

X₂ III 3021



Aus der „New Yorker Medicinischen Monatsschrift,” Februar 1892.

**Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen
als Begleiterscheinung der Influenza.**

Von

DR. MAX THORNER,

Cincinnati, O.

WCD T511s 1892

Z-139745

Akc. zI. 2024. nr. 99.....

I.

Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza.

Von

Dr. Max Thorner,

Cincinnati, O.

Unter den Mycosen des Mundes und des Rachens hat der Soor (engl.: thrush, französ.: muguet) bis vor Kurzem noch eine eigenartige Stellung eingenommen. Einmal war es die Verschiedenheit der Meinungen hinsichtlich der Natur des pathogenen FUNGUS, der von den älteren Autoren als *Oidium albicans* bezeichnet, später aber als identisch mit dem *Oidium lactis* angesehen wurde. Neuere Forscher classificirten ihn als *Mycoderma vini* (GRAWITZ), oder *Saccharomyces albicans* (REES), oder *Monilia candida* (PLAUT). Andererseits aber waren die Ansichten hinsichtlich seines Vorkommens bei Erwachsenen, und namentlich seine pathognomonische Bedeutung bei ihnen, sehr getheilt. Im Allgemeinen kann man sagen, dass Soor am häufigsten bei jungen Kindern, bei Säuglingen, angetroffen wird, und namentlich bei solchen, die schlecht genährt oder aus anderer Ursache schwächlich sind, oder die in ungeeigneten hygienischen Verhältnissen leben. Höchstwahrscheinlich geht der Ansiedelung des Pilzes eine Verletzung der Schleimhaut voran. „Der einzige ætiologische Factor, der von allen Seiten zugestanden wird,“ sagt FORCHHEIMER,^{*)} in seiner kürzlich erschienenen, vortrefflichen Monographie über die Krankheiten des Mundes bei Kindern, „ist das Vorhandensein einer catarrhalischen Stomatitis, entweder vor dem Auftreten des Soors, oder gleichzeitig mit demselben.“ Uebrigens gibt derselbe Autor auch an, dass es Fälle gibt, in welchen augenscheinlich vollkommen gesunde Säuglinge mit Soor behaftet sind. Bei älteren Kindern, und namentlich bei Erwachsenen, ist Soor im Allgemeinen eine ziemlich seltene Erscheinung, obwohl die meisten Autoren rückhaltslos zugeben, dass sich derselbe in jedem Alter entwickeln kann. Doch selbst neuere Schriftsteller legen besonderes Gewicht darauf, dass Soor bei Erwachsenen meistens nur im Gefolge von chronischen und erschöpfenden Krankheiten gesehen wird, obgleich einige Ausnahmen vorhanden sind. So beschreibt

^{*)} The diseases of the Mouth in Children (Non Surgical). By F. FORCHHEIMER. Phila., 1892, p. 54 sequ.

EICHHORST¹⁾ den Fall eines zwanzigjährigen Mädchens, die ein und ein halb Jahr lang mit Soor der Zunge behaftet war. Sie war immer bleich und schwächlich gewesen; im Uebrigen konnte jedoch bei genauester Untersuchung nichts Abnormes entdeckt werden. LÖRR²⁾ berichtet über einen Fall, in welchem eine fünfzigjährige Frau ausge dehnte Auflagerungen von Soormassen auf der Schleimhaut des Mundes, Pharynx, Oesophagus, der Epiglottis und den Aryepiglottischen Bändern hatte. Die Frau war sonst völlig gesund und starb nach sechs Monaten an Erschöpfung. Derselbe Autor sah ebenfalls einen Fall einer kritisch endenden fibrinösen Pneumonie, bei welcher mit dem am siebenten Tage stattfindenden Eintreten der Krise sich ein schnell sich ausbreitender Soor zeigte, der sich über Mund, Pharynx und Larynx erstreckte. In diesem Falle genas der Patient. FORCHHEIMER³⁾ thut ebenfalls der Thatsache specielle Erwähnung, dass wir bei Erwachsenen auch in acuten Krankheiten, die von grosser Schwäche begleitet sind, Soor vorfinden können. SCHECH⁴⁾ sagt, dass Rachensoor auch bei gesunden Personen vorkommen kann; dass er aber hauptsächlich bei Erwachsenen sich bei schweren Krankheiten und marantischen Zuständen findet. Die meisten Autoren sind jedoch der Ansicht, dass Soor bei Erwachsenen sich fast ausschliesslich als das Resultat schwächerer Krankheitsprocesse von langer Dauer, als Phthisis pulmonum, Krebs, Diabetes, Leukämie, Typhus, chronische Entero-Colitis u. s. w., zeigt. Einige Autoren sehen sogar das Auftreten des Soors im Laufe dieser Krankheiten als ein prognostisch sehr ungünstiges Symptom an. So schreibt HELMKAMPF⁵⁾, dass man ihn bis auf seltene Ausnahmen nur am Ende langwieriger, erschöpfender Krankheiten auftreten, und deshalb dem tödtlichen Ausgange nahe vorausgehen sieht. „Hier ist er deshalb prognostisch ein schlimmes Zeichen.“ HENRY T. BUTLIN⁶⁾ sagt: „It occurs almost only in adults who are subjects of slowly progressive and fatal diseases.“ Gleicher Ansicht ist JULES SIMON⁷⁾: „Le muguet survenant à la fin des maladies consomptives, la phthisie par exemple, se montre comme l'expression symptomatique d'une fin prochaine.“ In ähnlicher Weise

1) Specielle Pathologie und Therapie. Wien.

2) Die durch anderweitige Erkrank. bedingt. Veränderung d. Rachens, u. s. w. Stuttgart, 1885, p. 67.

3) loc. citat.

4) Die Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Nase, Aufl., Leipzig und Wien, 1888, p. 187.

5) Diagnose u. Therapie d. Erkrankung d. Mundes u. Rachens. Stuttgart, 1886, p. 134.

6) Diseases of the Tongue. London, 1885, p. 333.

7) Nouveau dict. de Méd. et de Chirurg. prat., Paris, 1877. Tome 23, p. 173.

sprechen sich J. SOLIS-COHEN¹⁾, SOLTSMANN²⁾, LEUBE³⁾ und viele Andere aus.

Der folgende Fall von Soor beansprucht ein gewisses Interesse, weil er sich bei einem Erwachsenen, der sich vorher der allerbesten Gesundheit erfreut hatte, während der vorherrschenden Influenza-Epidemie, nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer, entwickelte.

Am 18. Januar 1890, wurde ich spät Abends in grosser Eile zu einem Patienten des Herrn Dr. Wm. CARSON gerufen, um eine heftige Nasenblutung zu stillen. Der Patient, ein junger Mann von 17 Jahren, ausserordentlich kräftig entwickelt für sein Alter, hatte seit etwa drei Wochen einen schweren Anfall von Influenza. An demselben Tage hatte er schon einmal leichtes Nasenbluten gehabt; während des Abends wurde es sehr stark, so dass die Eltern mit gewöhnlichen Mitteln dasselbe nicht stillen konnten. Ich fand den Patienten sehr geschwächt, so schwach in der That, dass er bei dem Versuche vom Bett zu einem Stuhle zu gehen, der nur wenige Fuss entfernt war, ohnmächtig wurde. Die rhinoskopische Untersuchung ergab eine Erosion an der linken Seite des knorpeligen Septums, aus welcher man das Blut herauströpfeln sah, und an der Stelle, wo man in der Mehrzahl der Fälle von Epistaxis die Ursache derselben findet. Cocain- und darauffolgende Chromsäure-Application schlossen die Erosion und brachten die Blutung zum Stillstande. Einige Tage später fand eine nochmalige, geringe Nasenblutung statt, bei welcher Patient jedoch nur wenig Blut verlor.

Am 27. Januar ersuchte mich Dr. CARSON, da er krank war, den jungen Mann wegen einer intercurrirenden Halsaffection in Behandlung zu nehmen, die sich am Tage zuvor eingestellt hatte. Der junge Mann schien mir bei meinem Besuche noch schwächer als früher zu sein. Er klagte über Schmerzen im Mund und Halse, ausserordentliche Trockenheit in demselben. Seine Temperatur war etwas über der Norm, der Puls schwach, jedoch regelmässig. *Status praes.*: Die Schleimhaut des weichen Gaumens und des Rachens ist tief roth, ausserordentlich glänzend und trocken. Auf beiden Mandeln befinden sich zahlreiche weisse Flecken von verschiedener Grösse, die sich ohne grosse Mühe entfernen lassen. Das Bild, das sich zeigte, war, man möchte sagen, typisch für Tonsillitis follicularis. Ein einfaches, antiseptisches Gurgelwasser wurde verordnet, und im Allgemeinen das frühere régime des Hausarztes beibehalten. Am folgenden Tage war folgende Veränderung wahrzunehmen: Anstatt einer grossen Anzahl weisser, disseminirter Flecken war jetzt eine zusammenhängende, membranähnliche weisse Auflagerung auf beiden Mandeln. Aehnliche weisse Flecken, von kleinerem Umfange, waren auf dem weichen Gaumen und dem Zäpfchen zu sehen, ein Bild, das dem der Diphtheritis

1) PEPPER'S System of Medicine. Vol. II., p. 332.

2) Realencyclop. der ges. Heilk., 2. Aufl., 1877. Bd. xviii., p. 376.

3) Specielle Diagnose d. inn. Krankh., 2. Aufl., p. 216.

sehr ähnlich war. Gegen diese Diagnose sprach jedoch die Temperatur und der allgemeine Zustand des Patienten. Am folgenden Morgen konnte ich eine Ausdehnung des Processes auf die Seiten und die hintere Rachenwand wahrnehmen, und zu gleicher Zeit feststellen, dass der Process sich herdweise verbreitete, und dass die grossen, plaques-ähnlichen Auflagerungen sich aus kleinen, circumscribten Herden durch Confluiren derselben bildeten. Es war nunmehr augenscheinlich, dass hier eine Mycose vorlag. Es war nicht schwierig ein Stückchen dieser Massen vom Pharynx zu entfernen, unter denen die Schleimhaut tiefroth, und von samtartiger Rauigkeit war. Das entfernte Stückchen wurde von mir und Herrn Dr. J. L. KROUSE mikroskopisch untersucht. Es bestand aus zahlreichen Epithelzellen und einem Gemisch von Pilzmassen. Untersuchungen in ammoniakalischer Lösung und in Glycerin wurden gemacht, gaben aber kein so gutes Bild als wir erhielten, wenn wir nach tüchtigem Zupfen mit Nadeln in einfachem Wasser untersuchten. Es ergab sich dann, dass die Pilze *Oidium albicans*¹⁾ waren. In der That waren die zur Untersuchung gelangenden Präparate typisch; man konnte neben den Epithelzellen deutlich die schlanken, gegliederten Mycelfäden, die Kerne in ihren langen cylindrischen Zellen, die Sporangien und einzelnen Sporen unterscheiden.

Während der folgenden Tage ereignete sich etwas ganz Unerwartetes. Der weisse, membranartige Belag dehnte sich allmählig nach oben in den Nasenrachenraum aus, wobei er schliesslich das ganze Rachendach und die Gegend der Tuba Eustachii einnahm. Der Patient empfand dieses Fortschreiten des Processes in sehr unangenehmer Weise, indem er nicht nur ein höchst belästigendes Gefühl von Fremdkörpern im Nasenrachenraume und der Völle des ganzen Kopfes hatte, sondern auch an Schwerhörigkeit und subjectiven Geräuschen litt. Es war leicht und zugleich sehr interessant, das Fortschreiten der Pilzmassen mit dem rhinoskopischen Spiegel zu verfolgen, wie sie nach und nach die Choanen erreichten und dann sich in beide Nasenhöhlen fortsetzten. Zur Zeit, als die Mandeln, der Gaumen und der untere Theil des Rachens schon keine Auflagerungen mehr vorzeigten, erschienen dieselben zuerst im rechten Nasenloche, während sie im linken erst am folgenden Tage auftraten. Bei dieser Gelegenheit sah Dr. KROUSE den Patienten, und einige Massen, die von der Nasenhöhle entfernt wurden, zeigten unter dem Mikroskop dieselben histologischen Eigenschaften wie das erste, vom Pharynx entfernte Specimen. Während dieser Wanderung der Pilzmassen durch die Nase litt Patient ausserordentlich an Verstopfung der Nase.

Die lokale Behandlung bestand hauptsächlich in Auswaschen des Nasenrachenraums und der Nase mit einer Lösung von *Natr. bicarbon.* Die Dauer dieser Affection, von dem Tage an, wo sie zuerst bemerkt wurde, bis zum Tage ihres Verschwinden von den Nasenlöchern, war

¹⁾ Cf. Einleitung, bez. der botan. Classification dieses Pilzes.

zwölf Tage. Während dieser Zeit war die Temperatur nie über 39,5° gestiegen. Jedoch war Patient während der ganzen Zeit ausserordentlich schwach. In der That sah Dr. CARSON ihn als denjenigen seiner Patienten an, der am allermeisten die allgemeine Prostration nach Influenza zu der Zeit zeigte. Seine Reconvalescenz ging sehr langsam vor sich, und es bedurfte vieler Wochen und einer Reise nach Old Point Comfort und Florida, bevor er seine frühere Gesundheit wieder erlangt hatte.

Wir haben es hier mit einem Falle von Soor beim Erwachsenen zu thun, der in Folge eines ungewöhnlich heftigen Anfalls von Influenza sehr geschwächt war. Der Punkt grössten Interesses scheint jedoch die Lokalität zu sein, in welchem sich der Pilz entwickelte. Man mag zugeben, dass die Pilzwucherung ihren Ursprung irgendwo an der Zunge, dem gewöhnlichsten Sitz dieser Affection, genommen habe, selbst einige Tage bevor die Halssymptome zur Untersuchung des Halses aufforderten. Nachdem der Soor die Mandeln und die Rachenwand erreicht hatte, nahm er einen ganz ungewöhnlichen Verlauf, als er von dort in den Nasenrachenraum fortwucherte und von dort in die Nasenhöhlen, bis er an den Nasenlöchern angelangt war und hier durch die Epidermis am weiteren Fortschreiten verhindert wurde. Die meisten Autoren sind der Ansicht, dass die Gegenwart von Pflaster-epithel eine der Hauptbedingungen für die gedeihliche Entwicklung der Soorpilze sei, und dass aus diesem Grunde die Nase beinahe immer von der Ansiedelung dieses vegetabilischen Parasiten verschont bleibe. So sagt HENOCH¹⁾; „Bemerkenswerth ist, dass der Soor, auch wenn er im Pharynx noch so stark entwickelt ist, sich doch nie in die hintere Partie der Nasenrachenhöhle hineinstreckt.“ EICHHORST²⁾ citirt REUBOLD, dass Schleimhäute, die mit Cylinder- oder Flimmerepithel versehen sind, energischen Widerstand gegen das Wachsthum des Soors bieten. Nur in Ausnahmefällen würde er im Magen, in der Nase u. s. w. gefunden. Auch BUTLIN³⁾ und VOGEL⁴⁾ sprechen von dem Auftreten des Soors als auf diejenigen Theile der Schleimhaut beschränkt, die Plattenepithel haben. JULES SIMON⁵⁾ sagt: „Rarement il s'étend à la face postérieure du pharynx et jamais on ne le voit se propager dans la cavité des fosses nasales, ni dans la trompe d'Eustache.“ Ferner sagen J. SOLIS-COHEN⁶⁾, ADOLPH STRUEMPELL⁷⁾ und andere, dass Soor nie im Nasenrachenraum oder der Nasenhöhle beobachtet sei. Da-

1) Vorlesungen üb. Kinderkrankh., II. Aufl., Berlin, 1888. p. 80.

2) Loc. citat.

3) Loc. citat.

4) Ziemssen's Specielle Pathol. u. Therap., II. Aufl., Leipzig, 1878, vol. VII., p. 64.

5) Loc. citat.

6) Loc. citat.

7) Lehrb. d. speciell. Pathol. u. Therap., III. Aufl., Leipzig, 1886, vol. I., p. 515.

gegen finden wir jedoch, dass SCHECH¹⁾ und MOLDENHAUER²⁾ von der Möglichkeit sprechen, dass der Soorpilz vom Mund und Pharynx in die Nase wandere, bei Kindern sowohl als auch bei Erwachsenen in marantischen Zuständen, obwohl Flimmerepithel keinen günstigen Boden für das Wachsthum des Pilzes abgebe. SOLTSMANN³⁾ schreibt: „Wie nach unten, so wuchert umgekehrt der Mycel auch nach aufwärts, ohne sich durchaus nicht an die Pflasterepithelstätten zu halten; denn man findet bei Kindern mit angeborener Gaumenspalte auch die Schleimhaut des Vomer und der Conchen mit Soormassen gefüllt. Und VALENTIN⁴⁾, in Bern, hat den Fall eines neunjährigen Mädchens berichtet, bei dem der Soor sich über die Schleimhaut des harten Gaumens, des Nasenrachenraums und der Gegend des Ostium tubae Eustach. erstreckte, und wo der Pilz im Mittelohr gefunden wurde, wo die Nase jedoch frei blieb. Und F. FORCHHEIMER⁵⁾ spricht sich in dieser Beziehung so aus, dass „Plattenepithel eine sehr untergeordnete Rolle in der Entwicklung des Soors spiele“.

Dieser Fall stellt demnach zwei Thatsachen fest: Erstlich, dass Soor sich beim Erwachsenen im Gefolge acuter Krankheiten, die mit grosser Schwäche einhergehen, einstellen kann, und dass sein Auftreten als ein prognostisch nicht so absolut schlechtes Zeichen anzusehen ist, als einige Autoren zu glauben scheinen; und zweitens, dass Soor, wenigstens in Ausnahmefällen, sich in der Nasenhöhle entwickeln kann, ein Beweis, dass Flimmerepithel nicht ein unüberwindbares Hinderniss für seine Entwicklung abgibt. Ob ähnliche Fälle während der letzten drei Influenza-Epidemien beobachtet worden sind, konnte ich aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur nicht ersehen.

366 WEST EIGHTH STREET.

1) Loc. citat.

2) Die Krankheit. d. Nasenhöhlen. Leipzig, 1886, p. 126.

3) Loc. cit.

4) Citirt von Sajous' Annals of the Univers. Med. Scienc. 1889, vol. IV., c. 16.

5) Loc. citat.