



Vergrößerung ist *in der Regel secundär* und beruht auf einer hyperämischen Schwellung des Organs, wie dies aus ihrem baldigen Kleinerwerden und Verschwinden innerhalb der ersten Tage des Lebens hervorgeht. Ich habe sie unter 6 Gesichtsgeburten 2 Mal gesehen und kann die *Hecker'schen* Beobachtungen darüber bestätigen; bei Schädellagen habe ich sie nie beobachtet, eben so wenig einen dauernden Nachtheil für die Respiration, wie ihn *Hecker* angiebt, daraus entstehen sehen. Dass die Vergrößerung, wenn sie bei Gesichtslagen vorkommt, immer secundär ist, kann man natürlich nicht behaupten; sie kann vielmehr, indem sie die Annäherung des Kinnes an die Brust, also die Beugung des Kopfes bei Schädellagen hindert, zur Ursache der Gesichtslage werden — wie dieses aus der Beobachtung *Simpson's* (s. u.) und aus der von *Hecker* (l. c. p. 62—63) mitgetheilten hervorgeht, in welcher letzterer 2 Tage vor dem Weheneintritte das Gesicht, später bei der Geburt die Schulter vorlag, wo also die Annahme nicht so fern liegt, dass die früher gefühlte Gesichtsvorlage durch die Struma bedingt war. — Auf der anderen Seite gehören einige verzeichnete Beobachtungen über angeborenen Kropf entschieden in diese Kategorie der vorübergehenden Anschwellungen; so namentlich eine von *Meissner* (cf. *Neue Z. f. Geburtsk.* I. 2. Heft p. 110. 1834), von *Küller* (bei *Simpson*), 2 von *Nicot d'Arbent* (cf. *Schmidt's Jahrb.* Bd. 30.) — indem in diesen Fällen die Affection ohne Schaden blieb und nach der Geburt schwand.

Zahlreicher dagegen sind die Beobachtungen von wirklichem intrauterinem Kropfe; man findet in der oben citirten Abhandlung von *Betz* „über den Kropf der Neugeborenen“, in der von *Simpson* „On intrauterine Goitre or Bronchocele (Obit. Mem. and Contrib. II. 1856), in *Virchow's* „Gesammelten Abhandlungen“ (p. 980 u. f.), in *Friedrich's* „Krankheiten der Thyreoidea“ (Handbuch der Pathologie von *Virchow*, V. Bd. I. Abth. p. 524) eine Reihe fremder und eigener Beobachtungen zusammengestellt, denen sich ein Fall von *Weber* (Beitr. z. path. Anat. der Neugeb. 2. Lief. p. 84), Fälle von *Crichton* (*Edinb. Med. Journ.* Aug. 1856), der Eingangs erwähnte von *Danyau* und die folgenden drei von mir gesehenen anreihen:

1. D. H. Nr. 132, aus dem Kappler Thale — gut gebaute, aber mit Cystenkropf behaftete Magd, zum 2. Male schwanger — trat im Febr. 1862 mit Wehen in die Anstalt. Sie hat 2 Jahre früher in letzterer ein gesundes Kind normal geboren, die gegenwärtige Schwangerschaft ist ohne Störung abgelaufen. Die Geburt ging rasch in 2. Schädellage vor sich; das lebende Kind, Mädchen, wog nicht ganz 5 Pfd. Bad., seine Länge betrug 48 Cm., sein Kopfumfang 32 Cm. Zwischen Kinn und Sternum fand sich unter den fettarmen losen Decken eine abgegrenzte Geschwulst, welche man an ihrer Form und Beweglichkeit sogleich als die vergrößerte Thyreoidea erkannte; über dersel-

ben war der Halsumfang 21 Cm. Die Respiration war Anfangs sehr beschwerlich, ging jedoch leidlich von statten; am 3. Tage ward das Kind todt in seinem Bette gefunden. Die Obduction zeigte die Thymus von gewöhnlicher Grösse, jedoch die Schilddrüse in allen ihren Theilen, besonders aber in der oberen Hälfte und nach den Seiten zu vergrössert, hier  $3\frac{1}{2}$  Cm. hoch und 3 Cm. dick, den pyramidalen Fortsatz sehr entwickelt. Das Gewebe war körnig, blutreich, mit grossen Gefässen durchzogen und von einzelnen Blutextravasaten durchsetzt. Der Kehlkopf erschien von der Seite, der oberste Theil der Trachea von vorn nach hinten zu comprimirt. Die Lungen waren zum Theil luft-haltig und mit einzelnen grossen subpleuralen Ekchymosen bedeckt.

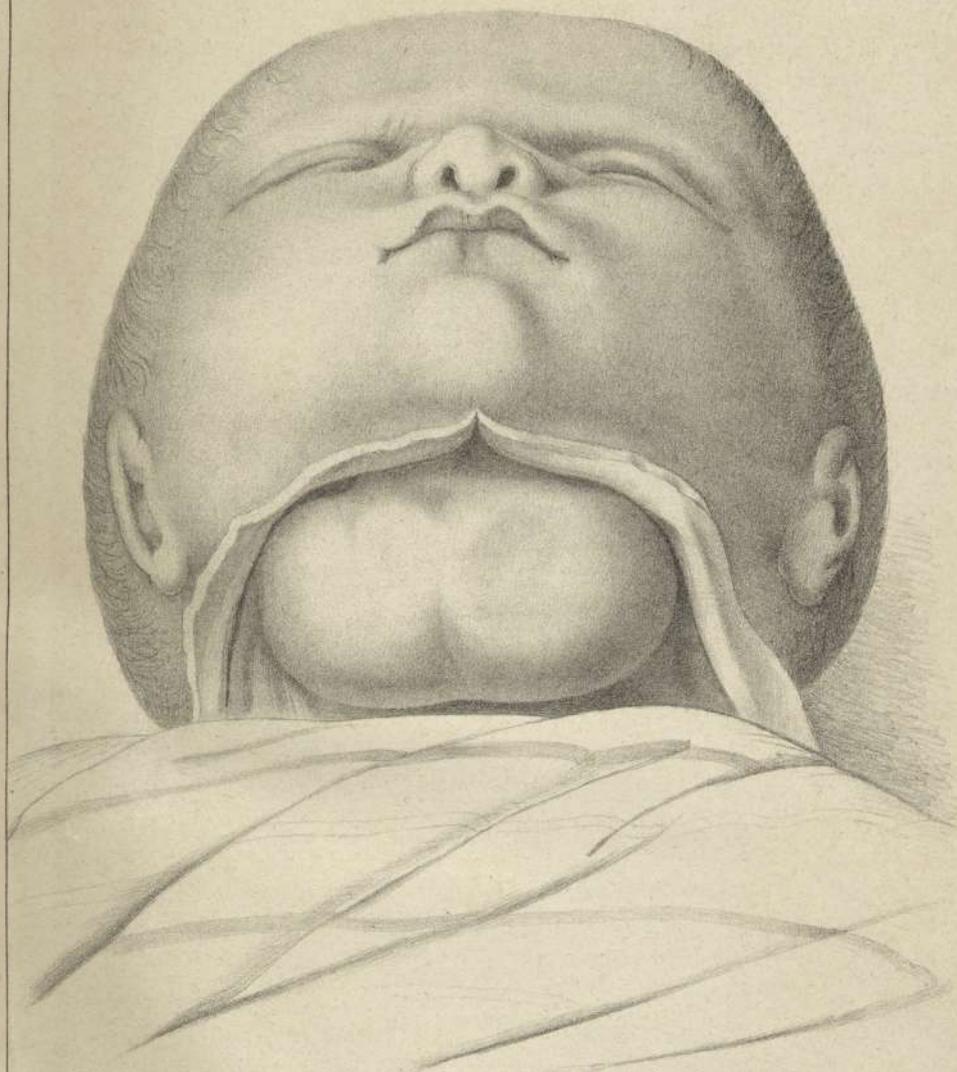
2. C. K. Nr. 306, aus Bezirk St. Blasien, zum 3. Male schwanger — ist gesund gebaut, hat nur eine grosse einfache, besonders rechterseits entwickelte Struma; die früheren Geburten leicht, die Kinder alle lebend geboren, eines später an Atrophie gestorben. Die jetzige Schwangerschaft verlief ohne Störung, und es ist nur bemerkenswerth, dass während derselben wiederholt Steislage des Kindes diagnostizirt wurde, welche sich kurz vor der rechtzeitigen Geburt in 1. Schädellage verwandelte. In letzterer ward das Kind, ein Knabe von 5 Pfd., 18. Bsd., 51 Cm. Länge und 35 Cm. Kopfumfang leicht und rasch lebend geboren. Die in den ersten Minuten freie Respiration wurde schnell schwächer und es zeigte sich als Ursache davon ein Befund, dem im vorigen Falle ganz ähnlich. Dass das Hinderniss des Athmens in der Thyreoidea lag, erkannte man an der Wirkung der Beugung oder Streckung des Kopfes; bei jener ward die Respiration ausserordentlich mühsam, während auf die Streckung alsogleich eine tiefe Inspiration erfolgte. Die Schwellung erschien in der Mittellinie gering, nach den Seiten zu, an denen sie die Trachea umgab, stärker und von unregelmässiger Oberfläche; beim Schreien nahm sie etwas an Umfang zu; die bedeckende Haut war schlaff, aber fest und dick; der grösste Umfang des Halses betrug 24 Cm. Trotz dieser ziemlich bedeutenden Vergrösserung blieb das Kind am Leben und wurde am 10. Tage aus der Anstalt entlassen; über seine späteren Schicksale habe ich nichts erfahren. Der Halsumfang war bei der Entlassung etwas geringer geworden, auf 21 Cm. gesunken.

3. F. E. Nr. 388, aus einem engen Thale des Bezirkes Lahr, untersetzte Person mit grossem Kopfe, zum 4. Male schwanger, immer von gesunden Kindern angeblich entbunden, zum letzten Male 1860 in hiesiger Anstalt. Die Geburt erfolgte rechtzeitig in 2. Steislage, welche schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft wiederholt deutlich erkannt war. Das Kind, ein Mädchen, kam rasch ohne alle Nachhülfe mit pulsirender Nabelschnur zur Welt, machte tiefe und kräftige Inspirationsbewegungen, wobei der Kopf in einer Weise, wie man sie wohl nach lang dauernder Geburt in Gesichtslage sieht, nach hinten gezogen erschien; die Athmung kam trotz künstlicher Respiration und selbst Einführung eines Catheters in die Trachea nicht in regelmässigen Gang, indem die auffällige Vergrösserung der Schilddrüse ihr ein Hinderniss entgegen stellte, und sie sistirte ungefähr  $\frac{1}{2}$  Stunde nach der Geburt vollständig. Das Kind wog 6 Pfd., seine Länge war 51 Cm., sein Kopfumfang 35 Cm., der grösste des Halses 20 Cm. Durch die fette Haut hindurch konnte die Thyreoidea nicht verfolgt werden, zumal sie relativ hoch gelegen; nach Trennung jener zeigte sich die bedeutende Entwicklung derselben, welche, obgleich sie die ganze Drüse involvirte, doch besonders deren seitlichen Theile betraf; letztere erstreckten sich zugleich weit nach hinten gegen die Wirbelsäule zu und bewirkten so eine bedeutende Verengerung des Larynx von der Seite her. Die beifolgende Abbildung zeigt die Drüse in ihrer natürlichen Lage (ihre Höhe beträgt über 3 Cm., die Dicke der Seitenlappen ungefähr das gleiche). Das Gewebe war sehr blutreich, wieder von vereiterten Gefässen durchzogen; von einer Cystenbildung keine Spur; die Oberfläche

glatt. Die Thymus erschien sehr bluthaltig, aber nicht auffällig vergrößert, die übrigen Organe zeigten den bei asphyctisch Geborenen gewöhnlichen Befund. Bemerkenswerth erschien die Vergrößerung des Schädels in seinem Längendurchmesser, hervorgebracht durch starkes Vorspringen des Hinterhauptes mit gleichzeitiger Abplattung der Stirnbeine, eine Form, wie man sie nach *Hecker* (l. c. II. p. 46. 47) bisweilen bei Gesichtsgeburten findet; die auffällig spitz vorragende Hinterhauptsschuppe verlief ganz horizontal, und unter der Crista ext. befand sich eine querlaufende sehr ausgeprägte rinnenartige Vertiefung. Da diese Form durch gezwungene Haltung und Druck während der Geburt nicht entstanden sein konnte, so schöpfte ich Verdacht auf Anomalie im Baue der Schädelbasis; die von meinem Collegen, Hr. *Ecker* vorgenommene Untersuchung des Schädels konnte indess nichts von einer solchen nachweisen.

Man ersieht, dass diese drei Fälle gewisse Züge unter sich gemein haben, welche sie auch mit der Mehrzahl der bekannt gewordenen theilen. Es handelt sich in der Regel um einfache intrauterin entstandene Hyperplasie, welche aber doch so bedeutend werden kann, dass sie zu mechanischer Behinderung der Respiration und somit zum Tode nach der Geburt führt. Dass das erzeugende Agens durch den mütterlichen Körper auf den Fötus wirkt, ist natürlich; indess glaube ich, dass es bei den hier beschriebenen Fällen von congenitaler Struma sich vielmehr um eine endemische Form als um eine hereditäre handelt; denn in den östlichen engen Thälern des Schwarzwaldes ist der Kropf endemisch, und es sind die Mehrzahl der in die Entbindungsanstalt Aufgenommenen, besonders aber der Mehrgeschwängerten (die ersten Anfänge der Krankheit werden von ihnen gewöhnlich auf ein Wochenbett zurückgeführt) mit ihm behaftet; wäre der congenitale Kropf hereditär, so müsste ich ihm demnach wohl häufiger als 3 Mal unter mehr als 500 Neugeborenen begegnet sein. — Bezüglich dieser ätiologischen Momente der intrauterin entstandenen Struma, sowie des eventuellen Zusammenhanges derselben mit dem Cretinismus (von welchem sich in meinen 3 Fällen nichts nachweisen liess), sind die lehrreichen Bemerkungen *Virchow's* (l. c. p. 980) nachzusehen; ebenso kann ich hinsichtlich der praktischen Bedeutung der Affection auf die Abhandlung von *Betz* mich beziehen, da ich in dieser Beziehung letzterer nichts zuzufügen habe. — Dass die intrauterine Struma zu Gesichtslagen in der Geburt führen kann, habe ich oben schon erwähnt; dass von den drei hier beschriebenen Früchten eine in Steisslage geboren wurde, eine andere solche in der Schwangerschaft wiederholt darbot, darauf will ich wohl hinweisen, aber wegen der zu geringen Anzahl von Beobachtungen kein Gewicht legen.

Freiburg i. B., Juni 1864.



Struma congenita (Nat. Grösse.)

Lochow lith.

