Extragenitale Syphilisinfection an der Wangenschleimhaut.¹⁾

Von

Dr. Ignaz Böhm,
Specialarzt für Dermatologie in Karlsbad.

Obleich jede der Berührung zugängliche Stelle des menschlichen Körpers gelegentlich Sitz einer Initialsclerose werden kann, so haben doch die grossen statistischen Arbeiten über extragenitale Primäraffecte uns gewisse Lieblingssitze derselben gezeigt. Am häufigsten kommen die extragenitalen Initialsclerosen im Bereiche der Mundhöhle vor, und wir finden eine hinreichende Erklärung dafür darin, dass gerade da oft kleine oberflächliche Verletzungen, Erosionen, Rhagaden sich zeigen, ferner dass selbst bei Fehlen einer Laesio continui in Folge der zarten Beschaffenheit des Mund-Epithels eine Inoculation mit dem Krankheitsvirus leichter stattfinden kann als an anderen Stellen des Körpers. Die Infection kann direct durch Küsse von luetischen Personen, durch perversen Geschlechtsverkehr, durch Aerzte, Zahnärzte und Zahntechniker gelegentlich operativer Eingriffe in der Mundhöhle bei bisher gesunden Personen zu Stande kommen. Die indirecte oder mittelbare Uebertragung findet häufiger statt, und die Art und Weise, wie dies geschieht, ist sehr mannigfaltig. Inficirte Ess- und Trinkgeschirre, Cigarren, Tabakspfeifen, Ansatzstücke zu Musik-

¹⁾ Vortrag, verbunden mit Krankenvorstellung, in Gemeinschaft mit Dr. Carl Hermann, Zahnarzt in Karlsbad, gehalten in der Section deutscher Aerzte in Karlsbad am 7. December 1901.

instrumenten und Glasröhren, Zahnpulver (Knight), Zahnbürsten (Haslund, Baxter), Zahnstocher (Bloch, Finger, Neumann), ärztliche, beziehungsweise zahnärztliche Instrumente, die vorher bei Syphilitikern in Anwendung gekommen waren (Finger, Kreibich, Grimm, Blaschko, Rosenthal, Bulkley, Otis u. A.), können die Vermittler für die Syphilis werden.

Der prädominirende Sitz der Primäraffecte im Bereiche der Mundhöhle sind die Lippen, sowohl die Ober- als Unterlippe, jedoch letztere weitaus häufiger. An zweiter Stelle folgen dann die Tonsillen, denen der Reihe nach in absteigender Weise die Zunge, das Zahnfleisch, die Schleimhaut der Wangen und der Gaumen sich anschliessen.

Bulkley berichtet in seinem umfassenden, statistischen Werke „Syphilis in the innocent“ über 9058 Fälle von extragenitalen Sclerosen, die er in der einschlägigen Literatur bis zum Jahre 1894 sammeln konnte. Hievon waren 1992 Fälle mit einer Localisation an den Lippen und nur 42 am Zahnfleisch. Finger fand hiezu noch 30 Fälle, so dass im Ganzen 72 Sclerosen am Zahnfleisch bekannt sind.

Neumann berichtet über 613 extragenitale Sclerosen, davon waren 232 im Bereiche der Mundhöhle u. z. 111 an den Lippen, 92 an den Tonsillen, 15 an der Zunge, 2 am Zahnfleisch und 12 am Gaumen.

Bloch aus der Klinik Pick beschreibt 65 Fälle extragenitaler Primärsclerosen, wovon 44 in der Mundhöhle und zwar 39 an den Lippen, 3 an den Tonsillen, 2 an der Zunge sassen.

Pospelow erwähnt 198 Fälle mit 49 Lippensclerosen.

Krefting's 539 extragenit. Syphilisinfectionen mit 142 Fällen an den Lippen, 58 im Rachen (wahrscheinlich an den Tonsillen), 11 an der Zunge, 1 am Zahnfleisch.

Münchheimer sammelte 46 Fälle. Hievon sassen 23 an den Lippen, 5 an den Tonsillen, 1 am Arcus palatoglossus, 2 im Mundwinkel und 6 Fälle mit nicht mehr auffindbaren Sclerosen, die aber wegen der massigen Schwellung der Submaxillarendrüsen im Bereiche der Mundhöhle gewesen waren.

Mit Rücksicht auf die besondere Localisation (Wangenschleimhaut) des von mir beobachteten Falles habe ich die mir

zur Verfügung stehende Literatur durchgesehen und bloss einen Fall von Ledermann und zwei Fälle von Siepe aus der Doutrelepont'schen Klinik (1. Fall an der Wangenschleimhaut hinter dem linken Mundwinkel und einen 2. Fall an der rechten Wangenschleimhaut und der Lücke zwischen den Zähnen des Ober- und Unterkiefers) gefunden.

Finger erwähnt 18 Fälle von Initialaffecten an der Wangenschleimhaut, die in der Literatur zu finden sind, und die alle als typische Indurationen mit speckigem Belage beschrieben sind.

Der von mir in Gemeinschaft mit dem hiesigen Zahnarzte Carl Hermann beobachtete Fall dürfte wegen der Seltenheit der Localisation einiges Interesse erwecken.

Anamnese: 7 Jahre altes, erstgeborenes Mädchen einer gesunden Arbeiterfamilie. Zwei Geschwister der Patientin starben, eines 11 Mon. alt an Lungenentzündung, das zweite an Tuberculose. Eine Schwester lebt und ist gesund.

Die Patientin war bis zum 4. Lebensjahre stets gesund. In diesem Jahre erkrankte sie an einem Knochenproceß im Bereiche des linken Malleolus externus; es kam zu Abscess- und Fistelbildung und heilte nach zweijähriger conservativer Behandlung unter Zurücklassung einer eingezogenen, am Knochen adhärennten Narbe. (Ostitis tubercul. nach Angabe des damals behandelnden Arztes.)

Im Monate September des heurigen Jahres und nach einer späteren Angabe vor etwa einem halben Jahre bemerkten die Eltern einen üblen Geruch aus dem Munde des Kindes, welchem Umstande sie erst nach einiger Zeit mehr Aufmerksamkeit zuwandten. Sie glaubten, dass dieser unangenehme Geruch von cariösen Zähnen herrühre, untersuchten den Mund und fanden ein Geschwür an der Wangenschleimhaut. In der Meinung, eine scharfe Zahnkante hätte die Wange verletzt, liessen die Eltern den beschuldigten Zahn extrahiren. Da aber kein Nachlassen des Foetor darnach erfolgte, vielmehr noch eine deutliche Anschwellung in der Gegend des Kieferwinkels hinzukam, liessen die Eltern von einem 2. Arzte einen zweiten Zahn entfernen. Auch diese Extraction, sowie die Verordnung und Anwendung eines antiseptischen Mundwassers hatte keinen Erfolg gebracht; am 22. November kam der Vater mit dem Kinde zum ersten Male zum Zahnarzte Hermann, in der Absicht, einen dritten Zahn ziehen zu lassen. Das Kind war bereits sehr geängstigt wegen der vorausgegangenen Extraktionen und öffnete nur sehr wenig den Mund. Bei dieser kurzdauernden Inspection erkannte College Hermann, dass hier nicht eine Erkrankung der Zähne, sondern wahrscheinlich eine spezifische Munderkrankung, entweder Tuberculose oder Lues vorliege. Drei Tage nachher zog mich Hermann pro consilio bei. Ein flecken-

förmiges Exanthem war von den Eltern nicht bemerkt worden, hingegen Anfangs November ein wasserblatternähnlicher Ausschlag, wobei das Kind sich ganz wohl fühlte. Wesentliche Beschwerden von der Mund-erkrankung soll das Kind, abgesehen von dem Geruche, nicht gehabt haben.

Wie das Kind zu dieser Affection gekommen sein mag, ist den Eltern ganz unbekannt und äussern dieselben bloss folgende Vermuthung: Die Mutter des Kindes ist Näherin und beschäftigt mehrere Mädchen; es besteht nun der Verdacht, dass vielleicht das Kind, welches den Näherinnen deren Nadeln einfädelte, den Zwirn in den Mund nahm und mit den Zähnen abzwickte, auch mit den Nadeln zwischen den Zähnen herumastocherte, auf diese Weise sich inficirt haben könnte.

Status praesens: Die Schleimhaut des rechten Zungenrandes ist eingesäumt von drei erbsen- bis bohnergrossen, mit trübem, grau-weissen, festanhaftenden Belage versehenen, flachen, erosiven Geschwüren, welche auf etwas indurirter Basis aufsitzen. Die Ränder der Geschwüre infiltrirt und indurirt. Die Zunge an diesen Stellen erscheint entzündlich angeschwollen und zeigt die Impressionen der Zähne.

An der rechten Wangenschleimhaut entsprechend der Krone des ersten, bereits fehlenden Milchmoralen ist eine strahlige, weisslich glänzende, derb indurirte Narbe mit harter, deutlicher Induration in der unmittelbaren Umgebung. Nach vorne und rückwärts von der Narbe sind je zwei tiefe, über erbsengrosse, kraterförmige Ulcerationen mit fest anliegendem speckigem Belage versehen. Die Ränder der Geschwüre scharf. Das 3. Geschwür, von vorne aus gezählt, hatte eine sternförmige, strahlige Gestalt, vielleicht zu erklären aus der Verschmelzung mehrerer fissuraerer Ulcerationen. Die Schleimhaut des weichen Gaumens etwas geröthet, die rechte Tonsille mit einem leichten, grauweissen Belage versehen, aber ohne Ulcerationen. Auffallend war der starke Foetor ex ore, welcher dem Collegen Hermann als wesentlich verschieden von dem bei einer Caries oder Pulpagangraen vorkommenden zur Empfindung kam. Ausserdem bestand Salivation. Der Speichel selbst war dickflüssig, bräunlich, etwas blutig tingirt. Die submentalen und submaxillaren Lymphdrüsen beiderseits, aber ganz beträchtlich stärker auf der rechten Seite, waren angeschwollen, bei Druck vollständig schmerzlos, hart, sclerosirt, jede Drüse als solche war isolirt tastbar. Durch das grosse, rechtsseitige Drüsenpaquet war die rechte Halsseite ganz deformirt, vorgewölbt und fast über das Niveau des Unterkiefers hervorragend. Die übrigen Drüsen am Halse, die cervicalen, nuchalen u. s. w. waren ebenfalls etwas vergrössert und indurirt, ebenso die cubitalen und inguinalen. Auf der Haut und den übrigen, zugänglichen Schleimhäuten war nichts Abnormes.

Diagnose: Aus dem Befunde der derb indurirten, strahligen Narbe, welche genau an der Stelle des von den Eltern zuerst bemerkten Geschwüres sass, und der ganz bedeutenden Scleradenitis glandul. subment. et submaxill. derselben Seite erklärte ich den ganzen Krankheitsprocess als eine extragenitale Syphilisinfection an der rechten

Wangenschleimhaut entsprechend der Höhe der Krone des ersten Milchmolaren.

Die Geschwüre an der Zunge und zu beiden Seiten der Narbe an der Wangenschleimhaut waren bereits secundäre Erscheinungen, *Papulae exulceratae ad mucos. ling. et oris*. Ich will hier gleich erwähnen, dass ich sofort eine antiluetische Behandlung eingeleitet habe und schon nach 5—6 Tagen meine Diagnose ex iuvantibus bestätigt fand, indem in dieser kurzen Zeit die Papeln an der Zunge bis auf einen kleinen Rest geschwunden waren, der Foetor bedeutend sich verringert hatte.

Wenn nun auch in der Mehrzahl der Fälle die luetischen Erscheinungen in der Mundhöhle als solche leicht zu erkennen sind, so kommen doch ab und zu Fälle zur Beobachtung, die man bei genauester Erwägung aller differential-diagnostischen Momente doch nur durch Zuhilfenahme der antiluetischen Therapie ex iuvantibus als Lues diagnostizieren kann. In differential-diagnostischer Beziehung musste ich an Stomatitis aphthosa, *Ulcera tubercul.*; Stomatitis mercurial., *Erythema exsudativum multiforme*, Herpes, *Exfoliatio areata linguae*, Leukoplakia denken und per exclusionem meine gleich im ersten Momente gestellte Diagnose als richtig beibehalten.

Alter der Krankheit: Da mir die anfangs von dem Vater des Kindes angegebene Krankheitsdauer als nicht genau vorkam, so hatte ich analog dem Vorgange Neumanns, aus dem objectiven Befunde das Alter der Syphilis zu bestimmen, versucht. Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass 6—8 Wochen post infectionem ein maculöses Exanthem auf der Haut erscheint; gleichzeitig hiemit entwickelt sich häufig eine Angina syphil. oder es treten leichte Erythemflecke auf der Schleimhaut der Mundhöhle auf, welche als solche entweder unverändert bis zum Verschwinden bleiben oder sich in der Weise umgestalten, dass das oberflächliche Epithel sich weisslich trübt. Unter diesem späterhin als weisslicher Belag imponirenden Epithel kommt es dann zu einer flachen Erosion. Das zweite Exanthem der Haut, meist ein papulöses oder papulopustulöses Syphilid (vielleicht identisch mit dem wasserblatternähnlichen Ausschlag in dem beschriebenen Falle) tritt meist als erstes Recidiv des maculösen Exanthems im 6. Monate nach der Infection auf und ist combinirt mit tiefergreifenden, exulcerirten Papeln im Munde. Aus dem Vorhandensein von kraterförmigen *Papul. exulcerat* schätzte ich die Krankheitsdauer bei meiner Patientin auf mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr und nahm den Monat Mai oder Juni als den der erfolgten Infection an.

Prognose: Die Ansichten über die Prognose der extragenitalen Syphilisinfectionen sind noch sehr widersprechende. Auf der einen Seite wird behauptet, dass dieselben weitaus ungünstiger verlaufen (van Walssem, van Dugteren, Petrini), als die genitalen, indem sie eine längere und intensivere Behandlung erheischen und trotzdem öfters tertiäre Erscheinungen im Gefolge haben, auf der anderen Seite (Fournier, Münchheimer) wird die Prognose als nicht schlechter hingestellt im Vergleich zu der der genitalen Infectionen. Die Schwere des Verlaufes hängt

nicht mit dem extragenitalen Sitze zusammen, sondern ist nur durch äussere Momente, schlechte Wohnungs- und Lebensverhältnisse, chronische, den Organismus schwächende Krankheiten bedingt.

Bei meiner Patientin stelle ich eine günstige Prognose mit Rücksicht auf das sonstige Wohlbefinden des Kindes und wegen der prompten Reaction auf die eingeleitete antiluetische Therapie. Lesser sucht den günstigen Verlauf der Lues bei Kindern, die über das jugendlichste Alter hinaus sind, damit zu erklären, dass der kindliche, energisch wachsende Organismus besser geeignet ist, das syphilitische Gift zu eliminiren, als der Körper des Erwachsenen, bei dem die Wachsthum-Energie der Gewebe schon eine geringere geworden ist.

Therapie: Die eingeleitete antiluetische Behandlung in meinem Falle besteht in der Anwendung von Sublimatbädern (1 Anger'sche Sublimatpastille à 1 Gm. auf ein Bad), in entsprechender Mundpflege, mech. Reinigung der Zähne und Ausspülungen mit einer Kal. hypermang.-Lösung.

Die Syphilisinfection der Kinder kann sehr oft zum Verhängniss für ganze Familien werden. In dem beschriebenen Falle ist von einer Uebertragung auf die nächste Umgebung mir nichts bekannt geworden, trotzdem die Eltern während der ganzen Krankheit das Kind geküsst hatten. Je früher die Diagnose der extragenitalen Syphilisinfection gemacht wird, desto günstiger ist es auch für den Patienten. Wie viele Fälle von nicht erkannten Sclerosen sind bereits operativ angegangen worden! Nicht immer waren es einfache, leichte Operationen, sondern auch schwere, tiefeingreifende Operationen wurden ausgeführt, die das Leben des Patienten gefährdeten, ja auch zerstörten.

Als Exempel für diese Behauptung erwähne ich einen Fall von Jadassohn. Bei einer 40jährigen Frau mit Tonsillarschanker war eine Tonsillotomie? vorgenommen worden, bevor die Patientin mit secundärem Syphilid ins Hospital gebracht worden war. In dem bereits erwähnten Falle Siepes, eine Initialsclerose an der Wangenschleimhaut betreffend, waren die vergrösserten submaxillaren Drüsen vor Einlieferung auf die Klinik exstirpirt worden. Auch bei meiner Patientin wurde in Folge Verkennung der Krankheit wohl nicht der Krankheitsherd, aber die vermeintliche Ursache operativ angegangen, indem in kurzen Zwischenräumen 2 gesunde Zähne gezogen wurden. Wäre die richtige Diagnose nicht gemacht worden,

so hätten die Eltern gewiss einen Zahn nach dem andern dem Kinde ziehen lassen.

Ein gewisses Interesse erweckt mein Krankheitsfall auch noch dadurch, dass die Eltern wegen einer specifischen Munderkrankung zuerst an den Zahnarzt sich wendeten.

Es dient dies als ein Beleg für die trefflichen Ausführungen Finger's, welcher im März 1901 im Club der Wiener Zahnärzte einen Vortrag über die Syphilis in der Mundhöhle als der häufigsten Munderkrankung hielt. Er liess sich hiebei von dem Grundsatz leiten, dass gerade die Zahnärzte diese Krankheitserscheinungen genau kennen sollen, weil sie am häufigsten von allen Aerzten mit der Mundhöhle der Patienten sich beschäftigen und diese Krankheitserscheinungen oft früher zur Beobachtung bekommen als die anderen Aerzte. Gehen nun alle Zahnärzte in dieser Weise rigoros vor, wie es College Hermann gethan hat, so werden sie im Stande sein, Syphilisfälle vielleicht noch früher als die praktischen Aerzte zu diagnosticiren und bei Ausübung ihrer Specialpraxis alle Vorsichtsmassregeln darnach einzurichten. Eine Uebertragung durch zahnärztliche Instrumente auf die Mundhöhle Gesunder, sowie eine Selbstinfection durch den luetischen Patienten wird dann ausgeschlossen sein. Da aber in Oesterreich neben den diplomirten Zahnärzten noch Zahntechniker die Zahnheilkunde als Gewerbe ausüben, und diesen Personen jegliches Verständniss für derartige Leiden abgeht, so sollte ihnen die Ausübung jeglicher operativer Eingriffe in der Mundhöhle untersagt werden.

Literatur.

1. Finger. „Ueber Syphilis in der Mundhöhle.“ Wiener medic. Wochenschrift. 1901. Nr. 42, 43, 44, 45.
 2. Paschkis. „Syphilis des Mundes“ in Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde.
 3. Jadassohn. „Mund- u. Rachensyphilis“ in der Drasche'schen Biblioth. d. g. med. Wissensch. Lief. 186/7.
 4. Neumann, J. „Ueber extragenitale Sclerosen.“ Wiener klin. Wochenschrift 1890. 15—20.
 5. Kaposi, M. „Die Syphilis der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle.“ Erlangen, 1866.
 6. Bloch. „Ueber extragenitale Syphilisinfection.“ Archiv für Dermatologie. 1897. Bd. XXXIX.
 7. Pick. „Extragenitale Syphilisinfection.“ V. d. Aerzte P. Pr. med. W. 1894. Nr. 17.
 8. Münchheimer. „Ueber extragenitale Syphilisinfection.“ Arch. f. Derm. 1897. Bd. XL.
 9. Krefting. „Extragen. Syphilis infect.“ A. f. D. 1894. B. XXVI.
 10. Ehrmann. „Ueber die durch Pöppeln syphilitischer Kinder acquirirten Rachensclerosen.“ Wiener med. Woch. 1890. Nr. 18—19.
 11. Nobl. Archiv f. D. Ref. 1894. Bd. XXVII.
 12. Mraček. „Syphilis.“ Ref. Arch. 1893.
 13. Blaschko. B. d. G. 1895. 7. Mai.
 14. Grimm. B. d. G. Archiv. 1894. Bd. XXIX.
 15. Ledermann. Archiv. 1894. Bd. XXIX.
 16. Siepl. Inaug.-Diss. Bonn 1892 über extrag. loc. Initialsclerosen.
 17. Lesser. Lehrbuch der Syphilis.
 18. Petrini. Quelques mots sur le chancres extragenitaux. Press. med. Roum. 25. Oct. und 24. Nov. 1894.
 19. Róna. Ref. Arch. XXXIII.
 20. Rille. Ref. Arch. XXXI.
 21. Tschistiakoff. Ref. Annal. 1895.
 22. Spiegler. Arch. XXVII.
 23. Wappner. Arch. XXVII.
 24. Lang. Arch. XXVI. u. XXX.
 25. Rosenthal. Archiv XXIX.
 26. Ritter. Syphilis der Mundhöhle.
-