

Lymphbahnen eröffnet, wodurch die Gefahr der Ausbreitung der Infektion wesentlich eingeschränkt wird —, ferner noch bei den großen Atheromen am Körper der Fettleibigen. Bei diesen führt bei Ausführung der Frankeschen Operation ein kleiner Schnitt nicht zum Ziel.

Einem sehr dicken Kranken waren von anderer Seite 2 Atherome mit je zwei großen Kreuzschnitten entfernt worden, die sehr häßliche Narben hinterlassen hatten —, diesem Kranken habe ich 2 gleich große Atherome mittels Brennen entfernt, was kaum sichtbare, punktförmige Narben hinterließ.

Damit komme ich zu der Einwendung des Herrn Kollegen Halla — durch die Anwendung des Galvanokauters entstanden unschöne Narben, ja Keloide. Ich habe den Galvanokauter hundertfach angewandt. Außer bei Atheromen, zur Behandlung von Drüsenabszessen, von Furunkel und Karbunkel — wie ich nebenbei bemerken will, koche ich auch diese gründlich aus — und zur Behandlung der Mastitis — veröffentlicht in der Münch. med. Wschr. Nr. 24, 1921.

Ich habe niemals eine besondere Narbe dabei gesehen, was ja auch nicht möglich ist, da die äußere Haut nur stecknadelgroß lädiert wird.

Zur Illustration erwähne ich folgenden Bericht einer Kranken aus meiner heutigen Sprechstunde — sie hatte wegen Nierensteinen die chirurg. Klinik aufgesucht und bei der Anamnese angegeben, daß ihr vor Jahren eine sehr schlimme Brustvereiterung mittels Brennen von mir operiert worden sei — man habe ihr nicht glauben wollen, da keinerlei Narben vorhanden waren und erst unter Zuhilfenahme eines Vergrößerungsglases habe man die punktförmigen Narben gesehen.

Auf Grund meiner Erfahrung bei der Behandlung der Krampfadern mittels Kaltkaustik — veröffentlicht in „Blätter für Beinheilkunde“, Nr. 16, 5. Jahrg., Oktober 1929 — kann ich auch Herrn Kollegen Halla nicht beistimmen, daß der Kaltkauter wesentlich schönere Narben mache als der Galvanokauter —, zuweilen entstehen, wenn die Nadeln nicht sorgfältig isoliert sind, kleine Hautläsionen, die schlecht heilen und unschöne Narben hinterlassen.

Dr. Sigmund Levy - Köln-Bayenthal.

Von Erblichkeit, Eugenik und Bevölkerungspolitik.

Stellungnahme zur Indikation der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei internen Nierenkrankheiten.

Von Prof. C. R. Schlayer in Berlin.

Eine der gefürchtetsten Erscheinungen während der Schwangerschaft, zumal in ihrer zweiten Hälfte und bei Erstgebärenden, ist das Auftreten von Albumen; das Gespenst der Eklampsie steht dahinter. Was hat es damit auf sich?

Zunächst ist dazu zu sagen, daß Albumen allein noch sehr wenig sagt. Albumen in kleinen Mengen kann bei Schwangeren schon in den ersten Monaten auftreten. Dann wird zuerst immer zu untersuchen sein, ob es sich nicht nur um Muzinkörper handelt, resp. ob nicht, wie so oft, ein Wiederaufflammen einer schon vorher bestehenden Koliurie, begleitet von leichter Pyelitis, vorliegt; bei ihr kann sehr wohl Albumen (entsprechend der Leukozyturie) auftreten. Sind diese Dinge auszuschließen und kommt eine vor der Schwangerschaft vorhanden gewesene Nierenerkrankung nicht in Frage, so muß zuerst geprüft werden, ob etwa eine frische Nephritis vorliegen könnte; nach dieser Richtung ist das Sediment ein so wesentlicher Führer, daß sein negativer Ausfall fast entscheidend gegen eine solche Nephritis spricht, zumal wenn Blutdruck, Herz, Ausscheidungsfunktionen normal sind. Endlich muß noch bei jugendlichen Graviden (unter dem etwa 22. Lebensjahr) an die Möglichkeit eines Restes von orthotischer Albuminurie gedacht werden. Erst wenn so eine Auslese und Einengung erreicht ist, rückt eine weitere Möglichkeit mehr in den Vordergrund: die Schwangerschaftsalbuminurie, eine Erscheinung, deren Wesen uns noch ganz unklar ist. Sie ist nicht häufig, findet sich anscheinend besonders bei pastösen, erethischen oder lymphatischen Frauen, kann sehr wechseln in ihrem Auftreten, so daß sie zwischendurch, zumal in dünneren Harnportionen fehlt, muß durchaus nicht bei der ersten Gravidität auftreten; die Albumengrenze erreicht selten höhere Grade als $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ pro mille maximal; im Sediment findet

sich nichts Krankhaftes, und alle sonstigen Nierenerscheinungen fehlen. Der Wasserversuch zeigt aber bei diesen Frauen sehr häufig eine Retention entsprechend ihrer Konstitution, und noch immer wird dann von manchen Aerzten zu Unrecht daraus und aus dem Albumen auf eine ernsthafte Nierenerkrankung geschlossen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geraten, und zwar um so eher, als sie meist noch nicht weiter fortgeschritten ist, sondern sich, wie betont, in den ersten Monaten befindet. Die Wasserretention hat jedoch hier keine pathognomonische Bedeutung im Sinne einer Nierenschädigung und rechtfertigt ebensowenig wie das Albumen die Unterbrechung. Nur, und das muß ausdrücklich betont werden, die Diagnose Schwangerschaftsalbuminurie ist immer eine Exklusivdiagnose und darum unsicher, solche Fälle bedürfen deshalb der dauernden mißtrauischen ärztlichen Kontrolle während der Schwangerschaft. Erst wenn mit der Entbindung die Albuminurie verschwindet und nicht wieder auftritt, ist die Diagnose gesichert. Oft erschreckt in solchen Fällen kurz vor der Entbindung und während dieser das starke Ansteigen des Albumens; es ist jedoch dabei eine gewöhnliche Erscheinung. Anscheinend kann die Schwangerschaftsalbuminurie gelegentlich auch erst in den späteren Monaten der Schwangerschaft auftreten; dann kann ihre Differentialdiagnose sehr schwierig werden, zumal gegenüber der Schwangerschaftsnier, mitunter wird selbst nach der Entbindung nicht sicher zu entscheiden sein, ob es sich um eine Schwangerschaftsalbuminurie oder um eine leichteste Schwangerschaftsnier gehandelt hat.

Im Gegensatz zu dieser Frühalbuminurie steht die weit- aus häufigste Ursache von Albuminurie während der Schwangerschaft, die sogenannte „Schwangerschaftsnier“. Sie unterscheidet sich grundlegend und von vornherein in zwei wesentlichen Punkten von dem vorher geschilderten Bilde: Einmal tritt sie immer bei Erstgebärenden auf; sie kommt auch, aber selten, bei Mehrgebärenden vor, aber dann sagt die Anamnese immer, daß sie schon bei der ersten Schwangerschaft vorhanden war. Der zweite Punkt ist ihr Auftreten in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, wie bekannt, und zwar meist erst nach dem 5. Monat. Von vornherein sind die Mengen des Albumen meist nicht klein, können in den letzten Monaten der Schwangerschaft bis 10 und mehr pro mille ansteigen, pathologisches Sediment kann fehlen, der Gegensatz zwischen Höhe der Albuminurie und Geringfügigkeit des Sediments ist oft sehr ähnlich dem bei Nephrose. Kaum je findet man vor allem Erythrozyten, wohl aber hyaline und granulierten Zylinder manchmal. In den relativ zahlreichen Fällen, bei denen ein vorsichtiger Hausarzt die Erkrankung durch Urinuntersuchung frühzeitig aufgedeckt hatte und mich dann zuzog, bestanden überhaupt noch keine sonstigen Erscheinungen, weder subjektiv noch objektiv, geschweige denn Oedeme. Außer einer gewissen Mattigkeit brauchen auch keine sonstigen Erscheinungen bis zur Entbindung aufzutreten, wie ich mit Zangemeister und entgegen Lichtwitz u. a. betonen möchte; sicherlich sind diese Fälle aber nicht die Mehrzahl, wenn auch nicht ganz selten. Weit häufiger treten früher oder später Oedeme auf. Da nun aber Oedeme bei schwangeren Frauen in der letzten Zeit der Schwangerschaft etwas Alltägliches sind, ist die Frage, wie weit sie im Einzelfall direkt oder indirekt mit der Albuminurie verbunden sind, nicht immer leicht zu beantworten. Eindeutig ist, daß früheinsetzende Oedeme (ca. 7. Monat) und sehr starke, über Beine und Vulva hinausgehende, zumal den ganzen Körper umfassende Oedeme sicherlich unter solchen Umständen in Beziehung zur Albuminurie gebracht werden müssen. Daraus ergibt sich die Ableitung, daß z. B. geringe Oedeme, die erst in den letzten 3–4 Wochen vor dem Partus auftreten, selbst unter solchen Umständen für sich allein noch nicht zur Unterbrechung berechtigen. Selbstverständlich muß die Größe der Oedemtendenz und auch ihre Lokali-

sation dauernd kontrolliert werden. Als Maßstab empfiehlt sich neben der Kontrolle der Urinmenge dringend auch die häufige Kontrolle des Gewichts und der Flüssigkeitszufuhr.

Berechtigten nun aber starke und über den ganzen Körper ausgedehnte Oedeme, womöglich noch mit Transsudaten der Pleura etc. zur Unterbrechung? Sicherlich kann es Fälle geben, in denen wir dann zur Unterbrechung gezwungen werden, aber sie sind ein seltenes Ereignis, sofern der Arzt Gelegenheit hat, rechtzeitig einzugreifen und der Oedemten- denz entgegenzuwirken. Die therapeutischen Aussichten für ein solches Eingreifen sind nicht schlecht, zum mindesten im Sinne einer Verhinderung des raschen Ansteigens der Oedeme, womit unter Umständen wertvolle Zeit gewonnen wird.

Die Frage, welche von unseren Hilfsmitteln zur Entödemisierung hier erlaubt und welche nicht ratsam erscheinen, sei kurz gestreift. In vorderster Linie steht die Diätetik: einmal starke Reduktion der Flüssigkeitszufuhr; sie soll die 24stündige Urinmenge des Vortags nicht überschreiten. Dann die strenge Kochsalz- ziehung, am besten nur immer für einige Tage mit zwischengeschobenen Einzeltagen, an denen 3–4 g Kochsalz zugegeben werden. Von physikalischen Mitteln das einfache Warmluftbad unter der Bett- decke, evtl. bei Höhlenhydrops Punktion und gleichzeitig Aderlaß, von medikamentösen Mitteln Liqueur Kal. acet., resp. Calc. chlorat. 20proz. Lösung, 4–6 Eßlöffel pro Tag, oder auch Harnstoff 10–20 g, in eisgekühltem Kaffee. Dagegen sind nach meiner Erfahrung Queck- silber sowohl als Calomel wie als Novasurol, Salyrgan etc. als Diureti- kum, sowie sehr stark abführende Diuretika hier nicht ungefährlich, ebenso zweifellos langdauernde heiße Bäder und Schwitzbäder, endlich größere Dosen Bulbus Scillae. Purinkörper wie Diuretin etc. kann man wohl anwenden, aber erst in zweiter oder dritter Linie.

Die Hauptsorge bei der Schwangerschaftsnierne ist das Auftreten der Eklampsie; aber ganz entschieden wird zumal in hausärztlichen Kreisen ihre Häufigkeit dabei über- schätzt: nach Zangemeister tritt sie nur in etwa 8 Proz. der Fälle auf. Daß sie trotzdem eine große Gefahr und eine absolute Indikation zur Unterbrechung darstellt, bedarf kei- ner weiteren Worte. Wie blitzartig sie mitunter eintritt, ist bekannt genug. Der Wunsch, ihr Eintreten durch irgend- welche Symptome frühzeitig zu erkennen, liegt sehr nahe. Schon mehrfach sah ich neben subjektiven Beschwerden bei langsameren Eintritt den Blutdruck schon Tage vorher gleichmäßig ansteigen bis zu beträchtlicher Höhe, etwa 180 bis 220 mm Hg, und bin seitdem bei dieser Erscheinung sehr miß- trauisch. Es ist ja wohlbekannt, daß auch die akute Eklamp- sie von einem mitunter stürmischen Steigen des Blutdrucks bis 250 mm Hg oft binnen wenigen Stunden begleitet ist, so daß man geneigt sein könnte, jede langsamer einsetzende Blutdrucksteigerung ohne weiteres als Prodromalsymptom der Eklampsie ohne allen „renalen“ Hintergrund anzusehen. So einfach liegen die Dinge aber nicht: Blutdruckstei- gerung kommt bei Schwangerschaftsnierne auch ohne jede Eklampsie vor und unterscheidet sich dann klinisch sehr oft in nichts von der Hypertension, die wir als Begleiterschei- nung bestimmter Nierenkrankheiten kennen. Auch sie kann binnen Tagen, ja oft Wochen langsam ansteigen; daß sie zwischendurch wieder zur Norm für einen oder mehrere Tage ab- gesunken wäre, habe ich nie beobachtet; sie kann ganz be- trächtliche Höhen erreichen, wie auch Lichtwitz bestätigt (200–220 mm Hg), ohne daß hinterher Eklampsie eintritt. Daraus ergibt sich, daß Steigerung des Blutdrucks wohl ein Symptom ist, das uns zu besonderer Aufmerksam- keit und Kontrolle verpflichtet, daß es aber noch keines- wegs zur Unterbrechung der Schwangerschaft berechtigt. Erst wenn andere Erscheinungen hinzutren- ten, können wir dazu gezwungen werden; abgesehen von eklamptischen Symptomen sind es zwei andere, welche bei vorhandener Blutdrucksteigerung den Gedanken an Unter- brechung sehr nahe legen, und zwar jede für sich allein schon: Veränderungen des Augenhintergrundes und solche der Nierenfunktion.

Daß toxische Einwirkungen auf die Augen als Begleiterschei- nung der Eklampsie auftreten können und rela-

tiv häufig dabei auftreten, ist bekannt: bei 30 Fällen von amaurotischer Sehstörung beobachtete Zondek 26mal Eklampsie. Aber auch bei der einfachen, nicht mit Eklampsie verlaufenden Schwangerschaftsnierne wird in der Literatur Vorkommen von echter Retinitis albuminurica angegeben. Ich selbst hatte nie Gelegenheit, das zu beobachten. Beson- ders von Silex wurde darauf hingewiesen, und nach ihm soll nicht weniger als ein Viertel der Fälle von Retinitis albu- minurica bei Schwangerschaftsnierne mit Erblindung enden. Für unsere heutige Auffassung der Dinge bedarf es einer Nachprüfung dieser Angaben, vor allem in dem Sinn, ob es sich wirklich hierbei in allen Fällen um echte Schwanger- schaftsnierne gehandelt hat. Aber die Tatsache des Auftretens einer Retinitis albuminurica bei Schwangerschaftsnierne ist wohl kaum zu bezweifeln, und wo sie auftritt, zwingt sie zur Unterbrechung der Schwangerschaft, zu- mal wenn sie schon längere Zeit vor dem Entbindungstermin auftritt. Sie ist an und für sich ein ernstes Symptom schwerer Schädigung und hinter ihr steht die Gefahr der Eklampsie mit immerhin hoher Wahrscheinlichkeit. Hier ist in der Tat die Indikation für die Unterbrechung nahezu absolut.

Veränderungen der Nierenfunktion bei der Schwangerschaftsnierne werden in der Literatur bisher wenig angegeben, es sei denn die bei Oedem vorhandene und mit ihm verbundene Retention von Wasser und Kochsalz. Selbst- verständlich fällt hier die Verdünnungsprobe ebenso wie die Wasserausscheidungsprobe schlecht aus; das ist ja doch nur der Ausdruck der Oedemwirkung und eine vorzugsweise extrarenale Erscheinung. Echte Starre der Ausscheidung in dem Sinne wie bei chronischer Glomerulonephritis etc. findet sich kaum je; dagegen habe ich wohl, und zwar einmal zu- sammen mit steigendem Blutdruck mehrfach deutliche und rasch zunehmende Einengung der sekretorischen Labilität gesehen, und zwar auch ohne begleitendes Oedem; in solchen Fällen wird unbedingt zur Unterbrechung zu raten sein. Ausgesprochene renale Insuffizienz habe ich in Uebereinstimmung mit der Literatur nicht gesehen, halte sie aber nach dem obigen nicht für absolut ausgeschlossen.

Kann uns die Menge des Albumens veranlassen, den Rat zur Unterbrechung zu geben? Noch immer gibt es viele Aerzte, die ein rasches Ansteigen des Albumens als ein Zeichen ansehen, daß sich der Prozeß gefahrdrohend steigert und daraus allein die Indikation stellen. Bleibt aber dieses Ansteigen ohne weitere Folge auf Oedembildung, Blutdruck etc., so scheint mir das nicht berechtigt zu sein; auch hier ist freilich der Zeitpunkt dieses Ansteigens in Betracht zu ziehen. Kurz vor der normalen Entbindungszeit wird man sich, von der Rücksicht auf eventuell drohende Eklampsie geleitet, noch eher dazu entschließen, als in den früheren Mona- ten der Schwangerschaft; meist gelingt es hier, durch Um- stellung der Diätetik (Früchtetage, Zuckertage etc.) und der Flüssigkeitszufuhr, evtl. Einstellung auf mehr saure Kost, wieder ein gleichmäßigeres Niveau des Albumens zu er- reichen.

Im Anschluß an die Entbindung pflegt bei Schwanger- schaftsnierne das Eiweiß meist rasch zu sinken, ebenso wie Oedeme, Blutdruck etc. Bei der Mehrzahl der Fälle, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, dauerte es immerhin mindestens 3–6 Monate, bis die letzte Spur Albumen ver- schwunden war. Bei einigen dagegen mehr als 1½ Jahre, ja noch länger. So daß mitunter erneute Schwangerschaft eintrat, während noch Albumen vorhanden war. Es ist dann die Frage zu entscheiden, ob diese zweite Gravidität wegen des Albumens zu unterbrechen ist. Sie ist um so gewichtiger, als Lichtwitz mehrfach solche Fälle in Schrumpfnierne übergehen sah. Allerdings betont er ausdrücklich, daß in diesen Fällen Albuminurie und Hypertonie nicht nach der Entbindung zurückgegangen sei. In der Tat liegt hier der entscheidende Nachdruck auf der Verkuppelung des Albu- mens mit Hypertonie; persistieren beide oder bleiben Ver-

änderungen der Ausscheidungsform resp. der Retina, so wird ohne Zweifel zur Unterbrechung der zweiten Schwangerschaft zu raten sein. Diese Fälle scheinen aber selten. Das Weiterbestehen der Albuminurie allein zwingt nicht zur Unterbrechung; freilich bleibt Beobachtung des Schwangerschaftsverlaufs notwendig; in einer ganzen Zahl von Fällen dieser Art sah ich normalen Partus ohne Zwischenfälle.

Die Komplikation einer Schwangerschaft durch andersartige Nierenleiden, wie Nephrose, akute chronische Glomerulonephritis, sekundäre Schrumpfnieren, maligne Nephrosklerose bleibt noch zu erörtern.

Schiebt man den viel zu verschwommenen Nephrosebegriff beiseite, wie er vielfach bei den Aerzten zu finden ist, und hält sich nur an das Bild der reinen echten Nephrose, so ist das Zusammentreffen einer solchen mit einer Schwangerschaft entsprechend der Seltenheit der Erkrankung ein sehr seltenes Ereignis, das ich noch nie gesehen habe. Die meist zugrunde liegenden Ursachen, Tuberkulose, Lues, chronische Septikämie dürften den Eintritt wie den Weitergang der Schwangerschaft so beeinflussen, daß die Frage des Abortes sich von selbst erledigt. Daß einfache toxische Albuminurien, wie sie heute vielfach zu Unrecht als Nephrose bezeichnet werden, z. B. febrile Albuminurie, die Albuminurie bei Infektionen, nach Veronal, Salvarsan etc., an sich kein Grund zur Unterbrechung sind, wenn nicht das Grundleiden dazu zwingt, sei nur kurz betont.

Schwieriger liegen die Dinge bei den akuten Glomerulonephritiden. Hier entscheidet einmal die Frage ob eine schon bestehende akute Glomerulonephritis durch Hervortreten einer Schwangerschaft kompliziert wird, resp. ob zu einer schon bestehenden Schwangerschaft in ihrem Verlaufe eine akute Glomerulonephritis hinzutritt. Dann aber ist in zweiter Linie Ursache und Intensität der Glomerulonephritis von maßgebender Bedeutung.

Hervortreten einer latenten Schwangerschaft bei bestehender akuter Glomerulonephritis habe ich bei mehreren Fällen von schwerer Glomerulonephritis als eine sehr erste Komplikation fürchten gelernt und rate seitdem in solchen Fällen sobald als möglich zur Unterbrechung, obwohl auch dieser Eingriff selbst dabei nicht ungefährlich ist und oft für kurze Zeit bedrohliche Begleiterscheinungen in Form akuter Steigerung der Nierenrückwirkungen auf den Körper auslösen kann. Bei leichteren Glomerulonephritiden, z. B. als Folge einer Angina, einer Nebenhöhlenerkrankung, die nicht mit Oedem oder Blutdrucksteigerung etc. verbunden sind, sondern nur das typische Sediment und Albumen aufweisen, wird man selbst dann zuwarten können, wenn sie zu Anfang ein oder zwei Tage stärkere Hämaturie aufweisen. Tritt jedoch nicht ein rascher Rückgang der Symptome ein und treten selbst nur Spuren von Oedem oder selbst leichtere Blutdrucksteigerung von 150–160 mm Hg in persistierender Form auf, so ist zur Unterbrechung zu raten. In manchen solchen leichteren Fällen waren wir durch fortwährendes Rekrudescieren der Nephritis vor die Entscheidung gestellt, entweder einen nachgewiesenen resp. sehr wahrscheinlichen Herd (Tonsillen, Nebenhöhlen z. B.) als Ursprung anzugreifen oder die Gravidität zu unterbrechen; wir haben meist den ersteren Weg vorgezogen und fast immer mit Erfolg.

Unser Verhalten bei Eintritt einer Glomerulonephritis während einer Schwangerschaft in den ersten Monaten deckt sich mit den eben gesagten Grundlinien; bei fortgeschrittener Schwangerschaft und schwerer Glomerulonephritis kommt es nach meinem Erachten oft zur spontanen Frühgeburt. Tritt sie nicht ein, so wird man wegen der Größe des Eingriffs und seiner gewöhnlich starken Rückwirkungen auf die Glomerulonephritis sich nicht leicht zur Unterbrechung entscheiden dürfen und besser versuchen müssen, durch diätetische etc. Maßnahmen den Zustand der Nieren und des Körpers soweit im Gleichgewicht zu halten, daß der normale Entbindungstermin oder ein möglichst gün-

stiger Frühentbindungstermin erreicht wird. Auch hier raten wir dringend, deutlich nachgewiesene und ätiologisch wahrscheinliche Herde selbst dann noch anzugreifen, wenn irgendwie angängig.

Chronische Glomerulonephritis und Schwangerschaft treffen zum Glück selten zusammen. Irgendwie erheblichere Grade der Nierenerkrankung zwingen unter allen Umständen zur Unterbrechung. Vielfach werden jedoch leichte Restalbuminurien resp. chronische Albuminurien unbekannter Aetiologie, aber jahrelangen Bestehens als chronische Glomerulonephritis bezeichnet nur wegen des langen Bestehens der Albuminurie. In solchen Fällen liegt häufig nicht der geringste Grund vor, zu unterbrechen; freilich wird man dieses Risiko erst nach sorgfältiger Durchprüfung von Herz, Blutdruck, Augenhintergrund, Ausscheidungsform etc. und, nicht zu vergessen, Anamnese auf sich nehmen dürfen.

Auffallend oft sehe ich sekundäre Schrumpfnieren mit Schwangerschaft zusammen, meist in der Form, daß bei einer jungen Primipara Albumen und Hypertonie und Herzhypertrophie schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten festgestellt wird. Das wird manchmal für Schwangerschaftsnieren gehalten; die nähere Untersuchung zeigt dann weiter Retinitis albuminurica und bereits deutliche erhebliche Veränderungen der Ausscheidungsform, Neigung zur Polyurie, resp. sogar Nykturie, Einengung des spezifischen Gewichts etc. Meist handelt es sich um eine in der Kindheit durchgemachte schwere Scharlachnephritis, die dann latent (auch albumenlos!) wurde und erst nach Jahrzehnten in der Schwangerschaft sich nun als sekundäre Schrumpfniere demonstriert. Es mag sein, daß ein Teil dieser Fälle, erst in den späteren Schwangerschaftsmonaten hervorgetreten resp. erkannt, das Bild einer Schwangerschaftsnieren vortäuschen kann, resp. von dieser nur schwer getrennt werden kann. Hier wird die Unterbrechung immer notwendig sein, soweit rein ärztliches in Betracht kommt; menschliche resp. familiäre Gründe können gelegentlich zum Versuch des Durchhaltens der Schwangerschaft zwingen, die ich dann einigemal ohne wesentliche Verschlimmerung der Nierenerkrankung sogar zum guten Ende hinsichtlich Partus und Kind kommen sah.

Bezüglich der malignen Nephrosklerose, der früheren genuinen Schrumpfnieren, könnte man denken, daß sie deshalb nicht mehr in Betracht komme, weil sie einem höheren Lebensalter zugehöre als dem der gebärenden Frau. Das ist nach unseren neueren Erkenntnissen durchaus unrichtig. Wir finden schon im Alter von 25 Jahren gelegentlich anatomisch und klinisch maligne Nephrosklerose; häufiger, ja sogar relativ ziemlich häufig im Alter von 35 Jahren ab, besonders bei hereditär belasteten Familien. Trifft maligne Nephrosklerose mit Schwangerschaft zusammen, so ist man bei den fortgeschritteneren Fällen manchmal zuerst im Zweifel, ob es sich um eine sekundäre Schrumpfnieren handeln könnte, zumal bei Primiparae. Das höhere Lebensalter und die Anamnese kann dann entscheiden, freilich ist die Entscheidung praktisch gleichgültig; unser ärztliches Handeln bleibt dasselbe: womöglich Unterbrechung im günstigsten Zeitpunkt. Auch hier trifft zu, was ich schon bei der sekundären Schrumpfnieren sagte, daß wir mitunter aus menschlichen und familiären Gründen die Schwangerschaft besser weitergehen lassen, wenn sie im Augenblick der Entdeckung der Schrumpfnieren schon weiter vorgeschritten ist. Selbstverständlich ist damit ein Risiko verbunden, anscheinend aber weniger im Sinne einer Verschlechterung der Nierentätigkeit als vielmehr im Sinne der Hemiplegiegefahr in Geburt und Wochenbett; freilich ist dies nur ein Eindruck aus relativ kleinem Material.

Bei diesen vorgeschritteneren Fällen von Nierenschrumpfung pflegt viel weniger die meist sehr geringe Albuminurie zur Entdeckung der Schrumpfnieren zu führen, als vielmehr kardiale Erscheinungen, wie starkes Herzklopfen, hebender Spitzenstoß, evtl. Dilatation, die dann zur

Aufdeckung starker Hypertonie führen, oder auch Augensymptome, deren Hintergrund eine Retinitis albuminurica ist, resp. seltener Polyurie und Nykturie.

Besonders schwierig ist die Lage aber auch für den Geübten im Beginn der arteriolo-sklerotischen Schrumpfnieren. Häufig findet sich hier nur eine Spur Albumen, kaum einige hyaline Zylinder, etwas Hypertonie bis 150—175 mm Hg, kaum erkennbar hebender Spitzenstoß bei Menschen im Alter von 30—40 Jahren. Handelt es sich um eine Pluripara, so weiß man, daß es keine Schwangerschaftsnieren sein kann, was ohnedies nach dem klinischen Bild unwahrscheinlich ist. Anamnese (Heredität), dickwandige Arterien und — selten — kleine Veränderungen am Augenhintergrund, resp. latente Neigung zur Polyurie helfen dann manchmal die Diagnose mit einiger Wahrscheinlichkeit auf beginnende arteriolo-sklerotische Nephrosklerose zu stellen; in solchen Fällen rate ich, die Schwangerschaft ruhig weitergehen zu lassen, sobald der dritte Monat überschritten ist. Sie wird, wiederum soweit Eindrücke aus einem relativ kleinen Beobachtungskreis ein Urteil erlauben, sehr oft auffallend gut vertragen. Wird die Erkrankung aber vor dem dritten Monat entdeckt, sind schon Kinder vorhanden, so steht es sub judice, ob man der Frau das Risiko des Austragens zumuten soll oder nicht; meist wird man sich dann doch besser für die Unterbrechung entscheiden.

(Anschr. d. Verf.: Berlin, Marburger Str. 3.)

Aus der Chir. Univ.-Klinik der Charitee.
(Prof. Sauerbruch.)

Zur Behandlung von Bronchiektasen im Kindesalter.

Von Prof. R. Nissen.

Vogt hat in einem Aufsatz*) das Augenmerk auf die Bronchiektasenkrankheit im Kindesalter gelenkt. Er hebt mit Recht die zu wenig bekannte Tatsache hervor, daß das Leiden schon beim Kleinkind häufig vorkommt. Anatomische Voraussetzung für die Entstehung ist seiner Ansicht nach die postpneumonische Schrumpfung des Lungengewebes, einer der vielen „Folgestände nach langdauernden Pneumonien“.

Dieser Gang der Krankheitsentwicklung mag für einen Teil der kindlichen Bronchiektasen seine Berechtigung haben. Fraglich bleiben muß es aber in jedem Fall, warum es gerade im kindlichen Lungenparenchym, dessen besondere Fähigkeit zu räumlicher Anpassung bekannt ist, mit Vorliebe zur Entwicklung von Schrumpfungsbronchiektasen kommen soll.

Die Erklärung, daß die Erweiterungen in der Mehrzahl angeboren sind, liegt näher. Neben den anatomischen Befunden, die Sauerbruch und Lotzin erhoben, sprechen noch manche klinische Zeichen und Ueberlegungen dafür. Sauerbruch hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, daß bei den meisten Bronchiektatikern die sorgfältige Anamnese bis in die früheste Kindheit zurückführt, und daß — was besonders wichtig ist — häufig genug keine akute pneumonische Erkrankung den Anfang des Leidens bildet; daß vielmehr zunächst über geringfügige Bronchitiden berichtet wird, die man ohne Zwang schon als Folge der Bronchiektasen ansehen darf. Im gleichen Sinn spricht die meist vorhandene Beschränkung der Erweiterungen auf einen Lungenlappen (der linke Unterlappen ist ganz auffallend bevorzugt). Schließlich ließ sich bei zahlreichen Brustschnitten, die an unserer Klinik bei Bronchiektatikern vorgenommen wurden, feststellen, daß bei der überwiegenden Zahl der Erkrankten der Brustfellspalt frei ist. Das spricht ebenfalls gegen die auslösende Rolle chronisch entzündlicher Vorgänge, von denen man weiß, daß sie das Brustfell schon früh in der Form adhäsiver Pleuritis beteiligen.

Die Auffassung von der kongenitalen Ursache der Bronchialerweiterungen hat praktisch-therapeutische Bedeutung.

Vogt selbst bezeichnet die Aussichten konservativer Behandlung als ungünstig. Er erhofft eine Besserung, „wenn wir alle heftigen und langdauernden Pneumonien beim Kleinkind wirksamer als bisher zu behandeln und damit der Entstehung von Bronchiektasen vorzubeugen lernen“. Diese Prophylaxe wird immer etwas Problematisches behalten, um so mehr als wir durchaus der Auffassung sind, daß die Krankheit sich bei der Mehrzahl der Kinder in kongenital

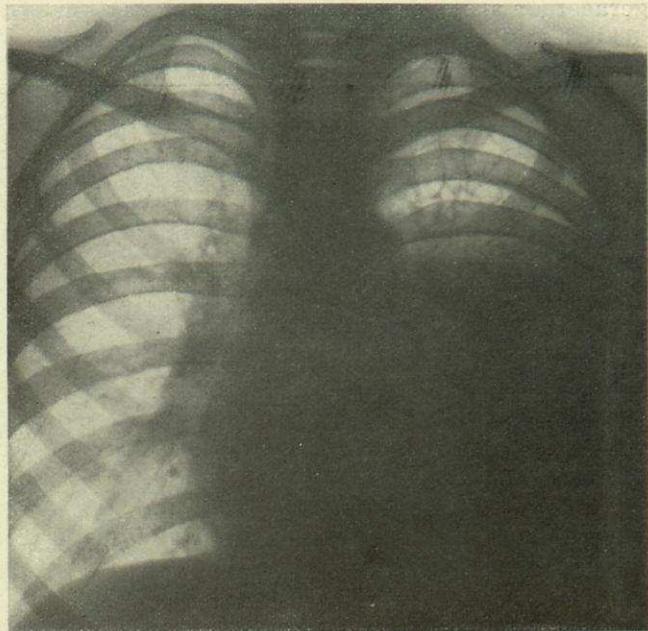


Abb. 1. Erfolgreiche Kompression des 1. bronchiektatischen Unterlappens bei 9j. Knaben. Der Kranke ist nach der Operation völlig auswurfstreu geworden.

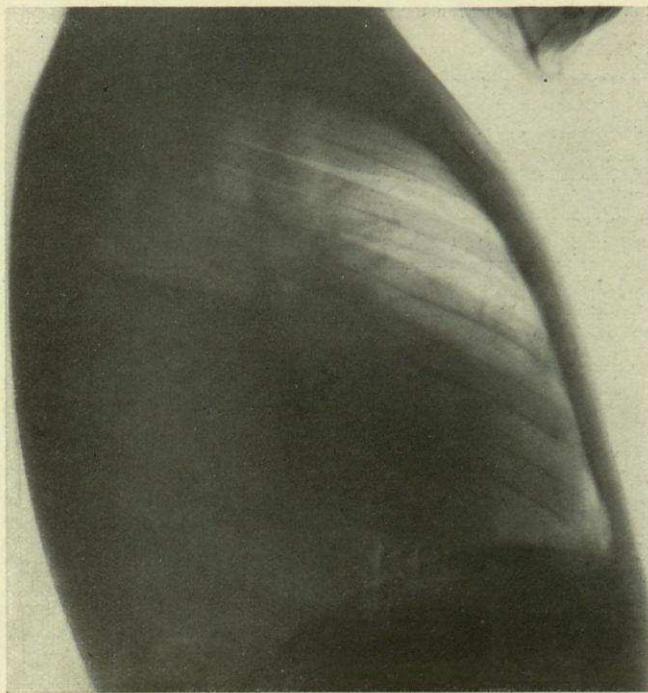


Abb. 2. Das gleiche Kind. Aufnahme von der Seite. Die Plombe preßt in der Hauptsache die paravertebralen Lungenabschnitte, in denen die Bronchialerweiterungen liegen, zusammen.

vorgebildeten Erweiterungen entwickelt. Damit wird es Aufgabe der Therapie, die Höhlen, die über kurz oder lang Niederlassungsort einer Eiterung werden, so zeitig wie möglich zum Verschwinden zu bringen. Es ist bedauerlich, daß diese Bemühungen der Chirurgie, die in den letzten Jahren zu bemerkenswerten Erfolgen geführt haben, gerade dort zu wenig beachtet werden, wo sie berufen sind, mit wenig eingreifenden Methoden Entscheidendes zu leisten: in der Kinderheilkunde.

*) Med. Welt, Juni 1930.
Nr. 43