

der Medianlinie parallel laufend. In einem andern Präparat (Aortenherz) steht die Herzachse durch Vergrößerung des linken Ventrikels ziemlich vertikal, und der suprapapilläre Teil ist nach rechts und oben gerückt.

So lassen sich also Elektrokardiogramm, anatomischer und klinischer Befund zwanglos miteinander in Übereinstimmung bringen. Alle Veränderungen der Initialschwankung aber scheinen beachtenswert und die ihnen zugrundeliegende Störung der Erforschung würdig.

Literatur: ASSMANN, Die Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. 1921. — BAMBERG u. PUTZIG, Zeitschr. f. Kinderheilk. 20. 1919. — BODEN u. NEUKIRCH, Arch. f. d. ges. Physiologie 1918, S. 171. — BRUGSCH u. BLUMENFELDT, Berl. klin. Wochenschr. 1920/21. — CARTER u. DIEUAIDE, referiert im Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. 1921, S. 297. — CITRON, Dtsch. med. Wochenschr. 1921, Nr. 47. — EIGER, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1913, S. 151. — EINTHOVEN, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1913, S. 149. — GEIGEL, Lehrbuch der Herzkrankheiten 1920. — TH. GROEDEL, Untersuchungen zur Durchschnittsform des Elektrokardiogramms 1920. — HERING, Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap. 7. 1910. — HEUBNER, Monatsschr. f. Kinderheilk. 7. 1909. — A. HOFFMANN, Die Elektrokardiographie. Wiesbaden 1914. — W. KOCH, Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap. 22. 1921. — KRAUS u. NICOLAI, Das Elektrokardiogramm des gesunden und kranken Menschen. 1910. — MOSLER, Berl. klin. Wochenschr. 1921, Nr. 17. — MOSLER u. H. SACHS, Berl. klin. Wochenschr. 1921, Nr. 34. — NICOLAI, in Nagels Handbuch der Physiologie. — NICOLAI u. FUNARO, Zeitschr. f. Physiolog. Bd. XXII, 2. 1918. — PRIBRAM, Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 15. — PRIBRAM u. KAHN, Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1910, S. 99. — REHFISCH, Dtsch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 21/22. — SACHS, Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 34. — SAMOJLOFF, Elektrokardiogramme. Fischer, Jena 1909. — SCHRUMPF, Klinische Herzdiagnostik. Berlin 1909. — SELENIN, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1911, S. 143. — SELENIN, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1912, S. 140, 143. — STRUBELL, Dtsch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 21. — USSOW, Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. 1911, S. 65. — VÖGELMANN, Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Therap. 17. 1914. — VOGT, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 28. 1921. — WALLER, Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 1917. — WEITZ, Dtsch. Arch. f. klin. Med. III. 1913.

SELTENE FORM DER MAKROCHEILIE¹⁾.

Von

Privatdozent Dr. ROEDELIIUS, Hamburg.

Die Makrocheilie tritt uns in zwei Formen entgegen, einmal als *angeborene* Vergrößerung der Ober-, sehr viel seltener der Unterlippe, sowie als erworbene Affektion, ebenfalls meist die Oberlippe betreffend. Erstere kann bedingt sein teils durch diffuse Hyperplasie des submukösen Bindegewebes, teils durch Gefäßerweiterung und Gefäßneubildung, sowohl der Blut- wie Lymphgefäße. Wir sprechen von kavernösem Angiom und Lymphangiom, das Wachstum namentlich der letzteren, die in den meisten Fällen schon in früher Kindheit als Schwellungen kenntlich sind, ist ein sehr langsames. Solchen geringen Grades stehen ausgedehnte Geschwulstbildungen gegenüber, die auch an anderen Teilen des Gesichtes, zu erstaunlichen Entstellungen führen können. Lymphangiectatische Elephantiasis wird nicht selten beobachtet, Verwechslungen sind im allgemeinen kaum möglich. Die Konsistenz, die Komprimierbarkeit, bei Hämangiomen das bläuliche Durchschimmern, das An- und Abschwellen schützt in der Regel vor Irrtümern, auch bei den tief liegenden Formen, wo eine Hautverfärbung fehlt. Immerhin sind Fehldiagnosen bei kleinen circumscribten cystischen Lymphangiomen vorgekommen, so mit anderen Cysten und Geschwülsten.

Die *erworbenen* Formen von Makrocheilie verdanken ihre Entstehung meist ebenfalls entweder echter Geschwulstbildung oder entzündlichen Prozessen. Dabei können die Veränderungen entweder auf Hypertrophie aller Teile der Lippe beruhen sowie knotiger und diffuser Bindegewebs-

wucherung. Ich erwähne hier die allbekannte skrofulöse Lippenveränderung, die bei Lupus und dgl. vorkommt, sowie die sog. Doppellippe, bei der es sich um Hyperplasie der Schleimhaut in Form eines Wulstes handelt, die aber auch durch entzündliche Prozesse bedingt sein kann.

Es wäre wohl nicht richtig, wenn wir unter allen Umständen in der Makrocheilie einen krankhaften Zustand erblicken wollten. Ich erinnere an die wulstigen Lippen fremder Rassen. Auch in unseren Breitengraden kommen derartige Anomalien vor.

Man sprach früher von einem *Labium Leopoldinum*; der Name stammt von Kaiser Leopold I. her, der wie mehrere seiner Ahnen, eine derartige wulstige Unterlippe hatte, die im Zorn noch mehr anschwellen und herabhängen, was allerdings doch für eine abnorme Gefäßveränderung im Sinne eines Hämangioms sprechen würde. Wir wissen, daß derartige kongenitale Geschwülste vererbt auftreten können. Was die LEOPOLDINISCHE Lippe angeht, so soll diese im österreichischen Kaiserhause durch längere Zeit erbliche, eigentümliche Unterlippenbildung durch eine Heirat mit dem Hause der Jagellonen in den Habsburger Stamm verpflanzt worden sein.

Den Zahnärzten bekannter als uns, werden vielleicht die in den Lippen gelegentlich durch Abschnürung von Zahnkeimen entstandenen zahnhaltigen Tumoren sein, wie sie von ARNOLD und SCHECK beschrieben sind.

Ich möchte jetzt das Augenmerk auf einen besonderen anatomischen Bestandteil der Lippe lenken, die Schleimdrüsen. An der Oberseite der Lippe finden sich zahlreiche Talgdrüsen, an der Innenseite eine Anzahl acinöser Schleimdrüsen, die bei starker Ausbildung eine fast kontinuierliche Drüsenschicht unter der Muskulatur bilden können. In ganz seltenen Fällen, es sind nur wenige beschrieben, können nun diese *Lippenschleimdrüsen primär erkranken* und das Bild der Makrocheilie hervorrufen, und zwar kommen wiederum einmal entzündliche Veränderungen und sodann echte Geschwulstbildung in Betracht. Über diese sehr seltenen Dinge möchte ich mir erlauben zu sprechen, an der Hand kürzlich beobachteter Fälle sowie der sehr spärlichen Literaturangaben. Alle Male war die Unterlippe befallen. Der erste, der über primäre Drüsenerkrankung der Unterlippe berichtete, war VOLKMANN, der 5 Fälle beschrieb, sämtlich Erwachsene betreffend, bei denen allmählich ohne Schmerzen die Unterlippe anschwellen, hart und fest und in ihrer Beweglichkeit sehr behindert wurde. In allen Fällen, von denen 3 früher syphilitisch infiziert waren, zeigten sich die Schleimdrüsen geschwollen und in ungewöhnlicher Zahl und Ausbreitung als höckerige Masse durch die Schleimhaut hindurch fühlbar. Auf der Innenseite sah man die Ausführungsgänge stark dilatiert, zum Teil sondierbar und trübes Sekret absondernd. VOLKMANN nannte dieses Leiden, an dessen entzündlicher Ätiologie nicht gezweifelt werden kann, Myxadenitis labialis oder Cheilitis glandularis apostematosa.

Ebenso selten scheint die auf Hypertrophie der Schleimdrüsen beruhende Makrocheilie zu sein, von der anscheinend nur ein Fall und zwar von WRIGHT publiziert worden ist.

18 jähriger Mann, die Drüsen als zahlreiche kleine bewegliche Körper zu fühlen, eingebettet in ausgestülpte prominierende Schleimhautfalten. Heilung durch Excision. Auch hier scheint die Hypertrophie auf entzündlicher Basis entstanden zu sein, obwohl eine histologische Untersuchung nicht stattgefunden hat.

1892 hat EUGEN FRAENKEL nun einen bemerkenswerten und bisher einzigartigen Fall beschrieben, der in einem kürzlich mir von Prof. FISCHER überwiesenen und von uns gemeinsam operierten Fall, ein gewisses Analogon zu haben scheint, wenn er ihm auch nicht in seiner Intensität völlig gleicht.

Im Fall FRAENKELS handelte es sich um einen 19 jährigen Mann, bei dem die Eltern seit dem 4. Lebensjahr eine ständige Größen- und Dickenzunahme der Unterlippe beobachteten, die in den letzten Jahren zu einer starken Entstellung führte. Die Lippe hing herab, so daß die Schleimhaut zutage trat, bis der rote Lippensaum auf dem Kinn lag. Die Schleimhaut war meist mit einer großen Zahl nebeneinander stehender, dann konfluierender Tropfen bedeckt, die schließlich in langgezogenen Fäden herabhängten. Ektatische Ausführungsgänge waren nicht zu sehen. Konsistenz der Lippe nicht vermehrt, keine entzündlichen Erschei-

¹⁾ Nach einer Demonstration auf der 1. Tagung für soziale und wissenschaftliche Zahnheilkunde zu Hamburg (16.—19. März 1922).

nungen. Gleichzeitig Anomalie des Oberkiefers, dessen Zähne hinter denen des Unterkiefers standen. Die Operation, die SCHEDE ausführte, gestaltete sich ziemlich schwierig. Nach Durchtrennung der Schleimhaut quoll zwischen den Schnittträndern ein Konglomerat dicht nebeneinander liegender, die ganze Breite der Unterlippe einnehmender, bis jenseits der Mundwinkel reichender, an das Aussehen kleiner Lipome erinnernder perlschnurartiger Tumoren, die im Zusammenhang präparatorisch entfernt werden konnten. Der kosmetische Erfolg war ein durchaus befriedigender, das Nässen hatte vollkommen aufgehört.

Die histologische Untersuchung ergab nach FRAENKEL eine völlige Übereinstimmung der entfernten Gebilde mit dem Bau der in der normalen Mundschleimhaut vorkommenden Drüsen bis ins feinste Detail. Die einzelnen Acini nicht hypertrophisch (das ist besonders bemerkenswert), nirgends cystisch. Die Zellen mit deutlichem Kern, das interacinöse Gewebe nirgends verbreitert, frei von kleinzelliger Infiltration und Proliferationsvorgängen. Wandungen der Blutgefäße zart, an einzelnen Stellen frische Extravasate im interstitiellen Gewebe.

Es liegt also durchweg ein normales Verhalten der Schleimdrüsen vor. Mit Rücksicht auf den geschwulstartigen Charakter hat FRAENKEL die Affektion als auf *Adenombildung* der Schleimdrüsen beruhend aufgefaßt, ein neues, ungewöhnlich seltenes Substrat der Makrocheilie. Das Wesentliche ist neben der Neubildung die Abwesenheit irgendwelcher entzündlicher Veränderungen, sowie degenerativer Zustände am Drüsenepithel. Hinsichtlich der Ätiologie ist ein Zusammenhang mit der erwähnten Kieferanomalie nicht von der Hand zu weisen, indem eine längere Exponiertheit der Unterlippe, in Form von dauerndem Abstehen, vielleicht infolge ständigen Reizes zu stärkerer Drüsentätigkeit Veranlassung gab, die schließlich die erwähnte Tumorbildung hervorgerufen hat.

Was nun den eigenen Fall angeht (er wird in einer Dissertation von REPSOLD ausführlich bearbeitet), so ist darüber folgendes zu sagen:

45 jähriger Mann mit Hasenscharte, die 3 Wochen nach der Geburt operiert wurde. Eltern und Geschwister frei von Mißbildungen. Die Unterlippe ist ebenfalls seit der Kindheit verdickt. Im Lippenrot zwei eigenartige Grübchen, die in einen blind endigenden Kanal übergehen, in den Patient mit einem feinen Stäbchen 2 cm in die Tiefe dringen konnte. Von jeher hat er ferner hier eine tropfenförmige Absonderung wahrgenommen.

Der Befund ist folgender: Deutliche rüsselartige Vorwölbung der Unterlippe im Sinne einer Makrocheilie, besonders den mittleren Teil einnehmend. Die Oberlippe ist durch die Hasenschartennarbe, die bis in das linke Nasenloch reicht, etwas gespannt, die Nase entsprechend der Mißbildung ebenfalls etwas verbildet. Symmetrisch neben der Mittellinie je eine grübchenartige Vertiefung, die klinisch in bezug auf ihre Größe und Tiefe ein wechselndes Verhalten zeigt. In diese Taschen gelangt man mit einer Sonde bis zu $1\frac{1}{2}$ —2 cm in die Tiefe. Diese Kanäle sezernieren ganz zweifellos. Patient kann häufig feine, fadenziehende Tröpfchen abwischen, ist im übrigen durch die Mißbildung nicht nennenswert gestört. Der Oberkiefer ist jetzt zahlos. An- und Abschwellen der dicken Unterlippe ist nicht beobachtet, die Sekretion hat niemals stärkere Grade erreicht, wie sie etwa in den vorstehend geschilderten Fällen beobachtet wurde.

Eine Operation wurde trotz verhältnismäßig geringgradiger Störungen (aus kosmetischen Rücksichten würde sie sich Patient nicht haben machen lassen) angeraten, weil einmal eine Tumorbildung, wenn auch chronischer, gutartiger Natur, vorlag, vielleicht durch die Epithelial-Einstülpungen bedingt, oder neben ihnen bestehend und vor allem, weil sich auf dem Boden derartiger Verbildungen Carcinome entwickeln können.

Bei der Operation wurde unter Umschneidung der beiden Grübchen ein granuliert aussehender, verhältnismäßig scharf abgegrenzter, und gut herauspräparierbarer Tumor entfernt, der sofort zur histologischen Verarbeitung dem FRAENKELschen Institut überwiesen wurde. Zunächst scheinen, die erwähnten Kanäle auch auf dem Durchschnitt blind zu endigen, und es wurde uns die Mitteilung, es handle sich nur um Epitheleinstülpungen. Damit konnten wir uns nicht begnügen. Dem widersprach das klinische Bild, die sicher nachgewiesene Sekretion aus den Öffnungen. Der emsigen Forschung A. PLAUTS, der mehrere Hundert Serienschritte anlegte, ist es dieser Tage gelungen, einzelne feine Ausführungsgänge, die in die erwähnten großen Gänge mündeten, einwandfrei festzustellen. Im übrigen ist das mikroskopische Bild normal. Schleimdrüsen

nicht hypertrophisch, nicht cystisch, das interacinöse Gewebe nicht vermehrt, keine Entzündungserscheinungen, kurz den Befund, wie ihn FRAENKEL 1892 in seinem Fall beschrieben. Nur zwei Unterschiede bestehen:

1. In unserem Fall die beiden Grübchen mit den scheinbar blind endigenden Gängen.

2. Der geringere Grad des Leidens.

Wir haben uns entschlossen, hier von einer Makrocheilie auf Grund umschriebener Adenombildung zu sprechen.

Die Entfernung derartiger Anomalien ist zu fordern, auch wenn die Träger die Entstellung und das Nässen usw. in Kauf nehmen wollen, und zwar aus dem Grunde, weil wie gesagt, erfahrungsgemäß sich auf dem Boden derartiger Epitheleinstülpungen und dgl. ein Carcinom später entwickeln kann.

Es handelt sich, bezüglich der Epitheleinstülpungen, um eine kongenitale Anomalie, kombiniert mit anderen sich im Gesicht abspielenden Mißbildungen. Derartige Einstülpungen, die sich, wie beschrieben, grübchen- resp. taschenartig dicht neben der Mittellinie im Lippenrot befinden, und die Öffnung darstellen für scheinbar blind endigende meist kurze und submukös verlaufende Kanäle, sind im übrigen gar nicht so selten. Ich sah jetzt kurz hintereinander 3 solche Fälle und will über den dritten hier berichten. Das 5 jährige Mädchen hatte ebenfalls eine Hasenscharte und ebenfalls dicht nebeneinander im Rot der Unterlippe liegend zwei zunächst als Taschen imponierende Vertiefungen, in die man aber ebenfalls ca. 2 cm tief eine Sonde in einen kurzen Kanal einführen konnte. Es handelt sich in diesen Fällen gar nicht um einfache Epitheleinstülpungen, sondern in diese hinein münden Ausführungsgänge. Alle Personen berichten übereinstimmend über Nässen. Bei dem Kind war nun die Lippe keineswegs verdickt im Sinne einer auch nur angedeuteten Makrocheilie. Wir halten es aber für möglich, daß sich auch hier vielleicht im Laufe der Jahre ein ähnliches Krankheitsbild entwickeln könnte, wie in dem Fall des Erwachsenen, bei dem sich nicht genau feststellen läßt, ob er mit der Verdickung der Lippe schon auf die Welt gekommen ist. In allen Fällen ist es in die Augen springend, daß der Oberkiefer mit der Oberlippe leicht „flieht“, d. h. die Unterlippe etwas absteht.

Wir sehen das häufig bei mit Hasenscharten behafteten Personen. Es wird somit, wie schon vorher gesagt, die Unterlippe allen möglichen Reizen stärker ausgesetzt sein, die an sich normalen Lippenschleimdrüsen können zu verstärkter Tätigkeit angeregt werden, und so schließlich ein vermehrtes Wachstum derselben entstehen.

Ich möchte auf die eigenartige Kombination der erwähnten Mißbildungen besonders hinweisen, die anscheinend nicht so sehr selten sind. Die Makrocheilie in dieser Form jedoch ist eine Rarität.

KYPHOSIS OSTEO-CHONDROPATHICA.

Von

Dr. OTTO HAHN.

Assistent der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Dir. Geheimrat Prof. Dr. KÜTTNER.)

Das Krankheitsbild der Kyphose ist uns als Symptom einer ganzen Reihe von Affektionen bekannt. Angeborene Mißbildungen der Wirbelsäule, Rachitis, Osteomalacie, deformierende Arthritis und chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule können zu kyphotischen Veränderungen der Wirbelsäule führen. Als Degenerationsmerkmale kann sie familiär und als Rassenmal (Juden) auftreten. Sie kann Folge oder Begleiterscheinung bestimmter psychogener und neurogener Leiden sein. Ich erwähne nur den sogenannten degenerativen Rundrücken der geistig Minderwertigen, die Kyphose gewisser Spastiker. Bestimmte Berufseinflüsse, Myopie, das Alter können ätiologisch an der Entstehung der Kyphose beteiligt sein.