



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Die
Tuberkulose der Schilddrüse.

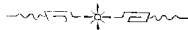
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät in Kiel

vorgelegt

von

August Hegar

approb. Arzt aus Freiburg i. Br.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

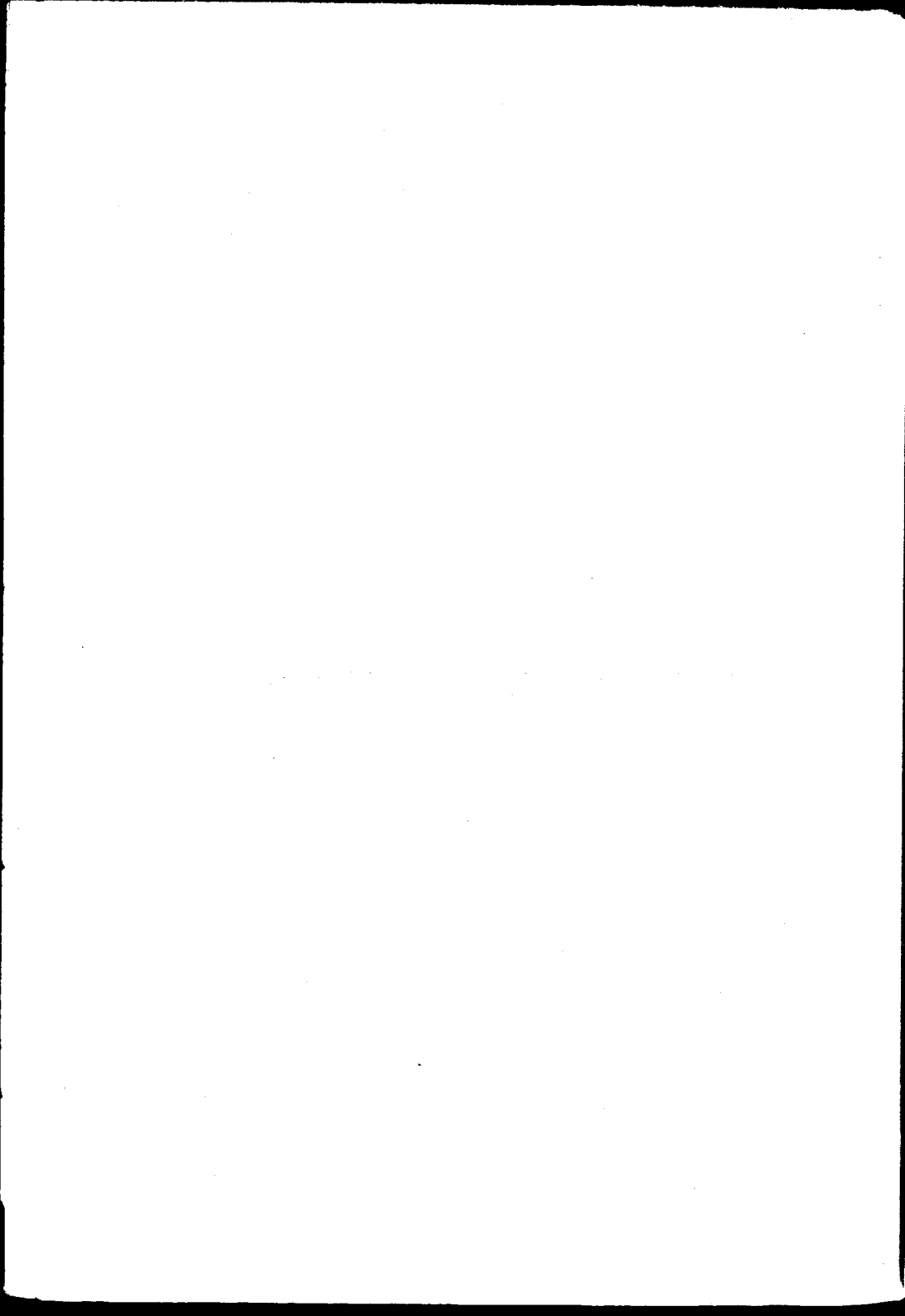
1891.

Nr. 6.
Rectoratsjahr 1892/93.

Referent Dr. **Heller**.
Druck genehmigt Dr. **Heller**,
z. Z. Dekan.

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit gewidmet.



Als die pathologische Anatomie sich als selbständiger Zweig der Medizin entwickelte und die anatomische Kenntnis der krankhaften Veränderungen im Organismus mit der Verbesserung der Diagnostik und der Erweiterung der chirurgischen Indikationen immer mehr an Bedeutung gewann, richtete sich besonders die Aufmerksamkeit auf die Tuberkulose, die ja einen so grossen Prozentsatz des Sektionsmaterials bildet. Naturgemäss verfolgte man zuerst Verlauf, Entwicklung und Ausgang der Erkrankung an den Organen, die man schon lange als Eingangspforte und Hauptsitz der Infektion kannte, an den Luftwegen und Lungen. Allmählich fand man auch an andern Organen gleiche anatomische Veränderungen und so reihte sich bald Beobachtung an Beobachtung über Tuberkulose in den verschiedensten Körperteilen. Teils ergaben sich dieselben als Nebenergebnisse bei der Lungentuberkulose, teils wurde die Aufmerksamkeit durch den Kliniker darauf gelenkt, der das Leiden, wie bei der Hoden- und Tubentuberkulose operativ angreifen wollte. Zu den Organen, bei denen man lange Zeit von tuberkulöser Erkrankung nichts wusste, ja denen man bis in die neueste Zeit eine mehr oder weniger grosse Immunität gegen die Tuberkulose zuschrieb, gehört die Schilddrüse.

Rokitansky sagt von ihr in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie (1855), dass keine Tuberkulose vorkomme. In der Arbeit Virchow's „über krankhafte Geschwülste (1864)“ finden wir über dieses Thema folgendes: „kein Organ ist so

wenig zur Tuberkelbildung disponirt wie die Schilddrüse. Freilich habe ich mich durch eigene Erfahrung überzeugt, dass es auch eine Tuberkulose der Schilddrüse geben kann, aber das ist eine äusserste Rarität, gewöhnlich handelt es sich um eine Infektion von der Nachbarschaft aus wie bei den Muskeln.“

An anderer nachfolgender Stelle schränkt er diese Möglichkeit noch mehr ein: „Eigentümlich bleibt es doch, dass die Schilddrüse zu tuberkulösen Erkrankungen beinahe gar keine Neigung zeigt, sodass man allerdings dem Organ eine Art von Exklusion gegenüber der Tuberkulose zuschreiben darf.“

Die nächste Veröffentlichung über Schilddrüsentuberkulose rührt von Cohnheim ¹⁾ her; er stellt darin auf Grund seiner Beobachtungen die Behauptung auf, dass die in Rede stehende Krankheit durchaus nicht so selten sei und dass bei der Miliartuberkulose die Schilddrüse ganz gewöhnlich mitbefallen wird.

Jedoch kennen die neueren Beobachtungen keine grössere Anzahl von Erkrankungen der Thyreoidea.

Cornil und Ranvier bezeichnen in ihrem Manuel d'histologie pathologique (1876) die Tuberkulose als sehr selten; ebenso Wagner in seinem Lehrbuch der allgemeinen Pathologie (1876).

Erst im letzten Jahrzehnt, wohl bedingt durch die Zunahme des Sektionsmaterials, finden wir in der Litteratur zahlreichere Angaben. Den augenblicklichen Stand der Frage wird man wohl am besten durch die Anführung der grösseren Lehrbücher der pathologischen Anatomie beantworten. Man findet:

Ziegler:²⁾ Tuberkulose der Schilddrüse ist nicht eben häufig, doch kommen sowohl disseminirte hämatogene als auch grössere Tuberkelherde vor.

Birch-Hirschfeld³⁾: Unter den Infektionsgeschwülsten ist der Tuberkel in Form sekundärer Miliartuberkulose wiederholt in der Schilddrüse gefunden worden.

Orth⁴⁾: Infektionsgeschwülste kommen in der Schilddrüse nicht häufig vor, wenngleich die Tuberkulose doch häufiger ist als früher angenommen wurde. Sie tritt sowohl in Form der

¹⁾ Cohnheim: über Tuberkulose der Choroida, Virchow. Arch. Bd. 39. 1867.

²⁾ Ziegler: Lehrbuch der path. Anat. 1890.

³⁾ Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der path. Anat. 1886.

⁴⁾ Orth: Lehrbuch der speciellen path. Anat. 1887.

disseminirten Tuberkulose als Teilerscheinung allgemeiner Miliartuberkulose wie als mehr lokalisirte bei chronischer Tuberkulose anderer Organe in Form erbsen- bis bohnergrosser käsiger, auch wohl im Centrum erweichter Knoten auf, welche von diskreten submiliaren Knötchen umgeben werden. Es kann die Tuberkulose sowohl in unveränderten wie in strumösen Drüsen auftreten. Eine primäre Tuberkulose ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Was nun die Form betrifft, in der die Tuberkulose in der Schilddrüse vorkommt, so kommen alle Beschreibungen darin überein, dass das miliare Vorkommen das fast ausschliessliche ist; der Befund ergibt meist das Vorkommen von vereinzelt grauen oder weissen Knötchen, seltener finden sich zahlreichere Tuberkel. Die Fälle, in denen bei chronischer Tuberkulose ein grösserer Teil der Drüse tuberkulös umgewandelt wird, sind sehr selten. So beschreibt Virchow ¹⁾ einen Fall, in dem er kirschgrosse erweichte Kärseherde in der Schilddrüse fand, welche unmittelbar an der Oberfläche lagen und an Drüsenknoten grenzten.

Ferner erwähnt Chiari ²⁾ chronische Tuberkulose in einer nicht vergrösserten Schilddrüse. Hier lag der grösste Tuberkelherd nahezu nussgross im untersten Teil des linken Lappens. Im Isthmus befand sich eine durch Erweichung der Tuberkelmasse entstandene, von Schwielen umschlossene Kaverne, die mit einer andern, vor der Schilddrüse gelegenen auf Lymphdrüsen zu beziehenden Kaverne communicirte.

Während in diesen beiden Fällen ein hämatogenes Auftreten der Tuberkulose in der Schilddrüse nicht bestimmt nachgewiesen werden kann, sondern die Entstehung derselben ganz wahrscheinlich auf den Einbruch tuberkulöser Massen von der Nachbarschaft zurückgeführt werden muss, beschreibt Fränkel ³⁾ einen sichern Fall von isolirter chronischer Tuberkulose; er fand den ganzen rechten Lappen und die rechte Hälfte des Isthmus in einen derben gelblich weissen Tumor umgewandelt; von normalem Gewebe war nichts mehr zu erkennen; abnorme Ver-

¹⁾ Virchow; krankhafte Geschwülste. 1864.

²⁾ Chiari: Wiener medizinische Jahrbücher 1878.

³⁾ Fränkel: Virchow. Archiv. Bd. 104.

wachungen zwischen Schilddrüse und Trachea, sowie mit den benachbarten stark vergrößerten und diffus verkästen, aber gleichfalls nirgends erweichten Halslymfdrüsen bestanden nicht.

Ende Dezember vorigen Jahres kam im pathologischen Institut zu Kiel ein Fall von Schilddrüsentuberculose zur Section, der die hier angeführten durch die Ausdehnung, in der die Erkrankung von dem Organ Besitz ergriffen hatte, weit übertrifft und dessen Beschreibung ich unten folgen lasse. Es gab dies Veranlassung der Statistik der Erkrankung näher zu treten und nach ähnlichen Fällen zu suchen. Ich lasse das Resultat hier folgen.

Die Nachforschungen in den Kieler Sektionsprotokollen erstreckten sich über die Jahre 1854—1891 incl. Die Jahre 1854 bis 1872 umfassen 1064 Sektionen, 1873—1891, die Zeit der Wirksamkeit des Herrn Professor Heller, umfassen 7123 Sektionen. Zusammen habe ich also 8187 Sektionen auf das Vorkommen von Tuberculose geprüft.

Der erste Fall von Schilddrüsentuberculose findet sich im Jahre 1869. Von da an mehrt sich ihr Vorkommen mit der steigenden Zahl der Sektionen. Auf 8187 Sektionen kommen 1563 Befunde von Tuberculose, unter denen wieder 57 Fälle von Schilddrüsentuberculose sich finden. Das Verhältniß stellt sich also so, dass auf 100 Sektionen 19,1 Tuberculose kommen und unter letzteren sich 3,6% Schilddrüsentuberculose finden.

Chiari rechnet auf 100 tuberkulöse Individuen 7 mal Tuberculose der Schilddrüse, Fränkel dagegen erhält einen geringern Prozentsatz, er fand unter 380 Sektionen an Tuberculose nur 6 mal die erwähnte Erkrankung.

Eine interessante hierher gehörende Veröffentlichung aus dem Kieler pathologischen Institut möchte ich hier noch erwähnen. Der frühere Assistent Dr. Symmonds untersuchte 100 Sektionen tuberkulöser Individuen genau auf tuberkulöse Knötchen und kam dabei für die Schilddrüse zu folgendem Resultat. Er fand 3% Tuberculose der Schilddrüse im Ganzen, davon fielen 0% auf Erwachsene, 8% auf Kinder.

Der von mir gefundene Prozentsatz von 3,6 dürfte zu niedrig sein, da die Sectionen vielfach von ungeübten Händen bei den Sectionsübungen gemacht und deshalb, wenn auch die

Befunde revidirt werden, der Nachtrag im Drange der Geschäfte unterblieben sein mag. Es findet zwar im Allgemeinen mit der steigenden Zahl der Sectionen eine Vermehrung der Befunde an Schilddrüsentuberkulose statt, doch ist dieselbe nicht verhältnissmässig, sondern wir erhalten jährlich eine wechselnde Zahl. Zur Uebersicht gebe ich eine tabellarische Zusammenstellung:

Jahr	Sektionen	Tuber- kulose	Schild- drüsen- tuberkulose
1869	115	28	2
1870	65	12	—
1871	101	25	1
1872	140	24	1
1873	283	42	—
1874	267	63	—
1875	295	67	—
1876	263	64	1
1877	282	61	—
1878	312	71	2
1879	279	62	3
1880	345	56	5
1881	378	59	3
1882	322	48	2
1883	332	60	3
1884	394	71	4
1885	360	62	2
1886	424	78	7
1887	422	75	2
1888	440	65	2
1889	597	90	7
1890	584	86	3
1891	544	83	7
	7544	1352	57

Von den 57 gefundenen Fällen ergibt der Befund 52 mal mehr oder weniger ausgedehnte Miliartuberkulose. In fünf Fällen haben wir es mit der chronischen Form des Vorkommens zu thun. Ich lasse hier kurz den wesentlichen Befund folgen:

Nr. 1 ¹⁾ Akute Miliartuberkulose der Lungen, Milz, Nieren, l. Fossa Sylvii; grosser verkäsender Pneumonieherd des linken Unterlappens. Starke Schwellung und Verkäsung von Bronchial-, Mesenterial- und epigastrischen Drüsen. Verkäsende Tuberkulose der Schilddrüse und der Leber; tuberkulose Darmgeschwüre.

Nr. 2. ²⁾ Starke verkäsende Tuberkulose der gesamten Lymphdrüsen, grosse Geschwüre im Coecum, ausgedehnte Verwachsung derselben mit der Umgebung. Verkäsende Tuberkulose der Schilddrüse, Leber, Pankreas, Milz, Pleura. Miliartuberkulose der Lungen, des Endo- und Perikards, frische Endocarditis der Aortenklappen.

Nr. 3. ³⁾ Tuberkulöse Meningitis, verkäsende Pneumonie des linken Ober- und Unterlappens; verkäste Bronchial- und Trachealdrüsen; Tuberkulose der Lunge und Leber; tuberkulöse Geschwüre im Darm. Tuberkulöse und schwielige Umwandlung der linken Thyreoidea.

Nr. 4. ⁴⁾ Lungenschwindsucht mit Kavernen und verkäsenden Herden, ausgedehnte ulcerative Zerstörung der Kehlkopfschleimhaut und Knorpel mit Durchbruch des Schildknorpels nach aussen. Grosser Abscess links vom Kehlkopf. Schwielen und Abscess im linken Schilddrüsenlappen. Miliartuberkulose von Lungen, Leber, Nieren; tuberkulöse Geschwüre in Dünndarm und Coecum. Tuberkulose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen.

Der 5. Fall, der den Anstoss zu dieser Arbeit gegeben, erfordert eine genauere Beschreibung. Es handelt sich um einen 50 jährigen Arbeiter; eine Krankheitsgeschichte war leider nicht zu erlangen. Der wesentliche Befund lautet:

¹⁾ S. Nr. 45. 1891.

²⁾ S. Nr. 413. 1891.

³⁾ S. Nr. 435. 1891.

⁴⁾ S. Nr. 440. 1891.

Nr. 5. ¹⁾ Starke chronische Lungenschwindsucht und Schwielenbildung, Bronchiektasien und Kavernen. Starke Residuen von Pleuritis besonders rechts; sehr starke Perichondritis laryngea und trachealis mit Perforationen in Luftröhre, Schlund und Speiseröhre. Sehr starke schwielig schiefrige Induration der Bronchialdrüsen; verkäsende Hilusbronchialdrüsen; sehr starke verkäsende Tuberkulose der Schilddrüse; starke Tuberkulose der Leber, starke Milzschwellung; Hypertrophie und Induration der Nieren und Venentrombose. Trübes blasses Herz mit marantischen Tromben. Geringe chronische Endarteriitis; Magennarben, submuköser Abscess des Dickdarms mit Durchbruch in den Darm.

Die Sektion der Brusthöhle ergab:

Lungen beiderseits ziemlich stark mit dem Thorax verwachsen; die rechte auch sehr fest mit dem Zwerchfell. Rechter Oberlappen: in der Spitze eine enteneigrosse mit einer derben Membran ausgekleidete Kaverne. Zahlreiche derbe Schwielen, einige Tuberkel: Bronchien erweitert, mit Eiter gefüllt. Rechter Unterlappen: gross wenig lufthaltig, zahlreiche frische Tuberkel. Linker Oberlappen: zahlreiche Schwielen neben zahlreichen frischen tuberkulösen Knötchen. Linker Unterlappen: Stark gerötete Schnittfläche, ergiesst reichliches Blut und Serum, wenig Luft enthaltend.

Kehlkopf: Ueber dem Eingang in die Glottis neben den Aryknorpeln befindet sich ein Geschwür von 1 cm Durchmesser. Dicht unterhalb des rechten Stimmbandes finden sich 3 Fisteln, welche die Schleimheit weit unterminirt und den Knorpel blossgelegt haben, sie münden in ein grösseres Geschwür, das mit käsigen Massen angefüllt ist und von welchem man unter einer Brücke in einen tieferen Defekt gelangt, in dem theils noch lose anhängende, theils bereits abgestossene nekrotische Knorpelstücke liegen. Die Zerstörung erstreckt sich weit über den Ringknorpel.

Trachea: Sehr starke Rötung der Schleimhaut, zahlreiche frische Tuberkel; 3 cm unter dem Kehlkopf befinden sich 2 stecknadelkopfgrosse scharfe Geschwüre, von denen man tief ins peritracheale Gewebe kommt und in denen lose Knorpelstücke liegen. In und über der Bifurkation findet man noch 3 grössere Geschwüre

¹⁾ S. Nr. 527. 1891.

mit scharfen Rändern, die zum Teil mit verkästen Bronchialdrüsen in Verbindung stehen.

Oesophagus: In der Höhe des Kehlkopfes befindet sich ein länglicher Defekt, von dem man in die linke Thyreoidea gelangt; $2\frac{1}{2}$ cm darunter befinden sich noch zwei punktförmige Öffnungen, die tief in das anliegende Gewebe hinabführen; über der Teilungsstelle der Trachea befindet sich ein kleines Traktionsdivertikel.

Schilddrüse: Beide Teile und der Isthmus sind mit käsigen Massen ausgefüllt; rechts ist von normalem Gewebe nichts mehr zu erkennen.

Wir haben es also in unserm Falle mit einer anfangs isolierten, enormen chronischen verkäsenden Tuberkulose der Schilddrüse zu thun. Die Entstehung ist auf Einwanderung von Bazillen durch die Blutbahn von Lungen oder Bronchialdrüsen her zurückzuführen. Der Zerstörungsprozess wurde durch immer neuen Nachschub von Bazillen unterstützt und hielt so gleichen Schritt mit der Tuberkulose in den Lungen. Mit dem Uebergreifen auf die Nachbarorgane war eine Begegnung und Kommunikation mit den von dort aus sich verbreiternden tuberkulösen Herden gegeben. Die Hauptzerstörungen in Kehlkopf, Trachea und Oesophagus sind jedoch auf Rechnung der Schilddrüse zu setzen. Es ergibt sich dies besonders aus der Thatsache, dass besonders der Ringknorpel tuberkulös zerfallen ist. Man findet äusserst selten an dieser Stelle eine tuberkulöse Erkrankung von der Schleimhaut aus.

Wenn man die hier beschriebenen Fälle überblickt, so ist es wohl erlaubt, folgende Schlüsse zu ziehen:

Die Tuberkulose in der Schilddrüse hat in der Regel keine selbständige Bedeutung.

Die Schilddrüsentuberkulose kommt meist bei der miliaren Tuberkulose vor, seltener bei der chronischen Form.

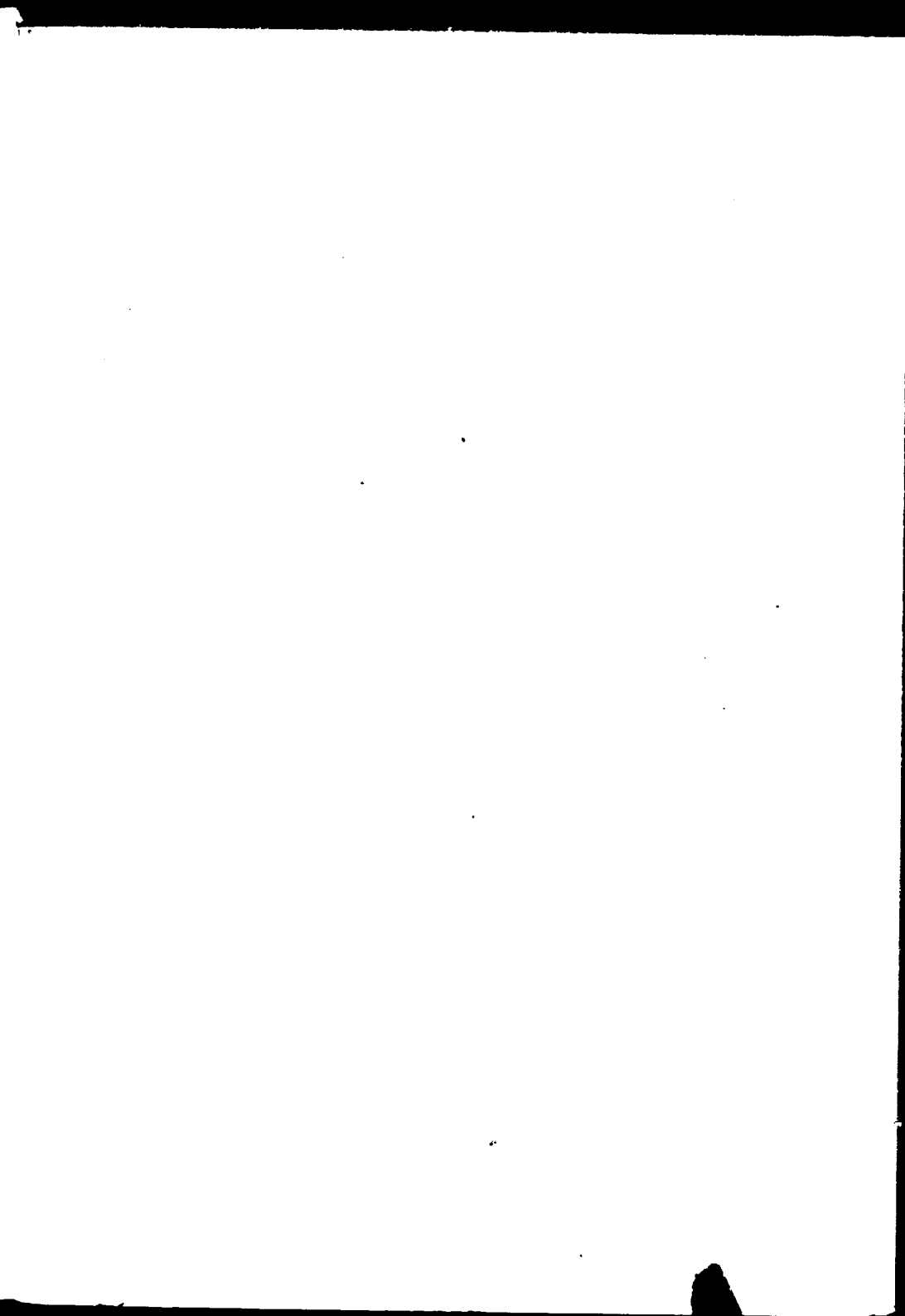
Die Formen, in denen die Tuberkulose in der Schilddrüse auftritt, sind entweder — und zwar weitaus in der Mehrzahl der Fälle (91 %) — miliare Knötchen oder seltener vereinzelte oder mehrfache käsige Herde; nur ausnahmsweise kommt es zur tuberkulösen Umwandlung eines oder beider Lappen.

Zum Schluss erlaube ich mir noch meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Heller meinen besten Dank für die freundliche Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit auszudrücken.



V i t a.

Ich, August Wilhelm Hegar, bin am 28. Mai 1866 zu Freiburg i. Br. geboren. Ich besuchte das dortige Gymnasium, welches ich im Herbst 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich besuchte die Universitäten Freiburg, Giessen, Erlangen, Kiel. Das Tentamen physicum bestand ich Ende des Winters 1887 zu Giessen. Anfang Januar 1892 vollendete ich das medizinische Staatsexamen und Mitte desselben Monats bestand ich das Rigorosum.





16307

16307