

B) Klinischer und therapeutischer Teil.

XI. Grundprinzipien der Diagnostik der Uveitis tuberculosa.

Der wichtigste Faktor einer erfolgreichen Behandlung ist die rechtzeitige Erkennung des tuberkulösen Ursprungs der Uveitis. Die ätiologische Diagnose ist oft recht schwer. Die Schwierigkeiten kommen auch in der Verschiedenheit der statistischen Zusammenstellungen über die Pathogenese der Uveitiden zum Ausdruck. Wir haben weiter oben gesehen, in welcher bedeutend abweichendem Hundertsatz nach verschiedenen Forschern die Tuberkulose an der Erzeugung der Uvealentzündungen beteiligt sein soll.

Das Krankheitsbild kann sehr abwechslungsreich sein und ist oft gar nicht bezeichnend. Zudem kann selbst in den mit Knötchenbildung einhergehenden Fällen eine nichttuberkulöse Ätiologie in Frage kommen. Bei der Bildung eines der am meisten charakteristischen klinischen Symptome, des Iris-knotens, muß z. B. neben der Tuberkulose in erster Linie der Verdacht auf Syphilis auftauchen. Es können auch die Iriszysten irreleiten. *Davids* hat 6 Fälle von Irisknötchen vorgestellt unter welchen nur ein einziges Knötchen tuberkulös war, während bei den übrigen 5 Kranken der Knoten aus anderen Ursachen entstanden war: Ophthalmia sympathica, Rheuma, metastatische Ophthalmie, Lymphfollikelbildung wegen Ablatio iridis und Lymphzellenanhäufung wegen Iritis herpetica.

Nach *Löwenstein* kann eine Knötchenbildung nicht nur wegen Tuberkulose, sondern auch infolge anderer Infektionen, ja sogar auch wegen Überempfindlichkeit gegen artfremde Eiweißkörper entstehen. Außerdem sind noch viele andere

täuschende Erscheinungsformen möglich, so daß es vorkommen kann, daß allein auf Grund des klinischen Bildes die Tuberkulosediagnose voreilig gestellt wird. Zur Klärung der Ätiologie muß der ganze Organismus gründlich untersucht werden.

Nach *Albrich* spricht für eine tuberkulöse Genese 1. der Nachweis des *Kochs*chen Bazillus, 2. die Tuberkulinempfindlichkeit und 3. das Fehlen anderer Ursachen.

Mit dem Nachweis des Tuberkulosebazillus kann die Diagnose nur in den seltensten Fällen gesichert werden. Die Züchtung aus dem strömenden Blut nach *Löwenstein* oder nach *Busson* ist noch immer sehr schwierig und umständlich. Dazu haben einzelne neuere Forscher (*Kurata*, *Neuber* usw.) die Angaben von *Löwenstein* nicht bestätigt, da ihnen die Züchtung des *Kochs*chen Bazillus aus dem Blute bedeutend seltener gelungen ist. Selbstverständlich ist auch hier der Zeitpunkt der Blutentnahme von entscheidender Bedeutung. Der Nachweis in den Geweben kann bei der klinischen Untersuchung natürlich nicht in Frage kommen.

Die Feststellung einer Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin ist bei der ätiologischen Untersuchung auch heutzutage entschieden wichtiger, als der Nachweis des Bazillus. Die Erzeugung von Herdreaktionen muß natürlich vermieden werden. Deshalb wird selbst im Falle einer stärkeren Hautreaktion an der Anwendungsstelle des Tuberkulins der tuberkulöse Ursprung der Uvealerkrankung nur wahrscheinlich gemacht aber nicht bewiesen. Ferner muß damit gerechnet werden, daß die Reaktion auch mit dem Immunitätszustand des Organismus zusammenhängt und sowohl im negativ — wie auch im positiv anergischen Stadium ausbleiben kann. Die Bewertung ist also nicht immer leicht. Wegen ihres natürlichen Zusammenhanges mit der Tuberkulintherapie werden wir diese Frage dort ausführlicher besprechen.

An dieser Stelle müssen auch die Agglutinations-, Präzipitations- und Komplementbindungsreaktionen erwähnt werden. Obwohl auf diesem Gebiet neuestens eine entschiedene Entwicklung beobachtet wird und die Herstellung empfindlicherer und spezifischer Antigene gelungen ist, können diese Reaktionen noch immer nicht einmal mit annähernder Sicher-

heit verwertet werden, ähnlich den Typhus- oder Syphilisreaktionen. Die angeführten Tuberkulosereaktionen geben nämlich auch bei nicht tuberkulösem Gewebszerfall ein positives, dagegen nicht selten auch bei sicherer Tuberkulose ein negatives Resultat. Ausführung und Bewertung der Reaktionen hängt noch immer sehr stark von der individuellen Beurteilung ab.

Mit gründlicher Untersuchung des ganzen Organismus (Thoraxaufnahme, WaR usw.) müssen sonstige Ursachen, die eine Uveitis hervorrufen könnten, tunlichst ausgeschlossen werden. Die allgemeine Untersuchung muß also immer in zweifacher Richtung geschehen: neben der Forschung nach der Quelle der angenommenen tuberkulösen Augenerkrankung müssen auch die unter Umständen auftauchenden sonstigen Erkrankungen berücksichtigt werden. Hier verursacht in erster Linie das Ausschließen von fokalen Infektionen gewisse Schwierigkeiten, da kranke Herde im Organismus sozusagen immer nachgewiesen werden können. Nach den Angaben namhafter europäischer Forscher sind jedoch belegte hypertrophische Tonsillen, kariöse, fistulöse Zähne, Prostataerkrankungen, chronische Appendizitis usw. Befunde, die nur im Falle eines negativen Lungenbefundes verwertet werden dürfen.

In der Tat muß der Augenarzt in manchen Fällen trotz der modernen Untersuchungsmethoden und verschiedenen fachärztlichen Untersuchungen die tuberkulöse Genese der Uvealentzündung allein auf Grund des klinischen Bildes stellen. Wir müssen den erfahrenen Klinikern in der Meinung recht geben, daß in dem Labyrinth der widersprechenden Angaben die Erscheinungsform der Uveitis, also der ophthalmologische Befund als Wegweiser bei der Stellung der endgültigen Diagnose dienen soll.

Mit dem klinischen Bild der verschiedenen Formen der tuberkulösen Uvealerkrankungen, mit dem eigenartigen Zusammenhag von Erscheinungsform, Verlauf und Lebensalter habe ich mich bei der Besprechung meiner Fälle eingehend beschäftigt und auch die verschiedenen klinischen, immunbiologischen und histologischen Einteilungen der Krankheit erwähnt. Um Wiederholungen zu vermeiden will ich auch an dieser Stelle auf die entsprechenden Abschnitte dieser Arbeit verweisen.