

(Ülikooli II haavakliinikust. Juhataja: prof. K. Konik.)

Neerutuberkuloosi kirurgilise ravi tagajärjed II haavakliinikus pikema aja järel vaadeldult (1921—1930).

A. Linkberg.

Neerutuberkuloos on nakkushaigus, mis palju sagedamini neerus esineb, kui seda kliinikus nähakse, sest seksiooniandmeil on iga 100 lahangu kohta leitud 3%—5% tuberkuloosseid muutusi neerus (Casper).

Neerutuberkuloos oli tuntud juba Hippokrates'e ajal, aga alles 18. sajandi lõpul kirjutas Bayle täpsalt urogenitaal-tuberkuloosist. Temale järgnesid Chopart ja Rayer. Kuid need autorid kirjeldasid neerutuberkuloosi patoloogilis-anatoomiliselt ja sest ajast algasid ka vaidlused selle üle, kuidas neer infitseerub.

Silmas pidades, et ühes neerutuberkuloosiga haigustub meestel sagedasti ka munandimanus, arvati 19. sajandi alul (Ricard, de Tillaux, de Gosselin) munandimanus olevat primaarse infektsiooni pesaks, kust juba edasi põis ja viimaks neer infitseerub (astsendeeruv neeruinfektsioon).

Decorché tõestas 1875. aastal, et neerutuberkuloos infitseerib destsendeeruvalt põit ja urogenitaalsüsteemi, kuid selle peale vaatamata pooldasid arstid-kliiniklased astsendeeruvat teed neeru tuberkuloosiga infitseerimiseks, ja alles kui Robert Koch 1882 näitas neerutuberkuloosi tekitaja, läks Durand-Fardel'il 1886. a. korda eksperimentaalselt vere kaudu neerutuberkuloosi esile kutsuda, ja alles peale esimest õnnestunud tuberkuloosete neerude kõrvaldamist nefrektomia teel (Israel, Kümmel, Albarran) täheldati, et ka põietuberkuloos paraneb, siis alles tunnustati neerutuberku-

loosi destsendeeruvat teed põie kohta ja Nitze küstoskoobi leiutamise, mida Albarraan 1897. a. veel ureeter-küstoskoobiga täiendas, avanes võimalus näha, et põies sagedasti puudusid igasugused patoloogilised muutused, kuna neer ise, tihti ka ureeter, tugevasti oli infitseeritud tbk.-ga. Muidugi võib neer ka astsendeeruvalt tbk.-ga infitseeruda, iseäranis kui põies esinevad rasked tuberkuloossed muutused, kusjuures põide viiva ureeteri avaust ümbritsev limanahk on tugevasti tursunud, mille tagajärjel ureeteriavaus seisab lahti, ja ärritatud põie kontraktsioonide puhul võib tuberkuloosiga infitseeritud uriin retrograadselt infitseerida ureeteri, kui ka neeruvaagna (Wildbolz).

Selle mooduse abil infitseerub harilikult terve neer haigest neerust. Neile kahele neeru infitseerimismoodusele (s. o. esimene hematogeenne, teine astsendeeruv) kaasub veel kolmas — Tendeloo ja Brongersma oma, kes pooldavad neeru tbk.-infektsiooni mahla- teede kaudu. Kõiki neid teooriaid arvesse võttes peab tähendama, et neerutuberkuloos on sekundaarne haigus, mille puhul primaarne tbk.-pesa asub kas kopsus või mahlasõlmedes, või kuskil mujal organis, kust tbk.-batsillid verre sattudes neerudesse kanduvad, kuhu nad nagu filtrisse peatuma jäävad, ja kui mõningail väliseil või seesmisil põhjusil (gonorröa või ka mõne muu infektsiooni puhul) neeru vastupanu nõrgestub, infitseerub viimane. Neerutuberkuloos on haigus, mis tabab inimest kõige sagedamini 30—40 aastate vahel; lastel kui ka peale 50 aasta vanuseil on ülalnimetatud haigus palju haruldasem. Missugune sugupool on enam disponeeritud neerutuberkuloosile, ei ole tänini veel kindlaks tehtud. Wildbolz ja Casper arvavad, et neerutuberkuloosi haigustub enam naisi kui mehi, kuna mõned autorid asuvad vastupidisel seisukohal; viimaste autorite kasuks räägivad ka sektsioonil saadud andmed. Et kliinikus on neerutuberkuloosi põdejate seas ülekaalus naised, sellest ei või veel järeldada, et nad on neerutuberkuloosile enam vastuvõtlikud, vaid sellega, et naised kogu maailmas, iseäranis Euroopas, on suure ülekaalus meeste arvuga võrreldes. Mis puutub neerutuberkuloosi kliinilistesse sümptomitesse, siis võib neerutuberkuloos mõnikord väga pikka aega, isegi aastakümneid, esineda täiesti ilma igasuguste või õige väheste tunnuste kaudu, mida harilikult ei pandagi tähele ja arsti poole alles siis pöörduakse, kui valud kas hookaupa või alaliselt neeru kohal kui ka põie piirkonnas juba õige intensiivseks muutuvad. Need valud võivad reflektorselt põide kui ka ureeterisse üle kanduda, sest väga sagedasti tahab haige valude ajal urineerida, kuid see tung kestab ka peale urineerimist edasi; mida enam tuberkuloosne protsess põies laieneb, seda sagedamaks muutub uri-

nerimistung, ja valud põies suurenevad urineerimise ajal; siin esinevad peale reflektorsete põienähtuste ka juba viimase anatoomilised muutused: tuberkuloosne protsess tungib põie limanahast sügavamale põieseina lihaste kihisse, infiltreerides tervet põieseina. Selle tagajärjel kortsub põis, kaotab oma kontraktsiooni — kui ka lõtvumisvõime, nii et ta enesesse ei mahuta enam kui 10—15 cm³ uriini, milline asjaolu sunnib haiget iga 5 minuti järel urineerima, mis on õige suurte valudega seotud, iseäranis urineerimise lõpu poole, mille puhul põiest võib tulla ka verd. Muidugi esinevad need nähtused siis, kui põis raskel kujul on tuberkuloosiga infitseerunud. Kuid kõik need loendatud sümptomid võivad esineda ka teiste mädaste neerukui ka põiepõletikkude puhul, mille pärast ainult nende tunnuste varal ei tohi veel neerutuberkuloosi diagnoosida.

Palju tähtsam on objektiivne kliiniline leid: siin on esitähatsusega neerufunktsiooni, uriini kui ka põie limanaha uurimine; juba katsuklaasis makroskoopiliselt vaadates, näib uriin olevat sogast värvust, mida mädarakkude kui ka vere arvele tuleb panna. Mäda leidumine uriinis (*pyuria*), mis neerust tuleb ja kauemat aega vältab, on esimene neerutuberkuloosi tunnus ja ei puudu kunagi, kui tuberkuloosipesa neerus on ühenduses kust viivate teedega, seejuures on uriin harilikult hapu reaktsiooniga; veel rohkem kahtlust äratav, kui kauemat aega leidub uriinis verd. Verejooks võib tekkida ka põiest, kuid siis võib harilikult urineerimise lõpul leida verd uriinist, nagu eespool kirjeldatud. Tuleb ette ka tõelist neeru verejooksu, mis mõnikord on väga akuutset laadi, nii et see saab elule hädaohtlikuks, kuigi uriinis ei leidu peale vere midagi patoloogilist. Viimase etioloogia oli kaua selgusetu, millepärast niisugust verejooksu nimetati lihtsalt „essentsiaalseks hematuriaks“. Kuid 1926. a. tegid Schelle Klose kindlaks, et ka niisuguseil juhtudel on orgaaniline alus.

Kui uriinis leidub veel tuberkuloosibatsille, siis on urogenitaalsüsteemi tuberkuloos väljaspool kahtlust; tuleb ainult kindlaks teha organ, kus see tuberkuloosipesa asub. Selleks aitab meid ureeteriküstoskoop, mille abil me võime põie limanaha ureeteriavaused, niisama ka eraldi mõlema neeru uriini omadused bakterioloogiliselt kui ka keemiliselt täpsalt kindlaks teha. Neerufunktsiooni kindlakstegemiseks süstitakse indigokarmiini või metüleensinist kas intramuskulaarselt või intravenoosselt ja jälgitakse, kui ruttu sinine värv eritub põide. (Normaalselt intravenoosselt süstimise korral 3—4 minutit, intramuskulaarselt 8—10 minutit peale süstimist). Kuid mitte alati ei ole võimalik neerufunktsiooni võime katsumise üle otsustada

ureeteri töötamise järele, sest sagedasti on neerutuberkuloosi puhul ureeter juba varakult tbk-protsessist haaratud, selle tagajärjel viimane üles tursunud, paksenenud ja ureeterikateetritele täiesti läbistumatuks muutunud; või on põies ureeteriavause ümbrus niivõrt tursunud või ultsereerunud, et täiesti võimatuks osutub ureeteri kui ka neeruvaagna sondimine. Peale selle ei pooldagi mõned nimekad autorid, nagu C a s p e r ja teised, neerutuberkuloosi puhul retrograadset uretroskoopiat, põhjendades seda sellega, et kui põies leiduvas vedelikus asuvad tbk.-batsillid, siis need, ehk küll vähesel määral, kuid siiski võivad sattuda tervesse neeru ja viimaks tuberkuloosiinfektsiooni esile kutsuda. Uroselektani leiutamisega prof. R ä t h ja B i n z'i poolt on ka see vaidlusalune küsimus lahendatud, sest uroselektaaniga intravenoosselt tehtud püelografia abil võime röntgenoloogiliselt jälgida neeru kuju funktsiooni, võrreldes terve neeruga, võime jälgida ureeteri läbistumist kui ka viimase kuju. Sellepärast on uroselektaan uusimaid ja tähtsamaid vahendeid, mis neerudiagnostikas viimase 10 aasta jooksul on leiutatud. Uroselektaaniga tehtud intravenoosne püelografia on praegu väga laialt tarvitusel. Tuleb ainult soovida, et ülalnimetatud preparaat muutuks hinnalt vastuvõetavamaks, sest praegune hind (40,0 g 12—15 Ekr.) on väga kallis. On veel palju teisi tähtsaid neerutuberkuloosi diagnoosimise vahendeid, kuid viimaste loendamine ajakirja veergudel ei ole võimalik; täpsat neerudiagnostikat peab õppima uroloogia käsiraamatuist, mida juba enam kui poolsada on olemas ja mis eriteadlase alale kuuluvad. Siinkohal on palju tähtsamad neerutuberkuloosi teraapia ja selle tagajärjed, pikema aja järel tähelepanud.

Ehk küll neerutuberkuloosi tervistamine konservatiivse ravi abil teoreetiliselt asub võimaluste piirides, kuid kirjanduses leidub ainult mõni juht, kus konservatiivsel teel on tagajärgi saavutatud. Tuberkuliinravi on katsutud juba Robert K o c h'i ajast saadik, s. o. enam kui 50 aastat, teisi konservatiivseid vahendeid veel palju kauemini, kuid viimaste pooldajad on pea kõik kas ise meditsiini maailmast kadunud või oma vaateid muutnud.

W i l d b o l z'il läks korda 316 konservatiivselt ravitud neerutuberkuloosihaike saatust kauemat aega jälgida, kus selgus, et 58% surid esimese 5 aasta jooksul, 20% elasid kauemini kui 5 aastat ja ainult 6% elas üle 10 aasta. Nii näeme et konservatiivse ravimise puhul haigel lühikest eluiga tuleb arvestada. Viimase 20 aasta jooksul on selgunud, et neerutuberkuloosi ravi igal võimalikul juhul, kui seda lubab veel haige tervislik seisund, niisama ka teise neeru

töötamisvõime, peab olema kirurgiline, kusjuures kõrvaldatakse haiguspesa nefrektomia abil. Mida varemini tehakse operatsioon, seda paremad tagajärjed saavutatakse.

Kuid tähtis ei ole neerutuberkuloosi puhul mitte ainult see, kuidas operatsioon õnnestub, vaid palju tähtsamad on, silmas pidades, et neerutuberkuloos on enamjagu sekundaarne haigus, operatsiooni tagajärjed pikema aja järel vaadatult. On ju teada, et neerutuberkuloosi, iseäranis tuberkuloosse püonefroosi puhul operatsiooniahv ei taha kuidagi kinni kasvada ja sagedasti haiged lahkuvad kliinikust lahtiste haavadega, mis mõnikord alles 1—2 aasta pärast täiesti kinni kasvavad; teiseks krooniliseks komplikatsiooniks neerutb. puhul on põietuberkuloos, mis tihti, nagu eespool tähendatud, peale haige neeru kõrvaldamist paraneb. Ülaltoodud kirjeldust arvestades selgub, kui tähtis on peale operatsiooni tähendatud haigete tervisele seisundit pikema aja järel kontrollida. Möödunud kevadel saatsin kõigile haigeile, kes neerutuberkuloosi puhul 10 aasta jooksul II haavakliinikus opereeritud või uurimisel olnud, ankeedilehed, kus peale teatud küsimuste vastamist palusin haiget võimaluse korral kliinikusse end näitama tulla. Kirjalikke vastuseid sain rohkem kui julgesin loota. 42 opereeritud neerutuberkuloosi-haigest vastasid 36, neist käis veel kliinikus end näitamas 20, kuna 6 isikut jäi leidmata.

Alltoodud tabelis nr. 1 on kõik opereeritud haiged ära tähendatud (vt. tabel).

Tab. nr. 1.

II haavakliinikus 10 aasta jooksul ravitud neerutuberkuloosi juhud.

15—20 a.	20—25 a.	25—30 a.	30—35 a.	35—40 a.	45—50 a.	50—55 a.	Sugu		Üdarv	Kumb neer		Ühes neeruga oli tuberkuloos veel järgm. organites						Operats. haav kasv kinni	Suremus				
							Mees-	Nais-		Parem	Vasem	Gystitis	Epididymis	Testis	Spondylitis	Coxitis	Kopsud		Kliinikus	Välj. kliinik.	Üld. nõrkus	Embolia	Üld. sepsis
4	11	9	7	4	3	4	15	27	42	26	16	21	2	1	1	1	1	2	7	30	2	1	2

Vaadates tabelis äratähendatud haigeid, näeme, et kõige rohkem neerutuberkuloosi on esinenud 20.—30. aasta vahel; naisi on ligi kaks korda rohkem, mis ehk osalt sellega seletatav, nagu eespool tähendasin, et naisi on üldse Eestis rohkem; silmatorkav on ka see,

et parem neer palju sagedamini haigustub kui vasem. Vaadates tabelis tähendatud juhte, näeme, et ligi 70% haigeil on tuberkuloos ka teistes organeis kindlaks tehtud, neist asub esimesel kohal põis, mis enam kui 50% haigustub, järgmised organid oma sageduse poolest on munandimanus (*epididymis*) ja kopsud; siinjuures olgu tähendatud, et pea kõigil ülalnimetatud haigeil on kopsud lastud spetsialisti poolt järele uurida, peale selle on enam jagu haigeid just sisekliinikuist saadetud.

Edasi näeme, et neist 42 juhust on 5 juhtu operatsiooni tagajärjel surnud, mis ümmarguselt moodustab 12%; kirjanduses kõiguvad vastavad arvud keskmiselt 10—20% vahel. Schmie den'i järele oli suremus 1880.—1890. a. 35,6%, 1890.—1900. a. 24,5%, Küster'i järele 1902. a. — 18,85 %, Albarran'i järele 1908. a. — 3,3%, Zuckerkandl'i järele 1911. a. 7,7%.

Need on kõik andmed, mis haige kliinikus ravimise aegu on saadud. Tabelis nr. 2 näeme andmeid, mis käsitlevad patsiendi praegust tervislikku seisundit (vt. tabel nr. 2).

Tabelis nr. 2 on need 36 juhtu üles tähendatud, kes minu ankeedilehele kirjalikult vastasid või ise kliinikus end näitamas käisid. Vaadates tabelis tähendatud juhte, paistab kõige pealt silma operatsioonihaava pikaline paranemine, mis vältas ühel juhul isegi üle 5 aasta. Edasi näeme, et pea kõik haiged on peale operatsiooni kaalus juurde võtnud (kahjuks ei ole kõigil enne operatsiooni kaal üles tähendatud). Jälgides haigete tervislikku seisundit ja enesetunnet, mis saadud patsiendi kirjalikest andmeist, kui ka minu poolt kliinikus järeleuuritud juhtudest, näeme et 77,7% tunneb end täiesti tervena; 16,6% on veel urineerimine sage ja osalt ka valudega, kuna 5,5% ennast täiesti halvasti tunneb; üks neist käis kliinikus end näitamas, kus küstoskoopimisel selgus põietuberkuloos õige raskel kujul, ka järelejäänud neeru ureeteriavause ümbrus oli tuberkuleiga üle külvatud. Operatsioonist oli möödunud 2 aastat. Veel pilku heites tabelisse, näeme, et 50% kõigist haigeist olid vallalised ja mõnedki naistest, kes tundsid endid täiesti terveina, olid huvitatud sellest, kas nad võivad abielluda ja sünnitada. Kuidas mõjub rasedus tuberkuloosesse organismisse, selle üle on palju vaieldud; organeist, mis kõige enam infitseeruvad tuberkuloosist, on kopsud, kust sagedasti ka urogenitaaltuberkuloos saab oma alguse. Statistiliste andmete varal on kindlaks tehtud, et rasedus ja lapsevoodi halvendab tublisti aktiivset kopsutuberkuloosiprotsessi 75%—100% juhtudel

Tabel nr. 2.

S u g u		Patsiendi iga aast.	Mitu aastat operatsioonist mööda.	Mitme kuu jä- rele haav kinni kasvanud.	Kehakaal		Patsiendi prae- gune tervislik seisund.	Mitu korda uri- neerib patsient 24. t. jooksul.	Märkused.
Mees-	Nais-				Enne ope- ratsiooni	Nüüd.			
	Vall.	18	8 ² / ₃	12	—	68,0	hea	3—4 k.	
	Abiel.	27	7 ³ / ₄	9	—	91,5	"	2—4 k.	Iseärasusita.
	Vall.	23	7	61	—	67,8	"	2—6 k.	"
	"	26	7	4	55,5	70,5	"	1—4 k.	"
Psm.	Abiel.	24	6 ¹ / ₃	16	—	89,0	"	6—10k.	"
	Abiel.	45	5 ¹ / ₂	12	—	—	halb		Kusi sagedasti hägune.
"	"	34	5	24	88,4	118,0	hea	6—7 k.	Iseärasusita.
"	"	23	4 ¹ / ₆	16	—	81,0	"	3—5 k.	"
Abiel.	"	32	4	10	—	78,0	"	3—7 k.	"
Psm.	"	25	3 ¹ / ₄	10	—	74,0	"	4—7 k.	"
	Vall.	24	3 ¹ / ₃	14	—	69,5	keskmine	sagedasti	"
Abiel.	"	33	3	1)	67,8	81,0	"	4—6 k.	"
Psm.	"	35	3	17	64,5	71,0	hea	5—8 k.	"
"	"	22	3	12	56,2	60,9	"	3—5 k.	"
Abiel.	"	28	3	1)	—	62,5	"	4—7 k.	"
Psm.	"	34	2 ³ / ₄	1)	—	—	"	3—7 k.	"
"	"	22	2 ³ / ₄	16	56,0	61,8	"	4—7 k.	"
	Abiel.	54	2 ³ / ₄	16	—	62,5	"	4—7 k.	"
"	"	30	2 ¹ / ₂	18	—	60,0	keskmine	8—10k.	"
"	"	35	2	16	63,8	64,5	"	7—10k.	"
	Vall.	26	2	8	54,2	56,0	hea	2—5 k.	"
	Abiel.	46	2	10	62,8	68,7	"	4—6 k.	"
	Vall.	21	2	12	58,2	72,0	"	4—5 k.	"
	Abiel.	36	2	6	72,8	90,5	"	3—5 k.	"
	"	38	2	8	61,6	62,0	halb	6—9 k.	Kusi hägune.
	"	27	2	1)	66,8	71,5	hea	6—9 k.	Iseärasusita.
Psm.	"	32	2	4	63,7	69,0	"	5—8 k.	"
"	"	29	1 ³ / ₄	1)	—	69,3	"	6—10k.	"
"	Abiel.	24	1 ³ / ₄	1)	63,0	67,0	"	3—7 k.	"
	Abiel.	123	1 ¹ / ₂	4	60,0	63,5	"	4—7 k.	"
	"	50	1 ¹ / ₂	lahti	64,0	73,0	"	5—8 k.	"
	Vall.	50	1 ¹ / ₃	6	59,0	61,5	"	5—10k.	"
	Abiel.	19	9/12	lahti	57,0	57,8	keskmine	3—6 k.	"
	"	27	6/12	"	46,3	60,0	"	3—8 k.	"
	"	46 ²)	7/12	2	50,0	61,0	hea	3—5 k.	"
Psm.	"	32	5/12	lahti	64,8	64,9	"	4—6 k.	Kusi hägune.

1) Operatsiooni haav kasvas juba klinikus kinni.

2) Ülalnimetatud haigel oli tuberkuloosne püonefroos, mis kaalus 4¹/₂ kg

ja selle tagajärjel suurendab ka suremust kohutavalt, mispärast niisuguseil juhtudel praegusel ajal rasedus kunstlikult lõpetatakse.

Kui aga tuberkuloosne protsess kopsus omandab inaktiivse kuju, siis rasedus haiguse protsessi ei kiirendavat ja esimest võib lõpuni kanda. Raseduse kahjulikku mõju neerutuberkuloosi kohta on Israel Mirabeau, Wildbolz kui ka palju teisi saksa ja prantsuse autoreid kindlaks teinud.

Et neerutuberkuloosi puhul terve neer peab isegi kahe eest töötama, siis, seda silmas pidades et raseduse läbi organismi vastupanuvõime nõrgestub, võimaldub sellega ühtlasi ka tuberkuloosi kiire arenemine; ja kuigi rasedus lõpuni kantakse, siis on organism lapsevõidus veel palju enam vastuvõtlik igasuguseile infektsioonidele, nende hulgas muidugi ka tuberkuloosile.

On palju juhte kirjeldatud, kus neerutuberkuloos on raseduse ajal väga kiiresti ägeda kuju omandanud. Mitte vähema tähtsusega pole küsimus, kuidas mõjub rasedus neisse, kellel juba üks neer tuberkuloosi puhul on kõrvaldatud. Muidugi, kui teine neer täiesti terveks osutub, oleks rasedus, niisama ka sünnitus lubatud, kuid ei või ju kunagi kindel olla, et raseduse ajal üksik neer endisest latentsest kopsus või mujal leiduvast pesast ei infitseeru. Nii kirjeldab Birchers juhtu, kus 9 aasta eest nefrektomeeritud naisel sünnituse puhul neer haigustus, mis lõppes üldise miliaartuberkuloosiga. Sääraseid juhte leidub kirjanduses palju. Crabtree ja Cabot nägid 35% juhtudel nefrektomeeritud naise raseduse puhul komplikatsioone järelejäanud neerus. Üldse tuleb alati seda silmas pidada, et raseduse ajal igasuguseid üldiseid ja teisi neeruhaigusi palju sagedamini juhtub, kui sel puhul üksik neer tuberkuloosi haigustub, siis tähendaks see patsiendi eluiga kiiret lühenemist.

Peale selle on ju teada, et tuberkuloossete vanemate lapsed on enam jagu nõrgema vastupanuga. Stevens kirjeldab juhtu, kus neerutuberkuloos raseduse V kuul kindlaks tehti, kuid ema ei lasknud ennast enne sünnitust opereerida. Sünnitus oli raske — tangidega. Sündides oli lapsel kaelal tuberkuloosne haavand ja kahe kuu pärast suri laps *meningitis tuberculosa*'sse.

Ülalkirjeldatud arvesse võttes, arvan et naised, kel juba üks neer tuberkuloosi puhul on kõrvaldatud, peaksid rasedusest hoiduma, kõige vähem teatud aja, kuni üldine tervislik seisund on jälle hea. Wildbolz arvab selleks 3 aastat, Kümmel 4 aastat tarvis minevat; kuid minu arvates võiksid ka siis ainult need sünnitusele mõelda, kes tulunduslikult täiesti kindlustatud, sest vastasel korral oleks sün-

nitus siiski enese tervise kui ka elu riskeerimine ja ühiskond võiks uue ilmakodaniku juurdetulekuga kasu asemel kannatada kahju. Juhatumusel, kui ema ja laps haigustuvad, tuleks juba niikuinii täistuubitud sanatooriumisse või mõnda muusse tuberkuloosi ravilasse ühe asemele kaks haiget paigutada ja seda muidugi ühiskonna kulul.

Kui aga neerutuberkuloos raseduse ajal kindlaks tehakse, siis soovitatakse esimeses järjekorras kõrvaldada haige neer operatsiooni teel, kaasa arvamata juhud, mil rasedus on juba viimases kuus. Niisuguseil juhtudel soovitab B a z y raseduse lõpuni oodata ja siis haige neer kõrvaldada.

Ühes ülaltoodud juhtudega oli kliinikus selle aja jooksul veel 11 juhtu kahepoolse neerutuberkuloosiga, keda kõiki raviti konservatiivsel teel. Kahe juhu kohta puuduvad mul andmed, kuna 9 on juba 7 surnud, kaks endid aga praegu väga halvasti tunnevad. Need kõik on arvud, mis näitavad, et neerutuberkuloosi puhul kirurgilise terapiaga võib rahuldavaid tagajärgi saavutada. Jääks ainult soovida, et nii maal kui ka linnas praktiseerivad kolleegid saadaksid iga haige, kes vähegi kahtlane urogenitaaltuberkuloosi suhtes, otsekohe kliinikusse, — siis oleksid operatsiooni tagajärjed veel palju paremad.

Kirjandus.

B a e t z n e r: Diagnostik der chirurgischen Nierenkheiten. 1921, lk. 188—231. — B a n d e l: Z. urol. Chir. **15**, 74—102. — B e c k e r t: Zbl. Gynäk. **45**, 376—381 (1921). — C a s p e r: Erg. Chir. **12**, 274—332; Med. Klin. **1923**, nr. 18. — C o h n: Z. urol. Chir. **9**, 129—140. — C o l m e r s: Sealsamas **14**, 244—247. — D o z s a: Sealsamas **25**, 310—343. — E i k e n, Th.: Acta chir. scand. **63**, 33—40 (1928). — E k e n h o r n: Z. urol. Chir. **12**, 123—152. — F r a g e n h e i m, P. u. W e h n e r, E.: Die Chirurgie **6**, 408—433. — G r e i f e n s t e i n, A.: Dtsch. Z. Chr. **208**, 1—32 (1928). H ü b n e r: Dsch. med. Wschr. **1923**, nr. 18; Klin. Wschr. **1923**, nr. 45. — J a n s s e n, P.: Dtsch. med. Wschr. **53**, 1768—1770. (1927). — K ü m m e l: Zbl. Gynäk. **45**, 1048—1049 (1926); — Klin. Wschr. **1923**, nr. 45; — Dtsch. Z. Chr. **203/204**, H. 1/6. — M a n d e l: Z. urol. Chir. **22**, 39—64. — M o r o g n a: Zbl. Chir. **1922**, 1258. — R o l l i e r, A.: Brit. J. Tbc. **22**, 9—13 (1928). N i e d e n: Z. urol. Chir. **10**, 231—244. — S c h e d e: Klin. Wschr. **1923**, nr. 43. — S t e i g e r, J.: Beiter Klin. Tbc. **68**, 406—427 (1928). — S t u z i n: Zbl. Chir. **1922**, 42. — W i l d b o l z: Z. urol. Chir. **8**, 17.

Deutsches Referat.

A. Linkberg: Die Nierentuberkulose und die Ergebnisse ihrer chirurgischen Behandlung in der 2. chirurgischen Universitätsklinik 1921—1930. Erschienen in Acta chirurgica Scandinavica 1931.

