IV. Chronisch recidivirender Herpes der Mundhöhle.²⁾

Von Dr. Th. S. Flatau in Berlin.

Der chronisch recidivirende streng auf die Mundhöhle beschränkte Herpes ist ein Leiden, das ebenso durch seine Seltenheit ausgezeichnet als durch die Schwierigkeiten bemerkenswerth ist, welche es in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung bietet. Diese Umstände rechtfertigen wohl die nachfolgende genauere Mittheilung eines Krankheitsfalles dieser Art, den ich in meiner Clientel beobachtet habe.³⁾

Es handelt sich um einen Kaufmann von 38 Jahren, der bis zu seinem 18. Jahre vollkommen gesund war. Dann hat er während der Pockenepidemie im Jahre 1870 eine leichte Attacke der Krankheit ohne alle Nachwehen überstanden, und 4 Jahre darauf einen sehr schwer verlaufenden Typhus, der ihn über ein Vierteljahr ans Bett gefesselt hat. Das ist die

²⁾ Nach einem in der Berliner laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

³⁾ Ich benutze diese Gelegenheit, um Herrn Prof. Köbner für sein liebenswürdiges bei der Behandlung dieses Falles bewiesenes Interesse meinen Dank auszusprechen.

Zeit, 1874 also, von der aus er den Beginn seines Leidens datirt. Anamnestisch ist nur noch hinzuzufügen, dass er vor der Acquisition des Typhus sehr stark in Baccho excedirte, auch sehr viel geraucht hat. Indessen, von der Reconvalescenz des Typhus bis zu dem Beginn des Leidens, um das es sich hier handelt, ist sicher eine Zwischenzeit von mehreren Monaten verstrichen. In dieser Zeit will er sehr oft an Halsentzündungen, die local behandelt wurden, gelitten haben. Einige Monate nach dem Typhus bemerkte er auf der Unterlippenschleimhaut unter Schmerzen aufgetretene Bläschen, die in einer Reihe, wie er sich ausdrückt, ähnlich wie eine Schnur aufgereiht, sich gezeigt haben sollen. Sie sollen aber sehr bald in einander verlaufen und verheilt sein. Seit 1874 hat nun der Kranke fortdauernd Auftreten und Abheilen ähnlicher Bläschen, und zwar bis auf den heutigen Tag, bemerkt. Nur eine Pause ist in der Zwischenzeit eingetreten, auf die ich gleich zu sprechen kommen werde. Die Lieblingsstellen waren die Lippenfleisch, die Mundschleimhaut längs den Zahnreihen, am Ober- und am Unterkiefer. Seltener ist die Zunge ergriffen worden, und zwar dann meist im hinteren Theil des seitlichen Randes, etwas hinter der Papilla foliata, und am seltensten der harte Gaumen. Die Zeit, in der die Bläschen abheilten, war verschieden lang, in den günstigsten Fällen 8 Tage, manchmal aber betrug sie bis 4 Wochen. Die freie Periode war zwischen den Jahren 1888 und 1889 und betrug kaum ein Jahr. Der Kranke behauptet, dass er in dieser Zeit im ganzen eine sehr erhebliche Besserung seines Allgemeinbefindens gehabt habe, dass besonders gewisse Reizerscheinungen von Seiten seines Nervensystems sich gelegt hätten, auf die ich noch komme. Alsdann begaun aber die Entwicklung aufs neue, erst ganz allmählich wieder einsetzend mit längeren Intervallen, später, besonders im letzten Jahre, mit immer mehr sich anhäufenden, schnell aufeinanderfolgenden Schüben und mit immer kürzer dauernden Zwischenzeiten. Oft kam sogar eine neue Bläscheneruption, während die alte noch nicht vollkommen zum Abheilen gekommen war. In den letzten Jahren sollen nun die Bläschen häufiger als früher die Zungenspitze, und zwar seitlich, ergriffen haben, dann aber auch an dem Seitenrande etwas nach vorn sich gezeigt haben, und zwar meistens einseitig, bestimmt aber auch hier und da gleichzeitig auf beiden Seiten auftretend. Während der ganzen Periode, in der das Leiden bestand, hat der Kranke ausserdem an einer sehr erheblichen Verminderung seiner Nasenathmung gelitten, und nicht unwichtig ist seine Mittheilung, die er spontan gemacht hat, dass in der von dem Ausschlag freien Periode auch seine nasale Athmung wesentlich besser gewesen sein soll. Er schiebt das auf einen Cyklus von Dampfbädern, die er während dieser Zeit genommen hat. Fieberbewegungen, Halsschmerzen, Nackenschmerzen oder Ohrenschmerzen waren bei den Attacken niemals vorhanden, auch keine Neuralgien in den Kiefern, ebensowenig auch Alterationen des Geschmacks oder der lingualen Tastempfindung. Ferner ist der Rachen und der Kehlkopf stets während der ganzen Zeit freigeblieben. Dagegen bestand vorübergehend früher eine auffallend starke Salivation, besonders in den Jahren 1879 und 1880 derart, dass der Kranke allnächtlich sein Kopfkissen durchnässt hat und wegen dieses Symptoms allein ärztliche Hülfe nachsuchte. Dasselbe blieb erfolglos, die Erscheinung verschwand alsbald von selbst und ist nicht mehr wiederkehrt.

Im Jahre 1887 war ein kleines Bläschen links am Scrotum entstanden. Dasselbe zerfiel und hinterliess ein flaches linsengrosses Geschwür. Es soll nur leise gebrannt haben; heftige Schmerzen an den Genitalien waren um diese Zeit nicht vorhanden, es verheilte von selbst. Ein zweites mal ist eine ähnliche Bläschenbildung vor einigen Monaten aufgetreten, und zwar kamen zwei Bläschen an derselben Stelle des Scrotums gleichzeitig mit dem Neuauftreten eines Bläschenschubes an der linken Wangenschleimhaut. Das dritte mal ist vor 14 Tagen wiederum eine Eruption von zwei Blasen an derselben Stelle des Scrotums gleichzeitig mit dem Auftreten von zwei halb linsengrossen Bläschen an der rechten Wangenschleimhaut beobachtet worden, und endlich vor 3 Tagen hat sich eine Reihe von ganz kleinen Bläschen am Penis selbst und zwar am Sulcus glandularis gezeigt. Soweit die Anamnese.

Als ich vor einigen Monaten den Kranken in die erste Untersuchung bekam, muss ich gestehen, dass ich durchaus nicht klar war, was für eine Affection vorlag. Ich sah einen kräftigen Mann vor mir, der keine constitutionellen Krankheitszeichen bot. Er hatte speciell weder anamnestisch noch in der allgemeinen und localen Untersuchung etwas von Zeichen überstandener oder florirender Syphilis, nichts von Tuberculose, nichts von Malaria, an die ich auch gedacht habe, und bei der sonst ziemlich kräftigen Constitution fiel in der ersten allgemeinen Betrachtung eigentlich nichts auf, als eine zu der anscheinend geringen Erkrankung nicht im Verhältniss stehende Gemüthsdepression. Indess erklärte der Kranke, dem dieser abnorme psychische Zustand wohl bewusst war, denselben durch die lange Dauer seines Leidens und durch die Erfolglosigkeit jeglicher Therapie, mit deren Anwendung er keineswegs sparsam gewesen war, ebensowenig wie die Collegen, die ihn während des Zeitraums von 16 Jahren behandelt hatten. Innerhalb desselben ist wohl alles versucht worden, was in solchen Fällen local, medicamentös oder allgemein diätetisch angewandt zu werden pflegt. Speciell beklagte er sich darüber, dass mehrmals vorgenommene Jodkali- und Arsenikalcuren ihm schlecht bekommen seien. Local fand ich bei der ersten Untersuchung nur rechts am Zungenseitenrande dicht hinter der Papilla foliata einen runden Substanzverlust von regelmässiger Gestalt, etwa 5—6 mm Durchmesser, mit glattem Grunde und ohne eine nennenswerthe Infiltration in der Umgebung. Es sah aus, wie mit einem Lochseisen eingebauen. Dann fand ich rechts auf der Wangenschleimhaut entsprechend der Höhe der Oberkieferzähne und hinter einander in sagittaler Richtung liegend eine Reihe kleiner, ähnlich aussehender, aber mehr flacher Ulcerationen. Gleichzeitig bestand damals katarrhalische Stomatitis, speciell eine Entzündung des Zahnfleisches, die aber sonst nie vorhanden gewesen sein soll, und ausserdem war ein kleiner vernarbter Substanzverlust im Frenulum labii superioris sichtbar, ausserdem eine Anzahl mehrerer tiefer, kleiner,

theils weisslicher, theils rothbraun gefärbter Narben an der rechten und linken Wangenschleimhaut, und endlich in ausserordentlich grosser Zahl kleine weisse stecknadelgrosse Stäbchen, welche offenbar nichts weiter waren, als verstopfte Mundschleimhautdrüsen. Rhinolaryngoskopisch fand sich nichts erhebliches, ausser einer Verbiegung des Septums nach links und einem allerdings beträchtlichen Schwellungskatarrh, der besonders das linke Cavum stenosierte. Während der Beobachtungszeit habe ich nun oft gesehen, wie die Weiterentwicklung der schon gebildeten Geschwüre am Halse vor sich ging, dagegen ist es mir nur zweimal mit vollkommener Sicherheit möglich gewesen, den ersten Beginn zu beobachten. Das geschah einmal an der linken Zungenspitze, wo seitlich ein solitäres, halb linsengrosses Bläschen entstanden war, das sich dann trübte und zerfiel, worauf in den nächsten Tagen ein flacher und anscheinend sich etwas vertiefender und vergrössernder Substanzverlust bestehen blieb. Derselbe zeigte einen rothbraunen Grund, keine infiltrirten Ränder; erst später, nach 4 Tagen, als die Heilung und Vernarbung schon weiter vorgeschritten war, als die Schmerzen, die den Kranken sehr belästigten, nachgelassen hatten, wurde der Grund grauweiss, blieb aber immer deutlich vertieft, und erst, als die Heilung weiter vorschritt, und die ulcerirte Stelle schon wesentlich verkleinert war, wurden die Ränder ein wenig derber, härter und schieden sich durch eine etwas dunklere Farbe von ihrer Umgebung. Auch dann zuletzt zeigte sich erst der sonst entschieden rothbraune Grund etwas weisslich, weissgrau gefärbt, und das schien mir nichts anderes zu sein, als die Schorfdecke, die sich immer bei kleinen Rissen in der Mundschleimhaut, auch in der Nasenschleimhaut hier und da bei der Heilung bildet. Das zweite mal habe ich das Entstehen einer Reihe von Ulcerationen an der Wangenschleimhaut, und zwar vor ganz kurzer Zeit, gesehen. Es entstand ganz plötzlich eine Reihe von etwa 5—8 sagittal hinter einander gerichteten flachen Substanzverlusten, und zwar aus Bläschen, die hinter einander gereiht dastanden, zerfielen, und von denen in den nächsten Tagen schon etwa die 6 vordersten zu einem seichterem Geschwür confluirten. Auch hier beobachtete ich erst in der Folge, als die Heilung weiter vorgeschritten war, die weissliche Verfärbung an dem Grunde, und an dem vorderen Substanzverluste das Erscheinen eines rothen Hofes, während dahinter die Heilung anstandslos ohne Infiltration in ihrer Umgebung eintrat.

Aetiologisch konnte ohne weiteres ausgeschlossen werden Syphilis, Tuberculose, Malaria. Das gegebene Bild und die locale und allgemeine Untersuchung bekräftigten dies. Als secundäre Momente waren für die Diagnose in Rechnung zu ziehen einmal das traumatische, insofern entschieden die den Zähnen entsprechenden Stellen bevorzugt waren, dann der vorhandene Schwellungskatarrh der Nase als beginnigende Ursache für die Stomatitis und das erste Moment damit ergänzend. Drittens die Excesse in Baccho und der Nicotinmissbrauch, die der Kranke ohne weiteres zugab, und endlich der allgemeine Schwächezustand nach dem Typhus. Das letztgenannte kann ich indess nur als schwächendes Moment in Rechnung ziehen, denn es bestand ein sehr weitgehendes Intervall zwischen dem Auftreten der Bläschen und der Reconvalescenz nach dem Typhus, und das Auftreten von Herpes im Verlauf des Typhus selbst ist eine seltene Erscheinung. Gastrische Störungen, wie sie vielfach als Ursache für ulceröse Stomatitiden angegeben werden, waren vollkommen auszuschliessen, und es kam so darauf an, die Krankheit von der in vieler Beziehung ähnlichen Stomatitis aphthosa zu differenziren. Die Stomatitis aphthosa, unter welchem Begriff bis in die neuere Zeit hin wahrscheinlich verschiedene Krankheitszustände mit einbegriffen sind, war um so mehr in Rechnung zu ziehen, als auch Aphthen bei Erwachsenen und Kindern mit langwierigem, langdauerndem Verlaufe mit aller Bestimmtheit beobachtet worden sind. Ich kann mich hier vielleicht auf einen von Herrn B. Fraenkel berichteten Fall beziehen. Bei Gelegenheit einer Discussion in dieser Gesellschaft hat er von einem, wenn ich nicht irre, 4 Jahre dauernden Fall von Stomatitis aphthosa erzählt. Während nun aber bei Aphthen in der Regel weisse, speckige, über die Umgebung ragende und allmählich durch Abstossung der aphthösen Massen zur Heilung gelangende Flecke zur Erscheinung kommen, deren erster Anfang keineswegs Bläschen, sondern mehr solide und keine oder nur sehr wenig Flüssigkeit enthaltende Gebilde darstellt, so war hier der Vorgang umgekehrt der, dass locale und multiple Bläscheneruptionen gefolgt waren von ziemlich reactionslosem Zerfall, gewöhnlich unter Zusammenfluss mehrerer Blasen, und eine Infiltration gar nicht oder doch nur erst sehr viel später eintrat und erst dann, relativ spät im Verlauf des Heilungsprocesses, der anfangs glatte und röthliche Grund eine dünne weissgraue Decke erhielt. Eine Beziehung zu den Schleimhautdrüsen, auf die ich vorhin hingewiesen habe, ist ebenfalls auszuschliessen gewesen, denn ich konnte nicht beobachten, dass eine Bläscheneruption oder eine Ulceration an den sehr deutlichen Stellen, wo retinirte Schleimhautdrüsen bei dem Kranken in Unmasse sich darbieten, aufgetreten wäre, sondern deutlich an anderen. Auf die Färbungsunterschiede selbst in der Umgebung würde ich ein geringeres Gewicht legen, da bei jenen sehr seltenen bei meinem Kranken beobachteten Ulcerationen herpetischer Natur, die an der Grenze zwischen Schleimhaut und äusserer Haut zunächst an dem Lippensaum beobachtet worden sind, hier und da in der That ein rother oder blaurother Hof zum Vorschein gekommen ist.

Ausser den localen Erscheinungen waren noch für die Diagnose Herpes stützend die Hauteruptionen, welche eine andere Deutung nicht zulassen. Auch Herr Köbner, der grosses Interesse für den Fall bekundet hat und ihn einige male gesehen hat, hat sich für diese Anschauung ausgesprochen. In der That waren die Bläschen, welche an der äusseren Haut, am Scrotum und ebenso am Penis selbst beobachtet worden sind, nichts anderes als Herpes genitalis oder progenitalis, wie er Ihnen allen bekannt ist.

Was nun die eigentliche Krankheitsursache anlangt, so kann ich über diesen Punkt auch nur vermuthungsweise eine Aeusserung nicht machen. Das einzige, was ich hervorheben möchte, ist die anatomische Beziehung, welche so viel durchblicken lässt, dass wir uns immer bei dieser Affection im Gebiete des Quintus befinden, dass niemals der Hypoglossus oder Glossopharyngeus ergriffen worden ist mit Ausnahme des einen males, wo die intercurrent auftretende Salivation auf eine Reizung der Chorda tympani hindeutet, mag nun diese reflectorisch oder durch Fortleitung vermittle der Nervenfasern des Lingualis trigemini bewirkt sein.

Eine Beziehung zu erwähnen ist noch wichtig, nämlich, ob es sich hier um etwas ähnliches handelt wie in dem von Güterbock in seiner interessanten Arbeit über Hemiglossitis erwähnten Falle von Hemiglossitis herpetica. Auch diese Beziehung ist nur eine schwach gestützte Vermuthung. Die Erinnerung des Kranken reicht nicht mehr aus, um zunächst die Coincidenz mit der Salivation, mit dem Befallensein der Zunge zu sichern. Während meiner Beobachtungszeit waren im ganzen bei dem Process beide Seiten gleichmässig befallen, und das Organ im ganzen und im Verhältniss zu der Mundschleimhaut nur in geringem Grade betheiligt. Nun ist allerdings auch bei Glossitis bilateralis herpetica eine gleichzeitige Eruption auf der Haut beobachtet worden, und auch Güterbock führt einen diesbezüglichen Fall von Stephen Mackenzie an, dagegen schliesst auch er aus dieser Coincidenz weiter nichts als eine Verwandtschaft zwischen dem Zoster facialis und der Glossitis herpetica.

Was den vorliegenden Fall anlangt, so spricht für dieses nahe Verwandtschaftsverhältniss zwischen der oralen und lingualen Affection einerseits und den Hauteruptionen andererseits ausschliesslich der Umstand, dass zu vier verschiedenen malen deutlich herpetische Hauteruptionen aufgetreten sind, und zwar solche, wie sie nicht gar zu häufig vorkommen, darunter zweimal eine gesicherte Coincidenz zwischen der oralen und der genitalen Bläscheneruption.

Die Causa finalis bleibt hiernach für mich unklar. Ich bleibe auf die Vermuthung angewiesen, dass es möglicherweise eine Erkrankung des Trigemini ist, ob dieselbe peripherer oder höher gelegener Natur ist, ist bei dem Mangel aller sonstigen Erscheinungen nicht zu erniren. Es sollte mir lieb sein, wenn jemand aus dem Kreise der Anwesenden ähnliche Dinge aus seiner Erfahrung beibringen könnte; besonders würde auch das Interesse des Kranken sehr gefördert werden, wenn die Seite der Therapie solcher Affectionen, die Annahme meiner Diagnose vorausgesetzt, eine Erörterung erfahren würde. Dieselbe war bisher eine ziemlich indifferente und bestand in der Ordination alkalischer Mundspülwässer.