Ueber Tuberkulose-Immunblut- (I. K.) Behandlung.

Von Dr. Carl Spengler in Davos.

Auf der Kasseler Versammlung süddeutscher Heilstättenärzte soll vor einigen Wochen das I. K. nach Zeitungsberichten eine durchweg ungünstige Beurteilung erfahren haben. Das wirkliche Ergebnis der Verhandlungen entsprach diesen Berichten nicht, war vielmehr eher günstig. In Wirklichkeit äußerten sich nur drei Aerzte gegen und fünf für das I. K. Professor Krafft (Görbersdorf) glaubte in seinem Referat an der Hand von nur 18 Fällen (von denen man 6 abziehen muß, da die Behandlung sistiert wurde) sich ein abschließendes und verwerfendes Urteil über diese neue spezifische Behandlung der Tuberkulose erlauben zu dürfen. Dr. Benöhr teilte in Kürze den momentanen Stand der Dinge in meiner Praxis mit und konnte an Hand von privaten Mitteilungen zahlreicher Aerzte der verschiedensten Länder das ziemlich gleichmäßig lautende Urteil dahin präzisieren, daß man mit I. K. befriedigende, gute und zum Teil ausgezeichnete Resultate erziele.

Von keiner Seite außer von Dr. Röpkke wurde von Wirkungslosigkeit des I. K. gesprochen; dagegen machten mich einige Aerzte durch briefliche Mitteilungen auf gelegentliche febril-lytische Wir-

kungen aufmerksam, die sich nicht voraussehen ließen und sowohl bei leichten Fällen als auch bei Schwerkranken beobachtet würden. Im allgemeinen seien die I. K.-Wirkungen bei schweren Fällen besser als bei leichten.

In No. 42 1909 der Deutschen medizinischen Wochenschrift erschienen nun von O. Roepke einerseits und von Bandelier und Weicker andererseits zwei Aufsätze über I. K., die eine kurze Erklärung erfordern. Es scheint dies um so notwendiger, als Bandelier zweimal und O. Roepke einmal in Davos bei mir war, um sich das Verfahren näher anzusehen. O. Roepke kommt bezüglich des therapeutischen und diagnostischen Wertes des I. K. an Hand von 67 Fällen des II. und III. Stadiums nach Turban-Gerhardt zu einem völlig negativen Urteil. Die 67 Fälle wurden durchschnittlich etwa 60 Tage und im ganzen mit 1669 Injektionen behandelt (jeden zweiten bis dritten Tag eine Injektion, etwa 25 Injektionen pro Kopf in 60 Tagen). Roepke sagt, das I. K. sei völlig indifferent, und zwar nach jeder Richtung hin. Die Erfolge, die er bei einigen Fällen gesehen habe, würden auch ohne I. K. durch die übliche Heilstättenbehandlung erzielt. Diese Schlußfolgerung wollen wir ruhig konzedieren, soweit sie das kritische Ergebnis an Roepkes eigenem Material sind. Aber ich verwahre mich dagegen, daß Roepke meine Erfolge nach seiner Schablone beurteilt, weil er sich nicht die Mühe genommen hat, genügend genaue Einsicht in die Protokolle zu nehmen, um sich vor Irrtümern zu schützen, obgleich ihm dies nahegelegt wurde. Roepke durchblätterte in weniger als drei Stunden über 300 Krankengeschichten.

Ungefähr die Hälfte meiner fiebernden und mit I. K. entfieberten Fälle, von denen Roepke klimatische Entfieberung behauptet, fiebernten schon vor dem Beginn der I. K.-Behandlung im Hochgebirge teils Wochen, teils Monate und Jahre, und ich konnte deshalb die Fälle, als sie in meine Behandlung kamen, ohne Aufschub injizieren, was mir Roepke zum Vorwurf macht. Bandelier hat bei seinem ersten Besuch in Davos ganz anders geurteilt als Roepke und den Ausspruch getan, er habe noch nie ein so schweres und doch mit Erfolg behandeltes Krankenmaterial gesehen wie das meinige. Und von diesen schweren, im Hochgebirge mit den üblichen Methoden nicht zu entfiebernden, also besonders schweren Tuberkulosen nimmt Roepke kurzer Hand eine klimatische Höhenentfieberung an, trotzdem doch das strikte Gegenteil bewiesen ist. Er überbietet mit dieser Behauptung einer so hochgradigen antifebrilen Wirkung des Hochgebirges bei schwersten Fällen die größten Verehrer des Hochgebirges; und wie erklärt sich ein solches Urteilen angesichts der Tatsache, daß die meisten Aerzte, und ebenfalls mit Unrecht, jetzt sich auf den Standpunkt stellen, dem Hochgebirge komme keine über das Durchschnittsmaß hinausreichende Heilwirkung, besonders keine solche entfiebernde zu?

Die Hochgebirgs-Therapeuten maßen sich nicht einmal nach zwanzigjährigem Studium eine sichere Voraussage des Verlaufs einer jeden fiebernden Phthise an. Roepke dagegen ist in acht Tagen mit seinem Urteil fertig.

Wenn Roepke die geringe Zahl der Sputumuntersuchungen bemängelt, die das Freisein von T. B. bei meinen Patienten dartun sollten, so muß ihn auch hier der Vorwurf treffen, daß er sich die Sputumprotokolle nicht angesehen, die ihm vollkommen zur Verfügung standen. In meinem Institut werden Sputumuntersuchungen in sehr großer Zahl vorgenommen. Wenn Sputum zu fehlen beginnt, hören allerdings auch die Sputumuntersuchungen auf. Es sind aber die Fälle nicht bloß ein bis zweimal, sondern oft bis zwanzigmal (Maximum: 94mal) in der bazillenfreien Periode untersucht worden und nicht bloß mikroskopisch, sondern oft noch kulturell, um Entwicklung von Stäbchen aus event. noch vorhandenen lebensfähigen Splittern (Sporen) zu konstatieren.

Der Roepkesche positive Tierimpfversuch mit Sputum eines I. K.-Patienten soll etwas beweisen? Ich habe mich dahin ausgesprochen, daß die Tuberkelbazillen starrwandiger Höhlen schwer oder in kürzerer Zeit überhaupt nicht abtötbar seien, weil die pyogene Membran mit ihren Tuberkelbazillen in gewissem Sinne in keinem organischen Zusammenhange mehr mit den Körpersäften steht. Es müssen sich zuerst neue Gefäße bilden, bevor eine Abtötung erfolgen kann.

Nicht ganz so schroff wie Roepke in Wort und Ton, wenn auch ablehnend, sprechen sich Bandelier und Weicker aus.

Es ist in Kürze nicht festzustellen und zu sagen, weshalb die drei Autoren annehmen zu müssen glauben, I. K. sei wirkungslos bei Tuberkulose, und wie es kommt, daß nur diese drei negativen zahlreichen positiven Urteilen gegenüberstehen. Schon in Kassel machte Dr. Pigger darauf aufmerksam, daß die Divergenz der Urteile auffallend sei: Unangenehme febrile Wirkungen auf der einen Seite (Krafft), Wirkungslosigkeit auf der andern (Roepke, Bandelier und Weicker) und dazwischen befriedigende bis ausgezeichnete Erfolge (Peters, Willers, L. Spengler, Hollos etc.)

Nach meiner Ansicht können die verschiedenartig lautenden Urteile, die auf zu starke, keine und gute Wirkungen sich stützen, den Tatsachen entsprechen, je nach der Anwendungsweise des I. K. und dem Krankenmaterial. Die Prüfungszeit des I. K. ist zu kurz, um in jedem Fall mit Sicherheit den Optimalmodus der I. K.-Anwendung voraussagen zu können. Das Krankenmaterial und das geringere oder größere Verständnis für die Sache machen hier manches aus. Die wenigst geeigneten Methoden sind für die meisten Fälle das kurzpausige Wiederholen der gleichen oder minimal gesteigerten Dosen, ferner das kontinuierliche Kumulieren bei lytischen, wenn auch noch so gering febrilen Temperaturen durch leichten Dosenanstieg, weit weniger durch stärkeren Dosenanstieg, so paradox dies klingt. Die hohen Dosen wirken überhaupt relativ weniger lytisch als die kleinen.

Die Blutuntersuchungen haben gezeigt, daß schon die millionfachen Verdünnungen der Originalflüssigkeit, z. B. fünf Teilstriche der VII. Verdünnung eines Teilstreiches der Originalflüssigkeit, die Immunkörpermengen des Blutes um das Hundertfache und mehr steigern und diesen Status wochenlang festhalten können. Die I. K.-Wirkungen sind deshalb in der Tat weit größer, als man nach der äußern Milde der Wirkungen annehmen sollte. Außerlich, grob klinisch braucht die Vermehrung der Immunkörper garnicht auffallend in Erscheinung zu treten. Sie kann es allerdings.

Wir pausieren deshalb jetzt nach der ersten Injektion meist zehn Tage und eventuell länger, wie z. B. bei Nephritiden, die unter den langpausigen Injektionen sich am wohlsten fühlen und dabei oft überraschende Besserungen zeigen.

Die weiteren Injektionen nimmt man in den meisten Fällen mit vier- bis achttägigen Pausen vor und steigt dafür in rascherem Tempo um das Zehnfache und in Initialfällen eventuell um das 100- und 1000fache. Nach lytisch-febrilen Wirkungen entlastet man mit mittleren Einreibungen oder kleinen Injektionen. Mit der Zeit werden vollkommen exakte Vorschriften möglich sein.

Wenn das I. K. bis jetzt nicht allen Anforderungen entsprach, so gebe ich zu bedenken, daß die Tuberkuloseimmunisierung ein Problem ist, das den ersten Forschern auf diesem Gebiet bisher nicht ganz oder garnicht gelingen wollte. Die I. K.-Behandlung ist aber eng mit diesem schwierigen Problem verknüpft. Und es ist mir erst in letzter Zeit gelungen, Tiere so hoch zu immunisieren, daß sie die absolut tödlichen Dosen giftigster „Longuskulturen“ ohne das geringste Krankheitssymptom ertrugen. Wie üblich, hatte ich früher auch mit totem Gift, mit Emulsionen der Tuberkuloseerreger (vornehmlich symbiotischer Kulturen) immunisiert und soweit Immunität erzielt, daß kein Tier bei nachfolgender Infektion an Tuberkulose zugrunde ging, wohl aber an Marasmus. Meine jetzige Immunisationsmethode mit Zuhilfenahme lebenden Bakterienprotoplasmas schließt dagegen Marasmus und jegliches Infektions- und Intoxikationssymptom bei nachfolgender, sonst tödlicher Infektion aus. Es ist somit das Problem der kompletten Tuberkulose-Immunisierung gelungen.

Daß dieser Fortschritt der I. K.-Behandlung zugute kommt, ist selbstverständlich. Aber nicht nur der Behandlung, sondern auch unseren Kenntnissen über das Wesen der Tuberkuloseimmunität, die wir bis jetzt stückweise kannten oder mehr ahnten, als wirklich kannten.

Das „Neuland“ meiner Zellimmunitätslehre, wie sich Roepke ausdrückt, eröffnet immer weitere Perspektiven und festigt sich durch ein gewaltiges Tatsachenmaterial. Und nicht bloß für die Tuberkulose, sondern auch für andere Infektionskrankheiten wird dieses „Neuland“ meiner Zellularimmunität die Grundlage weiterer Forschung und therapeutischer und immunisatorischer Erfolge abgeben.

Nach brieflichen Mitteilungen auswärtiger Kollegen erscheinen in allernächster Zeit eine Reihe von Arbeiten über I. K., die sich größtenteils auf ein umfangreiches Untersuchungs- und Krankenmaterial stützen. Ueber einen Teil meiner mit I. K. behandelten Patienten, die Fiebernden, wird Dr. Benöhr berichten. Diese Mitteilungen werden dartun, daß man schon mit dem jetzigen „I. K.“ mehr leisten kann als mit anderen Behandlungsarten und daß der neu betretene Weg zu einem Ziel und nicht in einen Abgrund führt.