Talgdrüsen der Mundschleimhaut (Fordyce)

F.

Franz

Herrmann

Department of Pathologie, Royal Northern Hospital, London [Direktor: Dr. P. O. Ellison]

Unrichtigerweise wird eine weitverbreitete Erscheinung in der Mundhöhle vielfach als Fordycesche «Krankheit» bezeichnet, nämlich das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut. Fordyce hat diesen Befund 1816 beschrieben, den man bei etwa einem Drittel aller Menschen findet.

Im Vestibulum oris, insbesondere auf den Wangen gegenüber den Zahnverschlußreihen, hier meist von den Mundwinkeln bis etwa zur Mitte der Zahnreihen, ferner auch auf dem inneren Lippenanteil sieht man stecknadelkopf- bis zuweilen reiskorn-große, weiße und gelblichweiße rundliche Einlagerungen, die sich oft über das Schleimhautniveau erheben. Bei genauem Zusehen erkennt man, daß die Schleimhautoberfläche darüber hin-wegzieht, und daß die Knötchen durchscheinen. Ihre Zahl ist sehr wechselnd, meist groß, und auf den Wangen nach hinten zu abnehmend.

Mikroskopisch handelt es sich um nichts anderes als um Talgdrüsen – mit Ausführungsgang –, wie sie die Anatomen bereits vor der Fordyceschen Veröffentlichung in der Mundschleimhaut beobachtet hatten. Der Sitz entspricht dem Zusammenschluß der embryonalen nasalen, mandibularen und intra-mandibularen Spalte. Die Erscheinung kommt erst in der Pubertät zur vollen Entwicklung.

Eine praktische Bedeutung kommt dem Befund nicht zu, abgesehen von der Irreführung durch die Bezeichnung «Fordyce-sche Krankheit» und von differentialdiagnostischen Irrtümern bei sehr oberflächlicher Betrachtung. Die einheitliche Konfiguration, die gelblichweiße Farbe, das zystenartige Durchscheinen lassen kaum eine Verwechslung mit den zierlichen, bläulich-weißen Figuren eines Lichen ruber oder mit der flächigen Leukoplakie zu. Auch mit Erythematodes, Syphilis II oder Tuberkulose der Schleimhaut können die Talgdrüsen kaum verwechselt werden, zumal jede entzündliche Komponente fehlt.

126

Fragekasten – Questions – Domande

Entzündungen an den Talgdrüsen, analog der Aknepustel der äußeren Haut, sind nie beobachtet. Es wäre angebracht, nicht von «Fordycescher Krankheit» zu sprechen, sondern von (Fordyceschen) Talgdrüsen.

Literatur,

J. Berberich, Lehrbuch der Mund- und Rachenkrankheiten. Leipzig 1932. S. 492 (F. Herrmann). – J. Jadassohns Handb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1930. Bd. XIV, 1, S. 71 (F. Zinsser).

Fragekasten – Questions – Domande

Frage: Was ist Gradenigo Syndrom?

Antwort: Unter dem Titel «Sindrome dell'apice della rocca» (Pyramiden-spitzensyndrom) beschrieb G. Gradenigo 1904 ein Krankheitsbild

charakterisiert durch akute Otitis media
 temporo-parietale Schmerzen und homolaterale Abduzenslähmung. Er nahm als Grundlage einen
 umschriebenen leptomeningitischen Herd an
 eiterig oder auch einfach serös
 hervorgerufen durch Infektion der Hirnhäute von der Trommelhöhle her. Citelli war von Anfang
 an der Meinung
 daß es sich hierbei um einen kleinen pachymeningitischen Herd handelte
 der im Zusammenhange mit der Pyramidenspitze steht. Später schloß sich auch Gradenigo dieser
 pathogenetischen Auffassung an
 daß nämlich eine umschriebene Knochenentzündung der Felsenbeinspitze die sekundäre Pachy-
 meningitis hervorruft. Die oft beobachtete Gutartigkeit hängt mit der extra-duralen Natur des
 Prozesses zusammen. Spätere Meinungen gingen dahin
 daß Stauung in den umgebenden venösen Räumen durch Druck auf den Nerven im Kanal von
 Dorello oder toxische Faktoren verantwortlich wären
 letztere auch ohne Eiterungen im Felsenbein. Die seither nie unterbrochene Diskussion über
 Ursprung und Wert des Syndroms erfuhr neue Belebung
 als sich die Aufmerksamkeit immer lebhafter den Eiterungen an der Pyramidenspitze zuwandte.
 Bei diesen trat die Symptomengruppe sozusagen wieder in ihre vollen Rechte. Denn wenn man
 bereits vielfach den Namen G. schon anwandte
 wenn im Verlaufe einer Mittelohreiterung eine Abduzenslähmung auftrat
 und die Schmerzen bloß als inkonstante Teilnehmer betrachtete (Watkins-Thomas)
 so führte O. Mayer wiederum aus
 daß die Abduzenslähmung nur dann die Diagnose: Pyramidenzelleneiterung unterstützt
 wenn sie gleich-zeitig mit den beiden anderen Hauptsymptomen des G. schen Komplexes
 zur Beobachtung gelangt. Tatsache ist
 daß das Zeichen oft auch bei negativem Operationsbefund im Felsenbein verschwindet; wird es
 aber erst durch die chirurgischen Maßnahmen zum Schwinden gebracht
 so können die einzelnen Komponenten noch
 isoliert
 verschieden lange bestehen
 z. B. die Abduzenslähmung noch monatelang. G. Kelemen (Budapest).