Von dem 27. Kongress für innere Medizin in Wiesbaden am 18.—21. April 1910.

S.	Lilienstein
----	-------------

Bad Nauheim

Bericht, erstattet von in .

Durch die Verlegung der in das neurologische Gebiet fallenden Vorträge auf den letzten und vorletzten Tag des Kongresses kamen die für Nervenärzte interessanteren Gegenstände zu kurz. Im Vordergrund standen die Tuberkulose, das Gebiet der serologischen Arbeiten, die Stoffwechsel-, Magen- und Nierenerkrankungen.

Von *Krause-Bonn* und *Böwler-Marburg* wurde über die Epidemien der Poliomyelitis — die früheren Publikationen ergänzend — berichtet (siehe unten).

In der Eröffnungsrede wies der Vorsitzende *Kraus* (Berlin) auf die Verdienste des verstorbenen *Pflüger* und speziell auf dessen Arbeiten über die Physiologie des Nervensystems hin. Eine zu weitgehende Spezialisierung sei nicht im Interesse der Patienten. Nervöse Störungen innerer Organe im speziellen gehörten in das Gebiet der inneren Medizin. Der Kongress strebe deshalb danach, Fühlung mit den verwandten Spezialkongressen (der Neurologen, der Kinderärzte, der Röntgenologen u. a.) zu gewinnen.

ScÄMfe-Berlin und *PeMfeoWi*-Erlangen erstatten Referate über die spezifische Erkennung und Behandlung der Tuberkulose. Dann folgte noch eine grosse Reihe — zehn — Vorträge aus diesem Gebiet, an die sich eingehende Diskussionen anschlossen.

Qmncfce-Frankfurt a. M. demonstrierte interessante physikalische Versuche, die einiges Licht auf die Luftdruckerkrankungen (Caissonkrankheit) werfen.

Müller-Augsburg sprach, seine früheren Publikationen auf diesem Gebiet ergänzend, über das „Vagusproblem“.

Muskat-Berlin: Die Gangstöckung. *M.* legt Wert darauf, die Bezeichnung Gangstockung an Stelle derjenigen des intermittierenden Hinkens (bezw. Claudicatio intermittens) zu setzen, und unterscheidet 3 Grade der Erkrankung, je nach dem die Pulse in den Fuss- und Unterschenkelarterien vorhanden und die Gefässe im Röntgenbild zu sehen sind.

Beim Fortschreiten des Leidens lasse sich hierbei eine Gesetzmässigkeit nachweisen, indem zuerst die Pulse verschwinden und im späteren Stadium die Kalkablagerungen im Röntgenbild sichtbar werden.

M. geht auf die Therapie, im speziellen auch auf die chirurgische Behandlung (Umpflanzung der Arterien in die Venen) ein und meint, dass in jedem Falle die Gefahr der Gangrän vorhanden sei.

In der Diskussion (*N. Oriner*-Insbruck und *Payr*-Greifswald) wird an der Darstellung des Vortr. Kritik geübt.

In der LH. Sitzung (20. IV.) standen die Bluterkrankungen und speziell die Anämie zur Diskussion, die durch ein ausführliches Referat von *D. Gerhardt-Basel* „Ueber die Entstehung und Behandlung der sekundären Anämien“ eingeleitet wurde.

Dann folgten die Vorträge von *Krause-Bonn* und *JVfetmc&e*-Hagen über ihre (bereits früher publizierten) Beobachtungen bei der rheinischwestfälischen Epidemie von akuter Kinderlähmung.

Bömer-Marburg sprach in gleicher Weise über die hessische Epidemie und kommt hierbei zu folgenden — im Druck vorgelegten — Schlussätzen: 1. Das epidemiologische Studium der hessischen Epidemie von epidemischer Kinderlähmung ergab, dass die Seuche fast ausschliesslich von Mensch zu Mensch verbreitet wurde und zwar sowohl durch an Poliomyelitis epidemica leidende Personen als durch Rekonvaleszenten von der Krankheit sowie insbesondere auch -durch klinisch gesunde Viruszwischenträger.

2. Das ätiologische Studium der Seuche konnte einen zu der Klasse der leicht züchtbaren und leicht färblich darstellbaren Bakterien gehörigen Erreger ausschliessen. Das Virus gleicht in seinen Eigenschaften auffallend dem Virus der Hundswut.

3. So wurde festgestellt, dass es mit Sicherheit nur in vivo (Affe) züchtbar ist, dass es vorläufig unsichtbar ist, dass es zur Klasse der sogenannten filtrierbaren Mikroorganismen gehört, dass es sich um ein gegen Austrocknung, gegen niedrige Temperaturen, gegen Glycerineinwirkung äusserst widerstandsfähiges, für höhere Temperaturgrade (55°) aber sehr empfindliches Virus handelt.

4. Auch der pathologisch-histologische Befund bei der natürlich entstandenen oder experimentell erzeugten Poliomyelitis gleicht auffallend dem bei der Hundswut.

5. Als Versuchstier für tierexperimentelle Poliomyelitisstudien kommt im wesentlichen nur der Affe in Betracht. Mäuse, Ratten, Meerseiwiehe, Rinder, Schafe, Ziegen, Pferde, Schweine, Katzen, Hunde, Geflügel sind für das Virus unempfindlich. Auch das Kaninchen muss als ein für das Virus der epidemischen Kinderlähmung im wesentlichen unempfindliches Tier bezeichnet werden.

6. Schilderung des klinischen Bildes der experimentellen Affenpoliomyelitis (unter Vorführung photographischer Aufnahmen gelähmter Affen).

7. Die wahrscheinlichste Eingangspforte sind die lymphatischen Adäquamente im Nasenrachenraum und Magendarmkanal,

8. Von der Eintrittspforte aus findet rasch Konzentration des Virus nach dem Zentralnervensystem hin statt, zu dem es offenbar elektive Beziehungen besitzt. Von der Eintrittsstelle aus findet die Verbreitung nach dem Zentralnervensystem hin wahrscheinlich auf dem Lymphwege (speziell in den perineuralen Lymphwegen) oder auf dem Blutwege statt. Welcher von den beiden Wegen der häufigere ist, lässt sich noch nicht sicher entscheiden.

9. Für die hygienische Bekämpfung empfiehlt sich tunlichste Vermeidung des Kontaktes mit an Poliomyelitis epidemica erkrankten Personen und ihrer Umgebung, sorgfältige Mundpflege sowohl bei den Erkrankten, den Rekonvaleszenten und ihrer Umgebung als auch — zu prophylaktischen Zwecken — in Epidemiezeiten, bei den Gesunden; Desinfektion der Abgänge der an Poliomyelitis erkrankten Personen, Formalin-Wohnungs-desinfektion.

10. Das Ueberstehen der natürlich erworbenen oder experimentell erzeugten Poliomyelitis hinterlässt spezifische Immunität, ein für das Verständnis einiger epidemiologischer Tatsachen wichtiger Befund.

11. Aussichten auf eine spezifische Prophylaxe durch Schutzimpfung bietet die experimentell nachgewiesene künstliche Immunisierungsmöglichkeit von Affen gegen (für Kontrollaffen rasch tödliche) Infektion. Von solchen wirksamen Immunisierungsverfahren sind bisher beschrieben worden:

- a) subkutane Injektion des getrockneten Virus (*Levaditi* und *Landsteiner*); für praktische Zwecke zu gefährlich, da es sich um virulentes und gelegentlich Lähmungen veranlassendes Virus handelt,
- b) Immunisierung mit durch Hitze abgeschwächtem Virus (*Römer* und *Joseph*),
- c) Immunisierung mit karbolisiertem Virus (*Kraus*),
- d) Immunisierung durch Melangeimpfung, d. h. Injektion einer unschädlichen Mischung von Virus und antikörperhaltigem Serum (*Levaditi* und *Landsteiner*, *Römer* und *Joseph*).

12. Das Serum gegen Poliomyelitis immunisierter Affen enthält spezifisch wirksame Antikörper, die das Virus der epidemischen Kinderlähmung bei Mischung in vitro seiner Infektionseigenschaften berauben. Anhaltspunkte dafür, dass dieses wirksame Serum, allein für sich zu Präventionszwecken oder Kurativzwecken angewandt, wirksam ist, haben sich bisher nicht ergeben.

13. Aufgabe weiterer experimenteller Forschung muss vor allem das Bestreben sein, ein Heilverfahren der bereits ausgebrochenen Poliomyelitis zu finden (speziell im chemotherapeutischen Sinne).

Diskussion. Neisser-Frankfurt a. M., Ratner, Siegert-JS.öhi.

Nägeli-Zürich: Endergebnisse bei traumatischen Neurosen in der Schweiz. (Vergl. Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1910. No. 2.)

N. fand bei der Durchforschung der Lohnlisten die Zahl der geheilten traumatischen Neurosen sehr gross¹⁾. Unter 138 Patienten mit traumatischer Neurose seien 115 voll erwerbsfähig, 16 vermindert erwerbsfähig geworden. Die Schweiz hat keine staatliche Unfallversicherung.

In der Diskussion bemerkt F. Schultze-Borm., dass auch er schon früher betont habe, dass die Prognose der traumatischen Neurosen günstig sei. Unter 169 Fällen habe er aber nur ungefähr die Hälfte als geheilt angesehen.

Emil Ams-Frankfurt: Ein neues Symptom der elektrischen Entartungsreaktion.

Das Symptom besteht in der Unmöglichkeit, in den entarteten Muskel einen Strom „einschleichen“ zu lassen. Während der normale Muskel auf den plötzlich geschlossenen konstanten Strom viel intensiver reagiert als auf den langsam ansteigenden, fehlt dem entarteten Muskel dieser Unterschied. Der völlig entartete Muskel zuckt bei der gleichen Stromstärke, einerlei ob man diese durch plötzlichen Stromschluss oder durch „Einschleichen“ erreicht.

Das Symptom wird geprüft, indem man zunächst in der üblichen Weise die Minimalzuckung feststellt. Alsdann lässt man von der gleichen Stelle aus einen ganz kleinen Strom einwirken und verstärkt diesen so lange, bis wiederum eine Zuckung erfolgt. Die Stromstärken, die beide Male erforderlich waren, liegen beim entarteten Muskel nahe beieinander, während sie beim normalen Muskel sehr erheblich von einander divergieren, sofern überhaupt der allmählich ansteigende Strom am normalen Muskel eine Zuckung erzeugt.

Das beschriebene Symptom beruht darauf, dass der entartete Muskel die Fähigkeit verloren hat, sich an Ströme längerer Dauer zu gewöhnen. Diese mangelhafte Akkomodationsfähigkeit erklärt auch die Erscheinung der galvanomuskulären Uebererregbarkeit.

Praktisch kann das neue Symptom zur Ergänzung der Untersuchung herangezogen werden, besonders in solchen Fällen, in denen die Prüfung der übrigen Erscheinungen der Entartungsreaktion kein eindeutiges Resultat ergibt.