Fall von tertiär-luetischer Thyreoiditis mit hochgradiger Larynxstenose. I. Klinischer Teil

Dr A. Hæggström, Dr. G Holmgren & Dr G. Hedrén

To cite this article: Dr A. Hæggström, Dr. G Holmgren & Dr G. Hedrén (1920) Fall von tertiär-luetischer Thyreoiditis mit hochgradiger Larynxstenose. I. Klinischer Teil, Acta Oto-Laryngologica, 2:3, 207-214, DOI: [10.3109/00016482009123072](https://doi.org/10.3109/00016482009123072)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/00016482009123072>

Published online: 08 Jul 2009.

Submit your article to this journal [↗](#)

Article views: 2

View related articles [↗](#)

AUS DER OHRENABTEILUNG DES KRANKENHAUSES SABBATSBERG ZU
STOCKHOLM. (CHEF PROF. DR. G. HOLMGREN.)
UND AUS DEM PATHOLOGISCHEN INSTITUT DES KRANKENHAUSES SAB-
BATSBERG ZU STOCKHOLM. (VORSTAND PROF. DR. G. HEDRÉN.)

Fall von tertiär-luetischer Thyreoiditis mit hochgradiger Larynxstenose.

I. Klinischer Teil.

Von Dr. A. HÆGGSTRÖM.

Früher Assistent der Klinik.

Apotheker V. S., 41 Jahre, wurde den 4. Juli 1917 in die Ohrenabteilung des Krankenhauses Sabbatsberg aufgenommen. Bei seiner Aufnahme waren alle Zeichen einer hochgradigen Larynxstenose vorhanden, dyspnoisch, stridoröse Athmung, Cyanose, erweiterte Hautvenen an Hals und Brust, gepeinigter, angsterfüllter Gesichtsausdruck — zeitweise wirrig. Bei der unmittelbar vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung fand man den Larynx durch ein über alle Teile der Glottis ausgebreitetes Ödem stenosiert; besonders die Taschenbänder waren stark aufgetrieben, so dass nur der hinterste Teil der geschwollenen Stimmbänder sichtbar war. Kein Belag. Schlund normal. Am Halse wurde ein den Larynx und die Trachea von vorn umfassender Tumor palpiert, der den grössten Teil der Vorderseite des Halses einnahm, sichtbarlich von der gland. thyreoidea ausging und durch seine ausserordentliche Härte frappierte; im übrigen war er durch eine glatte Fläche, diffuse Begrenzung, Unverschiebbarkeit und Verwachsung mit der Haut gekennzeichnet.

Das erste Symptom der Krankheit des Patienten war eine vor etwas mehr als 3 Monaten auftretende und allmählich

zunehmende Heiserkeit. Seit ungefähr einem Monat Athemnot, Husten und Schlingbeschwerden; diese Symptome haben besonders in der letzten Zeit immermehr zugenommen. Nebenbei bemerkte Patient, dass die Halsweite allmählich zunahm, so dass eine immer grössere Kragenummer erforderlich wurde. Patient war früher völlig gesund, ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten und einer Gonorrhöe im Alter von 25 Jahren hatte er keine schwereren Krankheiten durchgemacht. Er glaubte nicht luetisch infiziert zu sein und in hereditärer Beziehung ist nichts von Interesse zu finden.

Der Fall wurde als eine *Struma maligna* aufgefasst, welche durch ein sekundäres Glottisödem und direkte Kompression auf Larynx und Trachea Patienten zu ersticken drohte. Der Operationsbefund der ein paar Stunden nach der Aufnahme unter Lokalanästhesie vorgenommenen Tracheotomie schein ebenfalls eine Stütze für diese Diagnose zu bilden. Man fand nämlich das Bindegewebe der praetrachealen Muskulatur und den Isthmus thyreoideae teilweise mit einander verwachsen. Zusammen bildeten sie eine bretterharte Tumormasse, deren Schnittfläche an scirrösen Cancer erinnerte. Normales Thyreoideagewebe war nicht zu sehen. Sobald der Tumor durchschnitten, von seiner Unterlage abgelöst und die Trachea dadurch von seinem Druck befreit war, besserte sich sowohl Athmung als Zirkulation auffallend. Nachdem die Tracheotomie bewerkstelligt war und Pat. eine Kanüle bekommen hatte, war die Athmung unbehindert.

Die histologische Untersuchung eines bei der Operation exzidierten Stückes des Tumors zeigte jedoch ein »chronisch inflammatorisches Gewebe ohne spezifische Merkmale«. Eine erneute Probeexzision und Untersuchung gab das gleiche Resultat.

Wassermanns Reaktion war nun positiv und den 16. Juli wurde antiluetische Behandlung eingeleitet, Jk 1×3 und vom 28. an eine Hg-Kur (Alles in allem bekam Pat. 1 ccm 10 % salicyl — Hg × 7 und 1 Teilstrich in Langs Spritze 45 % Mercuriöl = 0,067 g Hg × 3 im Verlauf von etwas mehr als 1 Monat).

Als Pat. den 1. Aug. entlassen und der fortgesetzt poliklinischen Behandlung übergeben wurde, schienen gute Aussichten für einen günstigen Verlauf der Krankheit vorhanden zu sein.

Der Tumor am Halse hatte auffallend abgenommen, die Tracheotomiewunde hatte sich, nachdem nekrotische Gewebefetzen aus der Tiefe derselben abgestossen waren, geschlossen, die Athmung (mit Kanüle) war ziemlich ohne Beschwerden und der Allgemeinzustand hatte sich bedeutend gebessert. Pat. kam täglich, zum Wechsel der Kanüle.

Ende August begann sich der Zustand allmählich zu verschlechtern. Pat. fühlte sich kraftlos, hatte den Appetit verloren, und es stellte sich wiederum eine langsam zunehmende Athemnot ein. Die Athmung wurde wieder stridorös. Im oberen Teil der Trachea schien für die Athmung kein Hindernis vorzuliegen — der Kanülenwechsel geschah ohne die geringste Schwierigkeit und die Athemnot nahm nicht zu als versuchsweise die Kanüle entfernt wurde. Gleichzeitig hatte der Tumor am Halse zugenommen, besonders auf der rechten Seite und nach unten.

Mitte September weitere Verschlechterung, hastige Zunahme des Tumors am Halse und ausserdem Ödem an den Beinen und am rechten Arme. Pat. wurde den 14. Sept. in die medizinische Abteilung I aufgenommen. Hier wurde ausser obenerwähntes Ödem an den Beinen und am rechten Arme, eine Nephrose mit Massen von hyalinen und körnigen Zylindern und 7,5 ‰ Alb., möglicherweise Vergrösserung des Herzens nach links, systolische Blasengeräusche und bei der Röntgenuntersuchung folgender Befund konstatiert: »Mittelschatten im oberen Teile des Mediastinums bedeutend breiter als gewöhnlich — misst in schiefer Projektion (Holzknecht 1) 5 cm in der Breite. — Das Herz nach links vergrössert. Um und oberhalb des Aortaschattens ist ein dichter, homogener Schatten sichtbar, welcher unmittelbar in den Weichteilschatten des Halses übergehen scheint. Nach links scheint er von einer vertikalen gleichmässigen Kontur, nach rechts von einer weniger scharfen, unregelmässigen begrenzt zu sein.

Hinter der Aorta erscheint das Mediastinum posterior schmaler und dichter als normal.»

Den 26. Sept. starb Pat. während eines Erstickungsanfalles.

Bei der Sektion, die von Dr. Med. Bergstrand ausgeführt wurde, der im II (pathologisch-anatomischen Teile) einen ausführlichen Bericht über die pathologisch-anatomische Untersuchung gibt, wurde eine typischeluetische Aortitis,luetische Veränderungen im Herzen und in der linken Niere sowie eine Thyreoiditis, Perithyreoiditis und Mediastinitis syphilitica festgestellt.

Der praetracheale Raum im Halse und im Mediastinum war von einer bretterharten, speckglänzenden Masse ausgefüllt, die aus vergrösserten und fibrös verwandelten Lymphdrüsen und stark fibrösem Bindegewebe bestand, das auch den M. sternothyreoideus, sternohyoideus und cleidomastoideus durchwachsen und teilweise ersetzt hatte und schliesslich in dem fibrösen und stark gespannten Corium aufging. — Die Schilddrüse, deren Kapsel mit dem umgebenden Gewebe fest verbunden war, war besonders im Isthmusteile und im rechten Lobus von schrumpfenden Gewebebündeln diffus durchsetzt. Der Isthmus war vollständig durch solches Gewebe substituiert.

Der obere Teil der Trachea und der Larynx waren seitlich, hinter dem Sternum war die Trachea auch von vorn nach hinten abgeplattet.

Aus Dr. Bergstrands Beschreibung der mikroskopischen Untersuchung der Thyreoidea samt umgebenden Gewebe geht in der Hauptsache hervor, dass die Thyreoidea grösstenteils fibrös verwandelt war; anstatt des Isthmus war nur fibröses Bindegewebe mit stellenweise hyalinisierten Fibrillen und teils zerstreuten, teils herdförmig angeordneten Haufen von lymphozytähnlichen Zellen und Plasmazellen vorhanden. Dieselbe Veränderung fand sich in den unteren Teilen der beiden Thyreoidealappen. In den oberen dagegen war das Parenchym verhältnismässig gut erhalten. Im rechten Lappen einige bis erbsengrosse Herde, die aus unregelmässig begrenzten Nekrosen bestehen, umgeben von Lymphozyten, Plasmazellen,

epitheloiden Zellen und Wanderzellen von wechselndem Aussehen. Keine Riesenzellen.

Die Gefässe, sowohl die Arterien und Venen als auch die Kapillaren, haben im allgemeinen normales Aussehen, aber in einigen Gefässen von verschiedener Grösse kommen doch deutliche, stellenweise hochgradige Veränderungen vor, nämlich verdickte Intima, reich an neugebildetem elastischen Gewebe, in einigen Gefässen vollständige Obliteration des Lumens, ferner eine periadventitielle Rundzelleninfiltration.

Auf Schnitten vom Gewebe zwischen Thyreoidea und Corium wurde dasselbe fibröse, teilweise hyalinisierte Bindegewebe mit teils zerstreuten, teils in Haufen gesammelten, an einzelnen Stellen perivaskulär angeordneten Zellen konstatiert wie in den unteren Teilen der Thyreoidealappen, und dieselben pathologischen Gefässveränderungen.

Ein Fall, von tertiär-luetischen Veränderungen in der Glandula thyreoidea, wie der vorliegende, gehört zu den grössten Seltenheiten.

In den chirurgischen und pathologisch-anatomischen Lehr- und Handbüchern ist diese Lokalisation von Spätsyphilis entweder gar nicht erwähnt oder es wird nur kurz ihre Seltenheit hervorgehoben. Im dritten Bande des Handbuchs der Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von Finger u. a., gedruckt 1913, bringt Jesionek eine Literaturübersicht über 10 Fälle; 2 aus v. Bruns Klinik beschrieben von Küttner, die übrigen, einzelne Fälle, veröffentlicht von Köhler, Mendel, Simonds, E. Fraenkel u. a. In der Zeitschriftenliteratur der letzten Jahre von 1912 kommen, soweit ich habe finden können, nur ein paar Mitteilungen — von französischen Verfassern — über diese Krankheit vor.

Von *klinischem* Interesse ist besonders die Ähnlichkeit mit *Struma maligna*. Für diese Diagnose sprachen in vorliegendem Falle die hastig zunehmenden Symptome, die rasche Ausdehnung der Halsweite, die rasch zunehmende Athemnot, ferner die Infiltration des Tumors und dessen Mangel an Verschiebbarkeit sowie seine Verwachsung mit der Haut. In den

beiden Fällen von Mendel und Küttner wurde anfangs dieselbe Fehldiagnose gestellt. In dem 1. Fall von Küttner wurde der Tumor, der nur den einen Thyreoidealappen angegriffen hatte, exstirpiert und Pat. als geheilt entlassen. Erst 5 Monate nach der Operation als Pat. schwerer Schlingbeschwerden wegen wiederkam, welche, wie es sich herausstellte, auf typischenluetischen Geschwüren im Schlunde beruhten, wurde die Diagnose korrigiert.

In Küttners 2. Fall schritt man ebenfalls zur Operation, um den vermuteten malignen Tumor zu exstirpieren; da dieser jedoch, wie es sich zeigte, so intim mit dem umgebenden Gewebe verwachsen war, dass die beabsichtigte Operation als unausführbar angesehen werden musste, begnügte man sich mit Tracheotomie, um die schwere Athemnot zu beheben. Erst die mikroskopische Untersuchung des zur Prüfung excidierten Gewebes gestattete hier die Diagnose.

Wenn anamnestisch oder bei der Untersuchung der übrigen Organe keine Anhaltspunkte für Lues vorhanden sind, ist es sicherlich, wie Küttner sagt, in gewissen Fällen unmöglich, klinisch eine Differentialdiagnose zwischen Struma maligna undluetischer Thyreoiditis zu stellen.

Im allgemeinen war die syphilitische Tumorbildung nur auf dem einen oder anderen Thyreoidealappen lokalisiert, nur in 2 der beschriebenen Fälle war, wie in unserem, die ganze Drüse befallen.

In den meisten Fällen hatte ferner, wie in unserem, dieluetische Gewebeveränderung auch die Nachbarschaft und die Haut angegriffen.

Jesionek hebt schliesslich als eine bemerkenswerte Tatsache hervor, dass, trotz der in so vielen Fällen bedeutenden Zerstörungen des Thyreoideagewebes, im allgemeinen keine Ausfallsymptome beobachtet wurden. Ein von Köhler beschriebener Fall bildet in dieser Beziehung eine Ausnahme. Dort waren nämlich die klassischen Symptome für Myxödem vorhanden, welche unter antiluetischer Behandlung parallel mit der Abnahme des syphilitischen Infiltrats in der Schilddrüse

Fig. 1.

Fig. 2.

und im Halsbindegewebe dermassen zurückgingen, dass man von relativer Heilung sprechen konnte.

Es liesse sich noch Verschiedenes über die Klinik dieses Falles hinzufügen, ich will mich jedoch auf das Gesagte beschränken, insbesondere, da der Fall vielleicht sein grösstes Interesse in pathologisch-histologischer Beziehung hat.

II. Pathologisch-Anatomischer Teil

Von Dr. H. BERGSTRAND.

Docent in Pathologie an Karolinska Institutet.

Sektionsprotokoll.

Sektion (Dr. H. Bergstrand) 12 Stunden nach dem Tode. Der Schädel wurde mit Rücksicht auf die Verwandten des Patienten nicht geöffnet.

Körperlänge 165 cm. Körperbau kräftig. Fettpolster und Muskulatur mittlerer Stärke. Allgemeine Hautfarbe bleich. Die Haut an beiden Armen und an der Brust zeigt eine teigige Anschwellung, aus welcher bei Einschnitt eine reichliche Menge klarer Flüssigkeit herausquillt. An der Vorderseite der Brust sind die Hautvenen stark erweitert.

Der untere Teil der Vorderseite des Halses zeigt eine diffuse Anschwellung, die von fester Konsistenz und bleicher ist Farbe. In der Mittellinie gleich oberhalb des Sternums ein kleinfingernagelgrosser Defekt in der Haut, welcher die Mündung eines Wundkanals bildet, der sich durch die weichen Teile an dem Halse bis Trachea und durch dieselbe erstreckt.

Nachdem das Brustbein weggenommen worden ist, findet man, dass das rechte Claviculargelenk eine geringe Menge grüngelber dickfliessender, eiterähnlicher Flüssigkeit enthält; das Periost über dem inneren Ende des rechten Schlüsselbeines ist stellenweise durch kleine Ansammlungen ähnlicher Flüssigkeit aufgehoben; das Gewebe zwischen dem Gelenk und der obengenannten Tracheotomiwunde ist von kleinen Eitertropfen durchsetzt und bräunlich missfärbt.

Die Lymphdrüsen im oberen Teil des vorderen Mediastinums