Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.

Exstirpation eines Pankreastumors.¹⁾

Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. W. Körte.

M. H.! An dem Präparat, das ich Ihnen hier zeige, möchte ich Ihnen zweierlei demonstrieren: erstens, daß die Einnähungsmethode der Pankreaszysten nicht für alle Fälle paßt, und zweitens, daß die Exstirpation der Zyste für gewisse Fälle die absolut notwendige Methode ist. Es wird vielfach so dargestellt, als wenn die Einnähung, die bekanntlich von Gussenbauer im Jahre 1884 zuerst veröffentlicht und empfohlen worden ist, mit der Exstirpation konkurrierte, als wenn man sagen könnte: ich habe die Wahl, ob ich die Zyste einnähe, oder ob ich exstirpiere. Dies ist nicht richtig. Die überwiegende Mehrzahl der sogenannten Pankreaszysten sind eben Pseudozysten, d. h. keine echten Zystadenome mit epithelialer Auskleidung, sondern es sind Ergüsse entzündlicher oder traumatischer Natur, die unter das die Bauchspeicheldrüse deckende Peritoneum erfolgen, bzw. in die Bursa omentalis, die dem Pankreas anliegt. Diese Ergüsse enthalten in der Regel Bestandteile des Pankreassekretes und wirken stark reizend. Sie werden nicht resorbiert und verschwinden auch auf Punktion nur ausnahmsweise; in der Regel kommen sie nach dieser wieder. Für diese Fälle, in denen die Zystenwand aus einer ganz dünnen bindegewebigen Lage gebildet ist, meistens vom Peritoneum der Nachbarorgane herstammend, und die nicht mit Epithel ausgekleidet sind, paßt die Einnähung, ja sie ist die gebotene Methode. Diese Fälle heilen nach der Einnähung aus, weil eben das Epithel innen fehlt. Die Exstirpation ist sehr schwierig und direkt zu widerraten, meist unmöglich, weil der Balg sehr dünn ist, indem nur eine sehr dünne seröse Haut, mit den Nachbarorganen verklebt, die Wand darstellt.

Man ist erst allmählich dazu gekommen, von diesen Pseudozysten die von vornherein mit Epithel ausgekleideten wahren Zystadenome scharf zu unterscheiden. Man hat früher angenommen, daß in den Pankreaszysten, bei denen man die Epithelauskleidung vernahm, das Epithel durch die Wirkung des Pankreassaftes verdaut sei. Das ist ganz entschieden unrichtig. Es ist garnicht einzusehen, warum der Inhalt der Pankreaszysten, wenn er anfängt zu verdauen, nur die Epithelien, die doch sonst das widerstandsfähigste Gewebe sind, verdauen, aber das Bindegewebe intakt lassen sollte; dann müßte ja die Verdauung weitergehen, und die Zysten müßten in der Bauchhöhle platzen.

Für diejenigen Zysten, die eine epitheliale Auskleidung haben und die oft multilokulär sind, ist die Exstirpation die einzig richtige Methode. Wenn man bei diesen die Einnähung vornimmt, so schafft man einen Fistelgang, der in ein epithelhaltiges Organ führt. Der mit Epithelzellen ausgekleidete Hohlraum heilt nach der Einnähung nicht aus, wie die epithelosen Pseudozysten, sondern es entsteht eine dauernd absondernde Fistel.

Ein Beweis für das eben Gesagte ist das Präparat, das ich Ihnen hier zeige. (Demonstration.)

Es stammt von einem jungen, 25jährigen Menschen, der vor etwa einem Jahre in einem unserer östlichen Nachbarländer wegen einer Geschwulst im Bauche operiert wurde. Diese war ganz allmählich, unbekannt entstanden und wurde entdeckt, als sie einen Anfall von Darmverschluss hervorrief. Sie soll damals sehr beweglich gewesen sein, sodaß der Kollege, der die Operation im Auslande vorgenommen hat, die Geschwulst sogar hier oben, dicht an der Milzgegend einnähen wollte, weil er sie so leicht hin- und herschieben konnte. Nachdem er den Bauch eröffnet hatte, hat er von der Exstirpation, die damals möglich gewesen sein muß, Abstand genommen, weil die Lösung Schwierigkeiten machte, und hat die Geschwulst in der Mittellinie, dicht über dem Nabel, eingenäht. Es entwickelte sich nun eine Fistel, die bald mehr, bald weniger absonderte. Von Zeit zu Zeit, wenn eine neue Zyste vereiterte und durchbrach, kam ein neuer profuser Eitererguß, und nach drei Vierteljahren bestand bei dem Patienten der lebhafteste Wunsch, daß das ganze krankmachende Agens entfernt würde.

Als ich den Patienten ein halbes Jahr nach der ersten Operation zuerst sah, bestand eine ziemlich starke entzündliche Infiltration der

Umgebung der Zyste, und sie war so wenig beweglich, daß ich dem Patienten sagte, es sei zweifelhaft, ob die Geschwulst exstirpierbar sei, und zum Abwarten riet. Ein Vierteljahr später waren die entzündlichen Erscheinungen, die ich bei der ersten Untersuchung konstatiert hatte, zurückgegangen, es war wieder eine gewisse Beweglichkeit vorhanden, und auf den inständigen Wunsch des Patienten habe ich die Operation vor etwa drei Monaten unternommen.

Sie sehen an dem Präparat, das ich nachher herzugeben werde, auch schon aus einiger Entfernung, wo der Fistelgang ist, der nach außen in der Haut mündet. Nach Umschneidung und Vernähung der äußeren Fistelöffnung habe ich von einem Querschnitt aus die Geschwulst freigelegt. Diese präsentierte sich als eine Zyste mit sehr derber, gefäßreicher Wand, und es bestanden außerordentlich starke Verwachsungen sowohl mit dem Magen wie mit dem Kolon, ganz besonders aber mit dem Mesocolon transversum. Die Verwachsungen mußten größtenteils scharf gelöst werden, wobei alle in die Zystenwand hineingehenden Gefäße vor der Durchtrennung doppelt unterbunden wurden. Die großen Gefäße des Mesokolons — A. und V. mesenterica superior und deren größere Aeste — wurden sorgfältig geschont, der Magen wurde abpräpariert. So gelang es allmählich, den größten Teil der Zyste herauszubekommen. Nun kam ich auf einen Punkt, der den zweiten Teil dessen illustriert, was ich vorhin sagte. Es hörte nun auf einmal die derbe, dicke Zystenwand auf, und ich kam auf ein Gewebe, das mehr markige Konsistenz hatte, allerdings auch nach außen durch eine glatte, abschließende Membran abgegrenzt war. Dieser letzte Fortsatz drang in das Pankreas hinein, zwischen die Lappen des Pankreas, und es mußte nun dieser letztere Teil der Geschwulst aus dem Pankreas herausgelöst werden, was mit einigen Umstechungen unter Schonung des Pankreasganges gelang. Ich hatte nun einen V-förmigen Defekt im Pankreas, ungefähr in der Mitte des Körpers, dicht vor der Wirbelsäule. Den habe ich durch einige Nähte geschlossen, habe aber die Vorsicht gebrannt, daß ich einen Gazestreifen und zwei Gummistreifen auf diese Stelle gelegt habe, um etwaiges Sekret nach außen abzuleiten. Das zeigte sich auch als richtig, denn es erfolgte zwei bis drei Tage lang eine lebhafteste seröse Absonderung. Danach versiegte sie sehr bald, und die Gazestreifen konnten entfernt werden. Der Patient ist vollkommen geheilt.

Die Untersuchung des Präparates hat nun ergeben, daß wir hier zwei verschiedene Dinge haben. Wir haben zunächst die Zyste mit derber Wand. Sie ist natürlich nach der Entleerung stark kollabiert. Sie ist mehrkammerig, eine große Kammer ist eröffnet, eine ganze Anzahl anderer Kammern sind uneröffnet. An diesen sitzt nach unten hin eine solide, über eigröße Geschwulst, auch von einer Kapsel umschlossen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die mehrkammerige Zyste aus einer derben, bindegewebigen Wand bestand, welche inwendig mit einer dünnen Lage kubischer Epithelzellen ausgekleidet war. Die nach unten ansitzende, markige Geschwulst zeigte karzinomatösen Bau, während in den Zysten keine atypische Epithelwucherung sich fand. Es war also in diesem Falle die höchste Zeit, daß man daranging, die Geschwulst vollkommen auszulösen, ehe die maligne Neubildung diffus in das Pankreasgewebe hineingewuchert war. Das war, soweit man bei der Operation sehen konnte, noch nicht der Fall. Geschwollene Drüsen fand ich nicht.

Ich gebe Ihnen das Präparat herum und möchte also den Vorschlag daran knüpfen, daß man bei den wahren Zysten, d. h. bei Zystadenomen, entweder sofort die Exstirpation vornimmt oder sie in Ruhe läßt. Denn, wenn man eine dieser wahren Zysten einnäht, wie es hier und auch in einem anderen Falle, den ich früher einmal vorgestellt habe, geschehen ist, dann behält der Patient seine Zyste und hat noch eine eiternde Fistel dazu, was entschieden keine Verbesserung seiner Lage ist.

Von Interesse ist die Kombination, die hier zwischen Karzinom und reinem Zystadenom vorhanden ist. Wie die zustande gekommen ist, kann ich nicht genau sagen; aber es ist aus der Literatur bekannt, daß bei einer ganzen Anzahl von Zystadenomen, die eingenäht sind, später Wucherungen hervorgewachsen sind, die als karzinomatös erkannt wurden. Man hat immer geglaubt, sie seien sekundär karzinomatös degeneriert. Wahrscheinlich hat von vornherein ein solcher Geschwulstteil darin gesessen, wie er Ihnen hier gezeigt wird, und es wäre das Sicherste gewesen, von vornherein nicht einzunähen, sondern gleich zur Exstirpation zu schreiten, die für solche Zystengeschwülste notwendig ist.

Was die Unterscheidung der Pseudozysten von den wahren Zysten anbelangt, so ergibt sich in der Regel aus der Vorgeschichte, daß die ersteren entweder unter entzündlichen Erscheinungen oder nach Verletzungen entstanden sind, während die Zystadenome unbemerkt wachsen und meist erst gefunden werden, wenn sie durch Druck auf die Nachbarorgane (Magen oder Darm) Beschwerden verursachen. Bei der Operation bieten die letzteren, wahren Zysten, eine

¹⁾ Vortrag i. d. Berl. Ges. f. Chir. 26. I. 1914 (Diskussion s. S. 465).

derbe, gut von den Nachbarorganen abzutrennende Wand dar. Die Pseudozysten dagegen zeigen eine dünne, nur aus Serosa und dünnem Bindegewebe bestehende Wand, die kaum von der Nachbarschaft abzulösen ist.