

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Tuberkulose

Cornet, Georg

1907

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1958 -2-

6. Tuberkulose der Brustdrüse. ¹⁾

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-129189)

Die **Diagnose** muß sich aber namentlich auf den Nachweis der Tb. B. in dem häufig bestehenden Fluor und das histologische Ergebnis kurettierter Massen, Kultur und Impfverfahren und Tuberkulinprobe gründen. Die von manchen Autoren ausgesprochene Vermutung, daß man weit mehr Tuberkulosen finden würde, wenn die kurettierten Partikeln auch bei unverdächtigen Erosionen öfters untersucht würden (Walther), scheint begründet zu sein und namentlich bei Phthise sollten solche Untersuchungen zeitweise wiederholt werden. Je ausgesprochener und akuter der ulzerative Prozeß ist, um so leichter findet man Bazillen, während die chronischen Fälle, wie mehrfach erwähnt, auch hier die Fundstelle der Riesenzellen bilden (Alban Doran). Verwechslung mit luetischen Ulzera können an der Vulva und Portio vorkommen; doch fehlten die Induration und sonstige luetische Erscheinungen, das Stationärbleiben spricht gegen Krebs und Sarkom, die oft schwer davon zu differenzieren sind, das Fehlen rasch vereiternder Bubonen gegen Ulcus molle (s. Pape u. a.).

Hier sei auch noch die Kombination von Tb. mit Karzinom erwähnt, wie sie neuere Beobachtungen von Szasz, Wallart u. a. berichten.

Therapie. Spontane Heilung kommt vor (Hegar u. a.). Zeigt der Prozeß keine Tendenz zur Ausbreitung, so kann man die Behandlung auf die Anwendung von Milchsäure, Kreosot, auf Kauterisation oder Ausschabung mit länger fortgesetzter Jodoformapplikation beschränken (Sippel). Zum gleichen Vorgehen ist man gezwungen bei zu großer Schwäche oder aussichtslosem Zustand der Kranken. In sehr chronischen Fällen leisten auch Solbäder manchmal ausgezeichnete Dienste.

Bei kräftigen Personen, auch ohne Bedenken bei Phthise im ersten Stadium, aber auch bei sehr akutem Charakter der Erkrankung oder Erfolglosigkeit konsequenter innerer Behandlung ist am besten das kranke Organ zu entfernen (siehe auch Thorn u. a.). Hegar, Veit u. a. bevorzugen die abdominelle Operation, weil sich der Umfang des Prozesses besser übersehen läßt und Quetschung oder Ausdrücken des pathologischen Organinhaltes vermieden wird. Dührssen ist mehr für die Eröffnung der Bauchhöhle vom unteren Scheidegewölbe aus, auch wenn es sich um tuberkulöse Tuben handelt.

6. Tuberkulose der Brustdrüse.¹⁾

Die Tb. der Brustdrüse wird im ganzen selten als Komplikation der Lungen-Tb. beobachtet. Unter den von Bartsch als einwandfrei aufgeführten 65 Fällen ist die Lungen-Tb. 11mal vermerkt. Doch sind die Angaben vielfach lückenhaft; die Kranken mit tuberkulösen Mammaabszessen hatten nach Mandry sämtlich Lungenaffektionen.

¹⁾ Über Infektion der Brustdrüse siehe Seite 328.

Die Mamma-Tb. tritt nach Dubar in zwei Formen, als disseminierte und konfluierende, auf, denen nach Mandry als weitere Form der kalte Abszeß sich hinzugesellt.

Bei der disseminierten Form zeigen sich nach Dubars Schilderung isolierte kleinste hirse- bis mandelkerngroße Knoten in schwankender Zahl (z. B. 7—8 in Argelliers Fall), welche im Gewebe der Drüse zerstreut liegen und durch normale Gewebzonen voneinander getrennt sind. Das Drüsengewebe selbst hat normales Aussehen, die darüberliegende Haut ist meist unverändert, das Organ selbst kaum vergrößert; der Prozeß zieht sich über Jahre hin. Später kommt es zu einer Heilung durch Verkalkung oder zur Einschmelzung, zu multiplen, zusammenfließenden Abszessen. — Fiorentini macht auf eine miliare Form bei allgemeiner Miliar-Tb. aufmerksam, die hämatogenen Ursprungs ist (Héraud). Die disseminierte Form ist sehr selten. Ohnacker, Habermaas, Mandry u. a. streiten ihr überhaupt einen selbständigen Charakter ab und erklären sie nur für eine Vorstufe und Übergangsform zur konfluierenden, zumal beide Formen auch nebeneinander vorkommen.

Zweifellos wichtiger ist die konfluierende Form; sie macht nach Mandry $\frac{2}{3}$ aller Fälle aus und entwickelt sich mit Vorliebe im oberen äußeren Quadranten (nach Carrel unter 32 Fällen 20mal). Es bildet sich eine anfangs erbsen- bis haselnußgroße Infiltration, die allmählich zur Hühnereigröße heranwächst, schließlich die ganze Drüse einnimmt und auf das doppelte sich vergrößert.

Der Prozeß selbst beginnt nach Ohnacker, Habermaas u. a. in der Regel im interazinösen Gewebe und besteht anfangs in der Einlagerung umschriebener Knötchen, später in großen Herden konfluierender Tb. mit entzündlicher Reizung der Umgebung. Die Drüsenbläschen und Schläuche sind zunächst unverändert und gehen erst später durch Übergreifen der Tb. zu grunde. Der Beginn der Erkrankung ist in der Regel langsam und schleichend. Zufällig bei der Toilette bemerkt die Erkrankte erst dann an der Brust einen oder mehrere Knoten, wenn sie schon eine bestimmte Größe erreicht haben, oder sie fühlt eine Schwellung der Axillardrüsen. Hin und wieder wird sie durch geringe spontane, selten durch stärkere Schmerzen aufmerksam. Im Laufe der nächsten Monate vergrößern sich die Knoten, die Brust nimmt an Umfang zu. Ausnahmsweise wird sie auch kleiner als die gesunde gefunden. Sie bleibt in der Regel gut verschieblich, die Brustwarze ist häufig eingezogen. Héraud und Souplet beobachteten hiebei eine in der Regel vorübergehende Schwellung, auch der gesunden Mamma. Im weiteren Verlauf erweicht der Knoten und da und dort läßt sich Fluktuation feststellen. Die Haut wird gespannt, bekommt ein bläulichrotes Aussehen, wird durchscheinend und es bildet sich nach $\frac{1}{2}$ —1—2 Jahren an ein oder mehreren Stellen eine Perforation nach außen, durch die sich ein

dünnere, krümelige Eiter entleert. Es verbleiben Fisteln, wie wir sie mehrfach geschildert haben, mit unterminierten dünnen, blavioletten Rändern, oft mit schlaffen, mißfarbenen Granulationen. Auf dem Durchschnitte finden sich ein oder mehrere unregelmäßige, mit dickbreiigem Inhalt gefüllte Hohlräume, durch Buchten und Ausläufer untereinander verbunden. Die Wände sind mit weicher, zottiger, mit Miliartuberkeln durchsetzter Membran bedeckt, in der Umgebung der Knoten und Hohlräume da und dort Knötchen verstreut.

Selten nur ist der Verlauf so stürmisch wie in Habermanns Fall, der in drei Wochen zur Abszedierung gelangte. Zeitig stellt sich auch eine Schwellung der nächsten Axillardrüsen ein und macht sich sogar schon früher als die Mammageschwulst bemerkbar. Auch hier kommt es im ferneren Verlauf häufig zur Abszedierung. In Roux' Fall war auch in der Schlüsselbeingegegend eine geschwollene Drüse fühlbar, bei Rebout auch subklavikuläre und Unterzungenbeindrüsen.

Eine weitere Form ist der kalte intermammäre Abszeß. Der Verlauf ist hier ähnlich, aber noch unmerklicher als bei den eben erwähnten Formen. Es entsteht eine zirkumskripte, prallelastische, fluktuierende Geschwulst verschiedener Größe. Die Haut bleibt hier intakt, die regionären Drüsen sind seltener beteiligt.

Auf dem Durchschnitte zeigt sich der Herd durch eine mäßig dicke fibröse Kapsel von dem gesunden Drüsengewebe abgegrenzt.

Hin und wieder wurde auch bei phthisischen Männern an der kranken Seite vorübergehende Schwellung der Brustdrüse beobachtet, die weder zur Knotenbildung noch zur Vereiterung führte, sondern sich wieder zurückbildete. Leudet erwähnt 3, Carrel 7 solche Fälle, Klippel beobachtete bei einer Frau die Zurückbildung einer solchen Affektion.

Für die **Diagnose** ergeben sich nach der trefflichen Zusammenstellung von Bartsch u. a. nur wenig sichere Anhaltspunkte, sofern nicht anderweitige tuberkulöse Prozesse als Wegweiser dienen. In knappen Umrissen lassen sich folgende Punkte hervorheben: Der Sitz innerhalb der Drüse fällt ins Gewicht gegenüber den tiefgelegenen retromammären häufig von kariösen Rippen ausgehenden Abszessen. Außerdem gehen letztere mit Fieber und Schwellung in der Umgebung der Mamma einher, die auf dem Eiter schwimmt (Bumm). Drückt man sie zurück, so hat man das Gefühl, als ruhe die Hand auf einem Schwamme (Velpeau).

So lange es sich um einen geschlossenen Tumor in der Mamma handelt, kommt am meisten die Unterscheidung von einem Neoplasma, und zwar namentlich von Karzinom in Betracht.

Die Richtschnur von Billroth und König, daß Brustdrüsentumoren bei Frauen nach Mitte der Dreißiger meist auf Krebs beruhen, versagt gerade gegenüber der Tuberkulose, denn von 65 Mammatuberkulösen waren

20, also fast $\frac{1}{3}$ über 33 Jahre alt, während umgekehrt Karzinom sich auch in früheren Jahren findet. Die baldige Fixierung an der Haut und der Unterlage, die unregelmäßige Gestalt und Härte, die häufigere Einziehung der Brustwarze bei nahegelegenen Karzinom, der indolente Verlauf vor der Ulzeration, das von einem gewissen Zeitpunkte an oft sehr rasche Wachstum, die frühzeitige Ulzeration und Kachexie, die Beteiligung auch der infra- und supraklavikulären Drüsen, nach dem Arme ausstrahlende Schmerzen geben für Krebs, hingegen die außer bei Ulzeration selten veränderte Haut, der langsamere Verlauf, die geringe Störung des Körperzustandes, wenn nicht anderweitig Tuberkulose vorhanden ist, die geringen, während der Menses etwas gesteigerten Schmerzen für Tuberkulose gewisse Anhaltspunkte.

Im erweichten Zustande ist die Entscheidung zwar leichter, aber selbst nach Exstirpation im anatomischen Bilde noch eine Verwechslung mit erweichtem Karzinom möglich, wie die Beobachtung von Habermaas zeigt, wo es sich um ein abszedierendes Mammakarzinom handelte.

Am schwierigsten ist die Diagnose, wenn beide Prozesse gleichzeitig vorkommen. Warthin beschreibt primäres Karzinom mit sekundärer Tb. und in einem anderen Fall die umgekehrte Reihenfolge. Solche Fälle berichtet auch Scott sowie bei einem Manne Pilliet und Piatot.

Für Sarkom sprechen schnelles Wachstum, regelmäßige Form, deutliche Begrenzung und die seltene Beteiligung der Halsdrüsen.

Das syphilitische Gumma ist durch meist schmerzloses, rasches Wachstum, schnellen Zerfall und den Erfolg antisypilitischer Kuren gekennzeichnet.

Auch das im übrigen seltene Adenom erzeugt in der Regel keine Drüenschwellung, ist gut beweglich und abgegrenzt und vereitert nicht. Tb. gleichzeitig mit Adenom hat Davis, sekundär Remy und Noël beobachtet.

In einem Falle Stiers handelte es sich um fibroadenomatöse Hyperplasie der Mamma mit Tb., in einem andern um Fibroadenom ohne Tb., aber mit tuberkulösen Axillardrüsen.

Chambers fand bei einer schon 2mal wegen Zysten operierten Frau wieder multiple zystische Tumoren, deren mikroskopische Untersuchung Tb. ergab.

Die chronische Mastitis unterscheidet sich durch ihr gepolstertes, honigwabenähnliches Aussehen und ihren vorwiegenden Beginn während der Laktation.

Die Monate und Jahre stabil bleibenden harten, höckerigen, lappigen und meist schmerzlosen Fibrome geben kaum zur Verwechslung Veranlassung, ebensowenig die zystische Mastitis und Galaktocele.

Eine sichere Entscheidung ist auch für die Mamma-Tb. häufig nur von der Untersuchung des Sekretes in offenen Formen, in geschlossenen, nach Probepunktion sowie durch die histologische Untersuchung nach der Operation zu erbringen.

Die **Prognose** ist im allgemeinen nicht ungünstig, so lange es sich nur um einen lokalen Herd handelt, der bei der exponierten Lage des Organes leicht zugänglich und zu beseitigen ist. Je umfangreicher die Lymphdrüsen beteiligt sind, um so schlechter wird die Prognose, namentlich wenn im Körper auch noch anderweitige Herde vorhanden sind. Leider fehlen über die meisten Kranken spätere Nachrichten, nur von 22 operierten Fällen bringt Bartsch nähere Angaben. Bei sechs trat Rezidiv oder Erkrankung der zweiten Drüse oder der Lunge ein. In zwei Fällen führte die Lungenaffektion nach $1\frac{1}{4}$, beziehungsweise nach 7 Jahren zum Tode, Die übrigen Fälle blieben wenigstens, soweit die Nachrichten reichen, frei, ein Fall Hérauds noch nach 7 Jahren.

Therapie. Da die histologische Untersuchung meist in der Umgebung der Knoten schon ein Fortkriechen des Prozesses erkennen läßt, so ist von den einfachen Maßnahmen, wie Kauterisieren, Auskratzen des Herdes und Jodoformbehandlung, kein nachhaltiger Erfolg zu erwarten und ein Rezidiv kaum zu vermeiden. Doch berichtet Piškaček einige günstige Erfolge davon. Bei isoliertem, deutlich abgegrenztem Tumor oder Abszeß, kann die Ausschälung der Geschwulst und die partielle Resektion bei genauer weiterer Kontrolle versucht werden. Halstead und Leçon ebenso Habermaas sahen in einem solchen Falle einen Erfolg, bei Habermaas war der Kranke nach $\frac{3}{4}$ Jahren noch ohne Rezidiv. In allen anderen Fällen ist nach der bisherigen Erfahrung die Amputation der Mamma und, soweit die Drüsen beteiligt sind, die Ausräumung der Achselhöhle das einzig Zweckmäßige. Außer der chirurgischen darf natürlich die allgemeine Behandlung nach den früher entwickelten Grundsätzen nicht versäumt werden.

7. Tuberkulose des Herzens.¹⁾

Selten sind die tuberkulösen Komplikationen im Herzmuskel. Bei der Tuberkulose des Herzmuskels findet man schwaches, unregelmäßiges Geräusch an der Spitze, frequenten kleinen Puls, Herzdämpfung, verstärkten zweiten Pulmonalton, zuweilen gespalten.

Mehrfach sind auch vorübergehende schwere Kollapse mit Lungenödem, nach denen sich 1—2 Stunden später wieder volle Euphorie einstellte, beschrieben worden (Demme, Kaufmann, Pollak, Eisenmenger).

¹⁾ Über Infektion des Herzens siehe Seite 351 sowie L. Bernard und M. Salomon, Hueter, Witte.