

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Vierzehnter Jahrgang.

Redacteur Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Ueber puerperale Mastitis.

Von R. Olshausen.¹⁾

Die parenchymatöse Entzündung der Brustdrüse ist im Wochenbett keine seltene Krankheit. Ihr Beginn fällt häufiger in die zweite, auch dritte Woche des Wochenbettes, als noch in die erste. Vor dem 6. Tage kommt es selten zur Mastitis.

Der Beginn der Erkrankung documentirt sich fast immer durch einen, oft heftigen Schüttelfrost, dem sogleich eine bedeutende Temperatursteigerung zu folgen pflegt. Die Wöchnerin hat um diese Zeit selten schon spontane Schmerzen in der Brustdrüse; doch findet man bei der Untersuchung meist schon jetzt eine circumscripte, schmerzhafteste Härte und darüber Hautröthe.

In günstig verlaufenden Fällen hört das Fieber schon am 2. Tage wieder auf; die Hautröthe, Schmerzhaftigkeit und Infiltration verschwinden fast ebenso schnell, und die Krankheit ist gehoben.

Dauert aber das Fieber zwei volle Tage, so ist fast niemals auf Verheilung der Entzündung zu hoffen. Es kommt zur Eiterung. Unter Zunahme der Härte und der Schmerzen kommt es in 6–10 Tagen zu einer oft noch tief liegenden Fluctuation, und wenn man noch so frühzeitig incidirt, so ist es doch oft schon zur Bildung erheblicher Eitermengen gekommen.

Tritt rechtzeitig eine zweckmässige chirurgische Behandlung ein, so bleibt es meist bei dem einen Eiterheerd, welcher nach längstens einigen Wochen sich schliesst. Wird aber anfänglich etwas versäumt oder die entzündete Brust durch ungeeignete Mittel maltrairt, so entzündet sich ein Drüsenlappen nach dem andern; jeder bildet einen Eiterheerd, der für sich aufbricht. Schliesslich ist der grösste Theil des Drüsengewebes zerstört und die Haut der Brust durch zahlreiche Fistelgänge durchlöchert. Solche durch Monate sich hinziehende, langwierige Mastitiden können die Wöchnerin im höchsten Grade herunterbringen und anämisch machen.

Es muss hervorgehoben werden, dass in einzelnen Fällen Mastitiden im Beginn Temperaturen von 41,5° und mehr hervorbringen können. Treten dann durch die excessive Temperatursteigerung Delirien auf, so kann man glauben, es mit einer septisch infectirten Wöchnerin zu thun zu haben. Uebrigens kommen in seltenen Fällen auch septische Infectionen an Schrunden der Warzen zu Stande, die dann zu einer Mastitis mit acuter Verjauchung und zu Allgemeininfection führen können. Kaltenbach beobachtete Infection einer Rhagade der Mamma mit Erysipelgift. Eigenthümlich ist in einzelnen Fällen folgender Verlauf einer Mastitis: Nach 2–3 tägigem Fieber tritt Fieberlosigkeit ein. Die örtlichen Erscheinungen gehen nicht völlig zurück; doch sind die Schmerzen unerheblich. Erst nach 6–8 Tagen tritt neues Fieber auf. Alle Symptome steigern sich und es kommt zur Eiterung. Diese subcut verlaufenden Mastitiden sind diagnostisch und prognostisch oft schwer zu beurtheilen.

Die Aetiologie der Mastitis ist durch die bacteriologischen Forschungen ungleich klarer geworden, wenngleich noch Manches festzustellen übrig bleibt. Es kann keine Frage sein, dass die Mastitis stets auf einer Infection beruht. Diese kann, wie es nach den bisherigen Untersuchungen scheint, auf zwei Wegen in die Drüse eindringen, nämlich durch Schrunden der Warze und durch das Lumen der Milchcanäle. Dieser letztere Weg ist nach den

Untersuchungen von Escherich und von Bumm ausser allen Zweifel gesetzt, nachdem diese Forscher den Nachweis von Bacterien in der Milch der noch nicht erkrankten Drüse geführt haben. Die in der Milch vorhandene Bacterienart war stets identisch mit der im Eiter der Schrunden nachweisbaren. Die Milch kann durch die Anwesenheit der Bacterien ihre alkalische Eigenschaft verlieren. Mit dem Ausheilen der Schrunden verschwanden gewöhnlich die Bacterien auch schnell aus dem Secret.

Die klinischen Erfahrungen sprechen mit grosser Entschiedenheit dafür, dass der gewöhnliche Weg derjenige durch die Milchgänge ist, wodurch zuerst das Drüsengewebe selbst und zwar in einem einzelnen Lobus befallen wird. Meistens handelt es sich um eine Invasion von Staphylococcus. Cohn fand bei nicht abscedirender, parenchymatöser Mastitis einen eigenthümlichen Streptococcus.

Seltener ist die Infection direkt an den Wunden der Warze und durch Vermittelung der dort eröffneten Bindegewebsräume. Dann kommt es zur phlegmonösen Mastitis, deren Typus am reinsten auftritt, wenn die Entzündung durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen wird.

Bei der phlegmonösen Mastitis ist die Entzündung von Anfang an diffus, die ausgedehnte Betheiligung des subcutanen Bindegewebes und die schnellere diffuse Hautröthe sind deutlich. Secundär greift freilich auch hier die Entzündung auf die durch eitrige Schmelzung des periadenitischen Gewebes isolirten Drüsenlappen über.

Es bleibt noch zu erörtern, welchen Einfluss auf Erzeugung einer Mastitis die Stauung der Milch in der Brust hat. Sie allein in manchen Fällen für die Entstehung der Krankheit verantwortlich zu machen, ist heute ein unmöglicher Standpunkt. Da aber erwiesener Maassen das Eindringen der Mikroorganismen in die Milchcanäle die Milch zersetzt, und zwar unter Entwicklung freier Säuren (Milchsäure, Buttersäure) wahrscheinlich das Casein theilweise ausfällt, so wird es begreiflich, dass Stauung der Milch die Ansiedelung der Bacterien begünstigen kann. Immerhin ist der ungünstige Einfluss der Galaktostase nicht hoch anzuschlagen, wie sich besonders aus der Therapie ergibt. Wenn in einzelnen Fällen ohne jede Schrunden aber bei Galaktostase eine Mastitis auftritt, so ist zu bedenken, dass der Zusammenhang der Dinge täuschen kann. Die Schrunden, wegen deren das Kind abgesetzt wurde, sind oft schon verheilt, wenn bei nun eingetretener Galaktostase die Mastitis zum Ausbruch kommt.

Mastitis tritt in der überwiegend grossen Zahl von Fällen bei Säugenden auf; doch sind Nichtstillende nicht absolut geschützt. Die grosse Mehrzahl der Fälle (67,6% nach Winckel) betrifft Erstwöchnerinnen, während nach den beiden ersten Wochenbetten die Krankheit nur noch sehr selten auftritt. Nach Winckel wurden fast 6% aller Wöchnerinnen (NB. im Entbindungsinstitut, wo durchschnittlich 50% Primiparae sind) von Mastitis befallen. In der Hallenser Klinik wurden in 4 Jahren (1883–86) unter 972 Wöchnerinnen 31 zweifelhafte Mastitiden beobachtet, unter welchen nur 6 Mal Eiterung auftrat. Diese geringe Procentzahl von Abscedirungen beziehen wir auf die stricte Durchführung der sogleich zu beschreibenden therapeutischen Vorschriften.

Die Therapie ist für den Verlauf der Mastitis meistens von entscheidendem Einfluss. Die Prophylaxe besteht in Reinhaltung der Warzen und zweckmässiger Desinfection der wunden Warzen, besonders nach jedem Anlegen des Kindes. Auch Reinhalten des kindlichen Mundes ist von Wichtigkeit. Kommt es dennoch zur Mastitis, so kommt Alles darauf an, schleunig einzuschreiten, und zwar in allererster Linie durch Absetzen des Kindes. Wird

¹⁾ Diese Mittheilung ist ein Abdruck aus der demnächst erscheinenden 10. Auflage von Schroeder's Lehrbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von Olshausen und J. Veit.

dies versäumt, oder geschieht es nicht in den ersten 24 Stunden nach dem Frost, welcher fast immer den Beginn der Erkrankung kennzeichnet, so kommt es fast immer zur Eiterung. Wird das Kind sofort abgesetzt, so wird in drei Viertel oder mehr der Fälle die Mastitis coupirt. Weil man früher die Mastitis von Milchstauung ableitete und dementsprechend nun das Kind möglichst oft nach eingetretener Entzündung anlegte, erlebte man damals selten, dass eine Mastitis coupirt wurde.

Neben dem Absetzen des Kindes ist auch ein Suspensorium Mammae nicht zu verabsäumen. Ein Abführmittel und, bei oberflächlichem Sitz der Entzündung, eine Eisblase sind ebenfalls von Nutzen.

Dauert das Fieber länger als 36 Stunden, so ist fast mit Sicherheit auf Eintritt von Eiterung zu rechnen. Man incidirt dann, sobald man an einer weichen Stelle den Sitz des Eiters mit Sicherheit ermittelt hat. Am Warzenhof muss der Schnitt radiäre Richtung haben, um nicht die grossen Sinus lactei quer zu durchschneiden. Dann legt man ein Drainrohr ein und behandelt den Abscess nach den Principien der Antisepsis.

Bisweilen kommt es in dem unter dem Warzenhof gelegenen Bindegewebe zu einer circumscribten Phlegmone — subareoläre Mastitis — die Geschwulst erreicht dabei kaum jemals Wallnussgrösse. Das Parenchym der Drüse wird nicht betheiligt. Bei dieser Form allein braucht das Nähren des Kindes nicht aufgegeben zu werden.

In seltenen Fällen bildet sich eine Phlegmone im retromammären Bindegewebe (Paramastitis), welches zwischen Drüse und Thoraxwand liegt. Die Mamma schwillt dabei an und giebt ein Gefühl, als ob sie auf einem Wasserkissen läge; die Basis der Brust wird ödematös. Incidirt man nicht frühzeitig am Rande der Drüse, so kann es zu langwierigen und gefährlichen Eitersenkungen kommen. Billroth will diese Retromammärabscesse stets auf Eiterung tiefergelegener Drüsenlappen zurückführen.