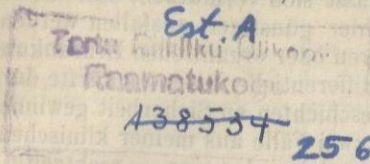


Est. A-9609  
Separatabdruck aus der «St. Petersburger Medicin, Wochenschrift»  
№ 44 und 45, 1885.



Est. A-9609  
pd Kohler

## Zur Casuistik der Nephrectomieen.

Von  
Prof. E d. v. W a h l  
Dorpat.

Nach den neuesten Zusammenstellungen von S a m u e l W. G r o s s (Americ. Journal of med. Sc. July 1885) und H a n s B o l z (Inaug. Diss. Dorpat 1883) ist die Nephrectomie zur Beseitigung benignen Nierentumoren bisher fünf Mal vorgenommen worden; drei Mal mit günstigem, zwei Mal mit letalem Ausgange. In diesen fünf Fällen wurde die Exstirpation der erkrankten Niere nur ein Mal *extra*-peritonäal (L a n g e n b u c h) durch den Lumbalschnitt, vier Mal *intra*peritonäal durch einen Schnitt in der Linea alba bewerkstelligt. In Betreff des histologischen Characters der Neubildung werden *Fibrome* mit Fetteinsprengung oder Cystenbildung drei Mal angeführt (B i l l r o t h, B r u n t z e l, T h o m a s) ein Mal ein *Adenom* (C z e r n y); in dem Falle von L a n g e n b u c h ging das Präparat verloren, so dass keine genauere Angaben gemacht werden konnten.

In zwei Fällen ist ausdrücklich gesagt, dass das Fibrom von der Nierenkapsel ausgegangen sei (T h o m a s, B r u n t z e l).

Einer so kleinen Casuistik gegenüber erscheint die Mittheilung weiterer einschlägiger Fälle wohl gerechtfertigt.

Schon a priori lässt sich vermuthen, dass die Resultate der Nephrectomie hier günstiger ausfallen werden als bei den malignen Tumoren oder organischen Erkrankungen der Niere. Auch die differentielle Diagnose dürfte durch ausführliche Krankengeschichten an Sicherheit gewinnen. Ich erlaube mir daher zwei Fälle aus meiner klinischen Praxis zu veröffentlichen, von denen der eine — rechtzeitig operirt — überaus günstig verlief, — während der andere, wenn auch zur Zeit seiner Aufnahme nicht mehr operabel, sicher durch eine frühzeitig ausgeführte Operation zu retten gewesen wäre. In beiden Fällen konnten die betreffenden Tumoren klinisch als gutartige Geschwülste diagnosticirt werden.

I. *Johanna Seeler* (aufgenommen den 10. Mai 1884. Kl. J. № 208.) 11 Jahre alt aus Fellin von gesunden Eltern abstammend, soll vor sechs Jahren zurück auf die rechte Seite gefallen sein, wonach sie heftige Schmerzen empfand, und bald die Entstehung einer Geschwulst im Unterleibe bemerkte. Die Geschwulst vergrößerte sich ganz allmählig ohne erhebliche Beschwerden zu verursachen. Stuhl- oder Harnbeschwerden werden ausdrücklich in Abrede gestellt.

*St. pr.* Pat. ist ihrem Alter entsprechend gut entwickelt, von blühender Gesichtsfarbe und guter Ernährung. Der Bauch beträchtlich vergrößert, namentlich auf der rechten Seite mehr vorgewölbt. Circumferenz in der Nabelhöhe 67 Cm., vom Proc. xiph. zum Nabel 19 Cm., vom Nabel zur Symphysis pubis 14 Cm., von der rechten Spin. ilei zum Nabel 15, von der linken Spin. zum Nabel 13 Cm. In der rechten Bauchhälfte ist ein rundlicher, etwas beweglicher Tumor herauszupalpieren, der durch eine von der rechten Spin. ilei schräg nach aufwärts ziehende seichte Furche ziemlich deutlich in zwei Abschnitte getrennt wird. Die Bauchdecken über der Geschwulst von bläulichen Venennetzen durchzogen, frei beweglich; die Oberfläche des Tumors glatt, seine Resistenz eine derbe, Fluctuation nirgends nachzuweisen; dagegen lässt sich beim Anschlagen ein eigenthümliches Vibriren der Geschwulst (Hydatidenzittern) herausfühlen. Percussionston rechts gleichmässig von der rechten Lumbalgegend über die Linea alba hinaus bis zur linken Mamillarlinie gedämpft. Auf der linken Seite des Tumors, etwas nach links von der Linea alba

sieht man an der sonst glatten Oberfläche einen im Bogen hinziehenden flachen Wulst, der bei der Palpation durchaus den Eindruck einer dickwandigen leeren Darmschlinge macht und mit der Geschwulst fester verbunden zu sein scheint, obgleich sich bei wiederholter Untersuchung keine Gasfüllung in diesem Wulste nachweisen lässt. Die obere Grenze der Geschwulst ist vom unteren Leberende durch eine etwa drei Finger breite Zone hellen tympanitischen Percussionsschalles geschieden, beim Herabdrängen der Geschwulst lässt sich keine Verschiebung der Lebergrenzen zu Wege bringen. In derselben Weise schiebt sich eine schmale tympanitische Zone zwischen dem vorderen Ende der Darmbeinschaukel und der Geschwulst nach hinten; beim Aufwärtsdrängen der Geschwulst kann man das Becken abpalpiren und sich mit Bestimmtheit davon überzeugen, dass keine strangförmige Verbindung zwischen Tumor und Beckenorganen vorhanden ist. Urin von normaler Menge und Beschaffenheit, spec. Gew. 1022. Stuhlgang normal. An den Respirations- und Circulationsorganen nichts Abnormes zu eruiren. Menses sind noch nicht eingetreten.

*Diagnose:* Nach dem oben geschilderten Befunde musste die Diagnose auf einen retroperitonäalen von der *Nierengegend* ausgehenden Tumor gestellt werden; die weite Abdrängung des Colon ascendens nach links konnte nur durch eine Geschwulst, welche sich zwischen den Blättern des Mesocolon entwickelt hatte zu Stande gekommen sein; die freien Grenzen nach oben und unten schlossen eine Verbindung mit der Leber oder den Beckenorganen sicher aus. Es blieb nur zweifelhaft, ob die Geschwulst von der Niere selbst oder der Capsula adiposa ausgegangen war. Die derbe Consistenz machte das Vorhandensein einer Echinokokkuscyste unwahrscheinlich; um so mehr da auch weiche Fibrome bisweilen das Gefühl des Hydatidenzitterns darbieten können. Die langsame Entstehung der Geschwulst, das ungestörte Allgemeinbefinden sprachen für eine gutartige Neubildung, die normale Beschaffenheit des Harns für einen Tumor, welcher die Function der Niere noch nicht wesentlich beeinträchtigt haben konnte.

*Operation den 26. Mai 1884.* Nach vorangeschickter Ausspülung des Darms und sorgfältiger Reinigung des Körpers durch ein Vollbad, wird die Operation in folgender Weise ausgeführt. 5 Cm. nach rechts von der Linea alba, parallel mit derselben, Schnitt von 15 Cm. Länge durch die Bauchdecken. Nach Spaltung der Fascia transversa präsentirt sich eine lockere mit Gefäßen reichlich durchzogene Zellgewebsschicht, welche den Tumor umhüllt und sich

leicht von demselben abstreifen lässt. Die Oberfläche des Tumors von sehnigglänzender Beschaffenheit. Die Auslösung der Geschwulst aus ihrer lockeren Zellgewebshülle ist leicht zu bewerkstelligen, die Herausbeförderung derselben über die Bauchdecken gelingt aber erst, nachdem der Schnitt in den Bauchdecken nach aufwärts noch um 5—6 Cm. verlängert worden ist. Hierbei stellt sich nun heraus, dass der Tumor in dem unteren Pol der rechten Niere eingebettet liegt, indem das Nierengewebe in Form einer dünnen Schicht, fächerförmig auf die hintere Fläche desselben hinübergreift. Der obere Abschnitt der Niere von normaler Grösse und Beschaffenheit.

Zunächst wird der Ureter freigemacht und zwischen zwei Ligaturen durchtrennt, dann das ganze Bündel der sehr erweiterten Nierengefässe in eine Massenligatur gefasst und abgetrennt. Der nunmehr herausbeförderte Tumor zeigt einen Längendurchmesser von 21 Cm., einen Querdurchmesser von 18 Cm., wiegt ca. 2,5 Kgr. Sorgfältige Toilette der Wundhöhle, an deren vorderer Wand das Colon descendens durchschimmert und sich deutlich abpalpiren lässt. Schluss der Wunde. Antiseptischer Verband. Da die Narcose ziemlich schlecht gewesen war, erholt sich Patientin nur langsam, es tritt aber kein Erbrechen ein.

In den nächsten 24 Stunden werden 500 Ccm. Harn von 1025 spec. Gew. entleert, der keine abnormen Bestandtheile enthält, aber stark sedimentirt. Temp. normal.

27. Mai — 2. Juni. Durchweg gutes Allgemeinbefinden, normale Temperaturen; Harnmenge schwankt zwischen 450—520 Ccm.

Den 3. Juni reichlicher Stuhl.

Den 4. Juni werden die Nähte entfernt; an zwei Stellen ist Necrose der Wundränder eingetreten, doch erstreckt sich diese nur auf die Haut. Die tieferen Lagen sind prim. int. geheilt.

Den 7. Juni 830 Ccm. Harn.

Den 13. Juni 1,100 Ccm. Harn.

Den 28. Juni 1,260 Ccm. Harn.

Da die Wunde mittlerweile vollständig geheilt ist, wird Pat. den 30. Juni aus der Klinik entlassen.

Brieflichen Nachrichten zufolge, welche wir im September von Dr. Schwarz in Fellin und im Dec. von der Patientin selbst erhielten, ist das Allgemeinbefinden ein sehr gutes, die Harnabsonderung reichlich, die Ernährung eine vortreffliche.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergiebt ein dichtes fasriges, zum Theil wellenförmig angeordnetes Bindegewebe, in welchem sich näher zur Niere hin, hie und da eingesprengte, ge-

schrumpfte Glomeruli nachweisen lassen. An einigen Stellen, die eine derbere Consistenz zeigen, finden sich Inseln von hyalinem Knorpel. Der obere Theil der Niere von normaler Beschaffenheit, auch die Papillen gut erhalten.

II. *Nicol Lipplik* (Kl. Journal № 454) wird den 29. Oct. 1884 in die chirurgische Klinik aufgenommen.

Pat. 55 Jahr alt, seines Berufs Tischler, ist bis auf eine grosse doppelseitige Inguinalhernie, welche im 14. Lebensjahre entstanden sein soll, immer gesund gewesen. Vor 4 Jahren fiel Pat. aus einem Wagen, wonach er längere Zeit an Schmerzen in der linken Seite litt. Im Jahre 1882 bemerkte er eine auffällige Grössenzunahme des Unterleibes, auch stellten sich vorübergehend Oedeme an den Knöcheln ein. Als er dieser Erscheinungen wegen die Hilfe der medicinischen Klinik im Jahre 1883 aufsuchte, wurde daselbst eine deutlich fluctuirende Anschwellung des Leibes constatirt, und 2 Mal, aber ohne Erfolg punctirt.

*St. pr.* Pat. ist von hohem Wuchse, kräftigem Körperbau, gut entwickelter Musculatur aber etwas reducirtem Fettpolster. Körpergewicht 110 Kgr. Unterleib colossal aufgetrieben, nach vorne überhängend, die Rippenbögen und Proc. ensiformis des Sternum nach aussen und vorne verdrängt. Haut glänzend gespannt, von bläulichem Venennetze durchzogen, Nabel verstrichen. Umfang des Leibes in der Nabelhöhe 143 Cm. Entfernung des Proc. ensiformis vom Nabel 46, des Nabels von der Symphyse 18 Cm., vom Nabel zu den beiden Spin. ilei 33 Cm. In beiden Hypochondrien, im Epigastrium in der rechten Lumbalgegend und über den horizontalen Aesten des Schambeins tympanitischer Schall. Links zieht sich über den Tumor von den Rippenbögen nach abwärts eine etwa 4 Fingerbreite tympanitische Zone, auch lässt sich daselbst hin und wieder ein deutliches Quatschen und Gurren vernehmen; im Uebrigen ist der Percussionston vollständig gedämpft.

Alle diese Grenzen bleiben bei den verschiedensten Körperlagen und bei aufrechter Stellung unverändert. Bei der *Palpation* ist oberhalb des Nabels und mehr nach links oben eine grössere Resistenz und hie und da eine knollige unregelmässige Oberfläche nachzuweisen, doch lässt sich nirgends ein scharf begrenzter Tumor herauspalpiren. Beim Anschlagen hat man das Gefühl des Vibrirens, aber keine deutliche Fluctuationswelle. Beiderseits grosse reponible Leistenhernien, welche aber sofort nach der Reposition wieder vorfallen. In den unteren Theilen der Lungen catarrhalische Geräusche. Das Herz von normaler Grösse, keine Geräusche vorhanden.

*Harn* von normaler Menge 1500 Ccm. in 24 Std., spec. Gewicht 1020, enthält kein Einweiss.

Oedem der unteren Extremitäten, welches bis zu den Knien hinaufreicht. Hin und wieder Stuhlverstopfung und Kreuzschmerzen, sonst das Allgemeinbefinden ungestört. Temp. stets normal.

Da sich bei weiterer Beobachtung und wiederholter Untersuchung die Percussionsgrenzen nicht änderten und die schmale tympanitische Zone links bei ihren verschiedenen Füllungszuständen nur als Colon descendens gedeutet werden konnte, so mussten wir die *Diagnose* auf einen retroperitonäalen Tumor — sehr wahrscheinlich von der linken Niere oder Nierengegend ausgehend — stellen. Was die Beschaffenheit des Tumors anlangte, so liess sich bei der langsamen Entwicklung desselben, und dem relativ guten Ernährungszustande des Pat. nur an eine gutartige Neubildung denken, entweder an ein weiches Fibrom oder Cystofibrom. Dafür sprach die elastische Consistenz und Vibration, und das Vorhandensein grösserer Knollen an der Oberfläche. Bei der colossalen Grösse der Geschwulst musste eine *operative* Beseitigung derselben gleich von vornherein für unmöglich erklärt werden. Die einzige rationelle Methode der extraperitonäalen Auslösung durch den Lumbalschnitt erschien hier unausführbar; der intraperitonäalen Methode stellten sich so ernste Bedenken entgegen, dass man ohne Weiteres auf dieselbe verzichten musste. Pat. wurde deshalb mit der Weisung entlassen sich wieder vorzustellen, sobald eine erhebliche Verschlimmerung seines Zustandes eingetreten sei.

Anfang März 1885 meldete er sich zur Aufnahme. Das Oedem der unteren Extremitäten hatte erheblich zugenommen; ein Lungenoedem machte seinem Leben am 22. März ein Ende.

*Section den 23. März 1885.* Leiche stark abgemagert, hochgradiges Oedem der unteren Extremitäten. Bei Eröffnung der Bauchhöhle gelangt man auf den mit der vorderen Fläche der Bauchwand leicht verklebten Tumor, über dessen vordere seitliche Partie links das Colon descendens mit leichter Krümmung nach vorne herabsteigt. Ein Einschnitt in den Tumor entleert ca. 5000 Ccm. einer gelbbraunlichen, übelriechenden, mit gelblichen Flocken untermischten Flüssigkeit und eröffnete eine grosse Höhle mit unregelmässig zerfetzten Wandungen. Dünndarm, Colon ascendens und transversum nach rechts und oben verlagert. Die unteren Abschnitte des Ileum im Bruchsacke der rechtseitigen Inguinalhernie.

Nach ausgiebiger Spaltung des Peritonäalüberzuges der Geschwulst lässt sich dieselbe ohne Mühe herauschälen. Hierbei erweist sich,

dass sie namentlich nach oben links aus einem Aggregat grösserer und kleinerer kugelig gelappter Knollen besteht. An der hinteren Fläche der Geschwulst liegt die platt zusammengedrückte linke Niere, deren Länge 16 Ctm., Breite 6 Ctm. und Dicke nur 2 Ctm. beträgt. Das Nierenbecken und der Ureter zeigen nichts Auffälliges, die Schleimhaut blass, mit zähem Schleim bedeckt. Das Parenchym der Niere auffallend blass, zähe, in den Papillen gelbliche Streifen, die an Harnsäureinfarcte erinnern. Die *rechte Niere* von normaler Grösse und Beschaffenheit. Die Milz etwas geschrumpft, zeigt eine derbe glänzende Schnittfläche. Leber normal. Lungen in den untersten Abschnitten ödematös durchfeuchtet. Herzmuskulatur bräunlich verfärbt, Klappen normal; in der Intima der Aorta inselförmige gelbliche Verfärbungen.

Die Geschwulst zeigt auf ihrem Durchschnitte in den knolligen Partien eine glänzende Schnittfläche und graulich gelbliche Färbung. Im unteren Abschnitt findet sich wieder eine etwa mannskopfgrosse Cyste mit ähnlichem Inhalt wie die vorher erwähnte vordere.

Der mikroskopische Befund ergibt

1) Ablagerungen von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk in den Sammelröhren der linken Niere, ausserdem interstitielle Nephritis.

2) Der Inhalt der Cyste besteht aus Cholesterinkristallen, Fetttropfen und Detritus.

3) Die Knollen zeigen einen deutlich fibrösen Bau mit Fetteinsprengungen.

*Anat. Diagnose.* Lipoma fibrosum oder Fibroma lipomatosum der Capsula adiposa der linken Niere.

So günstig sich nach den eben gemachten Erörterungen die Prognose bei der Exstirpation gutartiger Nierentumoren im Allgemeinen gestalten dürfte — so wenig günstig scheint der Erfolg bisher bei bösartigen Geschwülsten gewesen zu sein. Nach der Zusammenstellung von S. W. Gross (l. c. p. 7) gingen unter 49 Operirten 30, also ca. 61% bald nach der Operation zu Grunde. Neunzehn überlebten die Operation und von diesen zeigte die Hälfte sehr bald wieder Recidive, so dass eine dauernde Heilung nur in etwa 12% aller Fälle erreicht wurde. Sprechen diese Zahlen auch nicht direct gegen die Operation, so sprechen sie doch ge-

gen die zu späte Vornahme derselben. Es liegt ja auf der Hand, dass bei längerem Bestande der Neubildung auch die technischen Schwierigkeiten um ein Bedeutendes wachsen müssen, so dass eine vollständige Entfernung aller erkrankten Gewebe nicht immer möglich erscheinen wird. Leider besitzen wir keine Anhaltspuncte, um das Vorhandensein einer regionären Ausbreitung auf die Umgebung der Nieren mit Sicherheit zu erkennen. Am günstigsten dürften sich noch solche Tumoren zur Operation stellen, welche ein gewisses Maass von Beweglichkeit besitzen und durch den Lumbalschnitt angreifbar sind. Die glatte Ausschälbarkeit des Tumors aus dem retroperitonäalen Zellgewebslager scheint mir eine *conditio sine qua non* für den Erfolg. Unbeweglich fixirte Tumoren durch den Bauchschnitt entfernen zu wollen, ist ein so gewagtes Unternehmen, dass ich wenigstens demselben nicht das Wort reden möchte. Auch die antiseptische Chirurgie der Neuzeit hat ihre Grenzen, welche nicht überschritten werden dürfen. Ich gebe die Geschichte eines Falles, der die Berechtigung obigen Calculs wohl zu stützen geeignet ist.

*Marri Rackke* (aufgenommen den 17. Juli 1885. Kl. Journal № 269). Patientin ist 49 Jahr alt, verheirathet, hat 11 Mal geboren; das letzte Mal vor 6 Jahren. Im April d. J. zuletzt menstruiert. Um dieselbe Zeit bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Lumbalgegend. Pat. ist bisher immer gesund gewesen, nur im Januar 1885 entleerte sie blutig gefärbten Urin und empfand ziehende Schmerzen, welche von der linken Lumbalgegend gegen die Blase und den Oberschenkel ausstrahlten; seit dem Auftreten der Geschwulst wiederholte sich das Blutharnen häufiger, auch nahmen die ausstrahlenden Schmerzen an Heftigkeit zu.

*St. pr.* Pat. ist abgemagert, von kachektischem Aussehen. Bauchdecken äusserst schlaff. Zwischen der verlängerten Parasternal- und Mammillarlinie links, etwa drei Finger breit unterhalb des Rippenbogens lässt sich die Kuppe eines rundlichen Tumors herauspalpiren; derselbe ist von ziemlich glatter Oberfläche, derber Consistenz und in der Richtung von vorne nach hinten und von oben nach unten ver-

schiebbar. Bei der Percussion ist die Milz von der Geschwulst deutlich abzugrenzen. Ueber die Geschwulst, welche einen gedämpften Schall zeigt, zieht etwa von der zehnten Rippe nach abwärts eine zwei Finger breite tympanitische Zone, welche durch Einblasen von Luft per rectum sich unzweifelhaft als Colon descendens zu erkennen giebt. Die rechte Niere, bequem durch die Bauchdecken herauszupalpieren, erscheint vielleicht etwas vergrößert.

Der nach der Untersuchung aufgesammelte Urin zeigt einen bedeutenden Gehalt an theils geronnenem, theils flüssigem Blut, bei der mikroskopischen Untersuchung grosse Mengen frischer und stechapfelförmiger Blutkörperchen, lymphoider Zellen und Blasenepithelien. Menge in 24 Stunden 450 Ccm. An den übrigen Organen nichts Abnormes.

Da nach diesem Befunde die *Diagnose* eines wahrscheinlich malignen Tumors der linken Niere feststand, so wurde den 22. Juli zur *Operation* geschritten.

Schnitt durch die Bauchdecken von der Spitze der elften Rippe beginnend etwa drei Finger breit nach hinten von dem lateralen Rande des Colon descendens und in etwas schräger Richtung vor der Spin. ilei. ant. sup. sinistr. endigend. Da nach Trennung der Fasc. transversa das Peritonäum vorliegt und die hintere Umschlagsfalte derselben nicht genau zu bestimmen ist, so wird der Peritonäalsack oben, etwa in der Ausdehnung von zwei Zoll eröffnet, und als sich bei der Untersuchung mit dem Finger ergiebt, dass die Umschlagsfalte noch etwa  $1\frac{1}{2}$  Zoll weiter nach hinten liegt, diese Oeffnung wieder durch eine Kürschnernaht geschlossen. Beim Eindringen in das retroperitonäale Zellgewebe präsentirt sich die Geschwulst von dunkelröthlicher Färbung mit einer grossen Anzahl erweiterter Venen überzogen. Da sich eine Anzahl dieser Venen direkt in die Geschwulst einsenkt, kommt es bei der Auslösung zu einer ziemlich starken venösen Blutung, welche aber sofort steht, als der untere Abschnitt des Tumors über die Bauchdecken emporgehoben ist. Nun präsentirt sich der Hilus der Niere mit den Nierengefässen und dem Ureter in einem etwa 10 Cm. breiten Stiel. Der Ureter scheint mit Geschwulstmassen gefüllt.

Nach Transfixion des Stiels wird derselbe zuerst in zwei Portionen en masse und dann jedes Gefäss noch einzeln unterbunden; der Ureter ist beträchtlich erweitert, die im Anfangstheil enthaltene Füllungsmasse lässt sich leicht entfernen. Am meisten Schwierigkeit macht die Auslösung der obersten Kuppe der Geschwulst gegen die Milz zu; hier ist sie durch eine entzündliche Infiltration des Zellge-

webes stärker fixirt. Ausspülung der Wundhöhle mit Sublimatlösung 1 : 1000, 2 dicke Drains, Nahtverschluss und antiseptischer Verband. Die enucleirte Geschwulst wiegt 825 Grms., misst im Längendurchmesser 18 Cm., im Breitendurchmesser 13 und im Dickendurchmesser 8 Cm. Die obere gegen das Diaphragma gerichtete Spitze zeigt einen höckrigen Vorsprung, sonst ist die Form der Niere im Allgemeinen erhalten.

Das Nierenbecken mit entfärbten Gerinnseln gefüllt. Auf dem Durchschnitt zeigt die Niere mehrere, grössere, gelbliche, markige Knoten, mit cystischen Hohlräumen, zwischen denselben noch Reste des normalen Nierengewebes. Die mikroskopische Untersuchung lässt es zunächst unentschieden, ob ein medullares Sarcom oder Carcinom vorliegt.

*Decursus morbi.* Nach der Operation vorübergehendes Erbrechen. Puls und Temperatur befriedigend. — Höchste Temperatur am 3. Tage 37,9. — Harnmenge in 24 Stunden steigt bis zum 4. Tage rasch auf 1230 Ccm. Der entleerte Harn ist eiweissfrei. Am 28. Juli reichlicher Stuhl. Allgemeinbefinden gut. Am 31. Juli werden Drains und Nähte entfernt. Die Wunde ist in ihrer ganzen Ausdehnung pr. int. geheilt.

1. Aug. Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Der Harn, obgleich in reichlicher Menge entleert, 1650—1900 Ccm., enthält geringe Menge Eiweiss und eine Beimischung von Leukocythen.

10. Aug. Da die Untersuchung des Abdomen nichts Abnormes ergiebt, die vorhandenen Beschwerden auf eine catarrhalische Cystitis und Pyelitis des rechten Nierenbeckens, so wie auf die sehr träge Darmfunction zurückzuführen sind, wird Pat. auf ihren Wunsch mit den erforderlichen ärztlichen Verordnungen nach Hause entlassen.

Den 28. Aug. meldete sich Pat., welche keinen Nachlass ihrer Beschwerden gefühlt hatte wieder zur Aufnahme in die Klinik. — Harn trübe, sedimentirt beim Stehen, reagirt aber stark sauer; enthält kein Eiweiss, ziemlich viel Leukocythen und Bacterien. — Die tägliche Harnmenge lässt sich nicht genau bestimmen, da Pat. trotz strengen Verbots einen Theil desselben im Abtritt deponirt. Annähernd 1200 Ccm.

Bei Untersuchung des sehr schlaffen Leibes lässt sich Nichts herausfinden, was auf ein Recidiv deutet. — Die rechte Niere erscheint vielleicht etwas voluminöser. — Pat. klagt über unbestimmte ziehende Schmerzen, die von der rechten Lumbalgegend gegen die

Regio hypogastrica ausstrahlen, Druck im Epigastrium, Athembeklemmungen, Schlingbeschwerden und dgl. mehr. Der Stuhl sehr träge. Abführmittel, prolongirte warme Bäder und Asa foetida schaffen noch am meisten Abhülfe.

Da sich bis zum 17. Sept. der Zustand etwas gebessert hat und keine palpablen Veränderungen im Unterleibe aufgetreten sind, wird Pat. wieder nach Hause entlassen.

---