

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 72 (1974)

Heft: 11

Artikel: Die Mastose

Autor: Girotti, M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950846>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. M. Berger)

Die Mastose

Dr. M. Girotti

Historisches

1883 publizierte der Chirurg Paul Reclus eine Arbeit über die «Revue de chirurgie» mit dem Titel «Maladie Kystique des Mammelles». Seither haben sich eine grosse Zahl von Chirurgen und Pathologen sowie auch Gynäkologen und Endokrynologen mit diesem Thema beschäftigt.

Ein Jahrhundert klinischer Beobachtungen und unzählige experimentelle Untersuchungen haben aber das Bild dieser Krankheit hauptsächlich in Hinsicht auf die Therapie noch nicht vervollständigen können. Es ist deswegen nicht überraschend, dass es uns schwierig fällt, die Mastopathia cystica zu verstehen, denn die entsprechenden Informationsquellen widersprechen sich meistens oder sind veraltet.

Definition

Als Morbus Reclus kann folgendes Krankheitsbild definiert werden:

- Einseitige oder beidseitige Dilatation der Brustdrüse und oder der Drüsengänge.
- Regressive Involution und selten Hyperplasie des Brustdrüsenepithels.
- Verdickung des daneben liegenden Bindegewebes.
- Keine traumatische oder infektiöse sowie Stauungsursache.

Makroskopisch-anatomisch unterschiedliche, jedoch pathogenetisch-klinisch und mikroskopisch ähnliche Krankheitsbilder lassen sich mit dieser breiten Definition gruppieren. Neben der Mastopathia cystica denke ich an die polycystische Mastose sowie an die solitäre Cyste. Es wäre vielleicht einheitlicher und sicher praktischer, wenn man nur das Wort Mastose brauchen würde, mit einer solchen Vereinfachung ist aber kaum zu rechnen.

Klinik

Nur 10 Prozent der Mastose werden bei der Routineuntersuchung oder als Nebenfund erfasst. Die anderen kommen zum Arzt entweder wegen Schmerzen oder wegen des Tumors.

Die algische Symptomatologie ist nicht immer konstant, denn 1/3 bis 2/3 dieser Patientinnen, je nach Statistiken, empfinden die Schmerzen nur praemenstruell.

Es handelt sich meistens um ledige Nulliparae oder Multiparae die nicht gestillt haben im Menopausealter. Frauen im 5. Dezennium machen die Hälfte dieser Patientinnen aus. Nach dem 70. sowie vor dem 20. Lebensjahr sind die Mastose eine Ausnahme. Eine Familiarität scheint bewiesen zu sein. Während dem Haagensen ein beidseitiges Vorkommen der Mastose bei 10 bis 15 Prozent der Fälle angibt, zeigt sich bei europäischen Statistiken eine andere Verteilung und zwar 60 Prozent beidseits, 25 Prozent rechts und 15 Prozent links.

Die Frequenz der Krankheit ist so hoch, dass sie 1/4 bis 1/3 aller Mammatumoren betrifft.

Versucht man diese Patientinnen endokrinologisch zu analy-

sieren, was nicht nur wissenschaftlich-pathogenetische, sondern auch prognostisch-praktische Folgen haben wird, so findet man regelmässig eine Hyperfollikulinie entweder absolut oder meistens relativ. Die langandauernde Diskussion über die Pathogenese der Mastose kann noch nicht definitiv abgeschlossen werden, jedoch wird die Bedeutung der relativen Hyperfollikulinie bei ihrer Entstehung nicht mehr angezweifelt. Die Rollen hingegen von lokalen Faktoren hauptsächlich bei der Histogenese sowie die genaue Natur der hypophysären-ovariellen Korrelationen der Mastose-Trägerinnen sind weiterhin zu präzisieren.

Diagnose

Für die Sicherung der Diagnose stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung. Ich erwähne die Diaphanoskopie, die Thermographie, das Schirmbild, die Mammographie und die Galaktographie. Sie haben alle den Vorteil, dass sie gefahrlos wiederholt werden können. Die Galaktographie aber kann schwere Nebenwirkungen verursachen. So hat Gros Infektionen nach Lipiodol-Galaktographie, und Thorotrastome nach Thorotrastgalaktographie beobachtet. Bei den letzteren handelt es sich um granulomartige Degenerationen welche auch carcinomatös entarten können. Einen weiteren Schritt gestatten die Punktion des cystischen Tumors oder der Ausdruck der Gesamtmamma. So gewinnt man Sekret, deren Papanicolaou-Abstrich bei jedem Fall angefertigt werden sollte. Die Abstriche sind zellenarm, weisen viele Leucocyten und Erythrocyten auf, lebhaftere Regeneration, aber keine Malignität der Epithelialzellen. Die Möglichkeit ein bereits vorhandenes Carcinom mit diesem Vorgehen metastasieren zu lassen, wird von den meisten Autoren ausgeschlossen. Selbstverständlich wird die Diagnose nur durch die Biopsie gesichert. Die Biopsie ist unerlässlich, soll aber nicht sofort durchgeführt werden und zwar unter anderem auch aus psychologischen Gründen. Hauptsächlich bei jungen Patientinnen trifft man oft Widerstand zur Biopsie, umsomehr weil der Arzt selber ab und zu im Zweifel ist. Die Demonstration eines deutlichen Bildes oder einer genügenden Menge Sekretes überzeugt die meisten Patientinnen zur Notwendigkeit des Eingriffes. Die Frage, ob die Operation in Lokal- oder Allgemein-anästhesie durchgeführt werden soll ist wenig relevant, denn beide Methoden ergeben gleiche Resultate.

Falls jedoch die histologische Schnelluntersuchung durchgeführt werden kann, ist die allgemeine Anästhesie vorzuziehen, um eine eventuelle Mastektomie anschliessend vornehmen zu können. Der Typ der Incision hängt am Sitz und Volumen sowie Zahl der Tumoren und am Alter sowie esthetischen Bedürfnissen der Patientin.

Verlauf

3/4 der Mastose heilen vollkommen, 1/4 rezidiert, lokal oder kontralateral. Die neuesten Statistiken ergeben eine maligne Entartung bei 1 Prozent der Fälle. Nun stellt sich die Frage der Beziehung zwischen Reclus und Carcinom. Handelt es sich beim Reclus um eine Praecancerose? Oder ist die Mastose sogar eine Vorstufe des Fibroadenoms oder des Carcinoms? Mit gutem Gewissen dürften diese Fragen negativ beantwortet werden. Die Statistiken der letzten Jahre zeigen einen wenig signifikanten Prozentsatz maligner Entartungen der Mastose. Die älteren Statistiken betreffen Sektionsmaterial, d. h. also

ausgewähltes Material, und ergeben deswegen gefährlichere Frequenzen.

Therapie

Die Therapie der Mastose benötigt a) endokrinologische und b) chirurgische Massnahmen.

a) In den Dreissigerjahren hatte man Oestrogene, hauptsächlich das Präparat Progynon, mit nicht schlechten Resultaten verwendet. Verständlicherweise kam es aber oft zu Nebenwirkungen und Dauererfolg zeigte sich nie. Heute muss man sie als kontraindiziert betrachten. Sobald man beweisen konnte, dass meistens eine Hyperfollikuline zugrunde der Recluskrankheit liegt, wurden Androgene verabreicht. Mässig gute Resultate wurden damit erreicht. Die gute Wirkung auf den Schmerz und auf den praemenstruellen Turgor hat aber die beträchtlichen Nebenwirkungen nicht kompensieren können. Erst mit dem Beweis der Relativität der Hyperfollikuline kam man zur Idee, Progesteron zu verwenden. Auch mit diesem Mittel erreicht man mässig gute Resultate und kann man die Turgeszenz und die Mastodinie gut bis sehr gut beeinflussen.

Aus der Beobachtung einer schlagartigen Besserung von einer Mastose bei einer mit Banthin behandelten Ulcusträgerin, kam man zur Idee, anticholinergische Präparate zu verwenden. Tatsächlich kann man mit Probanthin und Bellafolin gute Besserung nachweisen, nach Absetzen der Medikation bleibt aber die subjektive und objektive Symptomatologie gleich.

Aus dem Labor gewann man noch eine zusätzliche konservative Behandlungsmöglichkeit. Aus der Tatsache, dass viele dieser Patientinnen hohe Gonadotropinwerte nachweisen, hat man mit Hypophysenhemmern wie z. B. Paraoxipropiophenon versucht, noch bessere Resultate zu erreichen. Dieser genannte Stoff besitzt eine anti-FSH- sowie eine anti-TSH-Wirkung, aktiviert hingegen, wenn auch nur leicht, das LH und ACTH. Es handelt sich also um eine antiöstrogenähnliche Wirkung. Die Resultate sind gut, leider aber die Nebenwirkungen sind nicht zu unterschätzen, denn die Nebennieren werden in einen stressähnlichen Zustand gebracht, der Kathabolismus steigt und neurotoxische Effekte sind festzustellen.

Vitamin A und Vitamin D hoch dosiert werden auch immer wieder empfohlen.

Trotzdem bis jetzt kein Mensch das Verschwinden der Mastose mit Hormonen erzielen konnte, ist diese Therapie als unerlässlich anzusehen, denn sie kann zweifellos das Fortschreiten der Krankheit sowie die Rezidive und eventuell auch die maligne Entartung bremsen. Bei hormonresistenten Fällen ist eine erneute endokrine Abklärung der Patientin notwendig um eine gezieltere, dem Hormonprofil entsprechende Therapie vornehmen zu können. Meiner Meinung nach liegt die Zukunft einer endokrinen Behandlung der Mastose wahrscheinlich bei den Antiöstrogenen.

b) Und nun zur Operation. Abgesehen von der immer wieder auftauchenden Frage der Praecancerose und der Entartung sowie von der klinischen Schwierigkeit der richtigen Diagnosestellung muss die Excision durchgeführt werden. Der Operateur muss aber stets sparsam vorgehen und zwar mehr im Sinne der explorativen Mastotomie und weniger der amputierenden Ablation, denn die Carcinombehandlung ist bis dahin leider nur kurativ und kann und darf nicht preventiv sein.

Abschliessend und *zusammenfassend* möchte ich Ihnen noch folgende Punkte erwähnen:

— Die hohe Frequenz dieser Frauenkrankheiten berechtigt unsere Besprechung dieses an und für sich alten medizinischen Themas.

- Die Häufigkeit der Mastose ist proportional zum Alter und so erklärt man die nicht seltene Assoziation mit Krebs.
- Die Mastose ist Ausdruck einer Dysendokrinie, deren Qualität und Quantität eingehend abgeklärt werden müssen, denn die endokrine Therapie soll pathogenetisch und rationell eingeleitet werden.
- Man will damit keine Regression, sondern eine Stabilisierung der Krankheit erzielen.
- Ist die Malignität einer mammären Läsion nicht bewiesen, so muss die Mastektomie in der Regel als unzweckmässige und übertriebene Massnahme angeschaut werden.

Dr. med. M. Girotti, Oberarzt, Universitäts-Frauenklinik, CH - 3012 Bern

Hebammen-Wiederholungskurs im Kanton Bern

Hebammen, die irrtümlicherweise nicht zum Wiederholungskurs aufgebeten worden sind, werden gebeten, dies der Kantonalen Gesundheitsdirektion, Rathausgasse 1, 3011 Bern, unverzüglich mitzuteilen.

Ferner bittet die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern alle Hebammen dringend, jede Namens- und Adressänderung unbedingt sofort zu melden.

Teufelskralle-Tee

vom Afrika-Direktimporteur, Entfall der Gross- und Kleinhändlerspannen, daher 100 g statt Fr. 22.— nur Fr. 11.—, keine Versandkosten.

Austria Med. KG, 8015 Graz, Heinrichstr. 20—22.

Elektr.Milchpumpe «Lactamamma»

Verkauf und Vermietung:

Armin Müller, Sanitätsgeschäft
Stauffacherstr. 26, 8004 Zürich
Telefon 01 23 14 32

Agiolax



**Pflanzliches Darmregulans,
wirkt mild, angenehm und sicher**

Zusammensetzung

Mit Mucilago angereicherte Früchte von Plantagoarten und Cassia angustifolia, Rhiz. Calami, Kamillenextrakt mit standardisiertem Azulengehalt, Geschmackskorrigenzen.

Eigenschaften

Agiolax reguliert in physiologischer Weise den Entleerungsmechanismus des Darmes, durch seine Kombination von mechanischer Quellwirkung mit mildem Tonisierungseffekt.

Indikationen

Habituelle Obstipation
Stuhlregulierung post partum
und bei Bettlägerigen
Schwangerschaftsobstipation
Entleerungsstörungen bei
Anus praeternaturalis.

Nebenwirkungen und Kontra-Indikationen

Keine

Handelsformen

Dosen mit 100* g, 250* g und 1000 g
Granulat. * kassenzulässig

BIO/MED

Dr. Madaus & Co., Köln
Für die Schweiz: Biomed AG, Zürich