



Ueber  
**chronisch-eitrig**e Prozesse  
 in der  
**Mamma.**

**Inaugural-Dissertation**  
 der  
**Medicinischen Facultät zu Jena**  
 zur  
 Erlangung der Doctorwürde  
 in der  
**Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe**



vorgelegt von

**Albert Schüth,**  
 appr. Arzt aus Büren in Westfalen.



Jena,  
 Druck von B. Engau.  
 1889.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät auf Antrag des  
Herrn Prof. Dr. Riedel.

Jena, den 7. September 1889.

Prof. Dr. Gärtner,  
d. Z. Dekan.

Seiner theuren Mutter  
und dem  
Andenken seines verstorbenen Vaters

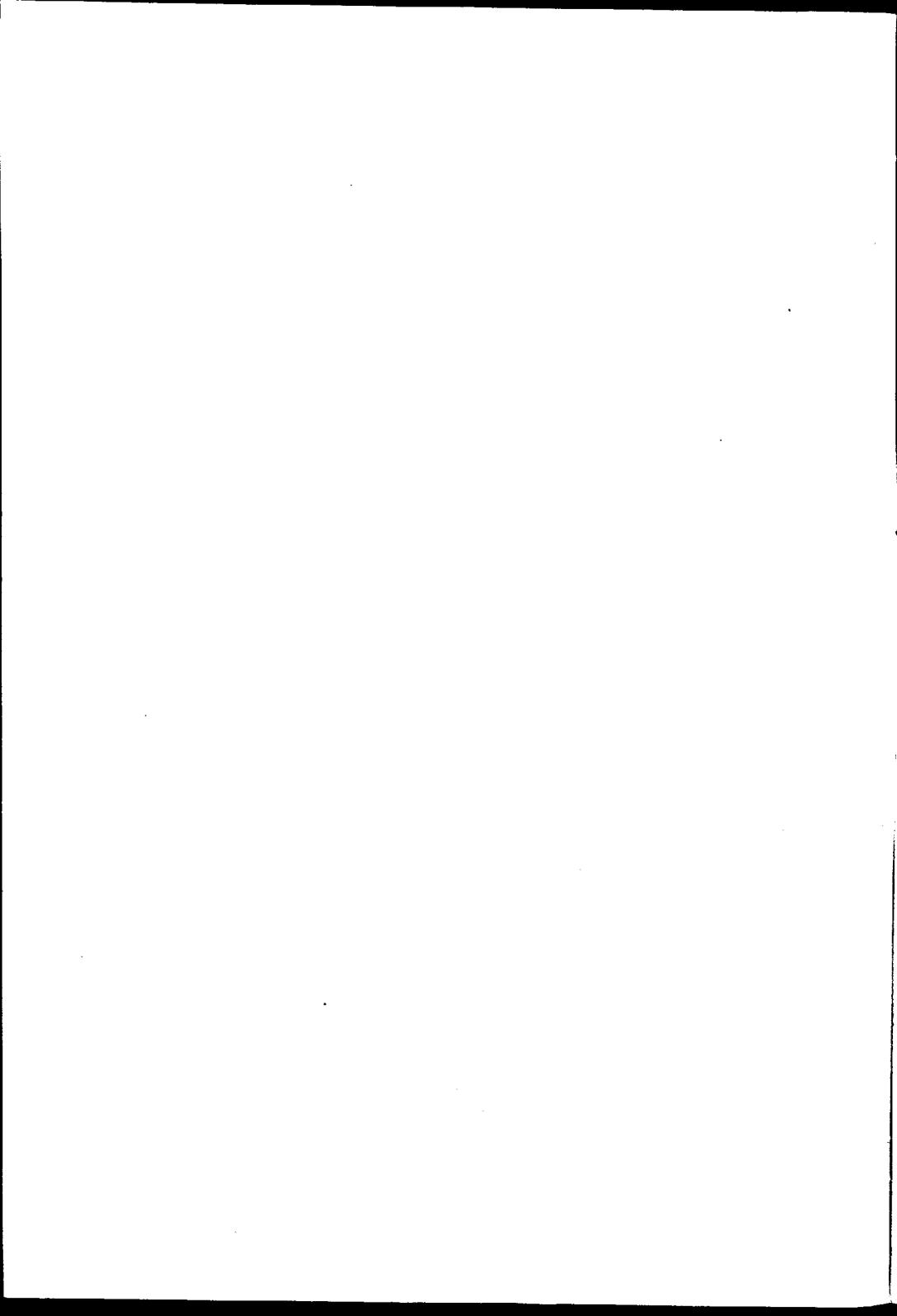
in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

**Verfasser.**



Die weibliche Brustdrüse gehört im Gegensatze zur männlichen, die ungleich seltener ergriffen wird, zu denjenigen Organen, welche sehr häufig Sitz einer Erkrankung sind, sei es, dass diese in Form einer entzündlichen Affektion oder in Form von Neubildungen auftritt. Besonders die letzteren haben von jeher die Aufmerksamkeit und das Interesse des Arztes für sich in Anspruch genommen, und dieses nicht allein wegen der Häufigkeit des Vorkommens, sondern auch wegen der in dem Bau und den eigenthümlichen, physiologischen Verhältnissen der weiblichen Brustdrüse begründeten Mannigfaltigkeit der einzelnen Formen, welche die verschiedenartigsten Uebergänge und Variationen zeigen und dementsprechend auch sich durch eine grosse Verschiedenheit in ihrem klinischen Verhalten auszeichnen. Andererseits muss dem Arzte, der auf wissenschaftlicher und humanitärer Basis zugleich steht, besonders daran gelegen sein, die Natur des vorliegenden Falles möglichst frühzeitig erkennen und sein praktisches Handeln danach einrichten zu können. Gehört doch die Mehrzahl der Mammatumoren zu jener Klasse von schrecklichen Carcinomen, welchen leider noch so viele Frauen oft in der Blüthe ihres Lebens

erliegen und welchen nur durch die frühzeitige Entfernung des ersten Krankheitsheerdes einigermaßen sicher Einhalt geboten werden kann.

Ueber die Häufigkeit der Mammatumoren macht uns Billroth<sup>1)</sup> interessante Mittheilungen. Derselbe fand, dass von allen auf den chirurgischen Kliniken zu Berlin, Zürich und Wien aufgenommenen Kranken ca.  $3\frac{1}{2}\%$  an Brusttumoren litten. Gurlt<sup>2)</sup> gibt an, dass unter 11140 Frauen, die mit Geschwülsten behaftet waren, 1540 oder ca.  $14\%$  sich vorfanden, bei denen die Mamma Sitz des Tumors war.

Die Frage, warum in der Brustdrüse gerade so häufig Neoplasmen auftreten und warum in gewissen Lebensabschnitten mehr die gutartigen, in andern mehr die bösartigen überwiegen, ist ebenso, wie die Frage über die spezifischen Ursachen der Geschwülste, noch nicht hinreichend gelöst, und es muss einer späteren Zeit vorbehalten bleiben, dieses Dunkel zu hellen und eine in allen Punkten befriedigende Aufklärung zu geben. Ohne mich auf die ätiologischen Verhältnisse näher einzulassen, die vielfach Gegenstand eingehender Studien gewesen sind, ohne dass dadurch für die Klarstellung dieser Fragen viel erreicht wäre, möchte ich hier nur die Worte Billroth's erwähnen, der sich über die allgemeine Prädisposition der weiblichen Brustdrüse zu Neubildungen folgendermassen äussert:

---

1) Deutsche Chirurgie, herausg. von Billroth und Lücke, 1880. Lieferung 41.

2) Beiträge zur chirurgischen Statistik. Archiv für klin. Chirurgie. Band 25.

„Es leuchtet auf den ersten Blick ein, dass ein Organ, welches so vielem Wechsel in seinem eignen Ernährungszustande und in seiner funktionellen Leistungen unterworfen ist, leichter in diesen Funktionen und in den anatomischen Vorbereitungen zu denselben alterirt werde, als ein Organ, welches in kontinuierlicher Weise allmählig zu der ihm bestimmten Grösse kommt, und dann in gleicher Weise das ganze Leben hindurch fortfunktionirt. Man findet es a priori begreiflich, dass bei diesem Steigen und Fallen nicht nur des Ernährungsprozesses, sondern auch der fermentativen Thätigkeit der Gewebe des Organs quantitative und qualitative Störungen, Aberrationen der Formation und Funktion vorkommen.“

Betreffs der entzündlichen Prozesse in der Mamma ist die Aetiologie viel klarer und sicherer; hier sind wir im Stande, im Puerperium ein besonders begünstigendes ätiologisches Moment nachweisen zu können. Damit stimmt die Beobachtung überein, dass die Mehrzahl der Mastitiden mit dem Puerperium im Zusammenhange steht. Wenn nach den vereinigten Zusammenstellungen von Nun, Brayant und Billroth, welche 239 Fälle umfassen, 183, also nahezu 88  $\frac{1}{100}$ , auf die Zeit des Wochenbetts fallen, so kann uns diese Thatsache nicht auffallend erscheinen, wenn man berücksichtigt, dass die pathogenen Spaltpilze während dieser Zeit nicht nur in den so leicht entstehenden Fissuren und Excoriationen der Warzen eine bequeme Eingangspforte finden, sondern auch durch die reichliche Blutzufuhr, durch die Schwellung der Drüsensubstanz, durch den

Zellreichthum des interstitiellen Bindegewebes den günstigsten Boden zur Weiterentwicklung besitzen.

Während diese sich an das Puerperium anschließenden, akut entstehenden Abscesse ungemein häufig zur Beobachtung kommen, sind chronisch entzündliche eitrige Prozesse in der Mamma verhältnismässig seltene Ereignisse; in anatomisch-pathologischer Beziehung repräsentiren diese Prozesse wirkliche Entzündungsformen, ihrem klinischen Bilde nach schliessen sie sich vollständig den Geschwülsten an. In einer Reihe von Fällen lässt sich eine tuberkulöse Erkrankung der Brustdrüse als Ursache der Eiterung nachweisen, in andern Fällen dagegen, die man dann als einfach chronisch-eitrige Entzündungen bezeichnen muss, lässt sich kein Anhaltspunkt für die Annahme des tuberkulösen Charakters der Affektion auffinden. Prof. Dr. Riedel hatte Gelegenheit, einige Fälle von chronischer Entzündung der Mamma mit Ausgang in Abscedirung, von denen sich zwei als tuberkulöse, die andern als einfach chronische Prozesse erwiesen, zu beobachten, und hat mir dieselben gütigst zur Publizierung überlassen. Die Veröffentlichung derselben dürfte sich vielleicht nicht allein deshalb der Mühe lohnen, weil derartige Fälle relativ selten vorkommen, sondern auch besonders deshalb, weil dieselben am leichtesten zur Verwechselung mit Geschwülsten, namentlich Carcinomen, Anlass geben, und deshalb ein kleiner Beitrag zur Kenntniss derselben wohl ein gewisses Interesse, namentlich auch in differential-diagnostischer Beziehung zu erregen im Stande sein dürfte.

In der Literatur finden sich keine zahlreichen Angaben über chronisch-eitrige Prozesse in der Mamma. Am eingehendsten ist noch die tuberkulös-eitrige Mastitis beschrieben worden.

Die älteren Mittheilungen über Tuberkulose der Brustdrüse stammen von Astley Cooper, Velpeau, Nélaton, Bérard und Horteloup; doch bei dem Mangel einer genauen histologischen Untersuchung ist es in keinem der angeführten Fälle sicher, ob es sich wirklich um diese Affektion gehandelt habe, vielmehr ist man vielfach nach der Beschreibung, in der von Abscessen die Rede ist, die besonders wegen des Verlaufs und wegen der Beschaffenheit des dabei vorhandenen Eiters als tuberkulöse bezeichnet werden, anzunehmen berechtigt, dass eine einfach chronische Entzündung mit Abscessbildung vorgelegen habe. Daher führt auch Virchow in seinem Werke über die krankhaften Geschwülste die Brustdrüse unter den Organen an, in denen die Tuberkulose nicht mit Sicherheit nachgewiesen wurde.

In neuerer Zeit hat Dubar<sup>1)</sup> die bis dahin publizirten Fälle kritisch geschichtet und zwei neue, histologisch genau untersuchte Fälle (aus der Klinik von Gosselin und Le Dentu) hinzugefügt.

Ohnacker<sup>2)</sup> hat eine sehr sorgfältige Beschreibung der Tuberkulose der Mamma geliefert an der Hand des vorhandenen casuistischen Materials und zweier neuer Fälle aus der Giessener chirurgischen Klinik. Er theilt nicht die Ansicht von Dubar, der eine disseminirte, durch

1) Dubar, Des tubercules de la mamelle. Thèse. Paris 1881.

2) Archiv für klin. Chirurgie 1882. Bd. XXVIII.

vielfache hirse- bis mandelkerngrosse, zerstreut liegende Knötchen charakterisirte, und eine konfluirende Form unterscheidet, bei der mehrere bis zu hülmereigrosse Knoten neben einander liegen, sondern ist auf Grund des mikroskopischen Befundes eher geneigt anzunehmen, dass beide Formen ein verschiedenes Entwicklungsstadium darstellen und die eine aus der andern hervorgehe. Die tuberkulöse Natur der von ihm beobachteten Fälle stellt derselbe sowohl durch Auffindung massenhafter Tuberkeln mit ihren eigenthümlichen Riesenzellen und epitheloiden Granulationszellen fest, als auch durch das positive Resultat einer Impfung in die vordere Augenkammer eines Kaninchens. Die spezifischen Tuberkelbacillen erwähnt er wohl aus dem Grunde nicht, weil dieselben zu der Zeit, als er seine Untersuchungen anstellte, noch nicht allgemein bekannt waren; denn die Koch'sche Publikation über diese epochemachende Entdeckung erschien erst im Frühjahr 1882.

Zwei weitere Fälle theilt Orthmann<sup>1)</sup> mit; dieselben zeichnen sich durch eine genaue histologische Untersuchung aus, bei der besonders auf die Riesenzellbildung Rücksicht genommen wurde. Von besonderem Interesse sind sie auch noch deshalb, weil in diesen Fällen zuerst der Nachweis der Tuberkelbacillen, wenn auch das eine Mal nur in einer mitexstirpirten Lymphdrüse der Achselhöhle geführt wurde.

In einem von Verchère<sup>2)</sup> veröffentlichten Falle werden die Milchgänge als Eingangspforte für die Para-

1) Virchow, Arch. für path. Anatomie. Bd. 100.

2) Verchère, Des portes d'entrée de la tuberculose. Paris 1884.

siten bezeichnet, die ihrer Form nach vollkommen mit den Koch'schen übereinstimmten und die Drüsenbläschen vollkommen ausgefüllt haben sollen. Jedoch ist, wie Orthmann, der über diese Mittheilung in seiner vorher citirten Arbeit referirt, mit Recht hervorhebt, die Angabe über diesen auffallenden Befund so kurz, dass man immerhin einige Bedenken hegen darf.

Duret<sup>1)</sup> berichtet von zwei Fällen, welche die für Tuberkulose charakteristischen Eigenthümlichkeiten zeigten, bei denen aber eine genauere histologische Beschreibung vermisst wird.

In der englisch-amerikanischen Literatur existirt eine Arbeit über Tuberkulose der Mamma von Durant<sup>2)</sup>, der diese Affektion, die oft mit Carcinomen und andern Geschwülsten verwechselt werde, für nicht gar so selten hält. An diese Arbeit lehnt sich auch Bryant<sup>3)</sup>, dem keine eigenen Erfahrungen zur Verfügung stehen, bei der Besprechung dieses Kapitels an.

Billroth<sup>4)</sup> beschreibt zwei eigene Beobachtungen, von denen er den einen, vielleicht zweifelhaften Fall als verkäsende, chronisch-lobuläre Mastitis, den andern als eine wirkliche tuberkulöse Affektion der Mamma bezeichnet.

Endlich erwähnt König<sup>5)</sup>, dass er mehrfach eine

---

1) Tuberculose mammaire et adénite axillaire. Le progrès méd. Paris 1882. T. X, No. 9.

2) Gaillards méd. Journ. of New-York 1884.

3) The diseases of the breast. London 1887.

4) Deutsche Chirurgie. Lief. 41. Billroth: Krankheiten der Brustdrüsen.

5) Lehrbuch der speziellen Chirurgie 1885.

Tuberkulose der Mamma gesehen habe; nach seinen Beobachtungen, die jedoch in dieser Beziehung nicht mit den Resultaten der übrigen Forscher übereinstimmen, soll die Krankheit stets von den infiltrirten Achseldrüsen ihren Ausgang nehmen, dann den axillaren Theil der Brustdrüse ergreifen und von hier aus weiter in das Mammagewebe fortschreiten.

Während die bisher angeführten Fälle sich nur auf die weibliche Brustdrüse beziehen, existirt auch eine Beobachtung über eine tuberkulöse Mammageschwulst bei einem 40jährigen Manne, die uns von Poirier<sup>1)</sup> näher beschrieben worden ist.

Der chronisch-eitrigen Entzündung der Mamma, die nicht auf tuberkulöser Grundlage beruht, wird in der Literatur nur selten und auch nur in kurzer Weise Erwähnung gethan. Wenn wir nicht die vorhin erwähnten Fälle von Astley Cooper etc., bei denen die tuberkulöse Natur sehr zweifelhaft erscheint, hierher rechnen sollen, so lassen sich casuistische Mittheilungen über diesen Gegenstand aus der uns zugänglichen Literatur fast gar nicht auffinden.

Billroth hebt die Seltenheit derartiger Prozesse hervor, die nach ihm vor der Pubertät niemals, nach derselben sowohl bei verheiratheten als auch bei unverheiratheten Personen, besonders bei solchen mit scrophulöser oder tuberkulöser Diathese, beobachtet werden. Die Krankheit zeigt sich zuerst in knotigen Indurationen, die ohne bekannte Veranlassung und ohne erhebliche Schmer-

---

1) Archiv de médecine. Janvier 1882.



zen zu verursachen, in einzelnen Lappen der Brustdrüse entstehen und allmählich zur Erweichung kommen. Aus Billroths Beobachtung stammen auch zwei von Klotz<sup>1)</sup> näher beschriebene Fälle, bei denen es sich wohl um eine circumscribede chronische Entzündung mit Ausgang in Abscessbildung gehandelt haben möchte. Nachdem Klotz von den sogenannten kalten Abscessen der Brustdrüse im Allgemeinen erwähnt hat, dass sich in solchen Fällen meistens ein Zusammenhang mit einer akut abscedirenden puerperalen Mastitis nachweisen lasse, weshalb man dann weniger von kalten Abscessen, als vielmehr von Residuen akuter, in Eiterung übergegangener parenchymatöser Entzündungen sprechen könne, sagt er, dass es doch unzweifelhaft auch chronisch-entzündliche Infiltrationen im Brustdrüsenparenchym geben dürfte, die nach längerem Bestande entweder zur Resorption gelangten, oder sich allmählig zu Eiter verflüssigten.

Der erste Fall, den er uns mittheilt, betrifft eine kräftige, gesunde Frau, die ein Jahr nach der letzten Geburt eine mässige Härte und Schmerzhaftigkeit der ganzen linken Brust verspürte. Die Erscheinungen waren nach zwei Monaten verschwunden; es blieb aber eine Anfangs mehr härtliche, später immer weicher werdende Geschwulst zurück. Dieselbe war mit normaler Haut bedeckt, gegen diese sowohl, als auch gegen ihre Unterlage verschieblich, fluktuirte deutlich, war weder auf Druck noch spontan schmerzhaft und schien als etwa faustgrosser, ziemlich deutlich abgrenzbarer Tumor die ganze innere Hälfte der Drüse einzunehmen. Nach Spal-

1) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XXV.

tung des Abscesses in seiner ganzen Ausdehnung und Entleerung einer grossen Menge dünnflüssigen Eiters trat vollkommene Heilung ein. Aus dem Umstande, dass die Patientin noch nach drei Jahren vollständig gesund war, glaubt Klotz den Schluss ziehen zu dürfen, dass hier eine ossale oder periossale Eiterung mit Sicherheit nicht vorgelegen habe.

Von dem andern Falle erwähnt er, dass in der linken Brust einer zwanzigjährigen Frau, die vor ca. 1 $\frac{1}{2}$  Jahren eine acute, aber vollständig geheilte, puerperale Mastitis durchgemacht hatte, sich allmählig eine kleine Verhärtung unter geringen Schmerzen etablirt habe, die allmählig grösser geworden und eine weiche Consistenz angenommen habe. Der Tumor wurde extirpirt und erwies sich als ein mit Eiter gefüllter Sack mit dicken Abscessmembranen, „die auf dem Durchschnitte das Bild einer entzündlichen, in bindegewebiger Organisation begriffenen, von zahlreichen Gefässen und Gefässanlagen durchzogenen Neubildungsmasse darstellten.“

Wenn König von der interstitiellen Mastitis, die, von Virchow als Fibroma mammae zu den Geschwülsten gerechnet, unter dem Bilde von meist mehrfachen, zuweilen harten, runden, schmerzhaften Knoten auftritt, welche sich meistens bei geeigneter Behandlung zurückbilden und sich mikroskopisch als reichliche, kleine, zellige Infiltration des interacinösen Bindegewebes darstellen, erwähnt, dass dieselbe auch einen eitrigen Charakter annehmen könne, so bemerkt er zugleich, dass dieser Ausgang sehr selten nur und nur nach längerer Dauer beobachtet wurde.

Andere Autoren, die theilweise eine sehr eingehende und umfassende Beschreibung der Krankheiten der Brustdrüsen geliefert haben, thun der chronisch eitrigten Mastitis gar keine Erwähnung, so dass man wohl annehmen kann, dass ihnen eigne Erfahrungen darüber vollständig fehlen.

In andern Ländern scheinen chronische Entzündungen und kalte Abscesse der Brustdrüse häufiger vorzukommen. Doch dürfte es sich in vielen dieser Fälle nach der Beschreibung wohl um kalte Abscesse handeln, die von den Rippen aus gehen oder als Residuen einer acuten puerperalen Mastitis aufzufassen sind. Nach Billroth unterscheidet Erichsen zwei Formen von kalten Abscessen in der Brustdrüse: Chronic diffused abscess und chronic encysted abscess. „Die erste Form soll in allen Altern bei verheiratheten und unverheiratheten Individuen von skrophulöser Diathese vorkommen und sich im Zellgewebe hinter der Mamma entwickeln. Die zweite Form soll deshalb von besonderer Wichtigkeit sein, weil sie schwer von Tumoren der Brustdrüse zu unterscheiden ist, und weil deshalb schon wiederholt unnöthiger Weise Amputationen der Brustdrüse gemacht sein sollen. Diese Abscesse entwickeln sich fast ausschliesslich nach einer Entbindung oder nach einem Abort; es sind indolente, langsam zunehmende Indurationen, die im Laufe von Monaten allmählig central erweichen. Retraction der Warzen soll dabei vorkommen, in der Regel auch etwa Oedem über der Anschwellung. Die Diagnose ist nur bei längerer Beobachtung, zuweilen nur durch die Probepunktion zu stellen. In ganz gleicher Weise spricht sich

Samuell Gross aus. Auch er hebt die Schwierigkeit der Diagnose hervor, sah die Krankheit aber auch bei unverheiratheten, jüngeren Mädchen, häufiger auch als Residuum einer subacuten und chronischen Mastitis bei Frauen, die entbunden waren, zumal an der Brust, an welche das Kind nicht angelegt war.“

Brayant beschreibt in seiner schon angeführten Arbeit, von der mir leider nicht das Original, sondern nur ein kurzes Referat vorliegt, 15 Beispiele von chronischen Abscessen der Brustdrüse, von denen 3 bei männlichen Individuen beobachtet wurden.

Wenn ich jetzt dazu übergehe, die in der Klinik des Prof. Dr. Riedel beobachteten Fälle anzuführen, so möchte ich vorher noch eine kurze Mittheilung machen über die Häufigkeit chronischer entzündlicher Prozesse der Mamma, insbesondere der chronisch-eitrigen Entzündung im Verhältnis zu den Neubildungen, wie sich dieselbe aus einer Zusammenstellung der sämtlichen, von Prof. Dr. Riedel beobachteten und operirten Fälle von Mammatumoren ergibt. Es scheint mir wohl von Interesse und von Wichtigkeit, diese Entzündungsformen gerade mit den Neubildungen, von denen sie zwar wohl pathologisch-anatomisch, nicht aber immer klinisch unterschieden werden können, in Beziehung zu bringen, besonders da keine Statistik über Mammatumoren, soweit ich wenigstens die Literatur übersehen kann, hierauf Rücksicht genommen hat. Diese Zusammenstellung ist natürlich nur von untergeordnetem Werth, weil nur die operirten Fälle berücksichtigt sind; das Verhältnis würde sich vielleicht wohl anders gestalten besonders auch zu

Gunsten der chronischen interstitieller, nicht eitrigen Mastitis, da viele Fälle dieser Art beobachtet, aber nicht operirt wurden, bei dieser Zusammenstellung also auch nicht in Betracht gezogen werden konnten. Dann ist das Material auch zu klein und die Beobachtungszeit zu kurz, als dass man daraus bestimmte Schlüsse über die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen machen dürfte. Immerhin scheint aus dieser Zusammenstellung hervorzugehen, dass chronisch-eitrige Prozesse der Brustdrüse häufiger vorkommen, als man bisher angenommen hat. Vielleicht dürfte die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass viele Fälle von Mammatumoren einfach als Neubildungen angesehen werden, die sich bei einer genauen mikroskopischen Untersuchung als entzündliche Prozesse herausstellen würden. Bemerken möchte ich noch, dass bei den folgenden Angaben diejenigen Fälle von entzündlichen Infiltrationen, bei denen sich ein Zusammenhang mit dem Puerperium nachweisen liess, nicht berücksichtigt sind, da man, wie schon bemerkt, in solchen Fällen weniger von chronischen Entzündungen, als vielmehr von Residuen acuter puerperaler Mastitis sprechen kann.

Die Beobachtungen erstrecken sich im ganzen über 79 Fälle von Mammatumoren, die in den Jahren 1883 bis Mai 1889 vom Prof. Dr. Riedel operirt wurden.

Davon waren: Neubildungen 67, chronisch-entzündliche Prozesse 12. Die Neubildungen vertheilten sich auf die einzelnen Unterarten wie folgt: 57 Carcinome, 4 Sarcome, 4 Cystosarcome, 1 Fibrom und 1 Adenom.

Bei den chronisch-entzündlichen Prozessen handelte es sich um

interstitielle Mastitis ohne Eiterung . . .	7 Mal,
(davon 5 Mal mit Cystenbildung)	
chronisch-eitrige Prozesse . . . . .	5 Mal,
und zwar a) tuberkulöser Natur . . .	2 Mal,
b) nicht tuberkulöser Natur .	3 Mal.

Die mitzutheilenden, vom Prof. Dr. Riedel operirten Fälle von chronisch-eitrigen Prozessen in der Mamma, von denen die beiden ersten sich als tuberkulöse herausstellten, sind folgende:

### I. Fall.

Frau K. aus S., 28 Jahre alt, ist nach ihrer Angabe bis jetzt nie ernstlich krank gewesen. Ueber eine tuberkulöse hereditäre Belastung ist nichts eruirbar. Patientin hat dreimal geboren, das letzte Mal vor 4 Jahren und niemals selbst gestillt. Nach jeder Entbindung sollen ca. 2 Tage lang beständige, heftige Schmerzen in beiden Mammae bestanden haben, ohne dass äusserlich eine Veränderung an diesen wahrzunehmen gewesen wäre. Ihre jetzige Erkrankung soll erst seit Dezember 1888 datiren, wo sie zufällig einen kleinen, auf Druck etwas schmerzhaften circumscriphten Knoten in der rechten Mamma entdeckte. Nach etwa 4 Wochen entwickelte sich ein zweiter, kurze Zeit darauf ein dritter Knoten von ähnlicher Beschaffenheit. Darauf trat eine mässig schmerzhafte, beträchtliche Schwellung der ganzen Mamma ein, welche jedoch durch Behandlung mit Jodoformcollodium und

Compressivverband wieder bedeutend zurückging. Seit ca. 14 Tagen begann sich eine geröthete, weiche Hervorwölbung an der Aussenseite der Mamma zu bilden, die seitdem an Ausdehnung etwas zugenommen hat.

Status praesens:

Gracil gebautes Individuum mit gut entwickeltem Fettpolster und schlaffer Muskulatur. Die rechte Brustdrüse ist gegenüber der linken ziemlich bedeutend vergrössert; an beiden sind die Papillen tief eingezogen. An der rechten Mamma findet sich im äusseren, unteren Quadranten eine Hervorwölbung ungefähr von der Grösse eines Taubeneies, die mit gerötheter, anscheinend verdünnter Haut bedeckt, deutlich das Gefühl der Fluktuation zeigt. Durch die Palpation ist erkennbar, dass fast die ganze Drüse von mehreren mit Flüssigkeit gefüllten Hohlräumen eingenommen ist. Die Consistenz ist eine weiche, nur an einzelnen Stellen sind kleine, derbe Knötchen fühlbar; einzelne derbe Stränge lassen sich auch deutlich in den weichen Parthien durchfühlen. Die Drüse ist auf ihrer Unterlage gut verschieblich. Die Achselhöhle enthält einzelne bohnen- bis haselnussgrosse Lymphdrüsen. Die Untersuchung der inneren Organe bietet nichts Abnormes. Narben von tuberkulösen Lymphdrüsen sind nirgends zu bemerken.

Die Operation wird am 13. Mai 1889 vorgenommen.

Bei der Reinigung des Operationsfeldes perforirt die Haut an der erwähnten Stelle. Aus der Oeffnung entleert sich Eiter in grosser Menge. Die Schnittführung geschieht nicht wie gewöhnlich parallel dem Pectoralis.

sondern von oben links nach unten rechts. Darauf Ablatio Mamma, wobei die Haut in der Umgebung der Fistel mit entfernt wird; Ausräumung der Achselhöhle; die Drüsen erscheinen nur entzündlich infiltrirt.

Patientin wird nach 14 Tagen geheilt entlassen.

#### Anatomischer Befund:

Die exstirpirte Brustdrüse ist von mässiger Grösse. Die Haut ist in der Umgebung der tief eingezogenen Warze ca. in der Ausdehnung eines Fünfmaststückes mit entfernt und zeigt theils eine normale Beschaffenheit, theils ist sie verdünnt und geröthet. In der Mitte dieser verdünnten Hautstelle befindet sich eine Fistelöffnung, die in einen grösseren, mit Eiter gefüllten Hohlraum führt. Das die Drüse an den Rändern begrenzende Fettgewebe hat ein gesundes Aussehen; an einigen Stellen ist es in grösserer Anhäufung vorhanden, an anderen Stellen tritt das Drüsengewebe offen zu Tage. Auf dem Durchschnitte erkennt man, dass die Mamma in ihrer ganzen Ausdehnung von grösseren und kleineren Hohlräumen durchsetzt ist, die theils mit einander kommuniziren, theils durch eine feste Membran oder durch anscheinend noch gut erhaltenes Drüsengewebe von einander getrennt sind. An manchen Stellen bietet das Präparat das Aussehen eines Siebes dar. Die Wände der Abscesse sind theils glatt, theils uneben und mit weichen, in das Lumen hineinragenden Granulationsmassen ausgekleidet. Der Eiter, der zum Theil noch die Hohlräume ausfüllt und sich aus den Drüsenausführungsgängen auf Druck entleeren lässt, ist dünnflüssig, von gleichmässiger Beschaffenheit

und nirgends mit käsigen, bröcklichen Massen untermischt. Makroskopisch macht die Brustdrüse nicht den Eindruck einer tuberkulösen Veränderung.

Die mikroskopische Untersuchung liefert folgendes Resultat: Die Grundlage bildet reichliches Bindegewebe mit spindelförmigen Zellen und wenig Blutgefässen, in welches neben theils vereinzelt theils in kleinen Gruppen angeordneten Fettzellen das veränderte Drüsengewebe eingelagert ist.

Das die Zwischenräume zwischen den einzelnen Drüsenacini anfüllende Bindegewebe zeigt eine reichliche Infiltration mit kleinen Rundzellen. An einigen Stellen hat dieses entzündete Bindegewebe eine weitere Veränderung erfahren, die Rundzellen sind spärlicher geworden. Dagegen finden sich längliche Bindegewebskerne und in kleinen Zügen angeordnete Bindegewebszüge, sodass man hier von einer Umwandlung in festes Narbengewebe sprechen muss. Die Drüsenschläuche sind zum Theil unverändert; das Epithel ist deutlich sichtbar. An anderen Stellen ist das Epithel verschwunden, die Wandung besteht hier aus einem sehr zellenarmen Gewebe mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Rundzelleninfiltration. Das Lumen ist angefüllt mit Eiterkörperchen und einer feinkörnigen Detritusmasse. Die Einlagerung von Tuberkeln, die schon makroskopisch im Präparate als kleine, weniger intensiv gefärbte oder mehr gelbliche Knötchen sichtbar sind, findet sich hauptsächlich in unmittelbarer Nähe der Drüsenacini. Dieselben bestehen, wie man bei stärkerer Vergrößerung erkennt, aus einer knötchenförmigen Anhäufung von Rundzellen, welche

eine mehr oder minder ausgesprochene Aehnlichkeit mit Lymphkörperchen haben. In der Umgebung dieser Zellen finden sich grössere epitheloide Zellen. Innerhalb dieser Heerde liegen zum Theil in der Mitte, zum Theil mehr excentrisch ein oder mehrere Riesenzellen, von theils rundlicher, theils ovaler Gestalt, welche eine grössere Anzahl ovaler, bläschenförmiger, in Gruppen angeordneter oder unregelmässig zerstreut liegender Kerne einschliessen. Wenn auch die Versuche, Tuberkelbacillen nachzuweisen, die an einer Reihe von Schnitten nach der Ehrlich'schen Methode gemacht wurden, keine positive Resultate ergeben, so lässt sich doch der tuberkulöse Charakter der Erkrankung wegen des mikroskopischen Befundes nicht bezweifeln.

Am 9. Aug. 1889 wurde die inzwischen in gleicher Weise erkrankte linke Mamma entfernt.

## II. Fall.

Der zweite Fall von einer tuberkulösen Erkrankung der Brustdrüse betrifft ein 36jähriges Mädchen mit einem linksseitigen Mammatumor, der seinem klinischen Bilde nach für ein Carcinom gehalten wird. Es soll deshalb die Amputation der Mamma vorgenommen werden. Bei einer Incision des Tumors stösst man auf einen grossen Eiterheerd. Da die Affektion jetzt mehr den Eindruck einer eitrigen Entzündung macht, so wird vorläufig von der beabsichtigten Operation Abstand genommen; die Eiterhöhle wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und drainirt. Nach kurzer Zeit ist die Wunde geheilt. Nach ungefähr einem Vierteljahr jedoch stellt sich die

Patientin von Neuem vor mit einer eitrigen Infiltration der ganzen Mamma und der axillaren Lymphdrüsen. Es wird 18. Aug. 1886 die Exstirpation der ganzen Mamma vorgenommen und daran die Ausräumung der Achselhöhle angeschlossen. Die Exstirpation der Lymphdrüsen in der Achselhöhle erweist sich als besonders schwierig, da dieselben zum Theil fest mit den Gefässen verwachsen sind, so dass ein Stück derselben mit entfernt werden muss. Durch die mikroskopische Untersuchung der fast vollständig eitrig zerfallenen Brustdrüse wurde mit Sicherheit die tuberkulöse Natur des Leidens festgestellt.

### III. Fall.

Frl. Sch. aus A., ca. 35 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und war früher stets gesund. In ihrem 13. bis 14. Lebensjahre stiess sie sich mit der linken Brust derartig an die scharfe Kante eines Bettes, dass eine tiefe Fissur an der Warze entstand und diese nach und nach abbröckelte, und seitdem an der betreffenden Stelle nur noch eine narbenartige Vertiefung zu sehen war. Im Jahre 1887, den genauen Zeitpunkt weiss sie nicht mehr anzugeben, erlitt Patientin eine Contusion der linken Brust durch einen herabfallenden, schweren Gegenstand und glaubt sie, dass dadurch ihr Leiden entstanden sei. Die Schmerzen, die sich infolge dieses Traumas einstellten, verloren sich bald wieder. Nachdem sie längere Zeit gar keine Beschwerden mehr gehabt hatte, empfand sie etwa gegen Anfang September 1887 eine Schwere in der Brust; zugleich bemerkte sie, dass dieselbe gegenüber der rechten etwas geschwollen war. Die

Schwellung nahm nach und nach immer mehr zu und es stellte sich mitunter ein Pochen ein, das aber nicht schmerzhaft genannt werden konnte.

Bei der Untersuchung, die gegen Anfang November vorgenommen wurde, wird folgender Befund constatirt: In der linken Brust der etwas anämischen, im Uebrigen gesunden Person findet sich ein faustgrosser, mit der Haut nicht verwachsener, gegen seine Unterlage verschieblicher Tumor von theils mehr weicher, theils mehr derber Consistenz. In der Tiefe glaubt man deutlich Fluktuation zu fühlen. Achseldrüsen sind stark infiltrirt.

Am 11. Nov. 1887 wird die Amputation der Mamma mit Exstirpation der Lymphdrüsen der Achselhöhle ausgeführt. Naht, Drainage, Verband. Die Heilung erfolgt per primam intentionem; am 26. Nov. wird Patientin als geheilt entlassen.

#### Anatomischer Befund:

Die Mamma ist von gewöhnlicher Grösse und fühlt sich von aussen im ganzen ziemlich weich an. Nur an einzelnen Stellen fühlt man in diesem weichen Gewebe einzelne derbere Parthien. Auf dem Durchschnitt erkennt man, dass der fast die ganze Ausdehnung der Drüse einnehmende Tumor aus grösseren und kleineren, mit Eiter gefüllten, unregelmässigen Höhlen besteht. Die festen Parthien zwischen den Höhlen haben eine speckige Beschaffenheit und ein graugelbes oder weissliches Aussehen und werden theils von derben Strängen gebildet, theils von einem Gewebe, an welchen man die Struktur der Drüsensubstanz noch deutlich erkennen kann.

Mikroskopisch sieht man eine reichliche, kleinzellige Infiltration des interacinösen Bindegewebes. An einzelnen Stellen ist diese Infiltration so stark, dass die Zellen zu Gruppen angehäuft erscheinen, an andern ist sie spärlich, hier hat sich das entzündete Bindegewebe in Narbengewebe umgewandelt. Die Acini und Ausführungsgänge zeigen der Umwandlung gegenüber ein verschiedenes Verhalten. Theils sind sie unverändert, haben ihr normales Epithel und ihr normales Lumen, theils sind die Wandungen durchsetzt mit Rundzellen; das Epithel erscheint gelockert oder ist überhaupt nicht mehr zu erkennen. Im Innern finden sich Eiterkörperchen, Detritusmassen und gequollene Rundzellen. An anderen Stellen hat die entzündliche Wucherung und narbige Retraktion des Bindegewebes zu einer Verengung des Lumens bis zur vollständigen Obliteration geführt; die Epithelien haben ihren ursprünglichen Charakter verloren und erscheinen mehr abgeplattet und in die Länge gezogen. An vielen andern Stellen kann man deutlich den Uebergang von mässiger Dilatation der Drüsengänge bis zu cystischer Erweiterung verfolgen. Riesenzellen oder epitheloide Granulationszellen sind nirgends zu konstatiren. Dagegen zeigt sich ein interessanter Befund, wenn man das Präparat nach der Gram'schen Färbungsmethode behandelt. Es finden sich nämlich sowohl in den Eiterkörperchen, als auch in dem entzündeten Gewebe selbst zahlreiche Micrococcen, die man nach ihrer Anordnung theils in Form von Diplococcen, theils in Form von traubenartiger oder wolkenartiger Anhäufung als Staphylococcen ansprechen muss.

#### IV. Fall.

Frau H. aus Weimar. 60 Jahre alt. Patientin hat mehrere Male geboren. Die Kinder sind schon erwachsen. Menopause zur gewöhnlichen Zeit eingetreten. Vor einem Jahre wurde von Prof. Braun wegen eines chronisch entzündlichen Processes die Amputation der linken Mamma vorgenommen. Vor ca. drei Monaten stellte sich unter mässigen Schmerzen eine allmählig immer mehr zunehmende knotige Schwellung der rechten Mamma ein. Gleichzeitig bestand starkes Herzklopfen. Nach einiger Zeit ging diese Schwellung wieder bedeutend zurück; die Schmerzhaftigkeit und das Herzklopfen verloren sich. Bei der Untersuchung ist nur noch ein flacher, etwa markstückgrosser, etwas derber Knoten in der Mamma zu fühlen. Der Knoten ist vom Drüsengewebe nicht abgrenzbar und befindet sich nach oben und aussen von der Papille. Die Haut ist intakt. Die Mamma ist mit dem Pectoralis nicht verwachsen. Achseldrüsen nicht infiltrirt.

7./XII. 1888. Amputatio Mammae. Naht, Drainage, Verband. Verlauf reactionslos.

Der gefühlte Knoten erweist sich als ein abgekapselter Eiterheerd mit derben Wandungen. Mehrere kleinere, bohngrosse Heerde finden sich zerstreut im Mammagewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein ähnliches Resultat, wie im vorigen Falle; auch hier besteht die Hauptveränderung in einer kleinzelligen Infiltration des zwischen den Milchgängen und Drüsenacini gelegenen, interstitiellen und paraadenalen Bindegewebes.

### V. Fall.

Ueber diesen Fall, der am 16. Mai 1887 vom Prof. Riedel operirt wurde, kann ich leider nur eine sehr kurze Mittheilung machen. Es handelt sich um eine 36jährige, im Uebrigen gesunde Frau, mit zahlreichen knötchenförmigen Indurationen in der linken Mamma, die schon seit drei Jahren bestehen sollen, ohne erhebliche Schmerzen verursacht zu haben. Seit längerer Zeit beständige Sekretion einer bräunlich-röthlichen serösen Flüssigkeit aus der Papille. Die amputirte Brust enthält zahlreiche circumscripte, kleinere und grössere Hohlräume, theils mit Eiter, theils mit eingedickten bräunlichen Massen gefüllt.

Die mikroskopische Diagnose wird auf chronisch-eitrige Mastitis gestellt.

Der Mittheilung werth scheinen mir noch zwei weitere Fälle, die ebenfalls chronisch entzündliche, eitrige Prozesse repräsentiren dürften und deshalb besonderes Interesse bieten, weil sie spontan ohne einen operativen Eingriff zur Heilung kamen und wegen ihrer täuschenden Aehnlichkeit mit Carcinom anscheinend als Beweis für die leider im Publikum noch weit verbreitete Ansicht gelten könnten, dass der Brustkrebs auch ohne die gefürchtete Operation heilbar sei.

Eine 50jährige Frau hat seit zwei Jahren in der linken Mamma einen faustgrossen, harten, mit der Haut verwachsenen, etwas schmerzhaften Tumor, der seit einigen Wochen perforirt ist mit Entleerung einer serös-

eitrigen Flüssigkeit und Bildung eines schmutzigen, markstückgrossen Geschwürs. Dabei ausgedehnte Schwellung der Achseldrüsen, das vollendete Bild eines Carcinoms. Auf eine Operation will sich Patientin nicht einlassen, obwohl ihr die Bösartigkeit der Geschwulst, die nach ihrer Beschaffenheit für ein Carcinom gehalten wurde, recht eindringlich vorgestellt wurde. Prof. Riedel verliert dann die Patientin aus den Augen, bis er nach etwa 2 Jahren zufällig in sichere Erfahrung bringt, dass die Patientin, ohne sich einer Operation unterzogen zu haben, vollständig geheilt sei und sich der besten Gesundheit erfreue.

Der andere Fall stammt aus privater Mittheilung und betrifft eine Frau von 45 Jahren mit einem Mammatumor, der alle Eigenschaften eines Carcinoms zeigte. Die Operation wird verweigert. Der Tumor perforirt und eitert längere Zeit. Die Frau begibt sich darauf in die Behandlung einer Kurpfuscherin, die klein zerstampfte „Krebsfüsse“ auflegt und die Geschwulst, die von verschiedenen Aerzten als ein Carcinom bezeichnet worden war, in kürzerer Zeit zur Heilung bringt.

Im Anschluss an diese Fälle sei es mir gestattet, noch einige kurze Bemerkungen, betreffend die Diagnose, Prognose und Therapie dieser Prozesse, zu machen.

Was zunächst die Diagnose anbetrifft, so macht sie in den meisten Fällen grosse Schwierigkeiten, und es gehört eine genaue und sorgfältige Prüfung aller Momente dazu, um eine einigermassen sichere Diagnose stellen zu können. Dieselbe schwankt in je weitem Grenzen, je weniger vorgeschritten der Prozess ist. Solange nur

ein Tumor von fester Beschaffenheit in der Tiefe der Drüsensubstanz zu fühlen ist, lässt sich meistens klinisch wohl kaum bestimmen, ob die Induration auf der Entwicklung eines Neoplasmas oder auf einer entzündlichen Affektion beruht. Relativ einfach liegt die Sache noch, wenn diese Indurationen vor der Pubertätszeit auftreten; in diesen Fällen hat man es fast stets mit einer entzündlichen Schwellung zu thun, da Neubildungen in diesem Alter, ausser den weichen Sarkomen, die aber wegen ihrer Seltenheit kaum berücksichtigt werden dürften, nicht beobachtet werden. Kommt die Geschwulst in den Jahren von erlangter Pubertät bis etwa zum 35. Lebensjahre zur Entwicklung, so kommen vor allen die verschiedenen Neubildungen aus der Bindegewebsreihe in Betracht; je nach der Beschaffenheit des Tumors und nach der Stabilität oder dem mehr oder minder raschen Wachsthum wird man sich für diese oder jene Form entscheiden. Für die Diagnose eines Entzündungsheerdes wird besonders der Verlauf bestimmend sein. Das Produkt einer chronischen Entzündung wird sich entweder allmählig zertheilen oder erweichen und abscediren, jedenfalls nicht ganz kontinuierlich wachsen oder lange Zeit stabil bleiben.

Am wichtigsten und zugleich am schwierigsten ist die Diagnose im sogenannten Carcinomalter, d. h. jenseits der 35 Jahre. In diesem Alter kommt es bei der differentiellen Diagnose hauptsächlich auf die Unterscheidung von den Carcinomen an. Wenn man gewohnt ist, eine Geschwulst, die sich bei einer Frau jenseits der 35 Lebensjahre entwickelt, welche sich nicht von der Nachbarschaft abgrenzen lässt, welche hart und mehr

oder minder schmerzhaft ist, welche mit der Haut verwachsen ist, welche überdies schon zu einer Infiltration der Achseldrüsen geführt hat, für ein Carcinom zu halten, so ist dieses Bild in vielen Fällen von entzündlichen Prozessen so vollkommen vorhanden, dass es unmöglich ist, eine Unterscheidung zu treffen. Man wird sich in diesen Fällen um so eher für eine carcinomatöse Neubildung erklären, als dieselben im Vergleich zu der chronischen Mastitis so ausserordentlich häufig sind. In andern Fällen ist diese Aehnlichkeit weniger täuschend; es fehlt dieses oder jenes für Carcinom charakteristische Merkmal; und es lassen sich zur Unterscheidung von Carcinomen wenigstens einige brauchbare Anhaltspunkte auffinden. Nicht selten sind die Knoten multipel vorhanden, sie haben sich in Intervallen schubweise entwickelt, oder es ist eine Schwellung der ganzen Drüse vorgegangen oder hat sich im weiteren Verlaufe eingestellt; die Knoten sind fast gar nicht schmerzhaft, sie sind deutlich abgrenzbar und fühlen sich mehr wie narbige, feste Drüsensubstanz an.

Ist es in der Geschwulst zur Bildung eines Erweichungsbeeres gekommen, und sind die Erscheinungen eines Abscesses vorhanden, so wird die Diagnose etwas vereinfacht; in diesem Stadium wird man zunächst und vor allen an einen entzündlichen Prozess denken müssen. Mit Bestimmtheit kann man aber auch dann noch nicht Carcinome ausschliessen; denn auch in diesen tritt, wenn auch selten, Erweichung ein, sodass die Geschwulst theilweise fluktirt und sich ähnlich wie ein kalter Abscess verhält. Durch die starke Zellwucherung findet nämlich

eine starke Nerven- und Gefäßkompression statt, es kommt zur Stase und Thrombose und dadurch zur fettigen Degeneration und zum Zerfall der Krebszellen und später auch der thrombirten Gefäße unter Bildung einer breiigen oder auch mehr dünnflüssigen eitrigen Masse. In den meisten Fällen von Carcinomen mit Eiterung findet diese Eiterung allerdings erst nach Entstehung eines Geschwürs durch eine Infektion von aussen statt.

Dass man einen chronischen Abscess nicht immer von einem cystischen Tumor unterscheiden kann, liegt auf der Hand. Bei der Diagnose wird man die pralle Spannung einer Cyste, die meistens rundliche Form, die Abgrenzbarkeit vom Nachbargewebe und den event. durch eine Probepunktion festgestellten Inhalt in Rücksicht ziehen. Handelt es sich um mehrere kleine Cysten oder um eine cystische Entartung des ganzen Organs, ein Zustand, wie er als Folge einer interstitiellen Mastitis häufig beobachtet wird, so wird die Diagnose um so schwieriger sein.

Von Wichtigkeit erscheint die Frage, ob die Eiterung sich auf tuberkulöser Grundlage oder als Folgezustand einer einfach chronischen Entzündung entwickelt habe? Der Verdacht einer tuberkulösen Affektion wird besonders dann nahe gelegt, wenn es sich um Personen handelt, die hereditär stark belastet sind, namentlich wenn noch anderweitige tuberkulöse Erkrankungen oder Residuen von solchen vorhanden sind. Bei der Eröffnung oder nach Aufbruch der Abscesshöhle wird man dann das fungöse Aussehen der Auskleidungsmembran und die Beschaffenheit des Eiters, dem zuweilen kleinere oder

grössere Gewebsbröckeln und käsige Massen beigemischt sind, berücksichtigen. Dass dabei sehr oft Irrthümer unterlaufen und die auf Tuberkulose hinweisenden Eigenschaften vollständig fehlen können, beweist der erste der oben erwähnten Fälle, bei dem das makroskopische Aussehen durchaus nicht den Eindruck einer tuberkulösen Infiltration machte. Eine sichere Diagnose lässt sich nur machen durch eine genaue mikroskopische Untersuchung, bei der die Auffindung von Tuberkeln mit ihren charakteristischen Riesenzellen, epitheloiden Granulations- und Rundzellen und event. der Nachweis von Tuberkelbacillen massgebend sind.

Die Unterscheidung der primären chronischen Abscesse in der Mamma, von tuberkulösen Rippenabscessen oder durchgebrochenen Empyemen wird in der Regel auf keine grossen Schwierigkeiten stossen. Abgesehen davon, dass es bei dem Empyeme meistens an der Aussen- seite der Thorax zum Durchbruch kommen wird, und dass man durch die physikalische Untersuchung auch gleichzeitig das Vorhandensein von Flüssigkeit im Pleuraraum nachweisen kann, ist auch bei Caries der in der Nähe der Brustdrüse gelegenen Rippenparthie das Bild ein ganz anderes. Der Eiter wird sich zunächst im lockern Bindegewebe hinter der Brustdrüse ansammeln und es kommt zu den Erscheinungen eines retromammalen Abscesses; bei grösserer Eiteransammlung ist die Brustdrüse gleichsam in toto emporgehoben, man hat das Gefühl, als ruhe dieselbe auf einer gefüllten Blase. Sehr selten und nur bei längerem Bestande wird der Eiter die fascienartige Scheidewand durchbrechen und sich in dem Drüsenge-

webe weiter ausbreiten, fast immer kommt er unten und an der Peripherie der Drüse zum Vorschein.

Ein Fall<sup>1)</sup> von Zahnfistelöffnung in der Mamma verdient mehr der Curiosität halber, als weil er bei Differentialdiagnose in Betracht kommen könnte, Erwähnung:

„Pat., 31 Jahre alt, litt seit ca. 8 Monaten an einem eitrigen Ausfluss 1 cm über der linken Brustwarze. Alle gegen die Eiterung angewendeten Mittel waren erfolglos. Da kommt Pat. nach 4 Jahren zum ersten Male wieder zum Zahnarzt, welcher unter Anderem den linken unteren, ganz heruntergesunkenen 1 Molaris behandelt, ihn gründlich desinfiziert und in seine gereinigten Wurzelkanäle ein konzentriertes Antiseptikum legt. Am nächsten Tage gibt der Hausarzt an, dass der eitrige Ausfluss aus der Mamma nach dem in den Zahn gelegten Antisepticum rieche, und es wird zur zweifellosen Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem erkrankten Molaris und der Fistelbildung in der Mamma eine Kochenillelösung in die Wurzelkanäle des Zahnes gespritzt, worauf der Eiter am folgenden Tage sich gefärbt zeigt.

Nach Extraction des betr. Zahnes ergibt die Untersuchung mit elastischen Sonden, dass der Eiter seitlich an der Basis des Unterkiefers durchgedrungen, sich am Rande des Sterno-cl. mast. entlang gesenkt, die starken Fascien des Platysm. myoid. perforirt und über den M. pectoralis in das Gewebe der Mamma eingedrungen war, um sich über der Warze zu entleeren.“

In prognostischer Beziehung muss man wohl unterscheiden, ob ein tuberkulöser oder ein einfach chronischer Entzündungsprozess vorliegt. Die Tuberkulose der Mamma kommt am häufigsten bei Personen zur Beobachtung, die zugleich von einer tuberkulösen Erkrankung anderer Organe befallen sind, so dass die Erkrankung der Brustdrüse als Theilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose aufzufassen ist. In diesem Falle ist die Prognose natürlich eine zweifelhafte, freilich weniger

1) Referat im Centralblatt für Chirurgie 1889. Nr. 17.

bedingt durch die lokale Erkrankung als durch die Allgemeininfektion und das Ergriffensein lebenswichtiger Organe. Ist der tuberkulöse Prozess noch auf die Mamma beschränkt, wofür sich leider keine sicheren Anhaltspunkte auffinden lassen, so besteht immerhin die grosse Gefahr, dass von der erkrankten Drüse aus eine Infektion des Gesamtorganismus mit dem tuberkulösen Gifte stattfindet.

Bei der einfach chronisch-eitrigen Entzündung kommen diese Erwägungen natürlich nicht in Betracht; aber auch bei dieser könnte es möglicher Weise zu bedenklichen allgemeinen Störungen kommen. Werden diese Prozesse sich selbst überlassen, so kommt es nach langem Bestande zum spontanen Durchbruch, es werden sich Fisteln bilden, die Jahre lang bestehen bleiben können; die Eiterung ist eine profuse und andauernde. Die Patientinnen magern ab, bekommen manchmal remittirendes Fieber, Nachtschweisse, verlieren den Appetit und werden enorm reizbar und psychisch deprimirt. Unter solchen Umständen muss man wohl an die Möglichkeit denken, dass eine amyloide Entartung der inneren Organe oder bei Personen, die zur Lungentuberkulose disponirt sind, eine solche sich heranbilde.

In Bezug auf die Heilung des lokalen Prozesses kann man bei geeigneter Behandlung auch bei der tuberkulösen Form eine günstige Prognose stellen.

Hat man die Diagnose auf Tuberkulose der Mamma gestellt, so ist der Weg der Behandlung genau vorge-schrieben, hier gibt es nur eine Therapie, die Exstirpation der gesammten Mamma, und sind gleichzeitig die

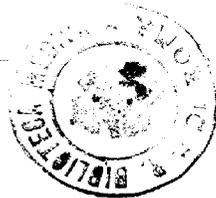
Achseldrüsen erkrankt, so müssen selbstverständlich auch diese entfernt werden. Selbst wenn es sich scheinbar um einen mehr oder minder circumscripten Heerd handeln sollte, so wird man doch die Amputation vornehmen und sich nicht mit der partiellen Exstirpation begnügen, da man nicht weiss, wie weit die Infiltration vorgeschritten und bei dem Charakter der Affektion nur durch die Entfernung alles Krankhaften eine sichere Heilung erzielt werden kann. Die einfache Eröffnung der Abscessshöhle ist auf jeden Fall durchaus zu verwerfen.

Bei der Nachbehandlung der Mammaamputationen mit Ausräumung der Achselhöhle scheint mir ein Verfahren von besonderer Wichtigkeit, welches schon seit längerer Zeit in der Klinik des Prof. Dr. Riedel beobachtet wird. Beim Verbande wird nämlich der Oberarm in horizontaler Suspension fixirt; bei ruhiger Bettlage wird diese Stellung durch Unterlegen von Kissen erreicht. Hierdurch wird nicht nur der Abfluss der Wundsekrete erleichtert und jede Retention unmöglich gemacht, sondern auch eine grössere Dehnbarkeit der Narbe erzielt und damit der Widerstand, den diese der Erhebung des Oberarmes entgegenstellt, auf ein Minimum reduziert.

Durant ist der Ansicht, dass ein operativer Eingriff nur bei einem deutlichen Fortschreiten des Processes angezeigt sei. Wir können uns diesem Standpunkte nicht anschliessen, sondern glauben, dass in jedem Falle möglichst frühzeitig die Operation gemacht werden muss, da bei dem Charakter der Erkrankung ein Rückgang und eine spontane Heilung fast mit Bestimmtheit ausge-

geschlossen werden kann, und da andererseits die Gefahr besteht, dass von der erkrankten Brust aus eine Infektion des gesammten Organismus stattfindet. Abgesehen von diesen zwingenden Gründen wird man sich auch in vielen Fällen vom humanitären Standpunkte aus zu einer Operation entschliessen. Wird doch das Befallensein mit einer Brustgeschwulst auf jede Frau einen psychisch depressirenden Einfluss ausüben, und schon deshalb ist es human, sie von einem Tumor zu befreien, der sie mit steter, quälender Sorge erfüllt, dass der gefürchtete, ihr wohlbekannte Krebs daraus werden könne.

Bei den einfach chronisch-eitrigen Entzündungsprozessen in der Mamma wird unser Handeln bedingt durch die Ausdehnung der Erkrankung. Bei einem kleinen Heerd genügt es, den Abscess zu öffnen, mit dem scharfen Löffel auszukratzen und zu drainiren. Ist dagegen schon ein grosser Theil der Drüse ergriffen, so wird man sich um so eher zur Entfernung der gesammten Mamma entschliessen, als man dadurch am sichersten und raschesten zum Ziele kommt, und die Unterscheidung einer einfach-eitrigen Mastitis von einer tuberkulösen Infiltration intra vitam mit absoluter Sicherheit niemals gemacht werden kann.



15630

18914