II. Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Czerny in Heidelberg.

Ein Beitrag zur Verwendung des Koch'schen Tuberkulins als diagnostischen Hilfsmittels.

Von Dr. Edward v. Meyer,

Specialarzt für Chirurgie in Frankfurt a. M., früherem I. Assistenzarzt
der Klinik.

Die grossen Erwartungen, welche seiner Zeit der epochemachenden Entdeckung Robert Koch's, dem Tuberkulin entgegengebracht wurden, sind leider nur allzubald in eine grosse Enttäuschung umgeschlagen. Allerdings ist dies mehr bei den unglücklichen Patienten und dem Laienpublikum geschehen, als bei den Aerzten, die doch durch längere Versuchsreihen sich gar bald überzeugen konnten, dass, wenngleich eine definitive Heilwirkung dem Mittel nicht zukommt, wir doch in demselben ein werthvolles Reagens auf Tuberculose besitzen, und dass es der Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen über die Therapie der Infectiouskrankheiten werden müsse. Ein bleibender Werth von hervorragender Bedeutung ist dem Tuberkulin jedenfalls geblieben. Die ganze Enttäuschung wäre erspart geblieben, wenn die Untersuchungen und Mittheilungen über die ersten Versuche in den Kreisen der Aerzte geblieben und in ihren Fachschriften erläutert worden wären. Hätte sich nicht die Tagespresse der Sache bemächtigt, und hätte sie nicht dadurch dem Publikum falsche Illusionen erweckt, dann wäre durch genaue Kritik der allseitigen Berichte die Anwendung des Tuberkulins in geregelte Bahnen gekommen, und wäre dasselbe nicht von vielen Aerzten als werthloses Präparat bei Seite gelegt worden.

Die Haupteigenthümlichkeit des Koch'schen Tuberkulins ist ja die, dass sowohl allgemeine als auch in ganz hervorragender Weise locale Reactionerscheinungen bei tuberculösen Erkrankungen auftreten, wodurch ja zweifelhaft Diagnosen zu sicheren werden konnten. Ich will hier nur daran erinnern, dass uns die Injectionen von Werth waren, um bei Patienten tuberculöse Lymphome von malignen zu unterscheiden, was sich auch durch den weiteren klinischen Verlauf deutlich zeigte. Speciell interessant war auch für mich, dass durch Injectionen der tuberculöse Charakter einer Onychia maligna nachgewiesen werden konnte, nachdem ich 1887 in Virchow's Archiv (Bd. 108) auf die Beziehungen gewisser Formen von Onychia maligna zur Tuberculose hingewiesen hatte.

Dass aber auch bei dem Auge nicht zugänglichen Organen die localen Reactionen genaue Diagnose ermöglichen, haben mir die beiden folgenden Fälle gezeigt, welche ich deshalb der Veröffentlichung für würdig halte.

Der eine Fall betraf eine junge Frau im Anfang der dreissiger Jahre, welche uns wegen Ascites aufsuchte. Die klinische Diagnose beruhte auf Peritonitis tuberculosa chronica. Da nun gleichzeitig zwei andere, vor einigen Wochen bereits operirte Peritonitisfälle auf der Abtheilung waren, bei denen wir die ganze Darmserosa von miliaren Knötchen durchsetzt fanden, so war es von grossem Interesse, die drei Fälle nebeneinander der Koch'schen Tuberkulinbehandlung zu unterziehen, welche uns auch überraschende Aufklärungen über den primären Sitz der Erkrankung gegeben haben. Während nämlich bei den beiden operirten Fällen, neben der ungemein heftigen Allgemeinreaction, sehr heftige Durchfälle als locale Reaction auftraten (schon bei $\frac{1}{2}$ mg), so dass wir die Injectionen aussetzen mussten, um nicht durch den Zerfall der Tuberkelknötchen eine Darmperforation herbeizuführen, so stellten sich bei genannter Frau nach der Injection profuse Menses ein, obgleich sie — sonst regelmässig menstrirt — vor fünf Tagen die letzten Menses gehabt hatte. Ich sah mich dadurch veranlasst anzunehmen, dass die primäre Affection in einer tuberculösen Salpingitis und Oophoritis zu suchen sei. Bei der einige Tage nachher vorgenommenen Laparotomie (Geh. Rath Czerny) fand sich diese Vermuthung bestätigt: der Darm war frei, und beiderseits war käsige Salpingitis und Oophoritis vorhanden. Die Heilung verlief nach der Exstirpation der erkrankten Adnexe glatt, und als sich Patientin nach Monaten wieder vorstellte, war sie in gutem Ernährungszustand und frei von Ascites. Wenn wir auch einerseits auf Grund unserer genauen Diagnose in diesem Falle die Laparotomie machten, so zeigt doch dieser Fall auch andererseits, dass man berechtigt ist, bei tuberculösem Ascites zu incidiren, weil doch oft der primäre Heerd eliminiert, und dadurch definitive Heilung herbeigeführt werden kann.

Der zweite Fall betraf ein 18jähriges Mädchen mit rechtsseitiger Pyonephrose. Die Anamnese sprach für die tuberculöse Natur derselben, obgleich es uns nie gelang, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Das Mädchen war lange in Beobachtung gehalten, um uns wenn möglich über den Zustand der andern Niere zu informiren. Mit Sicherheit liess sich jedoch darüber nichts sagen, bis wir auch

durch die Injection von Tuberkulin unerwartet sichere Aufschlüsse bekamen. Die Allgemeinreaction war mässig heftig, local war subjectiv nur vermehrtes Druckgefühl in der rechten Nierengegend vorhanden. Objectiv fanden sich aber folgende interessante That-sachen: Schon wenige Stunden nach der Injection wurde von der Patientin vollkommen klarer, eiterfreier Urin in ziemlich beträchtlicher Menge entleert, von normalem specifischem Gewicht und vollkommen eiweissfrei, so dass man wohl annehmen konnte, dass er allein aus der gesunden linken Niere stammte. Am nächsten Tage war dann wieder reichlich Eiter dem Urin beigemischt, in dem auch das erste mal Tuberkelbacillen nachweisbar waren.

Das Experiment wurde, da Patientin unter den Reactionerscheinungen nicht litt, noch mehrmals mit gleichem Erfolg wiederholt.

Der Fall war nun so aufzufassen, dass wir es mit einer tuberculösen Pyonephrose zu thun hatten, wahrscheinlich mit ebenfalls tuberculöser Erkrankung des Ureters. Durch die locale Reaction trat in letzterem so bedeutende Schwellung auf, dass Eiterretention eintrat, was durch das vermehrte Druckgefühl subjectiv sich äusserte, und dass wir uns überzeugen konnten, dass die linke Niere normale Function zeigte. Dass nach den Injectionen erst Tuberkelbacillen nachweisbar waren, wäre vielleicht durch raschen Zerfall des Tuberkelknoten nach der Injection zu erklären. Die Nierenexstirpation (Geh. Rath Czerny) zeigte unsere Annahme gerechtfertigt: es handelte sich um eine Niere mit multiplen käsigen Abscessen, der Ureter war stark verdickt und in schwielige Massen eingebettet, so dass er bis zum Becken herauspräparirt werden musste. Die Reconvalescenz war eine sehr erfreuliche, die Heilung vollkommen glatt. Der Urin war in den ersten Wochen noch leicht eitrig, wahrscheinlich von der vesicalen Partie des Ureters herrührend, wurde dann aber klar und eiweissfrei.

Weitere Anseinandersetzungen brauche ich nicht zu geben, die Fälle sprechen für sich. Ich habe mir erlaubt, diese beiden Fälle mitzutheilen, um zu zeigen, dass wir durch die Koch'schen Injectionen doch wohl in vielen Fällen unsere Diagnosen genau präcisiren, und auch häufig unsere therapeutischen resp. operativen Eingriffe danach bestimmen können.