

IV. Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten
in Berlin.

**Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris
und Psoriasis vulgaris.**

Von Dr. W. Lissauer.

Die Frage nach der Aetiologie der Leukoplakia oris, schon oft der Gegenstand eingehendster Untersuchungen, ist durch eine Arbeit von Schütz²⁾ von neuem in den Vordergrund des Interesses getreten. In derselben glaubt der Verfasser an der Hand von drei selbst beobachteten Fällen und mit Zuhilfenahme der Litteratur den so oft bestrittenen Zusammenhang zwischen Psoriasis vulgaris und Leukoplakie als höchst wahrscheinlich hin-

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1894, No. 42.

²⁾ Schütz, Ueber Leukoplakia oris bei Psoriasis u. s. w. Archiv für Dermatologie Bd. XLVI, 3. Heft.

stellen zu müssen, so dass die noch vielfach gebräuchliche Bezeichnung der Erkrankung als Psoriasis buccalis et lingualis eigentlich mit Unrecht so viel geschmäht worden wäre.

Um das Verhältniss zwischen diesen beiden Erkrankungen genauer festzustellen, schlug mir Herr Dr. Max Joseph vor, den umgekehrten Weg einzuschlagen, d. h. nicht nachzusehen, wie oft bei Leukoplakie sich Psoriasis findet, sondern wie oft Psoriasis mit Leukoplakie vergesellschaftet ist.

Meine erste Sorge war, den Symptomencomplex der Leukoplakie genau festzustellen. Es hätte wohl am nächsten gelegen, zu diesem Zwecke mich völlig den Ausführungen Schwimmer's¹⁾, des eigentlichen wissenschaftlichen Begründers der Lehre von dieser Erkrankung, anzuschliessen, wie dies fast ausnahmslos alle Autoren, die sich mit Leukoplakie beschäftigt haben, gethan haben, ohne dass einer derselben — ausgenommen Erb — den klaren und präzisen Ausführungen Schwimmer's ein wesentlich neues Moment hinzugefügt hätte. Ich habe dies indessen nicht gethan, sondern den Symptomencomplex etwas erweitert, indem ich mich an Erb anschloss, der in seiner bekannten Arbeit über die Plaquesnarben²⁾ eine ausserordentlich zutreffende Erweiterung gegeben hat, die leider bisher noch nicht die rechte Würdigung gefunden hat. Hieran ist freilich nicht zum mindesten der Ausdruck „Plaquesnarben“ Schuld, den er übrigens selbst für identisch mit Leukoplakie erklärt; wenn ich aber auch, wie die übrigen Autoren, die von Erb gewählte Bezeichnung schon an pathologisch-anatomischen Gründen nicht anerkennen kann und auch den von ihm hervorgehobenen Zusammenhang mit Lues für viel zu weitgehend halte, so bleibt doch für mich ein Moment bei der Arbeit bestehen, das ich eben als eine Erweiterung des Krankheitsbildes auffasse, nämlich die Beschreibung des Anfangsprozesses an den Mundwinkeln, die weder Schwimmer noch sonst jemand, meines Wissens, beschrieben hat. Die betreffende Stelle lautet:

„1. Grad: Leichteste Veränderungen innen an den Mundwinkeln, etwas trübes, trockenes Aussehen der Schleimhaut (oft erst beim Abwischen des Speichels bemerkbar), leichte Epithelverdickung mit Bildung von Fältchen, Runzeln, schwach grauweissliche Verfärbung, geringe Ausdehnung ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ cm Durchmesser), manchmal nur einseitig — am besten zu sehen, wenn man bei halbgeöffnetem Munde den Mundwinkel leicht nach aussen umstülpt ohne allzugrosse Spannung der Wange“

Diese Ausführungen veranlassten mich, den Mundwinkeln meine ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken, und so gelang es mir, diesen Anfangsprozess der Leukoplakie einige Male festzustellen; um aber einen Unterschied zwischen der stärkeren Mundwinkelerkrankung nach Schwimmer und der leichteren nach Erb für diejenigen zu machen, welche sich nicht meiner Ansicht anschliessen sollten, habe ich die letzteren besonders unter der Bezeichnung „Epitheltrübung“ aufgezählt.

Ich habe nach den oben auseinandergesetzten Grundsätzen 50 Psoriatiker untersucht, und zwar in der Reihenfolge, in der sie gerade die Poliklinik aufsuchten; ich habe selbstverständlich meine Untersuchung nicht nur auf die Inspection der Mundhöhle beschränkt, sondern auch den übrigen Körper einer genauen Betrachtung unterzogen und hierbei mein Augenmerk auf Lues, sonstige Hauterkrankungen, Verdauungsstörungen und andere Organerkrankungen gerichtet.

Das Material ist etwas einseitig, da diese 50 Patienten zum grössten Theil Mitglieder der Berliner Kassen waren und zumeist dem Arbeiterstande angehörten, und zwar Gewerben, bei denen weibliche Personen weniger häufig beschäftigt werden, so dass mit einer Ausnahme (ein kleines Mädchen) nur männliche Patienten mir zur Verfügung standen. Das Alter der 50 Patienten war sehr verschieden, von 10 bis 70 Jahren.

Was nun die Leukoplakie anbetrifft, so wurde sie 10mal angetroffen, und zwar:

I. 2 Fälle von starker Leukoplakie der Zunge und der Wangenschleimhaut.

II. 1 Fall von leichter Leukoplakie der Zunge und Epitheltrübung der Mundwinkel.

III. 4 Fälle von Leukoplakie der Mundwinkel.

IV. 3 Fälle von Epitheltrübung der Mundwinkel.

Von diesen 10 Patienten litt keiner an irgend einer weiteren Organerkrankung; bei keinem war Lues nachweisbar; im Urin liess sich niemals irgend etwas Pathologisches nachweisen.

Auch bei keinem der 10 Patienten liessen sich Verdauungs-

störungen nachweisen, von denen ich übrigens nach den Beschreibungen aus der Litteratur die Ansicht gewonnen habe, dass sie nicht die Leukoplakie hervorrufen, sondern erst durch jene (Beschwerden beim Essen u. s. w.) erzeugt werden.

Von diesen 10 Patienten waren alle dem Tabakgenuss ergeben, die genauere Besprechung dieser Verhältnisse wird später erfolgen. Ich möchte nur hervorheben, dass von den 48 erwachsenen männlichen Patienten 44 rauchten.

Was das Alter dieser 10 Patienten anbetrifft, so war dasselbe bei den beiden Patienten von Gruppe I 52 und 41 Jahre; dasjenige des Patienten von Gruppe II 20 Jahre; dasjenige der 4 Patienten von Gruppe III 53, 47, 36 und 24 Jahre; dasjenige der 3 Patienten aus der letzten Gruppe 29, 27 und 17 Jahre. Hieraus ergibt sich deutlich, dass im höheren Alter die Leukoplakie schwerer auftritt, wohl zum grössten Theil deshalb, weil am längsten die Schädlichkeiten eingewirkt haben und weil im Alter die Gewebe an Widerstandsfähigkeit verlieren.

Was die Dauer des Bestehens der Affection anbetrifft, so ist das Nachforschen nach derselben fast negativ ausgefallen; denn von den 10 Patienten wussten überhaupt nur die beiden Patienten aus der 1. Gruppe, d. h. diejenigen mit der schwersten Form der Erkrankung, von dem Bestehen einer krankhaften Mundaffection; von diesen beiden Patienten konnte aber nur einer genaue Daten angeben — Patient war nämlich Arzt —, aus denen erhellte, dass die Psoriasis 12 Jahre bestand, die Leukoplakie erst 1 Jahr. Dass man für gewöhnlich keine genauen Angaben erhält, ist leicht erklärlich, wenn man bedenkt, dass nur sehr wenige Menschen sich genau beobachten und daher erst dann auf eine Krankheit aufmerksam werden, wenn sie Schmerzen verursacht; die Schmerzen treten aber bei der Leukoplakie erst in den späteren Stadien des Prozesses auf, wenn sich in den dicken Epithelschichten schmerzhaft Einrisse bilden.

Was lehrt aber des weiteren noch diese Statistik? Dass erstens die Leukoplakie wohl nicht so selten ist, wie man im allgemeinen meint; man muss nur danach suchen und sich nicht darauf beschränken, nur auf Klagen des Patienten hin die Mundhöhle zu inspizieren. Des weiteren aber lehren meine Angaben deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen Leukoplakie und Psoriasis vulgaris nicht von der Hand zu weisen ist.

Es fragt sich nun, wie soll man sich das Verhältniss zwischen Leukoplakie und Psoriasis vorstellen? Es giebt eigentlich nur zwei Möglichkeiten, wie auch Schütz hervorhebt: Entweder ist die Leukoplakie eine echte Psoriasis der Schleimhaut, ähnlich wie der Lichen mucosae oris beim Lichen ruber planus, oder die Leukoplakie ist eine idiopathische Erkrankung, die sich auf dem Boden der psoriatischen Dyskrasie entwickelt.

Indessen kann man schwerlich die Leukoplakie als echte Psoriasis ansehen, da hiergegen zu viele Thatssachen sprechen, vor allem der Umstand, dass man eine isolirte Psoriasis der Schleimhäute für gewisse Fälle annehmen müsste, obgleich sämtliche Lehrbücher darin übereinstimmen, dass eine Psoriasis der Schleimhaut nicht vorkommt. Und wenn es auch beobachtet worden ist, dass die Psoriasis der Haut auf die angrenzenden Schleimhäute übergreift, wie z. B. Schütz einige wenige Fälle aus der Litteratur citirt, so ist dies zweifellos eine sehr grosse Seltenheit. Den Fall, den Lang als ein Beispiel von Psoriasis der Schleimhaut anführt, kann ich nicht als beweisend anerkennen, da sie mir nach der Beschreibung nur als schwere Leukoplakie erscheint. Um aber eine Schleimhautaffection als echte Psoriasis der Schleimhaut hinstellen zu können, muss man nicht, wie Lang es gethan hat, nur die Borken ablösen und mikroskopisch untersuchen, sondern man muss regelrechte Schnitte durch die ganze Schleimhaut machen.

Denn gerade auf der verschiedenen pathologisch-anatomischen Grundlage von Leukoplakie und Psoriasis vulgaris ist zum grössten Theil die Selbständigkeit beider Affectionen begründet worden, da bei der Leukoplakie, wie Leloir¹⁾ es lehrt, die Affection in der Granularschicht ihren Sitz hat, indem eine starke Vermehrung der eleidinhaltigen Zellen stattgefunden hat, die bei stärkerer Entwicklung einen Druck auf den Papillarkörper zur Folge hat, durch den eine Verkleinerung und Abplattung desselben zu Stande kommt, während bei der Psoriasis vulgaris, nach der noch immer gültigen Anschauung Kaposi's²⁾, es sich um eine „vorwiegend die Papillarschicht betreffende, entzündliche Veränderung“ handelt.

Nehmen wir noch Rücksicht auf das ganz verschiedene makroskopische Aussehen beider Affectionen, so wird man wohl zu-

¹⁾ Leloir, Recherches sur l'anatomie pathologique etc. Archives de phys. norm. et pathol. 1887, No. 5.

²⁾ Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Dritte Auflage, S. 431.

¹⁾ Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1877/78 und Eulenburg's Realencyclopädie: Leukoplakie, 1887, Zweite Auflage.

²⁾ Münchener medicinische Wochenschrift 1892.

geben müssen, dass man die Leukoplakie nicht als Psoriasis der Schleimhaut ansehen darf.

Dagegen muss man einen indirekten Zusammenhang zwischen beiden Affektionen annehmen, dafür sprechen zweifellos meine Zahlen (10:50), wenn sie auch zu gering sind, um bindende Schlüsse ziehen zu können. Dass aber Leukoplakie bei Psoriasis vulgaris nicht so selten ist, wie man glaubt, dafür habe ich einen gewichtigen Zeugen, unseren Altmeister Kaposi, der in seinem berühmten Lehrbuche über die Psoriasis sagt: „Auf der Schleimhaut habe ich ebensowenig wie Hebra jemals eine der Psoriasis parallele Erkrankung gesehen; wohl aber bei einzelnen Psoriatischen graue Plaques, die jedoch von Syphilis herstammten oder der Leukoplakia buccalis non syphilitica (Schwimmer) entsprachen.“

Den Zusammenhang beider Affektionen hätte man sich etwa wie folgt vorzustellen: Es stellt die Psoriasis zweifellos eine dyskrasische Störung des Organismus dar, die man sich etwa als Ausfallserscheinung der Functionen irgend eines drüsigen Organs denken kann, welche die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut, wie diejenige der Haut, herabsetzt, nur dass bei Einwirkung von äusseren Reizen auf letztere, wie es ja die berühmten Versuche von Neumann und Köbner¹⁾ gezeigt haben, psoriatische Efflorescenzen auftreten, während bei der Schleimhaut vielleicht nur auf bestimmte Reize, wie z. B. das Rauchen, dieselbe mit einem idiopathischen Leiden, der Leukoplakie antwortet.

Dass aber das Rauchen, richtiger gesagt der Tabakgenuss, eine sehr wichtige Rolle für das Zustandekommen der Erkrankung spielt, wird wohl am deutlichsten durch folgende kleine Statistik bewiesen: Ich hatte schon gesagt, dass von den 10 Patienten mit Leukoplakie sämmtliche rauchten, und zwar:

die 2 Patienten mit starker Leukoplakie der Zunge und Wangenschleimhaut stark;

der 1 Patient mit leichter Leukoplakie der Zunge und Epitheltrübung der Mundwinkel wenig;

die 4 Patienten mit Leukoplakie der Mundwinkel stark;

die 3 Patienten mit Epitheltrübung der Mundwinkel wenig.

Diese Zahlen sprechen so deutlich für sich, dass ein Commentar zu denselben überflüssig erscheint.

Man hat im allgemeinen meist den Rauch als das eigentlich schädliche Moment betrachtet, indessen spricht doch manches dagegen. So hatte ich einen Patienten, der nur priemte und in dem Mundwinkel, wo der Kautabak lag, eine starke Leukoplakie besass. Des weiteren konnte auch ich die Thatsache bestätigen, auf die Miller²⁾ aufmerksam gemacht hat, dass man dem Patienten nach dem Sitze der Leukoplakie auf den Kopf sagen kann, in welchem Mundwinkel er seine Cigarre zu tragen pflegt.

Nimmt man aber an, dass die Leukoplakie eine idiopathische Erkrankung ist, so ist es klar, dass auch andere Dyskrasieen, wie die Psoriasis, ihr den Boden bereiten können. Wem fallen da nicht die beiden berühmten Fälle von Alibert³⁾ und Rayer⁴⁾ ein, die bekanntlich die beiden ersten Beschreibungen der Leukoplakie darstellen und welche beide Patienten mit Ichthyosis betrafen? Diejenige Erkrankung, welche hier ganz besonders in Frage kommt, ist aber die Syphilis, die unter allen Krankheiten die schwersten Störungen hervorruft. Auch hier ist der Tabak wohl meist das auslösende Moment, indem die Schleimhaut, geschädigt durch die Toxine des freilich noch unbekannten Syphiliserregers, auf den schweren Reiz mit einer Verhornung ihres Epithels antwortet.

Dass in der That Syphilis und Rauchen eine grosse Rolle in der Aetiologie der Leukoplakie spielen, das beweisen die Statistiken von Erb⁵⁾ und Neisser⁶⁾. Auch Max Joseph⁷⁾ wies vor einigen Jahren darauf hin, dass er unter 23 Patienten mit Leukoplakie 6mal Lues und 19mal Rauchen nachweisen konnte, und hob mit Recht die wichtige Rolle, die das letztere bei dieser Erkrankung spielt, hervor.

Ich möchte aber noch einmal betonen, dass ich die Ansicht

gewonnen habe, dass das Rauchen, resp. der Tabak nur dann die Leukoplakie hervorruft, wenn die Schleimhaut durch Lues oder Psoriasis oder eine sonstige schwere organische Erkrankung geschädigt ist; gelingt der Nachweis einer solchen nicht, so muss man mit Butlin¹⁾ „eine von Haus aus dünnere und minder widerstandsfähige Schleimhaut“ annehmen.

Indessen wenn ich auch nicht behaupten will, dass der Tabak stets dabei betheiligt sein muss, so sind doch die Fälle, bei denen andere Reize die Erkrankung hervorgerufen haben, sehr viel seltener.

Ich glaube durch meine Untersuchungen deutlich erwiesen zu haben, dass die Behauptung von Schütz, dass die Psoriasis ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Entwicklung der Leukoplakie darstellt, gerechtfertigt war und dass man die Leukoplakie und besonders ihre Anfangsstadien öfter beobachten wird, wenn man öfters die Mundhöhle der Patienten einer genauen Inspection unterwirft.

Zum Schluss seien mir noch einige kurze therapeutische Bemerkungen erlaubt: Den Patienten mit leichter Leukoplakie wurde nur das Rauchen verboten, in den schwereren Fällen wurden ausserdem die erkrankten Stellen mit 50% Milchsäure behandelt, wie dies Max Joseph²⁾ vor einigen Jahren zu diesem Zwecke angegeben hat.

¹⁾ Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1877.

²⁾ Verhandlungen der Berliner odontologischen Gesellschaft 1891, Bd. II.

³⁾ Alibert, Précis théorique . . . 1818, Bd. II, S. 170.

⁴⁾ Rayer, Traité théorique . . . 1835, Bd. III, S. 618.

⁵⁾ Siehe oben.

⁶⁾ Stereoskop. Atlas 104. Bild.

⁷⁾ Joseph, Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Vereinigung 1895/96, S. 55.