Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkulin-Rosenbach.

Von

Dr. med. Hagedorn,

Oberarzt am Stadtkrankenhause Görlitz.

Als Rosenbach seine Erfolge mit dem von ihm hergestellten neuen Tuberkulin veröffentlichte¹⁾, waren seine Folgerungen so einleuchtend, seine Resultate so erfreulich, dass ich nicht zögerte, diese Tuberkulinkur systematisch auch auf unserer Abteilung an Kranken nachzuprüfen. Rosenbach kam durch seine Studien über Immunisierung und durch Versuche über Antigenreaktion pflanzlicher Organismen zu dem Resultat, dass ein Trichophytonpilz, *Trich. holosericum album*, der kulturell keine Zersetzungswirkungen auf den Nährboden zeigte, sich erstaunlich schnell und gern auf den Tuberkelbazillenkulturen entwickelte (Symbiose). Er fand, dass die Pilze bald, genau wie in ihrem Wachstum in der tierischen Haut, in den dichten Bazillenkulturen maschenartig und diffus in Körnchenart in die Tuberkelbazillen eindringen, dass mikroskopisch die Involutionsformen der Tuberkelbazillen deutlich wurden. Er folgerte, dass die labileren giftigen Molekularkomplexe der Bazillen erheblich vernichtet, die stabileren immunisierenden, das Antitoxin veranlassenden erhalten blieben. Dass Rosenbach mit seinen Folgerungen auf dem richtigen Weg war, zeigten ihm seine ermutigenden Erfolge, die er nach Tierversuchen auch bei entsprechend kranken Menschen feststellte und publizierte; bei diesen Versuchen zeigte sich deutlich die geringe allgemeine Giftigkeit des neuen Tuberkulins, das eine dementsprechend höhere Dosierung und daraus folgernde

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33/34 1910; Nr. 12/13 1912.

grössere Wirksamkeit zuliess. Die praktische Herstellung dieses neuen Tuberkulins geht kurz erwähnt so vor sich, dass auf mehrwöchentliche Tuberkelbazillenkulturen kleine Brocken der Trichophytonkultur gebracht werden. Nach ca. 10 Tagen sind die Bazillenkulturen fast ganz von weissem Myzel des Pilzes bedeckt. Die gemischte Kulturmasse wird nun nach ausgeprobter Technik abgehoben, verarbeitet und mit dem Filtrat des Nährbodens vermischt. Nach Konservierung der genau zueinander abgewägten Pilzmasse zur Flüssigkeit (1:10) mit $\frac{1}{2}\%$ iger Karbolsäure stellt sich das fertige Tuberkulin Rosenbach als bräunliche klare Masse dar, die wegen ihrer starken Schädigung durch Sonnenlicht in braunem Glase aufgehoben werden muss. Die Methode der Tuberkulinkuren, wie sie Rosenbach in Leitsätzen aufgestellt hat, habe auch ich bei den Krankenfällen auf unserer chirurgischen Abteilung verfolgt; in nachstehendem kann ich an der Hand von über 30 Fällen chirurgischer Tuberkulose meine Erfahrungen mitteilen. Mittlerweile sind diese immerhin erfreulichen Resultate Rosenbachs natürlich in vielen Kliniken und Krankenhäusern nachgeprüft. Aus der Literatur erwähne ich von den Publikationen, die mir zugänglich waren und die sich auf die Behandlung chirurgischer Tuberkulose erstreckten, kurz die Arbeiten von Meyer¹⁾, Seyberth²⁾ und Menne³⁾. Die Resultate der nach Originalvorschrift Rosenbachs behandelten Fälle sind im grossen und ganzen tatsächlich ermutigend. Meyer hält auf Grund von 18 Fällen nur leichtere Fälle als geeignet für die Rosenbach-Kur, da er bei schweren Fällen wesentliche Heilerfolge nicht erzielte. Ein reaktionsloser Verlauf war nach Meyer nicht die Norm; mehrfach hatte er lokale und auch ausgebreitetere Reaktionen in Form von Rötungen, Schwellungen mit Temperatursteigerungen und allgemeinem Unwohlsein. Seyberth war sehr zufrieden. An der Hand von 9 chirurgischen Fällen ist er zu der Erfahrung gelangt, dass nach der sehr erfreulichen wichtigen Hebung des Allgemeinzustandes die lokalen Erfolge auch recht ermutigend waren. Er ist überzeugt, dass die frischen, leichtere und auch schwerere, Fälle am allerbesten reagieren. In den meisten Fällen ist er mit unterstützenden Punktionen zur Entleerung von Abszessen allein mit dem Tuberkulin Rosenbach ausgekommen. Stärkere allgemeine Reaktionen hatte er nicht beobachtet. Natürlich traten unter Fieberanstieg bei den ersten Injektionen lokale Reaktionen mässiger Art auf. Auch Menne

1) Meyer, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85.

2) Seyberth, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 74.

3) Menne, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123.

verwendete seit längerem Tuberkulin Rosenbach und war durch die Resultate bei chirurgischer Tuberkulose im allgemeinen zufrieden gestellt. Er arbeitete aber stets noch mit anderen unterstützenden Teilfaktoren (Röntgenstrahlen u. a.). Ebenso berichtet Kausch¹⁾ über befriedigende Resultate, darunter bei einem aussichtslosen Falle. Zu diesen Publikationen sind noch manche andere hinzugekommen.

Wir haben hier in Görlitz ein mittleres Material chirurgischer Tuberkulose. Die Fälle, die ich mit Tuberkulin Rosenbach seit fast 2 Jahren behandelt habe, betrafen meist Kinder und Jugendliche, die anderen waren männliche und weibliche Erwachsene. Was die Indikation für die Einleitung einer Tuberkulin Rosenbach-Kur anbelangt, so habe ich keinen Unterschied zwischen schweren und leichten Fällen gemacht. Meine Injektionstechnik ist stets so gewesen, dass ich bei möglichst fieberfreiem Zustande bei Kindern und Jugendlichen mit 0,075, bei Erwachsenen mit 0,1 subkutan begann. Trat bei dieser Probeinjektion schon eine erhebliche Reaktion auf, Fieber, Unbehagen, Kopfschmerzen, so wurde am dritten Tage später die gleiche Dosis noch einmal gegeben und dann, wenn sie vertragen wurde, in durchschnittlich dreitägigem Turnus um 1 Dezi-gramm gesteigert. Trat im Verlauf dieser Steigerung eine Reaktion auf, so ging ich bei der nächsten Injektion um 0,1 zurück. Dann, nachdem 1,0 pro dosi erreicht war, wurde 1,0 fortlaufend gegeben, wurde nach einiger Zeit auf 1,5, ja auch 2,0 pro dosi gesteigert, welche Dosis ausgezeichnet vertragen wurde. Stets wurden nach der ersten subkutanen Injektion die weiteren Injektionen in die kranken Stellen direkt eingespritzt, bei Wirbelerkrankungen zum Teil in oder an diese, nach jedesmaliger sorgfältiger Reinigung und Jodierung. Auf diese Weise habe ich alle meine Fälle behandelt. Von diesen sind einzelne noch in stationärer Behandlung, lassen aber durch ihren Zustand schon ein Urteil über das T.R.-Resultat zu. Um kurz im allgemeinen auf die Reaktionen des Körpers auf T.R., lokale und allgemeine, noch einzugehen, so habe ich stärkere Reaktionen, Erbrechen, Kopfschmerzen, Übelsein, hohe Temperaturen, was nach Rosenbach auftreten soll, nicht so oft gesehen, besonders sehr selten bei Kindern. Lokale Reaktionen traten stets auf, aber stets in mässigem, erträglichem Grade, wie Inflammation in der nahen Umgebung, Hypersekretion und Einschmelzung von Gewebe, leichte Temperaturerhöhung. Eine schwere Reaktion sah ich im Verlauf einer T.R.-Kur bei einem jungen Menschen, die sich in phlegmonösen Schwellungen des ganzen Beines, hohem Fieber und allgemeinem Übelsein äusserte (19). Ich habe die Erfahrung gemacht, dass schwere

¹⁾ Kausch, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39, 1913.

Reaktionen allgemeiner Art vorwiegend bei allgemein tuberkulös Erkrankten auftraten, dass sie mich dann aber auch meist zwangen, die T.R.-Behandlung endgültig abzuberechnen, weil diese Reaktionen in bedrohlicher Weise sich stets nach minimalen Anfangsdosen immer und immer wieder einstellten.

Meine Erfahrung erstreckt sich nicht auf tuberkulöse Erkrankungen der Haut, da mir als Chirurgen solche Fälle nicht zur Verfügung standen. Die Menge des anzuwendenden Tuberkulins ist individuell ganz verschieden gewesen. Sie bewegte sich, meiner Beobachtung nach, in ganz auffallend unterschiedlichen Grenzen. Irgend ein Schema lässt sich dabei gar nicht aufstellen; die Injektionen sollen aufhören mit der vollendeten Heilung. Im folgenden will ich kurz statistisch-krankengeschichtliche Angaben über die Fälle machen, deren T.R.-Behandlung ich durchgeführt habe.

1. 18 jähriges Mädchen, offene Mittelfusstuberkulose, grosser Abszess. Aspiration, dann Exkochleation der losen Massen. T.R. 6,8 ccm, reichlich einen Monat lang. Glatte Heilung, die auch heute noch besteht. Mässiger Befund der l. Spitze ohne Husten, ohne Sputum. Erhebliche Gewichtszunahme.

2. 24 jähriger Sträfling, reseziertes tuberkulöses Ellbogengelenk geheilt. Bei Aufnahme Tb. des Brustbeins, subphrenischer Abszess. Fortschreitende Rippen-Tb. Aspiration, Exkochleation. T.R.-Dauer ca. 5½ Monat, 67,1 ccm injiziert. Jetzt glatte Fistelnarben, glatte Inzisionsnarben; in der jüngsten Wunde noch oberflächliche Fisteln, die gut granulieren (noch in stationärer Behandlung). Im allgemeinen wesentlich erholter Zustand. Mässiger Lungenbefund, wie bei Aufnahme. (Nach der Korrektur:) Exstirpation eines nekrotischen grösseren gelockerten Rippenknorpelstückes.

3. 17 jähriger junger Mann, Lendenwirbel-Tb. Gibbus, Senkungsabszessfisteln mit starker Sekretion in beiden Leistenbeugen. T.R.-Kur 8 Monate, 84 ccm, stets gut vertragen; rechte Fistel hat sich gereinigt, ist trocken, linke Vorderfistel trüb-serös, mässig sezernierend, linke hintere Fistel vernarbt, desgl. zusammenhängende Fistel am linken Oberschenkel vernarbt. Behandlung ohne sonstige chirurgische Massnahmen. Wesentlich allgemein erholter und gekräftigter Zustand, noch in Behandlung. Einige Injektionen 1,0 ccm intravenös.

4. 12 jähriges Mädchen. Seit mehreren Jahren eiterig absondernde Senkungs-fisteln in beiden Leistenbeugen. Erkrankung eines Lumbalwirbels, kein Gibbus. Nur allein T.R.-Kur, ca. 6 Monate, 29 ccm, ein Teil der T.R.-Injektion intravenös, ohne Zufälle,

je 1—2 ccm. Jetzt Fisteln glattnarbig ohne jeden Reizzustand eingezogen, erhebliche Gewichtszunahme, geheilt.

5. 3 jähriges Mädchen. Desolater Aufnahmmezustand. Offene Tb. eines Fingergliedes, beider Schienbeine, beider Wadenbeine, beider Fussgelenke. Exkochleation, Sequestrotomien. Allgemeiner Verfall. Mesbè kräftigte das Kind (hier bin ich von dem Mesbèversuch, was eine allgemeine Hebung des Zustandes, nicht eine spezifische Einwirkung anbelangt, tatsächlich sehr befriedigt worden) allmählich wieder. Gute Ernährung, Freiluftbehandlung taten ihr übriges. Dann Einsetzen der T.R.-Kur lokal, 10 ccm. Alle Wunden und Fisteln sind jetzt glatt vernarbt. Das Kind läuft in Schienen umher, sieht blühend aus.

6. 18 jähriges Mädchen. Mässiger Katarrh der Spitzen, ohne Bazillenbefund. Seit Jahren Dickdarmblutungen, interne Behandlung ohne dauernden Erfolg. Nach Aufnahme Anus praeter. naturalis, direkte Spülungen des Darmes. Auftreten von tuberkulösen Knötchen auf der Schleimhaut des Anus praeter. und der Weichteilwunde. T.R.-Kur ca. 3 Monate lokal. 29 ccm. Rückbildung aller Tb.-Erscheinungen. Zunehmende Erholung, die Ulzerationen des Darmes heilen aus, Gewichtszunahme, Schluss des Anus praeter.; Stuhlgang stets geformt, stets ohne Blut und Schleim; geheilt, beschwerdefrei entlassen.

7. 10 jähriger Knabe. Seit 1 Jahr tuberkulöser Hüftgelenksabszess. Inzisionswunden längs des Oberschenkels schmierig belegt, eiterig absondernd. Nach Aufnahme Aspiration des Abszesses. T.R.-Kur ca. 6 Monate, 63 ccm. Hüftgelenk versteift. Gefensterter Gipsverband. Jetzt derbe Schwarte, Abszess nicht nachgefüllt. Wunden bis auf oberflächliche eiterig absondernde flache Fisteln geschlossen, Kräftigung des Allgemeinzustandes, noch in Behandlung.

8. 8 jähriger Knabe. Vernachlässigtes Kind. Offene Wirbel-Tb. Schmierige Dekubitalwunden um die Fisteln. T.R.-Kur 20 ccm für mehrere Monate, keine sichtbare Einwirkung. Amyloid. Ungeheilt von der Mutter nach Hause genommen.

9. 10 jähriger Knabe. Offene Hüftgelenk-Tb. Starke Sekretion, grosser Abszess. Exkochleation eines Sequesters, Abszessaspiration. T.R.-Kur ca. 4 Monate, 20 ccm. Glatte Heilung, feste Narbe, Hüftgelenk in guter Abduktion versteift.

10. 8 jähriger Knabe. Ganz verwahrlost, offene Tb. des Fusses und des Unterkiefers. Exkochleation von losen Sequestern. T.R.-Kur 8 Monate, 23 ccm. Äusserst vorsichtige Injektionskur mit

schweren Reaktionen, die zu vorsichtiger Dosierung zwangen. Nach Hebung des Allgemeinzustandes Ausheilung der Fuss-Tb. und Schliessen der Kieferwunden bis auf kleine trüb-serös absondernde Fisteln; dann allgemeiner Verfall, Bauchfell-Tb., Lungen-Tb.; jetzt hoffnungsloser Zustand. (Nach der Korrektur:) Exitus an allgemeiner Tuberkulose.

11. 10 jähriger Knabe. Ileocökal-Tb., als Appendizitis operiert. T.R. wird gar nicht vertragen, die kleinsten Dosen (0,05 bis 0,025) rufen starke Reaktionen hervor: Diffuse Rötung und Ödem der Beine und des Bauches nach lokalen Injektionen. Hohe Temperaturen. T.R.-Kur wird bald abgebrochen. Hochgradiger Aszites, Exitus an allgemeiner disseminierter Tb.

12. 19 jähriger Mann. Walnussgrosser tuberkulöser Herd der Tibia; Exkochleation, T.R.-Kur ca. 2 Monate, 11 ccm; glatte, schnelle Heilung.

13. 15 jähriger Knabe. Alte fistulöse Koxitis, mehrfach operiert, völlige Versteifung. Nach Aufnahme verschiedene therapeutische Massnahmen, dann T.R.-Kur, 18,1 ccm für mehrere Monate. Mit ganz reizlosen vernarbten Fisteln geheilt entlassen.

14. 17 jähriger junger Mann. Offene schmierig belegte Spina ventosa Abszess. Exkochleation, T.R. 8 ccm. Glatte Heilung.

15. 38 jähriger Mann. Tuberkulöser Periproktit. Abszess. Spaltungen T.R.-Kur ca. 3 Monate, 20,3 ccm. Wohl kommt die grosse anale Wundfläche zur glatten Ausheilung. Patient erliegt aber einer allgemeinen disseminierten Tb.

16. 52 jährige Frau. Ausgedehnte fortgeschrittene Fuss-Tb., deshalb Amputation im Unterschenkel. Am anderen Bein offener Tb.-Herd des Schienbeins, exkochleiert. T.R.-Kur 7,8 ccm, nachdem der Tibiaherd auf andere Massnahmen keine Neigung zu Vernarbung zeigte. Mit tiefeingezogener glatter Narbe entlassen.

17. 22 jähriger junger Mann mit Spina ventosa. Abszess. Spaltung. T.R.-Kur 7,0 ccm. Glatte Heilung.

18. 17 jähriger junger Mann. Schwappender, riesiger Abszess der rechten Lende. Senkungen nach Oberschenkel bis nahe an das Knie. Hüftgelenk vereitert. Spaltungen der Senkungen. Gegeninzisionen. T.R. ca. 7 Monate, 49,5 ccm. Die ganzen grossen Wundflächen sind glatt vernarbt, Hüftgelenk in Abduktion versteift. Geheilt, beschwerdefrei entlassen.

19. 18 jähriger junger Mann. Ausgedehnte Mittelfuss-Tb. Grosser Abszess. Löffelresektion, dann T.R. ca. 4 Monate, 14 ccm. Im Ver-

lauf der Rosenbach-Kur mehrere Male schwere Reaktionen, die bei der Dosierung zu äusserster Vorsicht zwangen. Einmal hochgradiges Ödem des ganzen Beines mit ausgedehnter phlegmonöser schmerzhafter Schwellung des ganzen Unterschenkels und verstärkter eiteriger Sekretion aus der Wunde, die nach einigen Tagen absolut indifferenter Behandlung wieder versiegte. Dann wird T.R. in langsam gesteigerten Dosen ohne jede Störung vertragen. Mit glatten Narben geheilt, beschwerdefrei entlassen, Fussgelenk nicht versteift.

Sind diese kurz angeführten Fälle, die mit T.R. durchgeführt wurden, einigermassen klar in ihrer Beurteilung für ihr Verhalten zu T.R., so habe ich noch eine grössere Anzahl verschiedenster Fälle chirurgischer lokal behandelter Tb. insgesamt zu erwähnen, die nicht die geringste Veränderung auf T.R. gezeigt haben. Es sind dies Fälle meist fortgeschrittener mehr oder weniger allgemein tuberkulös Erkrankter gewesen, bei denen ich in gleicher Methodik T.R. angewandt habe. Sie haben insgesamt gar kein brauchbares Bild für eine Beurteilung einer Besserung auf T.R. ergeben. Bei ihnen liess sich gar nicht der bösartig progrediente Verlauf der allgemeinen Erkrankung beeinflussen, geschweige denn irgend wie aufhalten oder gar beschränken. Aber sie zeigten, und das ist der Gegensatz zu den sonst ähnlichen Fällen, solche schwere allgemeine Reaktionen auf minimale Dosen des T.R., die sich bei jedem Versuch wiederholten, so dass sofort die T.R.-Behandlung abgebrochen werden musste.

Die angeführten 19 Fälle, die mir der Besprechung wert schienen, lassen ohne weiteres drei Gruppen erkennen: die tatsächlich unter dem Einfluss des T.R. Geheilten, die Gebesserten und die Nichtgeheilten, wobei ich unter den Nichtgeheilten im Gegensatz zu den Gebesserten verstehe, dass diese Nichtgeheilten auch in ihren lokalen tuberkulösen Erscheinungen progredient waren.

Am beachtenswertesten sind natürlich die unter T.R. geheilten und gebesserten Fälle. Die brauchbarsten Krankheitsbilder für die Einschätzung des Wertes oder Unwertes des T.R. sind naturgemäss die, bei denen man frei von jeder anderen therapeutischen Massnahme nur allein mit dem T.R. arbeiten konnte, so wie es z. B. bei Fall 4 war. Hier war eine glatte Ausheilung und reizlose Vernarbung erzielt worden nur durch T.R.-Injektionen; hatte ich sie erst nach bewährter Vorschrift in den erkrankten Wirbel bzw. nahe an ihn gemacht, so ging ich im letzten Drittel der Kur dazu über, die beiden Leistenbeugefisteln direkt zu beeinflussen, indem ich in ihre Wandung nahe dem Lumen einspritzte. Hier trat das Bild auch klar vor Augen, das ich so manchmal bei den T.R.-Injektionen ge-

sehen habe, dass lokale Reaktionen in Form von eiteriger Hypersekretion, Einschmelzung und Abstossung sich einstellen. So hat es sich fast jedesmal mehr oder weniger deutlich gezeigt. Dass ich eine Anzahl der Fälle als gebessert bezeichnet habe, tat ich nur in direkter Beziehung zu dem T.R. Ich sah bei diesen eben noch keinen Enderfolg, sei es, dass sie noch in Behandlung sind, aber den fortschreitenden Besserungszustand der lokalen Prozesse schon deutlich erkennen liessen, sei es, dass sie doch noch zuletzt einer allgemeinen Tb.-Erkrankung erlagen, nachdem der Zustand der lokalen Prozesse durch ihre Behandlung mit T.R. eine tatsächliche Besserung klar bewiesen hatte. Ich bin sicher, dass ich diese letzteren heiklen Fälle ohne weiteres demnach auch in Beziehung zu T.R. als gebessert bezeichnen darf; denn dieses Versagen durch die allgemeine Erkrankung darf meines Erachtens nicht dem T.R. angerechnet werden; denn ich glaube nach meinen jahrelangen Beobachtungen sicher nicht, dass etwa die T.R.-Injektionen die Aufflammung und Verbreitung allgemeiner tuberkulöser Prozesse im Körper veranlasst hätten. Ich habe bei den geheilten und den meisten gebesserten Fällen niemals etwas Derartiges gesehen, zumal die meisten Fälle doch noch irgend eine Organerkrankung gleicher Natur schon vor Beginn der T.R.-Kur zeigten, die nicht weiter gegangen war, ja in einem Falle (1) sogar sicherlich nach der T.R.-Kur auffallend zurückgegangen war (Spitzenkatarrh).

Verschiedentlich hatte ich bei den Wirbelerkrankungsfällen grössere Dosen im Laufe der Behandlung intravenös gegeben, bis bei einem Fall (3) schwerere Kollapserscheinungen mir diese Injektionsart doch zu gewagt erscheinen liessen.

Nun bleibt noch die sachliche Kardinalfrage: Sind die geheilten und die gebesserten Fälle wirklich unter dem direkten Einfluss des T.R. geheilt bzw. gebessert worden? Sind diese nicht schon mit durch alle anderen therapeutischen Massnahmen, auch schon durch die jeweilig bedingte chirurgische Therapie soweit gebracht, auch wenn letztere in dem Bestreben, dem T.R. in seiner Anwendung möglichst gerecht zu sein, sich stets nur auf das Allernotwendigste beschränkt hatte, auf Aspiration und Spaltung von Abszessen, auf Herausholen lockerer Sequester usw. Man musste wohl tatsächlich die Überzeugung bekommen, dass in dem T.R. ein Mittel vorhanden ist, das der Heilung chirurgischer Tuberkulosen ausserordentlich fördernd und unterstützend zur Seite steht, das wesentlich mithilft; denn was mir oft bei meinen Fällen wieder aufgefallen war, war die günstige Hebung des Allgemeinzustandes, war lokal die schnelle Säuberung der meist lange vernachlässigten Wunden unter vorüber-

gehend äusserst starker, meist eiteriger, seltener wässriger Absonderung, unter Einschmelzung und Abstossung kranker Gewebs-
teile. Dies muss der direkte Einfluss des T.R. gewesen sein, diese
Reaktion der Wunden selbst, die durch die Injektionen förmlich auf-
gerüttelt wurden zu neuer Ausheilungsenergie aus dem so trostlosen
glasig schmierigen Wunden- und Fistelzustande tuberkulöser Weich-
teile und Knochenherde. Für diese wirksam unterstützende Kraft
des T.R. sprechen die Fälle für sich, bei denen nur T.R. angewandt
wurde; hier wurde die Wirkung nicht im geringsten verwischt durch
irgendwelche anderen therapeutischen Massnahmen.

Wir können und dürfen von solch einem Mittel wie T.R. weiter-
hin auch nicht erwarten, dass es stets günstig einwirken wird;
dazu sind die Konstitutionen der Kranken, an denen wir solch ein
Mittel anwenden, zu verschieden, dafür ist eben das T.R. etwas
Artfremdes für den menschlichen Körper. Wir müssen uns auch
damit abfinden, dass leider noch die Anwendungen bei manchen
Kranken ganz erfolglos bleiben, ja dass wir bei manchem Kranken
gezwungen werden, schon kurz nach Beginn einer Kur mit dieser
wieder abubrechen.

Die Überzeugung habe ich gewonnen, dass wir im T.R. ein
wirksames Mittel haben, dem wir weiter Vertrauen schenken können,
nur sollen wir nicht das Mittel in der Erwartung anwenden, ein
Heilmittel im wahren Sinne des Wortes an ihm zu haben; das
würde uns völlig enttäuschen. Mitwirken, mithelfen sollen solche
Mittel; und in dieser Voraussetzung hat das T.R. mir auch in den
meisten Anwendungsfällen standgehalten.