Die Schilddrüsentuberkulose.

Sammelreferat von Dr. A. Dutoit in Montreux.

Im Jahre 1862 bringt Lebert erstmals eine Beobachtung von Schilddrüsentuberkulose zur Kenntnis. Virchow weist zweimal „miliare Tuberkulose“ und einmal „verkäste Tuberkulose“ in der Schilddrüse nach, hält aber eine derartige Erkrankung für äußerst selten.

Chiari beschreibt vier Fälle von Schilddrüsentuberkulose bei Individuen mit chronischer Tuberkulose der Lungen und drei Fälle von miliarer Tuberkulose der Schilddrüse bei Individuen mit akut verlaufender allgemeiner Tuberkulose. Eine ganz ähnliche Komplikation erwähnen auch Cornil und Ranvier. Cohnheim dagegen vermißt eine Infektion der Schilddrüse bei miliarer Tuberkulose und stimmt in dieser Hinsicht mit Weigert überein.

Demme erinnert sich einer Beobachtung, bei der er die Schilddrüsentuberkulose auf eine unmittelbare Uebertragung von seiten tuberkulöser Halslymphdrüsen zurückführt. Denselben Befund treffen Grasset und Estor bei einer Autopsie.

Im Jahre 1886 bestätigt Fränkel wiederum die Gegenwart „miliarer Knötchen“ in der Schilddrüse bei miliarer Tuberkulose. Hegar durchsucht 8187 Sektionsberichte und gelangt zu dem Ergebnis, daß unter 75 Fällen von Schilddrüsentuberkulose nur 5 Fälle daselbst eine chronische Erkrankung, alle übrigen aber die akute, miliare Form aufweisen. Perry, ebenso Völker, sehen zahlreiche Knötchen in der Schilddrüse von Kindern, die an miliarer Tuberkulose sterben.

Die erste Mitteilung über Schilddrüsentuberkulose am frischen Präparat verdanken wir Bruns, der im Jahre 1893 einen schwer verkästen „Kropf“ operiert. Dabei besteht aber keine allgemeine Tuberkulose. Dasselbe trifft für den Fall von Schwartz zu, der durch Ueberimpfung des Eiters aus der Schilddrüse auf Meerschweinchen die tuberkulöse Aetiologie sicherstellt. Rolleston verfügt ebenfalls über eine fast völlig verkäste Schilddrüse, die von einer an Spondylitis verstorbenen Frau stammt.

Im Jahre 1897 faßt Fränkel die bisherigen Befunde zusammen und betont vor allem, daß bei allgemeiner miliarer Tuberkulose fast regelmäßig auch die Schilddrüse von dieser Form betroffen wird. Daneben gibt es aber noch eine zweite Art der Schilddrüsentuberkulose, die in vereinzelten Knoten daselbst auftritt, die teils nicht vereitern und daher zumeist keine praktische Bedeutung gewinnen, teils mehr oder weniger rasch verkäsen und zu weiteren Komplikationen, so z. B. zu eitriger Mediastinitis, führen.

Iwanow kennt 7 Fälle von Schilddrüsentuberkulose bei allgemeiner chronischer Tuberkulose, sieht aber dabei nur 4mal größere Herde in der „Struma“. Die Schwierigkeit der Diagnose der Schilddrüsentuberkulose liegt, nach Iwanow, darin, daß, abgesehen von der miliaren Form, in Wahrheit keine direkten Symptome bestehen, selten auch überhaupt irgendwelche „Einwirkungen“ auf die Nachbarorgane. Erst bei raschem Wachstum kommen dann die eigent-

lichen „Strumasymptome“, wie Dyspnoe, Dysphagie und Heiserkeit zum Vorschein. Von den malignen Tumoren der Schilddrüse unterscheidet sich die „tuberkulöse Struma“ durch den Mangel an Schmerzhaftigkeit. Petersen betont wiederum die Häufigkeit der miliaren Form der Schilddrüsentuberkulose und beschreibt einen derartigen Fall im Zusammenhang mit einer Lungentuberkulose.

Im Jahre 1902 erörtert Clermont erstmals die Frage nach der klinischen Existenzberechtigung der „primären“ Schilddrüsentuberkulose, und zwar an Hand eines eigentümlichen Falles bei einem zweijährigen Kinde, das bei völliger Gesundheit plötzlich an einer akut wachsenden Geschwulst am Halse, ohne Fieber erkrankt. Clermont findet einen fluktuierenden Tumor und indiziert diesen wegen drohender Erstickung, sieht aber keinen Eiter, sondern nur „Granulationsgewebe“, das durch Auskratzen entfernt wird. Darauf bleibt eine „Fistel“ zurück, die später, offenbar infolge von Infektion, eine zweite Operation erfordert. Clermont begründet übrigens seine Ansicht der „primären“ Schilddrüsentuberkulose einzig damit, daß in seinem Falle sonst kein anderer tuberkulöser Herd vorhanden ist. Auch Corner befaßt sich mit dem Problem der „primären“ Schilddrüsentuberkulose, ebenfalls gestützt auf eine Beobachtung bei einem Kinde, das an einer teigigen Geschwulst am Halse leidet. Corner entleert bei der Operation allerdings Eiter und sieht die „Abszeßhöhle“ mit „tuberkulösen“ Massen angefüllt. Die Wunde heilt aber nicht, und das Mädchen stirbt bald darauf an allgemeiner Miliartuberkulose. Bei Lediard scheint ebenfalls ein Fall von „primärer“ Schilddrüsentuberkulose vorzuliegen.

v. Schiller stellt zum ersten Male die Diagnose auf akute tuberkulöse „Strumitis“, und zwar bei einem Fall von „zystischem Tumor“ der Halsgegend. Die Kultur des „jodhaltigen“ Eiters ergibt hier Tuberkelbazillen. Einen ähnlichen, aber operativ nicht aufgeklärten Fall beobachtet Lereboullet bei einem an Lungentuberkulose erkrankten Manne. Lereboullet spricht dabei von „akuter Thyreoiditis“, da hohes Fieber zugleich mit einer Verschlimmerung der Lungenaffektion eintritt.

In den drei Fällen von Ruppanner handelt es sich sehr wahrscheinlich um „primäre“ Tuberkulose der Schilddrüse. Ruppanner untersucht durch Operation gewonnene „Strumen“, darunter eine „Basedowsche Krankheit“, und findet im wesentlichen sehr wenig Verkäsung, dagegen vorwiegend Tuberkelknötchen im interfollikulären Bindegewebe, in dem einen Falle auch intrafollikulär, zugleich mit Epithelwucherung und Bildung von Langhansschen Riesenzellen. Die drei Fälle von Ruppanner zeigen sonst nirgends Erscheinungen von Tuberkulose. v. Werdt stellt unter 444 Strumen dreimal, unter 29 Basedowstrumen einmal tuberkulöse Herde in der Schilddrüse fest.

Arnd berichtet über drei Krankenbeobachtungen, die „nicht den leisesten Verdacht“ auf Schilddrüsentuberkulose erregen. Ein einziger Fall bietet in Form einer vergrößerten Kieferdrüse ein klinisches Zeichen von Tuberkulose. Die Präparate von Arnd zeigen einmal einen großen „käsigen Herd“ dicht unter der Kapsel, einmal „gefäßlose Tuberkel“ mit typischen Riesenzellen und epitheloiden Zellen, einmal einen „einzigen Tuberkel“, ebenfalls mit Riesenzellen. Arnd erörtert nicht sowohl die Möglichkeit der „primären“ Schilddrüsentuberkulose in seinen Fällen, sondern vor allem die Beziehungen der Schilddrüse zur Tuberkulose überhaupt, und erinnert dabei an die Meinung von Hamburger, gemäß der Kropfträger zwar an Lungentuberkulose erkranken, aber nicht „phthisisch“ werden. Auch Morin findet es auffällig, daß Tuberkulose selten an „Struma“ leiden.

Dagegen scheint Tuberkulose zusammen mit Myxödem und Kretinismus recht häufig vorzukommen, zählt doch z. B. nach Arnd, Mackenzie unter 71 Myxödemfällen 20 tuberkulöse Individuen. Mackenzie zieht aus dieser Erfahrung die Lehre, daß die Tuberkulose der Schilddrüsensafftherapie zugänglich ist.

Casan, Betz, Jarrin machen ähnliche Mitteilungen. Auch Scholz bestätigt die Tatsache schon als etwas Selbstverständliches.

Obschon Arnd die gegensätzlichen Verhältnisse zwischen Schilddrüse und Tuberkulose anerkennt, so widmet er doch dem Zusammenhang zwischen Schilddrüsenproliferation bzw. „Struma“ und Tuberkulose ein stärkeres Interesse.

Roger und Garnier, dann Torri, Kashiwamura, endlich de Quervain und sein Schüler Sarbach stimmen alle dahin überein, daß bei chronisch verlaufenden Tuberkulosen in der Schilddrüse eine Bindegewebswucherung platzgreift, die sich im allgemeinen sowohl mit Leukozyteninfiltration als mit Proliferation der Drüsenzellen selbst vergesellschaftet. Giraud bestätigt diesen Befund.

Lepelletier und Bazin sehen im „Kropf“ geradezu ein Symptom der Tuberkulose, lassen die Schilddrüse selbst aber dabei durchaus frei von Tuberkulose bleiben.

Costa greift im besonderen die Lehre von der Toxinwirkung auf, weil er beobachtet, daß Tuberkulose öfter an rasch wachsender „Struma“ erkranken, und glaubt, daß die Schilddrüse unter dem Einfluß der Toxine bald selbst tuberkulös infiziert wird, bald nur eine hyperplasierende und später sklerosierende Entzündung erleidet. Für Costa

bedeutet die „Struma“ zunächst eine „Reaktion“ gegen Tuberkulose, die aber schließlich doch sich darin einnistet und die Drüse zur Atrophie bringt. Arnd erkennt die Anschauung von Costa nicht an und wendet besonders dagegen ein, daß es sich hier wohl um eine einfache „Koinzidenz“ handelt, am meisten gerade dann, wenn ein Tuberkulöser sich in einer „Kropfgegend“ aufhält. Arnd erinnert außerdem daran, daß „Jod und Tuberkulose sich nicht immer gut vertragen“, daß somit unter der Jodeinwirkung der „Kropf“ zwar schwindet, die Tuberkulose aber sich verschlimmert.

Poncet und seine Schüler, die auch sonst den Zusammenhang von Struma und Tuberkulose verteidigen, dehnen die Lehre von der Toxinwirkung sogar auf die „Basedowstruma“ aus und stempeln damit den „Basedow“ überhaupt zu einem „tuberkulösen Symptomenkomplex“, in dem natürlich die „Struma“ die Hauptrolle spielt und die eigentümlichen Erscheinungen auslöst.

Hufnagel bemüht sich, die Beziehungen zwischen Struma und Tuberkulose auf statistischem Wege abzuklären, und untersucht daraufhin 1246 Kinder, unter denen sich 6 mit „Basedow“ und tuberkulöser Lungenaffektion, ferner 19 mit „Basedow“ und tuberkulösen Halslymphdrüsen finden. Auch Hufnagel denkt an eine Auslösung der „Hyperthyreoidie“ durch die Toxine der Tuberkulose. Weinberg weist ferner u. a. darauf hin, daß Tuberkulose oft jahrelang vor dem eigentlichen Ausbruch der Phthise „nervös“ erscheinen.

Apelt sieht einen Fall von „Basedow“ nach „Thyreoiditis suppurativa“ und spricht sich danach zugunsten einer Reizung der Schilddrüse durch die Toxine der Tuberkulose aus.

Dungern beobachtet 7 mal „akute Thyreoiditis“. Die Lokalisation betrifft dabei 6 mal den Isthmus. Zwei Fälle erkranken später an tuberkulöser Lungenaffektion, ein Fall an „Pleuritis sicca“. Nach der Meinung von Dungern steht die „Thyreoiditis“ hier fast wie ein Bindeglied zwischen der Tuberkulose und dem „Basedow“.

Giraud beschäftigt sich mit Untersuchungen auf den Jodgehalt der Schilddrüse bei Tuberkulösen und unterscheidet den langsamen Verlauf von der raschen Entwicklung der Tuberkulose, die sich durch einen starken Jodgehalt auszeichnet. Giraud nähert sich im ganzen der Anschauung von Costa und sieht, wie dieser, in der „Hypersekretion“ der Schilddrüse eine Abwehrmaßregel gegen die Tuberkulose, die aber schließlich die Oberhand gewinnt.

Zugunsten der engeren Beziehungen zwischen Schilddrüse, bzw. „Basedowstruma“, und Tuberkulose treten auch Coudret, Poenaru-Caplescu, Charrin und Lerrier ein. Arnd widersetzt sich diesem Standpunkt ganz energisch und beruft sich dabei auf das große Basedowmaterial von Kocher, der unter 93 Fällen nur 2 Lungenkranke und 14 mit Tuberkulose belastete Individuen anführt. Arnd selbst weiß unter 600 eigenen Strumafällen nur 51 mit einem tuberkulösen Herd „behaftete“ und 41 tuberkulös „belastete“ Individuen aufzuzählen.

Aber auch die Tierversuche sprechen im allgemeinen gegen eine besondere Empfänglichkeit der Schilddrüse gegenüber Tuberkulose. Pinoy gelingt nur bei einem einzigen Meerschweinchen die Infektion der Schilddrüse und denkt, daß diese, ähnlich wie Pankreas, Rückenmark und Schleimdrüsen, dank einer sklerosierenden Reaktion die Tuberkulose abwehren. Demgegenüber erleben aber Torri an Hunden und Tomellini an Kaninchen, durch Injektion der Tuberkelbazillenen emulsion direkt in eine Schilddrüsenarterie, unleugbare Erscheinungen von Tuberkulose in der Schilddrüse. Arnd hält aber diese letzteren Versuche für zu energisch und gibt denjenigen von Shimodairas den Vorzug, deren Resultat allgemein dahin lautet, daß beim Kaninchen wenigstens eine relative Immunität der Schilddrüse gegen Tuberkulose besteht. Gemäß den klinischen Erfahrungen sieht Arnd in der Schilddrüse keinen günstigen Boden für die Entwicklung des Tuberkelbazillus und entscheidet sich daher auch in negativem Sinne bezüglich der sogenannten „primären“ Tuberkulose der Schilddrüse, die sich ja eigentlich nicht in vivo, sondern nur durch die Autopsie aufdecken läßt.

Die neueste Arbeit auf diesem Gebiete, von Hedinger, bildet im wesentlichen eine Ergänzung der Untersuchungen von Ruppanner. Zu den drei Befunden von Ruppanner fügt Hedinger sieben weitere bei, welche das Gesamtergebnis an „tuberkulösen Strumen“ aus einer Reihe von 659 Kropfoperationen darstellen. Bei ausschließlicher Berücksichtigung von 608 „gutartigen Strumen“ aus diesem Material machen also die Fälle von Schilddrüsentuberkulose, nach Hedinger, annähernd 2% aus.

Hedinger findet dieses Verhältnis außerordentlich hoch, zumal angesichts der Tatsache, daß wohl einzelne Fälle, bei geringer Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses, der Beobachtung noch entgehen. Gleich wie Ruppanner, sieht auch Hedinger eine „interfollikuläre“ und eine „intrafollikuläre“ Lokalisation der Tuberkulose. Die Lehre von Poncet lehnt Hedinger ab, mit der Begründung, daß zwar die Schilddrüse wohl öfter, auch mit Ausschluß der miliaren Form, an Tuberkulose erkrankt und vielleicht „paratuberkulöse“ Erscheinungen auslöst, daß aber die klinische Selbständigkeit der Schilddrüsentuberkulose allgemein dahin fällt, weil eine gewisse Neigung zur „Spontanheilung“ hier die Verhältnisse beherrscht.