

Kurze Mitteilung.

Aus der Chirurgischen Klinik Heidelberg. (Geh. Hofrat Prof.
Enderlen.)

Zur Kenntnis der Chyluscysten.

Von Dr. Viktor Hoffmann.

In der Pathologie der echten Cysten, d. h. der Hohlräume mit einer Epithel- bzw. Endothelauskleidung, unterscheidet man hauptsächlich zwei Gruppen. Auf der einen Seite stehen die echten Geschwülste bzw. Mißbildungen, auf der anderen die Retentionscysten.

Cystische Tumoren kommen auch im abdominalen Lymphgefäßsystem vor, im Chylusgebiet; hier ist die Frage, ob es sich um echtes geschwulstartiges Wachstum handelt oder um die Folge primärer Retention oder um ein Ineinandergreifen beider Prozesse — wie auch sonst öfter — nicht leicht zu entscheiden. Die Schwierigkeit liegt wohl darin, daß wir auf die außerdem seltenen Gebilde erst aufmerksam werden, wenn sie eine gewisse Größe erreicht haben; nur diese haben klinisches Interesse. — Wir können den pathologischen Prozeß, der sich im „Dunkel“ der Bauchhöhle abspielt, in seinem Entstehen und Werden nicht beobachten, und am Endzustand die erste Ursache nicht leicht aufdecken. Wir sind dann auf ein mehr indirektes Verfahren in der Beweisführung angewiesen.

Ältere Autoren, die zur Kasuistik der Chyluscysten beigetragen haben, sehen in der Lymphstauung das wesentliche genetische Moment; so Virchow, Rokitsanski u. a.; auch Bramann¹⁾ neigt mehr zu dieser Ansicht.

Demgegenüber fassen neuere Untersucher, namentlich Hen-

1) Bramann, Über Chyluscysten des Mesenteriums. Arch. f. klin. Chir., Bd. 35, S. 201.

schen¹⁾ in einer ausführlichen Arbeit, Chyluscysten als cystische Lymphangiome auf.

Und in der Tat sind in der Literatur Chyluscysten beider genetischen Gruppen in einzelnen Fällen einwandfrei nachgewiesen; beides kommt vor. Zu diesem Ergebnis kommt auch Hinz²⁾ in seiner Mitteilung über Chyluscysten.

Es handelt sich nun darum, die fraglichen Fälle, in denen ein einfacher direkter Beweis nicht zu erbringen ist, genetisch zu klären. In der Mehrzahl der Fälle ist dieser Beweis durch histologische Untersuchung der Wandung nicht zu erbringen gewesen. Im folgenden sei daher der Befund einer Mesenterialcyste kurz mitgeteilt und unter den erwähnten Gesichtspunkten betrachtet.

Krankengeschichte: Ein 45jähriger Mann, der aus gesunder Familie stammt und auch selbst niemals ernstlich krank war, bekam Ende August 1918 bei einer anstrengenden militärischen Übung Schmerzen in der linken Leibseite, die nach unten ausstrahlten, die er aber nicht genauer lokalisieren konnte. Von da ab fiel ihm auf, daß er mitunter tagsüber nur wenig, dann aber nachts viel Urin lassen mußte; doch war das nicht regelmäßig so der Fall. Am Harn selbst bemerkte er nichts Besonderes. Verdauungsbeschwerden hatte er nicht. Er fühlte sich leidlich wohl, nur merkte er eine Anschwellung des Leibes und hatte bei längerem Gehen Schmerzen und Druckgefühl in der linken Leibseite; Mitte Dezember 1918 wurde er schließlich der chirurgischen Klinik Heidelberg zugewiesen.

Befund: Mittelgroßer Mann von gesundem Aussehen, in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Normale Temperaturen. Lungen: Die linke untere Lungengrenze steht etwa zwei Querfinger höher als die rechte und ist respiratorisch schlechter verschieblich; sonst normal.

Abdomen: Im ganzen gleichmäßig aufgetrieben, seitlich etwas ausladend. Tympanitischer Perkussionsschall, freie Flüssigkeit nicht nachweisbar — links direkt neben dem Nabel ist eine reichlich faustgroße, prall elastische Resistenz von nicht ganz ebener Oberfläche, in der Tiefe liegend, fühlbar. Der obere Pol ist in Höhe des Rippenbogens deutlich palpabel, während die Resistenz im übrigen nicht deutlich abgrenzbar ist. Sie liegt auffallend median und ist bimanuell nicht besser fühlbar. Keine respiratorische und nur ge-

1) Henschen, Beiträge zur Geschwulstpathologie des Chylusgefäßsystems. Inaug.-Diss. Zürich 1905.

2) Hinz, Über Chyluscysten. Arch. f. klin. Chir., Bd. 91, S. 543.

ringe manuelle Verschieblichkeit. Druckempfindlichkeit nicht vorhanden. Darm über der Resistenz gelagert nachweisbar. Rektal ohne Befund. Bauchdecken nicht gespannt.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Cystoskopie: Blase ohne pathologischen Befund. Ureterenkatheterismus: Rechts im Sediment hyaline Zylinder, Epithelien und Leukocyten. Links normal. Ausscheidungszeit normal.

Blutdruck: R. R. 120 mm Hg.

Im übrigen normaler Untersuchungsbefund.

Es wurde die Differentialdiagnose zwischen einer Mesenterialcyste und einem cystischen Nierentumor gestellt.

Operation (Prof. Enderlen): Mit einem Schnitt links neben der Medianlinie wird der Leib vorn eröffnet und der kinderkopfgroße Tumor schließlich vorgelagert. Er ist im Mesenterium gelegen, von beiden Seiten mit Peritoneum bekleidet. Die Ausschälung gelingt verhältnismäßig leicht. Kleinere Gefäße, die zur Cystenwand führen, werden unterbunden. Kein besonderer Stiel. Das Tumorbett wird geschlossen — Bauchdeckennaht. Heilungsverlauf ohne Störung.

Der Tumor erweist sich als eine im wesentlichen einkammerige, große Cyste, an die zwei kleinere angeschlossen und fast ganz in sie aufgegangen sind. Er ist etwa kinderkopfgroß, hat einen längsovalen Querschnitt und eine derbe, glatte Wandung, von 3—5 mm Dicke. Die Wand ist nicht besonders gefäßreich. An mehreren Stellen jedoch erkennt man die zuführenden, unterbundenen Gefäße. Der Inhalt besteht aus 800 ccm einer gelblichen, ganz homogenen, dickflüssigen Masse, der keinerlei epidermoide Gebilde beigemischt sind. Unter dem Mikroskop untersucht, besteht die Flüssigkeit aus lauter kleinen Fetttropfen und ganz vereinzelt Lymphocyten. Keine Cholesterinkristalle. Ein Teil des Fettes läßt sich in Chloroform ausschütteln. Die Essigsäurekochprobe läßt keine deutliche Gerinnung erkennen.

Die Flüssigkeit ist steril und zeigt auch im Ausstrich keine Bakterien.

Die histologische Untersuchung der Cystenwand läßt drei Schichten erkennen. Die Außenschicht nimmt die Hauptmasse ein und besteht aus lockerem Binde- und Fettgewebe. Die Mittelschicht zeigt derbes, parallelfaseriges Bindegewebe mit größeren und auch kleinsten elastischen Fasern (van Gieson-Färbung). Die Innenschicht besteht aus lockerem Bindegewebe, das Lymphknötchen und Gefäße enthält. Nach dem Lumen zu verdichtet sich das Bindegewebe und hat einen kontinuierlichen, glatten, einfachen endothelartigen Saum. Mehrfach Fremdkörperriesenzellen und Vakuolen.

Diagnose: Chylangioma cysticum.

Wenn wir nun in diesem speziellen Falle die Frage, ob Geschwulst oder reine Retentionscyste, prüfen, so müssen wir sagen, daß ein direkter Beweis für Geschwulst nicht zu erbringen ist; denn deutliche Proliferationserscheinungen, wie papilläre Wucherungen, zahlreiche Mitosen, sind nicht vorhanden, andererseits läßt schon die Größe des Tumors an geschwulstartiges Wachstum denken.

Chyluscysten sind kein häufiger Befund; in der Literatur¹⁾ sind nur etwa 100 Fälle beschrieben. Doch die Erfahrung der pathologischen Anatomie ist in Wirklichkeit größer. Denn das Chylusgefäßsystem ist ein Bezirk des Lymphgefäßsystems, und da ist es von vornherein sehr wahrscheinlich, daß ganz analoge Prozesse am peripheren bekannteren Lymphgefäßsystem vorkommen; und in der Tat handelt es sich auch da um ganz die gleiche Frage, Geschwulst oder Stauung als primäre Ursache. Und auch hier gibt es reine Fälle beider Genesen, freilich auch oft ein Ineinandergreifen beider Prozesse. Auf der einen Seite stehen die echten Lymphangiome, auf der anderen die Lymphangiektasien. Ein echtes Lymphangiom, die Lymphgefäßgeschwulst, muß nach Ribbert ein in sich abgeschlossenes Gebilde sein, das aus sich heraus wächst; es darf also keine ausgedehnten Kommunikationen mit den angrenzenden Lymphbahnen haben. Dieser Forderung wird, wie auch Most²⁾ meint, das Lymphangioma cysticum am meisten gerecht. Darunter versteht man eine Geschwulst, die aus einem oder mehreren größeren Cystenräumen besteht; ihre Wandung trägt ein Endothelsaum, nur selten mit polypösen Wucherungen. Genau die gleiche Beschreibung gilt für die hier zur Diskussion stehenden Chyluscysten, nur der Inhalt ist verschieden; dazu noch ein Wort am Schluß. Wir sind daher zur Annahme derselben Genese dieser Chyluscysten berechtigt, wie des Lymphangioma cysticum, d. h. einer (angeborenen) Geschwulst, die in naher Beziehung zu den Mißbildungen steht. Daß sekundär Sekretstauung eine Rolle spielt, bedarf wohl keiner Erklärung.

1) Henschen, Inaug.-Diss. Zürich 1905.

2) Most, Chirurgie der Lymphgefäße und Lymphdrüsen. Neue Deutsche Chir. Bd. 24.

Für die Geschwulstgenese spricht auch, wie schon angedeutet, die Größe und Form der Cyste. Das Bild der Stauung an einem Gefäßsystem ist eben doch ein anderes. An den Blutgefäßen ist es etwas Alltägliches, die erweiterten und geschlängelten Venenplexus mit ihren Folgeerscheinungen, Ödem und Ascites; das gleiche finden wir auch am Lymphgefäßsystem, Lymphangiectasien. Auch zu Cystenbildungen aus Lymphbahnen oder Lymphdrüsen kann es infolge von Stauung kommen; doch das sind kleinere Cysten in einem Stauungsbezirk, was auch Ribbert betont. Die Cyste ist dann mit Lymphangiectasien vergesellschaftet. Einen solchen Fall hat kürzlich v. Haberer¹⁾ beschrieben; er erwähnt ausdrücklich, daß zahllose kleine Gefäße und Lymphbahnen bei der Exstirpation unterbunden werden mußten, und daß die Geschwulst durch Kompression verkleinert wurde.

In dem Chylusgefäßsystem, das außerordentlich verzweigt ist und überreich an Anastomosen, ist schließlich eine so umschriebene und eine so hochgradige Stauung nicht verständlich; es fehlt eine zureichende Ursache.

Zum Schluß sei noch die Frage gestreift, warum der Cysteninhalt ein anderer ist als der gewöhnlicher cystischer Lymphangiome; speziell, wie kommt das Fett hinein? Dieses gelangt aus dem Darm in die Chylusgefäße. Das Chylangiom ist als geschwulstartig gewuchertes Chylusgefäß der gleichen physikalischen (Transsudation) und biologischen (Endothelsekretion) Funktionen fähig. Sein Quellgebiet ist die fettreiche Lymphe des Darmes.

Bei Durchsicht der einschlägigen Krankengeschichten unserer Klinik fand ich noch vier weitere Fälle großer Chyluscysten, die 600—2000 ccm Inhalt hatten, dreimal im Mesenterium des Dünndarms und einmal im Mesocolon (Transversum) gelegen. Es waren großcystische Tumoren, in einem Fall mit derben Tumorteilen. Eine genaue histologische Beschreibung fehlt leider.

Vom rein klinischen Standpunkt boten diese Cysten nichts

1) v. Haberer, Zur Kasuistik der medianen retroperitonealen Tumoren. Arch. f. klin. Chir., Bd. 110, S. 266.

besonders Bemerkenswertes. Die Diagnose ist meist nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen.

Zusammenfassend möchte ich sagen:

Die größeren Chyluscysten, die als abdominale Tumoren klinisches Interesse haben, entsprechen den cystischen Lymphangiomen und sind diesen analog als Geschwülste aufzufassen, die in naher Beziehung zu den Mißbildungen stehen; Stauung spielt dabei nur eine sekundäre Rolle.
