

**Einige Fälle von Cheilitis glandularis apostematosa  
(Myxadenitis labialis).**

Von Prof. Richard Volkmann in Halle.

Fünfmal habe ich bis jetzt eine eigenthümliche Form von chronischer Entzündung der Unterlippe gesehen, über die ich nirgends in der Literatur Notizen finde.

Sämtliche Kranke waren Erwachsene. Drei von ihnen hatten kurze Zeit vorher an constitutioneller Syphilis gelitten und waren bei dem einen noch einige Flecke von Psoriasis palmaris nachweisbar, während bei den übrigen, mit Ausnahme einiger leicht geschwellter Lymphdrüsen momentan keine syphilitischen Localaffectionen mehr aufgefunden werden konnten. Zwei waren vollkommen gesund und behaupteten nie syphilitisch erkrankt gewesen zu sein.

Der Verlauf der Lippenentzündung war in allen 5 Fällen ein sehr ähnlicher, wenngleich verschieden schwerer. Die Unterlippe schwoll allmäthlich ohne besondere Schmerzen an und wurde hart und fest, so dass das Gesicht einen plumpen widerwärtigen Ausdruck bekam. Die Beweglichkeit der Lippe war sehr behindert, ja in einem Falle fast ganz aufgehoben. Die Anschwellung erstreckte sich durch die ganze Dicke und Breite der Unterlippe bis herab zu ihrem Uebergang in das Kinn. Einmal griff sie an beiden Mundwinkeln auf die Oberlippe über, so dass von dieser jederseits die Ecken in fingerbreiter Ausdehnung mit erkrankt waren. Die Hautdecken waren im Bereich der Erkrankung leicht geröthet. Bei genauerer Untersuchung zeigten sich in allen Fällen die Schleimdrüsen der Lippe bis zu Hanfkorngrösse und darüber angeschwollen und in ungewöhnlicher Zahl und Ausbreitung als höckrige Massen durch die Schleimhaut hindurch fühlbar. Kehrte man die Schleimhautseite der Lippe nach aussen, so sah man die Ausführungsgänge stark dilatirt, zum Theil in dem Grade, dass man mit einer feinen Knopfsonde in sie eindringen konnte. Bei Druck, der nur mässigen Schmerz verursachte, entleerte sich aus ihnen ein trübes schleimiges oder schleimig-eitriges Secret, so dass entweder die ganze zuvor sorgfältig abgetrocknete Lippe wie fein betaut erschien oder hier und da gröbere fast rein eitrige Tropfen hervordrangen.

Allein dreimal kam es daneben noch zu eigentlichen Abscedirungen, die offenbar ebenfalls stets von den Drüsen oder wenigstens von dem dieselben umgebenden (periacinösen) Bindegewebe ausgingen. Es bildeten sich unter relativ geringen Schmerzen furunculöse Entzündungen in der Dicke der Lippe, die bald die äussere Haut, häufiger die Schleimhaut mit feinen Oeffnungen durchbrachen, die grösste Neigung zeigten fistulös zu werden und Wochen oder Monate lang ein schleimig-eitriges Secret entleerten. In einem Falle bestanden an der Schleimhautseite der Unterlippe gleichzeitig 12 — 15 derartige feine Oeffnungen, die leicht eine etwas gröbere Knopfsonde einliessen und in unregelmässige, die Lippensubstanz durchsetzende Fistelgänge führten. In eigentliche Geschwüre gingen diese Oeffnungen an der Oberfläche in keinem Falle über, wie denn auch stets ebensowohl an der

Lippe selbst als an den übrigen Theilen der Mund- und Rachenschleimhaut durchaus nichts von syphilitischen Geschwüren oder Plaques entdeckt werden konnte. Doch bestand in allen Fällen ein ziemlich lebhafter Mund- und Rachenkatarrh.

K., 32 Jahre alt, Beamter, hat vor  $1\frac{1}{2}$  Jahren einen indurirten Chancre gehabt, auf den Roseola sowie eine leichte syphilitische Angina folgten; auch die Haare fielen stark aus. Patient gebrauchte Quecksilber und Jodkali und will seit  $\frac{3}{4}$  Jahren keine syphilitischen Localaffectionen wieder bemerkt haben. Doch sind die Cubital- und Inguinaldrüsen noch etwas geschwollen und existirt ein mässiger Rachenkatarrh mit leichter Schwellung der Tonsillen. Auch die Wangenschleimhaut ist etwas geschwelt. Die Zunge zeigt die Eindrücke der Zähne. Das Zahnsfleisch blutet leicht bei Druck.

Das gegenwärtige Leiden, dessenthalben mich Patient consultirt, hat sich seit circa  $\frac{1}{2}$  Jahre entwickelt und trotz der verschiedenen äusseren und inneren Mittel, selbst einer Schmierkur, fortwährend gesteigert; es besteht in einer chronischen mit beträchtlicher Vergrösserung verbundenen Entzündung der Unterlippe, die den Kranken in hohem Grade entstellt. Die Lippe ist fast um das Doppelte vergrössert; jedoch nicht gewulstet, sondern platt, brettartig, so dass selbst das Reden durch sie erschwert wird. Von der Schleimhautseite fühlt sie sich wie ein Schrotbeutel an. Die Ausgänge der Schleimdrüsen sind stark dilatirt und entleeren bei Druck ein trübes eitriges Secret. Ausserdem finden sich auf der Schleimhautseite über ein Dutzend etwas grössere fistulöse Oeffnungen, die tief in die Lippe selbst hineinführen. Die äussere Haut der Lippe ist stark geröthet und zeigt neben mehreren feinen Narben, die nach verheilten Abscedirungen zurückgeblieben sind, die Oeffnung einer Fistel, welche schief die ganze Lippe durchbohrt, so dass die eingeführte Sonde auf der Schleimhautseite hervordringt. Neben ihr findet sich ein harter blaurother, mässig schmerhafter Knoten, der incidiert, schleimigen Eiter entleert.

Patient erhielt Jodkali und wurde die Lippe in der Chloroformnarkose auf das Energischste mit Argentum nitricum geätzt, der Stift tief in jede einzelne Fistelöffnung eingebohrt. Diese Aetzungen wurden in 10—14tägigen Pausen 4mal wiederholt, doch ohne jeden Erfolg. Umschläge von Kupferwasser, dann wieder Bepinseln mit Jodtinctur etc. hatten nur einen sehr geringen, der Gebrauch der verschiedensten Antisyphilitica gar keinen Erfolg. Es wurde jetzt die Compression versucht, die mit Hülfe einer Bleiplatte und Gummibinde ausgeführt wurde. Patient unterwarf sich der sehr lästigen Procedur mit grosser Energie, doch wurde auch mit ihr nicht viel erreicht. Zuletzt schien sich das Uebel beim Gebrauch von Kali chloricum etwas zu bessern und verliess Patient nach langer Behandlung nur wenig gebessert die Klinik. Spätere Nachrichten fehlen.

Auch in einem zweiten jedoch etwas weniger schweren Falle schien das Uebel jeder Therapie trotzen zu wollen. Nach dreiwöchentlicher Behandlung verliess Patient Halle, ohne wieder etwas von sich hören zu lassen.

Die drei übrigen Fälle wurden sämmtlich bei dem Gebrauch von Jodkali innerlich, Mundwässern von Kali chloricum und leichter Cauterisation der Lippe in einem Zeitraume von 4—8 Wochen geheilt.

Nur von einem liegt eine etwas detaillirtere Krankengeschichte vor, die ich folgen lasse.

Frau Z., 41 Jahre alt, hat vor 8 Jahren an Fluor albus und Ulcerationen an den Labii, jedoch angeblich nie an Erscheinungen secundärer Syphilis gelitten. Sie hat 11 Kinder gehabt, von denen 4 klein gestorben sind, jedoch keines von ihnen an Erscheinungen der hereditären Syphilis; auch hat sie nie abortirt. Hingegen leidet ihr Mann noch gegenwärtig an Lues und wird poliklinisch behandelt.

Bei einer Untersuchung am 1. Januar 1869 sind irgend welche Erscheinungen gegenwärtig noch bestehender oder früher dagewesener secundärer Syphilis nicht aufzufinden. Patientin ist vollkommen gesund und von kräftiger Constitution. Starke Pharyngitis sicca mit Bildung von Borken an der hinteren Rachenwand. Nach ihrer Entfernung erscheint die Rachenschleimhaut wund und körnig, oder fast warzig. Mässig intensiver Mundhöhlenkatarrh. Syphilitische Auflagerungen oder Ulcerationen, desgleichen Narben, sind auch im Munde nicht zu bemerken.

Die Cheilitis, derentwegen sie heute Hülfe sucht, besteht seit Pfingsten 1868 und hat mit allmählicher Schwellung und furunculösen Entzündungen begonnen, die 6 bis 8mal zu eitriegen Aufbrüchen führten. Gegenwärtig ist die äussere Haut der Unterlippe nur stark geröthet und indurirt. Die Lippe selbst hat an Länge und Breite beträchtlich zugenommen und ist steif, hart und von der Schleimbautseite befüllt, höckrig. Lippendrüsengänge dilatirt, bei Druck schleimigen Eiter entleerend. Zwischen ihnen mehrfache kleine narbige Einziehungen, sowie einzelne stecknadelknopfgrosse aphtöse Geschwürchen. Ordin.: Jodkali und Kali chloricum. Nach 8wöchentlicher Behandlung vollkommen geheilt entlassen. Ein Recidiv ist bis heute nicht eingetreten.

Dass es sich in allen diesen Fällen um katarrhalische Entzündungen der Glandulae labiales handelte, die sich stellenweise bis zur Eiterung theils in der Drüse selbst, theils im periacinösen Bindegewebe steigerten, scheint nicht zweifelhaft. Ich schlage daher vor, die Affection bis auf Weiteres als Cheilitis glandularis oder als Myxadenitis labialis zu bezeichnen. Weniger leicht ist es zu entscheiden, welche Rolle die Syphilis hier spielt. Wie ich glauben möchte, keine directe. Die Analogie der eitriegen Parotitis macht es mir viel wahrscheinlicher, dass die wesentliche Ursache nur in dem Mund- und Rachenhöhlenkatarrh zu suchen ist, der in allen meinen Fällen gleichzeitig vorhanden war und wahrscheinlich vermittelst des Mundhöhlensecrets sich durch die Ausführungsgänge der Lippendrüsen bis auf die Drüsenkörper selbst fortsetzte. Dass zu solchen Katarrhen die Syphilis und selbst die gegen sie gerichtete (mercurielle) Behandlung leicht Gelegenheit geben wird, ist sehr erklärlich. Das ausschliessliche oder fast ausschliessliche Befallenwerden der Unterlippe gibt dieser Annahme eine weitere Stütze, denn begreiflicher Weise kommt die Schleimhautseite der Unterlippe mit den Mundflüssigkeiten, zumal bei gesteigerter Secretion, viel ausgiebiger und dauernder in Contact wie die Oberlippe. Indessen möchte ich bei der geringen Zahl und dem zum Theil sehr fragmentarischen Charakter meiner Beobachtungen, auf diese vorläufige Deutung keinen sehr grossen Werth legen.