

V.

Aus der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr.
(Prof. Dr. Freiherr v. Eiselsberg).

Retroperitoneale Lymphcyste oder Senkungsabscess?

Von

Dr. Hans Strehl,

Assistenzarzt.

(Mit 1 Abbildung im Text und Tafel I.)

Im Juni 1897 wurde in der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg ein interessanter Fall beobachtet, dessen auffallende Uebereinstimmung mit der von Narath¹⁾ operirten und beschriebenen retroperitonealen Lymphcyste uns bewog, dieselbe Diagnose zu stellen.

Der Narath'sche Fall war kurz folgender:

Bei einem 22jährigen Mädchen hatte sich allmählich innerhalb zweier Jahre eine ständig wachsende weiche Geschwulst ohne bekannte Ursache an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels entwickelt. Die Geschwulst machte der Patientin trotz der bedeutenden Grösse (über mannsfaustgross zwischen Adductoren und Extensoren gelegen) gar keine Beschwerden. Hereditäre Belastung sollte nicht vorgelegen haben. Ausser angeborenen Anomalien an den Knie- und Ellbogengelenken (wie sie auch der Vater und ein Bruder haben sollen) zeigte Patientin keinerlei Deformitäten des Skelettes, speciell die Wirbelsäule war in allen Theilen normal. An den Lungen war keine Affection nachweisbar, das Abdomen zeigte auch keine abweichenden Erscheinungen. — Die übermannsfaustgrosse völlig schmerzlose Geschwulst am rechten Oberschenkel fluctuirte deutlich, liess sich durch Druck verkleinern und füllte sich wieder beim Husten. Der Percussionsschall war leer, die Haut über der Geschwulst leicht verschieblich, die Geschwulst selbst, mit der Unterlage fest verwachsen, verjüngte sich nach oben hin und schein einen strangartigen Fortsatz durch den Schenkelkanal hindurchzusenden.

Die Diagnose konnte von Narath nicht genau gestellt werden; einen Senkungsabscess glaubte er ausschliessen zu müssen wegen fehlender anderer tuberculöser Erscheinungen; eine Schenkelhernie besonderer Art

1) Narath, Ueber retroperitoneale Lymphcysten. Langenbeck's Archiv. L. Bd.

schien ihm am wahrscheinlichsten. Er entschloss sich, da Patientin nicht länger warten wollte und dringend eine Operation wünschte, schon am 2. Tage nach der Aufnahme zu einem Eingriff, gefasst auf etwaige Ueberraschungen, obwohl „längere Beobachtung und öftere Untersuchung des Tumors wohl sehr am Platze“ gewesen wäre. — Die Operation war ein sehr grosser und schwieriger Eingriff. Die zwischen Extensoren und Adductoren des Oberschenkels gelegene, mit den Muskelfascien untrennbar verwachsene cystische Geschwulst erstreckte sich mit einem schmalen Stiele, aussen von der Arteria femoralis durch die Lacuna musculorum in die Bauchhöhle, wo sie als zweifingerdicker Sack zwischen den Muskelbäuchen des Ileoypoas hinter dem Peritoneum parietale bis an die Querfortsätze der Lendenwirbel reichte. Es waren zur Freilegung drei ausgiebige Hautschnitte nothwendig, von grösseren Gefässen musste die Arteria und Vena femoralis profunda, sowie die Circumflexa ilei ligirt werden. Patientin überstand den gewaltigen Eingriff glücklich und konnte fünf Wochen p. oper. mit zwei engen, nicht tiefen, wenig Secret liefernden Fisteln entlassen werden.

Die äusserlich rauh und fetzige Cyste erwies sich als einkammerig mit mehrfachen Ausstülpungen. Die Wanddicke schwankte zwischen $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ mm. Die Innenfläche war nur an wenigen Stellen vollständig glatt, an anderen rauh, sammtartig oder leicht höckerig und zeigte eine Menge Fortsätze, Vorsprünge und Verdickungen. Es waren Stränge von einer Wand zur anderen ausgespannt, ferner andere Stränge nur mit einem Ende der Wand aufsitzend, mit dem anderen frei flottirend. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Cystenwand aus Granulationsgewebe bestand, dazu nach innen hin an Zellreichthum zunahm. Die innerste, dicht gedrängt stehende Zellschicht trug endothelialen Charakter, ohne sich jedoch durchweg als eigene Schicht zu documentiren. Die Fortsätze bestanden aus nekrotischem, mit Kernfärbemitteln sich nicht tingirenden Zellen, zwischen denen sich eine Unzahl Lücken befand. Die necrotischen Fortsätze grenzten sich im Niveau der Cysteninnenfläche scharf ab durch eine Reihe von Riesenzellen. Die Riesenzellen waren Fremdkörperriesenzellen; als Fremdkörper wurden Cholesterinkrystalle aufgefasst, da sich zwischen den Riesenzellen Lücken befanden, deren Gestalt bisweilen der Krystallform entsprach. — Der über ein Liter betragende lichtgelbe Cysteninhalt war leicht getrübt und durchsetzt von Cholesterinkrystallen, es war sehr stark eiweisshaltig; mikroskopisch wurde darin nachgewiesen Cholesterin, Fetttropfchen, körniger Detritus, Lymphzellen, von Fetttropfchen durchsetzt, mit einem oder mehreren Kernen; ferner einige endotheloide Zellen mit grossem Kern.

Die Krankengeschichte unseres Falles war folgende:

Der Knecht G., 20 Jahre alt, stammte aus gesunder Familie und wollte bis auf sein damaliges Leiden niemals krank gewesen sein.

Im Februar 1896 zog sich Patient durch Fall auf das rechte Knie eine Kniegelenksentzündung zu, derenwegen er 5 Monate lang in einem Kreislazareth mit Extension, dann Fixationsverbänden und zuletzt mit Massage behandelt wurde. Jedoch war bei der Entlassung das Knie noch beinahe rechtwinklig flectirt und konnte nicht weiter gestreckt werden.

Während des Krankenlagers im Lazareth soll sich ohne jede dem Patienten bekannte Ursache eine kleine Geschwulst dicht unterhalb der linken Leistenbeuge gebildet haben, die langsam, aber andauernd grösser geworden sein soll. Die Geschwulst soll ihm absolut keine Beschwerden gemacht haben, und Patient kam nach der Klinik zunächst nur um Behandlung seines Knieleidens.

Der Befund war folgender:

Mittelgrosser Patient mit starkem Knochenbau und gut entwickelter Musculatur. Der Thorax ist symmetrisch gebaut, die Wirbelsäule zeigt keine Deformitäten und ist nirgends druckempfindlich. Lungengrenzen, sowie Lungenschall und Athemgeräusche normal, Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Das Abdomen mässig vorgewölbt, Leber und Milz nicht palpabel, percutorisch keine Vergrösserung nachweisbar. Im übrigen bot das Abdomen keine Besonderheiten. Das rechte Bein wurde im Kniegelenk beinahe rechtwinklig gebeugt halten. Jeder Versuch einer weiteren Streckung war höchst schmerzhaft, dagegen erfolgte weitere Beugung activ und passiv ohne Beschwerden. Das rechte Knie selbst war verdickt durch einen Erguss im Gelenk, zeigte jedoch keine Erscheinungen einer acuten Entzündung. Im oberen Theil des linken Oberschenkels befand sich vorn eine über faustgrosse Geschwulst, die der Gegend zwischen Extensoren und Adductoren entsprach. Die Haut darüber war nicht entzündet, leicht verschieblich. Die Geschwulst zeigte deutliche Fluctuation, der Percussionsschall war gedämpft, Druckschmerz bestand nicht. Die Geschwulst reichte hinab bis

zur oberen Grenze des unteren Drittels des Oberschenkel und liess sich nach oben hin bis unter das Ligament. Poupartii verfolgen, unter dem sie sich flachenhalsartig verjüngend nach der Bauchhöhle hineinzuerstrecken schien. Beim Husten, Pressen oder Aufrichten aus liegender Stellung schwoll der Tumor deutlich an. Umgekehrt liess er sich durch directen Druck langsam fast vollständig zum Verschwinden bringen, bei Druck auf die linke Unterbauchgegend kam er dann wieder zum Vorschein. Der Umfang des linken Oberschenkels liess sich so durch Druck von 57 cm auf 54 cm verringern. Erkrankungen des Beckens oder der Wirbelsäule erschienen anatomisch sowie nach genauer Untersuchung ausgeschlossen, ebenso eine Erkrankung des Urogenitalapparates. Der Rectalbefund war negativ.

Der Patient war zur Behandlung seines Knieleidens hergekommen, und ich will gleich im voraus bemerken, dass die Streckung des rechten Beines durch Gersuny'sche Streckverbände gelungen ist.

Unsere Diagnose der Geschwulst am linken Oberschenkel lautete unter dem Eindruck der Narath'schen Arbeit „retroperitoneale Lymphcyste“. Differentialdiagnostisch kam nur in Betracht ein

Senkungsabscess, den wir aber auch ausschliessen zu können glaubten, da kein Anhaltspunkt für eine tuberculöse Erkrankung der Hüfte, des Beckens oder der Wirbelsäule gefunden werden konnte, obgleich das Knieleiden als auf tuberculöser Basis beruhend angesehen werden musste.

Professor v. Eiselsberg konnte sich zu einer Radicaloperation des Tumors absolut nicht entschliessen, umsoweniger als er hier, gleichwie bei der Lectüre des Narath'schen Falles, keine genügende Indication für einen derartigen furchtbaren Eingriff finden konnte. Es wurde daher nur die Probeexcision vorgenommen.

In Narkose mit Bromäthyl wurde durch einen ca 5 cm langen Schnitt die Haut und das subcutane Zellgewebe auf der Höhe der Geschwulst längs gespalten. Man gelangte dann sofort auf die Geschwulst. Nach Eröffnung der nur 1—2 mm dicken Wandung entleerte sich im Strahl eine hellgelbliche, seröse Flüssigkeit, die durch Blutbeimengung aus dem Schnitt etwas sanguinolent verfärbt war. Die Menge der Flüssigkeit betrug über 1 Liter. In der sonst klaren Flüssigkeit schwammen sehr zahlreiche Cholesteriukrystalle und einige weisse Flocken. Die Innenwand der Cyste zeigte eine unebene, ziemlich glatte Fläche, an der sich mehrfache polypöse Excreescenzen befanden. Mitten hindurch zog quer von rechts nach links ein weisser fester Strang von etwa Bleistiftstärke, der beiderseits mit der Cystenwand verwachsen war und ihr breit aufsass. Ein Stück dieses Stranges wurde excidirt. Mit dem Finger gelangte man nach oben unter dem Poupart'schen Bande hindurch in das Becken. Die grossen Gefässe fühlte man deutlich medial vom Finger pulsiren. Mittels einer langen Sonde konnte man die Cyste noch weit hinauf verfolgen, bis etwa in die Höhe der Niere. Die Cyste wurde mit Jodoformglycerin angefüllt und dicht vernäht. Hautnaht. Compressionsverband.

Der Inhalt der Cyste erwies sich als eine schwach alkalische, stark eiweisshaltige Flüssigkeit, die beim Kochen in toto gerann. Das Sediment derselben enthielt viel Cholesterin, Lymphzellen, Fettkügelchen, Detritus, wenig rothe Blutkörperchen (Beimengung aus der Wunde).

Vergleichen wir nun unseren Fall mit dem von Narath beschrieben, so finden wir bisher in fast allem eine genaue Uebereinstimmung. Die Aetiologie war bei beiden Fällen unbekannt, allmählich im Laufe eines oder zweier Jahre hatten sich die Cysten ohne bekannte Ursachen gebildet. Bei beiden Patienten waren keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich um einen tuberculösen Senkungs-

abscess handeln konnte. Allerdings bestand bei unserem Kranken eine tuberculöse Kniegelenksaffection auf traumatischer Basis, während bei dem Mädchen von Narath „keinerlei tuberculöse Erkrankungen“ bestanden. Das Mädchen muss jedoch als hereditär belastet betrachtet werden, denn ein Bruder war an einem Lungenleiden gestorben. — Die Lage und der äussere Befund der Geschwulst war bei beiden Patienten auffallend ähnlich, bei beiden machte der Tumor gar keine Beschwerden. Die Narath'sche Cyste war, was innere makroskopische Beschaffenheit, sowie den Inhalt anbetrifft, der unseren so sehr gleich, dass die Narath'sche Beschreibung fast ebenso gut für unseren Fall gelten könnte. Dieselben Stränge zum Theil beiderseits der Cystenwand aufsitzend, zum Theil mit einem Ende frei flottirend, derselbe klare seröse Inhalt mit viel Cholesterin und wenigen weissen Flocken.

Wir waren also nach alledem berechtigt, an unserer Diagnose „retroperitoneale Lymphcyste“ festzuhalten. Doch die mikroskopische Untersuchung der excidirten Cystenwand und des Stranges zwangen uns, unseren Fall anders zu deuten, obwohl auch der mikroskopische Befund vieler Schnitte vollständig mit dem Narath'schen übereinstimmte.

Mikroskopischer Befund¹⁾: Die Cystenwand zeigt im histologischen Bilde nicht überall den gleichen Bau, und nur an einzelnen Stellen finden sich charakteristische Bilder, die uns über die Natur des Krankheitsprocesses Aufschluss geben. Zwei dieser Bilder sollen beschrieben werden, von denen das eine kein sicheres Kennzeichen für Tuberculose bietet, während das andere unzweideutig tuberculöse Veränderungen aufweist. — Die äusseren Theile der Wandung werden von einem zell- und gefässreichen Bindegewebe gebildet, das hier und da Hämosiderineinlagerungen als Residuen alter Blutungen enthält. An einzelnen Stellen finden sich auch in dieser Schicht Riesenzellen vom Typus der Langhans'schen mit peripherliegenden Kernen. Weiter central wird das Gewebe zellreicher, und überall findet man kleinzellige Rundzellanhäufungen; die Gewebszellen zeigen die mannigfachen Bilder der Zellen des Granulationsgewebes. Auch hier zeigen sich Riesenzellen der geschilderten Art. Als innerste Lage der Wand grenzt sich scharf eine Schicht jungen sulzigen Granulationsgewebes ab, in dem die Gefässe senkrecht zur Oberfläche angeordnet sind. Nach dem Lumen zu liegt eine oft unterbrochene, endothelartig angeordnete Zelllage. Nirgends

1) Die mikroskopische Beschreibung verdanke ich Herrn Dr. O. Ehrhardt, Volontair unserer Klinik.

finden sich demnach an diesen Stellen Tuberkel, nirgends Verkäsung, nur die Riesenzellen mit ihrem typischen Bau können den Verdacht der Tuberculose erwecken. Sie liegen häufig von dem umgebenden Gewebe durch die bekannten Spaltbildungen getrennt, die von den Autoren als Lymphspalten oder als Folgen der Fixirung gedeutet werden.

An den Präparaten der 2. Art fällt die innerste Granulationsschicht weg, an ihrer Stelle liegt ein Käsebrei, auf den dann typisch tuberculöses Granulationsgewebe folgt. Reichlich liegen darin miliare Tuberkel, die aus Rund- und epitheloiden Zellen sich zusammensetzen und oft Riesenzellen enthalten. Hier und da ist das Centrum dieser Tuberkel verkäst oder auch fibrös ausgeheilt. — Die Trabekel bestehen zum Theil aus Fibrin, in das an ihrer Basis Bindegewebe in beginnender Organisation hineinspriesst, zum Theil aus einem gefässreichen Bindegewebe mit miliaren Tuberkeln.

Also auch die mikroskopischen Bilder unserer Cyste sind denen der Narath'schen Cyste zum Theil sehr ähnlich: bei beiden besteht die Wand aus Granulationsgewebe, deren innerste Zellschicht stellenweise endothelartig angeordnet ist, im ganzen jedoch den Eindruck gewöhnlichen zellreichen Granulationsgewebes macht, mit senkrecht zur Oberfläche verlaufenden Capillaren, mit nach aussen allmählich abnehmendem Zellreichthum. Jedoch finden wir Riesenzellen darin, die wir als tuberculös ansprechen müssen, zumal wir an anderen Stellen unzweideutige Tuberkel in grosser Mengen finden.

Unser Fall war also sicher ein tuberculöser Senkungsabscess mit serösem Inhalt, trotzdem wir keinen Knochenherd dafür nachweisen konnten. Wir müssen König¹⁾ vollständig beipflichten, wenn er bei der Besprechung derartiger in der Litteratur berichteten retroperitonealen Lymphcysten fragt, ob es sich dabei nicht zuweilen um alte Congestionsabscesse mit serösem Inhalt gehandelt habe.

Die von Narath erwähnten, seiner Cyste ähnelnden Fälle waren ihm ebenso wie uns im Original nicht zugänglich. Die meisten sind jedoch nur sehr ungenau beobachtet und beschrieben worden, so dass es uns wahrscheinlich ist, dass es sich bei allen diesen Fällen um tuberculöse Senkungsabscesse gehandelt hat.

Narath hat jedoch seinen Fall sehr genau untersucht, treffliche Abbildung unterstützen seine geistreiche Hypothese über die etwaige Entstehungsmöglichkeit einer derartigen aus dem Abdomen hervor-

1) König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie. III. Bd. S. 374.

wachsenden Lymphcyste. Trotzdem können wir einen Zweifel nicht unterdrücken, dass auch sein Fall ein tuberculöser Senkungsabscess gewesen ist. Direct gegen eine Cyste spricht wohl die innige Verwachsung mit der Umgebung, „die Muskelfasien und intermusculären Ligamente hafteten der Geschwulstwand fest an und liessen sich von ihr eigentlich nicht trennen.“ Jedenfalls wäre es interessant, etwas über den weiteren Verlauf seines Falles zu hören, eine gänzliche Ausheilung würde eher für Narath's Auffassung sprechen. Von unserem Patienten müssen wir leider, wie zu erwarten war, berichten, dass die nach der Jodoformglycerinjection fast gänzlich verschwundene Geschwulst wieder aufgebrochen ist, und längere Zeit eine Fistel bestanden hat, die jetzt Neigung zeigen soll, sich zu schliessen.

Meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. Freiherr v. Eiselsberg, sage ich meinen verbindlichsten Dank für die Anregung und gütige Unterstützung bei dieser Arbeit.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I.

Fig. 1. (Zeiss, Obj. III. Ocul. AA.)

Schnitt durch die Cystenwand.

a Cysteninhalt.

b Sulziges Granulationsgewebe mit senkrecht von innen aufsteigenden Gefässen.

c Granulationsgewebe mit Langhaus'schen Riesenzellen.

Fig. 2. (Zeiss, Obj. II. Ocul. BB.)

Epitheloidtuberkel mit einer Riesenzelle aus der Cystenwand.