Leibes beträgt in Nabelhöhe 64 cm, wovon 33,5 auf die linke Körperhälfte entfallen.

Während der ganzen Zeit ist von dem behandelnden Arzte der Urin stets genau untersucht, hat aber nichts abnormes ergeben. Ebenso sind nicht die geringsten urämischen Erscheinungen aufgetreten; Kopfschmerzen hat Pat. nie gehabt.

Jetzt, 2 Monate später, erhalte ich die Nachricht, dass das Befinden der Pat. sich in der letzten Zeit noch bedeutend gebessert habe und ein durchaus zufriedenstellendes sei.

Es mag auffallend erscheinen, dass bei so starker

Entartung beider Nieren absolut keine Symptome dafür von Seiten des Urins oder durch andre Anzeichen nachzuweisen gewesen sind. Aber gerade bei der doppelseitig auftretenden Cystenniere ist es häufig erwähnt worden, dass das Leben nicht gefährdet wurde, obwohl in beiden Nieren nur minimale Reste des normalen Parenchyms zurückgeblieben waren. Evident zeigt dies auch ein von Marchand beschriebener Fall: Er fand im Kriege 1870/71 bei einem vorher anscheinend ganz gesund gewesenen, an Pneumonie verstorbenen Soldaten bei der Section die rechte Niere total cystös degenerirt, während von der linken nur noch ganz geringe Reste des Parenchyms übrig geblieben waren.

In unserm Falle handelte es sich jedenfalls um eine im späteren Leben aufgetretene Cystenniere hervorgerufen durch eine „chronisch interstitielle Nephritis mit Abscheidung von festen Albuminaten im innern der Harnkanälchen“, wie Virchow es schildert; der sicherste Nachweis dafür ist die Anwesenheit der zahlreichen Fibrincylinder.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht den Herren Prof. Dr. Helferich, Prof. Dr. Grawitz, Dr. Löbker u. Dr. Neumeister-Stettin meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Herrn Dr. Maske kann ich diesen Dank leider nur in's Grab nachsenden.

Literatur.

- Simon, Chirurgie der Nieren.
König, specielle Chirurgie.
Virchow, Geschwülste, I.
Ziegler, pathol. Anatomie.
Marchand, in Eulenburg's Realencyclopädie IV. „Cysten“.
Centralblatt für Chirurgie 1878—86.
Centralblatt für Geburtshülfe 1878—86.
Berliner klinische Wochenschrift XX, u. XXII.
Deutsche medicin. Wochenschrift IX, XI, XII.
Wiener medicin. Wochenschrift XXXV.
Wiener medicin. Presse XXVI. u. XXVII.
-

Lebenslauf.

Walter Arendt, wurde am 30. Juni 1862 zu Danzig geboren; seine erste Schulbildung genoss er in Kiel, später besuchte er das Königliche Christianeum zu Altona, dann das städtische Gymnasium zu Danzig, welche letztere Anstalt er am 16. Sept. 1882 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich dem Studium der Medicin. Die ersten 5 Semester studirte er in Königsberg, während welcher Zeit er der ersten Hälfte seiner Militairpflicht beim Grenadier-Regiment Kronprinz (I. Ostpreuss.) No. 1 genügte. Die übrige Zeit seines Studiums brachte er in Greifswald zu, wo er am 11. Mai 1886 die ärztliche Vorprüfung, am 8 März 1887 das Examen rigorosum bestand.

In dieser Zeit hörte er die Vorlesungen der Herren:

In Königsberg:

Prof. Dr. Schwalbe, Dr. Zander, Prof. Dr. Beneke, Geh.-R. v. Wittich, Prof. Langendorf, Prof. Grünhagen, Prof. Lossen, Prof. Chun, Geh.-R. Schönborn, Prof. Dr. Naunyn, Prof. Dr. Samuel, Prof. Dr. Jaffé, Geh.-R. Neumann, Prof. Dr. Schneider, Prof. Dr. Merkel,

In Greifswald:

Geh.-R. Mosler, Prof. Dr. Voigt, Prof. Dr. Helferich, Prof. Dr. Schulz, Dr. Peiper, Dr. Strübing, Dr. Löbker, Prof. Rinne, Geh.-R. Pernice, Prof. Dr. v. Preuschen, Prof. Dr. Schirmer, Prof. Dr. Krabler, Prof. Dr. Grawitz.

Thesen.

I.

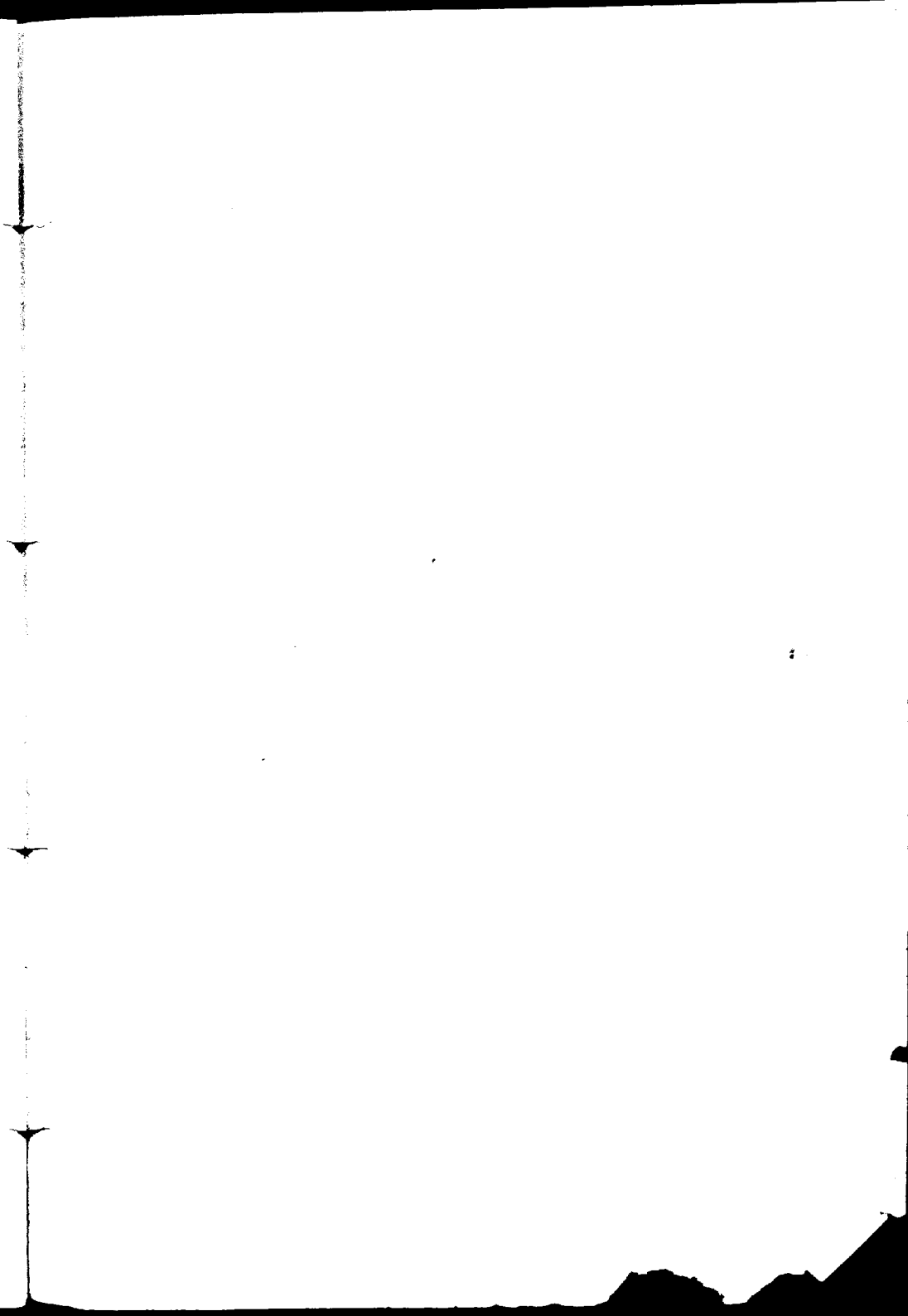
Bei Nephrektomie ist die Laparotomie ebenso berechtigt wie der Lumbalschnitt.

II.

Die Urethrotomia externa ist der Urethrotomia interna vorzuziehen.

III.

Der Credé'sche Handgriff ist bei Austreibung jeder Nachgeburt zu empfehlen.



10323