

Cerulli, Röntgenuntersuchung und chirurgische Indikation bei der Nierentuberkulose. (S. 219.) — Sorrentino, Schwierige Diagnosen bei Nierentuberkulose. (S. 220.) — Le Roy, Ungewöhnlich schwierige Diagnose bei Nierentuberkulose. (S. 220.) — Tardo, Ungewöhnliches Symptom bei Nierentuberkulose. (S. 220.) — Sass, Veränderungen am Ureterostium bei Nierentuberkulose. (S. 220.) — Zorzosa, Eine kleine tuberkulöse Nierenkaverne, diagnostiziert durch die retrograde Pyelographie. (S. 220.) — Albadadejo, Tuberkulöse Pyonephrose in der Schwangerschaft. (S. 220.) — Roubier, Cibert u. Barral, Die tuberkulöse Cystenniere. (S. 221.) — Chwalla, Tuberkulöse Infektion in einem Hypernephroid. (S. 221.) — Chwalla, Gibt es eine Spontanheilung der Nierentuberkulose? (S. 221.) — Pototschnig, Modifikation der Technik bei der Nephrektomie wegen Tuberkulose. (S. 222.) — Le Roy, Zur Behandlung der doppel-seitigen Nierentuberkulose. (S. 222.) — Boxich, Früh- und Fernresultate der Operation der Nierentuberkulose. (S. 222.) — Rivoir, Ein Beitrag zum schädlichen Einfluß der Nephrophthase auf die Lungentuberkulose. (S. 222.) Niere, Steine: Rumpel, Über die Nierensteinkrankheit. (S. 222.) — Angerer, Die Harnsteinkrankheit. Nach den Beobachtungen und Erfahrungen der chirurgischen Universitätsklinik Leipzig. (S. 223.) — Laszlo, Bericht über 193 doppel-seitige Nieren- und Uretersteinfälle, die von 1926—1933 an der urologischen Abteilung des St. Hedwigkrankenhauses behandelt wurden. (S. 224.)

Aus der Deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag

Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus

Myom und selten große Steinnieren

Von Hermann Knaus

Mit 3 Abbildungen

Diese Beobachtung von Uterus myomatosus und Steinnieren verdient nicht nur wegen des seltenen Nierenbefundes, sondern auch wegen der Schwierigkeiten, die der Fall so vielen Voruntersuchern in diagnostischer Hinsicht bereitet hat, veröffentlicht zu werden.

Am 12. V. 1931 gelangt an der Chirurgischen Klinik Prof. Dr. Schloffer's die 44jährige Pat. R. C. wegen Hämaturie zur Aufnahme. Die Pat. ist kräftig und in einem guten Ernährungszustand; die Nierengegend ohne pathologischen Befund. Die gynäkologische Untersuchung auf der Klinik Prof. Dr. Weibel's ergibt einen Uterus myomatosus, der mit vielen höckerigen Tumoren den ganzen Douglas ausfüllt und rechts bis zur Höhe der Inter-spinallinie heraufreicht. Die auf der chirurgischen Klinik vorgenommene Cystoskopie führt zu folgendem Befund: Blasenkapazität 350 ccm; die Blasenschleimhaut stark injiziert, mit Fibrinfetzen bedeckt und geschwollen. Das linke Ureterostium, breit klaffend, entleert, ohne sich zu kontrahieren, klaren Harn. Die ganze Umgebung des linken Ostium ist ausgefüllt von einem infiltrierenden höckerigen Tumor, der nach links oben kraterförmig exulzeriert ist. Der Krater ist von alten Blutkoagula ausgefüllt. Der Tumor nimmt das ganze Trigonum ein und reicht bis zum schlitzförmigen rechten Ostium, das sich rhythmisch kontrahiert und klaren Harn entleert. Nach intravenöser Injektion von 4 ccm Indigokarmin beiderseits blau nach 5 Minuten. Da es nicht ausgeschlossen erscheint, daß die Veränderung in der Blase nur bullöses Ödem darstellt, das nach Entfernung der Myome verschwinden kann, wird die Pat. am 15. V. auf die gynäkologische Klinik transferiert.

1. Aufenthalt in der gynäkologischen Klinik vom 15.—22. V. 1931. Anamnese: Menarche mit 17 Jahren, Menses regelmäßig und ohne Beschwerden, seit 1½ Jahren jedoch stärker als früher, letzte Menstruation 24. IV. 1 Partus und kein Abortus. Im Frühjahr 1930 trat unabhängig von der Regel eine leichte,

etwa 4 Tage dauernde Blutung aus der Urethra auf, die wieder spontan aufhörte; im Februar 1931 wiederholte sich diese und trat seither in Intervallen von 2 bis 3 Wochen ohne irgendwelche Beschwerden auf. Seit 3 Tagen fühlt Pat. einen leichten Druck in der Blasengegend, was sie auf die häufigen Untersuchungen in den letzten Tagen zurückführt. Gynäkologischer Befund: Eine aus dem Becken aufsteigende Resistenz in der Mitte und links nur undeutlich zu tasten; dagegen rechts vorne deutlich ein davon ausgehender Fortsatz bis auf die Höhe zwischen Nabel und Symphyse palpabel. Die kombinierte gynäkologische Untersuchung weist einen unregelmäßig aufgebauten, vielhöckerig derben Uterus myomatosus von Kindskopfgröße und mäßiger Beweglichkeit nach. Katheterharn trüb-hämorrhagisch. Cystoskopie (Assistent Dr. Jaroschka): Blasenfundus ohne Besonderheiten, der Blasenboden in der Mitte zwischen den beiden Uretermündungen unregelmäßig vorgewölbt. Starkes bullöses Ödem mit feinsten weißlichen Auflagerungen. Neben dem bullösen Ödem, das hauptsächlich links am Sphinkterrand lokalisiert ist, finden sich feinste, wärzchenförmige Auflagerungen, die submukös gelegen, fast an spezifische Knötchen erinnern. Blasenboden fleckig, tief dunkel gerötet, neben der linken Uretermündung ein flaches, kleines Konkrement. Die linke Uretermündung klafft sehr weit und entleert völlig klaren Harn. Die rechte Uretermündung, weit außen liegend, ist ein schmaler Schlitz und scheidet ebenso völlig klaren Harn aus. In der Blase selbst ist keine blutende Stelle zu sehen. Ureterenkatheterismus: Sondierung leicht; linker Ureterharn stark blutig, rechter Ureterharn trüb. Untersuchung des Ureterenharns: Albumen stark positiv, auch im Sediment des Harns der rechten Seite zahlreiche Erythrocyten und Leukocyten, einzelne Nierenepithelien und anorganische Konkremente. Kulturell steril. Die Untersuchung auf Tuberkulose liefert bakterioskopisch und im Tierexperiment ein negatives Ergebnis. Pat. wird mit der Diagnose Myoma uteri et Pyelitis bilateralis am 22. V. aus der Klinik entlassen.

2. Aufenthalt in der gynäkologischen Klinik vom 16. XI. bis 18. XII. 1931. Seit der Entlassung am 22. V. fühlte sich Pat. nicht wohl, sondern litt oft an Blähungen, starkem Harndrang und spannenden Schmerzen im Unterleib. Die nun neuerlich vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergibt denselben Befund wie im Mai dieses Jahres, wieder wird rechts ein bis auf die Höhe zwischen Nabel und Schambogen hinaufreichender Tumor nachgewiesen. 17. XI. Cystoskopie (Assistent Dr. Hofmann): Blase erscheint geschrumpft, der ganze Blasenboden zeigt ein diffuses bullöses Ödem von samtartigem Aussehen. In diesem Ödem liegen verstreut kleinste Konkremente und stellenweise kleine Knötchen. Die linke Uretermündung klaffend, ungefähr an normaler Stelle; die rechte Uretermündung weit lateral. Beide Uretermündungen arbeiten rhythmisch. Harn beiderseits leicht getrübt, rechts leicht blutig. Ureterenkatheterismus: Im Harn massenhaft Leukocyten, Erythrocyten, Epithelien, keine Zylinder. Bakterioskopisch: Mäßig viele grampositive Kokken, einzeln und in Gruppen von unspezifischem Charakter. 18. und 24. XI. Gynäkologischer und cystoskopischer Befund werden vom Chef der Klinik Prof. Dr. Weibel bestätigt. Verweilkatheter und Blasen-spülungen. 10. XII. Cystoskopie (Dr. Goetzel, Urologe in Prag): Links unterhalb des Ureterostiums ist der Eingang in ein Divertikel sichtbar, dessen Lumen etwa für eine Erbse durchgängig ist. Unterhalb davon sieht man eine flottierende Schleimhautzacke. Die ganze Sphinktergegend stark geschwollen, der Sphinkter zeigt einen zackigen Rand. 12. XII. Ureterencystoskopie (nochmals Dr. Goetzel): Divertikel links oberhalb des Ureterostiums; darunter weißliche infiltrierende Tumoren (Myome oder sich vorwölbende Collumyome). Das Divertikel scheint die Cystitis zu unterhalten. 18. XII. Pat. wird gebessert entlassen.

3. Aufenthalt in der gynäkologischen Klinik vom 19. VI. bis 20. VII. 1936. Seit 5 Wochen drückende Schmerzen in der rechten Nierengegend, die manchmal gegen das rechte Bein ausstrahlen. Beim Urinieren brennende Schmerzen, trüber, eitrig Harn, abends Fieber bis 38° C. Nachtschweiß, seit dem Winter 1935 Gewichtsabnahme von 6 kg. Die Betastung des Unterbauches ergibt einen aus dem kleinen Becken emporsteigenden, 3 Querfinger über die Symphyse reichenden derben Tumor, der als Uterus myomatosus angesprochen wird. Gegen die rechte Flanke zu und bis über die Nabelhöhe hinaufreichend sitzt diesem Uterus myomatosus ein übermannsfaustgroßer Tumor so innig auf, daß er für einen subserös entwickelten Knoten desselben gehalten werden könnte, wenn er sich nicht von diesem durch eine



Abb. 1. Frontalaufnahme



Abb. 2. Lateralaufnahme

viel höhere, ja steinharte Konsistenz unterschied. Dieser auffallende Tastbefund ließ unter Berücksichtigung der langen Vorgeschichte sogleich an eine Steinniere denken und zunächst eine Röntgenübersichtsaufnahme angezeigt erscheinen. Röntgenbefund (Dozent Dr. Beutel, Assistent der Klinik Prof. Dr. Nonnenbruch): Rechte Niere: Dieselbe ist immens vergrößert, schräg gelagert, oberer Pol in der Höhe des oberen Randes des I. Lendenwirbels, unterer Pol 6 cm unterhalb des Darmbeinkammes. Die ganze Niere ist eingenommen durch zahlreiche zum Teil konglomerierte Kalkschatten, vom Parenchym selbst ist nur mehr eine wenige Millimeter breite Schicht zu erkennen. Rechts knapp unterhalb der Synchronosis sacro-iliaca ein kleinapfelgroßer, unregelmäßiger Kalkschatten. Teils über, teils auf die Symphyse projiziert sich ein kirschgroßer, scharf begrenzter rundlicher Kalkschatten. Zusammenfassung: Sackniere rechts. Ein immens großer Ausgußstein; verkalktes Gebilde im kleinen Becken, wahrscheinlich verkalktes Ovarium. Blasensteine. 23. VI. Cystoskopie. Mittels Katheter werden 350 ccm eitrig Harnes entleert. Blasenschleimhaut überall durch schwerste

Entzündungen verändert. Beide Ureterenmündungen arbeiten. Blauausscheidung nach 4 ccm Indigokarmin intravenös links nach 7 Minuten, rechts nach 32 Minuten keine. Keine Konkreme in der Blase.

Die weiteren Funktionsprüfungen der linken Niere liefern so günstige Ergebnisse, daß die eheste Entfernung der rechten Steinniere angezeigt erscheint.

1. VII. Nephrektomie. In Evipan-Äthernarkose seitlicher schräger Flankenschnitt von der XII. Rippe bis 2 Querfinger über der Crista iliaca entlang. Durchtrennung der seitlichen Rumpfmuskulatur, Eröffnung des Nierenlagers, Spaltung der Fettkapsel und vorsichtiges Mobilisieren der Niere bis zu deren Stielung. Dabei gelingt es, das Peritoneum überall unverletzt zu erhalten. Nach sorgfältiger Präparation des Nierenstieles Unterbindung und Durchtrennung desselben, hierauf Absetzung des Ureters tief blasenwärts. Drainage des großen Wundbettes mit Gummirohren und Jodoformgazestreifen, Naht der Rumpfmuskulatur, der Fascie und Haut.

Pathologisch-anatomischer Befund der exstirpierten Niere: 930 g Gewicht, Maße 17 : 10 : 8 cm. Die Niere ist von bläulich-roter Farbe, leicht gelappt. Fast unter der ganzen Oberfläche tastet man wie durch eine dünne Schale hindurch überall



Abb. 3. Die entleerte Sackniere mit den Steinen

größere und kleinere, gegeneinander etwas verschiebbliche Steine. Nach Eröffnung dieses dünnen Nierengewebssackes finden sich in allen mehr oder weniger stark erweiterten Nierenkelchen und im Nierenbecken kleinste bis ganz große eingekeilte Ausgußsteine von insgesamt 500 an der Zahl. Ihrer chemischen Natur nach sind es Calciumphosphat- und Karbonatsteine.

Der postoperative Verlauf war ein vollkommen glatter, die linke Niere schied schon in den ersten Tagen nach der Operation befriedigende Mengen (bis zu 640 ccm) Harn aus. Die Heilung der großen Wunde und die Besserung des Allgemeinzustandes gingen so rasch vor sich, daß die Pat. bereits am 20. VII. geheilt entlassen werden konnte. Am 18. X. findet sich Pat. zur Kontrolluntersuchung ein und berichtet, daß sie alle die seit Jahren bestandenen Beschwerden verloren und seit der Entlassung aus der Klinik am 20. VII. nicht weniger als 13 kg an Körpergewicht zugenommen habe. Dieses vollkommene Wohlbefinden sei auch der Grund, daß sie sich gegenwärtig nicht zu der ihr vorgeschlagenen Entfernung des unverändert großen myomatösen Uterus entschließen könnte. 17. IX. 1937. Letzte Kontrolluntersuchung. Pat. fühlt sich vollkommen gesund und beschwerdefrei. Gewichts-

zunahme seit der Operation 15 kg, womit angeblich das normale Körpergewicht erreicht ist. Harn ist klar, Blasenschleimhaut zeigt cystoskopisch bis auf herpetiforme wasserhelle Bläschen am Trigonum normale Verhältnisse; keine Konkreme in der Blase. Die linke Niere scheidet nach 3 ccm Indigokarmin intravenös in 1½ Minuten in starkem Strahl Blau aus.

Wenn man diesen langen Krankheitsverlauf mit seinen eigentlich charakteristischen Erscheinungen überblickt, so ist es nahezu unfassbar, daß dieses Steinleiden Jahre hindurch unerkannt geblieben ist. Daß dies so gekommen ist, war nur möglich, weil sich alle Voruntersucher mit dem Erheben des Blasenbefundes begnügten und nicht berücksichtigten, daß bei Hämaturie und Fehlen eines die Blutung erklärenden Blasenbefundes der Herd der Erkrankung unbedingt in der Niere zu suchen ist. Geleitet von diesem fundamentalen Untersuchungsprinzip, dessen Kenntnis ich meinen großen Lehrern in der Urologie A. v. Lichtenberg und G. Marion verdanke, habe ich nach der bereits durch die Betastung gestellten Vermutungsdiagnose zunächst eine Röntgenübersichtsaufnahme angeordnet, was sofort, wie es die Bilder auf das Schönste veranschaulichen, zur Aufdeckung des wahren Sitzes der Krankheit führte. Damit soll nicht behauptet werden, daß die Entwicklung dieser Steinnierleiden schon im Jahre 1931 dasselbe Ausmaß erreicht hatte wie zur Zeit ihrer Entdeckung, wohl aber hervorgehoben werden, daß alles dafür spricht, daß die im Frühjahr 1930 erstmalig aufgetretene Hämaturie bereits durch Steine in der rechten Niere verursacht wurde.

Aus der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
München Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Otto Eisenreich

Blutungen aus den oberen Harnwegen klinisch unbekannter Ursache während der Schwangerschaft

Von Prof. Otto Brakemann

Mit 3 Abbildungen

Mit dem Ausdruck essentielle, idiopathische Blutungen aus den oberen Harnwegen (auch Blutungen unbekannter Ätiologie genannt) bezeichnet man im Schrifttum meist einseitige Hämaturien, für die sich trotz genauer klinisch-internistischer und -urologischer Untersuchung keine Ursache finden läßt.

Unter der gleichen Überschrift wird aber auch über Hämaturien berichtet, deren Quelle klinisch nicht erkannt, pathologisch-anatomisch aber festgestellt oder als solche zum mindesten sehr wahrscheinlich gemacht ist.

Diese Mitteilungen sind voreilig in der Diagnose und widersprechend in der Bezeichnung: Der Erkennung einer Krankheitsursache auch mittels der neuzeitlich hochentwickelten klinischen Methoden der inneren Medizin und Urologie sind Schranken gesetzt; eine mit Hilfe der pathologischen Anatomie erkannte Quelle einer Hämaturie kann unmöglich mehr als »unbekannt« angesehen werden. In diesem Falle ist lediglich der Titel unglücklich gewählt; der Inhalt der Mitteilung wird dadurch nicht beeinträchtigt. Jeder klinisch in seiner Ursache nicht erkannte, pathologisch-anatomisch ätiologisch aber geklärte Fall von Blutung aus den oberen Harnwegen ist besonders willkommen und wertvoll; trägt er doch in wünschenswerter Weise dazu bei, die zur Zeit immer noch beträchtliche Zahl der »essentiellen« Blutungen aus den oberen Harnwegen zu verringern und so der zweifellos irrigen

Brakemann, Blutungen aus den oberen Harnwegen klinisch unbekannter Ursache

Auffassung des Leidens als eines eigenen Krankheitsbildes wirksam entgegenzutreten.

Leider können unsere Beobachtungen weder zur Frage der Entstehung der Erkrankung im allgemeinen noch im besonderen während der Schwangerschaft etwas beitragen: Klinisch findet sich kein greifbarer Grund für die Blutungen; zu pathologisch-anatomischen Untersuchungen hat sich keine Gelegenheit geboten.

Trotzdem erscheint uns unser Beitrag nicht überflüssig: Die Hämaturien unbekannter Ursache aus den oberen Harnwegen während der Schwangerschaft sind selten und die zur Klärung des Krankheitsbildes nötigen Erfahrungen des einzelnen Untersuchers reichen deshalb nicht aus. Die Mehrzahl der im Schrifttum niedergelegten einschlägigen Fälle ist unzulänglich urologisch untersucht und infolgedessen kritisch nicht zu verwerten.

Unsere Kenntnis des Krankheitsbildes beruht auf der Untersuchung und klinischen Beobachtung von 4 Hämaturiefällen; bei zweien ist die Blutung lediglich als Mikrohämaturie aufgetreten. Wenngleich auch diese zweifellos zum Thema gehören, haben wir sie in diesem Zusammenhange nicht verwendet, da sich bei nur mikroskopisch erkennbarer Blutung die blutende Seite nicht einwandfrei feststellen läßt, ihre Kenntnis aber für eine erfolgversprechende Forschung nach der Blutungsursache unseres Erachtens unbedingte Voraussetzung ist.

I. Geburts-Nr. 367/1927.

29jährige ledige Ipara. Zuverlegt aus der I. Medizinischen Klinik München am 9. V. 1927 mit der Diagnose Graviditas mens VI/VII, Nierenblutungen, Tuberculosis renis?

Familienanamnese ohne Belang. Kropfoperation 1924. Spontangeburt 1925; Kind mit 8 Wochen gestorben. Während dieser Schwangerschaft hat Pat. kein Blut im Urin bemerkt. Letzte Regel November 1926. Anfangs Erbrechen. Seit mehreren Monaten bemerkt Pat., daß der Harn auffallend rot ist, keine Schmerzen.

Befund: Graul gebaute Person mit blasser Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Sinistro-konvexe Kyphoskoliose. Außer einer sekundären Anämie (3580000 Erythrocyten, 55% Hämoglobin) ist internistisch kein krankhafter Befund zu erheben. Der Harn enthält nur Blut, keine nephritischen Bestandteile; weder im Ausstrich noch im Tierversuch Koch'sche Bazillen. Kein Fieber.

Fundus uteri 2 Querfinger oberhalb des Nabels. Kopf beweglich über dem Becken, Herztöne links und rechts neben dem Nabel.

Innere Untersuchung: Portio zapfenförmig. Äußerer Muttermund geschlossen. Fruchtblase steht. Vorliegender Teil Schädel, beweglich.

Cystoskopie: Verwaschene Zeichnung der Gefäße im Trigonum, an der übrigen Blasenschleimhaut kein krankhafter Befund.

Aus dem rechten vesikalen Harnleiterostium erfolgen die Harnstöße spärlich; der Urin dieser Seite ist stark bluthaltig.

Links ist die Zahl der in der Zeiteinheit erfolgenden Harnabsonderungen gleichfalls (wenn auch nicht so erheblich wie rechts) herabgesetzt. Es entleert sich auf dieser Seite klarer Urin.

Das intravenös injizierte Indigokarmin wird rechts während einer Beobachtungszeit von 40 Minuten nicht ausgeschieden. Links erscheint es nach 10 Minuten (also verspätet), weniger kräftig, jedoch gut konzentriert. Gleich nach seiner Einführung in den rechten Harntrakt tropft aus dem rechten Harnleiterkatheter fast reines Blut ab; aus dem linken entleert sich blaugefärbter Harn.

Übersichtsaufnahme (10. V. 1927) mit liegenden schattengebenden Kathetern ergibt kein sichtbares Konkrement oder einen auf einen pathologischen Befund