VII. Aus der pädiatrischen Universitätsklinik in Christiania. Lokale Asphyxie combinirt mit Functionsstörungen von Seiten des Gehirns.¹⁾

Von Prof. Dr. Axel Johannessen.

Ivar C., zweijähriger Sohn eines Kesselschmiedes, wurde am 9. December 1895 in die pädiatrische Universitätsklinik in Christiania aufgenommen. Ueber seine Familie und seine Krankheitsgeschichte ist folgendes festgestellt.

Man weiss von niemand in der Familie, der Schwindsucht hätte oder daran gestorben wäre. Geisteskrankheit ist in der Familie nicht vorgekommen, auch keine mit Krämpfen verbundene Krankheit. Der Vater ist regelmässig am Sonnabend und Sonntag betrunken, im ganzen genommen aber nur wenn er freie Tage hat, sehr selten an Arbeitstagen. Der Patient bekam die Brust, bis er 15 Monate alt war; als er zwei bis drei Monate alt war, Eier und Milch nebenbei. Die ersten Zähne bekam er acht Monate alt; als er ein Jahr alt war, hatte er acht Zähne. Im Alter von 15 Monaten konnte er gehen, etwa im Alter von einem Jahre fing er an zu sprechen. Vor seiner jetzigen Krankheit konnte er mehrere Worte wie: „Papa“, „Mama“, „Pip-Pip“, „Tuppa“, „Tak da“ u. s. w., sagen. Er ist früher nie krank gewesen. Zu Anfang April 1895 wurde er unruhig und unleidlich in der Nacht und wollte gern zu essen haben. Diese Reizbarkeit hielt sich, ohne von äusseren Krankheitszeichen begleitet zu sein, bis Ende Mai; sein Appetit war gleichmässig gut, und er sah ebenso gut und blühend aus wie früher. Am Ende des Monats Mai fingen beide Füsse an zu schwellen, sie wurden feuerroth, juckten, und es bildeten sich Beulen; die Krankheit wurde von einem Arzte für „Knotenrose“ erklärt.

Einige Zeit nachher trat an dem Rumpf ein stark juckendes Exanthem auf, bestehend aus „hitzigen, rothen Punkten“; es hat sich später die ganze Zeit gehalten, ist aber nicht immer gleich hervortretend gewesen. 14 Tage bis 3 Wochen nach dem Auftreten des Exanthems am Rumpfe fingen die Hände an anzuschwellen, die Finger wurden dick und sammt den Handflächen stark blauröthlich und juckend.

Nach einiger Zeit fing eine reichliche Abschälung in grossen Stücken an den Fusssohlen und Handflächen an; in der Mitte des August fingen dieselben Partien von neuem an abzuschuppen, wogegen die Haut am Rumpfe sich nie abgeschält hat. Der Patient fing, gleich nachdem die Füsse anzuschwellen begonnen hatten, an schlaff zu werden; er konnte kaum den Kopf aufrecht halten, verlor das Gehen, wollte am liebsten liegen; sprach beinahe nie, jammerte aber und weinte oder schrie — zuweilen unablässig; er wurde immer blässer, aber nicht magerer.

Während sein Zustand im allgemeinen täglich schlechter wurde, hatte der Appetit sich trotzdem die ganze Zeit ebenso gut wie früher gehalten, mit Ausnahme einer Zeit von drei Wochen. Er hat nie Krampfanfälle gehabt, niemals Zuckungen, hat nicht geschielt, nie erbrochen; in der letzten Zeit schien es der Mutter, als ob sie hin und wieder Zuckungen in dem einen Mundwinkel gesehen habe, aber in welchem, weiss sie nicht. Die Harnentleerung und der Stuhlgang sind immer in Ordnung gewesen.

Der Patient wurde vom Herbst ab poliklinisch in der pädiatrischen Universitätsklinik behandelt, und am 14. September wurde folgender Status praesens aufgenommen.

Der Patient ist blass, aber nicht mager; der Gesichtsausdruck ist schlaff, er kann den Kopf nicht aufrecht halten, der Körper fällt zusammen, er kann nicht stehen; er kratzt sich, jammert oder schreit, er schweigt dagegen, wenn man ihm die Fusssohlen kratzt. Ueber dem ganzen Rumpf, den Unterextremitäten und den Unterarmen bemerkt man ein kleinpapulöses Exanthem, welches jedoch nicht confluiriert. An verschiedenen Stellen sieht man Kratzzeichen. Füsse und Hände sind stark ödematös, verdickt, klumpig und machen einen plumpen Eindruck. Sie sind bläulich roth, glänzend und kalt anzufühlen, die Zehen und namentlich die Finger sind besonders geschwollen und erinnern einigermaassen an Makrodactylie. Abschälung findet statt an den Handflächen, aber nicht an den Fusssohlen, an der rechten Hand ist der Nagel des Zeigefingers abgefallen. Die Fontanellen sind geschlossen; bedeutender Rosenkranz, keine Anschwellung der Epiphysen. 16 Zähne. Herzdämpfung von der vierten Rippe und dem linken Sternalrand an, der Spitzenstoss im vierten Intercostalraume in der Papillarlinie, die Herztöne rein. Ueber den Lungen sonorer Percussionsschall und vesiculäres Athmen. Die Leberdämpfung ist nicht nachweisbar, indem der sonore Schall an der siebenten Rippe in tympanitischen übergeht. Die Reflexe konnten nicht untersucht werden. Puls 132, regelmässig. Der Urin enthält kein Eiweiss. Gewicht 9,700 g, Körperlänge 0,82 m, Kopfumfang 0,475 m, Brustumfang 0,46 m, Sitzhöhe 0,46 m. Patellarreflexe sind verstärkt. Keine Atrophie. Behandlung: Bäder mit Kali hypermanganicum.

9. December. Da das Kind noch nicht gehen kann, haben die Eltern sich entschlossen, es in die Klinik aufnehmen zu lassen. Seit Ende

¹⁾ Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft in Christiania am 28. October 1896.

September hat sich der Zustand im ganzen etwas gebessert. Das Jucken am Körper und an den Fusssohlen hat vollständig aufgehört, ebenso die Abschälung; an den Händen hingegen hat die Desquamation und das Jucken sich länger gehalten. Sowohl die Hände wie die Füße sind fortdauernd geschwollen, bläulich roth und kalt gewesen. Der Appetit war gut. Das Kind ist nach und nach ruhiger geworden und hat in der Nacht besser geschlafen, es hat zu spielen angefangen und spricht einige Worte. Patient hat weder gehen, noch allein stehen können, er wollte die ganze Zeit am liebsten getragen sein oder im Bette liegen; in der letzten Zeit hat er sich hin und wieder einige Augenblicke im Bett aufrichten können und ist auch, doch nur selten, auf dem Fussboden herumgekrochen. Der Mutter schien es, als ob sie bemerkt hätte, dass die Arme und Beine magerer geworden sind, während der Körper sich ziemlich im Gleichen erhalten hat. Patient hat beständig geschrien, sobald man den Beinen nur nahe kam, dahingegen nicht, wenn es sich um die Arme oder den übrigen Körper handelte. Die Stuhlentleerung ist in der letzten Zeit in Ordnung gewesen, eine Zeit lang war sie etwas träge, doch verging nie ein Tag ohne Darmentleerungen. Die Harnentleerung ist anscheinend nicht schmerzhaft gewesen. Er sagt es nie, wenn Harnentleerung oder Darmentleerung sich einstellt. Krämpfe oder Zuckungen sind auch ferner nie beobachtet worden.

Status praesens: Der Patient ist bleich, die Schleimhäute sind anämisch. Der Gesichtsausdruck ist fortwährend etwas schlaff, aber doch lebhafter als früher. Patient ist ziemlich artig, wenn er auch hin und wieder etwas weinerlich ist. Er versteht alles sehr gut, was man ihm sagt. Die Zunge unbedeutend belegt. Zähne $\frac{3}{3}$. Puls 132. Respiration 28. Schleimiger Ausfluss aus der Nase. Zahlreiche, schrotkorn-grosse Drüsen in den Leistengegenden, in den Achselhöhlen und am Halse. Er kann jetzt den Kopf eine Weile aufrecht halten. Dahingegen kann er noch immer nicht sitzen, ohne sich mit den Händen zu stützen, er sinkt jedoch nicht so zusammen wie früher. Die Muskulatur des ganzen Körpers ist schlaff, doch sind die Hals- und Nackenmuskeln bedeutend fester als die übrigen. Die Muskeln der Extremitäten scheinen zugleich etwas atrophisch zu sein. Der Umfang der Waden ist 16,5 cm, der Unterarme 13,0 cm an der dicksten Stelle. Patient kann alle Bewegungen mit den Armen und Beinen ausführen, es geschieht aber langsam und kraftlos. Die Gelenke sind schlaff, besonders die Fussgelenke. Er kann über den Fussboden hin kriechen, es geht aber sehr langsam. Die Patellarreflexe erscheinen etwas verstärkt, die Sensibilität scheint erhalten zu sein. Die Pupillen reagieren gut auf Licht. Hände und Füße sind bläulichroth, kalt und verdickt wie früher, während die Haut am Körper sonst glatt und normal ist. Am unteren Theil des rechten Unterschenkels sieht man eine 6—7 cm lange injicirte Fläche mit kleinen Papeln besetzt. An Brust und Unterleib sind die physikalischen Verhältnisse wie früher. Die Milz kann man wegen der schlaffen Bauchwände oben unter dem Costalrand fühlen, nicht vor der Spitze der elften Rippe, percutorisch kann sie nicht nachgewiesen werden. Gewicht 10 250 g, Körperlänge 0,85 m, Kopfumfang 0,475 m, Brustumfang 0,50 m, Sitzhöhe 0,46 m. Der Urin reagirt schwach alkalisch, ist hell, nicht stinkend und enthält kein Eiweiss. Behandlung mit Massage.

11. December. Der Patient kann sich nun selbst aus der liegenden in die sitzende Stellung aufrichten. Er kann die Arme erheben und greift nach Gegenständen. Bei der Untersuchung in der neurologischen Abtheilung der Universitätsklinik zeigte es sich, dass alle Muskeln sowohl auf den galvanischen wie auf den faradischen Strom gut reagieren. Die Augen sind heute in der Augenklinik von Dr. Hörbye, der nichts abnormes entdecken konnte, untersucht worden. Der Augengrund blass, keine Ueberfüllung der Gefässe, keine Stauungspapille.

14. December. Der Patient stand heute eine kleine Weile im Bette, wobei er sich nur an der Kante der Bettstelle festhielt. Gewicht 9 700.

16. December. Der Patient spricht einzelne Worte und ist in guter Stimmung, isst gut. Sitzt und steht im Bette, wobei er sich an der Kante der Bettstelle festhält.

21. December. Gewicht 10 100.

24. December. Hat angefangen gestützt zu gehen.

26. December. Am Rumpf sieht man mehrere grössere und kleinere Varicellen.

27. December. Das Kind plaudert den ganzen Tag, ist artig. Gewicht 10 000.

4. Januar 1896. Das Kind hat nach den Varicellen einige subcutane Abscesse bekommen. Beim Aussäen auf Agar zeigt es sich, dass sie *Staphylococcus aureus* enthalten.

Ausserdem traten hin und wieder wässerige Darmentleerungen auf, fünf bis sechs in 24 Stunden. Gewicht 9800 g.

8. Januar. Auch ferner ab und zu dünne Darmentleerungen in den letzten Tagen. Heute vier gelbe breiige Stuhlentleerungen.

16. Januar. Patient spricht einzelne Worte, bittet um Essen und Trinken. Trinken (drikke) nennt er „Ditte“, Essen (mad) „Maja“ oder „Kakka“. Andere Dinge, die er zu haben wünscht, zeigt er mit dem Finger. Ausserdem sagt er „Mama“. Für die Diakonisse hat er keinen Namen.

18. Januar. Gewicht 10 700. In der letzten Zeit ist das Kind lebhafter und kann etwas gehen, es hat gelernt „Beinet“ zu rufen, wenn es

Strümpfe anhaben und „Suppe“, wenn es zu trinken haben will. Hände und Füße sind fortwährend bläulichroth und kalt. Keine Desquamation. Der Appetit ist gut.

25. Januar. Gewicht 10 200.

26. Januar. In den letzten Tagen hat das Kind angefangen, seine Mitpatienten bei den Namen zu nennen. Die Namen sind immer richtig. Er will nun nicht mehr gehen und schreit, wenn man ihn auf den Fussboden setzt. Er hält die Gegenstände fest, die man ihm giebt, und isst von selbst, wenn er einen Kuchen in die Hand bekommt.

30. Januar. In den letzten Tagen wieder einzelne dünne Stuhlentleerungen; ebenso mehrere neue kleine subcutane Abscesse.

1. Februar. Gewicht 10 000.

8. Februar. Gewicht 10 800.

12. Februar. Das Kind entwickelt sich immer mehr und mehr in geistiger Beziehung, sagt alles, was es will, aber immer nur einzelne Wörter. Es ist nun immer guter Laune, will gern spielen, isst gut, scheint aber mehr am Tage zu schlafen als bei Kindern in dem Alter gewöhnlich ist. Hände und Füße sind nun heller als früher.

15. Februar. Gewicht 11 000.

19. Februar. War gestern schläfrig, ass aber gut. Temperatur 38,3 bis 36,4.

22. Februar. Gewicht 10 700.

23. Februar. Spricht nun zusammenhängend, sagt „faa Mad“, „faa Kage Söster“ (= „Essen haben“, „Kuchen haben, Schwester“). Ist artig.

28. Februar. Isst besser, kein Erbrechen. Kann nun ohne Stütze über den Fussboden gehen.

7. März. Gewicht 11 000.

9. März. Hat wieder einen Abscess an der Brust und einen in der Seite bekommen.

12. März. Die Röthe der Extremitäten ist fortwährend weniger hervortretend als früher. Das Kind geht ziemlich gut mit Stütze, und selbst ohne Stütze geht es kleine Stücke. Spricht kurze Sätze, z. B. „jeg faar peene Stövler“ (= „ich bekomme hübsche Stiefel“).

14. März. Gewicht 11 100.

20. März. Isst und schläft gut, ist immer guter Laune. Spricht beinahe alles mögliche, aber nur zwei bis drei Worte in einem Satz. Patient geht des Vormittags lange Strecken den Fussboden entlang ohne Stütze. Des Nachmittags will er sich dann am liebsten tragen lassen. Er kann allerlei ergreifen und festhalten. Die Farbe der Hände und Füße ungleich, mehr oder weniger dunkel, durchschnittlich weniger blauroth als früher. Gewicht 11 500.

23. März. Er läuft nun schnell über den Fussboden, hat an Gewicht zugenommen. Spricht jetzt längere Sätze.

24. März. Bei der Augenuntersuchung in der Augenklinik wurde heute der Augengrund auffallend pigmentarm, aber ohne pathologische Phänomene gefunden.

28. März. Das Kind ist bleich, Hände und Füße zeigen heute keine Röthe. Die Füße erscheinen sehr dick, ebenso hat das erste Glied der Finger eine eigenthümliche Dicke. Patient antwortet nicht gern, wenn man ihn anredet, spricht aber spontan ziemlich, was er will. Der Umfang der Wade 18,5 cm, des Oberschenkels 26 cm, des Unterarmes 15 cm, des Oberarmes in der Mitte 14 cm, des Oberarmes oben 15 cm. Gewicht 11 700.

30. März. Immer guter Laune, er lacht und plaudert den ganzen Tag. Heute sind die Hände wieder etwas blauroth. Die Füße im ganzen blass, das letzte Glied der Zehen etwas röthlich.

4. April. Gewicht 11 500.

10. April. Ist beständig artig und lebhaft, spricht beinahe, was er will, spricht Sätze mit mehreren Worten, z. B. „Ingeborg slog mig“.

10. April. Gewicht 12 000.

15. April. Plaudert den ganzen Tag, hält die Puppe ans Fenster, damit sie die Pferdebahn sehen kann.

17. April. Gewicht 12 000.

25. April. Gewicht 11 700.

2. Mai. Gewicht 12 000.

10. Mai. Gewicht 12 000.

17. Mai. Das Kind ist heute Nacht unruhig gewesen, ist heute schlaff, Puls 120. Die letzte Phalanx am Zeigefinger der rechten Hand ist auf der Unterseite des Nagels roth und geschwollen. Application: Borwasserumschläge.

18. Mai. Das Kind ist heute lebhafter, eine breiige Stuhlentleerung in den letzten 24 Stunden.

22. Mai. Gewicht 11 900.

24. Mai. Das Kind hat heute etwas gesungen, will gern spielen.

30. Mai. Gewicht 12 100.

5. Juni. Gewicht 12 500.

9. Juni. Der Patient ist gut beleibt, hat dicke Backen, die Gesichtsfarbe ist etwas blass. Er ist immer munter und bei guter Laune, will gern spielen. Spricht beinahe, was er will, spricht immer in kurzen Sätzen, nicht mehr als drei bis vier Worte in jedem Satz. Geht und läuft mit Leichtigkeit auf dem Fussboden herum. Die Muskulatur etwas schlaff. Ist auch etwas schlaff in den Gelenken. Die Patellarreflexe sind nicht verstärkt.

Cremastarreflexe vorhanden, die Sensibilität scheint normal zu sein. Die Pupillen sind von gleicher Grösse und reagieren gut auf Licht. Die Haut auf der Planta pedis etwas roth, übrigens ist die Haut überall von normaler Farbe, sowie auch die Verdickung stark zurückgegangen ist. 20 Zähne. Umfang der Wade 19 cm, der Lende an der Leistenengegend 27 cm, des Unterarmes 15,5 cm, des Oberarmes oben 16 cm, des Oberarmes in der Mitte 14,5 cm. Herzdämpfung von der vierten Rippe und dem linken Sternalrand an, Spitzenstoss im vierten Interostalraum in der Mammillarlinie; Herztöne rein. Ueber der Hinterfläche der Lungen hört man einige Rhonchi, sonst über den Lungen normale Verhältnisse. Leberdämpfung vom sechsten Interostalraum bis zum Rippenbogen. Keine nachweisbare Milzvergrößerung. Der Unterleib gross, weich, unempfindlich, giebt tympanitischen Percussionsschall. Temperatur normal. Seit der Aufnahme in die Klinik ist die Temperatur niemals unter 36,5° C und niemals über 38,9° C gegangen. Der Harn geht immer ins Bett oder in die Hosen. Die Darmentleerungen sind normal. Gewicht 12300. Körperlänge 0,88 cm, Kopfumfang 0,49 cm, Brustumfang 0,52 cm, Sitzhöhe 0,50 cm.

12. Juni. Wurde als geheilt entlassen.

Gewichtstafel.

Resumieren wir in Kürze diese eigenthümliche Krankengeschichte:

Ein normal entwickeltes, 16—17 Monate altes Kind fängt an ohne irgend eine nachweisliche Ursache unruhig und verdriesslich zu werden; ein bis zwei Monate nachher fangen beide Füsse an anzuschwellen, werden kalt, juckend, stark bläulichroth und mit „Beulen“ bedeckt. Einen Monat später tritt derselbe Zustand in den Händen auf. Es stellt sich einige Zeit später an den Handflächen und an den Fusssohlen starke Häutung in grossen Fetzen ein mit Abfallen eines Nagels.

Aber von dem Tage an, an dem die bläulichrothe Farbe an den Füssen sich zeigt, fängt das Kind an schlaff zu werden, es kann den Kopf nicht aufrecht halten oder sich auf die Beine stützen und verlernt das Sprechen. Es liegt hingegen immer still und jammert oder schreit, oft in einem fort und anhaltend. Symptome von Seiten des Nervensystems können sonst nicht nachgewiesen werden.

Dieser Zustand hält sich unverändert bis Ende September desselben Jahres, wo die Veränderung eintritt, dass das Jucken und die Häutung an den Füssen aufhört, wodurch das Kind mehr Ruhe bekommt. Zu gleicher Zeit hat es angefangen, einzelne Worte auszusprechen. Erst gegen Monat December fängt es an zu kriechen und zu versuchen, sich im Bette aufzurichten. Aber fortwährend fährt es fort zu schreien und ist schwer zu behandeln.

In der Mitte des December fängt der Patient jedoch an artiger zu werden und ist öfters bei guter Laune. Er bekommt auch Interesse für das Spielen und nimmt Bewegungen vor. Aber erst Mitte Januar 1896 fängt er wieder an zu sprechen; die ersten Worte, die er benutzt, sind Bezeichnungen für Essen und Trinken.

Es geht nun immer vorwärts mit ihm, zu Ende Februar kann er zusammenhängend sprechen, und von Mitte des Monats März fängt die bläuröthliche Farbe an den Händen und Füssen an zu verschwinden. Dahingegen dauert die Anschwellung an diesen Theilen längere Zeit fort. Mitte Juni ist Heilung eingetreten, so dass Patient aus dem Krankenhause entlassen werden kann.

Wie man sieht, zeichnet sich das Krankheitsbild durch eine Combination einer stark ausgesprochenen bläulichrothen Färbung, bedeutende ödematöse Infiltration, Kühle und reichliche Abschälung

an Händen und Füssen aus, mit Functionsstörungen von Seiten des Gehirns — wesentlich Aufhebung der Fähigkeit zu sprechen, gleichzeitig mit einer bedeutenden Schläffheit und Apathie, die vielleicht die wesentliche Ursache dafür war, dass das Kind schwer Bewegungen vornehmen konnte. Endlich wurde auch ein eigenthümliches anhaltendes Schreien wahrgenommen, welches dem ganzen Krankheitsbilde ein eigenes Gepräge gab.

Es ist nun die Frage, worauf das beschriebene Leiden zurückgeführt werden muss.

Nun ist allerdings, wie bekannt, von Raynaud im Jahre 1862 eine Affection von vasomotorischer Herkunft beschrieben, die sich gerade durch einen Zustand der symmetrischen Theile des Körpers auszeichnet wie der in der Universitätsklinik zu Christiania beobachtete und die von ihm „Asphyxie locale“ benannt wurde. Es wird aber bei dem Studium der darauf bezüglichen Verhältnisse bald bemerkt werden, dass die in dem vorliegenden Falle beschriebenen Functionsstörungen von Seiten des Gehirns sich nicht unter den unter dem Namen lokale Asphyxie und Raynaud'sche Krankheit beschriebenen Krankheitsbildern vorfinden.¹⁾

Es scheint auch, als ob die meisten den centralen Ausgang dieser Affection nach dem Rückenmark verlegen.²⁾

Eine andere Krankheit, die ebenfalls Symptome der Haut bietet, von denen angenommen wird, dass sie von krankhaften Zuständen im Centralnervensystem herrühren, ist die Erythromelalgie; aber auch bei diesem Leiden sind in der Regel Gehirnphänomene nicht beobachtet worden. In den paar Fällen,³⁾ wo solche bemerkt sind, hatten sie einen ganz anderen Charakter als bei dem oben beschriebenen Kinde, bestanden wesentlich in Schlaflosigkeit, Angstgefühl, Schwächung des Gedächtnisses u. s. w. und fanden sich längere Zeit nachher ein, nachdem die Erythromelalgie verschwunden war. In einem von Eulenburg⁴⁾ beschriebenen Falle bei einer 45jährigen Schneiderin, wo die Erythromelalgie in Anfällen auftrat, schienen die beobachteten Gehirnsymptome hauptsächlich an die wiederholten Apoplexien gebunden zu sein. Ausserdem tritt diese Krankheit am häufigsten bei erwachsenen Männern auf, die ihre Extremitäten durch harte oder anhaltende Arbeit oder durch Arbeit mit blossen Händen und Füssen in strenger Kälte überangestrengt haben.

Soweit mir bekannt, ist der einzige Fall von Erythromelalgie bei einem Kinde von Baginsky⁵⁾ beschrieben worden, der die Krankheit bei einem zehnjährigen Knaben beobachtet hat.

Dagegen hat Herr Prof. C. Boeck in Christiania mir mitgetheilt, dass er zwei Fälle gesehen hat, wo das Krankheitsbild dem von mir beobachteten entspricht. In dem einen von diesen Fällen, dessen Krankengeschichte in Kürze aufgezeichnet ist und hier folgt, ist die Krankheit ebenfalls im Alter von 16 Monaten aufgetreten.

Henry H., 16 Monate alt, wurde zum ersten Male am 25. März 1893 vorgestellt. Die Mutter berichtete, dass sieben Wochen vorher einige Blasen am Anus und auf dem Penis sich gebildet hätten. Diese Blasen waren geborsten und es hatten sich wunde Stellen gebildet. Später waren ähnliche Blasen auch an den Händen und Füssen aufgetreten. — Es wurde, als das Kind vorgestellt wurde, eine bläulichrothe Farbe sowohl der Hände wie der Füsse beobachtet, dessen Rücken ausserdem ziemlich dicht mit Vesikeln und Blasen besetzt war. Diese letzteren waren jedoch meistens zerrissen. Auch um die beiden Knie herum fanden sich einige symmetrisch angeordnete Blasen vor. Die vorhandene vesiculo-bullöse Eruption war offenbar von starkem Jucken begleitet.

Das Kind gebärdete sich äusserst unruhig und schrie wild auf, wenn es in irgend einer Richtung seinen Willen äussern wollte. Gleichzeitig war auch etwas sonderbar Wildes im Blicke des Kindes zu bemerken. Dagegen hatte das Kind vollständig aufgehört zu sprechen. Es sprach kein einziges Wort mehr.

Am 1. April 1893 wurde eine kleine Ablösung des Epithels an der

¹⁾ In einem von Weiss (Wiener Klinik 1882, 10.—11. Heft, S. 366 und 385) beschriebenen Fall von symmetrischer Gangrän bei einer Dame trat zweimal mit ungefähr einem Monat Zwischenraum ein Anfall von „reiner vasomotorischer Aphasie“ auf, der jedes Mal 15—20 Minuten dauerte.

²⁾ Vergl. v. Leyden und Goldscheider, Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie 1895, Bd. I, erste Abtheilung, S. 158.

³⁾ Vergl. Henoch, Sitzung der Gesellschaft der Charitéärzte am 30. Juni 1892, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 45, und Eulenburg, Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 9. November 1892, Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 48.

⁴⁾ Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher in Nürnberg 1893. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894, Bd. XXVI, S. 133.

⁵⁾ Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 7. November 1892. Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 48.

Zungenspitze bemerkt, welche jedoch wahrscheinlich ohne Zusammenhang mit der Hauteruption war.

Am 8. April wurden neue, bohngrosse Bullae, besonders auf dem linken Handrücken und am Ulnarrande der linken Hand beobachtet, welche grösstentheils zerrissen sind und nässende Stellen hinterlassen haben. Die Blasen um die Knie herum sind beinahe geheilt.

Am 24. Mai hörten die Blaseneruptionen auf; aber diejenigen Hautstellen, wo die Blasen ihren Sitz gehabt haben, namentlich an den Händen und Füssen, sind fortwährend bläulich und dick, fest und hart anzufühlen. Die Nägel der Zehen sind weiss und etwas zerklüftet.

Das Sprachvermögen kehrte während der zwei Monate, wo das Kind von Prof. Boeck beobachtet wurde, nicht zurück.

Man darf wohl hiernach das von mir beobachtete Krankheitsbild als eine besondere und noch nicht beschriebene Form der vasomotorischen Störungen aufstellen, die ihren Ursprung in krankhaften cerebralen Veränderungen haben oder mit ihnen in Zusammenhang stehen.