

Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : **Schneider (maladie de)**

**SCHNEIDER, Hans. - Ueber  
epidemische akute "Meningitis  
serosa"**

*In : Wiener Klinische Wochenschrift, 1931, Vol. 44,  
pp. 350-2*

wo wir einen Schirm auf ganz natürliche Weise opfern können; hier liegen aber solche Umstände nicht vor, nur wird das ganze Leben in eine logische Formel hineingezwängt und so seines ganzen Reichtums, seiner unendlichen Nuancen, seiner nie sich erschöpfenden Beweglichkeit und seines ewigen Fortschrittes beraubt. Der da liegenbleibende Regenschirm ist tatsächlich ein Leichnam: er ist hier dem psychopathologischen Rationalismus zum Opfer gefallen.

Ein Kranker sagt, daß man im Leben zwischen materiellen und geistigen Gütern wählen müsse, er entscheidet sich für die letzteren, aber aus diesem Grunde könne er auch nicht mehr seine Bienenzucht weiterführen, obgleich sie früher seine Lieblingsbeschäftigung gebildet hatte, denn nunmehr falle sie notwendigerweise unter die Rubrik: materielle Güter. Wenn er gezwungen ist, im Garten zu arbeiten, um seinen Eltern zu helfen, so empfindet er dies schmerzlich als eine Vergewaltigung seiner Prinzipien. Auch will er nur nützliche Sachen sagen und prüft deshalb jeden Satz, bevor er ihn ausspricht. Bald spricht er auch so gut wie gar nichts mehr. Wenn er zu Tisch geht, stellt er im voraus das Programm der Gedanken auf, die ihn während der Mahlzeit beschäftigen sollen, damit er auch keine Sekunde verliert. Es friert einen regelrecht in Gegenwart eines solchen Menschen, seine Logik schließt das Irrationale gänzlich aus, vernichtet aber dadurch gleichzeitig das Leben, er hat den lebendigen Kontakt mit der Wirklichkeit gänzlich verloren; wie einen Behälter will er die Zeit ausfüllen und besitzt auch kein Verständnis für das Zeitverlieren, das ja nicht notwendigerweise immer ein Zeitverlust ist und das im Gegenteil in der lebendigen Zeit sogar etwas sehr Wertvolles bedeuten kann.

Ich erinnere hier noch an einen Patienten von Dr. Robin, der aus seinem Revolver auf eine Uhr schoß, um die Zeit, seinen ärgsten Feind, symbolisch zu vernichten.

Viele schizophrenen Symptome lassen sich von diesen Gesichtspunkten aus auffassen. Dies ist übrigens nicht immer leicht. Auf jeden Fall kann ich sie unmöglich hier alle aufzählen. Eins möchte ich aber doch erwähnen. Ich meine hier die Ambivalenz. Ich muß schon sagen, daß dieser Begriff in der Psychologie nicht immer richtig gebraucht wird, obgleich er eine ganz prägnante, für die Schizophrenia pathognomonische Erscheinung bildet. Jedem Gefühl kann sich ein entgegengesetztes Gefühl beimischen, das ist aber noch lange nicht Ambivalenz, denn schließlich wird aus ihnen doch etwas Einheitliches. Jeder Entschluß hat ebenfalls das Vorhandensein eines Ja und eines Nein zur Vorbedingung. Sie organisieren sich aber in der Zeit und führen zum Entschluß, indem wir uns frei fühlen. Kommt es aber nicht zum Entschluß, so zweifeln oder zögern wir, aber hier ist ja doch noch etwas Lebendiges vorhanden, es ist noch eine gewisse Organisation festzustellen, nämlich die unter dem Aspekto des Zweifels oder Zögerns. Ganz anders hingegen verhält es sich bei der Ambivalenz. Hier ist überhaupt keine Organisation mehr vorhanden, das Ja und das Nein werden gleichzeitig, in einem Atemzuge, vollzogen, das Nacheinander ist vollständig durch das Nebeneinander ersetzt worden und so ist denn, was sonst Konflikt, Kampf oder nur Zweifel ist, hier zu einem toten, für die schizophrene Psyche spezifischen Gebilde geworden.

Hier lassen sich die Beobachtungen von Dide und Guiraud angliedern, die feststellen konnten, daß manche Schizophrenen mit besonderer Vorliebe die zeitlichen Bestimmungen durch örtliche ersetzen, z. B., daß sie häufig „wo“ anstatt „wenn“ sagen.

Dies alles läßt uns schon ahnen, daß die meisten äußeren Erscheinungen des schizophrenen Verhaltens, und dies sowohl auf dem Gebiete des Denkens als auch der Affektivität, auf einer gemeinsamen Basis beruhen, die die tiefere Struktur des psychischen Geschehens betrifft, so daß die verschiedenen Symptome nur ein plausibler Ausdruck dieser fundamentalen Grundstörung sind. Wir kommen übrigens später noch auf diese wichtige Frage zurück, hier wollten wir sie nur andeuten.

(Schluß folgt)

Aus der Medizin. Abteilung des a. ö. Krankenhauses der Stadt Neunkirchen, N.-Oe.

## Ueber epidemische akute „Meningitis serosa“\*

Von Primararzt Dr. Hans Schneider

In der jüngsten Zeit wurde von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, daß es zu einem gehäuftem Auftreten von Meningitiden bei Kindern komme, die, unter schweren Allgemeinsymptomen verlaufend, klinisch das Bild der mehr minder entwickelten Meningitis bieten und bei denen der durch Lumbalpunktion entleerte Liquor einer Meningitis serosa entspricht; der Verlauf dieser Erkrankung ist fast durchwegs ein gutartiger.

Der Liquor erwies sich nun stets auch bei Kulturversuchen als steril, so daß diese „aseptische Meningitis“ sogar als eigenes neues Krankheitsbild angesprochen wurde.

A. Eckstein, der an der Hand umfassender Literatur die vorliegenden Fälle bearbeitet hat, verweist auf Wallgren, nach welchem folgende Symptomatologie dieser Erkrankung besteht:

1. Akuter Beginn mit deutlichen meningitischen Symptomen.
2. Meningitische Veränderung der Spinalflüssigkeit (schwankend von nur unbedeutender Vermehrung der Liquorzellen bis zur makroskopischen Trübung des Liquors durch Leukozyten).
3. Steriler Liquor sowohl bei direkter Untersuchung als auch bei Kultur.
4. Relativ kurzer Verlauf, gutartig, ohne Komplikationen.
5. Fehlen einer der üblichen Aetiologien der Meningitis serosa (Ohreiterung, Infektionskrankheiten, Trauma usw.).
6. Fehlen von epidemiologischen Beziehungen zu einer Meningitis erzeugenden Infektionskrankheit.

Nachdem nun Haeßler 1928 in Leipzig in den Monaten Juli bis September 12 Kinder beobachtet konnte, die an diesem Symptomenkomplex erkrankt waren, konnte A. Eckstein 1930 in Düsseldorf von Mai bis Oktober 13 an dieser „aseptischen Meningitis“ erkrankte Kinder sehen und zur weiteren Klärung des Krankheitsbildes beitragen.

Nach seinen Beobachtungen begann die Erkrankung in fast allen Fällen gleich: mit Angina, gefolgt von heftigen Kopfschmerzen und starkem Krankheitsgefühl, stets mit Uebelkeit und Erbrechen verbunden; die schweren Fälle zeigten das volle Bild der Meningitis, die leichteren wenigstens einen Kernig; Nackensteifigkeit war nicht immer deutlich. Ein Patient hatte schon drei Wochen vor der Aufnahme Kopfschmerzen und Erbrechen und erst allmählich wurden die meningealen Zeichen deutlicher. Somatisch waren keine Veränderungen an den Patienten nachzuweisen, das Blutbild soll keine Besonderheiten gezeigt haben. Von nervösen Erscheinungen wurden lebhaftere Sehnenreflexe, mitunter Augenmuskelsymptome und seltener Veränderungen an der Papilla nervi optici gefunden.

Das klinisch wichtigste Symptom war der Liquorbefund, der sehr häufig keine deutliche Druckerhöhung zeigte; die Eiweißreaktion war meist positiv, die Liquorzellen (Lymphozyten) von 200/3 bis 700/3; maximal 5400/3 vermehrt. In der Rekonvaleszenz Rückkehr der Zellen zur Norm. Alle Liquorkulturen blieben stets steril. Im Rachenabstrich konnten mitunter hämolytische Streptokokken nachgewiesen werden. Der Fieberverlauf zeigte kritischen oder lytischen Temperaturabfall, bei sehr stürmischen Fällen, die zu Rezidiven neigten, wurde intermittierendes Fieber beobachtet. Druckpuls war nur in einem Falle vor-

\* Die ausführliche Publikation aller Fälle wird an anderer Stelle erfolgen.

handen, die Prognose in allen Fällen günstig; nur in einem Falle blieben die Augensymptome bestehen. Die Patienten erholten sich alle rasch.

Diese Erfahrungen von A. Eckstein können wir auch an der Hand unseres bis jetzt vorliegenden Materials weitgehend bestätigen.

Auch wir verfolgen das Krankheitsbild dieser akuten „aseptischen Meningitis“ seit dem Jahre 1927 mit steigendem Interesse und konnten im Laufe dieser Zeit 24 Fälle sammeln.

Unsere Fälle betrafen hauptsächlich Erwachsene, zumeist das mittlere Lebensalter; der jüngste Patient war 14 Jahre, der älteste 74 Jahre alt. Die Erkrankung scheint mit Sicherheit kein Geschlecht zu bevorzugen, da sie 13 Frauen und 11 Männer betrafen.

Aufgefallen ist uns, daß die Fälle gehäuft zu Beginn des Sommers und Ende Herbst aufzutreten sind, und dies in jährlich wachsender Anzahl! Während wir 1927 im Dezember den ersten Fall sahen, sahen wir 1928 von Juni bis August 4 Fälle, im Juni und August 1929 6 Fälle, 1930 aber 12 Fälle! Davon 3 im Juli, 8 plötzlich zusammen erkrankte Ende Oktober bis anfangs November und einen letzten Ausläufer anfangs Dezember.

Die Erkrankung, die in unseren Fällen vorwiegend rüstige Menschen betroffen hat, begann plötzlich mit hohem Fieber, das aber zu Beginn einiger Tage remittieren kann; mitunter wurde über Schüttelfröste berichtet, in einem Teil der Fälle über Angina; allgemeines Uebelsein kann im Vordergrund stehen, Erbrechen fehlt kaum, Kopfschmerzen nie; diese können ungeheuer heftig und medikamentös kaum beeinflussbar sein. Ein Fall klagte über Gelenkschmerzen, ein erwachsener Mann fiel plötzlich in Ohnmacht, an die sich dann die Kontinua anschloß.

Die Symptome einer Meningitis waren nicht in allen Fällen schon bei der Aufnahme sehr deutlich vorhanden, traten aber meist in den ersten Tagen der Spitalsbeobachtung auf oder es war doch Hauthyperästhesie, Andeutung von Kernig, Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule oder Babinski vorhanden. Augenmuskel-symptome, die bald wieder verschwanden, sahen wir nur einmal, desgleichen leichte Parästhesien und Paresen sowie stärkeren Speichelfluß; eine Neuritis nervi optici scheint öfter vorzukommen.

Das Blutbild in unseren Fällen ergab mit gewisser Regelmäßigkeit bei mäßiger Leukozytose und fast immer fehlenden Eosinophilen ziemlich normale absolute Werte für die Lymphozyten.

Der Liquorbefund war auch für uns ein Symptom von besonderer Dignität; wir fanden in den meisten Fällen mäßigen Druck, vermehrte Globulinreaktion und Zellvermehrung von 30/3 bis 1500/3 Zellen, die vorwiegend Lymphozyten waren.

Im mikroskopischen Präparat konnten niemals Bakterien nachgewiesen werden und ebenso fielen alle Kulturversuche stets negativ aus.<sup>1</sup>

Die Wa.R. in Blut und Liquor war immer negativ.

Das Fieber zeigte auch in unseren Fällen meist den Verlauf einer hohen Kontinua. Herpes labiales war sehr selten. Auffällig erschien uns der Einfluß der Lumbalpunktion auf die Temperatur, da wir kritische Entfieberungen nach diesem Eingriff sahen und auch Fälle, bei denen das Fieber wieder anstieg, meist nach der Wiederholung entfiebernten. Sehr schön war der Ausheilungsvorgang durch wiederholte Punktionen darzustellen, die eine progressive Abnahme der Zahl der Liquorzellen ergaben.

<sup>1</sup> Sämtliche bakteriologischen und serologischen Untersuchungen wurden im Institut Hofrat Prof. V. Russ durchgeführt, dem ich auch an dieser Stelle bestens danke.

Erwähnenswert ist die Pulsfrequenz, die, fast immer niedriger als der Höhe des Fiebers entsprechend, erst nach der Lumbalpunktion wieder anstieg, um nach einigen Tagen ihre normale Höhe zu erreichen.

Der Harnbefund zeigte selten eine geringe Albuminurie und Urobilinogenvermehrung.

Der Blutdruck war ein wenig vermindert.

Von sonstigen pathologischen Organbefunden war einmal eine geringe Milzschwellung festzustellen.

Die Tuberkulinproben, im Fieber angelegt, waren mitunter negativ.

Die Prognose war auch bei allen unseren Fällen gut, Spätfolgen wurden keine beobachtet; es scheint aber, daß die Patienten in der letzten Zeit länger zu ihrer Erholung brauchen und häufiger in der Rekoneszenz über Schwindel klagen.

Therapeutisch haben wir die Lumbalpunktion wertvoll gefunden und in späteren Fällen den Kranken auch Urotropin gegeben.

Obwohl nach dem im vorhin Gesagten das Krankheitsbild der „aseptischen Meningitis“ ziemlich scharf umrissen erscheint, möchten wir es doch noch in Kürze durch einige Krankengeschichten illustrieren, da nach unseren Erfahrungen die Kenntnis dieser an Wichtigkeit gewinnenden Erkrankung noch nicht genügend verbreitet ist.

Fall 1. Pr.-Nr. 2613; aufgenommen 26. Dezember 1927. M. S., 33jährige Bergmannsfrau, wohnhaft Puchberg.

Anamnese: Vor acht Tagen plötzlich mit heftigen Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, erkrankt, Fieber über 38° C, Stuhl obstipiert; gestern plötzlich verwirrt; war niemals vorher krank; vier normale Partus, letzte Menses vor acht Tagen.

Status praesens: Graze, etwas blasse Pat., interner Organbefund o. B., Sprache sehr langsam, leicht skandierend, neurologisch o. B. Temperatur 37,1°, Puls 80, rhythmisch, Harn o. B. Augenhintergrund: Fundus tabul. und hyperäm. Papillen. Leukozyten 15.000, 83% Neutrophile, 14% Lymphozyten, 2% Monozyten, 1% Plasmazellen. Mantoux neg.

30. Dezember. Temperatur 38,5, Puls 84; Kopfschmerzen stärker, Geringe Nackensteifigkeit. Lumbalpunktion: Klarer Liquor unter stark erhöhtem Druck, Pandy ++++, Nonne-Apelit Spur, 44/3 Zellen (Lymphozyten), keine Bakterien nachweisbar; Kultur negativ, Wa.R. negativ in Blut und Liquor. Seit der Punktion entfiebernt; klagt mitunter über leichte Kopfschmerzen. P. S. R. links < rechts (Lpkt.?).

18. Januar 1928 völlig beschwerdefrei und ohne pathologischen Befund entlassen.

Fall 2. Pr.-Nr. 1421; aufgenommen 29. Juni 1928. J. K., 48jähriger verheirateter Schlossergehilfe, wohnhaft Wimpasing.

Anamnese: Vor 14 Tagen plötzlich mit hohem Fieber und Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Uebelkeit erkrankt; vor einem Monate wegen Ulc. ventr. operiert. Wird vom Arzte als Verdacht auf akute Tbc. eingewiesen.

Status praesens: Objektiv nur alte Spitzten, p. p. Laparotomienarbe. Temperatur bis 40,5°, Puls 81, Leukozyten 12.500, 81% Neutrophile, 11% Lymphozyten, 8% Monozyten, Harn o. B. Mantoux positiv.

3. Juli. Zunge belegt, trocken; geringe Nackenstarre und Andeutung von Kernig, leichte Hauthyperästhesie; Puls 66, Lumbalpunktion: Leichtest getrübler Liquor unter erhöhtem Druck, Pandy ++++, Nonne-Apelit +, 108/3 Zellen (Lymphozyten), keine Bakterien nachweisbar; Kultur steril. Wa.R. negativ in Blut und Liquor, Rachenabstrich: keine Meningokokken. Temperatur seit der Punktion abgefallen; später tritt eine leichte Parese der linken Schultergürtelmuskulatur auf, die unter entsprechender Behandlung bald verschwindet, so daß der Pat. am 31. August in vollkommen normalem Zustande entlassen werden kann.

Fall 7. Pr.-Nr. 1290; aufgenommen 12. Juni 1929. E. R., 48jährige Landwirtsfrau, wohnhaft Stollhof.

Anamnese: Vor 14 Tagen mit hohem Fieber, Kopfschmerzen und Uebelkeit erkrankt; Stuhl obstipiert. Vier normale Partus, letzte Menses vor 14 Tagen. Die Pat. schläft sehr viel in der letzten Zeit. Als Status febril. vom Arzte überwiesen.

Status praesens: Entsprechend genährt, leichte Zyanose, Zunge belegt, hochgradige Nackenstarre und deutlicher Kernig, Harn: Urobilinogen leicht vermehrt, Tonometer 100 mm Hg. (R.R.), Mantoux neg., Leukozyten 13.400, 75% Neutrophile, 1% Lymphozyten, 11% Monozyten, 1% Mastzellen.

Die Temperatur- und Pulskurve erscheint uns so charakteristisch, daß wir sie hierher setzen.

Lumbalpunktion: Leicht trüber Liquor unter mäßigem Druck; Pandy ++++, Nonne-Apellet +,  $1.536\frac{2}{3}$  Zellen (überwiegend Lymphozyten); keine Bakterien nachweisbar, Kultur steril, Wa.R. in Blut und Liquor negativ, Rachenabstrich: keine Meningokokken.

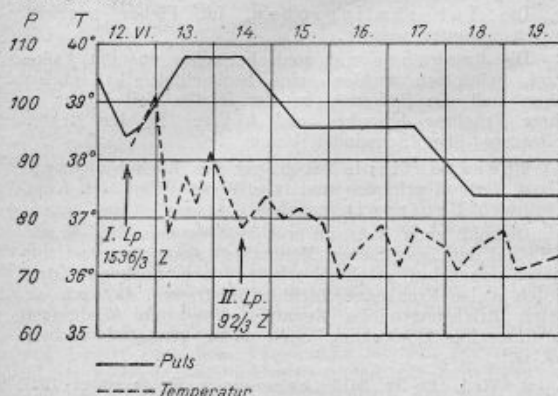


Abb. 1

13. Juni. Retentio urinae.

14. Juni. Lumbalpunktion: Liquor klar, mäßiger Druck, Pandy ++, Nonne-Apellet +,  $90\frac{2}{3}$  Zellen.

20. Juni. Lumbalpunktion: Klarer Liquor, normaler Druck; Pandy ++, Nonne-Apellet +,  $62\frac{2}{3}$  Zellen.

Im weiteren Verlaufe klagte Pat. durch einige Tage über starken Speichelfluß, konnte aber am 27. Juli vollkommen beschwerdefrei entlassen werden.

Fall 19. Pr. Nr. 2659; aufgenommen am 29. Oktober 1930. St. B., 24jährige Schlossermeistersfrau, wohnhaft Pottschach.

Anamnese: Vor drei Wochen plötzlich mit Kopfschmerzen, Uebelkeit und intermittierendem Fieber erkrankt, Pat. gelangte nach einigen Tagen als typhusverdächtig in das Krankenhaus einer Nachbarstadt (Krankengeschichte leider nicht zu erlangen), von wo sie nach ihrer Angabe, da kein Fieber mehr bestand, nach fünf Tagen entlassen wurde; einige Tage nach ihrer Heimkehr traten aber wieder Fieber und heftige Kopfschmerzen auf, Pat. hat angeblich alle Kinderkrankheiten, im 9. Lebensjahre „Kopfentzündung“ und im 13. Typhus durchgemacht. Ein normaler Partus, letzte Menses vor 14 Tagen.

Status praesens: Guter Ernährungszustand, leichte Zyanose, akzidentelles Herzgeräusch, bei tiefer Inspiration Milzpol eben tastbar, nur geringe Nackensteifigkeit, aber sehr deutliche Druckschmerzhaftigkeit der Halswirbelsäule. Temperatur 39°, Puls 84, Leukozyten 10.800, 78% Neutrophile, 1,3% Lymphozyten, 9% Monozyten. Harn o. B. Lumbalpunktion: Klarer Liquor unter erhöhtem Drucke, Pandy ++++, Nonne-Apellet +,  $146\frac{2}{3}$  Zellen (Lymphozyten), keine Bakterien nachweisbar; Kultur neg. Wa.R. in Blut und Liquor neg. Rachenabstrich: Keine Meningokokken. Am dritten Tage nach der Punktion kritisch entfiebert, klagt in der Folge noch über leichte Parästhesien der Arme.

10. Dezember. Ueber eigenen Wunsch bei vollkommenem Wohlbefinden entlassen.

Epidemiologisch ist dieser letzte Fall besonders wichtig, da er — nach dem Beginn der Erkrankung — der erste zu sein scheint, aus einer Reihe von 12 Fällen im selben Ort, die zum größten Teil auch in unsere Beobachtung gelangten, bei denen eine unklare fieberhafte Erkrankung binnen wenigen Tagen aufgetreten war, so daß der Verdacht einer Typhusepidemie entstand und die Lebensmittelquellen revidiert wurden!

Nach diesem explosionsartigen Auftreten der „aseptischen Meningitis“ kann an ihrem Epidemiocharakter nicht mehr gezweifelt werden. Da die bis nun bekannten Epi-

demien von „seröser Meningitis“ durchwegs bei Kindern gesehen wurden, unsere Fälle aber Erwachsene betrafen, müssen wir annehmen, daß die bei uns vorkommende epidemische „seröse Meningitis“ entweder tatsächlich nur Erwachsene intensiv befallen hat, oder daß Kinder nur ganz leicht erkrankt waren, da wir sonst aus unserem Sanitätsbezirk ein ziemlich reichliches Kindermaterial zu sehen bekommen und bei den in der Mehrzahl nicht günstigen Wohnverhältnissen der Bevölkerung meist sogar eine gewisse Spitalsfreudigkeit im Falle einer Erkrankung besteht.

Leichtere Fälle kommen ja in derselben Epidemie zusammen mit ganz schweren vor; die Dauer der Erkrankung scheint von einigen Tagen bis zu vier Wochen betragen zu können.

Wichtig erscheint uns mit Rücksicht auf den Seuchencharakter der Krankheit die Differentialdiagnose; wie bereits dargelegt, kommen die Fälle als Tbc.-Verdacht oder Typhus zur Aufnahme. Die bei manchen Fällen bestehende Symptomenarmut, die Neigung des Fiebers zu spontanen Remissionen und der schließlich gute Ausgang machen es wahrscheinlich, daß die Krankheit derzeit noch viel öfter vorkommt, als sie erkannt wird.

Für die Stellung der Differentialdiagnose sahen wir in der isolierten Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule mitunter ein wertvolles Symptom und möchten auch das Blutbild als fast typisch hinstellen, das die Abgrenzung gegenüber dem ausgebildeten Typhus und der Meningitis tbc. oder epidemica immer ermöglicht; da wir für die Erkrankung einen Sommer- und Herbstgipfel fanden, möchten wir auch der Berücksichtigung der Jahreszeit einen Wert beimessen, ebenso erscheint uns der entscheidende Einfluß der Lumbalpunktion — ganz abgesehen von dem charakteristischen Liquorbefund — auf die Entfieberung diagnostisch beachtenswert.

Zur Frage nach der Aetiologie der epidemischen akuten „serösen Meningitis“ ist festzustellen, daß dieser „seröse“ Charakter den Meningitiden verschiedenster Herkunft zu eigen sein kann (Eskuchen).

H. Schlesinger hat eine Häufung „seröser Meningitiden“ bei Epidemien von Poliomyelitis beobachtet; auch wir sahen im vergangenen Jahr eine Häufung der Poliomyelitisfälle, glauben aber, nach dem Blutbild und dem Fehlen aller späteren Lähmungserscheinungen, auch die meningitische Form der Heine-Medinschen Krankheit ausschließen zu können. Daß auch die „seröse Meningitis“ zu Spätfolgen führen kann (Tumorsymptome), darauf hat G. Hermann kürzlich hingewiesen.

Für die gleichfalls ventilierte Frage einer Beziehung zur Vakzinationsenzephalitis sehen wir bei unserem Erwachsenenmaterial keinen Anhaltspunkt.

Wichtiger erscheint auch uns die Frage nach einer Beziehung zur Encephalitis epidemica, die schon von A. Eckstein gestellt wurde. Eckstein neigt auf Grund von Tierversuchen zur Auffassung, daß die „seröse Meningitis“ eine abortive Form der Encephalitis epidemica sein könnte; in dieser Auffassung erscheinen uns nun einige von uns gesehene Zeichen wichtig: die nur spärlich beobachteten Augenmuskelsymptome könnten ganz gut auch durch basales Exsudat erklärt werden, mehr aber deuten die leichten Paresen und Parästhesien sowie die beobachtete Schläfrigkeit und der Speichelfluß auf ein Bild, das eine bestimmte Ähnlichkeit hat mit der Encephalitis epidemica, die ja nach Zeit und Ort gerne symptomatische Besonderheiten bietet (v. Economo).

Literatur: A. Eckstein: Kl. W., 1931. I. — v. Economo: N. D. Klinik, 1929, III. — K. Eskuchen: Lumbalpunktion, 1919. — G. Hermann: V. d. Ae. in Prag. Med. Kl., 1930, 33. — H. Schlesinger: Kraus-Brugsch, 1924, II/2.