III. Ueber diffuse Hypertrophie beider Mammae bei einer Virgo.¹⁾

Von Professor Dr. E. Fraenkel, Breslau.

Unter den Tumoren der Brustdrüse nimmt die diffuse, wahre Hypertrophie derselben eine so seltene Stellung ein, dass Billroth²⁾ es als ein besonderes Glück betrachtete, dass er zwei solche Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte. Auch andere Autoren bezeichnen dieselbe als sehr selten, und es dürfte sich deshalb die Mittheilung des folgenden Falles rechtfertigen.

Marie K., Handarbeiterin, 30 Jahre alt, Virgo, kam am 6. April 1898 in meine poliklinische Behandlung und klagte über auffallend rasche Grössenzunahme beider Brüste seit Mitte Februar d. J. Sie ist erblich nicht belastet, war früher stets gesund und menstruierte zuerst im 17. Jahre und von da an regelmässig, vierwöchentlich, ein- bis zweitägig und mit nur mässigem Blutverlust bis zum 22. Lebensjahre. Von da an (1891) bis Ende 1897 bestand ohne wesentliche Beschwerden Amenorrhoe. Im Januar 1898 und zuletzt am 17. Februar traten die Menses wieder, jedoch sehr schwach, auf. Von diesem

Tage an datirt die rapide

Volumszunahme der Brüste, nachdem dieselben schon seit August 1897 mässig gewachsen waren, ein Umstand, dem Patientin damals um so weniger Bedeutung beilegte, als sie keinerlei Störung davon empfand. Seit der jüngsten raschen Wachsthumzunahme hatte sie zwar keine Schmerzen, wohl aber erhebliche Beschwerden durch die Zerrung der schweren, vergrösserten Brüste und auch allgemeine

Ernährungsstörungen (Schwäche, Appetitlosigkeit, Zeichen von Anämie). Patientin, eine magere Blondine von etwas kachectischem Aussehen, zeigt, bei sonst gesunden Organen, einen

Fig. 84.

¹⁾ Nach einer Demonstration in der medicinischen Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, am 20. Mai 1898.

²⁾ Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke; Die Krankheiten der Brustdrüse von Billroth, S. 69.

mässigen Grad von Chlorose, Hymen intactum, Retroversio uteri atrophici und diffuse Hypertrophie beider Mammæ, besonders der linken. Die Maasse, bei hängenden Brüsten genommen, waren folgende: Rechte Mamma, vom oberen Ansatz derselben (dritte Rippe) über die Mamilla hinweg bis zur unteren Begrenzung 28 cm, links 36 cm. Grösster Umfang des Thorax, über beiden Brüsten gemessen, 100 cm. Die Brustwarzen nahmen an der Hypertrophie nicht Theil; sie sowohl, wie der Warzenhof, waren etwas verstrichen. Colostrum ist nicht exprimierbar. Die Haut über beiden Mammis derb, leicht ödematös, über dem Drüsengewebe etwas verschieblich, erweiterte Venennetze durchschimmern lassend. Das Drüsenparenchym fühlt sich gleichmässig derb und körnig an; circumscribte Knoten fehlen gänzlich, so dass es sich um eine diffuse, wahre Drüsenhypertrophie handelt. Die Achseldrüsen sind frei. Da die Patientin eine Operation entschieden verweigerte, so schien es mir Angesichts der Erfolglosigkeit aller bisher gegen diese Affection angewandten Mittel (Jodkalium, Compression etc.) angezeigt, einen Versuch mit der Organotherapie zu machen. Im Hinblick auf die resorbirende Wirkung des Thyreoidins auf die Schilddrüse und auf die Mittheilungen Bell's¹⁾, wonach durch Mammaextract Fibrome, Hyperplasien und andere Affectionen des Uterus und der Ovarien günstig beeinflusst werden sollen, hielt ich es — allerdings mit grosser Skepsis — nicht für unmöglich, dass dasselbe verkleinernd auf eine solche Drüsenhypertrophie der Mammæ wirken könne. Ich verordnete daher Tabletten von Mammaextract, dreimal täglich drei Stück à 0,3, die von Herrn Apotheker Fuchs (hier, Friedrich Wilhelmstrasse 74a) angefertigt worden waren. Das Mittel wurde gut vertragen. Am 23. April traten nach neunwöchentlicher Pause die Menses wieder ein, und bei Fortgebrauch des Mammaextracts zum zweiten Mal am 13. Mai, beide Male in geringer Stärke, zwei Tage anhaltend. Dagegen verkleinerten sich die Mammæ nicht nur nicht, sondern erwiesen sich am 11. Mai — nach Gebrauch von 200 Tabletten — die rechte im Längsdurchmesser von 28 auf 36 cm, die linke von 36 auf 42 cm gewachsen; der grösste Umfang beider war von 100 auf 112 cm gestiegen. Heute, am 20. Mai, sind diese letzten Maasse noch unverändert. Das Allgemeinbefinden hat sich indessen sichtlich gebessert; das Aussehen, der Appetit und Kräftezustand haben gewonnen, die Chlorose ist deutlich zurückgegangen, und die Haut über den Mammis ist weniger gespannt, ödematös und empfindlich. Die Beschwerden seitens der Brüste sind nach wie vor rein mechanischer Natur.

Meine Wahrnehmungen über die Entwicklung und den Verlauf dieses Falles von diffuser Mammahypertrophie sind in einigen Punkten abweichend von denjenigen Billroth's (l. c. S. 74). Zunächst hat sich hier nicht, wie dies Billroth als die Norm bezeichnet, die Hypertrophie zur Zeit der ersten Menstruationen oder bald nachher, im Alter von 14—16 Jahren, entwickelt. Die 30jährige Patientin hat vom 17.—22. Jahre regelmässig menstruiert, ohne eine auffällige Vergrösserung der Brustdrüsen wahrzunehmen. Erst in ihrem 29. Lebensjahre begann die Volumzunahme der Brüste, zunächst langsam, um dann, etwa sechs Monate später, ein sehr rasches Tempo einzuschlagen und im Laufe von weiteren drei Monaten den jetzigen Stand zu erreichen. Dieser Entwicklungsmodus stimmt wieder mit den Billroth'schen Fällen überein, in deren erstem, bei einer 16jährigen Virgo intacta, die Brüste in 2½ Monaten ihr Maximum erreichten, während im zweiten, bei einer 22jährigen Person, zwar schon seit dem 19. Jahre eine auffallende Vergrösserung beider Brüste bestand, jedoch erst in und durch die hinzutretende Schwangerschaft die enorme Hypertrophie angeregt wurde.

Ob bei unserer Kranken die Entwicklung jetzt schon ihren Höhepunkt erreicht hat, lässt sich noch nicht bestimmen; in den letzten zehn Tagen haben die Maasse der Brüste allerdings nicht zugenommen. Ein continuirliches Wachsthum in infinitum findet nicht statt; ebensowenig wird der Tod durch diesen Zustand direkt veranlasst. Sicher ist, dass eine solche Kranke²⁾ bis zum 18. Jahre vom Beginn der Entwicklung ihrer Mammahypertrophie gelebt hat und dann an einer anderen Krankheit (Berstung einer Eierstockscyste) gestorben ist.

Ein Einfluss der Mammahypertrophie auf die Menstruation und auf die Entwicklung der Genitalien ist zwar nicht sicher constatirt, scheint mir aber im vorliegenden Falle und nach der jüngsten Arbeit von Schein³⁾ nicht ganz von der Hand zu weisen. Dieser Autor sucht die Thatsache zu beweisen, dass nach der Geburt eine Hyperämie der entlasteten Bauchdecken und secundär auch der Brusthaut und der Mammæ ein-

tritt und dass die Milchsecretion durch Zufuhr des dem Uterus entzogenen Blutes zu den Mammæ eingeleitet wird. Es ist also die Hyperämie der Mammæ umgekehrt proportional dem Blutreichtum der inneren Genitalien. Dafür spricht auch die Lactationsatrophie des Uterus, die durch übermässig lange fortgesetztes Stillen, also durch sich dauernd in den Mammis etablirende chronisch-hyperämische Zustände, zur bleibenden Uterusatrophie führen kann. Bekannt ist ferner der wiederholt mit Erfolg ausgeführte Versuch, durch Sängen an den Brustwarzen Blutungen, z. B. bei Uterusmyomen, zu stillen. Aus alledem lässt sich der sehr nahe liegende Schluss ziehen, dass in unserem Falle die Amenorrhoe und die leichte Form der Atrophie des Uterus (und der Ovarien) als eine Folge der mit Hyperämien einhergehenden oder durch sie bedingten diffusen Hypertrophie der Mammæ aufzufassen ist. Die durch sechs Jahre (1891—1897) bestandene Amenorrhoe würde mithin auf ebensolange zurückdatirende Hyperämien der Brustdrüsen hinweisen, deren Endresultat die diffuse Hypertrophie derselben war. Allerdings kann man ebenso ungezwungen die Amenorrhoe, die Atrophie und Retroversion des Uterus als Folgeerscheinung der langjährigen Chlorose und das Wiederauftreten der Menses als Folge einer gebesserten Ernährung deuten. Indessen bleibt dann das zeitliche Zusammentreffen der acuten Massenzunahme der Mammæ mit dem Wiedereintritt der Amenorrhoe unerklärt.

Die zweifellosen Beziehungen der Brust- und der Schilddrüse zu den weiblichen Genitalien und der Ausgleich der Störungen im Circulationssystem der weiblichen Beckenorgane durch vicariirendes An- und Abschwellen dieser Drüsen bedürfen noch weiterer klinischer und experimenteller Klärung; ihre Existenz ist jedoch nicht zu leugnen.

Therapeutisch ist in unserem, wie in ähnlichen Fällen, erst dann einzuschreiten, wenn das excessive Wachsthum der Brüste zu erheblichen Berufs- oder Ernährungsstörungen führt. Dann ist natürlich die Amputation beider Brüste angezeigt, die, abgesehen von der etwas stärkeren Blutung, nicht gefährlicher als sonstige Mammaamputationen ist und auch bereits mit Erfolg von Mannec, Hess und Glück ausgeführt wurde. Selbstverständlich empfiehlt es sich, zuerst nur eine — in unserem Falle vielleicht die grössere, linke — und in einem späteren Termine die andere Mamma wegzunehmen.

¹⁾ Bell, The treatment of carcinoma of the uterus, certain forms of ovarian disease and fibroids of the uterus by means of thyreoid, parotid and mammary gland therapeutics. The Brit. Gyn. Journ. 1896, XI, S. 157.

²⁾ Grähs, Hygiea Bd. XXIII, S. 318; Schmidt's Jahrbücher Bd. CXVIII, 1863, S. 44.

³⁾ Anregung der Milchsecretion durch Massage der Bauchdecken. Aus der Schauta'schen Klinik. Wiener medicinische Wochenschrift 1898, No. 18.