

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Redlich (encéphalite de)**

**REDLICH, Emil. - Ueber abortive  
Formen der Encephalomyelitis  
disseminata**

*In : Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1929,  
Vol. 55, pp. 562-3*

wie die des Erwachsenen treffen. Klinisch zeigt sich diese Besonderheit in meist fehlendem oder nur angedeutetem Parkinsonismus, in der Häufigkeit der rigorfreien Starre einerseits, in den charakteristischen Wesensänderungen der jugendlichen Enzephalitiker andererseits.

Diese Wesensänderungen, die die Folge der organischen Hirnläsion sind, setzen sich zusammen aus einer wohl dauernden Charakterabwandlung, aus abnormer Reagibilität und episodischen Triebentgleisungen. Diese, aus dem Boden der Hirnchwäche entstanden, äußern sich in autochthonen Drangzuständen und in reaktiven Triebhandlungen. Gerade durch diese letzteren erhalten die Wesensänderungen der jugendlichen Enzephalitiker ihre unheilvolle soziale Bedeutung.

Es handelt sich bei diesen Triebentgleisungen um Vorgänge, die in dem Begriff der Enthemmung, d. h. in der Loslösung einzelner Vorgänge aus dem Gesamtverband und in dem anderen Begriff der Irradiation, d. h. der ungewöhnlichen Verkopplung von Teilvorgängen zu einem neuen Gesamtvorgang, ihr neuro-physiologisches Vorbild haben, die dementsprechend benannt werden und die vom Seelischen her dieselben neurologischen Mechanismen in Gang setzen.

Diese Störungen lassen mit besonderer Deutlichkeit die enge Verknüpfung seelischer Erlebnisse mit körperlichen Entäußerungen beider Enzephalitis erkennen. Sie haben weit über den Rahmen des Differentialdiagnostischen hinaus die Frage der psychischen Beeinflussbarkeit körperlicher Vorgänge aufgeworfen und klären helfen und haben damit die Enzephalitis als Krankheitslehre, als patho-physiologischen und psycho-pathologischen Vorgang in engste Nachbarschaft gestellt zu einer Kernfrage der Heilkunde überhaupt.

### Ueber abortive Formen der Encephalomyelitis disseminata.

Von Prof. Emil Redlich in Wien.

Ich habe vor kurzem<sup>1)</sup>, nachdem schon vorher Pette<sup>2)</sup> über ähnliche Beobachtungen, zum Teil mit Obduktionsbefund, Mitteilung gemacht hatte, über ein gehäuftes Auftreten von Fällen mit dem Symptomenbilde der Encephalomyelitis disseminata (EM. d.) berichtet. Die Fälle hatten zum Teil spinale Gepräge, z. B. das einer Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks oder einer Halbseitenläsion mit dem Bilde der Brown-Séquardschen Lähmung. In anderen Fällen entsprachen die Symptome mehr der sogenannten akuten Ataxie oder hatten Ähnlichkeit mit manchen Bildern der multiplen Sklerose; in wieder anderen Fällen war die Symptomatologie viel einfacher, beschränkte sich auf Augenmuskellähmungen oder wies auf eine leichte cerebrale Läsion hin. Die Fälle hatten meist einen akuten bzw. subakuten Verlauf, einzelne davon gingen mit ganz leichten Temperatursteigerungen einher. Ein Teil der Fälle zeigte relativ rasch volle oder relative Heilung, andere wieder verliefen mehr remittierend-exazerbierend. Im Liquor fand sich etwas Drucksteigerung, leichte Eiweißvermehrung und Pleozytose, eine kleine Goldsolzacke, wie dies einem leichten Entzündungsprozesse des Zentralnervensystems entspricht. Seitdem sind eine Reihe ähnlicher Beobachtungen mitgeteilt worden, z. B. von Lang<sup>3)</sup>, Albrecht<sup>4)</sup>, Ley und Bogaert<sup>5)</sup>, Hermann<sup>6)</sup> u. a. Vielleicht gehören auch die letzthin von französischen Autoren (Bouchut, Lebeuf u. a.) veröffentlichten Fälle von Neuromyelitis optica hierher.

Ich will aber hier nicht weiter auf die Literatur eingehen, auch nicht auf die in erster Linie sich erhebbende Frage, ob diese Fälle der akuten multiplen Sklerose zuzurechnen sind oder wenigstens Uebergänge zu dieser zeigen, wie dies Pette vertritt, oder, wie ich glaube, doch von dieser abzutrennen sind. Dies sei anderer Gelegenheit vorbehalten. Seit meiner ersten Veröffentlichung über den Gegenstand habe ich noch vereinzelt gleiche oder ähnliche Fälle gesehen. Ich habe aber in den letzten 1½ Jahren in der Privatpraxis und im Spital eine größere Reihe von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt, die ich in die Gruppe der EM. d. oder wenigstens nicht weit davon einzureihen geneigt bin, die sich aber von den früheren Beobachtungen dadurch unterscheiden, daß die Erscheinungen allerleichtester Art sind, weswegen ich von abortiven Fällen sprechen möchte. Die Symptome beschränken sich mitunter auf mehr sublektive Störungen, man möchte sie manchmal zunächst für rein funktionell halten, wenn sie nicht in der Gruppierung durchaus organischen Gepräges hätten. Dazu kommt, daß in anderen Fällen Symptome

hinzukommen, z. B. Differenzen der Sehnenreflexe oder leichte Ausfallserscheinungen, die zweifellos auf eine organische Grundlage hinweisen. In einzelnen Fällen war auch ein Liquorbefund zu erheben, der dem obenerwähnten entspricht, also auch auf eine leichte entzündliche Affektion des Zentralnervensystems hinweist. Der Verlauf war auch in diesen Fällen meist ein subakuter, nie und da von Andeutungen subfebriler Temperatur begleitet. Einzelne der Fälle gingen bald in restlose Heilung über, in anderen war der Verlauf mehr schleppend.

Wenn ich die Fälle der EM. d. zuzurechnen geneigt bin, so möchte ich zur Begründung meiner Auffassung anführen, daß ich auch diese Fälle, die immerhin etwas Besonderes darstellen, in der letzten Zeit gewissermaßen gehäuft zu beobachten Gelegenheit hatte und daß sie in symptomatologischer Beziehung den dort beobachteten Symptomengruppierungen entsprechen. Nur muß es sich, wie gesagt, nach dem klinischen Bilde um allerleichteste Läsionen handeln.

Ich habe meine früheren Beobachtungen in gewisse Beziehung zu den in der letzten Zeit auch gehäuft auftretenden Fällen von post-vakzinaler Enzephalitis oder Encephalomyelitis gebracht und auch ähnliche Beobachtungen im Verlaufe der Morbellen, der Varizellen usw. herangezogen. Vielleicht gehören auch manche Fälle von Schädigung des Zentralnervensystems nach Lysalimpfung hierher. Es drängte sich mir die Vermutung auf, daß es sich da und dort um ein epidemisch gehäuftes Auftreten von Erkrankungen des Zentralnervensystems handelt, die durch ein bisher unbekanntes, wahrscheinlich ultravisibles Virus, das sonst latent bleibt, bedingt sind, das aber durch bestimmte Infektionskrankheiten, vielleicht auch durch eine eigenartige Infektion manifest wird und zu Schädigungen des Zentralnervensystems führt. Pette hatte schon früher einen ähnlichen Standpunkt vertreten und auch durch interessante experimentelle Ergebnisse zu stützen gewußt.

Dieses förmlich epidemieartig gehäuftes Auftreten der erwähnten Erkrankungen des Zentralnervensystems scheint in der letzten Zeit wieder seltener zu werden. Dies scheint auch von der Vakzinations-encephalomyelitis zu gelten. Wie dies auch sonst bei dem Abklingen einer Epidemie zu sehen ist, dürfte jetzt, vielleicht durch Abschwächung des vorauszusetzenden Virus oder andere Umstände bedingt, seine Wirksamkeit auf das Zentralnervensystem herabgesetzt sein, und so ist es vielleicht erklärlich, wenn wir jetzt nur mehr allerleichteste Fälle, entsprechend geringfügigen Alterationen des Zentralnervensystems, zu Gesicht bekommen.

Da die Fälle, wie erwähnt, meist in mehr minder weitgehende Heilung übergehen, läßt sich natürlich über die Art und feinere Gestaltung der ihnen zugrundeliegenden Läsionen kein sicheres Urteil abgeben. Leichter ist es, aus der Symptomatologie der Fälle ihren Sitz zu bestimmen, wobei natürlich mit der Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist, daß neben dem die Symptome bedingenden Hauptherd vielleicht noch andere, die klinisch nicht in Erscheinung treten, bestehen.

Ich will nunmehr das Gesagte durch ganz kurze Hinweise auf das klinische Bild der Fälle ergänzen.

Fünf der Fälle, die ich gesehen habe, weisen auf einen kleinen zerebralen Herd hin; hier entwickelten sich vor allem akut oder subakut Parästhesien einer Körperseite<sup>7)</sup>.

In 2 Fällen dieser Art fehlten objektive Erscheinungen gänzlich, in einem bestand vorübergehend eine leichte Schwäche und Ungeschicklichkeit mit einer leichten Lagegefühlsstörung in der rechten Hand. Hier war im Liquor Nonne-Apelt +, Pandy ++, deutliche Zellvermehrung, kleine Goldsolzacke. Jetzt, ½ Jahr nach Beginn der Erscheinungen, ist nach dem Berichte des Nervenarztes Dr. R. Rosner (Zagreb) der Zustand des Kranken bis auf eine Spur Ungeschicklichkeit der rechten Hand bei komplizierten Bewegungen und eine ganz umschriebene, rein sublektive Sensibilitätsstörung am rechten Arm tadellos. In einem 4. Falle, der sich unter einem Bilde, das an die epidemische Enzephalitis erinnerte, entwickelt hatte, bestanden durch 5 Wochen linksseitige Hemiparästhesie, Parese des linken Fazialis und eine Sehstörung. Ich sah den Patienten erst 3 Monate später, wo nur mehr auf beiden Augen eine Einschränkung der linken Gesichtsfeldhälften von der Peripherie her auf beiden Augen bestand. Im Liquor war noch leichte Zellvermehrung zu konstataieren, sonst war der Befund nach allen Richtungen hin normal. Ausgesprochener waren die Erscheinungen in einem 5. Falle, eine 30jährige Frau betreffend, deren erster Mann Syphilis gehabt hatte. Die Patientin hatte wiederholt schwere Anginen, eine solche auch kurz vor ihrer jetzigen Erkrankung durchgemacht. Auch zur Zeit der jetzigen Erkrankung (Oktober 1928) bestand noch leichte Temperatursteigerung. Um diese Zeit entwickelte sich bei der Patientin eine allmählich zunehmende leichte Parese des linken Arms und Beins, auch die Sensibilität, vor allem die Tiefensensibilität an Hand und Fuß, war leicht herabgesetzt. Die Sehnenreflexe links etwas lebhafter als rechts, links Andeutung von Babinski. Der ophthalmoskopische Befund normal. Im Liquor 63/3 Zellen, Pandy +, kleine Goldsolzacke, Wa. im Liquor negativ.

<sup>7)</sup> Einen ähnlichen Fall hatte ich übrigens schon in meiner ersten Arbeit erwähnt.

<sup>1)</sup> Mscr. Psychiatr. 1927, 64 S. 154. — <sup>2)</sup> Dtsch. Z. Nervenheilk. 1928, 165 S. 76; M. m. W. 1927 Nr. 31; M. m. W. 1928 Nr. 5; M. m. W. 1929 S. 235. — <sup>3)</sup> W. kl. W. 1927. — <sup>4)</sup> W. kl. W. 1928. — <sup>5)</sup> J. de Neur. 1928 Nr. 1. — <sup>6)</sup> Z. Neur. 114 S. 804.

in Serum 7. Hier könnte Syphilis, wenn auch indirekt, ätiologisch mit in Spiele sein. Ich habe schon seinerzeit darauf hingewiesen, daß unter reinen Fällen von EM. d. in einzelnen eine Syphilis vorausging, wobei aber der Liquor nichts für Syphilis Charakteristisches zeigte, sodaß ich an die Möglichkeit dachte, daß vielleicht auch die Syphilis die Basis für die Entwicklung des anderen wirksamen Virus schafft.

Weist in den erwähnten Fällen die Symptomatologie auf einen Herd im Großhirn, in der inneren Kapsel bzw. im Thalamus opticus hin, so sah ich 2 Fälle, wo kleine Herde im Pons bzw. in der Hirnschenkelregion vorliegen dürften.

Eine 22jährige, bis dahin gesunde Arztgattin spürte anfangs September 1928 plötzlich Parästhesien, die sich später auf die ganze rechte Körperhälfte ausdehnten. Inzwischen traten Doppelbilder, entscheidend einer Parese des rechten Abduzens, auf. Bei der Untersuchung Ende September fand sich außerdem eine gerade angeordnete Parese der rechteitigen Extremitäten mit etwas Ataxie und Tremor, die Sehnenreflexe rechts etwas lebhafter als links, rechts war das Babinskische Phänomen angedeutet. Der ophthalmoskopische Befund, desgleichen der Röntgenbefund des Schädels, der Liquor- und Serumbefund negativ. Die Temperatur normal. Nach 4 Wochen ist die Abduzensparese etwas besser, die Extremitätenerscheinungen sind nahezu verschwunden. Jetzt sind auch die Abduzensparese nur spurweise vorhanden, die Extremitäten normal.

Im 2. Falle handelt es sich um eine 38jährige Frau, die Ende Dezember 1918 mit intensiven Kopfschmerzen erkrankte, auch bestand leichte Temperatursteigerung; an den nächsten Tagen leichte Ptosis links. Der Kopfschmerz trieb sich bald, auch die Ptosis, dagegen traten einige Tage später Schmerzen und Parästhesien in den rechten Extremitäten auf. Seit der Zeit traten täglich 40–50mal bloß einige Sekunden dauernde Anfälle auf, wobei Patientin ein dumpfes Gefühl im rechten Arm und Bein spürte, im Gehen das rechte Bein etwas schleuderte; im Anfall kam Patientin momentan nicht sprechen, dabei treten Doppelbilder auf, die übereinanderstehen, sodaß die Gegenstände verlagert erscheinen. Sie entsprechen einem Krampf der Abwärtsweider des linken Auges, dabei auch Nystagmus. Sonst der Befund nach allen Richtungen hin negativ. Im Liquor 17/3 Zellen, Pandy und Nonne-Apelz Spur positiv, ganz kleine Goldsolzacke, erhöhter Zuckergehalt. Wa. im Liquor und Serum negativ. Ganz leichte Temperaturerhöhungen. (Im Verlaufe beschränkten sich die Anfälle auf ein plötzliches Schwächegefühl der rechten Extremitäten und erschwertes Sprechen<sup>\*)</sup>; sie sind wesentlich seltener geworden.)

In weiteren Fällen handelte es sich um spinale Erscheinungen.

Zum Beispiel bei einer 41jährigen Frau, die nach einem Ausfluge plötzlich eine gewisse Schwäche der Beine mit Parästhesien von den Füßen nach aufwärts bis über den Nabel verspürte. Patientin mußte 3 Wochen wegen Schwäche der Beine zu Bett bleiben. Während dieser Zeit öfters Urinverlust. Patientin spürte nichts vom Abgang des Urins, ebenso des Stuhls. Drei Wochen später ergab die Untersuchung ganz leichten Nystagmus, Hirnnerven frei, ebenso der ophthalmoskopische Befund. Die oberen Extremitäten frei, Bauchdeckenreflexe  $\pm$ . Die Kraft der unteren Extremitäten leicht herabgesetzt, rechts etwas mehr als links. Der Gang spastisch, leicht ataktisch. Babinski negativ. Die Sensibilität an den unteren Extremitäten etwas herabgesetzt, aber nur so wenig, daß sich die Sensibilitätsstörung nicht genauer fixieren läßt. Im Liquor 12/3 Zellen, Pandy schwach positiv, Nonne-Apelz mittelstark positiv, kleine Goldsolzacke. Wa. im Liquor und Serum negativ. Nach 8wöchigem Spitalaufenthalt ist bis auf leichte Parästhesien in den unteren Extremitäten und am Bauche der Zustand tadellos.

An den Brown-Séquard'schen Typus erinnerten die Erscheinungen bei einem 38jährigen Manne, der Ende Juli 1928 Parästhesien des rechten Beines bemerkte. Vorübergehend hatte er auch Parästhesien in den drei letzten Fingern der linken Hand und eine gewisse Ungeschicklichkeit selbst. Aus dem Befunde (Januar 1929) sei nur das uns hier Interessierende erwähnt. Es findet sich eine Spur Nystagmus bei sonst vollkommen normalem Augenbefund. Die oberen Extremitäten derzeit ohne Störung, nur die Sehnenreflexe links etwas erhöht. Die Motilität der unteren Extremität ohne Störung, aber PSR und ASR links etwas lebhafter als rechts. Kein Babinskisches Phänomen. Es findet sich eine leichte Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten am rechten Bein und am Rumpf rechts bis etwa zu D<sub>11</sub> hinauf mit Ausparung der sakralen Segmente, links die Sensibilitätsstörung gerade nur angedeutet. Im Liquor 25/3 Zellen, Pandy und Nonne-Apelz schwach positiv, ganz leichte Goldsolzacke. Wassermann negativ. Während einer mehrwöchigen Beobachtung besserte sich die Sensibilitätsstörung insofern, als sie jetzt rechts nur bis zur Mitte des Oberschenkels reichte, links gerade nur angedeutet bis zum Knie. Die sakralen Segmente sind nach wie vor ausgespart.

In einem weiteren Falle, einen 52jährigen Mann betreffend, hatten sich die Erscheinungen bei dem bis dahin gesunden Manne zu Weihnachten 1928 nach einer Grippe, die 3 Tage mit ziemlich heftigem Fieber einhergegangen war, entwickelt. Sie setzten mit Schmerzen im rechten Trigeminusgebiete ein; einige Tage später Parästhesien im rechten Trigeminusgebiete, 3 Wochen später Parästhesien im rechten Bein und in der rechten Rumpfhälfte. Objektiv findet sich bloß eine leichte Sensibilitätsstörung in der rechten Kopf- und Nackenhälfte von ausgesprochen segmentalem Typus und eine ebensolche von 3. Dorsalsegment rechts nach abwärts mit voller Ausparung der sakralen Segmente. Die Sensibilitätsstörung, die alle Qualitäten betrifft, ist

<sup>\*)</sup> Erwähnen möchte ich, daß Bregmann und Pomez (W. m. W. 1929 S. 271) letzthin in einem Falle von Enzephalitis bei Masern-Erscheinungen, die auf eine Affektion beider Hirnschenkel hinwiesen, beobachteten.

in den einzelnen Segmenten verschieden intensiv. Deutliche motorische Erscheinungen fehlten, nur waren die Sehnenreflexe links etwas lebhafter als rechts. Der Liquorbefund war negativ, höchstens eine kleine Goldsolzacke. Während der Beobachtung verschwand nach etwa 14 Tagen die Sensibilitätsstörung bis auf einen kleinen Rest an der Vorderseite des rechten Ober- und Unterschenkels und eine Andeutung im Gesicht rechts.

Die Sensibilitätsstörung hatte hier nach der Ausbreitung Hinterhorntypus, und zwar sowohl im Dorsal- wie Lendenmark wie in den obersten Zervikalgebieten bzw. der Substantia gelatinosa des Trigeminus. Auf die graue Substanz des Rückenmarks, Vorderhorn und Hinterhorn, wiesen die Erscheinungen in einem weiteren Falle hin, einen 48jährigen Mann betreffend, der Mitte Juli unter hohem Fieber, Kopfschmerzen, Zuckungen im ganzen Körper, Schlaflosigkeit erkrankte. Schon am 2. Tage der Erkrankung merkte Patient, daß sein rechter Arm vollständig gelähmt sei. Später besserte sich diese Lähmung und beschränkte sich auf eine Schwäche in der rechten Schultergürtelmuskulatur. Hier findet sich Mitte Dezember 1928 deutliche Atrophie mit fibrillären und faszikulären Zuckungen und partieller Entartungsreaktion. Auch bestanden Schmerzen im rechten Oberarm. Außerdem findet sich eine ziemlich intensive Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten rechts im Bereiche von C<sub>2</sub>–C<sub>7</sub>. Der Liquor ist vollständig negativ. Der übrige Befund ist gleichfalls negativ, nur findet sich beiderseits am 7. Halswirbel eine gut ausgebildete Halsrippe, die, da die klinischen Erscheinungen auf höhere Segmente hinwiesen, kaum eine Bedeutung haben dürfte. Entwicklung und Ausbreitung der motorischen Erscheinungen legten natürlich den Gedanken einer Poliomyelitis anterior acuta nahe. Auffällig sind die Sensibilitätsstörungen in den gleichen Segmenten. Man müßte an den seltenen Fall einer intensiven Beteiligung des Hinterhorns am gleichen Prozeß, also an eine gleichzeitig aufgetretene Poliomyelitis posterior denken. Dagegen spricht freilich, daß sich während der Beobachtung die Sensibilitätsstörung etwas, auf C<sub>2</sub>–C<sub>7</sub>, ausbreitete, und auch links in der Schultermuskulatur, ohne daß andere Störungen zu finden wären, leichte fibrilläre Zuckungen bestanden, was auf eine gewisse Progression des Prozesses hinweisen würde — ein bei der akuten Poliomyelitis nur ganz ausnahmsweise zu beobachtendes Vorkommnis. Vielleicht handelt es sich auch hier um einen der EM. d. zugehörigen Fall, wo aber der anatomische Prozeß sich im Wesentlichen auf die graue Substanz des oberen und mittleren Halsmarkes der einen Seite beschränkt.

Diese kurz skizzierten Fälle, die ich noch um die eine oder andere Beobachtung vermehren könnte, dürften genügen, um zu zeigen, daß es sich hier um etwas Eigenartiges handelt. Ueber die Natur des zugrundeliegenden Prozesses läßt sich, wie erwähnt, nichts Sicheres sagen; ich setze ähnliche Veränderungen, aber leichtester Art, wie bei der EM. d. voraus. Freilich erhebt sich wie bei den früheren Beobachtungen auch hier die Frage, ob es sich nicht doch um den Beginn einer multiplen Sklerose handelt. Dagegen scheint mir zu sprechen, daß bei dieser, wenn die Symptome akut einsetzen, sie meist zunächst recht intensiv sind, um dann, oft sehr rasch, wieder abzuklingen, während sie in unseren Fällen von vornherein so geringe Intensität zeigten. Auch daß ich solche gleichartige Fälle in relativer Häufigkeit in der letzten Zeit sah, spricht mir eher für eine Eigenart des zugrundeliegenden Prozesses. Vielleicht genügt diese kurze Mitteilung, um auch von anderer Seite Bestätigung meiner Befunde zu erhalten. Hinsichtlich der Therapie möchte ich erwähnen, daß wir in der Regel uns auf die intravenöse Injektion von Cytotropin nebst Bädern, Massage, Elektrizität beschränken. Vereinzelt kamen dazu auch Vakzineurinjektionen und Röntgenbestrahlungen des Schädels oder der Wirbelsäule. Bei der raschen Besserungstendenz, die die Fälle zeigten, ist es mir freilich fraglich, ob gerade der eingeschlagenen Therapie eine wesentliche Bedeutung für den raschen Rückgang der Erscheinungen zukommt.

Aus dem Blegdamshospital in Kopenhagen.

## Die Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen.

Von Prof. Valdemar Biere.

Seit 1920 habe ich Diphtherie mit großen Serumdosen behandelt. In diesem Zeitraum hat die Mortalität der Rachendiphtherie stets 1–2% betragen. Während der späteren Monate habe ich Gelegenheit gehabt, den Wert dieser Behandlung an vielen schweren Fällen zu konstatieren. Im Folgenden gebe ich eine Uebersicht über die Mortalität der Fälle von pseudomembranöser Rachendiphtherie, welche im Hospital während der 5 Monate vom 1. IX. 1928 bis 31. I. 1929 aufgenommen sind. Krupp, Nasendiphtherie, katarrhalische Rachendiphtherie und Bazillenträger sind nicht mitgerechnet.

Das Krankennmaterial. Ich teile die Fälle in 3 Gruppen: A. Leichte Fälle: Die Pseudomembranen überschreiten nicht die Tonsillen. Bisweilen findet man Schnupfen, aber nur ausnahmsweise Fötter oder eine kleine Periladentitis.

B. Mittelschwere Fälle: Die Pseudomembranen bedecken die Tonsillen und die Gaumenbögen oder die Ränder der Uvula. Man findet häufig Schnupfen, Fötter und eine kleine Periladentitis; nur ausnahmsweise Albuminurie, andere Intoxikationserscheinungen und